

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
INSTITUTO DE SALUD PÚBLICA

MAESTRIA EN SALUD PÚBLICA

TESIS DE GRADO

TRABAJO PRESENTADO PARA OPTAR AL TÍTULO DE MASTER EN SALUD PÚBLICA
MENCIÓN EN GERENCIA DE HOSPITALES

“Mejoramiento de la continuidad en la atención garantizada con un sistema de referencia y contrarreferencia de pacientes entre los dispensarios del Seguro Social Campesino de Cotopaxi y el Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social – Latacunga y su contribución a la calidad de la atención.”

MAESTRANTE

Dr. Hugo Enrique Argüello Navarro

DECIMA PROMOCION

DIRECTOR DE TESIS

Dr. Hugo Pereira

Quito – Ecuador

2012

Quito, 22 de Febrero del 2012.

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, Hugo Enrique Argüello Navarro, CI: 0501374003, autor del trabajo de graduación intitulado *“Mejoramiento de la continuidad en la atención garantizada con un sistema de referencia y contrarreferencia de pacientes entre los dispensarios del Seguro Social Campesino de Cotopaxi y el Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social – Latacunga y su contribución a la calidad de la atención.”*, previo a la obtención del grado académico de MAGISTER EN SALUD PÚBLICA CON MENCIÓN GERENCIA DE HOSPITALES 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 difunda 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, 22 de Febrero del 2012.

Dr. Hugo Enrique Argüello Navarro

CI: 0501374003

DEDICATORIA

A mis hijos: Thalia, Erika, Hugo y Sofía, por haberme apoyado y comprendido que el tiempo dedicado a mi superación redundará en beneficio de todos y del sector de la salud al cual me honro en pertenecer como médico del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social.

INDICE DE CONTENIDO

	página
Resumen	1
Summary	2
1.-Introducción	3
2.-Contexto	5
3.-Marco normativo para el funcionamiento del sistema de atención en salud.	6
4.- Planteamiento del problema	7
5.- Delimitación del problema	8
6.- Formulación del problema	9
7.- Justificación	10
8.- Marco conceptual de referencia	12
8.1 Niveles de atención	14
8.2 Referencia	16
8.3 Contrarreferencia	17
8.4 Sistema de referencia y contrarreferencia	17
8.5 Continuidad	17
8.6 Síntesis de la información	18
8.7 Terminología del sistema de referencia y contrarreferencia	19
8.7.1 Subsistema de referencia y contrarreferencia	19
8.7.2 Sistema de registro de referencia y contrarreferencia	19
8.7.3 Modelo de atención	19
8.7.4 Capacidad resolutive	19

8.7.5 Oportunidad de la atención	19
8.7.6 Epicrisis	19
	página
8.7.7 Interconsulta	19
8.7.8 Autorreferencia	20
8.7.9 Referencia inversa	20
8.7.10 Transferencia	20
8.7.11 Unidad receptora	20
8.7.12 Unidad referente	20
8.7.13 Hospital	20
8.7.14 Puerta de entrada al sistema de salud	20
9. Modelo descriptivo	20
10 .Modelo prescriptivo	25
11. Modelo Predictivo	26
12.Conocimientos o experiencia previa	27
13. Alternativas de cambio	29
13.1 Criterios de priorización de alternativas	29
13.1.1 Factibilidad	29
13.1.2 Aceptabilidad	29
13.1.3 Aplicabilidad	29
13.1.4 Visibilidad	29
13.1.5 Impacto	29
13.1.6 Sostenibilidad	29

13.1.7 Externalidades	30
14. Hipótesis de cambio	31
15. Propósito y objetivos	31
15.1 Propósito	31
	página
15.2 Objetivo general	31
15.3 Objetivos específicos	32
16. Metodología de la investigación	32
16.1 Diseño del estudio	33
16.2. Universo de trabajo	33
16.3. Instrumentos de la investigación.	34
16.4 Cronograma de recolección de la información	35
16.5 Instrucciones operativas	37
16.6 Evaluación operativa	40
16.7 Evaluación analítica	41
17.- Resultados	44
18. Discusión	46
Bibliografía	58
Anexos	69

INDICE DE GRÁFICOS

	página
Gráfico 1. Mapa de las Provincias de Ecuador.	3
Gráfico 2. Niveles de referencia y contrarreferencia del IESS	16
Gráfico 3. Dispensarios del SSC en Cotopaxi	21
Gráfico 4. Proceso de referencia de pacientes de los dispensarios del SSC de Cotopaxi.	23
Gráfico 5: Proceso de referencia al llegar al nivel II.	24
Gráfico 6 : Flujograma que se propone para mejorar el proceso de referencia y contrarreferencia	25
Gráfico 7. Flujo óptimo del proceso de referencia y contrarreferencia entre el nivel I y II	26
Gráfico 8. Esquema de un sistema de referencia y contrarreferencia ideal	27
Gráfico 9. Marco metodológico de la investigación acción	32

INDICE DE TABLAS	página
Tabla 1. Priorización de alternativas	30
Tabla 2. Instrucciones operativas	38
Tabla 3. Evaluación analítica	43

INDICE DE ANEXOS	página
Anexo1. Formulario de referencia de pacientes del Seguro Social Campesino	61
Anexo 2. Dispensarios del SSC de Cotopaxi (Diciembre 2010)	64
Anexo 3. Formulario de referencia y contrarreferencia	66
Anexo 4. Encuesta aplicada a médicos y enfermeras de los dos niveles del IESS – Cotopaxi.	68
Anexo 5. Invitaciones a reuniones a personal de salud involucrado en el proceso de RC del SSC y del Hospital.	70
Anexo 6. Manual de Referencia y Contrarreferencia del MSP.	71

MEJORAMIENTO DE LA CONTINUIDAD EN LA ATENCIÓN GARANTIZADA CON UN SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA DE PACIENTES ENTRE LOS DISPENSARIOS DEL SEGURO SOCIAL CAMPESINO DE COTOPAXI Y EL HOSPITAL DEL INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL – LATACUNGA Y SU CONTRIBUCIÓN A LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN.

RESUMEN.

Conocemos como sistema de Referencia y Contrarreferencia al conjunto de normas, procedimientos e instituciones de salud que permiten el traslado de pacientes y usuarios de un nivel a otro con la finalidad de realizar diagnósticos y tratamientos de un episodio de enfermedad, los cuales deben tener, entre ellos, reportes claros y oportunos que permitan garantizar una atención de calidad, con la continuidad en la atención y la accesibilidad del paciente cuando demanda la atención en un nivel de complejidad diferente o en base a la capacidad resolutoria de cada nivel. En el Ecuador, esta integración entre niveles de salud no se cumple debido a la inexistencia de redes públicas de salud. En el Instituto Ecuatoriano de Seguro Social de la provincia de Cotopaxi, el cumplimiento de las referencias es obligatorio como requisito para acceder al segundo nivel constituido por el Hospital de Latacunga como único prestador, pero las contrarreferencias al no ser obligatorias no se cumplen en un 95%. Este problema motivó la implementación de un Sistema de Referencia y Contrarreferencia con el uso adecuado del formulario establecido para el efecto, lo cual permitió que en un lapso de cuatro meses -desde su implementación- se logre un cumplimiento del 60% de contrarreferencias con un mejoramiento importante en la continuidad de la atención. Una de las estrategias utilizadas fue la conformación de un comité de vigilancia y seguimiento en los dos niveles y la aplicación de normas para tal proceso. El estudio realizado se caracterizó por ser descriptivo transversal: se analizaron las referencias y contrarreferencias médicas desde los 38 Dispensarios del Seguro Social Campesino de Cotopaxi al Hospital IESS de Latacunga, producidas entre los meses de Diciembre 2010 hasta Abril 2011. Los datos se procesaron en hoja electrónica (Programa Excel).

PALABRAS CLAVE:

Referencia, Contrarreferencia, Continuidad, Puerta de entrada, Niveles de atención.

CONTINUITY IN IMPROVING CARE SYSTEM WITH GUARANTEED referral and CLINICS OF PATIENTS AMONG FARMERS OF SOCIAL SECURITY AND HOSPITAL COTOPAXI ECUADORIAN SOCIAL SECURITY INSTITUTE - LATACUNGA AND THEIR CONTRIBUTION TO THE QUALITY OF CARE.

SUMMARY.

Know as the sole reference and counter to all rules, procedures and health institutions that allow the transfer of patients and users from one level to another in order to make diagnosis and treatment of an episode of illness, which must have, including clear and timely reports to ensure quality care, with continuity of care and accessibility of the patient when care demands a different level of complexity or based on the response capacity of each level. In Ecuador, this integration between health levels are not met due to lack of public health networks. In the Ecuadorian Institute of Social Security in the province of Cotopaxi, compliance is mandatory referrals as a requirement to access the second level comprising Latacunga Hospital as the only provider, but the counter not being mandatory are not met by 95 %. This problem led to the implementation of a system of referral and the proper use of the form provided for that purpose, which allowed a period of four months from its implementation in achieved 60% compliance with an improvement counter important in the continuity of care. One strategy used was the formation of a committee of surveillance when the two levels and the implementation of standards for this process. The study was characterized as descriptive transversal referrals were analyzed from 38 clinics Cotopaxi Rural Social Security to Level II, produced between the months of December 2010 to April 2011. The data were processed in spreadsheet (Excel).

KEYWORDS:

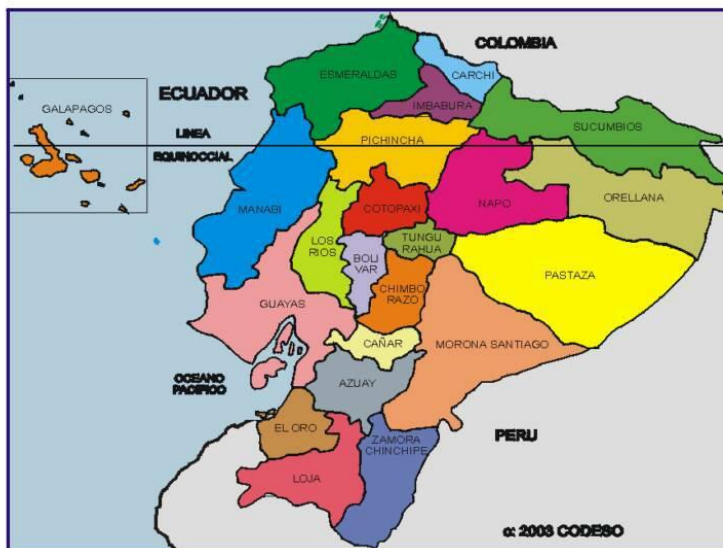
Reference, Counter-, Continuity, Gateway, levels of care.

1.- INTRODUCCIÓN.

Ecuador es un pequeño territorio enclavado en el centro del perfil costanero sudamericano. Desde la cordillera de los Andes, su geografía se distribuye en dos planos: uno hacia el Océano Pacífico y otro hacia la región amazónica. Su rostro es la expresión tangible de la múltiple biodiversidad de la región y también sus profundas contradicciones; es uno de los países de la región con mayores desigualdades en materia de salud y con menor impacto de los recursos invertidos en salud, sólo superado por Nicaragua, Honduras, Bolivia y Haití, cuenta con una población según datos aproximados del INEC del censo 2010 de 14.306.876 habitantes (Palacio A. 2007).

La Provincia de Cotopaxi está ubicada en el centro-norte de Ecuador, nombrada así por el volcán Cotopaxi; en el año de provincialización se la llamaba Provincia de León, por el filósofo laticungueño Vicente León (Pérez G. 2008).

Gráfico 1. Mapa de las Provincias de Ecuador.



*Fuente: Mapas de Ecuador.
Elaborado por: Hugo Argüello*

La Provincia de Cotopaxi, tiene una extensión de 6008 Km², está limitada al norte con Pichincha, al sur con Bolívar y Tungurahua, al este con Napo, y al oeste con Los Ríos, tiene una población de 366.386 habitantes según el censo 2001 y los datos preliminares del INEC – censo 2010 es de 406.798 habitantes, podemos constatar un incremento del 14.01% en una década (Instituto Nacional de Estadística y Censo. 2010).

La provincia de Cotopaxi de acuerdo a la división administrativa actual del estado ecuatoriano, pertenece a la Región 3, zona geográfica que comprende además las provincias de Pastaza, Chimborazo y Tungurahua. La capital provincial es Latacunga con siete cantones: Latacunga, La Maná, Pangua, Sigchos, Salcedo, Pujilí y Saquisilí.

En lo que se refiere a la salud, el estado no garantiza la atención médica a toda la población, por ello surgió la necesidad de privilegiar a los trabajadores y empleados mediante la creación de un subsector de salud que administre un seguro y a sus proveedores. El Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) tiene una cobertura de apenas el 20 % de la población ecuatoriana que se realiza con aportes de los afiliados y patronos. El mismo mecanismo de aportes mensuales sirvió para atender los derechos de los militares, policías y otros segmentos poblacionales que fundaron instituciones cerradas de aseguramiento y proveedores. (Ministerio de Salud Pública, Consejo Nacional de Salud. 2005.)

Estos subsectores dejan sin cobertura al 76% de la población, para la cual existe el Ministerio de Salud Pública (MSP) pero sin financiamiento adecuado. Otros prestadores que cubren pequeñas cuotas de aseguramiento son: la Sociedad Ecuatoriana de Lucha Contra el Cáncer (SOLCA), la Junta de Beneficencia de Guayaquil (JBG), Gobiernos Seccionales y ciertas ONG.

En el actual gobierno, se ha dado impulso al área de la salud y promovido un modelo de salud integral, a fin de universalizar el servicio. La Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud del año 2005 y la normativa legal vigente del IESS, exige la formalización de sus actividades, al describir sus procesos y la interrelación entre ellos.

El Ministerio de Salud Pública, así como el IESS, proponen diversas políticas que permitan optimizar la eficiencia de los servicios de salud y dar énfasis a acciones de prevención, promoción, optimización del uso de los servicios, dentro de lo cual cobra relevancia el Sistema de Referencia y Contrarreferencia (SRC), componente fundamental para la articulación de los prestadores públicos de salud en un Sistema de Redes. (Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. 2008)

Hasta el año de 1995, en Ecuador no existían normas, procedimientos ni instructivos claros para la referencia de los pacientes entre los distintos niveles de prestación de servicios del Ministerio de Salud Pública y tampoco la supervisión y evaluación de estas actividades: las referencias eran erráticas y desordenadas. Los pacientes eran remitidos sin nota o formulario, muchos eran rechazados en la unidad receptora y cuando eran admitidos los trámites para su atención no difería de la que se brindaba a la demanda espontánea. (Ministerio de Salud Pública. 1995)

En el año de 1995, el MSP diseñó la primera guía para la RC y se sugirió algunos indicadores para monitorear y evaluar su funcionamiento.

La presente investigación se desarrolla en los servicios de salud del IESS de la provincia de Cotopaxi, para ello se considera a treinta y ocho dispensarios médicos del Seguro Social Campesino (SSC) que corresponden al primer nivel de atención y realizan atención ambulatoria

de ocho horas diarias y el Hospital de la Seguridad Social de Latacunga, considerado como un Hospital nivel II que se constituye en el único lugar de referencia de los pacientes que provienen de los dispensarios del SSC, además es el único prestador de servicios de salud a la población afiliada al Seguro General de Salud; no se incluyó a los once dispensarios anexos que existen en las empresas o fábricas de la Provincia de Cotopaxi y que realizan consulta ambulatoria a sus trabajadores.

2.- CONTEXTO.

La provincia de Cotopaxi está ubicada en el callejón interandino a 2800 metros de altura, con un 32% de población indígena, tiene una densidad poblacional de 58.5 habitantes / Km², con índices de pobreza en la zona rural que superan el 75%. (Seguro Social Campesino. 2010, Saltos N y Vásquez L.2010)

En la provincia de Cotopaxi, la atención de salud se realiza con prestadores públicos como el MSP que cuenta con 63 unidades rurales y un hospital de nivel dos ubicado en el cantón Latacunga, un dispensario médico de la Fuerza Aérea ubicada en la misma ciudad, varios prestadores privados, un dispensario médico del Gobierno Municipal de Latacunga y los servicios de salud del IESS constituidos por las siguientes unidades:

- Un Hospital nivel dos ubicado en la ciudad de Latacunga
- 38 dispensarios rurales del SSC
- 11 dispensarios anexos ubicados en empresas e industrias de la provincia.

Los afiliados al SSC en Diciembre del 2010 eran 36.000 personas, mientras que del Seguro General de Salud sumaban 34.000 personas; luego de analizar las RC entre el primero y segundo nivel se concentró la investigación en la población afiliada del SSC de Cotopaxi, quienes viven en las zonas rurales de la provincia distribuidos en los siete cantones, habitan en zonas de gran dispersión poblacional, más del 70% de los jefes de familia son beneficiarios del bono de desarrollo humano y están considerados como grupos sociales en un alto porcentaje de extrema pobreza.

El MSP de Cotopaxi en los últimos años ha hecho varios esfuerzos por conformar redes de salud a nivel de los cantones con las unidades médicas sin alcanzar el objetivo llegaron tan solo a conformar consejos cantonales de salud que no han tenido funcionamiento, al entrar en vigencia la nueva constitución de la República quedan sin reconocimiento debido a la nueva estructura administrativa distrital que se encuentra en proceso. Se puede afirmar que no existe redes de salud públicas, peor aún redes plurales. La prestación de servicios de salud se realiza en forma dispersa sin coordinación entre prestadores.

La ubicación geográfica de los dispensarios médicos del SSC, a pesar de estar en las zonas rurales, quedan muy distantes de las viviendas de los afiliados, muchos de ellos no tienen medios de transporte privado ni público, un alto porcentaje no tiene carreteros de acceso

permanentes para llegar a las unidades médicas. La dotación de servicios básicos en la población afiliada al SSC tiene coberturas que no superan el 50% en agua potable, un 30% en saneamiento ambiental, con niveles de analfabetismo cercanos al 23%. (Instituto Nacional de Estadística y Censo. 2010)

El SSC en sus dispensarios cuenta con 38 auxiliares de enfermería, quienes en un 45% se han profesionalizado como enfermeras, con 24 médicos que laboran en forma itinerante en las 38 unidades y 11 odontólogos que de igual forma prestan sus servicios en forma itinerante. (Seguro Social Campesino. 2010)

El SSC cumple en forma obligatoria con la referencia de pacientes en un formulario elaborado para el efecto (Anexo 1): requisito indispensable para acceder al segundo nivel de atención. Los afiliados, debido a la gran dispersión poblacional, tienen dificultades en el acceso geográfico, económico e inclusive cultural¹.

El HIESS-L² tiene una capacidad instalada de 120 camas, 98 de las cuales están disponibles y cuenta con una cartera de servicios de RX convencional, mamografía, densitometría ósea, ecografía, laboratorio clínico – bacteriológico, histopatológico, tomografía axial computarizada, rehabilitación física, odontología, consulta externa de medicina general y once especialidades. El horario de consulta externa es de 12 horas diarias; mientras que, los servicios de emergencia, laboratorio clínico y RX trabajan 24 horas, estos servicios permiten atender a una población afiliada al Seguro General de Salud de 34.000 afiliados, 1250 afiliados voluntarios, 4500 jubilados y pensionistas, 36.000 afiliados del Seguro Social Campesino de la Provincia; de estos últimos se programa como potenciales usuarios del segundo nivel de atención un 15%, a estos grupos sociales se suman los hijos de afiliados menores de 18 años y sus esposos/as de afiliados, con lo cual el hospital tiene una población adscrita estimada de 70.000 usuarios.

3.-MARCO NORMATIVO PARA EL FUNCIONAMIENTO DEL SISTEMA DE ATENCIÓN EN SALUD.

Es necesario tener un conocimiento previo de las normas legales que regulan las prestaciones de salud en el Ecuador, lo que permite identificar las políticas nacionales, el modelo establecido desde la autoridad sanitaria, así como también la normativa que rige al IESS y dentro de la cual está enmarcado el funcionamiento de las unidades médicas a nivel nacional y de cada uno de los seguros que integran la seguridad social en el Ecuador. A continuación se detalla la normativa legal ecuatoriana que ampara el establecimiento de las redes de salud y fundamentalmente el sistema de referencia y contrarreferencia.

- La Constitución de la República 2008 contempla en los artículos 359, 360, 362, 369, 370 un modelo de atención integral y red de servicios públicos de salud.

¹ Acceso cultural: Diferencias de trato al usuario por su lugar de residencia, clase social o etnia.

² HIESS-L: Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de Latacunga.

- La Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud en sus artículos 5 y 6 establece la construcción de un Sistema de Salud integrado a través de redes con un manejo de la movilización de pacientes con referencias y contrarreferencias entre los niveles de salud.
- El manual de Normas de Referencia y Contrarreferencia del MSP – 2004 pretendía la organización de los niveles de salud con una normativa para las transferencias de pacientes entre niveles, en aras de una mejor calidad en la prestación de servicios (Ministerio de Salud Pública. 2004)
- La Ley de Seguridad Social ³en su artículo 1 establece.... “el Seguro general obligatorio, basado en principios de solidaridad, universalidad, equidad, eficiencia y suficiencia”....., la misma ley en el artículo 115 afirma... “que los servicios de salud estarán integrados en sistemas organizados por niveles de complejidad”...

Las resoluciones del Consejo Directivo del IESS, dentro de las cuales la resolución del Consejo Directivo No. 308, establece el reglamento para la atención de salud integral y en red de los asegurados del IESS, dando una guía de reorientación y fortalecimiento de los servicios de salud de la Seguridad Social en Red plural (Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. Marzo 2010)

4.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

La ley orgánica del sistema nacional de salud establece la conformación de una red pública integrada por todos los prestadores del sector público, con respecto a esta disposición en la provincia de Cotopaxi no se ha conseguido ningún avance, a tal punto que el MSP no ha logrado la conformación de una red de prestadores.

El IESS de Cotopaxi con el Hospital en Latacunga es la única unidad de salud que depende del Seguro General de Salud Individual y Familiar para atender a la población afiliada prestando atención de segundo nivel pero además con un primer nivel anidado; por otra parte, el SSC tiene 38 unidades de salud (Anexo 2), ubicadas en las zonas rurales, estas unidades utilizan en forma obligatoria como Hospital de referencia al Hospital IESS - Latacunga.

El IESS establece dentro de su normativa la creación de un SRC; sin embargo, hasta la presente fecha no se ha normado su funcionamiento, por lo que solo el SSC cumple con el llenado del formulario de referencia al enviar a un paciente al segundo nivel, estas referencias no han recibido una contrarreferencia por el segundo nivel, lo que genera un rompimiento de la continuidad de la atención a los afiliados del SSC, además incrementa el número de referencias desde el primer nivel, muchas de ellas no justifican el envío y la pertinencia, hecho que ocasiona gasto de bolsillo de los más pobres que pertenecen al SSC con inconformidad en los afiliados. Esta falta de comunicación de la situación clínica del paciente entre los niveles

³ Registro oficial 465, 30-XI-2001.

utilizando los formularios de referencia y contrarreferencia (Anexo 3) provoca pérdida de la información, impide que se pueda sintetizar la misma en el primer nivel y afecta la calidad de la atención.

Las referencias son obligatorias en los dispensarios del SSC, lo que garantiza que ningún paciente pueda acceder al segundo nivel sin portar el respectivo formulario suscrito por el profesional de salud autorizado; no sucede lo mismo con la población de trabajadores que pertenecen a los dispensarios anexos, ni tampoco se ha logrado su cumplimiento con los pacientes que acceden desde el primer nivel anidado a los servicios de hospitalización y/o especialidades del Hospital IESS – Latacunga.

En el IESS de Cotopaxi, las contrarreferencias solo se han efectivizado en un 5. 2% desde el Hospital de Latacunga; diversos factores han influido en el incumplimiento tales como la falta de un marco normativo, el desconocimiento de los médicos especialistas de la actividad y capacidad de los profesionales del primer nivel, la disponibilidad de tiempo y la falta de seguimiento por parte de un comité en la aplicación del sistema.

Con gran preocupación el personal médico de los dispensarios del SSC al referirse a las contrarreferencias, manifiesta como afecta en la recuperación y seguimiento de un episodio de enfermedad de un paciente que luego de ser referido para una interconsulta con un especialista del segundo nivel, éste no responde con una contrarreferencia, se pierde la información: lo que impide tener un seguimiento del episodio clínico o quirúrgico; por lo tanto, un control intraepisodio⁴ o interepisodio⁵ es indispensable. En el caso de pacientes diabéticos, el primer nivel pierde la posibilidad de seguimiento y vigilancia en el cumplimiento de un tratamiento adecuado para evitar complicaciones que son prevenibles como el pie diabético y la hospitalización con el incremento de costos al IESS, además ausentismo laboral, alejamiento por tiempos prolongados del núcleo familiar, provocados al no tener continuidad de la atención de salud.

5.- DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA.

El análisis situacional realizado en los dispensarios del SSC de Cotopaxi puso en evidencia una larga lista de problemas que interfiere su cumplimiento como primer nivel de atención sobre la salud de la población.

El principal problema es la falta de continuidad en la atención de un episodio de enfermedad, al ser manejado en un primer nivel o con referencias y contrarreferencias con el segundo nivel lo que determina que se pierda la información de un episodio, incrementa el número de referencias desde los dispensarios, y la integración a su comunidad en forma oportuna y adecuada de los pacientes referidos desde los dispensarios, la falta de coordinación entre el

⁴ *Intraepisodio: es la atención que se brinda en un problema de salud desde el apareamiento hasta su resolución.*

⁵ *Interepisodio: es el seguimiento del paciente en forma continua entre una enfermedad y la presentación de un nuevo episodio de enfermedad*

personal de salud de los dos niveles, sin responsables del SRC provoca que no exista confianza y seguridad de los afiliados campesinos para acudir al segundo nivel, quienes en repetidas ocasiones no han sido atendidos con oportunidad.

La presente investigación, pretende implementar un sistema adecuado de referencia y contrarreferencia entre el primer nivel y el segundo nivel del Seguro Social de Cotopaxi para esta investigación se trabaja con el primer nivel constituido por los 38 dispensarios de SSC, es importante dejar constancia que en la Provincia de Cotopaxi los dispensarios anexos del IESS en número de 11 también realizan la función de primer nivel, además el mismo hospital del IESS tiene un primer nivel anidado, para el presente trabajo estos no serán considerados, dejando los mismos para ser considerados en una segunda fase del SRC.

En la investigación, se considera “referencia” todo traslado de pacientes desde los dispensarios del SSC con el formulario establecido para tal efecto y legalizado por el personal responsable de la unidad de salud; también se considera los pacientes que ingresan por emergencia y que han merecido una legalización con el formulario de referencia, por parte del personal de salud del dispensario al cual pertenecen.

No forman parte de la presente investigación los pacientes que acuden al segundo nivel con órdenes de exámenes de laboratorio, imagenología, o que van al servicio de emergencia y no ameritan un ingreso para observación del cuadro clínico u hospitalización; tampoco se pretende analizar la pertinencia o no de una referencia, las razones por las cuales algunas no llegan a la unidad de destino, ni la capacidad resolutoria de las unidades del primer nivel.

Se realiza el análisis de una primera fase de implementación del SRC entre el primero y segundo nivel del IESS, la cual inicia el 15 de Diciembre de 2010 con una duración de 120 días, se contabiliza el número de referencias desde los dispensarios, el número de contrarreferencias generadas en el nivel II, y la participación de los actores involucrados principalmente del comité de vigilancia y seguimiento del sistema. El trabajo se concluye por el corto tiempo disponible para observar la aplicación de la implementación del sistema con una evaluación operativa y analítica del proceso y de los resultados respectivamente. Las conclusiones finales solo se formularán en forma real en un tiempo mínimo, de seguimiento y observación del sistema, de 12 meses.

6.- FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.

De las encuestas realizadas a los actores involucrados en el Sistema, así como en la observación directa a los datos estadísticos del hospital y del SSC de Cotopaxi registrados en el año 2009, se pudo determinar varios aspectos entre los que se destacan: desconfianza de los médicos del primer nivel en el cumplimiento que puedan dar al sistema de RC el personal de salud del segundo nivel, gran compromiso del personal del nivel uno para aplicar la normativa propuesta y cumplir con las formalidades del SRC, en el año 2009 de un total de 1850 referencias enviadas del SSC al nivel dos IESS Latacunga solo el 5.2% mereció una contrarreferencia que llegó al dispensario del SSC, los formularios de referencia fueron

archivados en la ventanilla de admisión considerando a los mismos como un simple requisito para recibir atención en el hospital en un total de 1280 que representa el 94.8 %. De lo expresado se determina que las referencias que llegaron al segundo nivel el 5.2% merecieron una contrarreferencia.

En la provincia de Cotopaxi, los 38 dispensarios del SSC enviaron 1350 referencias de pacientes a Hospital IESS de Latacunga en el año 2009 utilizando el formulario respectivo, de las cuales solo un 2% mereció una contrarreferencia que llegó en el formulario respectivo a las unidades del primer nivel; un total de 1280 formularios de referencia fueron archivados en las ventanillas de admisión lo que representa el 94,8%; esto se constituye en un problema que afecta la continuidad en el manejo de un episodio de enfermedad o el interepisodio de los procesos patológicos, al no contar con una información oportuna y adecuada en el primer nivel y con ello es imposible una síntesis de la información.

En ninguno de los dispensarios del SSC de Cotopaxi se ha logrado realizar una síntesis de la información del paciente, por no disponer de la información completa de la historia clínica pues la misma está incompleta y a lo mejor dispersa en otras unidades del IESS de segundo o tercer nivel o en otras unidades de salud del MSP o privadas.

Los profesionales médicos del primer nivel, al no disponer de las contrarreferencias, se ven obligados a realizar un mayor número de referencias, esto provoca una sobredemanda de usuarios en el segundo nivel.

Este incumplimiento del SRC afecta la ejecución de una red pública de salud en el Ecuador conforme lo establece la Ley del Sistema Nacional de Salud y las Políticas del Gobierno actual a través del órgano rector.

El IESS, si bien en la resolución del Consejo directivo No. 308 establece la elaboración y puesta en vigencia de una normativa para la referencia y contrarreferencia de pacientes en los diferentes niveles de salud del IESS, esto no se ha hecho realidad hasta la presente fecha, se ha incumplido los plazos establecidos en la misma resolución. (Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. 2010)

El Seguro Social Campesino (SSC) tampoco dispone de un manual de normas y procedimientos para la referencia de pacientes, solo se logró obtener un instructivo emitido desde la Dirección Nacional del SSC para la referencia de pacientes desde los dispensarios hacia el Hospital de nivel I o II, este instructivo es incompleto, no establece un mecanismo claro del proceso ni responsables; por lo que, su cumplimiento ha quedado al buen criterio de los profesionales médicos y de enfermería de cada unidad del primer nivel.

7.- JUSTIFICACIÓN

Existe una brecha entre las normas y los criterios técnicos formulados y su efectiva aplicación, lo que justifica el estudio del problema. De acuerdo a los antecedentes revisados en nuestro país, la introducción de normas de referencia y contrarreferencia, se basó en un enfoque desde

el nivel directivo, que no ha reconocido la influencia ejercida por los actores de salud involucrados.

La aplicación de las normas de referencia y contrarreferencias establecidas por la autoridad sanitaria, junto al formulario diseñado para el efecto, y las disposiciones administrativas del IESS, se logra regular las referencias desde el primer nivel constituido para la presente investigación por los 38 dispensarios del SSC a un segundo nivel que lo conforma el Hospital del IESS de Latacunga, así como al establecer un comité responsable de la implementación y aplicación de las normas, que permitan que el sistema sea cumplido por los involucrados se logra mejorar la calidad de la atención.

Las principales motivaciones de este trabajo no solo es el cumplimiento de las resoluciones del Consejo Directivo del IESS o de la norma que emite la autoridad sanitaria del Ecuador, sino también las de garantizar la calidad de los servicios de salud, la continuidad y así asegurar la satisfacción de los usuarios afiliados al IESS.

En la experiencia personal al ser parte del IESS como Médico Tratante del SSC, la función actual como Director del Hospital del IESS de Cotopaxi ha permitido tener la oportunidad para lograr viabilizar la implementación de un SRC que aporte a la calidad de la atención.

El incumplimiento de un SRC ha generado pérdida de la información del paciente, prolongando los períodos de recuperación y rehabilitación en muchos casos, no ha permitido realizar la síntesis de la información en el primer nivel; la comunicación entre los dos niveles se ve interrumpida, afecta la continuidad en el manejo de un episodio de enfermedad o entre episodios; por lo tanto, la calidad de la atención. (Ministerio de Salud Pública, Subdirección de Servicios Médicos. 2003)

La actual Constitución de la República en su artículo 360 señala “el Sistema de Salud garantizará a través de las instituciones que lo conforman: MSP y sus entidades adscritas, IESS, ISSFFA, ISSPOL, Junta de Beneficencia de Guayaquil, SOLCA, Cruz Roja, Gobiernos seccionales, la red pública integral de salud, que será parte del Sistema Nacional de Salud y estará conformada por el conjunto articulado de establecimientos estatales, de la Seguridad Social y otros prestadores que pertenecen al Estado”; en tal virtud todos los integrantes de los servicios públicos de salud deberán formar parte de la red pública de prestadores en forma progresiva, por lo tanto el SRC entre los dispensarios del SSC de Cotopaxi y el Hospital del IESS de Latacunga constituyen en un insumo importante, que una vez establecido y operativizado, será parte de la red de salud provincial, y además podría servir de ejemplo para la aplicación en otras provincias.

La gestión del nuevo modelo de Salud del IESS constituye en un factor importante para cumplir los objetivos de una red de salud. Hoy resulta crucial asegurar una buena coordinación entre los diferentes niveles de atención del IESS: un SRC constituye una herramienta que pone a disposición del personal de salud criterios y conocimientos homogéneos que permiten canalizar la demanda por los servicios de salud y hacer un uso eficiente del sistema de atención.

El SRC busca fortalecer y controlar la gestión de calidad e impacto, la información estadística institucional, la información para entes de control y la autoevaluación.

El Ministerio de Salud Pública al publicar en el año 2004 el reglamento que regula el Sistema de Referencia y Contrarreferencia en los establecimientos del Ministerio de Salud Pública (Anexo 6) dio un paso importante, pero no logró su implementación en las propias Unidades del MSP, peor aún en otras Unidades de prestadores públicos de salud. (Ministerio de Salud Pública, Modernización de los Servicios de Salud. 2004)

Los resultados que se logren en la presente investigación serán un aporte para el nuevo modelo de salud dispuesto el MSP con la conformación de la red pública en la Región 3 del Ecuador conformada por Cotopaxi, Tungurahua, Chimborazo y Pastaza.

8.- MARCO CONCEPTUAL DE REFERENCIA

La implementación y cumplimiento del SRC también se ve afectado por las barreras económicas, culturales y geográficas que limitan el acceso a los servicios de salud del primero y segundo nivel, limitando su movilización desde y hacia los dispensarios, comunicación con barreras por el lenguaje, costumbres y creencias propias del afiliado indígena de la zona rural de Cotopaxi. Un sistema de RC puede ayudar a romper estas barreras y dar un beneficio directo al afiliado.

En el IESS no existe una normativa que regule el SRC que permita un fortalecimiento de los niveles de atención y obligue a un trabajo en forma escalonada con poblaciones adscritas a cada unidad médica; la resolución 308 del Consejo Directivo contempla la elaboración del mencionado reglamento, hecho que no se ha producido; por otra parte en el SSC existe un reglamento emitido por la Dirección Nacional que en forma somera establece algunas directrices para el manejo de la referencias desde los dispensarios del SSC, no así para las contrarreferencias.

La referencia y contrarreferencia es un procedimiento administrativo que emana de un modelo de atención a la salud para la población. Se entiende por referencia como sinónimo de derivación, y se define como el conjunto de procedimientos administrativos y asistenciales por el cual se deriva a los usuarios de un establecimiento de salud de menor capacidad resolutoria a otro de mayor capacidad, para evaluación diagnóstica y/o tratamiento, a fin de asegurar la continuidad de la prestación de servicios. (Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. 2008)

Contrarreferencia es aquel procedimiento mediante el cual se retorna al paciente al establecimiento de origen y/o al que pudiese asegurar la continuidad del caso, luego de haberse atendido satisfactoriamente la demanda. Este procedimiento debe incluir la respuesta del especialista respecto a la interconsulta solicitada (Félix J, Sansó S. 1999).

Al implementar un SRC como parte de una red de servicios en salud que se constituye en una herramienta central para lograr una integración vertical del sistema de salud, optimiza el

desempeño, agiliza y hace más eficiente la atención médica especializada en el sistema público de salud, además se ... “constituye un elemento fundamental de continuidad de la atención otorgada a los pacientes e incide en la accesibilidad, oportunidad, efectividad, eficiencia del proceso asistencial y con ello en la adhesión y satisfacción de los usuarios, se requiere de un proceso de coordinación ágil, flexible y eficaz” (Ávalos A. 2008)

Un sistema de referencia y contrarreferencia que contribuya a homogenizar la información que se intercambia, y facilite la comunicación entre los profesionales de los diferentes niveles de atención, debe contribuir al fortalecimiento de un sistema de nacional de salud (Félix J, Sansó S. 1999.)

Las creciente demanda de la población en atención médica de calidad, han hecho a las referencias de pacientes un procedimiento cada vez más utilizado. La descripción detallada en las normas del SRC, facilita que los procesos se hagan con la debida eficacia y precisión cumpliendo el flujograma en el sistema; el manual es ajustado a las normas vigentes expedidas para tal efecto por el Ministerio de Salud Pública y está adaptado a la operatividad del Sistema de Salud existente.

La referencia y contrarreferencia de pacientes es un procedimiento y una estrategia administrativa asistencial de mucha importancia, que al estar bien implementado permite el traslado justificado del enfermo hacia establecimientos con mejor o mayor capacidad de respuesta a las necesidades del paciente y ubicados en los distintos niveles de atención y siempre de acuerdo a la naturaleza y severidad de un proceso patológico y no solo... “como una práctica de enviar enfermos a otro nivel sin responsabilidad institucional de quien lo remite, y más bien, haciendo la transferencia dentro de una red asistencial”. (Paganini, 1990)

El afán de organizar el sistema de salud llevó a la intervención del MSP en el año 2004, con la elaboración del manual de referencia y contrarreferencia que procuraba permitir, por un lado, la coordinación de las diferentes unidades que ofrecen atención en salud a la población usuaria de servicios de salud del MSP y por otro, el mejor aprovechamiento de los recursos humanos, tecnológicos y materiales disponibles en las instituciones que lo conforman trabajando en red (Ministerio de Salud Pública. 2004).

El IESS cuenta con la resolución que permite la reorientación y fortalecimiento de los servicios de salud con un trabajo en red y debe evidenciar un sistema de referencia y contrarreferencia que permita entre otros aspectos la continuidad de la atención intraepisodio e interniveles⁶.

Es importante considerar que un sistema con un proceso adecuado de referencia y contrarreferencia de pacientes es un componente fundamental para el funcionamiento de una red que permite que un sistema de salud se enmarque en una mejor calidad con una adecuada continuidad en la atención, un respeto a los niveles de atención y la puerta de entrada al sistema, a lo que se suma una mejor respuesta sentida a las necesidades de la población

⁶ Interniveles: se refiere a la atención entre el primer nivel y el segundo nivel de atención

afiliada; un sistema funcional de referencia y contrarreferencia motivará al personal y constituirá una más de las formas de participación comunitaria, orientada a una mayor autonomía del usuario para conseguir un mejor servicio.

El SRC en la presente investigación se constituye en un instrumento y el eje para una red pública de salud y en especial permite la continuidad en la atención, además con los responsables en cada nivel permite intervenir directamente en los obstáculos o “cuellos de botella” más comunes del sistema logrando incidir en aspectos tales como:

- Falta de oportunidad en la atención
- Duplicidad de recursos y esfuerzos
- Incremento de los costos de atención
- Interrupción de tratamientos
- Desplazamiento innecesario de pacientes
- Pérdida de la información de la Historia Clínica

La organización de un SRC considera principios científicos, experiencias y métodos basados en APS que permiten dar funcionalidad al sistema.

8.1 NIVELES DE ATENCIÓN.

La extensión de los servicios de salud para toda la población con equidad se logra a través del incremento de la accesibilidad de los grupos humanos campesinos e indígenas, para lograr una mayor eficiencia y eficacia en el uso de los recursos, la red de servicios de salud debe ser organizada en escalones de complejidad estructurados según niveles de atención. Estos son definidos a partir de las funciones de producción basados en sus carteras de servicios, con ello se busca optimizar el uso social de los recursos y garantizar su productividad e impacto.

Los problemas o necesidades que se presentan más frecuentemente requieren tecnologías simples. En la medida en que las respuestas a una determinada necesidad en salud escapan a la capacidad tecnológica de un nivel de atención, deben quedar bajo la responsabilidad de un nivel de mayor complejidad (MSP del Ecuador. Sistema regionalizado de servicios de salud 2006)

En el caso de la provincia de Cotopaxi, el primer nivel está representado por los dispensarios del SSC y son motivo del presente análisis; el Hospital de Latacunga tiene un primer nivel anidado, y once dispensarios anexos que no se han considerado en esta oportunidad.

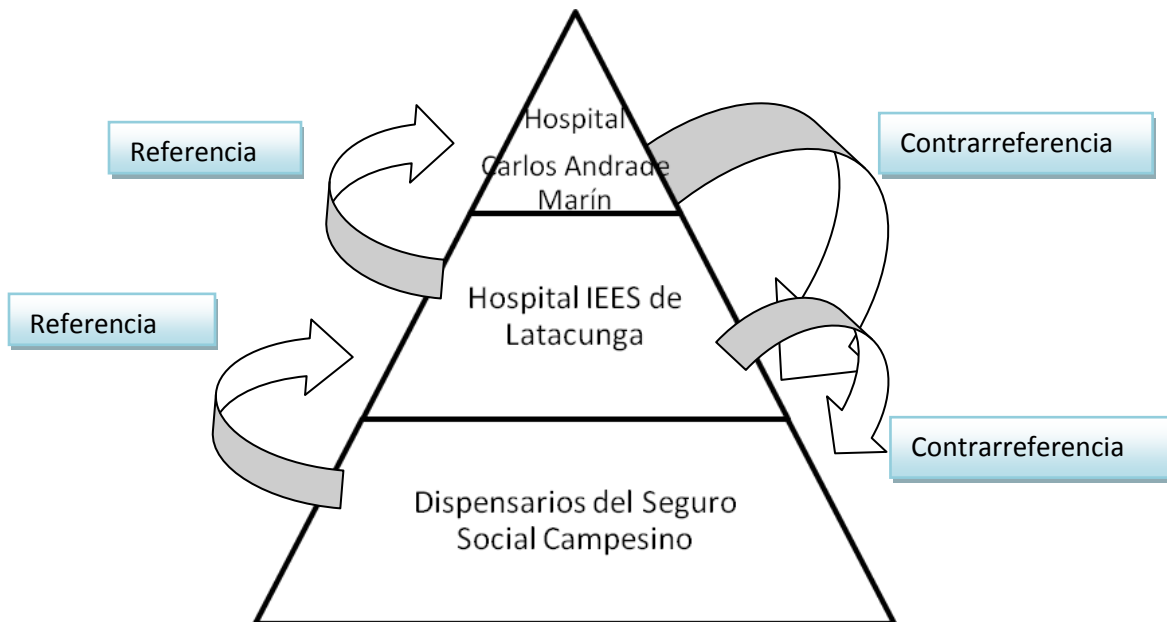
Es importante conocer cómo se establecen los niveles de atención, este hecho permite reconocer la trascendencia que tiene su adecuado uso, lo que permite optimizar los servicios, organizar la oferta y la demanda. Todo sistema de salud que logra organizar sus servicios con

niveles de atención permite identificar una “puerta de entrada” de los usuarios por el primer nivel de atención y debe estar ubicado lo más cerca posible al usuario: se garantiza con ello la accesibilidad en todos sus aspectos.

El reconocimiento de los tres niveles de atención permite la aplicación de un SRC.

- a. El **primer nivel** permite resolver las necesidades básicas y más frecuentes en la atención de salud. Constituye la puerta de entrada al Sistema de Salud y da cobertura al 100% de la población que habita en un territorio determinado. Si está bien organizado y cuenta con los recursos necesarios, puede resolver el 80% de los problemas de salud de la población.
- b. El **segundo nivel** responde a necesidades menos frecuentes y que requieren para su resolución, procedimientos más complejos. Se estima que entre el primero y segundo nivel se podría satisfacer hasta el 90 a 95 % del total de las necesidades de salud de la población.
- c. El **tercer nivel** se reserva para la atención de los problemas poco frecuentes y que requieren procedimientos especializados y de alta tecnología

Gráfico No.2 Niveles de referencia y contrarreferencia del IESS



*Fuente: Experiencia personal del investigador.
Elaborado por: Hugo Argüello*

El modelo actual de salud del IESS tiene como objetivo optimizar el sistema, fortaleciendo el primer nivel de atención, con una real comunicación y coordinación entre los niveles, con lo

cual se consigue que las personas puedan acceder a una red y no a servicios aislados bajo la estrategia de atención primaria en la que distintos componentes actúen en función de las necesidades de los destinatarios.

8.2 REFERENCIA.

Se entiende por referencia la derivación del paciente entre un establecimiento de menor capacidad resolutive a otro de mayor o igual complejidad en la asistencia; complementación diagnóstica o terapéutica debido a que los recursos propios y disponibles del primer nivel de atención no permiten dar respuestas a las necesidades del paciente, en especial cuando éstas requieren de personal especializado y tecnología avanzada. (Félix J, Sansó S. 1999)

Para entender mejor el concepto de referencia debemos conocer las cuatro categorías de referencia de los pacientes que consultan en el primer nivel:

a.	Pacientes que fueron referidos y su referencia se justifica	(verdadero positivo)
b.	Pacientes referidos pero que no había necesidad de hacerlo	(falso positivo)
c.	Pacientes que no fueron referidos pero se debió hacerlo	(falso negativo)
d.	Pacientes que no fueron referidos y se justificó este hecho	(verdadero negativo)

Fuente: Ministerio de Salud Pública. 2004

Elaborado por: Hugo Argüello

En la categoría **A** se encajan los pacientes cuyo motivo de referencia justifica adecuada y oportunamente el ingreso al segundo nivel.

En la categoría **B** están los pacientes que acuden al segundo nivel portando un formulario de referencia, pero que realmente no justifica su acceso a ese nivel por tratarse de patologías que debieron ser solucionadas en un primer nivel y que probablemente no se atienden por problemas como permanencia del servicio, accesibilidad, económica o capacidad resolutive, aspectos que podrían ser corregidos para evitar este tipo de referencias.

En la categoría **C** se encuentran los pacientes que no llegan al nivel dos porque el profesional de salud consideró que no era necesario su traslado sin una evaluación clínica adecuada, hecho que provoca complicaciones, prolonga el tiempo de recuperación e incrementa los costos; estos pacientes -al no encontrar respuesta a sus dolencias- acuden a prestadores privados o a unidades hospitalarias del MSP.

En la categoría **D** están aquellos pacientes que debido a la gravedad de sus dolencias se autorrefieren comprobándose en el segundo nivel la pertinencia de su acceso.

En este estudio no se analiza estas categorías, se centrará la investigación en analizar la ejecución de las referencias y las contrarreferencias respectivas.

8.3 CONTRARREFERENCIA.

Es la transferencia formal del proveedor de un mayor nivel de complejidad a un proveedor de menor complejidad para el seguimiento del caso, cuando ya no se requiere atención en el nivel de mayor complejidad, con la debida información.

Se interpreta como referencia inversa cuando un paciente es enviado desde un nivel de mayor complejidad a otro de menor complejidad en función de necesitar cuidados mínimos para su recuperación ante la naturaleza no compleja de su patología, o cuando se busca descongestionar los niveles de alta complejidad, sobre todo cuando se le vincula con los costos de atención dispensada; solo el manejo adecuado del SRC permite ofrecer al usuario los servicios de atención en un nivel de recursos y tecnologías acordes a sus necesidades, procurando que al nivel adecuado llegue el paciente adecuado.

Toda referencia y contrarreferencia incluyen el intercambio de información, el apoyo técnico administrativo y la supervisión y análisis periódico de la dinámica y funcionamiento de una red asistencial de servicios; por ello es necesario que el equipo de salud tome interés en su significado, en base a una recolección apropiada de toda la información que refleje el uso adecuado de lo médico - asistencial y de sus recursos, en cuanto a demanda y oferta se refieren. Se debe disponer de normas y formatos de uso obligatorio que faciliten el estricto cumplimiento de los objetivos del sistema, y determinar las capacidades resolutorias de cada nivel, de forma que ambas estrategias referencia y contrarreferencia resulten relevantes, sobre todo en la descuidada contrarreferencia por parte de los establecimientos receptores.

8.4 SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA.

Una red de servicios debe contar por lo menos con dos niveles de atención: la atención básica o primer nivel con los Dispensarios como en el caso del SSC y la atención complementaria o segundo nivel como es el Hospital IESS de Latacunga, la articulación entre estos niveles con normas, flujos y responsables es los que constituye un sistema de referencia y contrarreferencia que viene a ser un instrumento articulador entre niveles de atención.

8.5 CONTINUIDAD.

Se entiende como el seguimiento del estado de salud de una persona que forma parte de una población determinada, en un episodio de enfermedad específica. La continuidad de la atención está garantizada con un SRC, cuida la salud del usuario a través de las distintas fases de la evolución de un daño o episodio patológico; mediante su desplazamiento por los niveles de salud de la Institución de la Seguridad Social.

La atención de salud debe ser continua, es decir que la misma no debe limitarse solamente al momento de la consulta, sino que supone que el servicio de salud asuma la responsabilidad

por el individuo hasta que finalice el episodio de enfermedad o de riesgo, es decir hasta la recuperación total o hasta que haya desaparecido el riesgo, para lo cual es necesario un seguimiento. “La falta de continuidad en la atención del individuo reduce la eficacia de la atención de salud e incrementa sus costos” (Moya L, 2003).

La continuidad es necesaria:

- Porque un tratamiento interrumpido o incompleto reduce las posibilidades de curación.
- Porque el mismo personal de salud se encuentra en una posición desfavorable cuando no dispone de antecedentes médicos o de una información objetiva. El equipo de salud tiene la necesidad de conocer los análisis de laboratorio hechos en el pasado, los tratamientos y otras instrucciones que haya recibido el paciente.
- Porque la falta de continuidad impide al responsable de la atención conocer el resultado de su intervención y la evaluación para asegurar la calidad de atención.

Todas esas medidas hacen presumir que las instrucciones para el personal de salud deben prever el manejo de los pacientes hasta el final de un episodio de enfermedad o la referencia del paciente a otro nivel de atención y no estar limitadas solamente a lo que debería hacerse al momento del contacto.

8.6 SÍNTESIS DE LA INFORMACIÓN:

Es lo que comúnmente se conoce como resumen, viene a ser una versión abreviada de cierto texto que una persona realiza a fin de extraer la información o los contenidos más importantes de un determinado documento o texto. Es un buen método de no perder tiempo en la lectura de información poco pertinente, debe reflejar la intención original y se debe evitar poner ideas nuevas o percepciones propias.

Tratándose de las historias clínicas, la síntesis constituye en un resumen de la historial de la salud del paciente de todas sus patologías y demás datos de interés clínico que permite tener a primera vista una idea rápida de la salud y las atenciones recibidas por determinado paciente en todos los niveles de salud, para lograrlo es un insumo importante la contrarreferencia de pacientes.

La síntesis de la información debe permanecer en el primer nivel y no en los niveles de referencia. Además debe contener la información de varios aspectos y problemas más importantes relacionados a la salud de una persona durante su vida y las soluciones utilizadas.

Para que sea posible la síntesis de la información debe existir un SRC que asegure la condensación de la información del paciente en el primer nivel. Este elemento es indispensable para que los dos niveles de salud puedan desempeñarse en forma complementaria y específica; “es decir, que cada uno haga lo que le corresponde en base a su capacidad resolutoria y al mismo tiempo las acciones sean complementarias y no se dupliquen; lo que

optimiza el uso del recurso, de esta manera lo que no hace un nivel lo hace el otro". (Van der Stuyft P, De Vos Pol. 2008)

"La síntesis de la información conduce a la toma de decisiones oportunas por parte de los profesionales de la salud, en consenso con el paciente e incluso en acuerdo con la comunidad. Si se tiene que referir a un paciente la información necesaria debe ser transferida al nivel de referencia en donde debe ser completada y retornada a permanecer en el primer nivel". (Mercenier, 1993)

8.7 TERMINOLOGÍA DEL SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

A continuación algunos otros términos utilizados para una mejor comprensión del sistema de referencia y contrarreferencia:

8.7.1 SUBSISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA: Conjunto de normas técnicas y administrativas que permiten prestar al usuario el servicio de salud según el nivel de atención y la complejidad, con la debida oportunidad, eficacia, y coherencia.

8.7.2 SISTEMA DE REGISTRO DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA: Es el conjunto de actividades administrativas, mediante las cuales se consignan los datos necesarios para la adecuada información, comunicación y coordinación de actividades realizadas por efecto del SRC

8.7.3 MODELO DE ATENCIÓN: Comprende el enfoque aplicado en la organización de la prestación del servicio, la integralidad de las acciones y la consiguiente orientación de las actividades de salud. De él se deriva la forma como se organiza los establecimientos y recursos para la atención de la salud desde la perspectiva del servicio a las personas e incluye las funciones asistenciales, logísticas, la puerta de entrada al sistema de salud, su capacidad resolutive, la responsabilidad sobre las personas y el proceso de referencia y contrarreferencia.

8.7.4 CAPACIDAD RESOLUTIVA: Es la potencialidad que tiene un establecimiento de salud de responder de manera integral y oportuna a la demanda por contingencia de la salud, que permita diagnosticar y dar tratamiento adecuado a un determinado grado de complejidad del daño.

8.7.5 OPORTUNIDAD DE LA ATENCIÓN: Es la cualidad de la atención del SRC, por la cual se brinda la atención de salud en el tiempo necesario y con la capacidad resolutive adecuada

8.7.6 EPICRISIS: Hoja de resumen clínico donde se especifican: diagnósticos, procedimientos y conducta terapéutica a seguir una vez que el paciente es dado de alta de un servicio de salud hospitalario; este formulario es parte de la historia clínica.

8.7.7 INTERCONSULTA: Es la solicitud de la opinión de otro profesional del mismo establecimiento; no es una referencia y en este caso se utiliza el formulario de interconsulta de la historia clínica. En el caso de los dispensarios de SSC la interconsulta es la solicitud elevada por el profesional médico u odontólogo tratante al especialista del segundo nivel, para que

emita juicios y orientaciones sobre la conducta a seguir con determinados pacientes, estos profesionales especialistas no asumen la responsabilidad directa de su manejo.

8.7.8 AUTORREFERENCIA: Cuando un paciente consulta a un nivel superior, sin referencia desde el nivel inferior.

8.7.9 REFERENCIA INVERSA: Cuando el nivel superior envía a un paciente a un nivel inferior, con la debida información, sin que este paciente haya pasado primero por el nivel inferior. Generalmente se da después de una autorreferencia y sirve para corregir el funcionamiento del sistema de salud; se debe usar el formulario de RC y señalar en la referencia que no ha sido referido y enfatizar con mayúsculas.

8.7.10 TRANSFERENCIA: Se considera al transporte físico de un paciente de un establecimiento a otro, es decir es el acto de trasladar al paciente de una unidad a otra de mayor complejidad.

8.7.11 UNIDAD RECEPTORA: Es la unidad que recibe pacientes que le son enviados de las diferentes unidades operativas de la red de servicios.

8.7.12 UNIDAD REFERENTE: Es la unidad que envía pacientes que le fueron referidos, a las diferentes unidades del sistema.

8.7.13 HOSPITAL: Un hospital es un lugar físico en donde se atiende a los enfermos, para proporcionar diagnóstico y tratamiento que necesitan. Existen diferentes tipos de hospitales, según el tipo de patologías que atienden: de índole general y de especialidades.

8.7.14 PUERTA DE ENTRADA AL SISTEMA DE SALUD: “A través de esta función se da el primer contacto con la población específicamente durante un episodio de una enfermedad o de un riesgo y más generalmente durante el censo de la población a través de los órganos de la participación comunitaria”. (Mercenier. 1993).

La puerta de entrada es el primer nivel, considerado como el sitio adecuado para ingresar al Sistema de Salud en forma escalonada y es el primer contacto con la comunidad, esta función nos permite analizar cómo está la situación del Sistema de Salud.

El primer nivel constituye el primer contacto con la población, además es la parte nuclear del Sistema Nacional de Salud y permite una gestión sistémica (OPS/OMS. 2002)

9. MODELO DESCRIPTIVO

La provincia cuenta con establecimientos de salud tanto públicos como privados, distribuidos en los 7 cantones. Con respecto al IESS, el gráfico nos demuestra la ubicación de los dispensarios médicos en la Provincia.

Gráfico 3. Dispensarios del SSC en Cotopaxi



*Fuente: Plan de desarrollo de Cotopaxi 2002
Elaborado por: Hugo Argüello*

En Cotopaxi existen 38 dispensarios del SSC, cada uno funciona mediante un sistema de afiliación de jefes de familia quienes dan el derecho a las prestaciones médicas a todos los miembros de su núcleo familiar que viven bajo un mismo techo, los jefes de familia incluyen a un promedio de 5 miembros afiliados con derechos a las prestaciones de salud del IESS – SSC, esto da un total en Cotopaxi de aproximadamente 36000 afiliados campesinos. (Anexo 2)

En el IESS y particularmente en la provincia de Cotopaxi, el sistema de referencia y contrarreferencia, no está coordinado desde el nivel central, no existe una normativa que regule y unifique criterios, por lo que la referencia desde el primer nivel se cumple como un requisito para obtener atención en el segundo nivel y no como medio físico para lograr otros objetivos, como calidad en la atención con continuidad.

Comúnmente la población ingresa al sistema de prestación de servicios por los niveles de mayor complejidad de atención que en principio se encuentran planteados como tránsito final en la atención y que se desarrollaron para atender patologías de mayor complejidad. Esto genera distribución irregular de las cargas de trabajo, sobrecostos en la atención, y sobreocupación de algunos hospitales o especialidades del IESS con subutilización de otras, inconformidad de usuarios y prestadores de servicios y uso inadecuado de recursos humanos y materiales.

Resulta más costoso atender problemas de salud de primer nivel en un Hospital que cuenta con alta tecnología, que atenderlos en el nivel de atención que le corresponde.

Los factores que influyen para el incumplimiento del SRC tiene varios aspectos desde la voluntad para aplicar un manual de normas y procedimientos de referencia y contrarreferencia, la aplicación de un formulario único, la estructuración de responsables en cada nivel de atención, falta de comunicación entre médicos de los dos niveles y desconocimiento de las bondades de un trabajo en red, conforme está establecido en la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud del país del año 2005.

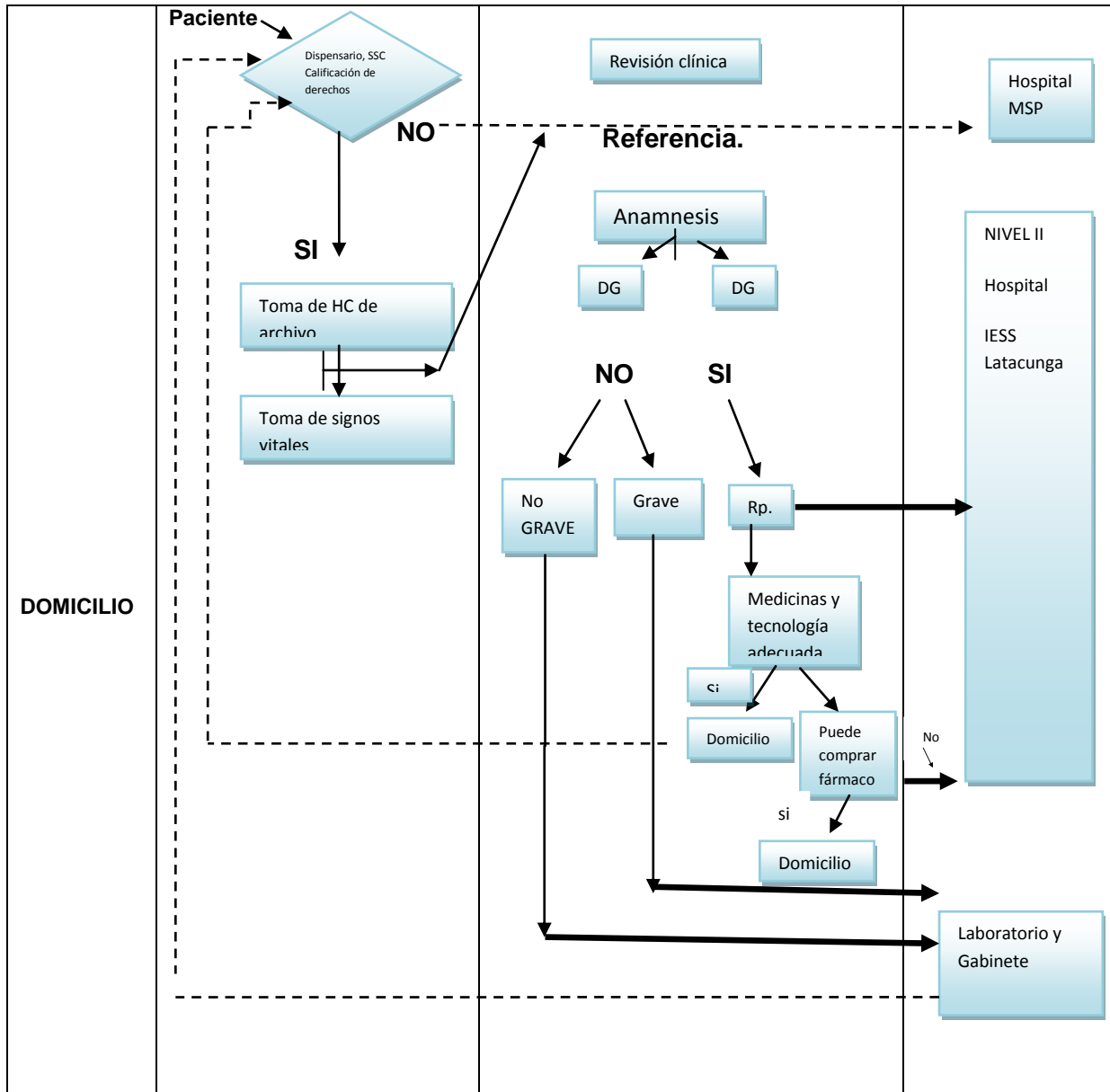
Esta situación resulta más problemática en el área rural debido a la dispersión de población que ahí reside, a ello se suma la presencia de servicios del primer nivel pertenecientes al SSC que cuenta con normativa interna propia y no tiene otros niveles por lo que la referencia es obligatoria a las unidades del seguro general de salud que a su vez cumplen normativas independientes.

Los esfuerzos por lograr una adecuada coordinación entre los dispensarios del SSC y el Hospital del IESS Latacunga, han sido diversos; sin embargo, en esta ocasión hay un compromiso del personal de salud para lograrlo y hacerlo en primera instancia con un sistema de referencia y contrarreferencia. Una vez revisados los lineamientos del sistema con las adecuaciones pertinentes, se tiene un manual que es adecuado a las necesidades de IESS en Cotopaxi.

Al momento, desde los dispensarios del SSC como cumplimiento de un requisito se llena el formulario de referencia de pacientes; no existen registros permanentes de los pacientes referidos que identifiquen datos personales, destino de la referencia; no se ha implementado ningún sistema que controle el cumplimiento o no de las contrarreferencias. En el nivel II no existe ningún procedimiento implementado para el manejo de las referencias desde el SSC de los pacientes atendidos en consulta externa o emergencia, peor aún la existencia de registros de las contrarreferencias emitidas, ya que el formulario original de las referencias reposa como simple archivo en el departamento de Estadística.

En el modelo que presento a continuación se puede observar como el proceso de referencia desde los dispensarios del SSC se cumple con normalidad utilizando las instancias respectivas y con la toma de decisiones adecuadas, culmina con el envío del paciente con el formulario de referencia, cabe indicar que es el paciente quien se moviliza por sus propios medios lo que de hecho ocasiona dificultades y no garantiza el acceso al segundo nivel; muchas referencias no se pueden cumplir por otros factores y no llegan al sitio de referencia, pues se desvían a otros prestadores públicos, privados o se quedan en el domicilio.

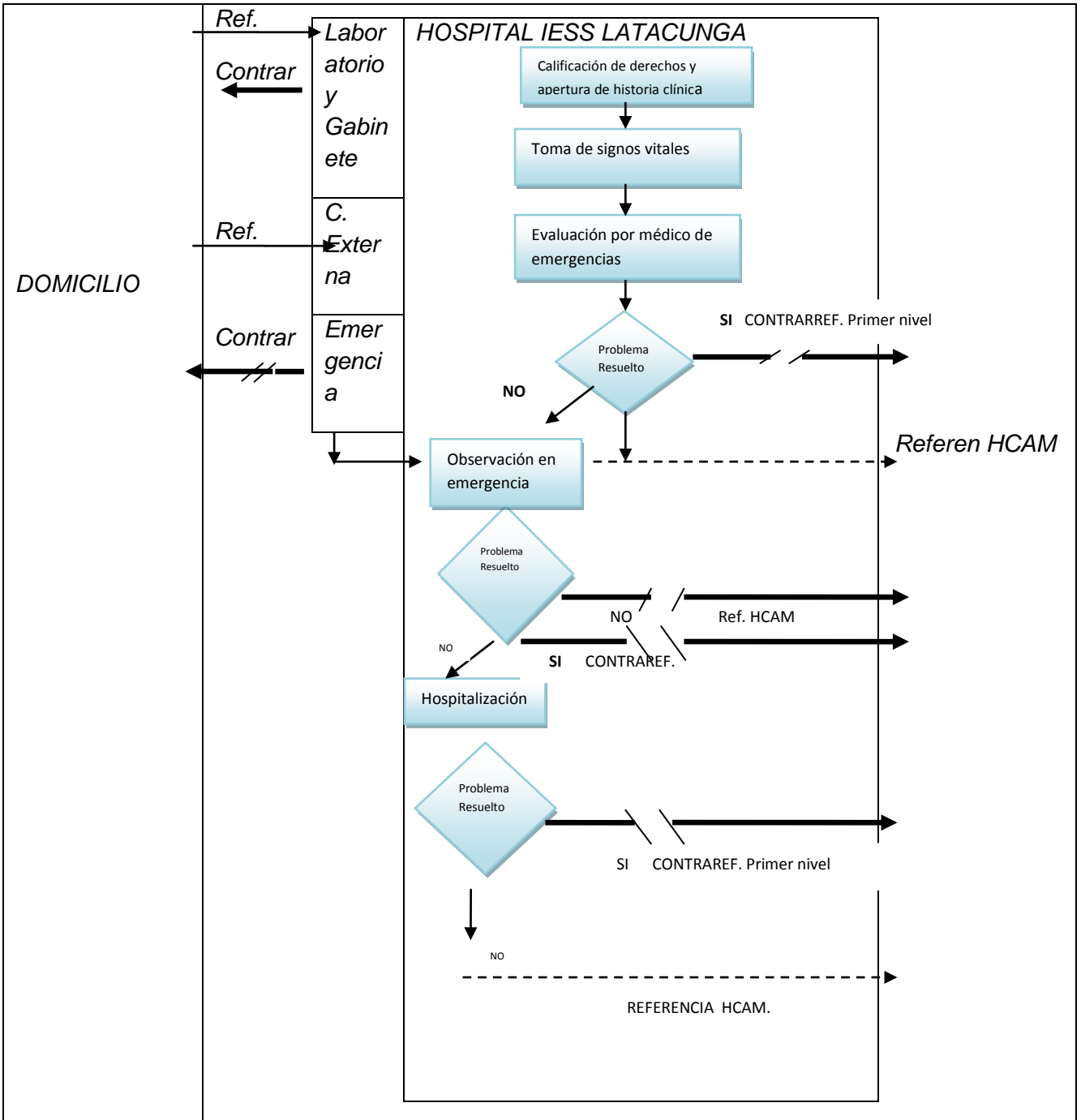
Grafico 4. Proceso de referencia de pacientes de los dispensarios del SSC de Cotopaxi.



Fuente: Observación del proceso

Elaborado por: Hugo Argüello

Gráfico 5: Proceso de referencia al llegar al nivel II.



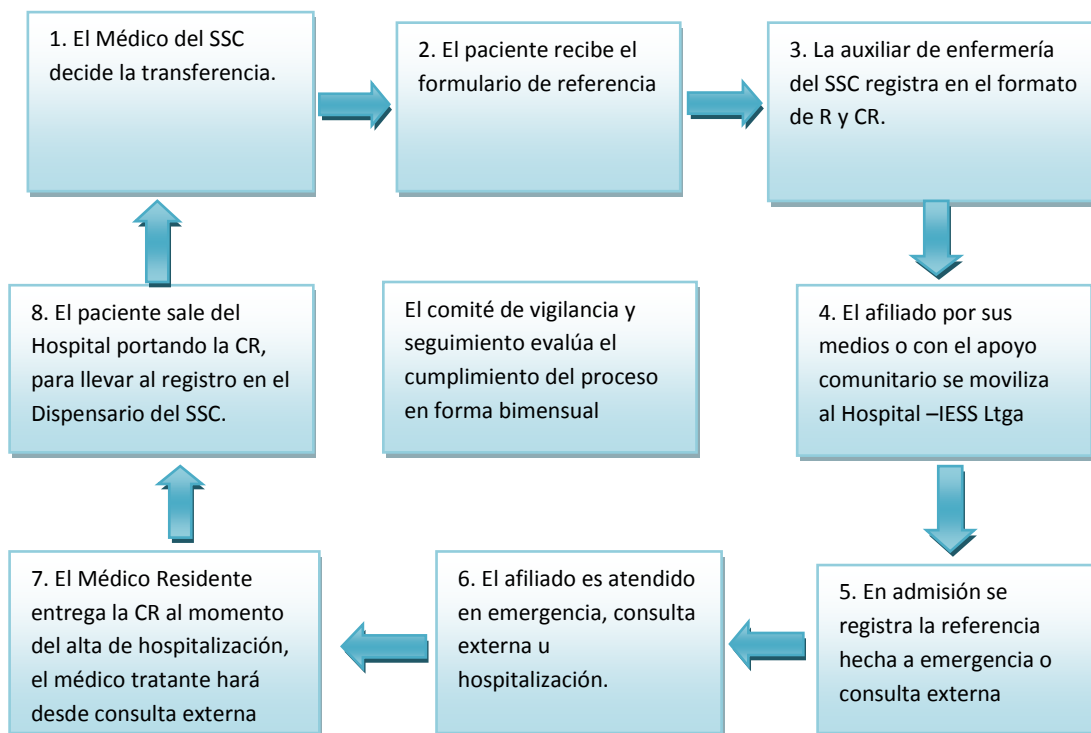
Fuente: Observación del autor
Elaborado por: Hugo Argüello.

En el gráfico podemos observar que las referencias cumplidas y que llegan al Hospital del IESS de Latacunga deben cumplir un proceso de atención hospitalaria, y es desde emergencia, observación de emergencia u hospitalización, los sitios donde lamentablemente no se cumplen las contrarreferencias y los pacientes retornan al primer nivel sin el formulario.

10 .MODELO PRESCRIPTIVO

Frente a la situación actual, y en base a revisiones bibliográficas, a continuación se presenta en un flujo grama lo que debería ser un SRC con un proceso adecuado.

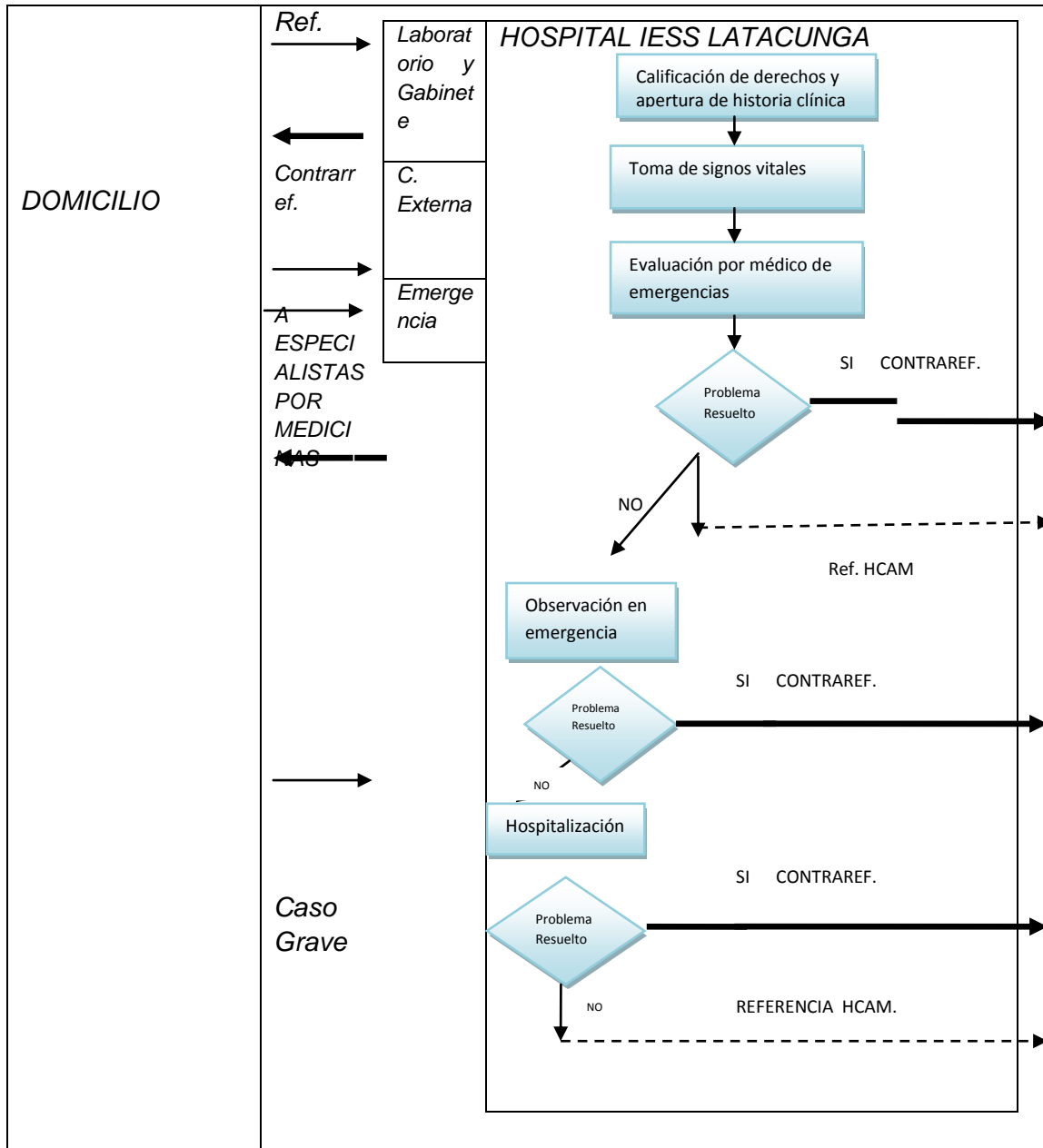
Gráfico 6. Flujograma que se propone para mejorar el proceso de referencia y contrarreferencia



*Fuente: Observación del autor
Elaborado por: Hugo Argüello.*

La aplicación de un formulario único elaborado en consenso entre los actores del SRC del Nivel I representado por el SSC y el Nivel II, representado por el Hospital IESS- Latacunga, permitiría un cumplimiento de las contrarreferencias, desde la consulta externa, emergencia, y hospitalización en forma adecuada, garantizando el aprovechamiento de la aplicación de este sistema.

Gráfico 7. Flujo óptimo del proceso de referencia y contrarreferencia entre el nivel I y II

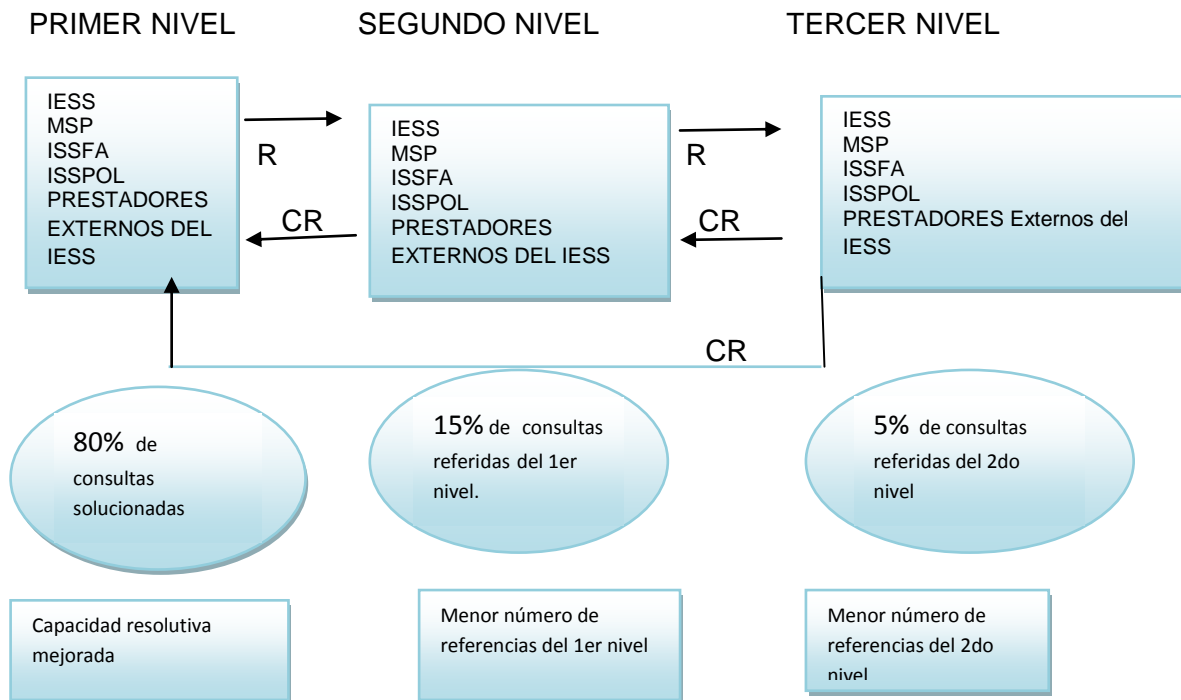


Fuente: Observación del autor.
 Elaborado por: Hugo Arguello.

11. MODELO PREDICTIVO

En los próximos años en el Ecuador y particularmente en la provincia de Cotopaxi existirá un Sistema de salud con una red pública de prestadores de salud.

Gráfico 8. Esquema de un sistema de referencia y contrarreferencia ideal.



Fuente: Observación del autor.

Elaborado por: Hugo Argüello.

12. CONOCIMIENTOS O EXPERIENCIA PREVIA

Se ha podido observar algunas experiencias en la implementación de sistemas de referencia y contrarreferencia para lograr una mejor calidad en los servicios de salud, en base a una mayor continuidad en la atención; éstas podrían servir de referencia para el sistema propuesto para los servicios de salud del primer y segundo nivel de salud del IESS en la provincia de Cotopaxi.

Un trabajo efectuado en la ciudad de Quito, en la zona centro del Distrito Metropolitano como un proyecto piloto de atención de servicios, determinaron la capacidad resolutoria de las unidades de salud de la red, su nivel de complejidad y un sistema de referencia y contrarreferencia para la atención de los mismos. (www.saluddealtura.com/fileadmin/PDF/.)

En la República de Cuba en el año 1996 se elaboró una propuesta de modelo para la transferencia de pacientes en el sistema de salud cubano, el estudio manifiesta que en 1996 se orientó para que las historias clínicas individuales en la APS dejaran de ser ambulatorias, desde

entonces no ha existido un modelo oficial para la transferencia de pacientes a través del sistema de salud. Este proyecto diseñó un modelo para la referencia y la contrarreferencia, como vínculo entre los profesionales de los diferentes niveles y entre los propios profesionales de los centros de la atención primaria de salud. (Félix J. y Sanso, 1999)

La presente investigación constituirá un esfuerzo por poner en práctica el actual modelo de salud propuesto por el gobierno actual.

Otro estudio fue realizado en el Hospital Pediátrico del Centro Hospitalario Pereira Rossel, fue de tipo descriptivo entre Agosto 2005 a Diciembre 2006 y analizaron las derivaciones de pacientes hasta dicho hospital en el mismo que identificaron una ineficiente utilización de los recursos toda vez que un 5,5% de las referencias no eran necesarias, la causa principal fue por requerimiento de especialistas, la calidad de la referencia fue buena en un 64%, aquí se nota que las referencias innecesarias se pueden corregir si mejoramos la capacidad resolutoria del primer nivel y se adiciona una mejor comunicación entre niveles. (Pardo L, Zabala C, Gutiérrez S y col. 2008)

En la vecina República de Colombia se realizó el estudio del proceso de referencia y contrarreferencia en el proyecto “ Sistema piloto de Gestión de Servicio de Salud para la región de Sumapaz”, analizaron el proceso de referencia y contrarreferencia entre el Hospital San Rafael de Fusagasugá de estado de Cundinamarca en Colombia y otras entidades públicas, la aplicación de manuales procedimientos, normativa colombiana y el standard HL 7 al cual recomendaron añadir dos mensajes nuevos: uno la solicitud de autorización y otro la autorización por parte de la autoridad intermedia gubernamental (Pulido M, Quiza J, Barreto M, y col. 2010)

La propuesta en Colombia se confeccionó procurando que cumpliera con los principios siguientes: único, práctico e integrador; y se concibió para ser portado por el paciente durante la transferencia, o transportado a través del propio sistema de salud en aquellos casos en que esto tenga lugar. Esa propuesta tiene la ventaja de uniformar la información que se intercambia relativa a pacientes comunes, y en teoría, debe mejorar la calidad en la proyectada atención continuada a los pacientes, allí lo más destacado fue la aplicación del estándar HL 7.

Revisada la literatura, no se ha logrado identificar estudios que consideren la implementación de un SRC en nuestro país como un mecanismo para fortalecer la continuidad de la atención de los pacientes en los niveles de atención de salud del IESS.

En base a la experiencia, se puede determinar que las principales estrategias utilizadas para alcanzar una mejor continuidad de la atención fueron:

1. Establecimiento de un sistema de referencia y contrarreferencia entre niveles.
2. Especificación de la cartera de servicios de cada nivel.
3. Mejoramiento de la capacidad resolutoria del primer nivel que garantice ser la puerta de entrada al sistema.

4. Manejo de paquetes informáticos para optimizar las referencias y contrarreferencias.
5. Establecimiento de flujo gramas para las referencias.
6. Identificación de vías de comunicación fluidas entre niveles.

13.- ALTERNATIVAS DE CAMBIO

1. Un sistema de referencia y contrarreferencia basado en un formulario físico con la normativa correspondiente.
2. Sistema informático en red entre los niveles de atención.
3. Implementación de un sistema de movilización de pacientes entre niveles.
4. Un sistema de comunicación por radio o telefónico.
5. Instalación de telemedicina entre las unidades del primer y segundo nivel.

13.1 CRITERIOS DE PRIORIZACIÓN DE ALTERNATIVAS.

Para el presente estudio se toman varios criterios de priorización, que han sido tomados en base al análisis de los problemas identificados y en consenso del investigador con los actores involucrados en los servicios de salud del IESS de Cotopaxi.

13.1.1 FACTIBILIDAD.

Se refiere a la disponibilidad de recursos económicos, si en el momento se cuenta con ellos, si hay posibilidad de conseguirlos. Además se considera el monto de la inversión, las posibles alternativas de inversión y la decisión de invertir en la estrategia planteada.

13.1.2 ACEPTABILIDAD.

Se refiere a la aceptabilidad política de los actores, que están relacionados al problema, partiendo de las autoridades inmediatas y el personal operativo

13.1.3 APLICABILIDAD.

Los resultados que logren obtenerse del presente trabajo en qué medida pueden ser aplicados para cambiar una realidad

13.1.4 VISIBILIDAD.

La investigación a ejecutarse y los cambios que se logren, en qué medida se va a visualizar dentro del modelo de salud vigente.

13.1.5 IMPACTO.

Cómo influye el cambio en la calidad de la atención y de los servicios

13.1.6 SOSTENIBILIDAD.

Una vez que se implementan los cambios, existen mecanismos que sin la presencia del facilitador puedan sostenerse en el tiempo.

13.1.7 EXTERNALIDADES.

Qué factores externos a la investigación y al proceso de referencia y contrarreferencia pueden influir en el proyecto.

Tabla 1. Priorización de alternativas

TEMA PROPUESTO	FACTIBILIDAD	APLICABILIDAD	ACEPTABILIDAD ÉTICA	VISIBILIDAD DE RESULTADOS	IMPACTO	SOSTENIBILIDAD DE LA ESTRATEGIA	EXTERNALIDADES
1. Implementación de un sistema de referencia y contrarreferencia basado en un formulario físico con la normativa correspondiente.	++++	++++	++++	++++	++++	++	++
2. Implementación de un sistema informático en red entre los niveles de atención.	++	++	++	+++	+++	+++	++
3. Implementación de un sistema de movilización de pacientes entre niveles.	+	+	++	+++	+++	+	++++
4. Implementación de un sistema de comunicación por radio o telefónico.	+++	+++	++	++	++	++	+
5. Implementación de telemedicina entre las unidades del primer y segundo nivel.	++	+	+++	+++	+++	+	++++

Fuente: Metodología de la investigación

Elaborado por: Hugo Argüello.

Para la priorización de las alternativas de intervención que puedan conducir a un cambio en base a la aplicación de un SRC se procedió a seleccionar la implementación de un SRC basado en un formulario físico con una normativa correspondiente considerando que esta alternativa tiene una gran factibilidad debido a que existe una aceptación por el personal de salud que labora en los dispensarios del SSC y que su aplicabilidad es inmediata con un incremento progresivo que no afecta la ética de los profesionales ni de los usuarios externos. En cuanto a la visibilidad siendo un procedimiento interno de las unidades de salud, no genera una gran visibilidad desde el exterior, se considera que su impacto será significativo en cuanto vendrá a fortalecer la conformación de una red plural de prestadores de salud pública del IESS de Cotopaxi.

Este sistema y la aplicación progresiva podrá ser sostenido con una capacitación permanente y una vigilancia activa por parte del comité estructurado para el efecto, será importante también que el sistema no se vea afectado por externalidades como cambio de las políticas nacionales del IESS, cambio de las políticas nacionales de salud o la instauración de otros mecanismos que reemplacen al formulario físico en forma definitiva como un sistema informático satelital.

14. HIPÓTESIS DE CAMBIO

Si establecemos un sistema de referencia y contrarreferencia basado en la correcta aplicación del formulario físico, con normas claras y aplicables, determinamos los responsables para el primero y segundo nivel de atención del IESS - Cotopaxi, mejoraremos el cumplimiento de las contrarreferencias desde el nivel II en un 80%, implementaremos la continuidad en la atención de episodios de enfermedad en un 15 % y se disminuirá en un 10% la tasa de referencias al segundo nivel.

La hipótesis definida es una hipótesis de relación causal, explica y predice los hechos y fenómenos como es en este caso la afectación que tiene la variable continuidad de la atención y una tasa elevada de referencias, que en última instancia provoca sobrecarga y demanda rechazada en el nivel II.

15. PROPÓSITO Y OBJETIVOS.

15.1. PROPÓSITO.

Contribuir a un mejoramiento de la calidad de los servicios que presta el IESS en la provincia de Cotopaxi, a través de un sistema de referencia y contrarreferencia que pueda lograr una mejor continuidad en la atención y por lo tanto una mejor calidad, reduce la sobredemanda de los servicios en el segundo nivel, fortalece la capacidad resolutoria del primer nivel, con una gran participación comunitaria y de todos los actores del sistema.

15.2 OBJETIVO GENERAL.

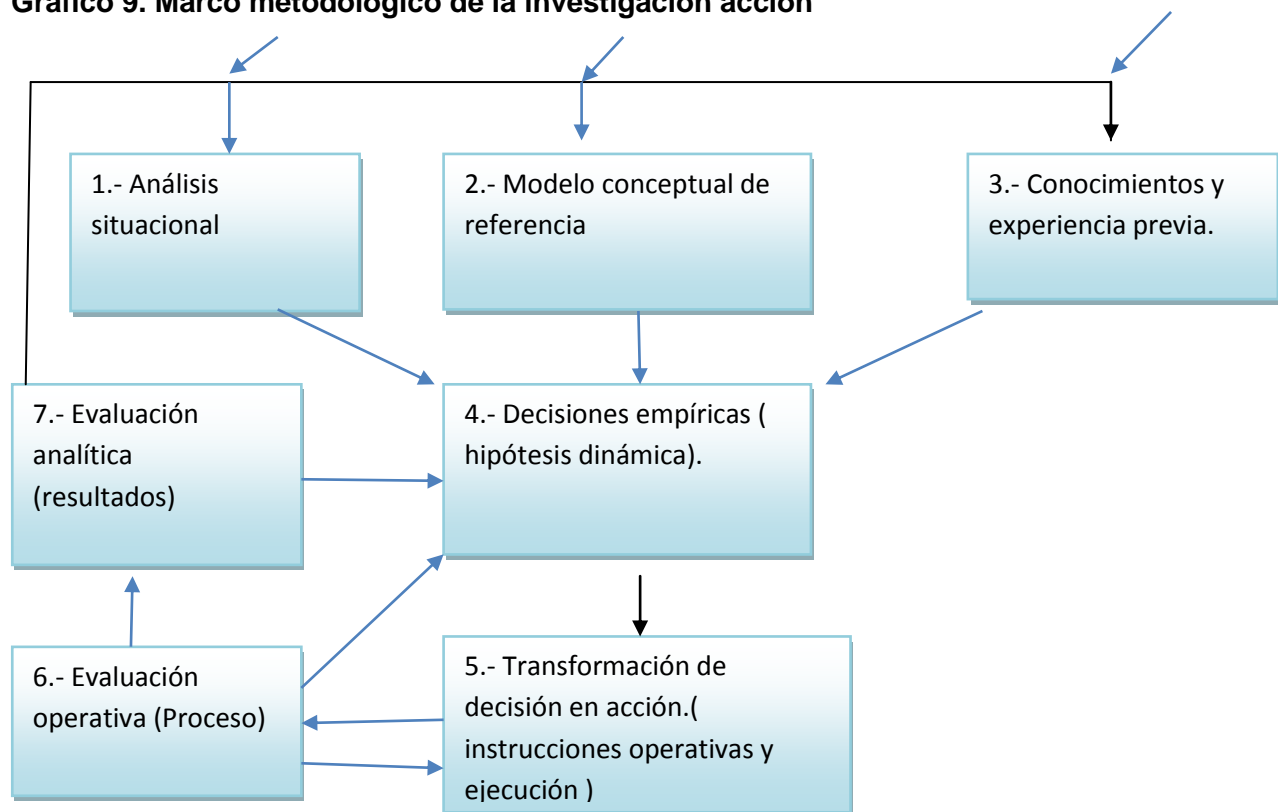
Implementar y operativizar un Sistema de Referencia y Contrarreferencia de pacientes entre el primer nivel constituido por los Dispensarios del SSC de Cotopaxi y el Hospital del IESS – Latacunga, que sea articulado y con responsables en el proceso, mediante el uso del formulario físico y normas aplicables para garantizar el cumplimiento.

15.3 OBJETIVOS ESPECIFICOS.

- Aplicar un formulario físico único de referencia y contrarreferencia según formato del MSP.
- Elaborar en forma concertada con los actores del sistema un manual de normas de referencia y contrarreferencia.
- Conformar un Comité con responsables en cada nivel para la aplicación y vigilancia del Sistema.
- Establecer indicadores que evalúen el funcionamiento del Sistema con la acción implementada.

16. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

Gráfico 9. Marco metodológico de la investigación acción



Fuente: "Investigación operativa". IPS. 2010

16.1 DISEÑO DEL ESTUDIO.

El presente trabajo es un estudio de investigación-acción toda vez que es un proceso dinámico que permite identificar problemas en el contexto del IESS de la provincia de Cotopaxi, con una visión que involucra a todos los actores que participan en los dos niveles de atención, se procura desarrollar un trabajo en equipo.

Para el análisis situacional se utilizó una metodología descriptiva transversal que se inició en el mes de Julio de 2010 con un trabajo de campo que permitió diagnosticar la situación del SSC de Cotopaxi y del Hospital del IESS – Latacunga, durante los meses de Agosto a Octubre, se hizo los ajustes necesarios y en el mes de diciembre se decidió implementar una propuesta para motivar cambios en uno de los problemas identificados, con la aplicación de una normativa de referencia y contrarreferencia entre el primero y segundo nivel del IESS de Cotopaxi, para lo cual se propuso trabajar con la metodología de investigación acción participativa; y una tercera etapa que constituye la evaluación de la propuesta de cambio.

El contexto local son los 38 dispensarios del SSC de Cotopaxi (Anexo 2) distribuidos en siete cantones en los que cada actor tuvo percepciones diferentes del SRC de pacientes. Permitted formular una hipótesis que fue ajustada en el proceso y que finalmente ayudó a tomar decisiones a partir de la selección de alternativas planteadas por los actores.

Para esta investigación se partió teniendo como referencia parte de un análisis estadístico de las referencias generadas en los 38 dispensarios del SSC de la provincia de Cotopaxi, se comprueba el cumplimiento de las mismas al revisar los archivos de estadística del hospital del IESS de Latacunga así como el reporte del sistema AS 400 del año 2009.

En la implementación de la estrategia se propone la aplicación del formulario de RC (Anexos 3 y 6) de la historia clínica única del MSP del Ecuador, con la aplicación del manual de normas de referencia consensuado y participativo, que junto al establecimiento de un comité de aplicación de la normativa y de ejecución del SRC en los niveles uno y dos pueda operativizar las referencias al segundo nivel y a su vez generar las contrarreferencias hacia el primer nivel.

El plan de acción incluyó la comprobación estadística del cumplimiento de las contrarreferencias en el nivel II, de una disminución del porcentaje de referencias y con ello el mejoramiento de la calidad de la atención; en especial, la continuidad y la accesibilidad en todos sus aspectos en los diferentes niveles del Sistema de Salud del IESS – Cotopaxi.

16.2. UNIVERSO DE TRABAJO.

Se incluyen en el presente estudio al envío de pacientes desde los Dispensarios del SSC de Cotopaxi al Hospital nivel II del IESS de Cotopaxi con el formulario de referencia y contrarreferencia de uso actual debidamente autorizado por el médico tratante o en su ausencia, por la auxiliar de enfermería de la respectiva Unidad Médica, y que acude a los servicios de consulta externa y emergencias. Las autorreferencias, que por situaciones emergentes se dieron fuera del horario de trabajo del personal de salud del nivel I, y acudieron al nivel II sin portar la respectiva referencia y que no ameritaron una hospitalización o por lo

menos una observación mayor a 24 horas, no se incluyó en el estudio. Solamente aquellas autorreferencias que fueron hospitalizadas y obligatoriamente legalizadas por los responsables de la unidad operativa del SSC o por un funcionario facultado de la parte administrativa del SSC constituyen referencias; se considera como “no cumplidas” a aquellas que por diversas razones no acuden al hospital del IESS de Latacunga, su análisis será motivo de una investigación posterior.

Se tomó como contrarreferencia aquellos formatos que fueron debidamente llenados en el reverso del formulario de referencia por los médicos tratantes de consulta externa y que llegaron a los Dispensarios del nivel I, sitio en el cual se realizó un registro especial de referencias y contrarreferencias de pacientes con un formulario diseñado para tal efecto.

De igual forma, se consideró como contrarreferencia el egreso hospitalario o *el alta* desde el servicio de emergencias, cuando los formatos debidamente llenados por el médico residente llegaron al dispensario del SSC en el nivel I y cumplieron con el proceso de registro.

Se excluyó del análisis estadístico el envío de pacientes para la realización de exámenes de laboratorio y de radiología, así como los pacientes que fueron referidos a centros médicos privados o a otras unidades de servicio público, que no forman parte del análisis del presente estudio; de igual forma, se excluyeron las referencias y las contrarreferencias que por situaciones emergentes requirieron de alta especialidad y se realizaron en forma directa al tercer nivel, constituido por el Hospital Carlos Andrade Marín.

16.3. INSTRUMENTOS DE LA INVESTIGACIÓN.

Se utilizó una encuesta aplicada a profesionales médicos (Anexo 4) de los dos niveles y al personal de enfermería del primer nivel y una hoja de recolección de datos estadísticos

La encuesta en referencia consta de diez preguntas cerradas y fue validada con profesionales de segundo nivel del hospital del IESS de Latacunga, se aplicó en forma directa por parte del maestrante en forma aleatoria a 50 profesionales de nivel operativo del SSC y del Hospital del IESS y sirvió de insumo para la línea de base.

Como técnicas para la recolección de la información en el presente trabajo se utilizó básicamente revisiones documentales de historias clínicas, partes diarios, informes mensuales y anuales del SSC, obtenidos en cada unidad operativa así como en la Dirección Regional de Tungurahua y además en el Sistema AS –400 del HIES–L, la información obtenida mediante la observación directa del proceso de referencia en los dos niveles; se realizó también entrevistas orales a médicos del SSC y del nivel II

En este tipo de investigación, el personal de salud que labora en los Dispensarios del SSC de Cotopaxi así como los médicos de consulta externa, residentes e internos junto al personal de Admisión, Estadística y Trabajo Social se constituyen en investigadores internos, es decir a la vez son actores y beneficiarios de la investigación; mientras que el maestrante se constituye en un investigador externo que acompaña todo el proceso.

16.4 CRONOGRAMA DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN.

El cronograma de actividades para cumplir con la metodología propuesta fue el siguiente:

ACTIVIDADES	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
	2010	2010	2010
1 Revisión de estadísticas del SSC de Cotopaxi respecto a población afiliada, referencias por dispensario, etc.	X		
2 Revisión de la producción del Hospital IESS – Latacunga en el sistema AS 400	X		
3 Análisis del flujo de las referencias en el Hospital.	X		
4 Aplicación de una encuesta a médicos y auxiliares de los dos niveles del IESS	X		
5 Realización de entrevistas semiestructuradas a profesionales médicos de los dos niveles	X		
6 Reconstrucción, con entrevistas cualitativas de los circuitos de RC con los profesionales de salud	X		
7 Reunión informativa sobre la propuesta de RC con médicos residentes, jefes de servicio, y otros.		X	
8 Reunión informativa sobre la metodología con el personal de salud del SSC		X	
9 Recopilación de la información bibliográfica sobre la temática propuesta.		X	
10 Socialización de la normativa vigente de RC y establecimiento del flujo grama en los dos niveles.		X	
11 Elaboración de un formato de RC basado en la HCL única del MSP		X	
12 Elaboración de un formulario de registro de RC para los dispensarios del SSC.		X	
13 Recopilación de la información generada sobre la investigación en el SSC y en el sistema AS 400			X

- En el mes de Octubre del 2010 se revisa las estadísticas del SSC de la provincia de Cotopaxi que reposan en la regional Tungurahua y correspondían a la información sobre dispensarios existentes, población afiliada, número de referencias realizadas por cada dispensario y las contrarreferencias recibidas.

- En el mismo mes de Octubre se procede a revisar los reportes de producción en el sistema AS 400 del Departamento de Estadística del Hospital del IESS – Latacunga para conocer las atenciones de consulta externa, emergencia y hospitalización de pacientes referidos de los dispensarios del SSC de Cotopaxi, así como la información sobre contrarreferencias. En esta misma visita de observación documental fue posible conocer el flujo que tiene al interior del Hospital los pacientes referidos del SSC.
- Elaboración y aplicación de una encuesta estandarizada a médicos y auxiliares de enfermería de los dos niveles de atención del Seguro Social para determinar el grado de conocimiento y aceptación del SRC, sus puntos de vista sobre la problemática del SSC y particularmente sobre el sistema de referencia y contrarreferencia de pacientes, en el mes de Octubre 2010.
- Entrevistas semi estructuradas para identificar los obstáculos y facilitadores percibidos por los profesionales del primero y segundo nivel para la implementación y adopción del SRC
- Reconstrucción, mediante entrevistas cualitativas, de los circuitos de RC que en opinión de los profesionales, ocurren en cada nivel y no permiten su ejecución plena.
- Reuniones informativas sobre la propuesta con médicos residentes, jefes de servicio, trabajadoras sociales y enfermeras responsables de cada área.(Anexo 5)
- Reuniones de socialización de la metodología a ser aplicada para lograr el cumplimiento del proceso de referencia y contrarreferencia con el personal de salud involucrado en el sistema a ser implementado.
- Recopilación de información bibliográfica sobre la temática propuesta desde Octubre 2010 a Febrero 2011.
- Se coordina la aplicación del formulario ya existente de referencias y contrarreferencias con todos los actores involucrados; se establece su flujograma en los dos niveles: se lo aplicará desde el mes de Diciembre del presente año.
- Elaboración e impresión de un formato de referencia y contrarreferencia basado en el modelo de la historia clínica única del MSP, en Noviembre del 2011.
- Elaboración de una hoja de registro de referencias y contrarreferencias para cada dispensario del SSC, en Noviembre del 2011.
- Recopilación de la información generada sobre la referencia y contrarreferencia de pacientes de cada dispensario entre los meses de Diciembre 2010 a Marzo 2011.

- Finalmente recopilación de la información generada en el sistema AS – 400 y en admisión del hospital del IESS, sobre la referencia y contrarreferencia desde y hacia los dispensarios del SSC.

16.5 INSTRUCCIONES OPERATIVAS

Una vez identificados los actores involucrados en el proceso y luego de haberse realizado reuniones de trabajo con el personal de médicos residentes del Hospital del IESS de Latacunga, con los internos rotativos y con los médicos tratantes de consulta externa, con el involucramiento de la trabajadora social y el personal de admisión y estadística, así como con el personal médico y de enfermería de los dispensarios del SSC de Cotopaxi a quienes se les dio a conocer sobre la propuesta de trabajo, las alternativas de cambio planteadas y la hipótesis, se procedió a conformar el equipo de trabajo con ocho responsables que fueron informados sobre la metodología del trabajo y el aporte que debían dar para el cumplimiento del proceso de referencia y contrarreferencia y su participación activa en la ejecución de las acciones propuestas y actividades acordes a los objetivos específicos planteados.

Las instrucciones operativas (Tabla 2) sirven para ejecutar los procesos y actividades que se detallarán en la tabla siguiente, están relacionadas con el cumplimiento de cinco estrategias planteadas para la presente investigación, las cuales se establecieron a fin de dar cumplimiento a la hipótesis.

En la presente propuesta se considera como una primera instrucción operativa la divulgación del cambio planteado para lograr la implementación real de un sistema de referencia y contrarreferencia de pacientes entre los dos niveles, el alcance de la propuesta, la delimitación del problema y el contexto para su desarrollo, esto para que la terminología y el proceso sea de conocimiento de todos los actores.

TABLA No. 2. INSTRUCCIONES OPERATIVAS

Instrucciones operativas	¿Quién?	¿Cuándo?	¿Con quién?	¿Dónde?	¿Cómo?	¿Para qué?	¿Qué hace el investigador?	Obstáculos	Factor facilitador
ESTRATEGIA 1: Identificar el personal responsable en el nivel I (dispensarios del SSC) y el nivel II hospital IESS Latacunga para la implementación del proceso del sistema de RC.									
<p>ACTIVIDAD 1</p> <p>Comprometer al personal de médicos tratantes de los dos niveles en el manejo del formato de R C en coordinación con estadística, servicio social y admisión</p>	<p>Porcentaje de médicos tratantes que usan adecuadamente el formato de R C</p> <p>Adecuado: es el llenado correcto de la R C y la entrega oportuna al paciente y al responsable de admisión</p>	<p>En el momento de atender la consulta externa y las emergencias</p>	<p>Médicos tratantes en coordinación con Admisión, Servicio Social y el Director</p>	<p>En consulta externa del nivel I y II</p>	<p>Porcentaje de formatos de R C Llenados adecuadamente</p>	<p>Porcentaje de HC que muestran en su contenido el formato lleno de CR/total de HC de cada dispensario</p>	<p>Controla y corrige las dificultades encontradas en el llenado del formato de R C.</p>	<p>Médicos tratantes que aduciendo la falta de tiempo en la consulta externa no llenan las contrarreferencias en el nivel II. Pacientes que no tienen la cultura para exigir las contrarreferencias.</p>	<p>El autor se desempeña como Director del Hospital</p>
<p>ACTIVIDAD 2</p> <p>Encargar la responsabilidad del manejo del formato de R C de los pacientes hospitalizados y de emergencia a los médicos residentes de cada servicio.</p>	<p>Porcentaje de médicos residentes que usan adecuadamente el formato de R C</p>	<p>En el momento de atender las emergencias y al egreso de pacientes.</p>	<p>Médicos residentes en coordinación con Admisión, Servicio Social y el Director</p>	<p>En hospitalización, emergencia y observación de emergencia</p>	<p>Porcentaje de formatos de R C. Llenados adecuadamente</p>	<p>Porcentaje de HC que muestran en su contenido el formato lleno de CR/total de HC de cada dispensario</p>	<p>Controla y corrige las dificultades encontradas en el llenado del formato de R C.</p>	<p>Médicos residentes que no acatan la disposición en su totalidad.</p>	<p>El autor se desempeña como Director del Hospital</p>
ESTRATEGIA 2: Elaborar un manual de normas de RC de pacientes entre el nivel I (dispensarios del SSC) y el nivel II Hospital IESS Latacunga.									
<p>ACTIVIDAD</p> <p>Elaborar en forma consensuada con los involucrados en el proceso de R C un manual de normas.</p>	<p>Directores técnicos, Jefe de residentes, personal administrativo de admisión, estadística, y médicos tratantes.</p>	<p>Previo la implementación del sistema en reuniones participativas</p>	<p>Con todos los involucrados</p>	<p>En los 38 dispensarios del SSC y en el hospital</p>	<p>Observando la aplicación de las normas de RC</p>	<p>Para conseguir la homologación de criterios y el cumplimiento de un SRC</p>	<p>Sistematiza y vigila el cumplimiento</p>	<p>Resistencia al cambio de algunos empleados.</p>	<p>Convocatoria del autor</p>

ESTRATEGIA 3: Capacitar al recurso humano del SSC y del Hospital IESS – Latacunga en el llenado adecuado del formato de RC aplicado al proceso									
ACTIVIDAD Realizar dos eventos de socialización del proceso de R C con el personal de salud de los dos niveles.	Personal de salud del SSC y médicos, servidores administrativos involucrados del nivel II	Antes y durante la implementación	El Director del hospital y los responsables de cada área	En el auditorio del hospital	Por medio de conferencias utilizando audiovisuales	Para unificar criterios y establecer compromisos	Actúa como facilitador	La necesidad de suspender agendas de los médicos	Ninguno
ESTRATEGIA 4: Conformar un Comité de seguimiento de las R C, desarrollar herramientas metodológicas, con un sistema de comunicación, información y acuerdos mínimos entre los dos niveles de atención									
ACTIVIDAD 1 Conformar un comité de vigilancia y seguimiento de las R C.	Personal de salud designado por el nivel I y el nivel II del IESS	Al iniciar la implementación del sistema.	Con los actores involucrados	En asambleas con los involucrados	Mediante designación democrática y por afinidad	Para colaborar en el cumplimiento pleno de las normas y en el seguimiento de la implementación	Facilitador	La dispersión geográfica de los dispensarios	
ACTIVIDAD 2 Implementar reuniones trimestrales con las personas involucradas de los dos niveles en el comité de seguimiento de la R C.	Por convocatoria del Director a los miembros involucrados	Al cumplir el primer trimestre de la implementación del sistema	Con todos los involucrados de los dos niveles	En el nivel II	Previa convocatoria telefónica	Para analizar y corregir en forma oportuna el cumplimiento de los objetivos propuestos	Dirige y facilita las reuniones	Cruce de horarios de trabajo	Motivación
ESTRATEGIA 5: Construcción de una red de movilización de referencias identificando conectores específicos entre los dos niveles									
ACTIVIDAD Comprometer a cada equipo de salud en la conformación de una red de movilización de referencias al nivel II con vehículos privados o ambulancias	Directivas de trabajadores de la salud del SSC y afiliados	En el primer semestre	Con los dirigentes.	En el Hospital IESS- Latacunga	La elaboración un proyecto para presentarse a las autoridades del IESS y Gobiernos seccionales	Para garantizar el traslado de pacientes referidos	Asesora y facilita el proceso	Falta de financiamiento	

16.6 EVALUACIÓN OPERATIVA.

La evaluación operativa realizada en el presente trabajo me permitió medir el grado de cumplimiento de cada una de las actividades planteadas en las instrucciones operativas con la finalidad de cumplir con las estrategias, es así que la evaluación operativa que se detalla a continuación permite conocer y evaluar el cumplimiento de las instrucciones operativas (estrategias y actividades), durante el periodo de ejecución del presente trabajo comprendida desde Diciembre 2010 a Abril 2011.

Del análisis al cumplimiento de las cinco estrategias identificadas con sus respectivas actividades se obtuvo los siguientes resultados:

- a) La tarea para identificar al personal de salud de los dos niveles que se encontraba inmerso en el proceso de referencia y contrarreferencia entre el primero y segundo nivel se logró luego de la realización de reuniones de tipo informativa y de compromiso para participar en forma activa en el manejo del formato de RC en una actividad coordinada con el servicio de estadística, servicio social y admisión; del grupo de médicos del SSC la colaboración fue en un 95%, demostraron una participación activa mediante el llenado completo de formato de referencia; un 5% de los médicos de quienes no se logró su integración al manejo del formato de referencia propuesto, sin embargo lo hicieron utilizando el formato antiguo denominado "epicrisis"⁷ (transferencias), ante lo cual fue necesario conseguir desde la coordinación regional una disposición administrativa que legalice el uso del nuevo formato.
- b) En lo que respecta a la actividad de encargar la responsabilidad del cumplimiento de las contrarreferencias de los pacientes que egresan del hospital o que retornan al primer nivel desde el servicio de emergencias se alcanzó una participación muy activa de la totalidad de médicos residentes a quienes se les comprometió como parte de sus obligaciones laborales el llenado de estas contrarreferencias.
- c) La revisión de un manual de normas que regule la referencia y contrarreferencia se orientó a establecer criterios y conceptos unificados entre el personal de salud involucrado en el sistema; se logró establecer la aceptación de un manual que identificaba a los responsables de cada nivel en el manejo y registro de las referencias y contrarreferencias.
- d) La capacitación al recurso humano de los dos niveles se efectuó en forma parcial toda vez que por situaciones de tiempo no se pudo lograr el involucramiento de la totalidad del personal de salud del primer nivel; en lo que respecta al personal del segundo nivel, la participación fue muy activa, por parte de médicos residentes, trabajadora social y responsables de admisión y estadística.

⁷ Epicrisis: Es un resumen de las atenciones brindadas a un paciente para ser notificadas a otra unidad médica.

- e) Del personal de salud involucrado se seleccionaron a dos médicos del SSC, una auxiliar de enfermería del mismo seguro, un médico residente y un director técnico del hospital para que junto con el autor realicen el seguimiento al cumplimiento de las disposiciones administrativas respecto al SRC.
- f) Las reuniones trimestrales con los involucrados en el sistema y que laboran en los dos niveles solo se logró realizar por una ocasión en el mes de Abril la participación fue parcial por las situaciones de horarios y de responsabilidad en sus servicios, sin embargo de lo cual en forma individual cada uno de los involucrados ratificaron su voluntad de colaborar para continuar fortaleciendo el sistema.
- g) En cuanto a la conformación en la red de movilización: no fue posible organizarla.

16.7 EVALUACIÓN ANALÍTICA.

La evaluación analítica es la que nos permite analizar los resultados alcanzados con las acciones propuestas para cambiar o modificar la situación problema; en la presente investigación, nos referimos al grado en que se mejoran la continuidad, se reducen las tasas de referencias de acuerdo a estándares de APS y se da cumplimiento a las contrarreferencias; igualmente la realización de la síntesis de la información de la historia clínica en el primer nivel, según referentes de APS.

Esta investigación permitió identificar obstáculos y facilitadores desde las perspectivas de diversos actores del sistema y alcanzar gran parte de los objetivos.

Las referencias desde los dispensarios del SSC al Hospital de Latacunga se producían en un 20 %, esto se determinó al iniciar el trabajo y revisar los datos estadísticos del año 2009, de las referencias el 15 % se efectivizaban al ser atendidos en el Hospital IESS de Latacunga según registros estadísticos, al realizar el análisis del periodo del presente estudio se pudo establecer que de doce dispensarios seleccionados al azar, el 15 % de atenciones merecieron una referencia y de éstas el 9.7 % eran a consulta externa, el 10.4 % a emergencias, estableciéndose que se disminuyeron en un 5%, esto se determinó en base a la revisión de los formularios de control de referencias y contrarreferencias implementados en los dispensarios, y los datos de productividad del sistema informático AS400 del Hospital.

Las contrarreferencias, que prácticamente no se realizaban, se lograron ejecutar desde el hospital con un llenado casi completo del formulario implementado para el efecto; con ello se logró que el 60% de las referencias desde el primer nivel tengan una contrarreferencia que llegó al dispensario y fue registrada; esta información fue recogida de los formularios de registro de RC de los dispensarios seleccionados para la evaluación.

Un resultado esperado fue el mejoramiento de la continuidad de la atención, para lo cual se consideró como un indicador el porcentaje de pacientes referidos para intervenciones quirúrgicas programadas y de emergencia que fueron admitidos en el Hospital del IESS, y que a su vez merecieron una contrarreferencia, se registro las mismas en el formulario

respectivo, lo que permitió determinar que el 70 % tuvo contrarreferencia así se logro una continuidad en el tratamiento, seguimiento del postoperatorio y la posterior evaluación de la patología sometida a intervención quirúrgica.

La síntesis de la información no se cumplió en las historias clínicas, dato que se obtuvo por información verbal de los médicos tratantes de los dispensarios, quienes en su totalidad manifestaron no haber realizado la síntesis por falta de tiempo y que podrían realizar progresivamente en el futuro cuando dispongan del formulario respectivo y tengan la disposición superior para hacerlo.

Tabla No. 3 Evaluación analítica.

Orden	Variables	Indicador del problema	Indicador esperado del resultado	Fuente	Técnica	Instrumento	Referente
1	Referencia	20% de las consultas externas de los dispensarios son referidas	15% de las consultas externas de los dispensarios son referidas	Historias clínicas y estadísticas del SSC	Revisión documental	Formulario de control de R y CR	15% de consultas externas son referidas (APS)
2	Contrarreferencia	0.5% de las referencias del nivel I tienen la CR respectiva en la HC	EL 60% de las R del nivel I tienen la CR respectiva en la HC	Historias clínicas y estadísticas del SSC	Revisión documental	Formulario de control de R y CR	El 80% de referencias tienen CR (APS)
3	Continuidad	Solo el 10% de pacientes referidos para intervenciones quirúrgicas	El 70% de pacientes que egresan del hospital luego de la intervención quirúrgica llevan una contrarreferencia al nivel I.	Historias clínicas y estadísticas del SSC	Revisión documental	Formulario de control de R y CR	El 90% de referencias tienen CR (APS)
4	Síntesis de la información	El 0% de HC tienen una síntesis de la información adecuada	50% de las HC de cada dispensario sintetizan la información adecuadamente	H. Clínicas	Revisión documental	Formulario de control de R y CR	90%

17. RESULTADOS.

El presente trabajo está encaminado a la implementación de un sistema de referencia y contrarreferencia mediante la aplicación de un formulario establecido para el efecto, se da inicio a la aplicación del formulario desde el 15 de Diciembre de 2010, conforme lo programado se realizó un corte al cuarto mes, con un análisis estadístico del cumplimiento de las referencias y contrarreferencias en los dos niveles del IESS.

El estudio presenta un marco conceptual referido a un SRC, su impacto sobre la continuidad y calidad de la atención, con énfasis en conceptos de aspectos administrativos y metodológicos que intervienen en el proceso y que permite mantener el cumplimiento de un modelo de atención basado en Atención Primaria en Salud (APS) con niveles de atención debidamente establecidos en el sistema, formando parte de una Red plural de prestadores de salud del IESS, en ese contexto el SRC aparece fraccionado con el incumplimiento de las contrarreferencias, un personal médico en el segundo nivel poco interesado en las contrarreferencias, un sistema administrativo a nivel del hospital que exige como requisito para la atención tan solo la presentación de las referencias pero desconoce la importancia de las contrarreferencias, todo esto impide una articulación real entre los dos niveles de atención y un funcionamiento armonioso del Sistema.

Los datos estadísticos existentes solo miden las referencias, restando importancia a las contrarreferencias, sin establecer responsables en el proceso, una propuesta de cambio mediante acciones como: el uso adecuado del formulario de RC, el establecimiento de normas, de responsables para el manejo del sistema, capacitación al recurso humano, conformación de comités con integrantes de los dos niveles; todo esto hace posible el uso adecuado del formulario de RC, mejora la continuidad, permite sintetizar la información en el primer nivel, realizar referencias oportunas y verdaderas para descongestionar el segundo nivel y contribuir a una mejor calidad de la atención.

Para el presente estudio se planteó como objetivo general el implementar y operativizar un SRC de pacientes entre el primer nivel constituido por los dispensarios del SSC y el segundo nivel, que sea debidamente articulado y con la responsabilidad del personal de salud en el proceso, que las normas sean aplicables para garantizar la calidad de los servicios y una atención continua de los episodios de enfermedad: para conseguir, se propusieron las siguientes metas intermedias:

1.- Elaborar una guía de observación que permita realizar un diagnóstico situacional del Sistema de Salud existente en el primer nivel constituido por los dispensarios de SSC y básicamente del manejo que se venía dando al proceso de referencias y contrarreferencia de pacientes entre este nivel y el HIESS-L; cabe destacar que las autoridades regionales del SSC desde el primer momento se mostraron abiertas a brindar su colaboración, entregaron la información estadística solicitada.

Con este diagnóstico se pudo determinar que el personal de estadística del hospital, se limitaba a guardar en un archivo el original del formulario de la referencia enviada desde

el Dispensario, desconoce para que lo hacía, que fin tenía y desconoce por completo la necesidad de una contrarreferencia, de igual forma el servicio social no tenía un conocimiento de la importancia que tiene el manejo del SRC.

2.- Identificar en forma participativa la problemática del primer nivel, actividad que fue posible gracias a la intervención activa del personal de salud que labora en las unidades operativas del SSC, entre los cuales desde un inicio se notó la preocupación y al mismo tiempo la intranquilidad por la inexistencia de un grado mínimo de coordinación con autoridades y personal de salud del hospital, ellos manifestaron su preocupación por el mal trato que recibían los pacientes que son referidos desde sus unidades, manifestaron además que los médicos del hospital minimizan su actividad y más aún su criterio clínico, factor que influiría en una falta de envío de contrarreferencias

3.- Para analizar los datos estadísticos en el nivel dos fue necesario acudir ante la persona responsable de estadística, quien solo guardaba un registro de las referencias del SSC que acuden a consulta externa, no existía un archivo ordenado de las atenciones de emergencia brindadas a los referidos del SSC; uno de los sistemas informáticos que maneja el Hospital a través del AS – 400 no disponía ningún registro estadístico de contrarreferencias, administrativamente nunca recibió la disposición para el cumplimiento con la importancia del mismo.

Se usó metodología cualitativa, basada en la observación participante y documental, con revisión de datos estadísticos oficiales, el uso de entrevistas a informantes claves, encuestas a profesionales involucrados en el sistema. Las unidades de análisis fueron los 38 Dispensarios, el HIESS–L y los departamentos hospitalarios involucrados en el proceso.

Los datos se obtuvieron de entrevistas directas a los directivos de los dispensarios (fuentes primarias); la producción diaria, registros estadísticos de los diversos especialistas que laboran en consulta externa, emergencia y hospitalización, el número global de consultas y el porcentaje que correspondía a referencias (fuentes secundarias).

Seguidamente se seleccionaron estándares validados por la bibliografía sobre referencias, contrarreferencias, continuidad, síntesis de información, para establecer parámetros esperados que permitan analizar las variables establecidas.

En cuanto a los resultados que sustentan la modificación de la problemática inicial podemos mencionar:

Las referencias desde los dispensarios del SSC al Hospital de Latacunga se disminuyeron en un 5%, esto se determinó en base a la revisión de los formularios de control de RC implementados en los dispensarios, que para el presente trabajo se selecciono de doce dispensarios escogidos al azar.

Las contrarreferencias alcanzaron un incremento significativo lográndose que el 60% de las referencias desde el primer nivel tengan una contrarreferencia que llegó al dispensario

y fue registrada, esta información fue recogida de los formularios de registro de RC de los dispensarios seleccionados para la evaluación.

La continuidad, fue posible evaluar en base a los pacientes que son referidos para tratamiento quirúrgico en el Hospital de Latacunga, se logro que llegue al primer nivel el 70% portando las contrarreferencias, esto permitió tener una continuidad en el tratamiento, seguimiento y posterior evaluación de la patología sometida a la intervención quirúrgica.

La síntesis de la información no se alcanzó su cumplimiento en las historias clínicas, este dato se obtuvo por información verbal de los médicos tratantes de los dispensarios, quienes en su totalidad manifestaron no realizar por falta de tiempo y que podrían ir realizando progresivamente en el futuro cuando dispongan del formulario respectivo y tengan la disposición superior para hacerlo.

18. DISCUSIÓN.

En la última década nuestro país ha realizado varios esfuerzos orientados a la conformación de redes de salud, estos se han basado en la elaboración de la ley del Sistema Nacional de Salud, en disposiciones de la Constitución de la República – 2008 en la parte fundamental pretenden la aplicación de un modelo de salud que permita la universalización del servicio bajo principios de eficiencia, eficacia para lo cual se requiere de un Sistema de Salud organizado por niveles de atención con mecanismos de RC de pacientes basados en principios de APS. Dentro de lo cual es importante el manejo de conceptos básicos como referencia, contrarreferencia, niveles de atención, puerta de entrada al sistema y otros, con la finalidad de conocer y profundizar en el manejo de una normativa común en todo el Sistema público de prestadores de salud. En este aspecto hay que destacar que el establecimiento de una puerta de entrada al sistema por el primer nivel de atención solo será posible su cumplimiento con un manejo efectivo del SRC, con un establecimiento pleno del paquete de prestaciones en cada nivel y sin descuidar el mejoramiento progresivo de la capacidad resolutoria con la ubicación de recurso humano calificado, con la tecnología apropiada que permita una atención de calidad al usuario.

En el IESS de Cotopaxi el régimen de referencia y contrarreferencia no tiene una coordinación previamente determinada. Esta investigación constituye un primer avance de lo que podría ser un sistema de referencia que forme parte de la red plural de prestadores que el IESS se encuentra en proceso de constituirlo.

En la provincia de Cotopaxi el IESS, no solo tiene a un primer nivel representado por los dispensarios del SSC, sino que además cuenta con once dispensarios anexos que funcionan en empresas y fábricas; es importante destacar también la existencia de un primer nivel anidado en el mismo hospital de Latacunga que no tiene un paquete de prestaciones debidamente establecido, lo que permite que la acción de los médicos generales invada campos destinados a un segundo nivel, en desmedro de acciones de promoción y prevención que poco o nada se hace en este hospital.

La desorganización que se produce al no tener un paquete de prestaciones debidamente establecido para todos los prestadores del primer nivel, determina que un porcentaje significativo de afiliados no utilicen una puerta de entrada al sistema en forma adecuada, hecho que conlleva a una sobreutilización de ciertas especialidades en desmedro de la calidad y el acceso de los usuarios.

De revisiones realizadas a investigaciones existentes sobre el tema observamos que los problemas que se presentan en las referencias en su mayoría se deben a la falta de comunicación médica y desconocimiento de la red que se ha estructurado para el sistema de acuerdo al modelo planteado; el manual que se ha generado en este trabajo recoge experiencias diversas entre las cuales se destaca la del Ministerio de Salud Pública que ha permitido tener un manual que será bastante adecuado a las necesidades de los niveles I y II del IESS Cotopaxi.

Los actores involucrados en los niveles I y II del IESS al no existir normativa clara que regule el SRC se ven abocados a manejar diferentes formas de implementación, por ello la vigencia concertada de un manual de referencias permitirá tener procedimientos y conductas comunes que lleven a una vigilancia y control del sistema cuyos resultados puedan ser observables y medibles estadísticamente a través de indicadores.

En cuanto a la contrarreferencia se requiere consolidar el proceso de retorno de los pacientes a su nivel y/o residencia de origen; sobre las contrarreferencias realizadas se estima que son pocas y de ellas, casi ninguna cumple con el correcto llenado de las variables incluidas en el formato.

Es importante destacar como fruto de este análisis, algunos aspectos a considerarse en cuanto a la referencia de pacientes:

- Debe existir una información sobre los diferentes actores que conforman la red de servicios, disponible en los dos niveles que permita la oportuna y adecuada referencia de usuarios.
- Todo usuario referido debe ir acompañado de la información necesaria para brindar una adecuada atención y manejo mediante el registro de las variables establecidas en el formato de referencia, el dispensario remitente debe asegurar el transporte del usuario referido y en lo posible mantener una comunicación previa con la Unidad de Referencia para garantizar la atención oportuna.
- En todo usuario referido se debe respetar las pautas culturales y creencias de los diferentes grupos étnicos, es conveniente en todos los casos referidos de pacientes en estado crítico, llenar el formato de “consentimiento informado”.
- La institución que recibe la referencia deberá atender de forma preferente, procurando un trato adecuado que evite la repetición de acciones anteriormente realizadas en la institución que refiere y que permita brindarle una atención oportuna y resolutive.

- En todos los casos, se evitará la retención del paciente en un nivel que no le corresponda.
- En los casos de atención de urgencias de pacientes autorreferidos se le brindará las medidas necesarias para proteger su vida y mejorar su pronóstico, luego se definirá el sitio donde se continuará la atención en forma integral, según las normas de referencia y contrarreferencia.

En base a los conocimientos adquiridos durante la Maestría, reforzado con revisiones bibliográficas sobre el tema, se logró analizar de qué manera se estaba cumpliendo este proceso en los niveles de salud del IESS de la provincia de Cotopaxi. El personal de salud de las unidades operativas del SSC identificó varios problemas que afectan a este Seguro, mirando desde la perspectiva del personal de salud, dentro de los cuales se priorizó la falta de continuidad en la atención de episodios de enfermedad afectada por la falta de cumplimiento de las contrarreferencias.

Los directivos y médicos de los dispensarios del SSC consideran que el incumplimiento de las contrarreferencias afecta la calidad de su atención, en cuanto se refiere a la continuidad; sin embargo, en las reuniones mantenidas no se logró formular propuestas que permitan una solución al problema, se resisten a reconocer que el problema probablemente no solo está en la falta de una normativa o en la falta de compromiso de los médicos del nivel dos, en las primeras reuniones una gran mayoría de ellos restan importancia a la síntesis de la información. No se observó predisposición para realizar un análisis profundo del tipo de referencias, el llenado adecuado de las variables que están incluidas en el formulario y de encontrar mecanismos de seguimiento al paciente referido, para garantizar el cumplimiento de una referencia que impida el agravamiento de una enfermedad, la prolongación de las fases de tratamiento y rehabilitación y además el agravante social al mantenerlo apartado de su comunidad o de su núcleo familiar por tiempos prolongados.

Por otra parte, entre los médicos tratantes del hospital de Latacunga se evidenció una franca resistencia a cumplir con las contrarreferencias del SSC, aducen su poca importancia, dan solo un valor legal a las referencias como requisito para acceder a la atención en el segundo nivel, varios de ellos consideran que el llenado del formato con todas sus variables de la contrarreferencia o de las interconsultas es un desperdicio de tiempo, que en nada beneficia al paciente, toda vez que los médicos del nivel uno, según su apreciación, refieren al paciente porque no están en capacidad de solucionar su dolencia.

Es importante comentar sobre la actitud del personal del Hospital que trabaja en estadística, archivo clínico, quienes en el primer contacto durante el cual se solicitó información sobre el manejo que se venía dando al SR-CR del SSC, manifestaron que nunca han recibido disposiciones administrativas al respecto, que por iniciativa de ellos proceden a archivar el original del formulario de referencia que envían los médicos del SSC en una carpeta de archivo; manifestaron desconocer sobre las contrarreferencias,

toda vez que no existe mecanismo alguno para su registro; los médicos tratantes reconocían que en muy raras ocasiones llenan las contrarreferencias, y cuando lo hacen son reportes muy sintetizados debido al “poco tiempo” que disponen para hacerlo, casi siempre por exigencias del propio paciente, con la finalidad de obtener la renovación de una referencia que de acuerdo a la normativa del SSC tiene una validez de dos meses.

Desde Abril del año 2009 entró en funcionamiento en el IESS el servicio de reserva de citas médicas a través del Call Center. Este hecho ha provocado más dificultades en el acceso de los pacientes del SSC al segundo nivel, toda vez que en varias de las comunidades campesinas no existe sistema telefónico convencional fijo, y en otras la telefonía móvil no tiene cobertura. Esto limita el acceso oportuno a las consultas de especialidad, situación que se agrava por el congestionamiento de ciertas especialidades como traumatología, dermatología, oftalmología en el segundo nivel y presenta una situación paradójica, ya que al no obtener una cita oportuna con el especialista los afiliados campesinos se ven obligados a utilizar su referencia del primer nivel para la atención de médicos generales del segundo nivel; esta situación provoca inequidades en el acceso a la atención del segundo nivel.

El hospital del IESS de Latacunga actualmente cuenta con un sistema de manejo de la información con la historia clínica magnética en el sistema AS 400, este hecho viene también a provocar más dificultad en el manejo de las contrarreferencias, debido a que ya no se abren historias clínicas físicas cuando el paciente no amerita hospitalización; por lo tanto el paciente referido a consulta externa sin ser hospitalizado, solo tendrá la historia clínica magnética; ahí constarán los reportes de exámenes clínicos, de laboratorio, de radiología, interconsultas, igual hecho sucede cuando el paciente es atendido por emergencia sin hospitalización. Al no existir historia clínica física, el formato de referencia y contrarreferencia que se archiva en estadística corre el riesgo de extraviarse; este sistema de registro magnético que trabaja en red con el tercer nivel y con otras unidades del nivel dos, facilita la referencia y contrarreferencia electrónica entre estos dos niveles.

Indudablemente, no solo se requiere de un manual de normas y procedimientos para el sistema de referencia y contrarreferencia entre los niveles uno y dos del IESS de Cotopaxi, si bien las normas exigen el cumplimiento, se establecen flujogramas para el proceso, pero más allá de ello es indispensable el involucramiento de todos los actores del sistema de salud que laboran en sus niveles, se necesita la suscripción de acuerdos y compromisos de las personas que participan en el proceso, principalmente de los médicos especialistas, residentes, funcionarios de estadística, archivo, trabajo social, directores de hospitalización y ambulatorios, jefes de servicio al asegurado entre otros, solo de esta manera se conseguirá cumplir con los objetivos propuestos.

Para lograr los objetivos fue indispensable conformar un Comité de Vigilancia y seguimiento de la aplicación de la norma y la evaluación periódica del proceso.

El mejoramiento de los procesos, sin lugar a dudas, mejora la calidad de las prestaciones, tratándose de la atención médica a los afiliados del SSC en el primer nivel y del Hospital

del IESS Latacunga como segundo nivel, el proceso de atención continua mediante un SRC permite en la presente investigación no solamente tener un conocimiento más profundo de los diversos factores que pueden favorecer y afectar un SRC sino también las actitudes y pautas de comunicación presentes entre los actores del sistema; esto se constituye en un pre-requisito que permitió mejorar la coordinación entre los dos niveles y al interior de cada servicio, de tal forma que la trabajadora social del Hospital hoy se responsabiliza de vigilar el cumplimiento por parte de los médicos residentes del cumplimiento de las CR.

Es importante desarrollar intentos de normalizar la actividad de la atención médica que permita reducir el grado de incertidumbre; por ello la referencia y contrarreferencia se constituye en un conjunto de normas, criterios y procedimientos que los profesionales médicos interpretan y aplican de modo heterogéneo. El conocimiento de las actitudes y las pautas de comunicación son aspectos que fortalecidos permiten mejorar la coordinación en la atención de salud en los dos niveles del IESS.

La hipótesis planteada en la presente investigación tiene un valor que no radica exclusivamente en su comprobación, sino en la riqueza de información sobre el proceso de atención que se obtiene a través del análisis y seguimiento a una propuesta de mejorar el SRC; la propuesta de la presente investigación permite en gran medida que los profesionales involucrados en el sistema puedan formar un mejor equipo de salud o por lo menos contribuyan a arrojar luz sobre algunos aspectos e interrelaciones de variables que operan en la atención en los afiliados, tanto en el primer nivel como en el segundo nivel, y su pleno conocimiento contribuye a ir perfeccionando progresivamente el SRC como insumo importante para un trabajo en red de salud pública que se enmarca a su vez en las políticas nacionales del MSP como órgano rector.

El seguimiento continuo a un episodio de enfermedad se analizó tomando como alusión las referencias de pacientes para intervenciones quirúrgicas sean estas emergentes o programadas; lo que se evidenció al lograr que con las contrarreferencias el médico del primer nivel esté informado de los procedimientos ejecutados y pueda realizar el manejo postoperatorio mediato y tardío de esos pacientes sin tener que referir en forma innecesaria y con ello incrementar la demanda del segundo nivel.

El cumplimiento de la síntesis de la información no fue posible lograr, pienso que por dos aspectos: primero la falta de una capacitación más profunda los médicos que no tienen formación en APS y desconocen el beneficio y uso de la Síntesis de la información como parte de la historia clínica y otra por el corto tiempo para evaluar, conforme sigan llegando las contrarreferencias del primer nivel.

Será importante en lo posterior sistematizar el saber – hacer profesional en lo que se refiere a normas y procedimientos internos del SRC; la coordinación y comunicación entre profesionales de los dos niveles es un aspecto en el cual los cambios no son fáciles de alcanzar, el profesional especialista mira un primer nivel como un servicio básico y

elemental y se resiste (aunque no abiertamente) a contra referir la información adecuada para un manejo continuo en un primer nivel.

En esta investigación se detectaron aspectos importantes tales como: la transmisión de información escrita en forma manual y en medio físico (Hoja de Referencia y Contra referencia); la contrarreferencia es otorgada desde la consulta externa cuando el paciente la piden o a voluntad del médico, los médicos del SSC “le piden al paciente que pida”; el paciente dice la información verbalmente al médico que le refirió; falta información de profesional a profesional; es muy escasa la visualización de los profesionales médicos del hospital acerca de la necesidad de realizar la contrarreferencia.

Existe dificultad para identificar y comprometer al profesional especialista responsable de realizar la contrarreferencia, en la presente investigación se debió involucrar a los médicos residentes en su envío, en coordinación con la trabajadora social.

Desde la consulta externa la dificultad de alcanzar las contrarreferencias ha sido mayor; la disparidad de criterios de los médicos tratantes quienes manifiestan que “solo entregarán contrarreferencias cuando el paciente tenga el alta”, si el paciente es interconsultado a otra especialidad, los médicos especialistas dicen que la contrarreferencia debe ser otorgada por “el último médico que lo valora”.

No se analizó el cumplimiento de las referencias y los factores que favorecen o afectan su cumplimiento; sin embargo, por la ubicación geográfica de los dispensarios del SSC, es la accesibilidad geográfica y económica, probablemente también cultural la que afecta su cumplimiento.

Es importante insistir en lo observado en cuanto a la sub-estimación desde el nivel dos del rol que desempeñan los Dispensarios del SSC, así como el temor de los profesionales de dejar ir al paciente del hospital.

Es importante destacar como aspectos facilitadores para la vinculación entre el primer y segundo nivel de atención los siguientes: los vínculos afectivos y estables que tienen los médicos y enfermeras de los Dispensarios del SSC facilitan la vuelta del paciente a su médico del primer nivel.

La amistad y afecto del investigador con los profesionales de los dos niveles así como el haber trabajado en el primer y segundo nivel y el ejercer la dirección del hospital facilita la referencia y contrarreferencia; así como también el tener un mayor conocimiento acerca de la institución y de los procedimientos administrativos.

Hay que destacar que sí existe una visualización entre los profesionales médicos, enfermeras, trabajadoras sociales acerca de la necesidad de mejorar la articulación entre el primero y segundo nivel de atención.

El marco normativo oficial del IESS respecto al SRC es incipiente y difuso, relacionándose más a una tradición oral vinculada a prácticas informales y circunstanciales que a normas

como las propuestas en la presente investigación que al no ser de cumplimiento obligatorio y de disposición nacional, no se ejecutan al 100%.

El SSC y el Seguro General de Salud mantienen modalidades organizativas no uniformes, conductas que no favorecen la relación entre los dos niveles, el circuito de los pacientes se interrumpe en el segundo nivel de atención.

La demanda espontánea por síntomas o signos catalogados por el afiliado como emergentes, que acuden directamente al servicio de emergencia del hospital sin previa consulta en el Dispensario del SSC ocasionan también el no cumplimiento del circuito de referencia y contrarreferencia.

Es recomendable el emprendimiento de procesos de capacitación como modalidades de aprendizaje en servicio que puedan fortalecer las formas espontáneas de comunicación ya existentes, que integren formas renovadas y sistemáticas de consulta, de registro y evaluación.

El Seguro Social Ecuatoriano se constituye en una oportunidad estratégica para implementar un SRC ya que cuenta con una población cautiva y adscrita a cada Unidad Médica tanto en el SSC cuanto en el Seguro General, esto podría servir como un modelo para implementar progresivamente el sistema en todo el servicio público de la Provincia de Cotopaxi y del país.

La población afiliada del SSC tiene particularidades culturales y de idioma toda vez que un alto porcentaje de ellos hablan el quichua, lo que genera ciertas barreras culturales por lo que una referencia debe ser debidamente justificada y ajustarse a sus condiciones patológicas. Será importante además que el segundo nivel incorpore dentro de sus servidores a personas que hablen el quichua con la finalidad de generar ambientes de confianza con los pacientes referidos (quichua hablantes). Se ha detectado que algunos afiliados presentan resistencia al momento de referirles en respuesta a sus patrones culturales, al alejarlo de su hogar y grupo familiar

Otro aspecto importante es el control y evaluación de los responsables operativos del sistema, en cuanto a las condiciones que obligan a la referencia del paciente; será muy importante fortalecer la capacidad resolutoria del primer nivel, además de mantener un listado consensuado de las patologías que debe referir a un segundo nivel.

No se puede descuidar la movilización del afiliado desde el primer nivel; toda vez, que en las zonas rurales no existen ambulancias, los medios de transporte público son casi ausentes y el alquiler de vehículos privados demanda egresos económicos muy altos, este aspecto que no fue analizado en la presente investigación; sin embargo, es parte fundamental del sistema en el cual lo recomendable es una activa participación comunitaria para buscar alternativas y que mejor si todas las unidades del primer nivel logran a futuro contar con una movilización mediante ambulancias que fortalecería un SRC.

Un SRC tiene importantes ventajas, ya que dirige, orienta, vigila y fortalece la red de servicios de salud al actuar el SRC, como verdadero sistema integrador enfocado a la demanda con lo que se logra evitar sub registros, disminuir los tiempos de espera, evita desplazamientos inútiles y consultas innecesarias que llevan a una sobre demanda de los servicios de especialidad; un sistema adecuado debe simplificar los trámites de referencia, recepción y contrarreferencia del paciente asegurando el seguimiento del paciente, longitudinal y global, hacia una atención oportuna e integrada.

En lo que respecta a la continuidad de la atención de un episodio de enfermedad o entre episodios se ha logrado en este trabajo determinar que la implementación de SRC permite una atención oportuna, siempre que se logre responder con las prestaciones de salud a los perfiles epidemiológicos de la población.

Se pudo identificar como una desventaja a la aplicación del sistema, las actitudes asumidas por el prestador de los servicios en el hospital, al considerar la referencia como sobre carga asistencial y de igual forma en el primer nivel, por considerarse en cierta medida descalificados en su intención de poder dar solución a los problemas que aquejan al paciente, así como por considerarse afectados en cierta medida en su autonomía de gestión, al no entender que el sistema intenta la cooperación para fortalecer la calidad, al evitar el rechazo o la retención no justificada de pacientes.

La aplicación de los formatos de referencia y contrarreferencia así como de los formatos de control y seguimiento de referencia y contrarreferencia en la fase inicial y luego de la socialización y capacitación para su aplicación, no fueron bien aceptados por algunos Médicos y Auxiliares de Enfermería de los Dispensarios, aspecto que fue mejorando en el transcurso de las semanas.

El comité constituido entre los actores de salud de los dos niveles para la referencia y contrarreferencia de pacientes promueve que los pacientes reciban un trato igualitario, digno, que reciban información oportuna, que el formulario de referencia y contrarreferencia sea llenado en forma íntegra, y llegue a cada nivel con oportunidad; asimismo el comité se constituye para apoyar al personal operativo en el envío y regreso de pacientes entre las unidades médicas de los dos niveles, simplificando los pasos administrativos, y coadyuvando a un mejor funcionamiento del sistema. El comité analiza, igualmente, los problemas detectados durante la referencia y contrarreferencia de pacientes, identifica causas que lo originan, implementa acciones que hagan funcionar el sistema corrigiendo desviaciones en el nivel correspondiente.

En el caso de la Provincia de Cotopaxi, esta implementación del SRC no solo aporta a dar pasos importantes en la red del salud del IESS, sino que más allá de ello permite aprovechar este insumo para ir trabajando en la red pública de prestadores de salud contemplada en la Constitución de la República y en la ley de Salud. Esta investigación y la experiencia alcanzada coinciden con la disposición dada por la autoridad sanitaria para que sea la Región 3 en donde se inicie la implementación la Red Pública de Salud.

El compromiso de los médicos, auxiliares y odontólogos del SSC transcurrido las tres primeras semanas fue casi total, solo dos médicos no cumplieron a cabalidad las instrucciones en el llenado del formulario de referencia utilizando todos los casilleros, y además con información relevante para el segundo nivel; de igual forma a través de las auxiliares de enfermería de cada Dispensario se logró la implementación de hoja de registro de referencias y contrarreferencias en forma diaria con un llenado manual estos aspectos cabe destacar porque se constituye en un factor importante para poder determinar el cumplimiento y la aplicación de este sistema de traslado de pacientes entre los dos niveles, esto permite mantener un registro y no perder la información relevante como insumo para la síntesis de la información.

En el segundo nivel representado por el Hospital IESS – Latacunga el compromiso no fue el esperado, sin embargo un alto porcentaje de médicos tratantes de Consulta Externa que representa el 50% expresaron su compromiso al llenar en forma manual la contrarreferencia hacia los Dispensarios del SSC. El tiempo que el Hospital administrativamente destina para la atención de cada consulta externa fue sin lugar a dudas el limitante para el cumplimiento y en otros casos para la no aceptación del profesional médico en el llenado de la contrarreferencia.

Es importante destacar que no se logró en un gran número de las contrarreferencias tener un llenado adecuado y completo con datos técnicos y clínicos que requiere el primer nivel para cumplir con una atención de calidad garantizada por la continuidad en la atención, los médicos del Hospital aduciendo la falta de tiempo para esta tarea se limitan a llenar la contrarreferencia con tan solo el resultado del examen más importante o simplemente el diagnóstico, en definitiva la contrarreferencia a pesar de lograr su cumplimiento en un porcentaje significativo sigue siendo un requisito para que el paciente del SSC pueda obtener una actualización de su referencia, más que un aspecto importante como debe ser en un sistema la continuidad de un tratamiento y el poder lograr una síntesis adecuada y completa de la información clínica de cada paciente en el primer nivel de atención.

Fue una decisión acertada el haber comprometido a los médicos residentes para que en forma obligatoria sean ellos quienes llenen las contrarreferencias de los pacientes hospitalizados o admitidos en área de hospitalización de emergencia, a lo que se suma la gestión de trabajo social para hacer un seguimiento a su cumplimiento y participar en la entrega en el momento del alta hospitalaria al afiliado del SSC, con lo que se ha logrado que el cumplimiento de las contrarreferencias en estos casos sea casi total.

De los pacientes referidos de los diferentes dispensarios, el porcentaje de cumplimiento de las referencias hacia el segundo nivel del IESS, en el caso de patologías que requieren una atención emergente es de un 90%; no así cuando deben acudir a consulta externa en donde el cumplimiento se reduce a un 85%. Existen algunos factores que determinan el incumplimiento entre los cuales se considera, principalmente, el acceso a través del sistema de turnos call – center que debido a la sobredemanda de los servicios de los médicos especialistas del segundo nivel ha hecho que el acceso sea limitado y obliga a

los pacientes referidos a acceder a prestadores del MSP o privados; dentro de otras causas están también las referencias innecesarias o falsas positivas que determinan que el paciente obtenga mejoría con medicina alternativa o sin tratamiento médico.

En las instrucciones impartidas al personal de salud del segundo nivel se acordó que el formulario de contrarreferencia desde la consulta externa, hospitalización y emergencia sea transportado por el afiliado, no se encontró otro mecanismo más idóneo para llegar con el formulario físico hasta el dispensario del primer nivel; desafortunadamente, algunos afiliados en este trayecto tienen la posibilidad de extraviar el formulario, lo que genera reclamo de las auxiliares de enfermería del SSC, quienes han recomendado que a futuro se busque otro canal más idóneo para la transportación de las contrarreferencias.

Con el personal médico del SSC no se llegó a consensos en el uso del formulario de interconsultas, ellos mantienen el criterio que su uso es para pedir el asesoramiento o ayuda diagnóstica a un especialista del segundo nivel. Técnicamente cuando se pretende un manejo de un sistema de salud por niveles el concepto de la interconsulta se refiere a la consulta que realiza un especialista a otro del mismo nivel de atención. En todos los casos en los que se traslada un paciente de un nivel inferior a otro de mayor complejidad, ya sea por consulta de especialidad sobre una patología o traslado por emergencia o para hospitalización se utiliza el formulario de referencia; este aspecto generó discusión y no permitió un consenso debido fundamentalmente a la disposición administrativa de las autoridades del SSC a nivel nacional para utilizar los formularios de interconsulta con el criterio antes expresado. En la presente investigación se considera como referencias aquellas que usan los formatos diseñados para el efecto y también los formatos de interconsulta.

En las primeras consultas de los pacientes referidos, el médico especialista aplica el criterio de conceder la contrarreferencia cuando el paciente sea considerado con el alta correspondiente desde la consulta externa; este hecho impide contar con las contrarreferencias en el dispensario, reservándose el médico especialista su derecho a tratar un episodio de enfermedad según la evolución de la misma en dos meses o más. En episodios clínicos de larga evolución o en aquellos que en su proceso de tratamiento tuvieron otras complicaciones, los especialistas de consulta externa con una nota informal o con una contrarreferencia llenada en forma incompleta, envían a solicitar la actualización de la referencia del paciente para cumplir con un requisito que exige la normativa de actualizar cada dos meses.

Por coincidencia, como investigador, he tenido además la responsabilidad de ejercer la Dirección del Hospital IESS – Latacunga, factor que ha influido positivamente en la implementación de las actividades propuestas, el principio de autoridad ejercido sobre médicos tratantes, personal administrativo y los médicos residentes ha influido en el cumplimiento en gran medida de las contrarreferencias, por lo que considero que al no existir esta influencia de autoridad su cumplimiento podría ser menor, pero al mismo tiempo el efecto será mejor con una normativa nacional del IESS que determine su cumplimiento obligatorio.

En base a lo expresado un sistema de referencia y contrarreferencia es el pilar fundamental para lograr un trabajo articulado entre los niveles de salud: no puede existir un trabajo en red, sin que exista un gran compromiso y un pleno conocimiento de los beneficios del SRC en cada uno de los profesionales de la salud. Hay aspectos que no se pueden superar con la sola disposición administrativa y que van mucho más allá de la buena voluntad de los profesionales que laboran en los dos niveles, y que no fueron analizados en la presente investigación.

El acceso a los servicios médicos de los especialistas se ve limitado por la sobredemanda de los usuarios, la capacidad de oferta de los servicios médicos del Hospital del IESS – Latacunga no ha sido incrementada en los últimos años en forma paralela al crecimiento del número de afiliados, en el año 2008 el Hospital de Latacunga tenía una población adscrita de 27.000 afiliados; para el año 2010, la población afiliada llegó a ser de 36.000 y a Septiembre de 2011 la población afiliada de Cotopaxi del Seguro General es de 42.500 según datos de la Dirección de aseguramiento de la Dirección Provincial IESS – Cotopaxi.

Es importante reconocer que la provincia de Cotopaxi tiene una densidad poblacional de 62.5 habitantes por Km², lo que demuestra que las zonas rurales en donde se ubica el primer nivel del SSC tienen una gran dificultad en el acceso geográfico desde sus domicilios al dispensario médico y desde el dispensario médico al hospital del IESS de Latacunga, único lugar de referencia para los 38 dispensarios ubicados en la zona rural de los siete cantones de Cotopaxi; a este factor de la accesibilidad geográfica con mucha probabilidad está añadido otro aspecto como es la accesibilidad económica debido a los costos que demanda el uso de transporte público o el alquiler de vehículos privados para situaciones de emergencia; así como la accesibilidad cultural, se logró observar que del personal médico y paramédico que labora en el hospital, ninguno habla o comprende el quichua que es la lengua que utiliza un alto porcentaje de la población indígena afiliada al SSC.

La continuidad de la atención de un episodio de enfermedad no puede ser mantenida si no existe un sistema de referencia y contrarreferencia entre los niveles de atención, el haber alcanzado en los cuatro meses de análisis un 50% de referencias desde la consulta externa del Hospital; es un logro importante, que debe mantener y fortalecer el sistema implementado, que debe ir encontrándose otros canales de comunicación, nuevos espacios de diálogo y concertación en los dos niveles, pensar que solo cuando se logre una verdadera información hacia el primer nivel se podría tener sintetizada la información en el mismo y esta información que es la historia de vida del paciente afiliado al SSC tenga un manejo adecuado y permita que el médico en el primer nivel logre dar respuesta al 85% de las patologías consultadas en cada dispensario.

Hay un factor que si bien al iniciar la investigación, aparentemente no se le dio el valor y la influencia que tendría en la propuesta de un sistema de referencia y contrarreferencia con la aplicación de un formulario impreso: el uso de la historia clínica electrónica en la cual uno de sus componentes es la RC, de tal manera que cuando se concluía la fase de

nuestro estudio el hospital de Latacunga, por disposición administrativa nacional, implementaba el registro de historia clínica magnética en el sistema AS 400 integrado en red nacional; este factor influyó notablemente para que varios médicos de consulta externa se resistan a duplicar el registro (magnético y manual) de los resultados de exámenes, diagnósticos, pronósticos y otros datos de interés en los formularios físicos de referencia y contrarreferencia; por lo que es recomendable mantener el registro manual de referencia mientras se instala en los dispensarios del SSC la red informática del IESS con lo cual se haría más ágil el sistema de RC.

Hay que recomendar a las autoridades nacionales del SSC que el mejoramiento tecnológico de sus unidades médicas esté acorde a los adelantos tecnológicos e informáticos del país y particularmente del Seguro General de Salud del IESS; solo de esta manera, los dispensarios del SSC podrían acceder en forma directa a la información clínica del paciente referido a cualquier unidad de nivel superior del IESS, evita con ello la pérdida de información en la referencia, más aún en las contrarreferencias; esto además permitiría conocer de fuente directa en forma inmediata el cumplimiento de una referencia y hacer un control que aporte a una continuidad de los tratamientos clínicos o quirúrgicos.

En la presente investigación, fue posible lograr acciones concretas aplicando las estrategias, toda vez que existe la predisposición de la totalidad del recurso humano que labora en los dispensarios médicos del SSC, se ha conseguido motivar y al mismo tiempo comprometer al recurso humano que está involucrado en el SRC del hospital de Latacunga, al aplicar las acciones propuestas en un período de por lo menos un año se podrá evidenciar un cumplimiento de las contrarreferencias con un llenado adecuado de todas sus variables, lo que sin lugar a dudas redundará en una mejor calidad de la atención que garantiza la continuidad en el manejo de un episodio de enfermedad o de riesgo; además se logrará tener referencias adecuadas y oportunas que permitan un mejor funcionamiento del segundo nivel sin una sobreutilización del mismo. Todos estos aspectos podrán ser analizados en forma estadística y reportados para ser socializados con autoridades locales de salud y además se constituirá en un insumo invaluable para el manejo de la red plural de prestadores de salud del IESS, de acuerdo a lo establecido en la Ley de Seguridad Social y como un aporte a la conformación y funcionamiento de la red pública de salud del Ecuador conforme reza la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud.

Según información oficial se conoce que desde la Dirección General del Seguro se están haciendo esfuerzos importantes para informatizar todos los seguros, lo que permitirá adelantos importantes en el manejo de la información y en la implementación de telemedicina: aporte vital para disminuir el número de pacientes referidos desde los dispensarios.

BIBLIOGRAFIA

Avalos A. (2008). Operación del Sistema Electrónico para la Referencia y Contrarreferencia de Pacientes. Obtenida el 15 de Diciembre de 2010, de <http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/telemedicina/TallerNayarit/miercoles12/6SistemaelectronicoparalaReferenciayContrarreferencia.pdf>.

Congreso Nacional del Ecuador. (2001). Ley de Seguridad. Ley No. 2001 – 55. Ecuador: registro oficial RO.S 465: 30 nov. 2001: Autor.

Constitución Nacional de la República. (2008). Ecuador: Autor.

Félix, J. y Sansó S. (1999). Propuesta de modelo de referencia y contrarreferencia en el sistema de salud cubano. Obtenida el 18 de Diciembre del 2010. de http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol15_6_99/mgi03699.htm. : 18 Diciembre 2010.

Gobernación de Boyacá y la Secretaría de Salud (2007). Manual Operativo sobre régimen de referencia y contrarreferencia. Colombia: Autor.

Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. (2002). Seguridad Social. Ecuador: Autor.

Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. (2010). Resolución No C.D. 308, IESS, 17 de marzo 2010.Ecuador: Autor.

Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. (2010). Resolución del Consejo Directivo del IESS del 17 de marzo de 2010. Ecuador: RO- S 173: 16 abril 2010. Autor.

Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2010). Proyecciones de población por provincias, cantones, área, sexo y grupos de edad, periodo 2001 – 2010. Obtenida el 18 de Noviembre de 2010, de <http://www.inec.gob.ec/web/quest/inicio>.

Mercenier, P y Van Balen H. (1993). Bases de organización de los Servicios de Salud, Cooperación Belga-Santa Cruz, Bolivia: 1993.

Ministerio de Salud (2007). Manual operativo sobre el sistema de referencia y contrarreferencia. Boyacá: Autor

Ministerio de Salud Pública (1982). Bases de los Servicios de Salud. Bolivia: Autor.

Ministerio de Salud Pública (1995) Guía para la referencia y contrarreferencia de pacientes. Desarrollo y Fortalecimiento de los Servicios Locales de Salud. Ecuador: Autor.

Ministerio de Salud Pública, Consejo Nacional de Salud. (2005). Marco general de la reforma estructural de la salud en el Ecuador. Ecuador: Autor.

Ministerio de Salud Pública. (2006). Sistema regionalizado de servicios de salud y capacidades resolutorias de las unidades. Ecuador: Autor.

Ministerio de Salud Pública, Dirección corporativa de Administración, Subdirección de Servicios Médicos. (2003). Manual de procedimientos para la operación del Sistema de Referencia y Contrarreferencia en las Unidades Médicas del primer nivel de atención del Instituto de Salud del Estado de México. Obtenida el 18 de Diciembre de 2010, de <http://salud.edomex.gob.mx/html/uma/manual/MPREFERYCONTRA.pdf>. 18 DIC 2010.

Ministerio de Salud Pública, Dirección Provincial de Salud de Pichincha. (2005). Proyecto ProQuito. Ecuador: Autor.

Ministerio de Salud Pública. (1995). Normativas de Referencia y Contrarreferencia, Nicaragua: Autor.

Ministerio de Salud Pública. (2004). Modernización de los Servicios de Salud (MODERSA). Manual para la Referencia y Contrarreferencia para los pacientes y usuarios. Ecuador: Autor.

Moya, L. (2003). Sistemas de información en salud en el primer nivel de atención. 2da ed. Costa Rica: Centro de desarrollo estratégico e información en salud.

OPS/OMS. (2002) La Salud Pública en las Américas. Obtenida el 22 de Febrero de 2011, de http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol28_3_02/spu11302.htm.

OPS/OMS. (2008). La renovación de la atención primaria de salud en las Américas. Redes integradas de Servicios de Salud. Washington DC: Publicaciones OPS/OMS.

Palacio, A. (2007). Ecuador Soberanía y Democracia siembra fecunda. 1ra ed. Quito: SOBOCGRAFIC.

Pardo L, Zabala C, Gutiérrez S, Pastorini J, Ramírez Y, Silvia O, y col (2008) Sistema de referencia – contrarreferencia en pediatría. Análisis de la situación en el Hospital Pediátrico del Centro Hospitalario Pereira Rossell. Montevideo. Obtenida el 22 de Febrero de 2011, de <http://www.rmu.org.uy/revista/2008v2/art2.pdf>

Paganini J, Capote R (1990) Los Sistemas locales de salud: conceptos, métodos, experiencias. Washington DC: Publicaciones OPS.

Pérez, G. (2008). Del Vesuvio al Cotopaxi. 1ra ed. Quito: Abya Yala.

Pulido M, Quiza J, Barreto M, y Aparicio Lilia (2010) Análisis bajo el Estándar HL7 del proceso de Referencia y Contrarreferencia en el Hospital San Rafael del Hospital de

Fusagasugá. Cundinamarca. Obtenida el 22 de Febrero de 2011, de <http://archivo.revistaesalud.com/index.php/revistaesalud/article/view/370>.

Saltos, N y Vásquez, L. (2010). Ecuador: su realidad. Quito: Fundación José Peralta.

Seguridad Social y Corporación de Estudios y Publicaciones. (2002). Modelo y atención y resolución 308. Ecuador: Autor.

Seguro Social Campesino (2010) Detallado de aseguramiento en el Seguro Social Campesino por Provincia, Dispensario y Organización. Ecuador: Autor.

Van der Stuyft, P y De Vos Pol. (2007) La relación entre los niveles de atención constituye un determinante clave de la salud. Obtenida el 22 de Febrero de 2011, de http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol34_4_08/spu14408.htm.

ANEXO 1: Formulario de referencia de pacientes del Seguro Social Campesino.

INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL

SEGURO SOCIAL CAMPESINO DE COTOPAXI

CONTROL DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA DE PACIENTES

DISPENSARIO

1. Número de Referencia	Fecha: Día/mes/a ño.	2. Apellidos	Nombres	3. Edad	4. sexo	5. Relación con el Jefe de F.	6. Lugar de Residencia	7. No de H. Clínica	8. Profesional que refiere	9. Unidad médica Referida	10. Especialidad o servicio Referido	11. Diagnóstico de Referencia

12. Unidad médica de Contrarreferencia	13. Diagnóstico de Contrarreferencia	14. Médico que Contrarrefiere	15. Profesional que recibe la Contrarreferencia	16. Observaciones

1. El número de la referencia la referencia de corresponder al número que consta en el Formulario de Referencia, toda referencia realizada debe ser registrada incluso aquellas que se extienden para legalizar a un paciente Hospitalizado por Emergencia fuera de la jornada de trabajo del personal del Dispensario.
2. Apellidos y nombres en ese orden.
3. Edad en años cumplidos a la fecha de referencia (es decir si falta un día para cumplir cuarenta se registrará 39 años).
4. El Sexo se registrará Masculino o Femenino.
5. La relación con el Jefe de Familia será registrada con J: Jefe, E Esposa, H Hijo, U otros.
6. Lugar de residencia, se registra el barrio o comunidad donde vive.
7. El numero de Historia Clínica o numero del Censo.
8. Profesional que refiere se registrara como médico, odontólogo o auxiliar de enfermería.
9. Unidad médica referida, se registra la Unidad Médica a la que se envía al paciente Ej. Hospital IESS Latacunga, Hosp. General Latacunga, HCAM, etc.
10. Especialidad o servicio referido, se registra la Especialidad a la que se es Referida si es la consulta Externa o el registro será Emergencia.
11. Diagnostico de referencia, es el diagnostico provisional o definitivo del médico u odontólogo del primer nivel, en el caso de las referencias emitida por la auxiliar de enfermería constara los signos o síntomas principales o un diagnostico presuntivo.
12. La unidad médica de contrarreferencia, es la que envía la respuesta al nivel uno.
13. Diagnóstico de la Contrarreferencia, es el que conste en el Formulario y ha sido dado por el nivel superior.
14. Médico que contrarrefiere es quien emite la contrarreferencia.
15. Profesional que recibe la contrarreferencia, es necesario el registro al momento recibir al paciente, para evitar pérdida de documentos.
16. En observaciones se hará constar cualquier información adicional relevante, para nuevas referencias, para manejo clínico, para visita y seguimiento domiciliario, para manejo epidemiológico, entre otros procedimientos.

Elaborado por: Hugo Argüello

ANEXO 2. DISPENSARIOS DEL SSC DE COTOPAXI (DICIEMBRE 2010)

DISPENSARIOS	ORGANIZACIONES	AFILIADOS	PERSONAS
25 de Diciembre	1	165	893
Alpamac de Acurio	1	158	642
Canjaló	1	121	513
Chanchalito	4	210	813
Chipeamburgo	3	245	953
Chugchilán	9	515	1973
Churoloma	1	179	920
Cochapamba	3	135	667
Collas Alto	4	93	479
Compañía Grande	2	154	821
Cuchitingue	2	87	288
Cumbijín	2	112	429
Cuturiví Chico	2	153	925
El Galpón	2	226	902
El Progreso 2	5	353	1288
El Shuyo	1	138	592
Fernando Valdiviezo	2	140	566
Guantualó	5	398	1769
Illluchi	7	423	1459
Jesús del Gran Poder	4	119	660
JuiguaCapillapungo	2	153	597
La Argentina	4	222	917

La Josefina	1	217	940
La Libertad 1	2	214	899
La Libertad 3	1	158	685
Llactahurco	2	195	802
Nueva Santa Rosa	2	425	1496
Palo Seco	9	429	1773
Pinllopata	4	365	1548
San Agustín de Callo	5	175	1007
San Bartolomé	7	347	1648
San Ignacio	3	116	579
San Juan	9	362	1698
San Pedro 2	6	279	1181
San Sebastián	8	300	1310
Santa Isabel 1	4	119	523
Sivicusig	2	192	804
Yanahurco Grande	1	127	617
TOTAL	133	8519	36576

Fuente: Archivo de la Jefatura Regional del SSC – Tungurahua, 2010.

Elaborado por: Hugo Argüello

Anexo 3. Formulario de referencia y contrarreferencia



**INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL
SEGURO SOCIAL CAMPESINO COTOPAXI**

DISPENSARIO MEDICO				N°. DE REFERENCIA				LOCALIZACION		HISTORIA CLÍNICA				
								CANTÓN	PARROQUIA					
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		PRIMER NOMBRE			SEGUNDO NOMBRE		CÉDULA DE CIUDADANÍA					
FECHA DE REFERENCIA	HORA	EDAD	GENERO		ESTADO CIVIL			INSTRUCCIÓN		TELF.	RELACION CON EL JEFE DE FAMILIA			
			M	F	S	C	D	V	U	SIN	BAS	BACH		
ESTABLECIMIENTO AL QUE SE HACE LA REFERENCIA				SERVICIO QUE REFIERE										
1 MOTIVO DE REFERENCIA														
2 RESUMEN DEL CUADRO CLINICO														
3 HALLAZGOS RELEVANTES DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS														
4 TRATAMIENTO REALIZADO														
5 DIAGNOSTICOS PRESUNTIVOS Y DEFINITIVOS						Nombre del profesional que refiere								
						FIRMA								

SNS-MSP / HCU-form.011 / 2007 (IESS - 006)

REFERENCIA

Anexo 4. Encuesta aplicada a médicos y enfermeras de los dos niveles del IESS – Cotopaxi.

ENCUESTA

A realizarse al personal médico de los dispensarios del SSC de Cotopaxi, con respecto al sistema de referencias y contrarreferencias

Cargo que ocupa: _____

Fecha: _____

1. Desde su experiencia ¿cómo ha funcionado el sistema de referencia y contrarreferencia en los dispensarios del SSC de Cotopaxi?

a. Mal _____

b. Bien _____

c. Muy bien _____

d. Excelente _____

Explique por qué? _____

2. ¿Qué conoce respecto a la normativa legal para la realización de referencia y contrarreferencia en el IESS en la provincia de Cotopaxi?

a. No existe _____

b. No ha leído _____

c. Existe pero no se aplica _____

d. Es incompleta _____

3. ¿Qué porcentaje de contrarreferencias se cumple en los dispensarios que usted labora en el SSC?

a. Menos del 10% _____

b. Del 10 al 30% _____

c. Del 30 al 50% _____

d. Más del 50% _____

e. Ninguna _____

4. Desde su punto de vista ¿Dónde considera que existe “cuello de botella”, para que no se cumpla las contrarreferencias desde el Hospital del IESS de Latacunga?

a. En admisión _____

b. En trabajo social _____

c. En los médicos tratantes del Hospital _____

d. En los médicos residentes del Hospital _____

e. En el personal de enfermería _____

f. Otro especifique _____

5. ¿Para qué considera usted que sería necesario contar con un sistema de referencia y contrarreferencia en el IESS de Cotopaxi, señale dos alternativas?
- a. No sería importante _____
 - b. Para mejorar la atención y la Continuidad del manejo de pacientes _____
 - c. Para descongestionar los hospitales _____
 - d. Para integrar los niveles de atención _____
6. ¿Quién o quiénes deben responsabilizarse del formulario de referencia y contrarreferencia en el nivel II?
- a. Médico residente _____
 - b. Médico tratante _____
 - c. Enfermeras de servicio _____
 - d. Trabajadora social _____
 - e. El paciente _____
7. ¿Qué mecanismos serían los más idóneos para mejorar la coordinación y integrar los niveles I y II del IESS de Cotopaxi?
- a. Mesas de trabajo _____
 - b. Establecer responsables en cada nivel _____
 - c. Tener un manual con normas claras _____
 - d. Reuniones periódicas con los Responsables del sistema (comité) _____
8. Al contar con un cumplimiento de las contrarreferencias al 100%, considera usted que se logra:
- a. Disminuir la tasa de referencias Desde el primer nivel _____
 - b. No afecta a las tasas de referencia _____
 - c. Genera más trabajo a los médicos Del primer nivel _____
9. Las referencias que actualmente realiza usted, que no son emergencias, considera que el call center favorece una atención oportuna
- a. Si _____
 - b. No _____
- ¿Por qué? _____
- _____
10. Explique brevemente ¿por qué no se cumple la totalidad de las referencias al segundo nivel del IESS?
-

Anexo 5. Invitaciones a reuniones a personal de salud involucrado en el proceso de RC del SSC y del Hospital.

Latacunga, 1 de Octubre de 2010.

C O N V O C A T O R I A

En mi calidad de director del hospital del IESS – Latacunga, convoco a una reunión obligatoria a todos los médicos residentes, directores departamentales, directores técnicos, trabajadoras sociales, jefa de enfermeras, responsables de los departamentos de estadística e informática.

Fecha: 6 de Octubre de 2010

Hora: 8:00

Lugar: Sala de sesiones de la Dirección.

Tema: Socialización de la propuesta de aplicación del Sistema de Referencia y Contrarreferencia en el IESS – Cotopaxi.

Atentamente,

Dr. Hugo Argüello
DIRECTOR DEL HOSPITAL.

Anexo 6. Manual de Referencia y Contrarreferencia del Ministerio de Salud Pública.
Fuente: Ministerio de Salud Pública (2004)



REPUBLICA DEL ECUADOR

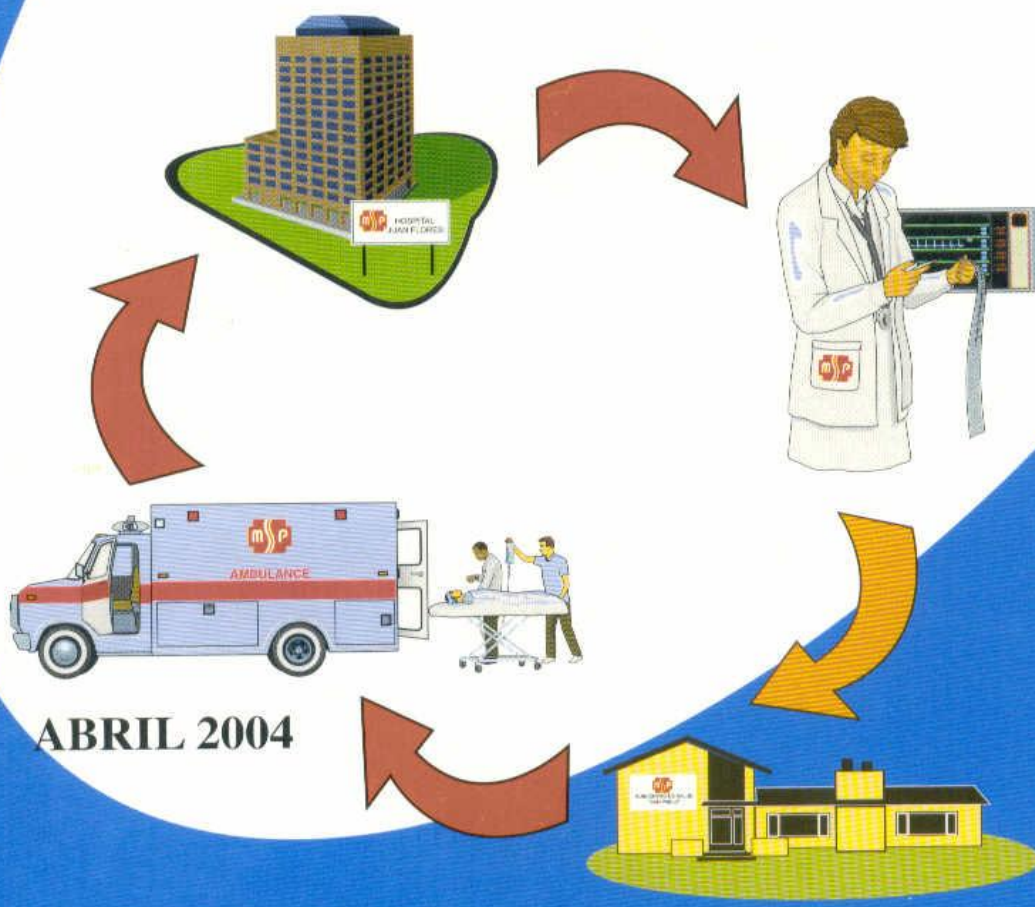


MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA



PROYECTO MODERSA

MANUAL PARA LA REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA DE PACIENTES Y USUARIOS



AUTORIDADES DEL MINISTERIO
DE SALUD PÚBLICA

Dr. Teofilo Lama Pico
MINISTRO DE SALUD PÚBLICA

Dr. Hugo Jurado Salazar
SUBSECRETARIO GENERAL DE SALUD

Dr. Jorge Rubio Cedeño
SUBSECRETARIO DE MEDICINA TROPICAL

Dra. Marcia Brito Montero
DIRECTOR GENERAL DE SALUD (E)

Dra. Patricio Ampudia Romero
DIRECTOR NACIONAL DE ÁREAS DE SALUD

PROYECTO MODERSA

Dr. Rodrigo Aguayo Cadena

COORDINADOR GENERAL DEL PROYECTO MODERSA (E)

Ing. Iván Samaniego Ortiz

DIRECTOR TECNICO

Ing. René Tamayo Silva

DIRECTOR ADMINISTRATIVO FINANCIERO

Dr. José Litardo Bartola

RESPONSABLE SISTEMAS DESCENTRALIZADOS

No. 0000071

EL MINISTRO DE SALUD PÚBLICA

CONSIDERANDO

Que el Art. 42 de la Constitución Política de la República dispone que el Estado garantizar el derecho a la salud, su promoción y protección;

Que el Código de la Salud en su Art. 96 establece la obligación del Estado de fomentar y promover la salud individual y colectiva;

Que el Art. 63 del Código de la Salud señala que la Autoridad de Salud dictar las normas, ejecutar las acciones, ordenar las prácticas y el empleo de medios que defiendan la salud de los individuos o de la comunidad, de los factores personales y ecológicos, o de los efectos de los agentes animados que los pongan en peligro;

Que el Proyecto MODERSA a través de la Dirección de Áreas de Salud, ha formulado un proyecto de normas para la Referencia y Contrarreferencia de pacientes, para lo cual ha contado con la colaboración de personal técnico del Ministerio de Salud Pública, que actualizan las disposiciones para esos procesos médicos;

Que es indispensable en la ejecución de toda actividad de materia de salud, contar con el seguimiento y apoyo técnico para mejorar la cobertura y calidad de la atención en salud, sobre todo en el sector rural;

En ejercicio de las atribuciones concedidas por el Art. 176 de la Constitución Política de la República y el artículo 16 del Estatuto Jurídico Administrativo de la Función Ejecutiva.

ACUERDA:

Art. 1.- Aprobar y publicar el nuevo Manual de Referencia y Contrarreferencia de Pacientes, corregido por la Dirección de Áreas de Salud del MSP con el apoyo del Proyecto MODERSA.

Art. 2.- De la ejecución del presente Acuerdo que entrará en vigencia a partir de la fecha de su suscripción, sin perjuicio de su publicación en el Registro Oficial, encárguese a la Dirección General de Salud a través de sus dependencias respectivas.

DADO EN LA CIUDAD DE QUITO EL 10 DE MARZO DEL 2004

Dr. Teofilo Lama Pico

MINISTRO DE SALUD PÚBLICA

ÍNDICE

Manual de Referencia y Contrarreferencia de pacientes y usuarios	
Autoridades de Ministerio de Salud Pública.....	
Acuerdo Ministerial.....	
Índice.....	
Presentación.....	
Créditos.....	
Comentario.....	
Introducción.....	
1. Antecedentes.....	
2. ¿Qué es el subsistema de Referencia?	
Gráfico 1:	
3. Aspectos Conceptuales de la Referencia y Contrarreferencia	
4. Objetivos.....	
5. Principios Generales de la Distribución de las Tareas Entre el Primer Nivel y el Nivel de Referencia Hospitalaria.....	
6. Modelo Para la Toma de Decisiones.....	
7. Organización del Subsistema.....	
8. Posibles Disfunciones en el Subsistema.....	
9. Monitoreo y Evaluación del Subsistema de Referencia.....	
Anexos.....	
Anexo 1 Orgánico funcional del Subsistema de referencia y contrarreferencia.....	
Anexo 2 Instructivo del Formulario de referencia y contrarreferencia	
Anexo 3 Formulario de Referencia y contrarreferencia	

Anexo 4 Registro Diario de Consultas y Atenciones Ambulatorias

Anexo 5 Consolidado de Producción Diaria por Profesional

Anexo 6 Consolidado Mensual de Consultas y Atenciones
 Ambulatorias x Unidad Operativa

Anexo 7 Consolidado Mensual de Atenciones y Consultas por Áreas de Salud

Anexo 8 Consolidado Mensual de Atenciones y Consultas por Provincia

Anexo 9 Consolidado Mensual de Atenciones y Consultas por Nivel Nacional

Anexo 10 Consolidado General de Morbilidad Ambulatoria

PRESENTACIÓN

Hasta la presente fecha pocas son las experiencias, sobre la aplicación técnica de la referencia y contrarreferencia de los pacientes atendidos en las unidades de salud, de la red del Ministerio de Salud Pública.

El manual de referencia y contrarreferencia, constituye una propuesta metodológica que plantea conceptos y desarrolla en forma sencilla el manejo del paciente para buscar una eficiente atención en el primer nivel de atención y luego ser remitido de ser el caso a un nivel superior o viceversa; para esta actividad es necesario una coordinación en los niveles involucrados, buscar una eficiente comunicación, reportar dicho evento por el médico de la Unidad operativa y registrar en el parte diario de atenciones.

No debemos desmayar esta responsabilidad y multiplicar esta metodología entre el primer nivel y segundo nivel de atención, debemos entender que todos los profesionales pertenecen al Ministerio de Salud; y que los niveles de atención merecen las consideraciones y respeto desde el primer nivel al siguiente y así sucesivamente y que la "comunicación" entre profesionales debe darse en la "referencia y contrarreferencia" para así saber y enriquecernos del nivel superior al inferior.

Pongamos en práctica esta metodología y aportemos en forma técnica esta necesidad que sin lugar a duda descongestionan los niveles superiores, mejorar la producción del primer nivel; y haremos una práctica médica nacional y notificaremos que en el Ministerio de Salud del Ecuador esta metodología se lo practica en forma ordenada, técnica y hecha por ustedes distinguidos médicos ecuatorianos.

Dr. Teofilo Lama Pico

Ministro de Salud Pública

CREDITOS

El manual se elaboró en base a la revisión del documento: "**GUIA PARA REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA**" de febrero 2002 y demás documentos preparados por el Ministerio de Salud Pública y del Proyecto de Modernización de los servicios de Salud "MODERSA" bajo la coordinación con los Doctores.:

Patricio Ampudia Romero

José Litardo Barzola

La revisión final del manual se realizó en Cuenca los días 3 y 4 de julio y Guayaquil los días 10 y 11 de julio de 2003 con la participación de las siguientes personas:

Ministerio de Salud Pública:

Dr. Patricio Ampudia Dirección Nacional de Áreas de Salud

Dr. Luis Paredes Dirección Nacional de Áreas de Salud

Sr. Segundo Silva Departamento de Estadística M.S.P.

Direcciones Provinciales y Hospitales de:

Imbabura Dr. Jorge Echeverría Junta Cantonal de Salud

 Dra. Yolanda Checa Jefatura Área Ibarra

Pichincha Dra. Marianita EscuntarHospital Enrique Garcés

 Lcdo. Luis Flores Hospital Enrique Garcés

Azuay

Dr. Galo Andrade	Dirección Provincial de Salud
Dr. Miguel Peñafiel	Hospital Vicente Corral Moscoso
Dra. Rocío Palacios	Hospital Vicente Corral Moscoso
Dr. Hernán Niveló	Consejo de Salud
Lcdo. Aurelio Balarezo	Estadístico D.P.S.
Dr. Julio Molina	Jefatura de Área
Dr. Fausto Maldonado	Jefatura de Área
Dra. Omaira Morales	Jefatura de Área
Dr. Iván Feican	Jefatura de Área
Dr. Marco Zamora	Jefatura de Área
Dra. Sandra Toapanta	Jefatura de Área
Dr. Pedro Bravo	Jefatura de Área
Dra. Janneth Campoverde	Jefatura de Área
Dra. Juana Vélez	Jefatura de Área

Cañar

Dr. Efrén Fernández	Dirección Provincial de Salud
Dr. Víctor Crespo	Hospital Homero Castanier
Dr. Luis Abad	Jefatura de Área
Dr. Fausto Maldonado	Jefatura de Área

Guayas

Lcdo. José Recalde	Dirección Provincial de Salud
Dra. Maritza Barros	Hospital Abel Gilbert
Lcda. Deysi Delgado	Hospital Abel Gilbert
Dr. Jaime Chehab	Jefatura de Área Srta. Elena

Dr. José López Consejo de Salud de Srta. Elena

Dr. Wilson Cochea Municipio de Salinas

Los Ríos

Dra. Mariana Nagua Dirección Provincial de Salud

Lic. Tanya Crespo Jefatura de Área

Dra. Maribel Carrasco Jefatura de Área

Esmeraldas

Econ. Celio Vera Hospital Delfina Torres de Concha

Lcda. Erika Gutiérrez Hospital Delfina Torres de Concha

Dr. Marcelo Daza

Manabí Sra. Graciela Demera

Hospital Rocafuerte

Unidad Operativa San Jacinto

Napo

Dr. Mauro Almeida Hospital José María Velasco Ibarra

Dra. Mercy Almeida Junta Cantonal de Salud del Tena

Proyecto Modersa:

Dr. José Litardo Consultor Responsable Componente SDS

Dr. Rommel Martínez Consultor SDS

Equipo Técnico de apoyo MSP al Componente SDS del Modersa:

Lcda. María I. Dueñas Dirección Nacional Áreas de Salud

Dr. Julio Alvear Dirección Nacional de Nutrición

Dra. Mónica Arias Dirección Provincial de Salud de Pichincha

Dr. Edwin Cajas Dirección Provincial de Salud de Pichincha

Apoyo administrativo:

Lcdo. Marcelo Cevallos Consultor Políticas

Sra. Ana María Quirola Asistente Administrativa

COMENTARIO

La Red de Referencia y contrarreferencia, orienta el abordaje de la salud en sus distintos niveles de atención en razón de la capacidad resolutoria, que garantice a la población ecuatoriana en especial a la más vulnerable, calidad de atención con equidad, eficacia y eficiencia en razón del marco de la reforma del sector salud y la modernización del estado, como aporte para la construcción del Sistema Nacional de Salud.

El funcionamiento de la Red, ser Área y responsabilidad compartida dentro de los procesos de desconcentración de los directivos en general y personal de salud en especial, en sus diferentes instancia de gestión o acción.

El Ministerio de Salud Pública a través de la Dirección Nacional de Áreas de Salud, el Proyecto Modersa a través del Componente de Sistemas Descentralizados y un equipo humano compuestos por técnicos de diferentes sectores del país han trabajado en la revisión de la guía anterior y construcción del presente Manual para la Referencia y Contrarreferencia de pacientes, mediante la presentación de experiencias locales, revisión bibliográfica, discusiones en talleres, reuniones y demás acciones, cumplidas en varios sectores del país.

El proceso expuesto, es parte de la propuesta de Aseguramiento Universal de Salud que la Vicepresidencia de la República está llevando a efecto por encargo de la Presidencia de la República, sobre la base de integración de las redes de salud, dentro de la cual la referencia y contrarreferencia es parte sustantiva en la aplicación continua y progresiva de acciones coherentes con los principios enunciados.

La aplicación del Manual tendrá como acción- fuerza la capacitación como parte vital en la construcción del proceso, para el efecto se debe interrelacionar a los médicos generalistas con los especialistas en espacios de fortalecimiento conceptual, operativo y de gerencia que califiquen y validen la atención oportuna en razón costo- efectiva y costo - eficiente.

Como espacio de desconcentración las Direcciones Provinciales de salud en conjunto con las Direcciones Hospitalarias y Jefaturas de Área definir n la organización, capacitación, monitoreo y evaluación del Sistema de Referencia y Contrarreferencia; la Dirección General de Salud ha delegado a la Dirección Nacional de Áreas de Salud para la supervisión de su funcionamiento.

Dr. Rodrigo Aguayo Cadena

Coordinador General Proyecto Modersa (E)

INTRODUCCIÓN

Este manual comprende los métodos y servicios de planificación de la sistematización adecuada para desarrollar los elementos conceptuales, las propuestas y los instrumentos a aplicar. Los progresos han sido poco significativos, sin embargo las experiencias locales presentadas, nos han permitido incorporar elementos claves de éxito, sumando para el efecto aspectos importantes como la información básica para la historia clínica en base al sistema nacional y la definición de indicadores en razón a estándares.

El sistema de referencia y contrarreferencia debe estar sustentado en el conocimiento técnico científico y el conocimiento pleno de la capacidad resolutive local, que permita cumplir los objetivos y metas de un Plan Estratégico local, apoyada por una gestión direccionada a satisfacer los problemas de salud.

En el manual se expone la importancia del sistema de referencia, los niveles de atención, el nivel administrativo y los aspectos conceptuales. El objetivo es implementar el sistema a fin de garantizar la atención de salud en los servicios de todos los niveles, con criterios de calidad, eficacia, eficiencia y oportunidad.

El establecer normas, procedimientos y responsabilidades es una responsabilidad del Ministerio de Salud que por medio de su rol rector pretende operativizar en este manual la adecuada prestación de los servicios de salud. La distribución de Áreas entre los niveles de referencia en razón de sus funciones son principios que claramente se detallan para reconquistar la confianza de los usuarios.

El modelo para la toma de decisiones mediante un algoritmo y la organización del sistema es uno de los puntos importantes del manual que en articulación con el monitoreo y la evaluación permitir n dar una información completa para la toma de decisiones, la documentación que debe generarse tanto de la referencia como de la contrarreferencia será de gran importancia para continuar mejorando la atención de nuestra población que tanto lo requiere.

El Consenso técnico sobre los criterios expuestos por los funcionarios de los distintos niveles avalan el presente manual, no se puede dejar de escuchar y conocer las experiencias propias de los técnicos de nuestro país, la que incorporada a las experiencias internacionales nos dan una autenticidad, sentido de pertenencia y capacidad.

1.- ANTECEDENTES

Ningún sistema de salud local basado en el concepto de Atención Primaria de Salud puede funcionar eficientemente ni ser eficaz, sin el apoyo de un hospital y de un adecuado sistema de envío de casos (referencia - contrarreferencia) que requieran atención (de mayor complejidad) de aquella que puedan recibir en las unidades de tipo ambulatorio; concomitantemente los hospitales deberán, en los niveles inferiores, especialmente a la población que proviene de sectores externos a su jurisdicción; de esta manera no sobrecargan su capacidad y podrán brindar apoyo adecuado a los pacientes referidos de los otros niveles (1).

El sistema de servicios de salud adoptado por el Ministerio de Salud Pública se fundamenta en la aplicación de la estrategia de Atención Primaria y la organización de redes de servicios compuestas por unidades operativas del primer nivel, que brindan atención básica y de carácter ambulatorio; así como por unidades del segundo nivel que dan prestaciones complementarias y atención hospitalaria, estas redes corresponden a circunscripciones geográficas -poblacionales y que en la mayoría de los casos son correspondientes a las estructuras Cantonales al interior de cada una de las provincias.

Su objetivo fundamental es lograr la satisfacción de las necesidades y la solución o el control de los problemas más imperativos y trascendentales a cargo (2). El rea de salud está implementada para resolver los problemas de salud más frecuentes y aún más graves, que requieren atención con tecnología de baja complejidad, la cual se brinda de manera integrada a través de los subcentros de Salud (atención básica) y de los Hospitales Cantonales (atención complementaria).

"Los Hospitales Provinciales Generales que correspondan al segundo nivel, están implementados para resolver problemas de salud referidos por los servicios de salud o consultados espontáneamente y requieren tecnología de mediana complejidad..."

"Los Hospitales Nacionales Especializados y de Especialidades que correspondan al tercer nivel, están implementados para resolver problemas de salud que requieren tecnología de alta complejidad..."(3).

Finalmente tenemos servicios de salud de diferente tipología y con diverso grado de complejidad, que pertenecen a otras entidades Públicas o instituciones, y que en determinadas circunstancias pueden recibir pacientes a través de la referencia o realizan una referencia.

2.- POR QUÉ ES UN SISTEMA DE REFERENCIA?

Cualquier red de servicios de salud debe constar por lo menos de dos niveles: el de atención básica o primer nivel con puestos, Subcentros y/o Centros de Salud del MSP y servicios de otros proveedores; y el de atención complementaria o segundo nivel con el hospital de rea (sea cantonal o provincial) y excepcionalmente el Centro de Salud, cuando la capacidad resolutoria lo

justifica. Esta situación se gráfica en el cuadro No. 1 En las áreas de salud sin hospital (generalmente urbanas), la cabecera suele ser un Centro de Salud, la referencia puede hacerse hacia ese establecimiento, pero con más frecuencia debe referirse al hospital de más alto nivel de la provincia, provincial o de especialidades.

En la declaración de Alma Ata, se enuncia en el 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".

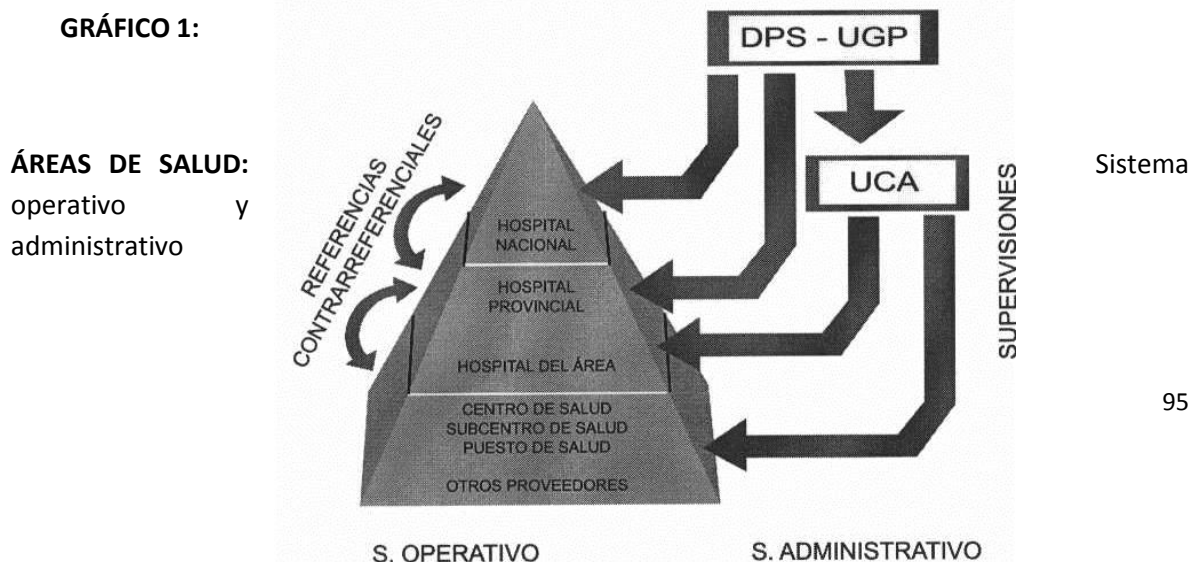
En la literatura médica se señala claramente que los sistemas de salud con dos niveles y por ende con un sistema de referencia funcional, muestran una clara ventaja sobre aquellos que tienen un primer nivel poco desarrollado o que no ejerce la función de filtro.

Los países cuyos sistemas de salud han logrado un buen desarrollo de la atención primaria, consiguen buenos niveles de salud, satisfacción de los usuarios y menores costos generales de los servicios de salud.

Como los especialistas utilizan más exámenes e intervenciones complementarias y como todos estos tienen riesgos iatrogénicos y aumentan los costos, la interposición del primer nivel permite reducir tanto las intervenciones innecesarias, como los sucesos indeseados y los altos costos.

Recordemos que en el país se están desarrollando modalidades de venta de servicios de la Institución y de otros proveedores, además se han introducido elementos de apoyo para la gestión institucional como los Consejos Cantónales de Salud, los comités de Modernización hospitalaria, en el marco del proceso de Reforma del Sector Salud, y que se constituyen en aspectos que obligan, como nunca antes, a mejorar la regulación de procesos y normalizarlos como parte del perfeccionamiento del Sistema de Salud.

Es en este contexto que la Dirección General de Salud del MSP promueve la implementación y desarrollo del Sistema de Referencia Contrarreferencia (RC) como instrumento para la articulación entre los niveles de atención, que conlleven a una atención oportuna del paciente referido y que asegure la continuidad en el tratamiento y rehabilitación del mismo.



3.- ASPECTOS CONCEPTUALES DE LA REFERENCIA

Y CONTRARREFERENCIA.

3.1.- Definiciones.

Referencia.- Es el proceso estructurado de envío de un paciente (con información por escrito) de un nivel de sistema de salud a otro superior en tecnicidad y competencia. El nivel superior puede ser el inmediato superior o no. Existe otra terminología que causa confusión, por lo que la describimos a continuación.

Contrarreferencia.- Es el proceso inverso, es decir la devolución del paciente del nivel superior al inferior que lo envió, con la debida información en el formulario correspondiente.

Epicrisis.- Hoja de resumen clínico donde se especifican: diagnósticos, procedimientos y conducta terapéutica a seguir una vez que el paciente es dado de alta de un servicio de salud hospitalario, este formulario es parte de la historia clínica.

Interconsulta.- Es la solicitud de la opinión de otro profesional del mismo establecimiento, por ejemplo cuando el cirujano antes de una operación pide interconsulta con el cardiólogo, no es una referencia y en este caso se utilizar el formulario de interconsulta de la historia clínica.

Autoreferencia.- Cuando un paciente consulta a un nivel superior, sin referencia desde el nivel inferior.

Referencia inversa.- Cuando el nivel superior envía a un paciente a un nivel inferior, con la debida información, si que este paciente haya pasado primero por el nivel inferior. Generalmente se da después de una autoreferencia y sirve para corregir el funcionamiento del sistema de salud; se debe usar el formulario de RC señalando en la primera que no ha sido referido y enfatizando con mayúsculas.

Transferencia.- Se considera al transporte físico de un paciente de un establecimiento a otro, es decir es el acto de trasladar al paciente de una unidad a otra de mayor complejidad.

En este numeral debemos considerar además, lo que significa

Unidad Receptora.- Es la unidad que recibe pacientes que le son enviados de las diferentes UO's de la red de servicios.

Unidad Referente.- Es la unidad que envía pacientes que le fueron referidos, a las diferentes unidades del sistema.

4.- OBJETIVOS

4.1 Objetivo General.

Implementar el sistema de Referencia - Contrarreferencia a fin de garantizar la atención de salud en los servicios de todos los niveles, con criterios de calidad, eficacia, eficiencia y oportunidad

4.2- Objetivos específicos

4.2.1- Establecer normas y procedimientos para la organización, control y articulación entre las unidades de los tres niveles de prestación de servicios.

4.2.2- Definir responsabilidades y capacidad resolutive al personal de salud según los diferentes niveles de prestación de servicios de salud.

5.- PRINCIPIOS GENERALES DE LA DISTRIBUCIÓN

DE LAS TÁREAS ENTRE EL PRIMER NIVEL Y EL NIVEL

DE REFERENCIA HOSPITALARIA

5.1.- Lo que no se hace en el primer nivel debe ser hecho en el hospital de referencia y viceversa; deben evitarse las superposiciones y las situaciones de competencia, que perjudican la eficacia del primer nivel y la eficiencia del hospital.

5.2.- El hospital cumple la función de apoyo técnico a la responsabilidad total e indelegable de atención que el primer nivel tiene sobre las personas de su rea de influencia.

El primer nivel debe proveer una atención continua, global, e integrada con enfoque familiar y comunitario; es el lugar de síntesis de la atención. El hospital en lo posible no debería ofrecer servicios de consulta externa de primer nivel, porque es una estructura demasiado grande para que el equipo médico y la comunidad lleguen a conocerse, lo cual dificulta desde un principio la prestación de unos cuidados globales, integrales y continuos; no sería correcto por ejemplo que desde el hospital se hagan visitas domiciliarias a los pacientes que no cumplen con sus consultas subsecuentes; si se presenta una alta proporción de casos primarios en la consulta externa del hospital, esto resulta en una subutilización del equipo médico altamente especializado y refleja un funcionamiento deficiente de las unidades de la red.

5.3- Debe aprovecharse el sistema de referencia /contrarreferencia como un contacto continuo y directo entre médicos generales y especialistas, donde ambos pueden aprender organizando reuniones para discutir la pertinencia de las referencias y las funciones específicas de cada nivel.

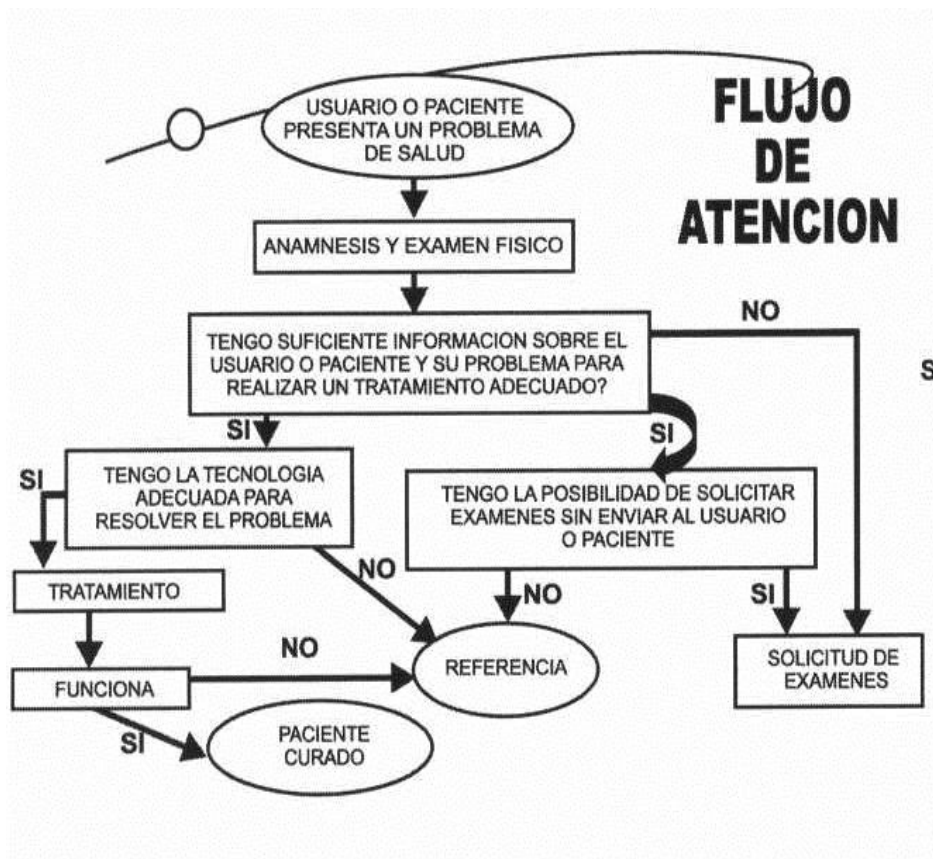
5.4- Para estimular el correcto uso del sistema por niveles lo primordial es el mejoramiento de la calidad técnica y humana del personal de los servicios de primer nivel; es evidente que en la

situación actual no podemos prohibir a los pacientes que se auto refieran a la consulta externa del segundo nivel pero la meta tiene que ser ésta:

“El primer y segundo nivel deben fortalecerse para mejorar su calidad y reconquistar la confianza perdida de los usuarios.”

6.- MODELO PARA LA TOMA DE DECISIONES.

El proceso de decisión en cuanto a la referencia se puede presentar en un algoritmo de la siguiente forma:



7.- ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA

7.1.- Difusión de la información básica

Las jefaturas de rea deben elaborar y distribuir a sus unidades de salud un folleto informativo (actualizado periódicamente) sobre el o los hospitales de referencia, con el siguiente contenido:

- Nombre y Dirección del hospital lo más explicativo posible.
- Flujograma del paciente referido
- Nombres del Director, Jefes de: consulta externa, emergencia, enfermería, Estadística y Trabajadora Social.
- Consulta externa: horarios de atención y especialidades
- Hospitalización: detallar la lista de los servicios
- Laboratorio: tipos de exámenes y horarios
- Otros servicios: rayos x, ecosonografía etc. Describir en detalle su complejidad y horarios

7.2.- Normas y procedimientos para la referencia

- Las unidades que refieran pacientes ya sea para la realización de consultas, tratamientos complementarios u hospitalización, deberán llenar el formulario 006-A de REFERENCIA Y 006 – B de CONTRARREFERENCIA (ver el formulario en Anexo No.2) en el que se consignarán los servicios requeridos y los datos de los especialistas del hospital
-
- La unidad receptora no rechazará las referencias y atenderá prioritariamente al paciente referido. En el caso de exámenes, tratamientos complementarios Interconsultas y consultas, estos deberán atenderse en el mismo día de la llegada del paciente; en casos excepcionales (cuando se trate de requerimientos de hospitalización), el paciente podrá ser enviado en ambulancia o acompañado de un miembro del equipo, hacia el hospital, previa seguridad de su ingreso.
- El personal de las unidades que refieren pacientes instruirá adecuadamente a estos sobre las condiciones en que deberán acudir (ayunas, portando muestras, etc.) y los procedimientos a los que probablemente serán sometidos
- Las referencias serán solicitadas por médicos o en su ausencia y en condiciones de emergencia, por otro personal de salud.
- En casos de referencia de emergencias, el equipo de salud de la unidad operativa que refiere deberá tratar sin pérdida de tiempo al paciente que llega con problemas agudos, traumatismos, parto en curso u otras urgencias médicas; la unidad operativa se responsabilizará del traslado del paciente y éste será acompañado por un personal de enfermería o médico de acuerdo a la gravedad del caso, recordemos que: el riesgo del traslado no puede sobrepasar los riesgos de tratamiento en el nivel de origen, por lo tanto

deben ser enviadas en las mejores condiciones posibles según la capacidad de la unidad operativa y tomando en cuenta los siguientes criterios para referir las emergencias:

- a) Que se encuentren críticamente enfermos
 - b) Que el caso sea recuperable, y
 - c) Que no pueda ser tratado en la UO
- Los agentes comunitarios de salud, normalmente envían a los pacientes a la unidad ambulatoria más cercana, pero pueden darse casos excepcionales donde se obliguen a enviar a un hospital; en la misma forma debe procederse en el caso de la referencia de otros proveedores, en ambos casos el especialista debe atender al paciente de la mejor manera e informará a través de la contrarreferencia posteriormente a la unidad operativa a cuya jurisdicción pertenece el paciente. No olvidemos que la conexión de los recursos comunitarios con el personal de salud constituyen el nexo de ingreso al sistema de salud, por lo tanto deber también adiestrarseles en los mecanismos de Referencia y Contrarreferencia.
 - Previo al traslado del paciente y en función de las posibilidades de cada unidad operativa, se debe establecer comunicación con la Unidad receptora, bien sea al director o al jefe de emergencias, para garantizar la atención inmediata del paciente.
 - Todo paciente referido que fallezca en el traslado, deber regresar a la unidad de origen.

7.3.- Normas y procedimientos para la contrarreferencia.

- Todo usuario o paciente que vaya a recibir consulta médica, de especialidad, tratamientos complementarios y hospitalización, esta unidad debe abrir una historia clínica en la unidad receptora, en caso de que dicho usuario o paciente no tenga dicho documento
- Una vez proporcionado el servicio, la unidad receptora efectuar la contrarreferencia, es decir remitir al paciente a la unidad de origen, llenando la sección de contrarreferencia del FORMULARIO DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA Form. 006-A antes aludido, en el que consignar los datos pertinentes que orienten la conducta a seguirse en dicha unidad; así mismo llenar la sección final que permitir evaluar la necesidad y la oportunidad de la referencia.
- Pueden darse situaciones especiales, como por ejemplo referencias y contrarreferencias interinstitucionales (de una unidad del Ministerio de Salud a un hospital del IESS y viceversa)

en estos casos debe procederse como, lo estipulan los convenios entre estas instituciones, tratando siempre de brindar el servicio solicitado y evitar molestias para el paciente.

- El equipo de la unidad operativa que refirió, debe tomar en consideración y llevar a la práctica las indicaciones y recomendaciones que se indican en la contrarreferencia, para la resolución del problema de salud del paciente.
- En el caso que el paciente sea dado de alta en la unidad hospitalaria a la que fue referido y requiera seguimiento en otra unidad hospitalaria del sistema, se debe notificar a la unidad operativa que refirió el traslado del usuario o paciente.

7.4.- Preparación del sistema de Referencia y Contrarreferencia.

- La Dirección Provincial, la UCA y Hospitales deben capacitar y difundir las normas de Referencia / Contrarreferencia al personal de todos los niveles de la red de servicios, es la fase inicial para que todos tengan la oportunidad no solo de conocer las normas y procedimientos, sino que tengan también la oportunidad de exponer sus inquietudes que permitan a través de consensos dar todos los ajustes necesarios para garantizar que el sistema tenga éxito en su implementación.
- Definir claramente, los servicios de la red y sus niveles, no podemos olvidar la especificidad y complementariedad entre los servicios de la red, lo que conlleva a respetar la capacidad resolutoria de los servicios por niveles descritos en el "manual de Organización y funcionamiento de las áreas de Salud, en su Anexo No 1. En la red se deben incluir las unidades operativas de otros proveedores de servicios, sean estos públicos o privados.
- Designar claramente los responsables del sistema Referencia / Contrarreferencia en el nivel de área como también del hospital; en el caso del área ser un funcionario del UCA (el coordinador?) y en el hospital ser el jefe de la consulta externa, Subdirector, Jefe de Emergencia, la enfermera de ese servicio y el estadístico.
- La Dirección Provincial, la UCA y Hospitales deben definir mecanismos de seguimiento y evaluación, lo que permitirá una retroalimentación constante y entre niveles.

8.- POSIBLES DISFUNCIONES EN EL SISTEMA.

Revisando experiencias y bibliografía, se ha observado una serie de disfunciones en el sistema de referencia.

- 8.1.- La autorreferencia, es decir el paciente que consulta inmediatamente 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.
- 8.2.- 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.
- 8.3.- 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.
- 8.4.- Sobre utilización, cuando el profesional hace referencias frecuentes e innecesarias.

9.- MONITOREO Y EVALUACIÓN DEL SISTEMA DE REFERENCIA

Para entender los indicadores que siguen, primero veamos las cuatro categorías de referencias entre los pacientes que consultan en el primer nivel:

- 9.1.- Pacientes que fueron referidos y su referencia se justifica (verdadero+)
- 9.2.- Pacientes referidos pero que no había necesidad de hacerlo (falso+)
- 9.3.- Pacientes que no fueron referidos pero se debió hacerlo (falso-)
- 9.4.- Pacientes que no fueron referidos y se justificó este hecho (verdadero-)

Está claro que las categorías 9.3 y 9.4 son difíciles de encontrar, ya que no llegan al nivel superior referido. Hace falta una auditoria médica para tener idea de la magnitud de estas dos categorías.

Ahora presentamos cuatro indicadores que miden el funcionamiento del sistema de referencia:

- 9.5.- Tasa de referencias realizadas al hospital: es la relación entre las primeras consultas de morbilidad del primer nivel y el total de las primeras consultas más las consultas subsecuentes de morbilidad multiplicado por 100

Total de Referencias Solicitadas

1. Tasa de Referencia =-----x100

Total de Consultas (1ras y subsecuentes) de Morbilidad

Un valor aceptable internacionalmente es alrededor de un 5%, en sistemas de salud donde no hay auto referencia.

9.6.- Tasa de referencias cumplidas: es la relación entre el total de referencias cumplidas por los usuarios o pacientes, dividido para el total de referencias solicitadas por profesionales, multiplicado por 100.

Total de Referencias Cumplidas

2. Tasa de Cumplimiento =-----x100

Referencia Total de Referencias Solicitadas

Se estima que un valor aceptable sería un 70% de cumplimiento, teniendo en cuenta que hay fuga de pacientes hacia otros proveedores (Se considera referencia cumplida la que se realiza dentro de las 48 horas de la solicitud de referencia, excepción hecha en la consulta de especialidad que se realiza en días específicos).

9.7.- Tasa de contrarreferencias; es la relación entre el total de contrarreferencias, dividido para el total de referencias solicitadas multiplicado por 100

Total de Contrarreferencias

3. Tasa de Contrarreferencias =-----x100

Total de Referencias Solicitadas

En base a la escala experiencia nacional, consideramos llegar a un 90% en la implementación (aceptable el 70% en el primer año de implementación.)

9.8.- Tasa de referencias justificadas (o pertinentes); es la relación entre el total de referencias cumplidas, dividido para el total de contrarreferencias, multiplicado por 100.

Total de Referencias cumplidas

4. Tasa se Cumplimiento =-----x100

Total de Contrarreferencias

El estándar ideal es menor al 10% de las referencias injustificadas

Para poder medir los indicadores propuestos, debe existir un registro de referencia / contrarreferencia a nivel del subcentro y de hospitales

El cálculo del primer indicador propuesto es importante analizarlo por cada subcentro y se debe realizar comparaciones entre subcentros para comparar las referencias que realizan los profesionales para comparar. Quienes refieren mucho, pueden tener referencias innecesarias; en cambio los que refieren muy poco corren el riesgo de tener falsos negativos, pacientes que deberán haber sido referidos pero que en la realidad no lo fueron. (demora por culpa del profesional).

Por otro lado, sería interesante buscar formas de motivar a los médicos especialistas del sector privado para que realicen contrarreferencias de pacientes que les llegan de Subcentros, y a los médicos del hospital para que realicen contrarreferencias de los pacientes referidos por profesionales de otros proveedores de servicios de salud.

ANEXOS

ANEXO No. 1

ORGÁNICO - FUNCIONAL DEL SUBSISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

ORGÁNICO – FUNCIONAL

I.- ROL ADMINISTRATIVO

Determina el rol y grado de responsabilidad de los funcionarios, de conformidad al nivel en el que se hallen involucrados, así nivel central, provincial y local (Áreas de Salud).

OBJETIVOS GENERALES

1. Determinar responsables y asignar funciones a los involucrados en cada uno de los niveles administrativos jerárquicos (central, provincial y local)
2. Capacitación por parte del personal de los niveles jerárquicamente superiores a los inferiores.
3. Implementar el subsistema entre el primero y segundo niveles: y. del hospital de segundo nivel a uno de mayor complejidad.
4. Supervisar los procesos de implementación a nivel provincial. hospitalario y local.
5. Realizar el monitoreo y evaluación periódicos por parte de los niveles central, provincial, hospitalario y local con la determinación de indicadores para cada uno de los niveles jerárquicos

1.1 A NIVEL CENTRAL:

La Dirección Nacional de Áreas de Salud nominará el equipo técnico **DE ACOMPAÑAMIENTO**, cuyas funciones específicas son las siguientes:

- Capacitación del personal del nivel provincial, responsables del proceso.
- Implementación del subsistema de referencia y contrarreferencia a nivel nacional

- Monitoreo y evaluación periódicos del proceso en las provincias. Supervisión a nivel provincial sobre el proceso. Tendrá la capacidad legal de solicitar a la División Nacional de Estadística del MSP reformas en la Historia Clínica Única para implementar nuevos formularios del subsistema de referencia y contrarreferencia que para el efecto sean necesarios, incorporando y/o modificando los formularios e indicadores actuales, implementar nuevos formularios del subsistema de referencia y contrarreferencia que para el efecto sean necesarios, incorporando y/o modificando los formularios e indicadores actuales
- Es el responsable a nivel nacional de que en el lapso de un año calendario el subsistema de referencia y contrarreferencia se encuentre en pleno funcionamiento, para lo cual elaborará un cronograma detallado que tendrá prioridad sobre cualquier otra disposición emanada de los órganos centrales del M.S.P. En el caso de que existan REDES PLURALES o SISTEMAS DESCENTRALIZADOS DE SALUD en uso de las facultades que el MSP tiene como organismo **RECTOR** de la salud en la República del Ecuador, dispondrá que el componente de referencia y contrarreferencia del subsistema de información del sistema nacional de salud sea incorporado dentro de la Historia Clínica con todos los formularios e indicadores diseñados para el efecto.

1.2 .- A NIVEL PROVINCIAL:

Bajo la responsabilidad del Director Provincial de Salud se constituirán los **EQUIPOS DE SUPERVISIÓN PROVINCIAL**, tanto para nivel hospitalario como de Áreas, que en el caso específico del subsistema de referencia y contrarreferencia tendrán las siguientes funciones:

- Capacitación del personal del nivel de la unidad de conducción de las Áreas de Salud y hospitalario, responsables del proceso
- Implementación del subsistema de referencia y contrarreferencia a nivel provincial
- Monitoreo y evaluación del proceso a nivel de las Áreas de salud y hospitalario
- Supervisión a nivel de las Áreas de Salud y hospitales sobre, el proceso
- Tendrá la capacidad de sugerir al Equipo de Acompañamiento del nivel nacional reformas en la implementación del subsistema de referencia y contrarreferencia que para el efecto sean necesarios, incorporando y/o modificando los formularios e indicadores actuales.
- Los equipos de supervisión son los responsables de que en el lapso de 9 meses luego de recibida la capacitación por el nivel central del MSP, en su respectiva Provincia se encuentre funcionando el subsistema de referencia y contrarreferencia.

El rol general de acompañamiento de los equipos supervisores lo constituyen el ámbito geográfico de la Provincia y el rol específico está circunscrito a las Áreas de Salud (UCA). Hospitales provinciales (cuando no son parte del Arca de Salud), Redes Plurales y Sistemas Descentralizados de Salud en sus niveles de gerencia.

1.3 A NIVEL LOCAL:

Bajo la responsabilidad del Jefe de Área se constituirán **LOS EQUIPOS DE SUPERVISIÓN LOCAL**, los que estarán integrados por el coordinador y el estadístico del Área que en el caso específico del componente de referencia y contrarreferencia tendrán las siguientes funciones:

- Capacitación del personal del nivel de la unidad operativa y hospitalaria.
- Implementación del subsistema de referencia y contrarreferencia a nivel local.
- Monitoreo y evaluación del proceso a nivel de las Áreas de salud y hospitalario
- Supervisión a nivel de las Áreas de Salud y hospitales sobre el proceso y en ciertas circunstancias que lo amerite a nivel de unidades operativas de primer nivel
- Tendrá la capacidad de sugerir al Equipo de Acompañamiento del nivel provincial reformas en la implementación del subsistema de referencia y contrarreferencia que para el efecto sean necesarios incorporando y/o modificando los formularios e indicadores actuales.
- Los equipos de supervisión son los responsables de que en el lapso de 9 meses luego de recibida la capacitación por el nivel central del MSP, en su respectiva Provincia se encuentre funcionando el subsistema de referencia y contrarreferencia.
- El monitoreo, evaluación y coordinación entre el hospital y el Área será de absoluta responsabilidad del coordinador y el estadístico del Área, en los casos de que el hospital no esté incluido administrativamente dentro del Área.

Los equipos de supervisión son los responsables de que en el lapso de 8 meses luego de recibida la capacitación por el nivel central del MSP, en su respectiva Área de Salud se encuentre funcionando el componente de referencia y contrarreferencia.

El rol general de acompañamiento de los equipos supervisores lo constituyen el ámbito geográfico del Área de Salud y el rol específico está circunscrito a las Unidades Operativas (hospitales, CS, SCS, PS), Redes Plurales y Sistemas Descentralizados de Salud en sus niveles operativos.

DEL FUNCIONAMIENTO

NIVEL LOCAL

En las Áreas de Salud el Jefe de Área implementará en los Hospitales de Referencia un **BUZÓN DE CONTRARREFERENCIAS** en el cual se depositarán todas las **CONTRARREFERENCIAS** contestadas por los especialistas hospitalarios y que corresponden a aquellas referencias enviadas desde las unidades operativas de primer nivel hacia los servicios de: Consulta externa, Hospitalización o Emergencia.

Los usuarios o pacientes que acuden con una referencia desde las unidades operativas de primer nivel hacia los servicios hospitalarios de: Consulta Externa, Emergencia u Hospitalización tendrán **PRIORIDAD** para recibir la atención médica. En el caso de que la referencia se haga para consulta externa, deberá ser atendido por estadística y enviado al consultorio correspondiente. Luego de ser atendido por el médico tratante consultado, éste deberá llenar la contrarreferencia y depositarlo en el buzón de **CONTRARREFERENCIAS** que para el efecto se lo implementará.

En el caso de que la referencia indique necesidad de hospitalización, el usuario o paciente debe ser **OBLIGATORIAMENTE** internado hasta que sea valorado por un médico tratante, quién podrá ordenar el alta del usuario o paciente con la correspondiente contrarreferencia.

En caso de que un usuario o paciente enviado con referencia desde una unidad de primer nivel hacia los servicios de emergencia o consulta externa haya sido hospitalizado, la contrarreferencia debe ser depositada en el buzón de **CONTRARREFERENCIAS** una vez que el usuario o paciente sea dado de alta.

RESPONSABLES DE MANEJO DE INFORMACIÓN

EN EL CASO DE QUE EL HOSPITAL DE REFERENCIA NO FORME PARTE DEL ÁREA:

EN EL HOSPITAL DE REFERENCIA el estadístico del Área es el responsable, siendo dicho funcionario quien tendrá las siguientes responsabilidades:

- Que los usuarios o pacientes referidos reciban atención médica **CON PRIORIDAD** por parte de los especialistas hospitalarios
- **Que TODO USUARIO O PACIENTE REFERIDO a los** diferentes servicios del hospital tenga la respectiva contrarreferencia.
- Que la copia de la contrarreferencia sea depositada en el **BUZÓN DE CONTRARREFERENCIAS**.
- **EN LAS ÁREAS DE SALUD** es el Coordinador del Área, el funcionario que tendrá las siguientes responsabilidades:
 - Retirar del **BUZÓN DE CONTRARREFERENCIAS** los formularios de contrarreferencia.
 - Monitorear, evaluar y retroalimentar el componente de referencia y contrarreferencia
- Enviar los formularios de contrarreferencia a las unidades operativas de las cuales provienen las referencias

EN EL CASO DE QUE EL HOSPITAL DE REFERENCIA

FORME PARTE DEL ÁREA.

- En este caso los responsables directos del subsistema son el estadístico y el coordinador del Área.

El Coordinador del Área, tendrá las siguientes responsabilidades:

- Retirar del **BUZÓN DE CONTRARREFERENCIAS** los formularios de contrarreferencia.
- Monitorear, evaluar y retroalimentar el componente de referencia y contrarreferencia
- Enviar los formularios de contrarreferencia a las unidades operativas de las cuales provienen las referencias

El estadístico del Área, tendrá las siguientes responsabilidades:

- Que los usuarios o pacientes referidos reciban atención médica **CON PRIORIDAD** por parte de los especialistas hospitalarios
- **Que TODO USUARIO O PACIENTE REFERIDO a los diferentes servicios del hospital tenga la respectiva contrarreferencia.**
- Que la copia de la contrarreferencia sea depositada en el **BUZÓN DE CONTRARREFERENCIAS.**

REFERENCIAS DEL SEGUNDO AL TERCER NIVEL

HOSPITALARIO DE COMPLEJIDAD

HOSPITALES DE SEGUNDO NIVEL

El responsable es el estadístico, funcionario que tendrá las siguientes responsabilidades:

- Retirar del BUZÓN DE; CONTRARREFERENCIAS los formularios de contrarreferencia.
- Monitorear, evaluar y retroalimentar el componente de referencia y contrarreferencia
- Depositar en el **BUZÓN DE CONTRARREFERENCIAS** del hospital de segundo nivel los formularios de contrarreferencia de aquellos pacientes que hayan sido dados de alta por el hospital de tercer nivel y enviados a sus domicilios, de acuerdo a la unidad operativa de la que provienen.

HOSPITALES DE TERCER NIVEL:

En los hospitales de tercer nivel el Director ordenará que se implemente un **BUZÓN DE CONTRARREFERENCIAS** el mismo que servirá para que todos los formularios de contrarreferencia que hayan sido llenados por los especialistas y que corresponden a aquellas referencias enviadas desde los hospitales de segundo nivel hacia los servicios de: Consulta externa. Emergencia u Hospitalización sean depositados en su interior. Los pacientes que acuden con una referencia

desde las unidades operativas de primer nivel hacia los servicios hospitalarios de: Consulta externa. Emergencia u Hospitalización tendrán **PRIORIDAD** para recibir la atención médica.

En el caso de que la referencia se haga para consulta externa deberá ser atendido preferentemente por estadística y enviado al consultorio correspondiente, luego de ser atendido por el médico tratante interconsultado, éste deberá llenar la contrarreferencia y depositarlo en el buzón de **CONTRARREFERENCIAS** que para el efecto se lo implementarán.

En el caso de que la referencia indique necesidad de hospitalización, el usuario o paciente debe ser **OBLIGATORIAMENTE** internado hasta que sea valorado por un médico tratante, quién podrá ordenar el alta del paciente con la correspondiente contrarreferencia.

El responsable es el estadístico, funcionario que tendrá las siguientes responsabilidades:

- Que los usuarios o pacientes referidos reciban atención médica **CON PRIORIDAD** por parte de los especialistas hospitalarios
- Que **TODO USUARIO O PACIENTE REFERIDO** a los diferentes servicios del hospital tenga la respectiva contrarreferencia
- Que la copia de la contrarreferencia sea depositada en el **BUZON DE CONTRARREFERENCIAS**
-

ANEXO No. 2

INSTRUCTIVO DEL FORMULARIO DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

1.- LA REFERENCIA

El formulario se imprime en papel sensibilizado para que sea llenado en original, de color blanco desuñado para el área de salud, tendrá una copia de color verde para la unidad a la que se refiere una copia de color rosado para el paciente, sin necesidad de papel carbón. En el original se imprimirá "PARA EL ÁREA" y tendrá un color verde, y en la copia "PARA EL PACIENTE" y será de color rosado

El formulario servirá tanto para hospitalizaciones como para consulta de especialistas, exámenes o tratamientos complementarios cuando el paciente necesariamente tiene que estar presente; también es de utilidad en el caso de las llamadas referencias inversas.

El médico que refiere registrará nombre y apellido completos, lugar de residencia del paciente, área de salud. No de Historia Clínica. No de referencia, unidad operativa que refiere, hospital al que refiere y la fecha, a continuación describirá brevemente el cuadro clínico, el diagnóstico presuntivo, el tratamiento recibido, si administró algún medicamento, el motivo por el que refiere y firmará la referencia. Como ejemplo de posibles motivos de referencia tenemos:

- Consulta por especialista (para diagnóstico, tratamiento, o control periódico de crónicos).
- Hospitalización (incluye la atención del parto).
- Solicitud de exámenes complementarios con necesidad presencia del paciente (laboratorio, radiología. Geografía u otros).
- Tratamientos complementarios (ejm: rehabilitación). El paciente presentará el formulario en el hospital al cual ha sido referido, en el servicio de estadística.

2.- LA CONTRARREFERENCIA

El médico que recibe la referencia llenará todos los datos del informe de contrarreferencia: la unidad y el servicio que atiende, la fecha de llegada del paciente, los criterios clínicos y hallazgos principales en exámenes complementarios; esto se hace en el momento que el hospital envía al paciente a la unidad referente, ya sea después de la consulta por especialista o en el momento del

alta después de una hospitalización; indicará si el paciente ha sido hospitalizado o no; en el caso de hospitalización, el formulario de referencia se incluye en la historia clínica del paciente hasta el día de su alta; finalmente dará el diagnóstico definitivo y, lo que es muy importante, el tratamiento y seguimiento que tendrá que administrarse en la unidad operativa del primer nivel (curaciones, retiro de puntos de suturas, seguimiento de pacientes crónicos, u otros). Firmará su informe, escribiendo su nombre, apellido y llenando la fecha del alta del paciente, o la fecha de salida si se trata solamente de una consulta por especialista; solo es aceptable la firma del tratante o residente.

En el caso de la referencia inversa se llenará el numeral 2 de "contrarreferencia" v en el espacio libre del numeral 1, "referencia" se escribirá con mayúsculas "PACIENTE NO FUE REFERIDO".

En los hospitales el responsable de la recopilación de los formularios es el personal del servicio de estadística, es el que debe colocar el original ("PARA EL ÁREA") en un casillero o buzón en el hospital, para que el coordinador del área los recoja semanalmente y se los haga llegar al médico que solicitó la referencia, con el objeto que, en caso que el paciente no regresó con la copia, el médico realice una visita domiciliaria para su seguimiento. A] final de este formulario existe un ítem que dice evaluación de la referencia, también será llenado por el médico y no consta en la copia rosada que tiene la rotulación "PARA EL PACIENTE".

La copia de color rosado, con el resultado de la consulta por especialista o la hospitalización, se entregará al paciente para que éste la lleve al médico que lo refirió, en ella no constará la evaluación que realiza el especialista del segundo nivel sobre la necesidad y la oportunidad de la referencia.

Para poder indagar cuántos usuarios o pacientes cumplen con la referencia solicitada por el médico, es necesario que cada unidad operativa lleve un cuaderno donde anote el nombre del paciente, el número de su historia Clínica, la fecha de su referencia y el número de su referencia; cuando llega la hoja de contrarreferencia se escribe la fecha en el cuaderno. Si no se recibe la hoja de contrarreferencia, se realizará una visita domiciliaria.

No de la REFERENCIA

No de la REFERENCIA	FECHA DE ENVIÓ	No H. CI	NOMBRE	FECHA RECEP. DE CONTRAREF
---------------------	----------------	----------	--------	---------------------------

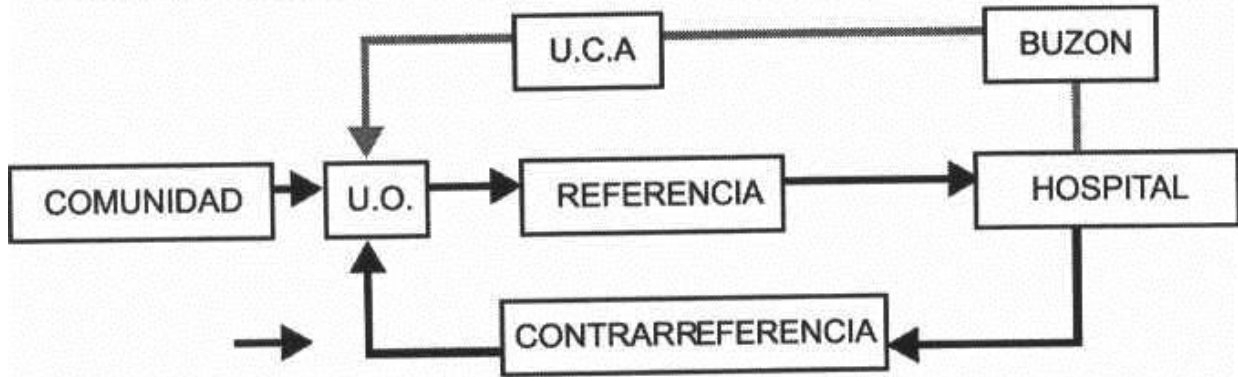
El especialista del hospital de referencia no debe temer juzgar sinceramente al médico del primer nivel a] definir la referencia como "no necesaria" ó "no a tiempo": ambos tendrán la oportunidad de exponer sus puntos de vista durante las REVISIÓN DE CASOS que pueden hacerse

mensualmente aprovechando las reuniones de la UCA con los equipos de las UO's y permitirá además retroalimentar al personal de las unidades referentes; en última instancia, la mayor utilidad del sistema de referencia es mejorar la especificidad y la capacidad resolutoria de los dos niveles del área de salud.

II.- ROL OPERATIVO

DIAGRAMA DE FLUJO

OPERATIVIZACION DEL PRIMER NIVEL AL HOSPITAL DE REFERENCIA



HISTORIA CLINICA
PARTE DIARIO
HOJA DE REFERENCIA
FICHERO CRONOLOGICO

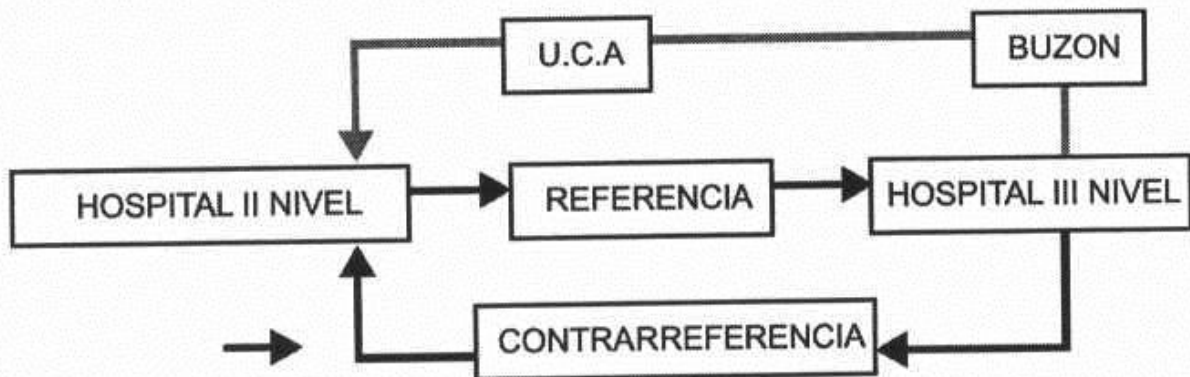
HISTORIA CLINICA
CONTRARREFERENCIA
BUZON DE CONTRARREFERENCIA

LEYENDA:

PACIENTE

MONITOREO

OPERATIVIZACION DEL HOSPITAL DE II NIVEL AL HOSPITAL DE III NIVEL



HISTORIA CLINICA
PARTE DIARIO
HOJA DE REFERENCIA
FICHERO CRONOLOGICO

HISTORIA CLINICA
CONTRARREFERENCIA
BUZON DE CONTRARREFERENCIA

LEYENDA:

PACIENTE

MONITOREO

REFERENCIA

UNIDAD OPERATIVA QUE REFIERE				AREA DE SALUD No.	
UNIDAD OPERATIVA A LA QUE REFIERE				SERVICIO / DEPARTAMENTO	
NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS				No. HISTORIA CLINICA	
EDAD		SEXO		No. DE REFERENCIA	
AREA DE SALUD No.					
MOTIVO DE LA REFERENCIA: Emergencia			CONSULTA EXTERNA		
CUADRO CLINICO					
DIAGNOSTICO PRESUNTIVO			DIAGNOSTICO DEFINITIVO		
TRATAMIENTO RECIBIDO (Si Existe)			FECHA		
			NOMBRE DE PROFESIONAL QUE SE REFIERE		
			<hr style="width: 80%; margin: 0 auto;"/> FIRMA		

