PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

SEDE MANABÍ

FACULTAD DE MEDICINA

POSGRADO DE MEDICINA FAMILIAR

APORTES DE LA MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA AL MEJORAMIENTO DEL SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA EN EL CENTRO DE SALUD LOS ÁNGELES DE COLÓN DURANTE EL PERÍODO 2017– 2019

DISERTACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

DELGADO GUADAMUD GIANELLA ELIZABETH

VÉLEZ MACÍAS BLANCA GISELLA

Director: Dr. JOSÉ HUMBERTO SOLA VILLENA

MANABÍ, 2021

DEDICATORIA

Dedico el presente trabajo en primer lugar a Dios, pues es el artífice de toda mi vida. A mi amado hijo Carlos Virgilio por todos esos momentos que le pertenecen y están pendientes. A mi esposo Rubén Dueñas por su apoyo incondicional en todo momento

A mis padres Lincoln y Ana, fueron la base de lo que ahora soy, a mis hermanas y amigos.

Gianella Elizabeth Delgado Guadamud

DEDICATORIA

El presente trabajo investigativo está dedicado en primera instancia a Dios por darme cuerpo y alma para continuar viviendo, a mis hijos Bianca y Emmanuel por ser aquella fuerza incondicional que me impulsa a continuar luchando en este camino llamado vida, a mis padres Blanca y José por estar siempre, cuidarme, y poder ser más de lo que pensé, con una familia llena de valores junto a mis hermanos a quienes también dedico mi esfuerzo, a mis seres queridos especiales que ya no están en este mundo, y a todas aquellas personas que permitieron hacer posible este logro.

Blanca Gisella Vélez Macías

TITULO

APORTES DE LA MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA AL MEJORAMIENTO DEL SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA EN EL CENTRO DE SALUD LOS ÁNGELES DE COLÓN

AGRADECIMIENTOS

Al culminar el presente proyecto de investigación, antes que nada, queremos agradecer a Dios, por ser la guía y el espíritu de nuestras vidas, en nuestros caminos de la búsqueda de conocimientos. Aprender no es fácil, damos gracias a la vida por permitirnos desafiar el mundo y lograr compartir este trabajo de muchos días de sacrificio.

Asimismo, queremos expresar todo nuestro agradecimiento a la Universidad sobre todo al Dr. José Sola por estar presente durante todo este proceso, brindar sus conocimientos.

GIANELLA y BLANCA

Tabla de contenido

RESUMEN 1
ABSTRACT 2
Capítulo I. 3
1. Introducción 3
Capítulo II 5
2. Marco teórico 5
CAPITULO III 22
3. METODOLOGÍA 22
3.1. Justificación. 22
3.2. Problema de investigación. 22
3.3. Objetivos 23
3.4. Hipótesis general 24
3.5. Diseño de estudio 24
3.6. Población y muestra 24
3.7. Instrumentos de recolección de la información. 25
3.8. Plan de análisis 26
3.9. Aspectos bioéticos 27
Capitulo IV 28
4. Resultados. 28
4.1. Plan de Análisis cuantitativo 28
4.2. Plan de Análisis cualitativo ..... **¡Error! Marcador no definido.**
4.3. Análisis de la información. 34
Capítulo V 40
5. Discusión 40
Capítulo VI 44
6. Conclusiones y recomendaciones. 44
6.1. Conclusiones 44
6.2. Recomendaciones. 47

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Categorías y subcategorías del plan de análisis 34
Tabla 2. Satisfacción del usuario a los servicios de salud.**¡Error! Marcador no definido.**
Tabla 3. Tabla de resumen 39
Tabla 4. Características sociodemográficas de la población en estudio 29
Tabla 5. Media de edad de la población en estudio. .**¡Error! Marcador no definido.**
Tabla 6. Características de la atención médica del primer nivel 30
Tabla 7. Subsistema de referencia y contrareferencia 31

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 1. Lugar de la atención medica 34
Figura 1 2. Características de la atención médica ..... **¡Error! Marcador no definido.**
Figura 1 3. Subsistema de referencia y contrarreferencia de la atención medica 36

RESUMEN

El propósito de este estudio es establecer los aportes de la Medicina Familiar y Comunitaria al mejoramiento del sistema de referencia y contrarreferencia en el Centro de Salud Los Ángeles de Colón, durante el período 2017 - 2019. En cuanto al tipo de estudio, es de enfoque cuantitativo y cualitativo. La técnica de recolección de datos fue a través de referencias elaboradas tanto por el médico general como por el médico de familia, representadas por 489 historias clínicas y 35 entrevistas dirigidas a informantes clave. Se evaluaron las características sociodemográficas de la población de estudio, las cuales reflejaron que la gran parte de los usuarios referidos fueron mujeres, y la especialidad con mayor demanda ginecología. Entre las conclusiones más relevantes se obtuvo que disminuyeron referencias innecesarias a otros niveles de atención, que la mayoría de usuarios no reconoció la medicina de familia como un estudio de cuarto nivel, pero a pesar de esto identifican los grandes cambios para la comunidad desde la llegada del médico de familia, con lo cual se sienten satisfechos, aprecian que se les dé continuidad a sus problemas de salud, que se preocupen por ellos y que se les realice visitas domiciliarias.

Palabras clave: Medicina Familiar y Comunitaria, Sistema de Referencia y Contrareferencia, médicos de familia, médicos generales, niveles de atención.

ABSTRACT

The purpose of this study is to establish the contributions of Family and Community Medicine to the improvement of the referral and counter-referral system in the Los Ángeles de Colón Health Center, during the period 2017 - 2019. Regarding the type of study, the focus is quantitative and qualitative. The data collection technique was through references prepared by both the general practitioner and the family physician, represented by 489 medical records and 35 interviews directed to key informants. The sociodemographic characteristics of the study population were evaluated, which reflected that the majority of the users referred were women, and the specialty with the highest demand for gynecology. Among the most relevant conclusions, it was obtained that unnecessary references to other levels of care decreased, that the majority of users did not recognize family medicine as a fourth-level study, but despite this they identify the great changes for the community since the arrival of the family doctor, with which they feel satisfied, they appreciate that their health problems are continued, that they care about them and that they are made home visits.

Keywords: Family and Community Medicine, Referral and Counter-referral System, family physicians, general practitioners, levels of care.

Capítulo I.

1. Introducción

A nivel mundial los sistemas de salud, comparten ciertas características, las cuales parten de la organización de procesos basados en los niveles de atención, donde los puntos claves se originan de la atención primaria o primer nivel de atención, cuya complejidad constituye el primer contacto del paciente con los sistemas de salud (Macinko, Montenegro, Adel, & Etienne, 2017)**.**

En este punto se aprecia como la Atención Primaria juega un papel clave para las estrategias de Salud Pública en el mejoramiento de las coberturas, rápido acceso a los servicios de salud y alcanzar el mayor contacto con la población. El proceso de la referencia y contrareferencia se representa físicamente como un documento manejado por la consulta externa para poner en interacción los diferentes niveles de la atención, favoreciendo el desempeño de las distintas disciplinas médicas (Ledesma & Flores Martínez, 2008).

Es así, como en este estudio se analizó la importancia de los médicos de familia en la provincia de Manabí, ya que aportaron hacia un fortalecimiento fundamentado en evidencia expuesta para las presentes y futuras atenciones, guiados con un modelo de atención primaria, en el país este modelo se conoce como modelo de atención integral de salud familiar Comunitario e Intercultural. Hoy en día esta provincia cuenta desde hace poco tiempo con la formación y atención en la comunidad de este tipo de profesionales (Plan Nacional del Buen Vivir , 2017).

En cuanto al orden a seguir en base a los niveles de atención y el proceso del sistema de referencias vinculado a este, se analizaron los criterios empleados en estos espacios, visualizando las fortalezas y las mejoras, con lo cual se llevó a cabo el objetivo de determinar los aportes de la medicina familiar y comunitaria al mejoramiento del régimen de referencia y

contrareferencia en el centro de Salud Los Ángeles de Colón, constituyó un proceso fluido y acertado con la finalidad de mejoras en la atención del paciente y disposición de los recursos.

Por lo tanto, el presente proyecto de titulación se desarrolló en las siguientes fases.

Capítulo I: Introducción del tema de investigación, importancia y problemática.

Capítulo II: Presentación de los aspectos teóricos.

Capítulo III: Exposición de la metodología utilizada.

Capítulo IV: Caracterización del lugar de estudio.

Capítulo V: Análisis etnográfico de acuerdo a los objetivos específicos.

Capítulo VI: Discusión.

Capítulo VII: Conclusiones.

Capítulo VIII: Recomendaciones.

Capítulo II

2. Marco teórico

Antecedentes

En la revisión de literaturas de estos procesos a nivel nacional, se contempla una problemática que acompaña a la falta de seguimiento en su aplicación, desconocimiento en su funcionamiento y políticas de salud que han permitido el libre acceso indiscriminado a todos los sistemas de salud, creando así ambientes poco favorables para su desarrollo. A pesar que, tanto en Ecuador, se ha implementado este método con la finalidad de lograr una adecuada interacción entre los niveles de salud, para que así el paciente logre ser valorado según el nivel que necesite.

Ante estas problemáticas de salud, sin importar las características de cada país se observa la importancia de que existan profesionales capacitados y formados en una atención integral, como la que ofrecen los médicos de familia. Por lo tanto, el propósito en esta investigación concierne a la contribución del profesional en la Atención Primaria en el mejoramiento de este sistema. Por lo que es importante entender que los médicos de familia forman parte de una red, donde su intervención desarrollará un rol para lograr mejoras, y su compromiso es con la persona.

Aspectos que condujeron en gran medida con las estrategias de medicinas prioritarias en las familias, logrando resolver la problemática de la salud en terminos porcentuales entre el 80 y 90%, creando compromisos de carácter permanente con el paciente, se generó una perspectiva biopsicosocial, en atención dirigida a la persona, de forma permanente en el tiempo, representando a pacientes, la familia y su entorno comunitario en estas necesidades de salud. (Collado, 2013).

Por lo que la calidad de la atención brindada logrará una mejor atención sin demoras, así como un mejoramiento en los sistemas de salud en lo que respecta al de los subsistemas de referencia y contrareferencia. Además, las perspectivas del médico familiar, como gestor de recursos de su comunidad, disponer con referencias médicas acopladas a criterios de calidad constituye un aspecto administrativo dirigido a mejorar la estructura organizacional, por lo tanto, existirá un ahorro en los valores de operación con beneficios adicionales incorporados (Ramírez & Guzmán, 2012).

Bases teóricas.

Históricamente, medicina interna y la medicina familiar se desarrolló a partir de orígenes muy diferentes. Según lo expresa Bernard Claude. su aplicación en base Al conocimiento científico, se socializó a finales del siglo XIX. Este enfoque científico de la medicina fue único en ese momento, aplicándose de manera preferencial en el adulto mayor, Con el crecimiento y desarrollo de la pediatría como una especialidad separada dedicada al cuidado de los niños a principios del siglo XX, la medicina interna continuó su enfoque principal en los pacientes adultos (Bernard, 2019).

En este contexto, existen diferencias fundamentales en el enfoque, la formación y las actividades de atención al paciente como especialidad de medicina familiar frente a la medina general. Un médico de familia es un pediatra e internista combinados en una sola especialidad y se ocupa tanto de niños como de adultos. La medicina familiar se enfoca en tratar a pacientes de todas las edades, tanto niños como adultos.

La especialidad de medicina familiar surgió del movimiento de profesionales en medicina general, por los años 1960, en respuesta a la urgencia de atención de necesitados por diversas causas o patologías que requerían de la relación médico-paciente. Conceptualmente,

esta nueva especialización en medicina integra a la comunidad para ser asistida de manera preferente. (Warner, 2017).

En consecuencia, los médicos de familia están capacitados para intervenir de manera especial al núcleo familiar, entre ellos los adultos mayores con su diversidad de enfermedades por lo que se superponen con la población de pacientes en la que se centran los internistas.

Según un estudio realizado por (Marsh, 2018), "*una estimación general es que una práctica de medicina familiar típica podría tener entre un 10% y un 15% de niños, lo que significa que entre el 85% y el 90% de los pacientes serán adultos, la misma población atendida por los internistas".* Además, un número creciente de médicos de familia no incluye obstetricia, neonatología o cirugía significativa como parte de sus prácticas, lo que hace que la atención brindada a los adultos parezca similar a la brindada por los internistas. Sin embargo, son factores que determinan diferencias entre medicina interna y medicina familiar.

Sin embargo, con relación a lo descrito existen diferencias significativas en la formación y el enfoque clínico del médico general y médicos de familia. Aunque la duración de la formación básica para ambos es de tres y máximo cinco años, la medicina general se centra solo en los adultos en su mayor parte.

La especialización en medicina familiar, normalmente tiene su formación para pacientes eventuales con urgencias médicas, en donde el residente trabaja para su formación especializada en atención prioritaria de la familia. Se requiere que los aprendices brinden atención aguda crónica y de bienestar a un conjunto de necesitados en atenciones médicas.

La formación del médico familiar, está sustentada en un proceso disciplinario en donde aplica estrategias y destrezas para enfrentar las diversas necesidades del paciente, lo que se diferencia de la medicina general se caracteriza por llegar a un criterio generalizado de la patología que el paciente describe.(Costa, 2018).

"*La naturaleza de la medicina general permite desarrollar experiencia en el diagnóstico de la amplia variedad de enfermedades que comúnmente afectan a los adultos y en el manejo de situaciones médicas complejas en las que múltiples afecciones pueden afectar a un solo individuo*". (Pantoja, 2017).

La educación en medicina familiar es de naturaleza más amplia que la medicina interna, ya que implica la formación en el cuidado de los niños, los procedimientos y servicios que a menudo brindan otras especialidades (Pantoja, 2017).

Según lo analizado en la educación, preparación de los médicos de familia para tratar diversidad de atenciones de salud, es un amplio conjunto de habilidades puede ser exclusivo y valioso en comunidades donde ciertos especialistas están preparados para la asistencia al necesitado de la atención del profesional de la salud.

El profesional en medicina familiar, trata la prevención y afectaciones del grupo de personas que integran una familia, otorgando los consejos de mejoramiento del ambiente y modo de vivir, de manera individual y colectiva, (Graham & Roberts, 2019).

Los Facultativos en medicina familiar se capacitan para otorgar atención de prevención y emergencia, en este ultimo caso promover la derivación del asistido a especialista según la necesidad del paciente, demostrando sus habilidades y destrezas en atención al paciente de manera especial al adulto mayor.

"Los médicos familiares por lo general mantienen la atención de sus pacientes a través del tiempo, dando de esta manera no solo seguimiento a un paciente determinado, sino también al resto de la familia de generación en generación.

Para poder ejercer la especialidad de medicina familiar, será necesario que estos profesionales realicen un periodo de residencia médica, de por lo menos tres años luego de concluir la carrera de medicina. Es así que, la medicina familiar incluye capacitación en

medicina pediátrica, obstetricia y ginecología, medicina interna, medicina de emergencia, cirugía, psiquiatría, radiología, oftalmología, urología y más" (Richardson, 2019).

En este sentido, son profesionales capacitados para dar atención a todos los grupos etarios y sus patologías más comunes. Además, por medio de programas de becas, estos profesionales podrán complementar su formación con disciplinas como la medicina del deporte, obstétrica, cuidados paliativos.

Definitivamente, los médicos familiares ofrecen atención a personas de todas las edades. Estos generalistas tratan afecciones crónicas, evalúan los síntomas, ofrecen atención preventiva e informan a las personas cuando necesitan ver a un especialista (Padilla & Vindas, 2019).

Se indica que son médicos de práctica familiar que a menudo trabajan en consultorios privados o con un grupo de otros médicos de práctica familiar. También trabajan para clínicas de medicina comunitaria y en entornos hospitalarios. Muchos médicos de familia dedican atención a poblaciones abandonadas en áreas donde los recursos comunitarios son limitados y altos niveles de analfabetismo y pobreza.

Tareas del médico de familia

Según lo indicado por Novás & Machado, (2019), los médicos familiares que trabajan en entornos de salud comunitarios brindan una amplia gama de servicios de atención. Entre otras cosas, ofrecen:

- Chequeos de rutina, incluidas visitas de rutina para bebés y niños
- Estimaciones de riesgos para la salud
- Vacunas
- Pruebas de cribado
- Asesoramiento sobre condiciones de vida saludable
- Tratamiento de enfermedades crónicas comunes

Los médicos familiares también pueden especializarse en áreas que incluyen medicina deportiva, atención de emergencia y urgencia y salud pública. Brindan servicios generales y se coordinan con los especialistas según sea necesario. Además, pueden tratar y controlar diversas enfermedades y afecciones crónicas, que incluyen diabetes, presión arterial alta, enfermedad renal, enfermedad cardíaca, colesterol alto, artritis, problemas de la piel y problemas respiratorios causados por afecciones como el asma y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (Whinney, 2019).

En cuanto a las diferencias entre las funciones, los médicos de familia tienden a centrarse en la medicina preventiva en un entorno ambulatorio. Otra diferencia entre estas dos especialidades es el enfoque de la medicina familiar y comunitaria en evitar problemas de salud en el futuro, lo que puede implicar o no la colaboración con otros médicos. Ciertos médicos familiares son más rápidos en derivar a los pacientes a especialistas si es necesario, mientras que a algunos les gusta hacer todo lo que pueden por sí mismos.

Características de la medicina familiar

La medicina familiar y comunitaria se desarrolla, investiga y enseña continuamente como una entidad integradora. Si bien la práctica familiar sigue la tradición de la práctica general, tiene grandes diferencias con la práctica general. Las residencias de práctica familiar se desarrollaron en respuesta a una necesidad percibida por el público, la profesión médica y el gobierno de generalistas bien capacitados (Quilindo, 2019).

De acuerdo a lo descrito, además de recibir una amplia formación hospitalaria, los médicos familiares reciben una amplia formación en medicina ambulatoria integral y continua para personas de todas las edades. Como especialidad, la práctica familiar tiene requisitos estrictos para la educación médica continua, la certificación de la junta y la recertificación de la junta cada siete años.

La práctica familiar fue la primera práctica que requirió recertificación. También pueden recetar reposiciones de medicamentos para tratar afecciones crónicas, a menudo en coordinación con especialistas (Almeida & Schramm, 2018).

Se evidencia teóricamente que la formación necesaria para ejercer la medicina familiar y la medicina interna tienen una gran diferencia, ya que después de completar la carrera de medicina, los aspirantes a médicos en ambos campos comienzan la residencia. Sin embargo, los médicos familiares están preparados para manejar clínicamente un espectro completo de problemas médicos para usuarios en los diferentes grupos de edades.

Alcance de la medicina familiar y comunitaria.

> *"Como lo indica Sousa, (2019), el alcance de la medicina familiar cubre un amplio espectro. En un extremo están los médicos de familia que pueden ser la única fuente local de atención médica para su comunidad. Además de mantener una práctica en el consultorio, realizan cirugías, atienden a los enfermos graves en las unidades de cuidados intensivos de los hospitales, manejan casos de traumatismos graves, estabilizan a los pacientes para el transporte si es necesario, atienden a un hospital y reciben partos, incluida la realización de cesáreas."*

Los médicos de familia con este tipo de práctica son habituales en las zonas rurales. En el otro extremo del espectro se encuentran los médicos familiares que limitan su atención a la práctica en el consultorio y coordinan la atención integral de sus pacientes en un grupo de múltiples especialidades. La medicina familiar ofrece una amplia gama de servicios de atención médica en afecciones en todas sus etapas evolutivas, así como la prevención de las mismas.

Lo que incluye valoraciones médicas de rutina, identificación de riesgos para la salud, vacunación y estudios complementarios, educación individualizada según el paciente, para lograr hábitos de vida saludable. (Sintes, 2017).

Los médicos de medicina interna también están bien versados en observar cómo los problemas en un área de su cuerpo pueden afectar otras áreas. Por esta razón, son excelentes para ayudar a quienes padecen una o más enfermedades crónicas. Los médicos familiares son especialistas que, paradójicamente, se especializan en ser comprensivos (Reese, 2019).

Se afirma que, los médicos de familia también manejan las enfermedades crónicas, a menudo coordinando la atención brindada por otros subespecialistas. Muchos médicos familiares estadounidenses realizan partos y brindan atención prenatal. Esta especialidad, les permite diagnosticar enfermedades que comúnmente afectan a personas mayores y manejar casos complicados donde múltiples afecciones afectan a un solo paciente.

SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

> *Según la normativa del MSP (2014), "Subsistema de referencia, derivación, contrareferencia, referencia inversa y transferencia: es el conjunto ordenado de procesos asistenciales y administrativos, que contribuye a garantizar la continuidad de la atención de salud, con oportunidad, eficacia y eficiencia, enviando al usuario desde la comunidad o del establecimiento de salud de menor al mayor nivel de atención y/o complejidad y viceversa; así como enviar usuarios que requieren atención adicional, de apoyo diagnóstico, como es el caso de la derivación entre los actores que integran el SNS".*

Definiciones según normativa vigente de Ministerio de Salud Pública (2014).

Referencia. "*es el procedimiento por el cual los usuarios por medio de los prestadores de salud son enviados de un establecimiento de salud de menor a mayor complejidad o al mismo nivel de atención, cuando la capacidad instalada no permite resolver el problema de salud. La referencia se realiza entre establecimientos de salud de una misma entidad del sistema utilizando el formulario 053".*

Referencia cumplida." *se la define cuando el necesitado fue asistido por medio de consulta externa por su urgencia de atención, siendo referente para ser patentado en los sistemas estadísticos respectivos".*

Referencia no cumplida. "*es aquella en que el usuario referido no asistió al servicio de admisión, consulta externa o de emergencia del establecimiento de salud de la misma entidad o no fue registrado en un sistema informático o manual".*

Referencia cumplida efectiva. "*es aquella en que el usuario referido asistió al servicio de admisión, consulta externa o de emergencia del establecimiento de salud de la misma entidad al que fue referido y fue atendido por el profesional de salud".*

Referencia cumplida no efectiva. "*es aquella en que el usuario referido asistió al servicio de admisión, consulta externa o de emergencia del establecimiento de salud de la misma entidad al que fue referido y no fue atendido por el profesional de salud".*

Referencia bien llenada. "*Permite establecer los registros determinados en el formulario #53, para futuras intervenciones".*

Referencia mal llenada. "se *identifica por el mal proceso de registros de datos del asistido, no permite en el futuro una evolución según lo registro en el formulario #53.".*

Referencia justificada (pertinente). *"permite una uniformidad de información establecida según los protocolos de registro de salud"*

Referencia injustificada (no pertinente). "*es cuando una referencia no ha sido realizada conforme a las normas de atención, guías de práctica clínica, protocolos y otras normativas emitidas por la Autoridad Sanitaria y tiene una evaluación negativa del especialista".*

Derivación. "*es el procedimiento por el cual los prestadores de salud envían a los usuarios de cualquier nivel de atención a un prestador externo público (Red Pública Integral de Salud) o privado (Complementario) del mismo o mayor nivel de atención y/o de*

complejidad, cuando la capacidad instalada del establecimiento o de la entidad a la que pertenece no permite resolver el problema de salud, por la que se le envía, buscando la complementariedad de los servicios previa la autorización correspondiente."

En el proceso de registro de estadística del MSP, se aplica las normativas del formulario #53,

Derivación comunitaria. Los técnicos de atención integral en salud, **(TAPS),** al evaluar un paciente, determinan su necesidad de ser transferido, desde una unidad de salud comunitaria, a otra unidad de mayor jerarquía en atenciones especializadas, para evitar el riesgo de perder la vida en estas condiciones no se registra en el formulario #53.

Derivación cumplida. Es cuando el usuario derivado asistió al servicio de admisión, consulta externa o de emergencia de los establecimientos de la Red Pública Integral de Salud (RIPS) o privada (Complementaria) al que fue derivado y es registrado en un sistema o aplicativo.

Derivación no cumplida. Es cuando el usuario derivado no asistió al servicio de admisión, consulta externa o de emergencia del establecimiento al que fue derivado o no fue registrado en un sistema o aplicativo.

Derivación cumplida efectiva. Es cuando el usuario derivado asistió al servicio de admisión, consulta externa o de emergencia del establecimiento de salud al que fue derivado y fue atendido por el profesional de salud.

Derivación cumplida no efectiva. Se produce cuando el usuario derivado asistió al servicio de admisión, consulta externa o de emergencia del establecimiento de salud al que fue derivado y no fue atendido por el profesional de salud.

Derivación bien llenada. Es cuando la sección de derivación del formulario No. 053 tiene todos los datos completos y con letra legible.

Derivación mal llenada. Es cuando la sección de derivación del formulario No. 053 no tiene todos los datos completos o se encuentra con letra ilegible.

Derivación justificada (pertinente). Es cuando una derivación ha sido realizada conforme a las normas de atención, guías de práctica clínica, protocolos y otras normativas, emitidas por la Autoridad Sanitaria y tiene una evaluación positiva del especialista.

Derivación injustificada (no pertinente). Se produce cuando una derivación no ha sido realizada conforme a las normas de atención, guías de práctica clínica, protocolos y otras normativas emitidas por la Autoridad Sanitaria y tiene una evaluación negativa del especialista.

Contrarreferencia: se establece por la urgencia de retorno del paciente para recibir una mayor atención por su necesidad de salud.

Contrarreferencia cumplida. Esta identificada por la atención que se brindó al usuario en un establecimiento comunitario el mismo que realizo el referido médico.

Contrarreferencia no cumplida. Se establece cuando el usuario no asiste a ser atendido por sus necesidades o urgencias médicas.

Contrarreferencia cumplida efectiva. Se fundamenta por el cumplimiento de las disposiciones del profesional de salud que permite cumplir con las necesidades de mejoramiento del paciente.

Contrarreferencia cumplida no efectiva. Se establece cuando el medico obvia el plan de tratamiento recomendado por un especialista perjudicando al referido.

Contrarreferencia oportuna. Se fundamenta su acción, cuando una unidad de salud recibe el formulario #53, dentro de los siete días de la atención del especialista, no afectando al usuario en su tratamiento.

Contrarreferencia no oportuna. Se fundamenta su acción, cuando una unidad de salud recibe el formulario #53, dentro de los siete días posteriores de la atención del especialista, afectando directamente al usuario en su tratamiento.

Contrarreferencia bien llenada. Está fundamentada al conocimiento del profesional de la salud, en el llenado del formulario #53, con todas las incidencias de atención del usuario.

Contrarreferencia mal llenada. Dentro de esta fundamentación se observan incoherencias de registros de datos en el formulario #53.

Contrarreferencia justificada. Determina el criterio del médico, para resolver la urgencia del usuario

Contrarreferencia injustificada. Se sustenta su característica por no tomar en cuenta las resoluciones de la unidad de salud de destino, por no ameritar la atención en dicha casa de salud.

Este sistema va a permitir que los pacientes sean atendidos con continuidad por el médico familiar y por un especialista, además de que los pacientes logren obtener un tratamiento efectivo y oportuno (Huaco Salas, 2019). Los pacientes son referidos cuando existen los insumos y el personal médico disponible, de esta manera se puede ofrecer una atención integral y se evita dificultades como la interrupción de los tratamientos o el traslado de un paciente a diferentes unidades (Álvarez et al., 2004).

Existen dos niveles que los pacientes debe atravesar cuando se encuentra en un sistema de referencia contrarreferencia; el primer nivel es la base, ya que es el primer acercamiento que tiene el paciente con el sistema se salud pública, en el cual se encuentran profesionales capacitados para resolver el 80% de las necesidades de atención básica de una persona y su familia dentro de una comunidad (Calvo Rojas et al., 2018). Luego se encuentra el segundo nivel de atención médica en el cual el paciente va a ser remitido a una atención de medicina interna, es decir, más especializada, para el tratamiento específico de la enfermedad (Vignolo et al., 2011).

Para la aplicación del sistema de derivación, en aplicación de las referencias y contrarefencia, intervienen dos unidades de salud de diferentes niveles, como se demuestra en el gráfico #1, mientras sea justificado por la capacidad resolutiva.

Los axiomas científicos, definen que los programas dentro de la salud, deben ser claros y precisos, tiene que reflejar la seguridad del triaje del usuario. (Plan Nacional del Buen Vivir 2014 -2017). (ver Anexo N°7).

El concepto teórico de referencia y contrarreferencia en salud fue propuesto en 1990 por el Ministerio de Salud de Brasil por medio de la Ley 8080 - SUS. Se introdujo en una propuesta de organización que trae otro concepto: atención primaria en salud. Se entiende por atención primaria en salud la facilidad a los servicios esenciales de todas las personas y familias de una comunidad, ofrecidos en medios que puedan aceptar, mediante su plena participación, y que sean asequibles para la sociedad y el país (Vallejo & Trota, 2018).

De acuerdo a lo analizado, cabe destacar que dicho sistema consiste en unir los niveles primario, secundario y terciario en la atención en salud, en el sentido de que la referencia se obtiene desde el nivel de complejidad más bajo hasta el más alto, siendo lo contrario llamado contrareferencia. La puesta en práctica de este sistema desde la unidad básica de salud permitiría una atención más rápida, evitando acciones repetidas en diferentes niveles de servicio.

El sistema de referencia y contrarreferencia debe generar el intercambio de información relacionada con las acciones realizadas por la unidad básica de salud, los laboratorios y las maternidades. Solo mediante la realización de acciones conjuntas dicha actividad tendrá resultados positivos surgiendo las intervenciones necesarias (Figueiredo & Vianna, 2019).

Es importante recordar que estas mujeres siempre buscarán ayuda en el centro de atención primaria cercano a sus hogares, donde han iniciado su seguimiento prenatal y donde se supone que deben llevar a los niños a seguimiento pediátrico. Considerando que la atención prenatal tiene como objetivo cuidar tanto a la madre como al niño, esta actitud se agrava aún más, una vez que se revela la falta de acuerdo entre el personal de la misma unidad y, además, no existe un sistema para verificar el paradero de las pacientes (Yadav, 2017).

Como se observa en el contenido consultado, no existe una afluencia organizada que permita el contacto entre el profesional de la salud que atiende a las gestantes durante su período prenatal y los profesionales que le brindarán un seguimiento especializado durante su embarazo. Tampoco existe contacto entre el profesional que brinda la atención prenatal y el que atenderá a la madre y su recién nacido en las salas de maternidad y posparto (Hurst, 2019).

Los resultados de un adecuado sistema de referencia y contrarreferencia pueden ayudar a mantener el vínculo entre el paciente, la familia y el sistema de salud como una de las consecuencias beneficiosas. En este caso, al establecer un adecuado intercambio de información durante el seguimiento prenatal, así como la calificación del personal para atender estos casos, tendría como resultado un mejor seguimiento materno-infantil.

Para alcanzar la integralidad, trabajar en conjunto es fundamental en el transcurso de calificación profesional como forma de brindar atención de salud a nivel individual y colectivo. Sin embargo, como muestra este estudio, los procedimientos actuales consisten en prácticas fragmentadas enfocadas en la producción, lo que genera innumerables quejas y diferentes niveles de asistencia (Pacheco, 2017).

Es evidente que, el conocimiento de la Coordinación de Salud y de los profesionales de la salud sobre la dinámica de la atención prenatal es de suma importancia. Ya que, a partir del sistema de referencia y contrarreferencia debe informar a todo el personal que atenderá a las gestantes y recién nacidos sobre todas las complicaciones y las medidas preventivas y terapéuticas tomadas traerá beneficios a los clientes, así como al sistema.

Sistema y proceso de atención.

Sobre el manejo de enfermedades infecciosas de la mujer embarazada, la medicina de familia tiene como objetivo prevenir la transmisión de dichas enfermedades a los recién nacidos. Todos los trámites de la asistencia de la gestante, desde su inclusión en el sistema de

salud hasta el registro del resultado de este embarazo en la historia clínica, deben ser conocidos por el equipo de salud (Abril & Cuba, 2018).

La derivación puede entenderse como el envío de un paciente desde la atención primaria a un servicio más complejo, cuando se necesita una valoración médica más especializada. La contrarreferencia ocurre cuando el paciente es referido nuevamente al nivel de atención primaria, en unidades básicas de salud (Ferreira, 2017).

Los estudios demostraron que los puntos estratégicos de salud pueden brindar una atención más efectiva e integral cuando cuentan con un sistema de derivación y contrarreferencia. Por lo tanto, para que el subsistema de derivación y contrarreferencia sea efectivo, es necesario derivar al paciente a la institución que satisfaga sus necesidades, cuente con los recursos adecuados y esté cerca de su casa, lo cual no es una tarea fácil.

La creciente demanda de atención médica, además de la escasa cantidad de recursos en muchas de las instituciones de salud de nuestro país, ha hecho que la derivación y contrarreferencia de pacientes sea un proceso administrativo importante que comienza con una derivación de una institución de menor capacidad a otra con asistencia y diagnósticos más complejos. Y, finaliza con una contrarreferencia a la institución de origen, con un diagnóstico específico, información sobre los servicios administrados e indicaciones para una mayor asistencia (Diaz, Fava, & Luliano, 2019).

Se puede concluir que cuando el servicio funciona en coordinación entre los trabajadores de los servicios primario, secundario y terciario, los procesos de derivación y contrarreferencia ocurren de manera efectiva y se garantiza el derecho a la salud del individuo. Ya que, la inadecuada información entre los trabajadores médicos del hospital a veces puede resultar en derivaciones costosas innecesarias y transferencias tardías que pueden resultar mortales.

Características del sistema de referencias y contrarreferencias

El proceso de transferencia de pacientes de sistemas de atención médica de nivel inferior a aquellos con infraestructura y recursos humanos avanzados es un elemento clave del sistema de atención médica a nivel mundial. En los países no desarrollados, esto es necesario debido a la falta de recursos tecnológicos y de infraestructura adecuados, así como de habilidades profesionales para manejar algunas condiciones de salud debilitantes (Njanwe, Marete, & Ayaya, 2018).

Las referencias de pacientes, especialmente entre varios hospitales, por parte de los proveedores de atención médica, actúa como un elevador del edificio para facilitar la gestión hacia adelante y hacia atrás de las necesidades de los clientes. Un sistema funcional de derivación de usuarios garantiza un uso óptimo de las instalaciones y el personal sanitarios al mejorar la comunicación entre todos los profesionales sanitarios implicados en el tratamiento del paciente.

Se espera que tanto los pacientes como los proveedores de atención médica se adhieran a estas pautas de derivación y garanticen una transferencia segura y adecuada de pacientes a través de los puntos de atención médica. El cumplimiento de estas pautas garantiza además que los pacientes reciban el espectro completo de la atención brindada (Caballero, 2018).

Las pautas de derivación recomiendan que los pacientes primero busquen atención médica en los puntos de atención primaria en salud, excepto en situaciones de emergencia donde se puede acceder directamente a los centros de derivación. En lo referente de una derivación de un hospital a otro, el proveedor de atención médica que lo atiende debe llamar al centro receptor con anticipación para garantizar la disponibilidad del servicio médico requerido (Spedo & Pinto, 2017).

El cumplimiento de las pautas del proceso de transferencia, especialmente entre pacientes pediátricos, requiere que el paciente sea trasladado en una ambulancia con un

suministro de oxígeno funcional, botiquín de primeros auxilios, medicamentos esenciales y una camilla de transferencia. El paciente en la ambulancia también debe estar acompañado por un proveedor de atención médica competente (Chiavagatti, 2019).

A pesar de todas estas pautas vigentes, el cumplimiento del proceso de derivación y transferencia tanto por parte de los pacientes como de los proveedores de atención médica ha sido un desafío en muchos hospitales de derivación nacionales. Esto ha sido ejemplificado por largas colas de pacientes con afecciones médicas que podrían manejarse fácilmente en instalaciones de atención primaria en salud.

En este caso, cabe destacar que es necesario reducir la proporción de autor emisiones a los hospitales de referencia nacionales mediante una mejora específica en la adherencia a las directrices nacionales de derivación a la asistencia sanitaria. Se debe alentar a la totalidad de los niños que buscan atención en el hospital nacional de derivación a que visiten los puntos de atención médica de nivel primario y secundario para reducir el autor remisiones (Serra, 2017).

En conclusión, a este apartado, se debe alentar a las entidades de salud remitentes a que cumplan totalmente con los procesos de transferencia recomendados. También se deben realizar más estudios cualitativos que determinen las razones del autor remisiones y la falta de adherencia a las pautas de transferencia. Dado que un sistema de derivación es bidireccional, es decir, los pacientes y las afecciones derivadas del centro de atención primaria en salud junto con formulario especial completado y de conformidad con ciertas reglas e instrucciones deben recibirse en el nivel de derivación de manera adecuada.

CAPITULO III

3. METODOLOGÍA

3.1. Justificación.

Este estudio fue parte de un proyecto mayor titulado: "Aportes al Sistema de Atención en Salud de los médicos de familia formados en la PUCE e insertos en el sistema sanitario desde el año 2017". Esta propuesta centró su atención en valorar el aporte de la Medicina Familiar y Comunitaria al mejoramiento del Centro de Salud "Los Ángeles de Colon" desde el 2016, año desde el que se contó con un médico de esta especialidad.

Y el interés surgió por las competencias que tiene este médico, al ser un generalista que acompaña al ser humano desde antes de la concepción hasta la etapa de la vejez, estando en la capacidad de diagnosticar la mayoría de problemas de salud y brindar tratamiento oportuno a fin de evitar complicaciones, así como referir o derivar cuando el caso lo amerite a la luz del conocimiento científico.

El informe técnico de la unidad del primer nivel de atención, es una necesidad en los sistemas de salud, porque repercute en el funcionamiento de los otros niveles y en las áreas de urgencias, por ello es importante la contribución del médico en el primer informe de atención, pues se supone que evita el colapso del sistema de referencia y contrareferencia lo que conlleva a retrasos de atención por otras especialidades por la saturación de referencias, en muchas ocasiones innecesarias, complicación del problema de salud del paciente por el tiempo de espera, entre otros (Vallejo J. G., Perfil profesional del Medico de Familia, 2016).

3.2. Problema de investigación.

Una de las características del médico familiar es la responsabilidad, ya que adquiere un compromiso con el paciente al brindarle una atención integral desde la perspectiva y una atención fundamentada en la globalidad, la integración, la continuidad y sin apartar el vínculo

familiar y comunitario. Esto implica que el paciente aun cuando sea referido para evaluación y tratamiento por otra especialidad, siempre va a regresar al médico familiar, porque es éste el encargado de darle seguimiento y continuidad. Los argumentos o criterio del paciente estimulan la dinámica de control de la salud dentro de la familia (Normas de Referencia, 2013).

El peso de lo expresado justificó esta necesidad de caracterizar la contribución de la medicina familiar, particularmente Manabí centrando la asistencia es su contribución al mejoramiento del proceso de salud, único propósito de garantizar el bienestar no solo del paciente sino de su familia y la comunidad.

3.2.1. Pregunta de investigación

¿Cuáles son los aportes de la Medicina Familiar y Comunitaria al mejoramiento del sistema de referencia y contrareferencia en el Centro de Salud de Los Ángeles de Colón, durante el período 2017-2019?

3.3. Objetivos

3.3.1. Objetivo General

Caracterizar los aportes de la Medicina Familiar y Comunitaria al mejoramiento del sistema de referencia y contrareferencia en el Centro de Salud de Los Ángeles de Colón, durante el período 2017 – 2019.

3.3.2. Objetivos Específicos

- Caracterizar socio demográficamente a la población sujeta a estudio.
- Establecer la frecuencia de pacientes atendidos, referidos y derivados del Centro de Salud los Ángeles de Colón.
- Establecer las similitudes y diferencias entre la atención de los profesionales médicos, la referencia y derivación de los pacientes según la especialidad.

- Determinar los aportes de la medicina familiar y comunitaria, en el sistema de referencia y contrarreferencia para el fortalecimiento de la continuidad.
- Determinar el grado de satisfacción de la población en estudio.

3.4. Hipótesis general

La Medicina Familiar y Comunitaria aporta con el mejoramiento del sistema de información en el Centro de Salud Los Ángeles de Colón, que se ha incrementado progresivamente durante el período 2017– 2019.

3.5. Diseño de estudio

Tipo de estudio: El tipo de estudio fue mixto, basado en dos métodos, cuantitativo y cualitativo, por lo que se instauraron comparaciones. Diseño descriptivo.

3.6. Población y muestra

En este contexto se tomaron en cuenta, parte de las referencias y contrarreferencias realizadas de pacientes del Centro de Salud Los Ángeles de Colón. Para la parte cuantitativa se utilizó toda la información disponible de casos de referencia y contrarreferencia de la unidad de salud entre el 2017 hasta el 2019.

Para el componente cualitativo, en base a la información cuantitativa, se escogieron 35 pacientes, representando la muestra. A estas personas escogidas a conveniencia se les denominó técnicamente informantes clave, por representar social y culturalmente a la población en estudio.

3.6.1. Criterios de inclusión.

Los criterios de inclusión fueron los siguientes:

- La atención brindada por los médicos del Centro de Salud y las referencias y contrareferencia realizadas durante el periodo 2017-2019.

- En el caso de los usuarios entrevistados aquellos contaron con un historial de referencia y contrarreferencia, debidamente informados, aceptando firmar el consentimiento informado, así como el protocolo de bioseguridad.

3.6.2. Criterios de exclusión.

Los criterios de exclusión fueron los siguientes:

- Formatos recibidos fuera de las fechas establecidas y documentos sin claridad de la información requerida.
- En lo que concierne a las entrevistas, personas sin deseo de participar o condiciones que no les permitió la misma y aquellas que no aceptaron el protocolo de bioseguridad.

3.7. Instrumentos de recolección de la información.

3.7.1. Procedimientos de recolección de la información del componente cuantitativo.

- Recolección de información a partir de la base de datos EXEL del área administrativa del Centro de Salud Los Ángeles periodo 2017-2019.
- Utilización de matriz de datos para la tabulación de la información mediante la revisión de las variables sobre las características de la atención del médico del primer nivel y los formatos de referencia y contrarreferencia.

3.7.2. Procedimientos de recolección de la información del componente cualitativo:

- Entrevistas y consentimiento informado (Anexo 2) dirigida a informantes claves del sitio Los Ángeles de Colón, para evaluar los aportes de la Medicina Familiar y Comunitaria en el Centro de Salud de esta localidad, con el respectivo protocolo de bioseguridad por COVID 19. (Anexo 3).
- Análisis de datos y la propuesta de intervención.
- Presentación de los análisis de los resultados.

3.8. Plan de análisis

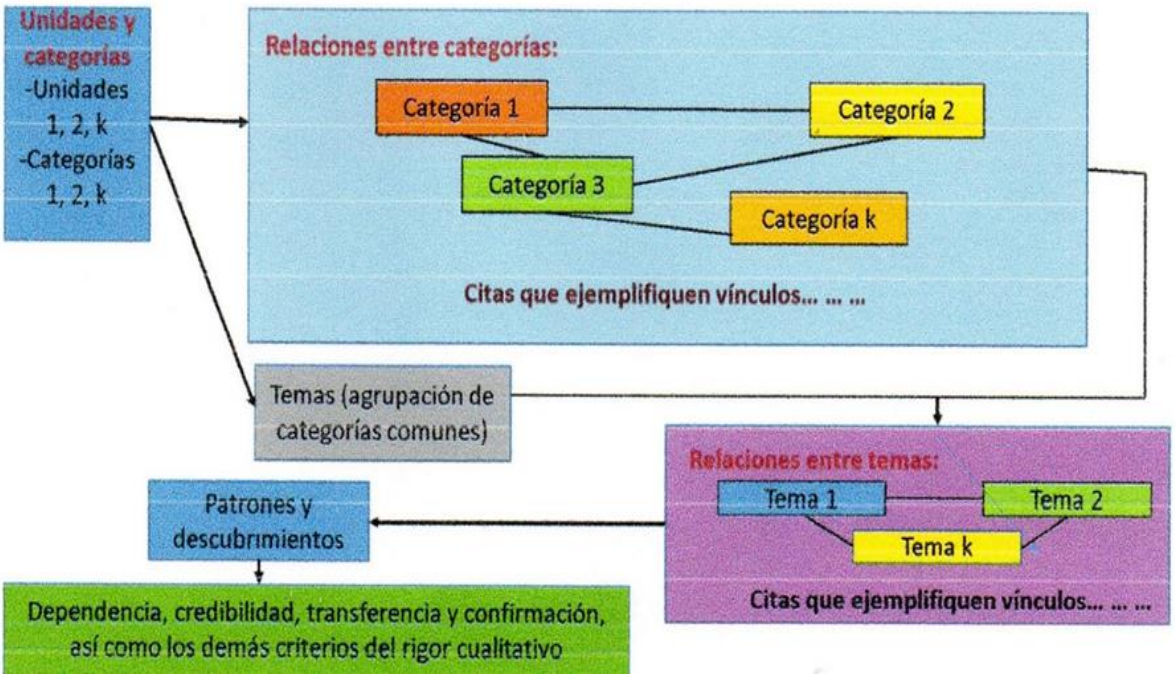
En la parte cuantitativa:

- Se elaboró de base de datos en Excel y se midió por medio del programa Epi Info obteniéndose medidas de estadística descriptiva, según tipo de variable, posteriormente se plasmaron los resultados en tablas de documentos Word y PowerPoint para su representación. Además, se realizó cruce de variables para establecer algunas asociaciones a manera de nuevas hipótesis.

En la parte cualitativa:

- La información que arrojó las entrevistas se analizó, desde la perspectiva semiótica, el análisis de mensajes de los textos obtenidos siguiendo la técnica propuesta por Daniel Prieto Castillo, caracterizando las estructuras e ideología de esas respuestas, que considera la estructura del discurso mediante el análisis de los mensajes por medio de la determinación de las ideas núcleo, el modo de alocución y el vínculo con las maneras ideológicas de expresar los mensajes, a saber: (a) uniacentualidad significativa, (b) las consignas de interpretación, (c) la apelación a experiencias decisivas y (d) la visión polarizada de la realidad.
- Seguido de esto, instalando los datos que determinan cada categoría diseñada, para el análisis e interpretación de cada una de ellas, que proyecta la elaboración de un modelo teórico explicativo, se manejó el consiguiente orden de triangulación que enlaza los temas y categorías propias de esta investigación.

Figura 1 1. Categorías de modelo teórico explicativo del proyecto investigativo.



3.9. Aspectos bioéticos

La presente investigación no constituye un peligro biológico ni psicológico para los participantes, las actividades ejecutadas pudieron generar incomodidad. Por otra parte, se reservó la identidad de los participantes del estudio. Se mantuvo los principios de beneficencia y justicia social. Los datos recogidos se utilizaron con imperiosa confidencialidad y se usaron exclusivamente para análisis colectivo, no individual. Precedente a la ejecución de las entrevistas se indicó al participante a firmar un consentimiento informado. (Anexo 2).

El valor social de la presente investigación tuvo como finalidad, investigar sobre la participación de la Medicina en atención a la familia y su aporte en las mejoras de la salud y al bienestar de la población, reduciendo el número de referencias innecesarias a otros niveles de atención y todo lo que ello implicaría para el paciente y el sistema de salud. En todo el desarrollo del proceso de investigación y en la realización de las entrevistas de forma particular, se cumplió con el protocolo de bioseguridad (Anexo 3), para guardar debidamente la salud de todos los participantes.

Capitulo IV

4. Resultados.

4.1. Plan de Análisis cuantitativo.

Se analizó el total de referencias realizadas del Centro de Salud Los Ángeles de Colón desde el periodo 2017 a 2019. La selección de la muestra fue realizada de manera no probabilística, por conveniencia. El cálculo fue realizado de la siguiente manera: a través del nivel de confianza del 95%, valor de prevalencia conocido del número de referencias realizadas por el médico general y por el médico familiar. En el Centro Salud Los Ángeles de Colón fueron seleccionadas 489 referencias. Este estudio propuso dar seguimiento a las referencias realizadas por parte del médico general y del médico familiar.

4.1.1. Área de estudio

El presente estudio fue realizado en la ciudad de Portoviejo, capital de la provincia de Manabí, la cual cuenta con una población de 238.430 habitantes, donde sus principales actividades económicas son la agricultura, el comercio y servicios comunales. Este cantón cuenta con un sistema de alcantarillado y agua potable, el último proviene del río Portoviejo, además cuenta con servicio de energía eléctrica.

Dentro de este cantón se encuentra la parroquia urbana Colón, con varios sitios rurales como en el que se encuentra, el centro de Salud Tipo A Los Ángeles de Colón, donde se realizan atenciones a 20.564 pacientes en varias áreas ya que tiene un amplio servicio médico que engloba las consultas externas, vacunación, farmacia, medicina familiar y general, sistemas administrativos encargados de la coordinación del sistema de referencia y contrareferencia.

4.1.2. Contexto sociodemográfico

Tabla 1. *Características sociodemográficas de la población en estudio*

Características sociodemográficas			
		N	**%**
Sexo	Hombre	168	34,4
	Mujer	321	65,6
	Total	489	100,0
Ocupación	Ninguno	178	36,4
	Informal/ocasional	285	58,3
	Formal/relación de dependencia	26	5,3
	Total	489	100,0
Estado civil	Casado/Unión libre	291	59,5
	Soltero/separado/viudo	198	40,5
	Total	489	100,0
Instrucción	Ninguno/Centro de alfabetización	72	14,7
	Educación Básica	209	42,7
	Educación básica/bachillerato	194	39,7
	Superior	14	2,9
	Total	489	100,0
Nacionalidad	Ecuatoriana	485	99,2
	Venezolana	3	0,6
	Colombiana	1	0,2
	Total	489	100,0

Fuente: Base de datos de referencias del Centro de Salud Los Ángeles de Colón 2017-2019
Autores: Delgado Gianella, Vélez Blanca

Con respecto a la caracterización sociodemográfica de la población del estudio, de las 489 personas, se apreció, que la gran mayoría de usuarios referidos fueron del sexo femenino con el 65.5 %, esto fue justificado por la gran demanda a la especialidad de ginecología, establecido según la guía de control prenatal 2016 del MSP.

Con respecto a la ocupación, la gran mayoría de las personas correspondieron a trabajos informales, lo cual fue asociado a las amas de casa correspondientes a mujeres. En relación al estado civil, la mayoría de los usuarios mantuvieron una pareja o relación estable con 59.5%, teniendo en cuenta que la edad puede influir, ya que la mayoría de los usuarios referidos fueron adultos, en menos cantidad fueron referidos adolescentes y niños.

En cuanto a la instrucción, la gran mayoría pertenecieron a una instrucción educativa básica, lo que se relacionó a su ocupación, ya que en la comunidad de los Ángeles la economía

es a base de la actividad agrícola y negocios informales. Con relación a la nacionalidad el 99% de los usuarios fueron ecuatorianos, de lo que se investigó, los pocos extranjeros que habitan en la localidad son generalmente indocumentados y no cuentan con una base de datos registrada por medio de su cédula o pasaporte.

En cuanto a la edad de la población investigada, del total de los 489 usuarios, se obtuvo que la media de edad fue 34.36 años, con un percentil 25 para la edad de 19 años, percentil 50 para 31 años, y percentil 75 para 48 años. Se consideró que estas aproximaciones están en relación a los problemas de salud más comunes de acuerdo a la edad.

4.1.3. Similitudes y diferencias de la atención medica de pacientes atendidos y referidos del Centro de Salud Los Ángeles de Colón 2017-2019.

Tabla 2. *Características de la atención médica del primer nivel*

Características de la atención médica del primer nivel			
		N	**%**
Primer contacto	Médico general	281	57,5
	Médico familiar y comunitario	134	27,4
	Otros	74	15,1
	Total	489	100,0
Cupo Longitudinal	Médico General	183	37,4
	Médico familiar y comunitario	306	62,6
	Total	489	100,0
Integralidad	Médico general	26	5,3
	Médico familiar y comunitario	94	19,2
	Ambos	369	75,5
	Total	489	100,0
Médico que refiere	Médico general	375	76,7
	Médico familiar y comunitario	114	23,3
	Total	489	100,0

Fuente: Base de datos de referencias del Centro de Salud Los Ángeles de Colón 2017-2019
Autores: Delgado Gianella, Vélez Blanca.

En cuanto a las características de la atención del profesional de salud, del total de 489 usuarios referidos, el primer contacto correspondió a el médico general con el 57,5%, el médico familiar y comunitario 27,4% y otros con el 15,1%. En cuanto a cupo y longitudinalidad fue del 37,4% para el médico general y el 62,6% para el médico familiar y comunitario. Correspondiente a la integralidad fue para el médico general con el 5,3%, para el médico familiar 19,2% y para ambos el 75,5%. Con respecto al médico que refiere, en el médico general se obtuvo un 76,7% y para el médico familiar y comunitario el 23,3%.

En este caso se identificó que la referencia de pacientes ha estado a cargo del médico general en su mayor parte, debido a que el médico de familia al ser un especialista del primer nivel de atención, ofrece mayor capacidad resolutiva a los principales problemas de salud.

4.1.4. Frecuencia de los pacientes referidos a otro nivel de atención según las especialidades y el profesional médico responsable.

Tabla 3. *Subsistema de referencia y contrareferencia.* *A-1*

Subsistema de referencia y contrareferencia						
Tabla cruzada			**Médico que refiere**		**Total**	**Valor p**
			Médico general	**Médico familiar y comunitario**		
Motivo de referencia	**Limitada capacidad resolutiva**	**N**	327	104	431	0,39
		%	87,2%	91,2%	88,1%	
	Saturación de capacidad instalada	**N**	3	0	3	
		%	0,8%	0,0%	0,6%	
	Otros	**N**	45	10	55	
		%	12,0%	8,8%	11,2%	
Total		**N**	375	114	489	
		%	100,0%	100,0%	100,0%	
Especialidades.	**GINECOLOGIA**	**N**	109	30	139	0,08
		%	29,1%	26,3%	28,4%	
	IMAGENOLOGIA	**N**	48	15	63	
		%	12,8%	13,2%	12,9%	
	OTROS	**N**	25	8	33	
		%	6,7%	7,0%	6,7%	
	TERAPIA FISICA Y DEL LENGUAJE	**N**	26	6	32	
		%	6,9%	5,3%	6,5%	

continuación de A-1

Subsistema de referencia y contrareferencia					
Tabla cruzada		**Médico que refiere**		**Total**	**Valor p**
	OFTALMOLOGIA	**N**	24	14	38
		%	6,4%	12,3%	7,8%
	PEDIATRIA	**N**	24	2	26
		%	6,4%	1,8%	5,3%
	NUTRICIÓN	**N**	16	7	23
		%	4,3%	6,1%	4,7%
	PSICOLOGIA	**N**	12	5	17
		%	3,2%	4,4%	3,5%
	TRAUMATOLOGIA	**N**	16	1	17
		%	4,3%	0,9%	3,5%
	CIRUGIA GENERAL	**N**	16	0	16
		%	4,3%	0,0%	3,3%
	DERMATOLOGIA	**N**	10	4	14
		%	2,7%	3,5%	2,9%
	NEUROLOGIA	**N**	10	2	11
		%	2,7%	1,8%	2,2%
	GASTROENTEROLOGIA	**N**	7	3	10
		%	1,9%	2,6%	2,0%
	UROLOGIA	**N**	7	2	9
		%	1,9%	1,8%	1,8%
	ENDOCRINOLOGIA	**N**	6	3	9
		%	1,6%	2,6%	1,8%
	CARDIOLOGIA	**N**	5	4	9
		%	1,3%	3,5%	1,8%
	OTORRINOLARINGOLOGIA	**N**	7	1	8
		%	1,9%	0,9%	1,6%
	NEFROLOGIA	**N**	2	3	5
		%	0,5%	2,6%	1,0%
	REUMATOLOGIA	**N**	2	2	4
		%	0,5%	1,8%	0,8%
	PSIQUIATRIA	**N**	1	2	3
		%	0,3%	1,8%	0,6%
	ALERGOLOGIA	**N**	1	0	1
		%	0,3%	0,0%	0,2%
	NEUMOLOGIA	**N**	1	0	1
		%	0,3%	0,0%	0,2%
Total	**N**	375	114	489	
	%	100,0%	100,0%	100,0%	

Fuente: Base de datos de referencias del Centro de Salud Los Ángeles de Colón 2017-2019
Autores: Delgado Gianella, Vélez Blanca.

En esta tabla se evidencia el sistema de referencia y contrareferencia por especialidades, que del total de 489 usuarios el valor P representa el 0,39 para el motivo de referencia y 0,08 para la referencia por especialidades. *"Según la regla de Pearson el coeficiente de correlación puede tomar un rango de valores de +1 a -1. Un valor de 0 indica que no hay asociación entre las dos variables. Un valor mayor que 0 indica una asociación positiva. En este caso, por ser el motivo de referencia menor al 0,5% se evidencia una correlación positiva entre las variables".*

4.2.Plan de análisis cuantitativo.

Tabla 4. *Categorías y subcategorías del plan de análisis*

Categoría	**Subcategoría**	
Lugar de la atención medica	- Centro de Salud - Comunidad	- Perspectiva del paciente sobre el profesional médico
Actuaciones médicas en primer nivel	- Médico general - Médico familiar	- Historia clínica -Diagnóstico. - Tratamiento - Cumple criterios de referencia
Subsistema de referencia y contrarreferencia del primer nivel de atención médica	- Médico general - Médico familiar	- Solución a los problemas de salud - Continuidad
Satisfacción del usuario a la atención de los servicios de salud	- Médico general - Médico familiar	- Atención recibida - Información adquirida - Calidad de atención

Fuente: Base de datos de referencias del Centro de Salud Los Ángeles de Colón 2017-2019
Autores: Delgado Gianella, Vélez Blanca

4.3. Análisis de la información.

Según el sistema de referencia y contrareferencia, se escogieron 35 pacientes, siguiendo la técnica estándar de saturación de muestra. A estas personas escogidas a conveniencia se les denominó técnicamente informantes clave, por representar social y culturalmente a la población estudiada.

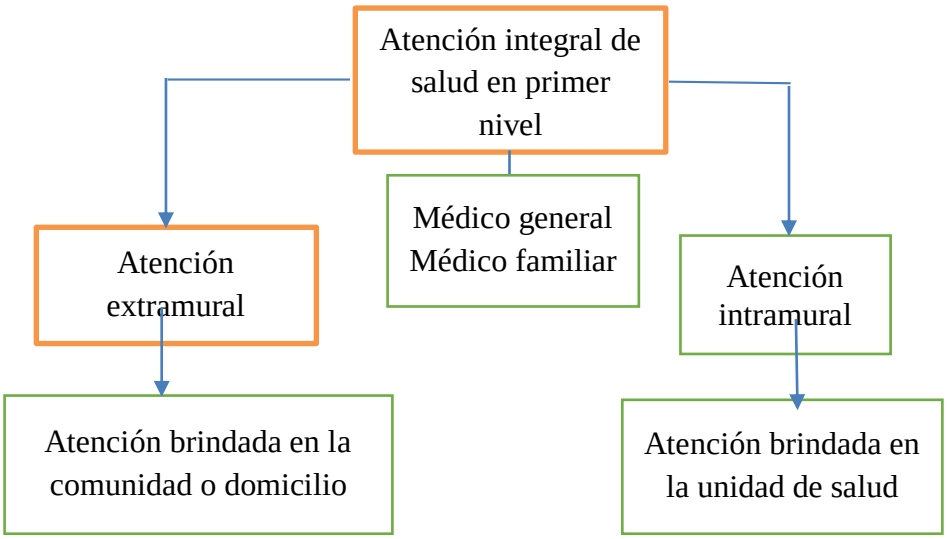
La información fue obtenida por medio de entrevistas semiestructuradas, las cuales se las organizó en cuadros conceptuales según el número de informantes y sus respuestas a las preguntas. Los datos fueron organizados y siguiendo lo que menciona Daniel Prieto Castillo (1988) donde, para el análisis de los mensajes, sugiere guiarse en tres estructuras las cuales se describen a continuación.

1) lo que se manifiesta, esto se entiende como el mensaje que se lo hace con una intención establecida, es decir, que se refiere al mensaje y como esté se expresa.

2) las predicaciones o el modo de prédica, en el cual se da una versión de una situación ya sea esta de forma positiva o negativa todo dependiendo del narrador.

3) Por último, es el grado de referencialidad, que es la manera que el mensaje llega al tema principal, es decir, cada mensaje llega con distintas versiones al mismo punto inicial.

Figura 1 2. *Lugar de la atención médica*



Fuente: MAIS-FCI
Autores: Delgado Gianella, Vélez Blanca

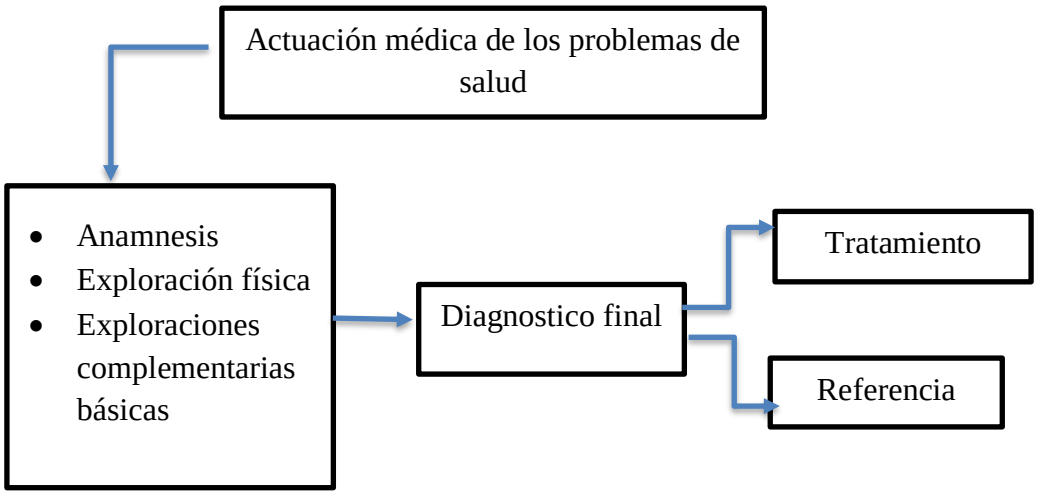
Los pacientes involucrados en este estudio recibieron atenciones médicas en la unidad de salud, en la comunidad, dando, así como el seguimiento al problema de salud.

En la entrevista, LM56A una paciente que expresa con respecto al médico de familia:

"la Dra. nos está viendo siempre, nos llama por teléfono, hace visitas a mi vecina que no puede caminar, que está en silla de ruedas y la atiende y le da sus remedios para la azúcar que sufre de eso, cosa que los médicos que antes venían no hacían eso, más bien cada año era uno distinto que no se preocupaban tanto de la gente como esta Dra. lo hace, están pendiente de uno"

Esta idea núcleo expresa que los pacientes valoran, que los médicos acudan a sus domicilios, sobre todo en situaciones especiales como problemas de discapacidad, o limitaciones de los adultos mayores, que dificultan de su llegada a la unidad de salud, su control y mantener la entrega de su medicación habitual, para ellos es muy importante que los médicos estén pendientes de su salud, que den seguimiento y control a los mismos. Se expresa el tipo activo de referencia alto, lo que demuestra una representatividad consolidada.

Figura 1 3. *Actuaciones médicas en primer nivel de atención*



Autores: Delgado Gianella, Vélez Blanca

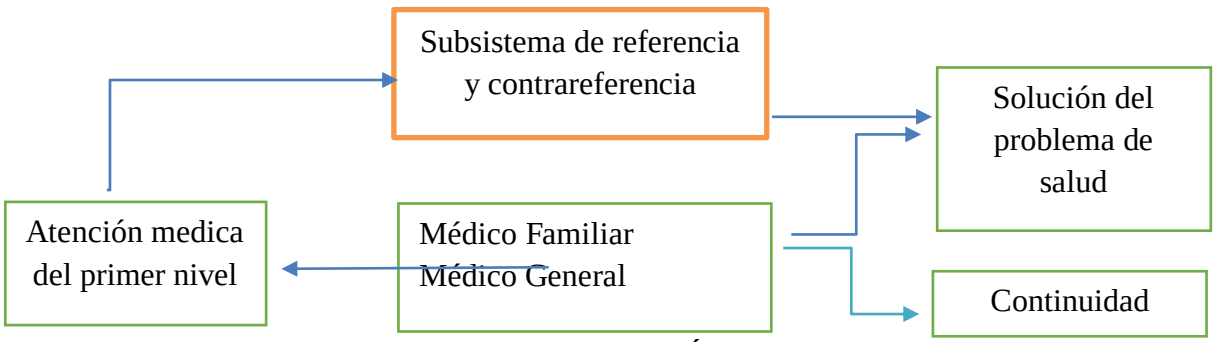
El diagnóstico diferencial al tener al médico de familia. se asegura una salud estable en la familia, con tratamiento específico, en exploración física y complementarias básicas, llegando al diagnóstico final y en su caso, al tratamiento o bien a la realización de la referencia o interconsulta a los servicios especializados.

Es así como AG40a indica:

"Si, como que no, aunque eso no fue la Dra. Mariuxi sino otro médico y si me mandaron donde él diabetólogo y allá me ayudaron con unos exámenes que no podían mandar del centro de salud, ahí mismo ese Dr. me mando para que me viera el Dr. que ve la circulación de la sangre porque yo le contaba al Dr. que se me dormían las piernas, y ahí me hicieron hasta una ecografía de los pies"

En esta idea núcleo, se toma en cuenta que el médico deberá estar atento ante la clínica por la que acudió el usuario, enfatizando en los indicadores que podrían considerarse criterios de gravedad, planteándose la necesidad de realizar una referencia a otro nivel, y los pacientes reconocieron y apreciaron la valoración que les brindó el médico, al efectuarles la referencia hacia otro nivel de atención, donde les realizaron estudios, procedimientos complementarios y terapéuticos, que no fueron disponibles en el primer nivel de atención, por limitada capacidad resolutiva.

Figura 1 4. *Subsistema de referencia y contrarreferencia en la atención medica*



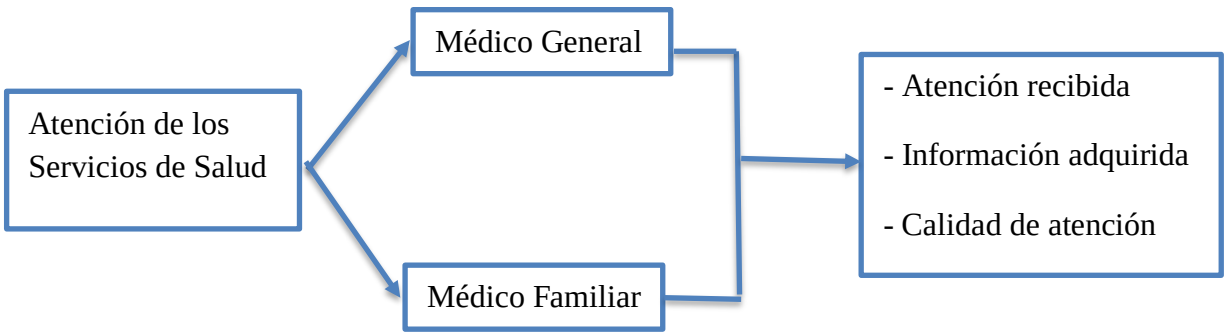
Fuente: pacientes referidos del Centro de Salud Los Ángeles de Colón 2017-2019
Autores: Delgado Gianella, Vélez Blanca

En el presente estudio los pacientes entrevistados mencionaron que muchas de sus referencias continuaban en espera, pero pese a aquello, los médicos del centro de salud, continuaron con su seguimiento de salud, sobre todo desde la llegada del médico de familia a la comunidad Los Ángeles de Colón.

Como lo que menciona el paciente CM29a.

En la espera esa, la Dra. igual está siempre llamándome, visitándome a mi casa, preguntándome como me siento yo, como esta mi niño, que si estoy bien con mi esposo, que si él también me ayuda a lidiar con la enfermedad de mi niño, y también ha hablado con mi esposo, para que me ayude también, y si me ha servido porque el antes llegaba de trabajar y no me ayudaba para nada, ahora ha cambiado un poco con las cosas que le ha estado diciendo la Dra. Y eso me ha ayudo hasta para yo descansar mejor, porque al inicio cuando nació mi niño yo estuve hasta mal de la columna se me inflamaron los senos hasta fiebre me dio, pero para que, sí que me han ayudado estos doctores familiares, por lo menos rodeándome se decir yo, cosas que antes no se veía en los médicos que venían por acá.

Figura 1 5. *Satisfacción del usuario a la atención de los servicios de salud por parte de los profesionales médicos.*



Fuente: pacientes referidos del Centro de Salud Los Ángeles de Colón 2017-2019
Elaborado por: Delgado Gianella, Vélez Blanca

En este estudio se valoró la satisfacción del paciente sobre la atención brindada por el personal médico del Centro de Salud Los Ángeles de Colón. La mayoría de los pacientes expresaron un buen trato por parte del personal médico, tal como lo mencionó la paciente MM65A:

"No atienden de mala gana, ayudan más, como en el sentido que a mi hijo que siempre está enfermo que siempre me le sabe dar la gripe, por eso que él tiene yo lo llevo al centro de salud y ellos me lo atienden rápido, me lo ven todito, no es como otros médicos que por ahí medio miran a uno y ya mandan remedio sin tocar, ellos se demoran hasta más porque quieren revisar todo"

Esta idea núcleo expresa que los entrevistados afirmaron que los médicos que los han atendido en el centro de salud son buenos, han dado una atención apropiada, que les han ofrecido información pertinente según su problema de salud, que les han aclarado sus incertidumbres.

Pero a pesar de esto, los entrevistados refirieron sentirse más satisfactorios con la presencia del médico de familia, ya que los busca en su domicilio, y mientras puede les ofrece atención a los demás miembros de la familia en busca de posibles nuevas problemáticas de salud, dando seguimiento, atención de calidad y continuidad a sus pacientes, se manifiesta como una representación social ampliamente consolidada.

Tabla 5. *Tabla de resumen*

PREGUNTA	IDEA NÚCLEO	MODO DE PRÉDICA	GRADO DE REFERENCIALIDAD	REPRESENTACIÓN SOCIAL
Lugar de la atención médica	Se les realiza un seguimiento de salud tanto en unidad de salud como a domicilio	Activo	Alto	Consolidado
Perspectiva del paciente sobre la medicina familiar y general para el aporte de la atención médica	El médico de familia es más minucioso en el momento de valorar al paciente, se preocupa por el en todo su contexto.	Activo	Alto	Consolidado
Actuaciones médicas en primer nivel	Se realizó valoración clínica, se solicitó la referencia para la realización estudios, procedimientos complementarios y terapéuticos, no disponibles en el primer nivel de atención por limitada capacidad resolutiva.	Activo	Pasivo	Altamente consolidado
Sobre el sistema de referencia y contrareferencia: solución de problemas y continuidad	Aunque la referencia no haya sido efectiva, los médicos del primer nivel no se despreocuparon de su seguimiento, sobre todo el médico de familia.	Activo	Alto	Consolidado
Satisfacción del servicio de salud	Buena atención, buen trato por parte de los médicos	Activo	Alto	Consolidado

Fuente: Entrevistas a pacientes referidos 2017-2019
Autores: Delgado Gianella, Vélez Blanca

Capítulo V

5. Discusión

En el reciente proyecto investigativo realizado, se describen los resultados obtenidos sobre los aportes de la medicina familiar y comunitaria al mejoramiento en el Centro de Salud Los Ángeles de Colón durante el período 2017– 2019.

Tanto en el aspecto cualitativo como cuantitativo, tienen como sujetos de estudio a los usuarios referidos al siguiente nivel de atención, cuyo objetivo fue caracterizar los aportes de la Medicina Familiar y Comunitaria al mejoramiento del sistema de referencia y contrareferencia del Centro de Salud Los Ángeles de Colón.

Para proceder a esta investigación, con la base de datos de referencias, recogida del departamento de estadística de la unidad, el registro del historial clínico; fue muy importante el aspecto de realizar visitas domiciliarias a la muestra en estudio seleccionada, para realizar entrevistas a los informantes claves, dirigida por encuestas semiestructuradas, siguiendo un protocolo de bioseguridad por la situación actual de pandemia COVID 2019.

En esta investigación se observó que el 65.6 % de la población en estudio fueron mujeres, lo cual coincide con los resultados de un estudio mexicano (2018) donde se valoró la satisfacción de los pacientes que fueron atendidos en una casa de salud del Primer Nivel de Atención en Puebla, la población en ese estudio fue de 395 usuarios, de los cuales el 66 % fueron femeninos, y el 34% masculinos.

La mayoría de pacientes entrevistados fueron referidos a especialidades como cardiología, endocrinología, imagenología, terapia física, lo que difiere de un estudio argentino de atención privada (Marseillan & Sielecki, 2016), en el que las demandas médicas por especialidad fueron a médicos clínicos con 56.75%, seguidos de los pediatras con el 20.72%, los ginecólogos con el 13.38%, cardiólogos con el 9.51%.

La especialidad con más alta demanda de referencia fue la especialidad de gineco-obstetricia, por consiguiente, el sexo más referido fue el femenino, al ser una especialidad donde la identificación de factores de riesgo tanto para la madre como para el feto constituye un motivo de referencia, lo que admite la toma de decisiones en la especialidad acertada y oportuna tal como lo indica la Guía de control prenatal MSP. (2016).

Estudio realizado en Chile (Amigo, 2017), con respecto a la especialidad que se deriva al paciente, por medio de las interconsultas, *"muestra que más del 50% de las derivaciones, de atención primaria de la ciudad de Talagante hacia los Hospitales de Talagante y de Peñaflor, se concentran en 5 especialidades: medicina interna, ginecología, traumatología, pediatría y oftalmología*".

Esta información es una orientación importante sobre las especialidades que tienen demanda de interacción con atención primaria en estos países, a diferencia del Ecuador.

En lo referente a la capacidad resolutiva, se observó que el médico familiar posee una mayor resolución de problemas de salud, y por lo tanto refiere menos que los otros médicos del primer nivel de atención, tal como menciona Muñoz (2019), que aproximadamente el 80% de los problemas de salud son resueltos por médicos especializados en Medicina Familiar.

Tanto el médico general como el médico familiar continúan siendo el primer contacto, de salud del usuario, siendo el médico general quien lidera el primer contacto en los resultados del estudio, en ocasiones es el médico general quien realiza la referencia al segundo nivel de atención, sin antes la valoración del médico familiar, lo que se relaciona con el estudio de Fernández y otros autores (2016), en el que fueron encuestados 16 países latinoamericanos donde no participó Ecuador, y sólo 9 refirieron que el camino obligado para el acceso a médicos especialistas y demás servicios hospitalarios, a través del Médico Familiar. "*En los casos de Argentina, Colombia, El Salvador, Nicaragua, Perú, Paraguay y Venezuela, se indica que los*

pacientes pueden acceder a los servicios médicos especializados sin que necesariamente participe el médico de familia o general"

Durante las entrevistas se acudió a domicilio, crear un mejor ambiente y relación con el centro de salud y poder aplicar una conversación fluida y empática con los usuarios entrevistados, según Anderson (2016) menciona "*que son importantes los factores subjetivos o psicosociales de los individuos, los profesionales y la comunidad (creencias, valores, etc.), así pues los usuarios valoran las visitas a domicilio, desde la llegada del médico familiar y comunitario"* suelen mencionar que son más frecuentes en todo el entorno de la comunidad, y que no son limitadas solo a pacientes enfermos.

En este aspecto es como Gutiérrez Herrera, y otros autores (2019) mencionan que "*desde la perspectiva del médico familiar se valora a la persona como parte de una comunidad, ya que se reconoce a la comunidad como recurso, benefactora y agente de cambio constante. La comunidad representa el siguiente nivel organizacional después de la familia",* sus miembros tienen reglas, intereses, estilos propios de comunicación, un sistema de valores y creencias en común, y comparten espacios geográficos o virtuales, lo cual contribuye al sentido de pertenencia, identidad y desarrollo pleno del individuo.

Se apreció que la mayoría de los usuarios no tuvieron claro el desempeño del médico de familia en la comunidad, así como no pudieron diferenciar entre un médico general y un médico familiar, pese a eso, sabían reconocer que desde la llegada del médico familia a la comunidad han notado muchos cambios, desde las características de la atención, la continuidad, hasta su trámite para realizárseles una referencia a otro nivel y la solución que mediante estas se les dio, como la realización de estudios complementarios no disponibles en el primer nivel, así como se revisó en un artículo original realizado en España de Estrada y otros autores (2016),

Sobre la percepción de la población general acerca de la especialidad de medicina familiar, en los que los resultados indican que la población conoce que se realiza formación

especializada de postgrado para ser médico de familia en el 43,6 % de los encuestados, este estudio llega a la conclusión que la formación específica que realiza el médico de familia es aún desconocida por muchos de sus pacientes. Lo que demuestra que este desconocimiento sobre la especialidad del Médico de familia no solo sucede a nivel nacional, sino también en países pioneros de la Medicina Familiar como lo es España.

Algunos de los usuarios entrevistados mencionaron que aún continúan en espera de que se haga efectiva su referencia a cargo tanto del médico general como el del médico de familia, pero pese a eso recalcan que el médico familiar, está al pendiente de su salud y continúan en seguimiento de ellos, a diferencia de los médicos generales que estaban anteriormente, que no acostumbraban a estar al pendiente de su salud.

Capítulo VI

6. Conclusiones y recomendaciones.

6.1. Conclusiones

En los análisis de los resultados se evidenció, como el médico de familia aporta al sistema de referencia y contrareferencia, desde su llegada al Centro de Salud Los Ángeles de Colón. En base a los objetivos planteados en el vigente proyecto investigativo, se logró establecer que la información almacenada, admitieron dar respuesta a todos los objetivos. Consecuentemente, se indicará cada uno de ellos.

En base al objetivo general, fueron varios los aportes de la medicina familiar y comunitaria al sistema de referencia y contrareferencia del Centro de Salud Los Ángeles de Colón, entre los cuales se logró apreciar desde hace aproximadamente 5 años con la llegada del médico de familia, se disminuyó el número de referencias innecesarias a otros niveles de atención, permitiendo a la comunidad contar con un especialista del primer nivel, enfocado en una atención integral, desde la perspectiva biopsicosocial.

En relación a los objetivos específicos, se concluyó.

- El sitio Los Ángeles es una comunidad rural perteneciente a la parroquia Colón de la ciudad de Portoviejo, con sus principales actividades económicas relacionadas a la agricultura, caracterizada por una atención médica con altas demandas en el sexo femenino, usuarios por lo general dedicados a trabajos informales, estado civil en su mayoría adultos con parejas estables.
- Referente al sistema de referencia la mayoría de los usuarios estudiados mantuvieron altas demandas de referencia a especialidades como ginecología y fisioterapia. La especialidad de Medicina Familiar es la base del primer nivel de atención al tener una alta capacidad resolutiva desde la perspectiva biopsicosocial, aportando al sistema de

referencia y contrareferencia, disminuyendo referencias innecesarias, así como una mejor satisfacción medica del usuario.

- Se pudo evidenció que una gran mayoría de usuarios referidos, aún continúan en espera de ser llamados, pero hay que tener en cuenta que, por motivos de la pandemia actual, esta ha sido una limitante y la gran mayoría de trámites administrativos como de otro tipo, se han suspendido por periodos largos.
- Ente otros aportes de la medicina familiar y comunitaria con apoyo del Centro de Salud Los Ángeles de Colón, se apreció que la mayoría de los pacientes mencionan que el médico de familia está al pendiente de ellos, de su salud y la de su familia, en atenciones tanto en la unidad de salud como en la comunidad, detalles que eran menos comunes en los médicos que atendían en el pasado, pese a aquello durante el estudio se notó que la especialidad de medicina familiar no es muy conocida a nivel del Ecuador, y mucho menos en el Centro de Salud Los Ángeles de Colón, donde los pacientes no tienen clara la diferencia entre los médicos familiares y generales, a pesar de sus inicios desde los años 80, en Manabí son aproximadamente 5 años que se cuenta con estos especialistas formados mediante universidades nacionales como la PUCE.
- Con la aparición del médico de familia a comunidades manabitas como es Los Ángeles de Colón ha reflejado mejoras en relación a la satisfacción de la atención médica de sus usuarios, en comparación a los médicos que atendían en el pasado, ya que acudían a cumplir medicatura rural con periodos cortos de un año, que luego eran reemplazados.

Limitaciones del Estudio

El presente proyecto investigativo tiene como limitaciones, que no se pudo contar con los formularios 053 en físico, una base de datos de EXEL incompleta de la población en estudio del sistema de referencia y contrareferencia durante el periodo 2017-2019, debido a desastres

naturales como inundaciones, y periodo de tiempo, donde no se contó con el personal administrativo encargado de este sistema.

No se consideró a la población fuera de la base de datos del sistema de referencia y contrareferencia durante el periodo de estudio.

Para llevar a cabo las entrevistas se seleccionaron los informantes claves a partir de la base de datos EXEL del sistema de referencia y contrarefencia, correspondientes a los 489 registros, excluyendo personas fallecidas y que no desearan participar en el estudio, además se encontró entre otros limitantes, el estado actual de la pandemia sobre todo para poder valorar la satisfacción de la población en estudio, lo cual solo se evaluó mediante las 35 entrevistas.

Se pudo evidenciar que por la misma razón existe una gran mayoría de usuarios referidos, que aún continúan en espera de ser llamados.

La presente investigación se enfoca en la base de datos del sistema de referencia, en recoger información de las historias clínicas, referencias realizadas según las especialidades médicas de otros niveles de atención y las entrevistas a informantes claves.

La investigación es de carácter mixto cualitativo cuantitativa con énfasis en el análisis de la satisfacción de los usuarios a la atención médica, la perspectiva del paciente sobre las similitudes de los profesionales médicos, así como reconocer los cambios existentes en la comunidad Los Ángeles de Colón desde la llegada del médico de familia.

6.2.Recomendaciones.

Basados en la línea de investigación, se recolectó la base de datos del sistema de referencia y contrarreferencia del Centro de Salud Los Ángeles de Colón registradas durante el periodo 2017 al 2019, junto con la realización de entrevistas semiestructuradas; cuyos resultados fueron debidamente recolectados y analizados. La búsqueda obtenida permitió el planteamiento de diversas conclusiones que ya fueron mencionadas y que, a partir de ellas, se muestran las siguientes recomendaciones.

Para los pacientes, familiares y la comunidad.

- Es importante que se reconozca que el médico familiar es un profesional de cuarto nivel, especializado en atender familias de manera integral, mediante una perspectiva biopsicosocial, que logra identificar las problemáticas de los usuarios tanto en las unidades de salud como en la comunidad, con la finalidad de fortalecer la atención médica.

Para el personal de la salud.

- Los médicos del primer nivel de atención, tanto los especialistas en medicina familiar, como el resto de médicos, deben tener en cuenta regirse e intentar cumplir las normas establecidas y estandarizadas por el Ministerio de Salud Pública.
- Es importante que quienes forman este grupo de profesionales, den a conocer a la población lo que significa prepararse para esta especialidad y la importancia que tiene para el primer nivel, que logre ser reconocida como lo que es, como un estudio de cuarto nivel dedicado a las mejoras presentes y futuras de la salud, desde el aspecto biopsicosocial.

Para las entidades públicas encargadas.

- Sería importante que las nuevas políticas de salud logren fortalecer la atención, con especialistas en medicina familiar, logrando cubrir las necesidades de las comunidades ecuatorianas, tanto urbanas como rurales, brindando una atención integral, junto con los otros niveles de atención y no realizar referencias de manera innecesaria o injustificada.
- Siendo la continuidad uno de los aspectos básicos del perfil del médico familiar, es fundamental la presencia de éste en las unidades de salud, tanto para fortalecer la calidad de atención, servir de apoyo y ayuda a los médicos rurales, aquellos en formación, así como a los demás profesionales involucrados en la salud.
- En beneficio de la comunidad, es importante que los organismos rectores encargados del sistema de referencia y contrareferencia a nivel nacional, logren resolver las dificultades existentes en la programación y coordinación de las referencias elaboradas desde el primer nivel de atención, para que estas sean efectivas; así como obtener las respuestas a las mismas, desde los médicos de los otros niveles de atención, superando de alguna manera las situaciones vividas actualmente en esta pandemia.

Contribución

Este estudio contribuye al almacenamiento de fuentes bibliográficas y a la aproximación de nuevas inquietudes sobre el problema abordado, ya que se valoró la perspectiva que tienen los pacientes sobre los médicos de familia en sus unidades de salud y las mejoras en la atención medica que se generan con su presencia, como lo fue en el sistema de referencia y contrareferencia.

BIBLIOGRAFIA.

Abril, R. O., & Cuba, M. S. (2018). Introducción a la Medicina Familiar. Acta Médica Peruana, v.30 n.1.

Almeida, J. L., & Schramm, F. R. (2018). Cambio de paradigma, metamorfosis de la ética médica y auge de la bioética. Salud Pública.

Amigo, F. (2017). PRopuesta De Rediseño Del Sistema De Referencia Y Contrarreferencia En La Red Del Servicio De Salud Metropolitano Occidente. Memoria Para Optar Al Título De Ingeniero Civil IndustriaL. Snatiago de Chile, Chile.

Anderson MIP, M. M. (2016). Evaluación de la Calidad en Salud en la Medicina Familiar y en la Atención Primaria en Iberoamérica. Rev Bras Med Fam Comunidade.

Astudillo Rosero, E. P. (2019). Fortalecimiento del sistema de referencia y contra-referencia al primer nivel de atención, a través de la implementación de criterios de derivación en la consulta externa de las especialidades clínico-quirúrgicas para la atención nutricional de pacientes.

Ata, A. (2018). 6-12 de septiembre de 1978 . Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud.

Barragán, N., Violán, C., Cantera, C. M., Cortella, D. F., & Algas, J. G. (2000). Diseño de un método para la evaluación de la competencia clínica en atención primaria. Atención Primaria, 590 - 594.

Bernard, C. (2019). Medicina familiar y comunitaria. https://www.britannica.com/science/history-of-medicine/Medicine-in-the-18th-century.

Caballero, M. (2018). Logopedia y salud familiar. 179-368.

Chiavagatti, F. (2019). Articulación entre Centros de Atención Psicosocial y Servicios de Atención Primaria de Salud . Acta Paul Enferm, 25 (1): 11-7.

Collado, A. (2013). Introducción a la Medicina Familiar. Acta Médica Peruana, 31-36, http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172013000100006&lng=es&tlng=es.

Costa, R. (2018). Perfil de los usuarios y demanda del servicio en la clínica de la escuela de logopedia de la UFBA. Rev Science Med Biol, 53-59.

Diaz, J., Fava, L., & Luliano, P. (2019). Un sistema de gestión de referencias y contrarreferencias de pacientes para hospitales. 221.

Estrada, M., Estrada, C., Martínez, R., Urbano, L., & Chudacik, M. (2016). Percepción de la población general de nuestra especialidad: ¿están de acuerdo los pacientes con las decisiones diagnósticas y terapéuticas adoptadas por el médico de familia? REV CLÍN MED FAM, 146.

Fernández, M., Roo, J., Irigoyen, A., Blanco, S., Edward, A., & Juárez, V. (2016). Los Sistemas de Referencia y Contrarreferencia de pacientes en América Latina: Mecanismos de

Coordinación Asistencial y el rol de la Medicina Familiar y Comunitaria. Rev Bras Med Fam Comunidade. Obtenido de http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc11(0)1384

Ferreira, M. L. (2017). NURSING ACTIONS IN REFERENCE AND COUNTER-REFERENCE I. Cogitare Enferm, (22)3.

Figueiredo, E. N., & Vianna, L. A. (2019). El desafío del sistema de referencia y contrarreferencia en la atención prenatal a gestantes con enfermedades infecciosas. 81 (3) .

Graham, R., & Roberts, R. (2019). The specialist of the discipline of general practice . 109-260.

Gutiérrez Herrera, R., Ordóñez Azuara, Y., Gómez Gómez, C., Ramírez Aranda, J., Méndez Espinoza, E., & Lazcano, M. (2019). Análisis sobre elementos de contenido en medicina familiar para la identidad profesional del médico familiar. Revista Médica La Paz.

Huaco Salas, C. G. (2019). Sistema de referencia y contrarreferencia en el Departamento de Emergencia del Hospital Nacional Dos de Mayo. Propuesta para su mejoramiento. Revista Médica Carriónica, 26-33.

Hurst, K. (2019). Atención primaria y comunitaria fuera del horario de atención británica: una revisión de la literatura. Int J Health Care Qual Assur, 13-27.

Ledesma, F. M., & Flores Martínez, O. (2008). Medicina Familiar: la auténtica especialidad en atencion médica primaria. Gaceta médica de Caracas, 330-334, http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0367-47622008000400009&lng=es&tl.

Macinko, J., Montenegro, H., Adel, C. N., & Etienne, C. (2017). La renovación de la atención primaria de salud en las Américas. Revista Panamericana de Salud Pública, 73-84.

Marseillan, V., & Sielecki, M. (mayo de 2016). DrApp: plataforma web y móvil que integra un sistema de gestión para el consultorio médico y de reserva de turnos para el paciente. REPOSITORIO DIGITAL SAN ANDRES, 30. Argentina: Universidad de San Andrés. Escuela de Administración y Negocios.

Marsh, J. (2018). Health & Medicine in the 19th Century.

http://www.vam.ac.uk/content/articles/h/health-and-medicine-in-the-19th-century/.

Ministerio de Salud Pública. (abril de 2014). Norma Técnica. Subsistema de referencia, derivación, contrareferencia, referencia inversa y transferencia, del Sistema Nacional de Salud. Quito, Pichincha, Ecuador.

MSP. (agosto de 2016). Control Prenatal. Guia de Practica clínica, 1ra. Quito, Pichincha, Ecuador. Obtenido de http://salud.gob.ec

Muñoz Abril, Y., Hernández Rincón, E., & Avella Pérez, L. (2019). Rol del Medico Familiar en el nuevo modelo integral de atencion en salud en Colombia. Revista Cubana de medicina integral general.

Njanwe, P. J., Marete, I., & Ayaya, S. (2018). Adhesión A Las Directrices Nacionales De Referencia A La Atención Médica. Doi:https://doi.org/10.1101/2020.11.11.20229575.

Normas de Referencia. (2013). Norma del subsistema de referencia, derivación contrareferencia, referencia inversa y transferencia del sistema nacional de salud.

Novás, J. D., & Machado, B. G. (2019). Caracterización del médico de familia. Revista Cubana de Medicina General Integral, v.21 n.5-6.

Pacheco, L. S. (2017). Sistema de referência e contrarreferência entre centro especializado em reabilitação. Research, Society and Development, v. 10, n.11.

Padilla, J. I., & Vindas, L. (2019). Decisión de estudiar medicina: determinantes y elección de especialidad. Acta Médica Costarricense, vol.54 n.2.

Pantoja, T. (2017). ¿Por qué un Departamento Académico de Medicina Familiar? Revista médica de Chile, vol.131 no.3.

Plan Nacional del Buen Vivir . (2017). Consejo Nacional de Planificación . 2013-2017.

Quilindo, C. (2019). Producción científica y académica y visibilidad de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad del Cauca. Revista de la Facultad de Medicina, vol.66 no.4.

Ramírez, E., & Guzmán, N. (2012). Evaluación del sistema de referencia y contra-referencia en el servicio de urgencias de la empresa social del estado Hospital Local Arjona. Doctoral dissertation, Universidad de Cartagena. Cartagena, Colombia.

Redes Asistenciales. (2013). Orientación para la implementación del modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria. Minist Salud. Santiago, Chile.

Reese, S. (2019). Por qué los médicos de familia son diferentes de otros médicos. vol.74 n.2.

Richardson, I. (2019). The value of a university department of general practice. BMJ 1975; . 4: 740-762.

Serra, C. (2017). Evaluación de derivación y contrarreferencia en el Programa de Salud de la Familia en la Región Metropolitana de Rio de Janeiro. 79-86.

Sintes, R. Á. (2017). Temas de medicina general integral. T I. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 36-78.

Sousa, E. H. (2019). La Importancia Fundamental De La Ciencia Básica: Ejemplos De Descubrimientos De Alto Impacto De Una Red De Química InternacionaL. Chem. Nuevo, https://doi.org/10.21577/0100-4042.20170584 .

Spedo, S., & Pinto, N. (2017). Dificultad de acceso a los servicios de mediana complejidad del SUS: . El caso de la ciudad de São Paulo, 953-972.

Subsecretaría de Redes Asistenciales. (2021). Protocolo referencia y contrareferencia odontopediatría. Ministerio de Salud-Gobierno de Chile.

Trujillo, R. H. (2011). Representación de la Sociedad Ecuatoriana. La definición del perfil profesional del médico familiar en Ecuador: una tarea en proceso. Revista Médica Vozandes.

Vallejo, F. G., & Trota, R. A. (2018). Perfil profesional del médico de familia. Vol. 23. Núm.

Vallejo, J. G. (2016). Perfil profesional del Medico de Familia.

Vallejo, J. G. (2016). Perfil profesional del Medico de Familia.

Vázquez Cruz, E., Sotomayor Tapia, J., González López, A., Montiel Jarquín, Á., Gutierrez-Gabriel, I., Romero Figueroa, M., & Campos Navarroy, L. (2018). Satisfacción del paciente en el primer nivel de atención médica. Revista de Salud Pública.

Warner, J. H. (2017). The History of Science and the Sciences of Medicine. Vol. 10, Constructing Knowledge in the History of Science (1995), pp. 164-193.

Whinney, M. (2019). Introducción a la medicina familiar. Mérida: Universidad de los Andes. Medicina familiar, 1-50.

Yadav, D. (2017). The reference and counter-reference system in a community health service. Rev Gaucha Enferm, 13 (1): 19-23.

ANEXOS

1.1. Anexo 1: *Autorización del Centro de Salud Los Ángeles de Colón.*

Portoviejo 20 de noviembre de 2020

Lcdo. Carlos Zambrano Cusme

Director de Centro de Salud de los Ángeles de Colon.

De mis consideraciones:

En antecedente al REGLAMENTO DE INFORMACION CONFIDENCIAL EN SISTEMA NACIONAL DE SALUD con Acuerdo Ministerial 5216 Capítulo III. CONFIDENCIALIDAD EN LOS DOCUMENTOS CON INFORMACION DE SALUD que en el párrafo 2 del Art. 7 menciona. - (...) "El uso de los documentos que contienen información de salud no se podrá autorizar para fines diferentes a los concernientes a la atención de los/las usuarios/as, evaluación de la calidad de los servicios, análisis estadístico, investigación y docencia. Toda persona que intervenga en su elaboración o que tenga acceso a su contenido, está obligada a guardar la confidencialidad respecto de la información constante en los documentos antes mencionados".

Ante lo expuesto, en calidad de posgradistas de la especialización de Medicina Familiar y Comunitaria, solicitamos a quien corresponda de la manera más encarecida, se autorice el acceso a los expedientes clínicos en el Centro de Salud tipo A Los Ángeles de Colon, para fines investigativos y obtención de título de especialista de cuarto nivel, cuyo objetivo de trabajo es Identificar los Aportes de la Medicina Familiar y Comunitaria al mejoramiento del sistema de referencia y contra-referencia durante el período 2017 – 2019.

Agradeciendo de antemano su tiempo y esperando una respuesta positiva ante dicha solicitud, nos despedimos de usted deseándole éxito en todas sus actividades.

Con sentimiento de distinguida consideración.

Dra. Blanca Velez Macias
CI. 1312868357

Dra. Gianella Delgado Guadamud
CI 1312322579

Zambrano Cusme Carlos Andrés
ENFERMERO
CI: 1311743874

Lcdo. Carlos Zambrano Cusme
Director del Centro de Salud Los Ángeles de Colón

1.2. **Anexo 2** *Consentimiento informado*

Pontificia Universidad Católica del Ecuador

PUCE

Investigadoras: Blanca Vélez Macías

Gianella Delgado Guadamud

Este Formulario de Consentimiento Informado se dirige a representantes de la comunidad Los Ángeles de Colón que han logrado apreciar los cambios en la atención medica de su centro de salud después del año 2017 y que se les invita a participar en la investigación-acción en el tema "Aportes de la Medicina Familiar y Comunitaria al mejoramiento del sistema de referencia y contra-referencia en el Centro de Salud de Los Ángeles de Colón, durante el período 2017 – 2019."

Somos Blanca Vélez y Gianella Delgado, postgradista de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria del área de Postgrado de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Estamos investigando sobre las referencias que se le ha venido realizando a especialidades médicas en otros niveles de atención y sobre la atención que se le ha brindada en el centro de salud por el médico de familia, tiempo en que ha demorado en tener una solución en su enfermedad y el seguimiento e indicaciones que se le ha venido dando por este centro de salud. Le voy a dar información e invitarle a participar de esta investigación. No tiene que decidir hoy si participar o no en esta investigación. Antes de decidirse, puede hablar con alguien que se sienta cómodo sobre la investigación.

La investigación se da para mejorar el sistema de atención médica vinculado al sistema de referencia y contra referencia. Estamos invitando a esta entrevista a aquellas personas que constituyan figuras representativas en la comunidad Los Ángeles de Colón.

Recuerde que su participación en esta investigación es totalmente voluntaria. Usted puede elegir participar o no hacerlo. Usted puede cambiar de idea más tarde y dejar de participar aun cuando haya aceptado antes, usted será grabado por medio de material audiovisual como aporte a esta investigación. La investigación-acción que se va a realizar es para que Ud. como habitante de la comunidad, logre aportar los avances que se ha logrado el campo de la salud con la llegada de los médicos de familia.

Se requiere realizar esta investigación para mejorar la atención del Centro de Salud Los Ángeles de Colón y con su colaboración estoy segura de poder realizar. Es importante la información que Ud. Nos proporcione ya que así podremos comparara como era el funcionamiento antes y después y después de la intervención. Recuerde que la información que se recoja por este proyecto de investigación se mantendrá confidencial es decir solo el investigador tendrá acceso a la misma.

He leído la información proporcionada o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado. Consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin que me afecte en ninguna manera mi cuidado médico.

Nombre del Participante_____ Firma del Participante _____

Fecha _____ Día/mes/año

1.3. Anexo 3: *Protocolo de bioseguridad frente a la emergencia sanitaria por Covid 19, previo a la realización de la entrevista*

Protocolo de bioseguridad frente a la emergencia sanitaria por Covid 19, previo a la realización de la entrevista

1. De manera obligatoria antes de realizar la entrevista se procederá al lavado de manos con agua y jabón siguiendo los 11 pasos que recomendados por el Ministerio de Salud Pública.
2. Evitar cualquier tipo de contacto físico entre entrevistadores y entrevistados, manteniendo de ser posible 1.5 metros de distancia.
3. Exigir el uso de tapabocas y prácticas de asepsia establecidas como: Estornudar o toser en el antebrazo o en un pañuelo desechable el cual se debe botar de manera correcta e inmediata, usar gel antibacterial regularmente. Para ello las investigadoras aportaran con el material descrito.
4. Durante la entrevista, tanto entrevistadores como entrevistados deberán abstenerse de servirse alimentos o beber agua, con la finalidad de no retirarse la mascarilla continuamente.
5. Desinfectar las superficies y materiales a usarse antes y después de la entrevista como el celular, el lapicero, mesas y sillas si lo ameritan.
6. Al finalizar la entrevista se procederá nuevamente al lavado de manos, siguiendo los 11 pasos del MSP, garantizando una correcta desinfección.

1.4. Anexo 4: *Matriz de recolección de datos*

Características Socio- demográficas de la población

VARIABLE	**ESCALA**	**# FORMULARIOS**	**TOTAL**
S EXO	Mujer		
	Hombre		
EDAD EN AÑOS	Edad en años		
INSTRUCCION	-Primaria		
	-Secundaria		
	-Superior		
	-Ninguno		
RELIGION	-católico		
	-Evangélico		
	-Testigo de Jehová		
	- Otro		
ETNIA	-Blanco		
	-Mestizo		
	-Afroamericano		
	-Indígena		
	-Montubio		
NACIONALIDAD	-Ecuatoriano		
	-Venezolano		
	-Colombiano		
	-Otros		

	VARIABLE	ESCALA	# FORMULARIO	TOTAL
•	Motivo de la referencia	-Limitada capacidad resolutiva		
		-Ausencia temporal del profesional		
		-Falta de profesional		
		-Saturación de capacidad instalada		
		- Otro motivo		
•	Diagnóstico Cie 10	-Enfermedades del aparato digestivo		
		-Enfermedades del aparato genitourinario		
		-Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conectivo		
		-Enfermedades del ojo y sus anexos		
		-Enfermedades del sistema circulatorio		
		-Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas		
		-Neoplasias		
		-Otras causas		
•	Médico responsable del formulario	-Médico General		
		-Médico Familiar		
•	Tiempo de respuesta	-3 mes		
		-6 meses		
		-12 meses		
		-En espera		
•	Justicación	-Justifica		
		-No justifica		
		-Sin respuesta		

Sistema de Referencia.

*1.1.***Anexo 5:** *Encuesta y entrevista y semiestructurada dirigida a informantes claves del Sitio Los Ángeles de Colón*

PONTIFICA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE MEDICINA

PROTOCOLO PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

La encuesta va dirigida a los pacientes que han sido referidos a otro nivel de salud desde el Centro de Salud los Ángeles de Colon por medio de Médicos Generales y el Médico de Familia. Coloque una X en la información solicitada en los casilleros según cada enunciado.

1) Datos Generales Fecha

Número de Cédula

Edad

Sexo Femenino Masculino

Estado civil

Nivel de educación

Ocupación

Religión

Estado civil

2) Especialidad a la que se le refirió:

3) Medico que realizo la referencia:

1) Médico general

2) Médico Familiar

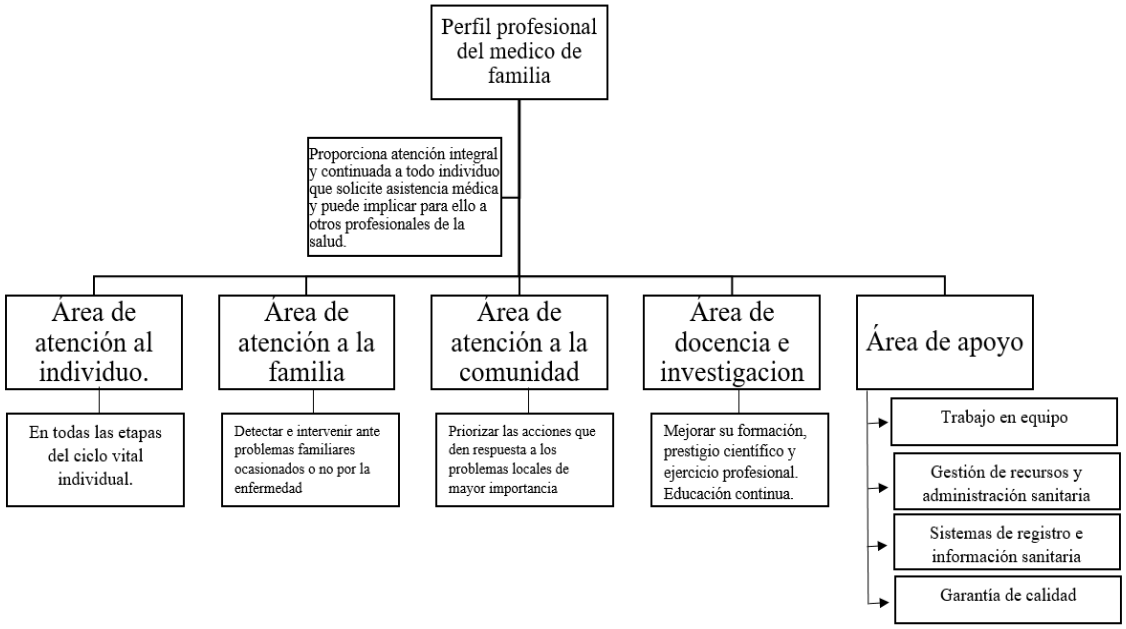
ENTREVISTA: MEDICO DE FAMILIA Y MEDICO GENERAL

- ¿QUE ENTIENDE UD POR MEDICO FAMILIAR?
- ¿QUE ENTIENDE UD POR UN MEDICO GENERAL?
- ¿CUAL SERIA ENTONCES PARA UD LA DIFERENCIA ENTRE UN MEDICO FAMILIAR Y GENERAL?
- ¿PIENSA UD QUE LA ATENCION DEL MEDICO DE FAMILIA ES DIFERENTE A LA DE LOS OTROS MEDICOS QUE ATENDIAN ANTES DE QUE ELLOS APARECIERAN EN SU UNIDAD DE SALUD Y COMUNIDAD?
- ¿COMO SE HA SENTIDO UD CON LA ATENCION MEDICA DEL MEDICO FAMILIAR?
- ¿CONSIDERA UD QUE EL MEDICO FAMILIAR, DA SEGUIMIENTO A SU PROBLEMA DE SALUD Y SE PREOCUPA POR LA SALUD SUYA Y DE SU FAMILIA?

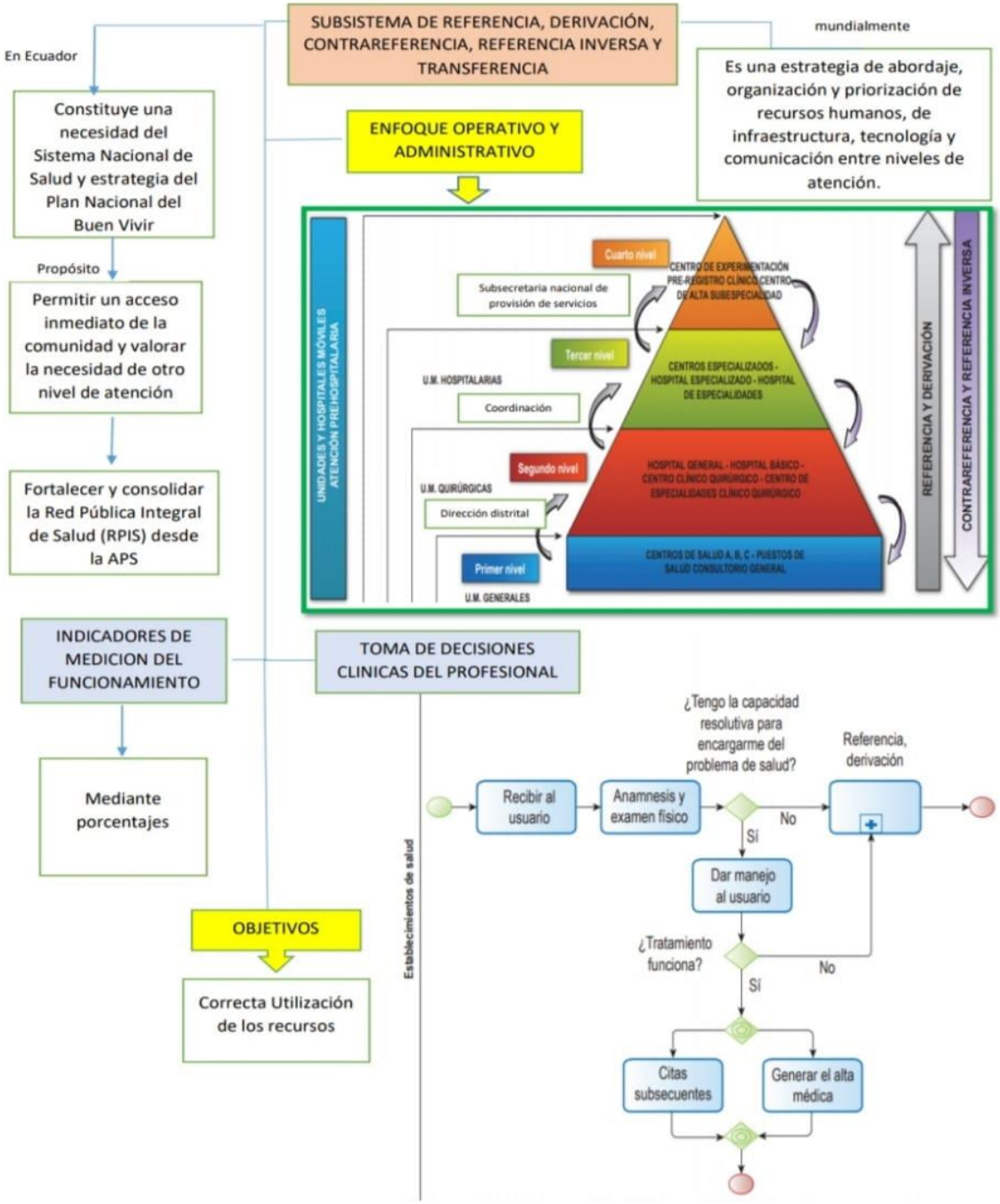
SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA Y LA ATENCION MEDICA

- ¿POR QUE MOTIVO LE REALIZARON LA REFERENCIA A OTRA CASA DE SALUD?
- ¿CREE UD QUE SE LE DIO SOLUCION A SU PROBLEMA CON LA REALIZACION DE LA REFERENCIA?
- ¿DURANTE SU ESPERA PARA QUE SE HICIERA EFECTIVA SU REFERENCIA EN OTRA CASA DE SALUD, EL MEDICO DE FAMILIA ESTUVO AL PENDIENTE DE SU SALUD?

1.6. **Anexo 6:** *Perfil del Médico de familia*



1.7. Anexo 7: *Subsistema de Referencia y Contrarreferencia en Ecuador*



1.8. **Anexo 8:** *Sistema de Salud en América Latina*



***1.9.*Anexo 9:** *Formulario 053.*



MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

FORMULARIO DE REFERENCIA, DERIVACIÓN, CONTRAREFERENCIA Y REFERENCIA INVERSA

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido paterno | Apellido materno | Nombres | Fecha de Nacimiento | Sexo

Nacionalidad | Pais | Cédula de Ciudadanía o Pasaporte | Lugar de residencia actual | Dirección Domiciliaria | Nº Teléfonico

II. REFERENCIA: 1 ☐ DERIVACIÓN: 2 ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del sistema | Hist. Clínica No. | Establecimiento de Salud | Tipo | Distrito/Area

Refiere o Deriva a: | Fecha

2. Motivo de la Referencia o Derivación:

Limitada capacidad resolutiva 1 ☐ | Saturación de capacidad instal 4 ☐

Ausencia temporal del profesion. 2 ☐ | Otros /Especifique 5 ☐

Falta de profesional 3 ☐

3. Resumen del cuadro clínico

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

5. Diagnósticos | CIE 10 | PRE | DEF

1

2

Nombre del profesional | Código MSP | Firma

III. CONTRAREFERENCIA: 3 ☐ REFERENCIA INVERSA: 4 ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del sistema | Hist. Clínica No. | Establecimiento de Salud | Tipo | Servicio | Especialidad del servicio

Contrarefiere o Referencia Inversa a: | Fecha

3. Resumen del cuadro clínico

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

5. Tratamientos y procedimientos terapéuticos realizados

6. Diagnóstico de la Contrareferencia o Referencia Inversa | CIE 10 | PRE | DEF

1

2

7. Tratamiento recomendado a seguir en Establecimiento de Salud de menor nivel de complejidad

Nombre del profesional especialista | Código MSP | Firma

7. IU ☐ | 8. CU ☐

Fuente: norma de referencia y contrarreferencia del Ministerio de Salud Pública 2014