



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA
La Universidad Católica de Loja

MAESTRÍA EN GERENCIA DE SALUD PARA EL DESARROLLO LOCAL

**“Plan de mejoramiento de gestión de calidad de referencia y
contrarreferencia en el Hospital “Dr. Aníbal González Álava” de
Calceta. Año 2012”**

Tesis de Grado

Autor:

Cajas Otoyá, Mario Alvaro, Dr.

Directora:

Donoso Palomeque, Myrian Susana, Mg.Sc.

CENTRO UNIVERSITARIO PORTOVIEJO

2013

CERTIFICACIÓN DE DIRECTORA DE TESIS

Mg. Myrian Susana Donoso Palomeque

DIRECTORA DE TESIS

CERTIFICA:

Que ha supervisado el presente trabajo titulado **“PLAN DE MEJORAMIENTO DE GESTIÓN DE CALIDAD DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA EN EL HOSPITAL DR. ANÍBAL GONZÁLEZ ÁLAVA DE CALCETA. PERIODO 2012”**, el mismo que está de acuerdo con lo estudiado por la Escuela de Medicina de la U.T.P.L., por consiguiente autorizo su presentación ante el Tribunal respectivo.

Portoviejo, Noviembre de 2012

Myrian Susana Donoso Palomeque, Mg.Sc.

DIRECTORA

AUTORÍA

Todos los criterios, opiniones, afirmaciones, análisis, interpretaciones, conclusiones, recomendaciones y todos los demás aspectos vertidos en el presente trabajo son de absoluta responsabilidad de su autora.

Portoviejo, Noviembre del 2012

Dr. Mario Álvaro Cajas Otoyá

C.I. N°. 0909259129

CESIÓN DE DERECHO

Yo, Mario Álvaro Cajas Otoyá, declaro ser autor del presente trabajo y eximo expresamente a la Universidad Técnica Particular de Loja y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones legales.

Adicionalmente declaro conocer y aceptar la disposición del Art. 67 del Estatuto Orgánico de la Universidad Técnica Particular de Loja que en su parte textualmente dice: "Forman parte del patrimonio de la Universidad la propiedad intelectual de investigaciones, trabajos científicos o técnicos y tesis de grado que se realicen a través, o con el apoyo financiero, académico o institucional (operativo) de la Universidad.

Portoviejo, Noviembre de 2012

Dr. Mario Álvaro Cajas Otoyá

C.I. N°. 0909259129

AGRADECIMIENTO

Expreso mi más sincero e imperecedero agradecimiento al personal docente y administrativo del Programa de Maestría en Gerencia Integral de Salud para el Desarrollo Local de la Universidad Técnica Particular de Loja por la oportunidad brindada para el mejoramiento y capacitación profesional.

A mi Directora de tesis Mg. Susana Donoso quien con su gran experiencia y conocimientos me condujo en el desarrollo del proyecto. Gracias a ella, por haberme brindado su apoyo.

A la Dra. Mercedes Poveda quien fue Directora Encargada y aprobó el proyecto y al Dr. Fernando Montes Ferrín, Director del Distrito de Salud No. 6 quien certificó la conclusión del mismo; al personal del Hospital de Calceta y a todos los Directores de los Centros y Subcentros de Salud de los cantones de Calceta y Tosagua, por dar la apertura necesaria tanto en las capacitaciones como en la aplicación del plan, mejorando de esta manera la calidad de atención, y por ende la salud de los habitantes de estas comunidades.

MARIO ÁLVARO CAJAS OTOYA

DEDICATORIA

A Dios por brindarme la oportunidad y la dicha de la vida, quien con sus bendiciones me ha concedido salud, bienestar e inteligencia para poder asimilar todos los conocimientos impartidos por mis docentes.

A mi esposa y a mis hijos, quienes me han brindado su apoyo incondicional para el desarrollo de todas mis actividades académicas y laborales emprendidas, quienes con sus actitudes lograron darme el ánimo y las fuerzas necesarias para recorrer los caminos de la vida.

MARIO ÁLVARO CAJAS OTOYA

ÍNDICE DE LÁMINAS, CUADROS Y APÉNDICES

	Pág.
LÁMINA No. 1	12
Pirámide Poblacional – Hospital Dr. Aníbal Gonzales Álava	
LÁMINA No. 2	13
CDS. 24 B. Hospital Dr. Aníbal Gonzales Álava de Calceta	
LÁMINA No. 3	14
Organigrama estructural del Hospital “Dr. Aníbal Gonzales Álava”	
LÁMINA No. 4	23
Esquema de un sistema de referencia y contrarreferencia	
LÁMINA No. 5	27
Propósito de un SRC: Crear valor publico	
LÁMINA No. 6	28
Organización de las redes de atención en Bolivia, 2003	
LÁMINA No.7	30
Niveles de Atención	
LÁMINA No. 8	35
Red Publica e Integral de Salud	
LÁMINA No. 9	58
Invitación al Taller	
LÁMINA No. 10	69
Certificado de Asistencia	
LÁMINA No. 11	69
CUADRO NO. 1	11
Grupos etáreo del Cantón Calceta	
CUADRO NO. 2	18
10 principales causas de Morbilidad atendidos en consulta externa Hospital de Calceta de enero a diciembre 2011.	
CUADRO NO. 3	24
Organización de redes de salud y tipo de servicios de salud	
CUADRO NO. 4	51
Numero de referencias provenientes en la Unidad de salud en el hospital de Calceta durante los meses que se aplicó el programa.	

CUADRO NO. 5	55
Cronogramas de charlas educativas para el taller de capacitación sobre la aplicación del sistema de referencia y contrarreferencia dirigida al equipo de salud de los Centros, Subcentros, Centros de Salud 24 HO, Hospitales	
CUADRO NO. 6	56
18 de Julio del 2012	
CUADRO NO. 7	56
19 de Julio del 2012	
CUADRO NO. 8	57
20 de Julio del 2012	
CUADRO NO. 9	57
21 de Julio del 2012	
CUADRO NO. 10	60
Se entiende la referencia como:	
CUADRO NO. 11	61
La responsabilidad de la atención mientras al paciente en el lugar de derivación queda a cargo de:	
CUADRO NO. 12	62
¿A que nivel o tipo de atención corresponden los hospitales de primera referencia (local)?	
CUADRO NO. 13	63
El primer nivel de atención requiere:	
CUADRO NO. 14	63
¿Cómo se realiza la comunicación con el cual se va a derivar el paciente?	
CUADRO NO. 15	64
¿Qué se entiende por contrarreferencia?	
CUADRO NO. 16	65
¿Cómo se elabora el informe de la contrarreferencia?	
CUADRO NO. 17	68
Cronograma de charlas educativas dirigidas a los usuarios externos del Hospital “Dr. Aníbal Gonzales Álava” de Calceta.	
CUADRO NO. 18	71
La referencia se realiza	
CUADRO NO. 19	72
En la contrarreferencia el paciente se entiende por:	

CUADRO NO. 20	73
Un paciente se puede autorreferir (hacerlo el mismo) en la consulta externa.	
CUADRO NO. 21	74
Cuando se realiza un traslado de un paciente de una unidad de salud a otra, el paciente debe ir acompañado.	
CUADRO NO. 22	74
¿Está de acuerdo con la aplicación de este sistema de referencia y contrarreferencia?	
APÉNDICE 1:	84
Certificado Institucional	
APÉNDICE 2:	87
Registro de avance del Proyecto	
APÉNDICE 3:	89
Manual para la Referencia y Contrarreferencia de pacientes y usuarios del Ministerio de Salud Pública del Ecuador.	
APÉNDICE 4:	114
Funciones del comité de referencia y contrarreferencia	
APÉNDICE 5:	116
Elaboración de afiches del Seminario taller para los usuarios y personal de salud.	
APÉNDICE 6:	117
Registro de pacientes de referencia y contrarreferencia	
APÉNDICE 7:	118
Personal de los centros y subcentros de salud que participaron en la capacitación.	
APÉNDICE 8:	126
Fotografías	
APÉNDICE 9:	135
Unidades de salud que ejecutan la referencia en el Hospital	
APÉNDICE 10:	143
Encuestas	

ÍNDICE DE CONTENIDOS

PRELIMINARES:	PÁGINAS
Carátula	i
Certificación	ii
Autoría	iii
Cesión de Derecho	iv
Agradecimiento	v
Dedicatoria	vi
Índice	vii
 APARTADOS	
1. Resumen	1
2. Abstract	2
3. Introducción	3
4. Problematización	6
5. Justificación	8
6. Objetivos	10
 CAPITULO I	
1. Marco teórico	9
1.1. Marco institucional	11
1.1.1. Aspectos geográficos	11
1.1.2. Dinámica poblacional	11
1.1.3. Misión de la institución	12
1.1.4. Visión de la institución	13
1.1.5. Características de la organización administrativa	13
1.1.6. Servicios que presta la institución	18
1.1.7. Datos estadísticos de cobertura	18
1.1.8. Características geofísicas de la institución	19
1.1.9. Políticas de la institución	19
1.2. Marco conceptual	20

CAPITULO II		
2.	Diseño metodológico	38
2.1.	Matriz de involucrados	38
2.2.	Árbol del problema	40
2.3.	Árbol de objetivos	41
2.4.	Matriz del marco lógico	42
CAPITULO III		45
3.	Resultados	
Resultado N° 1		45
Resultado N° 2		53
Resultado N° 3		66
Evaluación de los indicadores de los resultados		75
Evaluación del indicador del propósito		77
Evaluación del indicador del fin		77
4.	Conclusiones	78
5.	Recomendaciones	80
6.	Bibliografía	81
7.	Apéndices	85

1. RESUMEN

En el hospital “Dr. Aníbal González Álava” de la ciudad de Calceta, Provincia de Manabí – Ecuador, se desarrolló un proyecto de intervención encaminado a mejorar la calidad de atención de los usuarios. Se evaluó la problemática que los afecta, estableciéndose como problema central que existe descoordinación de referencia y contrarreferencia en el hospital.

Como respuesta a esta problemática se ejecutó un proyecto de acción cuya finalidad fue la de contribuir a mejorar la calidad de atención; su propósito mejorar el manejo de la referencia y contrarreferencia; y los resultados estuvieron orientados a la implementación de un Plan de mejoramiento, la actualización del personal de salud y la capacitación al usuario externo.

Como conclusión se establece que los problemas de descoordinación de las unidades de salud con el hospital se dan por la inexistencia de un plan de mejoramiento y por la falta de información oportuna al usuario externo. El cambio de actitud del personal de salud y la debida información al usuario externo permitió la aplicación del plan lo que conllevó a un mejoramiento de la calidad de atención.

2. ABSTRACT

In the hospital, "Dr. Aníbal González Álava "Sock City, Province of Manabi - Ecuador, developed an intervention project aimed at improving the quality of users' attention. We evaluated the problems that affect them, establishing himself as the central problem that exists uncoordinated referral and hospital.

In response to this problem was implemented an action project whose purpose was to help improve the quality of care, improve the management purpose of the reference and counter, and the results were oriented to the implementation of an improvement plan, the update health staff training and external users.

In conclusion states that the problems of uncoordinated health units in hospital are given by the absence of an improvement plan and the lack of timely information to external users. The change in attitude of health personnel and adequate information to the external user permitted the implementation of the plan which led to improved quality of care.

3. INTRODUCCIÓN

En todos los países del mundo los sistemas de salud están sometidos a procesos de modernización y reforma con el objetivo de adecuar sus capacidades tanto a las crecientes exigencias y demandas por parte de las personas, como a las cada vez mayores restricciones de los fondos públicos. Dado que un mandato central de los gobiernos radica en asegurar el acceso al sistema de salud a todos sus ciudadanos, es crucial que las autoridades de salud hagan el mejor uso de los recursos y a la vez velen por la provisión de servicios de salud adecuados a las necesidades de las personas. En este contexto la estructura y gestión del sistema de salud son vehículos importantes para lograr este objetivo.

El Sistema de Referencia Contrarreferencia, como base fundamental del nuevo modelo de atención integral básica de salud, exige la formalización de sus actividades mediante la descripción de sus procesos y la interrelación entre ellos. En tal sentido:

“El sistema de referencia y contrarreferencia aparte de constituirse en la garantía de la continuidad de la atención del usuario, se convierte también en la herramienta de gestión que nos permite el seguimiento, monitoreo, evaluación y actividades de la determinación de la capacidad resolutoria de los establecimientos de salud; por lo tanto exige su implementación de conformidad al nivel de la capacidad resolutoria que posee la institución prestadora de servicios de salud donde se determina, registra, coordina, comunica, operativiza y traslada al usuario del sistema.” (Sistema de Referencia y Contrarreferencia. Recuperado: XI-16-2011. Disponible en: <http://es.scribd.com/doc/59515982/Referencia-y-Contrarreferencia>)

“En Ecuador el objetivo del sistema es descongestionar los hospitales, ya que entre el 70 y 80 por ciento de las patologías que presentan los pacientes, pueden ser atendidas en las unidades de salud de primer nivel. El sistema de referencia y contrarreferencia, consiste en que todo ciudadano tiene que acudir a la unidad operativa a donde pertenece y si el médico considera que amerita ser atendido por un médico especialista, deberá ser transferido al hospital provincial. Para ello deberá llenar la hoja de referencia y llegar al hospital, sitio en el cual, a través de la trabajadora social, el paciente deberá ser atendido el mismo día”. (La Gaceta Recuperado: XI-16-2011. Disponible en: http://www.lagaceta.com.ec/site/html/pagina.php?sc_id=13&c_id=70&pg_id=79050)

El médico especialista del hospital de Calceta, luego de haber atendido al paciente, si lo amerita, deberá realizar una contrarreferencia del paciente a la unidad de salud

de donde vino, el mismo que tendrá ir acompañado de todos los datos de la enfermedad, sugerencia y tratamiento a seguir, o si es el caso, el mismo médico de especialidad deberá agendar una nueva cita para un determinado día.

El presente proyecto contempla 3 objetivos:

- El Primero es: Implementar el plan de mejoramiento de la referencia y contrarreferencia implementado. Este plan tuvo como componentes: aspectos conceptuales de la referencia y contrarreferencia, objetivos, principios generales de la distribución de las áreas entre el Primer Nivel y el Nivel de Referencia Hospitalaria, el modelo para la toma de decisiones, organización del subsistema, posibles disfunciones en el subsistema y monitoreo y evaluación del Subsistema de Referencia. Para su aplicación se firmó un Acta de Compromiso con el Director, se conformó el Comité de Referencia y Contrarreferencia y se realizó la respectiva socialización del Plan. Como resultado de la aplicación durante los meses de agosto a octubre se evidenció una organización en la derivación de pacientes que fueron debidamente referidos, atendidos y contrarreferidos, los cuales están recibiendo su tratamiento en las unidades de salud a las que asistieron por atención. También se contó con la participación y asesoramiento del Departamento de Referencia y Contrarreferencia del Hospital.
- El segundo objetivo del proyecto consistió en actualizar al personal de salud en el sistema de referencia y contrarreferencia. Para el cumplimiento de este objetivo se realizó una planificación de los aspectos operativos de la capacitación, se ejecutó un taller de normas de referencia y contrarreferencia, uno para médicos rurales y otro para el personal de salud del Hospital de Calceta con la respectiva evaluación a los participantes.
- El tercer objetivo estuvo encaminado a informar a los usuarios sobre la referencia y contrarreferencia. Para el cumplimiento de este objetivo se elaboró un plan de capacitación, se preparó material de apoyo como tríptico y afiche y se ejecutó la capacitación con la participación de los usuarios, concluyendo con la respectiva evaluación sobre los temas desarrollados en el taller.

En base a la aplicación de lo antes anotado el personal de todas las unidades de salud involucradas se encuentran aplicando el proceso de referencia y contrarreferencia, cumpliendo con las normas del plan y los pacientes continúan con el tratamiento en cada una de las unidades, indicador que demuestra el éxito del proyecto.

4. PROBLEMATIZACIÓN

Hoy en día, los servicios hospitalarios están sobresaturados por enfermos con diferentes patologías, lo cual es una realidad creciente, muchos de ellos presentan problemas que se podrían haber solucionado en niveles de atención primaria de salud. Este aumento en la demanda de atención médica en las áreas hospitalarias ha planteado la necesidad de diseñar estrategias para atenderlas oportunamente y mejorar la calidad asistencial brindada a los usuarios.

En el hospital “Aníbal González Álava” existe una disminución de la gestión de calidad de referencia y contrarreferencia debido a una inadecuada gestión hospitalaria existiendo una sobrecarga del hospital con pacientes que son autorreferidos o referidos injustificadamente.

De acuerdo al diagnóstico establecido se determinó como problema principal la descoordinación de referencia y contrarreferencia en el Hospital Dr. Aníbal González Álava, estableciéndose como factores determinantes los siguientes:

- Que existe desmotivación laboral debido al desinterés del personal razón por la cual no se ha implementado un plan de mejoramiento para la referencia y contrarreferencia de pacientes. Lo que ha provocado problemas de organización entre niveles de atención por la sobreutilización de la Consulta Externa del hospital.
- Otro factor preponderante es que hay una inadecuada gestión hospitalaria por una sobrecarga de pacientes en el hospital debido a que el personal no está actualizado en el sistema de referencia y contrarreferencia lo cual ha incidido en que haya pacientes autorreferidos o referidos injustificadamente y se produzca un flujo inadecuado de información entre el hospital y los subcentros de salud
- Los usuarios no han recibido orientación por parte del personal porque no identifican la referencia ni la contrarreferencia debido al escaso conocimiento del usuario externo sobre este sistema, lo cual ha generado la desconfianza en los establecimientos de primer nivel por una percepción de baja calidad y por consiguiente el aumento de complicaciones en los pacientes.

Todo este contexto antes descrito, ocasiona la descoordinación de referencia y contrarreferencia en el hospital Dr. Aníbal González Álava. Surge entonces la siguiente interrogante: ¿Es factible aplicar un plan de mejoramiento para la referencia y contrarreferencia de pacientes en el hospital Dr. Aníbal González Álava de Calceta?

5. JUSTIFICACIÓN

El plan de modernización busca la renovación de infraestructura, adquisición de tecnología, contratación de talento humano y cubrir las áreas sensibles. En el primer nivel de atención se aplica el sistema de referencia y contrarreferencia que establece a qué centro o subcentro de salud más cercano al lugar de residencia deben concurrir los ciudadanos. Si el paciente demanda atención especializada se lo derivará a un hospital.

“El sistema público de salud enfrentó una demanda histórica de los servicios pasando de 16'223.600 atenciones en 2006 a 34'403.870 a inicios de 2011, lo que provocó una saturación de los servicios hospitalarios. Sin embargo, al finalizar el 2011 se observó una estabilización en la curva de demanda. El 80% de las atenciones debe ser resuelto en el primer nivel y el otro 20% en el segundo y tercer nivel, que corresponde a hospitales básicos y de especialidades. Actualmente, el país cuenta con 1.800 centros y subcentros de salud que atienden en las especialidades básicas de medicina general, pediatría, ginecología y odontología” (El Telégrafo, MSP fortalecerá los centros de salud. Recuperado XI-12-2012. Disponible en: http://www.eltelegrafo.com.ec/index.php?option=com_zoo&task=item&item_id=30510&Itemid=2)

En este contexto, la realización del presente trabajo tiene un aporte académico y científico importante, en razón de que se tomó al Hospital “Aníbal González Álava” como aliado, que es uno de los requisitos para alcanzar sus objetivos de lograr la salud de los habitantes de esta comunidad. Las medidas preventivas han demostrado que producen sus mejores efectos. En definitiva se logrará una disminución del riesgo de enfermarse con los beneficios que esto supone.

Desde el punto de vista social el proyecto contribuyó de manera significativa, ya que se logró la participación de los involucrados en el desarrollo del mismo.

En lo profesional, el autor del proyecto, al haber tenido la oportunidad de recibir una formación de cuarto nivel, propone estrategias de cambio basados en los conocimientos recibidos y en los resultados de un diagnóstico situacional, contando con la apertura necesaria para la ejecución del presente trabajo, practicando nuevas competencias y adquiriendo mayor experiencia profesional e involucrando a institución y a los beneficiarios de este proyecto.

En el ámbito personal, las actividades desarrolladas en la unidad de salud y el servicio dado en beneficio de los habitantes del cantón Calceta, permitieron al autor del proyecto crecer como persona y ser humano solidario, ya que se trabajó con gran entusiasmo y con un espíritu de responsabilidad hacia la comunidad produciéndose una relación de trabajo mancomunado entre el personal de salud y los pacientes en el intento de encontrar vías adecuadas para lograr una mejor aplicación del plan de mejoramiento de la referencia y contrarreferencia.

6. OBJETIVOS

6.1. OBJETIVO GENERAL

- Mejorar la gestión de calidad en el hospital Dr. Aníbal González Álava mediante la implementación de un plan de mejoramiento de la referencia y contrarreferencia de pacientes, para favorecer el flujo adecuado de información entre el hospital y los Centros y Subcentros de Salud.

6.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Implementar el plan de mejoramiento de la referencia y contrarreferencia de pacientes para disminuir problemas de organización entre niveles de atención.
- Actualizar al personal de salud sobre el manual de referencia y contrarreferencia para que refieran justificadamente a los pacientes.
- Informar al usuario sobre la referencia y contrarreferencia para disminuir las complicaciones.

7. MARCO INSTITUCIONAL

7.1. MARCO INSTITUCIONAL

7.1.1. Aspecto geográfico del lugar

“Calceta, la actual cabecera del cantón Bolívar comenzó a formarse en el siglo XIX, el 27 de mayo de 1878. El cantón Bolívar está en la parte central de la provincia, cuenta con una zona urbana que lleva su nombre y 129 comunidades entre las que tenemos: San Bartolo, San Lorenzo, Divino Niño, El Corozo, Inés Moreno, Las Delicias, El Morro, Mocochoal, La Venturita, Tigre, Casas Viejas, Sarampión, La Juanita, Arrastradero, Cabello, Bejucal, Miraflores, Platanales, Mata de Cacao, El Paraíso, La Tinta, entre otras. El cantón Calceta tiene 1 parroquia urbana Calceta que es la cabecera cantonal y 3 parroquias rurales Quiroga y Membrillo. Limita al Norte con el cantón Chone, al sur cantón Portoviejo y cantón Junín; al este cantón Pichincha y al Oeste con el cantón Tosagua; su extensión territorial de 538 km².” (Diagnóstico del Subcentro de Salud Calceta, 2011).

7.1.2. Dinámica Poblacional

Según el diagnóstico participativo del Subcentro de Salud, la población estimada de Calceta, es de aproximadamente 26.506 habitantes en el año 2011 con una densidad poblacional de 71.5 hab. Km².

CUADRO N°1

Grupos etareos del cantón Calceta

G R U P O S D E E D A D	P O B L A C I Ó N
< 1 AÑO	470
1 A 4 AÑOS	1694
5 A 9 AÑOS	2225
10 A 14 AÑOS	2356
15 A 19 AÑOS	1994
20 AÑOS y más	11148
Embarazadas	587
MEF	6032

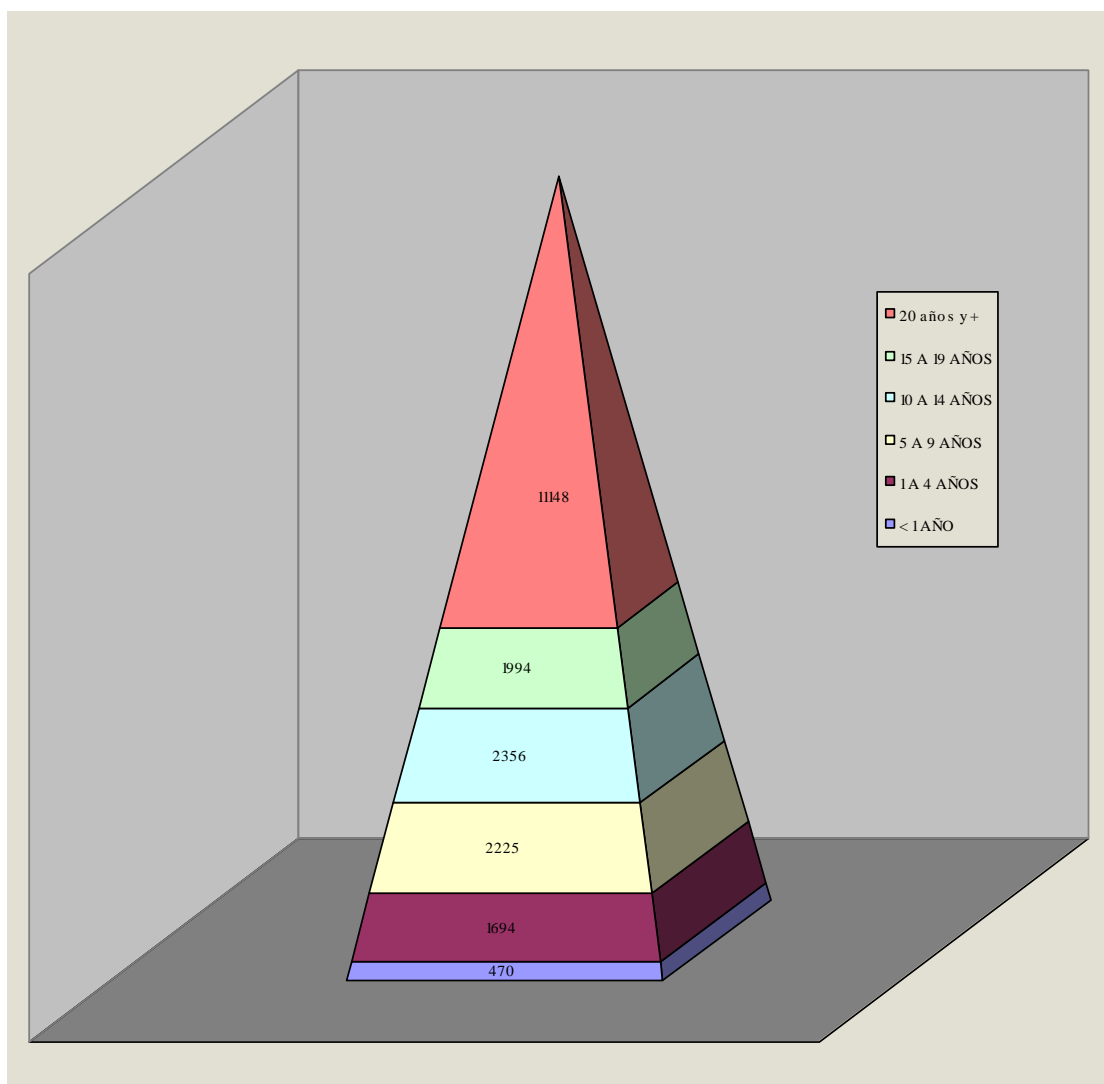
Tasa de mortalidad general: 0.46 por 100

Tasa de natalidad: 20.04 por 1000

Fuente: Dep. Estadística Hospital de Calceta

Elaborado por: Dr. Mario Cajas Otoyá

LAMINA No. 1
PIRÁMIDE POBLACIONAL – HOSPITAL DR. ANÍBAL GONZÁLEZ ÁLAVA
AÑO 2011



Fuente: Dep. Estadística Hospital de Calceta
Elaborado por: Dr. Mario Cajas Otoyá

La migración.- Muchos habitantes han abandonado el cantón y han emigrado a España, Italia y Estados Unidos. Los ingresos de divisas provenientes de los migrantes constituyen un rubro de gran importancia. Esta se produjo en mayor número en el año de 1999.

7.1.3. Misión de la Institución

El Hospital Dr. Aníbal González Álava” de Calceta (2011) tiene la siguiente Misión:

“El Hospital de Calceta como parte gubernamental de Servicios Públicos preventivos, brinda atención integrada de Fomento, Prevención, Protección y Recuperación de la salud hospitalario como ambulatorio, tiene como finalidad mejorar los niveles de salud de la comunidad, atender la morbilidad de la población asignada y que corresponde a la delimitación geográfica respectivamente.” (POA 2011).

7.1.4. Visión de la Institución

El Hospital Dr. Aníbal González Álava” de Calceta (2011) tiene la siguiente Visión:

“Satisfacer las necesidades de todos los grupos poblacionales, a través de una programación participativa, técnica y administrativa que se sustente en las necesidades reales y características propias del medio. Queremos una unidad de salud que garantice a nuestra población condiciones de vida saludable y acceso equitativo y oportuno a los servicios de salud. Además incrementar nuestra cobertura de atención sobre todo los grupos prioritarios como son las embarazadas y menores de 5 años. Una unidad de salud con recursos humanos suficientes altamente calificados capacitados, comprometidos y con excelente desenvolvimiento en las diferentes índoles programadas por el M.S.P., para brindar una prestación de salud con calidad, equidad, eficiencia y solidaridad.” (POA 2011)

7.1.5. Organización Administrativa.

El Hospital cuenta con un Director de Planta, y personal médico y auxiliar las 24 horas. Brinda el servicio de Consulta Externa y Hospitalización a la comunidad de Calceta.

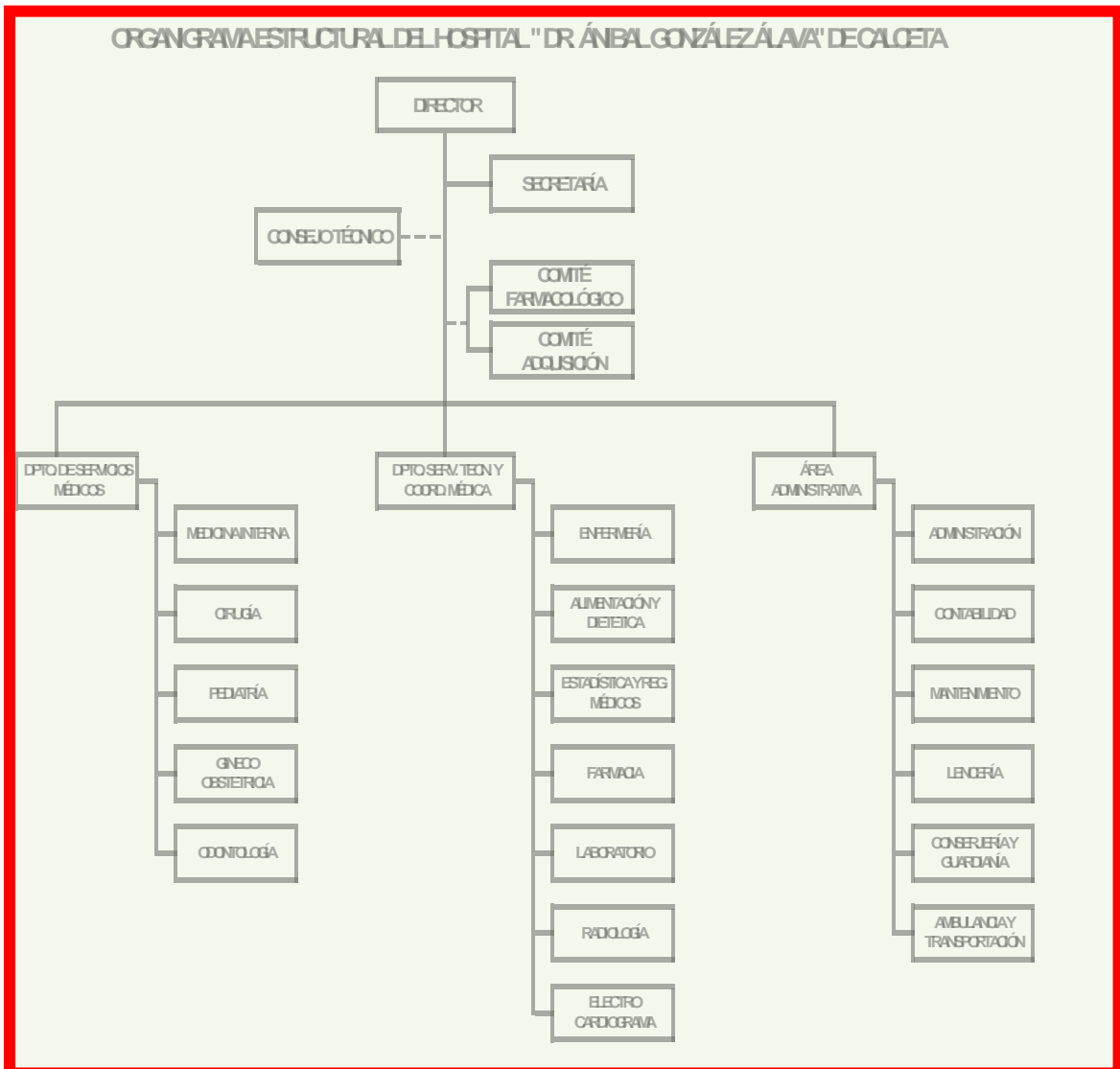
LÁMINA N° 2

Hospital “Dr. Aníbal González Álava” de Calceta



LAMINA No. 3.

Organigrama estructural del hospital "Dr. Aníbal González Álava"



Personal del Hospital "Dr. Aníbal González Álava" Calceta.- sede del Área de Salud nº 6

Proceso Gobernante

Leonor Zambrano Tuárez
Directora Del Área
Cecilia Ormaza Pincay
Secretaria

Proceso Agregador de Valor

Calificación de la demanda y oferta en salud del área rural operativización control y mejoramiento de normas promoción de la salud.

José Secaira Flores

Rodolfo Montesdeoca Vera

Víctor Vera Alcívar

Educador para la Salud

Consulta Externa

José Santana Mera

Medico Tratante

Wilfrido Andrade Santander

Odontólogo de Planta

Walter Párraga Zambrano

Medico Ebas

Mario Cajas Otoya

Obstetra Ebas

Emergencia

Jazmín Anzules Guerra

Medico Residente

Leidy Parraga Vera

Medico Residente

Gestión de salud en área rural

Hospitalización

Roberto Gómez Mite

Medico Ebas

Roddy Loor Alvarado

Medico Ebas

Mayra Arteaga Sánchez

Nutricionista

Aseguramiento de la calidad de gestión

Verónica Montesdeoca Muñoz

Estadísticas

Cayetano Faubla Álava

Cecilia Mendoza Avellan

Estadísticas

Isabel Velásquez Calderón

Estadísticas Fonin

Proceso del valor agregado

Operativización, control y mejoramiento de normas en gestión de salud

Consulta Externa

Marlene Cedeño Domínguez

Auxiliar De Odontología

Servicios Técnicos Complementarios

Sabulón García García

Auxiliar De Rayos X

Eduardo Álvarez Arguello

Auxiliar De Odontología

Alfonso Burbano Rodríguez

Auxiliar De Laboratorio

María Torres Rivero

Auxiliar De Laboratorio

Lorena García Delgado

Tecn. Laboratorio Fonin

Vigilancia Sanitaria

Verónica Montesdeoca Muñoz

Estadísticas

Gestión Enfermería

Patricia Cedeño Andrade

Maritza Cedeño Alcívar

Yadira Vélez Ormaza
Betty Vega Alava
Gema Zambrano Álvarez
Mariana Rivera Sánchez
Gloria Zambrano Solórzano
Frayda Franco López
Beatriz Loor Zambrano
Amparo Sabando Sabando
Monserrate Zambrano Ganchozo
Gema Zambrano Álvarez
Laura Alban Loor
Marilú Garcia Molina
María Bravo Bravo
Mariana Santos Zambrano
Nelly Avalos Basurto
Teresa Lava Franco
Cleopatra Solórzano Cedeño
Ritha Vélez Mejía
Auxiliares de Enfermería

Profesionales Rurales

Carmen Mendoza Solórzano
Gloria Fajardo Montenegro
Daniel Loor Santana
Yanina Champang Castro
Paola Cueva García
Martha Ávila Ponce
Medicos Rurales Hospital 24 Horas

Diana Hidalgo Villaprado
Odontóloga Rural Hospital

Nakin Vélez Mero
Medico Rural Patronato

7.1.6. Servicios que presta la institución

Los programas que se realizan son:

- × Programa Ampliado de Inmunización. PAI
- × Programa de Control de Crecimiento y Desarrollo. Programa de Micro nutrientes.
- × Programa P.A.N.N. 2000.
- × Programa de Salud Materna.
- × Programa de Infecciones Respiratorias Agudas
- × Programa de Enfermedad Diarreica Aguda (AIEPI).
- × Programa de Planificación Familiar.
- × Programa de Visita Domiciliaria.
- × Programa del VIH
- × Programa del DOT.
- × Educación a Usuarios.

7.1.7. Datos estadísticos de cobertura

CUADRO No. 2

10 principales causas de morbilidad atendidas en consulta externa Hospital de Calceta de enero a diciembre 2011

No. de orden	Patología	Población total 2010	Numero de casos	Tasa por 1000 habitantes
	1	2	3	4
1	Enfermedad respiratoria aguda	20140	3992	198,21
2	Parasitosis		2380	118,17
3	Infección vías urinarias		398	19,76
4	Enfermedad diarreica aguda		304	15,09
5	Anemia		223	11,07
6	Piodermitis		141	7,00
7	Lumbalgia		123	6,11
8	Gastritis		95	4,72
9	ITS		89	4,42
10	Hipertensión arterial		86	4,27
	Resto		9151	454,37
		TOTAL 2010	16.982	100

Fuente: Departamento de Estadística

Elaborado por: Dr. Mario Cajas

7.1.8. Características Geo-Físicas del Institución

El Hospital Dr. Aníbal González Álava de Calceta corresponde al segundo nivel de atención y es la unidad de mayor complejidad del distrito No. 6.

Es un hospital básico con 40 camas de internación y servicio de consulta externa, atiende usuarios en pediatría, Gineco – Obstetricia, medicina general y cirugías programadas y de emergencia; el cual cuenta también con el servicio de Odontología.

Las otras unidades operativas corresponden al primer nivel de atención, tipo sub centros de salud. El Hospital Básico de 24 horas de Calceta brinda servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de la salud a través de la atención de demanda espontánea de los servicios de consulta externa y hospitalización.

El aseguramiento es exclusivo del programa de maternidad saludable, con enfoques a grupos de riesgo específicos: Niños menores de 5 años, embarazadas y mujeres en regulación de la fecundidad. Se hace énfasis en la aplicación del modelo de atención integral a esta población.

7.1.9. Políticas de la institución

Se proyecta en prevenir y fomentar a toda la población contra las diferentes enfermedades y problemas ambientales establecidos a nivel nacional y que tiene que ver con la modernización del estado como un racional y eficiente gasto público, descentralizado, fortalecimiento institucional, manejo adecuado de proyectos y programas.

7.2. MARCO CONCEPTUAL

7.2.1. Sistema de referencia y contrarreferencia de pacientes.

Esta definición pone de presente la importancia de la existencia de un adecuado sistema de referencia y contrarreferencia. Es a través de este régimen que se puede ofrecer a un usuario la opción de ser atendido en el nivel de complejidad con los recursos humanos y físicos que su condición clínica requiere.

Al igual que cualquier servicio de salud, este sistema debe contar con parámetros de calidad, que permitan siempre y en todo momento que quien necesite acceder a este régimen encuentre un sistema perfectamente articulado que no dé cabida a ninguna falla.

La Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) en su Informe sobre la Salud en el mundo 2003:

“Exhorta a asentar el esfuerzo de los sistemas de salud en los principios básicos de atención primaria esbozados en Alma Ata en 1978. Entre otras acciones propone "acceso y cobertura universales en función de las necesidades. Asimismo propone como objetivo el acceso universal con la perspectiva de desarrollar sistemas de atención sanitaria impulsados por la atención primaria. Estos esfuerzos deben apuntar a asegurar el acceso universal al total de la población a servicios de atención sanitaria de alta calidad. La aceleración del movimiento histórico hacia la cobertura universal asegurará que las mejoras generales de los sistemas de salud no oculten las desigualdades, o contribuyan a un aumento de las mismas.” (Organización Mundial de la Salud." Informe sobre la salud en el mundo 2003, Forjemos el Futuro". Año 2003).

Según el Manual referencia y contrarreferencia de pacientes del Ministerio de Salud Pública del Ecuador:

“Referencia.- Es el proceso estructurado de envío de un paciente (con información por escrito) de un nivel del sistema de salud a otro superior en tecnicidad y competencia. El nivel superior puede ser el inmediato superior o no. Existe otra terminología que se la utiliza como homónimos de la referencia y que pueden causar confusión, por lo que los describimos a continuación: Contrarreferencia.- Es el proceso inverso, es decir la devolución del paciente del nivel superior al inferior que lo envió, con la debida información.” Ministerio

de Salud Pública del Ecuador.” (Manual para la Referencia y Contrarreferencia de pacientes. Registro Oficial. 25 de abril del 2002.)

La OMS, Ginebra 1 manifiesta que:

“Ningún sistema de salud local basado en el concepto de atención primaria de salud puede funcionar eficientemente ni ser eficaz, sin el apoyo de un hospital y de un adecuado sistema de envío de casos (referencia-contrarreferencia) que requieran atención (de mayor complejidad) de la que puedan recibir en las unidades de tipo ambulatorio; concomitantemente los hospitales deberán, en lo posible, evitar el brindar atención que pueda ser otorgada en los niveles inferiores, especialmente a la población que proviene de sectores externos a su jurisdicción; de esta manera no sobrecargan su capacidad y podrán brindar apoyo adecuado a los pacientes referidos de los otros niveles”. (OMS)

La MSP/OPS:

“El sistema de servicios de salud adoptado por el Ministerio de Salud Pública se fundamenta en la aplicación de la estrategia de atención primaria y la organización de redes de servicios compuestas por unidades operativas del primer nivel, que brindan atención específica y de carácter ambulatorio; así como por unidades del segundo nivel que dan prestaciones complementarias y atención hospitalaria, estas redes corresponden a circunscripciones geográfico-poblacionales y que en la mayoría de los casos son correspondientes a las estructuras cantonales al interior de cada una de las provincias."Los hospitales Provinciales Generales que corresponden al segundo nivel, están implementados para resolver problemas de salud referidos por los servicios las áreas de salud o consultados espontáneamente y requieren tecnología de mediana complejidad..." .(MSP, Manual de Organización de las Áreas de Salud, MSP)

El Sistema de Referencia y Contrarreferencia es el mecanismo a través del cual el Ministerio de Salud, en el marco de sus procesos de descentralización de competencias y recursos, define estrategias que permitan garantizar a la población en general el acceso a los servicios de salud, con el concurso de los distintos actores involucrados entre los que se cuentan los entes territoriales, y los prestadores de servicios de salud de carácter público. Este Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS) tiene el enfoque en la atención primaria en salud; es decir que este sistema permite mejorar la atención al usuario y realizar un direccionamiento adecuado para ofrecer una atención de acuerdo a las necesidades de salud.

7.2.2. La Referencia y Contrarreferencia como Sistema

Cuando el paciente requiera atención especializada, en el centro o subcentro de salud se le asignará un turno con la hoja de referencia para que sea atendido en un hospital por un médico especialista, o por el contrario, serán contrarreferidos.

“En la práctica, el sistema de referencia y contrarreferencia busca que los usuarios ya no madruguen a los hospitales para acceder a un turno y ser atendidos. Ellos deberán asistir primero al centro o subcentro de Salud más cercano a su lugar de residencia. En este lugar recibirán atención médica integral. Así evitarán largas filas en los hospitales para obtener un turno”. (Detalles categoría: renovando el ministerio publicado el 11 octubre 2012 escrito por David Aguilar visitas: 170 file:///C:/Users/win%207/Desktop/dr.%20cajas%20m.%20teorico/131-que-es-el-sistema-de-referencia-y-contrareferencia.htm)

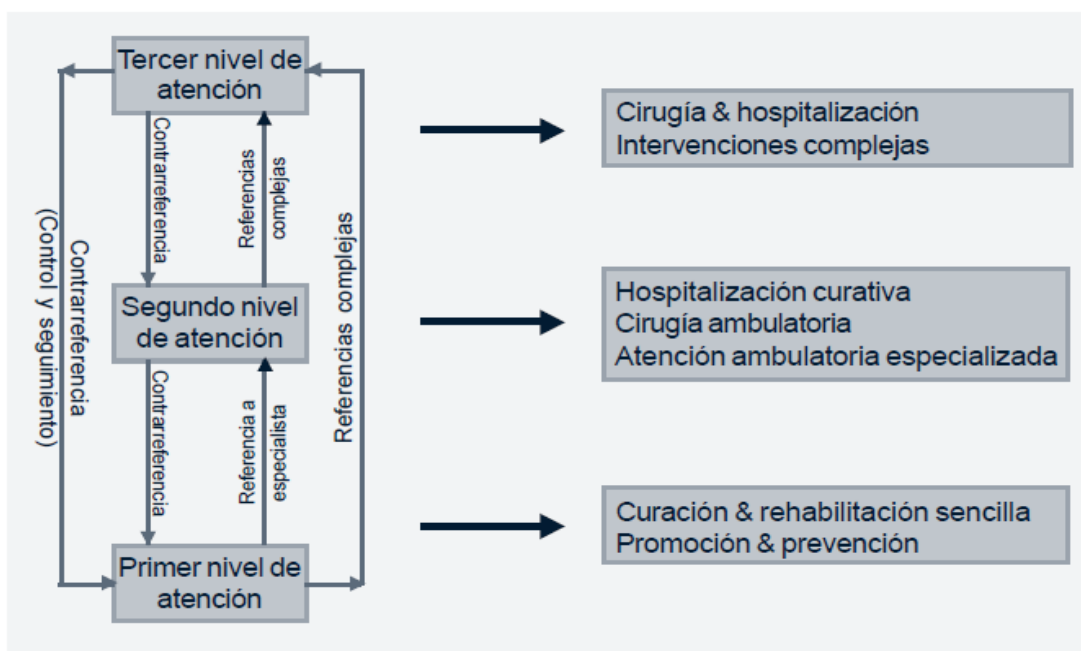
Solis, M. A. considera:

“Que es un proceso difícil de establecer y actualmente se sigue buscando su funcionamiento. Los procesos técnicos y tecnológicos, incluida la automatización, son de ayuda pero no son suficientes. Para que esta actividad se realice con éxito en la población abierta, es necesaria una normatividad que converja con el desarrollo de la conciencia colectiva de los actores de los servicios y la aplicación de modernos sistemas de comunicación y operación de expedientes.”

“En el primer nivel, incluyendo centros y puestos, se desarrollan principalmente actividades específicas de promoción y protección, diagnóstico precoz y tratamiento oportuno de las necesidades de salud más frecuentes. En el segundo nivel, abarcando a policlínicos para consultas especializadas y hospitales, se atienden necesidades de salud de complejidad intermedia. En el tercer nivel, referido a hospitales y establecimientos de salud con recursos más sofisticados en laboratorio, diagnóstico y cirugía, se atienden casos de alta complejidad que requieren de cirugía y hospitalización. Por último, en un cuarto nivel, los institutos, en muchos casos relacionados con universidades, en los que se atienden casos de extrema complejidad o enfermedades de alto costo.” (Programa Uni-Merida, una experiencia en la atención primaria a la salud. Mérida, Yucatán: Universidad Autónoma de Yucatán.)”

LAMINA No. 4

Esquema de un sistema de referencia y contrarreferencia



Con respecto a esta lámina:

“En los procesos de descentralización de competencias y recursos, requieren el compromiso de las personas y las instituciones para definir estrategias acordes a las necesidades locales que permitan mejorar la calidad de vida de sus habitantes. Es necesario entonces definir y establecer las relaciones y coordinación entre las diferentes instituciones dentro del concepto técnico-administrativo de la red de servicios, lo cual se logra en buena parte mediante el desarrollo del Sistema de Referencia y Contrarreferencia”. (Manual operativo sistema de referencia y contra referencia de urgencias para la red pública de prestación de servicios de salud. Red Pública de Prestación de Servicios de Salud. Gobernación del Valle del Cauca secretaria departamental de salud. Santiago de Cali Febrero de 2010” Recuperado: X-12-2012. Disponible en: www.valledelcauca.gov.co/salud/descargar.php?id=5240).

7.2.3. Sistemas de atención de la Salud

Se define la red de prestación de servicios como:

“El conjunto articulado de prestadores de servicios de salud, ubicados en un espacio geográfico, que trabajan de manera organizada y coordinada en un proceso de integración funcional orientado por los principios de complementariedad, subsidiariedad y los lineamientos del proceso de referencia y contrarreferencia establecidos por la entidad responsable del pago, que busca garantizar la calidad de la atención en salud y ofrecer una respuesta adecuada a las necesidades de la población en condiciones de accesibilidad,

continuidad, oportunidad, integralidad y eficiencia en el uso de los recursos”. (Manual de contratación de prestación de servicios de salud. Junio 2011. Recuperado: X-10-2012. Disponible en: [http://www.acocib.org/pdf/MANUAL CONTRATACION.pdf](http://www.acocib.org/pdf/MANUAL_CONTRATACION.pdf)).

Es importante asegurar una buena coordinación entre los diferentes niveles de atención. Así se espera dar atención a las distintas necesidades de salud en el establecimiento correspondiente a su grado de complejidad. Por ejemplo, una persona con resfrío común no debe ser tratada en un hospital de tercer nivel y una persona con apendicitis no puede ser atendida convenientemente en una unidad de salud. Todo esto con el fin de hacer buen uso de esta red de servicios, con eficiencia y equidad en el acceso a la salud.

Las personas no precisamente pueden tomar la decisión correcta sobre el lugar que correspondería a su necesidad, y los trabajadores de salud que sí tienen esta capacidad requieren de un marco de referencia con estándares y guías para tomar esta medida de manera objetiva. Un sistema de referencia y contrarreferencia (SRC) constituye un instrumento que pone a disposición de los trabajadores de salud criterios y operaciones semejantes que permiten precisamente canalizar la demanda por servicios de salud y hacer uso eficiente del sistema de atención.

7.2.4. Funcionamiento de los Sistemas de Referencia y Contrarreferencia.

CUADRO No. 3

Organización de redes de salud y tipo de servicios de salud

Nivel de atención	Tipo de servicios de salud	Tipo de problemas de salud	Tipos de proveedor de salud	% de demanda que solucionar
Primer nivel	Promoción, Prevención de riesgos y daños Recuperativo de menor complejidad Rehabilitación menos	Controles de salud del niño y embarazadas Planificación familiar Control de enfermos crónicos Enfermedades	Puestos, centros de salud, con recursos limitados A veces cuentan con laboratorio, diagnóstico	70-80%

	compleja	no complicadas como infección respiratoria aguda, diarreas agudas, etc.	por imágenes, quirófanos y centro obstétrico.	
Segundo nivel	Promoción Prevención de riesgos y daños Recuperativo que requiere hospitalización y cirugía ambulatoria Rehabilitación	Enfermedades que se resuelven con especialistas en pediatría, gineco-obstetricia, cirugía general y medicina interna	Policlínicos para consulta especializada Hospitales con las cuatro especialidades básicas Cuenta con laboratorio, diagnóstico por imágenes y quirófanos, etc.	15-20%
Tercer nivel	Promoción Prevención de gastos y daños Recuperativo que requiere hospitalización, cirugía y procedimientos complejos Rehabilitación	Enfermedades y complicaciones que requieren especialistas	Hospitales y centros con recursos sofisticados en laboratorio, diagnóstico por imágenes y quirófanos, etc	5-10%
Cuarto nivel	Investigación y docencia	Casos muy complejos	Centros hospitalarios generalmente relacionados con centros docentes.	1-2%

Las principales estimulaciones de las autoridades de salud para promover la aplicación de un sistema de referencia y contrarreferencia consisten en tres grandes ámbitos de preocupación: garantizar la calidad, continuidad y seguimiento de los servicios; controlar los costos y el uso de recursos escasos; y de la misma manera certificar el bienestar tanto de los pacientes como de los proveedores. El sistema de referencia y contrarreferencia tiene como propósito gestionar la solicitud por los diferentes servicios de salud de tal manera que los diferentes problemas de salud se resuelvan de acuerdo a su grado de complejidad en los distintos niveles de la red asistencial.

La demanda de servicios de salud se puede clasificar en demanda espontánea, es decir el usuario se dirige a alguna unidad de salud por su propia iniciativa, y demanda inducida, que se origina por la derivación de un trabajador del sistema de salud. En ambos casos, el sistema de referencia y contrarreferencia ayuda a cerciorarse que el paciente sea atendido de acuerdo a su estado. De esta manera el sistema de referencia y contrarreferencia es una herramienta de gestión importante que busca que se cumplan los principios de calidad al igual que los principios de equidad en el acceso a los servicios de salud.

7.2.5. Uso de la herramienta

Los sistema de referencia y contrarreferencia son herramientas útiles para ayudar a intervenir el desempeño de la red de proveedores de salud. De tal modo, su aplicación permite disminuir la sobreutilización de ciertos establecimientos (en particular, los de mayor nivel de resolución) y evitar la subutilización de otros establecimientos (específicamente los de atención primaria), favoreciendo así a hacer todo el sistema más eficiente.

Es necesario aclarar que las ineficiencias del sistema de salud incluyen también aquellas prestaciones que resultan ser ineficaz. Un ejemplo de esto sería la elaboración de ecografías mensuales durante un embarazo normal, dado que con una o dos ecografías es posible controlar debidamente un embarazo de este tipo.

LÁMINA No. 5

Propósito de un sistema de referencia y contrarreferencia: Crear valor público



7.2.6. Aspectos claves para la introducción de un sistema de referencia y contrarreferencia

Los sistemas de referencia y contrarreferencia son un elemento crucial para el funcionamiento eficiente y el acceso equitativo a los servicios de salud. Sin embargo, en cuanto a su diseño y ejecución, las autoridades se encuentran con situaciones negativas debido a que los sistemas de información son deficientes y el personal de los establecimientos carece de capacidad gerencial. Por ello es necesario tomar en cuenta los aspectos claves para hacer funcionar un sistema de referencia y contrarreferencia

- Red de servicios de salud
- Carteras o catálogos de servicios
- Protocolos de atención para cada nivel
- Formularios del sistema de referencia y contrarreferencia
- Mecanismo de supervisión
- Sistemas de información
- Mecanismo de evaluación
- Mecanismo de incentivos para el cumplimiento del sistema de referencia y contrarreferencia.

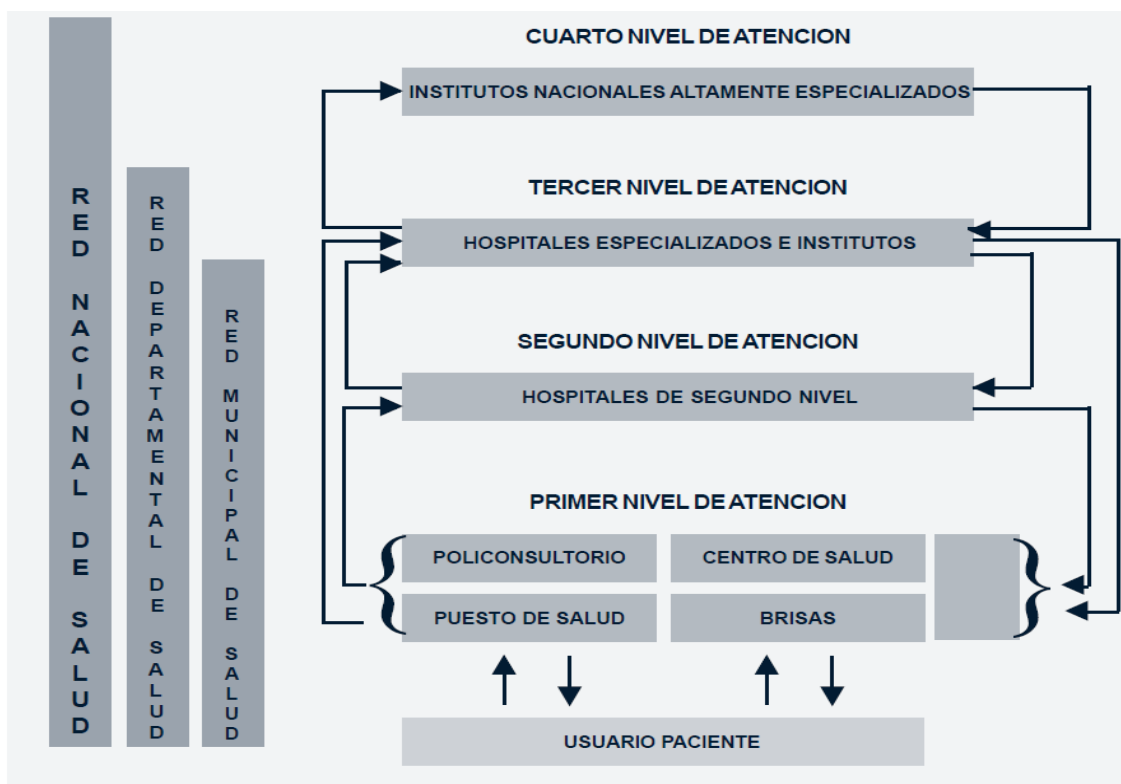
7.2.7. Red de servicios de salud

Un sistema de referencia y contrarreferencia debe insertarse en la red de servicios de salud con sus distintos enlaces (establecimientos de distintos niveles) para poder atender las distintas complejidades de las complicaciones de salud. De tal manera, la existencia o creación de esta red de servicios es una condición básica y fundamental para la operación de este sistema. Las redes están constituidas generalmente en tres o cuatro niveles de atención para lo cual se debe definir claramente qué proveedor concierne a cada nivel, qué prestaciones deben tener utilizables y cuáles de ellos son suministradas y de qué manera.

“La definición de las redes de servicios de salud se puede dividir en dos etapas consecutivas. Primeramente, se identifican todos los proveedores de un municipio, una región o un país, y se agrupan, usualmente, con base a sus límites geográficos. En la segunda etapa, se ordenan los proveedores según sus capacidades de resolución, equipamiento y grado de preparación a fin de asignarlos al nivel de atención correspondiente. El ejemplo boliviano en la siguiente figura se ilustra la organización del sistema de salud en una red de servicios.” (Ministerio de Salud y Previsión social, unidades de redes y tecnología. Bolivia. www.sns.gov.bo)

LAMINA No. 6

Organización de las redes de atención



Fuente: Ministerio de Salud y Previsión Social, Unidad de Redes y Tecnología, Bolivia, www.sns.gov.bo

En el Manual operativo sistema de referencia y contra referencia de urgencias para la red pública de prestación de servicios de salud. Gobernación del Valle del Cauca se expresa que:

“Teniendo en cuenta que la normatividad vigente aplica para todas aquellas entidades que tengan a cargo el pago de servicios de salud prestados a una población, es competencia del Departamento del Valle del Cauca cumplir con los requisitos mínimos, para la negociación y suscripción de acuerdos de voluntades para la prestación de servicios, en razón al Sistema de Referencia y Contrareferencia se definen: Diseño y organización de la red de servicios, indicando el nombre, ubicación de los prestadores de servicios de salud con el tipo y complejidad de los servicios contratados, que garanticen la oportunidad, integralidad, continuidad y accesibilidad a la prestación de servicios de la población a cargo de la entidad responsable del pago.” (Manual operativo sistema de referencia y contra referencia de urgencias para la red pública de prestación de servicios de salud. Gobernación del Valle del Cauca secretaria departamental de salud. Santiago de Cali Febrero de 2010” Recuperado: X-12-2012. Disponible en: www.valledelcauca.gov.co/salud/descargar.php?id=5240)

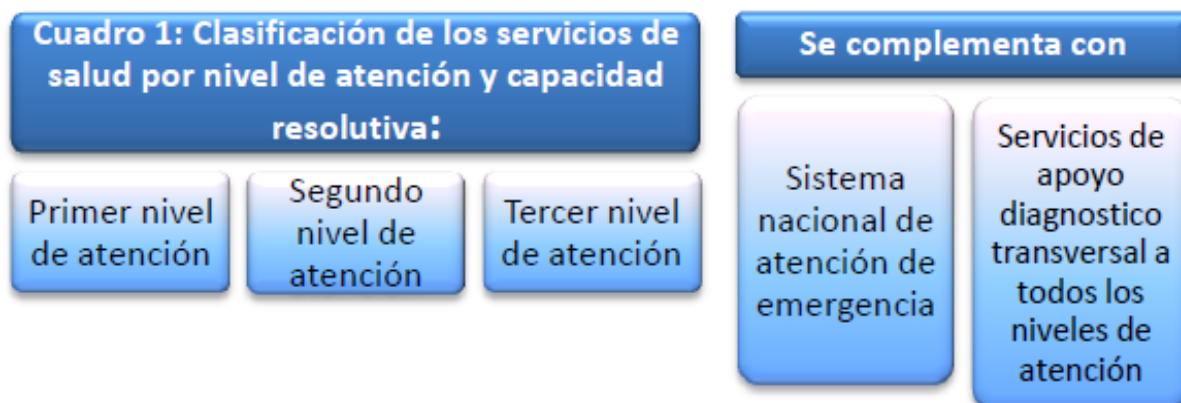
7.2.8. El sistema de referencia y contrarreferencia en el Ecuador

La tipología y homologación de establecimientos de salud consiste en que:

“El MSP como autoridad sanitaria nacional y con el objetivo de conformar la Red Pública Integral de Salud y la Red Complementaria homologa la tipología de los establecimientos de salud por niveles de atención del Sistema Nacional de Salud, que rige para todo el sector salud del país. El Acuerdo Ministerial No. 0159 establece que en todos los establecimientos de salud se aplicará la Estrategia de Atención Primaria de Salud acorde a las necesidades de la población. Establece también que el sector salud representado por el Ministerio de Salud Pública, promoverá la investigación científica, y su integración con la actividad asistencial y docente en todas las unidades de salud que conforman el Sistema Nacional de Salud, y orientará al abordaje de los problemas de salud prioritarios. Señala que el flujo del usuario se regirá estrictamente según la normativa del Sistema de Referencia y Contra referencia emitida por el Ministerio de Salud Pública.” (MSP Ecuador: Subsecretaría Nacional de Gobernanza de la Salud Pública. Dirección Nacional de Articulación del SNS y Red. Modelo de Atención Integral de Salud Familiar Comunitario e intercultural.)

Se ha definido la distribución de los servicios de salud por niveles de atención y acorde a la tipología conforme los siguientes cuadros explicativos.

LAMINA N° 7
Niveles de atención



Elaborado por Equipo SEPPS (Tipología de las Unidades Operativas del Sistema Nacional de Salud)

NIVELES DE ATENCIÓN, NIVELES DE COMPLEJIDAD, CATEGORIA Y NOMBRES DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD

NIVELES DE ATENCIÓN	NIVELES DE COMPLEJIDAD	NOMBRE
Primer nivel de atención	1° nivel	Puesto de salud
	2° nivel	Consultorio general
	3° nivel	Centro de salud rural
	4° nivel	Centro de salud urbano
	5° nivel	Centro de salud de 12 horas
	6° nivel	Centro de salud de 24 horas
	UM	Unidades móviles
Segundo nivel de atención	1° nivel	Consultorio de especialidad (es) clínico – quirúrgico médico u odontológico
		Centro de especialidad
	2° nivel	Centro clínico- quirúrgico ambulatorio (Hospital del Día)
	3° nivel	Hospital Básico
	4° nivel	Hospital General
UM	Unidades móviles	
Tercer nivel de atención	1° nivel	Centros especializados
	2° nivel	Hospital especializado
	3° nivel	Hospital de especialidades

Elaborado por: Equipo SGS

Los establecimientos descritos en el cuadro 5, podrán contar con el apoyo de unidades móviles de medicina general, de especialidades y odontología, que prestarán servicios programados e itinerantes; su misión es extender la cobertura de atención a comunidades distantes y en lugares donde no existan servicios de salud

Servicios de apoyo: Apoyo diagnóstico transversal a los niveles de atención
 Categoría de Apoyo diagnóstico: Laboratorio

ESTABLECIMIENTO	CARACTERÍSTICA	CATEGORIA DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD
	Laboratorio general	L-1
Laboratorio	Laboratorio clínico de especialidades de mediana complejidad	L-2
	Laboratorio de alta complejidad	L-3

Elaborado por: Equipo SGS

Categoría de Apoyo Diagnóstico: Imagen

ESTABLECIMIENTO	CARACTERÍSTICA	CATEGORIA DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD
	Establecimiento de imágenes básico	i-1
Imagen	Establecimiento de imagen con intervencionismo diagnóstico especializado	i-2
	Laboratorio de alta complejidad	i-3

Elaborado por: Equipo SGS

Categorías de Apoyo Diagnóstico: Laboratorio Fisiológico-Dinámico

ESTABLECIMIENTO	CARACTERÍSTICA	CATEGORÍA DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD
	Cardiovasculares	f-1
Laboratorio Fisiológico – Dinámico	Musculo esqueléticos	f-2
	Neurofisiológico	f-3
	Metabólico	f-4

Elaborado por: Comisión Nacional de la Red Pública Integral de Salud, 2011

7.2.9. El I nivel de atención

El I Nivel es el más cercano a la población, facilita y coordina el flujo del paciente dentro del sistema, garantiza una referencia adecuada, y asegura la continuidad y longitudinalidad de la atención. Promueve acciones de salud pública de acuerdo a normas emitidas por la autoridad sanitaria. Es ambulatorio y resuelve problemas de salud de corta estancia y es la puerta de entrada obligatoria al Sistema Nacional de Salud.

El primer nivel de atención se ubica en los distritos de salud, es el centro de la red y la puerta de entrada obligatoria al sistema, por su contacto directo con la comunidad debe cubrir a toda la población, este nivel debe resolver las necesidades básicas y/o más frecuentes de la salud enfermedad de la comunidad. Los servicios darán atención integral dirigida a la familia, individuo y comunidad, enfatizando en la promoción y prevención. Estas actividades serán intra y extramurales. La prestación se llevará a cabo por los equipos de atención integral de primer nivel de atención al que se incorporarán los técnicos en atención primaria de salud. La Tipología de las unidades operativas que forman parte de este nivel se detalla a continuación:

7.2.10. Unidades móviles de salud:

Establecimiento ambulatorio público transportable que presta atención itinerante de salud general, quirúrgica u oncológica

7.2.10.1. II Nivel de Atención

El II Nivel de Atención comprende todas las acciones y servicios de atención ambulatoria especializada y aquéllas que requieran hospitalización. Constituye el escalón de referencia inmediata del I Nivel de Atención. Se desarrolla nuevas modalidades de atención no basadas exclusivamente en la cama hospitalaria, tales como la cirugía ambulatoria, el hospital del día.

Da continuidad a la atención iniciada en el primer nivel, de los casos no resueltos y que requieren atención especializada a través de tecnología sanitaria de complejidad mayor. El ingreso a nivel II se lo realizará a través del primer nivel de atención

exceptuándose los casos de urgencias médicas que una vez resueltas serán canalizadas a I nivel. Estos establecimientos podrán contar con el apoyo de unidades móviles quirúrgicas y de especialidad, que prestarán servicios programados e itinerantes; su misión es extender la cobertura de atención a comunidades distantes y en lugares donde no existan servicios de salud. Se desarrollan actividades de promoción, prevención, curación, rehabilitación y cuidados paliativos en ambos niveles.

7.2.10.2. III Nivel de Atención

Corresponde a los establecimientos que prestan servicios ambulatorios y hospitalarios de especialidad y especializados. Los centros hospitalarios son de referencia nacional; resuelve los problemas de salud de alta complejidad, tiene recursos de tecnología de punta, intervención quirúrgica de alta severidad, realiza trasplantes, cuidados intensivos, cuenta con subespecialidades reconocidas por la ley.

7.2.11. Organización y funcionamiento de los servicios de salud al interior del Sistema Nacional de Salud

Se basa en los siguientes criterios de organización en función del bienestar del paciente y/o usuario de los servicios:

1. Organización de la Red Pública Integral de Salud
2. El sistema de referencia-contrarreferencias (vertical y horizontal), que garanticen la continuidad de las prestaciones.
3. Licenciamiento de los establecimientos públicos de salud
4. El funcionamiento del tarifario en el sistema nacional de salud

7.2.12. Organización de la Red Pública Integral de Salud

La Constitución del Ecuador en su Art. 360 manifiesta que:

“La Red Pública Integral de Salud está conformada por: el Ministerio de Salud Pública (MSP), Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) y Seguro Social Campesino, Fuerzas Armadas y Policía Nacional; a esta red

debe articularse las Unidades de Atención de la Dirección de Rehabilitación Social.”

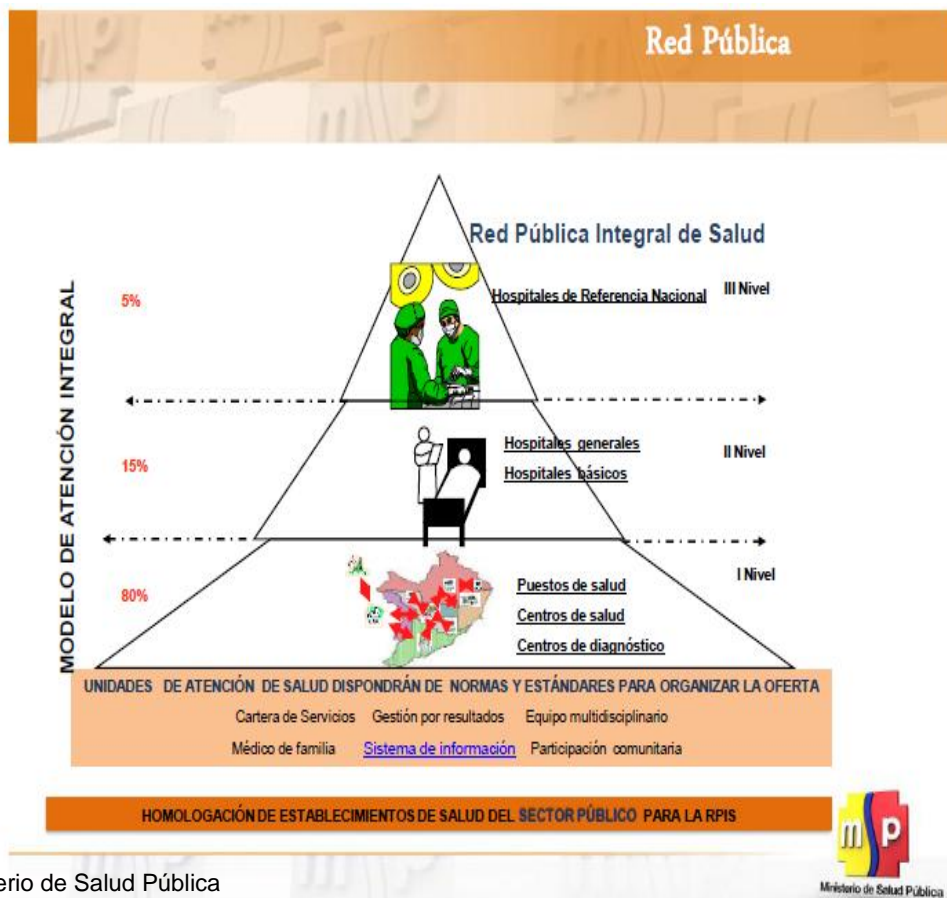
Esta liderada por la Autoridad Sanitaria en coordinación con las autoridades de las instituciones del sector público. Los proveedores privados con o sin fines de lucro conformarán la **red complementaria**.

Según la OPS/OMS, la organización de la Red Pública Integral debe considerar los siguientes criterios:

1. “Población y territorio a cargos definidos, necesidades de salud, oferta de servicios de salud.
2. Atención de salud centrada en la persona, la familia y la comunidad, teniendo en cuenta las particularidades culturales y de género, de salud mental y los niveles de diversidad de la población; un sistema de gobernanza único para toda la red;
3. Prestación de servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos, así como estrategias y programas nacionales priorizados en función de la identificación de riesgos.
4. Organización e implementación del sistema de atención de emergencias
5. El primer nivel de atención debe tener un carácter multidisciplinario, abarca a toda la población y sirve como puerta de entrada obligatoria al sistema. Capacidad resolutive para atender y solucionar la mayor parte de las necesidades de salud de la población;
6. Prestación de servicios especializados de acuerdo a las necesidades de la población que se ofrecen de preferencia en entornos extra hospitalarios;
7. Conjunto de prestaciones prioritarias definidas
8. Funcionamiento del tarifario del SNS, mediante el cruce de cuentas entre instituciones públicas.
9. Cartera de servicios complementaria
10. Existencia de mecanismos de coordinación asistencial a lo largo de todo el continuo de los servicios de salud;
11. Participación social amplia;
12. Gestión integrada de los sistemas de apoyo administrativo, clínico y logístico;
13. Recursos humanos suficientes, competentes, comprometidos y valorados por la red;
14. Sistema de información integrado que vincula a todos los miembros de la red;
15. Financiamiento adecuado e incentivos alineados con las metas de la red; y Acción intersectorial y abordaje de los determinantes de la salud y la equidad en salud.” (OPS/OMS. Redes integradas de servicios de salud basadas en la atención primaria de salud; 49.o consejo directivo 61.a sesión del comité regional. Washington DC. 2009.- Documento Técnico Red Pública Integral de Salud.)

LAMINA No. 8

RED PÚBLICA E INTEGRAL DE SALUD



Fuente: Ministerio de Salud Pública
Elaborado por: Equipo SGS

La organización, articulación de la red y el fortalecimiento de la capacidad determinativa del primero y segundo nivel, permitirá racionalizar los recursos, resolver de manera oportuna el mayor número de necesidades y problemas de salud de la población y descongestionar las unidades del III nivel de atención.

7.2.13. Estructuración de redes territoriales: sector público y privado

Según el Ministerio de Salud Pública del Ecuador:

“La estructuración de las redes territoriales de salud, responde a la nueva organización territorial desconcentrada y descentralizada que se está implementando en el país, para la planificación territorial y la gestión de los servicios públicos, que establece 9 zonas de planificación, 140 distritos y circuitos. La organización de redes distritales de salud comprende la articulación de las unidades y servicios de salud de la Red Pública y Complementaria en Salud, se enmarca en la nueva tipología de unidades de salud establecida por la Autoridad Sanitaria Nacional y se orienta a acercar los servicios de salud a la población, garantizar el derecho de todas las personas a

servicios oportunos, de excelencia, la continuidad de la atención y mejorar la planificación y gestión de los servicios en función del logro de indicadores de impacto social.” (MSP Ecuador: Subsecretaría Nacional de Gobernanza de la Salud Pública. Dirección Nacional de Articulación del SNS -Sistema Nacional de Salud- y Red. Modelo de Atención Integral de Salud Familiar Comunitario e intercultural.)

La organización territorial de la red de servicios de salud permite también responder de manera adecuada a la realidad y necesidades de la población y activar los espacios de coordinación intersectorial y participación comunitaria en función del mejoramiento de la calidad de vida de la población.

Las redes en su territorialización se organizan con distribución distrital y se clasifican de la siguiente manera:

- Red del SNS para el distrito de salud rural,
- Red del SNS para el distrito capital de provincia y
- Red del SNS para los distritos urbanos

7.2.14. Referencia y Contrarreferencia (SRC).

Es el conjunto de normas técnicas y administrativas que permiten prestar adecuadamente el servicio de salud, al usuario, según el nivel de atención, el grado de complejidad y los recursos disponibles en los servicios de salud; con la debida oportunidad y eficacia en donde los equipos Integrales de salud, facilitan el flujo de usuarios y la utilización de los recursos entre las entidades de salud.

El Modelo de Atención MAIS-FCI reconoce que la red pública y complementaria distrital o en el circuito, basado en el concepto de atención primaria de salud puede funcionar eficientemente, con el apoyo de un hospital y de un conveniente sistema de envío de casos (referencia - contrarreferencias) que soliciten atención (de mayor complejidad) de aquella que puedan recibir en las unidades de tipo ambulatorio; concomitantemente los hospitales deben, atender en el I nivel, principalmente a la población que proviene de sectores externos a su jurisdicción; de esta manera no recargan su capacidad y podrán brindar apoyo adecuado a los pacientes referidos de los otros niveles.

La implementación y desarrollo del sistema de referencia contrarreferencias como instrumento para la articulación entre los niveles de atención, conlleva una atención adecuada del paciente referido y que asegure la continuidad en el tratamiento y rehabilitación del mismo.

7.2.15. Organización y responsabilidades de los equipos de gestión

Según la Ley del SNS (Sistema Nacional de Salud), se plantea:

“Que no se diferenciarán pobres (ni “subsidiados” ni “focalizados”, pero sí priorizados) de no pobres, sino que las atenciones y los servicios se proveerán con un criterio de equidad y con el concepto integral de salud. Es decir, los y las ciudadanas serán atendidas por una red de servicios que incluyen, tanto la atención primaria de salud pública, como los servicios hospitalarios (individuales y curativos), de acuerdo a las disponibilidades y sin “paquetes” especiales para los más pobres. Los hospitales no serán autónomos sino que se constituirán en nodos de las redes interinstitucionales”. (Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) 2007 La equidad en la mira: la salud pública en Ecuador durante las últimas décadas (Quito: OPS/MSP/CONASA).

La OPS/OMS manifiesta que:

“En la historia del país y en la situación actual, siempre coexistieron los intereses públicos junto con los privados, de tal modo que su coordinación no es nueva Pero sí resulta crucial diferenciar los niveles del estado en los que se puede realizar esta coordinación. La equidad se garantiza mediante el acceso universal financiado por todas las instituciones, con el concepto integral de salud servido por las redes, dentro de un sistema descentralizado pero con la rectoría del Estado mediante el Ministerio de Salud Pública.” (OPS/OMS, 2002).

Se espera que estos procesos de salud contribuyan al fortalecimiento de las instituciones sectoriales, legitimando la más importante disposición jurídica requerida por la Constitución y favoreciendo un esfuerzo mancomunado por una nueva edificación que comience con los análisis de consensos. Se espera que este esfuerzo termine con los problemas que no permiten el trabajo y la producción de los servicios y exista una mejor gobernabilidad al existir una política de Estado, dando continuidad al proceso iniciado

CAPITULO II

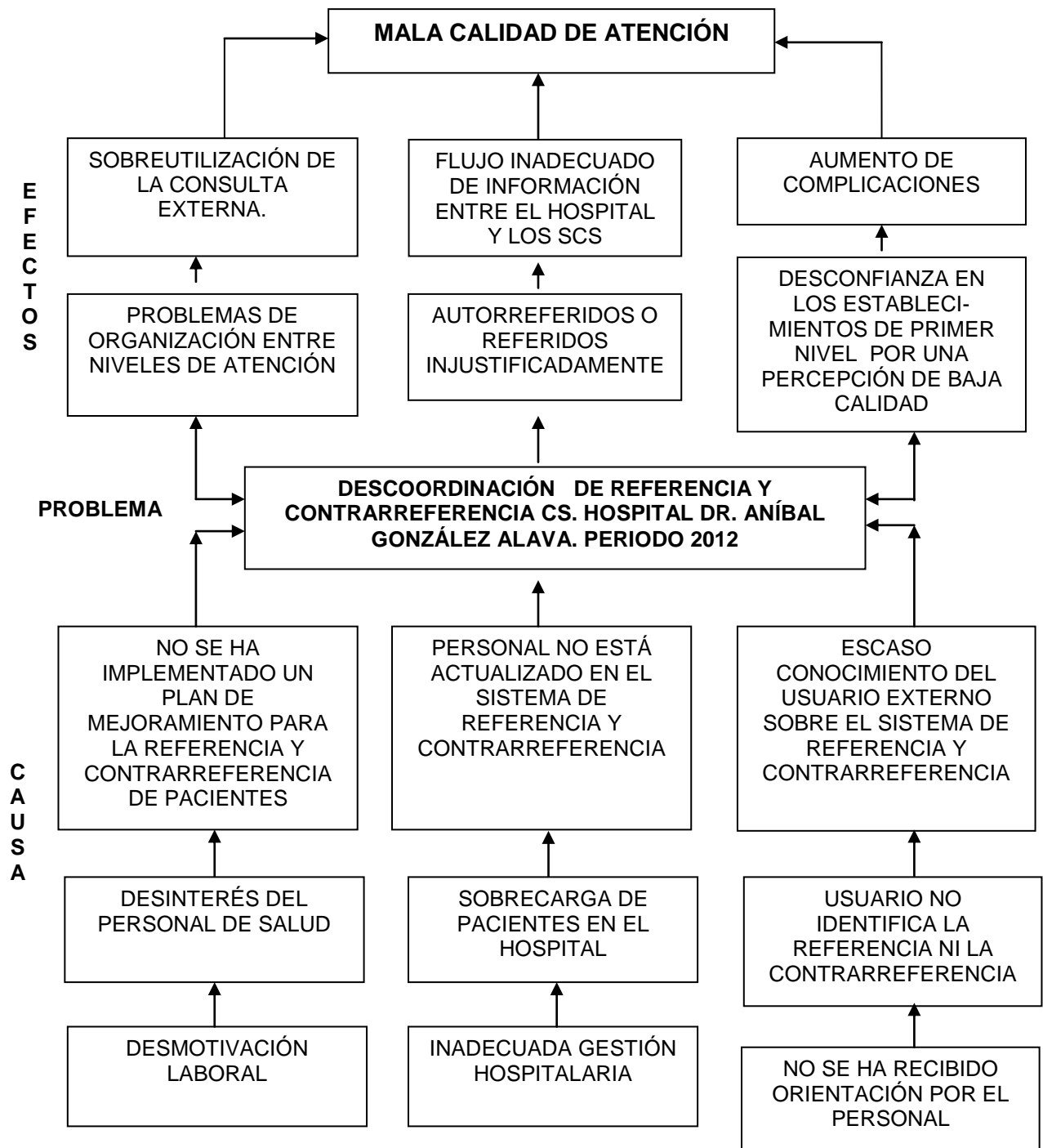
8. DISEÑO METODOLÓGICO

8.1. MATRIZ DE INVOLUCRADOS

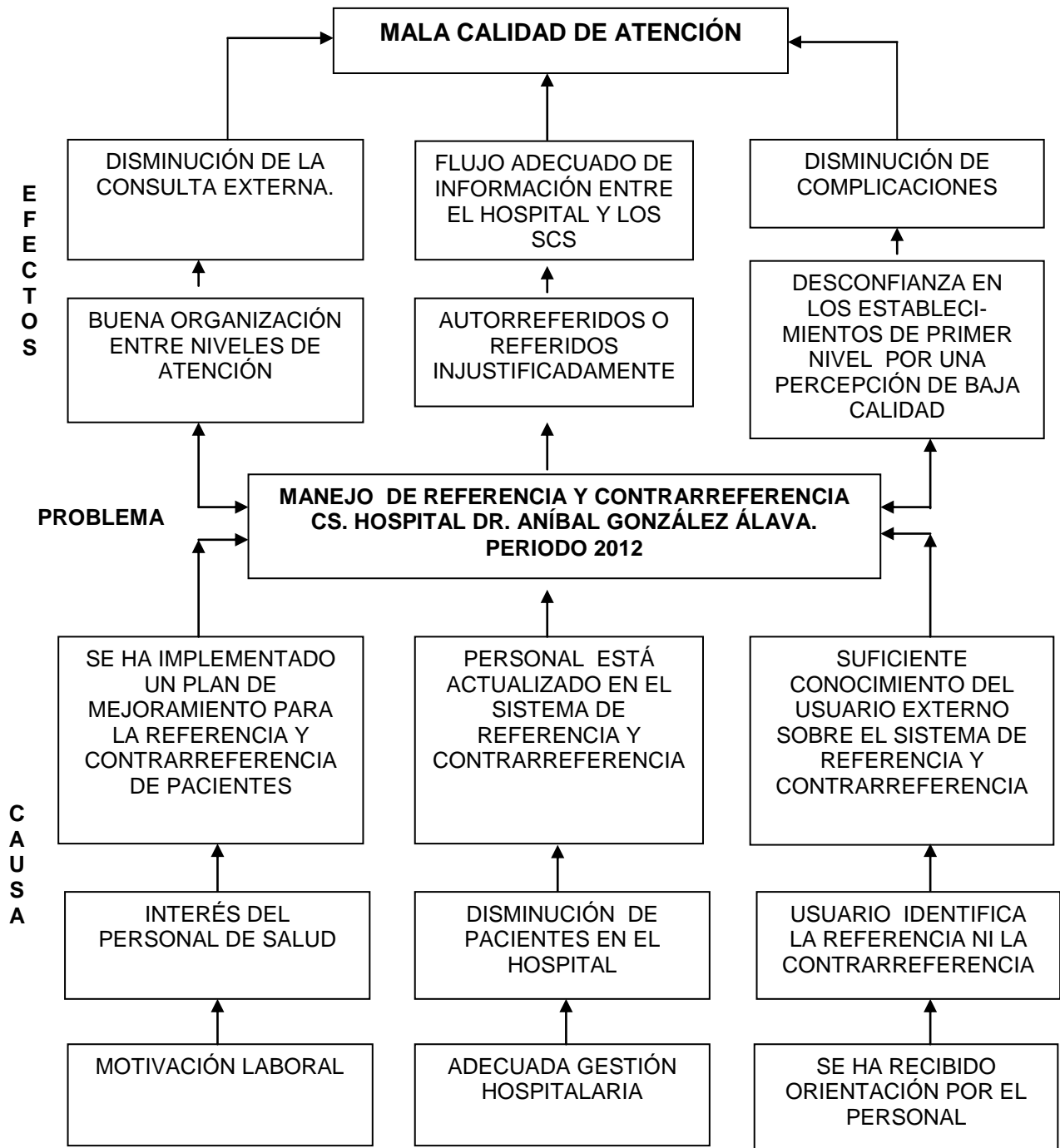
GRUPO Y/O INSTITUCIONES	INTERESES	RECURSOS Y MANDATOS	PROBLEMAS PERCIBIDOS.
Director del Hospital Dr. Aníbal González Alava	Brindar una mejor atención de calidad y calidez a los usuarios	Recursos: - Humanos - Materiales Mandatos: Constitución del Ecuador 2008. Art. 32	<ul style="list-style-type: none"> • Desinterés del personal de salud • Inadecuada gestión hospitalaria • Sobrecarga del hospital con pacientes. • Flujo inadecuado de información entre el Hospital y los Subcentros de Salud
Personal de salud	Mejorar la calidad de atención al usuario	Recursos: - Humanos - Materiales Mandatos: Constitución del Ecuador 2008. Art. 32	<ul style="list-style-type: none"> • Sobreutilización de la consulta externa • Desmotivación laboral • Autorreferidos o referidos injustificadamente. • Desinterés del personal de salud
Usuarios	Mejorar su estado de salud	Recursos: - Humanos - Materiales Constitución del Ecuador 2008. Art. 32	<ul style="list-style-type: none"> • Problemas de organización entre niveles de atención • Desconfianza en los establecimientos de

			<p>primer nivel por una percepción de baja calidad.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aumento de complicaciones • Escaso conocimiento del usuario externo sobre referencia y contrarreferencia
Maestrante	Mejorar la calidad de vida de la comunidad	<p>Recursos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Humanos - Materiales - Económicos <p>Mandatos:</p> <p>Cumplir con la misión de la UTPL que dice:</p> <p>Buscar La verdad y formar al hombre, a través de la ciencia, para que sirva a la sociedad.</p> <p>(Misión de la UTPL)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de personal actualizado • No se ha implementado un Manual para la referencia y contrarreferencia de pacientes. • Usuario no identifica la referencia no la contrarreferencia

8.2. ÁRBOL DEL PROBLEMA



8.3. ÁRBOL DE OBJETIVOS



8.4. MATRIZ DEL MARCO LÓGICO

DENOMINACIÓN DEL PROYECTO: Plan de mejoramiento de gestión de calidad de referencia y contrarreferencia en el Hospital Dr. Aníbal González Álava. Período 2012

ASPECTOS	INDICADORES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS
FIN Contribuir a mejorar la calidad de atención en el Hospital Dr. Aníbal González Álava.			
PROPÓSITO Manejo de referencia y contrarreferencia del Hospital "Dr. Aníbal González Álava" mejorada.	A Noviembre 1 del 2012 el 80% de la gestión de calidad de referencia y contrarreferencia del Hospital Dr. Aníbal González Álava mejorada.	- Fotos - Hoja de registro de Referencia y Contrarreferencia - Estadísticas	El personal motivado con el cambio de actitud de la institución.
RESULTADOS 1.- Plan de mejoramiento de la referencia y contrarreferencia implementado.	A Noviembre 1 del 2012, el 100% del Plan aplicado.	- Plan de Referencia y Contrarreferencia - Fotos	Participación activa del personal
2.- Personal de salud actualizado en el sistema de referencia y contrarreferencia.	A Julio 28 del 2012 100% del equipo de salud actualizado en el Sistema de Referencia y Contrarreferencia	- Registro de Asistencia - Evaluación - Fotos - Plan de capacitación	Interés y motivación del equipo de salud por mejorar sus conocimientos.
3.- Usuarios informados sobre la referencia y contrarreferencia	A Agosto 15 del 2012 el 80% de los usuarios	- Registro de Asistencia - Evaluación	Interés de los usuarios en mejorar su

	informados sobre la referencia y contrarreferencia	- Fotos - Plan de capacitación.	salud
ACTIVIDADES	RESPONSABLES	CRONOGRAMA	RECURSOS
RESULTADO 1			
1.- Plan de mejoramiento de la referencia y contrarreferencia implementado.			
1.1. Entrevista con el Director del Hospital Dr. Aníbal González Alava de Calceta para solicitar autorización.	Dr. Mario Cajas	2 de Julio del 2012	Computadora Papel Esferos \$ 20
1.1. Entrega del Plan de mejoramiento de la referencia y contrarreferencia al Director. 1.2. Firma de Acta de Compromiso	Dr. Mario Cajas	8 de Julio del 2012	Computadora Papel Esferos \$ 20
1.3. Conformación del Comité de Referencia y Contrarreferencia	Dr. Mario Cajas	10 de Julio del 2012	Computadora Papel Esferos \$ 20
1.4. Socialización del Plan al equipo de salud.	Dr. Mario Cajas	11-12-13 de Julio del 2012	Computadora Papel Esferos \$ 300
1.5. Aplicación del Plan de referencia y contrarreferencia	Dr. Mario Cajas	1 de Agosto hasta 1 Nov. del 2012	Computadora Papel Esferos \$ 400
RESULTADO 2.			
Personal de salud actualizado en el sistema de referencia y contrarreferencia.			
2.1. Planificación de los aspectos operativos de la capacitación.	Dr. Mario Cajas	Julio 15 del 2012	Computadora Internet Hojas Esferos \$ 30
2.2. Taller de normas de	Dr. Mario Cajas	Julio 17 del	Computadora

referencia y contrarreferencia.		2012	Refrigerios Hojas Esferos Infocus \$ 30
2.3. Taller con Médicos Rurales	Dr. Mario Cajas	Julio 19 del 2012	Computadora Infocus Hojas Esferos \$ 100
2.4. Taller con el Personal de Salud del Centro de Salud Hospital.	Dr. Mario Cajas	Julio 22-28 del 2012	Computadora Hojas Esferos Registro de Asistencia Refrigerios Infocus \$ 500
2.6. Evaluación de los participantes.	Dr. Mario Cajas	Julio 28 del 2012	Computadora Hojas Esferos \$ 30
RESULTADO 3.			
Usuarios informados sobre la referencia y contrarreferencia			
3.1. Elaboración de un Plan de Capacitación	Dr. Mario Cajas	6 de Agosto del 2012	Computadora Hojas Esferos \$ 30
3.2. Preparar material de apoyo para la capacitación 3.2.1. Trípticos 3.2.2. Afiches	Dr. Mario Cajas	8 de Agosto del 2012	Computadora Internet Hojas Esferos Revistas \$ 100
3.3. Ejecución de la capacitación	Dr. Mario Cajas	10-15 de Agosto del 2012	Computadora Hojas Esferos \$ 400
3.4. Evaluación de los participantes.	Dr. Mario Cajas	15 de Agosto del 2012	Computadora Hojas Esferos \$ 30

CAPÍTULO III

RESULTADOS, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

RESULTADO N° 1

PLAN DE MEJORAMIENTO DE LA REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA IMPLEMENTADO.

- a. **Entrevista con el Director del Hospital Dr. Aníbal González Álava de Calceta para solicitar autorización.**

El 2 de julio del 2011 se llevó a cabo la entrevista con la Directora del Hospital de Calceta Dr. Aníbal González Álava de Calceta en la que se solicitó la respectiva autorización para la ejecución del proyecto, el cual fue aceptado por la Dra. Mercedes Poveda Rosales, Directora Encargada, quien dio todo el apoyo para que se obtengan todos los datos necesarios para la ejecución de las actividades del Plan de Mejoramiento de Gestión de calidad de referencia y contrarreferencia en esta unidad de salud.



b. Entrega del Plan de mejoramiento de la referencia y contrarreferencia al Director.

Para el cumplimiento de esta actividad el 8 de julio del 2012 se llevó a cabo la entrega del Plan de Mejoramiento de Gestión de calidad de referencia y contrarreferencia, el cual luego de varias opiniones y sugerencias realizadas por la Directora se aceptó su ejecución.



**UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR
DE LOJA**

La Universidad Católica de Loja

**MAESTRÍA EN GERENCIA INTEGRAL DE SALUD PARA
EL DESARROLLO LOCAL**

ACTA DE COMPROMISO

CLÁUSULA PRIMERA.- INTERVINIENTES.- Intervienen en la celebración de la presente Acta de Compromiso, por una parte la Dra. MERCEDES POVEDA ROSALES, Directora del CS Hospital "Anibal González Álava" de Calceta y el Egresado de la Maestría de Gerencia en Salud para el Desarrollo Local de la Universidad Técnica Particular de Loja DR. MARIO CAJAS OTOYA.

CLÁUSULA SEGUNDA.- ANTECEDENTES.- El egresado de la Universidad Técnica Particular de Loja, realiza esta acta de compromiso con la finalidad de que se pueda brindar atención integral a los usuarios mediante acciones de referencia y contrarreferencia de pacientes y usuarios, con la aplicación de normas para mejorar la cobertura y calidad de la atención en salud sobre todo en el sector rural del cantón Calceta.

CLÁUSULA TERCERA: OBJETO.- El objeto de la presente acta de compromiso es fomentar y promover la salud individual y colectiva.

CLÁUSULA CUARTA: PLAZO.- El plazo de la presente acta de compromiso es de dos años calendario, el mismo que puede ser ampliado sin otro requisito que no sea la firme voluntad de las partes de continuar con la vigencia del convenio por dos años o más.

Para constancia firman las partes involucradas en este proyecto como aceptación del mismo al 8 de Julio del 2012.

Dra. Mercedes Poveda Rosales
**DIRECTORA CS HOSPITAL DR. ANÍBAL
GONZÁLEZ ÁLAVA**



Dr. Mario Cajas Otoy
**MAESTRANTE UNIVERSIDAD TÉCNICA
PARTICULAR DE LOJA**

c. Conformación del Comité Transfusional Intrahospitalario del Hospital “Dr. Aníbal González Álava” de Calceta.

Para el cumplimiento de esta actividad el 10 de julio del 2012 se conformó el Comité Transfusional Intrahospitalario del Hospital “Dr. Aníbal González Álava” del Distrito No. 6 de Calceta, el cual quedó integrado por el Director del Distrito, el Líder Estadístico, el Coordinador del Servicio de Emergencia, Responsable del Sistema de Referencia y Contrareferencia y el Agendador.



**COMITÉ TRANSFUSIONAL INTRAHOSPITALARIO
HOSPITAL DR. ANIBAL GONZALEZ ALAVA**

**ACTA CONSTITUTIVA DEL COMITÉ DE REFERENCIA Y
CONTRAREFERENCIA**


En la ciudad de Calceta a los Diez días del mes de julio del 2012, en la Dirección del Hospital Dr. Aníbal González Álava y previa convocatoria se procede a la REESTRUCTURACION del **COMITÉ DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA** del Área de Salud No 6- Hospital Dr. Aníbal González Álava, el mismo que siguiendo los lineamientos estipulados debe estar conformado por los siguientes funcionarios:

El Director de Área, un médico de la institución, el estadístico y el agendador.

INTEGRANTES:

- Dr. Mauricio Montes Ferrin.- Director de Área. Cedula de identidad 1307835080. Correo electrónico montesferrindr@hotmail.com
- Srta. Verónica Montesdeoca Muñoz.- Líder Estadístico.- Cedula de identidad 1308637204. Correo electrónico veron_mont75@hotmail.com
- Dr. Roberto Gómez Mite.- Coordinador del Servicio de Emergencia, Responsable del Sistema de Referencia y Contrareferencia. Cedula de identidad 1305313650. Correo electrónico robert_md_0109@yahoo.es
- Sr. Dario Saltos Intriago.- Agendador. Cedula de identidad 1714485909. Correo electrónico dariosaltosintriago@hotmail.com

Para constancia firman al pie de la presente.


Dr. Mauricio Montes Ferrin
DIRECTOR DE AREA


Dr. Roberto Gómez Mite
MEDICO COORDINADOR




Srta. Verónica Montesdeoca M.
LIDER ESTADISTICO

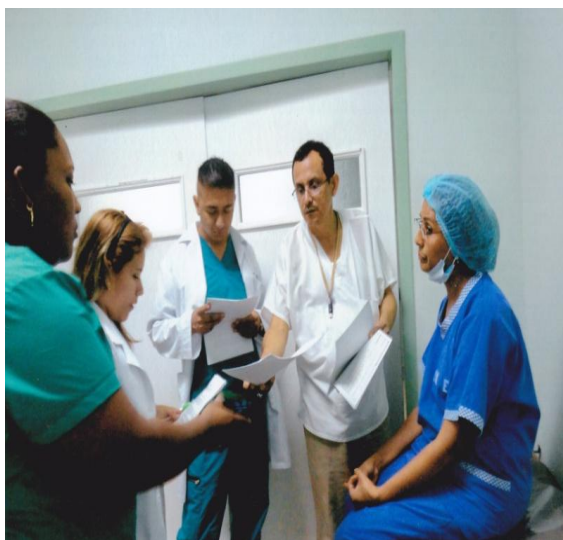

Sr. Dario Saltos Intriago
AGENDADOR

En el apéndice N° 4. Se encuentra como evidencia

- Funcionamiento del Comité

d. Socialización del Plan al equipo de salud.

El 11, 12 y 13 de julio del 2012 se llevó a cabo la socialización del Plan al equipo de salud, se visitaron todos los departamentos del Hospital de Calceta, y se les explicó como se realizará la aplicación del mismo. El equipo de salud estuvo de acuerdo y comprometió su participación, para lograr una mejor viabilización de los pacientes que ingresan a esta unidad.



En el apéndice N° 8 se encuentran como evidencias:

- Fotografías de esta actividad

e. Aplicación del Plan para la referencia y contrarreferencia de pacientes

Para la aplicación del Plan de referencia y contrarreferencia de pacientes en el hospital de Calceta a partir del 1 de Agosto hasta el 1 de Noviembre del 2011 se cumplieron con los siguientes pasos:

Diseño: Se revisaron experiencias similares, y se desarrollaron reuniones con médicos de la zona tanto urbana como rural con la finalidad de definir los objetivos a cumplir. Los instrumentos y formularios aplicados dentro del Sistema de Referencia y Contrarreferencia son los utilizados por el Ministerio de Salud Pública.

REFERENCIA													
INSTITUCION DEL SISTEMA		UNIDAD OPERATIVA		COD. UO		COD. LOCALIZACION			NUMEROS DE		HISTORIA		
						PARROQ. CANTON PROVYN.			CLINICA				
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		CEDULA DE CIUDADANIA					
FECHA DE REFERENCIA	HORA	EDAD	GENERO		ESTADO CIVIL		INSTRUCCION ULTIMO AÑO APROBADO		EMPRESA DONDE TRABAJA		SEGURO DE SALUD		
			M	F	SOL	CAS	DIV	VU	U/L				
ESTABLECIMIENTO AL QUE SE ENVA LA REFERENCIA				SERVICIO AL QUE SE REFIERE									
1.- MOTIVO DE REFERENCIA													
2.- RESUMEN DEL CUADRO CLINICO													
3.- HALLAZGO RELEVANTES DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS													
4.- DIAGNOSTICO		PRE = PRESUNTIVO		DEF = DEFINITIVO		CIE		PRE		DEF			
1								4					
2								5					
3								6					
5.- PLAN DE TRATAMIENTO REALIZADO													
SALA		CAMA		MEDICO		FIRMA							

CONTRAREFERENCIA													
INSTITUCION DEL SISTEMA		UNIDAD OPERATIVA		COD. UO		COD. LOCALIZACION			NUMEROS DE		HISTORIA		
						PARROQ. CANTON PROVYN.			CLINICA				
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		CEDULA DE CIUDADANIA					
FECHA DE CONTRAREFERENCIA	HORA	EDAD	GENERO		ESTADO CIVIL		INSTRUCCION ULTIMO AÑO APROBADO		EMPRESA DONDE TRABAJA		SEGURO DE SALUD		
			M	F	SOL	CAS	DIV	VU	U/L				
ESTABLECIMIENTO AL QUE SE ENVA LA CONTRAREFERENCIA				SERVICIO QUE CONTRAREFERE									
1.- RESUMEN DEL CUADRO CLINICO													
2.- HALLAZGO RELEVANTES DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS													
3.- TRATAMIENTO Y PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS REALIZADOS													
4.- DIAGNOSTICO		DEF = DEFINITIVO		CIE - 10		DEF		CIE - 10		DEF			
1								4					
2								5					
3								6					
5.- PLAN DE TRATAMIENTO RECOMENDADO													
SALA		CAMA		MEDICO		FIRMA							
												REFERENCIA JUSTIFICADA	
												SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	

REFERENCIA													
INSTITUCION DEL SISTEMA		UNIDAD OPERATIVA		COD. UO		COD. LOCALIZACION			NUMEROS DE		HISTORIA		
MINISTERIO VAO PUNA		SAN BARTOLO		011302		PARROQUIA CANTON PROVINCIA			250 02 13		2572		
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		CEDULA DE CIUDADANIA					
CAYARO		PINCAY		JORGE		LOPEZ		V311955593					
FECHA DE REFERENCIA	HORA	EDAD	GENERO		ESTADO CIVIL		INSTRUCCION ULTIMO AÑO APROBADO		EMPRESA DONDE TRABAJA		SEGURO DE SALUD		
01 NOV 2012		27	M	F	SOL	CAS	DIV	VU	U/L				
ESTABLECIMIENTO AL QUE SE ENVA LA REFERENCIA				SERVICIO AL QUE REFIERE									
HAGA.				MEDICINA INTERNA DE MANEJO EN									
1.- MOTIVO DE REFERENCIA													
2.- RESUMEN DEL CUADRO CLINICO													
3.- HALLAZGO RELEVANTES DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS													
4.- DIAGNOSTICO		PRE = PRESUNTIVO		DEF = DEFINITIVO		CIE		PRE		DEF			
1								4					
2								5					
3								6					
5.- PLAN DE TRATAMIENTO REALIZADO													
SALA		CAMA		MEDICO		FIRMA							

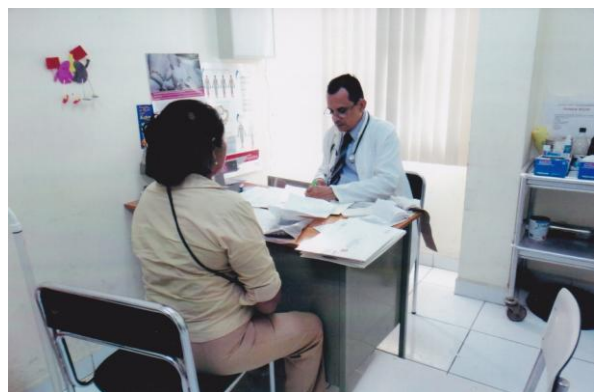
CONTRAREFERENCIA													
INSTITUCION DEL SISTEMA		UNIDAD OPERATIVA		COD. UO		COD. LOCALIZACION			NUMEROS DE		HISTORIA		
M.S.P.		H.C. ALCISTA		0110		PARROQUIA CANTON PROVINCIA			010102 13		49863		
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		CEDULA DE CIUDADANIA					
CAYARO		PINCAY		JORGE		LOPEZ		V311955593					
FECHA DE LA CONTRAREFERENCIA	HORA	EDAD	GENERO		ESTADO CIVIL		INSTRUCCION ULTIMO AÑO APROBADO		EMPRESA DONDE TRABAJA		SEGURO DE SALUD		
01 XI 12 14		27	M	F	SOL	CAS	DIV	VU	U/L				
ESTABLECIMIENTO AL QUE SE ENVA LA CONTRAREFERENCIA				SERVICIO QUE CONTRAREFERE									
SAN BARTOLO				MG									
1.- RESUMEN DEL CUADRO CLINICO													
2.- HALLAZGO RELEVANTES DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS													
3.- TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS REALIZADOS													
4.- DIAGNOSTICO		DEF = DEFINITIVO		CIE-10		DEF		CIE-10		DEF			
1								4					
2								5					
3								6					
5.- PLAN DE TRATAMIENTO RECOMENDADO													
SALA		CAMA		MEDICO		FIRMA							
												REFERENCIA JUSTIFICADA	
												SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	

En el apéndice N° 6. Se encuentra como evidencia

- Muestra de un formulario computarizado de pacientes que fueron derivados y registrados en el Hospital

Implementación: Esto implicó la puesta en marcha del Sistema de Referencia y Contrarreferencia, se tomó un paciente que ingresa a la unidad que requiere información o atención, se lo deriva al establecimiento de salud donde los y las profesionales de salud brindan la atención integral.

Foto: Dr. Mario Cajás en el Hospital Dr. Aníbal González Álava



Paciente Luz Dalia Alcívar Delgado derivada del Subcentro de Salud San Bartolo, se refiere al Hospital para que sea atendida por un diabetólogo. Para obtener un turno tuvo que ser agendada para acudir el día que le señalaron. Esta actividad la realizó el Sr. Darío Saltos Intriago, Auxiliar de Estadística. Una vez atendida le realizó la contrarreferencia que consistió en el tratamiento del paciente que lo tomará en el Subcentro de Salud San Bartolo.

Foto: Dr. Mario Cajas en el Subcentro de Salud San Bartolo.



Las derivaciones que se realizaron desde agosto hasta octubre fueron 215 que han asistido de manera continua a los pacientes en todas las unidades de salud involucradas en el proyecto.

En el apéndice N° 9. Se encuentra como evidencia

- Fotografías de las unidades de salud que participaron en la aplicación del programa.

Resultados de la aplicación del programa:

HOSPITAL DR. ANIBAL GONZALEZ ÁLAVA
ÁREA DE SALUD # 6 CALCETA

TOTAL DE REFERENCIAS ATENDIDAS EN ESTOS 3 MESES	
AGOSTO	66
SEPTIEMBRE	66
OCTUBRE	83
TOTAL	215

Nota: Información tomada de los cuadernos de agencaciones

Elaborado por: *Dario Saltos*
Dario Saltos Intriago
Aux. Estadística

CUADRO No. 4

Numero de referencias provenientes en la unidad de salud en el hospital de Calceta durante los meses que se aplicó el programa

Unidad de salud	Agosto	Septiembre	Octubre
CS B 24 horas de Junín	9	10	12
CS B 24 horas de Tosagua	10	9	10
SBC La Estancilla.- Tosagua	7	7	8
SBC San Miguel – El Recreo.- Tosagua	3	4	5
SBC Agua Fría.- Junín	3	3	5
SBC Los Casados.- Junín	4	4	5
SBC Montañita.- Junín	3	3	3
SBC Guayabales.- Junín	2	2	3
SBC Cerro Verde.- Tosagua	3	3	4
SBC Bachillero.- Tosagua	4	4	6
CS “Inés Moreno” Calceta	6	7	8
SBC Quiroga.- Bolívar	5	5	6
SBC de Matapalo.- Calceta	7	5	8
Total	66	66	83

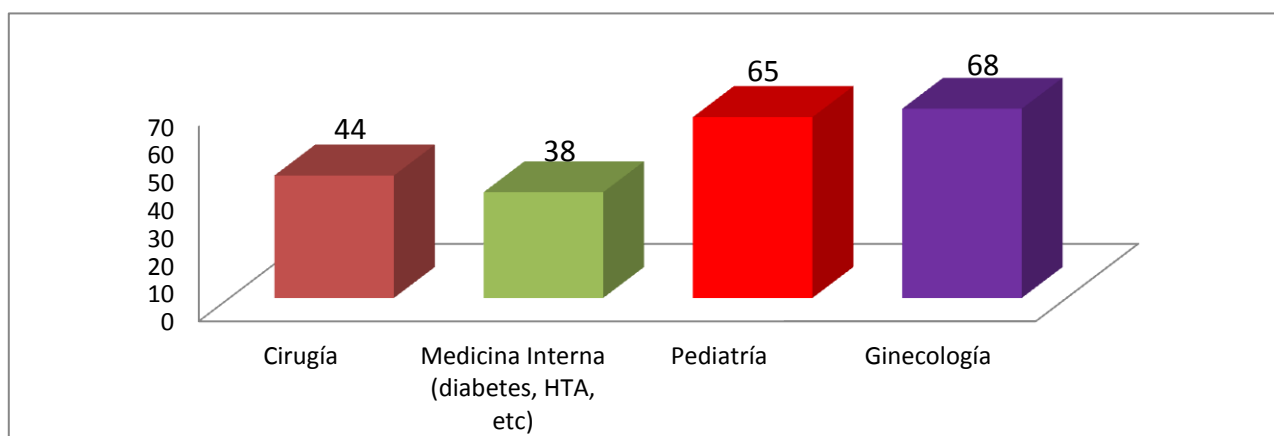
FUENTE: Departamento de Estadísticas y Registros Médicos del Hospital de Calceta.

ELABORADO POR: Dr. Mario Cajas Otoya

Análisis e interpretación:

Una vez terminada la aplicación del Plan de referencia y contrarreferencia del MSP y habiéndose capacitado al personal de las unidades de salud que envían referencias al Hospital, se obtuvieron los siguientes resultados. En los meses de Agosto y septiembre se recibieron y se atendieron 66 referencias en cada mes. En octubre 83 referencias, las cuales fueron enviadas a la unidad de salud de origen con la respectiva documentación del paciente para su tratamiento y 8 pacientes que fueron ingresados por algunos días pero que después se los envió también a la unidad de origen. En el Hospital existió menor flujo de pacientes en la Consulta Externa debido a que los centros y subcentros continúan con el cuidado de su tratamiento.

Gráfico de distribución de referencias atendidas por servicio agosto a octubre del 2012.



Análisis e interpretación:

Se observa en el gráfico que en el Hospital de Calceta se atendieron 215 referencias de la siguiente manera: Cirugía 44 pacientes, Medicina Interna (diabetes, HTA, etc), Pediatría 65 y Ginecología 68 pacientes; de lo cual se desprende que la mayoría de pacientes atendidos en el proceso fueron en Ginecología. Estos casos fueron contrarreferidos a las unidades de salud que los refirió para que continúen el tratamiento. 8 de los pacientes fueron asilados en el hospital ya que presentaron problemas que ameritaron el ingreso por uno o varios días. Aunque en estos meses de aplicación del programa no se presentaron casos de gravedad, si esto ocurriera en el futuro, se los envía a un Hospital de mayor complejidad como el Hospital de Portoviejo o de la ciudad de Chone.

Foto: Dr. Mario Cajas en el Hospital socializando el Plan de Referencia y Contrarreferencia.



En el apéndice N° 8 se encuentran como evidencias:

- Fotografías de esta actividad

Para la implementación del sistema como para el resto de actividades se contó con el acompañamiento del equipo técnico de Referencia y Contrarreferencia del Centro de Salud Hospital Dr. Aníbal González Álava de Calceta, el mismo que estuvo presto a responder a diversas interrogantes, demandas e inquietudes de parte de los profesionales de salud.

RESULTADO N° 2

PERSONAL DE SALUD ACTUALIZADO EN EL SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

2.1. Planificación de los aspectos operativos de la capacitación.

Esta actividad se realizó el Julio 15 del 2012. Se diseñaron trípticos y afiches, se realizó el plan de capacitación sobre aplicación de normas del sistema de referencia y contrarreferencia para los días 17 al 21 de julio de 2012. Se invitó a los conferencistas indicando tema, fecha y hora de su participación.

Seminario taller sobre sistema de referencia y contrarreferencia

1.- Introducción:

La actual política de salud en los procesos de descentralización de competencias y recursos, requieren el compromiso de las personas y las instituciones para definir estrategias acordes a las necesidades locales que permitan mejorar la calidad de vida de sus habitantes. Es necesario entonces definir y establecer las relaciones y coordinación entre las diferentes instituciones dentro del concepto técnico-administrativo de la red de servicios, lo cual se logra en buena parte mediante el desarrollo del Sistema de Referencia y Contrarreferencia.

2.- Justificación:

Se debe fortalecer los vínculos que nos permiten unir a todos los Centros de Salud. Dichos vínculos, deben ser fortalecidos mediante reglamentos específicos que den la formalidad necesaria y sean aceptados en forma voluntaria. Logrando un respaldo globalizado de las Instituciones de Salud, tanto a los servidores como a la población usuaria de los servicios. Con el sistema de referencia y contrarreferencia, se busca contar con la información necesaria que sirva, para planificar, lograr seguimiento, luego hacer una evaluación detectando problemas, identificando necesidades y verificando el éxito de las intervenciones. Es necesario determinar el impacto de la aplicación de la referencia y contrarreferencia en los 3 niveles de atención. De esta

forma, es de vital importancia iniciar programas de capacitación para contribuir a reducir los riesgos que conlleva la aplicación de las normas en el sistema.

3.- Objetivos

3.1. General:

- Capacitar al equipo de salud de los Centros, Subcentros, Hospitales sobre las normas del sistema de referencia y contrarreferencia a fin de que mejorar la gestión de calidad en estas unidades de salud.

3.2. Específicos

- Actualizar al equipo de salud sobre las normas y procedimientos para la organización, control y articulación entre las unidades de los tres niveles de prestación de servicios.
- Conocer los principios generales de la distribución de las tareas entre el primer nivel y el nivel de referencia hospitalaria.

Meta

Lograr que el 100% del Equipo de Salud conozca sobre el sistema de referencia y contrarreferencia.

4. Delimitación de espacio y tiempo

4.1. Lugar:

Sala de Espera Centro de Salud 24 HD Hospital de Calceta.

4.2. Tiempo

Se realizará el día 24 de Noviembre el 1er. Taller de Capacitación y el 2do. Taller de Capacitación del 28- 30 de Noviembre y 1- 2 de Diciembre del 2011

5. Recursos:

5.1. Humanos

Maestrante Universidad Técnica Particular de Loja

Equipo de Salud

Directores

5.2. Materiales

Pizarra

Marcadores

Rotafolios

5.3. Económicos

Financiado por el maestrante

6. Facilitadores:

Dr. Roberto Gómez M

Dr. Walter Párraga

7. Participantes:

Equipo de Salud

CUADRO No. 5

Cronograma de charlas educativas para el taller de capacitación sobre la aplicación del Sistema de Referencia y Contrarreferencia dirigida al equipo de salud de los Centros, Subcentros y Centro de Salud-Hospital.

17 de Julio del 2012				
Aspectos conceptuales de la referencia y contrarreferencia	08H00 – 9H30	Dr. Roberto Gómez M	Infocus, Computadora Videos	Se contó con la asistencia de todo el personal invitado.
Objetivos	09H30– 11H00	Dr. Walter Párraga	Infocus, Computadora	
Principios generales de la distribución de las áreas entre el Primer Nivel y el Nivel de Referencia Hospitalaria	11H00– 12H30	Maestrante	Infocus, Computadora Videos	
¿Por qué un sistema de referencia?	13H30– 15H00	Dr. Roberto Gómez M	Infocus, Computadora Videos	
Correcto uso del sistema por niveles.	15H00– 16H00	Dr. Walter Párraga	Infocus, Computadora	

CUADRO No. 6

18 de Julio del 2012				
El modelo para la toma de decisiones	08H00 – 9H30	Dr. Roberto Gómez M	Infocus, Computadora Videos	Se contó con la asistencia de todo el personal invitado.
Aplicación del algoritmo	09H30– 11H00	Dr. Walter Párraga	Infocus, Computadora Videos	
Organización del sistema	11H00– 12H30	Maestrante	Infocus, Computadora Videos	
Organización del subsistema	13H30– 15H00	Dr. Roberto Gómez M	Infocus, Computadora Videos	
Información básica	15H00– 16H00	Dr. Walter Párraga	Infocus, Computadora	

CUADRO No. 7

19 de Julio del 2012				
Normas y procedimientos para la referencia	08H00 – 9H30	Dr. Roberto Gómez M	Infocus, Computadora Videos	Se contó con la asistencia de todo el personal invitado.
Normas y procedimientos para la contrarreferencia	09H30– 11H00	Dr. Walter Párraga	Infocus, Computadora Videos	
Preparación del sistema de referencia contrarreferencia.	11H00– 12H30	Maestrante	Infocus, Computadora Videos	
Posibles disfunciones en el subsistema y monitoreo	13H30– 15H00	Dr. Roberto Gómez M	Infocus, Computadora Videos	
La autorreferencia	15H00– 16H00	Dr. Walter Párraga	Infocus, Computadora Videos	

CUADRO No. 8

20 de Julio del 2012				
La subutilización cuando se desconocen los servicios que presta la unidad.	08H00 – 9H30	Dr. Roberto Gómez M	Infocus, Computadora	Se contó con la asistencia de todo el personal invitado.
La falta de transmisión de la información	09H30– 11H00	Dr. Walter Párraga	Infocus, Computadora	
Evaluación del Subsistema de Referencia.	11H00– 12H30	Maestrante	Infocus, Computadora	
Referencias frecuentes e innecesarias	13H30– 15H00	Dr. Roberto Gómez M	Infocus, Computadora Videos	
Cuando los pacientes no cumplen con las referencias	15H00– 16H00	Dr. Walter Párraga	Infocus, Computadora	

CUADRO No. 9

21 de Julio del 2012				
Monitoreo y evaluación del sistema de referencia.	08H00 – 9H30	Dr. Roberto Gómez M	Infocus, Computadora Videos	Se contó con la asistencia de todo el personal invitado.
Pacientes referidos y pacientes que no fueron referidos	09H30– 11H00	Dr. Walter Párraga	Infocus, Computadora Videos	
Auditoría médica	11H00– 12H30	Maestrante	Infocus, Computadora Videos	
Tasa de referencia realizada al hospital Tasa de referencia cumplidas	13H30– 15H00	Dr. Roberto Gómez M	Infocus, Computadora Videos	
Tasa de contrarreferencias Tasa de referencias justificadas	15H00– 16H00	Dr. Walter Párraga	Infocus, Computadora Videos	

Se entregó invitación a los Directores y personal de los Centros, Subcentros y Centro-Hospitales para confirmar su asistencia y participación en el evento.

LAMINA No. 9
INVITACIÓN AL TALLER

UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA
Seminario Taller

**SISTEMA DE REFERENCIA Y
CONTRARREFERENCIA DEL MINISTERIO DE
SALUD PÚBLICA**

DÍA: 17-21 de Julio del 2012
HORA: 09H00 a 15H00
LUGAR: Centro 24HD Hospital Dr. Aníbal González A. de
Calceta

Dr. Mario Cajas Otoyá
MAESTRANTE

Con el apoyo de los directores de las unidades de salud involucradas se consiguió un listado del personal de salud participantes a la capacitación.

2.2. Taller de normas de referencia y contrarreferencia.

El taller de Capacitación se ejecutó del 17-21 de Julio del 2012. Participó todo el Personal de cada uno de los centros, subcentros de salud y hospitales invitados, haciéndose énfasis en la aplicación normas del sistema de referencia y contrarreferencia de pacientes del Ministerio de Salud Pública, con el objetivo de ofrecer un instrumento práctico para la organización de este sistema y que los procedimientos definidos sean instituidos en todos los niveles de la red de servicios en Calceta y Tosagua, que es donde se opera conjuntamente.

Foto: Inauguración del Taller del Sistema de Referencia y Contrarreferencia



En el apéndice N° 8 se encuentran como evidencias:

- Fotografías de esta actividad

2.3. Taller con Médicos Rurales

El 19 de Julio del 2012 se dio inicio a la capacitación de Médicos Rurales aplicando el registro de la lista de asistencia de los Médicos Rurales. De acuerdo al cronograma de charla. Se observó la participación entusiasta de los asistentes.

Foto: Capacitación en subcentro de salud Bachillero



En el apéndice N° 8 se encuentran como evidencias:

- Fotografías de esta actividad

2.4. Taller con el Personal de Salud del Hospital.

Para el cumplimiento de esta actividad se realizó la capacitación al personal de salud del Hospital Dr. Aníbal González Álava de Calceta del 22-28 Julio del 2012 en el Auditorium de la Institución. Se contó con la presencia del Director Dr. Fernando Montes Ferrín quien realizó la presentación del evento.

Fotos: Capacitación al personal de salud del Hospital Dr. Aníbal González Álava



En el apéndice N° 8 se encuentran como evidencias:

- Fotografías de esta actividad

2.6. Evaluación de los participantes.

Para el cumplimiento de esta actividad en Julio 28 del 2012, una vez concluido el Taller se realizó la siguiente evaluación:

CUADRO No. 10

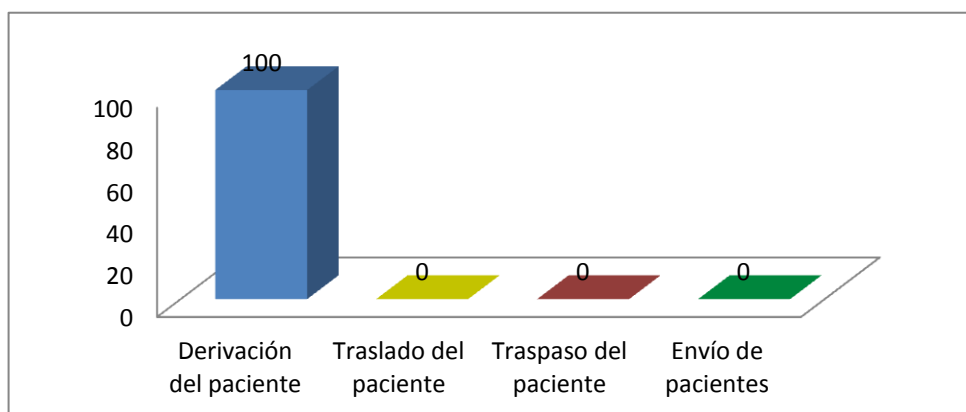
Se entiende la referencia como:

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Derivación del paciente	50	100
Traslado del paciente	0	0
Traspaso del paciente	0	0
Envío de pacientes	0	0
Total	50	100

FUENTE: Encuesta

ELABORADO POR: Dr. Mario Cajas Otoya

REPRESENTACIÓN GRÁFICA



Interpretación y Análisis

Se observa en el cuadro y gráfico que el personal de salud asistente a la capacitación opinó que la referencia se entiende como la derivación del paciente en un 100%.

CUADRO No. 11

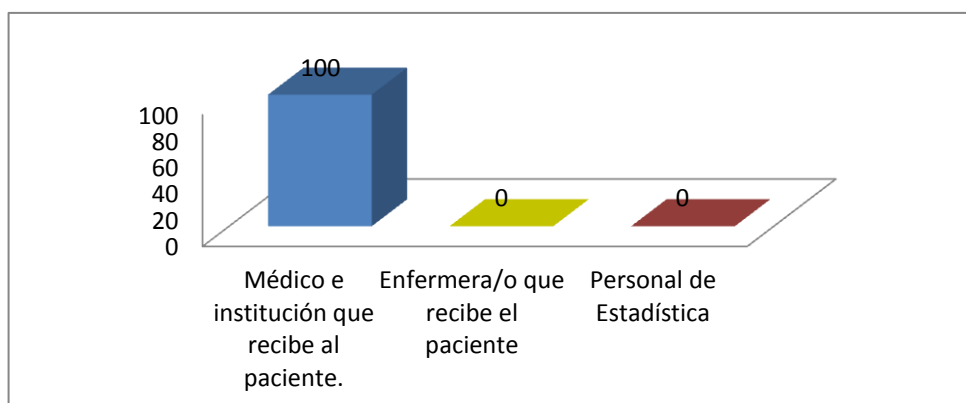
La responsabilidad de la atención mientras el paciente está en el lugar de derivación queda a cargo de:

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Médico e institución que recibe al paciente.	50	100
Enfermera/o que recibe el paciente	0	0
Personal de Estadística	0	0
Total	50	100

FUENTE: Encuesta

ELABORADO POR: Dr. Mario Cajas Otoya

REPRESENTACIÓN GRÁFICA



Interpretación y Análisis

Se observa en el cuadro y gráfico que el personal de salud asistente a la capacitación opinó que la responsabilidad de la atención mientras el paciente está en el lugar de derivación queda a cargo del Médico e institución que recibe al paciente en un 100%.

CUADRO No. 12

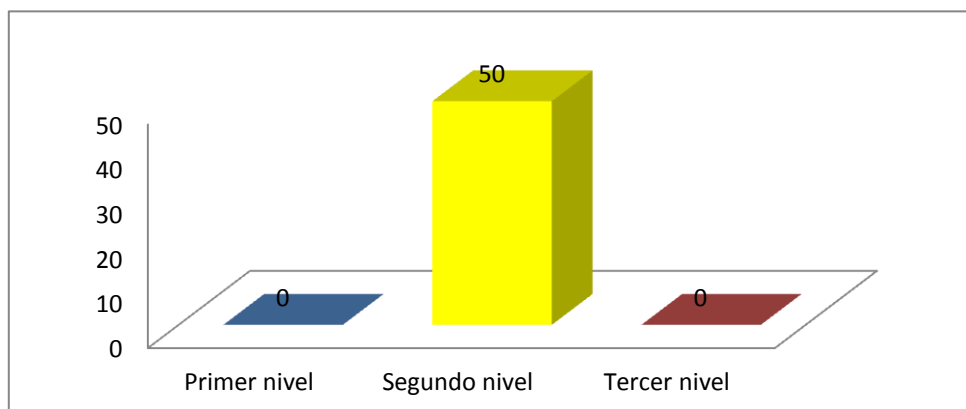
¿A qué nivel o tipo de atención corresponden los hospitales de primera referencia (local)?

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Primer nivel	0	0
Segundo nivel	50	50
Tercer nivel	0	0
Total	50	100

FUENTE: Encuesta

ELABORADO POR: Dr. Mario Cajas Otoya

REPRESENTACIÓN GRÁFICA



Interpretación y Análisis

Se observa en el cuadro y gráfico que el personal de salud asistente a la capacitación opinó que los hospitales de primera referencia (local) corresponden al segundo nivel de atención en un 100%.

CUADRO No. 13

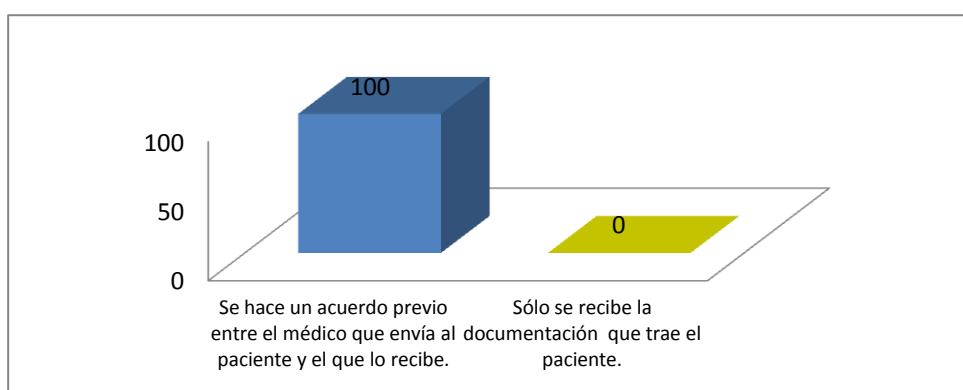
El primer nivel de atención requiere:

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Recurso humano de tipo profesional general, técnico y auxiliar.	50	100
Personal especializado	0	0
Tecnología de la más alta complejidad.	0	0
Total	50	100

FUENTE: Encuesta

ELABORADO POR: Dr. Mario Cajas Otoyá

REPRESENTACIÓN GRÁFICA



Interpretación y Análisis

Se observa en el cuadro y gráfico que el personal de salud asistente a la capacitación opinó que el primer nivel de atención requiere de recursos humanos de tipo profesional general, técnico y auxiliar en un 100%.

CUADRO No. 14

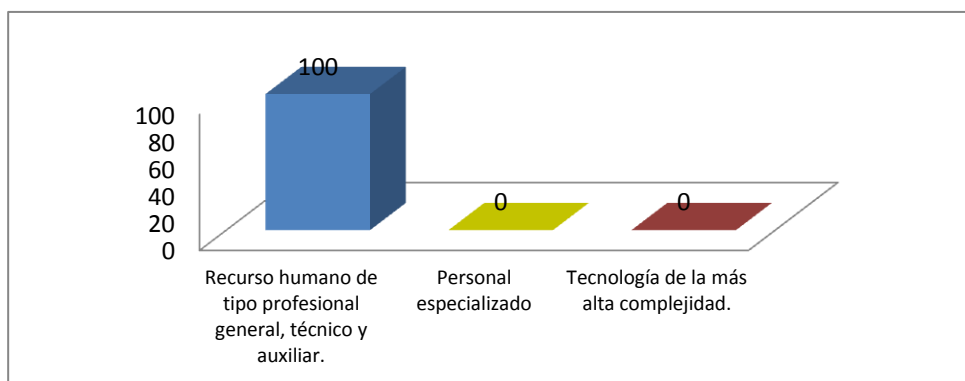
¿Cómo se realiza la comunicación con el lugar al cual se va a derivar al paciente?

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Se hace un acuerdo previo entre el médico que envía al paciente y el que lo recibe.	50	100
Sólo se recibe la documentación que trae el paciente.	0	0
Total	50	100

FUENTE: Encuesta

ELABORADO POR: Dr. Mario Cajas Otoyá

REPRESENTACIÓN GRÁFICA



Interpretación y Análisis

Se observa en el cuadro y gráfico que el personal de salud asistente a la capacitación opinó que la comunicación con el lugar al cual se va a derivar al paciente se hace en un acuerdo previo entre el médico que envía al paciente y el que lo recibe en un 100%.

CUADRO No. 15

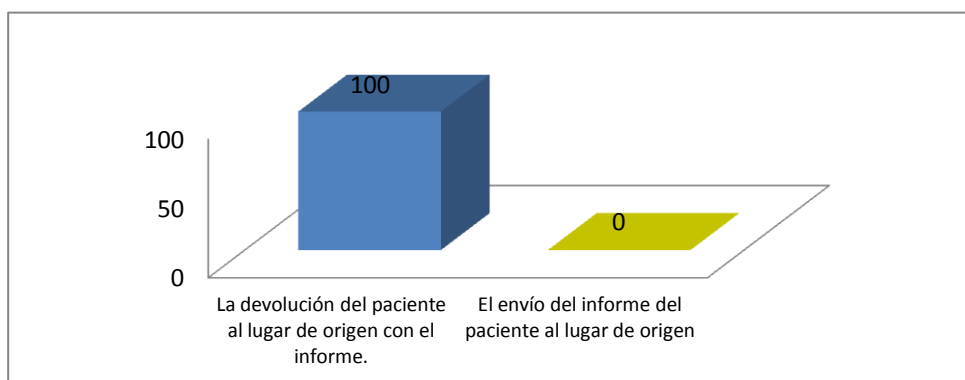
¿Qué se entiende por contrarreferencia?

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
La devolución del paciente al lugar de origen con el informe.	50	100
El envío del informe del paciente al lugar de origen	0	0
Total	50	100

FUENTE: Encuesta

ELABORADO POR: Dr. Mario Cajas Otoya

REPRESENTACIÓN GRÁFICA



Interpretación y Análisis

Se observa en el cuadro y gráfico que el personal de salud asistente a la capacitación opinó que la contrarreferencia es la devolución del paciente al lugar de origen con el informe en un 100%.

CUADRO No. 16

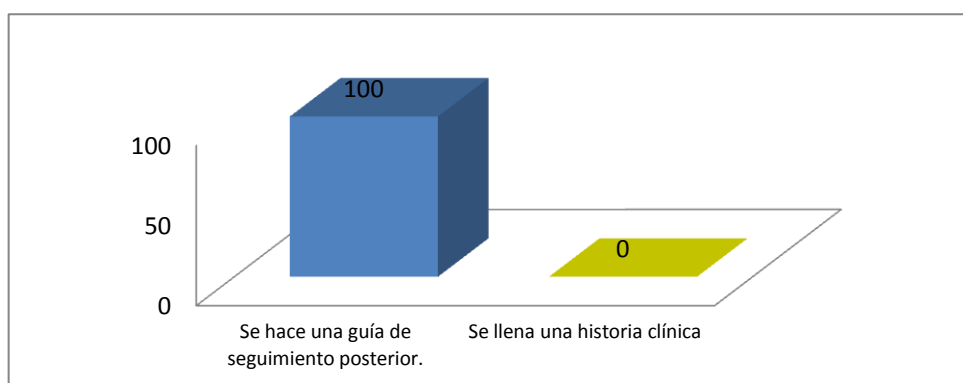
¿Cómo se elabora el informe de la contrarreferencia?

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Se hace una guía de seguimiento posterior.	50	100
Se llena una historia clínica	0	0
Total	50	100

FUENTE: Encuesta

ELABORADO POR: Dr. Mario Cajas Otoya

REPRESENTACIÓN GRÁFICA



Interpretación y Análisis

Se observa en el cuadro y gráfico que el personal de salud asistente a la capacitación opinó que en el informe de la contrarreferencia se elabora una guía de seguimiento posterior en un 100%.

RESULTADO N° 3

USUARIOS INFORMADOS SOBRE LA REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

3.1. Elaboración de un Plan de Capacitación

6 de Agosto del 2012 se elaboró el siguiente Plan de Capacitación.

1.- Introducción:

El Sistema de referencia y contrarreferencia, constituye el conjunto de normas, procesos e instrumentos, que garantizan a la población usuaria el acceso sin restricciones a los diferentes niveles de atención, en forma ordenada, oportuna, sucesiva y complementaria. Permite mantener una relación estrecha en los 3 niveles de atención coordinando y facilitando, el envío, recepción y devolución de los pacientes que ingresan por el primer nivel. El propósito de la capacitación es es la de que el personal de salud brinde atención en salud, en forma oportuna y con la mayor calidad, mejorando las prestaciones de los servicios de salud en beneficio de la población.

2.- Justificación:

La Referencia es el envío de pacientes o elementos de ayuda diagnóstica por parte de un prestador de servicios de salud, a otro prestador para atención o complementación diagnóstica que, de acuerdo con el nivel de resolución, dé respuesta a las necesidades de salud. La Contrarreferencia es la respuesta que el prestador de servicios de salud receptor de la referencia, da al prestador que remitió. La respuesta puede ser la contrarremisión del paciente con las debidas indicaciones a seguir o simplemente la información sobre la atención prestada al paciente en la institución receptora, o el resultado de las solicitudes de ayuda diagnóstica.

De esta forma, es de vital importancia iniciar programas de capacitación al usuario externo para que conozca como se ejecuta este sistema en toda la red de servicios de salud del Ministerio y pueda así acudir por atención para el mejoramiento de su salud y la de su familia.

3.- Objetivos

3.1. General:

- Capacitar al usuario externo de los Centros, Subcentros, Centros Hospitalares de Calceta y demás áreas de la red, sobre la aplicación del sistema de referencia y contrarreferencia a fin de que mejore la salud del mismo.

3.2. Específicos

- Actualizar al usuario externo sobre el funcionamiento de los tres niveles de prestación de servicios.
- Dar a conocer los servicios de la consulta externa del Hospital Dr. Aníbal González Álava.

Meta

Lograr que el 100% del usuario externo conozca sobre el sistema de referencia y contrarreferencia.

4. Delimitación de espacio y tiempo

4.1. Lugar:

Sala de Espera Hospital de Calceta.

4.2. Tiempo

Se realizará el día del 10 al 15 de Agosto del 2012

5. Recursos:

5.1. Humanos

Maestrante Universidad Técnica Particular de Loja

Usuarios Externo

Conferencista

5.2. Materiales

Pizarra

Marcadores

Rotafolios

5.3. Económicos

Financiado por el maestrante

6. Facilitadores:

Darío Saltos Intriago

Maestrante

7. Participantes:

Usuarios Externos

CUADRO No. 17

Cronograma de charlas educativas dirigida a los usuarios externos del Hospital "Dr. Aníbal González Álava" de Calceta



CONTENIDOS	FECHA	HORA	AUXILIAR DE ENSEÑANZA	CONFERENCISTA	EVALUACIÓN
Qué es Referencia	10 de agosto 2012	8H30 12H00	Folletos Afiche	Darío Saltos Intriago	Preguntas y respuestas
Qué es contrarreferencia	11 de agosto 2012	8H30 12H00	Diapositivas	Maestrante	
Cuándo es derivado un paciente?	12 de agosto 2012	8H30 12H00		Darío Saltos Intriago	
Quiénes reciben al paciente en el Hospital	13 de agosto 2012	8H30 12H00		Maestrante	
Ventajas y desventajas de la referencia y contrarreferencia	14 de agosto 2012	8H30 12H00		Darío Saltos Intriago	

Se diseñó el siguiente certificado de asistencia.

LÁMINA No. 10

CERTIFICADO DE ASISTENCIA

UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA
CENTRO DE SALUD HOSPITAL
“DR. ANÍBAL GONZÁLEZ ÁLAVA”

Confieren el presente Diploma

A:

En calidad de: **ASISTENTE**

Al curso de capacitación sobre el **SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA**
Realizado del 10 al 15 de Agosto del 2012

Portoviejo, 15 de Agosto del 2012

Dr. Fernando Montes Ferrín
DIRECTOR HOSPITAL “ANÍBAL GONZÁLEZ ÁLAVA DE CALCETA**Dr. Mario Cajas Otoya**
MAESTRANTE UTPL

3.2. Preparar material de apoyo para la capacitación

Para el cumplimiento de esta actividad el 8 de Agosto del 2012 se realizó un tríptico con información general de las normas del Sistema de Referencia y Contrarreferencia del Ministerio de Salud Pública.

LÁMINA No. 11

EL SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA EN EL ECUADOR

El MSP como autoridad sanitaria nacional y con el objetivo de conformar la Red Pública Integral de Salud y la Red Complementaria homologa la tipología de los establecimientos de salud por niveles de atención del Sistema Nacional de Salud, que rige para todo el sector salud del país.

El Acuerdo Ministerial No0.0159 establece que en todos los establecimientos de salud se aplicará la Estrategia de Atención Primaria de Salud acorde a las necesidades de la población. Establece también que el sector salud representado por el Ministerio de Salud Pública, promoverá la investigación científica, y su integración con la actividad asistencial y docente en todas las unidades de salud que conforman el Sistema Nacional de Salud, y orientará al abordaje de los problemas de salud prioritarios. El flujo del usuario se registrará estrictamente según la normativa del Sistema de Referencia y Contra referencia emitida por el Ministerio de Salud Pública.

NIVELES DE ATENCIÓN


Cuadro 1: Clasificación de los servicios de salud por nivel de atención y capacidad resolutoria:


Primer nivel de atención	Segundo nivel de atención	Tercer nivel de atención	Sistema nacional de atención de emergencia
--------------------------	---------------------------	--------------------------	--

Se complementa con:
Servicios de apoyo diagnóstico transversal a todos los niveles de atención

Elaborado por: Equipo SEPPS

PROPOSITO DE UN SRC: CREAR VALOR PÚBLICO





UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA
La Universidad Católica de Loja

SEMINARIO TALLER SOBRE NORMAS DEL SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA.

DÍA: 17-21 de Julio del 2012
HORA: 09H00 a 15H00
LUGAR: Centro 24HD Hospital Dr. Aníbal González A. de Calceta

ORGANIZADO POR:
DR. MARIO CAJAS OTOYA
MAESTRANTE DE LA UTPL

CALCETA
2012

REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA (SRC).
Es el conjunto de normas técnicas y administrativas que permiten prestar adecuadamente el servicio de salud, al usuario, según el NIVEL DE ATENCIÓN, EL GRADO DE COMPLEJIDAD Y LOS RECURSOS DISPONIBLES en los servicios de salud; con la debida oportunidad y eficacia en donde los Equipos Integrales de salud, facilitan el flujo de usuarios y la utilización de los recursos entre las entidades de salud.

NIVELES DE ATENCIÓN	NIVELES DE COMPLEJIDAD	NOMBRE
Primer nivel de atención	1º nivel	Puesto de salud
	2º nivel	Consultorio general
	3º nivel	Centro de salud rural
	4º nivel	Centro de salud urbano
	5º nivel	Centro de salud de 12 horas
	6º nivel	Centro de salud de 24 horas
Segundo nivel de atención	UM	Unidades móviles
	1º nivel	Consultorio de especialidad (es) clínico – quirúrgico médico u odontológico
	2º nivel	Centro de especialidad
	3º nivel	Centro clínico-quirúrgico ambulatorio (Hospital del Día)
Tercer nivel de atención	4º nivel	Hospital Básico
	UM	Unidades móviles
	1º nivel	Centros especializados
	2º nivel	Hospital especializado
	3º nivel	Hospital de especialidades

Elaborado por Equipo SGS

Los establecimientos descritos podrán contar con el apoyo de unidades móviles de medicina general, de especialidades y odontología, que prestarán servicios programados e itinerantes; su misión es extender la cobertura de atención a comunidades distantes y en lugares donde no existan servicios de salud.

CATEGORÍA DE APOYO DIAGNÓSTICO: LABORATORIO

ESTABLECIMIENTO	CARACTERÍSTICA	CATEGORÍA DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD
Laboratorio	Laboratorio general	L-1
	Laboratorio clínico de especialidades de mediana complejidad	L-2
	Laboratorio de alta complejidad	L-3

Elaborado por: Equipo SGS

CATEGORÍA DE APOYO DIAGNÓSTICO: IMAGEN

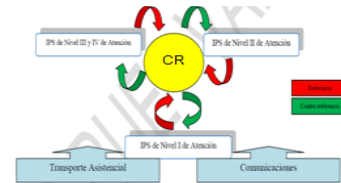
ESTABLECIMIENTO	CARACTERÍSTICA	CATEGORÍA DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD
Imagen	Establecimiento de imágenes básico	I-1
	Establecimiento de imagen con intervencionismo diagnóstico especializado	I-2
	Laboratorio de alta complejidad	I-3

Elaborado por: Equipo SGS

CATEGORÍAS DE APOYO DIAGNÓSTICO: LABORATORIO FISIOLÓGICO-DINÁMICO

ESTABLECIMIENTO	CARACTERÍSTICA	CATEGORÍA DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD
Laboratorio Fisiológico – Dinámico	Cardiovasculares	F-1
	Musculo esqueléticos	F-2
	Neurofisiológico	F-3
	Metabólico	F-4

Elaborado por: Comisión Nacional de la Red Pública Integral de Salud, 2011



La Red Pública Integral de Salud está conformada por: el Ministerio de Salud Pública (MSP), Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) y Seguro Social Campesino, Fuerzas Armadas y Policía Nacional como lo dispone el artículo 36059 de la Constitución, a esta red debe articularse las Unidades de Atención de la Dirección de Rehabilitación Social.

En el apéndice N° 5 se encuentran como evidencias:

- Afiche para esta actividad.

3.3. Ejecución de la capacitación

Para el cumplimiento de esta actividad del 10 al 15 de Agosto del 2012 se llevó a cabo la capacitación a los usuarios del Centro de Salud Hospital de Calceta y unidades de salud involucradas en el proceso de referencia y contrarreferencia. Se contó con la participación de los conferencistas y de los usuarios que acudieron a este evento en donde ampliaron sus conocimientos respecto a la referencia y contrarreferencia.

Fotos: Capacitación a los usuarios externos tanto en el Hospital como en las unidades de salud

Hospital de Calceta



Subcentro de Bachillero



Subcentro San Miguel



Subcentro Inés Moreno



Centro 24 HD Tosagua



En el apéndice N° 8 se encuentran como evidencias:

- Fotografías de esta actividad

3.4. Evaluación de los participantes.

El 15 de Agosto del 2012, una vez terminada la capacitación, se aplicó un formulario de encuesta a los participantes, los cuales respondieron de la siguiente manera:

CUADRO No. 18

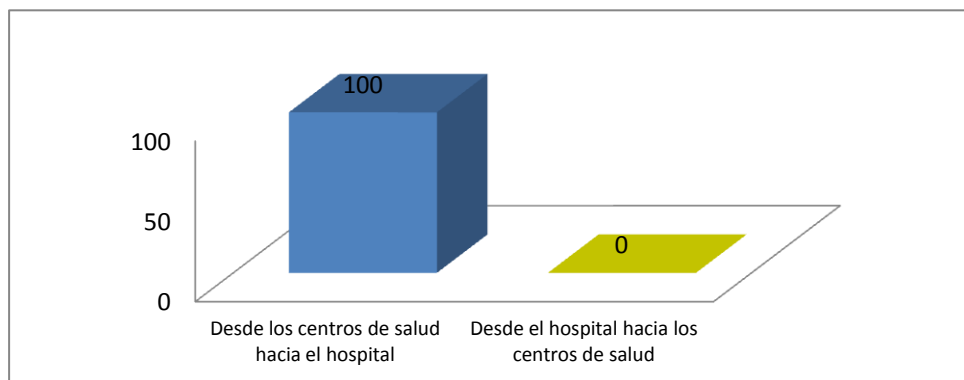
La referencia se realiza:

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Desde los centros de salud hacia el hospital	48	96
Desde el hospital hacia los centros de salud	2	4
Total	50	100

FUENTE: Encuesta

ELABORADO POR: Dr. Mario Cajas Otoya

REPRESENTACIÓN GRÁFICA



Interpretación y Análisis

Se observa en el cuadro y gráfico que los usuarios que acudieron a la capacitación del Hospital de Calceta opinaron que la referencia se realiza desde los centros de salud hacia el hospital en un 96%, mientras que el 4% opinó de se hace desde el hospital hacia los centros de salud.

CUADRO No. 19

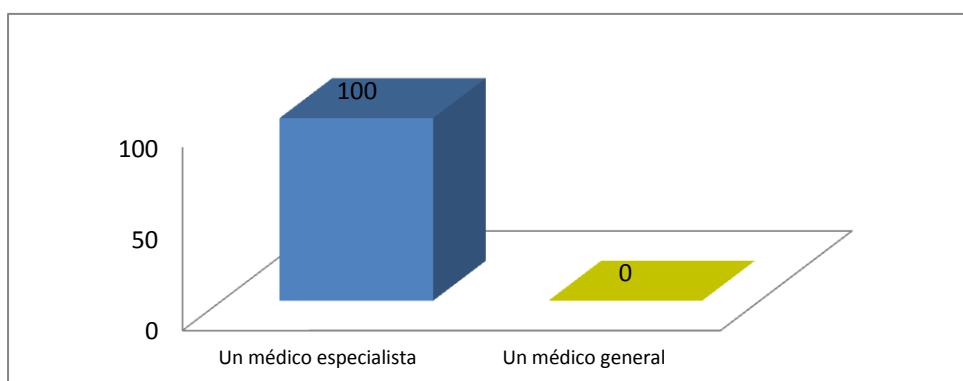
En la referencia el paciente es atendido por:

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Un médico especialista	50	100
Un médico general	0	0
Total	50	100

FUENTE: Encuesta

ELABORADO POR: Dr. Mario Cajas Otoya

REPRESENTACIÓN GRÁFICA



Interpretación y Análisis

Se observa en el cuadro y gráfico que los usuarios que acudieron a la capacitación del Centro de Salud Hospital de Calceta opinaron que en la contrarreferencia el paciente es atendido por un especialista en un 100%.

CUADRO No. 20

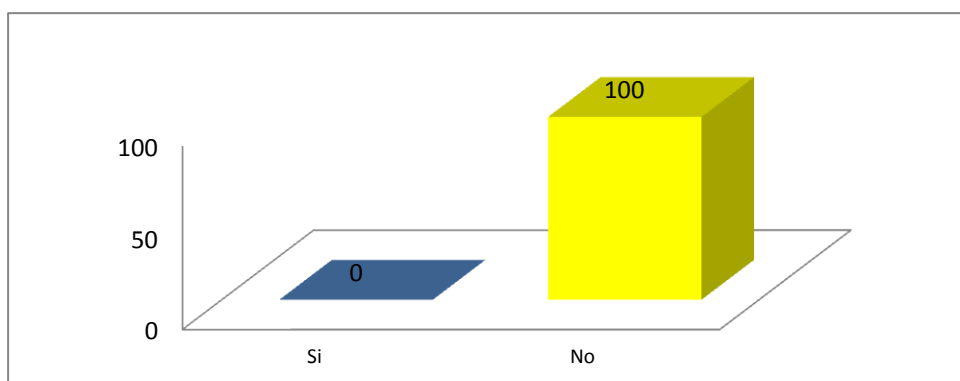
Un paciente se puede autorreferir (hacerlo él mismo) a la consulta externa?:

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	0	0
No	50	100
Total	50	100

FUENTE: Encuesta

ELABORADO POR: Dr. Mario Cajas Otoya

REPRESENTACIÓN GRÁFICA



Interpretación y Análisis

Se observa en el cuadro y gráfico que los usuarios que acudieron a la capacitación del Centro de Salud Hospital 24 HD de Calceta opinaron que un paciente no se puede autorreferir a la consulta externa en un 100%.

CUADRO No. 21

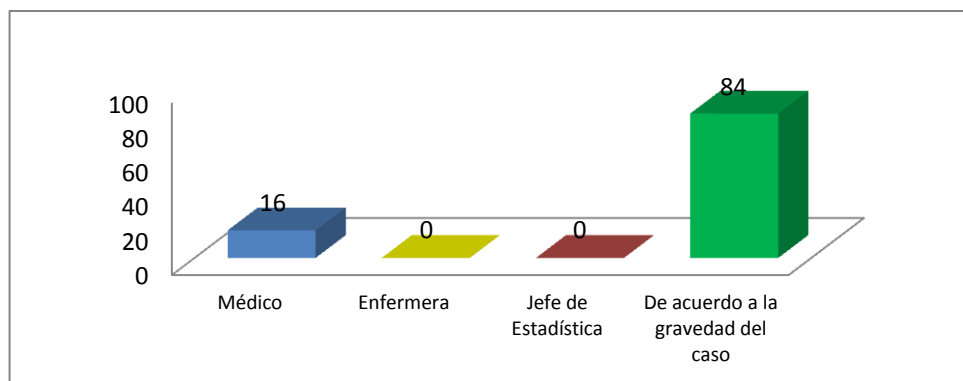
Cuando se realiza un traslado de un paciente de una unidad de salud a otra, el paciente debe ir acompañado por:

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Médico	8	16
Enfermera	0	0
Jefe de Estadística	0	0
De acuerdo a la gravedad del caso	42	84
Total	50	100

FUENTE: Encuesta

ELABORADO POR: Dr. Mario Cajas Otoya

REPRESENTACIÓN GRÁFICA



Interpretación y Análisis

Se observa en el cuadro y gráfico que los usuarios que acudieron a la capacitación del Hospital de Calceta opinaron que cuando se traslada al paciente de una unidad de salud a otra, debe ir acompañado por un Médico en un 8% y de acuerdo a la gravedad del caso en un 84%

CUADRO No. 22

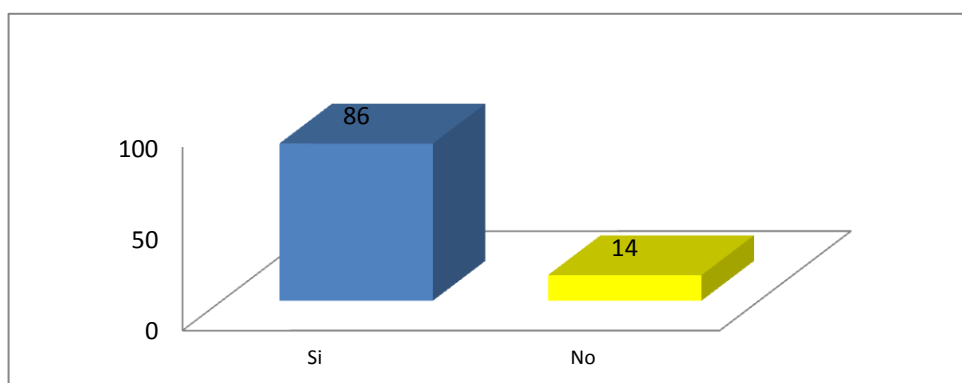
¿Está de acuerdo con la aplicación de este sistema de referencia y contrarreferencia?

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	43	86
No	7	14
Total	50	100

FUENTE: Encuesta

ELABORADO POR: Dr. Mario Cajas Otoya

REPRESENTACIÓN GRÁFICA



Interpretación y Análisis

Se observa en el cuadro y gráfico que los usuarios que acudieron a la capacitación del Hospital de Calceta están de acuerdo con la aplicación de este sistema de referencia y contrarreferencia en un 86%, mientras que el 14% no está de acuerdo.

EVALUACIÓN DE LOS INDICADORES DE LOS RESULTADOS

RESULTADO 1: PLAN DE MEJORAMIENTO DE LA REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA IMPLEMENTADO.

INDICADOR: Hasta 01-11-2012 se implementa el Plan en 4 actividades con el equipo de salud.

Este plan tuvo como componentes: aspectos conceptuales de la referencia y contrarreferencia, objetivos, principios generales de la distribución de las áreas entre el Primer Nivel y el Nivel de Referencia Hospitalaria, el modelo para la toma de decisiones, organización del subsistema, posibles disfunciones en el subsistema y monitoreo y evaluación del Subsistema de Referencia.

NIVEL DE CUMPLIMIENTO: 100%

Para el cumplimiento de este Plan, se firmó un Acta de Compromiso con el Director, se conformó el Comité de Referencia y Contrarreferencia y se realizó la respectiva socialización del Plan. Como resultado de la aplicación durante los meses de agosto

a octubre se evidenció una organización en la derivación de pacientes que fueron debidamente referidos, atendidos y contrarreferidos, los cuales están recibiendo su tratamiento en las unidades de salud a las que asistieron por atención. También se contó con la participación y asesoramiento del Departamento de Referencia y Contrarreferencia del Hospital.

RESULTADO 2: PERSONAL DE SALUD ACTUALIZADO EN EL SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA.

INDICADOR: Hasta 28-07-2012 se capacita al personal de salud en el sistema de referencia y contrarreferencia.

NIVEL DE CUMPLIMIENTO: 100%

- Para el cumplimiento de este indicador se realizó una planificación de los aspectos operativos de la capacitación, se ejecutó un taller de normas de referencia y contrarreferencia, un taller para médicos rurales y un taller para el personal de salud del Centro 24 B Hospital de Calceta con la respectiva evaluación a los participantes.

RESULTADO 3: USUARIOS INFORMADOS SOBRE LA REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA.

INDICADOR: Hasta 15-08-2012 se organiza a los usuarios del Hospital y las unidades de salud para que asistan a la capacitación.

NIVEL DE CUMPLIMIENTO: 100%

- Para el cumplimiento de este indicador elaboró un plan de capacitación, se preparó material de apoyo como tríptico y afiche y se ejecutó la capacitación con la participación de los usuarios, concluyendo con la respectiva evaluación sobre los temas desarrollados en el taller.

EVALUACIÓN DE INDICADOR DE PROPÓSITO

PROPÓSITO: Manejo de referencia y contrarreferencia del Hospital Dr. Aníbal González Álava mejorada.

INDICADOR

Al concluir el proyecto el Hospital mejora la calidad de atención a los usuarios.

NIVEL DE CUMPLIMIENTO: 100%

- Con la participación activa y propositiva del equipo de salud y el personal de toda la red de unidades de salud involucradas en la referencia y contrarreferencia, se logró la coordinación y comunicación necesaria para poner en marcha el Plan. Esto sin duda permite evidenciar que los usuarios están recibiendo una mejor calidad de atención en salud.

EVALUACIÓN DE INDICADOR DE FIN

FIN: Contribuir a mejorar la calidad de atención en el Hospital Dr. Aníbal González Álava.

NIVEL DE CUMPLIMIENTO: 100%

- Por ser un objetivo de largo plazo, con la aplicación del Plan de mejoramiento de la referencia y contrarreferencia se está contribuyendo a mejorar la calidad de atención de los pacientes en el Hospital.

10. CONCLUSIONES

A través de este sistema, el Hospital Dr. Aníbal que dispone de una capacidad resolutive puede “referir” a un paciente, a otro servicio que tiene una mayor capacidad resolutive, para realizar un procedimiento diagnóstico, tratamiento médico quirúrgico o una interconsulta. Tras ser atendido, este servicio realiza una contra referencia, que implica hacer la derivación del paciente en sentido contrario, con la finalidad de garantizar el seguimiento del paciente.

El Hospital Dr. Aníbal González Álava mejoró la gestión de calidad mediante la implementación de un Plan de mejoramiento de la referencia y contrarreferencia de pacientes, para favorecer el flujo adecuado de información entre el hospital y los Centros y Subcentros de Salud. En la actualidad, se ha mejorado la productividad y elevado la calidad de los servicios de salud quienes tienen a su cargo el seguimiento del tratamiento de los pacientes integrando de esta manera la red de servicios de salud, garantizando la continuidad en la atención, el uso eficiente de los recursos, la aplicación del enfoque del derecho humano en salud y un servicio comprometido.

Se implementó un Plan de mejoramiento de la referencia y contrarreferencia. Este plan tuvo como componentes: aspectos conceptuales de la referencia y contrarreferencia, objetivos, principios generales de la distribución de las áreas entre el Primer Nivel y el Nivel de Referencia Hospitalaria, el modelo para la toma de decisiones, organización del subsistema, posibles disfunciones en el subsistema y monitoreo y evaluación del Subsistema de Referencia. Para su aplicación se firmó un Acta de Compromiso con el Director, se conformó el Comité de Referencia y Contrarreferencia y se realizó la respectiva socialización del Plan. Como resultado de la aplicación durante los meses de agosto a octubre se evidenció una buena organización en la atención de los pacientes que fueron debidamente referidos, atendidos y contrarreferidos, los cuales están recibiendo su tratamiento en las unidades de salud a las que asistieron por atención, constatando una mejor organización. También se contó con la participación y asesoramiento del Departamento de Referencia y Contrarreferencia del Hospital.

Se actualizó al personal de salud en el sistema de referencia y contrarreferencia realizando una planificación de los aspectos operativos de la capacitación, se ejecutó un taller de normas de referencia y contrarreferencia, un taller para médicos rurales y un taller para el personal de salud del hospital de Calceta con la respectiva evaluación a los participantes, que contribuyó a lograr una mejor organización y coordinación para ejecutar el sistema.

Se informó a los usuarios sobre la referencia y contrarreferencia, elaborando un plan de capacitación, se preparó material de apoyo como tríptico y afiche y se ejecutó la capacitación con la participación de los usuarios, concluyendo con la respectiva evaluación sobre los temas desarrollados en el taller, lo cual fue de vital importancia para el funcionamiento del plan, ya que los usuarios debidamente informados utilizaron la vía correcta para la atención de su salud.

11. RECOMENDACIONES

- Se recomienda al Hospital Dr. Aníbal González Álava seguir mejorando la gestión de calidad a través del Plan de mejoramiento de la referencia y contrarreferencia de pacientes que fue implementado en este proyecto, para que el flujo adecuado de información y coordinación entre el hospital y los Centros y Subcentros de Salud logrado, no desfallezca y siga mejorando su aplicación.
- Que se continúe con el empleo de normas para favorecer el flujo adecuado de usuarios entre el hospital y los Centros y Subcentros de Salud realizando una coordinación entre las áreas internas (médicos, enfermería) referencias bien fundamentadas, suficientes contrarreferencias, información y orientación eficiente para el paciente y seguimiento oportuno y suficiente de los casos, así como de oportunidades perdidas con la recuperación de información cuando vuelve el paciente a la unidad, con el fin de disminuir problemas de organización entre niveles de atención.
- Que se siga capacitando al personal de salud en el sistema de referencia y contrarreferencia para que refieran justificadamente a los pacientes.
- Que se informe de manera continua a los usuarios sobre la buena utilización de la referencia y contrarreferencia, ya que una vez y debidamente informados utilicen la vía correcta para la atención de su salud y se disminuyan las complicaciones.

12. BIBLIOGRAFÍA

- Constitución Política del Ecuador Art. 360.
- Detalles categoría: renovando el ministerio publicado el 11 octubre 2012 escrito por David Aguilar visitas: 170 file:///C:/Users/win%207/Desktop/dr.%20cajas%20m.%20teorico/131-que-es-el-sistema-de-referencia-y-contrareferencia.htm
- El Telégrafo, MSP fortalecerá los centros de salud. Recuperado XI-12-2012. Disponible en: http://www.eltelegrafo.com.ec/index.php?option=com_zoo&task=item&item_id=30510&Itemid=2
- La Gaceta Recuperado: XI-16-2011. Disponible en: http://www.lagaceta.com.ec/site/html/pagina.php?sc_id=13&c_id=70&pg_id=79050
- Manual de contratación de prestación de servicios de salud. Junio 2011. Recuperado: X-10-2012. Disponible en: http://www.acocib.org/pdf/MANUAL_CONTRATACION.pdf.
- Manual operativo sistema de referencia y contra referencia de urgencias para la red pública de prestación de servicios de salud. Red Pública de Prestación de Servicios de Salud. Gobernación del Valle del Cauca secretaria departamental de salud. Santiago de Cali Febrero de 2010” Recuperado: X-12-2012. Disponible en: www.valledelcauca.gov.co/salud/descargar.php?id=5240.
- Manual operativo sistema de referencia y contra referencia de urgencias para la red pública de prestación de servicios de salud. Gobernación del Valle del Cauca secretaria departamental de salud. Santiago de Cali Febrero de 2010” Recuperado: X-12-2012. Disponible en: www.valledelcauca.gov.co/salud/descargar.php?id=5240
- Ministerio de Salud Pública. Comisión Nacional de la Red Pública Integral de Salud. (2011). Niveles de atención, niveles de complejidad, categoría y nombres de los establecimientos de salud. Ecuador.
- Ministerio de Salud y Previsión social, unidades de redes y tecnología. (2003) Bolivia. www.sns.gov.bo.

- MINSAP. Sistema de referencia y contrarreferencia. Carpeta Metodológica de la Atención Primaria de Salud 2001.
- MSP Ecuador: Subsecretaría Nacional de Gobernanza de la Salud Pública. Dirección Nacional de Articulación del SNS y Red. Modelo de Atención Integral de Salud Familiar Comunitario e intercultural.
- MSP Ecuador: Subsecretaría Nacional de Gobernanza de la Salud Pública. Dirección Nacional de Articulación del SNS y Red. Modelo de Atención Integral de Salud Familiar Comunitario e intercultural.
- MSP, Manual de Organización de las Áreas de Salud, subsecretaria de extensión de la protección social en salud
- MSP, Manual para le Referencia y Contrarreferencia de pacientes.(2002) Registro Oficial. 25 de abril del 2002.
- OMS – ginebra
- OPS/OMS, 2002.
- OPS/OMS. Redes integradas de servicios de salud basadas en la atención primaria de salud; 49.o consejo directivo 61.a sesión del comité regional. Washington DC. 2009.- Documento Técnico Red Pública Integral de Salud.)
- Organización Mundial de la Salud." Informe sobre la salud en el mundo 2003, Forjemos el Futuro". Año 2003.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) 2007 La equidad en la mira: la salud pública en Ecuador durante las últimas décadas Quito: OPS/MSP/CONASA.
- Salud S.d. (2007) Programa Nacional de Salud. México, D.F.: 1ra. Edición.
- Salud, D.G. (2000). Lineamientos para la Referencia y Contrarreferencia. México. D.F.
- Salud, S. d. (2006). Manual de Organización. México, D.F.
- Salud, S. D. (2007-2012) Programa Nacional de Salud. México. D.F.: 1ª.
- Salud, S.d. (200). Manual de Procedimientos para la Referencia y Contrarreferencia de Pacientes. México, D.F.
- Sansó F. Batista R. Hacia una mayor capacidad resolutive de nuestro nivel primario de atención. Editorial Rev Cubana Med Gen Integr. 2001; 17 (3);213-5.
- Silva Aciénega María Luisa, B.C. (2006). Validez y confiabilidad del estudio socioeconómico. México, D.F.: serie Salud Pública y Trabajo Social.

- Sistema de Referencia y Contrarreferencia. Recuperado: XI-16-2011. Disponible en: <http://es.scribd.com/doc/59515982/Referencia-y-Contrarreferencia>.
- Solís, M. A. Programa Uni-Merida, una experiencia en la atención primaria a la salud. Merida, Yucatán: Universidad Autónoma de Yucatán.
- Subcentro de Salud Calceta. Diagnóstico 2011.
- Subcentro de Salud Calceta. POA 2011.

13. APÉNDICES

Apéndice 1. Certificado Institucional



HOSPITAL DR. ANIBAL GONZALEZ ALAVA

CERTIFICACION

Yo, Mauricio Fernando Montes Ferrin, Director del Hospital Dr. Aníbal González Álava-Cantón Bolívar, Certifico que el Obstetra Mario Álvaro Cajas Otoyá, con CI:0909259129 realizo en esta unidad de salud, la tesis titulada "PLAN DE MEJORAMIENTO DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA. AÑO 2012". La misma que se cumplió de acuerdo a lo establecido en el cronograma de trabajo.

Agradecemos el trabajo realizado por el Obstetra Mario Álvaro Cajas Otoyá, en beneficio de los habitantes del Cantón Bolívar y reconocemos el trabajo que viene desarrollando la Universidad Técnica Particular de Loja en el Cantón Portoviejo y sus comunidades rurales, al solucionar problemas que aquejan a sus habitantes.

El Obstetra Mario Cajas, puede hacer uso de este documento como estime conveniente.

Calceta, 28 de noviembre del 2012.

Atentamente,

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Fernando Montes Ferrin", is written over the printed name and title.

**Dr. Fernando Montes Ferrin.
DIRECTOR DE DISTRITO DE SALUD Nº 6.**



Firma de la Carta de Compromiso para Implementar el Proyecto.



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA

La Universidad Católica de Loja

MAESTRÍA EN GERENCIA INTEGRAL DE SALUD PARA EL DESARROLLO LOCAL

ACTA DE COMPROMISO

CLÁUSULA PRIMERA.- INTERVINIENTES.- Intervienen en la celebración de la presente Acta de Compromiso, por una parte la Dra. MERCEDES POVEDA ROSALES, Directora del CS Hospital "Aníbal González Álava" de Calceta y el Egresado de la Maestría de Gerencia en Salud para el Desarrollo Local de la Universidad Técnica Particular de Loja DR. MARIO CAJAS OTOYA.

CLÁUSULA SEGUNDA.- ANTECEDENTES.- El egresado de la Universidad Técnica Particular de Loja, realiza esta acta de compromiso con la finalidad de que se pueda brindar atención integral a los usuarios mediante acciones de referencia y contrarreferencia de pacientes y usuarios, con la aplicación de normas para mejorar la cobertura y calidad de la atención en salud sobre todo en el sector rural del cantón Calceta.

CLÁUSULA TERCERA: OBJETO.- El objeto de la presente acta de compromiso es fomentar y promover la salud individual y colectiva.

CLÁUSULA CUARTA: PLAZO.- El plazo de la presente acta de compromiso es de dos años calendario, el mismo que puede ser ampliado sin otro requisito que no sea la firme voluntad de las partes de continuar con la vigencia del convenio por dos años o más.

Para constancia firman las partes involucradas en este proyecto como aceptación del mismo al 8 de Julio del 2012.

Dra. Mercedes Poveda Rosales
**DIRECTORA CS HOSPITAL DR. ANÍBAL
GONZÁLEZ ÁLAVA**



Dr. Mario Cajas Otoy
**MAESTRANTE UNIVERSIDAD TÉCNICA
PARTICULAR DE LOJA**

Oficios solicitud de aprobación del proyecto.



Universidad Técnica
Particular de Loja

UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA
La Universidad Católica de Loja
ESCUELA DE MEDICINA
MAESTRIA EN GERENCIA INTEGRAL DE SALUD PARA
EL DESARROLLO SOCIAL

JULIO 19 del 2012

DRA. MERCEDES POVEDA
DIRECTOR DEL CS HOSPITAL "ANIBAL GONZALES ALAVA" DE
CALCETA
Presente

De mis consideraciones:

Como maestría de la Carrera de Gerencia en Salud, de la Universidad Técnica Particular de Loja, por medio el, presente solicito a usted se me permita realizar mi Tesis titulada: **"PLAN DE MEJORAMIENTO DE GESTION DE CALIDAD DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA EN EL CS. HOSPITAL DR. ANIBAL GONZALES ALAVA. PERIODO 2012"**.

De antemano solicito y agradezco el apoyo que se me brinde para la realización del mismo, ya que son múltiples las actividades que emprenderé dentro de esta entidad para beneficio y de la comunidad.

Por la atención que se preste a mi pedido, le reitero mis sentimientos de consideraciones y estima.

De usted muy atentamente,


MARIO CAJAS OTOYA
MAESTRANTE

19/07/2012
15:40
Lic. Carol. Fcoz

Apéndice 2: Registro de avance del proyecto.

Título del Proyecto: “Plan de mejoramiento de gestión de calidad de referencia y contrarreferencia en el Centro de Salud Hospital Dr. Aníbal González Álava de Calceta. Año 2012”

Actividades	Fecha fijada para ejecución	Observaciones
RESULTADO 1		
Plan de mejoramiento de la referencia y contrarreferencia implementado.		
1.2. Entrevista con el Director del hospital Dr. Aníbal González Álava de Calceta para solicitar autorización.	2 de Julio del 2012	Actividad cumplida en la fecha prevista
1.6. Entrega de mejoramiento de la referencia y contrarreferencia al Director. 1.7. Firma de Acta de Compromiso	8 de Julio del 2012	Actividad cumplida en la fecha prevista
1.8. Conformación del Comité de Referencia y Contrarreferencia	10 de Julio del 2012	Actividad cumplida en la fecha prevista
1.9. Socialización del Plan al equipo de salud.	11-12-13 de Julio del 2012	Actividad cumplida en la fecha prevista
1.10. Aplicación del Plan para la referencia y contrarreferencia de pacientes	1 de Agosto hasta 1 Nov. del 2012	Actividad cumplida en la fecha prevista
RESULTADO 2		
Personal de salud actualizado en el sistema de referencia y contrarreferencia.		
2.1. Planificación de los aspectos operativos de la capacitación.	Julio 15 del 2012	Actividad cumplida en la fecha prevista

2.2. Taller de normas de referencia y contrarreferencia.	Julio 17 del 2012	Actividad cumplida en la fecha prevista
2.3. Taller con Médicos Rurales	Julio 19 del 2012	Actividad cumplida en la fecha prevista
2.4. Taller con el Personal de Salud del Centro de Salud Hospital.	Julio 22-28 del 2012	Actividad cumplida en la fecha prevista
2.6. Evaluación de los participantes.	Julio 28 del 2012	Actividad cumplida en la fecha prevista
RESULTADO 3.		
Usuarios informados sobre la referencia y contrarreferencia		
3.1. Elaboración de un Plan de Capacitación	6 de Agosto del 2012	Actividad cumplida en la fecha prevista
3.2. Preparar material de apoyo para la capacitación 3.2.1. Tríptico 3.2.2. Afiches	8 de Agosto del 2012	Actividad cumplida en la fecha prevista
3.3. Ejecución de la capacitación	10-15 de Agosto del 2012	Actividad cumplida en la fecha prevista
3.4. Evaluación de los participantes.	15 de Agosto del 2012	Actividad cumplida en la fecha prevista

Donoso Palomeque, Myrian Susana Mg.Sc.

Directora



Ministerio de Salud Pública

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR

**MANUAL PARA LA REFERENCIA Y
CONTRARREFERENCIA DE PACIENTES Y USUARIOS.**

RESPONSABLE:

DR. MARIO ÁLVARO CAJAS OTOYA

2012

AUTORIDADES DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

Dr. Teófilo Lama Pico

MINISTRO DE SALUD PÚBLICA

Dr. Hugo Jurado Salazar

SECRETARIO GENERAL DE SALUD

Dr. Jorge Rubio Cedeño

SUBSECRETARIO DE MEDICINA TROPICAL

Dra. Marcia Brito Montero

DIRECTOR GENERAL DE SALUD (E)

Dr. Patricio Ampudia Romero

DIRECTOR NACIONAL DE ÁREAS DE SALUD

PROYECTO MODERSA

Dr. Rodrigo Aguayo Cadena

COORDINADOR GENERAL DE PROYECTO MODERSA (E)

Ing. Rene Tamayo Silva

DIRECTOR ADMINISTRATIVO FINANCIERO

Dr. José Litardo Bartola

RESPONSABLE SISTEMAS DESCENTRALIZADOS.

No. 0000071

EL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

CONSIDERANDO

Que el Art. 42 de la Constitución Política de la República dispone que el Estado garantizará el derecho a la salud, su promoción y protección;

Que el Código de la Salud en su Art. 96, establece la obligación del Estado de fomentar y promover la salud individual y colectiva;

Que el artículo 63 del Código de la Salud, señala que la autoridad de salud dictará las normas, ejecutará las acciones, ordenará las prácticas y el empleo de medios que defiendan la salud de los individuos o de la comunidad, de los factores personales y ecológicos, o de los efectos de los agentes animados que lo pagan en peligro;

Que el Proyecto MODERSA a través de la Dirección de Áreas de Salud, ha formulado un proyecto de las Normas para la Referencia y Contrarreferencia de Pacientes, para lo cual ha contado con la colaboración de personal técnico del Ministerio de Salud Pública, que actualizan las disposiciones para esos procesos médicos.

Que es indispensable en la ejecución de toda actividad de materia de salud, contar con el seguimiento y apoyo técnico para mejorar la cobertura y calidad de la atención en salud, sobre todo en el sector rural;

En ejercicio de las atribuciones concedidas por el Art. 176 de la Constitución Política de la República y el artículo 16 del Estatuto Jurídico Administrativo de la Función Ejecutiva.

ACUERDA:

Art. 1.- Aprobar y publicar el nuevo Manual para la Referencia y Contrarreferencia de Pacientes, corregido por la Dirección de Áreas de Salud del MSP con el apoyo del Proyecto MODERSA.

Art. 2.- De la ejecución del presente acuerdo que entrará en vigencia a partir de la fecha de su suscripción, sin perjuicio de su publicación en el Registro Oficial, encárguese a la Dirección General de Salud a través de sus dependencias respectivas.

DADO EN LA CIUDAD DE QUITO EL 10 DE MARZO DEL 2004

Dr. Teófilo Lama Pico

MINISTRO DE SALUD PÚBLICA

INTRODUCCIÓN

Este manual comprende los métodos y servicios de planificación de la sistematización adecuada para desarrollar los elementos conceptuales, las propuestas y los instrumentos a aplicar. Los progresos han sido poco significativos, sin embargo las experiencias locales presentadas, nos han permitido incorporar elementos claves de éxito, sumando para el efecto aspectos importantes como la información básica para la historia clínica en base de sistema nacional y la definición de indicadores en razón a estándares.

El sistema de referencia y contrarreferencia debe estar sustentado en el conocimiento técnico científico y el conocimiento pleno de la capacidad resolutoria local, que permita cumplir los objetivos y metas de un Plan Estratégico Local, apoyada por una gestión direccionada a satisfacer los problemas de salud.

En el manual se expone la importancia del sistema de referencia, los niveles de atención, el nivel administrativo y los aspectos conceptuales. El objetivo es implementar el sistema a fin de garantizar la atención de salud en los servicios de todos los niveles, con criterios de calidad, eficacia, eficiencia y oportunidad.

El establecer normas, procedimientos y responsabilidades en una responsabilidad del Ministerio de Salud que por medio de su rol rectos pretende operativizar en este manual la adecuada presentación de los servicios de salud. La distribución de Áreas entre los niveles de referencia en razón de sus funciones son principios que claramente se detallan para reconquistar la confianza de los usuarios.

El modelo para la toma de decisiones mediante un algoritmo y la organización del sistema es uno de los puntos importantes del manual que en articulación con el monitoreo y la evaluación permitir dar una información completa para la toma de decisiones, la documentación que debe generarse tanto de la referencia como de la contrarreferencia será de gran importancia para continuar mejorando la atención de nuestra población que tanto lo requiere.

El Consenso técnico sobre los criterios expuestos por los funcionarios de los distintos niveles avalan este manual, no se puede dejar de escuchar y conocer las experiencias de los técnicos de nuestro país, la que incorporada a las experiencias internacionales nos dan una autenticidad, sentido de pertenencia y capacidad.

1.- ANTECEDENTES

Ningún sistema de salud local basado en el concepto de Atención Primaria de Salud puede funcionar eficientemente ni ser eficaz, sin el apoyo de un hospital y de un adecuado sistema de envío de casos (referencia-contrarreferencia) que requieran atención (de mayor complejidad) de la que puedan recibir en las unidades de tipo ambulatorio; concomitantemente los hospitales deberán, en lo posible, evitar el brindar atención que pueda ser otorgada en los niveles inferiores, especialmente a la población que proviene de sectores externos a su jurisdicción; de esta manera no sobrecargan su capacidad y podrán brindar apoyo adecuado a los pacientes referidos de los otros niveles (1).

El sistema de servicios de salud adoptado por el Ministerio de Salud Pública se fundamenta en la aplicación de la estrategia de Atención Primaria y la organización de redes de servicios compuestas por unidades operativas del primer nivel, que brindan atención específica y de carácter ambulatorio; así como por unidades del segundo nivel que dan prestaciones complementarias y atención hospitalaria, estas redes corresponden a circunscripciones geográfico-poblacionales y que en la mayoría de los casos son correspondientes a las estructuras cantonales al interior de cada una de las provincias.

Su objetivo fundamental es lograr la satisfacción de las necesidades y la solución o el control de los problemas más imperativos y trascendentales a cargo (2). El área de salud está implementada para resolver los problemas de salud más frecuentes y aún más graves, que requieren atención con tecnología de baja complejidad, la cual se brinda de manera integrada a través de los subcentros y centros de salud (atención específica) y de los hospitales cantonales (atención complementaria).

"Los Hospitales Provinciales Generales que corresponden al segundo nivel, están implementados para resolver problemas de salud referidos por los servicios las áreas de salud o consultados espontáneamente y requieren tecnología de mediana complejidad..."

"Los Hospitales Nacionales Especializados y de Especialidades que corresponden al tercer nivel, están implementados para resolver problemas de salud que requieren tecnología de alta complejidad..." (3).

Finalmente tenemos servicios de salud de diferente tipología y con diverso grado de complejidad, que pertenecen a otras entidades públicas o Instituciones, y que en determinadas circunstancias pueden recibir pacientes a través de la referencia.

2.- PORQUE UN SISTEMA DE REFERENCIA?

Cualquier red de servicios de salud debe constar por lo menos de dos niveles: el de atención específica y básica o primer nivel con puestos, subcentros y/o centros de salud del MSP y servicios de otros proveedores; y el de atención complementaria o segundo nivel con el hospital de área (sea cantonal o provincial) y excepcionalmente el Centro de Salud, cuando la capacidad resolutive lo justifica. Esta situación se gráfica en el cuadro No. 1 de la página siguiente. En las áreas de salud sin hospital (generalmente urbanas), la cabecera suele ser un Centro de Salud, la referencia puede hacerse hacia ese establecimiento, pero con más frecuencia debe referirse al hospital de más alto nivel de la provincia, provincial o de especialidades.

En la declaración de Alma Ata, se enuncia en el artículo VII: "La Atención Primaria de Salud debe estar asistida por sistemas de envío de casos integrados, funcionales y que se apoyan mutuamente a fin de llegar al mejoramiento progresivo de la asistencia sanitaria completa para todos".

En la literatura médica se señala claramente que los sistemas de salud con dos niveles y por ende con un sistema de referencia funcional, muestran una clara ventaja sobre aquellos que tienen un primer nivel poco desarrollado o que no ejerce la función de filtro.

Los países cuyos sistemas de salud han logrado un buen desarrollo de la atención primaria, consiguen buenos niveles de salud, satisfacción de los usuarios y menores costos generales de los servicios de salud.

Como los especialistas utilizan más exámenes e intervenciones complementarias y como todos éstos tienen riesgos iatrogénicos y aumentan los costos, la interposición del primer nivel permite reducir tanto las intervenciones innecesarias, como los sucesos indeseados y los altos costos.

Recordemos que en el país se están desarrollando modalidades de venta de servicios de la institución y de otros proveedores, además se han introducido

elementos de apoyo para la gestión institucional como los consejos cantonales de salud, los comités de modernización hospitalaria, en el marco del proceso de reforma del sector salud, y que se constituyen en aspectos que obligan, como nunca antes, a mejorar la regulación de procesos y normalizarlos como parte del perfeccionamiento del Sistema de Salud.

Es en este contexto que la Dirección General de Salud del MSP promueve la implementación y desarrollo del Sistema de Referencia Contra Referencia (RC) coima el instrumento para la articulación entre los niveles de atención, que conlleven a una atención oportuna del paciente referido y que asegure la continuidad en el tratamiento y rehabilitación del mismo.

3.- ASPECTOS CONCEPTUALES DE LA REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

3.1.- DEFINICIÓN

Referencia.- Es el proceso estructurado de envío de un paciente (con información por escrito) de un nivel del sistema de salud a otro superior en tecnicidad y competencia. El nivel superior puede ser el inmediato superior o no. Existe otra terminología que se la utiliza como homónimos de la referencia y que pueden causar confusión, por lo que los describimos a continuación:

Contrarreferencia.- Es el proceso inverso, es decir la devolución del paciente del nivel superior al inferior que lo envió, con la debida información.

Epicrisis.- Hoja de resumen clínico donde se especifican: diagnósticos, procedimientos y conducta terapéutica a seguir una vez que el paciente es dado de alta de un servicio de salud hospitalario, este formulario es parte de la historia clínica.

Interconsulta.- Es la solicitud de la opinión de otro profesional dentro del mismo establecimiento, por ejemplo cuando el cirujano antes de una operación pide interconsulta con el cardiólogo, no es una referencia y en este caso se utilizará el formulario de interconsulta de la historia clínica.

Autorreferencia.- Cuando un paciente consulta a un nivel superior, sin referencia desde el nivel inferior.

Referencia Inversa.- Cuando el nivel superior envía a un paciente a un nivel inferior, con la debida información, sin que este paciente haya pasado primero por el nivel inferior. Generalmente se da después de una autorreferencia y sirve para corregir el funcionamiento del sistema de salud; se debe usar el formulario de RC señalando en la primera que no ha sido referido y enfatizando con mayúsculas.

Transferencia.- Se considera al transporte físico de un paciente de un establecimiento a otro, es decir es el acto de trasladar al paciente de una unidad a otra de mayor complejidad.

En este numeral debemos considerar además, lo que significa:

Unidad Receptora.- Es la unidad que recibe pacientes que le son enviados de las diferentes UO's de la red de servicios.

Unidad Referente.- Es la unidad que envía pacientes que le fueron referidos, a las diferentes unidades del sistema.

4.- OBJETIVOS

4.1.- Objetivo General:

Garantizar la atención de salud en los servicios de todos los niveles, con calidad, eficacia, eficiencia y oportunidad, optimizando la red de servicios.

4.2.- Objetivos Específicos:

4.2.1.- Establecer normas y procedimientos para la organización, control y articulación entre las unidades de los tres niveles de prestación de servicios.

4.2.2.- Definir responsabilidades al personal de salud según los diferentes niveles de servicios de salud.

5.- PRINCIPIOS GENERALES DE LA DISTRIBUCIÓN DE LAS TAREAS ENTRE EL PRIMER NIVEL Y EL NIVEL DE REFERENCIA HOSPITALARIA

5.1.- Lo que no se hace en el primer nivel debe ser hecho en el hospital de referencia y viceversa; deben evitarse las superposiciones y las situaciones de competencia, que perjudican la eficacia del primer nivel y la eficiencia del hospital.

5.2.- El hospital cumple la función de apoyo técnico a la responsabilidad total e indelegable de atención que el primer nivel tiene sobre las personas de su área de influencia.

El primer nivel debe proveer una atención continua, global, e integrada, con enfoque familiar y comunitario; es el lugar de síntesis de la atención. El hospital en lo posible no debería ofrecer servicios de consulta externa de primer nivel, porque es una estructura demasiado grande para que el equipo médico y la comunidad lleguen a conocerse, lo cual dificulta desde un principio la prestación de unos cuidados globales, integrales y continuos; no sería correcto por ejemplo que desde el hospital se hagan visitas domiciliarias a los pacientes que no cumplen con sus consultas subsecuentes; si se presenta una alta proporción de casos primarios en la consulta externa del hospital, esto resulta en una subutilización del equipo médico altamente especializado y refleja un funcionamiento deficiente de las unidades de la red.

5.3.- Debe aprovecharse el sistema de referencia /contrarreferencia como un contacto continuo y directo entre médicos generalistas y especialistas, donde ambos pueden aprender organizando reuniones para discutir la pertinencia de las referencias y las funciones específicas de cada nivel.

5.4. - Para estimular el correcto uso del sistema por niveles lo primordial e indispensable es el mejoramiento de la calidad técnica y humana del personal de los servicios de primer nivel, es evidente que en la situación actual no podemos prohibir a los pacientes que se auto refieran a la consulta externa del segundo nivel. Pero la meta tiene que ser ésta;

'El primer y segundo niveles deben fortalecerse para mejorar su calidad y reconquistar la confianza perdida de los usuarios.'

6.- MODELO PARA LA TOMA DE DECISIONES

El proceso de decisión en cuanto a la referencia se puede presentar en un algoritmo de la siguiente forma.

7.- ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA

7.1.- Difusión de la Información básica:

Las jefaturas de área deben elaborar y distribuir a sus unidades de salud un folleto informativo (actualizado periódicamente) sobre el o los hospitales de referencia, con el siguiente contenido:

- Nombre y dirección del hospital lo más explicativo posible.
- Flujograma del paciente referido,
- Nombres del Director, jefes de: consulta externa, enfermería y estadística.
- Consulta externa: horarios de atención y especialidades.
- Hospitalización: detallar complejidad de los servicios.
- Laboratorio: tipos de exámenes y horarios.
- Otros servicios: rayos X, ecosonografía, etc, describir en detalle su complejidad y horarios.

7.2.- Normas y procedimientos para la referencia:

- Las unidades que refieran pacientes ya sea para la realización de exámenes especializados, consultas, tratamientos complementarios u hospitalización, deberán llenar el formulario de REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA (ver el formulario e instructivo de llenado) en el que se consignarán los servicios requeridos y los datos sobre el paciente que orienten la intervención de los especialistas del hospital.
- El personal de las unidades que refieren pacientes instruirá adecuadamente a éstos sobre las condiciones en que deberán acudir (ayunas, portando muestras, etc.) y los procedimientos a los que probablemente serán sometidos; también indicarán si deben retirar personalmente los resultados o retornar en fecha determinada a la unidad de origen (según la modalidad que se haya establecido para estos casos entre la unidad referente y el servicio referido).
- Las referencias serán solicitadas por médicos o en su ausencia y en condiciones de emergencia, por otro personal de salud.
- En casos de referencia de emergencias, el equipo de salud de la UO que refiere deberá tratar sin pérdida de tiempo al paciente que llega con problemas agudos, traumatismos, parto en curso u otras urgencias médicas; la UO se responsabilizará del traslado del paciente y éste será acompañado por un personal de enfermería o médico de acuerdo a la gravedad del caso,

recordemos que: el riesgo del traslado no puede sobrepasar los riesgos de tratamiento en el nivel de origen, por lo tanto deben ser enviados en las mejores condiciones posibles según la capacidad de la UO y tomando en cuenta los siguientes criterios para referir las emergencias:

- a) Que se encuentren críticamente enfermos.
 - b) Que el caso sea recuperable.
 - c) Que no pueda ser tratado en la UO.
- Los agentes comunitarios de salud, normalmente envían a los pacientes a la unidad ambulatoria más cercana, pero pueden darse casos excepcionales donde se obliguen a enviar a un hospital; el especialista debe atender al paciente de la mejor manera e informará a través de la contrarreferencia posteriormente a la unidad operativa a cuya jurisdicción pertenece el paciente. No olvidemos que la conexión de los recursos comunitarios con el personal de salud constituyen el nexo de Ingreso al sistema de salud, por lo tanto deberá también adiestrarseles en los mecanismos de Referencia y Contrarreferencia.
 - Previo al traslado del paciente y en función de las posibilidades de cada UO, se deberá establecer comunicación con la Unidad receptora, para garantizar la atención inmediata del paciente.
 - Todo paciente referido que fallezca en el traslado, debe regresar a la unidad de origen.

7.3.- Normas y procedimientos para la contrarreferencia:

- Todo usuario o paciente que vaya a recibir consulta médica, de especialidad, tratamientos complementarios y hospitalización, esta unidad debe abrir una historia clínica en la unidad receptora, en caso de que dicho usuario o paciente no tenga dicho documento.
- Una vez proporcionado el servicio, la unidad receptora efectuar la contrarreferencia, es decir remitir al paciente a la unidad de origen, llenando la sección de contrarreferencia del FORMULARIO DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA Form. 006-A antes aludido, en el que consignar los datos pertenecientes que orienten la conducta a seguirse en dicha unidad; así mismo llenar la sección final que permitir evaluar la necesidad y la oportunidad de la referencia.

- Pueden darse situaciones especiales, como por ejemplo referencia y contrarreferencia interinstitucionales (de una unidad del Ministerio de Salud a un hospital del IESS y viceversa) en estos casos debe procederse como, lo estipulan los convenios entre estas instituciones, tratando siempre de brindar el servicio solicitado y evitar molestias para el paciente.
- El equipo de la unidad operativa que refirió, deber tomar en consideración y llevar a la práctica las indicaciones y recomendaciones que se indican en la contrarreferencia, para la resolución del problema de salud del paciente.
- En caso que el paciente sea dado de alta en la unidad hospitalaria a la que fue referido y requiere seguimiento en otra unidad del sistema, se debe notificar a la unidad operativa que refirió el traslado del usuario o paciente.

7.4.- Preparación del Sistema de Referencia Contrarreferencia:

- La Dirección Provincial, la UCA y Hospitales deben capacitar y difundir las normas de Referencia/Contrarreferencia al personal de todos los niveles de la red de servicios, es la fase inicial para que todos tengan la oportunidad no solo de conocer las normas y procedimientos, sino que tengan la oportunidad no solo de conocer las normas y procedimientos, sino que tengan también la oportunidad de exponer sus inquietudes que permitan a través de consensos dar todos los ajustes necesarios para garantizar que el sistema tenga éxito en su implementación.
- Definir claramente los servicios de la red y sus niveles, no podemos olvidar la especificidad y complementariedad entre los servicios de la red, lo que conlleva a respetar la capacidad resolutive de los servicios por niveles descritos en el "Manual de Organización y Funcionamiento de las Áreas de Salud, en su Anexo No. 1" en la red se deben incluir las unidades operativas de otros proveedores de servicios, sean éstos públicos o privados.
- Designar claramente los responsables del sistema Referencia/Contrarreferencia en el nivel de área como también del hospital; en el caso del Área será un funcionario de la UCA (el coordinador?) y en el hospital serán el Jefe de la consulta externa, la enfermera de ese servicio y el estadístico.

- La Dirección Provincial, la UCA y Hospitales deben definir mecanismos de seguimiento y evaluación, lo que permitir una retroalimentación constante y entre niveles.

8.- POSIBLES DISFUNCIONES EN EL SISTEMA

Revisando experiencias y bibliografía, se ha observado una serie de disfunciones en el sistema de referencia:

8.1.- La autorreferencia, es decir el paciente que consulta inmediatamente en el hospital de referencia, fenómeno muy notable en el Ecuador, a diferencia de muchos países "desarrollados" donde ningún paciente puede auto referirse, ya que tiene que pasar en forma obligatoria por el generalista del primer nivel.

8.2.- La subutilización, puede producirse cuando el profesional del nivel que refiere desconoce los servicios que presta la unidad de mayor complejidad, o el incumplimiento cuando los pacientes no cumplen con las referencias, sea por problemas de distancia, costos, o falta de confianza en el segundo nivel.

8.3.- Falta de transmisión de la Información, es común escuchar a los especialistas quejándose de la poca información que les dan los profesionales del primer nivel y viceversa.

8.4.- Sobre utilización, Cuando el profesional hace referencias frecuentes e innecesarias.

9. MONITOREO Y EVALUACIÓN DEL SISTEMA DE REFERENCIA

Para entender los indicadores que siguen, primero veamos las cuatro categorías de referencias entre los pacientes que consultan en el primer nivel:

9.1. Pacientes que fueron referidos y su referencia no justifica (verdadero +).

9.2. Pacientes referidos pero que no había necesidad de hacerlo (falso +).

9.3. Pacientes que no fueron referidos pero se debió hacerlo (falso -).

9.4. Pacientes que no fueron referidos y se justificó este hecho (falso +).

Está claro que las categorías 8.3 y 8.4 son difíciles de encontrar, ya que no llegan al nivel superior referido. Hace falta una auditoria médica para tener idea de la magnitud de estas dos categorías.

Ahora presentamos cuatro indicadores que miden el funcionamiento del sistema de referencia:

9.5. Tasa de referencia realizada al hospital: es la relación entre las primeras consultas de morbilidad del primer nivel y el total de las primeras consultad más las consultas subconscientes de morbilidad multiplicado por 100.

$$1. \text{ Tasa de Referencia} = \frac{\text{Total de Referencias Solicitadas}}{\text{Total de Consultas (1eras y subsecuentes) de Morbilidad}} \times 100$$

Un valor aceptable internacionalmente es alrededor de un 5%, en sistemas de salud donde no hay auto referencia.

9.6. Tasa de referencias cumplidas: es la relación ente el total de referencias cumplidas por los usuarios o pacientes, dividido para el total de referencias solicitadas por profesionales, multiplicado por 100.

$$2. \text{ Tasa de Referencia} = \frac{\text{Total de Referencias Cumplidas}}{\text{Total de Referencias Solicitadas}} \times 100$$

Se estima que un valor aceptable sería un 70% de cumplimiento, teniendo en cuenta que hay fuga de pacientes hacia otros proveedores (Se considera referencia cumplida la que se realiza dentro de las 48 horas de la solicitud de la referencia, excepción hecha en la consulta de especialidad que se realiza en días específicos).

9.7. Tasa de Contrarreferencias: es la relación entre el total de contrarreferencias, dividido para el total de referencias solicitadas multiplicado por 100.

$$3. \text{ Tasa de Referencia} = \frac{\text{Total de Contrarreferencias}}{\text{Total de Referencias Solicitadas}} \times 100$$

En base a la escasa experiencia nacional, consideramos llegar a un 90% en la implementación inicial.

9.8. Tasa de referencias justificadas (o pertinentes); es la relación entre el total de referencias cumplidas, dividido para el total de contrarreferencias, multiplicado por 100:

$$4. \text{ Tasa de Referencia} = \frac{\text{Total de Referencias Cumplidas}}{\text{Total de Contrarreferencias}} \times 100$$

El estándar ideal es menos al 10% de las referencias injustificadas.

Para poder medir los indicadores propuestos, debe existir un registro de referencia/contrarreferencia a nivel del subcentros y de los hospitales.

El cálculo del primero indicador propuesto es importante analizarlo por cada Subcentros y se debe realizar comparaciones entre subcentros para comparar las referencias que realizan los profesionales para comparar. Quienes refieren mucho, pueden tener referencias innecesarias; en cambio los que refieren muy poco corren el riesgo de tener falsos negativos, pacientes que deberían haber sido referidos pero que en la realidad no lo fueron, (demora por culpa del profesional).

Por otro lado, sería interesante buscar formas de motivar a los médicos especialistas del sector privado para que realicen contrarreferencias de pacientes que les llegan de subcentros, y a los médicos del hospital para que realicen contrarreferencias de los pacientes referidos por profesionales de otros proveedores de servicios de salud.

ANEXO No. 1

ORGÁNICO – FUNCIONAL DEL SUBSISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

ORGÁNICO – FUNCIONAL

1.- ROL ADMINISTRATIVO

Determina el rol y grado de responsabilidad de los funcionarios, de conformidad al nivel en el que se hallen involucrados, así nivel central, provincial y local (Áreas de Salud).

OBJETIVOS GENERALES.

1. Determinar responsables y asignar funciones a los involucrados en cada uno de los niveles administrativos jerárquicos (central, provincial y local)
2. Capacitación por parte del personal de los niveles jerárquicamente a los inferiores.
3. Implementar el subsistema entre el primero y segundo niveles: y. del hospital de segundo nivel a uno de mayor complejidad.
4. Supervisar los procesos de implementación a nivel provincial, hospitalario y local.
5. Realizar el monitoreo y evaluación periódicos por parte de los niveles central, provincial, hospitalario y local con la determinación de indicadores para cada uno de los niveles jerárquicos.

1.1 NIVEL CENTRAL:

La Dirección Nacional de Áreas de Salud nominara el equipo técnico DE ACOMPAÑAMIENTO, cuyos funciones específicas son las siguientes:

- Capacitación del personal del nivel provincial, responsables del proceso.
- Implementación del subsistema de referencia y contrarreferencia a nivel nacional.
- Monitoreo y evaluación periódicos del proceso en las provincias. Supervisión a nivel provincial sobre el proceso. Tendrá la capacidad legal de solicitar a la División Nacional de Estadística del MSP reformas en la Historia Clínica Única para implementar nuevos formularios, incorporando y/o modificando los formularios e indicadores actuales, implementar nuevos formularios del

subsistema de referencia y contrarreferencia que para el efecto sean necesarios, incorporando y/o modificando los formularios e indicadores actuales.

- Es el responsable a nivel nacional de que en el lapso de un año calendario el subsistema de referencia y contrarreferencia se encuentre en pleno funcionamiento, para lo cual elaborara un cronograma detallado que tendrá prioridad sobre cualquier otra disposición emanada de los órganos centrales del M.S.P. En el caso de que existen REDES PLURALES o SISTEMAS DESCENTRALIZADOS DE SALUD en uso de las facultades que el MSP tiene como organismo RECTOR de la salud en la República del Ecuador, dispondrá que el componente de referencia y contrarreferencia del subsistema de información del sistema nacional de salud sea incorporado dentro de la Historia Clínica con todos los formularios e indicadores diseñados para el efecto.

1.2.- A NIVEL PROVINCIAL:

Bajo la responsabilidad del Director Provincial de Salud se constituirán los EQUIPOS DE SUPERVISIÓN PROVINCIAL, tanto para nivel hospitalario como de Áreas, que en el caso específico del subsistema de referencia y contrarreferencia tendrán las siguientes funciones:

- Capacitación del personal de nivel de la unidad de conducción de las Áreas de Salud y hospitalarios, responsables del proceso.
- Implementación del subsistema de referencia y contrarreferencia a nivel provincial.
- Monitoreo y evaluación del proceso a nivel de las Áreas de salud y hospitalario
- Supervisión a nivel de las Áreas de Salud y hospitales sobre, el proceso.
- Tendrá la capacidad de sugerir al Equipo de Acompañamiento del nivel nacional reformas en la implementación del subsistema de referencia y contrarreferencia que para el efecto sean necesarios, incorporando y/o modificando los formularios e indicadores actuales.
- Los equipos de supervisión son los responsables de que en el lapso de 9 meses luego de recibida la capacitación por el nivel central del MSP, en su respectiva Provincia se encuentre funcionando el subsistema de referencia y contrarreferencia.

El rol general de acompañamiento de los equipos supervisores lo constituyen el ámbito geográfico de la Provincia y el rol específico esta circunscrito a las Áreas de Salud (UCA). Hospitales provinciales (cuando no son parte del Área de Salud), Redes Plurales y Sistemas Descentralizados de Salud en sus niveles de gerencia.

1.3. A NIVEL LOCAL:

Bajo la responsabilidad del Jefe de Área se **constituirá LOS EQUIPOS DE SUPERVISIÓN LOCAL**, los que estarán integrados por el coordinador y el estadístico del Área que en el caso específico del componente de referencia y contrarreferencia tendrán las siguientes funciones:

- Capacitación del personal del nivel de la unidad operativa y hospitalaria.
- Implementación del subsistema de referencia y contrarreferencia a nivel local.
- Monitoreo y evaluación del proceso a nivel de las Áreas de Salud y hospitalario.
- Supervisión a nivel de las Áreas de Salud y hospitales sobre el proceso y en ciertas circunstancias que lo amerite a nivel de unidades operativas de primero nivel.
- Tendrá la capacidad de sugerir al Equipo de Acompañamiento del nivel provincial reformas en la implementación del subsistema de referencia y contrarreferencia que para el efecto sean necesarios incorporando y/o modificando los formularios e indicadores actuales.
- Los equipos de supervisión son los responsables de que en el lapso de 9 meses luego de recibida la capacitación por el nivel central del MSP, en su respectiva Provincial se encuentre funcionando el subsistema de referencia y contrarreferencia.
- El monitoreo, evaluación y coordinación entre el hospital y el Área será de absoluta responsabilidad del coordinador y el estadístico del Área, en los casos de que el hospital no esté incluido administrativamente dentro del Área.

Los equipos de supervisión son los responsables de que en el lapso de 8 meses luego de recibida la capacitación por el nivel central del MSP, en su respectiva Área de Salud se encuentre funcionando el componente de referencia y contrarreferencia.

El rol general de acompañamiento de los equipos supervisores lo constituyen el ámbito geográfico del Área de Salud y el rol específico está circunscrito a las Unidades Operativas (hospitales, CS, SCS, PS), Redes Plurales y Sistemas Descentralizados de Salud en sus niveles operativos.

DEL FUNCIONAMIENTO

NIVEL LOCAL

En las Áreas de Salud el Jefe de Área implementara en el Hospitales de Referencia un **BUZÓN DE CONTRARREFERENCIAS** en el cual se depositara todas las **CONTRARREFERENCIAS** contestadas por los especialistas hospitalarios y que corresponden a aquellas referencias enviadas desde las unidades operativas de primer nivel hacia los servicios de: Consulta externa. Hospitalización o Emergencia.

Los usuarios o pacientes que acuden con una referencia desde las unidades operativas de primer nivel hacia los servicios hospitalarios de: Consulta Externa, Emergencia u Hospitalización tendrán **PRIORIDAD** para recibir la atención médica. En el caso de que la referencia se haga para consulta externa, deberá ser atendido por estadística y enviado al consultorio correspondiente. Luego de ser atendido por el médico tratante consultado, este deberá llenar la contrarreferencia y depositarlo en el buzón de **CONTRARREFERENCIAS** que para el efecto se lo implementara.

En el caso de que la referencia indique necesidad de hospitalización, el usuario o paciente debe ser **OBLIGATORIAMENTE** internado hasta que sea valorado por un médico tratante, quien podrá ordenar el alta del usuario o paciente con la correspondiente contrarreferencia.

En caso de que un usuario o paciente enviado con referencia desde unidad de primer nivel hacia los servicios de emergencia o consulta externa haya sido hospitalizado, la contrarreferencia debe ser depositada en el buzón de **CONTRARREFERENCIAS** una vez que el usuarios o paciente sea dado de alta.

RESPONSABLES DE MANEJO DE INFORMACIÓN EN EL CASO DE QUE EL HOSPITAL DE REFERENCIA NO FORME PARTE DEL ÁREA:

EN EL HOSPITAL DE REFERENCIA el estadístico del Área es el responsable, siendo dicho funcionario quien tendrá las siguientes responsabilidades.

- Que los usuarios o pacientes referidos reciban atención medica **CON PRIORIDAD** por parte de los especialistas hospitalarios.
- Que **TODO USUARIO O PACIENTE REFERIDO** a los diferentes servicios del hospital tenga la respectiva contrarreferencia.

- Que la copia de la contrarreferencia sea depositada en el **BUZÓN DE CONTRARREFERENCIAS**.
- **EN LAS ÁREAS DE SALUD** es el Coordinador del Área, el funcionario que tendrá las siguientes responsabilidades:
- Retirar del **BUZÓN DE CONTRARREFERENCIAS** los formularios de contrarreferencia. Monitorear, evaluar y retroalimentar el componente de referencia y contrarreferencia.
- Enviar los formularios de contrarreferencia a las unidades operativas de las cuales provienen las referencias.

EN EL CASO QUE EL HOSPITAL DE REFERENCIA FORME PARTE DEL ÁREA.

- En este caso los responsables directos del subsistema son el estadístico y el coordinador del Área.

El coordinador del área, tendrá las siguientes responsabilidades:

- Retirar el **BUZÓN DE CONTRARREFERENCIAS** los formularios de contrarreferencia.
- Monitorear, evaluar y retroalimentar el componente de referencia y contrarreferencia.
- Enviar los formularios de contrarreferencia a las unidades operativas de las cuales provienen las referencias.
- Que los usuarios o pacientes referidos reciban atención medica **CON PRIORIDAD** por parte de los especialistas hospitalarios.
- Que **TODO USUARIO O PACIENTE REFERIDO** a los diferentes servicios del hospital tenga la respectiva contrarreferencia.
- Que la copia de la contrarreferencia sea depositada en el **BUZÓN DE CONTRARREFERENCIAS**.

REFERENCIAS DEL SEGUNDO AL TERCER NIVEL HOSPITALARIO DE COMPLEJIDAD.

El responsable es el estadístico, funcionario que tendrá las siguientes responsabilidades:

- Retirar el **BUZÓN DE CONTRARREFERENCIA** los formularios de contrarreferencia.
- Monitorear, evaluar y retroalimentar el componente de referencia y contrarreferencia.

- Depositar en el BUZÓN DE CONTRARREFERENCIAS del hospital del segundo nivel los formularios de contrarreferencia de aquellos pacientes que hayan sido dados de alta por el hospital de tercer nivel y enviados a sus domicilios, de acuerdo a la unidad operativa de la que provienen.

HOSPITALES DE TERCER NIVEL:

En los hospitales de tercer nivel el Director ordenara que se implementó un BUZÓN DE CONTRARREFERENCIAS el mismo que servirá para que todos los formularios de contrarreferencia que hayan sido llenados por los especialistas y que corresponden a aquellas referencias enviadas desde los hospitales de segundo nivel hacia los servicios de: Consulta Externa, Emergencia u Hospitalización sean depositados en su interior. Los pacientes que acuden con una referencia desde las unidades operativas de primer nivel hacia los servicios hospitalarios de: Consulta Externa, Emergencia u Hospitalización tendrán **PRIORIDAD** para recibir la atención médica.

En el caso que la referencia se haga para consulta externa, deberá ser atendido preferiblemente por estadística y enviado al consultorio correspondiente, luego de ser atendido por el medico tratante interconsulta, este deberá llenar la contrarreferencia y depositarlo en el buzón de CONTRARREFERENCIAS que para el efecto se lo implementara.

En el caso de que la referencia indique necesidad de hospitalización, el usuario o paciente debe ser OBLIGATORIAMENTE internado hasta que sea valorado por un médico tratante, quien podrá ordenar el alta del usuario o paciente con la correspondiente contrarreferencia.

- Que los usuarios o pacientes referidos reciban atención medica CON PRIORIDAD por parte de los especialistas hospitalarios.
- Que TODO USUARIO O PACIENTE REFERIDO a los diferentes servicios del hospital tenga la respectiva contrarreferencia.
- Que la copia de la contrarreferencia sea depositada en el BUZON DE CONTRARREFERENCIAS.

Anexo No. 2

INSTRUCTIVO DEL FORMULARIO DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

1.- LA REFERENCIA.

El formulario se imprime en papel sensibilizado para que sea llenado en original y copia, sin necesidad de papel carbón. En el original se imprimirá "PARA EL ÁREA" y tendrá un color verde, y en la copia "PARA EL PACIENTE" y será de color rosado. El formulario servirá tanto para internaciones como para consulta de especialistas, exámenes o tratamientos complementarios cuando el paciente necesariamente tiene que estar presente; también es de utilidad en el caso de las llamadas referencias inversas.

El médico que refiere consignará el apellido y nombres completos, lugar de residencia del paciente, área de salud, N0 de historia clínica, No de la referencia, unidad operativa que refiere, hospital al que refiere y servicio o departamento, pondrá su nombre, y la fecha, a continuación describirá brevemente el cuadro clínico, el diagnóstico presuntivo, el tratamiento recibido, si administró algún medicamento, el motivo por el que refiere y firmará la referencia. Como ejemplo de posibles motivos de referencia tenemos:

- Consulta por especialista (diagnóstico, tratamiento, o control de crónicos).
- Hospitalización (incluye la atención del parto).
- Solicitud de exámenes complementarios con necesidad de presencia del paciente (laboratorio, radiología, ecografía u otros).
- Tratamientos complementarios (Ejm.: rehabilitación). El paciente presentará el formulario en el hospital al cual ha sido referido en el servicio de estadística.

2. LA CONTRARREFERENCIA

El médico que recibe la referencia llenará todos los datos del informe de contrarreferencia: la unidad y el servicio que atiende, la fecha de llegada del paciente a esa unidad, los criterios clínicos y hallazgos principales en exámenes complementarios. Obviamente, esto se hace en el momento que el hospital retorna al paciente a la unidad de origen, ya sea después de la consulta por especialista o en el momento del alta después de una hospitalización; indicará si el paciente ha sido hospitalizado o no; en el caso de hospitalización, el formulario de referencia se incluye en la historia clínica del paciente hasta el día de su alta.; dará el diagnóstico

definitivo y, lo que es muy importante, el tratamiento y seguimiento que tendrá que darse en la unidad operativa del primer nivel (curaciones, suturas, seguimiento de pacientes crónicos, u otros). Firmará su informe, escribiendo su nombre y apellido y llenando la fecha del alta del paciente, o la fecha de salida si se trata solamente de una consulta por especialista; solo es aceptable la firma del tratante o residente.

En los hospitales el responsable de la recopilación de los formularios es el personal del servicio de estadística, es el que debe colocar el original ("PARA EL ÁREA") en un casillero o buzón en el hospital, para que el coordinador del área los recoja semanalmente y se los haga llegar al médico que solicitó la referencia, con el objeto que, en caso que el paciente no regresó con la copia, el médico realice una visita domiciliaria para su seguimiento. Al final de este formulario existe un ítem que dice evaluación de la referencia, también será llenado por el médico y no consta en la copia "PARA EL PACIENTE".

La copia de color rosado, con el resultado de la consulta por especialista o la internación, se entregará al paciente para que éste la lleve al médico que lo refirió, en ella no constará la evaluación que realiza el especialista del segundo nivel sobre la necesidad y la oportunidad de la referencia.

Para poder indagar cuántos pacientes cumplen con la referencia solicitada por el médico, es necesario que cada unidad operativa lleve un cuaderno donde anote el nombre del paciente, el número de su historia clínica, la fecha de su referencia y el número de su referencia; cuando llega la hoja de contrarreferencia, se escribe la fecha en el cuaderno. Si no se recibe la hoja de contrarreferencia, se realizará una visita domiciliaria.

No. De la REFERENCIA

No DE LA REFERENCIA	FECHA DE ENVÍO	NO H. CI	NOMBRE	FECHA RECEP. DE CONTRAREF.
----------------------------	-----------------------	-----------------	---------------	-----------------------------------

El especialista del hospital de referencia no debe temer juzgar sinceramente al médico del primer nivel al definir la referencia como "no necesaria" o "no a tiempo": ambos tendrán la oportunidad de exponer su punto de vista durante las REVISIONES DE CASOS que se lleven a cabo periódicamente y permitirá retroalimentar a las unidades referentes; en última instancia, la mayor utilidad del sistema de referencia es mejorar la especificidad y la capacidad resolutoria de los dos niveles del área de salud.

BIBLIOGRAFÍA

- MSP. Manual de Organización de las Áreas de Salud, MSP, Quito. 2000.
- Sansó F. Batista R. Hacia una mayor capacidad resolutive de nuestro nivel primario de atención. Editorial Rev Cubana Med Gen Integr. 2001; 17 (3);213-5.
- MINSAP. Sistema de referencia y contrarreferencia. Carpeta Metodológica de la Atención Primaria de Salud 2001.
- Salud, D.G. (2000). Lineamientos para la Referencia y Contrarreferencia. México. D.F.
- Salud, S. d. (2006). Manual de Organización. México, D.F.
- Salud, S.d. (200). Manual de Procedimientos para la Referencia y Contrarreferencia de Pacientes. México, D.F.
- Salud S.d. (2007) Programa Nacional de Salud. México, D.F.: 1ra. Edición.
- Salud, S. D. (2007-2012) PROGRAMA NACIONAL DE SALUD. MÉXICO. D.F.: 1ª.
- Silva Aciénega María Luisa, B.C. (2006). Validez y confiabilidad del estudio socioeconómico. México, D.F.: serie Salud Pública y Trabajo Social.

Apéndice 4: Funciones del comité de Referencia y Contrarreferencia.

Comité de referencia y contrarreferencia

Perfil del personal que conforma el Comité de Referencia y Contrarreferencia.

- a. Profesional de salud
- b. Permanencia en el cargo de mayor a seis meses
- c. Conocimiento de las capacidades resolutorias de los establecimientos que conforman las redes o microrredes
- d. Conocimiento de las normas y procedimientos para la referencia y contrarreferencia
- e. Habilidad para comunicar, persuadir y tomar decisiones.

Conformación y funciones

Niveles	Integrantes	Funciones
Nivel central		a. Normar, planificar, supervisar, controlar y evaluar la organización y el funcionamiento del Sistema SR-CR en el I Nivel de Atención b. Solicitar trimestralmente al Área la evaluación del sistema.
Nivel regional	- Director Regional Coordinador del Comité Integrado de Gestión Director de Salud de las Personas Director Ejecutivo de Logística Jefe de la Unidad de Estadística Jefe de los Establecimientos Cabeceras de red	a. Implementar el SR-CR a nivel regional. b. Planificar, coordinar, supervisar el SR-CR. c. Capacitar al personal de salud en los procedimientos de la referencia y la contrarreferencia d. Analizar y solucionar los problemas relacionados con el funcionamiento del SR-CR e. Auditar la pertinencia del flujo, de referencias y contrarreferencias.

<p>Nivel operativo</p>	<p>HOSPITALES</p> <ul style="list-style-type: none"> - Director • Jefes de Pediatría, Medicina, Ginecología, Obstetricia y Emergencia • Jefes de Laboratorio y de Diagnostico por imágenes • Jefe de la Unidad de Estadística <p>CENTROS DE SALUD</p> <ul style="list-style-type: none"> • Médico Jefe • Representantes e los Programas de Salud de la Mujer, Salud del Niño, Salud del Adulto. • Responsables de Admisión y Estadística <p>PUESTOS DE SALUD CON O SIN PROFESIONAL</p> <ul style="list-style-type: none"> • Profesional • Técnico. 	<ul style="list-style-type: none"> a. Planificar, coordinar, supervisar y controlar SR-CR b. Implementar el SR-CR en su área de jurisdicción. c. Velar por el óptimo funcionamiento del sistema de referencia y contrarreferencia en su establecimiento. d. Coordinar y vigilar que diariamente se reserven turnos para la atención de estos casos. e. Controlar, supervisar y evaluar la calidad de la información registrada en los formatos correspondientes. f. Garantizar que el establecimiento cuenta con los insumos y medios necesarios para cumplir con eficiencia la referencia y contrarreferencia. g. Evaluar la calidad de la información que de cuenta de la ejecución de los procedimientos de referencias y contrarreferencia. h. Evaluar el retraso en el progreso de emisión de referencias y contrarreferencias. i. El profesional o técnicos responsables del puesto de salud se encargará de llevar a cabo la referencias y atender las contrarreferencias en el área de su jurisdicción
------------------------	---	---

Apéndice 5: Elaboración de afiche del Seminario Taller para los usuarios y personal de salud.



CENTRO SALUD HOSPITAL “DR. ANÍBAL GONZÁLEZ ÁLAVA”
SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

Clasificación de los servicios de salud por nivel de atención y capacidad resolutive:

- Primer nivel de atención
- Segundo nivel de atención
- Tercer nivel de atención

Se complementa con

- Sistema nacional de atención de emergencia
- Servicios de apoyo diagnóstico transversal a todos los niveles de atención

Apéndice 6: Registro de pacientes de referencia y contrarreferencia automatizado.

INFORME MENSUAL - SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA - AGOSTO DEL 2012 - AREA DE SALUD N° 6																	
UNIDAD OPERATIVA	TOTAL DE PACIENTES ATENDIDOS EN MORBILIDAD	REFERENCIAS								CONTRARREFERENCIAS							
		TOTAL DE REFERENCIAS ENVIADAS		CUMPLIDAS		TOTAL CUMPLIDAS		NO CUMPLIDAS		BIEN LLENADAS		MAL LLENADAS		TOTAL DE CONTRARREFERENCIAS		NO CONTRARREFERENCIA	
		#	%	#	#	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
HOSPITAL CALCETA		69		69	--	69		--		16		2		18		51	
CS. TOSAGUA	1933	80	4.14	26	22	48		32		44		4		48		32	
CS. JUNÍN	1529	46	3	21	16	37		3		32		5		37		3	
SCS. KARINA-SAN FELIPE		100															
SCS. SAN BARTOLO																	
SCS. INES MORENO	720	11	1.53	5	3	8		3		5		3		8		3	
SCS. SAN MIGUEL	240	7	2.91	5	1	6		1		5		1		6		1	
SCS. MATAPALO	304	2		2	--	2		--		2		--		2		--	
SCS. LOS CASADOS	242	1	0.41	1	--	1		--		1		--		--		--	
SCS. GUAYABALES	194	2	3.28		1	1		1		1		--		1		1	
SCS. CERRO VERDE	311	8	2.57	4	1	5		3		5		--		5		3	

INFORME MENSUAL - SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA - AGOSTO DEL 2012 - AREA DE SALUD N° 6																	
UNIDAD OPERATIVA	TOTAL DE PACIENTES ATENDIDOS EN MORBILIDAD	REFERENCIAS								CONTRARREFERENCIAS							
		TOTAL DE REFERENCIAS ENVIADAS		CUMPLIDAS		TOTAL CUMPLIDAS		NO CUMPLIDAS		BIEN LLENADAS		MAL LLENADAS		TOTAL DE CONTRARREFERENCIAS		NO CONTRARREFERENCIA	
		#	%	#	#	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
SCS. MONTAÑITA	325	3	1.2	2	1	3		--		2		1		3		--	
SCS. SAN PABLO																	
SCS. MEMBRILLO	427	15	3.51	6	--	6		9		5		1		6		9	
SCS. QUIROGA	1176	17	1.4	9	4	13		4		11		2		13		4	
SCS. BACHILLERO	575	40	6.9	23	17	33		7		22		11		33		7	
SCS. LA ESTANCILLA																	
SCS. AGUA FRIA	187	5	2.6	5	--	5		--		4		--		4		1	
SCS. CAÑA TIGRE	226	3	1.2	2	--	2		1		2		--		2		1	
TOTAL ÁREA																	

Apéndice 7: Personal de los Centros y Subcentros de Salud que participaron en la capacitación.

SUBCENTRO DE SALUD DE MATAPALO.- CALCETA

Miguel Cordero Muñoz
Medico Rural

SUBCENTRO DE SALUD QUIROGA.- CANTÓN BOLÍVAR

José Pita Lucas
Medico Rural

Joffre Mendoza Garay
Odontólogo Rural

Ketty Mera Fernández
Enfermera Rural

Georgelina Vera Romero
Auxiliar De Enfermería

SUBCENTRO DE SALUD “INÉS MORENO” CALCETA,- CANTÓN BOLÍVAR

Adela Basurto Villavicencio
Medico Tratante

Manuel Bravo Cedeño
Medico Rural

Jessica García Loor
Odontóloga Rural
Subcentro De Salud De San Pablo.- Calceta

Gustavo Sánchez Moreno
Medico Rural

Estela Calderón Delgado
Enfermera Rural

Alexi López Espinoza
Odontólogo Rural

María Hernández Villavicencio
Medico Rural

SUBCENTRO DE SALUD DE BACHILLERO. CANTÓN TOSAGUA

María De La Cruz Santillán
Medico Ebas

Letty Navarrete Anchundia
Enfermera Ebas

Mariana Vera Luque
Auxiliar de Enfermería

Enrique Rodríguez Giler
Odontólogo Ebas

Alfonso Del Valle Orozco
Medico Rural

SUBCENTRO DE SALUD DE CERRO VERDE.- TOSAGUA

María Barcia Holguín
Medico Rural

Mirian Franco Chávez
Medico Ebas

SUBCENTRO DE SALUD DE GUAYABALES.- JUNÍN

Martha Matute Baque
Medico Rural

María Cedeño Aguilar
Enfermera Rural

Luis Better Amador
Odontólogo Rural

SUBCENTRO DE SALUD DE MONTAÑITA.- JUNÍN

Silvio Burgos Cedeño
Medico Rural

Soraida Vera Robles
Auxiliar De Enfermería

SUBCENTRO DE SALUD DE LOS CASADOS.- JUNÍN

Fátima Mero Cedeño
Enfermera Rural

Gustavo Molina Sosa
Medico Rural

Gustavo Toala Chiriboga
Odontólogo Rural

Jonathan Carrasco Ordoñez
Enfermero Rural

SUBCENTRO DE SALUD DE AGUA FRÍA.- JUNÍN

Mercedes Poveda Rosales
Medico Tratante

Flor Basurto Valencia
Medico Rural

SUBCENTRO DE SALUD SAN MIGUEL – EL RECREO.- TOSAGUA

Karla Palma Bravo
Medico Rural

SUBCENTRO DE SALUD DE LA ESTANCILLA.- CANTÓN TOSAGUA

Anicia Vélez Ormaza
Auxiliar De Enfermería

CENTRO DE SALUD B 24 HORAS DE TOSAGUA

Médicos:

Dr. Walter Castro Director
Dr. Antonio Anchundia Médico Tratante
Dr. Gaitán Barcia Médico Tratante

Odontología:

Dra. Virginia Zambrano Odontóloga de Planta
Dra. Vanessa Zambrano. Odontólogo Rural

Obstetricia:

Obstetríz Ana Vergara.
Obsetriz Johanna Pionce

Enfermera Jefa:

Lcda. Verónica Delgado.

Medicos Rurales

Dr. Jaime Vera Anchundia: Guardia rotativa de 24 horas.
Dr. Mario Morales: Guardia rotativa de 24 horas.
Dr. José Guaman: Guardia rotativa de 24 horas.
Dra. María Delgado: Consulta externa

Enfermeras Rurales:

Las mismas que realizan guardias rotativas de 24 horas
Lcda. Mariela Romero Romero
Lcda. Rebeca Vélez Cedeño
Lcda. Glady Zambrano Domínguez

Auxiliar de Odontología:

Sra. Janet López

Auxiliar de Enfermería:
Sra. María Rosado.
Sra. Verónica Pinargote

Auxiliar de Estadística:
Sra. Narcisa Chica

Malaria:
Sr. Manuel Cano

Inspector Sanitario:
Ing. Enrique Villamar

Laboratorio:
Tecnóloga Lorena García

CENTRO DE SALUD B 24 HORAS DE JUNIN

Carmela García Mendoza
Medico Tratante

Agustín Navia García
Médico Tratante

Jessica Garzón Pluas
Obstetriz de Planta

Rosa Hidalgo Dueñas
Enfermera de Planta

Roxi Vera Cantos
Auxiliar de Farmacia

Mirian Holguín Cobeña
Auxiliar de Enfermería

Ángela Intriago Ganchozo
Auxiliar de Enfermería

Yenia Kuffo Pacheco
Auxiliar de Enfermería

Cira Zambrano Intriago
Auxiliar de Enfermería

Gladys Cantos Pinargote
Auxiliar de Enfermería

Rodrigo Intriago Pinargote
Inspector Sanitario

Julio Jaramillo Sánchez
Auxiliar Administrativo (Conserje)

Ramón Zambrano Martínez
Medico Rural

Angelo Andrade Castro
Medico Rural

Katty Santander López
Auxiliar de Odontología

Ana Garcia Loor
Odontóloga Rural

Abel Vásquez Basurto
Medico Rural

**HOSPITAL BÁSICO “DR. ANÍBAL GONZÁLEZ ÁLAVA” CALCETA.- SEDE DEL
ÁREA DE SALUD Nº 6**

Proceso Gobernante

Leonor Zambrano Tuarez
Directora Del Area

Cecilia Ormaza Pincay
Secretaria

Proceso Agregador de Valor
Calificación de la demanda y oferta en salud del área rural operativización control y
mejoramiento de normas promoción de la salud

José Secaira Flores
Rodolfo Montesdeoca Vera
Víctor Vera Alcívar
Educador Para La Salud

Consulta Externa

José Santana Mera
Medico Tratante

Wilfrido Andrade Santander
Odontólogo De Planta

Walter Párraga Zambrano
Medico Ebas

Mario Cajas Otoyá
Obstetra Ebas

Emergencia

Jazmín Anzules Guerra
Medico Residente

Leidy Parraga Vera
Medico Residente

Gestión De Salud En Área Rural

Hospitalización

Roberto Gómez Mite
Medico Ebas

Roddy Loor Alvarado
Medico Ebas

Mayra Arteaga Sánchez
Nutricionista

Aseguramiento De La Calidad De Gestión

Verónica Montesdeoca Muñoz
Estadísticas

Cayetano Faubla Álava
Estadísticas

Cecilia Mendoza Avellan
Estadísticas

Isabel Velásquez Calderón
Estadísticas Fonin

Proceso Del Valor Agregado

Operativización, Control Y Mejoramiento De Normas En Gestión De Salud Consulta Externa

Marlene Cedeño Domínguez
Auxiliar De Odontología

Servicios Técnicos Complementarios

Sabulon Garcia Garcia
Auxiliar De Rayos X

Eduardo Álvarez Arguello
Auxiliar De Odontología

Alfonso Burbano Rodríguez
Auxiliar De Laboratorio

María Torres Rivero
Auxiliar De Laboratorio

Lorena Garcia Delgado
Tecn. Laboratorio Fonin

Vigilancia Sanitaria

Verónica Montesdeoca Muñoz
Estadísticas

Verónica Montesdeoca Muñoz
Estadísticas

Gestión Enfermería
Patricia Cedeño Andrade
Auxiliar De Enfermería

Maritza Cedeño Alcívar
Auxiliar De Enfermería

Yadira Vélez Ormaza
Auxiliar De Enfermería

Betty Vega Alava
Auxiliar De Enfermería

Gema Zambrano Álvarez
Auxiliar De Enfermería

Mariana Rivera Sánchez
Auxiliar De Enfermería

Gloria Zambrano Solórzano
Auxiliar De Enfermería

Frayda Franco López
Auxiliar De Enfermería

Beatriz Loor Zambrano
Auxiliar De Enfermería

Amparo Sabando Sabando
Auxiliar De Enfermería

Monserate Zambrano Ganchozo
Auxiliar De Enfermería

Gema Zambrano Álvarez
Auxiliar De Enfermería

Laura Alban Loor

Auxiliar De Enfermería

Marilú Garcia Molina
Auxiliar De Enfermería

María Bravo Bravo
Auxiliar De Enfermería

Mariana Santos Zambrano
Auxiliar De Enfermería

Nelly Avalos Basurto
Auxiliar de Enfermería

Teresa Lava Franco
Auxiliar de Enfermería

Cleopatra Solórzano Cedeño
Auxiliar de Enfermería

Ritha Vélez Mejía
Auxiliar de Enfermería

Profesionales Rurales

Carmen Mendoza Solórzano
Medico Rural Hospital 24 Horas

Gloria Fajardo Montenegro
Medico Rural Hospital 24 Horas

Daniel Loor Santana
Medico Rural Hospital 24 Horas

Yanina Champang Castro
Medico Rural Hospital 24 Horas

Paola Cueva García
Medico Rural Hospital 24 Horas

Martha Ávila Ponce
Medico Rural Hospital 24 Horas

Diana Hidalgo Villaprado
Odontóloga Rural Hospital

Nakin Vélez Mero
Medico Rural Patronato

Apéndice 8: Fotografías

Socialización



Capacitación a Rurales





Capacitación a usuarios.













Capacitación al personal del Hospital Dr. Aníbal González Álava.





Apéndice 9: Unidades de salud que ejecutan la referencia con el Hospital.



Subcentro de Salud De Matapalo.- Calceta



Subcentro de Salud Quiroga.- Cantón Bolívar



Subcentro de Salud "Inés Moreno" Calceta - Cantón Bolívar



Subcentro de Salud de San Pablo.- Calceta



Subcentro de Salud "San Bartolo" de Calceta



Subcentro de Salud de Bachillero.- Cantón Tosagua



Subcentro de Salud de Cerro Verde.- Tosagua



Subcentro de Salud de Guayabales.- Junín



MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
INSTITUTO VENEZOLANO DE INVESTIGACIONES CIENTÍFICAS
INSTITUTO VENEZOLANO DE INVESTIGACIONES CIENTÍFICAS
INSTITUTO VENEZOLANO DE INVESTIGACIONES CIENTÍFICAS
INSTITUTO VENEZOLANO DE INVESTIGACIONES CIENTÍFICAS
INSTITUTO VENEZOLANO DE INVESTIGACIONES CIENTÍFICAS
INSTITUTO VENEZOLANO DE INVESTIGACIONES CIENTÍFICAS
INSTITUTO VENEZOLANO DE INVESTIGACIONES CIENTÍFICAS
INSTITUTO VENEZOLANO DE INVESTIGACIONES CIENTÍFICAS
INSTITUTO VENEZOLANO DE INVESTIGACIONES CIENTÍFICAS

Subcentro de Salud de Montañita.- Junín



Subcentro de Salud de Los Casados.- Junín



Subcentro de Salud de Agua Fria.- Junin



Subcentro de Salud San Miguel – El Recreo.- Tosagua



Subcentro de Salud de La Estancilla.- Cantón Tosagua



Centro de Salud B 24 Horas de Tosagua



Centro de Salud B 24 Horas de Junín



Hospital Básico “Dr. Aníbal González Álava” Calceta.- Sede del Distrito N° 6

Apéndice 10: Encuestas

1.- Se entiende la referencia como:

Derivación del paciente

Traslado del paciente

Traspaso del paciente

Envío de pacientes

2.- La responsabilidad de la atención mientras el paciente está en el lugar de derivación queda a cargo de

Médico e institución que recibe al paciente.

Enfermera/o que recibe el paciente

3.- A qué nivel o tipo de atención corresponden los hospitales de primera referencia (local)

Primer nivel

Segundo nivel

Tercer nivel

3.- En primer nivel de atención requiere:

Recurso humano de tipo profesional general, técnico y auxiliar.

Personal especializado

Tecnología de la más alta complejidad.

3.- Como se realiza una comunicación con el lugar al cual se va a derivar al paciente

Se hace un acuerdo previo entre el médico que envía al paciente y el que lo recibe.

Sólo se recibe el informe que trae el paciente.

4.- Cuál de estos puntos es necesario para realizar la referencia

Historia clínica, el motivo de la derivación, los datos de contacto: nombre y dirección del médico (telefónica, correo electrónico, etc.).

Copia de Registro de Paciente.

5.- Se entiende por contrarreferencia:

La devolución del paciente al lugar de origen con el informe.

El envío del informe del paciente al lugar de origen

6.- Como se elabora el informe de la contrarreferencia

Se hace una guía de seguimiento posterior.

Se llena una historia clínica

Se realiza un informe

7.- ¿Usted piensa que el hospital cumple la función de apoyo técnico a la responsabilidad total e indelegable de atención que el primer nivel tiene sobre las personas de su área e influencia?.

Si

No