



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**

**FACULTAD DE MEDICINA  
INSTITUTO DE SALUD PÚBLICA**

**MAESTRIA EN SALUD PÚBLICA CON MENCIÓN EN INVESTIGACIÓN DE  
SERVICIOS Y SISTEMAS DE SALUD**

**TEMA:**

**“PERTINENCIA DE SOLICITUDES GENERADAS PARA INTERCONSULTAS EN EL  
ÁREA DE CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL GENERAL DOCENTE DE  
CALDERÓN, CON UN ENFOQUE DE OPORTUNIDAD Y CONTINUIDAD PARA EL  
USUARIO DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN, EN EL PERIODO NOVIEMBRE 2018 -  
ENERO 2019”**

**TESIS DE GRADO  
PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE  
MAGISTER EN SALUD PÚBLICA**

**AUTOR: Lcda. Alejandra de las Mercedes Guerra Cadena**

**DIRECTOR DE TESIS:**

**DR. PABLO ZAMBRANO**

**TUTOR METODOLÓGICO:**

**DR. JORGE PEÑAHERRERA**

**Quito, 22 marzo de 2019**

## PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

### DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **GUERRA CADENA ALEJANDRA DE LAS MERCEDES**, C.I.: 171540769-6 autora del trabajo de graduación intitulado: **“PERTINENCIA DE SOLICITUDES GENERADAS PARA INTERCONSULTAS EN EL ÁREA DE CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL GENERAL DOCENTE DE CALDERÓN, CON UN ENFOQUE DE OPORTUNIDAD Y CONTINUIDAD PARA EL USUARIO DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN, EN EL PERIODO NOVIEMBRE 2018 - ENERO 2019”**, previa a la obtención del grado académico de **MAGÍSTER EN SALUD PÚBLICA CON MENCIÓN EN INVESTIGACIÓN DE SERVICIOS Y SISTEMAS DE SALUD** en el Instituto de Salud Pública de la Facultad de Medicina:

- 1.- Manifiesto conocer el deber que posee la “Pontificia Universidad Católica del Ecuador”, conforme al artículo 144 de la “Ley Orgánica de Educación Superior”, de entregar a la SENESCYT una copia en formato digital de la disertación con la finalidad de que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior para su difusión pública manteniendo el respeto de los derechos de autor.
- 2.- Otorgo mi autorización a la “Pontificia Universidad Católica del Ecuador a difundir a través de sitio web de la Biblioteca de la PUCE el mencionado trabajo de disertación, manteniendo el respeto de las políticas de propiedad intelectual.

Quito, 22 de marzo de 2019

Alejandra de las Mercedes Guerra Cadena  
CI: 1715407696

## DEDICATORIA

A mis padres por su esfuerzo, confianza y apoyo incondicional; a mi esposo e hijas, por ser mi motor de cada día y el mejor regalo de Dios en mi vida.

Alejandra Guerra Cadena

## **AGRADECIMIENTO**

Expreso mi agradecimiento y consideración a la Gerencia, áreas Médico Asistencial, de Docencia, Consulta Externa y Estadística, del Hospital General Docente de Calderón, al Instituto de Salud Pública de la Pontificia Universidad Católica y a los docentes, Dr. Pablo Zambrano y Dr. Jorge Peñaherrera, quienes brindaron su apoyo académico para el desarrollo del presente trabajo de titulación.

Alejandra Guerra Cadena

## ABREVIATURAS

<b>APS:</b>	Atención Primaria en Salud.
<b>HGDC:</b>	Hospital General Docente de Calderón
<b>MAIS:</b>	Modelo de Atención Integral en Salud
<b>MD-SOS:</b>	Sistema informático del Hospital General Docente de Calderón
<b>MSP:</b>	Ministerio de Salud Pública.
<b>OMS:</b>	Organización Mundial de la Salud
<b>OPS:</b>	Organización Panamericana de la Salud
<b>RPC:</b>	Red Privada Complementaria
<b>RPIS:</b>	Red Pública Integral de Salud
<b>SAT-REC:</b>	Sistema de Agendamiento de Turnos para Referencias y Contrareferencias del MSP
<b>TGS:</b>	Teoría General de Sistemas.

# CONTENIDO

<b>1</b>	<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>1</b>
1.1	CONTEXTO DE LA INVESTIGACIÓN	4
<b>2</b>	<b>PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y SU JUSTIFICACIÓN</b>	<b>5</b>
<b>3</b>	<b>MARCO TEÓRICO</b>	<b>10</b>
3.1	TEORÍA GENERAL DE LOS SISTEMAS -TGS	10
3.2	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD	10
3.3	REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	11
3.4	LA OPORTUNIDAD	12
3.5	ACCESO AL ESPECIALISTA	13
3.6	LA INTERCONSULTA	14
<b>4</b>	<b>MODELO CONCEPTUAL – TEORÍA GENERAL DE LOS SISTEMAS</b>	<b>15</b>
4.1	MODELO DESCRIPTIVO DEL PROBLEMA	15
4.2	DESCRIPCIÓN DEL MODELO	17
<b>5</b>	<b>ALTERNATIVAS DE CAMBIO</b>	<b>17</b>
5.1	CRITERIOS DE SELECCIÓN DE ALTERNATIVAS DE CAMBIO	18
5.2	PONDERACIÓN DE ALTERNATIVAS DE CAMBIO	19
<b>6</b>	<b>HIPÓTESIS DE CAMBIO</b>	<b>21</b>
<b>7</b>	<b>OBJETIVOS DEL ESTUDIO</b>	<b>21</b>
7.1	OBJETIVO GENERAL	21
7.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	21
<b>8</b>	<b>INSTRUCCIONES OPERATIVAS</b>	<b>22</b>
<b>9</b>	<b>METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN</b>	<b>24</b>
9.1	TIPO DE INVESTIGACIÓN	24
9.2	MAPEO DE ACTORES Y EQUIPO DE INVESTIGACIÓN	24
9.2.1	INVENTARIO DE ACTORES	24
9.2.2	ANÁLISIS DE ACTORES	25
9.2.3	CALIFICACIÓN DE PODER DE LOS ACTORES	28
9.2.4	MODELAMIENTO DE ACTORES	29
9.3	EQUIPO DE INVESTIGACIÓN	30
9.4	TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	30
9.5	MUESTREO	30
9.6	VALIDEZ Y REPRODUCIBILIDAD DEL ESTUDIO	30
9.6.1	CRITERIOS DE INCLUSIÓN	31
9.6.2	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	31
<b>10</b>	<b>ASPECTOS BIOÉTICOS</b>	<b>31</b>
<b>11</b>	<b>OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES</b>	<b>31</b>
11.1	OPERACIONALIZACIÓN DE LA EVALUACIÓN OPERATIVA	32
11.2	OPERACIONALIZACIÓN DE LA EVALUACIÓN ANALÍTICA	34
<b>12</b>	<b>RESULTADOS Y DISCUSION</b>	<b>35</b>
12.1	DE LA EVALUACIÓN OPERATIVA	35
12.2	DE LA EVALUACIÓN ANALÍTICA	50

<b>13</b>	<b>CONCLUSIONES.....</b>	<b>52</b>
<b>14</b>	<b>RECOMENDACIONES .....</b>	<b>53</b>
<b>15</b>	<b>BIBLIOGRAFÍA .....</b>	<b>54</b>
<b>16</b>	<b>ANEXOS .....</b>	<b>56</b>

## INDICE DE TABLAS

Tabla 1: Cartera de Servicios del Hospital General Docente de Calderón .....	2
Tabla 2: Cartera de servicios de consulta externa del Hospital General Docente de Calderón.....	3
Tabla 3: Criterios de determinación de prioridades.....	11
Tabla 4: Listado de alternativas de cambio.....	17
Tabla 5: Criterios de selección para alternativas de cambio.....	18
Tabla 6: Ponderación de alternativas de cambio .....	20
Tabla 7: Matriz de instrucciones operativas .....	22
Tabla 8: Influencia de los actores .....	25
Tabla 9: Grupos de interés .....	28
Tabla 10: Matriz de operacionalización de la evaluación operativa .....	32
Tabla 11: Matriz de operacionalización de la evaluación analítica .....	34
Tabla 12: Matriz comparativa de pertinencia y no pertinencia de interconsultas en consulta externa del HGDC .....	35
Tabla 14: Matriz de pertinencia de interconsultas para bloqueo en MD-SOS.....	41
Tabla 15: Detalle de modificación del Flujo .....	46
Tabla 16: Interconsultas generadas vs interconsultas pertinentes.....	51

## INDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Ausentismo en el área de consulta externa ene - dic2018.....	4
Gráfico 2: Flujo de generación de interconsultas en consulta externa del Hospital General Docente de Calderón .....	6
Gráfico 3: Detalle de las interconsultas generadas desde el área de Psicología del Hospital General Docente de Calderón, en el periodo enero-agosto 2018.....	7
Gráfico 4: Detalle de las interconsultas generadas en el área de Ginecología del Hospital General Docente de Calderón, en el periodo enero-agosto 2018.....	8
Gráfico 5: Modelo descriptivo de la problemática identificada, basado en la Teoría General de los Sistemas: .....	16
Gráfico 6: Modelo poder y decisión .....	29
Gráfico 7: Interconsultas sin restricción vs interconsultas pertinentes, en la especialidad de Neurología: .....	37
Gráfico 8: Interconsultas sin restricción vs interconsultas pertinentes, en la especialidad de Psicología:.....	38
Gráfico 9: Comparativo interconsultas sin restricción vs interconsultas pertinentes, en la especialidad de Traumatología: .....	39
Gráfico 10: Flujo de generación de interconsultas modificado en consulta externa del Hospital General Docente de Calderón .....	45
Gráfico 11: Resultados de la encuesta – Pregunta 1.....	47
Gráfico 12: Resultados de la encuesta – Pregunta 2.....	47
Gráfico 13: Comparativo primeras consultas generadas en consulta externa HGDC ene2018- ene2019 .....	48
Gráfico 14: Comparativo de contrareferencias generadas en consulta externa HGDC ene2018- ene2019.....	49
Gráfico 15: Primeras consultas refereridas a HGDC octubre 2018 - enero 2019.....	50

## Resumen Ejecutivo

El presente estudio fue realizado en el área de consulta externa del Hospital General Docente de Calderón, donde la subutilización de las capacidades de los recursos profesionales, materiales y operativos, que la inadecuada gestión de interconsultas está provocando en el servicio, denota la necesidad de desarrollar mecanismos para la aplicación de provisión de servicios de salud adecuados, enfocados a las necesidades reales de los pacientes, y en la generación de oportunidad y acceso a la atención para usuarios que pertenecen a otros niveles de atención, y se encuentran en espera de una cita médica en este servicio.

Tiene como objetivo mejorar la oportunidad de acceso al servicio de consulta externa, para pacientes de demanda externa en espera de un turno para el Hospital General Docente de Calderón. El estudio fue realizado en el periodo noviembre 2018 – enero 2019, y busca mantener la estrategia de cambio propuesta de manera permanente en el establecimiento.

La alternativa de cambio implementada fue la restricción en el sistema MD-SOS del hospital, para la generación de interconsultas no pertinentes entre sí en el área de consulta externa.

Los resultados de la aplicación de la alternativa de cambio fueron, el incremento de primeras consultas en un 34% en comparación a meses anteriores a esta implementación, para usuarios que se encontraban en espera de asignación de turnos en el servicio de consulta externa del Hospital General Docente de Calderón; y la disminución de la generación de interconsultas no pertinentes en un 22% del total de interconsultas disponibles a generar antes del bloqueo.

Se concluye que la interconsulta pertinente en el servicio de consulta externa, depende de una correcta evaluación del motivo de consulta, de la identificación de los múltiples problemas de salud que este puede desencadenar, de la necesidad de evaluación y criterio médico de otras especialidades relacionadas y de la comunicación adecuada médico paciente.

**Palabras Clave:** Interconsulta, consulta externa, primeras consultas, oportunidad, acceso.

## Executive Summary

The present study was conducted in the outpatient area of the Hospital General Docente de Calderón, where the underutilization of professional, material and operational resources, which the inadequate management of interconsultations is causing in the service, denotes the need to develop mechanisms for the application Provision of adequate health services, focused on the real needs of patients, and the generation of opportunity and access to care for users belonging to other levels of care, and are waiting for a medical appointment in this service .

Its objective is to improve the opportunity of access to the external consultation service, for patients of external demand waiting for a shift for the Hospital General Docente de Calderón. The study was conducted in the period November 2018 - January 2019, and seeks to maintain the strategy of change proposed permanently in the establishment.

The change alternative implemented was the restriction in the MD-SOS system of the hospital, for the generation of non-pertinent interconsultations in the outpatient area.

The results of the application of the change alternative were, the increase of first consultations by 34% compared to months prior to this implementation, for users who were waiting for allocation of shifts in the outpatient service of the General Hospital Teacher of Calderón; and the decrease in the generation of non-relevant interconsultations in 22% of the total number of interconsultations available to be generated before the blockade.

It is concluded that the relevant interconsultation in the external consultation service depends on a correct evaluation of the reason for consultation, the identification of the multiple health problems that this may trigger, the need for evaluation and medical criteria of other related specialties and of proper doctor - patient communication.

**Key Words:** Interconsultation, external consultation, first consultations, opportunity, access

# 1 INTRODUCCIÓN

La integralidad a nivel territorial, tiene por objetivo responder a las necesidades locales de la población, para lo cual se ha organizado a las Coordinaciones Zonales de Salud y distribuido competencias a los distritos administrativos a nivel nacional, bajo la Rectoría del Ministerio de Salud Pública.

La estructuración del subsistema de salud en los Distritos comprende algunos de los siguientes enfoques (MSP, Modelo de Atención Integral en Salud - MAIS, 2013):

- Enfoque sustentado en APS
- Organización territorial de la red pública y complementaria: articulación de los diferentes niveles de atención
- Capacidad resolutoria de primer y segundo nivel: la puerta obligatoria de ingreso al SNS es primer nivel de atención
- Fortalecimiento de la continuidad de la atención a los usuarios
- Práctica del principio de equidad: acceso y utilización efectiva de los servicios de salud
- Práctica del principio de eficacia: organizar la demanda en función de las necesidades
- Práctica del principio de eficiencia: mejor gestión y mayor optimización de los recursos
- Actuar sobre los determinantes de la salud
- Fortalecimiento de la participación plena de la comunidad y sus organizaciones

El Distrito de Salud 17D02 – Calderón, Llano Chico, Guayllabamba, de la Coordinación Zonal Salud #9, tiene una población asignada de 179.128 (INEC, 2010) y está conformado por:

- 4 Establecimientos tipo A: Marianitas, Carapungo 1, Llano Chico, San Juan de Calderón
- 2 Establecimientos tipo B: San José de Morán, Guayllabamba
- 2 Establecimientos tipo C: Carapungo 2, Calderón
- 1 Establecimiento de segundo nivel: Hospital General Docente de Calderón
- Establecimientos de otros subsistemas de la red pública integral de salud –RPIS (IESS)
- Establecimientos de la red privada complementaria -RPC

El Hospital General Docente de Calderón, inaugurado el 15 de julio de 2015, por tipología es el único establecimiento de salud de segundo nivel de atención, y se encuentra en el territorio del Distrito antes mencionado.

Ubicado en la parroquia de Calderón, provincia de Pichincha, , beneficia a una población de 980.261 habitantes y es el escalón de referencia inmediata para establecimientos de primer nivel y hospitales básicos, de las parroquias que se ubican al norte y centro de Quito, fundamentalmente las de Calderón, Guayllabamba y Llano Chico, así mismo, el HGDC se encuentra articulado a la red norte de salud, en la que además beneficia a los distritos 17D01 Nanegal - Guala, 17D02 Calderón - Guayllabamba, 17D03 Condado - Calacali, 17D04 Puengasí - Itchimbia, 17D05 La Concepción - Zambiza, 17D09 Tumbaco - Tababela y 17D10 Cayambe; a lo que se incorporan usuarios de varios cantones rurales de la provincia de Pichincha. Además genera provisión de servicios de salud a pacientes referidos desde las provincias de Imbabura, Esmeraldas, Manabí, entre otras.

Al cumplir una dinámica de Hospital Docente, posee un enfoque formativo y de investigación mediante el cumplimiento de procesos vinculados a la docencia, ha facilitado el cumplimiento de actividades académicas de pregrado, postgrado, eventos de educación continua, en convenio con Universidades y para profesionales sanitarios en formación y especialización, siendo un referente nacional de formación en ciencias de la salud.

El acceso para el usuario, a este establecimiento de segundo nivel de atención y cuarto nivel de complejidad (hospital general), se genera por los siguientes canales:

- Referencia desde el primer nivel de atención
- Referencia desde el segundo nivel de atención (establecimientos de hasta un 3er nivel de complejidad)
- Atención de emergencia y urgencia
- Contrareferencia desde establecimientos de un nivel superior de complejidad
- Derivación desde establecimientos del mismo nivel de atención de otros sistemas de salud (RPIS, RPC).

Forma parte de la Red Pública Integral de Salud (RPIS) del Ministerio de Salud Pública y contempla dentro de su cartera de servicios las siguientes prestaciones:

*Tabla 1: Cartera de Servicios del Hospital General Docente de Calderón*

<b>Consulta externa</b>	48 consultorios
<b>Hospitalización:</b>	157 camas
<b>Cuidados intensivos adultos:</b>	12 camas
<b>Cuidados intensivos pediátricos:</b>	5 camas
<b>Neonatología:</b>	8 intensivos, 7 intermedios
<b>Emergencia:</b>	52 cubículos
<b>Centro obstétrico:</b>	3 salas de parto, 2 quirófanos
<b>Centro quirúrgico:</b>	6 quirófanos de cirugía mayor y especializada, 4 quirófanos de cirugía menor y procedimientos clínicos
<b>Rehabilitación:</b>	terapia física y respiratoria
<b>Servicios de apoyo:</b>	laboratorio clínico, depósito de sangre, imagenología, endoscopía, hemodiálisis, farmacia de abastecimiento interno y externo

Fuente: Hospital Docente de Calderón

Elaborado por: Guerra Alejandra.

El establecimiento aplica un diseño organizacional divisional, lo que significa que configura cada servicio final como una unidad de negocios, donde resulta fundamental descentralizar el poder hacia el interior del hospital, involucrando progresivamente a los médicos en decisiones administrativas. (Mintzberg, 1983). Antecedente que permite la división de trabajo y la coordinación de tareas por áreas, donde los miembros del equipo deben conocer que

actividades desempeñarán con relación al proceso, acordando una división del trabajo, con un enfoque a cinco tipos de coordinación (supervisión directa, estandarización de recursos, estandarización de procesos, estandarización de resultados y ajuste mutuo). (Instituto de Salud Pública, 2016).

Así mismo, en base a la estructura organizacional por procesos establecida por el Ministerio de Salud Pública, para hospitales de segundo nivel de atención, el Hospital General Docente de Calderón, para el cumplimiento de su misión y responsabilidades, aplica los siguientes procesos internos:

- **Procesos gobernantes:** direccionamiento estratégico
- **Procesos agregadores de valor:** de gestión asistencial de especialidades clínicas y/o quirúrgicas, de cuidados de enfermería, de apoyo diagnóstico y terapéutico, de gestión de docencia e investigación. En este proceso se encuentra la gestión clínica de la consulta externa del Hospital General Docente de Calderón, del cual a continuación se detallan sus prestaciones:

*Tabla 2: Cartera de servicios de consulta externa del Hospital General Docente de Calderón*

<b>Consulta externa (48 consultorios)</b>	Gastroenterología, coloproctología, endocrinología, medicina interna, nefrología, hematología, genética, dermatología, cardiología, cardiología pediátrica, neumología, neumología pediátrica, pediatría neonatología, neurología, psicología, psiquiatría, urología, neurocirugía, cirugía general, cirugía vascular, cirugía plástica, geriatría, cirugía maxilofacial, cirugía cardiorácica, cirugía pediátrica, gineco-obstetricia, traumatología, otorrinolaringología, oftalmología, oftalmología infantil, rehabilitación, anestesiología, consejería en lactancia materna.
---	--

Fuente: Hospital Docente de Calderón  
Elaborado por: Guerra Alejandra.

- **Procesos habilitantes de asesoría:** gestión de planificación, evaluación y seguimiento, de asesoría jurídica, de comunicación y de calidad.
- **Procesos habilitantes de apoyo:** gestión de atención al usuario, de admisiones, administrativa financiera, administrativa, de tecnologías de información y comunicaciones. (MSP, Estatuto Orgánico de Gestión por Procesos de los Hospitales del Ministerio de Salud Pública, 2012).

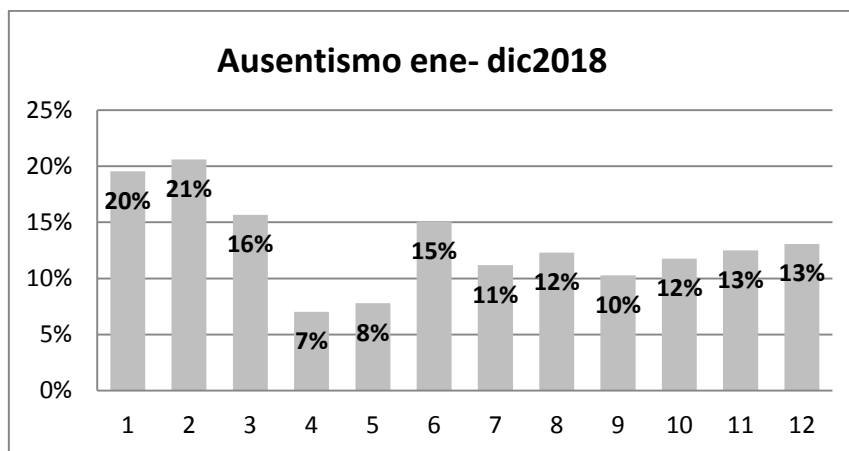
Entre las responsabilidades de un hospital de este nivel de atención y complejidad hospital se encuentran: implementación de procesos de satisfacción, lograr objetivos planificados, aplicación y validación de gestión de la calidad, delegación de responsabilidades, fomentar el empoderamiento de equipos de trabajo, garantizar atención y recuperación de la salud

mediante mecanismos eficaces, participación de la comunidad organizada. (Ministerio de Salud Pública Honduras, 2012).

## 1.1 Contexto de la investigación

El área de consulta externa del Hospital General Docente de Calderón oferta 35 especialidades, de las cuales se han generado 86.551 atenciones en 2017 y 94.857 en el 2018, con un ausentismo del 17%, con un tiempo promedio de asignación de turnos de 40 días dependiendo de la especialidad.

Gráfico 1: Ausentismo en el área de consulta externa ene - dic 2018



Fuente: Estadística Hospital Docente de Calderón

Elaborado por: Guerra Alejandra.

Los servicios de consulta externa se proveen 5 días de la semana en horarios de 8 horas diarias, a excepción de psicología clínica y psiquiatría que están disponibles 12 horas al día, cada cita tiene una duración de 15 a 20 minutos.

Entre las principales morbilidades tratadas en el servicio de consulta externa, se encuentran: hipertensión esencial primaria, hipotiroidismo no especificado, diabetes mellitus no insulino dependiente, diabetes mellitus insulino dependiente, cuidados postquirúrgicos, epilepsia y síndromes epilépticos, insuficiencia renal crónica y terminal, enfermedades pulmonares intersticiales con fibrosis, y obesidad por exceso de calorías.

En la consulta externa se generan las necesidades de interconsulta para otras especialidades, mismas que deben estar vinculadas con el motivo de consulta tratado y guardar relación con las especialidades solicitadas. El médico especialista, registra este requerimiento en el sistema MD-SOS y de manera digital el formulario de interconsulta establecido por el Ministerio de Salud Pública, posterior a lo que dirige al paciente al área de admisiones para registro de la cita requerida, donde recibe información de la fecha y hora de la misma.

El médico especialista es a su vez, el responsable de comunicar y explicar al paciente la necesidad de generar una contrareferencia, cuando su estado de salud puede ser resuelto en otro establecimiento por nivel y complejidad correspondiente a su estado, y la importancia de la continuidad inter-niveles de la provisión de servicios y resolución efectiva de sus problemas de salud.

## **2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y SU JUSTIFICACIÓN**

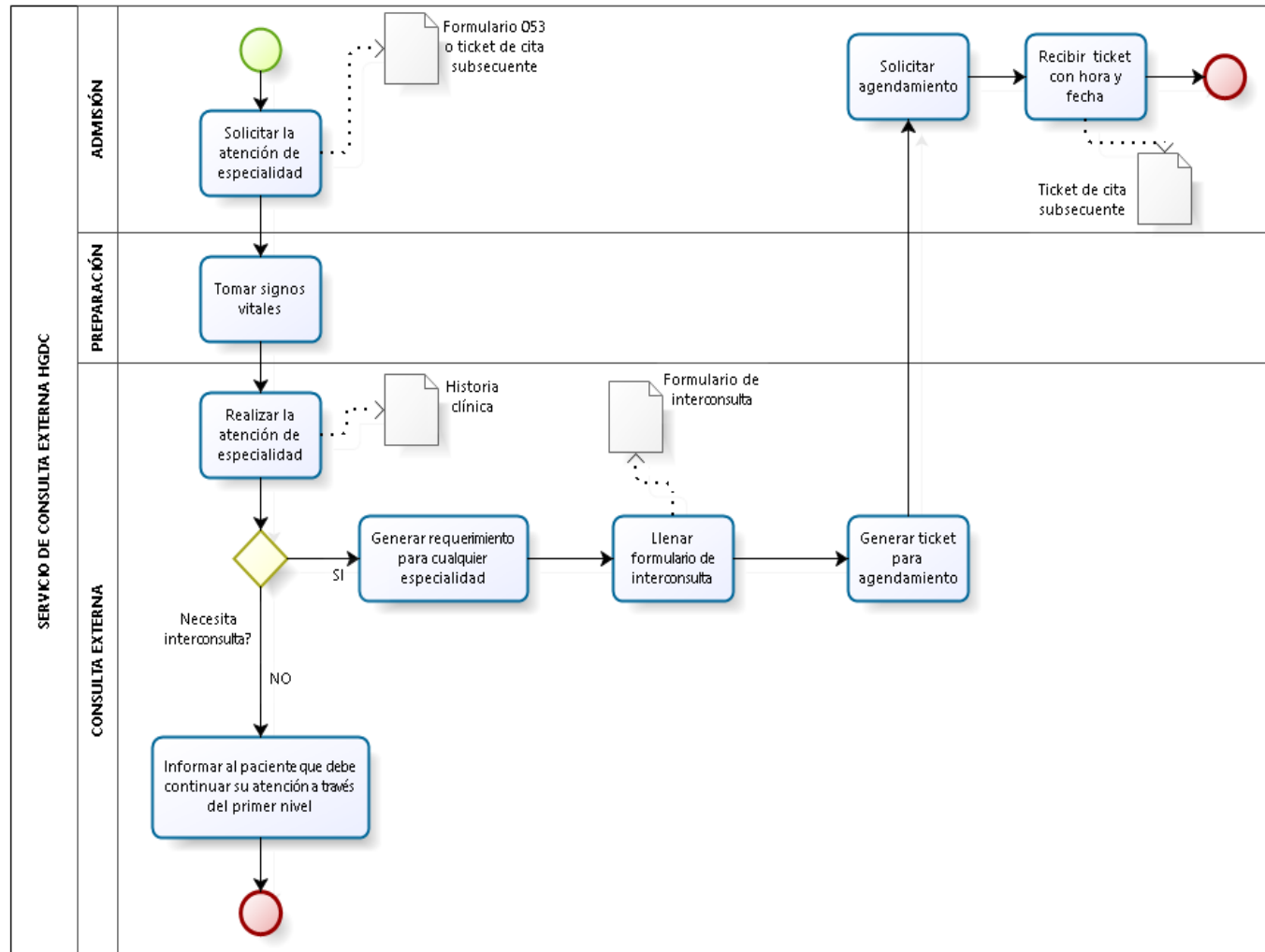
El concepto de APS preconiza actividades de fomento, prevención y tratamiento y está orientado hacia las necesidades de poblaciones enteras, sacando el máximo partido de los recursos disponibles en relación con todas las necesidades sanitarias mediante el uso de tecnología apropiada y de una gran variedad de personal de salud. El éxito de este planteamiento se define por la calidad de la atención individual sino también por el mejoramiento de la situación sanitaria de las poblaciones, el empleo equitativo de los recursos, cobertura más amplia de la población y una mayor responsabilidad del personal en materia de salud. Los principales problemas que se plantean son los resultantes de la interacción entre los sistemas de salud y las poblaciones, así como de la asignación de fondos. (OMS, Los hospitales y la salud para todos. Informe de un Comité de Expertos de la OMS sobre la función de los Hospitales en el Primer Nivel de envío de casos, 1987).

El procedimiento de envío de pacientes que predomina en los servicios de salud, constituye un grave problema. Con frecuencia los pacientes carecen de confianza en los servicios de salud locales y en lugar de acudir a ellos, se dirigen a servicios de mayor envergadura (hospitales). Incluso cuando el envío está iniciado por el establecimiento de primer nivel, este tiende a producirse en un solo sentido, dónde el paciente es enviado al hospital, pero no es devuelto. La consecuencia de un sistema de envío defectuoso es la subutilización de las instalaciones periféricas, el abuso del hospital y el deterioro de las normativas y disposiciones generadas desde los responsables de la organización del servicio. (OMS, Los hospitales y la salud para todos. Informe de un Comité de Expertos de la OMS sobre la función de los Hospitales en el Primer Nivel de envío de casos, 1987).

En el área de consulta externa del Hospital General Docente de Calderón, los profesionales de cada una de las especialidades pueden generar solicitudes de interconsultas para todas las especialidades del Hospital sin restricción en el sistema MD-SOS, las cuales a su vez son registradas y agendadas por parte del personal de admisiones, en el mismo sistema y de acuerdo a los lineamientos establecidos a nivel nacional por el Ministerio de Salud Pública.

Es importante entender que cuando el hospital funciona como un servicio de primer nivel, provee atención ineficiente de primer nivel (por su costo), que no es más eficaz (ya que no es continua, ni integrada). Resulta que estos hospitales no cumplen sus funciones, lo que representa un derroche considerable de recursos. Se puede decir que tan pronto como el hospital empieza a brindar servicios de primer nivel, los centros de salud tienden a ser centros de triaje y volverse inoperativos, y el segundo nivel pierde su tecnicidad. (Mercenier & Balen, 1997).

Gráfico 2: Flujo de generación de interconsultas en consulta externa del Hospital General Docente de Calderón



Fuente: Estadística Hospital Docente de Calderón  
 Elaborado por: Guerra Alejandra.

El flujo explica cómo se generan las interconsultas, donde la falta de paso para una validación previa de la pertinencia de ésta, evita su racionalización, dando apertura a peticiones sin pertinencia.

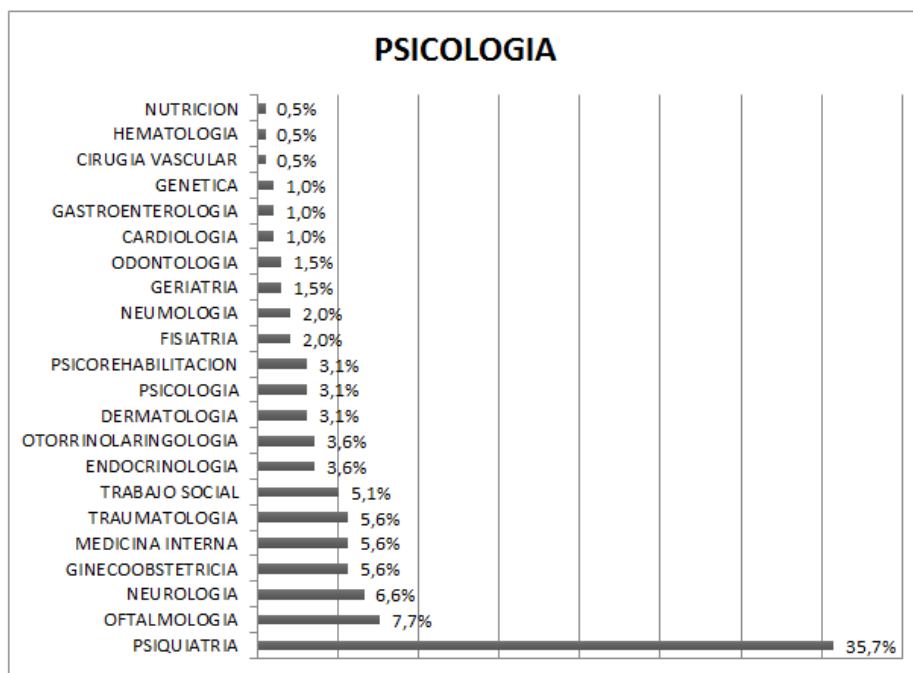
Este flujo ha provocado la generación de interconsultas no pertinentes, que no guardan relación con el motivo de consulta. Estas citas se agendan para resolución de problemas de salud que por capacidad resolutoria y complejidad son competencia mayoritariamente del primer nivel de atención.

Actividad que conlleva a que la asignación de turnos cubra de manera prioritaria la elevada demanda interna del hospital y genere limitado acceso para primeras consultas, requeridas desde el primer nivel de atención. Esta situación limita la oportunidad de proveer servicios de segundo nivel de atención, para pacientes calificados como pertinentes en espera a ser referidos desde el primer nivel.

Al analizar los agendamientos solicitados por cada una de las especialidades de consulta externa, se han obtenido las áreas que, en mayor o menor proporción, generan interconsultas que no responden al motivo de consulta y tampoco guardarían interrelación médica entre especialidades.

Para análisis, a continuación en el gráfico 3 y 4 se puede observar la dinámica de agendamiento para interconsultas, generadas de las áreas de psicología y ginecología del hospital (tomadas como ejemplo), entre enero a agosto del 2018. Las gráficas de análisis del resto de especialidades pueden ser visualizadas en los anexos.

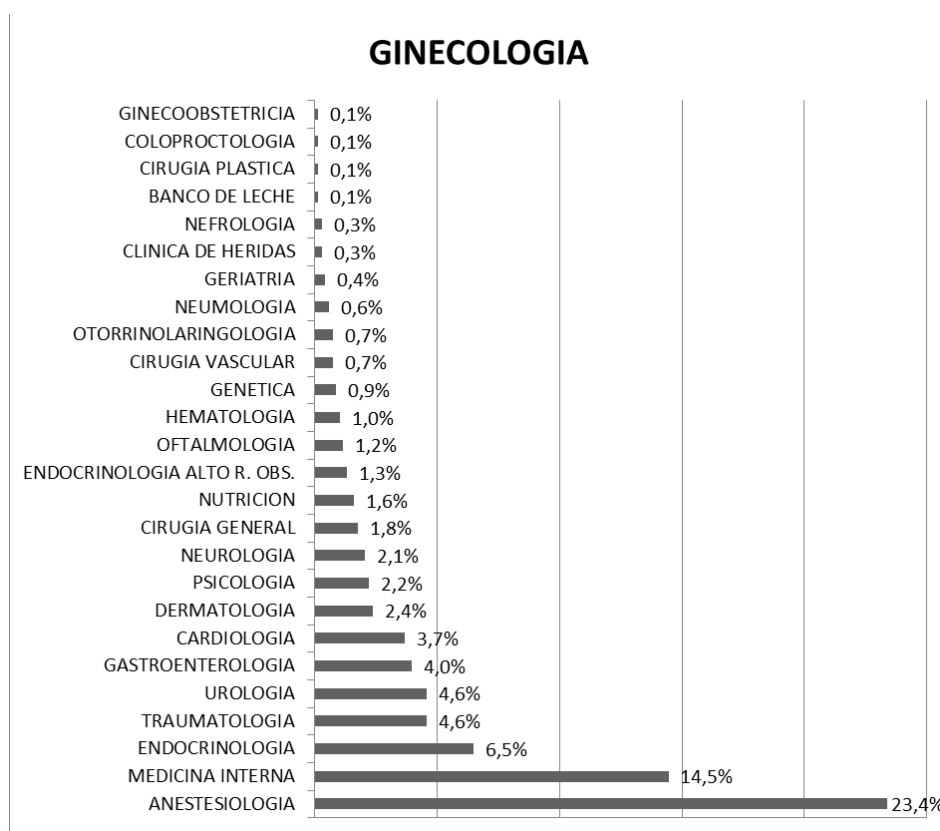
*Gráfico 3: Detalle de las interconsultas generadas desde el área de Psicología del Hospital General Docente de Calderón, en el periodo enero-agosto 2018*



Fuente: Estadística Hospital Docente de Calderón  
Elaborado por: Guerra Alejandra.

En el gráfico 3, se considera (por motivo de consulta) que no deberían generarse interconsultas entre Psicología y las especialidades enlistadas, sin embargo, hallamos los siguientes datos de interconsultas generadas hacia: Gineco-obstetricia (5,6%), Traumatología (5,6%), Endocrinología (3,6%), Otorrinolaringología (3,6%), Dermatología (3,1%), Neumología (2%), Odontología (1,5%), Cardiología (1%), Gastroenterología (1%), Genética (1%), Cirugía Vascul ar (0,5%), Hematología (0,5%), Nutrición (0,5%). Esta situación genera la necesidad de validación de los criterios que han sido utilizados para la generación de estas solicitudes de interconsulta.

*Gráfico 4: Detalle de las interconsultas generadas en el área de Ginecología del Hospital General Docente de Calderón, en el periodo enero-agosto 2018*



Fuente: Estadística Hospital Docente de Calderón  
Elaborado por: Guerra Alejandra.

En el gráfico 4, se considera que entre las interconsultas generadas por parte de la especialidad de Ginecología serían hacia: Anestesiología, Medicina Interna, Endocrinología, Cirugía General, Geriatria, mientras que las demás no tendrían un criterio de aplicación enfocado al motivo de consulta y requerirían un análisis a mayor profundidad.

Con éste antecedente, una vez analizadas 10.000 solicitudes de interconsultas en el periodo enero a agosto 2018, se pueden evidenciar marcadas dificultades de accesibilidad y oportunidad para las necesidades sentidas por pacientes que requieren valoración especializada y se encuentran en espera (primeras consultas) desde el primer nivel de atención, y de aquellos que requieren una cita subsecuente, ya que, esta problemática

provoca que las citas de primera vez y subsecuentes se asignen en plazos bastante extendidos (40 días en promedio).

En este contexto, se exponen 10 ejemplos, extraídos del análisis realizado por especialidad, donde se muestra el porcentaje de interconsultas no pertinentes de cada una de ellas y hacia a que especialidad se ha interconsultado, en el periodo enero – agosto de 2018, de acuerdo al siguiente detalle:

- Cardiología => Dermatología: 3,9%
- Dermatología => Gastroenterología 9%
- Gastroenterología => Oftalmología 0,5%
- Ginecología => Dermatología 2,4%
- Hematología => Psicología 2%
- Nefrología => Psiquiatría 1,2 %
- Neumología => Oftalmología 1%
- Oftalmología => Odontología 1,3%
- Psicología => Odontología 1,5%
- Urología => Psicología 1%

Cabe recalcar que, existen circunstancias en las que se “justifican” los agendamientos no pertinentes (grupos prioritarios por ejemplo), situación que debe ser considerada al momento de tomar decisiones y determinar estrategias. Muchos de ellos causan retraso en la prestación del servicio de salud, ya que no poseen registros de primeras consultas o formularios de interconsulta, haciendo que el profesional nuevamente tenga que indagar a profundidad, para la obtención de datos que deberían estar a su disposición de manera automática e inmediata.

Las interconsultas injustificadas y su agendamiento, generan que la demanda de primeras consultas sea rechazada y no resuelta, incrementando los tiempos de espera (40 días o más), y elevando la insatisfacción en los usuarios, generando desconfianza en los servicios del sistema de salud público.

Así mismo, las actividades que corresponden al primer nivel de atención, realizadas por el hospital, generan varias consecuencias negativas, tales como: disminución de la calidad de la atención y rendimiento del hospital, ya que existen actividades en las que el primer nivel es más adecuado; creación de un círculo vicioso en donde el primer nivel pierde su prestigio por su incapacidad resolutoria, y gasto de bolsillo del usuario. (Laberghe & Lafort, 1990).

La demanda interna de solicitudes para agendamiento de interconsultas (80%), en las que se incluyen las interconsultas no justificadas, dificulta la continuidad internivel en la prestación de servicios de salud al paciente e incrementa la desconfianza en los servicios y en los profesionales de la salud.

### **3 MARCO TEÓRICO**

#### **3.1 Teoría General de los Sistemas -TGS**

La teoría general de los sistemas, constituye una poderosa herramienta para la explicación de los fenómenos que se suceden en la realidad a través del análisis de las totalidades, a partir de las interacciones entre sus componentes y las externas con su medio. El sistema es un orden dinámico de las partes y procesos en interacción mutua. (Bertalanffy, 1969).

La salud vista desde la TGS, implica asumirla como un objeto sinérgico, en tanto no puede ser deducida de ninguna de las partes en ella implicadas, ni tampoco considerarse el resultado de la sumatoria de dichas partes. La salud de un individuo de un grupo, de una población, es el resultado de una completa interacción de factores a tres niveles de determinación. (Díaz G. , 2004).

De acuerdo al informe sobre salud en el mundo (OMS, Informe sobre salud en el mundo, 2003), un enfoque sistémico permite resolver el conflicto potencial entre la atención primaria entendida como nivel diferenciado de asistencia y su aceptación como enfoque general de la prestación de servicios de salud responsivos y equitativos. Sus elementos comprenden entrada, proceso, salida y retroalimentación.

#### **3.2 Provisión de servicios de salud**

La provisión de servicios de salud se relaciona con la oferta de servicios integrales e integrados de salud, que garantizan la continuidad en la atención y responden a las necesidades de salud de la población. La estructuración de la oferta de servicios debe partir de las características y necesidades de la demanda y normativa vigente. (MSP, Modelo de Atención Integral en Salud - MAIS, 2013).

La oferta de servicios crea rápidamente demandas, a las cuales los recursos locales no pueden responder por lo que resulta una insuficiencia de recursos con relación a la demanda que se traduce fundamentalmente en una distribución inequitativa de servicios. (Mercenier & Balen, 1997).

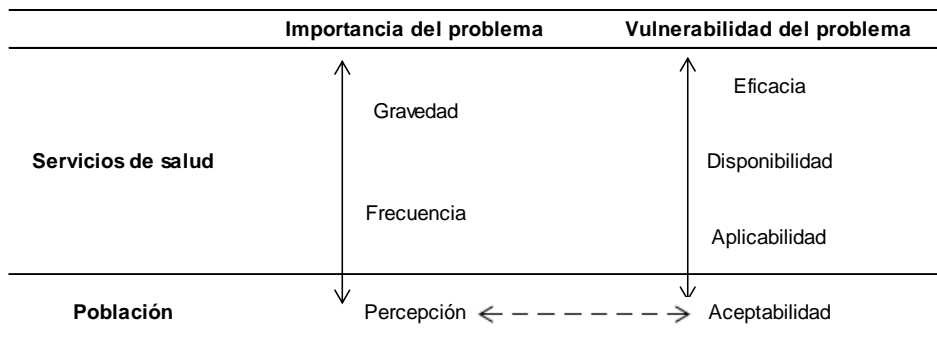
La necesidad debe ser entendida como una condición caracterizada por la falta parcial o total de algo necesario, requiriendo ayuda o complemento externo que deben ser definidas por el servicio de salud. (Mercenier & Balen, 1997).

La aceptabilidad, determina el uso real de los servicios, e influye en la percepción sobre el sistema de salud, incluyendo la satisfacción de las personas con los servicios prestados, su nivel de confianza con los proveedores, y el grado real de comprensión y seguimiento de las indicaciones médicas recibidas. (OPS, La Renovación de la Atención Primaria en Salud en las Américas, 2007).

La importancia de un problema de salud se define por su gravedad y su frecuencia. Es el servicio de salud quien debe opinar sobre la importancia y vulnerabilidad de los problemas.

Opinión que debe ponderarse con la percepción que la población se hace del problema, y de la aceptabilidad de las medidas de control (Mercenier & Balen, 1997), de acuerdo a lo detallado en la Tabla 3:

Tabla 3: Criterios de determinación de prioridades



Nota: Tomado de (Mercenier & Balen, 1997)  
 Elaborado por: Guerra Alejandra.

La gestión clínica permite comprender mejor y dominar los procesos de atención médica, fundamentar las decisiones en evidencias científicas, reducir la variabilidad en la práctica clínica, bajar el nivel de incertidumbre y evitar la diversidad de interpretaciones y conductas en pacientes con padecimientos y características similares, conlleva a un número menor de iatrogenias o actos médicos malignos, y a reducir el número de procedimientos innecesarios o prácticas empíricas que no tengan solidez probada. (Instituto Mexicano de Salud Pública, 2004).

### 3.3 Referencia y Contrareferencia

Los establecimientos de salud deben garantizar una capacidad resolutive con acciones integrales, inmediatas y oportunas haciendo uso de los recursos físicos y humanos debidamente calificados, quienes harán diagnóstico y tratamiento oportuno. La capacidad resolutive se expresa en la cartera de servicios del establecimiento. (MSP, Lineamientos generales para la operativización de la red pública integral de salud en el marco del modelo de atención integral de salud, 2014).

Idealmente la utilización del hospital debería limitarse a los casos referidos, y también en teoría no debería existir acceso directo al hospital. Los hospitales atraen gran cantidad de pacientes con problemas que podrían resolverse en el primer nivel de atención que es la puerta de entrada al sistema y tiene toda la responsabilidad de la atención individual. (Laberghe & Lafort, 1990)

Las referencias y transferencias de enfermos e informaciones deben por lo tanto ser organizadas en el marco de la atención por el sistema. Las barreras internas deben ser reducidas al máximo (Mercenier & Balen, 1997), y se debe garantizar la continuidad que es el seguimiento al estado de salud de las personas; las familias, el control de los riesgos y

factores determinantes para la salud y su entorno; atención de cualquier episodio de enfermedad específica hasta su resolución o su rehabilitación. (MSP, Modelo de Atención Integral en Salud - MAIS, 2013)

El proceso de referencia y respuesta debe completarse siempre con un procedimiento establecido en todos los procesos de los sistemas de atención clínica que condiciona el alta del paciente. Se trata de la realización obligatoria siempre de una referencia hacia donde el paciente debe ser atendido, sea para procesos de promoción, prevención, recuperación o rehabilitación. (Ministerio de Salud Pública Honduras, 2012)

Cuando el turno a solicitar se refiere a otro prestador de servicios de salud, ubicado en otro nivel de atención, como suele suceder cuando la referencia del establecimiento de salud del primer nivel a un hospital, es necesario orientar al usuario del servicio sobre el mecanismo de funcionamiento de esa referencia. (MSP, Norma Técnica del Subsistema de Referencia, Contrareferencia, Referencia Inversa y Transferencia del Sistema Nacional de Salud, 2014).

El desempeño técnico, la efectividad de la atención, la eficiencia de la entrega de los servicios, el acceso a los mismos, las relaciones interpersonales, la continuidad de la atención de los servicios, la seguridad del/a usuario/a, la infraestructura, la comodidad y la elección (de prestador de servicios, de tratamiento), son dimensiones claves de una gestión de la calidad que sea coherente con las necesidades del país, la institución o el sistema de salud. (MSP, Manual de Gestión de la calidad de la atención de los servicios de salud, 2018).

El conocimiento por parte del paciente, de cómo debe funcionar este sistema y de que cada referencia debe tener una contrareferencia, ha comprobado que se presentan múltiples irregularidades en el sistema de transferencia que atentan contra la atención continuada a los pacientes. (Sansó, 1999). Impidiendo la integralidad que desde una visión multidimensional articula acciones de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación, cuidados paliativos de las personas, familias, comunidad y su entorno. Interrelaciona y complementa actividades sectoriales, ciudadanas, y los diversos sistemas médicos (medicina formal / medicinas ancestrales / medicinas alternativas). (MSP, Modelo de Atención Integral en Salud - MAIS, 2013).

### **3.4 La oportunidad**

Todos los procesos clínicos incluyen como procedimiento final actividades y tareas para garantizar la referencia y respuesta (Ministerio de Salud Pública Honduras, 2012). La oportunidad se da cuando el usuario debe ser referido en el momento y lugar adecuado aplicando las normas, protocolos de atención y guías de práctica clínica, manuales, emitidas por la Autoridad Sanitaria Nacional. (MSP, Norma Técnica del Subsistema de Referencia, Contrareferencia, Referencia Inversa y Transferencia del Sistema Nacional de Salud, 2014).

El sistema debe ser organizado de forma tal, que cada persona, cualquiera sea su puerta de entrada, o el lugar del sistema donde se encuentre, sea finalmente atendida y tratada por el elemento del sistema, cuyas funciones específicas respondan mejor a sus necesidades, o problemas. (Mercenier & Balen, 1997).

Los servicios de salud deben ser eficaces, eficientes, asequibles, y aceptables para las comunidades locales gracias a la elección de métodos apropiados y de la forma en que se preste la atención en todos los niveles. (OMS, Los hospitales y la salud para todos. Informe de un Comité de Expertos de la OMS sobre la función de los Hospitales en el Primer Nivel de envío de casos, 1987).

La atención primaria en 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 atención sanitaria completa para todos, dando prioridad a los más necesitados. (OPS & UNICEF, Conferencia Internacional APS , 1978).

### **3.5 Acceso al especialista**

La accesibilidad implica la ausencia de barreras a la atención de la salud, ya sean de tipo geográfico, económico, sociocultural, de organización o de género. De esta forma un sistema de salud basado en APS debe racionalizar la ubicación, el funcionamiento y el financiamiento de todos los servicios, en cada uno de sus niveles de atención. (OPS, La Renovación de la Atención Primaria en Salud en las Américas, 2007).

A todo individuo se le deberá dar acceso imparcial al tratamiento o alojamiento disponible, o a que se le indique médicamente sin considerar su raza, creencia, sexo, origen nacional, o procedencia del pago para el tratamiento. (OPS, Acreditación de los Hospitales en América Latina y el Caribe, 1993).

La accesibilidad, es la característica de la organización para garantizar el principio de equidad, y se manifiesta con ausencia de barreras geográficas, financieras, organizacionales, estructurales, culturales, para la participación en el sistema de salud y/o para la utilización de los servicios de salud y otros servicios sociales. Es fundamental que las personas puedan recibir servicios de salud acordes con sus necesidades (MSP, Modelo de Atención Integral en Salud - MAIS, 2013).

La Consulta externa es la atención regular de salud impartida por el personal calificado a una persona no hospitalizada, ni en servicio de urgencias. El cliente debe tomar cita con el médico general y esperar a que este lo refiera a un especialista. (Ministerio de Salud Pública de Perú, 2013).

El libre acceso al especialista puede ser despilfarrador; su atractivo es engañoso para el paciente, quien puede preferir la calidad aparente a la calidad intrínseca, es decir mejores resultados. (Gervás & Otún, 1995).

La percepción de los ciudadanos de su dignidad, sus derechos, y expectativas de servicios, afectan especialmente a su percepción de la calidad. Por encima de lo que “convenga” al centro sanitario, los pacientes ahora exigen respuesta a sus preferencias de ahí la auténtica explosión de aplicaciones de técnicas de gestión a favor de la calidad. (Escuela Andaluza de Salud Pública, 2012).

Los principales elementos que definen la mala calidad de la atención, según los usuarios, son los largos tiempos de espera, las omisiones en las acciones de revisión y diagnóstico, la complejidad de los trámites de consulta y el maltrato por parte del personal que presta los servicios. (Ortíz, Muñoz, & Torres, 2003).

El mejorar la calidad se ha convertido en un tema unificador a través de los programas de salud en diferentes países. La toma de conciencia sobre la importancia del mejoramiento en la calidad de la atención de salud se evidencia en la rápida difusión de lineamientos basados en la evidencia, la creciente atención a la seguridad del paciente y la reducción de errores médicos, y los esfuerzos para reducir el desperdicio y la ineficiencia: a fin de que los escasos recursos para la salud sean usados y aprovechados al máximo. (MSP, Manual de Gestión de la calidad de la atención de los servicios de salud, 2018).

Facilitar la accesibilidad, mediante el establecimiento de cupos máximos que permitan una adecuada atención en consulta, la implementación de protocolos conjuntos que nos aproximen al abordaje integral de los procesos y las actuaciones dirigidas a evitar la retención excesiva de los pacientes en los circuitos hospitalarios a través de revisiones innecesarias son algunas de las medidas que nos pueden ayudar a optimizar las interconsultas y, en consecuencia, a mejorar la atención sanitaria y disminuir las listas de espera. (Rodríguez, Chacón, & Tudela, 2004).

### **3.6 La Interconsulta**

La eficacia en la APS depende mucho de que los procesos de interconsulta y referencia funcionen adecuadamente. Es vital que la comunicación sea correcta y en los dos sentidos, donde el médico interconsultante nunca debe perder el contacto con el paciente, y siempre debe quedar claro a la hora de las decisiones clínicas quién es el responsable del mismo. (Díaz G. , 2004).

La interconsulta que es la solicitud de valoración de otro profesional de diferente especialidad en el mismo establecimiento, que no es una referencia (MSP, Norma Técnica del Subsistema de Referencia, Contrareferencia, Referencia Inversa y Transferencia del Sistema Nacional de Salud, 2014), consiste en la comunicación entre 2 personas con diferentes áreas de experiencia. Entre las razones fundamentales para la interconsulta se encuentran la necesidad de un diagnóstico o terapéutica de mayor complejidad, orientación de algunos programas de salud, necesidad de un enfoque multidisciplinario, por solicitud del paciente o la familia, evolución no satisfactoria del problema del paciente, enfermedades potencialmente fatales o de mal pronóstico, tranquilidad del médico. (Díaz & Gallego, 2005).

Los estudios de morbilidad nos han mostrado que cerca de 80% de las patologías totales pueden ser resueltas satisfactoriamente con profesionales generales adecuadamente dotados. Existe 15% que requiere del concurso de médicos especialistas para lograr una atención acorde a sus patologías y que permita recuperar su salud o bien su rehabilitación oportuna. Finalmente queda un 5% de las patologías que ameritan ser tratadas por subespecialidades clínicas y/o quirúrgicas para obtener una solución satisfactoria de sus problemas de salud. (Malagón, Pontón, & Galán, 2008).

Ningún sistema de salud local basado en el concepto de APS puede funcionar sin la participación y apoyo de un hospital y de un buen sistema de envío de casos que precisen una asistencia más especializada que la que pueden recibir fuera del hospital. Ahora bien, importa igualmente que el hospital no aplique tratamientos que puedan ser dispensados en otros niveles del servicio de salud, pues si lo hace se verá sobrecargado y no podrá ofrecer apoyo adecuado a la comunidad. (...) Es esencial que existan fuertes vínculos entre el hospital y la comunidad a fin de que la población tenga la certeza de que recibirá asistencia especializada en el hospital siempre que sea verdaderamente necesario. (OMS, Los hospitales y la salud para todos. Informe de un Comité de Expertos de la OMS sobre la función de los Hospitales en el Primer Nivel de envío de casos, 1987).

Con una metodología de trabajo que implica una coordinación permanente y sistemática basada en las necesidades de lista de espera, intenta mejorar la gestión de interconsultas entregando mayores herramientas a médicos APS, para mejorar su resolutivez y, por tanto, disminuir a largo plazo el número de derivaciones no pertinentes. Desarrollando un programa de educación médica continua a distancia, dirigido a médicos APS y liderado por médicos especialistas, permite en forma secundaria igualmente por telemedicina, resolver de manera inmediata interconsultas en listas de espera. (Gallegos, 2017).

En caso de que un usuario referido o derivado, sea agendado a un especialista que no le corresponde a su especialidad, el profesional tiene la obligación de realizar la interconsulta respectiva al especialista que considere necesario, adjuntando el formulario de interconsulta. Los profesionales de la salud que reciben a los usuarios referidos son los responsables de realizar la contrareferencia respectiva al nivel de atención o de complejidad que corresponde, independientemente de las interconsultas que se realicen con los diferentes especialistas. (MSP, Norma Técnica del Subsistema de Referencia, Contrareferencia, Referencia Inversa y Transferencia del Sistema Nacional de Salud, 2014).

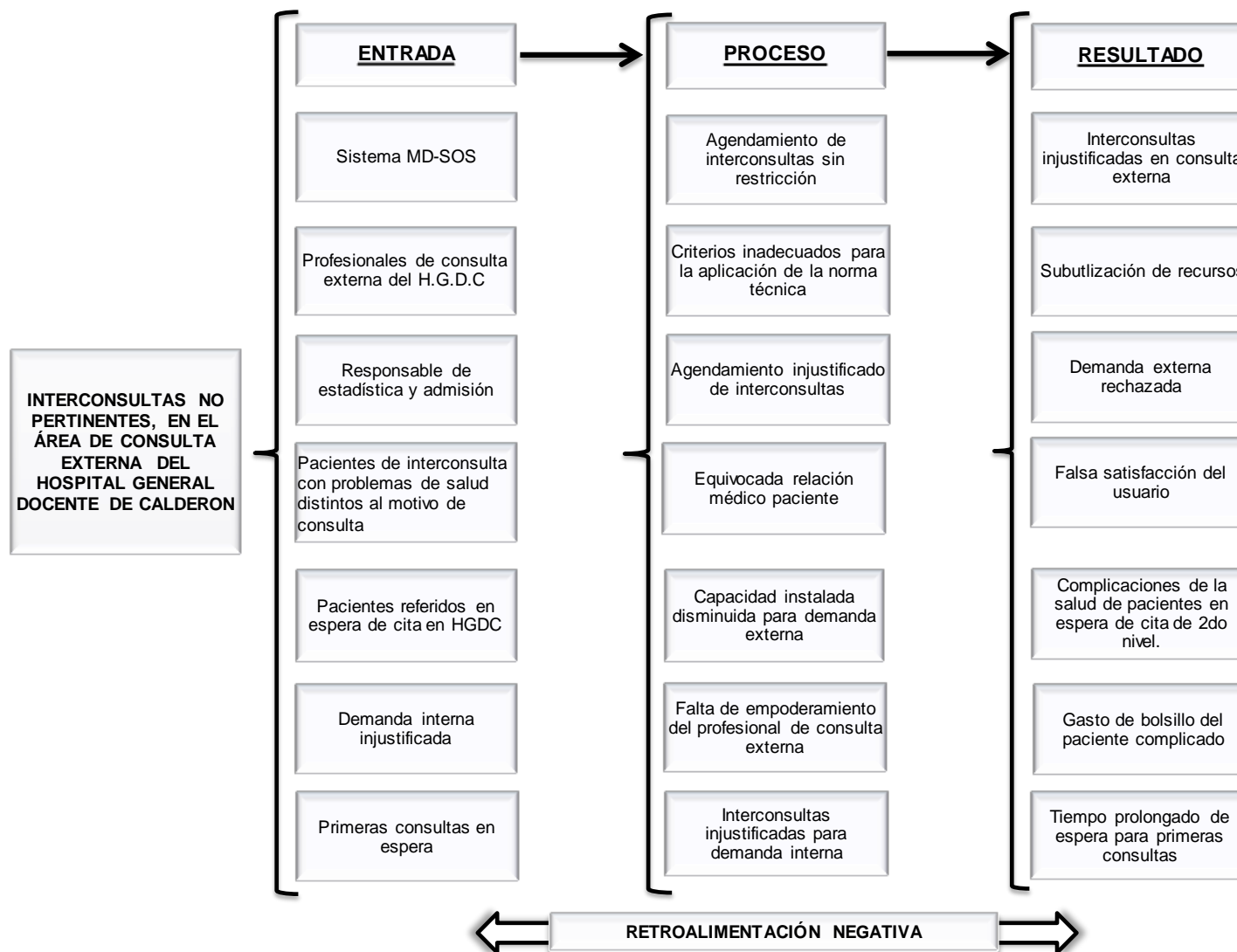
La contrareferencia es un procedimiento obligatorio por el cual un usuario que inicialmente fue referido/derivado es retornado luego de haber recibido la atención con la información pertinente al establecimiento de salud de menor nivel de atención correspondiente, para garantizar la continuidad y complementariedad de su atención. (MSP, Norma Técnica del Subsistema de Referencia, Contrareferencia, Referencia Inversa y Transferencia del Sistema Nacional de Salud, 2014).

## **4 MODELO CONCEPTUAL – TEORÍA GENERAL DE LOS SISTEMAS**

Modelo basado en la Teoría General de los Sistemas, donde mediante procesos de entrada, proceso, salida y retroalimentación, se visualiza de los componentes que intervienen en la problemática identificada.

### **4.1 Modelo descriptivo del problema**

Gráfico 5: Modelo descriptivo de la problemática identificada, basado en la Teoría General de los Sistemas:



Fuente: Hospital Docente de Calderón  
Elaborado por: Guerra Alejandra.

## 4.2 Descripción del modelo

- **Entrada**

Comprende la información obtenida de las dimensiones del análisis, es decir los recursos sean materiales, humanos, administrativos, etc., disponibles o intervinientes en la problemática.

- **Proceso**

Manejo de datos, procesos de gestión establecidos (interconsultas, referencia, contrareferencia, agendamiento, norma técnica, etc).

- **Salida o Resultado**

Conocimiento o estado de la situación de gestión sanitaria, útil para la selección de alternativas de cambio y negociación (interconsultas no pertinentes).

- **Retroalimentación**

Información sobre acciones pasadas, y con ellas determinará acciones posteriores a seguir, donde el “no cambio” (círculo vicioso), puede provocar la destrucción del sistema:

***Retroalimentación negativa = interconsultas no pertinentes = baja oportunidad de acceso a primeras consultas en HGDC.***

El objetivo esperado con las alternativas que se propondrán a continuación, es el cambio, donde se dará paso a otro estado del sistema (retroalimentación positiva). (Bertalanffy, 1969).

## 5 ALTERNATIVAS DE CAMBIO

En base a los problemas identificados se proponen y analizan alternativas de cambio, que serán calificadas en virtud de la realidad, la factibilidad y recursos del establecimiento, para su resolución.

*Tabla 4: Listado de alternativas de cambio*

<b>Problema</b>	<b>Alternativa de cambio</b>
Interconsultas injustificadas en todas las especialidades	Establecimiento de criterios para obtener una demanda interna justificada
Capacidad instalada mínima para la demanda externa	Capacidad instalada de primeras consultas para demanda externa
Equivocada relación médico paciente	Relacionamiento médico - paciente exclusiva para atención de problemas de salud de la especialidad y motivo de consulta e interacción con especialidades relacionadas
Registro de interconsultas y agendamiento de citas sin restricción	Restricción de acceso en el sistema MD-SOS para especialidades que no tengan pertinencia técnica, operativa o ética.

Prioridad a la demanda interna injustificada	Aplicación adecuada de la norma técnica por los profesionales de consulta externa
Incumplimiento de procesos de contrareferencia	Cumplimiento de procesos de contrareferencia, de problemas de salud que requieran respuesta de un nivel de atención distinto al de HGDC
Criterios inadecuados para la aplicación de la norma técnica	Validación de registro de criterios de interconsulta adecuados, previo a la generación de citas
Falta de empoderamiento del profesional de consulta externa	Fortalecimiento de conocimientos y aplicación adecuada de la norma técnica por los profesionales de consulta externa
Tiempo prolongado de espera para agendamiento de primeras consultas	Incremento de la capacidad instalada en consulta externa para el agendamiento de primeras consultas
Ausentismo en consulta externa (7%)	Confirmación telefónica de asistencia previa a la consulta, 3 días antes de la misma

Fuente: Hospital Docente de Calderón  
Elaborado por: Guerra Alejandra.

### 5.1 Criterios de selección de alternativas de cambio

Luego de la identificación, priorización y modelamiento del problema, se busca identificar alternativas de cambio participativas, apegadas a la realidad y basadas en las necesidades operativas del establecimiento. Para seleccionar mejor la alternativa de cambio, se propone que esta cumpla los siguientes criterios:

Tabla 5: Criterios de selección para alternativas de cambio

Criterio	Detalle	Calificación		
		Bajo (1)	Medio (2)	Alto (3)
<b>Factibilidad:</b>	Considera la complejidad de la alternativa y los recursos que requerirán para ejecutarla.	_____	_____	_____
<b>Aplicabilidad de resultados y recomendaciones:</b>	Los hallazgos sirven a/en otros sistemas	_____	_____	_____
<b>Aceptabilidad ética:</b>	Aceptable para todos los involucrados. Debe considerarse la posibilidad de hacer daño con la realización de la investigación.	_____	_____	_____
<b>Visibilidad:</b>	Planteamiento y socialización y de los resultados	_____	_____	_____
<b>Impacto:</b>	Cambios significativos que generen resultados	_____	_____	_____
<b>Sostenibilidad:</b>	Disponibilidad de recursos humanos y materiales	_____	_____	_____

<b>Externalidades:</b>	Influencia de la estrategia en sí misma.	<b>Bajo (1)</b> _____	<b>Medio (2)</b> _____	<b>Alto (3)</b> _____
<b>Criterio</b>	<b>Detalle</b>	<b>Calificación</b>		
<b>Factibilidad:</b>	Considera la complejidad de la alternativa y los recursos que requerirán para ejecutarla.	<b>Bajo (1)</b> _____	<b>Medio (2)</b> _____	<b>Alto (3)</b> _____
<b>Aplicabilidad de resultados y recomendaciones:</b>	Los hallazgos sirven a/en otros sistemas	<b>Bajo (1)</b> _____	<b>Medio (2)</b> _____	<b>Alto (3)</b> _____
<b>Aceptabilidad ética:</b>	Aceptable para todos los involucrados. Debe considerarse la posibilidad de hacer daño con la realización de la investigación.	<b>Bajo (1)</b> _____	<b>Medio (2)</b> _____	<b>Alto (3)</b> _____
<b>Visibilidad:</b>	Planteamiento y socialización y de los resultados	<b>Bajo (1)</b> _____	<b>Medio (2)</b> _____	<b>Alto (3)</b> _____
<b>Impacto:</b>	Cambios significativos que generen resultados	<b>Bajo (1)</b> _____	<b>Medio (2)</b> _____	<b>Alto (3)</b> _____
<b>Sostenibilidad:</b>	Disponibilidad de recursos humanos y materiales	<b>Bajo (1)</b> _____	<b>Medio (2)</b> _____	<b>Alto (3)</b> _____
<b>Externalidades:</b>	Influencia de la estrategia en sí misma.	<b>Bajo (1)</b> _____	<b>Medio (2)</b> _____	<b>Alto (3)</b> _____

Fuente: Hospital Docente de Calderón  
Elaborado por: Guerra Alejandra.

Cada uno de estos criterios, recibirá una puntuación de acuerdo a las posibilidades de cumplimiento del criterio establecido, siendo: bajo (1), medio (2) y alto (3).

## 5.2 Ponderación de alternativas de cambio

En la ponderación de alternativas de cambio se aplicaron junto con el equipo de investigación los criterios de selección, a cada una de las alternativas propuestas, obteniendo la siguiente calificación:

Tabla 6: Ponderación de alternativas de cambio

Alternativas propuestas de cambio	1. Factibilidad	2. Aplicabilidad	3. Aceptabilidad ética	4. Visibilidad	5. Impacto	6. Sostenibilidad	7. Externalidades	8. Total
Establecimiento de criterios para obtener una demanda interna justificada	3	2	2	3	3	2	2	17
Capacidad instalada de primeras consultas para demanda externa	3	3	3	3	2	1	1	16
Relacionamiento médico - paciente exclusiva para atención de problemas de salud de la especialidad y motivo de consulta e interacción con especialidades relacionadas	3	3	3	2	3	2	2	<b>18</b>
Restricción de acceso en el sistema MD-SOS para especialidades que no tengan pertinencia técnica, operativa o ética.	3	3	2	3	3	3	2	<b>19</b>
Aplicación adecuada de la norma técnica por los profesionales de consulta externa	3	3	2	3	2	2	2	17
Cumplimiento de procesos de contrareferencia, de problemas de salud que requieran respuesta de un nivel de atención distinto al de HGDC	3	3	2	1	1	1	1	12
Validación de registro de criterios de interconsulta adecuados, previo a la generación de citas	3	3	2	3	2	1	2	16
Fortalecimiento de conocimientos y aplicación adecuada de la norma técnica por los profesionales de consulta externa	3	3	2	2	2	3	2	17
Incremento de la capacidad instalada en consulta externa para el agendamiento de primeras consultas	3	3	2	3	3	2	2	<b>18</b>
Confirmación telefónica de asistencia previa a la consulta, 3 días antes de la misma	1	1	2	2	2	1	1	10

Fuente: Hospital Docente de Calderón  
 Elaborado por: Guerra Alejandra.

De acuerdo a los criterios establecidos, y calificados se seleccionó aquella alternativa de cambio con mayor puntuación:

- Restricción de acceso en el sistema MD-SOS para especialidades que no tengan pertinencia técnica, operativa o ética, con 19 puntos.

Sin embargo, se considera importante mencionar las alternativas siguientes de manera descendente en puntuación (18 puntos):

- Relacionamiento médico - paciente exclusiva para atención de problemas de salud de la especialidad y motivo de consulta e interacción con especialidades relacionadas
- Incremento de la capacidad instalada en consulta externa para el agendamiento de primeras consultas

## **6 HIPÓTESIS DE CAMBIO**

Mediante la restricción de acceso en el sistema MD-SOS para especialidades que no tengan pertinencia técnica, operativa o ética se logrará lograremos disminuir la generación de interconsultas no pertinentes; y de esta manera se mejorará la oportunidad de acceso al servicio de consulta externa para pacientes de demanda externa en espera de un turno en el Hospital General Docente de Calderón.

## **7 OBJETIVOS DEL ESTUDIO**

### **7.1 Objetivo General**

Incrementar la pertinencia de interconsultas, para alcanzar la oportunidad de acceso al servicio de consulta externa, para pacientes de demanda externa en espera de un turno para el Hospital General Docente de Calderón.

### **7.2 Objetivos Específicos**

- Implementar un mecanismo de restricción en el sistema MD-SOS para interconsultas no pertinentes en la Consulta Externa del Hospital General Docente de Calderón
- Evaluar el mecanismo de restricción del sistema MD-SOS de generación de interconsultas que no se consideran pertinentes en virtud de la especialidad y motivo de consulta en la Consulta Externa del Hospital General Docente de Calderón
- Reducir la cantidad de interconsultas no justificadas e incrementar la cantidad de primeras consultas de demanda externa en la Consulta Externa del Hospital General Docente de Calderón

## 8 INSTRUCCIONES OPERATIVAS

Tabla 7: Matriz de instrucciones operativas

Estrategia	Actividad	Tarea	Responsable	Lugar	Monitoreo	Insumos
<b>Restricción de acceso en MD-SOS para especialidades que no tengan pertinencia técnica, operativa o ética.</b>	Análisis comparativo de interconsultas generadas y análisis de la matriz de pertinencia	Solicitar la reunión	Equipo Investigador	"Hospital General Docente de Calderón"	Mensual	Sala de reuniones
		Solicitar matriz final aprobada				Matriz de pertinencia de interconsultas
		Depurar y analizar la base de datos				Base de datos de interconsultas
	Solicitud de bloqueo en el sistema MD SOS de las interconsultas no pertinentes entre si y socialización al personal	Solicitar la reunión	Equipo Investigador	"Hospital General Docente de Calderón"	Mensual	Sala de reuniones
		Realizar plan de trabajo y analizar líneas de acción				Lineamientos de acción y análisis de la información
		Verificar la solicitud de bloqueo dirigida a TICS a través de las autoridades del Hospital				Documentación de solicitud generada por el sistema gestión documental quipux

	Verificar la socialización al personal acerca del bloqueo a través de las autoridades del Hospital				Documentación de socialización generada por el sistema gestión documental quipux
Seguimiento a solicitud de bloqueo en el sistema MD-SOS de interconsultas no pertinentes y verificación de la socialización	Realizar entrevista de la pertinencia de interconsultas a profesionales de consulta externa	Equipo Investigador	"Hospital General Docente de Calderón"	Mensual	Coordinación con consulta externa y agendamiento de reunión
	Realizar encuestas acerca de la opinión del bloqueo de interconsultas sin pertinencia				Encuestas impresas
	Graficar y socializar el flujo de interconsultas con la aplicación de la estrategia				Flujo impreso
Evaluación y monitoreo del bloqueo y sus resultados	Solicitar reporte estadístico y graficar resultados	Investigador	"Hospital General Docente de Calderón"	Mensual	Reporte estadístico
	Reporte de resultados y novedades				Matriz de pertinencia de interconsultas

Fuente: Hospital Docente de Calderón  
Elaborado por: Guerra Alejandra.

## **9 METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN**

### **9.1. Tipo de investigación**

La investigación de sistemas de salud tiene que enfocar problemas prioritarios y ser orientada a la acción, es decir a la búsqueda de soluciones. (Pesse, De Paepe, 1997)

El presente estudio se ha realizado mediante investigación - acción, rama de la investigación de servicios y sistemas de salud, que la relaciona más con la dimensión social y variables concernientes al comportamiento humano de la investigación de los sistemas de salud. Permite la elaboración de una hipótesis dinámica, misma que puede ir variando de acuerdo a las necesidades y hallazgos del investigador en función de la realidad de la población. Es una actividad es socializada y participativa, donde los actores involucrados en la problemática pueden escoger el problema más importante, basados en sus perspectivas y experiencia in situ, así como calificar las alternativas propuestas a fin de escoger la más prioritaria.

### **9.2 Mapeo de actores y equipo de investigación**

#### **9.2.1 Inventario de Actores**

- Gerente del Hospital General Docente de Calderón
- Directora asistencial del Hospital General Docente de Calderón
- Líder de consulta externa del Hospital General Docente de Calderón
- Responsable de estadística – agendamiento de citas
- Médicos del área de consulta externa del Hospital General Docente de Calderón
- Representantes de los médicos de consulta externa del Hospital General Docente de Calderón
- Usuarios del área de consulta externa del Hospital General Docente de Calderón
- Usuarios del primer nivel de atención en lista de espera para acceder a consulta externa del Hospital General Docente de Calderón

## 9.2.2 Análisis de actores

Tabla 8: Influencia de los actores

Actor	Influencia	Interés	Reputación	Participación social	Capacidad para liderar la opinión	Recursos
<b>1. Gerente del HGDC</b>	Comunicación directa con las autoridades de la Coordinación Zonal #9 y Planta Central MSP	Garantizar la provisión de servicios de segundo nivel de atención a la población referida al establecimiento salud	Disposiciones estratégicas Toma de decisiones participativas y justificadas	Permite la participación de representantes de cada una de las áreas operativas y administrativas	Recoge las inquietudes y sugerencias de varios actores	Posición política Posición jerárquica Preparación académica Poder de comunicación Poder de decisión Receptor de información Poder para la toma de decisiones
<b>2. Directora Asistencial del HGDC</b>	Comunicación directa con el Gerente, las autoridades de la Coordinación Zonal #9 y Planta Central MSP	Garantizar la provisión de servicios de segundo nivel de atención a la población referida al establecimiento salud	Cumplimiento de disposiciones y toma de decisiones participativas y justificadas	Coordina la participación de representantes de cada una de las áreas operativas, técnicas y administrativas	Recoge las inquietudes y sugerencias de varios actores	Posición política Posición jerárquica Preparación académica Poder de comunicación Poder de decisión Receptor de información Poder para la toma de decisiones
<b>3. Equipo de Coordinadores Técnicos del HGDC</b>	Comunicación directa con las autoridades del hospital y profesionales del área de consulta externa	Especializar las especialidades, analizar la pertinencia técnica de procesos a implementar	Cumplimiento de disposiciones y toma de decisiones participativas y justificadas	Coordina la participación de representantes de cada una de las áreas de acuerdo a las necesidades	Recoge las inquietudes y sugerencias de varios actores	Posición política Posición jerárquica Preparación académica Poder de comunicación Poder de decisión Receptor de

información  
Poder para la toma  
de decisiones

<b>4. Responsables de consulta externa por áreas del HGDC</b>	Comunicación directa con las autoridades del hospital y profesionales del área de consulta externa	Establecer mecanismos para disminuir las interconsultas no justificadas	Abierto a la generación de cambios	Coordina la participación de los profesionales de consulta externa	Limitada, genera directrices de disposiciones	Experticia en el área de consulta externa Preparación académica Poder de decisión en el área de consulta externa Relación laboral con los profesionales de consulta externa
<b>5. Responsable de estadística y admisiones del HGDC</b>	Comunicación directa con el usuario, con los especialistas de consulta externa, las autoridades del hospital y personal de admisiones	Generar reportes estadísticos y agendamiento de interconsultas	Abierto a la generación de cambios y aplicación de directrices de las autoridades	Coordina la participación de los profesionales de admisión de apoyo	Recoge las inquietudes y sugerencias de varios actores	Experticia en el área de estadística Preparación académica Poder de decisión en el área de consulta externa
<b>6. Médicos del área de consulta externa del HGDC</b>	Comunicación directa con el jefe de consulta externa y con el paciente	Brindar atención de consulta externa de acuerdo al motivo de consulta y antecedentes clínicos	Medianamente de acuerdo en colaborar para la disminución de la saturación del agendamiento de interconsulta	Buena relación médico paciente	Comunicación directa con el usuario	Preparación académica Experiencia en el área de consulta externa Relación laboral con los profesionales de consulta externa Relación médico paciente
<b>7. Responsable de TICS del HGDC</b>	Comunicación directa con el usuario, con los especialistas de consulta externa, las autoridades del hospital y personal de admisiones	Establecer mecanismos informáticos de acuerdo a las necesidades	Abierto a la generación de cambios y aplicación de directrices de las autoridades	Coordina la participación de los profesionales de TICS como apoyo	Recoge las inquietudes y sugerencias de varios actores y las aplica en medios informáticos	Experticia en el manejo de medios informáticos Preparación académica Poder de decisión en el área de TICS

<b>8. Usuarios del área de consulta externa del Hospital General Docente de Calderón</b>	Comunicación directa con el profesional de consulta externa, autoridades, mecanismos de reporte de inconformidades	Recibir atención médica rápida y oportuna que resuelva su problema de salud	Mal trato a los profesionales de salud y exigencias de atención	Fuerte participación	Fuerte principalmente de quejas por saturación de los servicios y mínima calidad de la atención	Redes sociales Medios de comunicación Comités barriales Sitios de recepción de quejas ciudadanas
<b>9. Usuarios del primer nivel de atención en lista de espera para acceder a consulta externa del HGDC</b>	Comunicación directa con el profesional de consulta externa, autoridades, mecanismos de reporte de inconformidades	Recibir agendamiento de turno para la atención médica rápida y oportuna que resuelva su problema de salud	Mal trato a los profesionales de salud y exigencias de atención	Fuerte participación	Fuerte principalmente de quejas por saturación de los servicios y mínima calidad de la atención	Redes sociales Medios de comunicación Comités barriales Sitios de recepción de quejas ciudadanas
<b>10. Investigador</b>	Neutralidad	Identificación de problemas, conflictos, crisis y análisis de posibles sugerencias de solución	Socializar los problemas con las autoridades hospitalarias para generación de estrategias de acción y seguimiento	Fuerte participación conjunta con los demás actores	Fuerte, recopilación de necesidades sentidas de las autoridades, profesionales y usuarios	Posición investigativa Preparación académica Poder de comunicación Receptor de información Generador de estrategias de cambio

Fuente: Hospital Docente de Calderón  
Elaborado por: Guerra Alejandra.

### 9.2.3 Calificación de poder de los actores

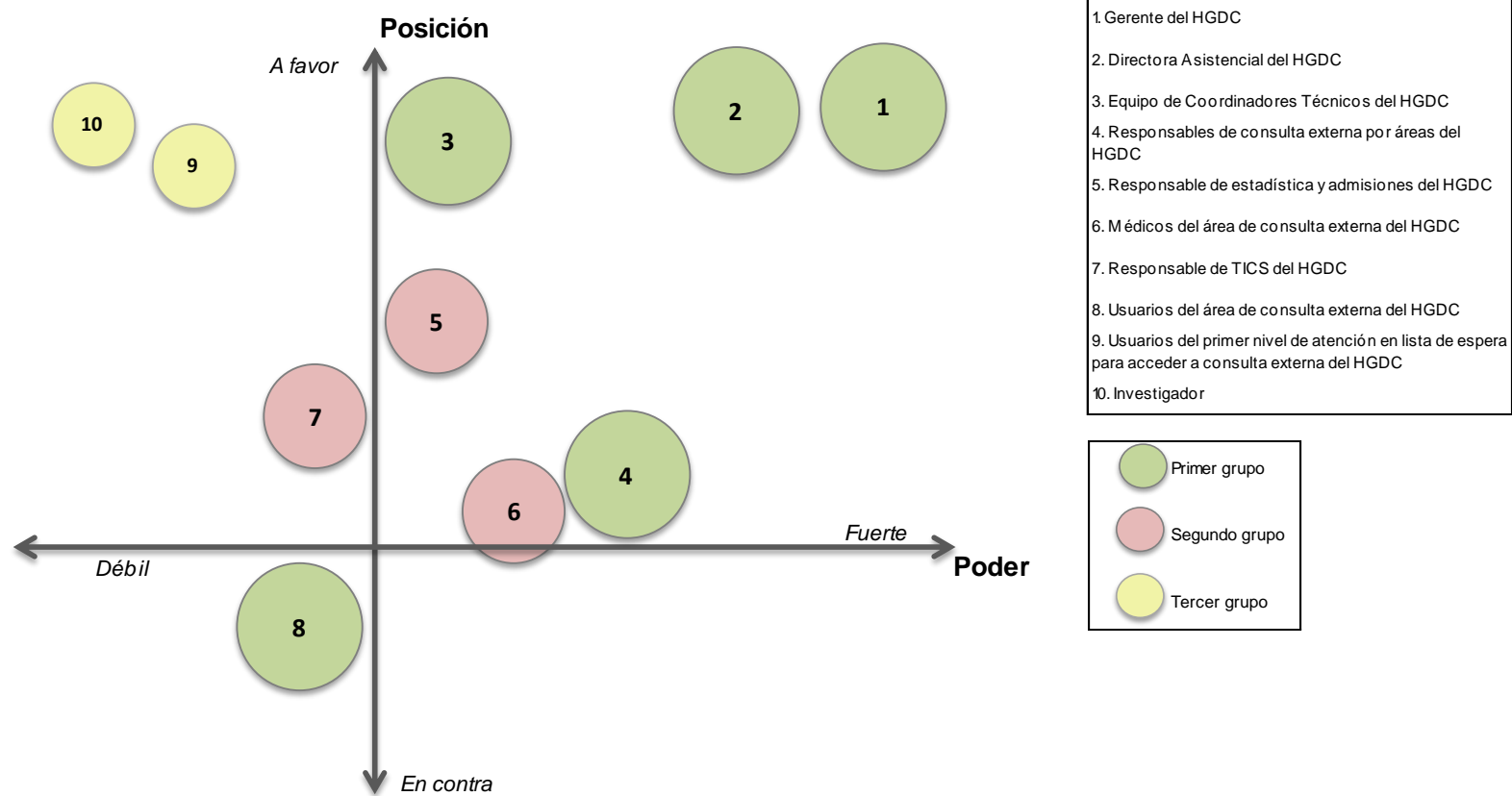
Tabla 9: Grupos de interés

<b>Problema núcleo:                      Interconsultas no pertinentes, en el área de consulta externa del Hospital General Docente de Calderón, en el periodo noviembre 2018 - enero 2019</b>		
<b>Primer grupo</b>	<b>Segundo grupo</b>	<b>Tercer grupo</b>
1. Gerente del HGDC	6. Médicos del área de consulta externa del HGDC	9. Usuarios del primer nivel de atención en lista de espera para acceder a consulta externa del HGDC
2. Directora Asistencial del HGDC	5. Responsable de estadística y admisiones del HGDC	10. Investigador
3. Equipo de Coordinadores Técnicos del HGDC	7. Responsable de TICS del HGDC	
4. Responsables de consulta externa por áreas del HGDC		
8. Usuarios del área de consulta externa del HGDC		

Fuente: Hospital Docente de Calderón  
 Elaborado por: Guerra Alejandra.

### 9.2.4 Modelamiento de actores

Gráfico 6: Modelo poder y decisión



El modelo poder y decisión representa la posición de los actores, con respecto a la estrategia a implementar, de acuerdo a los grupos de interés. Los actores que se encuentran a favor y tienen poder apoyan la implementación de la estrategia de cambio, generan aportes para su aplicación y participan de manera activa en apoyo a la resolución de conflictos que puedan generarse, ante la toma de decisiones. Los actores que tienen medio y bajo poder son prácticamente neutros y se acoplarán a la decisión mayoritaria. Los actores que tienen poder pero están en contra, pueden generar ciertas inconformidades y conflictos que influyan en la implementación de la estrategia, con los cuales se debe negociar a fin de evitar resistencia y generar un trabajo participativo e incluyente que les permita dar su punto de vista que genere soluciones y propuestas desde su visión de la problemática.

### **9.3 Equipo de investigación**

Se conforma por los siguientes actores:

- Gerente del Hospital General Docente de Calderón
- Directora Asistencia Hospital General Docente de Calderón
- Investigador

### **9.4 Técnicas de recolección de la información**

- Observación directa no participativa de registros abiertos y descriptivos.
- Recolección y análisis de datos
- Investigación retrospectiva
- Revisión documental
- Encuestas
- Entrevistas individuales
- Matrices de recolección de datos y registro de actividades y necesidades
- Flujos de prestación de servicios

### **9.5 Muestreo**

Se utiliza un universo de 10 mil interconsultas generadas del el área de consulta externa del Hospital General Docente de Calderón, en el periodo enero – agosto 2018, con la cual se realiza un análisis cualitativo y cuantitativo, con un análisis porcentual del número de interconsultas generadas y gráfico en barras por especialidad, que permite visualizar la dinámica de las interconsultas pertinentes y no pertinentes. Esta información se encuentra disponible en los anexos.

### **9.6 Validez y reproducibilidad del estudio**

Este estudio puede ser reproducido en establecimientos de segundo nivel de atención del MSP que tengan acceso al sistema MD-SOS, o que posean un sistema similar de

agendamiento de interconsultas, así mismo, servicios de consulta externa que deban ser distribuidos entre la demanda interna y externa.

#### **9.6.1 Criterios de inclusión**

- Reportes estadísticos de generación de interconsultas desde enero a agosto 2018
- Reportes estadísticos de generación de primeras consultas desde enero 2018 a enero 2019
- Formularios de interconsulta MSP
- Reporte de interconsultas generadas por especialidad

#### **9.6.2 Criterios de exclusión**

- Campos denominados “prueba” en la base de datos de interconsultas
- Campos en blanco en la base de datos de interconsultas
- Reportes estadísticos de interconsulta fuera del periodo enero 2018 – enero 2019

## **10 ASPECTOS BIOÉTICOS**

Este estudio pretende dar cumplimiento a los principios bioéticos de no maleficencia, autonomía, beneficencia, justicia; con consideraciones éticas que se plantean a la hora de responder a preguntas importantes sobre la manera de mejorar la oportunidad y continuidad inter-niveles, manteniendo en todo momento la confidencialidad de la información de carácter sanitario, obtenida en el Hospital General Docente de Calderón, donde se debe aplicar y considerar:

- Confidencialidad de la información sanitaria e intimidad del paciente
- Análisis por especialidad, eliminando los nombres de los profesionales
- No divulgación de resultados con fines distintos a la presente investigación.

## **11 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES**

## 11.1 Operacionalización de la evaluación operativa

Tabla 10: Matriz de operacionalización de la evaluación operativa

Estrategia	Actividades	Descripción de la actividad	Fecha de realización	Responsable (s)	Indicador	Numero	Fuente
<b>Restricción de acceso en MD-SOS para especialidades que no tengan pertinencia técnica, operativa o ética</b>	Reunión de trabajo para análisis comparativo de interconsultas generadas y análisis de la matriz de pertinencia	Reunión con Equipo Investigador	Cuarta semana de noviembre 2018	Investigador	$\frac{\# \text{ Asistentes a la reunión}}{\# \text{ Invitados a la reunión}}$	Asistencia de equipo investigador	Registro de asistencia a la reunión
	Reunión para solicitud de bloqueo en el sistema MD SOS de las interconsultas no pertinentes entre si y socialización al personal	Reunión con Equipo Investigador	Cuarta semana de noviembre 2018	Investigador	$\frac{\# \text{ Asistentes a la reunión}}{\# \text{ Invitados a la reunión}}$	Asistencia de equipo investigador	Registro de asistencia a la reunión
	Seguimiento a solicitud de bloqueo en el sistema MD-SOS de interconsultas no pertinentes y verificación de la	Entrevista con médico del área de consulta externa acerca del flujo de interconsultas	Primera semana de enero 2018	Investigador	$\frac{\# \text{ Entrevistas realizadas}}{\# \text{ Entrevistas programadas}}$	1 Médico de Consulta Externa	Reporte de resultados

socialización

	Encuestas acerca de la opinión del bloqueo de interconsultas sin pertinencia	Tercera semana de enero 2019	Investigador	$\frac{\# \text{ Encuestas realizadas}}{\# \text{ Encuestas programadas}}$	15 Profesionales de Consulta Externa	Reporte de resultados
	Elaboración del flujo de generación de interconsultas	Segunda semana de enero 2019	Investigador	$\frac{\# \text{ Flujos modificados y aprobados}}{\# \text{ Flujos modificados}}$	1 Flujo	Bloqueo en sistema MD SOS
Evaluación y monitoreo del bloqueo y sus resultados	Solicitud de información y análisis comparativo estadístico	Primera semana de febrero 2019	Investigador	$\frac{\# \text{ Gráficos comparativos estadísticos realizados}}{\# \text{ Gráficos comparativos estadísticos programados}}$	1 Reporte	Reporte mensual estadístico

Fuente: Hospital Docente de Calderón  
Elaborado por: Guerra Alejandra.

## 11.2 Operacionalización de la evaluación analítica

Tabla 11: Matriz de operacionalización de la evaluación analítica

Estrategia	Tarea	Indicador	Meta	Fuente	Técnica	Instrumento
Restricción de acceso en MD-SOS para especialidades que no tengan pertinencia técnica, operativa o ética	Aplicación de pertinencia en interconsultas	$\frac{\# \text{primeras consultas en consulta externa}}{\# \text{atenciones en consulta externa}}$	Incremento de primeras consultas en el área de consulta externa a 40%	Datos de estadística	Revisión documental	Matriz de llenado de datos
	Aplicación de la matriz de pertinencia de interconsultas propuesta	$\frac{\# \text{Especialidades bloqueadas en el MD-SOS}}{\# \text{Especialidades no pertinentes de consulta externa en MD-SOS}}$	Disminución de la generación de interconsultas no pertinentes en un 22% del total de interconsultas disponibles a generar	Matriz de interconsulta	Análisis de matriz	Matriz de pertinencia interconsulta

Fuente: Hospital Docente de Calderón

Elaborado por: Guerra Alejandra.

## 12 RESULTADOS Y DISCUSION

### 12.1 De la Evaluación Operativa

#### **Estrategia: Restricción de acceso en MD-SOS para especialidades que no tengan pertinencia técnica, operativa o ética**

Compuesta por las siguientes actividades:

- ✓ Reunión de trabajo para análisis comparativo de interconsultas generadas y análisis de la matriz de pertinencia
- ✓ Reunión para solicitud de bloqueo en el sistema MD SOS de las interconsultas no pertinentes entre si y socialización al personal
- ✓ Seguimiento a solicitud de bloqueo en el sistema MD-SOS de interconsultas no pertinentes y verificación de la socialización
- ✓ Evaluación y monitoreo del bloqueo y sus resultados

#### **Reunión de trabajo para análisis comparativo de interconsultas generadas y análisis de la matriz de pertinencia**

Esta actividad se realizó la cuarta semana de noviembre, en la cual el equipo investigador realizó el análisis de la matriz de pertinencia de interconsultas elaborada en un trabajo conjunto con el equipo de Coordinadores Técnicos y la Dirección Asistencial del Hospital General Docente de Calderón, validando la cantidad de interconsultas pertinentes y no pertinentes, recursos y acciones necesarias y determinadas por el equipo elaborador, mismas que servirán de insumo para la generación del bloqueos requerido el sistema MD-SOS.

La matriz analiza la interrelación de 35 especialidades de consulta externa y denota la necesidad de generar interconsultas pertinentes entre las especialidades de consulta externa interrelacionadas entre sí, en el Hospital General Docente de Calderón; y tiene como objetivo direccionar las interconsultas a las especialidades vinculadas al motivo de consulta inicial y racionalizar los recursos del HGDC. Las interconsultas no pertinentes detalladas a continuación pueden ser utilizadas en la generación de citas para primeras consultas en espera:

*Tabla 12: Matriz comparativa de pertinencia y no pertinencia de interconsultas en consulta externa del HGDC*

<b>Especialidades</b>	<b>Pertinentes</b>	<b>No pertinentes</b>
Anestesiología	15	14
Cardiología	9	20
Cirugía cardiotorácica	8	21
Cirugía general	15	14

Cirugía plástica	12	17
Cirugía vascular	11	18
Dermatología	10	19
Endocrinología	16	13
Fisiatría	1	28
Gastroenterología	3	26
Genética	4	25
Geriatría	15	14
Ginecoobstetricia	14	15
Hematología	11	18
Maxilo-facial	9	20
Medicina interna	23	6
Nefrología	6	23
Neonatología	3	26
Neumología	7	22
Neurocirugía	13	16
Neurología	9	20
Oftalmología	10	19
Otorrinolaringología	12	17
Pediatría	17	12
Psicología	26	3
Psicorehabilitación	8	21
Psiquiatría	26	3
Traumatología	11	18
Urología	8	21

Fuente: Hospital Docente de Calderón  
Elaborado por: Guerra Alejandra.

Al finalizar la reunión se detalla en el registro de tareas, las necesidades a tomar en cuenta para las siguientes actividades.

- **Análisis comparativo de interconsultas pertinentes nov2018-ene2019**

Se realiza el análisis de 28 especialidades de consulta externa, depurando la base de datos y generando el reporte condensado por especialidad que enlista las interconsultas pertinentes y compara con las gráficas de interconsultas generadas de enero a agosto 2018, realizadas para el protocolo de investigación, basado en el diagnóstico situacional.

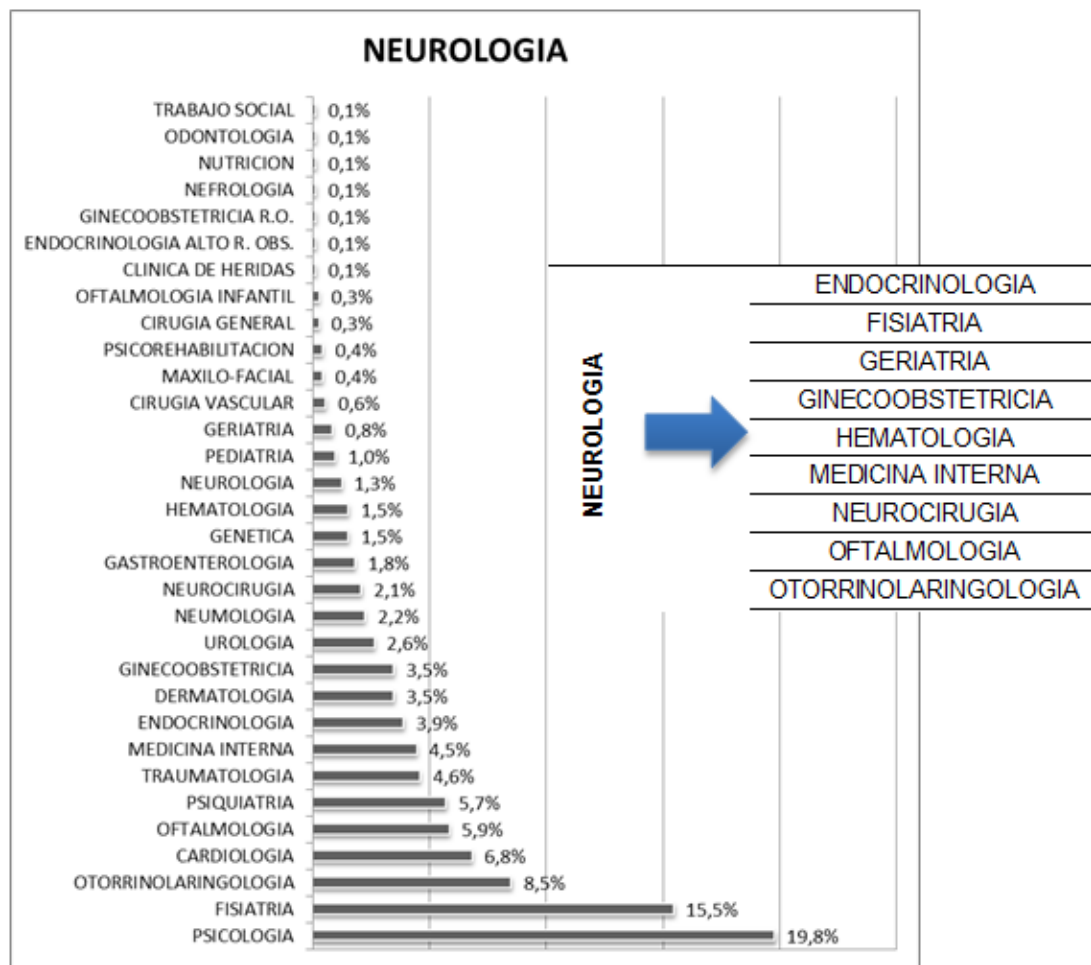
**Análisis:**

Se realiza el análisis comparativo en 10 especialidades de alta demanda del servicio de consulta externa del HGDC, de acuerdo a reportes estadísticos de interconsultas generadas, donde se puede visualizar:

- ✓ La cantidad de interconsultas generadas de manera pertinente y no pertinente de enero a agosto 2018
- ✓ Las interconsultas pertinentes que se encuentran interrelacionadas en el sistema MD-SOS

A continuación se detallan las gráficas y su análisis de 3 especialidades, las restantes pueden ser visualizadas en los anexos.

*Gráfico 7: Interconsultas sin restricción vs interconsultas pertinentes, en la especialidad de Neurología:*



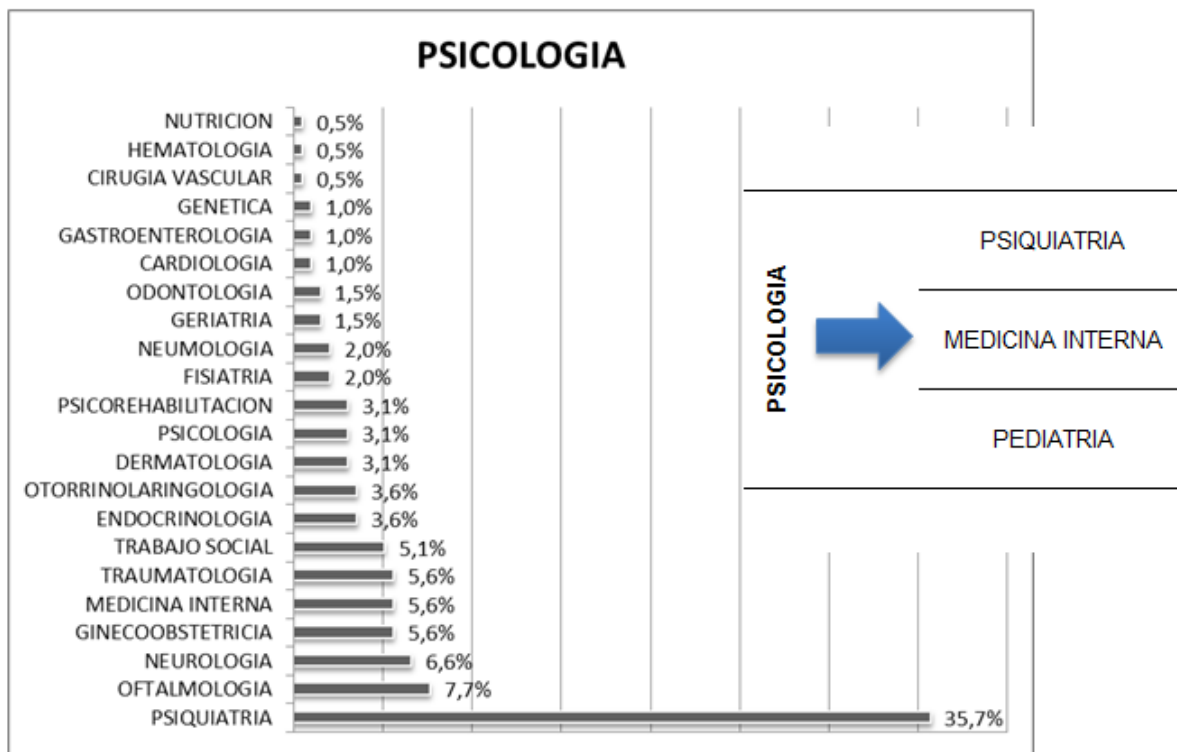
Fuente: Hospital Docente de Calderón  
Elaborado por: Guerra Alejandra

### Interpretación:

- ✓ De 32 tipos interconsultas generadas, mediante el análisis de pertinencia y restricciones, sólo se puede generar interconsultas para 9 especialidades desde Neurología.

- ✓ Dónde especialidades como: Psicología, Cardiología, Psiquiatría, Traumatología, que se encuentran entre las más comunes, no son pertinentes.

Gráfico 8: Interconsultas sin restricción vs interconsultas pertinentes, en la especialidad de Psicología:

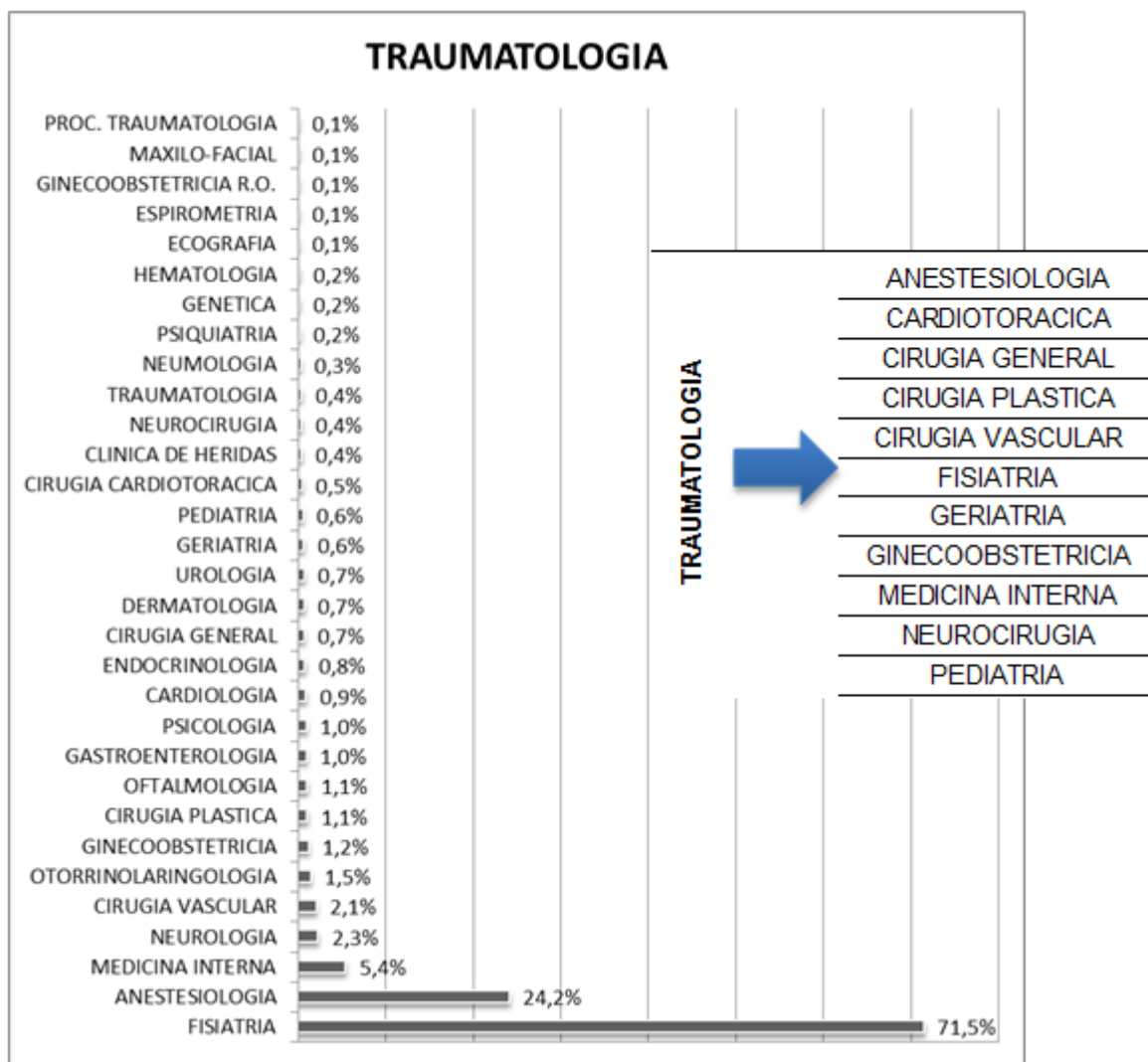


Fuente: Hospital Docente de Calderón  
Elaborado por: Guerra Alejandra

**Interpretación:**

- ✓ De 22 tipos interconsultas generadas, mediante el análisis de pertinencia y restricciones, sólo se puede generar interconsultas para 3 especialidades desde Psicología.
- ✓ Dónde especialidades como: Oftalmología, Neurología, Gineco obstetricia, Traumatología, que se encuentran entre las más comunes, no son pertinentes.

Gráfico 9: Comparativo interconsultas sin restricción vs interconsultas pertinentes, en la especialidad de Traumatología:



Fuente: Hospital Docente de Calderón  
Elaborado por: Guerra Alejandra

### Interpretación:

- ✓ De 32 tipos interconsultas generadas, mediante el análisis de pertinencia y restricciones, sólo se puede generar interconsultas para 11 especialidades desde Traumatología.
- ✓ Dónde especialidades como: Neurología, Otorrinolaringología, Oftalmología, Gastroenterología, que se encuentran entre las más comunes, no son pertinentes.

## **Reunión para solicitud de bloqueo en el sistema MD SOS de las interconsultas no pertinentes entre si y socialización al personal**

A través de reunión con el equipo investigador la cuarta semana de noviembre de 2018, al realizar el seguimiento de los compromisos adquiridos por la Dirección Asistencial, se valida la solicitud generada al área de TICS del HGDC, para bloqueo en el sistema MD-SOS por medio del sistema de gestión documental Quipux, a través del documento Memorando Nro. MSP-CZ9-HGDC-DA-2018-1621-M, con el asunto: "Parametrización en el sistema MD-SOS": pertinencias de Interconsultas.

El mencionado documento adjunta la matriz de pertinencia detallada a continuación y socializa su aplicación a todos los médicos especialistas del área de consulta externa del HGDC. Al finalizar la reunión se detalla en el registro de tareas, las necesidades a tomar en cuenta para las siguientes actividades.

En la matriz cruzada detallada a continuación se visualizan los campos a bloquear en color plomo y la pertinencia de interconsultas en blanco marcadas con una X.

Tabla 13: Matriz de pertinencia de interconsultas para bloqueo en MD-SOS

Matriz de Pertinencia de Interconsultas																															
	ANESTESIOLOGIA	CARDIOLOGIA	CIRUGIA CARDIOTORACICA	CIRUGIA GENERAL	CIRUGIA PLASTICA	CIRUGIA VASCULAR	DERMATOLOGIA	ENDOCRINOLOGIA	FISIATRIA	GASTROENTEROLOGIA	GENETICA	GERIATRIA	GINECOOBSTETRICIA	HEMATOLOGIA	MAXILO-FACIAL	MEDICINA INTERNA	NEFROLOGIA	NEONATOLOGIA	NEUMOLOGIA	NEUROCIRUGIA	NEUROLOGIA	OFTALMOLOGIA	OTORRINOLARINGOLOGIA	PEDIATRIA	PSICOLOGIA	PSICOREHABILITACION	PSIQUIATRIA	TRAUMATOLOGIA	UROLOGIA		
ANESTESIOLOGIA			X	X	X	X							X		X	X				X		X	X	X					X	X	
CARDIOLOGIA			X	X		X						X	X			X	X		X						X						
CIRUGIA CARDIOTORACICA	X			X	X	X							X		X	X								X							
CIRUGIA GENERAL	X		X		X	X				X		X	X		X	X				X		X	X	X				X	X		
CIRUGIA PLASTICA	X			X		X	X					X	X		X	X				X		X	X	X							
CIRUGIA VASCULAR	X	X	X	X	X		X					X	X	X		X	X														
DERMATOLOGIA	X			X	X	X						X	X		X	X						X		X							
ENDOCRINOLOGIA		X	X	X			X				X	X	X	X		X	X		X	X	X	X	X	X							
FISIATRIA					X																										
GASTROENTEROLOGIA				X									X			X															
GENETICA		X					X									X								X							
GERIATRIA		X		X	X	X	X	X		X				X		X	X		X	X	X	X	X								
GINECOOBSTETRICIA	X	X		X	X	X		X		X		X		X		X	X	X			X	X									
HEMATOLOGIA				X		X	X	X		X		X	X		X	X			X		X										
MAXILO-FACIAL	X			X	X										X					X	X	X	X	X							

MEDICINA INTERNA		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X		X		X	X	X	X	X		X		X	X	X	
NEFROLOGIA		X				X							X		X		X									X					
NEONATOLOGIA			X				X					X																			
NEUMOLOGIA	X	X	X										X	X			X								X						
NEUROCIURUGIA	X			X	X			X	X				X	X		X	X						X	X	X	X					
NEUROLOGIA							X	X					X	X	X		X				X		X	X							
OFTALMOLOGIA	X				X		X	X					X		X	X					X	X		X							
OTORRINOLARINGOLOGIA	X			X	X			X					X		X	X				X	X	X	X		X						
PEDIATRIA			X		X	X	X		X		X		X	X	X		X	X		X	X		X		X		X		X	X	
PSICOLOGIA									X								X								X						
PSICOREHABILITACION																	X								X						
PSIQUIATRIA																	X								X						
TRAUMATOLOGIA	X		X	X	X	X			X				X	X			X				X				X						
UROLOGIA	X			X					X				X	X			X	X							X						

X	Interconsultas pertinentes entre sí
	Interconsultas bloqueadas entre sí

Fuente: Hospital Docente de Calderón  
Elaborado por: Guerra Alejandra

## **Seguimiento a solicitud de bloqueo en el sistema MD-SOS de interconsultas no pertinentes y verificación de la socialización**

### **Entrevista**

Para el modelamiento del flujo modificado de interconsultas, se realizó una entrevista no estructurada a la Dra. Lorena Vaca de la especialidad de Dermatología del Hospital General Docente de Calderón, donde se permitió a la entrevistada hablar libremente del tema y las preguntas se fueron incorporando poco a poco a la conversación de acuerdo a las necesidades. La Dra. Vaca explicó cómo se desarrolla el proceso desde que recibe al paciente en su consultorio hasta que el paciente es remitido a admisiones para recibir la notificación de agendamiento. Brindó además su opinión acerca del bloqueo realizado en el sistema para interconsultas no pertinentes. Con los siguientes resultados:

#### **Entrevista Semi Estructurada**

**Participantes:** Dra. Lorena Vaca, Investigador

**Área:** Dermatología

**Duración:** 15 minutos

#### **Tema: “Flujo de interconsultas y pertinencia de las mismas”**

- ✓ Primero se realiza la presentación por parte del investigador e introducción breve del tema que se ha planificado tratar, así como los objetivos de la aplicación del bloqueo en el sistema MD-SOS.
- ✓ Existe cordialidad y apertura por parte de la profesional de la salud.
- ✓ Se realiza en un ambiente cerrado y tranquilo, sin interrupciones

#### **Respecto a la identificación de interconsultas**

- ✓ Cada profesional debería ser responsable de aplicar la norma en cuanto a las interconsultas que debe realizar, ya que en MD-SOS no existe una opción que permita clasificarlas para poder medirlas y ha sido un problema permanente la recepción de interconsultas que nada tienen que ver con el motivo de consulta.

#### **Respecto al bloqueo**

- ✓ El bloqueo de especialidades tiene mucho sesgo, existen casos que no son comunes pero que pueden requerir interconsulta con especialidades que se encuentran bloqueadas, alargando el tiempo de consulta por el trámite que debería realizar para generarla. Por ejemplo una patología congénita remitida desde genética por problemas cutáneos que esta provoca y requiere ser remitida a máxilo – facial por

daños en la dentición que también provoca. Un caso de epilepsia que esté provocando irritación en la piel por reacción medicamentosa.

### **Respecto a interconsultas no pertinentes**

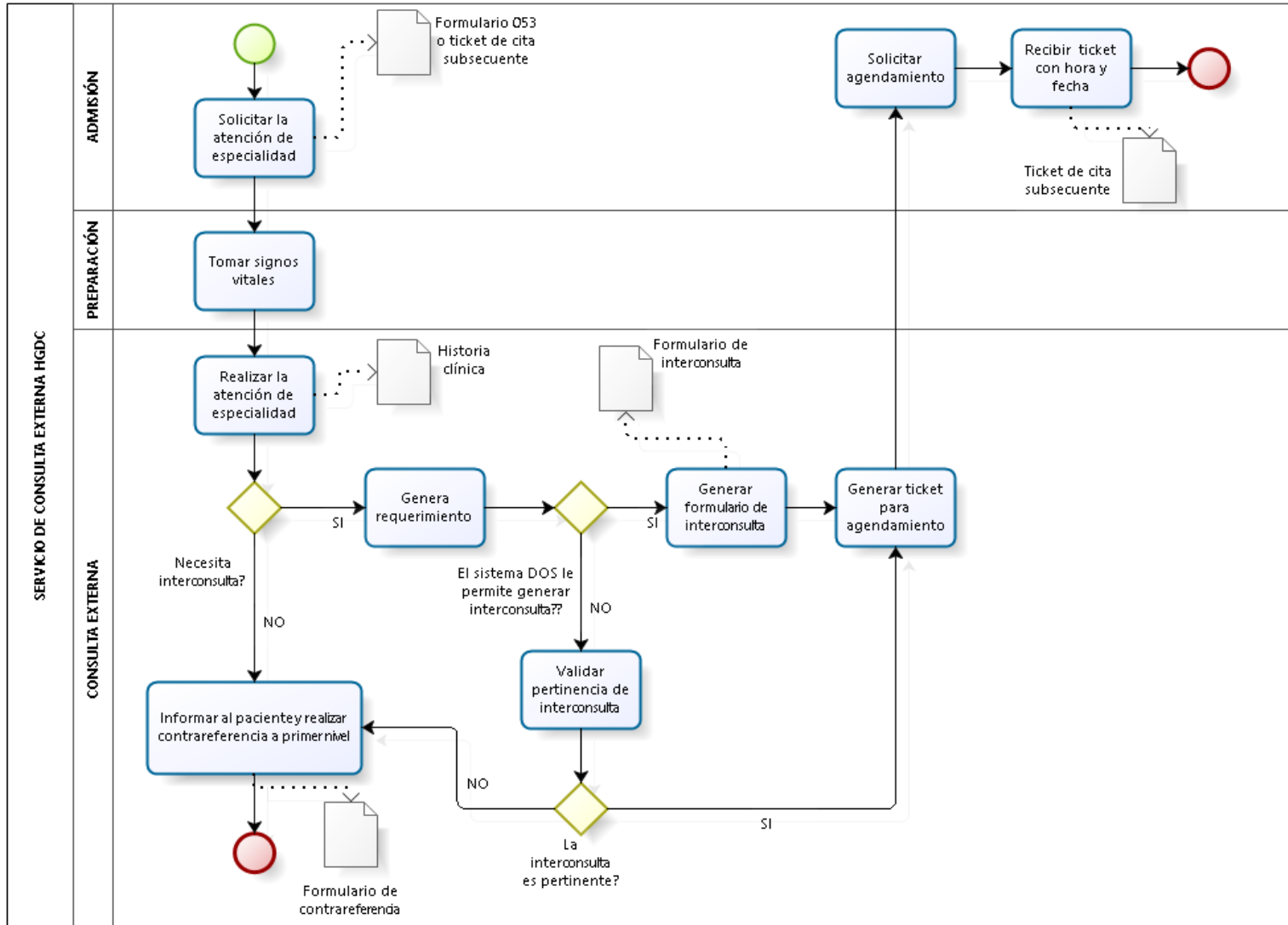
- ✓ Del 100% de interconsultas que recibe, considera que más o menos el 10% no serían justificadas. A pesar de esta problemática, las interconsultas no pertinentes son atendidas normalmente sin realizar un reporte de notificación de las mismas, por el limitado tiempo para consultas (15-20 minutos) y la demanda (un paciente tras otro), y necesitaría por lo menos 10 minutos extras para realizar el reporte de las interconsultas mal dirigidas diarias.
- ✓ Propone una matriz tipo check list, de pertinencia - no pertinencia para consulta externa, pero considera que no podría ser aplicada por la falta de colaboración de los profesionales por la falta de tiempo; misma que podría ser aplicada si se llegan a corregir los tiempos de consulta.
- ✓ Otra situación que genera pérdida de tiempo y malestar es que ciertos usuarios en el área de admisión solicitan ayuda para agendamiento de citas de manera manual y sin la solicitud del profesional que requiere interconsulta. Situación a la que el personal de admisiones re dirige al usuario a consulta externa, a solicitar de manera verbal ayuda al médico. Esta situación provoca que se interrumpan las consultas y se utilice el tiempo destinado a la atención de otro paciente en explicarle al usuario que debe volver al primer nivel y tomar turno a través del 171.
- ✓ El área de admisiones al ser el primer filtro debe estar preparado para dirigir adecuadamente a los pacientes e informarles de manera cordial las maneras de cumplir la normativa del MSP.
- ✓ En ciertas situaciones por pedido de autoridades, compañeros o familiares no se ha negado a generar solicitudes de interconsultas sin una primera atención y sin que esta tenga pertinencia, como un favor.

Queda abierta la opción para futuras conversaciones en el caso de que se requiera más información y retroalimentación del tema.

- **Modelamiento del flujo modificado**

De acuerdo a las acciones realizadas anteriormente, se modela el flujo de generación de interconsultas, basado en el bloqueo de interconsultas no pertinentes en el sistema MD-SOS.

Gráfico 10: Flujo de generación de interconsultas modificado en consulta externa del Hospital General Docente de Calderón



Fuente: Hospital Docente de Calderón  
Elaborado por: Guerra Alejandra.

La modificación del flujo se detalla a continuación:

Tabla 14: Detalle de modificación del Flujo

Área	Actividad
Admisión	Se mantiene
Preparación	Se mantiene
<b>Necesita interconsulta?</b>	
<b>Consulta Externa</b>	<b>SI:</b> al generar el requerimiento, para elaborar el formulario de interconsulta, el sistema MD-SOS se lo permite si la interconsulta requerida se encuentra en el listado de especialidades pertinentes, dándole paso a admisiones para el agendamiento
	<b>NO:</b> al generar el requerimiento, para elaborar el formulario de interconsulta, el sistema MD-SOS no se lo permite si la interconsulta requerida se encuentra en el listado de especialidades no pertinentes, dándole paso a generar la contrareferencia para continuidad de la atención por otro nivel de atención

Fuente: Hospital Docente de Calderón  
Elaborado por: Guerra Alejandra.

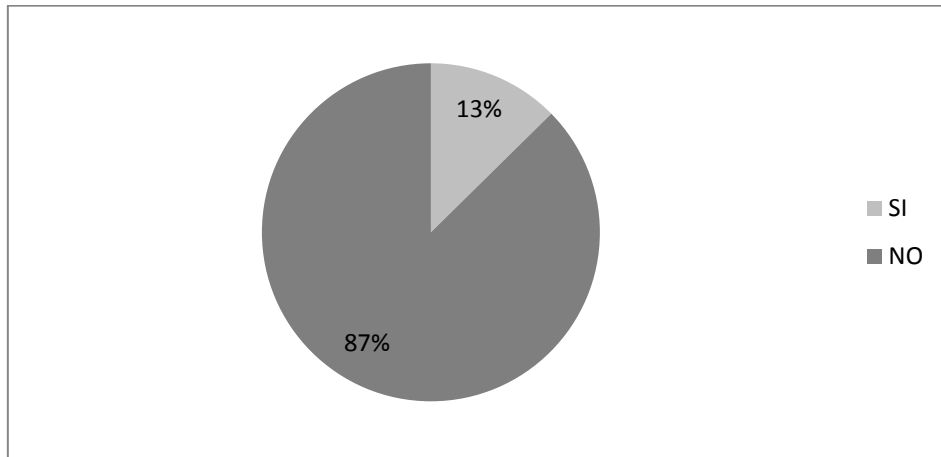
### **Seguimiento y monitoreo de implementación de bloqueo en el sistema y sus novedades**

Durante el monitoreo de la implementación del bloqueo en el sistema MD-SOS, se realiza una encuesta la tercera semana de enero de 2019, dirigida a 15 especialistas de distintas áreas, entre ellas: Neumología, Genética, Cardiología, Traumatología, Neonatología, Psiquiatría, Psico-rehabilitación, Psicología, Cirugía Máxilo - Facial. En vista de que la encuesta fue realizada con el fin evaluar la aplicación y los problemas que el bloqueo ha podido generar en interconsultas específicas, al existir un gran porcentaje de desconocimiento de la misma, solo se analizan dos respuestas; con los siguientes resultados:

**Preguntas:**

- **¿Conoce usted acerca del bloqueo en el sistema para interconsultas no pertinentes para su especialidad?**

*Gráfico 11: Resultados de la encuesta – Pregunta 1*

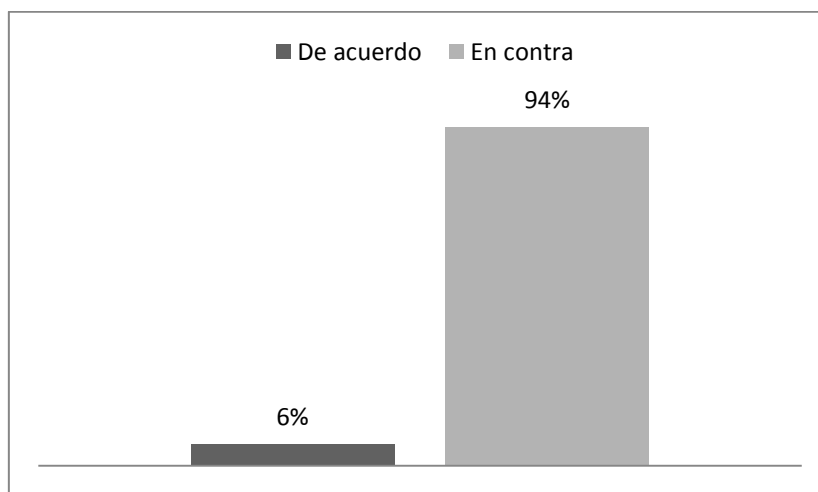


Fuente: Hospital Docente de Calderón  
Elaborado por: Guerra Alejandra.

De los profesionales encuestados sólo el 13% tenía conocimiento del bloqueo a implementarse, razón por la cual se denota la necesidad de una socialización participativa del flujo modificado para generación de interconsultas, dónde los profesionales puedan comentar sus puntos de vista al respecto.

- **Está de acuerdo con el bloqueo?**

*Gráfico 12: Resultados de la encuesta – Pregunta 2*



Fuente: Hospital Docente de Calderón  
Elaborado por: Guerra Alejandra.

La mayoría de médicos encuestados, no está de acuerdo con el bloqueo ya que conocen que al contrareferir a un paciente al primer nivel de atención, incrementaría su tiempo de espera, perdería continuidad en la atención al generar ausentismo. Situación que a largo plazo y por consecuencias de un descuido en su problema de salud provocará que el mismo paciente vuelva a HGDC por complicaciones del mismo problema de salud.

### **Socialización de la modificación del flujo de generación de interconsultas**

La socialización del flujo y objetivo del bloqueo, se realizó mediante un conversatorio individual con 15 médicos de diferentes áreas de consulta externa del HGDC, dónde se recopilaron algunos comentarios como:

- ✓ Importancia de la racionalización de los servicios de consulta externa
- ✓ Importancia de generar turnos para primeras consultas en espera de turno
- ✓ La implementación de estas estrategias debería ir de la mano de la disminución de los tiempo de espera en el proceso de contrareferencia, ya que al cumplir la norma establecida lo único que se provoca es que el paciente tenga que volver a tomar un turno para el primer nivel de atención, situación que no es inmediata y genera también grandes porcentajes de ausentismo.
- ✓ Muchos comparten la estrategia pero muchos no la comparten, al ponerse en la posición del paciente y de la calidad de la atención y el servicio.
- ✓ Existe también en algunos profesionales indisposición y mal trato al usuario cuando perciben que la interconsulta receptada no es pertinente.

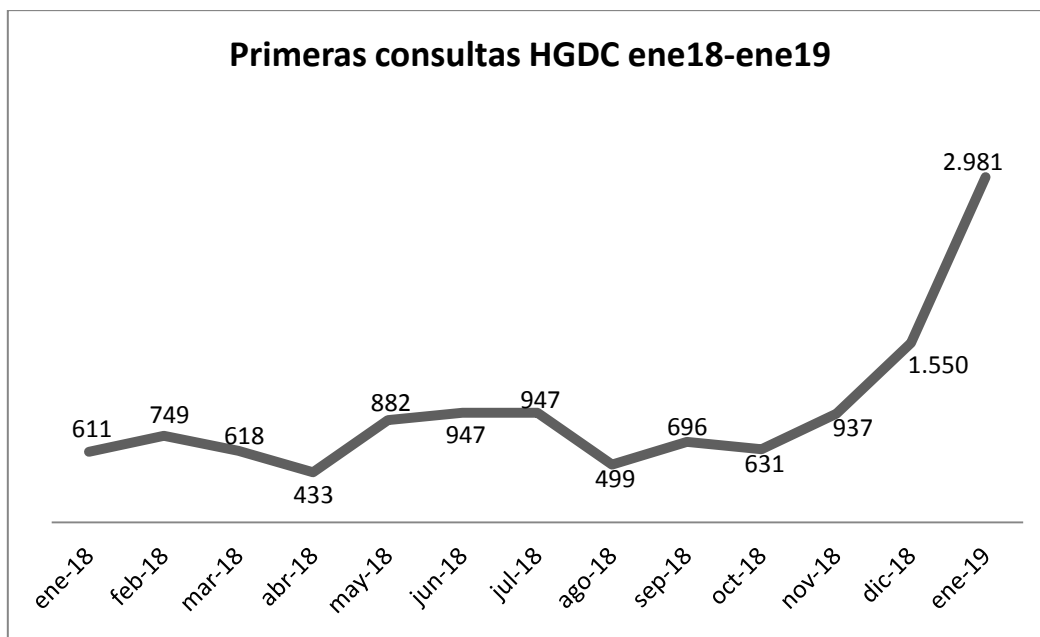
### **Evaluación y monitoreo del bloqueo y sus resultados**

#### **Análisis estadístico comparativo de reportes de primeras consultas oct 2018-ene 2019**

Mediante reporte estadístico realizado por el área de admisión del HGDC del periodo enero 2018 a enero 2019, para objetivo de este estudio, se han obtenido los siguientes resultados:

- ✓ En virtud de las primeras consultas, se observa un incremento significativo entre diciembre 2018 y enero 2019, que al ser comparado en un periodo anual, se visualiza que estos corresponden a los valores más altos en el mencionado periodo; con lo cual se puede asegurar que el acceso para primeras consultas ha aumentado.

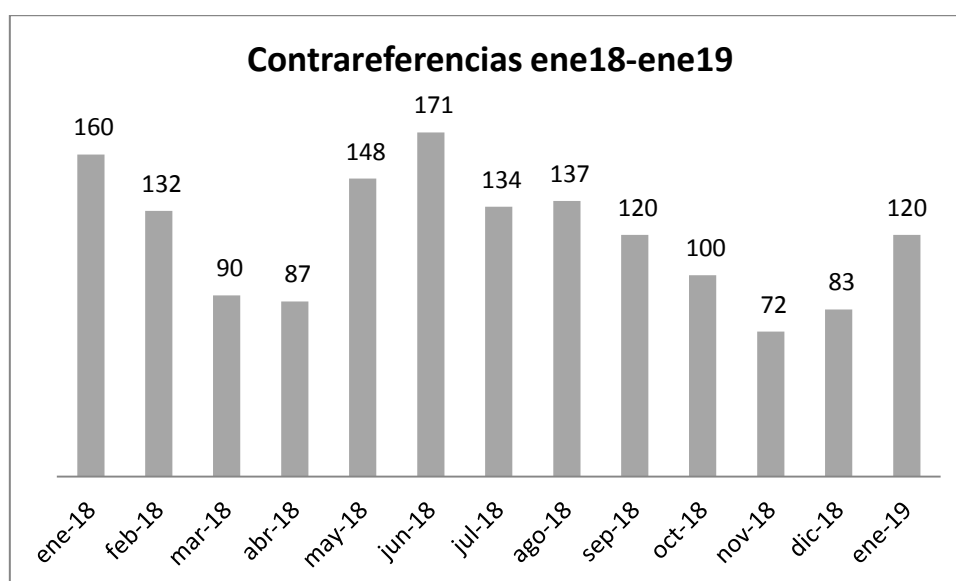
*Gráfico 13: Comparativo primeras consultas generadas en consulta externa HGDC ene2018- ene2019*



Fuente: Hospital Docente de Calderón  
Elaborado por: Guerra Alejandra.

- ✓ No existe una dinámica de contrareferencias que permita visualizar la implementación de acciones efectivas para su mantenimiento o incremento.
- ✓ La implementación de la estrategia busca aumentar el número de contrareferencias que en el análisis anual no denota una constante o un aumento que se aprecie visualmente.

*Gráfico 14: Comparativo de contrareferencias generadas en consulta externa HGDC ene2018- ene2019*



Fuente: Hospital Docente de Calderón  
Elaborado por: Guerra Alejandra.

## 12.2 De la Evaluación Analítica

**Estrategia: Restricción de acceso en MD-SOS para especialidades que no tengan pertinencia técnica, operativa o ética**

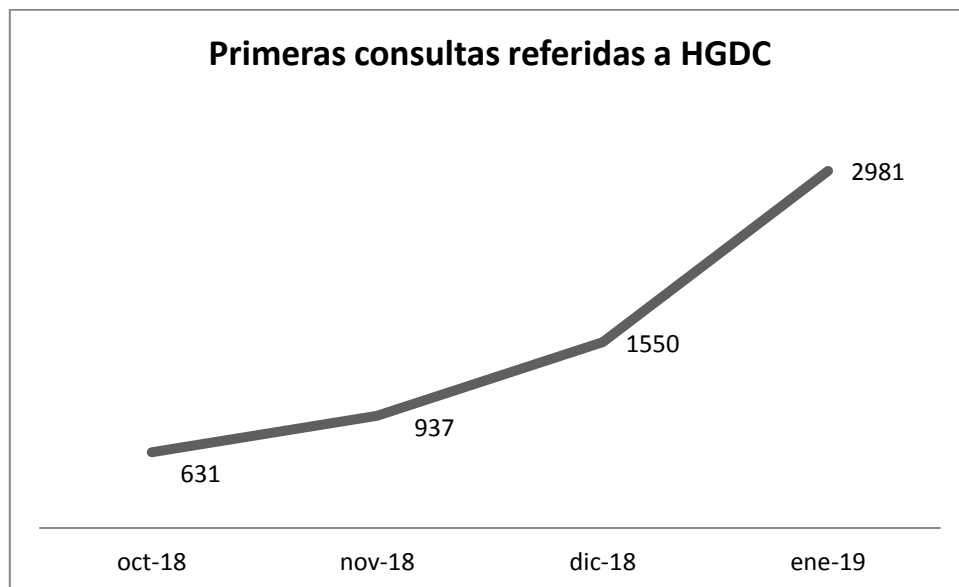
Compuesta por las siguientes actividades:

- ✓ Incremento de primeras consultas en el área de consulta externa
- ✓ Aplicación de matriz de pertinencia de interconsultas

### **Incremento de primeras consultas en el área de consulta externa**

Durante el análisis situacional se pudo constatar que el 80% de generación de interconsultas es para demanda interna del hospital y 20% para la demanda externa. En virtud de las primeras consultas, se observa un incremento significativo entre diciembre 2018 y enero 2019 (34% mayor a la producción registrada en noviembre), situación que se espera vaya aumentando con el paso del tiempo y mantenimiento de la estrategia, hasta lograr que la demanda externa sea atendida en un porcentaje de 40% y de la demanda interna en un 60%. Se debe considerar además, que la cantidad de interconsultas no va a disminuir en vista de que las primeras consultas que requieran apoyo de otro especialista, se convertirán en interconsultas pertinentes.

*Gráfico 15: Primeras consultas referidas a HGDC octubre 2018 - enero 2019*



Fuente: Hospital Docente de Calderón  
Elaborado por: Guerra Alejandra.

### Aplicación de matriz de pertinencia de interconsultas

La matriz aplicada ha realizado 509 bloqueos a 841 opciones de interconsulta de 35 especialidades de consulta externa, que se podían generar previas a su aplicación, disminuyendo en un 22% la generación de interconsultas correspondientes a las determinadas como no pertinentes. Al momento existen 332 tipos de inter relación entre especialidades, cuya generación dará como resultado interconsultas pertinentes.

La tabla 16, refiere las interconsultas generadas en el periodo enero – agosto de 2018 donde no existían restricciones, comparándolas con las interconsultas pertinentes por especialidad, dónde se puede observar que por ejemplo en la especialidad de Cardiología se generaron 23 tipos de solicitudes de interconsulta, cuando sólo 9 especialidades son consideradas pertinentes.

*Tabla 15: Interconsultas generadas vs interconsultas pertinentes*

<b>Especialidades</b>	<b>Interconsultadas ene- ago2018</b>	<b>Pertinentes - Acceso</b>
Anestesiología	12	15
Cardiología	23	9
Cirugía cardiotorácica	6	8
Cirugía general	33	15
Cirugía plástica	20	12
Cirugía vascular	18	11
Dermatología	15	10
Endocrinología	32	16
Fisiatría	15	1
Gastroenterología	20	3
Genética	30	4
Geriatría	22	15
Ginecoobstetricia	26	14
Hematología	27	11
Maxilo-facial	15	9
Medicina interna	38	23
Nefrología	23	6
Neonatología	11	3
Neumología	10	7
Neurocirugía	11	13
Neurología	32	9
Oftalmología	17	10
Otorrinolaringología	29	12
Pediatría	28	17
Psicología	22	26
Psicorehabilitacion	20	8

Psiquiatría	14	26
Traumatología	31	11
Urología	14	8

Fuente: Hospital Docente de Calderón  
Elaborado por: Guerra Alejandra.

### 13 CONCLUSIONES

El trabajo de investigación acción realizado ha cumplido con los siguientes parámetros para su análisis:

- ✓ **Análisis de contexto:** se ha realizado a través de un diagnóstico situacional, el que permite identificar, priorizar y profundizar en problemas, basados en la realidad de los usuarios internos y externos y de los de los establecimientos de salud.
- ✓ **Marco Teórico:** evidencia bibliográfica que sustenta el tema
- ✓ **Modelo Conceptual:** expresión gráfica del problema, sus causas y efectos
- ✓ **Alternativas de cambio:** basadas en el modelo conceptual, con enfoque sistémico y de manera participativa
- ✓ **Hipótesis de cambio:** dinámica, basada en el análisis situacional y el modelo conceptual
- ✓ **Elaboración de plan de actividades:** protocolo de investigación aprobado por el Comité de Bioética de la PUCE
- ✓ **Implementación del plan:** métodos, estrategias, actividades para la introducción del cambio.
- ✓ **Evaluación del proceso:** Ejecución de actividades de acuerdo al plan

La interconsulta pertinente en el servicio de consulta externa, depende de una correcta evaluación del motivo de consulta, de la identificación de los múltiples problemas de salud que este puede desencadenar, de la necesidad de evaluación y criterio médico de otras especialidades relacionadas y de la comunicación adecuada médico paciente.

La metodología utilizada fue la investigación - acción, rama de la investigación de servicios y sistemas de salud, que relacionó el estudio más con la dimensión social y variables concernientes al comportamiento humano de la investigación de los sistemas de salud. La hipótesis elaborada fue dinámica, misma que ha variado de acuerdo a las necesidades y hallazgos identificados en función de la realidad de la población y del servicio. Las actividades realizadas fueron socializadas y participativas, basados en las perspectivas de los actores y su experiencia in situ.

Los resultados de la aplicación de la alternativa de cambio fueron la disminución de la generación de interconsultas no pertinentes en un 22% del total de interconsultas disponibles a generar, mediante un bloqueo en el sistema MD-SOS del hospital, y el incremento de primeras consultas en un 34% en comparación a meses anteriores a esta implementación, para usuarios que se encontraban en espera de asignación de turnos en el servicio de consulta externa del Hospital General Docente de Calderón.

Al analizar los resultados de la investigación se ha obtenido que:

- ✓ Un alto porcentaje de profesionales de consulta externa (87%), no conoce la medida implementada
- ✓ Un alto porcentaje de profesionales de consulta externa (94%), no están de acuerdo con el bloqueo.
- ✓ El número de primeras consultas en el periodo octubre 2018 – enero 2019 ha incrementado.
- ✓ La matriz de pertinencia aplicada genera interconsultas pertinentes. Al momento existen 332 tipos de interrelación entre especialidades, cuya generación dará como resultado interconsultas pertinentes.
- ✓ Se visualizó una disminución de interconsultas no pertinentes en un 22% del total de interconsultas disponibles a generar antes del bloqueo.
- ✓ No será visual la disminución de interconsultas, ya que un porcentaje de primeras consultas se convertirán en subsecuentes o en interconsultas pertinentes de ser necesario, e irán cubriendo la disponibilidad de citas generadas por las interconsultas no pertinentes que han sido bloqueadas.

## **14 RECOMENDACIONES**

Se recomienda al Hospital General Docente de Calderón, mantener la estrategia implementada y analizar periódicamente el cambio de manera participativa. Además de:

- ✓ Realizar un seguimiento mensual de la producción de primeras consultas
- ✓ Socializar de manera inmediata y participativa las acciones a implementar con los profesionales del área de consulta externa del HGDC, y realizar un monitoreo trimestral.
- ✓ Dar seguimiento a los problemas que se puedan generar entre posibles interacciones que resulten pertinentes, por casos especiales, mediante reuniones mensuales de cada área.
- ✓ Determinar de manera consensuada y participativa la mejor solución que permita agendamientos para grupos prioritarios, que no afecten los tiempos de consulta.
- ✓ Incorporar procesos de calidad en las estrategias a implementar y monitorear de manera mensual.
- ✓ Valorar la calidad de la información recogida en el formulario de interconsulta trimestralmente.
- ✓ Incorporar estudio de casos en las reuniones de profesionales por área de manera trimestral.

## 15 BIBLIOGRAFÍA

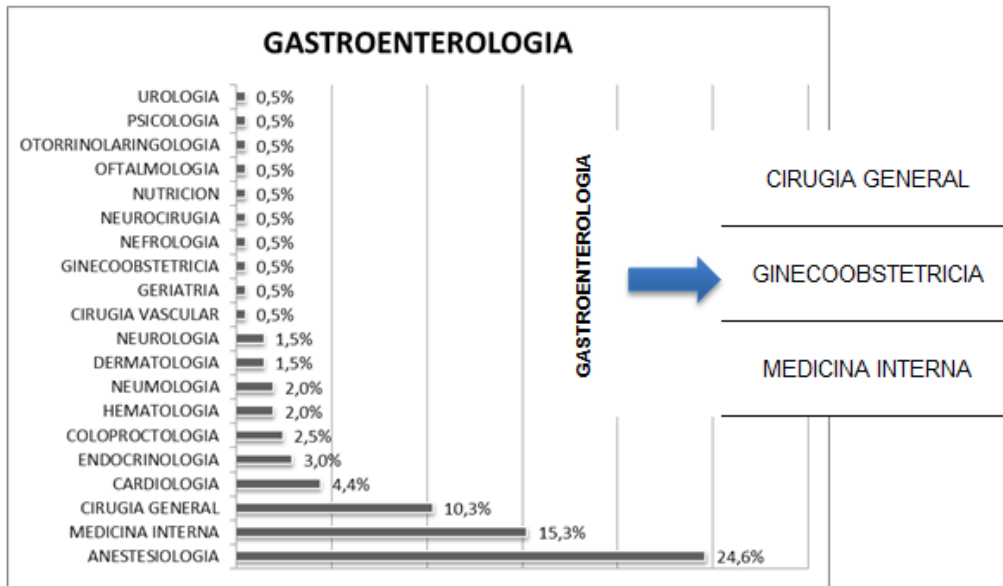
1. Bertalanffy, L. (1969). *Teoría General de los Sistemas*.
2. Díaz, G. (2004). *La salud desde una perspectiva sistémica*.
3. Díaz, J., & Gallego, B. (2005). La interconsulta y la referencia. *Revista Cubana de Medicina General Integral*.
4. Escuela Andaluza de Salud Pública. (2012). *Evolución y Tendencias Futuras del Hospital*. OPS.
5. Gallegos, K. (2017). Evaluación cualitativa de experiencia piloto PRO-CASER, como método para mejorar la pertinencia de interconsultas desde Atención Primaria con uso de Telemedicina. *Revista Chilena de Salud Pública*.
6. Gervás, J., & Otún. (1995). *Caracterización del trabajo asistencial del médico general o de familia*.
7. INEC. (2010). *Censo Poblacional*. Ecuador.
8. Instituto de Salud Pública, P. (2016). *Ficha 1.1.7: Las características de la Gestión de la Administración*. Quito: Instituto de Salud Pública PUCE.
9. Instituto Mexicano de Salud Pública. (2004). *División de innovación en los Sistemas de Salud. (2004). Fundamentos de Gestión Clínica*. Instituto Mexicano de Salud Pública.
10. Laberghe, V., & Lafort, Y. (1990). *El rol del hospital como nivel de referencia en un sistema local de salud basado en la estrategia de atención primaria*.
11. Malagón, G., Pontón, G., & Galán, R. (2008). *Administración Hospitalaria*.
12. Mercenier, P., & Balen, H. V. (1997). *Bases de organización de los servicios de salud*.
13. Ministerio de Salud Pública de Perú. (2013). *Indicadores de gestión y evaluación hospitalaria, para hospitales, institutos y DIRESA*.
14. Ministerio de Salud Pública Honduras. (2012). *Modelo de Gestión Hospitalaria: Hospitales eficientes gestionados por resultados con calidad*. Ministerio de Salud Pública Honduras.
15. Mintzberg, H. (1983). *Diseño de Organizaciones Eficientes*. Buenos Aires: El Ateneo.
16. MSP. (2012). *Estatuto Orgánico de Gestión por Procesos de los Hospitales del Ministerio de Salud Pública*.
17. MSP. (2013). *Modelo de Atención Integral en Salud - MAIS*.
18. MSP. (2014). *Lineamientos generales para la operativización de la red pública integral de salud en el marco del modelo de atención integral de salud*.
19. MSP. (2014). *Norma Técnica del Subsistema de Referencia, Contrareferencia, Referencia Inversa y Transferencia del Sistema Nacional de Salud*. MSP.
20. MSP. (2018). *Manual de Gestión de la calidad de la atención de los servicios de salud*.

21. OMS. (1987). *Los hospitales y la salud para todos. Informe de un Comité de Expertos de la OMS sobre la función de los Hospitales en el Primer Nivel de envío de casos*. Organización Mundial de la Salud.
22. OMS. (2003). *Informe sobre salud en el mundo*.
23. OPS. (1993). *Acreditación de los Hospitales en América Latina y el Caribe*. PAHO.
24. OPS. (2007). *La Renovación de la Atención Primaria en Salud en las Américas*. Organización Panamericana de la Salud.
25. OPS, & UNICEF. (1978). Conferencia Internacional APS . Alma Ata.
26. Ortíz, R., Muñoz, S., & Torres, E. (2003). Consulta externa en las instituciones de salud, según la opinión de los usuarios. *Revista Panamericana de Salud Pública*.
27. Rodríguez, F., Chacón, J., & Tudela, E. (2004). Motivos de interconsulta entre atención primaria.
28. Sansó, J. (1999). Propuesta de modelo de referencia y contrarreferencia en el sistema de salud cubano. *Revista Cubana de Medicina General Integral*.

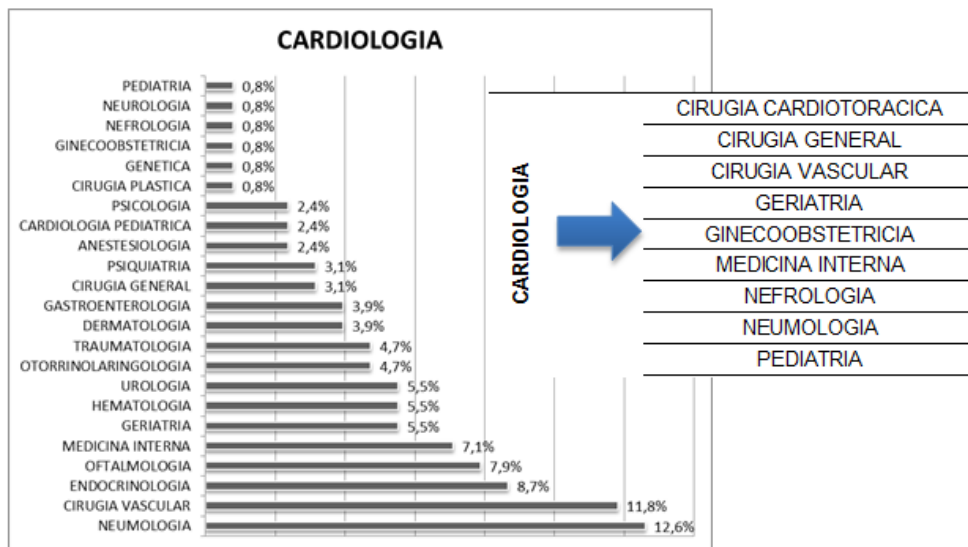
## 16 ANEXOS

- **Gráficas de interconsultas no pertinentes vs interconsultas pertinentes**

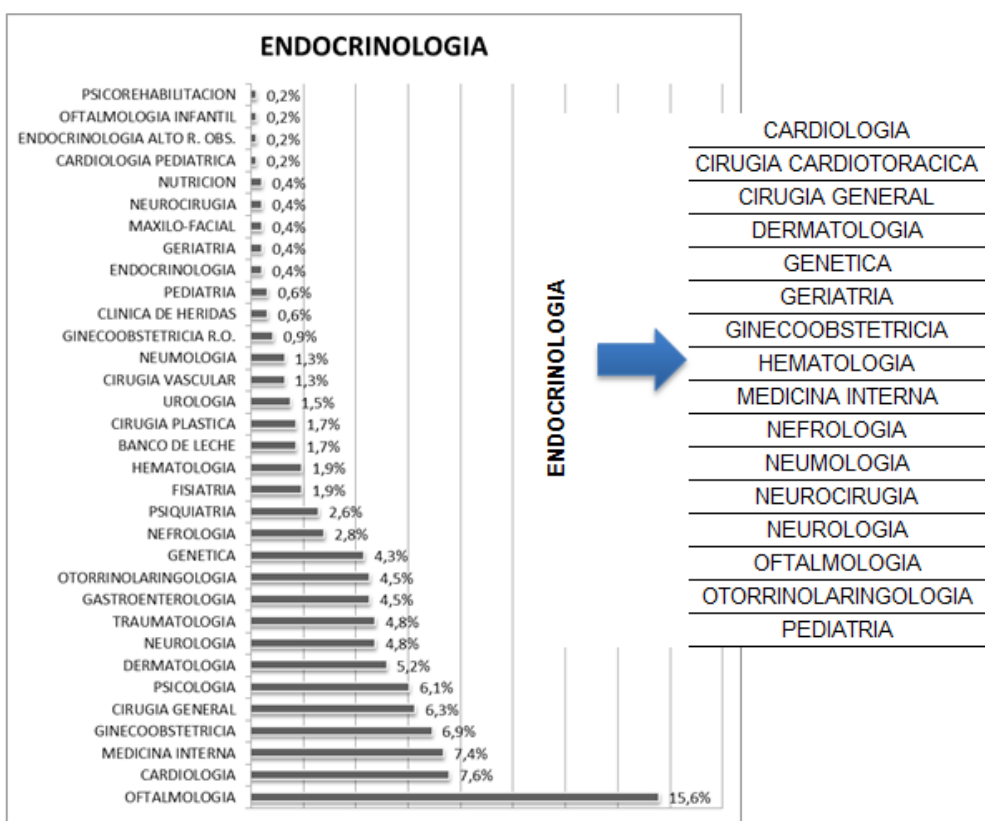
Se adjunta gráficas de 10 especialidades de las interconsultas generadas previas al bloqueo (ene-ago2018), a las cuales se les ha incorporado el listado de interconsultas determinadas como pertinentes en la matriz de análisis de pertinencia implementada.



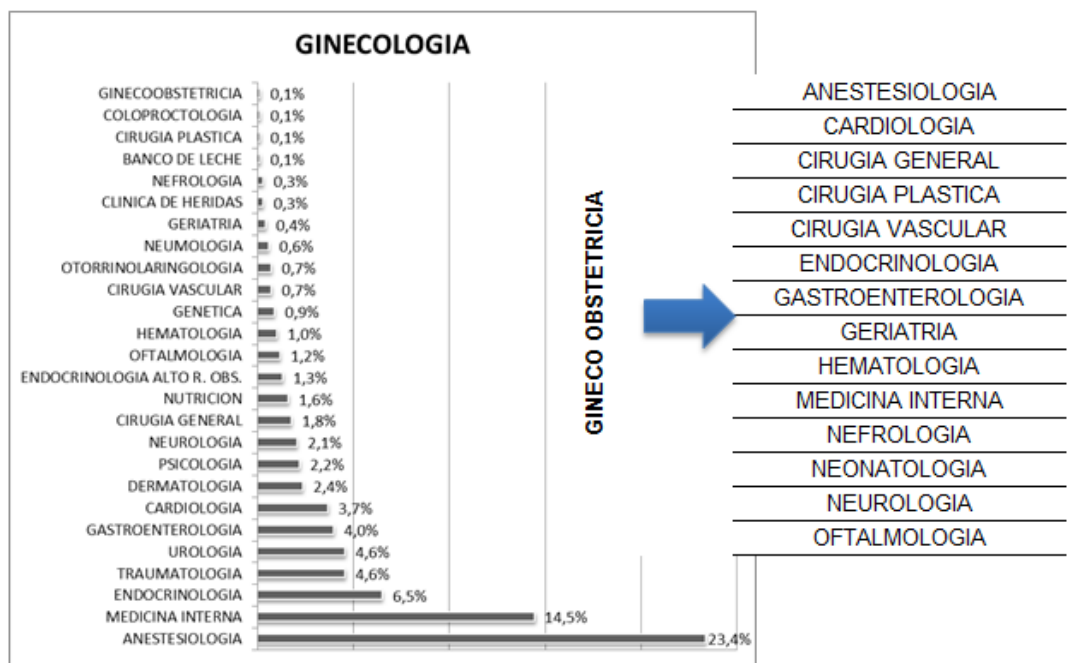
Fuente: Hospital Docente de Calderón  
Elaborado por: Guerra Alejandra.



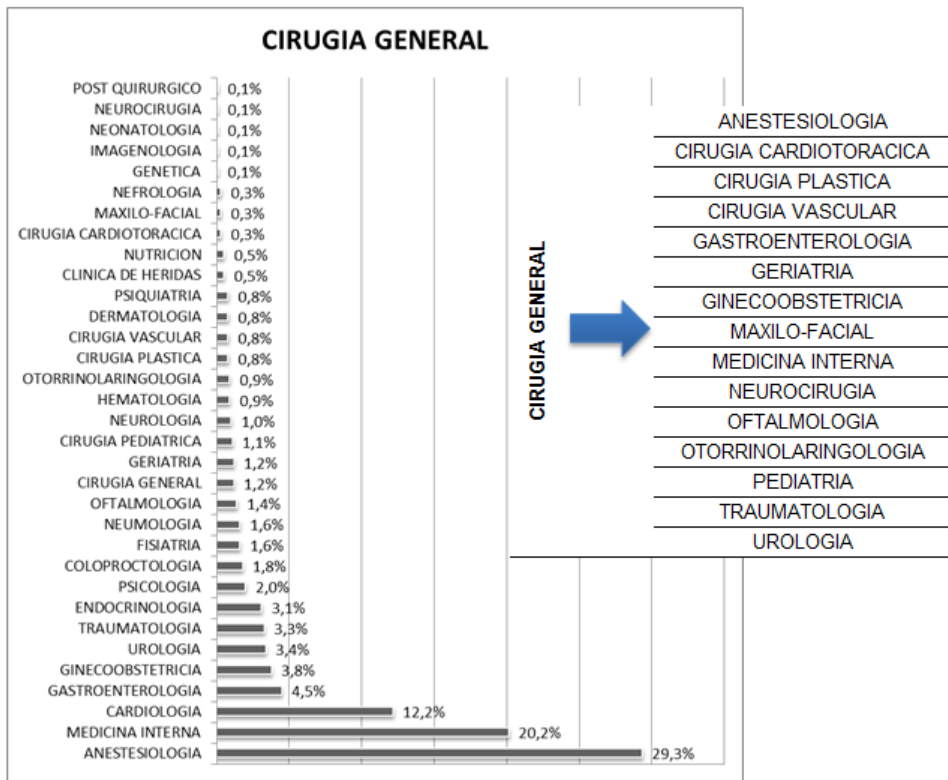
Fuente: Hospital Docente de Calderón  
Elaborado por: Guerra Alejandra.



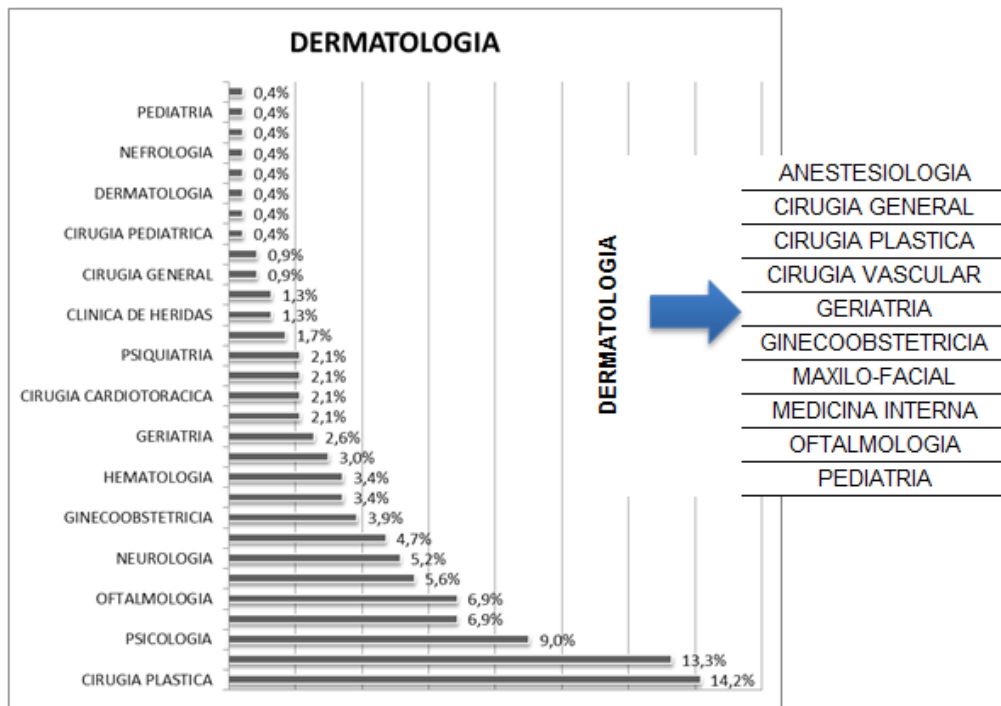
Fuente: Hospital Docente de Calderón  
Elaborado por: Guerra Alejandra.



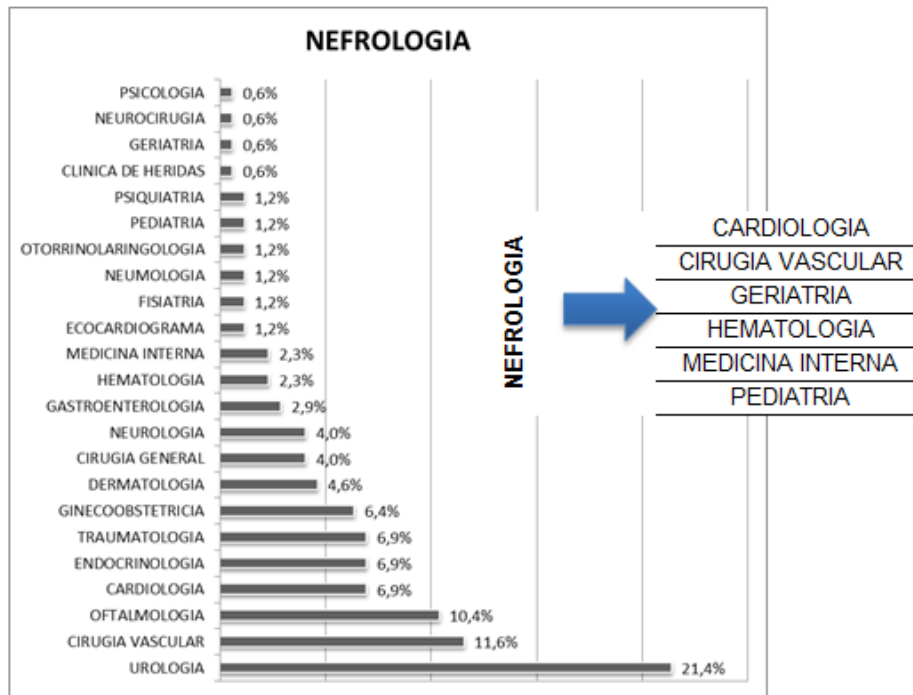
Fuente: Hospital Docente de Calderón  
Elaborado por: Guerra Alejandra



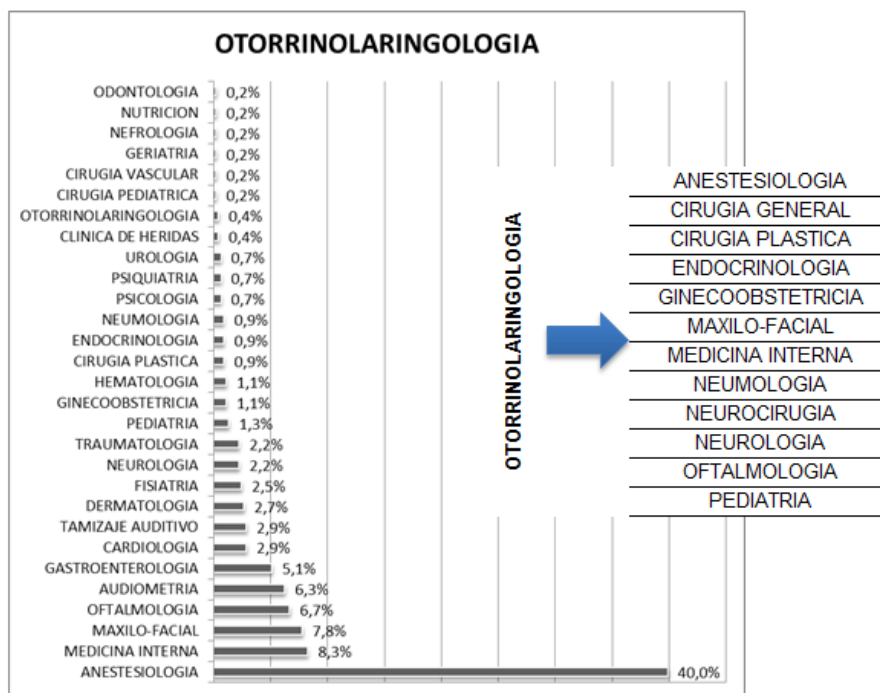
Fuente: Hospital Docente de Calderón  
Elaborado por: Guerra Alejandra



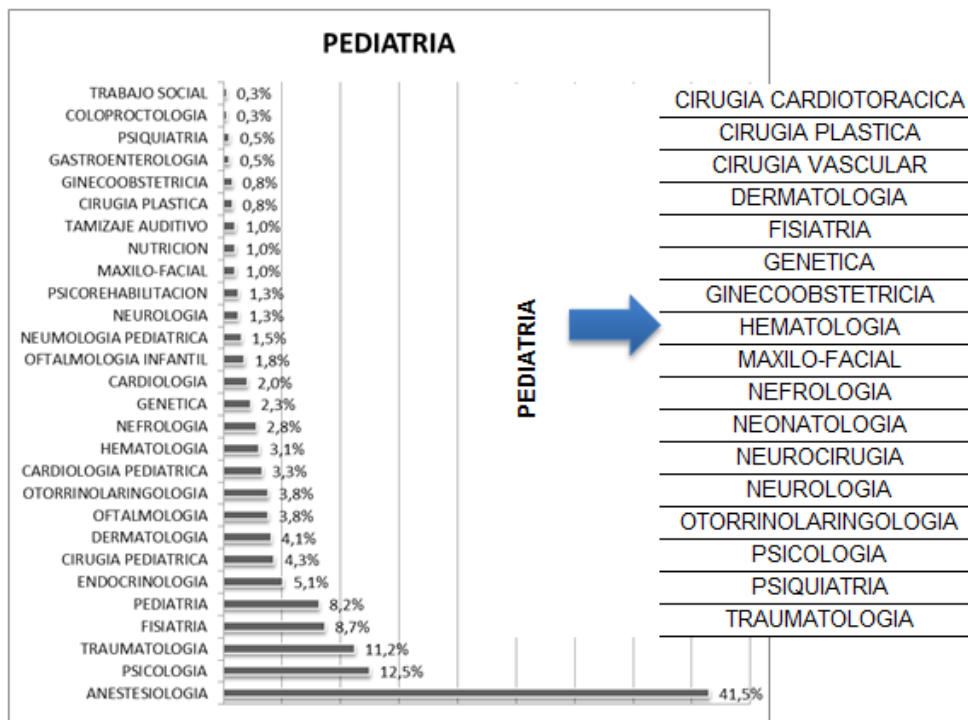
Fuente: Hospital Docente de Calderón  
Elaborado por: Guerra Alejandra



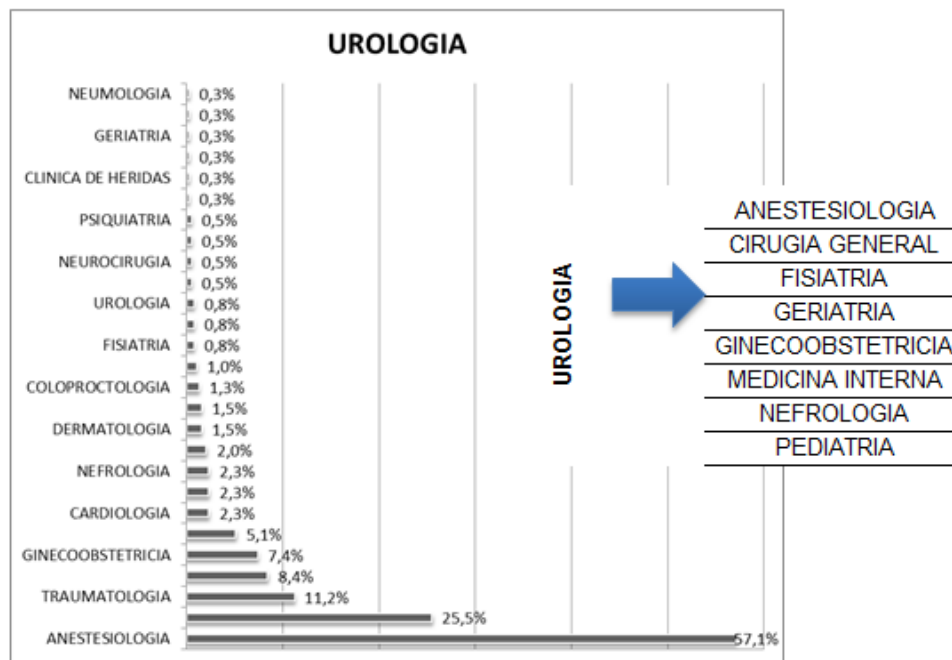
Fuente: Hospital Docente de Calderón  
Elaborado por: Guerra Alejandra



Fuente: Hospital Docente de Calderón  
Elaborado por: Guerra Alejandra



Fuente: Hospital Docente de Calderón  
Elaborado por: Guerra Alejandra



Fuente: Hospital Docente de Calderón  
Elaborado por: Guerra Alejandra

- **Solicitud de parametrización (bloqueo)**

Documento dirigido a TICS del HGDC, mediante sistema de gestión documental quipux, misma que solicita el bloqueo en el sistema MD SOS, registra copia a todos los médicos de consulta externa y adjunta la matriz de pertinencia de interconsultas.



Hospital General Docente de Calderón  
Dirección Asistencial

Memorando Nro. MSP-CZ9-HGDC-DA-2018-1621-M

Quito, D.M., 28 de noviembre de 2018

**PARA:** Sr. Ing. Nelson Vicente Salazar Chavez  
Analista de Tecnologías de la Información y Comunicaciones 2 - HGDC

**ASUNTO:** PARAMETRIZACIÓN EN EL SISTEMA MD-SOS: PERTINENCIAS DE INTERCONSULTAS

De mi consideración:

Reciba un cordial saludo de la Dirección Médico Asistencial.

Por medio del presente se solicita la respectiva parametrización en el sistema MD - SOS de la matriz adjunta, misma que hace referencia a la pertinencia de las interconsultas generadas en el Proceso de Consulta Externa, la cual ha sido socializada y validada por las diferentes Coordinaciones Técnicas, Subdirección Clínico - Quirúrgica y este despacho.

Con sentimientos de distinguida consideración.

Atentamente,

*Documento firmado electrónicamente*

Med. Gladys Eugenia Quispeo Villamarín  
DIRECTOR/A ASISTENCIAL - HGDC

Referencias:  
- MSP-CZ9-HGDC-DA-SECQ-2018-3468-M

Ancos:  
- matriz\_pertinencia\_interconsultas.xls

Copia:  
Sra. Med. Alba Guayana Figueroa Cabezas  
Médico Especialista en Ginecología 1 - HGDC  
  
Sra. Med. Alexandra Maritza Escalera Castillo  
Médico/a Especialista en Cardiología 1 - HGDC  
  
Sr. Med. Alpha Fabra Diezhuar  
Médico/a Especialista en Cardiología 1 - HGDC  
  
Sra. Med. Ana Margarita Barreno Layola  
Médico/a Especialista en Pediatría 1 - HGDC  
  
Sra. Esp. Andrea Isabel Herrera Quimbayo

- Encuesta realizada en el área de consulta externa del HGDC

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA  
INSTITUTO DE SALUD PÚBLICA**

**ENCUESTA**

**Objetivo:** Validar el conocimiento de los profesionales de consulta externa del HGDC, de la restricción realizada en el sistema MD-SOS, para la generación de interconsultas que no tengan pertinencia entre sí.

**Área:** \_\_\_\_\_

**Acerca del bloqueo en el sistema MD-SOS para interconsultas que no tengan pertinencia:**

Conoce usted acerca del bloqueo en el sistema para interconsultas no pertinentes para su especialidad?

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

- Objetivo del bloqueo
- Explicación del Flujo

Considera que el mecanismo para generar interconsultas pertinentes funciona?

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

Está de acuerdo con el bloqueo?

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

---

---

Con qué especialidades ha presentado más problemas?

- Registro de encuesta y socialización de flujo de interconsultas posterior al bloqueo

**Tema: Flujo de generación de interconsultas – restricción de acceso informático**

**Registro de socialización de flujo y elaboración de encuesta**

Nombre	Especialidad	Firma
Dr. Yant Contreras	Neumología	Dr. Yant P. Contreras P. ESPECIALISTA EN NEUMOLOGÍA REG. MSP No. 163820
Dr. Robert Davila	Genética	Dr. Robert Andrés Davila Sanchez Esp. Primer Grado Genética Clínica C.I. 1716586301
DR DIUBATE ALPHA BABA	Cardiología.	Dr. Diubate Alpha Baba ESPECIALISTA EN CARDIOLOGÍA R.P. 492X123775 C.C. 1758760738
Dababala Ramos Ron	Neurología	
Dr Luis Jomo	Neurología	
DISCO MZ	Psicología	
Genoveva Torres	Psiquiatría	Dra. Genoveva Torres Médico Psiquiatra Folio 233 No. 692 MSP Libro 11 Folio 230 Nu. 044
Isolina Muñoz	Psicorehabilitadora	Dra. Isolina Muñoz B PSICÓLOGA INFANTIL Y PSICOREHABILITADORA 1005 08-809267 HOSPITAL GENERAL DOCENTE DE CAJADERON
Andes Pismo	Psicología Clínica	Psicóloga Práctica López PSICÓLOGA CLÍNICA Folio 5 Folio 38 N° 117
MIRELLA SANCHEZ	PSICÓLOGA CLÍNICA	Dra. Mirella Sanchez Psicóloga Clínica Caj. MSP. 11 104 N 318
Francoisco Cabras	Med. Psq.	
JANIEL CARASUAS-D.	Psicología Clínica	
Sid Mohamed	CMF	