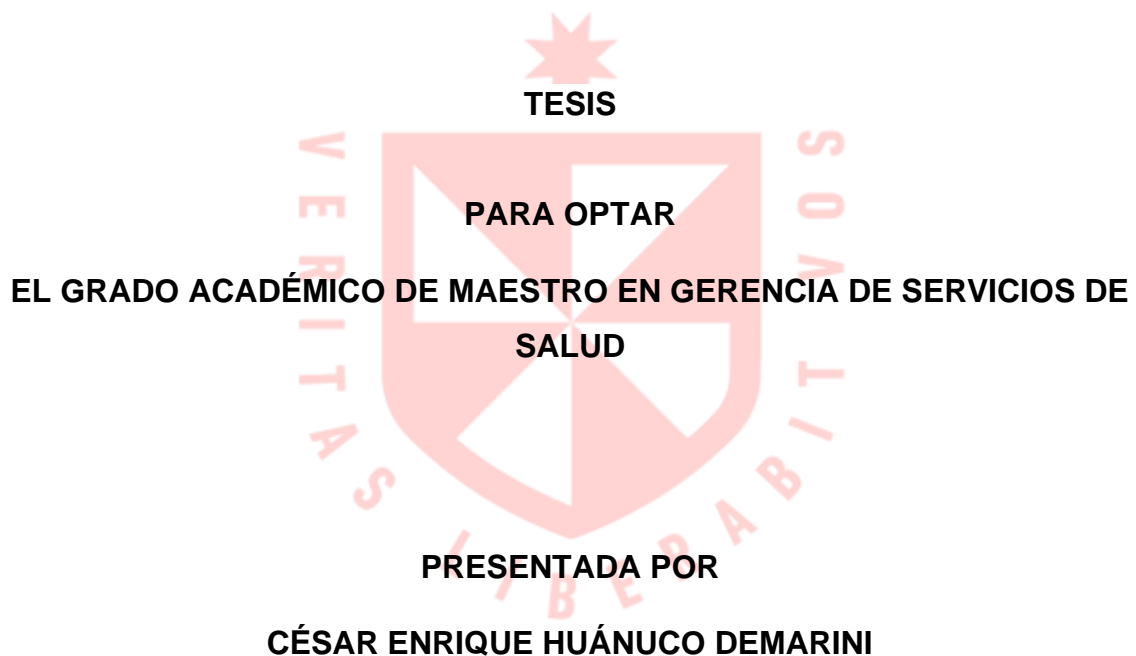


FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

UNIDAD DE POSGRADO

**FACTORES ASOCIADOS A LA REFERENCIA ONCOLÓGICA
INJUSTIFICADA EN HOSPITALES NACIONALES DEL SEGURO
SOCIAL DE SALUD DEL PERÚ 2021**



ASESOR

CHARLES AUGUSTO HUAMANI SALDAÑA

LIMA- PERÚ

2024



**Reconocimiento - No comercial - Sin obra derivada
CC BY-NC-ND**

El autor sólo permite que se pueda descargar esta obra y compartirla con otras personas, siempre que se reconozca su autoría, pero no se puede cambiar de ninguna manera ni se puede utilizar comercialmente.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

UNIDAD DE POSGRADO

**FACTORES ASOCIADOS A LA REFERENCIA ONCOLÓGICA
INJUSTIFICADA EN HOSPITALES NACIONALES DEL SEGURO
SOCIAL DE SALUD DEL PERÚ 2021**

TESIS

PARA OPTAR

**EL GRADO ACADÉMICO DE MAESTRO EN GERENCIA DE SERVICIOS DE
SALUD**

PRESENTADA POR

CÉSAR ENRIQUE HUÁNUCO DEMARINI

ASESOR

CHARLES AUGUSTO HUAMANI SALDAÑA

LIMA, PERÚ

2024

JURADO

Presidente del jurado: José del Carmen Sandoval Paredes

Miembro: Alfredo Martín Vásquez Colina

Miembro: Carmen Rojas Julián

A mi esposa y a mi hijo; su amor son mi motivación diaria para ser mejor persona y profesional; a mis padres y hermanos por su permanente apoyo incondicional en cada momento de mi vida

AGRADECIMIENTOS

A la Gerencia Central de Operaciones del Seguro Social de Salud que me brindó las facilidades y autorización para realizar mi investigación.

A mi asesor por su valioso acompañamiento y aportes en la presente tesis.

ÍNDICE

Portada	I
Jurado	II
Dedicatoria	III
Agradecimientos	IV
Resumen	VI
Abstract	VII
I. INTRODUCCIÓN	1
II. MARCO TEÓRICO	7
III. METODOLOGÍA	18
IV. RESULTADOS	22
V. DISCUSIÓN	33
VI. CONCLUSIONES	37
VII. RECOMENDACIONES	39
FUENTES DE INFORMACIÓN	40
ANEXOS	46

RESUMEN

Objetivo: Determinar los factores asociados a la referencia oncológica injustificada en hospitales nacionales del seguro social de salud del Perú, 2021. **Metodología:** Enfoque cuantitativo, de tipo observacional, analítica, retrospectiva y transversal. Se analizó una muestra de 328 pacientes referidos a diferentes hospitales para atención oncológica, 164 tuvieron referencia injustificada (grupo de estudio) y 164, referencia justificada (grupo comparativo). La información se obtuvo mediante una ficha de recolección y se definió como referencia injustificada aquella que podía ser resuelta en el EESS, microred o red de origen, con o sin cita agendada. El análisis estadístico se llevó a cabo por la Regresión de Poisson con varianza robusta, analizado en el programa SPSS versión 25. **Resultados:** El 61 % de pacientes provinieron de otras regiones fuera de Lima, la mayoría presentó cáncer de mama (20.1 %) y 29.9 % tuvieron estadio II. Por otro lado, el 50.9 % procedieron de establecimientos de nivel II y 98.2 % tuvo como principal motivo de referencia apoyo al diagnóstico. En el análisis multivariado, la procedencia (otras regiones del país: Región Sur) (RPa=1.227; IC (95 %):1.103-1.365), el estadio de cáncer I (RPa=1.367; IC (95 %):1.195-1.564), estadio de cáncer II (RPa=1.326; IC(95%):1.185-1.486) y el nivel II de capacidad resolutive del EESS de procedencia (RPa=1.132; IC (95 %):1.024-1.252) fueron factores que incrementaron significativamente la prevalencia de referencia oncológica injustificada. **Conclusión:** Los factores asociados significativamente a la referencia oncológica injustificada fueron la procedencia (otras regiones del país: Región Sur), el estadio de cáncer (I y II) y el nivel de capacidad resolutive del EESS de procedencia (Nivel II).

Palabras clave: Factores de riesgo; Derivación y consulta; Neoplasias (DeCS)

ABSTRACT

Objective: To determine the factors associated with unjustified oncological referral in national hospitals of the social health insurance of Peru, 2021.

Methodology: Research with a quantitative approach, observational, analytical, retrospective and transversal. A sample of 328 patients referred to different hospitals for oncological care was analyzed; 164 had unjustified referral (study group) and 164 justified referral (comparative group). The information was obtained through a collection form and an unjustified reference was defined as that which could be resolved in the EESS, micronetwork or network of origin, with or without a scheduled appointment. The statistical analysis was carried out by Poisson Regression with robust variance, analyzed in the SPSS version 25 program.

Results: 61 % of patients came from other regions outside of Lima, the majority presented breast cancer (20.1 %) and 29.9 % had stage II. On the other hand, 50.9 % came from level II establishments and 98.2 % had diagnosis support as their main reason for referral. In the multivariate analysis, the origin (Other regions of the country: Southern Region) (PRa=1.227; CI (95 %):1.103-1.365), cancer stage I (PRa=1.367; CI (95 %):1.195- 1,564), cancer stage II (PRa=1,326; CI (95 %): 1,185-1,486) and level II of resolution capacity of the EESS of origin (PRa=1,132; CI (95 %): 1,024-1,252) were factors that significantly increased the prevalence of unjustified oncological referral.

Conclusion: The factors significantly associated with unjustified oncological referral were origin (other regions of the country: Southern Region), cancer stage (I and II) and the level of resolution capacity of the EESS of origin (Level II).

Keywords: Risk factor's; Referral and consultation; Neoplasms (MeSH)

NOMBRE DEL TRABAJO

FACTORES ASOCIADOS A LA REFERENCIA ONCOLÓGICA INJUSTIFICADA EN HOSPITALES NACIONALES DEL SEGURO SOCIAL

AUTOR

CÉSAR ENRIQUE HUÁNUCO DEMARINI

RECuento de palabras

13090 Words

RECuento de caracteres

73875 Characters

RECuento de páginas

62 Pages

Tamaño del archivo

1.5MB

Fecha de entrega

Jul 17, 2024 9:09 AM GMT-5

Fecha del informe

Jul 17, 2024 9:10 AM GMT-5

● **13% de similitud general**

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para cada base de datos.

- 13% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 1% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

● **Excluir del Reporte de Similitud**

- Base de datos de trabajos entregados
- Material citado
- Coincidencia baja (menos de 10 palabras)
- Material bibliográfico
- Material citado

I. INTRODUCCIÓN

1. Descripción de la situación problemática

Enfermedades como el cáncer se consideran un grave problema sanitario a nivel mundial, teniendo una elevada complejidad para su manejo por ello la necesidad de trabajar con equipos multidisciplinares altamente cualificados para abordar la enfermedad oncológica (1). En este escenario, resulta importante la precisión del diagnóstico para establecer la estrategia terapéutica que prevea demoras incluyendo las posibles referencias a centros de mayor complejidad, al igual que la pérdida de recursos que perjudican finalmente a la atención oportuna del paciente (2), de la mano con programas oncológicos que se plantean para reducir los inconvenientes para acceder a servicios diagnóstico, tratamiento y atención (3).

Para 2021, en Perú, específicamente en la DIRIS (Redes Integradas de Salud) Lima Norte, tras evaluar las referencias de siete instituciones prestadoras de servicios de salud (IPRESS) encontraron tiempos excesivos de demora de atención para pacientes con referencia de 80 a 85 días, a consecuencia de la alta frecuencia de referencias injustificadas; ello representa un costo de oportunidad de atención para los pacientes que requieren atención especializada y oportuna (4).

El Seguro Social de Salud (EsSalud) corresponde al organismo público que brinda cobertura a los asegurados mediante la prestación de servicios de prevención de salud, prestaciones económicas, y prestaciones sociales, al igual que otros seguros de riesgos humanos (5). EsSalud brinda una cobertura a un 20 % aproximadamente de la población, donde el ser asalariado y vivir en zonas urbanas son las principales características de este grupo poblacional, cuyo desarrollo tecnológico trae como consecuencia una mayor oferta de atenciones de enfermedades crónicas por su alto costo (6). El sistema de referencias tiene como finalidad corregir la segmentación de los servicios, a través de la comunicación entre los niveles de atención y complejidad del IPRESS, evitar así la eliminación de recursos, la paralización del tratamiento y el desplazamiento innecesario de los usuarios (7), ya sea por atención de pacientes con referencia injustificada o por retraso de atención en pacientes que si lo necesitan pero por fallas en la gestión de referencia y contrarreferencia son aplazadas sus atenciones.

En el Perú, a través de la Resolución Ministerial 519-2018 emitida por el Ministerio de Salud (MINSA), ente rector del Sistema Nacional de Salud (SNS) (6), propuso poner en marcha una Unidad de Referencia y contrarreferencia (RC) que permita un complemento de las Redes Integradas de Salud (RIS) y descarguen los diferentes servicios de salud, la cual se encarga de coordinar las solicitudes de traslados de los pacientes exclusivos entre las instituciones de salud, incluyendo pacientes oncológicos (8,9). Sin embargo, existe una alta frecuencia de derivaciones injustificadas.

Las referencias injustificadas son aquellas donde el paciente es trasladado a una institución de mayor capacidad sin requerirlo, pues la institución de origen tiene la capacidad para solucionar la afección (10) o cuando se traslada a otra institución de menos nivel de complejidad. Llanos et al., en su estudio, reportó 19 951 referencias de siete IPRESS de origen, de los cuales se presentó 2714 con datos incompletos, 1605 fueron rechazados y 1109 fueron observadas (11). Los motivos de observar o rechazar las referencias ocurren por menor capacidad resolutive del centro de destino, fallas en el registro, el centro de origen tiene la capacidad para resolver el problema de atención al paciente, entre otros motivos; por ello, se observa que las referencias injustificadas son parte latente de este grupo de referencias.

Igualmente, se evidenció en diversas investigaciones el análisis de factores relacionados al paciente para una derivación injustificada como su etapa de vida, las edades comprendidas entre 30 a 59 años en el grupo etario más referido con un 39,22 %, y respecto al sexo predominaron las referencias en pacientes femeninas con un 67,04 % (11). Lescano y Mari (12) señalaron que la frecuencia de referencias injustificadas en un hospital de Lima fue de 8.36 %, de los cuales el 65.8 % fueron ancianos, 67 % mujeres y 78.8 % de referencias provenían de establecimientos de salud I-3 (67). A pesar de ello, las investigaciones con diseño metodológicos similares orientados en pacientes oncológicos son insuficientes, por lo que es imperante la ejecución de este estudio.

Estos hallazgos de investigaciones evidencian que existen características personales de los usuarios y de los niveles de atención de las instituciones que podría aumentar los casos de referencias injustificadas, sobre ello es relevante analizar dichas variables.

En cuanto al nivel local, se han brindado datos acerca de esta problemática donde se reporta que 2384 pacientes fueron referidos al servicio de oncología entre enero a diciembre de 2021 dentro de los hospitales nacionales de EsSalud. Por ello, la determinación de los factores asociados a la referencia oncológica injustificada en Hospitales nacionales de EsSalud del Perú, 2021 es relevante, ya que se ha observado una mayor demanda de pacientes oncológicos en instituciones de mayor complejidad, los cuales llegan con un diagnóstico que no corresponde al nivel resolutorio del hospital, esto sumado a las dificultades causadas por un sistema de referencias que cuenta con varias limitaciones tanto en los establecimientos de origen como de destino.

En consecuencia, el estudio conoce la problemática diagnosticada en el contexto a nivel nacional, necesaria para confrontar resultados que orienten a accionar frente a los factores desencadenantes de la referencia oncológica injustificada. Además, su desarrollo es de gran relevancia porque beneficia a la población oncológica, logrando impulsar el desarrollo de un mejor sistema de referencias que cuente con la participación de todos sus componentes en conjunto y de manera óptima, para contribuir en la calidad de atención eficaz y oportuna.

Las patologías neoplásicas son consideradas como complejas a nivel mundial, debido al involucramiento de múltiples especialidades y de diferentes proveedores sanitarios. Para los pacientes con neoplasias recién diagnosticadas o potencialmente curable, la atención principalmente tiene una secuencia; ello debido a todos los procesos sistematizados que debe realizarse, iniciando con el diagnóstico y continuando con el seguimiento y/o tratamiento, para dar respuesta a una necesidad de atención que requiere el paciente (1).

Para la mayoría de los pacientes, el camino hacia el diagnóstico comienza al notar los síntomas y presentarlos a un médico de atención primaria. La forma en que

responde el médico es decisiva para la acción posterior. La referencia oncológica es contextual y depende de las interacciones con los pacientes, la forma en que los pacientes presentan sus preocupaciones y experiencias, y cómo los médicos las interpretan junto con las pautas nacionales, la experiencia previa (tanto la suya como la de sus asociados en la comunidad médica), y las estructuras organizacionales que enmarcan su práctica (2).

La evaluación del paciente realizado en la atención, junto con la naturaleza engañosa de los síntomas del cáncer, dificulta decidir si resulta apropiada la referencia y por tanto hace que la transición de la atención primaria a la especializada sea particularmente vulnerable a una derivación injustificada (3).

Una evaluación del sistema de salud peruano es imperativa, dado que existe un sistema de salud fragmentado, que se presenta tanto en términos de aseguramiento como de provisión de servicios. Donde el derecho sanitario para detectar tempranamente el cáncer estuvo condicionado por normas que no garantizan el respeto del derecho (4). En este contexto, las referencias permiten la derivación de casos identificados en instancias de menor capacidad a otras de mayor complejidad. Se ha observado que en número de referencias a hospitales de mayor complejidad es relativamente alto. Un estudio en el Hospital Cayetano Heredia refirió que las referencias injustificadas ascendían a 8.6 %, de las cuales 0.3 % fueron de oncología y 0.1 % de cirugía oncológica (5). Mientras que una investigación efectuada en la región Lambayeque, mencionó que 26 % de pacientes fueron referidos injustificadamente, de estas 4 % correspondían a pacientes oncológicos (6). Por tanto, resulta de interés ejecutar investigaciones donde se puedan evidenciar los factores asociados a la referencia injustificada para así contribuir a la reducción de su frecuencia, mejorar la carga prestacional atribuible a referencias no justificadas, mejorar el acceso oportuno a pacientes que requieren una atención de mayor complejidad del centro de origen y reducir la demora diagnóstica y/o terapéutica de pacientes con patología oncológica.

La referencia injustificada en los pacientes oncológicos conlleva a una sobrecarga de trabajo y la demanda de recursos en hospitales y centros de tratamiento oncológico, ello congestiona la atención e incrementa los tiempos de espera,

dificulta el acceso de pacientes que realmente requieren atención especializada y puede provocar retrasos en los tratamientos. Impacta sobre el costo de oportunidad asociado al retraso de atención de un paciente potencialmente oncológico, ello genera progresión del cáncer, afecta su calidad de vida, mayor costo para el sistema de salud. Pérdida de eficiencia por pérdida de recursos como: el tiempo de los profesionales de salud y la capacidad de los equipos de tratamiento oncológico. Produce dificultades en la planificación y programación de tratamientos ya que afecta la capacidad de los hospitales y clínicas para planificar y programar los tratamientos en pacientes. En los profesionales de salud conlleva una mayor carga de trabajo por la evaluación y gestión de pacientes referidos injustificadamente, lo que puede aumentar la presión en ellos.

Por ello, fue necesario abordar esta investigación y aportar sobre los factores asociados a la referencia oncológica injustificada en los hospitales de EsSalud.

2. Problema de investigación

¿Cuáles son los factores asociados a la referencia oncológica injustificada en hospitales nacionales del seguro social de salud del Perú, 2021?

3. Objetivos

3.1 General

Determinar los factores asociados a la referencia oncológica injustificada en hospitales nacionales del seguro social de salud del Perú, 2021.

3.2 Específicos

Identificar los factores epidemiológicos asociados a la referencia oncológica injustificada en hospitales nacionales de EsSalud.

Determinar los factores clínicos asociados a la referencia oncológica injustificada en hospitales nacionales de EsSalud.

Establecer los factores institucionales asociados a la referencia oncológica injustificada en hospitales nacionales de EsSalud.

4. Justificación

4.1 Importancia

Evaluar las referencias injustificadas en la población oncológica resulta una necesidad imperante, debido a lo frecuente de su manifestación en instituciones de EsSalud; a pesar de ello, las investigaciones nacionales en este tipo de pacientes son limitadas. En ese sentido, la ejecución de esta investigación busca beneficiar a todo personal sanitario interesado en el bienestar del paciente oncológico, pues el empleo de bibliografía científica actualizada de entornos locales, permitió la recopilación de saberes en pro de satisfacer las brechas de conocimiento identificadas.

Sobre la base de los conocimientos adquiridos, los profesionales tuvieron un panorama más claro para resolver el problema que la referencia oncológica injustificada representa; en ese sentido, los principales beneficiarios fueron los pacientes, pues estos fueron manejados correctamente y de manera eficaz, lo que contribuyó en el alivio de la carga familiar, pues se redujeron los gastos médicos y de hospitalización.

Los resultados obtenidos pudieron ser contrastados con los estudios identificados recopilados a nivel internacional. Así también, el diseño de estudio y el instrumento a emplear sirvieron como base referencial para próximos estudios en el ámbito nacional. El desarrollo de la presente pesquisa, contribuyó activamente con la comunidad científica nacional y global, aportando evidencia que respalde la construcción de guías o normas técnicas que cumplieron con la capacidad de ser implementadas en entidades sanitarias alrededor del mundo.

4.2 Viabilidad y factibilidad

El estudio es viable de realizar pues, se previó contar con autorizaciones para recolectar los datos. Además de contar con la ayuda de todo el personal asociado, es de resaltar que este es un tema de interés para ellos. Además, tiene factibilidad, por contar con todos los recursos para su ejecución, porque fue autofinanciado, es decir el investigador asumió los gastos relacionados a la elaboración y ejecución del estudio. Dichos gastos se encuentran descritos en el apartado presupuesto del proyecto de investigación.

II. MARCO TEÓRICO

1. Antecedentes

Huamaní, en 2021, determinó el porcentaje de referencias emitidas en el primer nivel de atención según grupo profesional. Investigación descriptiva y transversal que incluyó 1561 referencias. Como principales resultados se encontró que 83.47 % de las referencias corresponden a médicos, 15.44 % a obstetras y 1.09 % referencias a odontólogos; se obtuvieron referencias injustificadas, de las cuales el 96.20 % corresponden a médicos y 3.80 % a obstetras. Del 76.58 % de dichas referencias, el 35.44 % fueron a centros de salud Chosica. Concluyó que de las referencias emitidas un 10 % corresponden a injustificadas, siendo emitidas principalmente por médicos (13).

Namuche, en 2016, asoció el número de referencias injustificadas y tiempos de espera para consulta en servicio de Oncología. Fue un estudio analítico, retrospectivo, cuantitativa que incluyó 2299 referencias. Halló que el número de referencias injustificadas fue 32.3 % y alcanzó casi la mitad de las referencias justificadas en un 67.7 %; el establecimiento con mayor porcentaje de referencias injustificadas fue el Hospital Marino Molina con 34 %; de igual manera, se observa que las patologías oncológicas gastrointestinales fueron de mayor frecuencia (24.9 %). Concluyó que es necesario la implementación de seguimiento institucional (a cada centro de salud) para minimizar las referencias injustificadas (14).

Sayago, en 2018, caracterizó las referencias y diagnósticos de egreso de emergencia de un hospital lambayecano. Investigación analítica y retrospectiva que incluyó 220 historias clínicas. Como principales resultados se encontró que el 28 % de los diagnósticos de referencia y de la emergencia no lo justificaron. Además, el 19 % de las historias no tuvieron la hoja de referencia y el 58 % de los pacientes no fueron acompañados por el personal de salud. Concluyó que los diagnósticos identificados con los emitidos en la referencia difieren, además de encontrarse omisiones en la documentación (15).

Lescano y Mari, en 2022, determinaron la frecuencia de referencias no justificadas a consulta externa adultos del Hospital Cayetano Heredia. Fue un estudio

transversal, observacional y descriptivo que incluyó 99 891 referencias. Como principales resultados se encontró que el 8.36 % de referencias fueron injustificadas, donde el servicio de Oncología presentó 0.3 % y el departamento de Cirugía oncológica un 0.1 % de referencias injustificadas. Además, el 34.2 % fue en adultos, el 65.8 % en ancianos, y el 67 % correspondía al sexo femenino. Concluyeron que las referencias injustificadas no estuvieron alineadas con el diagnóstico encontrado en el paciente (12).

Retamozo, en 2017, identificó los factores relacionados a las referencias del departamento de emergencia del Hospital San Juan de Lurigancho. Investigación analítica que incluyó 382 pacientes con referencia. Como principales resultados se encontró que el 51.58 % de referencias fue por ausencia de especialidad, el 16,17 % de pacientes falleció al esperar referencia. Los factores para no referirse fueron ser ancianos ($p = 0,006$; $OR = 2,01$) y tener SIS ($p = 0,045$; $OR = 1,99$). Concluyó la referencias principalmente se dio por ausencia de especialidad, siendo los principales factores la edad y el no tener SIS (16).

Sausa, en 2018, determinó los factores de optimización del sistema de RC. Investigación descriptiva, transversal que incluyó 79332 referencias. Como principales resultados se encontró un mal direccionamiento en el nivel I con un 63 % y un 86 % en el nivel II de las referencias observadas, y el no cumplimiento de funciones de referencia por encima del 50 % en los 3 niveles. En el nivel I se encontró registros inadecuados en un 13 % de las referencias observadas, datos inconsistentes en un 3 % en el nivel II, influenciado por el factor operativo en 20 %, estructurales en 7 %. Concluyó que los aspectos operativos son los principales factores para la optimización de las referencias y contrarreferencias (17).

Vigil, en 2019, relacionó el sistema RC con la mortalidad materna en un hospital de Tarapoto. Investigación no experimental, cuantitativo, descriptivo, correlacional que incluyó 145 expedientes de referencia y contrarreferencia. Como principales resultados se encontró que el 15,9 % fue inadecuada; los datos menos considerados fueron la orientación de atención al ingreso. Concluyó que existe ausencia de mortalidad materna y sistema RC (18).

Chunga y Rojas, en 2019, describieron la calidad del proceso de referencias en atención primaria en Policlínicos EsSalud. Investigación descriptiva y transversal que incluyó 279 referencias. Encontraron que la mitad de referencias del Policlínico Agustín Gavidia fueron de mala calidad, mientras que el 36 % fueron del Policlínico Manuel Manrique Nevado; el 14 % de referencias fueron injustificadas. Concluyeron que las referencias medicas principalmente eran de mala calidad e injustificada (19).

Pomacaruha y Reyes, en 2022, describieron la RC de gestantes del Hospital Provincial de Acobamba. Investigación retrospectiva evaluando 132 referencias. Encontraron que el 33.8 % fueron referidas a otro establecimiento, el 93.2 % realizados por médicos y el 6.8 % por obstetra, en el 17.4 % hubo retraso por descoordinación con establecimiento de destino, 25 % no incluyeron la hoja de referencia correctamente llenada; mientras que el 40.2 % de las referencias no fueron oportunas, el 13.6 % fueron injustificadas y el 86.4 % fueron justificadas. Concluyeron que las referencias fueron realizadas por los médicos, y las contrarreferencias eran justificadas y oportunas (20).

Moreno, en 2016, evaluó el comportamiento de las emergencias obstétricas. Investigación descriptiva, retrospectiva evaluó 87 referencias. Encontró que el 85.5 % de referencias fueron justificadas, el 41.3 % fueron de mujeres entre 20 a 24 años. Concluyó que el sistema RC es útil para la optimización de atención de las gestantes de emergencia (21).

2. Bases teóricas

Sistema de referencia oncológica

El sistema de RC es descrito como la agrupación de procesos asistenciales y administrativos, que asegura la continuidad del cuidado sanitario de los usuarios, de una instancia de menor capacidad a otra de mayor nivel (22).

Este sistema es relevante para la atención sanitaria, pues los establecimientos de origen no cuentan con los recursos o especialidades requeridas, por tal motivo es necesaria la derivación a otras entidades con superioridad de atención; pero, contar

con la gestión eficiente determinó el grado de saturación de los establecimientos que refieran ser de alta complejidad (23).

En particular, la referencia es aquella solicitud de evaluación diagnóstica y manejo del paciente que se ha derivado a cierta entidad sanitaria de menor capacidad hacia otro de mayor capacidad para resolver integralmente la patología, y brindar continuidad del servicio (24).

Niveles de atención

Primer nivel de atención

Este nivel es donde se da el primer contacto con el paciente, la cual resalta por su enfoque preventivo. Está conformado por un conjunto de unidades donde se brinda atención ambulatoria, por lo cual no requiere el manejo del médico especialista, ni la necesidad de recursos complejos para su diagnóstico y tratamiento.

Segundo nivel de atención

Abarca al conjunto de establecimientos hospitalarios que cuentan con servicios ambulatorios y de internamiento, cuya atención es dada por especialistas, pues cuentan con recursos diagnósticos y terapéuticos.

Tercer nivel de atención

Se cuenta con especialistas y subespecialistas, adicionalmente se puede identificar áreas de investigación y docencia (21).

Criterios mínimos de aceptación de referencias

Llenado completo del formato de referencia.

Registro del acto médico.

Descripción completa de sintomatología.

Registro de presunción diagnóstica o definitiva.

Registro correcto de la subactividad destino, del área y motivo de referencia.

Registro del servicio de destino y de origen.

Acreditación vigente

Correspondencia entre el diagnóstico y la capacidad de IPRESS de destino y origen.

La falta de cumplimiento sobre alguno de los criterios mencionados, resulta ser motivo de observación o anulación de referencia (25).

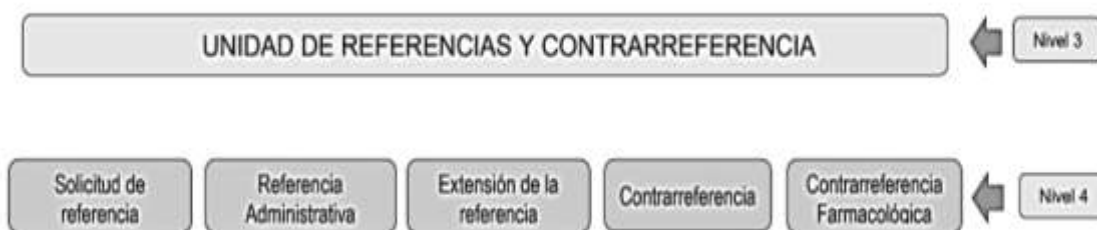


Figura 1. (26).

En caso de referencias especiales

Son llamadas como referencias administrativas, éstas facilitan el registro de las referencias específicas tales como las especialidades necesarias para la atención de:

Pacientes:

- Oncológicos
- Pacientes con estudio y seguimiento de trasplantes
- Pacientes con VIH-SIDA
- Pacientes con tuberculosis resistente al tratamiento
- Pacientes con enfermedad renal crónica en hemodiálisis
- Neonatos de alto riesgo (27).

Proceso de referencia administrativa

01. Evaluación de resultados confirmatorios y/o ayuda diagnóstica
02. Registro de formato de contrarreferencia
03. Ingreso de referencia al sistema
04. Viso de referencia
06. Comunicar al paciente (26).

ESSALUD Gerencia central de prestaciones de salud GCPS		PROCEDIMIENTOS		Versión: 01-2015
		Referencia administrativa para pacientes oncológicos con TBC MDR y XDR, neonato alto riesgo, VIH-SIDA, pacientes con enfermedad renal termina, enfermedades raras y psiquiátricos		
PASO	DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES		RESPONSABLE	
1	Evaluar los resultados confirmatorios de los exámenes clínicos y/o de ayuda al diagnóstico del paciente para las condiciones señaladas. Registrar en un formato de referencia el diagnóstico bajo codificación CIE-10 y la solicitud de referencia(s) administrativa(s)		IPRESS de destino Médico tratante	
2	Trasladar el formato de referencia a la unidad de referencias y contrarreferencias		IPRESS de destino Paciente, familiar o técnica asistencia	
3	Ingresar la(s) referencia(s) en el sistema de referencia y contrarreferencia, asignar las citas		IPRESS de destino Digitador o técnico administrativo	
4	Comunicar las citas al paciente		OPRESS de destino Digitador o técnico administrativo	

Figura 2. (25).

Los pacientes que son referidos por diagnóstico neoplásico definitivo, deben acompañarse de exámenes sostenibles, para evitar su realización en el centro de referencia, lo que genera retraso y congestión en la atención. Al respecto, la norma de gestión de oportunidad quirúrgica de EsSalud menciona que el médico de la IPRESS de origen debe actualizar o solicitud nuevos exámenes para confirmar la necesidad quirúrgica (28).

Asimismo, la Unidad de RC del centro destino debe realizar la coordinación de las citas con las especialidades correspondientes, según la neoplasia maligna del paciente.

Las interconsultas fueron priorizadas dentro de las 48 horas, considerando el tipo de neoplasia.

En caso de Radioterapia, los pacientes deben de continuar tratamiento en hospital que refirió, por tal el centro de origen debe gestionar la próxima cita.

El tiempo de vigencia es fijado por el médico, según la evaluación realizada y la condición del paciente.

Al momento que el paciente este de alta, fue enviado a su centro de origen, para recibir la atención y seguimiento correspondiente.

Los Hospitales de Alta Complejidad Cabeza de Red, son quienes llevan la supervisión y cumplimiento de la continuidad del sistema (29).

Referencia oncológica injustificada

EsSalud, define a su sistema de RC como la agrupación que brinda servicios de calidad a la población asegurada de acuerdo a sus necesidades de salud. Asimismo, la referencia es un procedimiento que abarca el traslado de un paciente a un centro de mayor nivel de atención, resulta injustificada cuando el usuario no debió ser referido (30,31). En tanto, la norma técnica de referencia y contrarreferencia peruana (32), define referencia injustificada como aquella donde el usuario, por razones de salud, no debió ser referido a otro establecimiento sanitario de mayor capacidad resolutive, considerando los siguientes casos:

1. Cuando el EESS de origen de la referencia si disponía la capacidad resolutive para dar solución al motivo de la referencia.
2. Cuando el EESS de destino no cuenta con la capacidad resolutive para dar solución al motivo de la referencia.
3. Cuando es inoportuna de acuerdo con los flujos de referencia determinados.
4. Cuando la evaluación realizada no guarda relación con el motivo de la referencia.

En ese orden de ideas, en el presente estudio se define referencia oncológica injustificada como aquella referencia que pudo haber sido resuelta en su establecimiento, microred o red de salud de origen por contar con la capacidad resolutive para solucionar el motivo de la referencia, pudiendo el paciente contar o no con cita en su IPRESS. En términos generales el presente estudio selecciona las referencias injustificadas dentro del conjunto de referencias observadas por motivos asistenciales (*p.ej.* referencia que puede ser resuelta en su centro asistencial), procurando excluir de la definición de caso referencias observadas por motivos administrativos (*p.ej.* datos de filiación inconsistentes).

Causas por las que puede ser observada una referencia

- Múltiples datos inconsistentes del paciente
- Falta registro de acto médico
- Inadecuada sintomatología

- Mal proceso de referencia
- Mal registro de la sub actividad de origen y destino, del área, del diagnóstico, del motivo para la referencia.
- No cumple con protocolo del servicio
- Problemas de acreditación
- Referencia corresponde a la IPRESS de mayor o menor capacidad resolutive
- Referencia puede ser resuelta en su red Desconcentrada/ Asistencial / Microrred / IPRESS
- Cita en el IPRESS, no necesidad de referencia (25).

Factores de referencia oncológica injustificada

Falta de un protocolo de procesos de referencias, ya que hay un porcentaje de ausencia del personal específico para ejecutar esta actividad.

Escasa difusión para detectar problemas específicos del servicio, ya que no se efectúan capacitaciones para mejorar tanto los sistemas de referencias como los de contrarreferencia. La accesibilidad dificulta el sistema RC, ocasionando frecuentemente retrasos en la llegada, aumentando la posibilidad de que se agrave la condición sanitaria del paciente por la cual fue referida.

Ineficiencia del mecanismo de comunicación entre ambos establecimientos que intervienen en el proceso de referencia poniendo en riesgo la continuidad del cuidado del paciente de forma segura y eficiente. Falta de compromiso por autoridades las cuales se encuentran responsables del ejercicio adecuado del sistema (33,34).

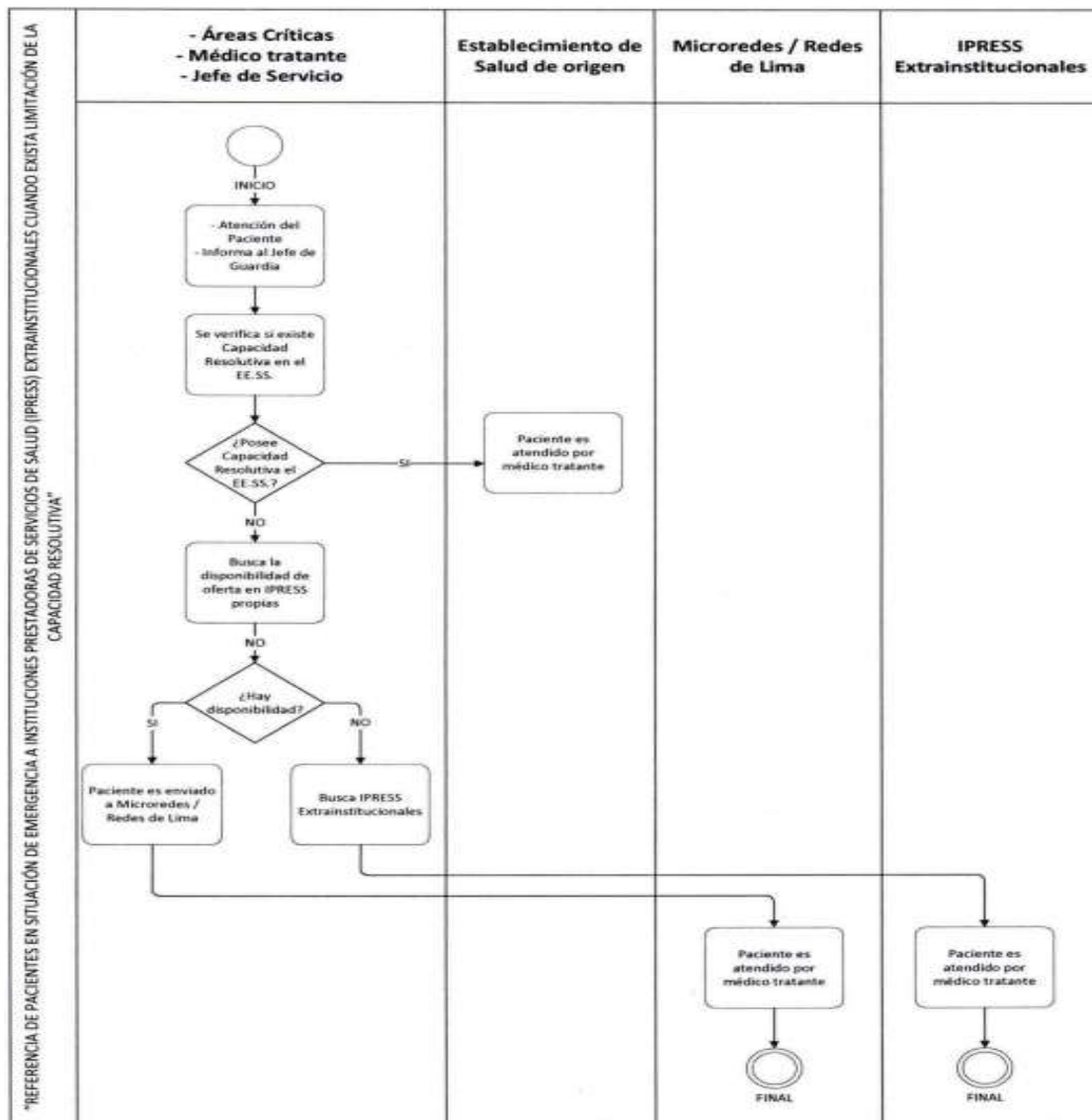


Gráfico 3. (35).

Anulación de las referencias

Los responsables del área de RC de la IPRESS de Origen, son los responsables de la anulación, considerando lo siguiente:

- Referencia observada >30 días.
- Motivo de observación puede resolverse en IPRESS de origen.
- Pacientes que rechazan la IPRESS de Referencia.
- Pacientes fallecidos.
- Perdida de acreditación sin periodo de latencia.
- Pacientes inubicables por cambio de domicilio.
- Contraindicaciones médicas absolutas de la IPRESS de Destino.

- Rechazo de tratamiento médico.
- Falta recurrente a cita programada (25).

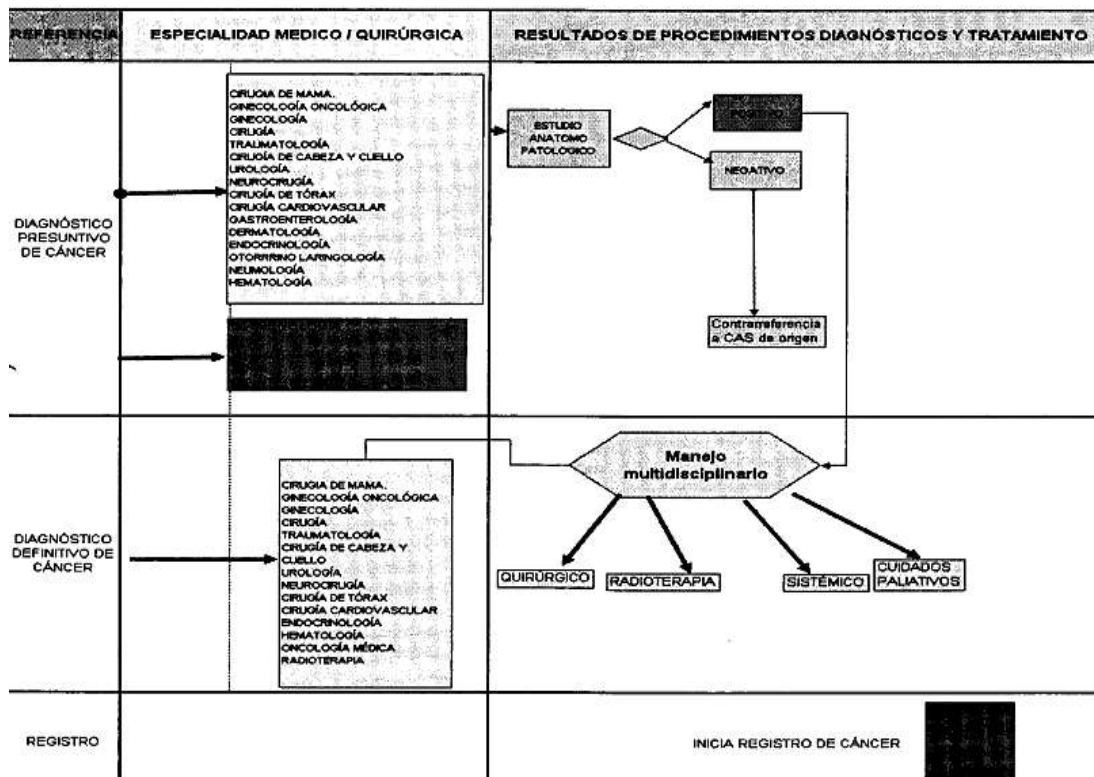


Gráfico 4. (29).

3. Definición de términos básicos

Referencia: Procedimiento administrativo – asistencial donde un personal sanitario transfiere la responsabilidad de atención a otra institución de mayor nivel (31).

Referencia injustificada: Aquella donde el paciente no debió ser referido a otro establecimiento sanitario (31).

Acreditación: Es el procedimiento de verificación de los requisitos que debe cumplir el afiliado para tener derecho a cobertura (28).

4. Hipótesis

Hipótesis principal

Hi: Existen factores asociados a la referencia oncológica injustificada en hospitales nacionales del seguro social de salud (EsSalud) del Perú, 2021.

H0: No existen factores asociados a la referencia oncológica injustificada en hospitales nacionales del seguro social de salud (EsSalud) del Perú, 2021.

Hipótesis derivadas

Hi₁: Existen factores epidemiológicos asociados a la referencia oncológica injustificada en hospitales nacionales de EsSalud.

Hi₂: Existen factores clínicos asociados a la referencia oncológica injustificada en hospitales nacionales de EsSalud.

Hi₃: Existen factores institucionales asociados a la referencia oncológica injustificada en hospitales nacionales de EsSalud.

Variables y su definición operacional

Variable dependiente: Referencia injustificada

Variable independiente: Factores epidemiológicos

Factores clínicos

Factores institucionales

III. METODOLOGÍA

1. Diseño metodológico

El enfoque cuantitativo, el tipo de investigación fue: observacional, analítica, retrospectivo y transversal.

Según la intervención, fue observacional.

Según el alcance fue analítico.

Según el momento de recolección: fue retrospectivo.

Según el número de mediciones: fue transversal.

2. Diseño muestral

Población universo

Pacientes referidos a oncología a hospitales nacionales de EsSalud

Población de estudio

Para la población se hizo mención a todos los hospitales nacionales pertenecientes al Seguro Social de Salud (EsSalud), siendo estos:

Sede hospitalaria	Ciudad de procedencia	Dirección
Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen	Lima	Jr. García Naranjo 840, La Victoria
Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren	Callao	Jr. Colina 1081, Bellavista
Hospital Nacional Carlos Alberto Seguin Escobedo	Arequipa	Esquina Peral y El Filtro S/N
Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé	Huancayo	Jr. Independencia 266
Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins	Lima	Av. Edgardo Rebagliati 490, Jesús María
Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo	Chiclayo	Plaza de la Seguridad Social S/N
Hospital Nacional Adolfo Guevara Velasco	Cusco	Av. Anselmo Álvarez S/N
Hospital Nacional de Trujillo – Virgen de la Puerta	Trujillo	Distrito La Esperanza Alt. Km 568 Panamericana Norte

Para este estudio se consideró a 5401 pacientes referidos a oncología entre enero a diciembre de 2021 a hospitales nacionales de EsSalud, considerando a los 8 hospitales anteriormente mencionados.

Criterios de elegibilidad

Criterios de inclusión

Grupo de estudio

Pacientes con referencias injustificadas a oncología.

Pacientes con HC completas.

Grupo comparativo

Pacientes con referencias justificadas a oncología.

Pacientes con HC completas.

Criterios de exclusión

Pacientes:

- Con HC judicializadas
- Con referencias médicas administrativas
- Con referencias médicas enviadas al primer nivel de atención

Tamaño de la muestra

Uso de la fórmula para diseños transversales analíticos (36). Según investigaciones anteriores de Retamozo (16), el 42.3 % de los pacientes con referencia de emergencia tuvieron 60 años de edad a más. La fórmula se detalla a continuación:

$$n = \frac{[z_{1-\alpha/2}\sqrt{(r+1)P_M(1-P_M)} - z_{1-\beta}\sqrt{r P_1(1-P_1) + P_2(1-P_2)}]^2}{r(P_1 - P_2)^2}$$

Parámetros:

$Z_{1-\alpha/2} = 1.96$: Nivel de confianza de 95 %.

$Z_{1-\beta} = 0.84$: Potencia de la prueba de 80 %.

$P_1 = 0.423$: Proporción de pacientes mayor o igual a 60 años de edad con referencia injustificada.

$P_2 = 0.471$: Proporción de pacientes mayor o igual a 60 años de edad con referencia justificada

$P_M = (p_1 + r p_2) / (r + 1)$

$r = 1$

Resultado:

$n_1 = 164$: Grupo de estudio

$n_2 = 164$: Grupo comparativo

Muestra: 328 pacientes referidos a oncología entre enero a diciembre de 2021 a hospitales nacionales de EsSalud. De los cuales 164 pacientes tuvieron referencias injustificadas (grupo de estudio) y otros 164 pacientes tuvieron referencias justificadas (grupo comparativo).

Tipo y técnica de muestreo

Probabilístico y aleatorio simple. Es decir, se ingresó los números de las historias clínicas (HC) de cada paciente al Excel, luego se generó la aleatorización de cada una de ellas, con la finalidad de escoger las cantidades totales para cada grupo.

3. Técnicas y procedimiento de recolección de datos

La técnica fue documental, es decir, revisión base de datos y/o HC electrónica.

El instrumento fue una ficha de recolección, la cual fue creada por el investigador, con fines del presente estudio:

- I. Factores epidemiológicos, como la edad, el sexo y la procedencia del paciente.
- II. Factores clínicos, como el tipo de neoplasia, el estadio y la presencia de comorbilidades.
- III. Factores institucionales, donde se especificó el proveedor que efectuó la referencia, además si el paciente tuvo referencias previas en el último año y la modalidad de referencia que se brindó, es decir, por apoyo al diagnóstico o por tratamiento.
- IV. Referencias injustificadas, en el cual se especificó el motivo de dicha referencia. En el presente estudio se consideró como referencia injustificada a aquella referencia que pudo haber sido resuelta en su establecimiento, microred o red de salud de origen por contar con la capacidad resolutive para solucionar el motivo de la referencia, pudiendo el paciente contar o no con cita en su IPRESS de origen.

4. Procesamiento y análisis de datos

Uso de programa SPSS-25.

Análisis bivariado

Cálculo de RPc (Razón de Prevalencia cruda)

Significancia del 5 %

Análisis multivariado

Realización de modelo de regresión Poisson con varianza robusta para el cálculo de la RPa (Razón de Prevalencia ajustada).

Se consideró el p-valor significado del análisis bivariado para ser incluidos en el modelo de regresión multivariado.

5. Aspectos éticos

Se realizó la revisión de la HC electrónica de pacientes referidos a oncología.

La información recolectada fue codificada, manteniendo el anonimato.

Dicha información solo tuvo uso científico, para la publicación de futuras investigaciones.

IV. RESULTADOS

Se muestra a continuación los resultados del análisis estadístico obtenido de la información de 328 pacientes referidos a oncología en hospitales nacionales de EsSalud, 2021. Se identificaron a 164 pacientes con referencia oncológica injustificada y otros 164 con referencia oncológica justificada.

Tabla 1. Características epidemiológicas en pacientes referidos a oncología en hospitales nacionales de EsSalud 2021

Características epidemiológicas	N	%
Edad (Me; RI)*	61; [47 - 72]	
19- 29 años	9	2.7 %
30- 59 años	145	44.2 %
≥ 60 años	174	53.1 %
Sexo		
Masculino	90	27.4 %
Femenino	238	72.6 %
Procedencia		
Lima		
Lima Metropolitana	117	35.7 %
Lima provincia	4	1.2 %
Provincia constitucional del Callao	7	2.1 %
Otras regiones		
Región Norte	77	23.5 %
Región Centro	33	10.7 %
Región Sur	88	26.8 %
Total	328	100.0 %

*Me: Mediana, RI: Rango intercuartílico

Fuente: Elaborado por el autor según ficha de recolección de datos

En la tabla 1, se muestra que la mitad de los pacientes referidos a oncología presentaron una mediana de edad de hasta 61 años; además, se observó una mayor frecuencia de pacientes con 60 años de edad a más (53.1 %), el sexo femenino fue el 72.6 % y la mayor parte de pacientes eran provenientes de otras regiones del país (61 %), destacando en la región del Sur (26.8 %) como Arequipa (11.6 %) y del Norte (23.2 %) como La Libertad (13.1%) (ver anexo 4)

Tabla 2. Patología oncológica referida en pacientes atendidos en hospitales nacionales de EsSalud, 2021

Patología oncológica referida	N	%
Cáncer de mama	66	20.1 %
Cáncer de útero	39	11.9 %
Cáncer de estómago	20	6.1 %
Cáncer de colon	15	4.6 %
Cáncer de piel	15	4.6 %
Cáncer de tiroides	15	4.6 %
Cáncer de hígado	14	4.3 %
Cáncer pulmonar	13	4.0 %
Cáncer de próstata	11	3.4 %
Cáncer de riñón	10	3.0 %
Cáncer de recto	8	2.4 %
Cáncer de ovario	7	2.1 %
Cáncer cerebral	5	1.5 %
Cáncer de páncreas	4	1.2 %
Cáncer de vesícula biliar	4	1.2 %
Cáncer de hueso	3	0.9 %
Cáncer de laringe	3	0.9 %
Cáncer abdominal	2	0.6 %
Cáncer de esófago	2	0.6 %
Cáncer de lengua	2	0.6 %
Cáncer de vejiga	2	0.6 %
Cáncer testicular	2	0.6 %
Cáncer vaginal	2	0.6 %
Cáncer de labio	1	0.3 %
Cáncer en la columna vertebral	1	0.3 %
Sin diagnóstico oncológico establecido	62	18.9 %
Total	328	100.0 %

Fuente: Elaborado por el autor según ficha de recolección de datos

En la tabla 2, se observa que, de los pacientes referidos, el 81.1 % (n=266) presentó patología oncológica, donde en mayor frecuencia se observó que, el 20.1 % tuvo cáncer de mama, el 11.9 % cáncer de útero y el 6.1 % cáncer de estómago; mientras que menos del 5 % evidenció cáncer de colon, cáncer de piel, cáncer de tiroides (4.6 % para cada caso), cáncer de hígado (4.3 %), cáncer pulmonar (4 %), entre otros. Asimismo, se pudo observar que el 18.9 % (n=62) de los pacientes no evidenció diagnóstico oncológico.

Tabla 3. Características clínicas en pacientes referidos a oncología en hospitales nacionales de EsSalud, 2021

Características clínicas	N	%
Estadio de cáncer		
I	54	16.5 %
II	98	29.9 %
III	51	15.5 %
IV	59	18.0 %
No especifica el tipo de estadio*	4	1.2 %
Sin clasificación de estadio**	62	18.9 %
Comorbilidades		
Si	182	55.5 %
No	146	44.5 %
Total	328	100.0 %

*Los pacientes con patología oncológica no especificaron el nivel de estadio

**Los pacientes no tuvieron patología oncológica

Fuente: Elaborado por el autor según ficha de recolección de datos

En la tabla 3, se muestra que, la gran mayoría de pacientes con referencia oncológica y fueron diagnosticados con cáncer, tuvieron un estadio de nivel II (29.9 %) y nivel IV (18 %), el 55.5% de los pacientes expresaron tener al menos una comorbilidad.

Tabla 4. Hospital de referencia destino en pacientes referidos a oncología en hospitales nacionales de EsSalud, 2021

Hospital de referencia destino	N	%
Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen	79	24.1 %
Hospital Nacional Carlos Alberto Seguin Escobedo	79	24.1 %
Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins	79	24.1 %
Hospital Nacional de Trujillo – Virgen de la Puerta	53	16.2 %
Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren	20	6.1 %
Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé	9	2.7 %
Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo	8	2.4 %
Hospital Nacional Adolfo Guevara Velasco	1	0.3 %
Total	328	100.0 %

Fuente: Elaborado por el autor según ficha de recolección de datos

La tabla 4, demuestra que, la gran mayoría de los pacientes fueron referidos a oncología en establecimientos de salud como el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen y el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, ambos de Lima, así como también en el Hospital Nacional Carlos Alberto Seguin Escobedo de Arequipa (24.1 % para cada caso). Además, en un menor porcentaje, se observó que el 16.2 % de los pacientes fueron referidos al Hospital Nacional de Trujillo – Virgen de la Puerta y menos del 7 % fueron referidos a otros hospitales.

Tabla 5. Características institucionales en pacientes referidos a oncología en hospitales nacionales de EsSalud, 2021

Características institucionales	N	%
Proveedor de salud que efectuó la referencia		
Médico no especialista	160	48.8 %
Médico especialista	168	51.2 %
Referencia previa en el último año		
Si	232	70.7 %
No	96	29.3 %
Nivel de capacidad resolutive de EESS de procedencia		
I	137	41.8 %
II	167	50.9 %
III	24	7.3 %
Motivo de referencia		
Por apoyo al diagnóstico	322	98.2 %
Tratamiento	6	1.8 %
Total	328	100.0 %

Fuente: Elaborado por el autor según ficha de recolección de datos

La tabla 5, revela que un porcentaje del 51.2 % de los pacientes fueron remitidos a la especialidad de oncología por parte de un médico especialista. Por otro lado, un 70.7 % de los casos tuvieron antecedentes de referencias médicas en el año previo; mientras que, los establecimientos de salud que en mayor frecuencia realizaron referencia fueron de nivel I (41.8 %) y nivel II (50.9 %) de capacidad resolutive. Además, se observó que el principal motivo de referencia fue para realizar estudios de apoyo al diagnóstico (98.2 %).

Tabla 6. Factores epidemiológicos asociados a referencia oncológica injustificada en pacientes de hospitales nacionales de EsSalud, 2021

Factores epidemiológicos	Referencia injustificada				RPC*	IC (95 %) *
	Si		No			
	N	%	N	%		
Edad						
≥ 60 años	92	56.1 %	82	50.0 %	0.823	0.599 – 1.129
30 – 59 años	69	42.1 %	76	46.3 %	0.867	0.631 – 1.192
18 – 29 años	3	1.8 %	6	3.7 %	Ref.	
Sexo						
Masculino	48	29.3 %	42	25.6 %	1.094	0.867 - 1.381
Femenino	116	70.7 %	122	74.4 %		
Procedencia						
Lima	48	29.3 %	80	48.8 %	Ref.	
Otras regiones del país						
Región Norte	37	22.6 %	40	24.4 %	0.95	0.730 - 1.235
Región Centro	18	11.0 %	17	10.4 %	1.032	0.733 - 1.453
Región Sur	61	37.2 %	27	16.5 %	1.615	1.320 - 1.976
Total	164	100.0 %	164	100.0 %		

*RPC: Razón de Prevalencia cruda, IC (95 %): Intervalo de confianza de 95%.

Fuente: Elaborado por el autor según ficha de recolección de datos

La tabla 6, resalta que proceder de la región del Sur del Perú (RPC=1.615; IC (95 %):1.320-1.976) fue un factor epidemiológico asociado significativamente a la referencia oncológica injustificada. En consecuencia, los pacientes que proceden de establecimientos de salud ubicados geográficamente en otras regiones del país aumentan en 1.615 veces la prevalencia de referencias oncológicas injustificadas en comparación con aquellos pacientes que proceden de Lima. Además, se destaca que el 70.8 % de los pacientes con referencias oncológicas injustificadas provinieron de otras regiones del país, concentrándose la mayor parte en regiones del sur (37.2 %), mientras que el 48.8 % de los pacientes con referencias oncológicas justificadas fueron provenientes de Lima (ver figura 1).

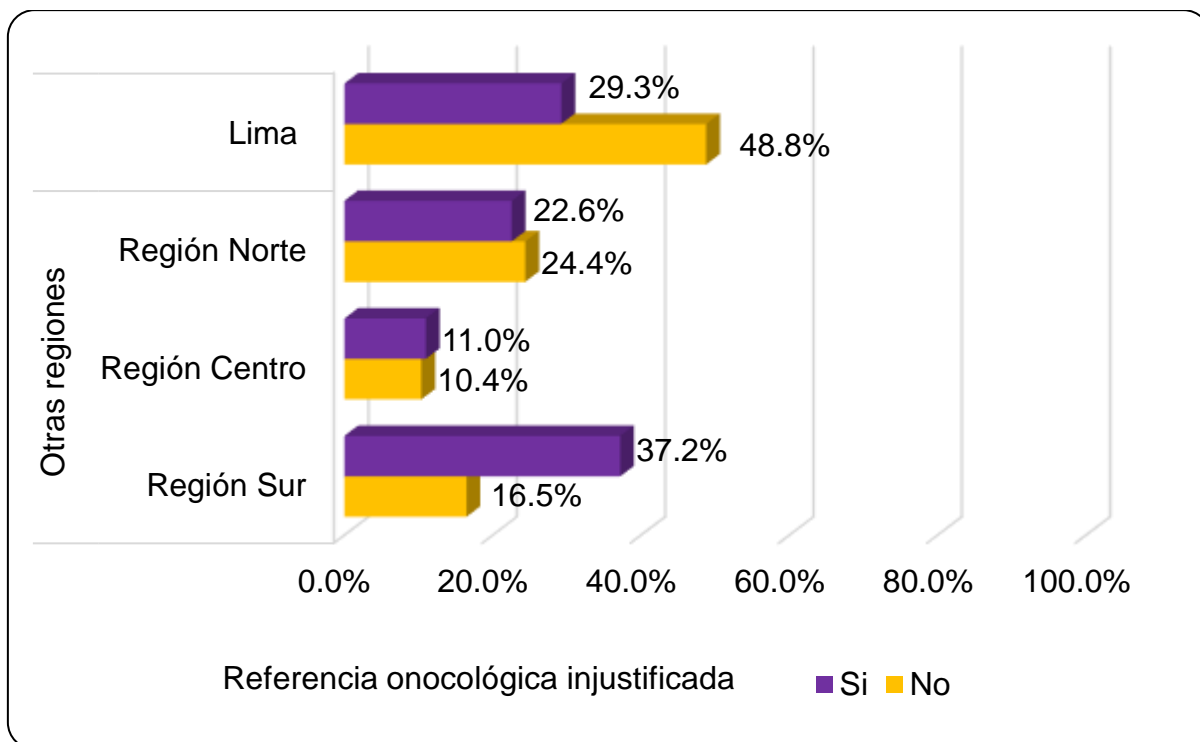


Figura 1. Tipo de procedencia y referencia oncológica injustificada en pacientes de hospitales nacionales de EsSalud, 2021

Tabla 7. Factores clínicos asociados a referencia oncológica injustificada en pacientes de hospitales nacionales de EsSalud, 2021

Factores clínicos	Referencia injustificada				RPc*	IC (95%) *
	Si		No			
	N	%	N	%		
Estadio de cáncer +						
I	36	25.2 %	18	15.5 %	1.417	1.197 – 1.677
II	66	46.2 %	32	26.9 %	1.427	1.233 – 1.650
III	18	12.6 %	33	27.7 %	1.035	0.871 - 1.231
IV	23	16.1 %	36	32.3 %	Ref.	
Comorbilidades						
Si	92	56.1 %	90	54.9 %	1.025	0.824 - 1.275
No	72	43.9 %	74	45.1 %		
Total	164	100.0 %	164	100.0 %		

*RPc: Razón de Prevalencia cruda, IC (95 %): Intervalo de confianza de 95 %.

Fuente: Elaborado por el autor según ficha de recolección de datos

+ 4 pacientes con patología oncológica no especificaron el nivel de estadio

+62 pacientes no tuvieron patología oncológica

La tabla 7, revela una asociación significativa entre el factor clínico estadio de cáncer y la referencia oncológica injustificada. Observándose, que los pacientes

referidos y diagnosticados con cáncer en estadio I y II (RPC=1.417; IC (95 %):1.197–1.677; RPC=1.427; IC (95 %):1.233–1.650) aumentan en 1.417 y 1.427 veces la prevalencia de referencia oncológica injustificada comparado con los pacientes que se encuentran en un estadio de cáncer IV (ver figura 2).

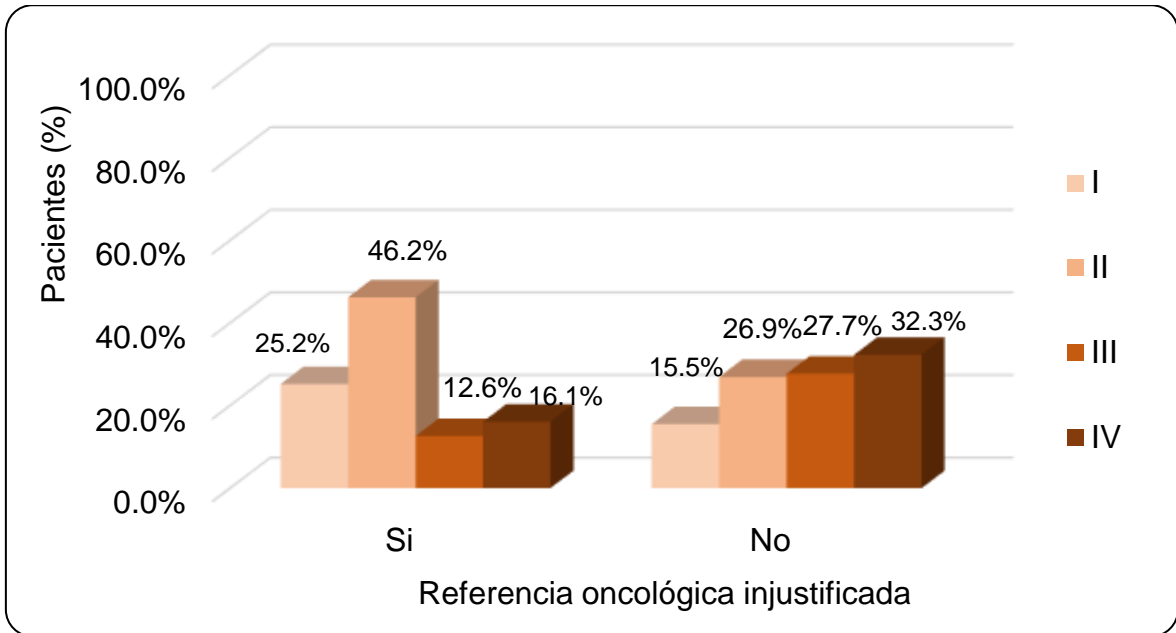


Figura 2. Estadío de cáncer y referencia oncológica injustificada en pacientes de hospitales nacionales de EsSalud, 2021

Tabla 8. Factores institucionales asociados a referencia oncológica injustificada en pacientes de hospitales nacionales de EsSalud, 2021

Factores institucionales	Referencia injustificada				RP	IC (95%)
	Si		No			
	N	%	N	%		
Proveedor que efectuó la referencia						
Médico no especialista	77	47.0 %	67	40.9 %	1.064	0.954 - 1.186
Médico especialista	87	53.0 %	97	59.1 %	Ref.	
Referencia previa en el último año						
Si	114	69.5 %	118	72.0 %	0.943	0.748 - 1.190
No	50	30.5 %	46	28.0 %		
Nivel de capacidad resolutive de EESS de procedencia						
I	55	33.5 %	82	50.3 %	0.703	0.554 – 0.893
II	97	59.1 %	70	42.9 %	1.396	1.116 - 1.746
III	12	7.3 %	12	7.3 %	Ref.	
Modalidad de la referencia						
Por apoyo al diagnóstico	163	99.4 %	159	97.0 %	3.037	0.506 - 18.236
Tratamiento	1	0.6 %	5	3.0 %		
Total	164	100.0 %	164	100.0 %		

*RPc: Razón de Prevalencia cruda, IC (95 %): Intervalo de confianza de 95 %.

Fuente: Elaborado por el autor según ficha de recolección de datos

En la tabla 8, se destaca que el nivel II de capacidad resolutive del establecimiento de salud de procedencia (RP=1.396; IC (95 %):1.116-1.746) se identificó como un factor institucional significativamente asociado a la referencia oncológica injustificada. Esto implica que los pacientes que provinieron de un centro de salud de capacidad resolutive de nivel II presentaron una prevalencia 1.396 veces mayor de ser referidos de manera injustificada en comparación con aquellos pacientes que provinieron de un nivel III. Además, se observó que el 59.1 % de los pacientes con referencia oncológica injustificada provinieron de establecimientos de salud de capacidad resolutive de nivel II, mientras que el 50.3 % de aquellos con referencia oncológica justificada provinieron de nivel I (ver figura 3).

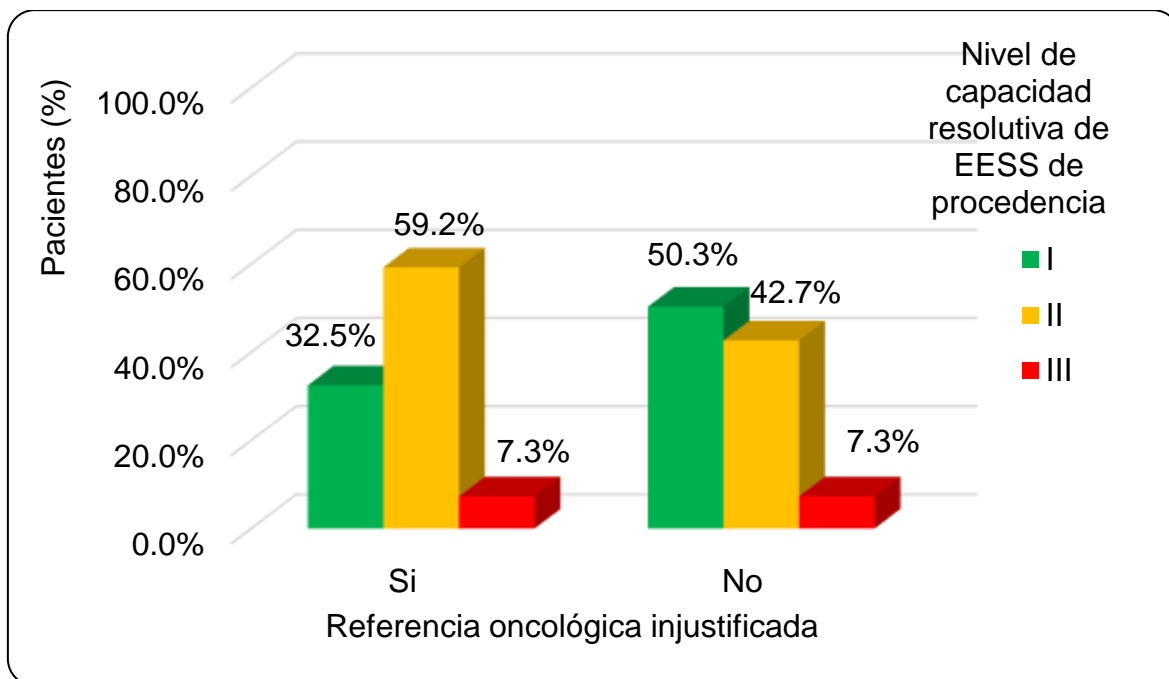


Figura 3. Nivel de capacidad resolutive de EESS de procedencia y referencia oncológica injustificada en pacientes de hospitales nacionales de EsSalud, 2021

Luego de evaluar los factores de manera individual, se procedió a seleccionar a las variables significativas para realizar el análisis multivariado, los cuales se presentan en la siguiente tabla:

Tabla 9. Los factores asociados a la referencia oncológica injustificada en pacientes de hospitales nacionales de EsSalud, 2021

Variables	RPa	IC (95 %) para RPa	
		Inferior	Superior
Otras regiones: Región Sur	1.227	1.103	1.365
Estadio de cáncer I	1.367	1.195	1.564
Estadio de cáncer II	1.326	1.185	1.486
Nivel II de capacidad resolutive del EESS de procedencia	1.132	1.024	1.252

RPa: Razón de Prevalencia ajustada, IC (95 %): Intervalo de confianza de 95 %.

Variable dependiente: Referencia injustificada

Modelo: Procedencia: otras regiones del país (Región Sur), Estadio de cáncer I y II, Nivel II de capacidad resolutive del EESS de procedencia.

Fuente: Elaborado por el autor según ficha de recolección de datos

Luego de realizar el análisis multivariado utilizando la Regresión de Poisson, se demuestra que los factores asociados de manera significativa a la referencia oncológica injustificada fueron la procedencia, representada por otras regiones del

país (Región Sur) (RPa=1.227; IC (95 %):1.103-1.365), el estadio de cáncer I (RPa=1.367; IC (95 %):1.195-1.564), estadio de cáncer II (RPa=1.326; IC(95 %):1.185-1.486) y el nivel II de capacidad resolutiva del EESS de procedencia (RPa=1.132; IC (95 %):1.024-1.252). En consecuencia, los pacientes que proceden de otras regiones del país fuera de Lima, específicamente la región Sur, diagnosticados con cáncer en estadio I y II, además de pertenecer a establecimientos de salud de nivel II de capacidad resolutiva presentan una prevalencia 1.227, 1.367, 1.326 y 1.132 veces mayor respectivamente, de ser referidos a oncología de manera injustificada.

V. DISCUSIÓN

Se evaluaron 328 pacientes referidos al servicio de oncología en hospitales nacionales del Seguro Social de Salud, la mayoría tenía 50 años a más, eran de sexo femenino y provenientes de Lima Metropolitana. El tipo de cáncer más frecuente fue el de mama, en estadio II; además la mayoría presentaba comorbilidades. Los hospitales de destino con frecuencia fueron: Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, Hospital Nacional Carlos Alberto Seguin Escobedo y el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins. Un médico especialista efectuó la referencia y generalmente tuvieron una referencia previa en el último año. En la mayoría de casos el nivel del establecimiento de salud de procedencia fue II y la modalidad de referencia fue por apoyo al diagnóstico. Hallazgos análogos presentaron Lescano y Mari (12) quienes, al revisar 99 891 referencias, identificaron que 8.36 % eran injustificadas, de ellas el 65.8 % fue en ancianos y 67 % correspondía al sexo femenino. También mencionaron que las referencias injustificadas no se alinearon al diagnóstico encontrado en el paciente. Retamozo (16), indicó que el 50.26 % de pacientes con referencias injustificadas eran mujeres. Mientras que Lescano-Osorio et al. (37), informaron que el grupo etario de los pacientes referidos injustificadamente fueron los adultos mayores (65.8 %) y las mujeres (67 %); la mayoría provino de un establecimiento de salud nivel I-3 (78.9 %). De los hallazgos se puede inferir que las características de los pacientes incluidos son parecidas a las reportadas en investigaciones anteriores.

El proceder de otras regiones (Región Sur) se consideró un factor epidemiológico asociado a la referencia oncológica injustificada en hospitales nacionales de EsSalud. Sin embargo, descriptivamente Huamaní (13), indicó que 35.44 % de referencias injustificadas provenían del Centro de Salud de Chosica, seguido por el C.S Moyopampa (14.56 %). El sistema de referencias oncológicas a nivel nacional, desempeña una función de gran relevancia cuyo propósito es garantizar que el paciente reciba una atención óptima incluso si su centro de atención no tiene la capacidad resolutoria para abordar su problema. Por lo tanto, solo se debería remitir a aquellos pacientes que verdaderamente lo requieran y en el momento oportuno, con el objetivo de prevenir la saturación de hospitales de mayor nivel de complejidad, como suele ocurrir en diversas épocas del año (22). En este contexto,

el proceder de otras regiones de Lima podría considerarse un factor para referencias injustificadas pues los establecimientos de salud podrían no contar con la especialidad médica y los profesionales capacitados para el diagnóstico de enfermedades oncológicas, al respecto, Retamozo (16), indicó que entre los motivos de referencia resaltó la falta de especialidad médica necesaria (51.58 %).

Según los reportes de 2022 sobre referencias y contrarreferencias de las redes de EsSalud a nivel nacional, los motivos más frecuentes de las referencias observadas y anuladas son: la referencia se realiza a una IPRESS de menor capacidad resolutive, la referencia puede resolverse dentro de la IPRESS de origen o dentro de la jurisdicción. Ello nos muestra que no hay una adecuada supervisión y conducción de las referencias y contrarreferencias, ya que solo para el 2022 en el servicio de oncología hubo 1812 referencias observadas o anuladas, esta realidad evidencia la importante cifra de pacientes que tienen una tardanza en su atención por procesos netamente administrativos de la institución de salud de origen.

El presentar un estadio inicial de Cáncer I y II se consideró un factor clínico asociado a la referencia oncológica injustificada en hospitales nacionales de EsSalud. Los resultados son cercanos a los reportados por Forrest et al. (38) manifestaron que los pacientes con cáncer en estadios más avanzados tenían mayores probabilidades de referencias justificadas, además de diagnóstico y tratamiento precoz en comparación a los pacientes en estadios iniciales. El estadio del cáncer puede considerarse una medida indirecta de cuán enfermo está un paciente, lo que puede influir en la referencia del paciente. Sin embargo, cuando el diagnóstico es erróneo, y la referencia puede ser resuelta en su red Desconcentrada/ Asistencial / Microrred / IPRESS o existen múltiples datos inconsistentes del paciente la referencia podría considerarse injustificada (25). Al parecer, esta situación es más frecuente en pacientes con un diagnóstico inicial de cáncer; estadios I y II. Que podría deberse a la similitud en sintomatologías con otras patologías, falta de equipamiento para realizar un correcto diagnóstico, además de una deficiente capacitación en los profesionales de salud para reconocer esta afección.

El nivel II de capacidad resolutive del establecimiento de salud de referencia se consideró un factor institucional asociado a la referencia oncológica injustificada en

hospitales nacionales de EsSalud. Estudios alineados a este hallazgo no se reportaron; sin embargo, descriptivamente Sausa (17) encontró que 85 % de referencias observadas provenían de establecimientos nivel II, principalmente identificaron falencias operativas (20 %), estructurales (7 %) y datos inconsistentes (3 %). Los establecimientos de salud de segundo nivel de atención incluyen todos los centros médicos que ofrecen tanto atención ambulatoria como de hospitalización, y esta es proporcionada por médicos especializados que disponen de herramientas de diagnóstico y terapéuticas (21), a pesar de ello existe una falta de un protocolo de procesos de referencias pues se tienen un porcentaje de ausencia del personal específico para ejecutar esta actividad, además de la escasa difusión para detectar problemas específicos del servicio, por la falta de capacitaciones para mejorar el sistema de referencia y el ineficiente mecanismo de comunicación entre los establecimientos que intervienen en el proceso de referencia (33,34), lo que explica la relación entre las variables.

Dado que esto puede dar lugar a derivaciones no justificadas, es esencial proporcionar una formación más exhaustiva sobre el procedimiento de referencia y contrarreferencia, en establecimientos de nivel II asegurando que esté completamente alineado con la normativa técnica, además realizar mayor capacitación sobre el sistema de referencias en los establecimientos de nivel II para reducir las referencias injustificadas con una buena supervisión y conducción de esta gestión.

Entre las principales limitaciones, se deben mencionar los posibles sesgos de selección. Esto se debe a que los casos bajo análisis corresponden a eventos que han ocurrido previamente. Para abordar esto, el investigador ha sido cauteloso en la elección de los casos a analizar. Se ha tenido en cuenta la similitud en características para lograr que la población sea lo más homogénea posible, evitando así el riesgo de confusión o mezcla de efectos. Otro sesgo a considerar fue el procedimiento de selección, el cual se produce por no respetar el proceso de asignación aleatoria de los sujetos de estudio para ello el investigador, hizo uso de un programa Microsoft Excel 2019, para identificar al azar los casos a analizar. Adicionalmente, se pudo considerar el sesgo de falta de sensibilidad del

instrumento, pero para evitar ello, el instrumento a utilizar en el presente estudio fue validado por expertos en el tema (especialistas o magísteres) (39).

Una limitación encontrada en la ejecución de la investigación mas no el diseño fue la dificultad para definir un caso de referencia injustificada, puesto que el sistema de historias clínicas electrónicas no se cuenta con los motivos de la referencia y se tuvo que recurrir al sistema de electrónico de referencias. En este sentido se recomienda buscar la interoperabilidad entre ambos sistemas para reducir los tiempos en el estudio de las referencias injustificadas en auditorías, como en la reducción de tiempo para el paciente, de esta manera el médico solo registra e indica la referencia y luego el paciente solo gestiona su referencia con otro personal.

Finalmente, es importante considerar que una referencia oncológica injustificada a hospitales de tercer nivel no necesariamente significa que el paciente no necesite ser derivado. Por el contrario, pudiendo proceder de un establecimiento de primer nivel quizás no sea justificable referírsele al tercer nivel, pero si pueda beneficiarse de la atención que ofrecen hospitales de menor complejidad, pero más especializados que su establecimiento de origen como bien son los hospitales de segundo nivel. Por lo tanto, la clave está en determinar la mejor opción de derivación para el paciente, considerando factores como la gravedad de la enfermedad oncológica, la disponibilidad de recursos especializados, la accesibilidad geográfica e incluso las preferencias del paciente.

VI. CONCLUSIONES

1. Los factores asociados a la referencia oncológica injustificada fueron la procedencia de otras regiones del país (Región Sur), el estadio de cáncer (I y II) y el nivel II de capacidad resolutive del EESS de procedencia en pacientes de hospitales nacionales del seguro social de salud (EsSalud) del Perú, 2021. Una referencia injustificada no significa que el paciente oncológico no necesite ser derivado, pudiendo beneficiarse de la atención especializada que ofrecen hospitales de mejor complejidad por contar con médicos capacitados, equipos, así como recursos para el diagnóstico y seguimiento oncológico adecuado.
2. La procedencia por otras regiones del país fuera de Lima, específicamente por la Región Sur, fue un factor epidemiológico asociado a la referencia oncológica injustificada en pacientes de hospitales nacionales del seguro social de salud (EsSalud) del Perú, 2021. Si bien la procedencia del paciente puede influir en la decisión de referencia, esto no excluye la posibilidad de que el paciente realmente necesite ser derivado a un establecimiento de mayor complejidad en otro establecimiento.
3. El estadio de cáncer I y II fueron los factores clínicos asociados significativamente a la referencia oncológica injustificada en pacientes de hospitales nacionales del seguro social de salud (EsSalud) del Perú, 2021. Esta asociación puede ser el resultado de una combinación de condiciones como falta de experiencia local, precaución clínica excesiva, presión del paciente/familia, limitaciones en servicios locales y falta de sistemas de apoyo para manejar el cáncer a nivel local, pero en ningún caso exime de la necesidad de atención en un nivel resolutivo superior al establecimiento de origen.
4. El nivel II de capacidad resolutive del EESS de procedencia fue un factor institucional asociado significativamente a la referencia oncológica injustificada en pacientes de hospitales nacionales del seguro social de salud (EsSalud) del Perú, 2021. Aunque es posible exista la percepción generalizada de que los

hospitales de tercer nivel ofrecen una mayor calidad de atención o una gama más amplia de servicios médicos y muchas referencias injustificadas procedan de establecimientos de segundo nivel, esto significa que realmente no requieren derivación.

VII. RECOMENDACIONES

1. Concientizar principalmente a los médicos y personal administrativo que trabajan en consultorio externo acerca de la relevancia de seguir la norma técnica que guía las referencias y contrarreferencias médicas, principalmente en pacientes oncológicos. Se podría compartir los diagnósticos de los casos que pueden ser tratados en el primer nivel de atención, con la finalidad de disminuir las derivaciones innecesarias y evitar la congestión en citas a nivel de hospitales del Seguro Social.
2. Se sugiere efectuar capacitaciones dirigidos al equipo médico y personal administrativo con respecto al mecanismo de referencia y contrarreferencia en pacientes oncológicos, con el propósito de mejorar la exactitud en los diagnósticos clínicos y efectuar derivaciones oportunas únicamente para pacientes que verdaderamente requieran atención especializada.
3. Se sugiere intensificar la supervisión de las referencias y contrarreferencias en pacientes con cáncer, con el fin de garantizar la continuidad de la atención y abordar de manera efectiva los aspectos desfavorables dentro del sistema de referencias oncológicas.
4. Se sugiere realizar mayores estudios sobre el tema que puedan contrastar o respaldar los hallazgos del estudio, se sugieren estudios multicéntricos, así como analizar otros factores de la gestión y especialmente factores clínicos que pueden asociarse a las referencias oncológicas injustificadas.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Molina R. El paciente oncológico del siglo XXI. Maridaje terapéutico Nutrición-Oncología. Nutr. Hosp. [Internet]. 2016; 33(1): p. 3-10. [Citado 16 Noviembre 2022]. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112016000700002.
2. Sociedad Argentina de Pediatría. Comité de Hematología, Oncología y Medicina Transfusional. [Online].; 2019 [cited 2022 Noviembre 16. Available from: https://sap.org.ar/uploads/archivos/general/files_algoritmo-ca-infantil-11-19_1580335026.pdf.
3. Organización Mundial de la Salud. OMS. [Online].; 2022 [cited 2022 Noviembre 16. Available from: [Disponible en: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cancer](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cancer).
4. Llanos L, Orellana A, Aguado H. Evaluación inicial del Sistema de Referencia y Contrarreferencia ambulatoria en la DIRIS Lima Norte, desde los centros materno infantiles. Rev Med Hered. [Internet]. 2021; 32(2): p. 91-02. [Citado 16 Noviembre 2022]. Disponible en: <https://revistas.upch.edu.pe/index.php/RMH/article/view/3982>.
5. Seguro Social de Salud [Internet]. Perú. EsSalud. [Online].; 2022 [cited 2022 Noviembre 16. Available from: [Disponible en: http://www.essalud.gob.pe/nuestra-institucion/](http://www.essalud.gob.pe/nuestra-institucion/).
6. Alcalde-Rabanal J, Lazo-González O, Nigenda G. Sistema de salud de Perú. Salud pública Méx. [Internet]. 2011; 53(2): p. 243-254. [Citado 16 Noviembre 2022]. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342011000800019.
7. Hospital de la Vega. E.S.E Hospital de la Vega. [Online].; 2018 [cited 2022 Noviembre 16. Available from: [Disponible en: https://eselavega-cundinamarca.gov.co/wp-content/uploads/2020/05/MANUAL-DE-REFERENCIA-Y-CONTRAREFERENCIA-1.pdf](https://eselavega-cundinamarca.gov.co/wp-content/uploads/2020/05/MANUAL-DE-REFERENCIA-Y-CONTRAREFERENCIA-1.pdf).

8. Ministerio de Salud del Perú. Hospital Nacional Hipólito Unanue. [Online].; 2018 [cited 2019 marzo 20. Available from: <http://www.hnhu.gob.pe/Inicio/>.
9. Ministerio de Salud. Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas. [Online].; 2020 [cited 2022 Noviembre 16. Available from: [Disponible en: https://www.incn.gob.pe/referencias-y-contrareferencias/](https://www.incn.gob.pe/referencias-y-contrareferencias/).
10. Ministerio de Salud. Hospital Cayetano Heredia. [Online].; 2021 [cited 2022 Noviembre 16. Available from: [Disponible en: https://www.hospitalcayetano.gob.pe/PortalWeb/wp-content/uploads/resoluciones/2021/RD/RD_451-2021-HCH-DG.pdf](https://www.hospitalcayetano.gob.pe/PortalWeb/wp-content/uploads/resoluciones/2021/RD/RD_451-2021-HCH-DG.pdf).
11. Llanos L, Orellana A, Aguado H. Evaluación inicial del Sistema de Referencia y Contrarreferencia ambulatoria en la DIRIS Lima Norte, desde los centros materno infantiles. Rev Med Hered. [Internet]. 2021; 32: p. 91-102. [Citado 16 Noviembre 2022]. Disponible en: <https://revistas.upch.edu.pe/index.php/RMH/article/view/3982/4536>.
12. Lescano F, Mari A. Frecuencia de referencias injustificadas, en base a diagnósticos no pertinentes, realizadas al servicio de consulta externa adultos del Hospital Cayetano Heredia, Lima – abril a diciembre del 2019, y sus características. Tesis de Grado. Lima Perú: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2022.
13. Huamaní J. Referencias emitidas del primer nivel de atención según grupo profesional en la localidad de Chosica periodo 2020. Tesis de Maestría. Lima: Universidad César Vallejo; 2021. [Citado 17 Noviembre 2022]. Disponible en: https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/57155/Huaman%c3%ad_MAJ-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
14. Namuche F. Referencias no justificadas y tiempos de espera para una consulta médica en el servicio de oncología del Hospital Alberto Sabogal Sologuren 2014. Tesis de Maestría. Lima: Universidad de San Martín de Porres; 2016. [Citado 17 Noviembre 2022]. Disponible en: https://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/5029/namuc he_off.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
15. Sayago L. Características de las Referencias y Diagnósticos de Egreso de Emergencia del Servicio de Obstetricia del Hospital Provincial Docente Belén-

Lambayeque. Tesis de Grado. Lambayeque: Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo; 2018. [Citado 17 Noviembre 2022]. Disponible en: <https://repositorio.unprg.edu.pe/handle/20.500.12893/1802>.

16. Retamozo J. Factores asociados al resultado de las referencias de emergencia a hospitales de mayor complejidad en el Hospital San Juan de Lurigancho. Julio - diciembre 2015. Tesis de Maestría. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia ; 2017. [Citado 17 Noviembre 2022]. Disponible en:

https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/1005/Factores_RetamozoArias_Jaime.pdf?sequence=4&isAllowed=y.

17. Sausa B. Factores de optimización del sistema de referencia y contrarreferencia en la Red Desconcentrada Sabogal-EsSalud 2016. Tesis de Maestría. Lima: Universidad César Vallejo; 2018. [Citado 17 Noviembre 2022]. Disponible en:

https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/14459/Sausa_HBE.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

18. Vigil S. Relación del Sistema de Referencia y Contrarreferencia con la Mortalidad Materna del Hospital II 2 Tarapoto, 2017. Tesis de Maestría. Tarapoto: Universidad César Vallejo; 2019. [Citado 17 Noviembre 2022]. Disponible en:

https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/29595/Vigil_VSL.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

19. Chunga J, Rojas A. Evaluación de la calidad del proceso de referencias médicas de atención primaria en policlínicos de la región Lambayeque, Octubre 2017. Tesis de Grado. Lambayeque: Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo; 2019. [Citado 17 Noviembre 2022]. Disponible en: <https://repositorio.unprg.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12893/3902/BC-TES-TMP-2772.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

20. Pomacaruha R, Reyes T. Referencia y contrarreferencia de gestantes atendidas en el Hospital Provincial de Acobamba 2020. Tesis de

Especialización. Huancavelica : Universidad Nacional de Huancavelica ; 2022. [Citado 17 Noviembre 2022]. Disponible en: <https://apirepositorio.unh.edu.pe/server/api/core/bitstreams/7c18cac9-b4d5-4546-8d44-d546d4c6db1a/content>.

21. Moreno M. Propuesta de un protocolo de manejo y referencia de pacientes gestantes a un Hospital Subcentro de Salud Oramas González, Durán, 2010. Tesis de Maestría. Guayaquil: Universidad de Guayaquil; 2016. [Citado 17 Noviembre 2022]. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/47393/1/CD%20343-%20MORENO%20MEDINA%20MAR%c3%8dA%20EUFEMIA.pdf>.
22. Muñante A. Cuidado de enfermería: protocolo de referencia y contra referencia inter y trans institucional en el Servicio de Emergencia de la Clínica San Pablo sede Surco - Lima 2015 - 2017. Tesis de Especialidad. Callao: Universidad Nacional del Callao; 2018. [Citado 17 Noviembre 2022]. Disponible en: <http://repositorio.unac.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12952/4915/mu%c3%b1ante%20legua%20enfermeria%202018%20.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
23. Mechan Z. Satisfacción y proceso de mejora del sistema de referencia y contrareferencia del usuario de la consulta externa, Mórrope 2020. Tesis de Maestría. Chiclayo: Universidad César Vallejo; 2020. [Citado 18 Noviembre 2022]. Disponible en: <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/53401>.
24. Ministerio de Salud de Chile. Sistema de Referencia- Contrarreferencia. MINSAL. [Online].; 2016 [cited 2022 Noviembre 18: [Disponible en: https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2016/09/9_NORMA-DE-REFERENCIA-Y-CONTRAREFERENCIA.pdf](https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2016/09/9_NORMA-DE-REFERENCIA-Y-CONTRAREFERENCIA.pdf)].
25. Seguro Social de Salud. Norma para el proceso de referencia y contrareferencia en Essalud. Gerencia Central de Prestaciones de Salud. [Online].; 2015 [cited 2022 Noviembre 18: [Disponible en: https://ww1.essalud.gob.pe/compendio/pdf/0000003164_pdf.pdf](https://ww1.essalud.gob.pe/compendio/pdf/0000003164_pdf.pdf)].

26. Seguro Social de Salud. Manual de procesos y procedimientos de Unidad de Referencias y Contrarreferencias HNERM. ESSALUD. [Online].; 2021 [cited 2022 Noviembre 18: [Disponible en: http://www.essalud.gob.pe/transparencia/procesos_procedimientos/MPP_HNERM_Alta_y_Entrega_de_ficha_contrareferencia.pdf](http://www.essalud.gob.pe/transparencia/procesos_procedimientos/MPP_HNERM_Alta_y_Entrega_de_ficha_contrareferencia.pdf)].
27. Seguro Social de Salud. Sistema de referencias y Contrarreferencias. ESSALUD. [Online].; 2022 [cited 2022 Noviembre 18: [Disponible en: http://ww5.essalud.gob.pe/ReferenciaExtranet/servlet/org.essalud.mainrefes.t#](http://ww5.essalud.gob.pe/ReferenciaExtranet/servlet/org.essalud.mainrefes.t#)].
28. Seguro Social de Salud del Perú. Normas para la gestión de la oportunidad quirúrgica en el Seguro Social de Salud - ESSALUD. Lima, Perú.; Gerencia General de EsSalud; 2023. https://www.essalud.gob.pe/wp-content/uploads/RGG_1396_ESSALUD_2023.pdf.
29. Seguro Social de Salud. Sistema de priorización de la atención al paciente oncológico, en las redes asistenciales de ESSALUD a nivel nacional. ESSALUD. [Online].; 2010 [cited 2022 Noviembre 18: [Disponible en: http://www.essalud.gob.pe/transparencia/pdf/informacion/RGCPS_067_2010.pdf](http://www.essalud.gob.pe/transparencia/pdf/informacion/RGCPS_067_2010.pdf)].
30. Seguro Social de Salud. Asegurados podrán conocer estado de su referencia y contrarreferencia por la web de EsSalud. ESSALUD. [Online].; 2017 [cited 2022 Noviembre 18: [Disponible en: http://www.essalud.gob.pe/asegurados-podran-conocer-estado-de-su-referencia-y-contrarreferencia-por-la-web-de-essalud/](http://www.essalud.gob.pe/asegurados-podran-conocer-estado-de-su-referencia-y-contrarreferencia-por-la-web-de-essalud/)].
31. Ministerio de Salud. Directiva de referencia contrarreferencia del Instituto Nacional de Rehabilitación. Lima – Perú: MINSA ; 2018.
32. Ministerio de Salud. Norma técnica del sistema de referencia y contrarreferencia de los establecimientos del Ministerio de Salud. Lima, Perú: MINSA, Dirección General de Salud de las Personas ; 2004. <http://lester.pe/pdf/REFERENCIACONTRAREFERENCIA.pdf>.
33. Sanchez B. Factores influyentes en la referencia y contrarreferencia en el Centro de Salud tipo C - Rioverde. Tesis de Maestría. Guayaquil: Universidad de Guayaquil; 2017. [Citado 18 Noviembre 2022]. Disponible en:

<http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/47736/1/CD%20150-%20SANCHEZ%20CANCHINGRE%20BETTY%20AMELIA.pdf>.

34. Ascasibar Y. Factores que influyen el sistema de referencia y contrareferencia en el servicio de gineco-obstetricia, Hospital de Chancay, enero- diciembre, 2016. Tesis de Maestría. Lima: Universidad Nacional Federico Villarreal; 2019. [Citado 18 Noviembre 2022]. Disponible en: <https://repositorio.unfv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13084/2795/ASCASIBAR%20%20ANDRADE%20%20YVONNE%20MEDALIT%20-%20MAESTRIA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
35. Seguro Social de Salud. Referencia de pacientes en situación de emergencia a instituciones prestadoras de servicios de salud (IPRESS) extrainstitucionales cuando exista limitación de la capacidad resolutive. ESSALUD. [Online].; 2015 [cited 2022 Noviembre 18: [Disponible en: https://ww1.essalud.gob.pe/compendio/pdf/0000002839_pdf.pdf](https://ww1.essalud.gob.pe/compendio/pdf/0000002839_pdf.pdf)].
36. Cvetkovic A, Maguiña J, Soto A, Lama J, Correa L. Estudios transversales. Rev. Fac. Med. Hum. [Internet]. 2021; 21(1): p. 179-185. [Citado 2 diciembre 2022]. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rfmh/v21n1/2308-0531-rfmh-21-01-179.pdf>.
37. Lescano-Osorio F, Mari-Nakasone A, Ricse-Osorio J, Durand-Concha F. Frecuencia de referencias ambulatorias injustificadas, en base a diagnósticos no pertinentes, enviadas a un hospital peruano de tercer nivel. Rev Med Hered. 2023; 34: p. 83-91.
38. Forrest L, Adams J, White M, Rubin G. Factors associated with timeliness of post-primary care referral, diagnosis and treatment for lung cancer: population-based, data-linkage study. British Journal of Cancer. 2014; 111: p. 1843–1851.
39. Manterola C, Otze n T. Los sesgos en investigación clínica. Int. J. Morphol. [Internet]. 2015; 33(3): p. 1156-1164. [Citado 29 noviembre 2022]. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95022015000300056#:~:text=El%20sesgo%20es%20frecuente%20de,%2D%C3%81vila%20et%20al.%2C%202000.

ANEXOS

1. Operacionalización de variables

Variable	Definición operacional	Tipo por su naturaleza	Indicador	Escala de medición	Categoría y valor	Medio de verificación	
Referencia injustificada	Referencia que pudo haber sido resuelta en su establecimiento, microred o red de salud de origen por contar con la capacidad resolutive para solucionar el motivo de la referencia, pudiendo el paciente contar o no con cita en su IPRESS de origen.	Cualitativa	Usuario cuenta con cita en IPRESS, no necesita referencia. Referencia corresponde a centro asistencial de menor capacidad resolutive. Referencia puede ser resuelta en su red desconcentrada/ asistencial. Referencia puede ser resuelta en su centro asistencial. Referencia puede ser resuelta en su Red o Microred	Nominal	Si No	Historia clínica	
Factores epidemiológicos	Edad	Tiempo que vive una persona	Cuantitativa	Edad en años	Razón	Años	Historia clínica
	Sexo	Características biológicas propias de la persona	Cualitativa	Género	Nominal	Masculino Femenino	
	Procedencia del paciente	Lugar de residencia del paciente	Cualitativa	Procedencia del paciente	Nominal	Lima región Otras regiones	
	Estadio de cáncer	Estadio de cáncer descrito en la referencia del paciente.	Cualitativa	Estadio de cáncer	Ordinal	I II III IV	
	Comorbilidades	Paciente con una o más enfermedades además de la patología primaria	Cualitativa	Comorbilidades	Nominal	Si/No	
Factores de referencia	Proveedor que efectuó la referencia	Tipo de proveedor de salud que efectuó la referencia	Cualitativa	Tipo de proveedor	Nominal	Médico cirujano general	Historia clínica

						Médico especialist a	
	Referencia previa en el último año	Registro de referencia anterior en el último año.	Cualitativa	Referencia previa	Nominal	Si No	
	Nivel del EESS de procedencia	Establecimient o de salud que emitió la referencia.	Cualitativa	Nivel del EESS de procedencia	Ordinal	I II III	
	Modalidad de la referencia	Forma de referencia, registrada	Cualitativa	Modalidad de la referencia	Nominal	Por apoyo al diagnóstic o Tratamient o	

2. Instrumentos de recolección de datos

FACTORES ASOCIADOS A LA REFERENCIA ONCOLÓGICA INJUSTIFICADA EN HOSPITALES NACIONALES DEL SEGURO SOCIAL DE SALUD (ESSALUD) DEL PERÚ 2021

Fecha : ____/____/____

ID: _____

I. Factores epidemiológicos

Edad: _____ años

Sexo: () Masculino

() Femenino

Procedencia del paciente: () Lima región

() Otras regiones

II. Factores clínicos

Tipo de cáncer: () Cáncer de mama

() Cáncer de próstata

() Cáncer de útero

() Otros: _____

Estadio de cáncer : () I

() II

() III

() IV

Comorbilidades: Sí () No ()

III. Factores institucionales:

Proveedor que efectuó la referencia: () Médico general

() Médico especialista

Referencia previa en el último año: () Sí

() No

Nivel del EESS de procedencia: () I

() II

() III

Modalidad de la referencia: Por apoyo al diagnóstico

Tratamiento

IV. Referencias injustificadas: Si No

Motivo:

Usuario cuenta con cita en IPRESS, no necesita referencia.

Referencia corresponde a centro asistencial de menor capacidad resolutiva.

Referencia puede ser resuelta en su red desconcentrada/ asistencial.

Referencia puede ser resuelta en su centro asistencial.

Referencia puede ser resuelta en su Red o Microred

3. Tabla estadística complementaria

Tabla 10. Prueba de Kolmogórov-Smirnov para la distribución normal

Variable	Kolmogórov-Smirnov		
	Estadístico	gl	Sig.
Edad	0.053	328	0.026

Fuente: Elaborado por el autor según ficha de recolección de datos

Tabla 10. Establecimientos de salud que realiza la referencia injustificada en pacientes de hospitales nacionales de EsSalud, 2021

Establecimiento de salud que realiza la referencia injustificada	N	%
Hospital II de Moquegua	15	9.1 %
Hospital II de Huamanga	8	4.9 %
Hospital II de Huánuco	8	4.9 %
Hospital III de Yanahuara	8	4.9 %
Hospital II René Toche Groppo	5	3.0 %
Policlínico Pablo Bermúdez	5	3.0 %
Hospital I Yurimaguas	4	2.4 %
Hospital II Tarapoto	4	2.4 %
Hospital III Juliaca	4	2.4 %
Hospital Nacional Adolfo Guevara Velasco	4	2.4 %
Centro de Atención Primaria III Metropolitano de Trujillo	3	1.8 %
Hospital I Aurelio Díaz Ufano y Peral	3	1.8 %
Hospital II Abancay	3	1.8 %
Hospital II Pasco	3	1.8 %
Hospital III Daniel Alcides Carrión	3	1.8 %
Hospital Nacional Almanzor Aguinaga	3	1.8 %
Oferta flexible	3	1.8 %
Policlínico San Carlos	3	1.8 %
Centro de Atención Primaria I San Pedro de Lloc	2	1.2 %
Centro de Atención Primaria II Laredo	2	1.2 %
Centro de Atención Primaria III Alfredo Piazza Roberts	2	1.2 %
Centro de Atención Primaria III Alto Selva Alegre	2	1.2 %
Centro de Atención Primaria III Melitón Salas Tejada	2	1.2 %

Centro Médico Ancije	2	1.2 %
Hospital I Antonio Skrabonja Antoncich	2	1.2 %
Hospital I Carlos Alcántara Butterfield	2	1.2 %
Hospital I Tumbes	2	1.2 %
Hospital II Cajamarca	2	1.2 %
Hospital II Huancavelica	2	1.2 %
Hospital II Ilo	2	1.2 %
Hospital II Chocope Manuel de Torres Muñoz de Mollendo	2	1.2 %
Hospital III Cayetano Heredia	2	1.2 %
Hospital IV Víctor Lazarte EcheGARAY	2	1.2 %
Policlínico Chíncha	2	1.2 %
Policlínico Metropolitano - Arequipa	2	1.2 %
Policlínico Víctor Larco Herrera	2	1.2 %
Centro de Atención Primaria I Pedregal	1	0.6 %
Centro de Atención Primaria I Santo Tomas	1	0.6 %
Centro de Atención Primaria II Hunter	1	0.6 %
Centro de Atención Primaria II Lurín	1	0.6 %
Centro de Atención Primaria II Tayabamba	1	0.6 %
Centro de Atención Primaria III El Agustino	1	0.6 %
Centro de Atención Primaria III Puente Piedra	1	0.6 %
Centro de Atención Primaria III San Juan de Miraflores	1	0.6 %
Centro de Atención Primaria III Surquillo	1	0.6 %
Centro Médico Huanchaco	1	0.6 %
Hospital I La Esperanza	1	0.6 %
Hospital I Moche	1	0.6 %
Hospital I Albrecht	1	0.6 %
Hospital I Alto Mayo	1	0.6 %
Hospital I Andahuaylas	1	0.6 %
Hospital I Edmundo Escomel	1	0.6 %
Hospital I El Buen Samaritano	1	0.6 %
Hospital I Florencia de Mora	1	0.6 %
Hospital I Marino Molina Scippa	1	0.6 %
Hospital I Octavio Mongrut Muñoz	1	0.6 %
Hospital I Oxapampa	1	0.6 %
Hospital I Samuel Pastor	1	0.6 %
Hospital I Selva Central y Enfermedades Tropicales	1	0.6 %
Hospital I Tingo María	1	0.6 %
Hospital I Víctor Alfredo Lazo Peralta	1	0.6 %
Hospital II Alberto Hurtado Abadía	1	0.6 %
Hospital II Huaraz	1	0.6 %
Hospital II Lima Norte-Callao Luis Negreiros Vega	1	0.6 %
Hospital II Vitarte	1	0.6 %
Hospital III Angamos	1	0.6 %
Hospital III Chimbote	1	0.6 %

Hospital III Iquitos	1	0.6 %
Hospital III Puno	1	0.6 %
Hospital Nacional. Alberto Sabogal Sologuren	1	0.6 %
IPRESS Clínica San Pedro	1	0.6 %
Posta Médica Paiján	1	0.6 %
Posta Médica Tocache	1	0.6 %
Policlínico Chosica	1	0.6 %
Policlínico Francisco Pizarro	1	0.6 %
Total	164	100.0 %

Tabla 11. Establecimientos de salud que realiza la referencia justificada en pacientes de hospitales nacionales de EsSalud, 2021

Establecimiento de salud que realiza la referencia justificada	N	%
Hospital III de Yanahuara	10	6.1 %
Centro de Atención Primaria III Miraflores	8	4.9 %
Hospital I Carlos Alcántara Butterfield	5	3.0 %
Hospital III Chimbote	5	3.0 %
Centro de Atención Primaria III Melitón Salas Tejada	4	2.4 %
Centro de Atención Primaria III Metropolitano Callao	4	2.4 %
Hospital III Angamos	4	2.4 %
Hospital III de emergencia Grau	4	2.4 %
Policlínico Pablo Bermúdez	4	2.4 %
Centro de Atención Primaria III Alfredo Piazza Roberts	3	1.8 %
Centro de Atención Primaria III Metropolitano de Trujillo	3	1.8 %
Hospital I La Esperanza	3	1.8 %
Hospital II Cajamarca	3	1.8 %
Hospital II Chocope	3	1.8 %
Hospital II Ramon Castilla	3	1.8 %
Hospital II Vitarte	3	1.8 %
Hospital Nacional Adolfo Guevara Velasco	3	1.8 %
Policlínico Central de Prevención Larco	3	1.8 %
Policlínico Chiclayo Oeste	3	1.8 %
Centro de Atención Primaria II Huamachuco	2	1.2 %
Centro de Atención Primaria II Laredo	2	1.2 %
Centro de Atención Primaria III Alto Selva Alegre	2	1.2 %
Centro de Atención Primaria III Surquillo	2	1.2 %
Hospital I Moche	2	1.2 %
Hospital I Albrecht	2	1.2 %
Hospital I Florencia de Mora	2	1.2 %

Hospital I Marino Molina Scippa	2	1.2 %
Hospital I Pacasmayo	2	1.2 %
Hospital II Cañete	2	1.2 %
Hospital II Pucallpa	2	1.2 %
Hospital III Daniel Alcides Carrión	2	1.2 %
Hospital III Juliaca	2	1.2 %
IPRESS San Martin de Porres	2	1.2 %
Policlínico Chincha	2	1.2 %
Policlínico Metropolitano de Huancayo	2	1.2 %
Policlínico Víctor Larco Herrera	2	1.2 %
Centro de Atención Primaria I Salaverry	1	0.6 %
Centro de Atención Primaria II Chilca	1	0.6 %
Centro de Atención Primaria II Paramonga	1	0.6 %
Centro de Atención Primaria III El Agustino	1	0.6 %
Centro de Atención Primaria III Gamarra	1	0.6 %
Centro de Atención Primaria III Huaral	1	0.6 %
Centro de Atención Primaria III Independencia	1	0.6 %
Centro de Atención Primaria III Barranco	1	0.6 %
Centro de Atención Primaria III Luis Negreiros Vega	1	0.6 %
Centro de Atención Primaria III Puente Piedra	1	0.6 %
Centro de Atención Primaria III Retablo-Comas	1	0.6 %
Centro de Atención Primaria III San Isidro	1	0.6 %
Centro de Atención Primaria III Ubap Magdalena del Mar	1	0.6 %
Centro de Atención Primaria III Zarate	1	0.6 %
Centro Médico Calca	1	0.6 %
Centro Médico Chancay	1	0.6 %
Centro Médico Especializado Casa Grande	1	0.6 %
Centro Médico Lircay-Angaraes	1	0.6 %
Hospital App - Alberto Leopoldo Barton Thompson.	1	0.6 %
Hospital App - Guillermo Kaelin de la Fuente	1	0.6 %
Hospital I Agustín Arbulu Neyra	1	0.6 %
Hospital I Huariaca	1	0.6 %
Hospital I Jorge Voto Bernales	1	0.6 %
Hospital I Naylamp	1	0.6 %
Hospital I Octavio Mongrut Muñoz	1	0.6 %
Hospital I Selva Central y Enfermedades Tropicales	1	0.6 %
Hospital I Tingo María	1	0.6 %
Hospital I Uldarico Rocca F.	1	0.6 %
Hospital I Víctor Soles García	1	0.6 %
Hospital II Alberto Hurtado Abadía	1	0.6 %
Hospital II de Huamanga	1	0.6 %
Hospital II de Huánuco	1	0.6 %
Hospital II Chocope Manuel de Torres Muñoz de Mollendo	1	0.6 %
Hospital II de Moquegua	1	0.6 %

Hospital II René Toche Groppo	1	0.6 %
Hospital II Tarapoto	1	0.6 %
Hospital III Cayetano Heredia	1	0.6 %
Hospital III Iquitos	1	0.6 %
Hospital III Puno	1	0.6 %
Hospital IV Augusto Hernández Mendoza	1	0.6 %
Hospital IV Víctor Lazarte Echeagaray	1	0.6 %
Hospital Nacional Almanzor Aguinaga	1	0.6 %
IPRESS Trébol - Los Olivos	1	0.6 %
IPRESS Villa Sol - Los Olivos	1	0.6 %
Oferta flexible	1	0.6 %
Posta Médica San José	1	0.6 %
Policlínico Complejidad Creciente San Nicolas	1	0.6 %
Policlínico Fiori	1	0.6 %
Policlínico Francisco Pizarro	1	0.6 %
Policlínico Juan José Rodríguez Lazo	1	0.6 %
Policlínico Metropolitano - Arequipa	1	0.6 %
Policlínico Próceres	1	0.6 %
Total	164	100.0 %

Tabla 12. Otras regiones de procedencia del país por departamento de referencia oncológica en pacientes referidos a oncología en hospitales nacionales de EsSalud, 2021

Otras regiones de procedencia de referencia oncológica por departamento	N=200	%
Región Norte		
La Libertad	43	13.1 %
Lambayeque	9	2.7 %
Loreto	6	1.8 %
San Martín	6	1.8 %
Cajamarca	5	1.5 %
Piura	4	1.2 %
Tumbes	2	0.6 %
Amazonas	1	0.3 %
San Martín	1	0.3 %
Región Centro		
Huánuco	11	3.4 %
Ancash	7	2.1 %
Junín	6	1.8 %
Pasco	5	1.5 %
Huancavelica	3	0.9 %
Ucayali	2	0.6 %
Ica	1	0.3 %
Región Sur		
Arequipa	38	11.6 %
Moquegua	18	5.5 %
Ayacucho	9	2.7 %
Cusco	9	2.7 %
Puno	8	2.4 %
Apurímac	4	1.2 %
Ica	2	0.6 %