

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR



Pontificia Universidad
Católica del Ecuador
Fundada en 1946

**FACULTAD DE MEDICINA
INSTITUTO DE SALUD PÚBLICA
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA
SISTEMAS DE SALUD PARA EL SIGLO XXI
TESIS DE GRADO**

TRABAJO PRESENTADO PARA OPTAR AL TÍTULO DE
MAGÍSTER EN SALUD PÚBLICA

**“COMPARACIÓN DE LA FUNCIONALIDAD DEL SISTEMA DE
REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA ANTES Y DESPUÉS
DE INSTAURAR AL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN COMO
PUERTA DE ENTRADA OBLIGATORIA AL SISTEMA DE
SALUD, EN EL DISTRITO DE SALUD 17D01 – NANEGALITO,
PERÍODO 2011-2013.”**

Autor: Dr. Jorge Peñaherrera Yáñez

Director: Dr. Edgar Rojas

Quito, Febrero del 2015.

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN**

Yo, **PEÑAHERRERA YÁNEZ JORGE LUIS**, C.C. 171369035-0 autor del trabajo de graduación titulado: **“COMPARACIÓN DE LA FUNCIONALIDAD DEL SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA ANTES Y DESPUÉS DE INSTAURAR AL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN COMO PUERTA DE ENTRADA OBLIGATORIA AL SISTEMA DE SALUD, EN EL DISTRITO DE SALUD 17D01 – NANEGALITO, PERÍODO 2011-2013”** previa a la obtención del grado académico de **MAGISTER EN SALUD PÚBLICA CON MENCIÓN EN INVESTIGACIÓN DE SERVICIOS Y SISTEMAS DE SALUD**, en el Instituto de Salud Pública de la Facultad de Medicina:

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tiene la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, de conformidad con el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de graduación, para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador, para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo, a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador difundir a través, del sitio web de la Biblioteca de la PUCE, el referido trabajo de graduación, respetando las políticas de propiedad intelectual de Universidad.

Quito, 1 de Diciembre del 2014

Jorge Luis Peñaherrera Yánez
C.C. 171369035-0

DEDICATORIA

A las personas que han apoyado directa o indirectamente la realización de este trabajo, a mi familia quienes más han sufrido mis ausencias, al personal del Hospital de Nanegalito, cuya predisposición de ayuda, fueron la base para realizar este trabajo, y a las personas que quisieron brindar su apoyo para el bien individual y comunitario.

El Autor

AGRADECIMIENTO

Expreso mi más sincero e imperecedero agradecimiento al personal docente y administrativo del programa de la Maestría en Salud Pública de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, por la oportunidad brindada para el mejoramiento y capacitación profesional.

Al personal del Hospital de Nanegalito, que sin su colaboración no se hubiera realizado este trabajo.

El Autor

ÍNDICE DE CONTENIDOS

1. PRESENTACIÓN	1
2. ANÁLISIS SITUACIONAL (PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA)	4
2.1 Problemas de Referencia	5
2.2 Problemas de Contrareferencia.....	5
3. MARCO CONCEPTUAL.....	6
3.1 Sistema de Referencia y Contrareferencia.....	6
3.1.1 Componentes del Sistema de Referencia y Contrareferencia	8
3.1.2 Elementos del Sistema de Referencia y Contrareferencia	8
3.1.3 Propiedades del Sistema de Referencia y Contrareferencia	9
3.2 Teoría de Sistemas aplicada	12
3.3 Alternativas de cambio relacionadas al Sistema de Referencia y Contrareferencia	14
3.4 Priorización de Alternativas de cambio.....	15
3.5. Estrategia a implementarse.....	17
4. HIPÓTESIS DE CAMBIO	17
5. OBJETIVOS	17
5.1 Objetivo General.....	17
5.2 Objetivos Específicos	17
6. INSTRUCCIONES OPERATIVAS.....	18
7. METODOLOGÍA.....	20
7.1 Diseño y tipo de investigación	20
7.2 Mapeo de Actores y equipo de investigación	20
8. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	28
8.1 De la evaluación operativa	28

8.1.1 Capacitación del personal del primer y segundo nivel sobre el Sistema de Referencia y Contrareferencia.....	28
8.1.2 Mejoramiento de la capacidad resolutive por medio de educación continua de médicos de primer nivel.....	31
8.1.3 Capacitación de los profesionales de primer nivel por parte de los de segundo nivel y acordar criterios de referencia y contrareferencia.	32
8.1.4 Reuniones de evaluación del sistema de referencia y contrareferencia.....	35
8.2 De la evaluación analítica.....	37
8.2.1 De las Referencias	37
8.2.2 De las Contrareferencias	40
9. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	45
9.1 Conclusiones	45
9.2 Recomendaciones	47
10. BIBLIOGRAFÍA.....	48

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Problemas de referencia desde la comunidad y primer nivel, al segundo nivel.	5
Tabla 2: Problemas de Contrareferencia en el Distrito de Salud 17D01.	5
Tabla 3: Comparación de definiciones, entre la Teoría General de Sistemas y el Sistema de Referencia y Contrareferencia.	7
Tabla 4: Elementos del Sistema de Referencia y Contrareferencia en el Distrito de Salud 17D01.....	8
Tabla 5: Recursividad del Sistema de Referencia y Contrareferencia en el Distrito 17D01.....	10
Tabla 6: Componentes del Sistema de Referencia y Contrareferencia mediante la aplicación de la Teoría General de Sistemas en el Distrito 17D01.....	13
Tabla 7: Alternativas de cambio relacionadas al Sistema de Referencia y Contrareferencia mediante la aplicación de la Teoría General de Sistemas en el Distrito 17D01.....	15
Tabla 8: Matriz de Priorización de Alternativas.....	16
Tabla 9: Instrucciones Operativas	18
Tabla 10: Listado de Actores Sociales.	21
Tabla 11: Matriz de Involucrados.....	22
Tabla 12: Matriz de Operacionalización de la Evaluación Operativa.....	25
Tabla 13: Matriz de Operacionalización de la Evaluación Analítica.....	27
Tabla 14: Capacitación del Sistema de Referencia y Contrareferencia (Primer Taller).	30
Tabla 15: Capacitación del Sistema de Referencia y Contrareferencia (Segundo Taller).	31
Tabla 16: Número de talleres de capacitación continua por año.....	31
Tabla 17: Temas y acuerdos de referencia de los talleres de capacitación continua del año 2011.....	32
Tabla 18: Temas y acuerdos de referencia de los talleres de capacitación continua del año 2012.....	33

Tabla 19: Temas y acuerdos de referencia de los talleres de capacitación continua del año 2013..... 34

Tabla 20: Temas y acuerdos de las reuniones de evaluación del Sistema de Referencia y Contrareferencia de los años 2011, 2012, 2013..... 36

ÍNDICE ILUSTRACIONES

Ilustración 1: Ubicación geográfica y población asignada del Distrito de Salud 17D01... 1

Ilustración 2: Ubicación de las Unidades Operativas del Distrito 17D01. 2

Ilustración 3: Acceso a las Unidades de Salud del Distrito de Salud 17D01. 2

Ilustración 4: Flujograma de Referencia y Contrareferencia adoptado en el taller. 29

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Flujograma de pacientes y problemática encontrada en el Sistema de Referencia y Contrareferencia..... 4

Gráfico 2: Sociograma..... 24

Gráfico 3: Porcentaje de referencias solicitadas, por el Distrito 17D01 a unidades de segundo y tercer nivel de Quito, por año y mes (2011-2013)..... 37

Gráfico 12: Porcentaje de referencias pertinentes enviadas desde el Distrito de Salud 17D01 (incluye Unidades de Primer Nivel y Hospital de Nanegalito), por año y mes (2011-2013)..... 43

ÍNDICE DE ABREVIATURAS

SRC= Sistema de Referencia y Contrareferencia.

TGS= Teoría General de Sistemas.

APS = Atención primaria en salud.

CIE-10 = Clasificación Internacional de Enfermedades.

IESS = Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social.

INEC = Instituto Nacional de Estadísticas y Censos.

MSP = Ministerio de Salud Pública.

OMS = Organización Mundial de la Salud.

RESUMEN

El libre acceso a la atención por especialistas, la autoreferencia, el bajo registro y envío, de los formularios de referencia y contrareferencia, entre los años 2011 y 2013, en el Distrito de Salud 17D01, han evidenciado la poca funcionalidad del Sistema de Referencia y Contrareferencia.

Problemática que acompañada a la falta de seguimiento en su aplicación, desconocimiento de su funcionamiento y una política de salud que ha permitido el libre acceso a todos los niveles de atención, han creado un entorno poco favorable para su desarrollo.

Con este antecedente, la presente investigación pretende comparar la efectividad del sistema de referencia y contrareferencia, antes y después de implementado, como puerta de entrada obligatoria al sistema de salud, el primer nivel de atención, mediante la aplicación de la normativa vigente, capacitación de los profesionales involucrados, creación de un flujo de referencia consensuado y acuerdos de criterios de referencia.

Para el análisis de la problemática del Sistema de Referencia y Contrareferencia, se tomó a la Teoría General de Sistemas, como base teórica que permite describir, todos los elementos e interrelaciones del sistema, con el fin de profundizar sus fortalezas e inconvenientes en el Distrito de Salud.

Con el objeto de introducir un cambio en el sistema analizado, se optó como metodología la Investigación – Acción; con la participación activa de los involucrados en todo el proceso de referencia y contrareferencia. Se realizó el análisis de la problemática del sistema, se eligieron varias alternativas de cambio y una vez consensuadas, fueron aplicadas y evaluadas.

El porcentaje de referencias para el mes de noviembre del año 2011, llegó al 5%; en el año 2012, no disminuyó del 5% y sobrepasó el 10%; mientras que, para el 2013 se mantuvo entre el 3% y 7%.

El llenado de las contrareferencias por parte de los especialistas en el Hospital de Nanegalito, ha sido un trabajo cotidiano de negociación, sin embargo, ha permitido alcanzar valores altos a partir del 2012; y óptimos en el 2013 con porcentajes que superan el 90%.

La obligatoriedad de ser atendidos por el primer nivel, previa la atención por especialidad; y la evaluación de la pertinencia de los formularios de referencia, han permitido contar con información útil para el especialista y reducir las referencias injustificadas.

PALABRAS CLAVE: *Sistema de Referencia y Contrareferencia, Teoría General de Sistemas, funcionalidad, formulario de referencia, flujograma, sistema.*

ABSTRACT

Free access to specialty care, self-reference, low registration and shipping, referral forms and counter-referral, between 2011 and 2013, the District Health 17D01, have shown little functionality of the referral and counter-referral system.

Problems that accompanied the lack of monitoring implementation, operation and lack of a health policy that allowed free access to all levels of care, have created an unfavorable environment for operation.

With this background, the present study aims to compare the effectiveness of the system of reference and counter-referral before and after implemented as mandatory entry door, the health system, the first level of care, by applying current regulations, training professionals involved, creating a flow of consensus and agreements on benchmarking reference.

For the analysis of the problems of System Reference and counter-referral, was taken to the General Systems Theory as a theoretical basis for describing all the elements and interrelationships of the system, and thus deepen their disadvantages, strengths in District Health.

In order to introduce a change in the system analyzed, we chose the research methodology - Action, with the active participation of all those involved in the referral process and counter-referral. An analysis of the problems of the system was performed, several alternatives were selected instead, once agreed, will be implemented and evaluated.

The percentage of referrals for the month of November 2011, reached 5 %; in 2012 did not decrease 5% and exceeds 10 %; while that for 2013 was maintained between 3% and 7%.

The counter-referrals filled by specialists Nanegalito Hospital has been a trading day work, however, has allowed to reach high values in 2012; and optima in 2013 with percentages above 90%.

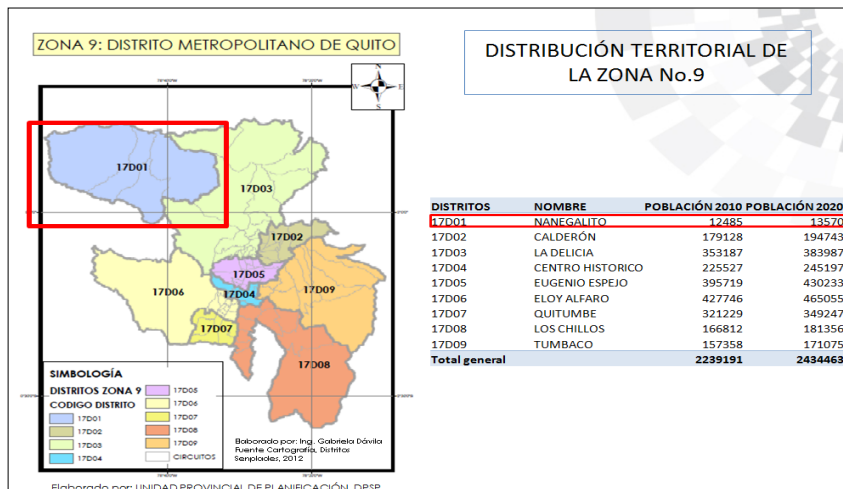
The requirement to be addressed by the first level, after the specialty care, and assessing the relevance of the reference forms have enabled have useful information for the specialist and reduce unwarranted.

KEY WORDS: *Referral and counter-referral system, General Systems Theory, functionality, referral form, flowchart, system*

1. PRESENTACIÓN

El Distrito 17D01, antes denominado Área de Salud No 18, comprendido por las parroquias de Nanegal, Nanegalito, Pacto y Gualea, ubicado al Noroccidente de la Zona 9, Distrito Metropolitano de Quito; cuenta con población en su mayoría dispersa de 12.485 habitantes y se espera un crecimiento hasta el año 2020 de 13.570 habitantes, según proyección de SENPLADES, en base del Censo de Población y Vivienda del año 2010, INEC.

Ilustración 1: Ubicación geográfica y población asignada del Distrito de Salud 17D01.



Fuente: Archivo de Epidemiología Distrito 17D01

Elaboración: Unidad Provincial de Planificación DPSP

La oferta actual de salud de este Distrito, comprende de 7 unidades operativas (1 Hospital, 4 Centros de Salud y 2 Puestos de Salud).

Adicional a las unidades del MSP, existen los siguientes servicios de salud:

- Tres dispensarios del Seguro Social Campesino ubicados en las comunidades de Meridiano, Ingapi y Paraíso, a una hora del Hospital.
- Nueve botiquines ubicados en las comunidades de Ingapi, Paraíso, Pacto, Nanegalito y Nanegal
- Existen 5 consultorios de medicina general privados ubicados de la siguiente manera: 3 en Nanegalito, 1 en Nanegal y 1 en Pacto.
- Existen algunas Organizaciones no Gubernamentales que trabajan a favor de la salud como: la Fundación Mariana de Jesús, FENPIDEC y Utopía.

Ilustración 2: Ubicación de las Unidades Operativas del Distrito 17D01.



Fuente: MSP, geosalud.com.

Elaborado: Dirección Nacional de Planificación.

Las unidades del Distrito de Salud, conformada por las parroquias rurales del noroccidente de la ciudad de Quito (Nanegal, Nanegalito, Pacto y Gualea); tienen dificultad en su acceso geográfico, con las líneas de buses, que llegan con una frecuencia de 1 ó 2 veces al día, provocando una movilización dificultosa. Cuentan además, con vías de segundo y tercer orden.

Ilustración 3: Acceso a las Unidades de Salud del Distrito de Salud 17D01.

AREA 18 - NANEGALITO
 JEFATURA DE AREA DE SALUD: HOSPITAL BASICO "NANEGALITO"

UNIDAD OPERATIVA	CODIGOS	TIPOLOGIA	POBLACION 2010	CANTON	PARROQUIA	DISTANCIA A LA		TIPO DE VIA
						KMS.	TIEMPO	
NANEGALITO - 14 CAMAS	011701020	HB	2.894	QUITO	NANEGALITO			
GUALEA	011701324	SCR	1.397	QUITO	GUALEA	35	40	1er. ORDEN
NANEGAL	011701325	SCR	2.984	QUITO	NANEGAL	30	35	1er. ORDEN
PACTO	011701326	SCR	3.584	QUITO	PACTO	25	25	1er. ORDEN
SAGUANGAL	011701327	SCR	2.054	QUITO	PACTO	40	90	3er. ORDEN
BELLAVISTA	011701450	PS	502	QUITO	GUALEA	65	180	2do. ORDEN
LAS TOLAS	011701451	PS	582	QUITO	GUALEA	60	150	2do. ORDEN
TOTAL AREA		7	14.007					

Fuente: Directorio de las Unidades de Salud, MSP.

Elaborado: Dirección Nacional de Servicios de Salud.

El Hospital Básico de Nanegalito, cuenta con 15 camas para hospitalización divididas en: 7 para gineco-obstetricia, 4 para pediatría y 4 medicina interna; cuenta con una capacidad resolutive que proporciona un nivel de atención médica básica de emergencias con prioridad materno-infantil. Adicionalmente, funciona una unidad anidada de primer nivel, que brinda atención de

medicina general, odontología, psicología, obstetricia; y atención ambulatoria en las especialidades de ginecología, pediatría y medicina familiar. Desde enero del 2011; no cuenta con cirugía por inexistencia de los diferentes recursos para su funcionamiento.

El Hospital constituye la unidad a la que son referidos los pacientes enviados, desde las unidades operativas de primer nivel del propio distrito y por su cercanía, recepta también personas de las unidades de los distritos de Pedro Vicente Maldonado y La Concordia. A su vez, el Hospital de Nanegalito, tiene otros Hospitales de referencia, ubicados en la zona urbana de Quito como son: Hospital Pablo Arturo Suárez, Enrique Garcés, Isidro Ayora y Baca Ortiz.

Hasta el año 2011, los usuarios podían acceder a los servicios de salud de primer y segundo nivel del Distrito o de la red pública, de acuerdo a su conveniencia, sin embargo, a partir del 2012, con el lanzamiento del Acuerdo Ministerial No. 159, se establece como puerta de entrada obligatoria al sistema de salud, al primer nivel de atención; es decir; los usuarios para poder ser atendidos por un servicio de segundo nivel (diferentes especialidades, entre ellas, servicios complementarios), deben de manera obligatoria, haber sido atendidos, por una unidad de primer nivel de atención, la cual, a su vez, valora al paciente y lo refiere a un segundo o tercer nivel.

La norma de la referencia y contrareferencia de pacientes, fue lanzada para su aplicación por parte del Ministerio de Salud Pública, en el año 2002; fundamentada en lo expuesto en la declaración de Alma Ata, que enuncia en su artículo VII: "La Atención Primaria de Salud debe estar asistida por sistemas de envío de casos integrados, funcionales y que se apoyen mutuamente a fin de llegar al mejoramiento progresivo de la asistencia sanitaria completa para todos"(Declaración Alma, 1978); una gama de procedimientos y formularios para su efectiva aplicación, siendo actualizada nuevamente en el año 2004 y ahora último en el 2013.

Para la referencia y contrareferencia de pacientes, entre los diferentes niveles de atención, se utiliza el formulario (SNS-MSP/HCU-form.053/2008) emitido por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador, que forma parte de la Historia Clínica Única.

La presente investigación, pretende comparar la funcionalidad del Sistema de Referencia y Contrareferencia (SRC) en el Distrito de Salud 17D01 (anteriormente, Área de Salud No.18), entre los años 2011 y 2013; por los cambios introducidos en este sistema, al aplicarse el primer nivel de atención, como puerta de entrada obligatoria (MAIS-FC, 2012), a los servicios de salud, pretende describir, un antes y un después, de su aplicación y otras alternativas de cambio, a nivel local por parte del investigador.

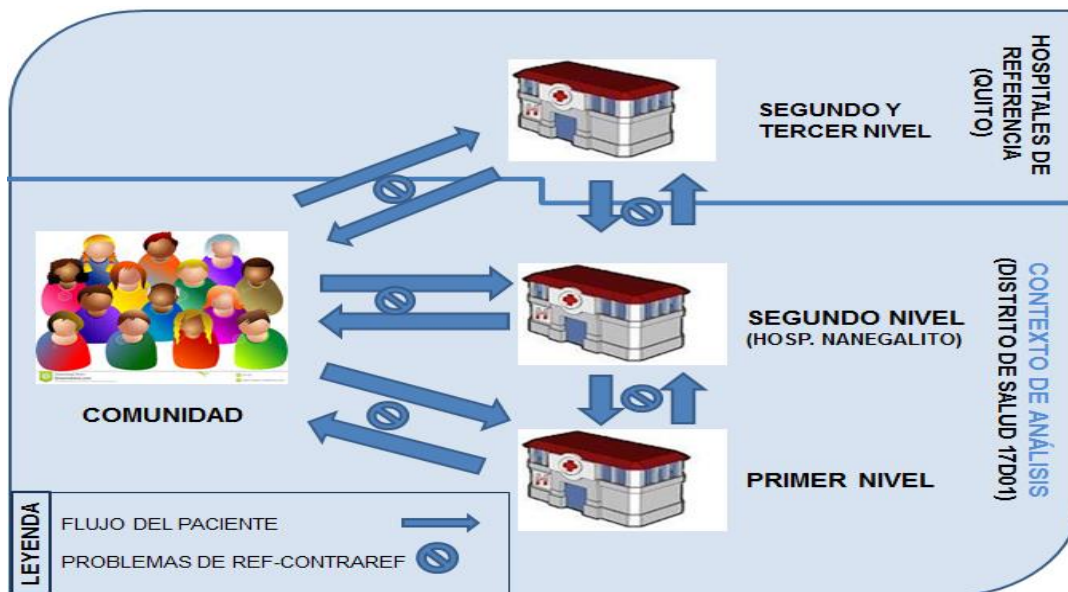
Se toma como modelo de análisis, para conceptualizar la problemática, a la Teoría General de Sistemas, considerando que con su uso, se puede describir de una manera adecuada, todos los elementos del SRC y sus interrelaciones.

2. ANÁLISIS SITUACIONAL (PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA)

La finalidad del sistema es la de resolver los problemas de salud del paciente (comunidad), a través de, una red de servicios y procedimientos que aseguren su traslado de un nivel de menor, a uno de mayor complejidad, según se lo requiera, acompañado por un sistema de información, que sintetice su condición actual; y se transmita entre cada nivel, para una adecuada atención, evitando procedimientos repetitivos e inútiles.

La Referencia y Contrareferencia en el Hospital de Nanegalito y sus unidades operativas, han sido, una norma en aplicación desde el año 2002; sin embargo, al realizar un análisis a profundidad, en el año 2011, se presenta de manera gráfica, el flujo de los pacientes entre las unidades operativas y su problemática.

Gráfico 1: Flujograma de pacientes y problemática encontrada en el Sistema de Referencia y Contrareferencia



Elaborado: Autor

Como se observa, el flujo de los pacientes entre las diferentes unidades operativas, en el año 2011, el Distrito de Salud 17D01, registra varios problemas, que impiden lograr el objetivo final, los cuales, se han detallado, en la tabla descrita en la siguiente sección.

2.1 Problemas de Referencia

Tabla 1: Problemas de referencia desde la comunidad y primer nivel, al segundo nivel.

desde/hacia ⇒ ↓	PRIMER NIVEL	SEGUNDO NIVEL (H. NANEGALITO Y HOSPITALES DE QUITO.)
COMUNIDAD	Problema: Poca resolución Desconfianza*	Problema: Autoreferencia**. Libre acceso a la atención por especialidad. Bajo registro y envío de referencias acompañadas del formulario.
PRIMER NIVEL	No aplica	Problemas:*** Referencia verbal. Referencia injustificada. Inutilidad por falta de respuesta de la referencia. Factores influyentes: Desconocimiento de los servicios que oferta el nivel de referencia. Desconocimiento de la norma del Sistema de Referencia y Contrareferencia.

*Tasa de utilización de 0,5 casos hab/año.

**8 de cada 10 pacientes asisten autoreferidos, para atención por especialidad.

***Un porcentaje de referencia del 0,77%, puede explicar: una alta resolución por parte de los generalistas, desconocimiento del sistema y falta de registro. Al entrevistar a los médicos generales, opinan que es un trámite inútil, porque, no existe respuesta por parte de especialistas (0% de contrareferencias).

Elaborado: Autor

2.2 Problemas de Contrareferencia

En base a entrevistas realizadas a los especialistas del Distrito de Salud 17D01, se obtuvieron las siguientes percepciones: revisar el documento de referencia y llenar la contrareferencia es un trámite inútil, ya que, no tienen descrita información relevante, tienen letra ilegible y lleva mucho tiempo de la consulta escribir la contrareferencia, además, casi nunca se da de alta al paciente en la primera consulta, por lo que, se podría realizar la contrareferencia a partir de la segunda o siguientes consultas (una vez estabilizado/curado el paciente), lo cual, complica aún más, el cumplimiento.

Tabla 2: Problemas de Contrareferencia en el Distrito de Salud 17D01.

1	En su mayoría no utilizan el formulario de referencia y contrareferencia, por considerarlo inútil (poca información relevante) y con letra ilegible.
2	Consideran que el primer nivel no podrá manejar al paciente, y a pesar de resolver el problema de salud no lo contrarefieren.
3	Los formularios se llenan y se archivan en la Historia Clínica, muchas veces, sin entregarla al paciente, ni a la unidad de donde fue referido.
4	El tiempo de llenado del formulario disminuye el tiempo de atención directa al paciente.
5	Los pacientes no llevan el formulario de la contrareferencia al primer nivel de donde los refirieron.

Elaborado: Autor

Con el objeto de evidenciar, el cómo se afecta la continuidad de atención interniveles, al no poseer información contenida en la contrareferencia, se realizó el seguimiento individual, de una de las referencias enviadas desde un centro de salud, hacia el Hospital de Nanegalito; tal es el caso, de una niña de 5 años, que es referida desde el Centro de Salud Rural de Saguangal al Hospital de Nanegalito, la paciente presenta un diagnóstico de Neumonía Leve y antecedente de infecciones respiratorias a repetición; en tratamiento con antibióticoterapia para valoración por Pediatría.

Una vez recibida en el Hospital, es diagnosticada y tratada por una afección alérgica, siendo dada de alta a su domicilio. Luego de 30 días, regresa al Centro de Salud de Saguangal, por un problema similar, siendo nuevamente tratada con antibiótico terapia, sin considerar su problema alérgico, ya que, ni la madre, ni el médico conocían datos de la atención recibida en el Hospital; siendo tratada de manera sintomática aquel momento y referida nuevamente al especialista.

Por otro lado, no se evidencian datos de referencias o contrareferencias hacia las unidades operativas del distrito, desde profesionales u otros proveedores de servicios de salud pública (IESS) y privada del sector, al solicitar información al Departamento de Estadística.

3. MARCO CONCEPTUAL

En el presente acápite, se describen los elementos constitutivos del Sistema de Referencia y Contrareferencia, en relación a la Teoría General de Sistemas, como una metodología propuesta para analizar y comprender los efectos que las intervenciones tienen en él.

3.1 Sistema de Referencia y Contrareferencia.

La Teoría General de Sistemas, según el Profesor Luis Cibanal (2006) indica; “es un método: que nos permite unir y organizar los conocimientos con la intención de una mayor eficacia de acción. Engloba la totalidad de los elementos del sistema estudiado así como las interacciones que existen entre los elementos y la interdependencia entre ambos.

La Teoría General de Sistemas fue concebida por BERTALANFFY en la década de 1940, con el fin de constituir un modelo práctico para conceptualizar los fenómenos que la reducción mecanicista de la ciencia clásica no podía explicar.

En particular, la teoría general de sistemas parece proporcionar un marco teórico unificador tanto para las ciencias naturales como para las sociales, que necesitaban emplear conceptos tales como "organización", "totalidad", globalidad e "interacción dinámica; lo lineal es sustituido por lo circular, ninguno de los cuales era fácilmente estudiado por los métodos analíticos de las ciencias puras. Lo individual perdía importancia ante el enfoque interdisciplinario. Hall y Fagen, han definido el "sistema" como: conjunto de objetos, junto con las relaciones entre los objetos y entre sus propiedades. Las partes componentes del sistema son los objetos, cuyas interrelaciones lo cohesionan.

Definiendo a sistema como: un conjunto de elementos en interacción dinámica en función de una finalidad.

Relacionando la definición de sistema con las del Sistema de Referencia y Contrareferencia, se detallan las siguientes:

El Ministerio de Salud del Ecuador lo define como: “Traslado de paciente con un sistema de información entre los niveles de atención, que nos permite brindar continuidad en el manejo de los pacientes con el objetivo de mantener la calidad de atención”.

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de El Salvador en su libro Referencia y Retorno de pacientes/usuarios (MSPAS, 2002) lo describe como: “un proceso por medio del cual se vincula preferentemente al usuario con los establecimientos de salud y se garantiza la continuidad de la atención, tanto en establecimientos de primero y segundo nivel del Sistema Básico de Salud Integral (SIBASI).

El Manual Operativo del sistema de referencia y contrarreferencia de urgencias (MOSRCU), (Santiago de Cali, 2010), lo define como: el conjunto de procesos, procedimientos y actividades técnicas y administrativas que permiten prestar adecuadamente los servicios de salud a los pacientes, garantizando la calidad, accesibilidad, oportunidad, continuidad e integralidad de los servicios, en función de la organización de la red de prestación de servicios definida por la entidad responsable del pago.

La Referencia es el envío de pacientes o elementos de ayuda diagnóstica por parte de un prestador de servicios de salud, a otro prestador para atención o complementación diagnóstica que, de acuerdo con el nivel de resolución, dé respuesta a las necesidades de salud.

La Contrarreferencia es la respuesta que el prestador de servicios de salud receptor de la referencia, da al prestador que remitió. La respuesta puede ser la contrarremisión del paciente con las debidas indicaciones a seguir o simplemente la información sobre la atención prestada al paciente en la institución receptora, o el resultado de las solicitudes de ayuda diagnóstica.

Tabla 3: Comparación de definiciones, entre la Teoría General de Sistemas y el Sistema de Referencia y Contrareferencia.

TEORÍA GENERAL DE SISTEMAS	SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA
DEFINICIÓN DE SISTEMA	DEFINICIÓN DEL SRC
Un conjunto de elementos en interacción dinámica en función de una finalidad.	Un conjunto de procesos, procedimientos y actividades técnicas y administrativas que permiten prestar adecuadamente los servicios de salud a los pacientes, garantizando la calidad, accesibilidad, oportunidad, continuidad e integralidad de los servicios, en función de la organización de la red de prestación de servicios...(MOSRCU, 2010)

Elaborado: Autor

3.1.1 Componentes del Sistema de Referencia y Contrareferencia

Según la TGS los sistemas pueden ser: abiertos y cerrados. Los sistemas abiertos mantienen una relación permanente con su medio ambiente; intercambian energía, materia e información; mientras que, los sistemas cerrados, tienen muy poco intercambio.

Los sistemas vivos son sistemas abiertos, pues intercambian con su entorno energía e información. Ejemplos de éstos serían: una célula, una planta, un insecto, el hombre, un grupo social. El Sistema de Referencia y Contrareferencia, por tanto, lo consideraremos como un sistema abierto, ya que existe un intercambio permanente de elementos entre sus componentes.

3.1.2 Elementos del Sistema de Referencia y Contrareferencia

Van GIGCH nos indica que los elementos de un sistema pueden contener: conceptos, objetos y sujetos, por separado y/o una mezcla de todos ellos (RAMIREZ DEL VALLE, 2006). Dentro de los elementos del Sistema de Referencia y Contrareferencia, encontramos de manera general:

Tabla 4: Elementos del Sistema de Referencia y Contrareferencia en el Distrito de Salud 17D01.

CONCEPTOS	<ul style="list-style-type: none">• Modelo de Atención Integral en Salud.<ul style="list-style-type: none">○ Red de servicios de salud○ Niveles de atención.○ Puerta de entrada• Norma de Referencia y Contrareferencia de pacientes.<ul style="list-style-type: none">○ Sistema de información.• Capacidad resolutive.• Continuidad de la atención.
OBJETOS	<ul style="list-style-type: none">• Ministerio de Salud Pública, Planta Central, Coordinación Zonal.• Unidades Operativas de la Dirección Distrital de Salud 17D01.• Unidades operativas que refieren al Hospital de Nanegalito.• Unidades operativas a las que el Hospital de Nanegalito refiere.• Formularios de Referencia y Contrareferencia y de registro.
SUJETOS	<ul style="list-style-type: none">• Profesionales de atención directa.• Personal Administrativo.• Tomadores de decisiones.• Población que acude a los servicios.

Elaborado: Autor

3.1.3 Propiedades del Sistema de Referencia y Contrareferencia

3.1.3.1 Límites del Sistema de Referencia y Contrareferencia

Al momento de delimitar nuestra investigación, tomaremos lo que indica Johansen (pág. 65), con respecto a la frontera que debe tener un sistema a observar y/o estudiar:

“La definición del sistema (o el establecimiento de sus fronteras) puede no ser un problema simple de resolver. Es posible hacer varios intentos de definición hasta que por fin encontremos una que encierre nuestra unidad de análisis y sus principales interrelaciones con el medio (o incluyendo aquellas fuerzas de su medio que pueden modificar y de hecho modifican la conducta de esa unidad de análisis)”; siendo la Dirección Distrital de Salud 17D01, con sus unidades de salud, la unidad de análisis.

Los límites o “barreras” son visibles en el Distrito de Salud, a través de regulaciones internas, que se han ido estableciendo, por disposiciones externas o propia iniciativa de los involucrados (personal de atención directa y/o tomadora de decisiones), con el objeto de demarcar su interacción con el resto de sistemas.

Antes de detallar los elementos del Sistema de Referencia y Contrareferencia, es preciso detallar dos conceptos centrales de la Teoría General de Sistemas; éstos son, los de sinergia y recursividad.

3.1.3.2 Sinergia del Sistema de Referencia y Contrareferencia.

La sinergia según JOHANSEN (pág. 43, 2003) indica que: “los objetos presentan una característica de sinergia cuando la suma de sus partes es menor o diferente del todo; o bien cuando el examen de alguna de ellas, no explica la conducta del todo. Esto nos lleva a la conclusión que, para explicarnos la conducta global de ese objeto, es necesario analizar y estudiar todas sus partes y, si logramos establecer las relaciones existentes entre ellas, podremos predecir la conducta de este objeto cuando le aplicamos una fuerza particular, que no será, normalmente, la resultante de la suma de efectos de cada una de sus partes. En otras palabras, cuando nos encontramos con un objeto con características sinérgicas (que denominaremos sistemas) debemos tener en cuenta la interrelación de las partes y el efecto final será un "efecto conjunto".

El SRC es un sistema con características sinérgicas, cada unidad operativa de primer y segundo nivel del Distrito de Salud, al poseer características únicas y relaciones diferentes, su estudio y caracterización nos permitirá aplicar una estrategia de cambio que afecte a todo el sistema.

3.1.3.3 Recursividad del Sistema de Referencia y Contrareferencia.

En cuanto al concepto de recursividad dice que: “todo sistema contiene dentro de sí a varios otros sistemas, llamados subsistemas, los cuales poseen funciones y características similares al sistema superior en que están contenidos”, donde, cualquier sistema, cualquier grupo, además de tener su propia identidad, pertenece también a otros parasistemas, subsistemas y suprasistemas de diferentes niveles de profundidad; podemos decir que, el Sistema de Referencia y Contrareferencia de la Dirección Distrital de Salud 17D01, contiene y es contenido por los siguientes sistemas:

Tabla 5: Recursividad del Sistema de Referencia y Contrareferencia en el Distrito 17D01.

SISTEMA (EN RELACIÓN AL DISTRITO DE SALUD 17D01)	
Suprasistema	Sistema de Referencia y Contrareferencia de la Zona 9 (Coordinación Zonal de Salud-Quito) a la que pertenece la Dirección Distrital 17D01.
Subsistema	Sistema de Referencia y Contrareferencia de cada unidad operativa de la Dirección Distrital de Salud 17D01
Parasistema	Sistema de Referencia y Contrareferencia de las otras Direcciones Distritales y Hospitales de Quito.

Elaborado: Autor

3.1.3.3 Totalidad del Sistema de Referencia y Contrareferencia.

En los sistemas, los integrantes interactúan entre sí minuto a minuto, constituyendo de ésta manera una “complejidad organizada” (Bertalanffy) o una totalidad. No es igual a la suma de cada uno de sus elementos, sino a una conjugación entre ellos.

El SRC funciona de la misma manera, como una totalidad: si un elemento, en este caso un nivel de atención, tiene problemas, todos los niveles se afectarán.

De igual modo, en el caso de que se afecte todo el sistema, cada nivel (cada elemento), se afectará.

3.1.3.4 Equifinalidad del Sistema de Referencia y Contrareferencia.

El Principio de Equifinalidad (2001, pág.131), lleva a determinados sistemas abiertos a alcanzar un mismo estado final (objetivo, finalidad) partiendo de diferentes condiciones iniciales y por diferentes caminos. El SRC tiene como objetivo "garantizar la atención de salud en los servicios de todos los niveles, con criterios de calidad, eficacia, eficiencia y oportunidad, es decir el de garantizar la continuidad de la atención de un nivel a otro".

A pesar de la problemática encontrada en el Distrito de Salud los diferentes actores se esfuerzan por conseguir éste objetivo.

3.1.3.5 Retroalimentación del Sistema de Referencia y Contrareferencia.

Von Bertalanffy (2001, pág. 161) dice al respecto que: "Un sistema es un proceso circular en el cual parte de la salida es remitida de nuevo, como información sobre el resultado preliminar de la respuesta a la entrada, haciendo así que el sistema se autorregule, sea en el sentido de mantener ciertas variables o de dirigirse hacia una meta deseada". La autorregulación es entonces una parte muy importante del modelo de control del funcionamiento de los sistemas abiertos.

En el caso de los sistemas sociales el elemento que se retroalimenta es la comunicación; en el SRC la síntesis de información contenida en la contrareferencia regula la respuesta.

3.1.3.6 Homeostasis del Sistema de Referencia y Contrareferencia.

Es la tendencia de cualquier sistema a mantener su constancia y estabilidad en medio de continuos eventos que le obligan a modificar sus pautas de comportamiento habituales. La homeostasis es el logro de un equilibrio dinámico, el equilibrio del malabarista que mientras camina por la cuerda floja no se cae sino avanza. El SRC debe lograr un equilibrio mientras recorre en un medio de incertidumbres, crisis y cambios sociales. Este equilibrio dinámico es necesario para dar estabilidad a sus miembros, mientras se van moviendo hacia el logro de sus objetivos sin descuidar la equifinalidad del equipo.

3.1.3.7 Calibración o Adaptación del Sistema de Referencia y Contrareferencia.

Son mecanismos que pone en juego el sistema con el fin de lograr la homeostasis, a pesar de enfrentar sucesos que requieren movimientos o cambios.

Los sistemas realizan diarias adaptaciones a los múltiples sucesos que los afectan. Los mecanismos de calibración son acciones reflejas (cambios de roles, de comunicación), que les permiten a los sistemas mantener la homeostasis frente a una crisis. En el caso de que el sistema enfrente una crisis mayor, debe buscar el equilibrio de la carga entre sus elementos,

buscando sus recursos, habilidades y posibilidades, sin recargar a uno de ellos la carga, caso contrario su adaptación será errónea, acarreando problemas posteriores e inequitativos.

La población que acude a los servicios de segundo nivel, auto referida, es atendida en la emergencia del Hospital de Nanegalito, por el médico residente, quien al valorar al paciente y comprobar, que no es una emergencia, le indica que tiene que ir al primer nivel a buscar atención, sin enviar comunicado alguno. El médico de primer nivel al recibir al paciente molesto por la negativa de atención en el Hospital, tranquiliza al paciente y lo atiende. La normativa es muy clara en base al procedimiento que se debe seguir pero poco, o nada habla de éstos problemas y/o adaptaciones diarias que se deben adoptar.

3.1.3.7 Entropía del Sistema de Referencia y Contrareferencia.

Es la tendencia al desorden. Sostiene que los sistemas desatendidos avanzan implacablemente hacia el caos. Por lo que, es necesario anular la entropía para subsistir. Los grupos sociales ejercen entropía negativa, a través de regulaciones, legislaciones, reglas, que organizan la vida en sociedad.

Para la organización y funcionamiento del SRC, se cuenta con la Norma de Referencia y Contrareferencia 2004 del MSP, el Modelo de Atención Integral en Salud y demás normativa conexas.

Para que un sistema de salud anule la tendencia al caos, es necesario un conjunto de reglas implícitas y explícitas, que permitan una convivencia y accionar respetuoso, acorde a su finalidad u objetivos. Las reglas son acuerdos que limitan los comportamientos individuales organizando la interacción, para que un sistema se mantenga razonablemente estable.

Además de estas reglas, los elementos de cada sistema, deben cumplir a cabalidad su rol o función.

3.2 Teoría de Sistemas aplicada

Para entender mejor el trabajo de los sistemas hay que comprender los componentes y su dinámica. Tomando como referencia, la Teoría de Sistemas Aplicada, de Gabriela de la Mesa (Petrella Carlos, “*Las organizaciones como sistema sociales*”; pág. 21), la relación con el SRC puede explicarse en la siguiente tabla:

Tabla 6: Componentes del Sistema de Referencia y Contrareferencia, mediante la aplicación de la Teoría General de Sistemas en el Distrito 17D01.

COMPONENTES	DESCRIPCIÓN	COMPONENTES EN EL SRC	PROBLEMÁTICA EN EL DISTRITO DE SALUD 17D01
Entradas	<ul style="list-style-type: none"> Ingresos del sistema que constituyen la fuerza de arranque que suministra al sistema sus necesidades operativas. 	<ul style="list-style-type: none"> Población que acude a los servicios de salud. Norma del SRC y demás normativa conexas. Personal de Salud. 	<ul style="list-style-type: none"> Desconfianza de la población en las unidades de primer nivel (percepción de poca resolución). Autoreferencia al segundo nivel. Libre acceso a la atención por especialidad.
Procesos	<ul style="list-style-type: none"> Transforma una entrada en salidas y puede ser sustantivo o de apoyo dependiendo de las modificaciones que opere sobre las entradas para modificaciones que opere sobre las entradas para obtener las salidas 	<ul style="list-style-type: none"> Atención del paciente y aplicación de la norma de referencia y contrareferencia: Llenado de formulario de referencia y contrareferencia dependiendo del nivel. 	<ul style="list-style-type: none"> Desconocimiento de la norma del Sistema de Referencia y Contrareferencia. Desconocimiento de los servicios que oferta el nivel de referencia.. Percepción de que el formulario de referencia/contrareferencia es un trámite inútil por falta de respuesta por el nivel de referencia. En su mayoría no utilizan el formulario de referencia y contrareferencia, por considerarlo inútil (poca información relevante) y con letra ilegible. El tiempo de llenado del formulario disminuye el tiempo de atención directa al paciente. Consideran que el primer nivel no podrá manejar al paciente, y a pesar de resolver el problema de salud no lo contrarrefieren.

Salidas	<ul style="list-style-type: none"> Resultados que se obtienen al procesar las entradas y que son el resultado del funcionamiento del sistema o el propósito para el cual el sistema ha sido creado. 	<ul style="list-style-type: none"> Paciente atendido con formulario de referencia o contrareferencia, dependiendo del nivel. 	<ul style="list-style-type: none"> Los formularios se llenan y se archivan en la Historia Clínica, sin entregarla al paciente, ni a la unidad de donde fue referido. Referencia verbal. Referencia injustificada. Los pacientes no llevan el formulario de la contrareferencia al primer nivel de donde los refirieron.
Retroalimentación	<ul style="list-style-type: none"> Se produce cuando las salidas o las influencias del contexto, vuelven a ingresar como recursos o información. 	<ul style="list-style-type: none"> Síntesis de información (Elaboración de la Contrareferencia) 	<ul style="list-style-type: none"> El segundo nivel no entrega contrareferencias al primer nivel.
Límite	<ul style="list-style-type: none"> Separa al sistema de su ambiente y funciona como filtro manteniendo un grado de autonomía e interdependencia. 	<ul style="list-style-type: none"> Circunscripción territorial. 	<ul style="list-style-type: none"> Distrito de Salud 17D01.

Elaborado: Autor

3.3 Alternativas de cambio relacionadas al Sistema de Referencia y Contrareferencia

Una vez establecidos los problemas del Sistema de Referencia y Contrareferencia, en base a la Teoría General de Sistemas (Tabla 4), se han descrito en la siguiente tabla, las alternativas de cambio a ser priorizadas por parte del equipo de investigación.

Tabla 7: Alternativas de cambio relacionadas al Sistema de Referencia y Contrareferencia mediante la aplicación de la Teoría General de Sistemas en el Distrito 17D01.

COMPONENTE	UNIDADES DE PRIMER NIVEL	UNIDADES DE REFERENCIA
ENTRADAS	<ol style="list-style-type: none"> 1. Adscripción de los pacientes a las unidades de primer nivel. 2. Establecer el primer nivel de atención, como puerta de entrada al Distrito de Salud. 3. Mejorar la capacidad resolutive por medio de educación continua de médicos de primer nivel. 4. Contratación de médicos familiares. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Negar la atención, sin hoja de referencia a especialidad, con excepción de emergencias.
PROCESOS	<ol style="list-style-type: none"> 1. Capacitar al personal de primer nivel y segundo nivel sobre el SRC. 2. Creación de un flujo de información consensuado del sistema de referencia y contrareferencia vigente. 3. Elaborar y socializar la cartera de servicios de ambos niveles. 4. Aumentar el tiempo de consulta. 5. Capacitar a los profesionales de primer nivel por parte de los de segundo nivel y acordar criterios de referencia y contrareferencia. 	
RESULTADOS	<ol style="list-style-type: none"> 1. Asegurar el envío del formulario de referencia y contrareferencia entre niveles respectivamente. 2. Exigir a los profesionales, el llenado del formulario de referencia y contrareferencia. 3. Revisar la pertinencia de las referencias y contrareferencias previo envío. 	
RETROALIMENTACIÓN	<ol style="list-style-type: none"> 1. Negar la atención subsecuente del paciente, si éste, no trae consigo el formulario de contrareferencia para la atención en el primer nivel. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Entregar el formulario de contrareferencia al paciente y a un responsable en la unidad de salud, para el envío/retiro, por la unidad que refirió.

Elaborado: Autor

3.4 Priorización de Alternativas de cambio

Una vez descritas las alternativas de cambio, se han seleccionado varios criterios de priorización y de esta manera seleccionar la o las alternativas a implementarse; estas son:

- Relevancia:** De importancia para resolver el problema.
- Evitar duplicidad:** No se haya realizado antes, novedoso.
- Factibilidad:** Se refiere a disponibilidad de costos para la implementación de las actividades.
- Aceptabilidad:** En cuanto a la aceptabilidad política de los actores, que están relacionados al problema. Partiendo de la Dirección y personal operativo.
- Aplicabilidad:** Se lo pueda realizar en el lugar del problema; sea real.
- Resultados a corto plazo:** Obtener resultados lo más pronto posible.
- Aceptación Ética:** No cause efectos adversos a involucrados.
- Efectos secundarios positivos o negativos:** Efectos a otros sistemas del contexto.

Tabla 8: Matriz de Priorización de Alternativas

COMPONENTE	ALTERNATIVA	RELEVANCIA	EVITAR DUPLICIDAD	FACTIBILIDAD	ACEPTAB. POLÍTICA	APLICABILIDAD	RESULTADOS A CORTO PLAZO	ACEPTACIÓN ÉTICA	EFECTOS SECUNDARIOS POSITIVOS O NEGATIVOS	TOTAL
		ENTRADA	1. Adscripción de los pacientes a las unidades de primer nivel.	3	3	1	1	1	3	1
2. Establecer el primer nivel de atención, como puerta de entrada al Distrito de Salud.	3		3	3	3	2	3	3	3	23
3. Mejorar la capacidad resolutoria por medio de educación continua de médicos de primer nivel.	3		3	3	3	3	2	3	3	23
4. Contratación de médicos familiares	3		3	0	3	0	3	3	3	18
5. Negativa de atención sin hoja de referencia a especialidad, con excepción de emergencias.	3		3	0	0	1	3	0	0	10
PROCESO	6. Capacitar al personal de primer y segundo nivel sobre el SRC.	3	3	3	3	3	2	3	3	23
	7. Creación de un flujo de información consensuado del sistema de referencia y contrareferencia vigente.	3	3	3	3	3	3	3	3	24
	8. Creación de la cartera de servicios de cada nivel.	1	3	3	3	3	3	3	1	20
	9. Aumentar el tiempo de consulta.	2	2	2	1	2	2	2	3	16
	10. Capacitar a los profesionales de primer nivel por parte de los de segundo nivel y acordar criterios de referencia y contrareferencia.	3	3	3	3	2	3	3	3	23
RESULTADO	11. Asegurar el envío del formulario de referencia y contrareferencia entre niveles.	3	3	1	3	1	3	3	3	20
	12. Exigir a los profesionales, el llenado del formulario de referencia y contrareferencia.	3	3	3	1	3	3	1	3	20
	13. Revisar las referencias y contrareferencias previo envío.	3	3	1	2	2	3	3	3	20
RETROALIMENTACIÓN	14. Negar la atención subsecuente al paciente si éste no trae consigo el formulario de contrareferencia en el primer nivel.	3	3	0	0	0	3	1	3	13
	15. Entregar el formulario de contrareferencia al paciente y a un responsable en la unidad de salud, para el envío/retiro, por la unidad que refirió.	3	3	1	2	1	2	3	3	18

Elaborado: Autor

La matriz de priorización, fue elaborada con el objeto de valorar las alternativas propuestas, en base a la problemática encontrada, desde el punto de vista del equipo investigador, bajo ocho criterios que permitieron elegir, las más adecuadas.

Calificándolas del 0 al 3, siendo el 0 la calificación más baja y 3 la más alta.

Al final, se sumaron las calificaciones dadas por cada criterio y se eligieron aquellas, con un total de 23 y 24 puntos, siendo seleccionadas las alternativas: 2, 3, 6, 7 y 10.

3.5. Estrategia a implementarse.

1. Establecer el primer nivel de atención, como puerta de entrada, al Distrito de Salud 17D01.
2. Creación de un flujo de información consensuado del sistema de referencia y contrareferencia vigente.
3. Capacitación al personal de salud:
 - a. Mejorar la capacidad resolutive por medio de educación continua de médicos de primer nivel.
 - b. Capacitar al personal de primer y segundo nivel sobre el SRC.
 - c. Capacitar a los profesionales de primer nivel por parte de los de segundo nivel y acordar criterios de referencia y contrareferencia.

4. HIPÓTESIS DE CAMBIO

Mediante el establecimiento del primer nivel de atención como puerta de entrada obligatoria al Distrito de Salud 17D01, la capacitación y la creación de un flujograma consensuado con el personal de primer y segundo nivel, aumentará la efectividad del SRC.

5. OBJETIVOS

5.1 Objetivo General

- Comparar la efectividad del sistema de referencia y contrareferencia, antes y después de implementada, como puerta de entrada obligatoria al sistema de salud, el primer nivel de atención, en el Distrito de Salud 17D01 – Nanegalito, período 2011-2013.

5.2 Objetivos Específicos

- Analizar los cambios actitudinales de los profesionales de la salud en la aplicación del Sistema de Referencia y Contrareferencia.
- Consensuar criterios de referencia entre los profesionales de primer nivel, y los profesionales de segundo nivel, a través, de la capacitación de pares.
- Comparar los principales indicadores del Sistema de Referencia y Contrareferencia antes y después de implementada la hipótesis de cambio.

A continuación se presenta la forma de introducción del cambio, en base a las instrucciones o actividades que permitan su operativización.

6. INSTRUCCIONES OPERATIVAS

Tabla 9: Instrucciones Operativas

CAPACITACIÓN AL PERSONAL DE SALUD.	Capacitar al personal de primer y segundo nivel sobre el SRC.	<ul style="list-style-type: none"> - Crear una lista de asistentes. - Entregar invitaciones - Preparar presentación sobre el tema. - Solicitar el lugar para la reunión. - Realizar 2 talleres 	Equipo de investigación médicos de atención directa de primer y segundo nivel.	Auditorio del Hospital de Nanegalito	4 horas cada taller.	Sala de reuniones. Laptop Refrigerios Cuaderno de registro de tareas.
	Mejorar la capacidad resolutive por medio de educación continua de médicos de primer nivel	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar talleres de las 10 principales patologías referidas desde el primer nivel. 	Equipo investigador y médicos de atención directa.	Auditorio del Hospital de Nanegalito	1 hora semanal	Sala de reuniones. Laptop Infocus Refrigerios Cuaderno de registro de tareas.
	Capacitar a los profesionales de primer nivel por parte de los de segundo nivel y acordar criterios de referencia y contrareferencia	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar talleres de las 10 principales patologías que los médicos de segundo nivel consideran que no se manejan de manera adecuada en el primer nivel. - Acordar y enlistar criterios de referencia por cada patología, como objetivo de los talleres. 	Equipo investigador y médicos de atención directa.	Auditorio del Hospital de Nanegalito	1 hora semanal	Sala de reuniones. Laptop Infocus Refrigerios Cuaderno de registro de tareas.
CREACIÓN DE UN FLUJO DE INFORMACIÓN CONSENSUADO DEL SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA VIGENTE	Crear un flujo de información de éste sistema de forma participativa.	<ul style="list-style-type: none"> - Crear una lista de asistentes. - Entregar invitaciones - Preparar presentación sobre el tema. - Solicitar el lugar para la reunión. - Realizar el taller. - Crear el flujo de información del sistema. 	Equipo de investigación y personal de atención directa del primer y segundo nivel.	Auditorio del Hospital de Nanegalito	Enero 2012	Experto Sala de reuniones. Laptop Infocus Refrigerios Cuaderno de registro de tareas.
ESTABLECER EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN, COMO PUERTA DE ENTRADA, AL DISTRITO DE SALUD 17D01.	Aplicar el flujo de información del sistema de referencia y contrareferencia realizado en el taller.	Los profesionales de primer y segundo nivel elaborarán la hoja de referencia y contrareferencia de acuerdo al caso.	Profesionales de primer y segundo nivel	Auditorio del Hospital de Nanegalito	Mensual	Formularios de referencia y contrareferencia

ESTABLECER EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN, COMO PUERTA DE ENTRADA, AL DISTRITO DE SALUD 17D01	Monitorear el cumplimiento del llenado del formulario.	<ul style="list-style-type: none"> - Recolección de las hojas de referencia y contrareferencia realizadas y recibidas. - Calcular porcentajes de referencias y contrareferencias realizadas, cumplidas y pertinentes. - Lista de personal que no cumple con el llenado. 	Coordinador del Distrito de Salud. Equipo de investigación Coordinador del Distrito.	Jefatura del Distrito Jefatura del Distrito Jefatura del Distrito	Mensual. Mensual Mensual	Matriz de recolección de formularios. Matriz de recolección de formularios. Matriz de recolección de datos.
	Aplicar correctivos para el cumplimiento del llenado de formulario.	<ul style="list-style-type: none"> - Sanciones de acuerdo al grado de incumplimiento. - Incentivos de acuerdo al grado de cumplimiento. 	Director del Distrito, Responsable de Talento Humano.	Distrito de Salud 17D01.	Mensual	Lista de personal que incumple con el llenado del formulario.
	Comunicación desde el Hospital de Nanegalito (Coordinación y Trabajo Social) hacia las unidades de primer nivel y viceversa (Encargados de Unidades Operativas).	<ul style="list-style-type: none"> - Llamadas telefónicas para notificar envío de pacientes referidos y contrareferidos, si es posible, enviando por fax el formulario respectivo. 	Coordinación, Trabajo Social y Encargados de unidades operativas del Distrito de Salud.	Distrito de Salud 17D01.	Diario	Teléfono, internet, fax, scanner.
	Aplicación del Acuerdo Ministerial 159 (02/2012): "Estrategia de mejora de acceso, oportunidad y calidad de atención a los servicios de salud en el primer nivel de atención".	<ul style="list-style-type: none"> - En los casos de referencia hacia el segundo nivel, es obligación de las unidades de primer nivel, realizar la programación de la cita en la especialidad requerida y comunicar la cita al paciente, mediante hoja de referencia y contrareferencia. 	Profesionales del primer nivel	Unidades operativas del Distrito y primer nivel anidado del Hospital de Nanegalito	Diario	Formulario de Referencia y Contrareferencia

Fuente: Trabajo de campo

Elaboración: Equipo de trabajo

7. METODOLOGÍA

7.1 Diseño y tipo de investigación

Con el objeto de introducir un cambio en la forma de atención a los pacientes y con la participación activa de los implicados se propone aplicar la metodología de la Investigación – Acción definida como:

La investigación-acción es la introducción, de manera controlada, de un cambio en un sistema, y registra sus resultados en lo que concierne al comportamiento del personal. La acción misma es presentada como un medio para cambiar el sistema y a la vez para generar un conocimiento crítico al respecto. Se habla habitualmente de investigación – acción cuando los actores sociales, que tratan en un momento dado de analizar su práctica, construyen una investigación en común con un investigador profesional (Leclerc, 1990).

Una vez obtenidos y analizados los datos del problema, se socializará a los actores la estrategia a implementar, siendo aplicada por ellos para cumplir con los objetivos del estudio.

De esta manera, al socializar los problemas con los actores locales, que a su vez son los responsables de un cambio para la mejora de su servicio, eligen una propuesta consensuada, aplicándola de forma inmediata.

7.2 Mapeo de Actores y equipo de investigación

Se elige como grupo de investigación, tomando como criterio la predisposición en participar de la investigación, siendo conformado por el Coordinador del Distrito, el Jefe del Servicio de Hospitalización y Emergencia, Líder de Consulta Externa, Estadístico y los Directores de Unidades Operativas del Distrito de Salud.

Con el objeto de representar la realidad social existente en el Distrito de Salud 17D01, se realiza un mapeo de actores, como herramienta clave para el éxito de la investigación, ya que, permite evidenciar la viabilidad de las propuestas, así como, los conflictos interpersonales según sus diferentes grados de complejidad, relacionados con el grado de poder dentro de la institución (Tapella, 2007).

A continuación, en la siguiente tabla se enumeran los actores sociales involucrados en la propuesta de cambio.

Tabla 10: Listado de Actores Sociales.

ACTORES SOCIALES
<p>Distrito de Salud Administrativos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Director • Coordinador • Estadístico • Trabajadora Social • Analista de Personal ▪ Subgrupo de Directores de Unidades Operativas <p>Grupo Médicos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Subgrupo Médicos nombramiento • Subgrupo Médicos contratados • Subgrupo Médicos rurales • Subgrupo Médicos residentes <p>Grupo de Personal de Salud</p> <ul style="list-style-type: none"> • Grupo Odontólogos • Grupo Enfermeras • Grupo Personal de Servicios Complementarios. • Psicólogo
<p>Otros Prestadores de Servicios de Salud</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prestadores privados • Prestadores del IESS
<p>Población y Líderes Comunitarios</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comité barrial • Población en general • Juntas parroquiales

Fuente: Trabajo de campo

Elaboración: Autor

Una vez enlistados los actores, en la siguiente tabla, se describe su rol, relación predominante en relación al cambio y jerarquización de poder. Tabla que fue elaborada desde la perspectiva del equipo de investigación.

Tabla 11: Matriz de Involucrados

GRUPO	ACTOR	ROL EN EL PROYECTO	RELACIÓN PREDOMINANTE	PODER
DISTRITO DE SALUD	Director	Tomador de decisiones en el Área de Salud, a cargo de la implementación de la propuesta de cambio	A favor	Alto
	Coordinador	A cargo del seguimiento, aplicación y evaluación de la propuesta. Integrante del equipo de investigación.	A favor	Alto
	Estadístico	Entrega de número de turnos a los profesionales. Abastecimiento y recopilación de formularios de referencia y Contrareferencia.	Indiferente	Bajo
	Trabajadora Social	Búsqueda de lugares para referir a los pacientes, recopilación de formularios, retroalimentación de casos referidos, registro en el libro de referidos y contrareferidos.	En contra	Bajo
	Analista de Personal	Propuestas de incentivos para mejorar el ambiente laboral	Indiferente	Medio
GRUPO DE MÉDICOS Y PERSONAL DE SALUD	Grupo de Directores de Unidades Operativas	Encargados de implementar la propuesta en la unidad a su cargo	Indiferente	Medio
	Grupo Médicos Médicos nombramiento	Encargados del llenado de formularios, archivo y entrega al Coordinador	En contra	Alto
	Médicos contratados	Encargados del llenado de formularios, archivo y entrega al Coordinador	En contra	Medio
	Médicos rurales	Encargados del llenado de formularios, archivo y entrega al Coordinador	En contra	Bajo
	Médicos residentes	Encargados del llenado de formularios, archivo y entrega al Coordinador	En contra	Bajo
	Grupo Enfermeras	Entrega de Historias Clínicas, una vez anotados los signos vitales y antropométricos a los profesionales de atención directa.	Indiferente	Medio

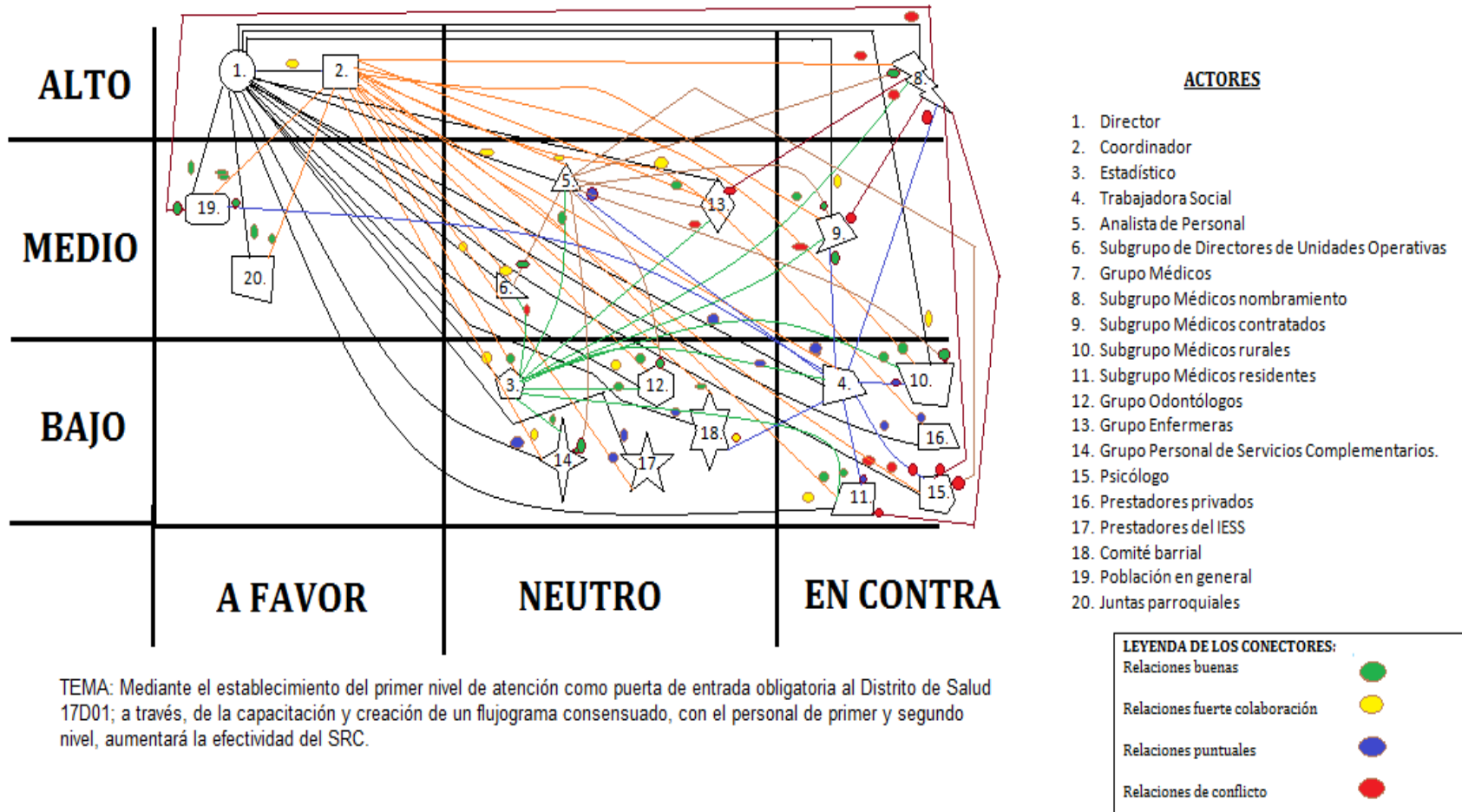
	Personal de Servicios Complementarios	Realizan exámenes complementarios solicitados de todas las unidades del Área de Salud y reporte de resultados en base a lo solicitado en las referencias.	Indiferente	Bajo
	Grupo Odontólogos	Encargados del llenado de formularios, archivo y entrega al Coordinador	Indiferente	Bajo
	Psicólogo	Encargados del llenado de formularios, archivo y entrega al Coordinador	En contra	Bajo
OTROS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD	Prestadores privados	Encargados del llenado de formularios para referencia de pacientes a unidades del MSP	En contra	Bajo
	IESS	Encargados del llenado de formularios para referencia de pacientes a unidades del MSP.	Indiferente	Bajo
POBLACIÓN Y LIDERES COMUNITARIOS	Población en general	Pacientes, beneficiarios directos de la implementación del sistema de referencia y contrareferencia	A favor	Medio
	Juntas parroquiales	Representar y gestionar los intereses de la población.	A favor	Medio
	Comité barrial	Representar y gestionar los intereses de la población.	Indiferente	Bajo

Fuente: Trabajo de campo

Elaboración: Autor

En el presente gráfico, se aprecian los diferentes actores involucrados y sus relaciones, para el establecimiento del primer nivel de atención como puerta de entrada obligatoria al Distrito de Salud, por medio de líneas continuas. Cada actor posee una línea de color que lo diferencia de los demás. Al final de cada línea se ha colocado un círculo con un color que explicita el tipo de relación entre los actores. Cabe recalcar, que en este caso, el investigador es el Director del Distrito y la interpretación de las relaciones, están basadas desde su punto de vista, junto al Equipo de Investigadores.

Gráfico 2: Sociograma.



TEMA: Mediante el establecimiento del primer nivel de atención como puerta de entrada obligatoria al Distrito de Salud 17D01; a través, de la capacitación y creación de un flujograma consensuado, con el personal de primer y segundo nivel, aumentará la efectividad del SRC.

Fuente: Equipo de Investigación.

Elaboración: Autor

Analizando el Sociograma se puede observar que, en base a las relaciones, posición de poder y posición frente a la hipótesis de cambio los actores se comportarían:

El personal que llenará las hojas de referencia y contrareferencia está en contra de la implementación del plan, existiendo por un lado, conflictos con el grupo de médicos de nombramiento y por otro, buena relación con los médicos de contrato, residentes y rurales que a la vez son mayoría.

La posición del grupo de enfermeras, directores de unidades operativas y analista de talento humano, a pesar de situarse en una posición neutra, tiene una relación de fuerte colaboración con el investigador, así como también la población y autoridades locales.

A pesar de la posición contraria a la implementación por parte de los médicos de nombramiento, tienen conflictos con la mayor parte de los actores y frente a la posición de poder del director/investigador, coordinador y sus relaciones, mediante diferentes estrategias de bloqueo como por ejemplo: sancionatorios, por incumplimiento de las normas de referencia y contrareferencia, estarían obligados a implementar el plan aunque no sea sostenible por mucho tiempo. De esta manera la implementación funcionaría con estrategias acordes al presente análisis.

Tabla 12: Matriz de Operacionalización de la Evaluación Operativa.

ACTIVIDAD	TAREA	INDICADOR	TÉCNICA	FUENTE
Capacitar al personal de primer y segundo nivel sobre el SRC.	Realizar dos talleres con el tema: Manual de Sistema de Referencia y Contrareferencia.	No. talleres realizados/No. talleres planificados.	Revisión documental	Acta
Mejorar la capacidad resolutive por medio de educación continua de médicos de primer nivel	Realizar reuniones semanales con los médicos de primer nivel para la capacitación de temas basados en las normas y protocolos.	No. capacitaciones realizadas/No. capacitaciones planificadas.	Revisión documental	Acta
Capacitar a los profesionales de primer nivel por parte de los de segundo nivel y acordar criterios de referencia y contrareferencia	Realizar reuniones mensuales con médicos especialistas y médicos de primer nivel, para la capacitación de temas basados en las normas y protocolos	No. capacitaciones realizadas/No. capacitaciones planificadas.	Revisión documental	Acta

Crear un flujo de información de éste sistema de forma participativa.	Crear un flujo de información del Sistema de Referencia y Contrareferencia de manera participativa.	Flujo de información de referencia y contrareferencia a creado de manera participativa	Revisión documental	Gráfico
Aplicar el flujo de información del sistema de referencia y contrareferencia, realizado en el taller.	Realizar reuniones para detectar problemas al aplicar el flujo de información del Sistema de Referencia y Contrareferencia elaborado.	-No. Reuniones de evaluación realizadas/No. Reuniones de evaluación planificadas	Revisión documental	Acta
Comunicación desde el Hospital de Nanegalito (Coordinación y Trabajo Social) hacia las unidades de primer nivel y viceversa (Encargados de Unidades Operativas).	Recolección y consolidación de los formularios de referencia y contrareferencia de las unidades operativas al Hospital de Nanegalito.	-No. De referencias realizadas por las unidades de primer nivel/No. de referencias recibidas por las unidades de primer nivel. -No. De contrareferencias realizadas por la unidad de segundo nivel. -No. De contrareferencias realizadas por la unidad de segundo nivel.	Revisión documental	Matriz de información

Elaboración: Autor

Tabla 13: Matriz de Operacionalización de la Evaluación Analítica.

ACTIVIDAD	DIMENSIÓN	INDICADOR	TÉCNICA	FUENTE
Aplicar medidas para el cumplimiento del llenado de formulario	Decisiones tomadas para el cumplimiento del llenado del formulario.	Tipo de medidas tomadas	Revisión documental.	Responsable de Talento Humano
Comunicación desde el Hospital de Nanegalito (Coordinación y Trabajo Social) hacia las unidades de primer nivel y viceversa (Encargados de Unidades Operativas).	Continuidad intra-episodio e inter-niveles.	Número de pacientes referidos y contrareferidos, notificados por vía telefónica o fax que recibieron atención oportuna por parte del nivel correspondiente, con información pertinente para su seguimiento.	Revisión documental Entrevista	Historias clínicas Personal que realiza la actividad.
Taller de capacitación sobre auditoría de interfase	Cooperación entre el primer y segundo nivel	Lista de factores que favorecen o dificultan la cooperación entre médicos del primer y segundo nivel.	Encuesta Entrevista	Médicos del primer y segundo nivel
Monitorear, evaluar y discutir casos de pacientes referidos y contrareferidos.	Capacidad resolutive del primer nivel.	Porcentaje de referencias enviadas desde las unidades de primer nivel.	Revisión documental	Historias clínicas.
Monitorear el cumplimiento del llenado del formulario.	Recolección y consolidación de los formularios de referencia y contrareferencia	Número de formularios de referencia y contrareferencia recolectados y consolidados.	Revisión documental	Matriz de información
	Cumplimiento de referencias y contrareferencias realizadas, cumplidas y pertinentes.	Tasa de referencia y contrareferencia: realizada, cumplida, pertinente	Revisión documental	Matriz de información

Aplicación del Acuerdo Ministerial 159 (02/2012): “Estrategia de mejora de acceso, oportunidad y calidad de atención a los servicios de salud en el primer nivel de atención”.	Agendar citas de los pacientes con la hoja de referencia para las especialidades del segundo nivel.	No. Pacientes agendados para especialidad por unidades de primer nivel/ No. de formularios de referencia recibidos.		
	Comunicar al paciente la fecha de la cita	Porcentaje de ausentismo en el segundo nivel por agendamiento del primer nivel.	Revisión documental	Matriz de información

Elaboración: Autor

8. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

8.1 De la evaluación operativa

8.1.1 Capacitación del personal del primer y segundo nivel sobre el Sistema de Referencia y Contrareferencia.

La capacitación inició con la creación de un listado del personal operativo, administrativo y comunitario, que estaría involucrado en la aplicación de la estrategia, invitándolos a un taller, que tuvo como objetivos:

- Exponer la problemática, de la Referencia y Contrareferencia, existente hasta el momento.
- Sensibilizar a los actores sobre la importancia del llenado del formulario de referencia/contrareferencia y;
- Creación de un flujograma de envió, archivo, análisis y retroalimentación de la información de éstos formularios, de forma consensuada por los invitados, aplicado a la realidad local.

Para el taller, se preparó una presentación de Power Point, basada en el Manual de Referencia y Contrareferencia del año 2004, del Ministerio de Salud Pública del Ecuador, con datos locales de referencia y contrareferencia del Distrito de Salud.

El primer taller, se realizó, la primera semana de junio del 2011, estuvo a cargo del equipo de investigadores (personal administrativo), encabezado por el Director del Distrito, asistieron 19 personas.

Para la operacionalización del SRC, se acordaron acciones, que se pueden resumir en la siguiente tabla:

Tabla 14: Capacitación del Sistema de Referencia y Contrareferencia (Primer Taller).

TEMAS	<ul style="list-style-type: none"> • Socialización y sensibilización de la normativa. • Creación del flujograma de Referencia y Contrareferencia.
PROBLEMAS	<ul style="list-style-type: none"> • Desconocimiento parcial de la normativa. • Desorganización de actividades y tareas para el cumplimiento del SRC.
ACUERDOS	<ul style="list-style-type: none"> • Colocar un archivador (buzón) en cada consultorio, en emergencia y hospitalización; además, uno por unidad operativa, donde se colocará el formulario de referencia/contrareferencia. • Se tomarán dos copias de la referencia; la original se la entregará al paciente, la primera copia se adjuntará a la historia clínica y la segunda copia se depositará en el buzón. • Se tomará una copia de la Contrareferencia; la original se la entregará al paciente y la copia se depositará en el buzón. • El Coordinador del Área, revisará los partes diarios verificando el número de referencias/contrareferencias escritas y retirará de forma semanal de los buzones, todas las referencias realizadas para su evaluación. • Al llegar la contrareferencia se receptorá en Estadística, donde se la colocará en la Historia Clínica, luego de lo cual, serán revisadas por el profesional, quien las colocará en el buzón. • Se entregarán las contrareferencias a los responsables de las unidades operativas, por parte de Coordinación.
% DE ASISTENCIA	<ul style="list-style-type: none"> • 100%

Elaboración: Autor

El segundo taller, se realizó la cuarta semana del mes de junio del 2011, con la participación del mismo personal del primer taller, con el objeto de evaluar el flujograma adoptado.

En contraste al primer taller, se presentaron varias quejas del personal médico, relacionados al tiempo para el llenado del formulario.

El grupo de médicos argumentó que: “el tiempo de la consulta debería alargarse para llenar estos formularios”, “no tienen una utilidad clara”, “no se dispone de copiadora en cada consultorio para realizar el triplicado”.

A estos argumentos, se planteó el hecho de que, los casos que serán referidos en promedio, no superará de 1 a 2 pacientes del total atendido al día, y que se dotará de todos los insumos necesarios para el llenado del formulario y su triplicado.

Una vez discutidos estos inconvenientes, se acordó, continuar con la aplicación del flujograma consensuado, con el compromiso de realizar todas las actividades para su correcto funcionamiento, incluyendo la dotación de copiadoras e implementos tecnológicos necesarios.

En resumen, se puede detallar lo realizado en la reunión de la siguiente manera:

Tabla 15: Capacitación del Sistema de Referencia y Contrareferencia (Segundo Taller).

TEMAS	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluación de acuerdos y compromisos del primer taller. • Discusión de problemas encontrados en la operacionalización del flujograma del SRC adoptado.
PROBLEMAS	<ul style="list-style-type: none"> • Tiempos de atención cortos para llenar el formulario. • Déficit de materiales de oficina y tecnológicos para el triplicado de los formularios. • Percepción de inutilidad de los formularios.
ACUERDOS	<ul style="list-style-type: none"> • Se aplicarán todos los acuerdos del taller anterior. • Una vez revisada la cantidad de pacientes, atendidos por profesional, se acuerda, no ampliar el tiempo de atención, ya que, el número de pacientes a referir no supera uno o dos diarios. • Se ubicarán tres copiadoras para el triplicado de los formularios: uno en emergencia y dos en consulta externa. • El personal de Estadística, mantendrá un stock adecuado de formularios en cada consultorio. • Coordinación junto a Trabajo Social, emitirá un informe del seguimiento de las referencias enviadas y recibidas. • Conformación de un Comité de seguimiento y retroalimentación del sistema, integrado por Dirección, Coordinación, Líder de Consulta Externa, Líder Hospitalización y Directores de las Unidades Operativas.
% DE ASISTENCIA	<ul style="list-style-type: none"> • 100%

Elaboración: Autor

8.1.2 Mejoramiento de la capacidad resolutive por medio de educación continua de médicos de primer nivel.

Se preparó un listado de temas a preparar con los médicos de primer y segundo nivel, en las patologías de mayor prevalencia de atención; con el objeto de mejorar su capacidad resolutive. Entre el 2011 y 2013 se presentaron 83 temas, con la participación de médicos generales y especialistas, con una duración aproximada de 2 horas por cada taller. Luego de cada presentación se acordaron criterios de referencia en base a la realidad local.

Tabla 16: Número de talleres de capacitación continua por año.

AÑO	HOSPITAL DE NANEGALITO	UNIDADES DE PRIMER NIVEL
2011	7	5
2012	31	11
2013	18	11

Elaboración: Autor

8.1.3 Capacitación de los profesionales de primer nivel por parte de los de segundo nivel y acordar criterios de referencia y contrareferencia.

Entre junio del 2011 diciembre del 2013, se encargó, al Comité de Docencia junto a los médicos especialistas, la preparación de un tema mensual, acorde a sus necesidades de capacitación y a las 10 primeras causas de atención; con el objeto, de brindar un espacio de discusión y capacitación continua de los profesionales del Hospital de Nanegalito y acordar criterios de referencia. De la misma manera, se solicitó seleccionar temas, para capacitar a los profesionales de las unidades operativas, a presentarse en las reuniones de mensuales, ya que, por el acceso geográfico, no podrían sumarse a las reuniones del Hospital.

En cada uno de los talleres se acordó un esquema de diagnóstico, tratamiento y seguimiento acorde a los recursos existentes, además de, acordar los criterios de referencia. Hubo buena participación por el personal de salud, evidenciada por la atención e interés prestado a los talleres, por el tipo de preguntas y su participación en la discusión y análisis de las causas de referencia.

Una debilidad en la capacitación, fue la gran cantidad de compromisos, que muchos de los asistentes, al ser responsables de diferentes programas (Tuberculosis, Crónicos, entre otros) impidieron su asistencia.

Las siguientes tablas resumen los temas impartidos, con la cantidad de personal asistente y el resumen de los criterios, donde se debe realizar una referencia.

Tabla 17: Temas y acuerdos de referencia de los talleres de capacitación continua del año 2011.

No.	TEMA	No. ASISTENTES	ACUERDO
1	Normas de Atención Materno Neonatales	16	
2	Infecciones Respiratorias Agudas en niños.	14	
3	Infecciones Transmitidas por Agua.	15	
4	Infecciones de Vías Urinarias.	16	
5	Hipertensión Arterial	16	Referir pacientes no controlados y con complicaciones.
6	Manejo de Heridas	13	Referir casos con heridas extensas, que comprometan tendones y en cara.
7	Politraumatismos	15	

Elaboración: Autor

Tabla 18: Temas y acuerdos de referencia de los talleres de capacitación continua del año 2012.

No	TEMA	No. ASISTENTES	ACUERDO
1	Dengue.	15	En casos de dengue grave debe referirse al segundo nivel.
2	Historia Clínica del Adulto Mayor.	15	En caso de pacientes adultos mayores con Hipertensión Arterial y Diabetes no controlada, Pie diabético y comorbilidades, referir al segundo nivel.
3	Ficha Única de registro de Violencia Intrafamiliar.	15	Pacientes en los que se detecte violencia debe referirse a Psicología.
4	Historia Clínica de Adolescentes.	15	En caso de adolescentes embarazadas, con enfermedades crónicas, referir al segundo nivel.
5	Salud Sexual y Reproductiva.	10	En caso de pacientes con patología quirúrgica ginecológica e ITS que no ceden al tratamiento, remitir al segundo nivel.
6	Manejo de Hemocomponentes.	16	En los casos de anemias producidas por hemorragias agudas, moderadas y graves referir al segundo nivel. En el caso de anemias crónicas se pueden manejar en el Hospital de Nanegalito.
7	Enfermedades Crónicas no Transmisibles	12	En caso de pacientes con Hipertensión Arterial y Diabetes no controlada, pie diabético y comorbilidades, referir al segundo nivel.
8	Tuberculosis	12	Deben referirse al segundo nivel: Tb extra-pulmonar, Bk- con cultivo positivo, y multidrogoresistencia.
9	VIH-ITS	16	Deben referirse a las Clínicas de VIH para recibir antiretrovirales.
10	Leishmaniasis	12	Referirse en el caso de Leishmaniasis visceral o recidivante.
11	Referencia y Contrareferencia.	15	Llenado oportuno de los formularios
12	Protocolo de atención del crecimiento del niño y la niña.	12	Pacientes con desnutrición crónica referir a Pediatría y Nutrición.
13	Normas de nutrición para el control de sobrepeso y obesidad en niños,	10	En caso de obesidad mórbida referir a Endocrinología.

	niñas y adolescentes.		
14	Hipertensión Arterial.	10	Referir a pacientes con complicaciones y no controlados.
15	Diabetes	11	Referir a pacientes con complicaciones y no controlados.
16	Dislipidemias	12	Cuando se asocia a Síndrome Metabólico.
17	Distocia de presentación.	12	Referir a tiempo, a embarazadas con presentación pelviana, en el caso de expulsivo referir solo si existe complicación.

Elaboración: Autor

Además, se trataron los siguientes temas:

- Manejo de Desechos Hospitalarios
- Salud y Seguridad en el Trabajo
- Bioética
- Historia Clínica Única
- Violencia, normas y manejo de casos.
- Propuesta para el fortalecimiento institucional en el área de Nutrición y Salud.
- Lactancia Materna y creación de lactarios.
- Normas y protocolos para la suplementación con micronutrientes.
- Introducción a la guía de actividad física dirigida al personal de salud.
- Llenado de formularios de la niñez.
- Taller de motivación.
- Psicoprofilaxis del parto

Tabla 19: Temas y acuerdos de referencia de los talleres de capacitación continua del año 2013.

No.	TEMA	No. ASISTENTES	ACUERDOS
1	PARTO PREMATURO	13	Debe ser referido a unidad de Neonatología todo prematuro medio y extremo.
2	FIEBRE PUERPERAL	11	Referir en casos de Endometritis y Endometriosis.
3	REVISIÓN PRIMARIA DEL TRAUMA	9	Todo Politraumatizado debe ser estabilizado y referido a una Unidad de Trauma.
4	SOPORTE CARDIOPULMONAR BÁSICO	9	Todo paciente con paro cardiorespiratorio se debe iniciar RCP, compensar y referir a UCC.

5	SOPORTE CARDIOPULMONAR AVANZADO	9	Todo paciente con paro cardiorespiratorio iniciar RCP, compensar y referir a unidad de Cuidados Coronarios.
6	SÍNDROME CORONARIO	9	Todo paciente Síndrome Coronario estabilizar, y referir a unidad de Cuidados Coronarios.
7	ELECTROCARDIOGRAFÍA BÁSICA	11	Referir a Cardiología a pacientes con bloqueos completos y arritmias.
8	HEMORRAGIA POSPARTO	12	Pacientes con Shock Hipovolémico
9	REANIMACIÓN NEONATAL	8	Neonatos con asfixia moderada o grave referir a Unidad de Cuidados Neonatales.
10	RIESGO OBSTÉTRICO	12	Embarazadas con riesgo obstétrico 3 referir a Ginecología.
11	MORDEDURA DE SERPIENTES	11	Referir a pacientes con Mordeduras Severas
12	DEPRESIÓN	12	Referir en cuadros depresivos moderados a severos, con antecedente de intento autolítico.
13	DOLOR ABDOMINAL	12	Todo diagnóstico ante la sospecha de abdomen agudo inflamatorio y obstructivo.

Elaboración: Autor

Además, se trataron los siguientes temas:

- Buenas Prácticas de prescripción.
- Influenza AH1N1.
- Registro correcto de la Historia Clínica Perinatal.
- Técnicas de psicoprofilaxis del parto
- Consejería VIH.

8.1.4 Reuniones de evaluación del sistema de referencia y contrareferencia.

Con el objeto de realizar un seguimiento continuo del Sistema de Referencia y Contrareferencia, se conformó un comité encargado de realizar seguimiento mensual, conformado por el equipo de investigadores, y el personal de las unidades operativas, con el objeto de recolectar inconvenientes y tomar decisiones de cambio.

Reuniones que han sido respaldadas con su respectiva acta, detallando: Orden del día, Problemas de Referencia/Contrareferencia y acuerdos.

Se realizaron 7 en el 2011, 11 en el 2012 y 11 en el 2013. A continuación, se recolectó la problemática de mayor relevancia y los cambios realizados de los tres años en estudio.

Tabla 20: Temas y acuerdos de las reuniones de evaluación del Sistema de Referencia y Contrareferencia de los años 2011, 2012, 2013.

PROBLEMÁTICA RELEVANTE	CAMBIOS REALIZADOS
Profesionales de la salud no llenan los formularios de referencia/contrareferencia.	Llamados de atención verbal a quienes no llenan el formulario.
Personal del Hospital de Nanegalito no recibe pacientes referidos	Sensibilización y capacitación a los médicos residentes. Recepción obligatoria de los pacientes referidos de las unidades de primer nivel. Reunión de discusión entre médicos residentes y médicos de primer nivel.
Demanda rechazada en atención de segundo nivel	Elaboración de agendamiento manual.
Referencias injustificadas	Revisión de las referencias previo envío a la ciudad de Quito.
Demora en asignación de turnos en especialidades básicas en Hospitales de Quito	Implementación de servicios de Pediatría, Ginecología y Medicina Familiar
Las unidades de primer nivel no comunican el envío de referencias	Sensibilización y capacitación a los médicos residentes. Recepción obligatoria de los pacientes referidos de las unidades de primer nivel. Reunión de discusión entre médicos residentes y médicos de primer nivel.
Las unidades de primer nivel no envían los pacientes de emergencia previa evaluación adecuada.	Capacitación de normas y protocolos de atención en emergencias.
Los pacientes referidos de comunidades lejanas no asisten a la atención referida al Hospital de Nanegalito	Prioridad a pacientes de comunidades lejanas.
Demora en la realización de los exámenes y entrega de resultados de laboratorio.	Agendamiento manual y vía telefónica desde unidades de salud lejanas.

Elaboración: Autor

8.2 De la evaluación analítica

Los resultados presentados son el producto del análisis y sistematización de diferentes fuentes, entre ellas: Estadísticas del Distrito, Historias Clínicas, Formularios de Referencia y Contrareferencia.

Los datos se analizaron a través de los indicadores de Referencia y Contrareferencia hallados en la normativa del año 2004, por ser la de aplicación al momento del estudio.

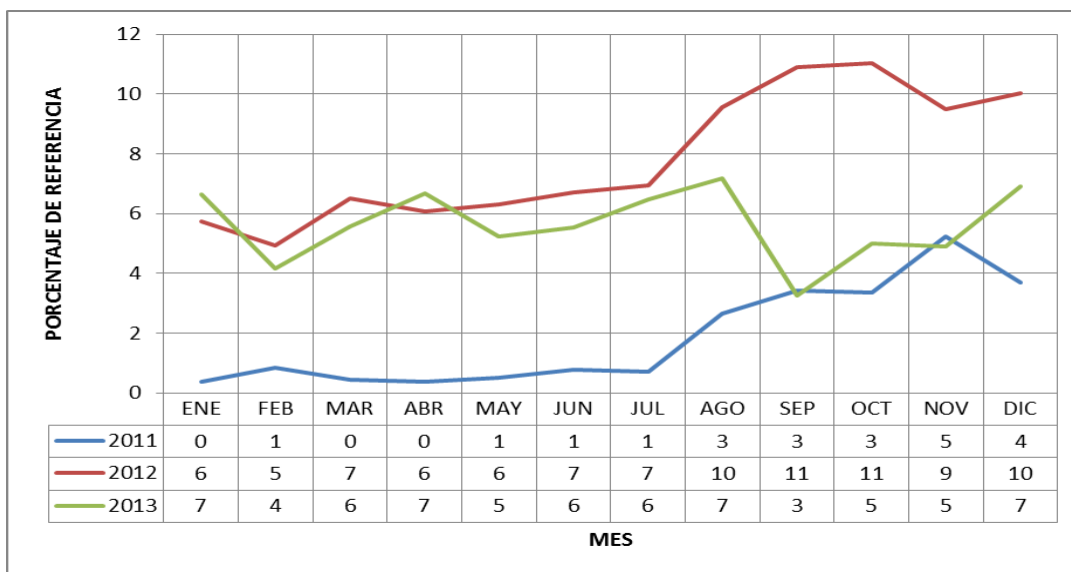
Una vez implementado el flujograma participativo de referencia y contrareferencia en el mes de junio del 2011, el personal de salud aumentó de manera sostenida el llenado del formulario hacia el segundo nivel.

Para el año 2012, una vez lanzado el acuerdo ministerial No. 159 donde el Ministerio de Salud Pública, establece al primer nivel como puerta de entrada al Sistema Nacional de Salud, negando la atención en las unidades de segundo nivel, se fortalece y aumenta el número de referencias enviadas.

8.2.1 De las Referencias

Los resultados presentados a continuación comparan las referencias realizadas por las unidades operativas del Distrito de Salud 17D01 (incluido el Hospital de Nanegalito), dirigidas a las unidades de la ciudad de Quito y desde las unidades de primer nivel del Distrito hacia el Hospital de Nanegalito, separadas por año y por mes.

Gráfico 3: Porcentaje de referencias solicitadas, por el Distrito 17D01 a unidades de segundo y tercer nivel de Quito, por año y mes (2011-2013).



Fuente: Estadística, Formularios de referencia 2011-2013.

Elaboración: Autor

Al comparar el porcentaje de referencias enviadas de todo el Distrito de Salud a la ciudad de Quito, en relación a la norma (5% a 10%), para el mes de noviembre del año 2011, llega al 5%, en el año 2012 no disminuye del 5% y sobrepasa el 10%, mientras que para el 2013 se mantiene entre el 3% y 7%.

A inicios del 2011, no existe evidencia de registro y envío de referencias hacia las unidades de Quito, con porcentajes menores al 1%, explicando lo sucedido por varias razones: no se registraban ni elaboraban los formularios de referencia, los profesionales de la salud resolvían casos, que tuvieron que ser referidos para valoración y/o tratamiento por especialidad; no conocían la cartera de servicios, existía una gran apertura del segundo y tercer nivel a la autoreferencia, entre otros problemas descritos anteriormente.

El Manual de Referencia y Contrareferencia del Ministerio de Salud Pública del Ecuador (2004) en cuanto, a las disfunciones del sistema señala que:

- 1.- La autorreferencia, es decir, el paciente que consulta de forma inmediata en el hospital de referencia, fenómeno muy notable en el Ecuador, a diferencia de muchos países "desarrollados" donde ningún paciente puede auto referirse, ya que tiene que pasar en forma obligatoria por el generalista del primer nivel.
- 2.- La Subutilización puede producirse cuando el profesional del nivel que refiere desconoce, los servicios que presta la unidad de mayor complejidad o el incumplimiento cuando los pacientes no cumplan con las referencias, sea por problemas de distancia, costos o falta de confianza en el segundo nivel.
- 3.- Falta de transmisión de la información, es común escuchar a los especialistas quejándose de la poca información que les dan los profesionales del primer nivel y viceversa.
- 4.- Sobre utilización cuando el profesional hace referencias frecuentes e innecesarias.
(pág. 9)

En relación a la capacidad resolutoria del Distrito, los porcentajes de referencia alcanzados, nos indican que, los problemas que se resuelven a partir del segundo semestre del 2011, al iniciar con la implementación de la hipótesis de cambio e instrucciones operativas, son aquellos que se los puede manejar a éste nivel, mientras que los demás, fueron referidos a otras unidades, logrando así, satisfacer las necesidades de salud de la población.

El Ministerio de Salud Pública del Ecuador en su Norma del Subsistema de Referencia, Derivación, Contrareferencia, Referencia Inversa y Transferencia del Sistema Nacional de Salud (2013), con respecto a la capacidad resolutoria señala que:

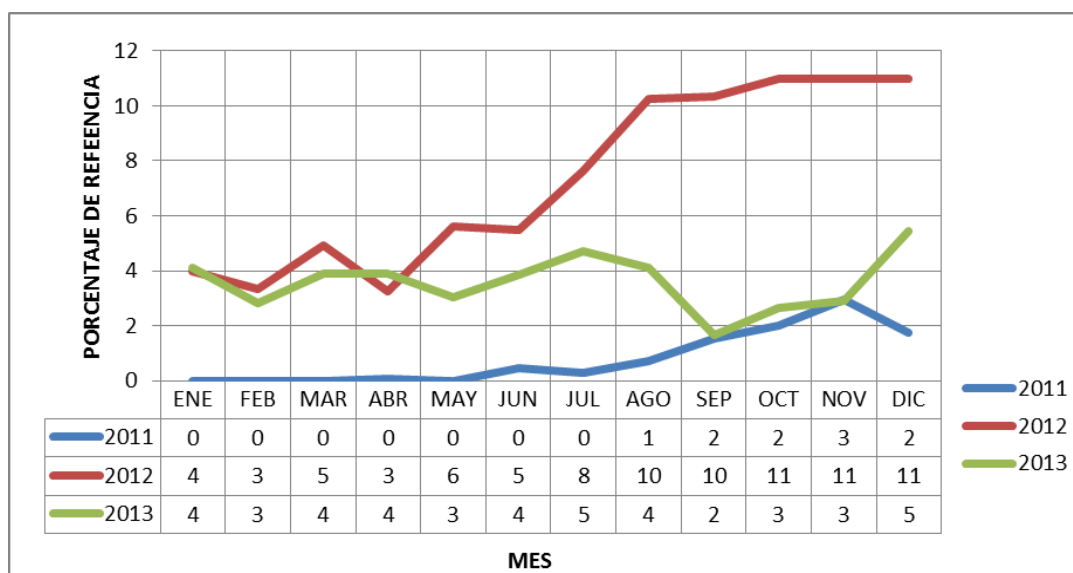
Es el nivel de respuesta que tiene un establecimiento de salud a la demanda de atención o solución inmediata a cuadros complejos de salud de una persona o grupo de personas, con acciones integrales, inmediatas y oportunas haciendo uso de los recursos físicos y humanos debidamente calificados, quienes harán diagnóstico y tratamiento oportuno. La capacidad resolutive se expresa en la cartera de servicios del establecimiento. (pág. 27)

En agosto del 2012, una vez lanzado el acuerdo ministerial 159, por parte del Ministerio de Salud Pública, el cual, establece al primer nivel de atención, como puerta de entrada al Sistema Nacional de Salud, aumenta el porcentaje de referencias enviadas desde el Distrito de Salud hacia las unidades de Quito (entre el 9% y 11%), como una respuesta, a la política de evitar la autoreferencia de pacientes.

Al revisar los porcentajes de referencia, enviados desde el primer nivel del Distrito de Salud hacia el Hospital de Nanegalito, existe un aumento pronunciado entre los meses de julio y Diciembre del 2012, disminuyendo hasta llegar a un promedio de 3,6% para el 2013.

Las unidades de primer nivel del Distrito de Salud, desde agosto del 2011, inician con el registro y envío de referencias al Hospital de Nanegalito, con porcentajes menores al 1%, es decir, solucionando problemas de salud que deberían ser tratados y valorados por el segundo nivel.

Gráfico 4: Porcentaje de referencias solicitadas por las Unidades de Primer Nivel del Distrito 17D01 al Hospital de Nanegalito por año y por mes (2011-2013).

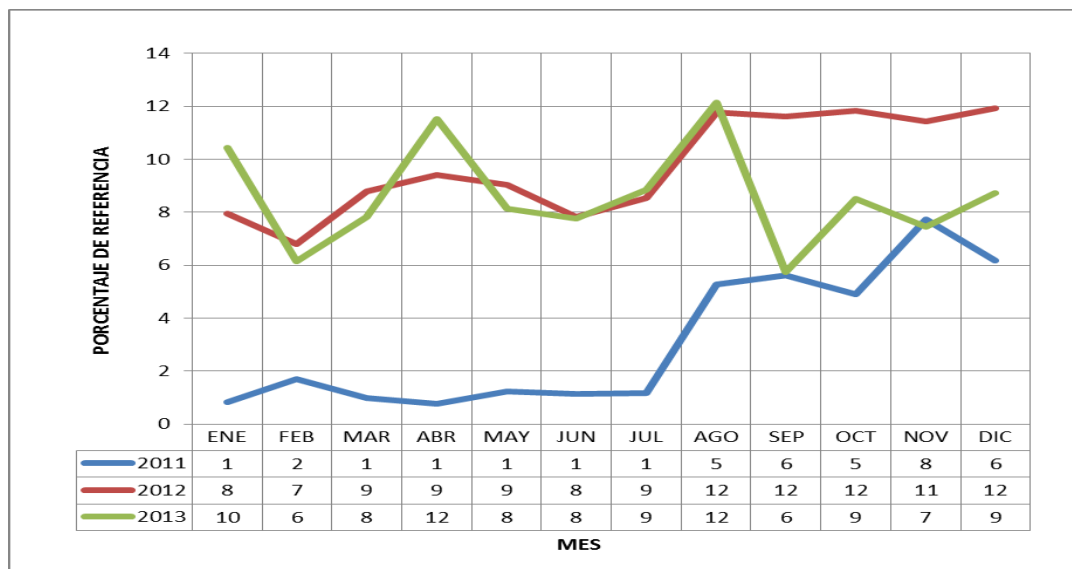


Fuente: Estadística, Formularios de referencia 2011-2013.

Elaboración: Autor

El porcentaje de referencias enviadas, por parte del Hospital de Nanegalito hacia la ciudad de Quito aumenta desde el mes de agosto del 2011; en el 2012 se mantiene con un porcentaje promedio de 10,6% y para el 2013 de 8,5%.

Gráfico 5: Porcentaje de referencias solicitadas por el Hospital de Nanegalito a las unidades de segundo y tercer nivel de la ciudad de Quito por año y mes (2011-2013).



Fuente: Estadística, Formularios de referencia 2011-2013.

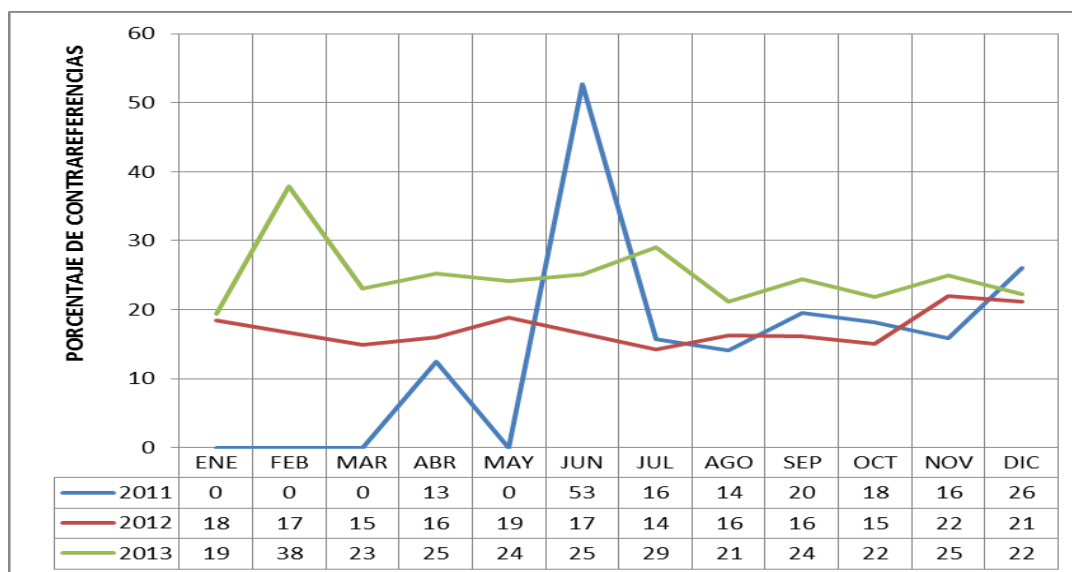
Elaboración: Autor

El Manual de Referencia y Contrareferencia del Ministerio de Salud Pública del Ecuador (2004) señala que: “Un valor aceptable internacionalmente (porcentaje de referencia) es alrededor de un 5%, en sistemas de salud donde no hay autorreferencia” (pág. 10), mientras que el mismo manual, actualizado en septiembre del 2013 señala que el valor aceptable es entre el 5% y 10%.

8.2.2 De las Contrareferencias

Los datos hallados en las contrareferencias han sido muy diferentes a los de las referencias. La Norma de Referencia y Contrareferencia del Ecuador (2004) nos indica que: “En base a la escala experiencia nacional, consideramos llegar a un 90% en la implementación (aceptable el 70% en el primer año de implementación.)” (pág. 10) sin embargo, el número de contrareferencias recibidas, en comparación a la ilustración de las referencias enviadas es bajo. Se realizaron un total de 976 contrareferencias, entre las enviadas desde la ciudad de Quito al Hospital de Nanegalito y desde este, al primer nivel del Distrito.

Gráfico 6: Porcentaje de contrareferencias enviadas desde unidades de segundo y tercer nivel de la ciudad de Quito hacia el Distrito de Salud 17D01, (incluye hacia Unidades de Primer Nivel y Hospital de Nanegalito), por año y mes (2011-2013).



Fuente: Estadística, Formularios de referencia 2011-2013.

Elaboración: Autor

Se han alcanzado en general porcentajes menores a lo aceptable; en junio del 2011 se consiguió el máximo porcentaje con un 53%; para el 2012 se mantuvo en con un promedio del 17% y para el 2013 el porcentaje aumenta con un promedio del 25%.

El porcentaje de contrareferencias, nos indica la capacidad de los sistemas de salud en ofrecer continuidad de la atención interniveles, con la consecuente resolución del problema de salud individual y el uso eficiente de los recursos del sistema.

“La atención primaria debe ser continua, es decir que la atención no debe limitarse solamente al momento de la consulta, sino que supone que el servicio asuma la responsabilidad por el individuo hasta que finalice el episodio de enfermedad o de riesgo” (Mercenier, 1982, pág. 55)

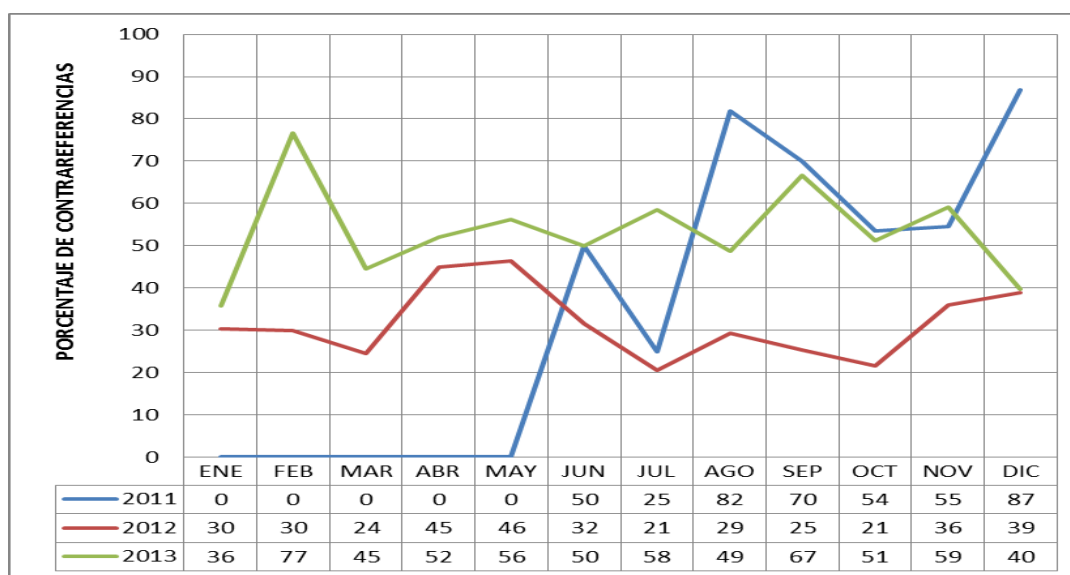
La Norma Nacional de Referencia y Retorno del Ministerio de Salud Pública de Bolivia (2008) señala, con respecto a la continuidad de la atención que se debe: “asegurar al paciente el seguimiento personalizado de su problema de salud hasta su solución, integrando acciones promocionales, preventivas y asistenciales” (pág. 30).

Del total de contrareferencias (976), la mayor parte han sido enviadas desde el Hospital de Nanegalito a sus unidades operativas con un total de 749, con un total restante de 227 contrareferencias enviadas desde la ciudad de Quito, entre el 2011 al 2013.

Datos que nos indican que una adecuada gestión a nivel Distrital, con seguimiento oportuno y continuo de las contrareferencias, mejora su registro y envío. Siendo importante destacar que al no depender, de una adecuada gestión interna, los datos de las contrareferencias enviadas desde Quito no mejoraron.

A partir de la implementación de las instrucciones operativas en el mes de junio del 2011, los porcentajes de contrareferencias, enviadas desde el Hospital de Nanegalito a sus unidades operativas, inicia con un 50% aumentando hasta final de ese año, finalizando con un 87%, para el año 2012 disminuye y se mantiene entre un 21% y 46% y para el 2013, aumenta el porcentaje con valores tan altos como 77% en el mes de febrero.

Gráfico 7: Porcentaje de contrareferencias enviadas desde el Hospital de Nanegalito hacia sus unidades de primer nivel, pertenecientes al Distrito de Salud 17D01, por año y mes (2011-2013).

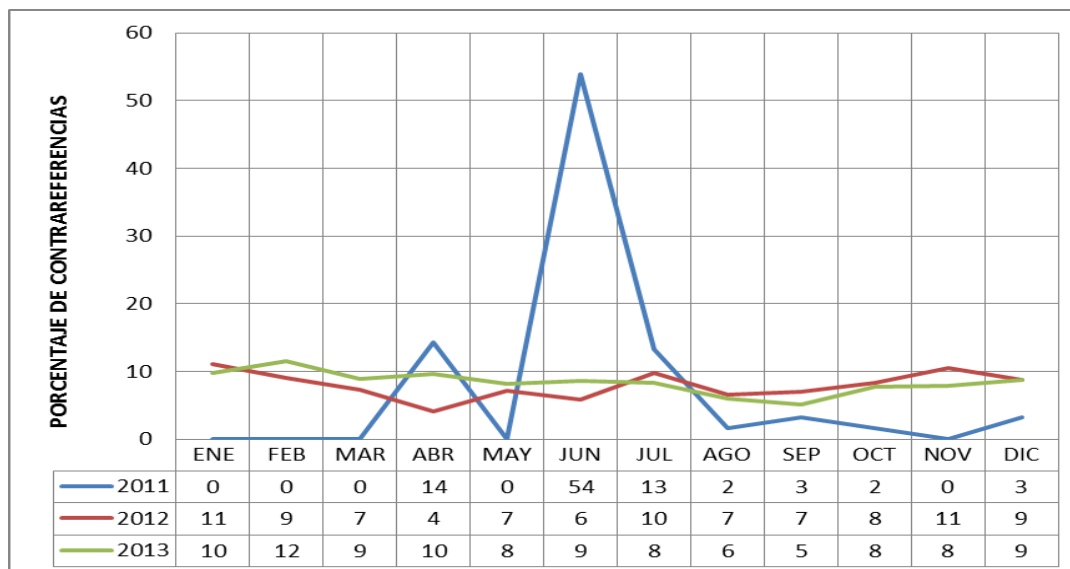


Fuente: Estadística, Formularios de referencia 2011-2013.

Elaboración: Autor

Desde la ciudad de Quito los porcentajes de contrareferencias enviadas hacia el Hospital de Nanegalito se han mantenido en valores menores al 12%, con una excepción, en enero del 2011, el número de referencias enviadas fue de 13, recibiendo 7 contrareferencias desde la ciudad de Quito, dando un 54% contrareferencias.

Gráfico 8: Porcentaje de contrareferencias enviadas desde unidades de segundo y tercer nivel de Quito, hacia el Hospital de Nanegalito, por año y mes (2011-2013).

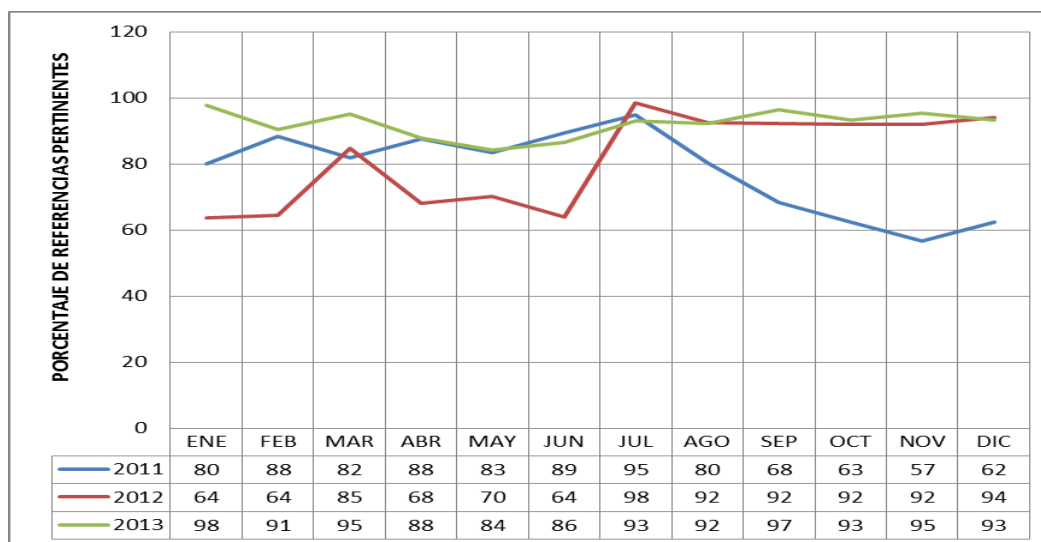


Fuente: Estadística, Formularios de referencia 2011-2013.

Elaboración: Autor

Con el objeto de evaluar la pertinencia de las referencias realizadas, junto al equipo de investigadores y especialistas, se analizó cada una de las referencias, calificándolas de pertinentes, basados en si se podía resolver el problema de salud referido, en el Hospital de Nanegalito o en las demás unidades del Distrito, obteniendo los siguientes datos:

Gráfico 9: Porcentaje de referencias pertinentes enviadas desde el Distrito de Salud 17D01 (incluye Primer Nivel y Hospital de Nanegalito), por año y mes (2011-2013).



Fuente: Estadística, Formularios de referencia 2011-2013.

Elaboración: Autor

La pertinencia de las referencias para el 2011 alcanzó un promedio anual de 78%, siendo el mes de julio el más alto con un 95%. Para el año 2012 a partir del mes de julio existe un aumento sostenido hasta sus finales, obteniendo un promedio anual de 81%. En el año 2013 la tendencia se mantiene entre un 88% y 98%, con un promedio anual del 92%.

La pertinencia nos permite evaluar la efectividad del sistema, en este sentido, la Norma de Referencia y Contrareferencia del Ecuador (2013) nos indica que: “La efectividad en la aplicación de este subsistema permite mejorar la producción del primer nivel, así como, el uso racional y óptimo de los recursos; bajo el enfoque de Atención Primaria de Salud y Promoción de la Salud que tiene como punto fundamental que el Primer Nivel de Atención sea la PUERTA DE INGRESO AL SISTEMA NACIONAL DE SALUD”, (pág. 6).

Según la Norma Nacional de Referencia y Retorno del Ministerio de Salud Pública de Bolivia (2008) señala que: “la efectividad considera la infraestructura, equipamiento, insumos, capacidad tecnológica y capacidad técnica de los recursos humanos, que brindan una atención con adecuación intercultural y de calidad, complementándose y articulándose con la medicina tradicional”, (pág. 30).

El Sistema de Referencia y Contrareferencia a nivel del Distrito de Salud ha logrado mejorar su efectividad, utilizando sus propios recursos, para resolver los problemas de salud de la población, y refiriendo los casos que no los puede y debe resolver.

Serra y Gómez (2001), en un estudio, que tuvo como objetivo, evaluar la pertinencia de las referencias señalan que: “Los problemas en la decisión de la remisión y la baja proporción de adecuación en el direccionamiento, evidencian problemas en la decisión médica, coordinación y comunicación deficiente, falla de definición de procedimientos claros para las remisiones, debilidad en los sistemas de información y ausencia de sistemas de evaluación periódicos” (pág. 62), además, indican: “Con respecto a los costos de inadecuada calidad que tuvieron las remisiones no pertinentes, dicho análisis, arrojó una media de \$49.81 por cada una de ellas” (pág. 61).

El promedio de 20% de referencias no pertinentes, de los 3 años de estudio, conllevan a un impacto económico, poco evaluado en el contexto ecuatoriano de la gratuidad; donde el paciente y/o los servicios han asumido el costo de la ineffectividad del sistema.

La aplicación de las normas cualesquiera que sean estas, en el contexto local es una tarea de difícil aplicación por la carga de trabajo, sobretodo, del personal de atención directa; que al dedicar tiempo para acudir a reuniones, “descuidan” la atención a los pacientes.

En el caso de la norma del Sistema de Referencia y Contrareferencia, al estar ésta, vigente desde el año 2004, es muy bien conocida por parte del personal de salud, con excepción de los profesionales rurales, que en su formación académica no la conocían, siendo éste aspecto una ventaja para su aplicación. Llama la atención que a pesar de la vigencia de esta norma su aplicación haya sido esporádica en el primer semestre del 2011, en el Distrito de Salud.

Las inquietudes y actitudes, en contra de la aplicación de la Norma de Referencia y Contrareferencia, se centraron de forma reiterativa, en el tiempo de llenado de los nuevos formularios, mas no, en su utilidad hacia el mejoramiento de la atención del paciente, siendo en este sentido, obvia la oposición; incluso, esperada.

Con este antecedente, la sensibilización a los profesionales sobre los problemas, que acarrea la falta de información enviada con el paciente referido, son de vital importancia para la solución del problema de salud tratado; su participación activa, en la creación del flujograma para la aplicación del sistema de referencia y contrareferencia, permitiría que este sistema funcione por sí solo, pero no fue así.

Debido en parte al poco tiempo para atender la consulta y diferentes actividades que deben cumplir mientras la realizan, desconfianza de un sistema que nunca tuvo decisión política para que funcione, la costumbre de aplicar las actividades siempre y cuando sea obligatorio y vean que existen sanciones por el incumplimiento.

9. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

9.1 Conclusiones

- Para la aplicación local del Sistema de Referencia y Contrareferencia, el establecer que la atención de especialidad sea obligatoria con el formulario de referencia, enviada desde el primer nivel, aumentó de manera sostenida la elaboración y envío de las referencias para los años subsecuentes a su implementación. El lanzamiento del acuerdo ministerial 159, por parte del Ministerio de Salud Pública, en el 2012, permitió reforzar la implementación local del sistema.
- Las medidas sancionatorias ayudan a la implementación de la norma, pero no a la sostenibilidad de la implementación. La sostenibilidad en la aplicación de la norma fue una combinación entre: el establecimiento del primer nivel como puerta de entrada obligatoria al Distrito de Salud, la participación en la creación del flujograma de referencia/contrareferencia, capacitación continua y el lanzamiento del acuerdo ministerial 159.
- Mediante el establecimiento del primer nivel de atención como puerta de entrada obligatoria al Distrito de Salud 17D01, aumentó la efectividad del Sistema de Referencia y Contrareferencia, disminuyeron las referencias no pertinentes de un 22 a un 8%, aumentó el registro y envío de referencias desde las unidades operativas de primer nivel al Hospital de Nanegalito y desde éste, hacia unidades operativas de mayor complejidad de la ciudad de Quito, alcanzando desde mediados del 2011 al 2013 porcentajes de referencia entre el 5% y 7%.

- La capacitación y participación del personal relacionado directamente con la elaboración de las referencias y contrareferencias, permitió sensibilizar su utilidad e importancia, además de crear un flujograma propio en base a sus necesidades y realidades, logrando una mejor adaptación al cambio que indudablemente creó resistencia.
- La capacitación entre pares permitió como uno de acoplarse a los cambios constantes, acordar criterios, conocerse, llamarse aumento de confianza, poca discusión, encuentros enojos, comprenderse unos a otros.
- Cambios de actitud de referir por obtener acceso, referir por obtener respuesta y continuidad de la atención.
- Se reconoce que la participación y consenso para implementar estrategias de cambio es de gran importancia al momento de aplicarla entre los actores.
- La sensibilización y participación no deben ser las únicas estrategias para que se puedan aplicar los cambios; es de vital importancia el compromiso político para que se los realice.
- El mapeo de actores como herramienta para conocer el apoyo o no, hacia la estrategia a implementarse permite prever los posibles conflictos y posibles soluciones.
- La capacitación sobre las enfermedades prevalentes y los criterios de referencia fue un proceso continuo y provechoso; tratando 83 temas, sin embargo, fue necesaria una decisión política que obligue la asistencia. El personal que realiza turnos rotativos, tuvo que asistir días no laborables a los talleres de capacitación, provocando en muchos casos ausentismo y desinterés.
- Una gran cantidad de temas, fueron impuestos desde el Ministerio de Salud Pública por una necesidad coyuntural y no necesariamente sentida por los profesionales del Distrito; muchas veces, retrasando la planificación trazada.
- Las reuniones de capacitación donde los médicos de segundo nivel exponían un tema a los de primer nivel, acordando criterios de referencia fueron muy provechosas, logrando establecer pequeños pero importantes criterios, modificando en gran medida la pertinencia de las referencias desde las unidades de primer y segundo nivel. El principal problema de estas reuniones, fue el gran recambio de médicos residentes en el Hospital y la continuidad de los médicos rurales que permanecen un año en el Distrito.
- El porcentaje de referencias, aumentó drásticamente desde las unidades de primer nivel al Hospital de Nanegalito y desde éste, hacia las unidades de la ciudad de Quito, una vez implementadas las instrucciones operativas.

- El porcentaje de contrareferencias solo aumentó a nivel Distrital, demostrando que el seguimiento y control del sistema, solo mejora con el compromiso de todos los actores, indicándonos, que mientras el segundo y tercer nivel de Quito no tenga un compromiso con el funcionamiento del sistema, las contrareferencias enviadas por ellos no aumentarán.
- El personal invitado a la capacitación sobre la normativa del Sistema de Referencia y Contrareferencia tenía conocimientos previos a la capacitación Conocía no aplicaban, capacitación no aplican, flujograma, consenso, participación, sanción, aplicación, acuerdo ministerial, rechazo, pacientes, obliga al profesional

9.2 Recomendaciones

- Para aumentar la efectividad del SRC es necesario, en un inicio, el compromiso del nivel directivo para su aplicación, así como, una capacitación general de la Norma de Referencia Contrareferencia, aplicada a la realidad local, es decir, hallando las posibles deficiencias junto al personal que la aplicará; visitando los consultorios y departamento de Estadística constatando los insumos necesarios.
- Una vez corregidas las deficiencias, se debe realizar una hoja de ruta, consensuada entre los médicos de primer y segundo nivel con los principales temas de referencia. En estas reuniones, además de la discusión técnica, se debe quedar en claro y explicar, los casos que deben ser referidos y cuáles no.
- La discusión debe centrarse en la capacidad de resolución, que cada nivel puede atender, y en las posibles soluciones para aumentarla.
- Se deben realizar reuniones mensuales o bimensuales de análisis de las diferentes disfunciones del sistema, junto a un grupo de representantes de las unidades de primer y segundo nivel, con el objeto, de establecer cambios que permitan facilitar el proceso de referencia y contrareferencia, a través, del análisis de indicadores, carteras de servicios, comunicación, flujo de información, entre otros.
- Es indispensable designar a un profesional que se encargue de recopilar la información descrita en los formularios de referencia y contrareferencia, para su posterior análisis y toma de decisiones.
- Una vez, iniciada la implementación del sistema es necesario el seguimiento cercano de su cumplimiento, y de ser el caso, tomar medidas disciplinarias, sin abusar en exceso de ellas, pero dejando en claro la obligatoriedad de aplicarlo.
- De todas maneras el proceso de implementación alcanzó los resultados esperados en cuanto al llenado de las hojas de referencia. El consenso de los que aplicarán la norma

es clave, para que se conozca la forma de aplicarla, y conozcan, quien es responsable de cada actividad.

- El apoyo de la comunidad en este tipo de acuerdos los obliga a cumplirlos por sentirse observados.

10. BIBLIOGRAFÍA

1. Abu-Ramadan. (2002). Making better use of scarce resources: the Palestinian experience. *Journal of Ambulatory Care*, 63-69.
2. Acuerdo Ministerial No. 1203. (2012). *Tipología para homologar los establecimientos de salud por niveles de atención del Sistema Nacional de Salud*. Quito.
3. Akbari, A. (2008). Interventions to improve outpatient referrals from primary care to secondary care. *Wiley Online Library*.
4. Álvarez, R. B. (1985). Remisión de pacientes en una unidad regional de salud, Colombia. *Boletín Oficial Sanitario Panamericano*, 10-24.
5. Ayub, A. (2008). Interventions to improve outpatient referrals from primary care to secondary care. *Cochrane Database of Systematic Reviews*.
6. Bennett K, H. M. (2001). Improving referrals for glue ear from primary care: are multiple interventions better than one alone? *Journal of Health Services and Research Policy*, 139-144.
7. Bertalanffy, L. V. (1968). *Teoría General de los Sistemas* (Primera edición en español 1976 ed.). México: Fondo de Cultura Económica S.A de C.V.
8. Bertoglio, O. J. (1993). *Introducción a la Teoría General de Sistemas*. México: Limusa.
9. Coulter A, B. J. (1993). Effect of NHS reforms on general practitioner's referral patterns. *British Medical Journal*, 433-437.
10. Donavedian, A. (1992). Evaluación de la calidad de la Atención Médica. *OPS/OMS*.
11. Ecuador, M. d. (2013). *Norma del Subsistema de Referencia, Derivación, Contrareferencia, Referencia inversa y Transferencia del Sistema Nacional de Salud*. Quito.
12. Facultad Nacional de Salud Pública "Héctor Abad Gómez", Universidad de Antioquia. (2008). *Políticas Públicas en Salud: aproximación a un análisis*. (E. F. C., Ed.) Antioquia: Universidad de Antioquia.
13. Gobernación del Valle del Cauca. (2010). *Manual operativo del sistema de referencia y contrareferencia de urgencia*. Santiago de Cali.

14. Jaatinen PT, A. P. (2002). Teleconsultation as a replacement for referral to an outpatient clinic. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 102-106.
15. Jaspreet, K. (2012). Primary care professionals providing non-urgent care in hospital emergency departments. *Cochrane Database of Systematic Reviews*.
16. JM, Grimshaw. (1998). *Evaluation of four quality assurance initiatives to improve out-patient referrals from general practice to hospital*. dissertation, University of Aberdeen, Aberdeen.
17. Juan, L. C. (2006). *Introducción a la sistémica y terapia familiar*. San Vicente: Club Universitario.
18. MF, H. (2002). Communication across the divide: A trial of structured communication between general practice and emergency departments. *Australian Family Physician*, 197-200.
19. Michèle, A. (2012). Interventions to improve continuity of care in the follow-up of patients with cancer. *Cochrane Database of Systematic Reviews*.
20. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2002). *Manual para la Referencia y Contrarreferencia de Pacientes*. Quito.
21. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2004). *Manual para la Referencia y Contrarreferencia de Pacientes y Usuarios*. Quito.
22. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2012). *Modelo de Atención Integral del Sistema Nacional de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural*. Quito.
23. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de El Salvador. (2002). *Referencia y retorno de pacientes/usuarios en el Sistema Básico de Salud Integral*. San Salvador.
24. Ministerio de Salud y Deporte de Bolivia. (2008). *Norma Nacional de Referencia y Retorno*. La Paz.
25. Munitis, P. G. (2013). Sistema de referencia-contrarreferencia entre el segundo y tercer nivel de salud en una red hospitalaria pediátrica en el conurbano bonaerense. *Archivos Argentinos de Pediatría*, 405-411.
26. Muntaabski, G. (s.f.). *El plan de atención primaria en salud: un cambio en el primer nivel de atención de la salud en la ciudad autónoma de Buenos Aires*.
27. Norma Armas, L. D. (2007). *Entre voces y silencios: Las familias por dentro*. Quito: América.
28. Quimbert, R. (2013). Análisis de la referencia de pacientes a un Hospital de tercer nivel pediátrico. *Revista de la Sociedad Boliviana de Pediatría*, 8-12.

29. Rosenheck. (2000). Primary Care Satellite Clinics and improved access to General and Mental Health Services. *HSR: Health Services Research*, 777-790.
30. Surender R, B. J. (1995). Prospective study of trends in referrals patterns in fundholding practices in the Oxford region. *British Medical Journal*, 1205-1208.
31. Susan, S. (2007). Effectiveness of shared care across the interface between primary and specialty care in chronic disease management. *Cochrane Database of Systematic Reviews*.
32. Tamayo, M. S. (2001). Pertinencia de remisiones generadas en la red adscrita de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá. *Investigaciones en Seguridad Social y Salud*, 46-74.
33. Unger J, M. P. (2003). Applied Research Methodology for Health Services and System Organization.
34. Villalbi, J. (2003). Evaluación de la atención primaria de salud. *Atención Primaria*, 382-385.