

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

ESCUELA DE POST-GRADO

MAESTRÍA DE GERENCIA EN SALUD



SISTEMA DE REFERENCIAS Y CONTRARREFERENCIAS DE
PACIENTES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL REGIONAL
JULIO PINTO MANRIQUE DE LA POLICÍA NACIONAL DEL
PERÚ. AREQUIPA, 2010

Tesis presentada por la Bachiller:

JENNY ELIZABETH ESPINOZA LINARES

Para optar el Grado Académico de:

Magíster en Gerencia en Salud

AREQUIPA - PERU

2012



“El cimiento de la Seguridad Integral será la organización innovadora de la administración pública. Los tiempos exigen renovar a las instituciones, para hacerlas más eficientes, coordinando adecuadamente sus actividades para resolver los problemas reales de la población”.

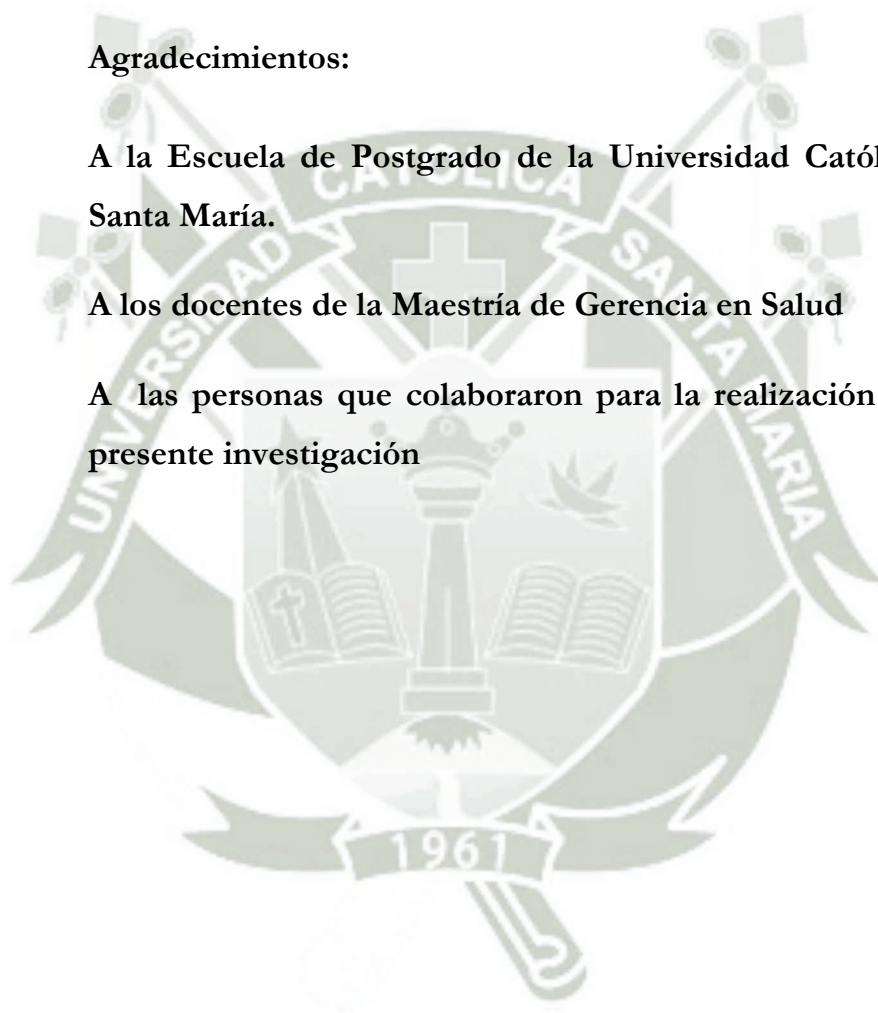
Enrique Peña Nieto

Agradecimientos:

A la Escuela de Postgrado de la Universidad Católica de Santa María.

A los docentes de la Maestría de Gerencia en Salud

A las personas que colaboraron para la realización de la presente investigación



*A mi madre† y hermanos
con profundo amor y gratitud*



*A mi esposo
y mis tres pequeñas hijas
mi dedicación y esfuerzo*

Jenny

ÍNDICE GENERAL

	Pág.
RESUMEN	06
ABSTRACT	07
INTRODUCCIÓN	08
CAPÍTULO UNICO: RESULTADOS	09
1. Características de la población	10
2. Sistema de Referencias	20
3. Sistema de Contrarreferencias	37
4. Discusión y Comentarios	39
CONCLUSIONES	40
RECOMENDACIONES	41
PROPUESTA	42
BIBLIOGRAFÍA	56
ANEXOS	57
Anexo 1: Proyecto de Investigación	58
Anexo 2: Matriz de Sistematización de datos	90
Anexo 3: Glosario de Términos	95

RESUMEN

El problema investigado es: SISTEMA DE REFERENCIAS Y CONTRARREFERENCIAS DE PACIENTES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL REGIONAL JULIO PINTO MANRIQUE DE LA POLICÍA NACIONAL DEL PERÚ. AREQUIPA, 2009, es de campo y de nivel descriptivo tiene dos variables, la primera: Referencia de Pacientes y la Segunda Contrarreferencia de pacientes. Los objetivos propuestos son: identificar las características del sistema de referencia y determina las características del sistema de contrarreferencia del hospital.

Se investigó las características antes mencionadas llegando a las conclusiones:

En el Sistema de referencias del Hospital Regional Julio Pinto Manrique de la Policía Nacional del Perú las características más resaltantes que concluyeron a la referencia de pacientes fueron el grado de dependencia II en un 51.6% y 53% de pacientes se refirieron por su complejidad a unidades críticas del MINSA y EsSalud y un menor porcentaje a consulta externa y Apoyo al diagnóstico.

Las características del Sistema de contrarreferencia del Hospital Regional Julio Pinto Manrique de la Policía Nacional del Perú son en condición de curado el 38.6%, mejorados 37.5% y Apoyo diagnóstico el 19.1% y fallecidos 4.8%.

En atención al contenido se recomendó a la Dirección del Hospital Regional Julio Pinto Manrique de la Policía Nacional del Perú en Arequipa, lo siguiente: Según los resultados obtenidos y que al análisis se constata que el Sistema de Referencias del Hospital Regional JMP de la Policía Nacional del Perú en Arequipa adolece de un proceso normativo que garantice y/o justifique la razón de realizar referencias a otras instituciones; por tal motivo se sugiere a la dirección del Hospital en mención la elaboración y/o reajuste de los lineamientos necesarios para las referencias y contrarreferencias. Sólo así se podrá fundamentar y/o justificar la causa de la referencia y la eficacia de la atención tanto en el Hospital de Referencia como en los Hospitales donde se realiza la contra-referencia.

Como propuesto se incluye: Lineamientos para la Referencia y Contrarreferencia del Hospital Regional Julio Pinto Manrique de la Policía Nacional del Perú.

Palabras claves: Referencias . Contrarreferencias

ABSTRACT

The research problem is: SYSTEM OF PATIENTS TREATED IN THE REGIONAL HOSPITAL MANRIQUE JULIO PINTO NATIONAL POLICE PERU. AREQUIPA, 2009, Field and descriptive level has two variables, the first: Reference Counter-II patients and patients. The objectives are to identify the characteristics of the reference system and determines the characteristics of counter-hospital system.

We investigated the characteristics mentioned above coming to the conclusions:

In the reference system of the Regional Hospital Julio Pinto Manrique of the National Police of Peru the most important characteristics that concluded the referral were the degree of dependence II in 51.6% and 53% of patients referred by their complexity to units MINSA and EsSalud reviews and a lower percentage to outpatient and diagnostic support.

System features counter the Regional Hospital Julio Pinto Manrique National Police of Peru are in condition 38.6% cured, 37.5% improved and 19.1% diagnostic support and 4.8% died.

In response to the content of the conclusions, recommended to the Department of Regional Hospital Manrique Julio Pinto National Police of Peru in Arequipa, the following: According to the results and the analysis it appears that the system JMP Regional Referral Hospital National Police of Peru in Arequipa suffers from a regulatory process that ensures and / or justify the reason for making referrals to other institutions, for this reason it is suggested that the direction of the Hospital in question the development and / or resetting of the necessary guidelines for references and cross-references. Only then can inform and / or explain the cause of the reference and efficiency of care in both the reference hospital and in the hospitals where the counter-reference.

As proposed include: Guidelines for Referral and Counter Regional Hospital Manrique Julio Pinto National Police of Peru.

Keywords: References. counter-referrals

INTRODUCCIÓN

Las políticas actuales de salud buscan transformar el sistema actual para modernizarlo y hacerlo más eficiente, además de proporcionar una atención al usuario de máxima calidad. Las demandas crecientes de atención médica de la población, la transición epidemiológica que vive el país y la necesidad de incrementar la calidad de atención de salud ofrecida al usuario han hecho del envío de pacientes un procedimiento cada vez más utilizado. Esto ha motivado al Hospital Regional “Julio Pinto Manrique” de la Policía Nacional del Perú, la realización de un trabajo que permita, por un lado, la coordinación de diferentes instituciones que ofrecen atención médica de mayor capacidad resolutive, y por otro, el mayor aprovechamiento de los recursos humanos y materiales disponibles en las instituciones que lo conforman.

Se considera también que toda referencia y contrarreferencia de los pacientes incluye un intercambio de información, el apoyo técnico y administrativo y la supervisión y análisis periódico de la dinámica y funcionamiento de la red asistencial, para demostrar así, la capacidad conjunto o compartida de los establecimientos en la satisfacción de la demanda de atención a la población y las oportunidades como éstas se realizan.

Lo anteriormente expuestos motivó en la autora la realización del presente estudio, el que tiene como objetivo el conocer las características del sistema utilizado en el Hospital Regional “Julio Pinto Manrique” de la Policía Nacional del Perú y poder contribuir a regularlo en beneficio de los pacientes y de la institución.

El informe del estudio está organizado en un capítulo único que contiene los resultados, las conclusiones, sugerencias y la propuesta. Finalmente, se incluyen, los anexos que contienen el proyecto de investigación, la matriz de datos y glosario de términos.



CAPITULO UNICO

RESULTADOS

1. CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN

CUADRO N° 1

PACIENTES REFERIDOS DEL HOSPITAL REGIONAL “JULIO PINTO MANRIQUE” DE LA POLICÍA NACIONAL DEL PERÚ SEGÚN EDAD Y GÉNERO.

Edad	Género		Femenino		Total	
	Masculino		N°	%	N°	%
< 19 años	25	9.0	14	5.0	39	14.0
20 – 29 años	21	7.6	24	8.7	45	16.3
30 – 39 años	39	14.0	21	7.6	60	21.6
40 – 49 años	32	11.5	19	6.8	51	18.4
> 50 años	32	11.5	50	19.1	82	29.7
TOTAL	149	53.8	128	46.2	277	100.0

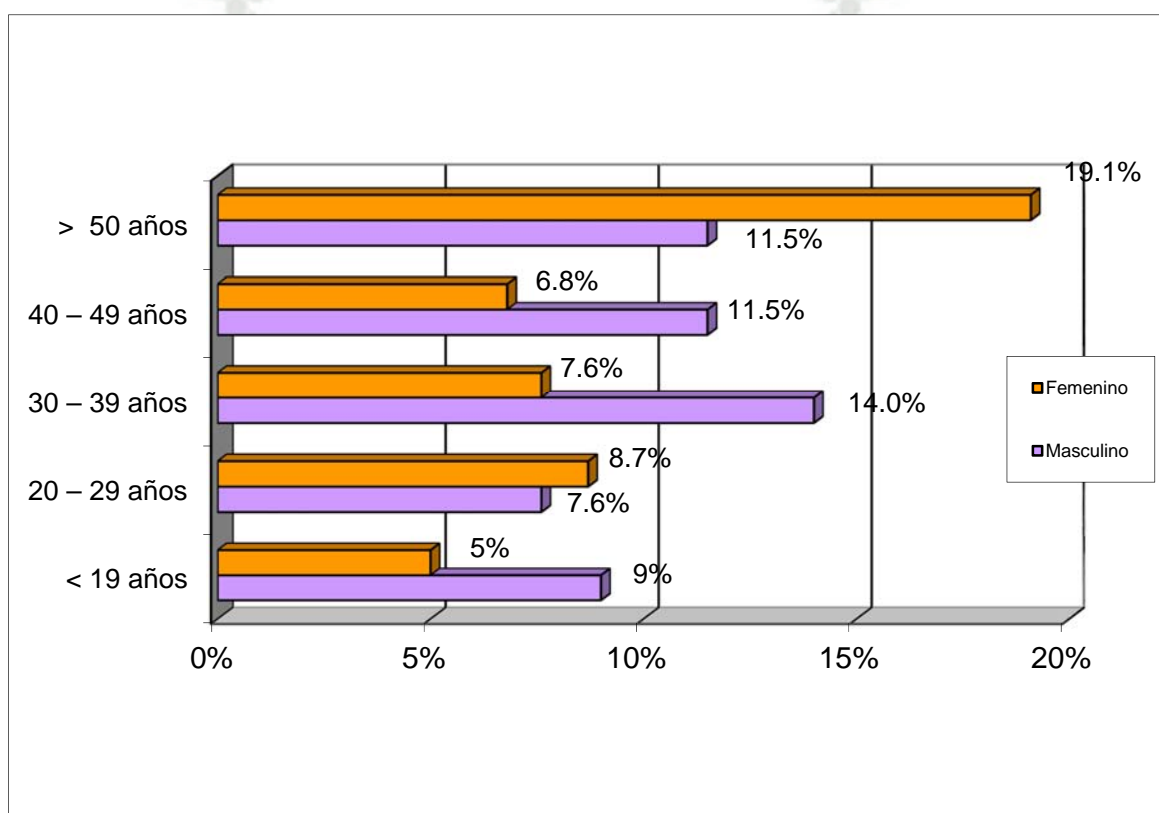
Fuente: Elaboración propia, Arequipa. 2010

Observamos en el Cuadro anterior, los datos de los pacientes referidos del Hospital Regional Julio Pinto Manrique de la PNP a los hospitales del MINSA y EsSalud, en donde el 53.8% son del género masculino y el 46.2%, del género femenino.

Por grupos de edad, el 14.0%, tienen menos de 14 años; el 16.3% tienen 20 á 29 años; el 21.6% de 30 á 39 años; el 18.4% de 40 á 49 años y el 29.7% tiene más de 50 años de edad.

GRÁFICO N° 1

PACIENTES REFERIDOS DEL HOSPITAL REGIONAL “JULIO PINTO MANRIQUE” DE LA POLICÍA NACIONAL DEL PERÚ SEGÚN EDAD Y GÉNERO.



CUADRO N° 2

**PACIENTES REFERIDOS DEL HOSPITAL REGIONAL JULIO PINTO
MANRIQUE DE LA POLICIA NACIONAL DEL PERÚ
SEGÚN ESTADO CIVIL.**

ESTADO CIVIL	N°	%
Soltero	47	16.8
Casado	207	74.7
Viudo	23	8.5
Divorciado	0	0.0
TOTAL	277	100.0

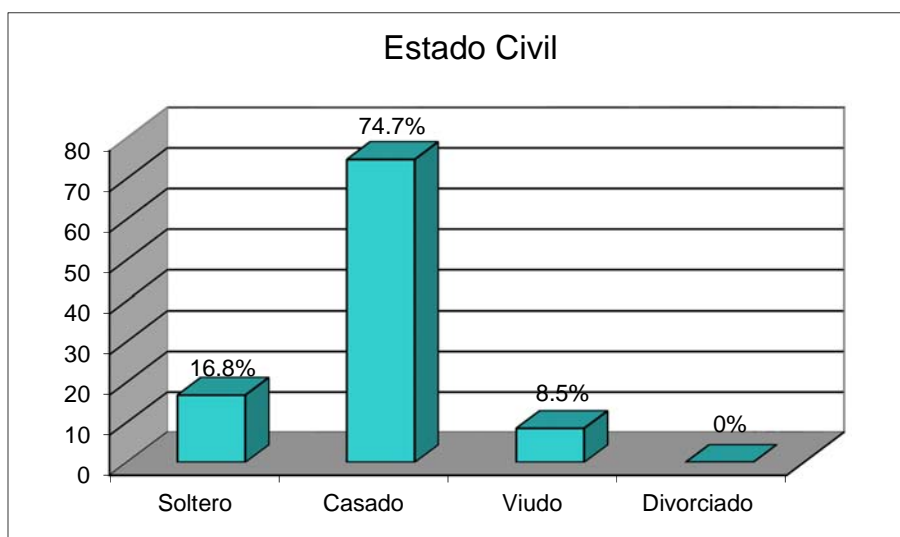
Fuente: Elaboración propia. Arequipa, 2010

En el cuadro anterior se observa que los pacientes que han sido referidos del Hospital Regional Julio Pinto Manrique de la Policía Nacional del Perú, en las $\frac{3}{4}$ partes del total son casados. La diferencia porcentual está distribuida de mayor a menor en los estados de solteros y viudos.

La condición de casados constituyen un factor predisponente de enfermedades tanto en hombres como en mujeres, siendo los sistemas gastrointestinal, respiratorio, endocrinológico y reproductor los que mayormente están comprometidos.

GRÁFICO N° 2

PACIENTES REFERIDOS DEL HOSPITAL REGIONAL JULIO PINTO MANRIQUE DE LA POLICIA NACIONAL DEL PERÚ SEGÚN ESTADO CIVIL.



CUADRO N° 3

**PACIENTES REFERIDOS DEL HOSPITAL REGIONAL JULIO PINTO
MANRIQUE DE LA POLICÍA NACIONAL DEL
PERÚ SEGÚN CONDICIÓN.**

CONDICIÓN	N°	%
Titular	154	51.9
Familiar	123	48.1
TOTAL	277	100.0

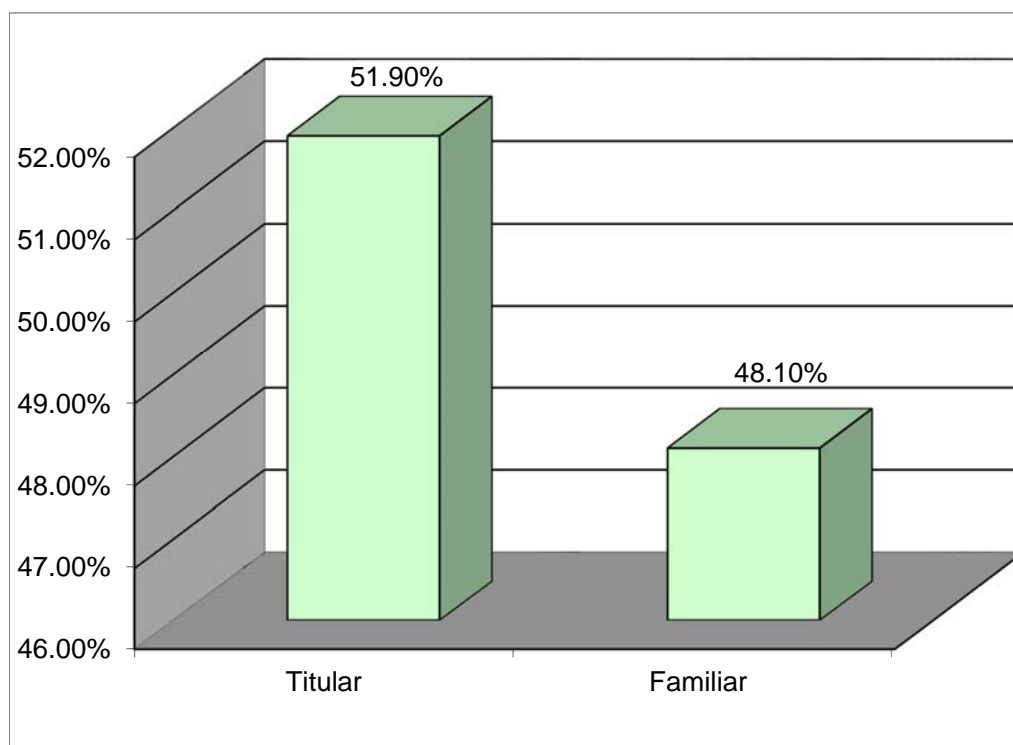
Fuente: Elaboración propia. Arequipa, 2010

En el Cuadro anterior se observa que del total de pacientes referidos del Hospital Regional Julio Pinto Manrique de la Policía Nacional del Perú a los Hospitales del MINSA y EsSalud de Arequipa, en proporciones y porcentajes casi iguales son de condición titular y familiar, predominando la condición de titular.

Los titulares son oficiales y suboficiales y los familiares son esposas, hijos y padres.

GRÁFICO N° 3

PACIENTES REFERIDOS DEL HOSPITAL REGIONAL JULIO PINTO MANRIQUE DE LA POLICÍA NACIONAL DEL PERÚ SEGÚN CONDICIÓN.



CUADRO N° 4

**PACIENTES REFERIDOS DEL HOSPITAL REGIONAL JULIO PINTO
MANRIQUE DE LA POLICÍA NACIONAL DEL PERÚ
SEGÚN GRADO POLICIAL.**

GRADO POLICIAL	N°	%
Oficiales	28	18.2
Sub-Oficiales	126	81.8
TOTAL	154	100.0

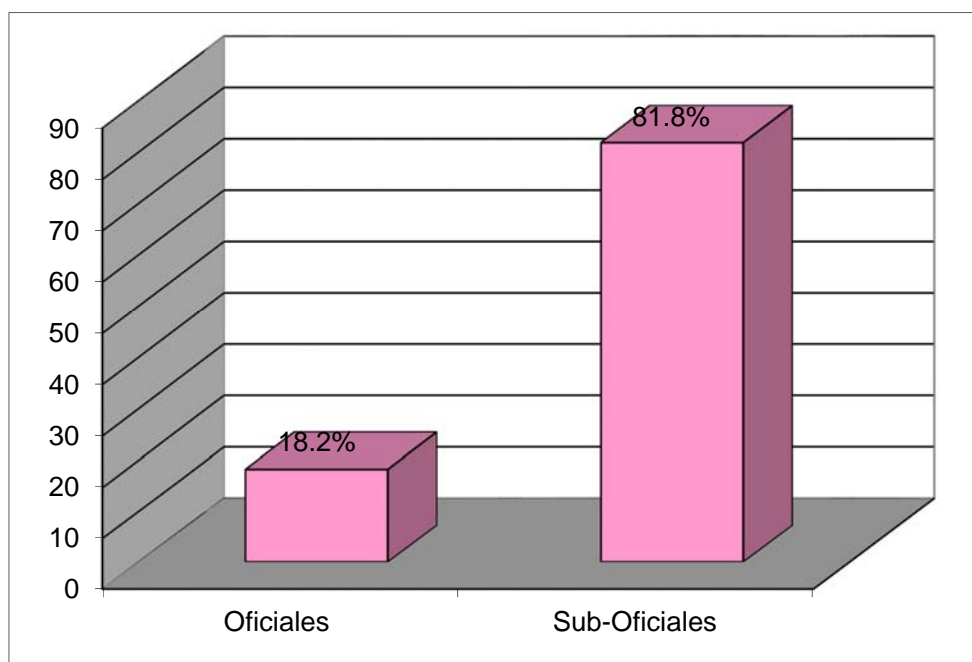
Fuente: Elaboración propia. Arequipa, 2010

Los pacientes referidos a los hospitales del MINSA y de EsSalud en el mayor porcentaje (81.8%) pertenecen al grado de suboficiales y la diferencia porcentual del 18.2% a la de Oficiales.

Los suboficiales son los que mayormente solicitan atención médica en el hospital, por presentar cuadros patológicos diversos como anemia, fracturas, diabetes, neumonías, colecistitis, litiasis renal, gastritis aguda y crónica.

GRÁFICO N° 4

PACIENTES REFERIDOS DEL HOSPITAL REGIONAL JULIO PINTO MANRIQUE DE LA POLICÍA NACIONAL DEL PERÚ SEGÚN GRADO POLICIAL.



CUADRO N° 5

**PACIENTES REFERIDOS DEL HOSPITAL REGIONAL JULIO PINTO
MANRIQUE DE LA POLICÍA NACIONAL DEL PERÚ SEGÚN
GRADO DE DEPENDENCIA DE SALUD.**

GRADO DE DEPENDENCIA	N°	%
I (Cuidados Mínimos)	82	29.7
II (Cuidados Intermedios)	143	51.6
III (Cuidados Intensivos)	52	18.7
TOTAL	277	100.0

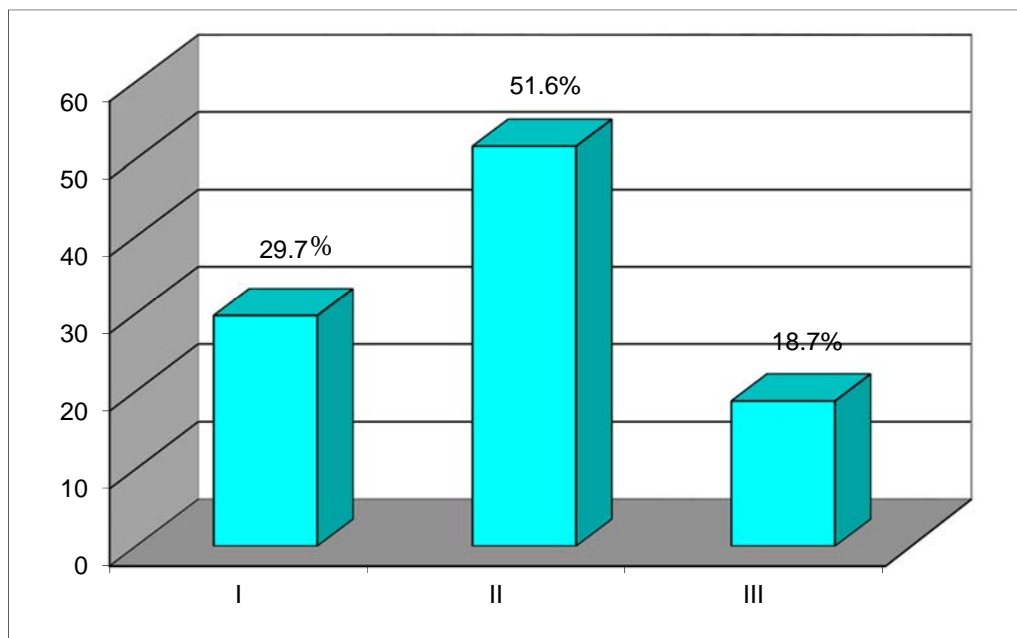
Fuente: Elaboración propia. Arequipa, 2010

En el Cuadro anterior se observan los resultados de los que han sido referidos a los hospitales del MINSA y EsSalud según el grado de dependencia, más de la mitad (51.6%) por tener patologías, cuyas manifestaciones clínicas son de mediana complejidad son de dependencia II. Menos de la cuarta parte (18.7%) corresponden al grado de dependencia III y más de la cuarta parte (29.7%) es de grado de dependencia I, por presentar sintomatología de leve complejidad.

Según el grado de complejidad, justifica la referencia a otras instituciones, los del grado III.

GRÁFICO N° 5

**PACIENTES REFERIDOS DEL HOSPITAL REGIONAL JULIO PINTO
MANRIQUE DE LA POLICÍA NACIONAL DEL PERÚ SEGÚN
GRADO DE DEPENDENCIA DE SALUD.**



2. SISTEMA DE REFERENCIAS

CUADRO N° 6

**PACIENTES REFERIDOS DEL HOSPITAL REGIONAL JULIO PINTO
MANRIQUE DE LA POLICÍA NACIONAL DEL PERÚ
SEGÚN DESTINO DE REFERENCIA.**

DESTINO DE REFERENCIA	N°	%
MINSA	161	53.8
EsSalud	116	46.2
TOTAL	277	100.0

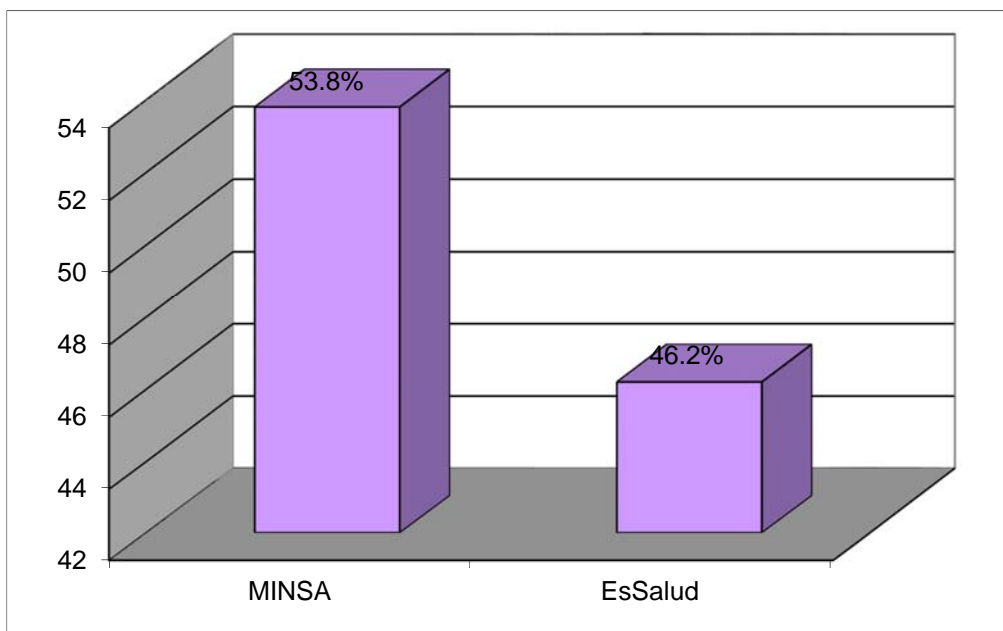
Fuente: Elaboración propia. Arequipa, 2010

En atención al Destino de Referencia, los pacientes en más de la mitad (53.8%) fueron referidos a los Hospitales del Ministerio de Salud (MINSA) y la diferencia porcentual del 46.2%, a los hospitales de EsSalud.

La concentración de pacientes en cada dependencia se da según las condiciones y facilidades coyunturales, no es regida por directivas que contengan criterios de referencia adaptada a nivel local.

GRÁFICO N° 6

**PACIENTES REFERIDOS DEL HOSPITAL REGIONAL JULIO PINTO
MANRIQUE DE LA POLICÍA NACIONAL DEL PERÚ
SEGÚN DESTINO DE REFERENCIA.**



CUADRO N° 7

**PACIENTES REFERIDOS DEL HOSPITAL REGIONAL JULIO PINTO
MANRIQUE DE LA POLICÍA NACIONAL DEL PERÚ SEGÚN
UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS.**

UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS	N°	%
Consulta Externa	50	18.0
Emergencia	97	35.0
Apoyo al Diagnóstico	53	19.1
Hospitalización	77	27.9
TOTAL	277	100.0

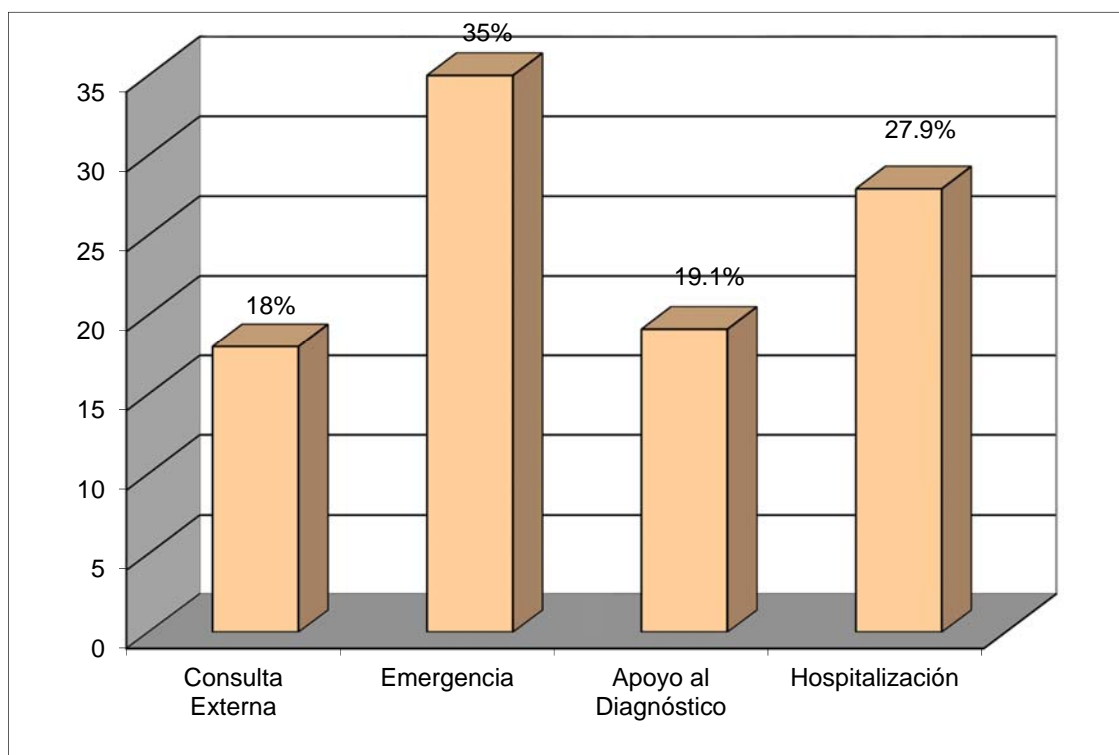
Fuente: Elaboración propia. Arequipa, 2010

En el Cuadro anterior se observa que de 100% de pacientes que fueron referidos a los hospitales del MINSA y EsSalud, el 27.9% fue destinado a la Unidad Productora de Hospitalización en Servicios Básicos y Terapia Intensiva; el 35.0% al servicio de Emergencia y el 19.1% y 18.0% a la unidad productora de apoyo al diagnóstico y consulta externa, respectivamente.

El criterio tomado en la referencia para la ubicación de los pacientes en las unidades productoras de servicios fue el grado de dependencia de salud que presentaron los pacientes.

GRÁFICO N° 7

PACIENTES REFERIDOS DEL HOSPITAL REGIONAL JULIO PINTO MANRIQUE DE LA POLICÍA NACIONAL DEL PERÚ SEGÚN UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS.



CUADRO N° 8

**PACIENTES REFERIDOS DEL HOSPITAL REGIONAL JULIO PINTO
MANRIQUE DE LA POLICÍA NACIONAL DEL PERÚ SEGÚN
DESTINO DE REFERENCIA POR EDAD.**

Unidad de Productora de servicios Edad	Consultorio Externo		Emergencia		Apoyo al Diagnóstico		Hospita- lización		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
< de 19	9	23.3	15	38.4	3	7.6	12	30.7	39	100.0
20 – 29	12	26.6	16	35.5	10	22.2	7	15.7	45	100.0
30 – 39	15	25.0	21	35.0	14	23.3	10	16.6	60	100.0
40 – 49	13	24.4	10	19.6	11	21.5	17	34.5	51	100.0
> 50	1	12.1	35	42.6	15	18.2	31	27.1	82	100.0
TOTAL	50	18,0	97	35.0	53	19.1	77	27.9	277	100.0

Fuente: Elaboración propia. Arequipa, 2010

En el presente cuadro se observa que del 100.0% de pacientes que tienen menos de 19 años, el mayor porcentaje del 38.4% fue referido a la Unidad Productora de Emergencia; el 30.7% a la Unidad Productiva de hospitalización en la Unidad de Cuidados Intensivos y/o unidades de cuidados básicos.

De los pacientes de 20 á 29 años los mayores porcentajes del 35.5% y 26.6% corresponden a los pacientes que fueron referidos a las Unidades Productoras de Emergencia y Consultorio Externo.

De los pacientes de 30 a 39 años, los mayores porcentajes del 35.0% y 25.0% fueron referidos a las unidades productoras de emergencia y Consulta Externa.

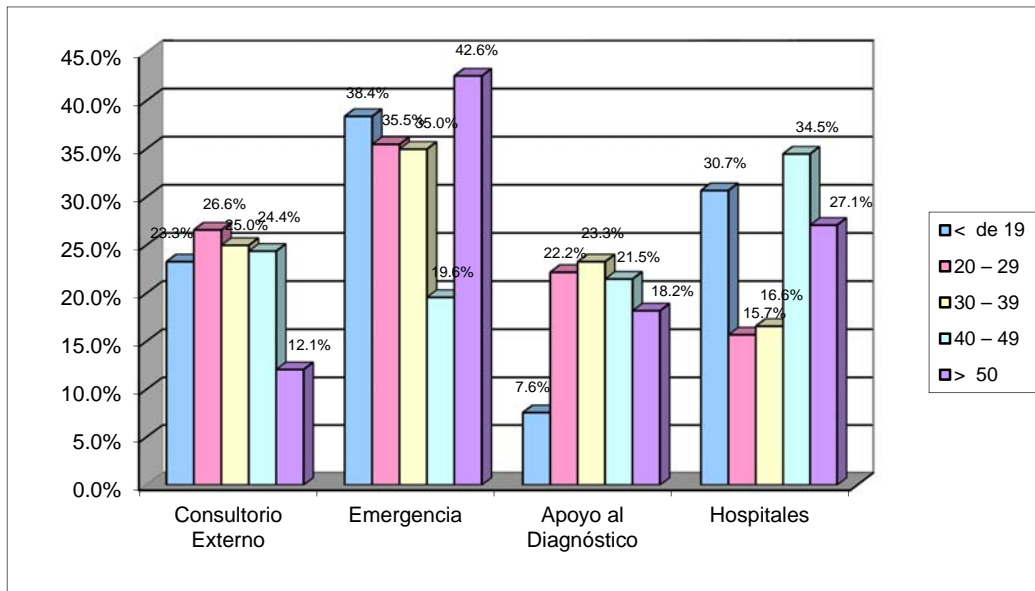
De los pacientes de 40 á 49 años, los mayores porcentajes del 34.5% y 24.4% fueron referidos a las unidades de Hospitalización y Consulta Externa y de los pacientes de más de 50 años, el mayor porcentaje (42.6%) fue referido a la Unidad de Emergencia.

Las unidades productoras más requeridas por el sistema de referencias del Hospital “JPM” de la Policía Nacional del Perú fueron el Servicio de Emergencia, Hospitalización y Consultorios Externos.



GRÁFICO N° 8

**PACIENTES REFERIDOS DEL HOSPITAL REGIONAL JULIO PINTO
MANRIQUE DE LA POLICÍA NACIONAL DEL PERÚ SEGÚN
DESTINO DE REFERENCIA POR EDAD.**



CUADRO N° 9

**PACIENTES REFERIDOS DEL HOSPITAL REGIONAL JULIO PINTO
MANRIQUE DE LA POLICÍA NACIONAL DEL PERÚ SEGÚN
UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS POR GÉNERO.**

Unidad Productora de Servicios Género	Consultorio Externo		Emergencia		Apoyo al Diagnóstico		Hospita- lización		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Masculino	29	19.5	22	14.8	31	20.8	67	44.9	14.9	100.0
Femenino	21	16.4	75	58.6	22	17.2	10	7.8	12.8	100.0
TOTAL	50	18,0	97	35.0	53	19.1	77	27.9	277	100.0

Fuente: Elaboración propia. Arequipa, 2010

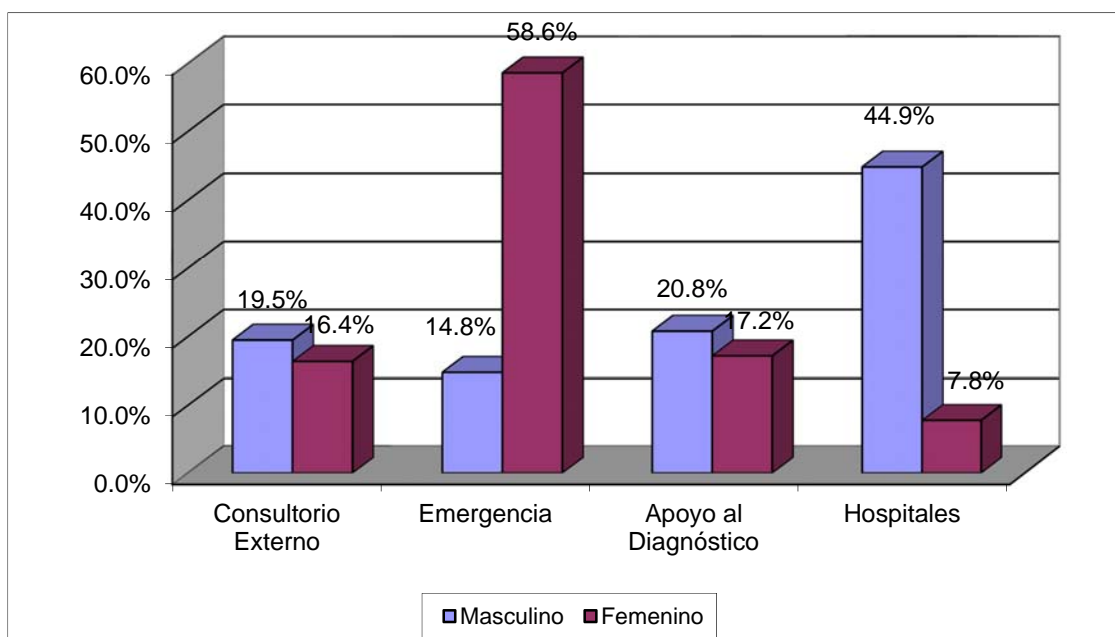
Del 100.0% de pacientes del género masculino que fueron referidos a los hospitales del MINSA y EsSalud, el 44.9% fue a la Unidad Productora de hospitalización; el 20.8% a la de Apoyo al diagnóstico; el 19.5% a la Consulta Externa y el 14.8% a la de Emergencia.

Del 100.0% de pacientes del género femenino, el 58.6% fue al Servicio de Emergencia y en porcentajes similares (16.4% y 17.2%) a la de Consulta Externa y Apoyo del Diagnóstico.

En el género masculino, la Unidad Productora de Hospitalización fue la más requerida y en el género femenina, la de Emergencia.

GRÁFICO N° 9

PACIENTES REFERIDOS DEL HOSPITAL REGIONAL JULIO PINTO MANRIQUE DE LA POLICÍA NACIONAL DEL PERÚ SEGÚN UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS POR GÉNERO.



CUADRO N° 10

**PACIENTES REFERIDOS DEL HOSPITAL REGIONAL JULIO PINTO
MANRIQUE DE LA POLICÍA NACIONAL DEL PERÚ SEGÚN
DESTINO DE REFERENCIA POR ÉSTADO CIVIL.**

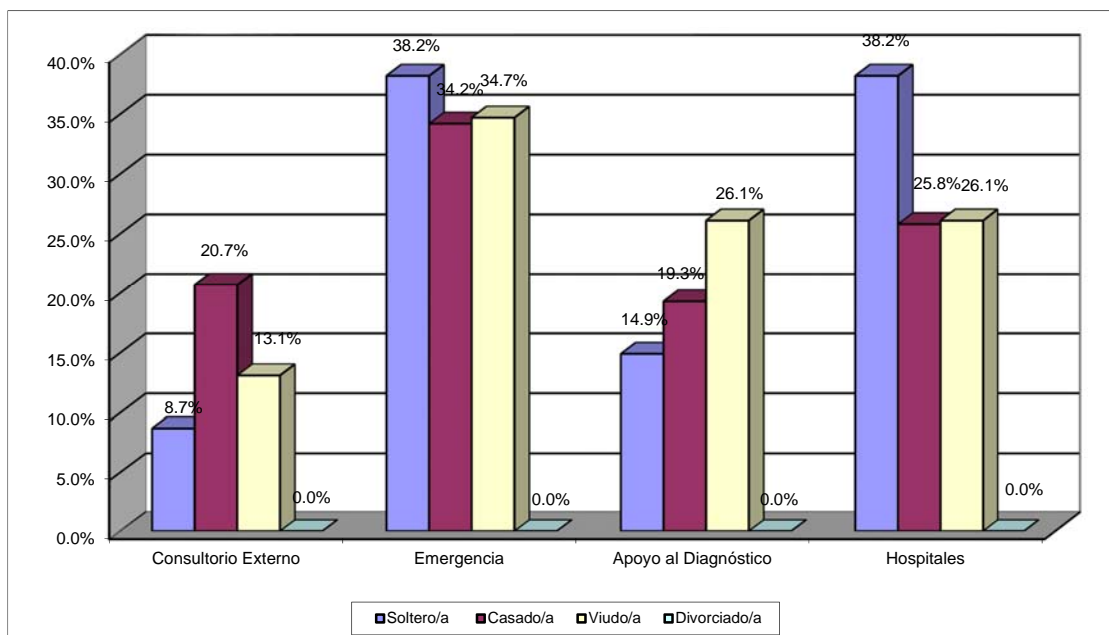
Unidad Productora de Servicios Estado Civil	Consultorio Externo		Emergencia		Apoyo al Diagnóstico		Hospitalización		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Soltero/a	4	8.7	18	38.2	7	14.9	18	38.2	47	100.0
Casado/a	43	20.7	71	34.2	40	19.3	25.8	25.8	207	100.0
Viudo/a	3	13.1	8	34.7	6	26.1	26.1	26.1	23	100.0
Divorciado/a	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	100.0
TOTAL	50	18,0	97	35.0	53	19.1	77	27.9	277	100.0

Fuente: Elaboración propia. Arequipa, 2010

En relación al estado civil, del 100.0% de pacientes solteros, los mayores porcentajes (38.2%) corresponden a las Unidades Productoras de Emergencia y hospitalización, respectivamente. Del 100.0% de pacientes casados, las unidades productoras más requeridas son Emergencia (34.2%) y Hospitalización (25.8%). Del 100.0 % de pacientes, cuyo estado civil es viudo/a, las unidades productoras mayormente requeridas son Emergencia (34.7%), Hospitalización y Apoyo al Diagnóstico con el 26.1% respectivamente.

GRÁFICO N° 10

**PACIENTES REFERIDOS DEL HOSPITAL REGIONAL JULIO PINTO
MANRIQUE DE LA POLICÍA NACIONAL DEL PERÚ SEGÚN
DESTINO DE REFERENCIA POR ÉSTADO CIVIL.**



CUADRO N° 11

**PACIENTES REFERIDOS DEL HOSPITAL REGIONAL JULIO PINTO
MANRIQUE DE LA POLICÍA NACIONAL DEL PERÚ SEGÚN
DESTINO DE REFERENCIA POR GRADO OFICIAL.**

Unidad Productiva Destino de Referencia	Consultorio Externo		Emergencia		Apoyo al Diagnóstico		Hospita- lización		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Grado Oficial										
Oficiales	9	19.5	6	21.1	3	10.7	10	35.1	29	100.0
Sub-oficiales	49	16.4	30	23.8	20	16.5	27	21.4	126	100.0
TOTAL	58	37,6	36	23.3	23	14.8	37	24.3	154	100.0

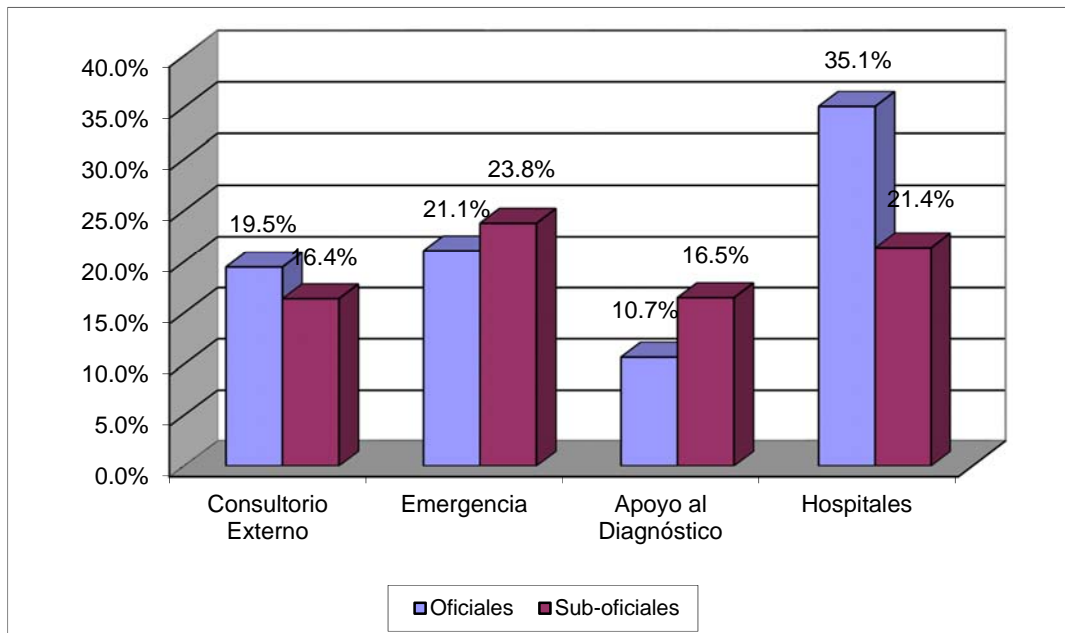
Fuente: Elaboración propia. Arequipa, 2010

En el Cuadro anterior se observa que las Unidades Productoras mayormente requeridas por los pacientes con grado de oficial referidos del Hospital Regional de la Policía del Perú son la de Hospitalización (35.1%) y Consulta Externa (32.1%).

En los pacientes con grado de suboficiales, son las de Consulta Externa (38.3%) y Emergencia (23.8%). En este cuadro sólo se considera a pacientes titulares.

GRÁFICO N° 11

**PACIENTES REFERIDOS DEL HOSPITAL REGIONAL JULIO PINTO
MANRIQUE DE LA POLICÍA NACIONAL DEL PERÚ SEGÚN
DESTINO DE REFERENCIA POR GRADO OFICIAL.**



CUADRO N° 12

**PACIENTES REFERIDOS DEL HOSPITAL REGIONAL JULIO PINTO
MANRIQUE DE LA POLICÍA NACIONAL DEL PERÚ SEGÚN
UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS POR
CONDICIÓN POLICIAL.**

Unidad Productora de Servicios Condición	Consultorio Externo		Emergencia		Apoyo al Diagnóstico		Hospitalización		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Titular	42	27.2	32	20.1	29	18.8	52	73.9	154	100.0
Familiar	8	6.5	66	53.6	24	19.5	25	20.4	123	100.0
TOTAL	50	18,0	97	35.0	53	19.1	77	27.9	277	100.0

Fuente: Elaboración propia. Arequipa, 2010

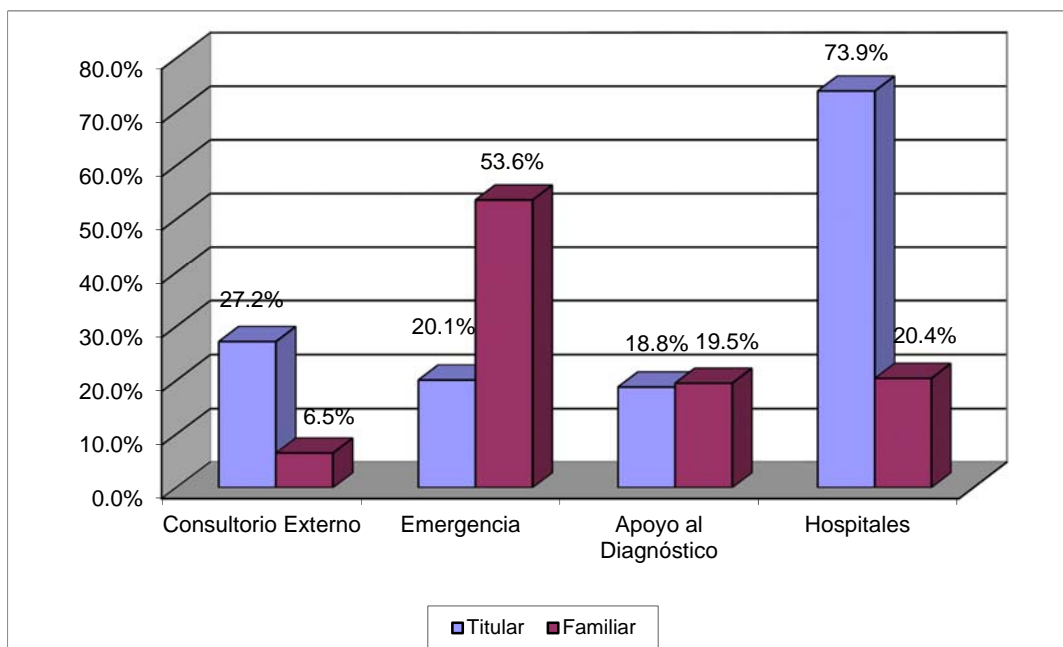
En el Cuadro anterior, se aprecia que del 100.0% de los pacientes de condición titular, el 27.2% fueron referidos a consultorios externos; el 20.1%, al Servicio de Emergencia y el 73.9% a Hospitalización.

Del 100.0% de los pacientes de condición familiar, el 53.6% fueron referidos al Servicio de Emergencia; el 20.4% a hospitalización y el 19.5% a apoyo al Diagnóstico.

Los resultados hallados muestran que las referencias a los servicios de Emergencia y hospitalización de los pacientes de condiciones titulares y familiares son las mayores.

GRÁFICO N° 12

**PACIENTES REFERIDOS DEL HOSPITAL REGIONAL JULIO PINTO
MANRIQUE DE LA POLICÍA NACIONAL DEL PERÚ SEGÚN
UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS POR
CONDICIÓN POLICIAL.**



CUADRO N° 13

**PACIENTES REFERIDOS DEL HOSPITAL REGIONAL JULIO PINTO
MANRIQUE DE LA POLICÍA NACIONAL DEL PERÚ SEGÚN
MOTIVO QUE OCASIONÓ LA REFERENCIA**

MOTIVO	N°	%
- Ausencia de médico especialista.	77	27.7
- Pacientes críticos que requieren atención intensiva.	147	53.0
- Pacientes que requieren de procedimientos especiales.	53	19.3
TOTAL	277	100.0

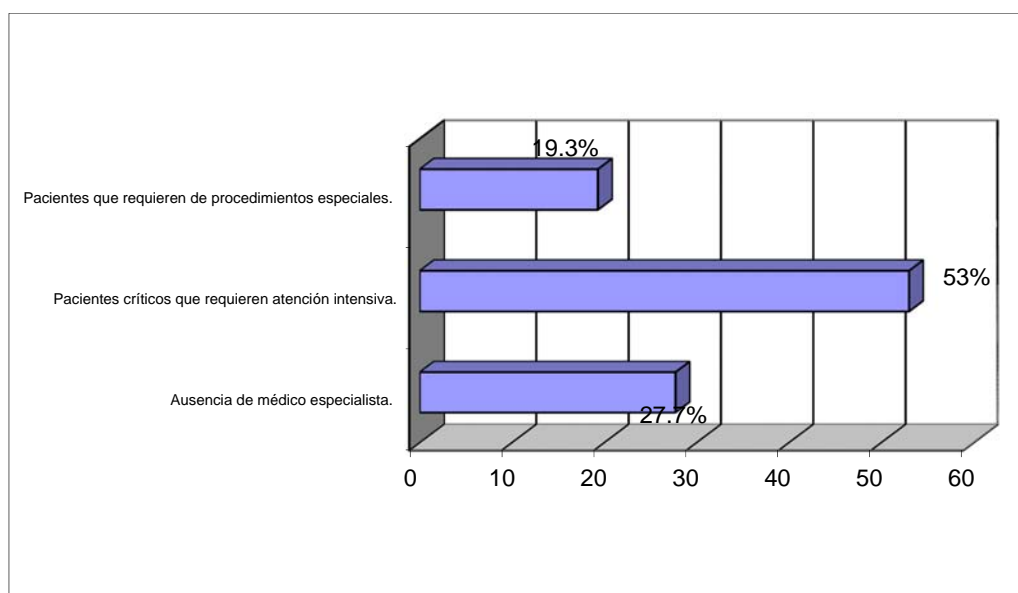
Fuente: Elaboración propia. Arequipa, 2010

En el presente cuadro se observa que del 100.0% de pacientes referidos a los hospitales del MINSA y EsSalud, el mayor porcentaje (53.0%) fue porque eran pacientes en estado crítico por presentar cuadros agudos respiratorios, neurológicos, cardiovasculares y renales.

El 27.7% fueron referidos por ausencia de médicos especialistas, que según su patología los requerían. Sólo el 19.3% fue referido porque era necesario pruebas de laboratorio para abordar al Diagnóstico definitivo y/o algún tratamiento especial.

GRÁFICO N° 13

PACIENTES REFERIDOS DEL HOSPITAL REGIONAL JULIO PINTO MANRIQUE DE LA POLICÍA NACIONAL DEL PERÚ SEGÚN MOTIVO QUE OCASIONÓ LA REFERENCIA



3. SISTEMA DE CONTRARREFERENCIAS

CUADRO N° 14

**PACIENTES CONTRARREFERIDOS DEL HOSPITAL REGIONAL JULIO
PINTO MANRIQUE DE LA POLICÍA NACIONAL DEL PERÚ SEGÚN
MOTIVO RESULTADO OBTENIDO**

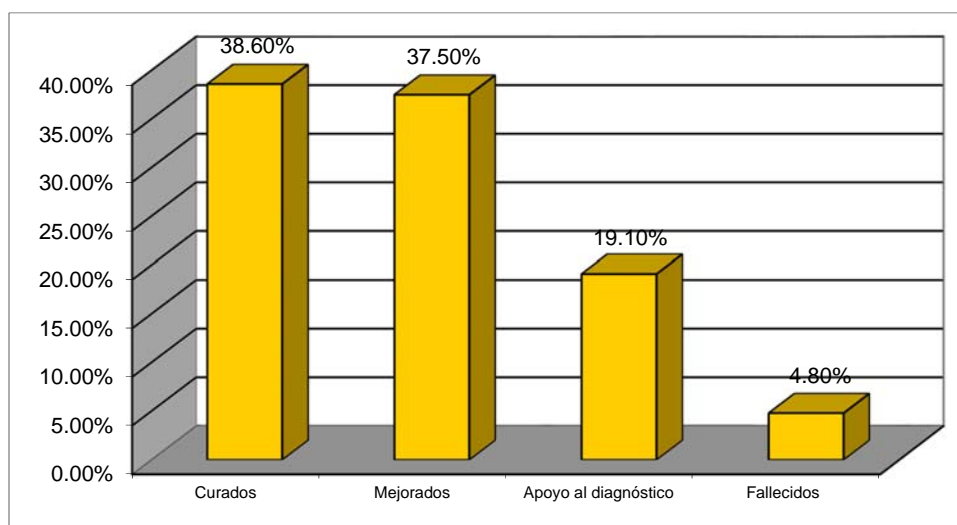
RESULTADO	N°	%
- Curados	107	38.6
- Mejorados	104	37.5
- Apoyo al diagnóstico	53	19.1
- Fallecidos	13	4.8
TOTAL	277	100.0

Fuente: Elaboración propia, Arequipa. 2010

En el cuadro anterior, se observa que del total de pacientes referidos a los hospitales del MINSA y EsSalud, el 76.1% acumulado representa a los pacientes que fueron curados y/o en proceso de recuperación o mejoría del estado de salud. El 19.1% de pacientes les solucionaron el problema de salud mediante la realización de pruebas de laboratorio y el menor porcentaje del 4.8%, corresponde a los pacientes fallecidos.

GRÁFICO N° 14

PACIENTES REFERIDOS DEL HOSPITAL REGIONAL JULIO PINTO MANRIQUE DE LA POLICÍA NACIONAL DEL PERÚ SEGÚN MOTIVO RESULTADO OBTENIDO



4. DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

En el estudio de Sistema de referencias y contrarreferencias de pacientes del Hospital Regional Julio Pinto Manrique de la Policía Nacional del Perú. Se han realizado 931 referencias al MINSA y EsSalud en el año 2009 de los cuales el estudio se realizó con 277 historias clínicas seleccionadas.

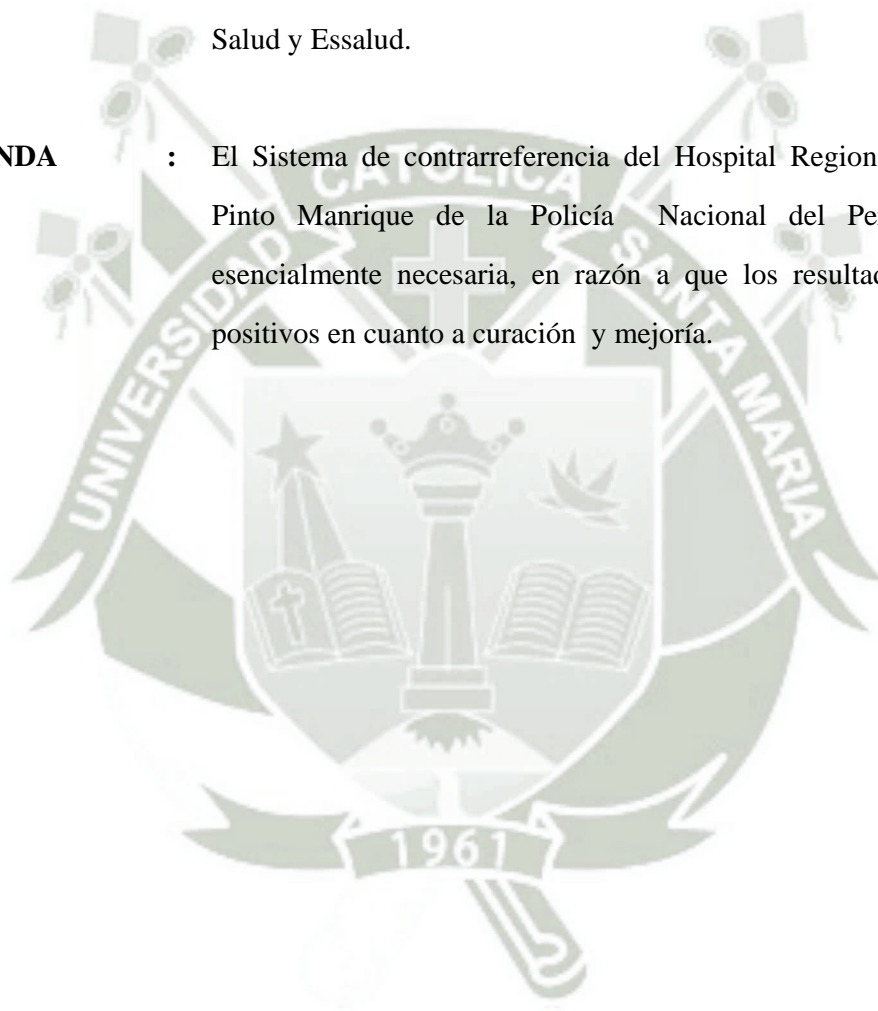
El mayor porcentaje de las referencias (53.0%) fueron por el estado crítico del paciente que necesitaban unidades críticas en hospitales de mayor capacidad resolutive para su atención, lo que fue adecuado el direccionamiento médicos y coincide con el estudio de Sierra Tamayo Mauricio sobre “Pertinencia de Remisiones generadas en la Red Adscrita de la Secretaria Distrital de Salud de Bogotá”. Donde el 80% de las remisiones fueron pertinentes en la decisión médica. El direccionamiento fue adecuado en el 50.4% de las remisiones. Las remisiones efectivas fueron el 53.1% del total.

El total de pacientes referidos al Ministerio de Salud y EsSalud el 100% de los mismos fueron contrarreferidos lo que difiere del Estudio de Zamudio Gutierrez, Alfredo (2000) Chachapoyas. Mejoramiento del Sistema de Referencias y Contrarreferencias de la Red de Servicios de Salud – Chachapoyas. DIRESA donde sólo el 16% tuvieron la Contrarreferencia respectiva.

El Hospital Julio Pinto Manrique de la Policía Nacional del Perú tiene convenios con el Ministerio de Salud y EsSalud, en el que se precisa un pago por la atención de cada paciente referido y hay un monitoreo constante de dichos pacientes.

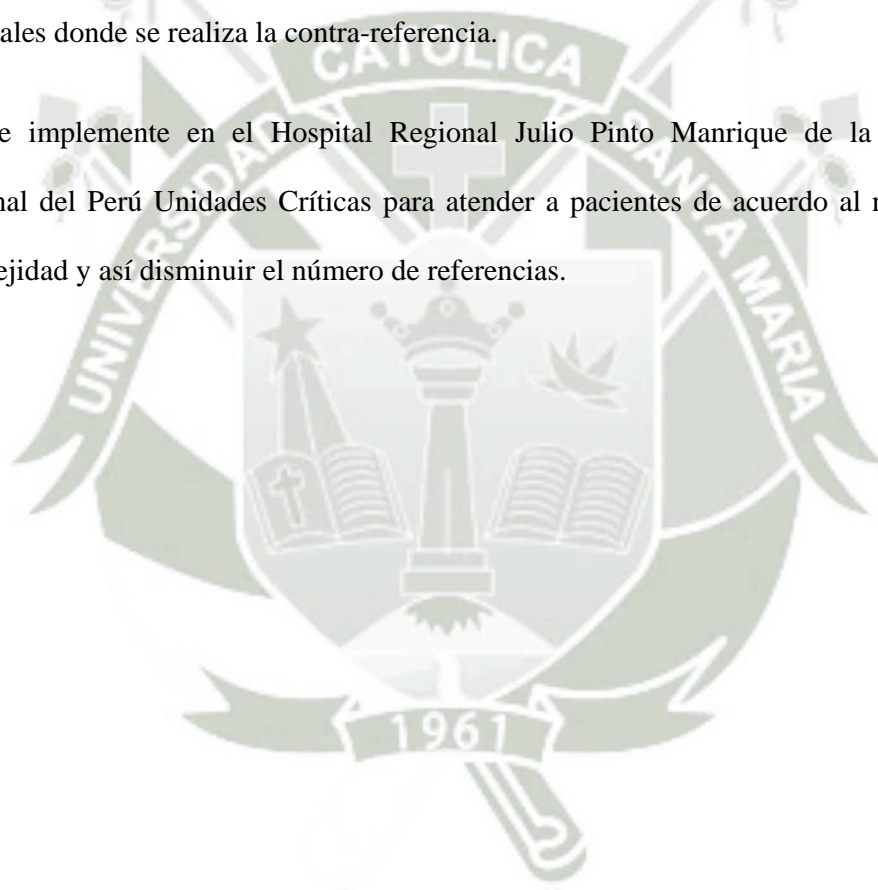
CONCLUSIONES

- PRIMERA** : En el Sistema de referencias del Hospital Regional Julio Pinto Manrique de la Policía Nacional del Perú posee como características más saltantes el que se refieren a pacientes con grado de dependencia II y a unidades críticas del Ministerio de Salud y Essalud.
- SEGUNDA** : El Sistema de contrarreferencia del Hospital Regional Julio Pinto Manrique de la Policía Nacional del Perú es esencialmente necesaria, en razón a que los resultados son positivos en cuanto a curación y mejoría.



RECOMENDACIONES

1. Se sugiere a la Dirección del Hospital Regional Julio Pinto Manrique de la Policía Nacional del Perú en Arequipa evalúe y reajuste los lineamientos para las referencias y contra-referencias, sólo así se podrá fundamentar y/o justificar la causa de la referencia y la eficacia de la atención tanto en el Hospital de Referencia como en los Hospitales donde se realiza la contra-referencia.
2. Que se implemente en el Hospital Regional Julio Pinto Manrique de la Policía Nacional del Perú Unidades Críticas para atender a pacientes de acuerdo al nivel de complejidad y así disminuir el número de referencias.



PROPUESTA
LINEAMIENTOS PARA LA REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA
DE PACIENTES DEL HOSPITAL REGIONAL JULIO PINTO
MANRIQUE DE LA POLICIA NACIONAL DEL PERU

I. PRESENTACIÓN

El Hospital Regional Julio Pinto Manrique busca brindar una atención integral de salud, respetando la vida humana, el derecho y la dignidad de la persona, con autonomía administrativa y financiera, basada en una gestión estratégica, eficiente, y participativa, orientada al logro de resultados.

Las demandas crecientes de atención médica de la población policial, la transición epidemiológica que vive el país, y la necesidad de incrementar la calidad de la atención médica ofrecida al usuario, han hecho del envío de pacientes un procedimiento cada vez más utilizado. Esto ha motivado la formación de un grupo de trabajo que permita, por un lado, la coordinación con MINSA y Es Salud y por otro el mejor aprovechamiento de los recursos humanos y materiales disponibles para la creación de los lineamientos para el proceso de referencias y contrarreferencias de pacientes.

El grupo de trabajo está conformado por 04 personales de salud, 01 médico, 01 enfermera, 01 asistente social, 01 personal de cómputo.

II. ANTECEDENTES

El Hospital Regional Julio Pinto Manrique de la Policía Nacional del Perú realiza gran porcentaje de referencias que pueden ser atendidas en nuestra unidad productora de salud, esta situación se da por la falta de lineamientos de referencias y contrarreferencias con los que nos podamos regir para realizar este procedimiento.

III. JUSTIFICACIÓN

Los Lineamientos para la Referencia y Contrarreferencia de Pacientes del Hospital Regional Julio Pinto Manrique de la Policía Nacional del Perú constituyen una herramienta administrativa dirigida a mejorar la coordinación entre las diferentes unidades de atención médica involucradas, con el objetivo de elevar la calidad del servicio que se brinda a este grupo poblacional mediante una atención integral, oportuna y de optimización de recursos.

El presente documento permite incidir en los problemas más comunes del sistema de referencia y contrarreferencia de pacientes; tales como:

- Retrasos de Atención
- Duplicidad de Recursos y Esfuerzos
- Elevación de costos
- Interrupción de tratamientos y desplazamiento innecesario de pacientes; traduciéndose en insatisfacción de los usuarios, tanto externos (pacientes) como internos (personal de salud que utiliza el sistema)

El esfuerzo de coordinación tiene el fin de promover una participación responsable y organizada de todos los elementos del sistema para beneficio de la población.

IV. OBJETIVOS

4.1. GENERAL

- 4.1.1. Establecer un sistema de atención médica escalonado permanente y continuo entre los niveles de atención.
- 4.1.2. Coordinar los procedimientos de envío de pacientes entre las diferentes unidades médicas del MINSA Y Es Salud.

4.2. ESPECIFICOS

- 4.2.1. Estandarizar el formato de referencia/ contrarreferencia

- 4.2.2. Conformar un equipo de trabajo para evaluar y corregir las desviaciones del proceso y realizar adecuaciones en caso necesario.

V. LINEAMIENTOS

5.1. GENERALES

- 5.1.1. La referencia/contrarreferencia es un procedimiento administrativo de coordinación entre el MINSA y Es Salud.
- 5.1.2. La referencia/contrarreferencia de pacientes se realizará en el marco de los lineamientos de referencias y contrarreferencias del Hospital Regional de la Policía Nacional del Perú.
- 5.1.3. Las instituciones involucradas suscribirán un convenio para la atención de pacientes referidos.
- 5.1.4. El Comité de Referencia/Contrarreferencia es la instancia responsable de regular los procedimientos.
- 5.1.5. Para fines del cumplimiento de los Lineamientos, los tres niveles de atención asumirán los derechos y obligaciones correspondientes.
- 5.1.6. Las instituciones participantes evaluarán la operación de los procedimientos en forma periódica mediante reuniones trimestrales con representantes que tengan poder de decisión, y en forma permanente por la vía telefónica según se requiera.
- 5.1.7. Se asignará un responsable por unidad operativa, a fin de coordinar y vigilar el adecuado desarrollo de actividades.
- 5.1.8. Cada institución aplicará su clasificación socioeconómica de acuerdo a sus lineamientos internos.

- 5.1.9. Los estudios de laboratorio y rayos “X” serán utilizados por los tres niveles de atención, evitando dispendio, optimizando tiempos y disminuyendo costos de atención, solamente se repetirán los estudios en forma estrictamente justificada lo cual deberá supervisarse periódicamente.
- 5.1.10. La totalidad de las unidades involucradas conformarán la Red de Servicios. Los lineamientos serán aplicables en las unidades médicas de los tres niveles de atención
- 5.1.11. La operación se realizará mediante el uso de los tres instrumentos de trabajo siguientes:
- a) Carta de Garantía dirigida a la institución de referencia
 - b) Formato de Referencia/Contrarreferencia (SRC) y hoja de transferencia
 - c) Directorio de Unidades para la coordinación con la institución a la que será referido el paciente referencia.
- 5.1.12. El envío de pacientes entre las diferentes unidades se hará considerando:
- a) La capacidad resolutive de la unidad efectora
 - b) Que la unidad receptora cuenta con personal médico y de apoyo y con los insumos apropiados para la atención del paciente.
 - c) La región en que se encuentre el domicilio del paciente.
- 5.1.13. Si el paciente es asegurado en EsSalud se referirá a la unidad que le corresponda.
- 5.1.14. Un paciente es aceptado tomando en cuenta la complejidad de su padecimiento y el nivel resolutive de la unidad que lo atenderá.
- 5.1.15. Estos lineamientos deberán ser revisados y en su caso actualizados cuando el comité lo considere pertinente.
- 5.1.16. Para su operación se requerirá de la difusión a la población usuaria y de la capacitación al personal de los niveles de atención involucrados en los lineamientos.

5.2. DE OPERACIÓN

5.2.1. DE LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN AMBULATORIA.

- 5.2.1.1. Con el propósito de definir la capacidad resolutive de la unidad y lograr con ello oportunidad en la referencia, el personal médico y paramédico deberá conocer y consultar la Lista de Padecimientos por Niveles de Atención.
- 5.2.1.2. La atención médica se brindará, teniendo en cuenta:
- 1) la complejidad de la patología del paciente,
 - 2) los recursos de la unidad que lo atiende.
- 5.2.1.3. En todos los casos deberá efectuarse el registro de dichos pacientes mediante los documentos necesarios (historia clínica, y registro del sistema de referencia / contrarreferencia del Hospital Regional Julio Pinto Manrique de la Policía Nacional del Perú).
- 5.2.1.4. Si el caso lo amerita y no es urgente; ni requiere hospitalización inmediata debe ser enviado mediante el procedimiento de referencia ambulatoria. Se elaborará además, la hoja de referencia / contrarreferencia.
- 5.2.1.5. Se comunicará al familiar del paciente el motivo de la referencia ambulatoria, se proporcionará el formato previamente llenado, se le indicará nombre y domicilio de la unidad y se le detallará el procedimiento a seguir, enfatizando la importancia de su regreso a la unidad de origen, acompañado de la hoja de contrarreferencia.
- 5.2.1.6 Será responsabilidad del padre o tutor llevar al paciente a la brevedad requerida a la unidad de referencia.

5.2.2. PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN.

- 5.2.2.1. Todo paciente previamente sano, a excepción de los casos de urgencias, deberá acudir para su atención médica preferentemente a la unidad de primer nivel, más cercana a su domicilio.

5.2.2.2. Se realizará visita domiciliaria a los pacientes que no hayan regresado después de haber sido atendidos en otro nivel de atención con el fin de corroborar su asistencia a dichos centros y de efectuar el seguimiento que estos requieren en el caso de que esto sea necesario.

5.2.3. SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN

5.2.3.1. La forma preferente de ingreso a la unidad de segundo nivel será mediante la referencia ambulatoria y/o hospitalaria a partir de una unidad de primer nivel.

5.2.3.2. En el primer caso, o sea por referencia del primer nivel, se recibirá al paciente acompañado con el formato de referencia/contrarreferencia, procurándole un trato preferencial que evite la repetición de acciones anteriormente realizadas en la unidad que refiere y que permita brindarle una atención oportuna y resolutive. Se le indicará la necesidad de su regreso a la unidad de primer nivel, con el propósito de continuar su manejo integral.

5.2.4. TERCER NIVEL DE ATENCIÓN.

5.2.4.1. La forma preferente de ingreso al tercer nivel será mediante la referencia que realicen las unidades de primer o de segundo nivel, debiéndose acompañar al paciente con el formato SRC, en todos los casos.

5.2.4.2. Concluida la atención se contrarreferirá al paciente con el formato correspondiente a la unidad donde se debe recibir el seguimiento.

5.2.4.3. En todos los casos se evitará la retención del paciente en un nivel que no le corresponda.

5.2.5. DE LAS URGENCIAS.

5.2.5.1. Atención de Urgencias en Primer Nivel de Atención.

Si el paciente acude inestable a solicitar atención:

- 1.- Se da la primera atención y se estabiliza al paciente.
- 2.- Se promoverá el traslado inmediatamente a la unidad de 2º nivel más cercano.
Preferentemente en ambulancia y acompañada de un médico.

5.2.5.2. Atención de Urgencias en Segundo y Tercer Niveles de Atención.

5.2.5.2.1. Todas las unidades de segundo y tercer nivel de atención contarán con un servicio de urgencias que permanecerá abierto las 24 horas de los 365 días del año y se mantendrá siempre preparado para brindar a la brevedad, asistencia a todos los pacientes que lo ameriten.

5.2.5.2.2. En cada servicio de urgencias de las unidades médicas a que se refieren estos lineamientos, existirá permanentemente por lo menos, un médico, que fungirá como responsable del servicio.

5.2.5.2.3. Cada vez que se reciba a un paciente en un servicio de urgencias se evaluará la gravedad de su padecimiento y se iniciarán las medidas de estabilización correspondientes, por último se establecerá el nivel que le corresponda así como la unidad a la que deberá enviarse para continuar su atención.

5.2.5.2.4. El servicio de urgencias de cada hospital tendrá a su cargo los trámites relacionados con la referencia/contrarreferencia, así como el procedimiento de referencia hospitalaria en los casos que se requiera.

5.2.5.2.5. En los casos que se requiere hospitalización y no exista lugar disponible para hospitalizarlo en la unidad de primer contacto, se realizará el traslado a otra unidad del mismo nivel de atención, previo aviso a los familiares y a la unidad de referencia.

5.2.5.2.6. Si se presenta alguna condición médica que necesite para su estabilización recursos humanos y materiales no disponibles en la unidad de primer contacto, el paciente será trasladado en las mejores condiciones posibles al nivel de atención que le corresponda, aún sin haberse considerado estable.

5.2.6. DEL TRASLADO INTERHOSPITALARIO

5.2.6.1. Si un paciente es recibido en condiciones inestables y requiere envío a otra unidad, se procurará realizar éste en una ambulancia que cuente con los recursos necesarios para la atención del paciente durante el traslado; siempre con la compañía de un médico y el familiar del paciente. La ambulancia, el equipo de traslado y el médico podrán pertenecer a la unidad receptora o a la que envía, según posibilidades. La unidad que proporcione la ambulancia, el equipo y el médico será la responsable del paciente durante el traslado. Si la ambulancia y el médico pertenecen a la unidad que envía al paciente la responsabilidad de esta última, terminará al momento de entregar al paciente a la unidad receptora. Una vez recibido al enfermo la unidad receptora asumirá la responsabilidad. En caso de que la unidad que envía cuente con un solo médico disponible, el paciente se podrá acompañar durante el traslado de un paramédico.

5.2.6.2. En ocasiones excepcionales podrá utilizarse una ambulancia perteneciente a una institución diferente a la que envía y a la que recibe. En estos casos la responsabilidad se compartirá entre la unidad que envía y la que proporciona los recursos para el traslado.

5.2.6.3. Antes de enviar a un paciente a otra unidad, la unidad receptora deberá tener conocimiento del caso y haber aceptado al paciente. La comunicación se establecerá entre los médicos responsables de cada unidad. Al solicitar el traslado se proporcionará al médico información sobre el diagnóstico, condición de gravedad, tratamiento previo, evolución, sugerencias terapéuticas y recursos que serán requeridos

para su manejo. El paciente estable, que puede ser enviado por sus propios medios sin riesgo y que no requiere hospitalización inmediata podrá enviarse sin previo acuerdo con la unidad receptora.

5.2.6.4. Las condiciones del traslado se acuerdan y respetan entre el médico que envía y el médico que recibe.

5.2.6.5. Una vez aceptado el paciente, la unidad que envía, agilizará la movilización del mismo, informará y orientará al familiar el procedimiento de envío y la unidad receptora reservará de manera garantizada un lugar para éste.

5.2.6.6. En los casos que requieran traslado se emite el formato SRC que incluye:

- a) Un resumen de la evolución del paciente durante su permanencia en la unidad que envía.
- b) Los resultados para los estudios para clínicos realizados así como, en su caso, la indicación de solicitar resultados pendientes y el procedimiento para obtenerlos.
- d) Los tratamientos aplicados y evolución durante su estancia en la unidad que envía.
- e) Las condiciones clínicas del paciente inmediatamente antes de iniciar el traslado.
- f) La sugerencia para el manejo posterior.

5.2.6.7. El traslado del paciente se realiza previa autorización por escrito del familiar responsable de éste.

5.2.6.8. El médico que envía no establece compromisos sobre lo que hará o dejará de hacer la unidad receptora.

5.2.7. DE LA INTERCONSULTA

5.2.7.1. Los recursos humanos o materiales disponibles de MINSA Y Es Salud podrán ser utilizados por pacientes hospitalizados en otra unidad, a través de un procedimiento administrativo denominado interconsulta.

- 5.2.7.2. La interconsulta se realizará previo acuerdo entre quien solicita y quien otorga el servicio.
- 5.2.7.3. La solicitud la realizará el médico tratante o una trabajadora social directamente con el médico responsable del servicio del que trate. Al solicitarla, se informará el diagnóstico del paciente, edad, tratamiento, estudios con los que se cuenta, objetivo de la interconsulta y condiciones generales del paciente.
- 5.2.7.4. La interconsulta se llevará a cabo el día, la hora y en las condiciones acordadas. El paciente será trasladado en ambulancia a la unidad que le proporcionará el servicio. El traslado se realizará en compañía de un médico que conozca el caso, el familiar del paciente y un resumen clínico.
- 5.2.7.5. Durante la interconsulta, la unidad que proporciona el servicio, agilizará los trámites administrativos correspondientes.
- 5.2.7.6. La unidad de envío se hará responsable del paciente durante los traslados a la unidad prestadora del servicio y de su regreso. La unidad prestadora del servicio se responsabilizará del paciente durante su permanencia en esta unidad.
- 5.2.7.7. La interconsulta se llevará a cabo en el área que la institución interconsultada designe.
- 5.2.7.8. Si el paciente se considera inestable, permanecerá en el servicio de Emergencia bajo vigilancia de los médicos de esa área, mientras el médico interconsultante acudirá a este sitio a prestar el servicio, el médico solicitante de la interconsulta, se coordinará tanto con el interconsultante como con el responsable del servicio de urgencias para que el proceso se lleve a cabo en forma satisfactoria.

5.2.8. DE LA CONTRARREFERENCIA

- 5.2.8.1. La contrarreferencia es el procedimiento por el cual un paciente que inicialmente fue enviado de otra unidad dentro de la red es regresado a la unidad de primer contacto.
- 5.2.8.2. El paciente contrarreferido debe llevar una nota que especifique el diagnóstico efectuado las recomendaciones para el manejo posterior y si debe o no regresar a la unidad que contrarrefiere.
- 5.2.8.3. El paciente es contrarreferido al sitio de donde se envió originalmente con el fin de que se retroalimente al personal que lo refirió y de que continúe recibiendo seguimiento
- 5.2.8.4. El paciente que recibe atención ambulatoria de un problema específico de segundo o tercer nivel de atención se contrarrefiere inmediatamente después de la primera cita independientemente de que tenga citas pendientes en la unidad que contrarrefiere.
- 5.2.8.5. Los pacientes atendidos por un problema que ameritó segundo nivel de atención son contrarreferidos a la brevedad a la unidad de primer nivel. Los pacientes que recibieron atención en tercer nivel son contrarreferidos a 2º nivel. En casos excepcionales el seguimiento pediátrico se llevará a cabo en la misma unidad donde se atiende el o los problemas específicos. Para problemas crónicos y recurrentes, la lista de Padecimientos por niveles de atención específica quien dará el seguimiento general.

5.2.9. DE LA ATENCIÓN DE CASOS DE NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA Y MÉDICO LEGALES.

- 5.2.9.1. En los casos de atención a padecimientos transmisibles de notificación obligatoria, el personal de la unidad donde ocurrió el primer contacto, será el responsable de ésta (a fin de evitar duplicidades).

5.2.9.2. En los casos médicos legales, el personal de la unidad de primer contacto será el responsable de la notificación al Ministerio Público correspondiente.

VI. CONTROL

6.1. INFORMACION

- 6.1.1. Se registrará **referencia**, cuando se envía un paciente mediante el formato SRC a otra unidad, con el fin de que apoye en su diagnóstico o tratamiento.
- 6.1.2. Se registrará **contrarreferencia**, cuando la unidad de apoyo, posterior a la atención del paciente referido, lo envía con su contrarreferencia a al unidad de primer contacto.
- 6.1.3. En aquellos casos que un paciente solicite directamente la atención en un nivel diferente del que requiere la complejidad de su patología, el médico que lo atiende deberá elaborar hoja de **transferecia** anotando además en la hoja de registro diario de actividades en la columna de observaciones.

Así mismo, en cada unidad operativa, deberá existir una libreta de registro para el control de la referencia y contrarreferencia

6.2. SUPERVISION

- 6.2.1. La supervisión será de dos tipos:
 Interna: por personal de la propia unidad.
 Externa: la realizará el personal supervisor del MINSA.
- 6.2.2. La supervisión abordará aspectos como: conocimiento del sistema por parte del personal, correcto manejo del formato SRC, registro en la historia clínica utilización del Manual de Procedimientos para la Referencia y contrarreferencia de Pacientes.

6.3. EVALUACION DEL PROGRAMA

6.3.1. Con una periodicidad trimestral se celebrarán reuniones con los Integrantes de la oficina de referencias y contrarreferenciar seguimiento a las acciones realizadas.

6.3.2. El responsable de cada unidad operativa se encargará de realizar la autoevaluación utilizando los indicadores que a continuación se presentan:

Contrarreferencia:

Pacientes recibidos con nota de envío por unidad médica / pacientes contrarreferidos

Transferencia:

BIBLIOGRAFIA

- MINSA(2005).Técnicas del Sistema de Referencia y Contrarreferencia. Lima-Perú.
- www.Salud.gob.my/unidades/cd/documentos/docsal.pdf.

HOJA DE REFERENCIA

I Número de Expediente _____
No de Control _____ Clasificación socioeconómica _____ Urgencia Si _____ No _____ Fecha: _____
Nombre: _____ Edad _____ Sexo _____
Apellido Paterno Apellido Materno Nombre años meses días
Familiar responsable: Nombre: Parentesco: _____

II
Médico que envía: _____ Unidad que envía: _____
Médico que recibe _____ Unidad receptora _____
Domicilio de unidad receptora: _____

Servicio(s) al que se envía: _____

III.
El paciente ha sido manejado previamente en unidad que envía*: Si _____ No _____
Padecimiento actual: _____

Evolución: _____

Estudios Paraclínicos: _____

Diagnóstico Inicial: _____
Condición clínica previa a su envío: Peso _____ Talla _____ Temperatura _____ F.C. _____
FR _____ TA _____ Escala Glasgow: _____ Silverman: _____ Llenado capilar: _____
Examen clínico: _____

IV
Diagnóstico Final o de Envío: _____
Motivo de envío: _____
*en caso negativo pase a sección siguiente
Firma de médico que envía: _____

CONTRARREFERENCIA
Fecha de envío: _____ Hospital al que se envía _____
Medico que envía: _____ Cargo: _____

II
Padecimiento actual: _____

Evolución: _____

Estudios paraclínicos: _____

Diagnóstico Inicial: _____
Condición clínica previa a su envío: Peso _____ Talla _____ Temperatura _____ F.C. _____
FR _____ TA _____ Escala Glasgow: _____ Silverman: _____ Llenado capilar: _____
Examen clínico: _____

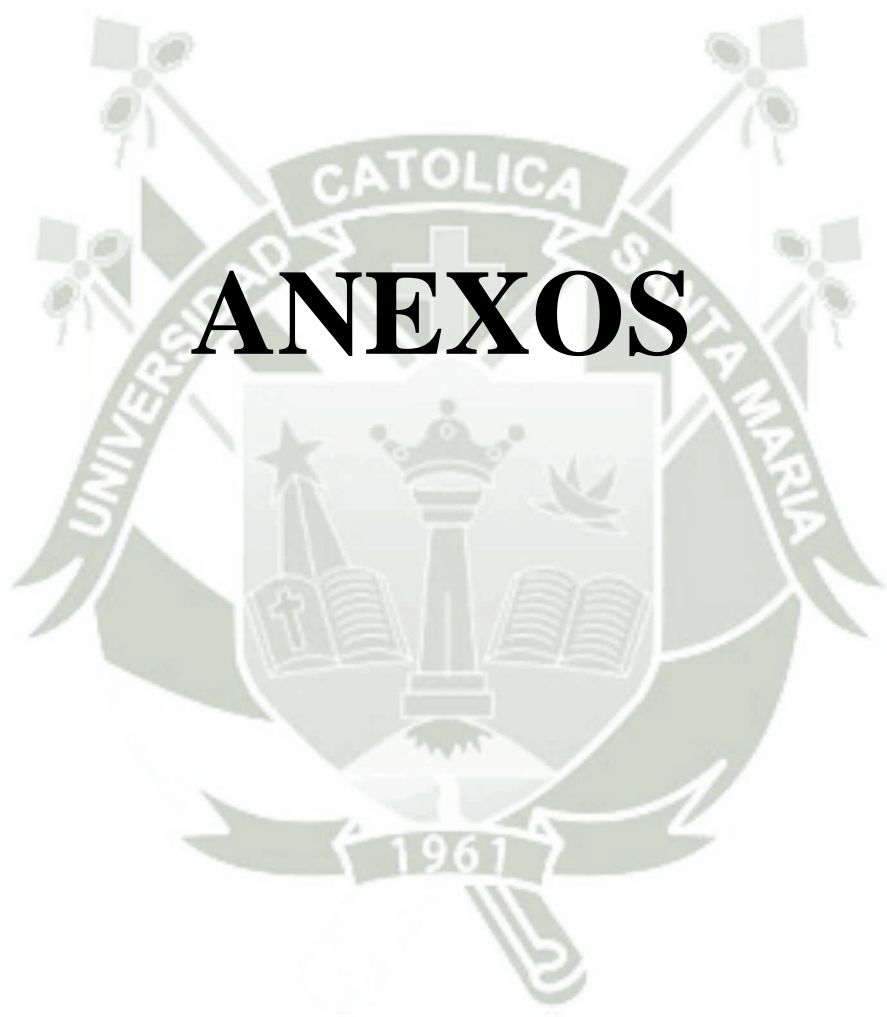
Diagnóstico final: _____

III
Recomendación para su manejo: _____

Debe regresar: Si _____ No _____ Fecha: _____
En caso de dudas comunicarse con _____ Tel. _____ Ext _____
Firma de médico que envía _____

BIBLIOGRAFÍA

1. AGURTO Tomás, et al, (2005) Estadística, 4ta Ed. Pirámide, México.
2. ANDER EGG - E. (2008) Técnicas de Investigación Social. 5ta Ed. Reimpresión Humanitas. México.
1. ARRIAGA, Irma (2005) "Políticas y Programas de Salud en América Latina"
2. ERRASTI, Francisco (2006) Principios de Gestión Hospitalaria. 2da. Edit. Madrid., McGraw-Hill Interamericana
3. GARCÍA SERVEN, José R. (2007). Sistema de Referencias y Contrarreferencias de Pacientes. México
4. GENG BLAS, Juana Patricia. (2007) Unidad de Referencias y Contrarreferencias. Lima - Perú
5. L.I. Dávila Campos, Claudia Miriam (Agosto – 2007) “Sistema de Referencias y Contrarreferencias”.
6. MINSa (2005). Técnica del Sistema de Referencias y Contrarreferencias. Lima-Perú
7. OMS./WH/HST (2007) Cooperación para el fortalecimiento de los Sistemas de Información en Salud. Washington, USA.
8. OPS/OMS (2002) Nuevos modelos de Gestión Pública.-Caracas, Venezuela
9. PIÑIRO MALDONADO, Alvino Segundo (2004). Modelo Local de Descentralización del Servicio de Atención Primaria de salud. Colombia
10. VALENZUELA SOTO Reyna G. (2009) "Sistema de Referencias y Contrarreferencias" AS, SIN.
11. VARO, Jaime (2004).Gestión Estratégica de la Calidad en los servicios sanitarios. Un modelo de gestión hospitalaria. Edit. Díaz de Santos. Madrid, España



ANEXOS



ANEXO N° 1
PROYECTO DE TESIS

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

ESCUELA DE POST-GRADO

MAESTRÍA DE GERENCIA EN SALUD



SISTEMA DE REFERENCIAS Y CONTRARREFERENCIAS DE
PACIENTES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL REGIONAL
JULIO PINTO MANRIQUE DE LA POLICÍA NACIONAL DEL
PERÚ. AREQUIPA, 2010

Proyecto de Tesis presentado por la
Bachiller:

JENNY ELIZABETH ESPINOZA LINARES

Para optar el Grado Académico de:
Magíster en Gerencia en Salud

AREQUIPA – PERU
2010

I. PREÁMBULO

"El Sistema de Referencias y Contrarreferencias (SRC) es el conjunto ordenado de procedimientos administrativos y asistenciales, a través del cual se asegura la continuidad de la atención de las necesidades de salud de los usuarios, transfiriéndolos de la comunidad o establecimiento de salud de menor a otro de mayor capacidad resolutive".¹

La demanda creciente de atención médica en la población policial, la necesidad creciente de incrementar la calidad y cantidad de los servicios de atención médica que se ofertan a la población policial, la baja y deficiente dotación de recursos en nuestro establecimiento de salud, ha hecho de la referencia y contrarreferencia de pacientes un procedimiento muy común, que al estar bien implementado, permite el desplazamiento "justificado" del enfermo hacia establecimientos con mejor o mayor capacidad de respuesta a las necesidades del paciente.

Toda referencia incluye el intercambio de información, el apoyo técnico administrativo y la supervisión y análisis periódico de la dinámica y funcionamiento de la red asistencial y demostrar, así, la capacidad conjunta ó compartida de los establecimientos en satisfacer la demanda de atención a la población y las oportunidades que se nos ofrecen.

Actualmente, el Hospital Regional "Julio Pinto Manrique de la PNP", realiza en promedio mensual, 50 referencias de emergencia para tratamiento y 30 referencias para exámenes de apoyo al diagnóstico a Es Salud y MINSA denotándose la escasa

¹ Normas Técnicas del Sistema de Referencias y Contrarreferencias de los establecimientos de Salud – Vol. 1 2005

capacidad resolutive a pesar de estar catalogado como un Hospital Regional.

Cada año en las evaluaciones por los altos mandos el cuestionamiento es por los altos costos que FOSPOLI paga a otras instituciones de salud por las referencias que se realizan, siempre exigen que se reduzca al mínimo estas referencias. El estudiar el Sistema de Referencias en el Hospital Regional “Julio Pinto Manrique” de la PNP de Arequipa podría identificar las deficiencias o debilidades y poder contribuir a registrar el Sistema de Referencias y Contrarreferencias en beneficio de los pacientes y de la institución.



II. PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Enunciado del problema

SISTEMA DE REFERENCIAS Y CONTRAREFERENCIAS DE
PACIENTES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL REGIONAL JULIO
PINTO MANRIQUE DE LA POLICÍA NACIONAL DEL PERÚ.
AREQUIPA, 2010

1.2. Descripción del Problema

1.2.1. Ubicación del Problema

- a. Campo : Ciencias de la Salud
- b. Área : Gerencia en Salud
- c. Línea : Servicios de Salud

1.2.2. Análisis de Variables

El estudio tiene dos variables:

Primera :Referencia de Pacientes

Segunda :Contrarreferencia de pacientes

Variable	Indicadores
<p>Primera Referencia de pacientes</p> <p>La Referencia es el procedimiento que posibilita la transferencia de la responsabilidad del cuidado de la salud de un paciente a otro establecimiento de salud de mayor capacidad resolutive.</p>	<p>Pacientes referidos a la unidad productora de consulta externa. Pacientes referidos a la unidad productora de Emergencia Pacientes referidos a la unidad productora de apoyo al diagnóstico Pacientes referidos a la unidad productora de hospitalización.</p>
<p>Segunda Contra-referencias de Pacientes</p> <p>La Contra-referencia es el procedimiento que se realiza el establecimiento devolviendo responsabilidad del cuidado de la salud de un paciente al establecimiento de salud referente, una vez resulto el problema de salud.</p>	<p>Contrarreferencias curadas Contrarreferencias mejoradas Contrarreferencias atendidas por apoyo al diagnóstico Contrarreferencias por fallecimiento</p>

1.2.3. Interrogantes Básicas

- a. ¿Cómo es el Sistema de Referencias del Hospital Regional de la Policía Nacional del Perú?
- b. ¿Cómo es el Sistema de Contra-referencias del Hospital Regional de la Policía Nacional del Perú?

1.2.4. Tipo y Nivel de Investigación

- a. Tipo :Documental
- b. Nivel :Descriptivo, de corte transversal

1.3. Justificación del Problema

El tema seleccionado para la investigación es original, ya que no se ha encontrado estudios relacionados al Sistema de Referencias.

Asimismo, el estudio es trascendente porque nos va a permitir conocer como se desarrolla el Sistema de Referencias en el Hospital Regional de la Policía Nacional del Perú – Arequipa y determinar si se justifican las referencias de pacientes a otras instituciones, garantizando en base a este sistema la atención oportuna, de calidad a la población policial, reforzando así la capacidad resolutive de nuestra institución.

Desde el punto de vista socioeconómico, es socialmente relevante porque FOSFOLI es un fondo con el que se cubre el pago del costo de pacientes referidos a otras instituciones y esto disminuye el presupuesto para cubrir las otras necesidades del Hospital Regional de la Policía Nacional del Perú – Arequipa para la atención de calidad que se requiere.

El estudio, es también de relevancia científica, en el sentido de que será de utilidad para otros profesionales de salud que se interesen por el tema.

Es factible su realización ya que, dispone de información a través de los formularios de referencias anexadas en las historias clínicas.

2. MARCO CONCEPTUAL

2.1. SISTEMA DE REFERENCIAS

"El Sistema de Referencias es el conjunto ordenado de procedimientos asistenciales y administrativos a través del cual se asegura la continuidad de la atención de las necesidades de salud de los usuarios con la debida oportunidad, eficacia y eficiencia, transfiriéndolo de la comunidad o establecimiento de salud de menor capacidad resolutive a otro de mayor capacidad resolutive"²

² VALENZUELA SOTO R: 2da G. (2009) "Sistema de Referencias y Contrarreferencias" AS, SIN.

La referencia puede provenir de un hospital o unidad de primer nivel de la misma institución, pero también puede venir de otras instituciones cuando se tenga un convenio.

Un sistema de referencia constituye una herramienta que pone, a disposición de los médicos criterios y procedimientos homogéneos que permiten canalizar la demanda para servicios de salud y hacer uso eficiente del sistema de atención...

”³

Por referencia se entiende la derivación del paciente entre un establecimiento de menor capacidad resolutive hacia otro de mayor, menor o igual complejidad en la asistencia, complementación diagnóstica o terapéutica, debido a que los recursos propios y disponibles de primera atención no permiten dar respuesta a las necesidades del paciente, en especial cuando éstas requieren la intervención de personal especializado y tecnología avanzada; y, como contrarreferencia, la derivación de los pacientes en sentido inverso, en el cual se reenvía al establecimiento que refiere la información sobre los servicios prestados y las respuestas e indicaciones a las solicitudes de apoyo asistencial. Criterio este último que también se interpreta como referencia, cuando desde un nivel de alta complejidad se remite al enfermo a uno de menor nivel, en función de necesitar cuidados mínimos para su recuperación ante la naturaleza no compleja de su patología, o cuando se busca descongestionar los niveles de alta complejidad, sobre todo cuando se le vincula con los costos de atención dispensada.⁴

“Existen vacíos en el sistema de referencias de pacientes, en los canales para la participación de los beneficiarios y en la gestión de la salud, demasiado centrada en sus instituciones”⁵

³ PARDO, L. (2007) "Hospitalario Pereira Rossell. Ministerio de Salud Pública", Montevideo-Uruguay

⁴ GARCÍA SERVEN, José R. (2007). Sistema de Referencias y Contrarreferencias de Pacientes. México.

⁵ ARRIAGA, Irma (2005) "Políticas y Programas de Salud en América Latina"

"Su objetivo persigue articular los establecimientos de salud según niveles de atención y grados de complejidad, ofreciéndose al usuario los servicios de atención en un nivel de recursos y tecnologías adecuadas a sus necesidades, aplicando criterios de oportunidad, eficiencia y eficacia, para que de esta forma al nivel adecuado llegue el paciente adecuado».⁶

Toda referencia incluye el intercambio de información, el apoyo técnico administrativo supervisión y análisis periódico de la dinámica y funcionamiento de la red asistencia y demostrar, así, la capacidad conjunta ó compartida de los establecimientos para satisfacer la demanda de atención a la población y las oportunidades como éstas se realizan, y así evitar sobresaturación o subutilización de los establecimientos y servicios que se ofertan.

Por ello, es necesario que el Equipo de Salud tome interés en su significado, en base a una recolección apropiada de toda información que refleje el uso adecuado de lo médico asistencial y de sus recursos en cuanto a demanda y oferta se refiere, de las condiciones patológicas, sociales y económicas del paciente; para lo cual debe disponer de normas y formatos de uso obligatorio que faciliten el estricto cumplimiento de los objetivos del sistema y determinar la capacidad resolutive de los establecimientos, de forma que ambas estrategias - referencia y contrarreferencia resulten relevantes, sobre todo en la "descuidada" contrarreferencia por parte de los establecimientos receptores.

Se requiere a su vez de la identificación demográfica de la población del área de influencia para determinar el origen geográfico (residencia) del usuario, así como recabar el tiempo medio y distancia del traslado desde el establecimiento de atención de primer contacto hacia el establecimiento receptor, lo que se conoce y debe estar presente en todo el proceso evaluativo, como isócrona; es decir, la medición del tiempo y distancia que ocurre en un traslado y que puede hacerse tanto para el establecimiento en su conjunto como para alguno de sus

⁶ ARRIAGA Irma (2005) "Políticas y programas de Salud en América Latina"

componentes: los servicios ambulatorios, emergencias o los ingresos a hospitalización. Por ello resulta importante que los formularios en uso resuman la historia clínica "primaria" (el o los diagnósticos presuntos, los tratamientos aplicados, los exámenes solicitados) y en especial la condición social del paciente referido.⁷

Las bondades de aplicar las estrategias de referencia son útiles, si las mismas se consideran dependientes del modelo de atención que se quiere implementar, por lo que ello representa en cuanto al volumen de pacientes asistidos y referidos hacia aquellos polos de atracción asistencial por el prestigio que presentan ciertos establecimientos y especialidades médicas y porque continúa siendo cierto, que la población solicita servicios en niveles de atención que no les corresponde, lo que genera una distribución irregular de las cargas de trabajo, con sobre o subutilización de recursos e inconformidad en los prestadores de servicios y aun en los usuarios, lo que obliga a tomar y aplicar criterios en cuanto a potenciar, reestructurar o reorientar los recursos asignados y disponibles en función de la demanda y satisfacción de las expectativas de la población usuaria.⁸

El sistema está diseñado para operar en los tres niveles de atención existentes del sistema nacional de salud; es decir, de manera vertical y horizontal; y permite operar a nivel de servicios que ofrece cada una de las unidades, si un nivel no cuenta con un servicio pero otra unidad del mismo nivel cuenta con el servicio solicitado, la referencia se realiza hacia el mismo nivel (nivel horizontal)⁹

Las políticas actuales de salud buscan transformar el sistema para modernizarlo, hacerlo más eficiente, proporcionar al usuario una atención de máxima calidad a través de la continuidad de los servicios enmarcados dentro del modelo de atención integral y modelo de prestación.

⁷ GARCÍA SERVEN, José R. Op.Cit. pág. 54.

⁸ GARCÍA SERVEN, José R. Op.Cit. pág. 55.

⁹ L.I. Dávila Campos, Claudia Miriam (Agosto – 2007) “Sistema de Referencias y Contrarreferencias”.

Tradicionalmente se identifican tres niveles:

El primer nivel permite resolver las necesidades básicas y más frecuentes en atención de la salud, constituye la puerta de entrada al sistema de salud y da cobertura al mayor porcentaje de la población que habita en un territorio determinado. Si está bien organizado y cuenta con los recursos necesarios, puede resolver el 80% de los problemas de la población.

El segundo nivel responde a las necesidades menos frecuentes y que requieren para su resolución de procedimientos más complejos. Se estima que entre el primer y segundo nivel se podría satisfacer hasta 90% - 95% del total de necesidades de salud de la población.

El tercer nivel: se reserva para la atención de los problemas poco frecuentes y que requieren procedimientos especializados y de alta tecnología.

El modelo al que se aspira es el de un sistema en el cual las personas puedan acceder a una red y no a servicios aislados, bajo la estrategia de atención primaria, en la que los distintos componentes actúen en función de las necesidades de los destinatarios.¹⁰

En el Sistema de Referencias, cuyo primer eslabón se inicia en el instante en que el médico tratante identifica una necesidad de referencia, quien activa el proceso de la referencia en coordinación con el equipo de trabajo de la unidad, con la finalidad de dar continuidad e integralidad al tratamiento del paciente.

La ausencia de este sistema, genera una discontinuidad en la atención médica debido a que al médico no le permite recurrir al apoyo diagnóstico y terapéutico que le ofrece la contrarreferencia y además provoca ineficiencia y duplicidad en el uso de recursos por incrementar los costos y ocasiona pérdida de calidad y

¹⁰ GENG BLAS, Juana Patricia. (2007) Unidad de Referencias y Contrarreferencias. Lima - Perú

eficiencia en los servicios que se brindan, demostrando así la falta de dirección y planificación.¹¹

2.1.1. VENTAJAS DEL SISTEMA DE REFERENCIAS

Se señalan como ventajas a las siguientes:

- a. Prestación médico asistencial adecuada al usuario en el nivel de atención, de acuerdo con sus necesidades de salud, con la debida oportunidad, eficiencia y eficacia.
- b. Dirige, orienta, vigila y fortalece la red de servicios de salud al comportarse el modelo, estrategia o sistema de referencia, como verdadero sistema integrador de la atención médica enfocada a la demanda.
- c. Evalúa el sistema a través de indicadores sustentados y elaborados para optimizar el procedimiento, evitando subregistros y propiciando la interrelación entre los establecimientos que conforman los niveles de atención.
- d. Disminuye los tiempos de espera, evitando desplazamientos inútiles y consultas innecesarias.
- e. Simplifica los trámites de remisión, recepción, egresos y reenvío del paciente al establecimiento de origen.
- f. Asegura el seguimiento longitudinal y global del paciente hacia una atención justificada, oportuna e integral
- g. Garantiza al paciente., que una vez ubicada y percibida su necesidad asistencial, se le brindará la atención necesaria y requerida según sus expectativas médicas.
- h. Aprovecha la oportunidad para educar y orientar, tanto a los usuarios como al equipo de salud, en cuanto al uso adecuado de los recursos que se le ofertan.

¹¹ PIÑIRO MALDONADO, Alvin Segundo (2004). Modelo Local de Descentralización del Servicio de Atención Primaria de salud. Colombia

- i. Reduce los costos de atención cuando la referencia reúne todas las exigencias asistenciales y administrativas.
- j. Fortalece la red primaria de atención como auténticos gestores de la atención sanitaria oportuna, protegiendo al usuario en lo asistencial, social y cultural.
- k. Evita muertes injustificadas, por su oportunidad y continuidad de la asistencia, siempre que se responda a los perfiles epidemiológicos de la población.¹²

2.1.2. DESVENTAJAS DEL SISTEMA DE REFERENCIAS

Son las siguientes:

- a. La resistencia que presente el paciente al momento de referirle, en repuesta a sus patrones culturales al alejarlo de su hogar y grupo familiar.
- b. Las actitudes asumidas por el prestador de servicios en el nivel receptor, al considerar la referencia como sobrecarga asistencial y en el nivel que refiere, por considerarse descalificados en su intención de poder dar solución a los problemas que aquejan al paciente.
- c. El aumento en los costos de atención, al no cumplirse los procedimientos administrativos.
- d. La resistencia en los establecimientos referentes, por considerarse afectados en su autonomía de gestión, al no entender que el sistema intenta la cooperación en cantidad y calidad entre los niveles y sus establecimientos, al evitar el rechazo o la atención no justificada de pacientes.
- e. La ausencia comprobada de formatos y normas para el envío y reenvío de pacientes al nivel de atención adecuado.¹³

¹² L.I. Dávila Campos, Claudia Miriam (Agosto – 2007) “Sistema de Referencias y Contrarreferencias”. Pág. 34

¹³ VALENZUELA SOTO Reyna G. (2009) "Sistema de Referencias y Contrarreferencias" AS, SIN.

2.1.3. ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA DE REFERENCIAS

Para el MINSA, el alcance es de acuerdo a los siguientes niveles de organización:

A. Administrativa

- a. Nivel Nacional del MINSA.
- b. Direcciones Regionales de Salud
- c. Dirección de Salud y Direcciones de la Red de Salud
- d. Microrredes de Salud

B. Asistencia

- a. Establecimientos de Salud
- b. Institutos Especializados
- c. Hospitales
- d. Centros de Salud
- e. Puestos de Salud

Para fines operativos, se considera además, un nivel comunal que se articulará con el nivel institucional (MINSA) a través de los vínculos, que permitan el monitoreo de la referencia y contra referencia por los establecimientos de salud del primer nivel de atención y la comunidad.¹⁴

2.1.4. RECURSOS DE SOPORTE DEL SISTEMA DE REFERENCIAS

A. Recursos Humanos

Para el funcionamiento del Sistema de Referencias y Contrarreferencias son los recursos humanos existentes en el establecimiento de salud, quienes como parte de sus funciones y responsabilidades en los diferentes niveles organizacionales participaran de acuerdo a su trabajo en el sistema.

¹⁴ MINSA (2005). Técnica del Sistema de Referencias y Contrarreferencias. Lima-Perú

B. Instrumentos de Registro e Información

David Tejada propone la consideración y desarrollo de tres elementos inherentes a la referencia-contrarreferencia: comunicación, transporte e información.

"...La *información es como el flujo de energía que conecta los elementos constitutivos del sistema* "¹⁵

C. Flujo de Información del SR: Hoja de Referencias: a los puntos de digitación

a. Transporte

Implementación de un sistema de transporte coordinado según un flujo de referencias y contrarreferencias previamente establecido, de manera que se formen redes de transporte, para la que se definirán la ubicación de las unidades de transporte a fin de mejorar la eficiencia del uso de los vehículos, que permitan el traslado oportuno y en óptimas condiciones.

b. Comunicaciones

Se dispondrá la instalación y funcionamiento de una red de comunicación que alcance al máximo de establecimientos de la salud estable.

c. Abastecimiento

Es responsabilidad de las Direcciones de Salud proveer de los recursos materiales necesarios para la operatividad del Sistema de Referencias y Contrarreferencias.

2.1.5. ESTABLECIMIENTO DESTINO DE LA REFERENCIA

Es el establecimiento de salud a donde es referido el usuario para la atención de la necesidad y/o problema de salud identificado, a través de las unidades productoras

¹⁵ TEJADA, David. (2006) Distrito Sano - OMS.

de servicios (Emergencia, consultorio externo, y Apoyo al Diagnóstico), el cual puede ser: Puesto de Salud, el Hospital I, el Hospital II y el Instituto Especializado. También se consideran los laboratorios referenciales de las Direcciones de Salud.

A. Unidad Productora de Servicios Destino de la Referencia

Son las Unidades Productoras o Servicios del establecimiento destino de la Referencia, a las que podrán ser referidos los usuarios.

a. Consulta Externa

Cuando el problema de salud del usuario requiere de la atención en consulta externa de otro establecimiento de salud de mayor complejidad.

b. Emergencia

Cuando el usuario según criterio de clasificación de emergencia, representa signos y síntomas que indican gravedad, riesgo de perder la vida o posibilidad de quedar con secuelas invalidantes, y se requiere de la atención inmediata para estabilizarlo y/o luego referir en caso se complique y/o no se pueda manejar adecuadamente por escasa capacidad resolutoria del establecimiento de salud. Así mismo, recepcionará algunos casos que requieran continuar con hospitalización y manejo especializado, así como aquéllos que a criterio del personal de salud requieran ser referidos.¹⁶

c. Apoyo al Diagnóstico

Cuando el usuario requiere para su confirmación diagnóstica, seguimiento o control de una prueba examen que no se practica en el establecimiento de salud de origen y requiere ser enviado a una Unidad Productora de Servicios de Apoyo al diagnóstico en un establecimiento de mayor complejidad.

¹⁶ MINSA (2005). Técnica del Sistema de Referencias y Contrarreferencias. Lima –Perú.

2.1.6. CRITERIOS PARA LA SELECCIÓN DEL ESTABLECIMIENTO DE DESTINO DE LA REFERENCIA

A. Capacidad Resolutiva

Es la capacidad que tiene un establecimiento de salud para ofrecer un conjunto de actividades y procedimientos que satisfagan las necesidades de los usuarios, dando respuesta integral y oportuna a determinados daños o patologías.

El usuario debe ser referido al establecimiento de salud que tenga la capacidad resolutiva (cartera de servicios) para resolver el motivo de la referencia.

B. Accesibilidad

El establecimiento de Salud elegido para la referencia, de acuerdo a su capacidad resolutiva, debe ser el más cercano y el más accesible a través de vías de comunicación y transporte convencionales. Esto significa que no necesariamente se va a circunscribir dentro de los límites de su microrred, Red o Dirección de Salud, sino puede acceder a otro ámbito de otra Dirección de Salud, Red o Microrred colindante.

C. Oportunidad

El usuario debe ser referido en el momento y lugar adecuado en forma correcta tal como lo establecen las guías de atención, evitan riesgos de complicación o muerte del paciente, garantizando los derechos que le asiste al paciente de recibir una atención de calidad y oportuna.¹⁷

2.1.7. REFERENCIAS INJUSTIFICADAS

Son aquellas en la cual el usuario no debió haber sido referido a otro

¹⁷ GARCÍA SERVEN, José. (2007). Sistema de Referencias y Contrarreferencias.

establecimiento de salud de mayor capacidad de resolución. Se consideran los siguientes casos:

- A. Cuando el establecimiento de origen de la referencia sí contaba con la capacidad resolutoria para solucionar el motivo de la referencia.
- B. Cuando el establecimiento de destino no cuenta con la capacidad resolutoria para resolver el motivo de la referencia.

2.2. SISTEMA CONTRARREFERENCIA

Es un procedimiento administrativo - asistencial mediante el cual, el establecimiento de salud de destino de la referencia devuelve o envía la responsabilidad del cuidado de la salud de un usuario o el resultado de la prueba diagnóstica al establecimiento de salud de origen de la referencia o del ámbito de donde procede el paciente, cuentan con la capacidad de manejar o monitorear el problema de salud integralmente.

2.2.1. Condiciones del Usuario para la Contrarreferencia

Las condiciones que determinan la contrarreferencia del usuario son:

A. Curado

Cuando se ha solucionado el problema de salud motivo de la referencia del usuario o se determina situación del Alta Definitiva

B. Mejorado

Cuando se ha resuelto el problema de salud motivo de la referencia en forma parcial, siendo pertinente que el usuario continúe con tratamiento bajo control y supervisión en el establecimiento que realizó la referencia, con baja frecuencia de atenciones (una cada tres meses)

C. Atendido por Apoyo al Diagnóstico

Cuando se han obtenido los resultados y/o informes de los exámenes de ayuda diagnóstica solicitadas.

2.2.2. Retiro Voluntario

Cuando el usuario decide interrumpir la continuidad de su tratamiento en el establecimiento de destino de la referencia dejando, constancia de ello en una hoja de exoneración de responsabilidad Frente a casos que haya en contra de la vida del usuario, el responsable del establecimiento comunicará al Ministerio Público la decisión del mismo.

2.2.3. Deserción

Cuando el usuario abandona o interrumpe la continuidad de su tratamiento en el establecimiento de destino de la referencia, a pesar de los esfuerzos para localizar al usuario y para reiniciar su tratamiento.

2.2.4. Fallecimiento

Cuando el usuario fallece durante su tratamiento en el establecimiento de referencia.¹⁸

2.2.5. CONTRARREFERENCIAS INJUSTIFICADAS

Son aquéllas en que el usuario es contrarreferido sin tener en consideración, las condiciones del usuario para contrarreferencia. Puede ser en las siguientes situaciones:

- Aquella en la que todavía amerita seguir en el establecimiento que lo refirió.
- Cuando se contra refiere al paciente sin tener en cuenta la cartera de servicios y capacidad resolutive del establecimiento a contra referir para manejar el caso.

¹⁸ GARCÍA SERVEN, José. (2007). Sistema de Referencias y Contrarreferencias.

2.3. NIVELES DE ATENCIÓN DE SALUD

En cada uno de los niveles de atención debe existir una interacción permanente entre los establecimientos del subsector público y una coordinación efectiva con los establecimientos del subsector privado lucrativo y no lucrativo, contando además con la participación efectiva de las organizaciones de la comunidad.

Es de gran importancia asimismo, la vinculación y articulación entre los diferentes niveles de atención de manera tal que los pacientes atendidos en el primer nivel de atención puedan tener acceso directo al segundo, tercero o cuarto nivel de atención de salud, si las circunstancias así lo requieren a través de sistemas de referencia bien estructurados."¹⁹

En igual forma sucederá con los pacientes del segundo y tercer nivel. Una descripción resumida de estas funciones se señala a continuación:

a. Primer Nivel de Atención de Salud

En este primer nivel se considera a la atención primaria y a los puestos y centros de salud Vale la pena señalar algunos aspectos importantes referidos a la atención primaria.

La atención primaria se desarrolla fundamentalmente en base a la responsabilidad que asumen las organizaciones de la comunidad, a la vinculación de ésta con los servicios de salud, a los sistemas de referencia con los servicios institucionalizados y al apoyo que la comunidad reciba del Estado y de otras fuentes.

b. Segundo Nivel de Atención de Salud

Está conformado por los hospitales locales o de apoyo de las instituciones del subsector público los que estarán vinculados estrechamente entre sí y mantendrán una coordinación efectiva con las instituciones del subsector

¹⁹ CASTELO CASTELO, Jorge (2005)

privado lucrativo y no lucrativo y las organizaciones de la comunidad. Los establecimientos de este nivel estarán muy interrelacionados con los establecimientos de primer nivel de atención.

Sus funciones más importantes son las siguientes:

- Brindar atención integral de protección, promoción y recuperación de la salud en el ámbito de su jurisdicción.
- Tener comunicación permanente con establecimientos del primer nivel de atención y acceso a los establecimientos del tercer y cuarto nivel de atención garantizando las acciones de referencia y contra referencia.
- Tener autonomía en el proceso en el manejo de sus recursos reales y financieros.

c. Tercer Nivel de Atención de Salud

En este nivel se encuentran los hospitales regionales de alto nivel de complejidad del subsector público para atender los casos de su jurisdicción que así lo requieran y para resolver los casos referidos del segundo y primer nivel de atención. En este nivel el subsector privado cuenta con consultorios y clínicas especializadas.

Sus funciones son muy específicas:

- Brindar atención especializada promoviendo e impulsando las acciones de prevención.
- Tener comunicación permanente brindando el apoyo que sea necesario a los establecimientos del segundo y primer nivel de atención
- Tener acceso a los hospitales e institutos altamente especializados.
- Tener autonomía en el manejo de sus recursos reales y financieros.²⁰

²⁰ L.I. Dávila Campos, Claudia Miriam Op. Cit. Pág. 62

d. Cuarto Nivel de Atención de Salud

En este nivel se encuentran los hospitales nacionales y los hospitales e institutos altamente especializados que pertenecen al subsector público. El subsector privado cuenta con consultorios, clínicas y otros establecimientos muy especializados y altamente calificados.

Sus funciones también son muy específicas

- Brindar atención altamente especializada, promoviendo e impulsando las acciones de prevención.
- Brindar acceso a los niveles de atención primero, segundo y tercero para atender los casos transferidos.

3. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

3.1. ZAMUDIO GUTIERRES, Alfredo (2000) Chachapoya. Mejoramiento del Sistema de Referencias y Contrarreferencias de la Red de Servicios de Salud - Chachapoyas –DIRESA. Concluyeron que: Cerca del 20% de las referencias se calificaron como incorrectas por carecer de la documentación necesaria. Solo un 16% tuvieron la contrarreferencia respectiva mientras que ninguna de las referencias que no corresponden al SIS contaron con la contrarreferencia establecida. Esto implica que se debe realizar un monitoreo más estricto de estos requisitos para mejorar la calidad de atención a los pacientes referidos al Hospital Chachapoyas. Las causas relacionadas a la atención del embarazo (exámenes auxiliares), atención del parto de ARO, complicaciones de este y del puerperio, atención del aborto y sus complicaciones constituyen más del 50% de las referencias Asimismo muchas de las causas se señalan como evaluación del embarazo de bajo riesgo pero se deja de lado la causa real de la referencia. Se hace necesario

establecer claramente criterios de referencia en una Directiva adaptada al nivel local, hacer conocer la misma a toda la Red de establecimientos de la DIRESA, realizar el monitoreo de las referencias por Microrred y por establecimiento. Es necesario mejorar la capacidad resolutoria del sistema de referencia, especialmente en lo referente a la implementación de por lo menos una unidad móvil en un establecimiento estratégico que cuente con equipamiento necesario para brindar asistencia médica especializada al paciente referido durante el transporte hacia el establecimiento de referencia.²¹

- 3.2. **SERRA TAMAYO Mauricio, MD, (2004) “Pertinencia de Remisiones generadas en la Red Adscrita de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá”** El presente estudio transversal, cuyos objetivos fueron determinar la pertinencia en la remisión de pacientes del Distrito Capital, generados por los servicios de consulta externa, urgencia y Hospitalización y caracterizar los procesos involucrados con la referencia y contrarreferencia de pacientes de región subsidiado. En el análisis cualitativo se realizó un estudio tipo teoría, partiendo de las experiencias de los usuarios y los prestadores de servicios. Concluyeron: El 80% de las remisiones fueron pertinentes en la decisión médica. El direccionamiento fue adecuado en el 50.4% de las remisiones. Las remisiones efectivas fueron el 53.1% del total. Los problemas en la decisión de la remisión y la baja proporción de adecuación en el direccionamiento, evidencian problemas en la decisión médica, coordinación y comunicación deficiente, falta de definición de procedimientos claros para las remisiones, debilidad en los sistemas de información y ausencia de sistemas de evaluación periódica. En la SDS no existe la contrarreferencia, entendida ésta como la devolución del paciente a

²¹ ZAMUDIO GUTIERRES, Alfredo (2000) Chachapoya. Mejoramiento del Sistema de Referencias y Contrarreferencias de la Red de Servicios de Salud - Chachapoyas –DIRESA.

la IPS de menor *complejidad* en *el* momento que su problema de salud se haya resuelto y se encuentre en recuperación; en aquellos casos que esto no sea posible, la devolución de la información por parte de la IPS receptora a la IPS remitente, sobre el resultado final del paciente remitido. Se evidencian falencias en la red de servicios tales como: poca coordinación y comunicación entre las IPS, debilidades en el centro regulador de remisiones, posibles incentivos en la contratación y forma de pago que llevan a los hospitales a generar barreras a la llegada de pacientes remitidos e insuficiencia en la capacidad de oferta de servicios de salud.²²

3.3. Lineamientos para la Referencia y Contrarreferencia la de Pacientes Pediátricos de Población Abierta de la Ciudad de México y Área Conurbada del Estado de México" (2000) . El presente documento incide en los problemas más comunes del sistema de referencia y contrarreferencia de pacientes pediátricos; tales como: Retrasos de Atención Duplicidad de Recursos y Esfuerzos y Elevación de costo. Interrupción de tratamientos y desplazamiento innecesario de pacientes; traducándose en insatisfacción de los usuarios, tanto externos (pacientes) como internos (personal de salud que utiliza el sistema) El esfuerzo de coordinación tiene el fin de promover una participación responsable y organizada de todos los elementos del sistema.²³

3.4. PARDO, Laura y ZABALAT Christina (2007) Uruguay. Sistema de Referencias y Contrarreferencias en Pediatría del Hospital Pediátrico del Centro Hospitalario Pereira Rossell. Ministerio de Salud Pública, Montevideo Uruguay. Este es un estudio descriptivo, tiene como objetivo

²² SERRA TAMAYO Mauricio, MD, (2004) "Pertinencia de Remisiones generadas en la Red Adscrita de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá"

²³ Lineamientos para la Referencia y Contrarreferencia la de Pacientes Pediátricos de Población Abierta de la Ciudad de México y Área Conurbada del Estado de México" (2000)

analizar las derivaciones de pacientes al Hospital Pediátrico del Centro Hospitalario Pereira Rossell (HP-CHPR) a través del Departamento de Emergencia (DEP) y de la Policlínica Pediátrica General de Referencia (PPGR). Concluyeron que los resultados hallados muestran una ineficiente utilización de los recursos. Se deben establecer medidas para racionalizar el sistema de atención y promover su eficacia. Se proponen medidas para mejorar el funcionamiento del SRC y la derivación oportuna y adecuada a especialista en el HP-CHPR.²⁴

4. OBJETIVOS

- 4.1. Identificar las características del Sistema de Referencias de pacientes del Hospital Regional de la Policía Nacional del Perú.
- 4.2. Determinar las características del Sistema de Contrarreferencias del Hospital Regional de la Policía Nacional del Perú.

5. HIPÓTESIS

El presente trabajo de investigación es de tipo descriptivo, no requiere de presentar de hipótesis

²⁴ PARDO, Laura y ZABALAT Christina (2007) Uruguay. Sistema de Referencias y Contrarreferencias en Pediatría del Hospital Pediátrico del Centro Hospitalario Pereira Rossell. Ministerio de Salud Pública, Montevideo Uruguay.

III. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN

1.1. Técnica

Para recolección de datos se utilizará como técnica a la Observación Documental.

1.2. Instrumento

Como instrumento se contará con una Ficha de Observación.

REFERENCIAS Y CONTRAREFERENCIAS

Variable	Indicadores	Técnicas e Instrumentos	Estructura del Instrumento
<p><u>Referencia de pacientes</u></p> <p>La Referencia es el procedimiento que posibilita la transferencia de la responsabilidad del cuidado de la salud de un paciente a otro establecimiento de salud de mayor capacidad resolutive.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Pacientes referidos a la unidad productora de consulta externa. - Pacientes referidos a la unidad productos de Emergencia - Pacientes referidos a la unidad productora de apoyo al diagnóstico - Pacientes referidos a la unidad productora de hospitalización. 	Observación Documental y Ficha de Observación	1
			2
			3
			4
			5
<p><u>Contra-referencias de Pacientes</u></p> <p>La Contra-referencia es el procedimiento que se realiza el establecimiento devolviendo responsabilidad del cuidado de la salud de un paciente al establecimiento de salud referente, una vez resulto el problema de salud.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Contrarreferencias curadas - Contrarreferencias mejoradas - Contrarreferencias atendidas por apoyo al diagnóstico - Contrarreferencias por fallecimiento 		6
			7
			8
			9

1.2.1. Estructura del Instrumento

FICHA DE OBSERVACIÓN

I. CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN

1. Edad:

- < 19 años ()
- 20 – 29 años ()
- 30 – 39 años ()
- 40 – 49 años ()
- 50 a más ()

2. Género:

- Masculino ()
- Femenino ()

3. Estado Civil:

- Soltero/a ()
- Casado/a ()
- Viudo/a ()
- Divorciado/a ()

4. Condición:

- Titular ()
- Familiar ()

5. Grado Policial:

- Oficiales ()
- Sub-oficiales ()

II. SISTEMA DE REFERENCIAS

1. Centro de Referencia

- MINSA () EsSalud ()

2. Unidad productora de Servicios:

- Consulta Externa ()
- Emergencia ()
- Apoyo al Diagnóstico ()
- Hospitalización ()

3. Grado de dependencia de pacientes referidos:

- I ()
II ()
III ()

4. Motivo por el que fue referido el paciente:

5. Centro de contra-referencias

- MINSA () EsSalud ()

III. SISTEMA DE CONTRA-REFERENCIAS

1. Contrarreferencias

- Mejorado ()
Atendido por apoyo al diagnóstico ()
Retiro Voluntario ()
Deserción ()
Fallecimiento ()
Injustificadas ()

2. CAMPO DE VERIFICACIÓN

2.1. Ubicación Espacial

Este estudio se realizará en el ámbito del Hospital Regional Julio Pinto Manrique de la Policía Nacional del Perú, de Arequipa, situado en la Av. Cayma N° 601 del distrito de Cayma, Arequipa.

2.2. Ubicación Temporal

El estudio se efectuará de Enero 2010 a Diciembre del 2010; por lo tanto, es un estudio coyuntural.

2.3. Unidades de Estudio

Las unidades de estudio están constituidas por las historias clínicas donde se encuentran registradas la referencia de los pacientes por parte del Hospital Regional JPM de Cayma, Arequipa.

2.3.1. Universo

Está formado por 931 historias clínicas de pacientes referidos en el 2009.

2.3.2. Muestra

Para determinar la muestra se consideró dos aspectos:

2.3.2.1. La Fórmula de Cox:

$$n = \frac{N \times (400)}{N + 399}$$

$$n = \frac{931 \times 400}{931 + 399}$$

$$n = \frac{372400}{1330} = 280$$

2.3.2.2. Aplicación de los criterios de inclusión y exclusión

a. Criterios de Inclusión

Historias clínicas que registran referencias de pacientes del Hospital Regional de la Policía Nacional del Perú Julio Pinto Manrique de Cayma – Arequipa en el año 2009.

b. Criterios de Exclusión

- Formularios incompletos
- Formularios de referencias deterioradas

La muestra quedó conformada por 277 historias clínicas de pacientes referidos.

3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.1. Organización

Para efectos de la recolección de datos se harán las coordinaciones respectivas para obtener el permiso de la Dirección del Hospital y tener el acceso a la revisión de las historias clínicas y registrar los datos pertinentes en la guía de recolección de datos.

3.2. Recursos

Se utilizará una guía de recolección de datos, elaborada con recursos propios del investigador.

3.3. Validación del Instrumento

El instrumento se validará a través de una prueba piloto y consultada a especialistas expertos para su validación haciendo las modificaciones sugeridas respectivamente.

3.4. Criterios para el Manejo de Resultados

Se hará uso de la estadística descriptiva con tablas de frecuencia de datos y tratamiento estadístico pertinente.

4. CRONOGRAMA DE TRABAJO

Tiempo / Actividades	Mayo				Junio				Julio				Agosto				Setiembre				Octubre				Noviembre				Diciembre							
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4				
Recolección de datos	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X																
Sistematización																					X	X	X	X	X	X	X	X								
Conclusiones y Sugerencias																									X	X	X	X	X	X	X	X				
Elaboración del informe																																	X	X	X	

BIBLIOGRAFÍA

1. ARRIAGA, Irma (2005) "Políticas y Programas de Salud en América Latina"
2. GARCÍA SERVEN, José R. (2007). Sistema de Referencias y Contrarreferencias de Pacientes. México
3. GENG BLAS, Juana Patricia. (2007) Unidad de Referencias y Contrarreferencias. Lima - Perú
4. L.I. Dávila Campos, Claudia Miriam (Agosto – 2007) “Sistema de Referencias y Contrarreferencias”.
5. PARDO, L. (2007) "Hospitalario Pereira Rossell. Ministerio de Salud Pública", Montevideo-Uruguay
6. PIÑIRO MALDONADO, Alvino Segundo (2004). Modelo Local de Descentralización del Servicio de Atención Primaria de salud. Colombia
7. TEJADA, David. (2006) Distrito Sano - OMS.
8. VALENZUELA SOTO Reyna G. (2009) "Sistema de Referencias y Contrarreferencias" AS, SIN.
9. BARRAGÁN AVILA y colab. (2004) Elementos conceptuales sobre la red de servicios en salud. Dirección de Atención a las Personas. Antioquía .Colombia
10. ERRASTI, Francisco (2006) Principios de Gestión Hospitalaria. 2da. Edit.. Madrid., McGraw-Hill Interamericana
11. García Serven, José R. (2003) Indicadores de Gestión para Establecimientos de Atención Médica. Disinlimed. Caracas, Venezuela
12. OMS./WH/HST (2007) Cooperación para el fortalecimiento de los Sistemas de Información en Salud. Washington, USA.
13. OPS/OMS (2002) Nuevos modelos de Gestión Pública.-Caracas, Venezuela

14. Varo, Jaime (2004).Gestión Estratégica de la Calidad en los servicios sanitarios. Un modelo de gestión hospitalaria. Edit. Díaz de Santos. Madrid, España

HEMEROGRAFÍA

15. Manual de Procedimientos para la Operación del Sistema de Referencia y Contrarreferencia de Pacientes en Unidades Médicas de Primero, Segundo y Tercer Nivel de Atención, enero de 2010, elaboración del manual.
16. MINSA (2005). Técnica del Sistema de Referencias y Contrarreferencias. Lima-Perú
17. Normas Técnicas del Sistema de Referencias y Contrarreferencias de los establecimientos de Salud – Vol. 1 2005
18. Procedimiento: Referencia y Contrarreferencia de Pacientes entre Unidades Médicas y Servicios de Atención Primaria, Atención Hospitalaria y de Especialidad, Segunda edición, septiembre de 2011, actualización del manual.

DOCUMENTOS INFORMÁTICOS

19. <http://www.slideshare.net/ilyeo/referencias-contrareferencias-universidad>
20. <http://www.buenostareas.com/ensayos/proceso-de-referenciasycontrareferencias/387539.html>.(2010)
21. [http://www.eumeb-net/libros/2008b/385/Referencias%20contrareferencias %20%20Pocb.htm](http://www.eumeb-net/libros/2008b/385/Referencias%20contrareferencias%20%20Pocb.htm)



ANEXO N° 2

MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN

ANEXO N° 3

GLOSARIO DE TÉRMINOS

Accesibilidad: Factibilidad con la que los usuarios pueden obtener asistencia sanitaria, disminuyendo las barreras geográficas, socio-económicas, organizativas y culturales.

Apoyo al Diagnóstico: Es el conjunto de servicios de salud y/o exámenes auxiliares que sirven para determinar el o los diagnósticos de un usuario.

Atención Integral de Salud: Es la provisión continua y con calidad de la atención de salud orientada hacia la promoción de la salud, prevención de daños y riesgos, recuperación de la enfermedad y rehabilitación de la incapacidad, dirigida a las personas, en el contexto de su familia y comunidad.

Capacidad resolutive: Es la capacidad que tiene un establecimiento de salud para ofrecer un conjunto de actividades y procedimientos que satisfagan las necesidades de los usuarios, dando respuesta integral y oportuna a determinados daños o patologías. El usuario debe ser referido al establecimiento de salud que tenga la capacidad resolutive (cartera de servicios) para resolver el motivo de la referencia,

Cartera de Servicios: Relación de prestaciones de salud que brinda un establecimiento de salud. Puede entenderse como el conjunto de daños que un establecimiento de salud puede resolver.

Complejidad de los establecimientos de Salud: Es el grado de diferenciación de las tareas que integran la actividad global de un establecimiento y el grado de desarrollo alcanzado por el mismo.

Consulta ambulatoria: Es una actividad prestacional de salud en la que se proporciona ambulatoriamente atención individual de recuperación o control de la salud a un usuario.

Contrarreferencias de Pacientes: Es un procedimiento administrativo - asistencial mediante el cual, el establecimiento de salud de destino de la referencia devuelve o envía la responsabilidad del cuidado de la salud de un usuario o el resultado de la

prueba diagnóstica, al establecimiento de salud de origen de la referencia o del ámbito de donde procede el paciente, por que cuentan con la capacidad de manejar o monitorizar el problema de salud integralmente.

Curado: Denominación que se le asigna a un usuario, previa a su contra referencia, al que se le ha solucionado el o los diagnósticos que motivaron su referencia a un establecimiento de salud de mayor capacidad resolutive o en quien se ha determinado su alta definitiva.

Demanda: Es la cantidad de atención médica de un cierto tipo, requerida por una o más personas (población) a uno o más prestadores, durante un cierto periodo de tiempo, en función de las características de las personas y de los proveedores.

Emergencia: Es toda situación que se presta en forma imprevista, violenta o súbita que pone en peligro la vida alterando profundamente el estado de salud de la persona y por lo tanto exige atención médica u quirúrgica inmediata

Hoja de Referencia: Es el documento con el que el establecimiento de salud de origen de la referencia solicita la transferencia de la responsabilidad de la atención de salud de un usuario o exámenes de ayuda diagnóstica, aun establecimiento de mayor capacidad resolutive.

Referencia: Es un proceso administrativo asistencial mediante el cual el personal de un establecimiento de salud, transfiere la responsabilidad de la atención de las necesidades de salud de un usuario a otro establecimiento de salud de mayor capacidad resolutive y cuando el agente comunitario o las organizaciones sociales identifican signos de peligro o atara o factores de riesgo en usuarios y sus necesidades de traslado, desde su comunidad hacia un establecimiento de salud del primer nivel de atención para que sean atendidos.

Sistema de Referencias y Contrarreferencias: El Sistema de Referencias y Contrarreferencias (SR.C) es el conjunto ordenado de procedimientos asistenciales y administrativos a través del cual se asegura la continuidad de la atención de las necesidades de salud de los usuarios con la debida oportunidad, eficacia y eficiencia,

transfiriéndolo de la comunidad o establecimiento de salud de menor capacidad resolutive a otro de mayor capacidad resolutive.

Es un procedimiento administrativo - asistencial mediante el cual, el establecimiento de salud de destino de la referencia devuelve o envía la responsabilidad del cuidado de la salud de un usuario o el resultado de la prueba diagnóstica, al establecimiento de salud de origen de la referencia o del ámbito de donde procede el paciente, por que cuentan con la capacidad de manejar o monitorizar el problema de salud integralmente

El usuario debe ser referido al establecimiento de salud que tenga la capacidad resolutive (cartera de servicios) para resolver el motivo de la referencia.

