

Evaluación inicial del Sistema de Referencia y Contrarreferencia ambulatoria en la DIRIS Lima Norte, desde los centros materno infantiles

Initial evaluation of the outpatient reference and counter-reference system (ORCR) of DIRIS Lima Norte from maternal-child centers

Luis Fernando Llanos Zavalaga ^{1,2,a,b,c}, Alberth Teófilo Orellana Vásquez ^{1,a}, Henry Francisco Aguado Taquire ^{1,3,a,d}

RESUMEN

Desde julio 2018 se implementa el SRCR de consulta ambulatoria en IPRESS de DIRIS Lima-Norte utilizando el aplicativo REFCON; incluye cinco sub-procesos, tres de ellos ocurren en IPRESS de destino. **Objetivo:** Caracterizar las referencias emitidas en las IPRESS I-4 que tuvieron como IPRESS de destino a los hospitales de la DIRIS Lima Norte, y el tiempo de citas de las mismas. **Material y métodos:** Estudio cuantitativo observacional de tipo transversal, que incluyó las referencias emitidas en el periodo mayo-octubre 2019, por siete IPRESS I-4. Se analizaron las referencias por IPRESS, sexo, etapa de vida, especialidad y tiempos hasta la cita. Se estimó medidas de tendencia central y dispersión; y chi-cuadrado para el análisis bivariado, usando Stata v.16. **Resultados:** Hubo 19 951 referencias de siete IPRESS de origen. La población más referida fue de 30-59 años (39,22%) y mujeres (67,04%). Se excluyó del análisis de tiempos 2 714 referencias por información incompleta. El tiempo de aceptación en IPRESS de destino mostró gran variabilidad, solo 23,14% fueron aceptadas en menos de 24 horas. El subproceso de aceptación hasta la cita mostró que la mitad de pacientes demoraron entre 80-85 días en ser atendidos. Solo se reportaron 110 contrarreferencias; de ellas, 48 (43,6%) fueron a Juan Pablo II. **Conclusiones:** Se evidencia una incipiente implementación, ausencia de normatividad, irregular capacitación de personal y limitación de personal que se traduce en alto porcentaje de rechazos y retrasos en aprobación de referencias. Y tiempos mayores de 80 días desde el registro de la referencia hasta la cita, para el 50% de las mismas, desconociendo el porcentaje de citas atendidas.

PALABRAS CLAVE: Referencia y consulta, atención ambulatoria, estudios de tiempo y movimiento, accesibilidad a los servicios de salud. (**Fuente:** DeCS BIREME).

¹ Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Norte, MINSA

² Universidad Peruana Cayetano Heredia.

³ Universidad Peruana los Andes

^a Médico Cirujano

^b Especialista en Administración en Salud

^c Maestría en Políticas, Planificación y Financiamiento en Salud

^d Egresado de la maestría en Medicina con mención en Epidemiología

INVESTIGACIÓN ORIGINAL / ORIGINAL RESEARCH

SUMMARY

Starting in July 2018 the ORCR was implemented in the IPRESS-DIRIS Lima Norte using the REFCON instrument that includes five processes, three of which occur in the IPRESS of destiny. **Objective:** To characterize the references of IPRESS I-4 whose destiny were DIRIS Lima Norte and time to appointment of the encounters. **Methods:** A cross-sectional study was carried-out from May to October 2019 including seven IPRESS I-4. References by age, sex and specialty were analyzed as well as time to appointment. Statistics for means and proportions were calculated using Stata v.16. **Results:** A total of 19,951 references from seven IPRESS were included in the analysis. The most common age group was 30-59 years (39.22%): women accounted for 67.04%. We excluded from the final analysis 2,714 references for not having information on time to appointment. Only 23.14% of referrals were accepted in less than 24 hours. Half of patients had to wait between 80-85 days to have an appointment. Only 110 counter-references were reported, 43.6% went to Juan Pablo II. **Conclusions:** We observed a clearly inefficient system with long delays in making appointments and high rate of referral rejections, these findings are the result of lack of regulation, lack of manpower and poor training of the existing personnel.

KEYWORDS: Referrals and consultation, outpatient care, time and motion studies, health services accessibility. (**Source:** MeSH NLM).

INTRODUCCIÓN

Los cambios demográficos, la transición epidemiológica, necesidades ciudadanas y desarrollos tecnológicos exigen la adecuación de los sistemas de salud ⁽¹⁾. En Perú, se requiere impulsar un nuevo modelo de cuidado que desarrolle un nuevo sistema sanitario, dejando de lado el sistema fragmentado y segmentado. En noviembre 2018 se emitió la Ley 30885 que impulsa las Redes Integradas de Salud (RIS) definida como el “Conjunto de organizaciones que presta, o hace los arreglos institucionales para prestar una cartera de atención de salud equitativa e integral a una población definida, a través de la articulación, coordinación y complementación, y que rinde cuentas por los resultados sanitarios y administrativos y por el estado de salud de la población a la que sirve” ⁽²⁾.

En este escenario, para garantizar el éxito del sistema sanitario se requiere impulsar los principios de la atención primaria ⁽³⁾, en tres direcciones: a) mayor énfasis en la atención basada en comunidad y, la movilización, participación y empoderamiento comunitario, b) énfasis en la prevención de enfermedades con vínculos en la integralidad, más que en programas verticales, y c) mayor énfasis en la intersectorialidad y desarrollo social y económico, como parte del mayor entendimiento de los determinantes sociales en salud para un papel más fuerte para ciertos servicios curativos que hoy en día no considerarían parte de la atención primaria de salud (APS), con la finalidad de promover bienestar y desarrollo, disminuir las inequidades y aumentar accesibilidad y cobertura en salud.

Desde el lado prestacional se requiere mejorar la organización, integración e interrelación entre los diferentes niveles de atención, para que de forma ordenada y estratificada se organicen los recursos ⁽⁴⁾. En el marco de la continuidad e integralidad de la atención de pacientes desde el primer nivel de atención (PNA), se requiere contar con un apropiado sistema integral de referencia y contrarreferencia, que incluya la atención de emergencia, hospitalización y atención ambulatoria, al igual los exámenes auxiliares de laboratorio y de imágenes entre los diferentes sub-sistemas sanitarios existentes en el país.

Para la atención ambulatoria, la Norma Técnica N°18 MINS/DGSP-V.01 ⁽⁵⁾ del 2005, define la referencia-contrarreferencia como un conjunto de procesos administrativos y asistenciales, por cual el personal de una institución prestadora de servicios de salud (IPRESS), transfiere la responsabilidad de atención según la necesidad que requiera el usuario a otra IPRESS de salud de mayor capacidad resolutoria. Ello podría realizarse para hospitalización, emergencia, consulta externa y servicios de apoyo. El flujo de referencias (flujo jerárquico) fue formulado como pasos progresivos entre: IPRESS categoría I-2 y I-3 a IPRESS I-4 y luego al hospital, con el consecuente malestar de los pacientes; esta práctica persiste hasta la actualidad. A nivel nacional, cada DIRESA/DISA implementó un flujo según sus posibilidades; siendo la norma, en muchos casos, adversa a su realidad.

Desde su implementación, las referencias eran llenadas en físico y se le daba al mismo paciente. El paciente era el tramitador de la propia referencia; en

INVESTIGACIÓN ORIGINAL / ORIGINAL RESEARCH

muchos casos acudía al área de referencia o ventanilla de la IPRESS de destino (primer nivel con mayor capacidad resolutoria u hospitales) para sacar su cita para la especialidad requerida.

La Dirección de Redes Integradas de Salud (DIRIS) Lima Norte fue creada por Decreto Supremo N°008-2017-SA, con fecha 05 de marzo del 2017⁽⁶⁾, su población estimada es 2 926 120 habitantes para el 2020⁽⁷⁾. Está conformada por siete RIS y 3 hospitales, Hospital Cayetano Heredia (HCH), Hospital Sergio Bernales (HSB) y Hospital Carlos Lanfranco (HCL) y 98 IPRESS de primer nivel. A partir del 2018 el sistema de referencia y contrarreferencia (SRCR) usando el aplicativo REFCON⁽⁸⁾ se comenzó a implantar en el HSB y 34 IPRESS, teniendo como IPRESS de destino dicho hospital. La implementación fue progresiva tomando 6 meses aproximadamente para que las 34 IPRESS se integrasen al nuevo sistema. En marzo del 2019, el HCH lo implementó en forma drástica; solo aceptaba referencias vía REFCON, y no vía papel. Su implantación ha mostrado debilidades y virtudes en los diversos subprocesos, como ocurre en todo acto humano.

Se reconoce que no existen estudios sobre la implementación del SRCR a nivel nacional. El trabajo tuvo por objetivo caracterizar las referencias emitidas en las IPRESS I-4 que tuvieron como IPRESS de destino a los hospitales de la DIRIS Lima Norte, y el tiempo de aceptación de las mismas; con la finalidad de ser una línea de base del desempeño del SRCR.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio cuantitativo observacional de tipo transversal retrospectivo. Se consideró todas las referencias emitidas en el REFCON, en el periodo mayo a octubre de 2019, por las siete IPRESS categoría I-4 que tienen como IPRESS de destino a hospitales HCH y HSB; ello incluye las referencias de centros materno infantiles (CMI) Rímac, Piedra Liza, Tahuantinsuyo Bajo, Juan Pablo II, Santa Luzmila II, Laura Rodríguez Dulanto y El Progreso. Se incluyó toda la data registrada, accesible en el REFCON de DIRIS Lima Norte, generada por cubos dinámicos y base de datos de IPRESS I-4. No se incluyó al HCL, pues inició capacitaciones para su implementación en el tercer trimestre del año 2019. La fecha de corte para coleccionar la data fue 11 de enero del 2020.

El SRCR de la DIRIS Lima Norte presenta varios sub-procesos. El primero, inicia desde que el paciente

ingresa al consultorio de salud, es evaluado por el profesional de salud quien realiza el llenado de la referencia, si así lo considera. El segundo sub-proceso termina con el registro de la referencia en el aplicativo REFCON. El profesional de salud puede ingresar la data si cuenta con una computadora, en consultorio, para procesar la referencia, o realizarlo al terminar su turno de atención. En caso contrario, el profesional o paciente lleva la referencia escrita al módulo para su digitación; esto suele ocurrir pues en la mayoría de consultorios en IPRESS no cuentan con computadora. Por tanto, el profesional llena una referencia en un formato que consta de tres hojas: una para paciente; otra para historia clínica; y tercera, para área de RCR para ingreso de data al REFCON. Una vez que referencia es digitada en aplicativo REFCON, automáticamente se envía un mensaje de texto, en SMS, informando al paciente que su referencia ha sido digitada.

El tercer sub-proceso inicia con la auditoría de la referencia enviada y es analizada por el equipo de RCR de la IPRESS de destino, encargado de auditar cada referencia. Esta puede ser *aceptada*, *observada* o *rechazada*. La referencia *rechazada* no puede ser corregida en REFCON, obligando a formular una nueva referencia. La referencia *observada* puede ser corregida levantando las observaciones. Cada vez que la referencia es aceptada en REFCON, se envía un mensaje de texto (SMS) informando al paciente que su referencia ha sido aceptada en IPRESS de destino.

El cuarto sub-proceso inicia luego de la aceptación de la referencia. El equipo de IPRESS de destino realiza la programación de la cita de la referencia solicitada. Inmediatamente programada la cita, se envía un mensaje de texto, al paciente, para informar el día y hora de la cita. El quinto sub-proceso inicia cuando el paciente acude a la ventanilla única del establecimiento de destino para su cita programada. El último sub-proceso ocurre cuando el profesional de salud decide si continúa en dicho nosocomio o procede a realizar la contrarreferencia para su EESS de origen. Cabe señalar que estos mensajes que informan al paciente muchas veces no les llegan.

Se consideraron los siguientes indicadores cantidad de referencias, por IPRESS, según sexo y etapa de vida; referencias por tiempo de espera, por especialidad y por situación. Luego de eliminar la data inconsistente, se realizaron los análisis descriptivos correspondientes estimando las medidas de tendencia central (medias, medianas y porcentajes) y medidas de dispersión (medianas, desviación estándar) según la

INVESTIGACIÓN ORIGINAL / ORIGINAL RESEARCH

normalidad de las variables. Para el análisis bivariado se utilizó chi-cuadrado. Se utilizó el Stata v. 16.

Para la realización del estudio se contó con la autorización y aprobación de la presente propuesta por las autoridades de la Dirección de Redes Integradas de Salud (DIRIS) Lima Norte y del Comité Institucional de Ética en Humanos de la Universidad Peruana Cayetano Heredia.

RESULTADOS

En el aplicativo del sistema REFCON, en el periodo de mayo a octubre del 2019 se registraron 19 951 referencias de los siguientes centros maternos infantiles (CMI): Juan Pablo II, Rímac, Tahuantinsuyo Bajo, Piedra Liza, Santa Luzmila, Laura Rodríguez y El Progreso (considerados como IPRESS de origen) hacia los dos hospitales de referencias; los cuatro primeros refieren hacia el HCH y los tres restantes al HSB. La tabla 1 muestra que el HCH, como IPRESS de destino, registró 10 278 (51,52%) referencias y el

HSB registró 9 673 (48,48%) referencias enviadas de las IPRESS del PNA de la DIRIS Lima Norte. El promedio mensual de referencias emitidas los CMI hacia los hospitales fue 3 355,17, siendo julio, el mes con menor cantidad de referencias ($p < 0,05$), en todos los CMI. Las IPRESS que más referencias generaron fueron CMI El Progreso con una media mensual de 847,67 (25,49% del total); seguido de CMI Rímac con 619,67 (18,64%); y CMI Laura Rodríguez Dulanto con 461,83 (13,98%).

En relación a las referencias por etapa de vida, se evidencia que los pacientes con rango de edad de 30 a 59 años fue el grupo etario más referido ($n=7.824$; 39,22%) y promedio mensual de 1.304,00 referencias; seguido de la población de 60 años o más ($n=5.225$; 26,19%) y media mensual de 870,83 referencias (tabla 2).

En los siete CMI predominaron las referencias pacientes de sexo femenino con 13 375 (67,04%) y media mensual de 2 229,17. El análisis por IPRESS

Tabla 1. Referencias mensuales efectuadas por los centros maternos infantiles hacia los hospitales Sergio Bernales y Cayetano Heredia de la DIRIS Lima Norte, mayo - octubre del 2019.

Centro Materno Infantil	Mes						Total
	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	
Rímac	542	762	330	803	712	569	3 718
Tahuantinsuyo Bajo	614	472	359	409	434	306	2 594
Piedra Liza	242	204	200	193	230	146	1 215
Juan Pablo II	498	392	362	452	450	597	2 751
Santa Luzmila II	261	256	245	351	397	306	1 816
Laura Rodríguez Dulanto	449	432	405	501	442	542	2 771
El Progreso	759	835	780	898	943	871	5 086
Total	3 365	3 353	2 681	3 607	3 608	3 337	19 951

Fuente: Sistema de Referencias y Contrarreferencias REFCON. Registro de referencias hacia los Hospitales.

Tabla 2. Referencias mensuales efectuadas por los centros maternos infantiles hacia los hospitales Sergio Bernales y Cayetano Heredia de la DIRIS Lima Norte, según etapa de vida. Mayo - octubre del 2019.

ETAPA DE VIDA	Mes						Media mensual	%	TOTAL
	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT			
60a >	969	925	687	893	923	828	870,8	26,19	5 225
30-59a	1 307	1 312	1 028	1 383	1 458	1,336	1 304,6	39,22	7 824
18-29a	479	480	458	599	560	517	515,5	15,50	3 093
12-17a	130	138	110	175	142	161	142,7	4,29	856
00-11a	480	498	398	557	525	495	492,2	14,80	2 953
Total de Referencias	3 365	3 353	2 681	3 607	3 608	3 337	3 325	100	19 951

Fuente: Sistema de Referencias y Contrarreferencias REFCON-MINSA;

INVESTIGACIÓN ORIGINAL / ORIGINAL RESEARCH

muestra que la proporción de mujeres fue mayor en el CMI Juan Pablo II (74,70%), significativamente mayor que el promedio en la DIRIS ($p < 0,05$), seguido de CMI Tahuantinsuyo Bajo (69,31%) y CMI Laura Rodríguez (69,1%)(tabla 3).

De las 19 951 referencias registradas, se encontró 2 714 con información incompleta, 1 605 fueron referencias rechazadas y 1 109 estuvieron pendientes de ser evaluadas por las IPRESS de destino o estuvieron observadas al momento de corte en este

estudio; las cuales se excluyeron del análisis, quedando 17 237 referencias (tabla 4). Las IPRESS con mayor proporción de referencias incompletas fueron Piedra Liza (18,1%), Laura Rodríguez (17,7%) y El Progreso (16,9%).

Al analizar el tiempo requerido en su aceptación en el establecimiento de destino, se consideró seis días hábiles de consulta externa (de lunes a sábados) por ser los días de consulta externa. La mediana de tiempo de aceptación de la referencia por el hospital fue varía

Tabla 3. Referencias mensuales efectuadas por los centros maternos infantiles hacia los hospitales Sergio Bernales y Cayetano Heredia de la DIRIS Lima Norte, según sexo. Mayo - octubre del 2019.

Centro Materno Infantil	Sexo	Mes						Total	Media mensual	%
		MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT			
Rímac	F	332	475	199	528	491	351	2 376	396,00	63,91%
	M	210	287	131	275	221	218	1 342	223,67	36,09%
Tahuantinsuyo Bajo	F	438	334	247	274	302	203	1 798	299,67	69,31%
	M	176	138	112	135	132	103	796	132,67	30,69%
Piedra Liza	F	151	131	125	116	132	92	747	124,50	61,48%
	M	91	73	75	77	98	54	468	78,00	38,52%
Juan Pablo II	F	375	294	285	310	328	463	2 055	342,50	74,70%
	M	123	98	77	142	122	134	696	116,00	25,30%
Santa Luzmila II	F	159	175	163	224	272	200	1 193	198,83	65,69%
	M	102	81	82	127	125	106	623	103,83	34,31%
Laura Rodríguez Dulanto	F	299	300	275	340	311	390	1 915	319,17	69,11%
	M	150	132	130	161	131	152	856	142,67	30,89%
El Progreso	F	470	548	502	585	629	557	3 291	548,50	64,71%
	M	289	287	278	313	314	314	1 795	299,17	35,29%
Total	F	2 224	2 257	1 796	2 377	2 465	2 256	13 375	2 229,17	67,04%
	M	1 141	1 096	885	1 230	1 143	1 081	6 576	1 096,00	32,96%

Fuente: Sistema de Referencias y Contrarreferencias REFCON-MINSA

Tabla 4. Referencias mensuales efectuadas por los centros maternos infantiles hacia los hospitales Sergio Bernales y Cayetano Heredia de la DIRIS Lima Norte, según información incompleta o completa. Mayo - octubre del 2019.

Centro Materno Infantil	Total	Referencias con información incompleta	%	Referencias con información completa	%
Juan Pablo II	2 751	300	(10,9)	2 451	(89,1)
Rímac	3 718	307	(8,2)	3 411	(91,8)
Tahuantinsuyo Bajo	2 594	311	(11,9)	2 283	(88,1)
Piedra Liza	1 215	221	(18,1)	994	(81,9)
Santa Luzmila II	1 816	222	(12,2)	1 594	(87,8)
Laura Rodríguez Dulanto	2 771	492	(17,7)	2 279	(82,3)
El Progreso	5 086	861	(16,9)	4 225	(83,1)
TOTAL	19 951	2 714	13,6	17 237	86,4

Fuente: Sistema de Referencias y Contrarreferencias REFCON-DIRIS LN - MINSA

INVESTIGACIÓN ORIGINAL / ORIGINAL RESEARCH

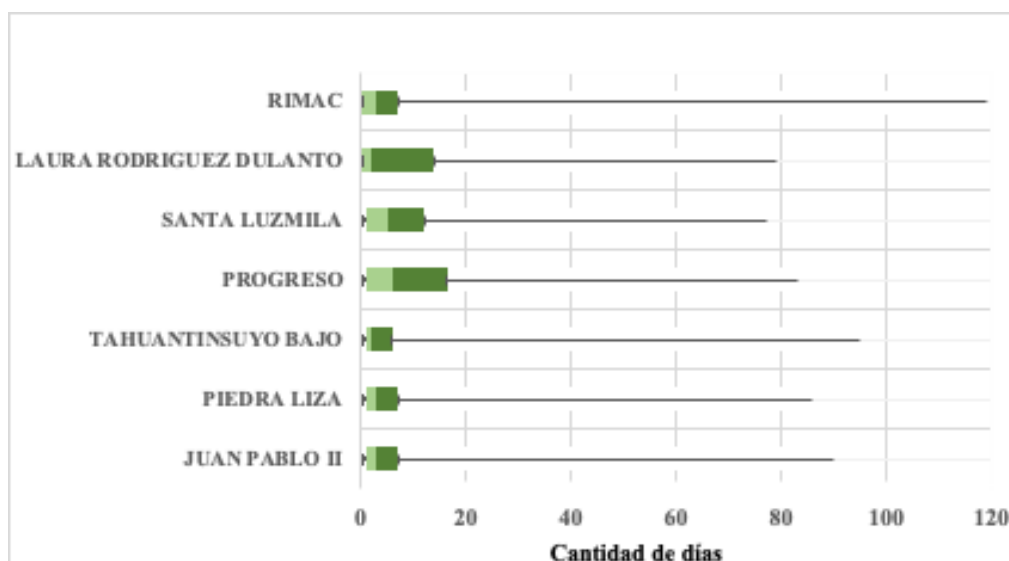
entre las IPRESS de origen y los hospitales de destino. Como se puede observar en la tabla 5, todas las IPRESS de origen que refieren al HSB presentaron una mediana y variabilidad mayor que aquellas que derivan al HCH. Considerando que ello no debería tomar más de 24 horas, se estimó el porcentaje de referencias atendidas en menos de 24 horas, encontrando que CMI Laura Rodríguez (31,5%), Rímac (27,4%) y Tahuantinsuyo Bajo (23,1%) reportaron la mayor proporción de referencias aceptadas en ese tiempo (tabla 5 y gráfico 1).

En la segunda etapa, de la aceptación de la referencia a la fecha de la cita, solo se contó con el registro de 4 CMI en la base de datos del Sistema REFCON, excluyéndose los CMI Santa Luzmila II, El Progreso y Laura Rodríguez porque su base no presenta datos por falta de respuesta de la IPRESS de destino (tabla 6 y gráfico 2). En los cuatro CMI incluidos en este análisis, se encontró que Juan Pablo II presentó el menor tiempo (mediana: 80 días; RIQ: 45-109 días); sin que se observe diferencias significativas entre las IPRESS de origen. Si sumamos la mediana de tiempos de los dos subprocesos, podemos afirmar que la mitad

Tabla 5. Tiempo de Aceptación de Referencias efectuadas de los Centros Maternos Infantiles hacia los hospitales Sergio Bernales y Cayetano Heredia de la DIRIS Lima Norte, mayo - octubre del 2019.

Centro Materno Infantil	TOTAL	Referencias registradas	Referencia Aceptadas				Me (P50)	Rango Inter-cuartil	
			≤ 24 horas	%	> 24 horas	%			
Juan Pablo II	2 751	2 451	551	22,1	1 900	77,5	3,00	1	7
Tahuantinsuyo Bajo	2 594	2 283	527	23,1	1 756	76,9	2,00	1	6
Piedra Liza	1 215	994	208	20,9	786	79,1	3,00	1	7
Rímac	3 718	3 411	935	27,4	2 476	72,6	3,00	0	7
Santa Luzmila II	1 816	1 594	280	17,6	1 314	82,4	5,00	1	12
Laura Rodríguez Dulanto	2 771	2 279	717	31,5	1 562	68,5	2,00	0	14
El Progreso	5 086	4 225	771	18,2	3 454	81,8	6,00	1	16,5

Fuente: Sistema de Referencias y Contrarreferencias REFCON-MINSA; Rango mínimo 0= menos de 24 hora.



Fuente: Sistema de Referencias y Contrarreferencias REFCON-MINSA.

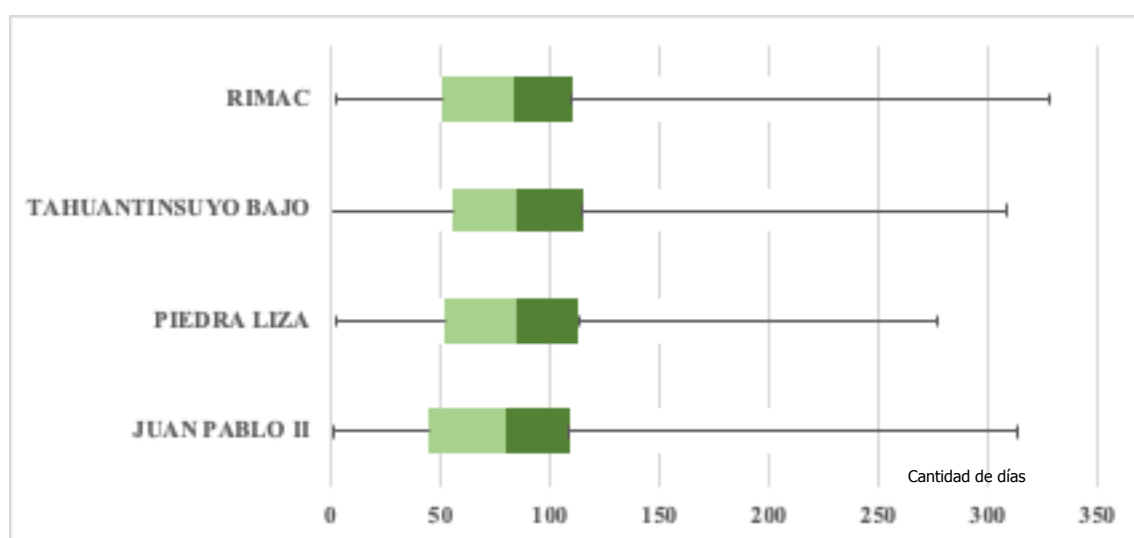
Gráfico 1. Tiempo (en días) de las referencias desde el registro hasta la aceptación.

INVESTIGACIÓN ORIGINAL / ORIGINAL RESEARCH

Tabla 6. Tiempo de programación de citas de Referencias emitidas por los centros maternos infantiles al hospital Cayetano Heredia, mayo - octubre del 2019.

Centro Materno Infantil	Total	Referencias registradas	%	Referencias Citadas				Me (P50)	Rango intercuartil
				<7 DIAS	%	≥7 días	%		
Rímac	3 718	1 820	49,0	9	0,5	1 811	99,5	84,0	51 110
Tahuantinsuyo Bajo	2 594	1 285	49,5	11	0,9	1 274	99,1	85,0	56 115
Piedra Liza	1 215	548	45,1	8	1,5	540	98,5	85,0	52 113
Juan Pablo II	2 751	1 151	41,8	34	3,0	1 117	97,0	80,0	45 109

Fuente: Sistema de Referencias y Contrarreferencias REFCON-MINSA; Análisis de 4 CMI solo por contar la base de datos en los otros tres CMI.



Fuente: Sistema de Referencias y Contrarreferencias REFCON-MINSA.

Gráfico 2. Tiempo (en días) de las referencias desde el registro hasta la cita.

de los pacientes con referencias emitidas demoran entre 83 y 88 días en ser atendidos.

El análisis de la especialidad solicitada para referencia por cada CMI mostró que las especialidades más referidas fueron gineco-obstetricia, seguido de oftalmología; con excepción de Rímac y Piedra Liza donde son más requeridas las especialidades de oftalmología, seguido de gineco-obstetricia y cirugía general, respectivamente. A la vez se observó que otras especialidades con mayor cantidad de referencia fueron gastroenterología, endocrinología, cirugía general, radiología, cardiología y traumatología, tal como se observa la tabla 7. No se tuvo acceso a la información de cuantos pacientes acudieron a sus citas programadas, lo cual nos podría dar pautas de la eficacia del sistema.

Finalmente, se recolectó información de las contrarreferencias generadas a los CMI en el periodo

de estudio (tabla 8), encontrando que solo se reportaron 110 contrarreferencias, de las cuales 43,6% (n=48) fueron a Juan Pablo II. Asimismo, llamó la atención que del HSB solo se registraron siete contrarreferencias (6,36%).

DISCUSIÓN

Uno de los principales problemas en el sector salud, es que no contamos con un sistema integrado de referencia y contrarreferencia que articule con todos los prestadores (públicos, privados o mixtos). Este sistema debe articular a todos los prestadores, los tipos de atenciones (ambulatoria, hospitalaria y emergencia) y las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS). No solo ello, el sistema debe establecer las características de la referencia, si ello es para delegación de la atención, solicitud de exámenes auxiliares (laboratorio e imagenología), manejo conjunto, o consejo para

INVESTIGACIÓN ORIGINAL / ORIGINAL RESEARCH

Tabla 7. Principales especialidades solicitadas en referencias efectuadas de los centros maternos infantiles hacia los hospitales Sergio Bernales y Cayetano Heredia de la DIRIS Lima Norte, mayo - octubre del 2019.

Centro Materno Infantil	Especialidad solicitada	Cantidad	%
Rímac	Oftalmología	697	19%
	Ginecología y obstetricia	679	18%
	Gastroenterología	248	7%
	Traumatología y ortopedia	150	4%
	Cirugía general	145	4%
Tahuantinsuyo Bajo	Ginecología y obstetricia	431	20%
	Oftalmología	175	8%
	Endocrinología	131	6%
	Cirugía general	125	6%
	Cardiología	102	5%
Piedra Liza	Oftalmología	119	10%
	Cirugía general	87	7%
	Ginecología y obstetricia	82	7%
	Neurología	80	7%
	Traumatología y ortopedia	78	7%
Juan Pablo II	Ginecología y obstetricia	983	36%
	Oftalmología	169	6%
	Radiodiagnóstico	132	5%
	Traumatología y ortopedia	118	4%
	Cirugía general	91	3%
Laura Rodríguez Dulanto	Gineco-obstetricia	442	17%
	Oftalmología	231	9%
	Radiodiagnóstico	143	5%
	Cirugía general	133	5%
	Gastroenterología	118	4%
Santa Luzmila II	Ginecología y obstetricia	277	16%
	Oftalmología	169	10%
	Cardiología	118	7%
	Traumatología y ortopedia	114	7%
	Cirugía general	84	5%
El Progreso	Ginecología y obstetricia	689	14%
	Oftalmología	489	10%
	Traumatología y ortopedia	347	7%
	Cirugía general	274	5%
	Gastroenterología	234	5%

Fuente: Sistema de Referencias y Contrarreferencias REFCON-MINSA.

el manejo del paciente ^(9,10). Estas posibles formas de referencia deberían estar consideradas en la normatividad y en los procesos de reembolso, en forma presencial o virtual, dadas las limitaciones de acceso resultado de la pandemia por la COVID-19 y consecuentemente en la “nueva normalidad”.

En el país, el subsistema público existente del Ministerio de Salud (MINSA) está compuesto por las IPRESS del MINSA y de las Regiones. El proceso de RCR está desarticulado; por un lado, para las referencias de emergencias y urgencias, se emitió la Resolución Ministerial N° 866-2007/MINSA creando

INVESTIGACIÓN ORIGINAL / ORIGINAL RESEARCH

Tabla 8. Contrarreferencias recibidas en centros maternos infantiles de hospitales Sergio Bernales y Cayetano Heredia. DIRIS Lima Norte, mayo - octubre del 2019.

Centro Maternos Infantil	Mes						Total
	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	
Rímac	0	1	4	13	3	1	22
Tahuantinsuyo Bajo	0	6	4	13	5	1	29
Piedra Liza	0	2	0	0	0	2	4
Juan Pablo II	0	13	11	15	6	3	48
Santa Luzmila II	0	0	0	0	2	2	4
Laura Rodríguez Dulanto	0	0	0	0	0	0	0
El Progreso	0	0	0	1	1	1	3
Total	0	22	19	42	17	10	110

Fuente: Sistema de Referencias y Contrarreferencias REFCON-MINSA.

la Central Nacional de Regulación de las Referencias de Emergencias-CENAREM⁽¹¹⁾. Luego, en noviembre de 2011 inició funciones el Sistema de Atención Móvil de Urgencias –SAMU^(12,13). En el caso de la atención ambulatoria, en el año 2005, se inició la implementación de la Norma Técnica N°18 MINSA/DGSP-V.01⁽⁵⁾; siendo el flujo de las referencias (flujo jerárquico) fue formulado como pasos progresivos entre: IPRESS categoría I-2 y I-3 a IPRESS I-4 y luego al hospital, con el consecuente malestar de los pacientes referidos. A nivel nacional, cada DIRESA/DISA de salud implementó un flujo según sus posibilidades y de acuerdo a su realidad, siente en muchos de los casos adversa a la realidad que la norma la prescribe. El paciente era el tramitador de la propia referencia; en muchos casos acudía al área de referencia o ventanilla de la IPRESS de destino (primer nivel con mayor capacidad resolutoria u hospitales) para sacar su cita para la especialidad requerida. La cantidad de este proceso no podía ser identificada ni calificadas, y en consecuencia no podían ser apropiadamente evaluadas. Para esa fecha, el uso de las tecnologías de información y comunicación (TIC) era bastante limitada.

Además, el sistema de referencia y contrarreferencia (SRCR) debe ser considerado como el motor para impulsar la real conformación de la Redes Integradas de Salud (RIS) y consecuente transformación del sistema de salud en el Perú; mientras ello no ocurra, seguiremos contando con un sistema segmentado y fragmentado.

En el caso del SRCR estudiado, se trabajó con el sistema REFCON que solo se utiliza para las referencias y contrarreferencias de atenciones

ambulatorias generadas en las IPRESS del MINSA que se encuentra en etapa inicial de implementación. En este proceso se enfrentan algunos problemas centrales: a) la conectividad, interoperabilidad y disponibilidad de equipos de cómputo en todos los consultorios de atención las IPRESS del primer nivel (infoestructura); b) la cultura de los profesionales de salud de registrar toda la data sobre la atención de los pacientes incluido el llenado de las referencias y contrarreferencias; c) la calidad y pertinencia de la referencia, evitando el maltrato de pacientes y prestadores; d) la cultura de la población de resistencia al cambio, incluyendo la resistencia a ser contrarreferido. Estos elementos son centrales cuando se considera en contar con un sistema eficiente y efectivo.

Este es el primer estudio publicado sobre el uso del REFCON, sistema electrónico de la referencia y contrarreferencia ambulatoria en la DIRIS Lima Norte, y es considerado por el equipo de gestión como una línea de base para ver el efecto de la implementación del sistema. La experiencia internacional muestra resultados diversos en su implementación. Por otro lado, el proceso de implementación en la DIRIS se vio afectado por la pandemia de la COVID-19. Previo a este evento sanitario, se ha ido dotando de computadoras a las IPRESS y comprometiendo a los prestadores del primer nivel para que refieran a otras IPRESS de primer nivel u hospitales que cuenten con la cartera de servicios requerida; también se han trabajado iniciativas para que los propios prestadores digiten sus propias referencias, y coordinado con los hospitales para garantizar que todas las contrarreferencias sean ingresadas en el sistema. Ello debe permitir brindar un trato más adecuado a los pacientes, eliminando que el paciente vaya del establecimiento I-2 al

INVESTIGACIÓN ORIGINAL / ORIGINAL RESEARCH

establecimiento I-3, del establecimiento I-3 al I-4, y de éste al hospital; cuando lo razonable es que el paciente pueda ir del I-2 directo al hospital, cuando este es la única institución que presta ese servicio en la DIRIS.

Regresando al tema de interoperabilidad, los diversos hospitales han ido desarrollando o adquiriendo sus propios programas de historias clínicas, parciales o completos, que incluyen referencias y contrarreferencias. Sin querer hacer un análisis de las bondades y limitaciones de cada uno de los mismos, se requiere garantizar la interoperabilidad de los sistemas hospitalarios con los sistemas del primer nivel. El primer nivel requiere desarrollar adecuadamente la historia clínica electrónica (e-qhali), que luego de dos años solo están operativos algunos módulos. Para el SRCR, se requiere garantizar la interoperabilidad del REFCON, existente en IPRESS del primer nivel de la DIRIS, y los sistemas existentes en los hospitales (p.ej. SIGHO en HCH, SIS-Galen plus en HCL); a fin de garantizar que las IPRESS de origen y de destino cuenten con la misma información y se pueda hacer un seguimiento completo de las referencias y contrarreferencias; esto es, saber si se atendió y cuando, y si fue contrarreferido y a dónde. Lamentablemente, pese al tiempo transcurrido hay poco desarrollo en la interoperabilidad de los sistemas entre los tres niveles prestacionales.

En relación a la data, tenemos algunos problemas. Primero, debemos buscar garantizar la disponibilidad de data común entre los hospitales, IPRESS de primer nivel y DIRIS, como organización responsable de la gestión. Ello debería permitir que todas las instituciones puedan analizar y hacer seguimiento de la referencia, de inicio a fin, hasta la realización de la atención y la potencial contrarreferencia de los pacientes, lo cual no ocurre hasta la actualidad. A ello, se añade que la norma nacional de referencia y contrarreferencia establece que la referencia es solo a IPRESS de mayor complejidad, mientras que la contrarreferencia es a IPRESS de menor capacidad resolutoria. En este estudio, al realizar el análisis desagregando entre aceptadas y citadas, solo se pudo analizar con la data del HCH y no se pudo saber cuántos de los pacientes habían sido atendidos en la fecha programada, ni la fecha de su atención.

El reciente desarrollo de nuevas herramientas tecnológicas en salud, como implementar las historias clínicas electrónicas, podría mejorar significativamente el proceso de referencias. Además, se agrega la existencia e interpretación de la Ley de protección de

datos personales⁽¹⁴⁾. En el marco de esta ley, impiden que las DIRIS tengan acceso a la data de las IPRESS de primer nivel de su responsabilidad para tomar decisiones de gestión, tal como lo hemos evidenciado al comparar la data disponible en el reporteador del REFCON de las IPRESS estudiadas y los cubos dinámicos disponibles en la DIRIS. Entonces, la data disponible en las IPRESS de primer nivel es diferente que la que dispone la DIRIS, limitando su capacidad de gestión en este componente, esencial para el funcionamiento de las RIS. Un argumento señalado por funcionarios de la Oficina General de Tecnología de Información para el limitado acceso a información es la regulación sobre confidencialidad de la información, la cual podría solucionarse con la firma de compromisos de confidencialidad y privacidad de información. Se necesita establecer un mecanismo que, respetando la ley permita mejorar la gestión institucional.

Analizando la base de datos accesible, ocurre que si una referencia es observada por la IPRESS de destino y se devuelve virtualmente a la IPRESS de origen, y este levanta las observaciones y pasa a ser aceptada, en el sistema solo queda registrado el tiempo en que la referencia es aceptada, desaparecen las observaciones y los diversos “idas y vueltas” que hayan podido ocurrir, impidiendo visualizar la cantidad de referencias observadas y dando la impresión de ineficiencia de las IPRESS de destino, lo cual no es necesariamente cierto. Ello, limitaría a las DIRIS en sus funciones de gestión, para hacer recomendaciones y propuestas de mejora en las IPRESS de primer nivel y en hospitales de su jurisdicción.

Las IPRESS que generaron la mayor cantidad de referencias fueron el CMI El Progreso (25,5%), CMI Rímac (18,6%) y CMI Juan Pablo II (13,8%). Se requiere profundizar sobre la pertinencia y oportunidad de las mismas. Por ejemplo, muchos de los pacientes que acudían a la consulta por disminución de la agudeza visual en el CMI Rímac eran derivados al HCH para la medición de la agudeza visual, por falta de equipamiento.

La proporción de referencias fue mayor en las mujeres (67,0%), siendo el rango en las IPRESS de origen CMI Juan Pablo II (74,73%) y CMI Piedra Liza (61,58%). Los grupos etáreos más referidos en el periodo son personas de 30 a 59 años (39,2%) seguido de la población mayor de 60 años (26,2%).

El análisis de tiempos muestra que 50% de los pacientes estudiados, demoraron hasta 83-88 días

INVESTIGACIÓN ORIGINAL / ORIGINAL RESEARCH

en ser atendidos. Lamentablemente la falta de interoperabilidad entre los sistemas hospitalarios y de las IPRESS de primer nivel limita la capacidad de hacer un seguimiento individualizado y una mejor articulación al interior de la DIRIS, imposibilitando cerrar el ciclo de atención. Ello es considerado necesario para garantizar la continuidad de la atención con calidad y oportunidad ^(15,16).

Consideramos que se deben impulsar futuras investigaciones sobre el nuevo sistema de referencias y contrarreferencias (REFCON) ambulatorias que deben permitir mejorar la operatividad del sistema a nivel nacional. Ello implica analizar desde la normatividad vigente (relacionada con la Ley N° 29733 Ley de protección de datos personales, el reglamento de la ley aprobado en el marzo de 2013 y la directiva administrativa 294 de setiembre de 2020 ⁽¹⁷⁾ que establece el tratamiento de datos personales relacionados con la salud o datos personales en salud), pasando por la infoestructura, infraestructura, estandarización de procesos, mecanismos de supervisión y control, hasta acciones sancionadoras, implementación del sistema de contrarreferencia (barreras y facilitadores).

Algunas incidencias que requieren ser estudiadas para evitar que se repitan son: la caída de la confirmación de citas a los pacientes, mediante mensajes de texto a sus celulares, por retraso en los pagos a la compañía de teléfonos, lo que se tradujo en un elevado porcentaje de incumplimiento de las citas en las IPRESS de destino en el periodo junio-julio 2019; la existencia de referencias de todos los pacientes con problemas de ametropía de una IPRESS que cuenta con oftalmólogo a un hospital, con el argumento que “no cuento con todo el equipamiento para una buena evaluación” y que “no cuento con optómetra”.

Dentro de las limitaciones, el estudio no recoge el seguimiento de los pacientes hasta el momento de la atención. Ello es importante cuando se tiene conocimiento que el aplicativo de mensajes a través de celulares tuvo un periodo, entre julio y agosto, donde no funcionó apropiadamente. Segundo, el acceso a la data nominal está limitado por interpretación de la legislación sobre protección de datos personales, lo cual impide el seguimiento apropiado. Tercero, el aplicativo REFCON solo registra el tiempo desde la digitación de la referencia hasta la aprobación o rechazo de la misma, si en el interin hay observaciones antes de la aceptación, el sistema no registra estos tiempos. Cuarto, el estudio no está analizando la

calidad de las referencias emitidas, ni la calidad de las razones de los rechazos.

Finalmente, el actual escenario epidemiológico generado por la pandemia de la COVID-19 ha impedido continuar con el desarrollo y mejoramiento del funcionamiento del REFCON en la DIRIS Lima Norte, lo cual viene siendo reimpulsado.

En conclusión, este primer estudio sobre el uso del REFCON evidencia una su incipiente implementación, con ausencia de normatividad actualizada, ejecución irregular de capacitación de personal y limitación de personal que se traducen en elevado porcentaje de rechazos y retrasos en aprobación de las referencias, lo cual no puede ser confirmado por el aplicativo pues una vez que es observado solo queda registrada la fecha de aprobación o de rechazo. También se observa tiempos mayores de 80 días desde el registro de la referencia hasta la cita, desconociendo el porcentaje de pacientes que acuden a las mismas: ello relacionado con la nula interoperabilidad entre el REFCON en las IPRESS del PNA y los sistemas informáticos de los hospitales.

Declaración de financiamiento y de conflicto de intereses:

El estudio fue financiado por los autores; declaran no tener conflictos de intereses.

Contribución de autoría:

LFLZ: Desde el diseño del estudio hasta la redacción final; **ATOV:** recolección y análisis de la data, revisión del documento; **HFAT:** análisis de la data y revisión del documento.

Correspondencia:

Luis Fernando Llanos Zavalaga
Av. Honorio Delgado 430. San Martín de Porres
Teléfono: 51-999660680
Correo electrónico: luis.llanos@upch.pe

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization, Regional Office for the Eastern Mediterranean. Country cooperation strategy for WHO and Saudi Arabia 2012–2016,” Ginebra: World Health Organization; 2016. (Citado el 15 de diciembre del 2020). Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/113227/1/CCS_

INVESTIGACIÓN ORIGINAL / ORIGINAL RESEARCH

- Saudia_2013_EN_14914.pdf
- Congreso de la Republica. Perú. Ley N° 30885 Ley que establece la conformación y el funcionamiento de las Redes Integradas de Salud (RIS). Lima: Diario El Peruano; 19 de diciembre 2018. (Citado el 15 de diciembre del 2020). Disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/263064/1724734-2.pdf>
 - Pan American Health Organization. Declaración de Alma-Ata. Washington DC: Pan American Health Organization; 2012. (Citado el 15 de diciembre del 2020). Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata-1978Declaracion.pdf>
 - Rendon L, Bejarano M. Remisiones en el Valle del Cauca. Análisis y pautas para orientar la red de servicios 2003-2004. Colomb Méd. 2005; 36(1): 23-8.
 - Ministerio de Salud. Norma Técnica del Sistema de Referenciay Contrarreferenciade los Establecimientos del Ministerio de Salud. Lima: Ministerio de Salud; 2005. p.101.
 - Ministerio de Salud. Decreto Supremo N°008-2017-SA. Decreto Supremo que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud. Lima: Diario El Peruano; 05 de marzo 2017.
 - Ministerio de Salud. Población estimada por edades simples y grupos de edad, según departamento, provincia y distrito. Lima: Ministerio de Salud; 2020. (Citado el 15 de diciembre del 2020). Disponible en: <https://cloud.minsa.gob.pe/apps/onlyoffice/s/XJ3NoG3WsxgF6H8?fileId=613439>
 - Ministerio de Salud. Manual de Usuario de Referencias y Contrarreferencias v.3.0. Lima: Ministerio de Salud; 2019.
 - Bodenheimer T, Lo B, Casalino L. Primary care physicians should be coordinators, not gatekeepers. JAMA. 1999; 281(21):2045-9. doi: 10.1001/jama.281.21.2045. PMID: 10359396.
 - Zuchowski JL, Rose DE, Hamilton AB, et al. Challenges in referral communication between VHA primary care and specialty care. J Gen Intern Med. 2015; 30(3):305-11. doi: 10.1007/s11606-014-3100-x
 - Ministerio de Salud. Resolución Ministerial 866-2007/MINSA. Conformación con carácter temporal la Unidad Funcional Central Nacional de Regulación de las Referencias de Emergencia-CENAREM en la Dirección de Servicios de Salud de la Dirección General de Salud de las Personas. Lima: Ministerio de Salud; 2007. (Citado el 15 de diciembre del 2020). Disponible en: https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/277710/249073_RM866-2007.pdf20190110-18386-1q57i8w.pdf
 - Ministerio de Salud. Decreto Supremo N° 017-2011-SA. Creación del Programa Nacional “Sistema de Atención Móvil de Urgencia - SAMU”. Lima: Ministerio de Salud; 2011. (Citado el 15 de diciembre del 2020). Disponible en: https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/271752/242856_DS017-2011-MINSA.pdf20190110-18386-1c63aab.pdf
 - Ministerio de Salud. RM N° 944-2011 Aprueba Manual de Operaciones del Programa Nacional denominado “Sistema de Atención Móvil de Urgencia -SAMU”. Lima: Ministerio de Salud; 2011. (Citado el 15 de diciembre del 2020). Disponible en: https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/271614/242717_RM944-2011-MINSA.pdf20190110-18386-ibzuds.pdf
 - Congreso de la República. Ley N° 29733 Ley de protección de datos personales. Lima Diario El Peruano; 03 de julio 2011. (Citado el 15 de diciembre del 2020). Disponible en: http://www.pcm.gob.pe/transparencia/Resol_ministeriales/2011/ley-29733.pdf
 - Patel MP, Schettini P, O’Leary CP, Bosworth HB, Anderson JB, Shah KP. Closing the Referral Loop: an Analysis of Primary Care Referrals to Specialists in a Large Health System. J Gen Intern Med. 2018; 33(5):715-721. doi: 10.1007/s11606-018-4392-z.
 - Expert Panel on Effective Ways of Investing in Health (EXPH). European Commission Report on Definition of a Frame of Reference in relation to Primary Care with a special emphasis on Financing Systems and Referral Systems. Expert Panel on Effective Ways of Investing in Health; 2014. p.64.
 - Ministerio de Salud. Resolución Ministerial N° 688-2020/Minsa, Directiva Administrativa N° 294-MINSA/2020/OGTI, Directiva Administrativa que establece el tratamiento de los datos personales relacionados con la salud o datos personales en salud. Lima: Ministerio de Salud; 2020. (Citado el 15 de diciembre del 2020). Disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/1279324/Resoluci%C3%B3n%20Ministerial%20N%C2%B0%20688-2020-MINSA%20ADJ%20ANEXO.pdf>

Recibido: 15/12/2020
Aceptado: 30/03/2021