



**UNIVERSIDAD NACIONAL**  
**“PEDRO RUIZ GALLO”**  
**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**



**“EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DEL PROCESO DE  
REFERENCIAS MÉDICAS DE ATENCIÓN PRIMARIA EN  
POLICLÍNICOS DE LA REGIÓN LAMBAYEQUE,  
OCTUBRE 2017”**

**TESIS**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE  
MÉDICO CIRUJANO**

**AUTORES:**

**BACH. JOSÉ CARLOS CHUNGA RIVERA  
BACH. ANTONY ALDAIR ROJAS YNOÑÁN**

**ASESOR**

**TEMÁTICO Y METODOLÓGICO:**

**DRA. BLANCA FALLA ALDANA**

**LAMBAYEQUE – PERÚ**

**2019**



**UNIVERSIDAD NACIONAL**  
**“PEDRO RUIZ GALLO”**  
**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**



**“EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DEL PROCESO DE  
REFERENCIAS MÉDICAS DE ATENCIÓN PRIMARIA EN  
POLICLÍNICOS DE LA REGIÓN LAMBAYEQUE,  
OCTUBRE 2017”**

**TESIS**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE  
MÉDICO CIRUJANO**

**AUTORES:**

---

**BACH. JOSÉ CARLOS CHUNGA RIVERA**  
**AUTOR**

---

**BACH. ANTONY ALDAIR ROJAS YNOÑÁN**  
**AUTOR**

---

**DRA. BLANCA FALLA ALDANA**  
**ASESOR TEMÁTICO Y METODOLÓGICO**

**LAMBAYEQUE – PERÚ**  
**2019**



**UNIVERSIDAD NACIONAL**  
**“PEDRO RUIZ GALLO”**  
**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**



**“EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DEL PROCESO DE  
REFERENCIAS MÉDICAS DE ATENCIÓN PRIMARIA EN  
POLICLÍNICOS DE LA REGIÓN LAMBAYEQUE,  
OCTUBRE 2017”**

**TESIS**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE  
MÉDICO CIRUJANO**

**APROBADO POR EL JURADO:**

---

**Dr. ALFONSO HEREDIA DELGADO**  
**PRESIDENTE DEL JURADO**

---

**Dr. JAIME SALAZAR ZULOETA**  
**SECRETARIO DEL JURADO**

---

**Dra. ROSIO DEL PILAR PANDO LAZO**  
**VOCAL DEL JURADO**

---

**Dr. HUMBERTO ROSAS LAVADO**  
**SUPLENTE DEL JURADO**

## **DEDICATORIA**

El presente trabajo de investigación está dedicado de manera especial a nuestros padres, quienes han sido el principal cimiento para la construcción de nuestra vida profesional, apoyándonos en todo momento de manera incondicional, dándonos confianza y optimismo para superar todas las situaciones adversas que se presentaron a lo largo de nuestra formación académica, haciendo de nosotros mejores personas.

## **AGRADECIMIENTO**

Queremos expresar un sincero agradecimiento, en primer lugar a Dios por brindarnos salud, fortaleza y capacidad; también agradecer a nuestros padres por todo su amor, comprensión y apoyo, pero sobre todo gracias infinitas por la paciencia que nos han tenido.

Agradecer a los docentes de la carrera de Medicina Humana de nuestra facultad, quienes nos han guiado a lo largo de toda nuestra vida universitaria para ser profesionales competentes y ejercer nuestra profesión de la mejor manera posible para beneficio de nuestros pacientes y a nuestra asesora, Dra. Blanca Falla Aldana, por todo su apoyo para llevar a cabo la presente investigación.

## ÍNDICE

|                                     |    |
|-------------------------------------|----|
| RESUMEN.....                        | 7  |
| ABSTRACT .....                      | 8  |
| I. INTRODUCCIÓN .....               | 9  |
| Formulación del problema .....      | 11 |
| Hipótesis .....                     | 11 |
| Objetivos .....                     | 11 |
| Justificación.....                  | 12 |
| II. ANTECEDENTES.....               | 13 |
| III. BASE TEÓRICA.....              | 17 |
| IV. MATERIALES Y MÉTODOS .....      | 24 |
| V. RESULTADOS .....                 | 28 |
| VI. DISCUSIÓN.....                  | 35 |
| VII. CONCLUSIONES.....              | 41 |
| VIII. RECOMENDACIONES .....         | 43 |
| IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... | 46 |
| ANEXO.....                          | 50 |

## RESUMEN

**Objetivo:** Describir la calidad del proceso de referencias médicas de Atención Primaria a un nivel de mayor complejidad en Policlínicos EsSalud de la Región Lambayeque durante Octubre del 2017. **Materiales y métodos:** estudio descriptivo, transversal. Se revisaron 279 referencias médicas enviadas desde el 1 de Octubre hasta el 31 de Octubre del 2017. Para la recolección de datos se utilizó una ficha de evaluación elaborada para tal fin. **Resultados:** Los grupos etarios que fueron referidos con mayor frecuencia fue el de los adultos y adultos mayores. Con respecto al sexo de los pacientes referidos, existe predominio de pacientes de sexo femenino. De las referencias enviadas del Policlínico Agustín Gavidia el 50% fueron de mala calidad. En el Policlínico Carlos Castañeda Iparraguirre fue el 34% y en el Policlínico Manuel Manrique Nevado el 36%, además se observó que hasta el 14% de los casos referidos se realizó de manera injustificada, es decir no cumplieron con los criterios de referencia o se saltó los niveles de atención. Con respecto a los diagnósticos de referencia según CIE 10, el 49% se concentraron en enfermedades del aparato digestivo, del sistema osteomuscular, sistema genitourinario y del sistema circulatorio, esto podría traer como consecuencia una saturación de los servicios destino. **Conclusión:** Casi la tercera parte de las referencias médicas enviadas de los Policlínicos EsSalud de la Región Lambayeque a un nivel de mayor complejidad son de mala calidad y se realizan de manera injustificada.

**PALABRAS CLAVE:** referencia médica, Atención Primaria.

## ABSTRACT

**Objective:** To describe the quality of the medical referral process of Primary Care at a more complex level in EsSalud Polyclinics of the Lambayeque Region during October of 2017. **Materials and methods:** descriptive, cross-sectional study. We reviewed 279 medical references sent from October 1 to October 31, 2017. For the data collection we used an evaluation form developed for this purpose. **Results:** The age groups that were referred most frequently were adults and older adults. With respect to the sex of the referred patients, there is a predominance of female patients. Of the references sent from the Agustín Gavidia Polyclinic, 50% were of poor quality. In the Carlos Castañeda Iparraguirre Polyclinic it was 34% and in the Manuel Manrique Nevado Polyclinic 36%, it was also observed that up to 14% of the referred cases were done in an unjustified way, that is, they did not meet the reference criteria or He jumped the attention levels. With respect to the reference diagnoses according to ICD 10, 49% were concentrated in diseases of the digestive system, the musculoskeletal system, genitourinary system and the circulatory system, this could result in saturation of the target services. **Conclusion:** Almost a third of the medical references sent from the EsSalud Polyclinics of the Lambayeque Region to a more complex level are of poor quality and are performed in an unjustified manner.

**KEY WORDS:** medical reference, Primary Care.

# **I. INTRODUCCIÓN.**

## I. INTRODUCCIÓN.

La referencia o remisión médica es el proceso 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 resolutoria. (1)

La decisión de referir a otro establecimiento puede salvar la vida de una persona por ello para el funcionamiento de este componente se debe interactuar con la estructura social, efectivizando la gestión participativa y control social en salud, de modo tal que la comunidad, en su totalidad, conozca las características y los objetivos de este componente, generando como efecto una actuación sistemática y ordenada, entre el equipo de salud de los establecimientos con las personas, familias y comunidades de sus áreas de influencia y el éxito en la calidad del sistema de referencia, el cual requiere organización, integración e interrelación entre los diferentes niveles de atención. (2)

En la atención diaria de los pacientes en hospitales de alta complejidad de nuestra región, es frecuente observar que muchos pacientes son referidos de manera injustificada, saltando niveles de atención o haciendo uso inadecuado de la Hoja de Referencia, la cual debe ser llenada de manera correcta para facilitar el rápido manejo del paciente, evitando el riesgo de complicaciones que pueden incrementar su mortalidad. (2) Además las referencias innecesarias aumentan la demanda de atenciones en hospitales de alta complejidad y ocasionan un gasto económico importante para el paciente y su familia. (3)

A pesar de dicha problemática, en la actualidad existen pocos estudios que evalúen el funcionamiento del proceso de referencias médicas en nuestra región. Por tanto, el presente trabajo puede marcar el punto de partida de más estudios, que analicen la situación actual del proceso de referencias médicas en nuestra región y, de esta manera plantear posibles soluciones para mejorar el sistema de salud y como consecuencia, la salud de la población Lambayecana. (4)

## **Formulación del problema.**

¿Cuál es la calidad del proceso de referencias médicas de Atención Primaria a un nivel de mayor complejidad en Policlínicos EsSalud de la Región Lambayeque durante Octubre del 2017?

## **Hipótesis.**

El proceso de referencias médicas del primer nivel de atención a un nivel de mayor complejidad es deficiente pues se refiere a pacientes de manera injustificada, así mismo los sistemas de información que retroalimentan el proceso de referencia presentan deficiencias en la calidad de la información y análisis de la misma.

## **Objetivos.**

### **Objetivo general**

Describir la calidad del proceso de referencias médicas de Atención Primaria a un nivel de mayor complejidad en Policlínicos EsSalud de la Región Lambayeque durante Octubre del 2017.

### **Objetivos específicos.**

1. Describir las características de la población referida de Atención Primaria a un nivel de mayor complejidad en Policlínicos EsSalud de la Región Lambayeque durante Octubre del 2017.
2. Identificar problemas relacionados con el llenado de las Hojas de referencia médica enviadas de Policlínicos EsSalud de la Región Lambayeque durante Octubre del 2017.
3. Determinar la justificación de la referencia médica a un nivel de mayor complejidad en Policlínicos EsSalud de la Región Lambayeque durante Octubre del 2017.

## **Justificación.**

Dado el crecimiento en la demanda asistencial y la limitación en la oferta de servicios en cualquier hospital de nuestro país se establecieron los Sistemas de Referencia y Contrarreferencia.(5)

En el primer nivel de atención, existen muchas referencias con diagnósticos, tratamientos y manejos incorrectos, que son trasladados de forma errada. (6)

Los sistemas de información que retroalimentan el proceso de referencia presentan deficiencias en la calidad de la información y análisis de la misma. Por estas razones es necesario recopilar información para caracterizarla y sugerir ajustes que permitan mejorar la calidad en términos de efectividad, eficiencia y oportunidad. (4)

Es importante analizar la calidad del proceso de referencias médicas de los pacientes a un nivel de mayor complejidad para poder determinar cualquier problema que afecte el adecuado funcionamiento de este sistema con el fin de racionalizar al máximo los recursos disponibles, respaldando políticas y acciones encaminadas a mejorar este problema. (7)

Por lo tanto, el presente estudio puede marcar el punto de partida de más estudios, que analicen la situación actual del Sistema de Referencia y Contrarreferencia y, de esta manera plantear posibles soluciones para mejorar el sistema de salud y, como consecuencia, la salud de la población.

## **II. ANTECEDENTES.**

## II. ANTECEDENTES.

En el año 2012, en la Sesión de la Comisión de Trabajo y Seguridad Social, se informó que más del 30% del perfil de atenciones de los Hospitales Nacionales del Perú corresponde a diagnósticos de baja complejidad, desviando el financiamiento para atenciones injustificadas o innecesarias, que no permiten asegurar la cita de los pacientes continuadores o con diagnóstico y tratamiento de alta complejidad. (8)

**Vargas** (6) en un estudio descriptivo, con el propósito de investigar algunos de los factores determinantes en la gestión de las referencias originadas desde el primer nivel de atención, hacia los niveles de mayor complejidad del Sistema de Servicios de Salud, se estudió 6993 referencias y se encontró que el 7,5% estas correspondía al capítulo CIE – 10: “Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de Salud”, llama la atención este porcentaje debido a que este capítulo incluye a muchas causas de referencia que deberían tratarse en atención primaria, es decir en el primer nivel de atención.

Con respecto a las patologías, los capítulos del CIE10 que se refirieron con mayor frecuencia fueron las Enfermedades del sistema genitourinario con 11.58% (810 pacientes) y Síntomas, signos y hallazgos anormales no clasificados en otra parte con 10.95% (766 pacientes), continuaron en frecuencia las Enfermedades del sistema digestivo con 8.72% (610 pacientes) y Enfermedades del ojo y sus anexos con 7.88% (551 pacientes). En este estudio no se registró las características sociodemográficas de los pacientes.

**Chávez** (9), en un estudio observacional, prospectivo transversal, realizado en un hospital general de la Ciudad de México, se evaluó 47 pacientes referidos al servicio de Otorrinolaringología durante Enero – Junio del 2005, el 63,2% (30 pacientes correspondían al género femenino, se encontró que el 36% de pacientes podrían haber sido tratados en el primer nivel de atención.

**Mollar** (10), en un estudio transversal descriptivo realizado el año 2010 en un Hospital General de Valencia (España), se incluyeron en el estudio los datos de 2169 pacientes, el grupo de edad con más frecuentación fue el de 40 - 65 años (30.7%) prácticamente igual que el grupo de 15 - 39 años (30.3%). El 49,3%

fueron varones y el 50,7% mujeres. El 27,1% de pacientes fueron referidos de manera injustificada, pudiendo haber sido atendidos en el primer nivel de atención.

**Quimbert** (2), en un estudio descriptivo realizado en un hospital de tercer nivel pediátrico, con el objetivo de demostrar la necesidad de mejorar el Sistema Nacional de Referencia y Contrarreferencia, se evaluaron 300 referencias, de estas 52% fue referido del primer nivel, 33% del segundo nivel y 15% del tercer nivel de atención. Por otra parte, el 51% fueron justificadas y 49% injustificadas, independientemente del nivel de atención de donde llegaron. De las referencias del primer nivel, 59% fueron injustificadas, pudiendo por tanto, haberse resuelto en el primer nivel de atención. De acuerdo a la calidad de las notas de referencia, se recibieron muchas notas de calidad, legibles, que se encontraban identificadas, con datos del paciente útiles para manejo inicial en el tercer nivel, sin embargo, existieron otras ilegibles, sin identificación del médico u otro personal que los refiere, sin datos del manejo realizado en el paciente, incluso sin un diagnóstico de referencia.

**Bouzas** (11), en un estudio descriptivo transversal realizado en un hospital de Madrid (España) entre el 1 de marzo y el 10 de abril del 2003, concluyeron que de todas las referencias que se realizó desde una atención primaria a dicho hospital el 49.4% fueron consideradas justificadas. El grupo etario que más se refirió fue de 0-30 años. En cuanto al sexo que más se refirió fue el femenino con un 50.4%

**Dávila** (4), en un estudio cuantitativo no experimental descriptivo transversal realizado en el Hospital Regional Docentes Las Mercedes de Chiclayo, se concluyó que, de las 3252 referencias realizadas desde centro de salud de primer nivel, el grupo etario que más se refirió fue el de los adultos con una frecuencia de 56,39% (1834 pacientes) y respecto al sexo fue el femenino el más referido con una frecuencia de 70,91% (2306 pacientes).

**Jiménez** (12), en un estudio descriptivo transversal, realizado en el Hospital de Montilla (Madrid), se describió que de los pacientes referidos a dicho hospital, el sexo que más se refirió fue el femenino con un 53.4%. En cuanto al grupo etareo

que más se refirió fueron los que tenían menos de 60 años. El 78.7% de las referencias procedían de atención primaria. Con respecto a las especialidades de destino, el 44,5% de las citas fueron dirigidas a medicina interna, el 25,9% a digestivo, el 15,3% a cardiología y el restante 14,3% a neumología.

**Bessy** (3); en un estudio descriptivo transversal, realizado en el Hospital de Tegucigalpa (Honduras), sobre los pacientes referidos, su estado de salud y condiciones de traslado a la Sala de Emergencia de Cirugía General, durante el período de Mayo a Julio 2013. El 62.6% (528) de los pacientes referidos correspondió a pacientes del sexo masculino y 29.0% (245) a pacientes en el grupo de edad 19-35 años, además se identificó que la causa de las referencias no siempre se debió a la complejidad de la atención requerida en el nivel correspondiente sino más bien a la carencia de recursos humanos o materiales.

**Rodríguez** (13) en un estudio observacional descriptivo, se analizaron 1610 Hojas de interconsulta de atención primaria hacia el segundo nivel de atención, donde se encontró que el 64,3% pertenecían a mujeres, una edad media de 43,5 años, los motivos de interconsulta más frecuentes correspondían a diagnósticos ginecológicos (13,01%), afecciones oculares (6,95%) y tumoraciones benignas de la piel (4,18%), la calidad de los hojas de interconsulta se consideró buena en el 13,1%, aceptable en el 82,8% y mala en el 4,1%.

### **III. BASE TEÓRICA.**

### III. BASE TEÓRICA.

Según el Ministerio de Salud el Sistema de Referencia y Contrarreferencia 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”. (1)

Existen diferentes motivos por el cual el usuario es transferido de un nivel primario a un establecimiento de mayor complejidad: solicitud de procedimiento diagnóstico, de procedimiento terapéutico, de estudios complementarios, de hospitalización o internación, de cirugía ambulatoria o con internación o de segunda opinión para diagnóstico, seguimiento y/o tratamiento. (1)

La referencia de un paciente del primer nivel de atención puede generarse cuando el problema de salud del usuario requiere de evaluación, tratamiento médico quirúrgico y/o procedimientos de apoyo al diagnóstico, que no corresponden a la capacidad resolutive del establecimiento. (1)

Las unidades productoras de servicios del establecimiento destino de la referencia, a las que podrán ser referidos los usuarios son consulta externa, emergencia (cuando el paciente presenta signos y síntomas de gravedad, riesgo de perder la vida o posibilidad de quedar con secuelas invalidantes y se requiere de atención inmediata), apoyo al diagnóstico (cuando el paciente requiere para su confirmación diagnóstica, seguimiento o control, de una prueba o examen que no se practica en el establecimiento de salud de primer nivel). (1)

La referencia injustificada es aquella en la cual el usuario, no debió haber sido referido a otro establecimiento de salud de mayor capacidad de resolución, en los siguientes casos: Cuando el establecimiento de origen de la referencia si contaba con la capacidad resolutive para solucionar el motivo de referencia. Las referencias injustificadas serán evaluadas por la Oficina o Unidad de Seguros y/o referencias o quien haga sus veces y el Comité del SRC del nivel

correspondiente, quien informa los resultados y propone las medidas correctivas pertinentes. (1)

A nivel del establecimiento de salud la responsabilidad de la referencia corresponde al personal de salud que brinda la atención (medico, profesional de salud no médico o técnico de salud) la cual termina hasta que se inicia la atención en el establecimiento de destino de la referencia. (14)

En los diversos sistemas de referencia se observan disfunciones por diferentes motivos, por ejemplo; cuando el paciente se autodirige por la facilidad que tienen los usuarios para consultar directamente a otros hospitales de diferentes niveles como sucede en el Perú, sin antes haber estado en el primer nivel, también por subutilización, cuando el personal profesional de salud que refiere desconoce los servicios que presta otro establecimiento de mayor capacidad resolutive, por sobreutilización cuando el personal de salud hace referencias frecuentes e innecesarias por casos que no ameritan y por último, por escasa información; cuando los profesionales de los mayores niveles de complejidad se quejan de la poca información que le brindan los profesionales del primer nivel. (15)

Se ha demostrado que el proceso de referencia presenta dificultades apreciables, lo que no posibilita su implementación como importante aspecto en la formación y perfeccionamiento del médico en la atención primaria, ni favorece la necesaria atención continuada a los pacientes. (16)

**Luft y Hunt** (17) definen la calidad como “el grado con el cual los procesos de la atención médica incrementan la probabilidad de resultados deseados por los pacientes y reduce la probabilidad de resultados no deseados, de acuerdo al estado de los conocimientos médicos”.

La definición de buena calidad de los servicios de salud es difícil y ha sido objeto de muchos acercamientos, debido a que la calidad es un atributo del que cada persona tiene su propia concepción pues depende directamente de intereses, costumbres y nivel educacional entre otros factores. (7)

Iniciativas mundiales impulsan a los países a mejorar la calidad como una forma de fortalecer los derechos humanos. No obstante, existe evidencia abundante

que tanto en los países de ingresos altos como bajos se observa inequidad y desigualdad en el acceso, cobertura y calidad en salud. Para definir las políticas, estrategias, objetivos y metas del mejoramiento de la calidad, seguridad y salud, es necesario reconocer las fortalezas debilidades oportunidades y amenazas de todos los componentes del sistema de salud. Siendo las instituciones prestadoras de servicios de salud y el personal de salud componentes importantes del sistema, es relevante comprender las interacciones y asociaciones entre las variables asociadas a la mejora de la calidad. (18)

La medición de la calidad y la eficiencia de un servicio de salud es una tarea compleja ya que, además de la complejidad intrínseca que conlleva la medición de conceptos abstractos, no pueden ignorarse la variedad de intereses que pueden influir en una evaluación de ese tipo. En los sistemas de salud no públicos las contradicciones entre pacientes, gestores y financistas son las principales promotoras del control y evaluación de la calidad y la eficiencia. Las compañías de seguros han jugado un papel crucial en esta evaluación ya que muchas veces deben pagar la mayor parte de los servicios y calcular debidamente el monto que deben cobrar a sus clientes ya que este pago se produce antes de que el servicio se haya brindado. Las ganancias de tales compañías dependerán directamente de lo acertado de sus cálculos y del costo real del servicio brindado. Esta madeja de intereses obviamente no siempre resulta en una atención de buena calidad. (7)

Entre los indicadores de proceso más naturales se encuentran los que evalúan la calidad de documentos o formularios que deben llenarse durante el desarrollo de la atención por los médicos u otros profesionales o técnicos de la salud. Como ejemplo específico y elocuente está la evaluación de la Hoja de Referencia, documento básico donde se refleja todo el proceso que atraviesa el paciente durante su referencia a un centro de mayor complejidad. La hipótesis subyacente es que si la Hoja de Referencia se considera satisfactoria, puede suponerse que andará bien la atención que recibe el paciente. (7)

Dada la gran cantidad de elementos que suele tener la Hoja de Referencia, en algunos centros se ha instrumentado un sistema de puntos para evaluar su calidad. Se trata de otorgar puntos a todos los elementos de la Hoja de

Referencia, de manera que la ausencia de un elemento o su confección incorrecta conduzcan una “pérdida” de puntos. El sistema puede organizarse sobre una base cualquiera (100, 20, 10 u otro) y la mayor dificultad estriba en lograr darle a cada componente o elemento de la historia un peso adecuado. (7)

La calidad de otros documentos que reflejan el proceso de atención también podría evaluarse con un sistema similar. La confección y validación de una escala o sistema para evaluar una Hoja de Referencia u otro documento resultante de la actividad asistencial debería guiarse por los procedimientos ya conocidos para construir y validar escalas de medición. (19)

El primer nivel de atención es uno de los pilares de prevención de las enfermedades crónicas degenerativas, si estos establecimientos cumplen con su función principal de prevenir las posibles complicaciones optimizando el uso de recursos humanos y financieros sin derivarlos a establecimientos de salud de mayor nivel de complejidad, evitando incrementar el gasto por una prestación para EsSalud, uno por el pago de la tercerización de prestaciones recuperativas y otro por la atención de estas mismas en un mayor nivel de atención, resultando mayor el costo de la atención de estas prestaciones de salud por el nivel de atención e incrementando la demanda en los establecimientos de mayor nivel. (20)

Referir un paciente a la consulta externa hospitalaria es una opción utilizada por el médico de Atención Primaria para procurar asistencia concreta a los pacientes en las fases de diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y/o seguimiento. De esta forma, la referencia médica es la forma de interrelación y contacto entre ambos niveles asistenciales. (21)

Todos los médicos de Atención Primaria necesitan en ciertos casos los consejos de otros sobre la atención a determinados pacientes. A medida que los médicos centralizan su entrenamiento y limitan su trabajo dentro de los marcos cada vez más estrechos de algunas especialidades, menos oportunidades van a tener de resolver los múltiples problemas que puedan presentar sus pacientes, y más van a necesitar de las opiniones de otros colegas. Los médicos con un perfil de

conocimientos más amplio, pueden resolver del 80 al 90 % de los problemas de salud de sus pacientes. (22)

Para León et al (23) la remisión o referencia medica es un documento médico legal que de no ser confeccionado adecuadamente puede afectar la calidad de la atención médica, por tal motivo es necesario cumplir con recomendaciones útiles para lograr una remisión médica adecuada:

Del remitente:

- Escribir con letra legible y no usar abreviaturas.
- Plasmar el pensamiento médico.
- Enfatizar en los datos positivos encontrados en el interrogatorio y en el examen físico.
- Enviar los resultados de los análisis complementarios realizados o copia de ellos.
- En el caso de un recién nacido, lactante, gestante o se tratase de una enfermedad grave, de ser posible, debe interconsultarse previamente con el especialista o médico de más nivel, y sería ideal que el médico lo acompañase e intercambiara criterios con el médico del centro hacia donde se remite.
- Garantizar el traslado seguro y oportuno del paciente, sin perder tiempo en acciones innecesarias.
- Tener presente que debemos evitar pérdidas de tiempo innecesarias.
- Informar oportunamente al médico de asistencia del paciente que se remitió.
- Nunca remitir a un enfermo sin verlo, interrogarlo y examinarlo, ni ocultar datos importantes.
- Aportar datos adicionales del enfermo como situación social, medio familiar, riesgos, etcétera.
- Brindar apoyo psicológico al paciente y al familiar.

Del que recibe:

- Intercambiar criterios con el médico que acompaña al paciente, aclarar dudas, discutir elementos que se opine sean necesarios, y determinar la conducta a seguir con el enfermo, ya sea ingreso hospitalario o el retorno a su hogar.

- En caso de requerir ingreso, adjuntar la hoja de remisión en la historia clínica para que el médico de la sala del hospital tenga más elementos para manejar el caso.
- Informar oportunamente al centro asistencial y/o médico de asistencia del ingreso del paciente.
- Revisión sistemática de la calidad de las remisiones médicas recibidas.
- Notificar las fugas hospitalarias, las altas a petición del paciente o familiar.
- Solicitar intercambio con el médico de la atención primaria de ser necesario.
- Aviso oportuno a la atención primaria de las altas precoces, altas con tratamientos pendientes de completarse, etcétera.

## **IV. MATERIALES Y MÉTODOS.**

#### IV. MATERIALES Y MÉTODOS.

**Tipo de estudio:** Cuantitativo no experimental, descriptivo, transversal.

**Población:** corresponde a 2039 referencias, fue estimada de todas las referencias médicas enviadas durante el mes de Octubre del 2017, de los Policlínicos de EsSalud de la Región Lambayeque (Carlos Castañeda, Agustín Gavidia y Manuel Manrique) a otros niveles de mayor complejidad.

**Muestra:** Usando el programa de Análisis Epidemiológico de datos tabulados EPIDAT v 3.1 mediante la fórmula Tamaños de muestra y precisión para estimación de una proporción poblacional, con una proporción esperada de 30% (8), un nivel de confianza de 95% y una precisión absoluta de 5 % se determinó un tamaño de muestra de 279 referencias médicas.

**Tipo de muestreo:** El muestreo fue de tipo probabilístico aleatorio estratificado, usando la Técnica de Muestreo Aleatorio estratificado mediante el programa estadístico Epidat v 3.1, teniendo en cuenta el primer número de referencia registrado el 01/10/2017 hasta el último número de referencia registrado el 31/10/2017.

##### **Criterios de inclusión:**

- Referencia medicas realizadas en consulta externa de los Policlínicos EsSalud Carlos Castañeda Iparraguirre, Agustín Gavidia Salcedo, Chiclayo Oeste y Manuel Manrique Nevado; ubicados en la Región Lambayeque, hacia otros establecimientos de mayor complejidad por diversos motivos durante Octubre del 2017.

##### **Criterios de exclusión:**

- Referencias médicas administrativas.
- Referencias médicas enviadas por odontólogo, obstetra, entre otros.
- Referencias médicas enviadas al primer nivel de atención.
- Referencias medicas de emergencia.

## **Técnicas e instrumentos de recolección de datos**

Para la evaluación de la Hoja de Referencia se utilizó una ficha de evaluación elaborada para tal fin (**Anexo 1**).

La Ficha de Evaluación consta de dos secciones, la primera sección para registrar las características de la población como edad, sexo del paciente, área destino, diagnóstico y nivel de atención de referencia; y la segunda sección para evaluar la calidad del registro de la Hoja de Referencia, basada en el “**Formato de validación de la calidad del registro de la referencia**” disponible en la Directiva N° 014 – GG – ESSALUD -2015 “Normas para el proceso de referencia y contrarreferencia en EsSalud” (24), con todos los criterios a evaluar, estos criterios son dicotómicos, anotándose la presencia o ausencia de los mismos. Se consignó el valor de 1 punto cuando la respuesta era positiva o no aplica y 0 puntos por cada respuesta negativa, obteniéndose un puntaje máximo de 20 puntos.

**Indicadores:** Criterios totales de evaluación de la calidad: 20 criterios

- Menor de 16: mala calidad.
- Si alcanza 16 o más: buena calidad

Se consideró a los fines de este estudio, referencia de buena calidad a aquella que presente un resultado mayor o igual a 16.

## **Validez del instrumento**

El instrumento de recolección de datos fue validado por un grupo de 3 expertos, para dicha validación se utilizó el “Formato de validación de la calidad del registro de la referencia” disponible en la Directiva N° 014 – GG – ESSALUD -2015 “Normas para el proceso de referencia y contrarreferencia en EsSalud”, se entregó una ficha de calificación a los expertos, encontrándose una Prueba de concordancia de 0.92.

## **Procedimiento**

1. Se solicitó al Comité de Investigación del Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo la aprobación del proyecto de investigación.
2. Se solicitó los formatos de referencias de los pacientes de los Policlínicos de EsSalud de la región de Lambayeque: Agustín Gavidia, Manuel Manrique y Carlos Castañeda Iparraguirre.
3. Se recolectó toda información de las referencias en físico para evaluarlas.
4. Se realizó el muestreo y criterios de selección.
5. Se aplicó el instrumento de recolección de datos.
6. Para la creación y análisis de la base de datos de dichas referencias médicas se utilizó el programa Microsoft Excel 2010.
7. Se realizó el análisis de los datos.

## **Técnicas de procesamiento y análisis de datos.**

Para la creación y análisis de la base de datos se utilizó el programa Microsoft Excel 2010. El análisis descriptivo incluyó medidas de resumen y distribución de frecuencias. Se emplearon tablas y gráficos circulares para la presentación de los resultados.

## **Aspectos éticos**

Siendo un estudio donde se realizara una revisión documental a través de las Hojas de Referencias disponibles en las Oficinas de Referencia de los Policlínicos EsSalud de la Región Lambayeque, Carlos Castañeda Iparraguirre, Agustín Gavidia Salcedo y Manuel Manrique Nevado, no fue necesaria la aplicación del consentimiento informado. La información recogida se utilizó solo con fines de investigación, respetándose la confidencialidad y autenticidad de los datos. La ejecución del estudio fue autorizado por cada Director de los centros asistenciales antes mencionados.

## **V. RESULTADOS.**

## V. RESULTADOS.

Ingresaron al presente estudio 279 referencias enviadas entre el 1 de Octubre hasta el 31 de Octubre del año 2017, de las cuales el 23% (64) correspondían al Policlínico Agustín Gavidia, 46% (127) al Policlínico Manuel Manrique y el 31% (88) al Policlínico Carlos Castañeda.

Es importante destacar que aproximadamente el 3% de las referencias no pudieron ser clasificadas debido a que no se mencionaron en la Hoja de Referencia algunos datos del paciente como la edad, sexo o nivel de atención referido, por lo que no fueron consideradas en la descripción de las características de la población pero se les incluyó en el estudio para evaluar la calidad del llenado de la hoja de referencia.

A continuación se presentan los resultados de cada uno de los Policlínicos, se describe características sociodemográficas, calidad del llenado de la Hoja de Referencia y justificación de la referencia según cumplimiento de los criterios de referencia de la Guía de Práctica Clínica de cada patología correspondiente y la cartera de servicios según nivel de atención en EsSalud.

En el policlínico Agustín Gavidia Salcedo se revisaron 64 referencias, las características de la población se muestran en la Tabla N° 01, con respecto al sexo de los pacientes referidos, existe predominio de pacientes de sexo femenino, el grupo etario que se refiere con mayor frecuencia es el de los adultos, los pacientes fueron referidos con mayor frecuencia al segundo nivel de atención, el uso de pruebas diagnósticas fue necesario en el 56% de los casos.

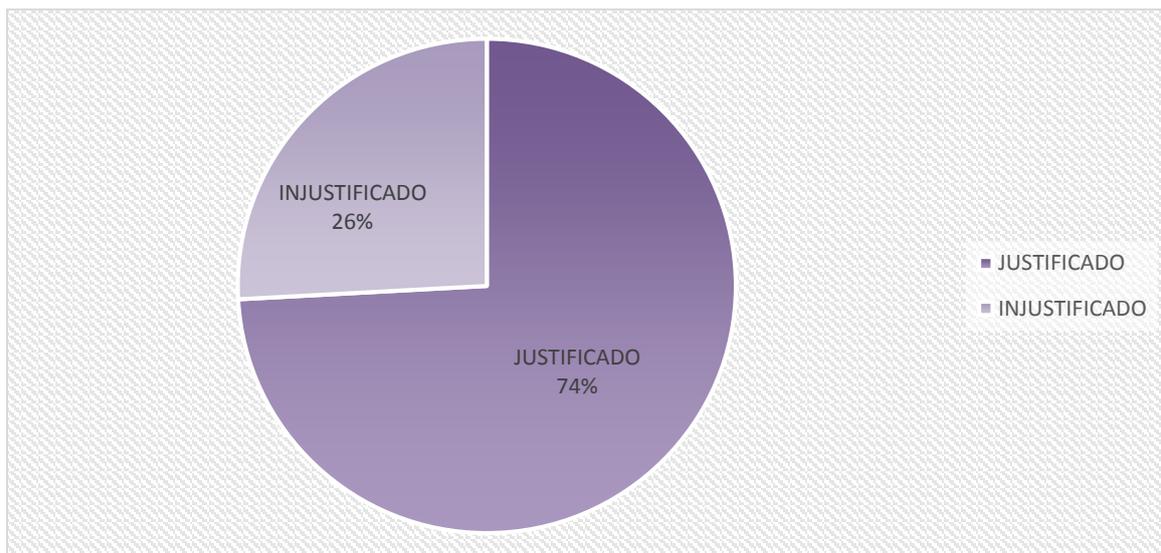
**Tabla N° 01: Características sociodemográficas en pacientes referidos a un nivel de atención de mayor complejidad. Policlínico EsSalud Agustín Gavidia Salcedo. Lambayeque. Octubre 2017.**

|                                    | <b>N° de Pacientes</b> | <b>%</b>   |
|------------------------------------|------------------------|------------|
| <b>Sexo</b>                        |                        |            |
| Masculino                          | 22                     | 35         |
| Femenino                           | 40                     | 65         |
| <b>Grupo etario</b>                |                        |            |
| Niño                               | 5                      | 8          |
| Adolescente                        | 2                      | 3          |
| Joven                              | 3                      | 5          |
| Adulto                             | 29                     | 48         |
| Adulto mayor                       | 22                     | 36         |
| <b>Nivel de atención</b>           |                        |            |
| Segundo nivel                      | 36                     | 60         |
| Tercer nivel                       | 24                     | 40         |
| <b>Uso de pruebas diagnosticas</b> |                        |            |
| Si                                 | 36                     | 56         |
| No                                 | 28                     | 44         |
| <b>TOTAL</b>                       | <b>64</b>              | <b>100</b> |

**Fuente:** Oficina de Referencias. Policlínico EsSalud Agustín Gavidia Salcedo.

Con respecto al registro de la Hoja de Referencia, el 50% (32) fueron referencias de mala calidad debido a que no se registra adecuadamente los datos de la referencia del paciente, se registra con letra no legible, existe uso de abreviaturas no reconocidas por la institución, el medico no se identifica con firma y sello o el paciente es referido a un nivel de complejidad que no le corresponde.

Como se muestra en el Grafico N° 01, el 26% (15) de los pacientes fueron referidos de manera injustificada, es decir no se cumplieron con los criterios de referencia o se saltó los niveles de atención, pudiendo haber sido atendidos en el primer nivel de atención.



**Gráfico N° 01: Referencias médicas enviadas según Justificación de Referencia. Policlínico EsSalud Agustín Gavidia Salcedo. Octubre 2017.**

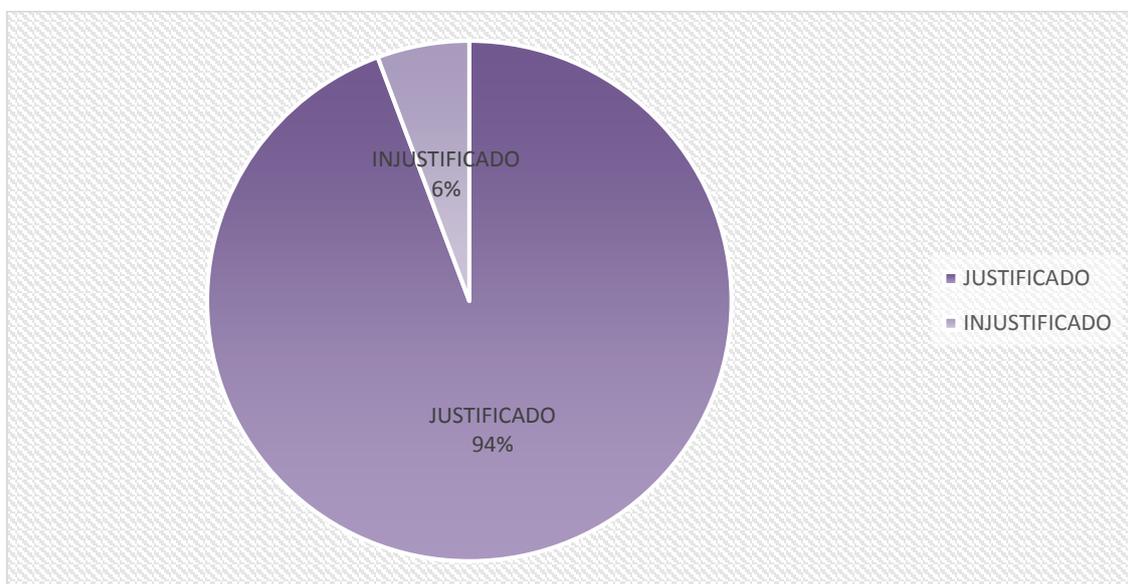
En el Policlínico Carlos Castañeda Iparraguirre se revisaron 88 Hojas de Referencia, las características de la población se describen en la Tabla N° 02, con respecto al sexo de los pacientes referidos, existe predominio de pacientes de sexo femenino, el grupo etario que se refiere con mayor frecuencia es el de los adultos, existe diferencia significativa con respecto al nivel de atención, con mayor frecuencia del segundo nivel de atención, el uso de pruebas diagnósticas solo fue necesario en el 40% de los casos.

De las referencias enviadas, el 34% (30) fueron referencias de mala calidad. Como se observa en el gráfico N° 02, el 6% (5) de los casos se realizó de manera injustificada, es decir no cumplieron con los criterios de referencia o se saltó los niveles de atención.

**Tabla N° 02: Características sociodemográficas en pacientes referidos a un nivel de atención de mayor complejidad. Policlínico EsSalud Carlos Castañeda Iparraguirre. Lambayeque. Octubre 2017.**

|                                    | N° de Pacientes | %          |
|------------------------------------|-----------------|------------|
| <b>Sexo</b>                        |                 |            |
| Masculino                          | 31              | 35         |
| Femenino                           | 57              | 65         |
| <b>Grupo etario</b>                |                 |            |
| Niño                               | 5               | 6          |
| Adolescente                        | 6               | 7          |
| Joven                              | 1               | 1          |
| Adulto                             | 44              | 50         |
| Adulto mayor                       | 32              | 36         |
| <b>Nivel de atención</b>           |                 |            |
| Segundo nivel                      | 55              | 68         |
| Tercer nivel                       | 26              | 32         |
| <b>Uso de pruebas diagnosticas</b> |                 |            |
| Si                                 | 35              | 40         |
| No                                 | 53              | 60         |
| <b>TOTAL</b>                       | <b>88</b>       | <b>100</b> |

**Fuente:** Oficina de Referencias. Policlínico EsSalud Carlos Castañeda Iparraguirre.



**Gráfico N° 02: Referencias médicas enviadas según Justificación de Referencia. Policlínico EsSalud Carlos Castañeda Iparraguirre. Octubre 2017.**

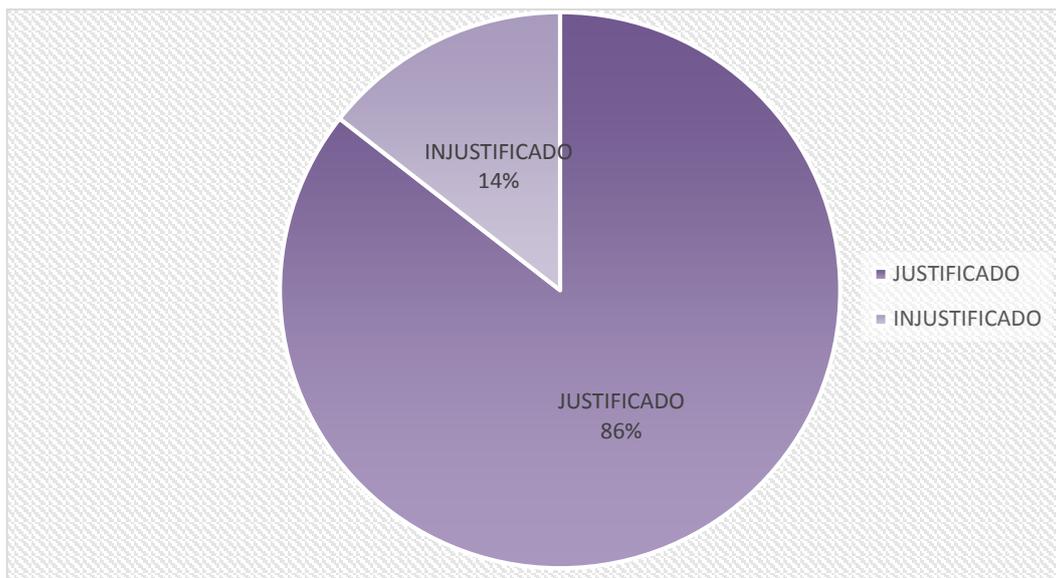
En el Policlínico Manuel Manrique Nevado se revisaron 127 Hojas de Referencia, las características sociodemográficas se describen en la Tabla N° 03, se observó predominio del sexo femenino, el grupo etario que fue referido con mayor frecuencia fue el de los adultos, existe predominio del segundo nivel de atención y se usó pruebas diagnósticas solo en el 40% de los casos.

**Tabla N° 03: Características sociodemográficas en pacientes referidos a un nivel de atención de mayor complejidad. Policlínico EsSalud Manuel Manrique Nevado. Lambayeque. Octubre 2017.**

|                                    | N° de Pacientes | %          |
|------------------------------------|-----------------|------------|
| <b>Sexo</b>                        |                 |            |
| Masculino                          | 45              | 37         |
| Femenino                           | 77              | 63         |
| <b>Grupo etario</b>                |                 |            |
| Niño                               | 6               | 5          |
| Adolescente                        | 8               | 6          |
| Joven                              | 9               | 7          |
| Adulto                             | 56              | 45         |
| Adulto mayor                       | 46              | 37         |
| <b>Nivel de atención</b>           |                 |            |
| Segundo nivel                      | 62              | 55         |
| Tercer nivel                       | 50              | 45         |
| <b>Uso de pruebas diagnosticas</b> |                 |            |
| Si                                 | 51              | 40         |
| No                                 | 76              | 60         |
| <b>TOTAL</b>                       | <b>127</b>      | <b>100</b> |

**Fuente:** Oficina de Referencias. Policlínico EsSalud Manuel Manrique Nevado.

De las referencias enviadas, el 36 % (46) fueron referencias de mala calidad. Además, tal como se observa en el Gráfico N° 03, el 14% (16) de los casos se refiere de manera injustificada, es decir no se cumplieron con los criterios de referencia o se saltó los niveles de atención.



**Gráfico N° 03: Referencias médicas enviadas según Justificación de Referencia. Policlínico EsSalud Manuel Manrique Nevado. Octubre 2017.**

En la Tabla N° 04 se presentan los diagnósticos de referencia agrupados, según los 22 capítulos de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 10), correspondientes a las 279 Hojas de Referencia revisadas. Llama la atención que casi el 50% de los diagnósticos se concentren solamente en enfermedades del aparato digestivo, genitourinario, osteomuscular, del ojo y sus anexos; esto podría traer como consecuencia una saturación de las especialidades de destino.

**Tabla N° 04. Total de referencias medicas según capítulos de la Clasificación Internacional de Enfermedades, CIE- 10. Policlínicos EsSalud Lambayeque. Octubre 2017.**

| CAPITULO DEL CIE10  | N° de Pacientes | %           |
|---|-----------------|-------------|
| Enfermedades del aparato digestivo  | 47              | 17          |
| Enfermedades del aparato genitourinario   | 37              | 13          |
| Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conectivo                                   | 28              | 10          |
| Enfermedades del ojo y sus anexos   | 24              | 9           |
| Enfermedades del sistema circulatorio   | 26              | 9           |
| Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte | 21              | 8           |
| Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas  | 19              | 7           |
| Neoplasias  | 11              | 4           |
| Otros   | 66              | 24          |
| <b>TOTAL</b>  | <b>279</b>      | <b>100%</b> |

**Fuente: Oficina de Referencias. Policlínicos EsSalud Lambayeque. 2017.**

## **VI. DISCUSIÓN.**

## VI. DISCUSIÓN.

Con respecto a las características de la población, se observa que en los Policlínicos EsSalud de la Región Lambayeque, la población que se refirió a un centro de mayor complejidad, el 65% corresponde al sexo femenino, resultados similares se obtienen en un estudio publicado por Jiménez, donde se describió que de los pacientes referidos a un hospital, el sexo que más se refirió fue el femenino con un 53.4%, la mayor presencia de las mujeres en la atención del primer nivel se puede justificar por peor percepción de éstas de su salud, con una mayor restricción de sus actividades, un mayor número de síntomas, más sensación de dolor y una mayor notificación de enfermedades crónicas que los varones. (12)

En el trabajo realizado en el Hospital General de Valencia (España) en el año 2010 se concluyó que el grupo etario que más se refirió fue el de adultos con un 30.67 %. Mismo caso ocurre en el proyecto que hemos realizado en los de Policlínico EsSalud de la región Lambayeque: Agustín Gavidia Salcedo, Policlínico EsSalud Carlos Castañeda Iparraguirre y Policlínico EsSalud Manuel Manrique Nevado arrojando el grupo etario adulto que más se refirió con un 48, 50 y 45% respetivamente. Eso denota que los adultos son un grupo que necesita ayuda de profesionales especializados en la complejidad de sus patologías a tratar. (10)

En un estudio descriptivo transversal realizado en el Hospital de Montilla (Madrid) se concluyó que el sexo que más se refirió fue el femenino con un 53.4%. (12) En el trabajo que se realizó en el Policlínico EsSalud Agustín Gavidia Salcedo, Policlínico EsSalud Carlos Castañeda Iparraguirre y el Policlínico EsSalud Manuel Manrique Nevado fue también el sexo femenino también que más se refirió con un 65,65 y 63% respectivamente. Concluyendo que es el sexo femenino que más se necesita ayuda profesional de establecimientos de salud de mayor complejidad en comparación con el varón que es un porcentaje menor en cuanto a la solución de sus problemas de salud llegando incluso resolverse en atención de primer nivel.

En un estudio descriptivo realizado por Vargas en diferentes hospitales se determinó que las enfermedades del sistema genitourinarias fueron las que más se refirieron con un 11.58% según el CIE10. (6) En los estudios que realizamos en los policlínicos de EsSalud de la región Lambayeque: Agustín Gavidia Salcedo, Carlos Castañeda Iparraguirre y Manuel Manrique Nevado fueron las enfermedades del sistema digestivo seguido de las enfermedades del sistema genitourinario las que más se refirieron con un 17 y 13% respectivamente. Concluyendo que las patologías genitourinarias, muchas de ellas necesitan ser resueltas en un establecimiento de mayor complejidad.

En el año 2012, en un estudio realizado en la Sesión de la Comisión de Trabajo y Seguridad Social, se informó que más del 30% del perfil de las referencias medicas a los Hospitales Nacionales del Perú corresponde a ayuda de procesos diagnósticos ya sean laboratoriales o imagenológicos mayormente. (8) En los estudios que realizamos en los policlínicos de EsSalud de la región Lambayeque: Agustín Gavidia Salcedo, Carlos Castañeda Iparraguirre y Manuel Manrique Nevado de todas las referencias que se realizaron las que necesitaron para ayuda diagnostica fueron de 56, 40 y 40% respectivamente, lo que significa que son porcentajes considerables dedicados a ayudas diagnósticas. Concluyendo que hay profesionales de la salud que no lo es suficiente su patrimonio intelectual para resolver problemas de salud necesitando de apoyos laboratoriales, imagenológicos para diagnosticar una enfermedad.

En un estudio descriptivo realizado en un hospital de tercer nivel pediátrico en el país de España, con el objetivo de demostrar la necesidad de mejorar el Sistema Nacional de Referencia y Contrarreferencia, se evaluaron 300 referencias, de estas 52% fue referido del primer nivel, 33% del segundo nivel y 15% del tercer nivel de atención. (2) En contraste con los estudios que realizamos en los policlínicos de EsSalud de la región Lambayeque: En Agustín Gavidia Salcedo fue el del segundo nivel que más se refirió con un 60%, al igual que en Carlos Castañeda Iparraguirre fue el de segundo nivel con un 68 % y Manuel Manrique Nevado también fue el de segundo nivel con un 55 % de todas las referencias médicas.

En un estudio descriptivo transversal realizado en el Hospital General de Valencia (España) presentaron que de todas las referencias médicas que se realizaron, un 27.1% se catalogaron como injustificadas. (10) En el trabajo que se realizó en el Policlínico EsSalud Agustín Gavidia Salcedo, Policlínico EsSalud Carlos Castañeda Iparraguirre y el Policlínico EsSalud Manuel Manrique Nevado fueron las referencias que se realizaron de manera injustificada también con un porcentaje mínimo, con un 26, 6 y 14% respectivamente. Significando que existen errores crasos en el sistema de referencias y contrareferencias no solo a nivel nacional sino a nivel mundial.

En un estudio descriptivo transversal, realizado en el Hospital de Tegucigalpa (Honduras), sobre los pacientes referidos, su estado de salud y condiciones de traslado a la Sala de Emergencia de Cirugía General, durante el período de mayo a Julio 2013, el 62.6% de los pacientes referidos correspondió a pacientes del sexo masculino, un porcentaje mayoritario en comparación con el sexo femenino. (3) Caso contrario ocurre en los Policlínico de EsSalud Agustín Gavidia Salcedo, Policlínico EsSalud Carlos Castañeda Iparraguirre y el Policlínico EsSalud Manuel Manrique Nevado que fue el sexo femenino que más se refirió con un 65,65 y 63% respectivamente. No se puede concluir ni deducir en cuanto a las referencias médicas respecto al sexo, mucho depende de la población.

En un estudio descriptivo transversal realizado en un hospital de Madrid (España) entre el periodo 1 de marzo al 10 de abril del 2003, concluyeron que de todas las referencias que se realizó desde una atención primaria a dicho hospital, el 49.4% fueron consideradas justificadas, siendo las referencias injustificadas con el mayor porcentaje. (11) En contraste con el trabajo que se realizó en los Policlínicos de la región Lambayeque de: EsSalud Agustín Gavidia Salcedo, Policlínico EsSalud Carlos Castañeda Iparraguirre y el Policlínico EsSalud Manuel Manrique Nevado fueron al contrario las referencias que se realizaron de manera injustificada con un porcentaje mínimo, con un 26, 6 y 14% respectivamente.

Con respecto a las patologías según los capítulos del CIE 10, se observa que casi la mitad de la población referida presenta diagnósticos correspondientes a enfermedades del aparato digestivo, genitourinario, osteomuscular, del ojo y sus anexos; resultados similares a los obtenidos en el estudio publicado por Vargas, donde los capítulos del CIE10 que se refirieron con mayor frecuencia fueron las Enfermedades del sistema genitourinario con 11.58% (810 pacientes) y Síntomas, signos y hallazgos anormales no clasificados en otra parte con 10.95% (766 pacientes), continuaron en frecuencia las Enfermedades del sistema digestivo con 8.72% (610 pacientes) y Enfermedades del ojo y sus anexos con 7.88% (551 pacientes), esto podría traer como consecuencia una saturación de las especialidades de destino. (6)

La calidad del llenado de las Hojas de referencia médicas del primer nivel a uno de mayor nivel de complejidad varía según el establecimiento de origen; los resultados obtenidos del Policlínico de primer nivel Agustín Gavidia arrojaron que el 50% de las referencias fueron de mala calidad. En el Policlínico Carlos Castañeda Iparraguirre en cambio fue un 34% y en el Policlínico Manuel Manrique Nevado tan solo fue el 36%. Por otra parte en el Policlínico Agustín Gavidia se observó que el 26% de las referencias realizadas se les considero como injustificadas; en el Policlínico Carlos Castañeda Iparraguirre fue el 6% y en el Policlínico Manuel Manrique Nevado solo el 14% se realizó de manera injustificada. Justamente en una investigación descriptiva realizada por Quimbert, en un hospital de tercer nivel pediátrico en Bolivia cerca de la mitad (49%) de las referencias fueron consideradas como injustificadas independientemente del nivel de origen de donde llegaron, se encuentran diferencias significativas con respecto al presente trabajo debido a que no se trabajó con la misma población. (2)

Estos datos indican que existe un gran porcentaje de los procesos de referencias que se realizan de manera inadecuada ya sea por una falta de recursos de dicho establecimiento de origen o simplemente por las falencias que existen en las hojas de referencias que es el vehículo necesario en el proceso de referencias.

Existe poca investigación o no se le da mucha importancia a los problemas que existen a diario en cuanto a la calidad del proceso de referencias que se realizan de un nivel menor a otro de mayor complejidad. Es evidente que el motivo de referencia tiene que cumplir primordialmente con el rol de comunicar al especialista el acto médico requerido para atender la situación de salud de un usuario; sin embargo, también es conocida la importancia que tiene el contar con un buen sistema de información que retroalimente la gestión de los servicios de salud. El esfuerzo de codificación realizado con el propósito de ejecutar esta investigación, permitió, además, identificar problemas importantes en relación con el sistema de información de las referencias.

## **VII. CONCLUSIONES.**

## VII. CONCLUSIONES.

1. La calidad del proceso de referencias medicas de Atención Primaria en Policlínicos EsSalud de la Región Lambayeque durante Octubre del 2017 es mala, pues se refiere a los pacientes de forma innecesaria produciendo un aumento en la demanda hospitalaria y generando un gasto económico para el paciente.
2. Las características de la población referida de los Policlínicos EsSalud de la Región Lambayeque durante Octubre del 2017 son las siguientes, el grupo etario que fue referido con mayor frecuencia fueron el de los adultos, con respecto al sexo de los pacientes, existe predominio del sexo femenino, se refirió con mayor frecuencia al segundo nivel de atención y los casi la mitad de los diagnósticos se concentraron en enfermedades del aparato digestivo, genitourinario, osteomuscular, del ojo y sus anexos.
3. Casi la tercera parte de las referencias médicas enviadas de los Policlínicos EsSalud de la Región Lambayeque a un nivel de mayor complejidad son de mala calidad en el llenado de la Hoja de Referencia, debido a que no se registra adecuadamente los datos de la referencia del paciente, se registra con letra no legible, existe uso de abreviaturas no reconocidas por la institución, el medico no se identifica con firma y sello.
4. Casi la sexta parte de las referencias medicas enviadas de los Policlínicos EsSalud de la Región Lambayeque a un nivel de mayor complejidad, se refiere de manera injustificada, con patologías que pueden ser atendidas en el primer nivel de atención.

## **VIII. RECOMENDACIONES.**

## VIII. RECOMENDACIONES.

Dentro de este proyecto, se recomienda a futuros profesionales de la salud especialmente a médicos a seguir investigando sobre los procesos de las referencias médicas, especialmente a los médicos serumistas que son justamente ellos los que se encuentran laborando el día a día en centros de salud de primer nivel y solo ellos tienen la potestad de referir a pacientes desde su nivel que se encuentran a otro nivel de mayor complejidad tomando en cuenta diversos ítems que se ha descrito en la presente investigación.

Otra recomendación sería incluir más referencias bibliográficas sobre el tema de calidad de referencias ya que no se cuenta con mucha literatura, siendo este tema muy importante para no sobrecargar de demanda de pacientes a los centros de salud de mayor complejidad, refiriendo lo que se deben de referir.

Los datos obtenidos en el estudio y análisis de este proyecto sobre la calidad de referencias de los Policlínicos Es Salud de la región Lambayeque, se basaron en el total de referencias médicas según capítulos de la Clasificación Internacional de Enfermedades, CIE- 10. En cuanto a los términos de “justificado” o no “justificado” se basó en los criterios de la calidad del proceso de referencias de las normas de EsSalud. Por lo que se invita a los profesionales de la salud en general a leer no solo este proyecto sino también las normas de EsSalud mencionadas y citadas en las referencias bibliográficas para tomar conciencia y actuar correctamente en el Sistema de Referencia y Contrarreferencia.

Se recomienda una mejor preparación en el ámbito de pregrado de los estudiantes de medicina humana para no tener problemas en el momento de diagnosticar ciertas patologías sin necesidad de recurrir a ciertos instrumentos de apoyo diagnóstico evitando referir a ciertos pacientes que se podrían solucionar en el primer nivel de atención.

Como posibles soluciones para incrementar el porcentaje de referencias medicas justificadas al nivel hospitalario, estarían mejorar la accesibilidad de la población a la Atención Primaria, solventando al tiempo la masificación, motivar y concienciar a los profesionales que trabajan en Atención Primaria de la

necesidad de asumir las urgencias (formación continuada) y aumentar la posibilidad de rápido acceso a la atención especializada extrahospitalaria (disminuir listas de espera para el nivel secundario)

Facilitar la accesibilidad de ciertas pruebas diagnósticas ya sea imagenológicas o laboratoriales en atención primaria, una mejor dotación tecnológica de los centros de salud del mismo nivel de atención, el diseño de actividades formativas dirigidas sobre todo a médicos serumistas, la implementación de protocolos conjuntos en los niveles de mayor complejidad que nos aproximen al abordaje integral de los procesos y las actuaciones dirigidas a evitar la retención excesiva de los pacientes en los circuitos hospitalarios a través de revisiones innecesarias son algunas de las medidas que nos pueden ayudar a optimizar las consultas necesarias a los pacientes, en consecuencia, a mejorar la atención sanitaria y disminuir la excesiva demanda de pacientes en un nivel de atención de salud.

Por último, como ya hemos comentado y señalado, tuvimos serias dificultades metodológicas para clasificar los motivos de referencia y finalmente optamos por utilizar una clasificación basada en las normas de EsSalud, obviando algunos criterios. Aunque este hecho puede dificultar la comparación de nuestros resultados con los de otros estudios, no pensamos que afecte de forma relevante a su validez, especialmente si tenemos en cuenta el objetivo al que responden.

## **IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.**

## IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Dirección General de Salud de las Personas. Norma Técnica del Sistema de Referencia y Contrarreferencia de los Establecimientos del Ministerio de Salud. 2005. Disponible en:  
[http://bvs.minsa.gob.pe/local/dgsp/115\\_ntrefycon.pdf](http://bvs.minsa.gob.pe/local/dgsp/115_ntrefycon.pdf)
2. Quimbert Montes R, Mejía Salas H. Análisis de la referencia de pacientes a un hospital de tercer nivel pediátrico. *Rev Soc Boliv Pediatría*. 2013; 52(1):8-12.
3. Bessy M. Mejía, Juan Francisco Ayestas, Jackeline Alger. Sistema sanitario: capacidad de respuesta limitada detectada en referencias para atención quirúrgica, Hospital Escuela Universitario, Tegucigalpa. *Rev Med Hondur*, Vol. 82, No. 3, 2014
4. Mogollón JLF, Gaitan KMD, Cabanillas RS-C. Características de los pacientes referidos al servicio de emergencia del hospital regional docente las Mercedes. *Rev Exp En Med Hosp Reg Lambayeque REM*. 2017; 3(2):64-7.
5. Dirección General de Epidemiología. Análisis de la demanda y acceso a los servicios de salud en el Perú [Internet]. 2012. Disponible en:  
[http://www.dge.gob.pe/publicaciones/pub\\_asis/asis31.pdf](http://www.dge.gob.pe/publicaciones/pub_asis/asis31.pdf)
6. Vargas Umaña I, Castillo Martínez A. Causas de referencia médica del primer nivel de atención a otros niveles de mayor complejidad: CCSS, 1998-99. *Rev Cienc Adm Financ Secur Soc*. 2002; 10(2):79-84.
7. Rosa E. Jiménez Paneque. Indicadores de calidad y eficiencia de los servicios hospitalarios. Una mirada actual. Disponible en:  
[http://www.bvs.sld.cu/revistas/spu/vol30\\_1\\_04/sp04104.htm](http://www.bvs.sld.cu/revistas/spu/vol30_1_04/sp04104.htm)
8. Congreso de la República. Sesión de la Comisión de Trabajo y Seguridad Social. Perú: EsSalud; 2012 nov. Disponible en:  
[http://www.essalud.gob.pe/downloads/expos\\_comision\\_trabajo.pdf](http://www.essalud.gob.pe/downloads/expos_comision_trabajo.pdf)
9. Ramírez GC. Causas de referencia a la consulta de Otorrinolaringología, en un hospital de segundo nivel. *Rev Hosp Juárez México*. 2009;76(4):190–193.
10. Mollar JB, Vara M, Meneu R, Roselló M, Ripoll P. Derivaciones desde Atención Primaria a las urgencias hospitalarias en el departamento 7 de Valencia. *SoVaMFIC*. 2010. Disponible en: <http://sovamfic.net/derivaciones->

desde-atencion-primaria-a-las-urgencias-hospitalarias-en-el-departamento-7-de-valencia

11. Bouzas E, López C, Cerrada E, Olalla J, Menéndez JL. Adecuación de las derivaciones desde atención primaria al servicio de urgencias hospitalario en el Área 9 de Madrid. *Emergencias*. 2005; 17:215-19
12. Rosa-Jiménez F, Montijano Cabrera AM, Ília Herráiz Montalvo C, Zambrana García JL. ¿Solicitan las mujeres más consultas al área médica que los hombres? *An Med Interna*. 2005; 22(11):515-9.
13. F.J. Rodríguez Alcalá, J. Chacón Fuertes, M. Esteban Tudela, N. Valles Fernández, F. López de Castro y A. Sánchez Ramiro. Motivos de interconsulta entre atención primaria y el segundo nivel. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656705704480>
14. Soberats S, José F. Propuesta de modelo de referencia y contrarreferencia en el sistema de salud cubano. *Rev Cuba Med Gen Integral*. 1999; 15(6):613-20.
15. Pires MRGM, Göttems LBD, Cupertino TV, Leite LS, Vale LR do, Castro MA de, et al. A utilização dos serviços de atenção básica e de urgência no sus de belo horizonte: problema de saúde, procedimentos e escolha dos serviços. *Saúde E Soc*. 2013; 22:211-22.
16. Soberats S, José F, Aycaguer S, Carlos L, Suárez Jiménez J. Aspectos formativos del médico de atención primaria y su relación con el policlínico y el hospital. *Rev Cuba Med Gen Integral*. 1999; 15(4):357-63.
17. Luft HS, Hunt SS. Evaluating individual hospital quality through outcome statistics. *JAMA*. 1986; 255(20):2780-4.
18. Podestá Gavilano LE, Maceda Kuljich M. Calidad percibida del servicio y cultura de seguridad en salud en el personal médico del Hospital II EsSalud Vitarte. Lima, 2017. *Horiz Méd*. 2018; 18(3):48-56.
19. Health measurement scales: a practical guide to their development and use (5th edition). *Aust N Z J Public Health*. 2016; 40(3):294-5.
20. Cahua Córdova VJ. Nivel de cumplimiento del indicador de referencia en el marco de la tercerización de los servicios de salud. 2014, 2015. Universidad San Martín de Porres; 2015. Disponible en: [http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/usmp/2082/1/cahua\\_vj.pdf](http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/usmp/2082/1/cahua_vj.pdf)

21. García Pais MJ, Rigueiro Veloso MT, Rodríguez Ledo P, Rodríguez Fernández C, Muriel A, Abreira V, et al. Idoneidad de las derivaciones de Atención Primaria a especialidades médicas hospitalarias. *Med Fam Semergen*. 2006; 32(8):376-81.
22. Díaz Novás J, Gallego Machado B. La interconsulta y la referencia. *Rev Cuba Med Gen Integral*. 2005; 21(3-4):0-0.
23. León López R, Gallego Machado B, Díaz Novás J. Formato recomendable para llenar la hoja de remisión médica de un paciente. *Rev Cuba Med Gen Integral*. 2006; 22(2):0-0.
24. Directiva de Gerencia General N° 014 – GG – EsSalud -2015. Normas para el proceso de Referencia y Contrarreferencia en EsSalud. Perú. 2015.

# **ANEXO**

## FICHA DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DEL PROCESO DE LA REFERENCIA

FECHA: / / HORA: ..... POLICLÍNICO: .....

| N° | CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACION | INDICADORES |
|----|---------------------------------|-------------|
| 1  | Edad                            |             |
| 2  | Sexo                            |             |
| 3  | Destino de la referencia        |             |
| 4  | Diagnóstico de referencia       |             |
| 5  | Motivo de referencia            |             |
| 6  | Nivel de atención referido      |             |

Consignar "1" si la respuesta es afirmativa o no aplica y "0" si es negativa.

|   | DATOS GENERALES DE LA REFERENCIA  | SI | NO | NO APLICA |
|---|---|----|----|-----------|
| 1   | Registro del Número de Referencia   |    |    |           |
| 2   | Registro del Número de DNI  |    |    |           |
| 3   | Fecha de la Referencia  |    |    |           |
| 4   | Registra Institución de procedencia de la Referencia  |    |    |           |
| 5   | Registra Servicio de Destino  |    |    |           |
| 6   | Registra Servicio de Origen   |    |    |           |
| 7   | Registra Área de Destino  |    |    |           |
| 8   | Registro del acto medico  |    |    |           |
| 9   | Registro Teléfono del paciente  |    |    |           |
| <b>IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE</b>                              |   |    |    |           |
| 10  | Registra Apellidos y Nombres del paciente.  |    |    |           |
| 11  | Registro de la edad   |    |    |           |
| 12  | Registro del sexo   |    |    |           |
| <b>RESUMEN DE HISTORIA CLINICA</b>                              |   |    |    |           |
| 13  | Registra signos y síntomas  |    |    |           |
| 14  | Registra resultados de pruebas diagnosticas   |    |    |           |
| 15  | Consigna el/los diagnósticos presuntivos y/o definitivo con el respectivo CIE 10                                      |    |    |           |
| 16  | Registra motivo de referencia.  |    |    |           |
| <b>MEDICO TRATANTE O RESPONSABLE DE LA UNIDAD DE REFERENCIA</b> |   |    |    |           |
| 17  | Firma y sello del médico tratante.  |    |    |           |
| 18  | Fue referido al nivel de atención adecuado  |    |    |           |
| <b>PRESENTACIÓN DE LA REFERENCIA</b>                            |   |    |    |           |
| 19  | Letra legible   |    |    |           |
| 20  | Uso de formatos oficiales correspondientes y no uso de abreviaturas (abreviaturas no reconocidas por la institución). |    |    |           |

**PUNTAJE TOTAL:**

**Menor de 16: requiere mejorar**

**Si alcanza 16 o más: es bueno**