



**UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA**  
*La Universidad Católica de Loja*

**ÁREA BIOLÓGICA**

**TITULACIÓN DE MAGÍSTER EN GERENCIA DE SALUD PARA EL  
DESARROLLO LOCAL**

**Mejoramiento del Sistema de Referencia y Contrarreferencia en el  
Hospital Sagrado Corazón de Jesús de la Ciudad de Quevedo, Los Ríos,  
2013**

**TRABAJO DE FIN DE MAESTRÍA**

**AUTOR: Reyes Blum, Guillermo Alexander.**

**DIRECTORA: Ruilova Dávila, Lilia Dora, Dra.**

**CENTRO UNIVERSITARIO GUAYAQUIL**

**2013**

## **APROBACIÓN DEL DIRECTOR DEL TRABAJO DE FIN DE MAESTRÍA**

Doctora.

Ruilova Dávila, Lilia Dora

**DOCENTE DE LA TITULACIÓN**

De mi consideración:

El presente trabajo de fin de maestría, denominado: Mejoramiento del Sistema de Referencia y Contrarreferencia en el Hospital Sagrado Corazón de Jesús de la Ciudad de Quevedo, Los Ríos, 2013, realizado por Guillermo Alexander Reyes Blum, ha sido orientado y revisado durante su ejecución, por cuanto se aprueba la presentación del mismo.

Loja, noviembre de 2013

f) .....

Ruilova Dávila, Dora Lilia, Dra.

## DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS

Yo, Guillermo Alexander Reyes Blum, declaro ser autor del presente trabajo de fin de maestría: Mejoramiento del Sistema de Referencia y Contrarreferencia en el Hospital Sagrado Corazón de Jesús de la Ciudad de Quevedo, Los Ríos, 2013, de la Titulación Maestría en Gerencia de Salud para el Desarrollo Local, siendo Dra. Dora Ruilova Dávila Directora del presente trabajo; y eximo expresamente a la Universidad Técnica Particular de Loja y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones legales. Además certifico que las ideas, concepto, procedimientos y resultados vertidos en el presente trabajo investigativo, son de mi exclusiva responsabilidad.

Adicionalmente declaro conocer y aceptar la disposición del Art. 67 del Estatuto Orgánico de la Universidad Técnica Particular de Loja que en su parte pertinente 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”

f. ....

Autor: Reyes Blum Guillermo Alexander

Cédula N° 120450500-0

## **DEDICATORIA**

Este trabajo realizado con esfuerzo y dedicación, está dedicado a todas y cada uno de las personas que han sabido guiarme para culminarlo y que han contribuido con su granito de arena para ello, al Hospital Sagrado Corazón de Jesús para que sus proyectos de mejoramiento y de búsqueda a la excelencia se cumplan de la forma más adecuada, brindando lo mejor de sí para la comunidad Quevedeña.

El Autor.

## **AGRADECIMIENTO**

Mis sinceros agradecimientos a todos quienes estuvieron apoyándome en este paso muy importante en mi vida, primeramente a Dios por guiarme por el camino correcto, mis padres mi gran impulso, fortaleza y mi ejemplo a seguir, mis hermanas mi gran inspiración para culminar mis metas, a toda mi familia y amigos que han sabido comprenderme y ayudarme en los caminos de la profesión y a la comunidad educativa de la Universidad Técnica Particular de Loja por ampliar mis conocimientos para culminar este proyecto.

El Autor.

## ÍNDICE DE CONTENIDOS

	<b>Pág.</b>
CARATULA.....	i
APROBACIÓN DEL DIRECTOR DE TRABAJO DE FIN DE MAESTRÍA.....	ii
DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS.....	iii
DEDICATORIA.....	iv
AGRADECIMIENTO.....	v
ÍNDICE DE CONTENIDOS.....	vi
RESUMEN.....	1
ABSTRACT.....	2
INTRODUCCIÓN.....	3
Problematización.....	5
Justificación.....	7
Objetivos.....	8
<b>CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO.....</b>	<b>9</b>
1. Marco Institucional.....	10
1.1. Antecedentes.....	10
1.2. Misión.....	11
1.3. Visión.....	11
1.4. Valores.....	11
1.5. Características.....	12
1.6. Estructura orgánica.....	12
1.7. Objetivos de la entidad.....	13
1.8. Servicios con lo que cuenta.....	13
2. Marco Conceptual.....	15
2.1. Sistema de salud.....	15
2.1.1. Modelo de atención integral de salud MAIS.....	15
2.1.2. Principios del modelo de atención integral de salud.....	18
2.1.3. Sistema legal del MAIS.....	19
2.2. Modelo de referencia y contrarreferencia.....	22
2.2.1. Sistema de referencia y contrarreferencia.....	22
2.2.1.1. Qué es referencia.....	23
2.2.1.2. Qué es contrarreferencia.....	23

2.2.1.3. Propósito del SRC.....	23
2.2.1.4. Uso de la herramienta.....	24
2.2.2. Principios generales de la distribución de las tareas entre el 1° nivel y el nivel de referencia hospitalaria.....	25
2.2.3. Monitoreo y evaluación del sistema de referencia y contrarreferencia...	26
<b>CAPÍTULO II: DISEÑO METODOLÓGICO.....</b>	<b>28</b>
1. Matriz de Involucrados.....	29
2. Árbol de Problemas.....	31
3. Árbol de Objetivos.....	32
4. Matriz de Marco Lógico.....	33
<b>CAPÍTULO III: DISCUSIÓN DE RESULTADOS Y ANÁLISIS.....</b>	<b>38</b>
Resultados N° 1.....	39
Resultados N° 2.....	55
Resultados N° 3.....	65
CONCLUSIÓN.....	77
RECOMENDACIONES.....	78
BIBLIOGRAFÍA.....	79
ANEXOS.....	81

## RESUMEN

Con el fin de garantizar la continuidad de la atención de los pacientes y usuarios en los servicios de salud de las unidades operativas y Hospital del Área 2, desde la Dirección Provincial de Salud se dispone que se aplique el Sistema de Referencia y Contrarreferencia, con la finalidad de satisfacer la atención en forma oportuna y efectiva.

Esta secuencia de atención presentó falencias entre el personal de salud, trasladando pacientes con patologías de tratamiento básico, conllevando a la saturación de la demanda hospitalaria.

Las estadísticas de la demanda de referencias fue de 11.505 pacientes referidos en los diferentes ambientes de consulta externa y emergencia, la patología más frecuente fue amenaza de parto pretérmino y preeclampsia, se apreció además un 35% de referencias injustificada de acuerdo a la evaluación clínica de los galenos del hospital.

El trabajo consistió en capacitar al personal de salud de las 19 unidades operativas del hospital "Sagrado Corazón de Jesús", Área 2. Con esto se pretendió disminuir la demanda injustificada de referencias emitidas por los médicos de las diferentes unidades de salud.

*Palabras claves: Sistema de referencia y contrarreferencia, modelo de atención, patologías, capacitación.*



## ABSTRACT

In order to ensure continuity of care for patients and users of health services and hospital operating units in Area 2, from the Provincial Health states that apply the reference and counter system, with the attention in order to satisfy in a timely and effective.

This sequence showed flaws care among health personnel , transferring patients with pathologies of basic treatment , leading to saturation of hospital demand.

The statistics of the demand was 11,505 references referred patients in different environments outpatient and emergency, the most frequent pathology was preterm labor and preeclampsia, also appreciated by 35 % of references unjustified according to the clinical evaluation of the doctors of the hospital.

The work consisted of training health personnel of the hospital's 19 operating units "Sacred Heart", Area 2. This was intended to reduce demand unwarranted references issued by doctors of different health units.

*Keywords: Reference and counter system, model of care, diseases, training.*

## INTRODUCCIÓN

La demanda creciente de atención médica en la población, la evidente transición epidemiológica, la necesidad creciente de incrementar la calidad y cantidad de los servicios de atención médica que se ofertan a la población, la baja y deficiente dotación de recursos en muchos establecimientos de salud, ha hecho de la referencia y contrarreferencia de pacientes un procedimiento, un modelo, un sistema o simplemente una estrategia administrativo asistencial de mucha importancia, que al estar bien implementado, permite el desplazamiento justificado del enfermo hacia establecimiento con mejor o mayor capacidad de respuesta a las necesidades del paciente y ubicados en los distintos niveles de atención, en un todo y siempre de acuerdo con la naturaleza y severidad de su proceso patológico y no como una práctica de enviar enfermos a cualquier otro establecimiento, sin responsabilidad institucional de quien lo remite.

La Red de Referencia y contrarreferencia, orienta el abordaje de la salud en sus distintos niveles de atención en razón de la capacidad resolutive, que garantice a la población ecuatoriana en especial a la más vulnerable, calidad de atención con equidad, eficacia y eficiencia, acorde a las políticas actuales de salud, las mismas que buscan transformar el sistema actual de salud.

Según la Organización Mundial de la Salud, (Ministerio de Salud Pública , 2011), el sistema de referencia y contrarreferencia actúa como mecanismo de interrelación entre los distintos niveles de atención. El establecimiento de esta interconexión, así como los medios que permitan la transferencia de pacientes de un nivel a otro y los mecanismos de información, son básicos para el funcionamiento del sistema.

El Hospital “Sagrado Corazón de Jesús”, de la ciudad de Quevedo, recibe las referencias de 19 unidades operativas de primer nivel, los mismos que conforman el área 2; en relación al sistema de referencia y contrarreferencia durante el año 2012, se presentó un total de 15.497 referencias, de los cuales el 35% fueron evaluadas como injustificadas, siendo la especialidad de Ginecología la más demandada, situación que se da por la falta de capacitación del personal médico de atención primaria.

Cabe resaltar que el Ministerio de Salud capacitó a grupos de profesionales, pero esta actualización no ha sido suficiente en duración del evento para el manejo de las temáticas y sus instructivos.

Es por ello, la necesidad de implementar medidas que mejoren el sistema de referencia y contrarreferencia de los usuarios, que permita una adecuada distribución de los servicios de salud.

El trabajo de investigación está estructurado por tres capítulos, el primero describe el marco teórico, institucional y conceptual que sustenta la parte científica y el hacer del Hospital, el segundo capítulo hace referencia al diseño metodológico basado en el sistema marco lógico, y el tercer capítulo se emiten los resultados de su aplicación.

Esta investigación es muy importante para el hospital, y las demás unidades operativas que conforman el área 2, al conocer estadísticamente la demanda injustificada de los pacientes remitidos al hospital, bajo este diagnóstico se realizó la capacitación al personal médico con una asistencia de 30 participante, lográndose con la supervisión un manejo adecuado del sistema de referencia y contrarreferencia.

Se realizaron tres talleres en la capacitación y un plan de supervisión para evaluar el sistema a los médicos, lo que permitió la entrega de herramientas que permitan reconocer un cuadro clínico posible de resolver en la atención primaria, y evitar su demanda injustificada.

Los resultados dieron cumplimientos a los objetivos planteados, contribuyendo así a la calidad del servicio, la misma que es mejorada para la satisfacción del usuario atendido y fortaleciendo la comunicación entre la atención primaria y el hospital básico.

Cabe resaltar que entre los inconvenientes encontrados durante la supervisión se encontró un grupo de médicos que incumplían la normativa del sistema de referencia y contrarreferencia, lo que dio oportunidad de rectificación y de mejoramiento profesional, conllevando a la oferta de un servicio de calidad, orientando frecuentemente al usuario para su satisfacción.

La metodología utilizada fue la del sistema marco lógico, que comprende: matriz de involucrados, árbol de problemas, árbol de objetivos y matriz del marco lógico, este sistema facilitó el diseño, ejecución y evaluación del trabajo de investigación como requisito de la maestría en salud,

## PROBLEMATIZACIÓN

En la práctica, el Sistema de Referencia y Contrarreferencia, busca que los usuarios no madruguen a los hospitales para acceder a un turno para 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 se evitarán largas filas en los hospitales.

Generalmente el ciudadano solicita el servicio en un nivel de atención que no corresponde. Esto genera distribución irregular de las cargas de trabajo, sobreocupación de algunas unidades médicas con subutilización de otras, inconformidad de usuarios y prestadores de servicios y dispendio innecesario de recursos humanos y materiales. Resulta más costoso atender problemas de salud simples en una unidad médica que cuenta con alta tecnología, que atenderlos en el nivel de atención que le corresponde.

Sobre los problemas que se presentan en las referencias se ha concluido que se deben en su mayoría a la falta de comunicación (médicos y operadores). Esta situación resulta más problemática en las áreas metropolitanas debido a la concentración de población y a que existen servicios médicos de varios niveles; el proceso es nuevo en el país, y tanto el personal de salud como los usuarios se enfrentan al desconocimiento de ciertos aspectos necesarios en su aplicación, entre los factores que afectan a este sistema, se destacan:

- Falta de conocimiento del sistema por parte del personal de salud.
- Poca colaboración del personal de salud en su aplicación y manejo.
- Falta de apoyo logístico y técnico para su movilización.
- Falta de concientización tanto del personal de salud así como de los usuarios.
- Falta de comunicación entre los distintos puntos de la red de salud.

Estas causas provocan ineficiencia del mismo, al no lograr que los pacientes referidos a la unidad hospitalaria, sean contrarreferidos a la unidad emisora; lo cual se observa diariamente, además se pierde la información, no se realiza el llenado del formato, ocasionando falta de seguimiento de la enfermedad o padecimiento del paciente. Así mismo, la falta de comunicación con las unidades médicas de menor o igual complejidad de atención ocasiona sobresaturación o subutilización de los establecimientos y servicios que se ofertan.

La inadecuada calidad y cantidad de información al usuario y la desconfianza en el criterio de tratamiento entre los médicos hace que los profesionales eviten retornar al usuario al

primer nivel de atención para controles de salud más sencillos. Así se produce una falta de contrarreferencias llevando a que se genere una falta de disponibilidad de citas para casos nuevos y más complejos.

Se menciona además que el sistema de referencia y contrarreferencia se maneja de manera incorrecta, ya que los pacientes no conformes con el servicio en muchas ocasiones se encuentran sin saber qué hacer, a donde dirigirse o con que personal de los servicios de salud contar.

De igual manera tanto el personal de salud del primer nivel de atención así como los de segundo nivel de atención no manejan adecuadamente el sistema por falta de conocimientos, es por ello que las estadísticas nos muestran que un 60% de las referencias recibidas en el centro hospitalario son incorrectas y por lo tanto son injustificadas.

El 40 % de los pacientes atendidos en emergencia son las referencias en las que el usuario sale satisfecho por la atención brindada y con los conocimientos completos acerca de cómo se maneja en la actualidad los servicios de salud.

Otros de los problemas observados en el hospital y en las diversas unidades operativas del Área 2 son:

- Profesionales de salud, que no realizan el adecuado llenado de los ítems establecidos en los formatos de referencia y contrarreferencia.
- Referencias realizadas a solicitud del usuario y por patologías que pueden ser solucionadas en el primer nivel de atención.
- Falta de monitoreo y evaluación del sistema de referencia y contrarreferencia.
- Desconocimiento por parte de los profesionales de salud de los documentos normativos del sistema de referencia y contrarreferencia.
- Quejas de usuarios, por procesos inadecuados en la calidad de atención ofertada.
- Flujo inadecuado de información entre el hospital y los centros de salud
- Falta de capacitación de profesionales de salud en el adecuado manejo y transporte de paciente de acuerdo al sistema de referencia y contrarreferencia.

Ante esta problemática surge la siguiente pregunta: ¿Cómo mejorar el sistema de referencia y contrarreferencia para disminuir la demanda injustificada de pacientes en el hospital Sagrado Corazón de Jesús de la ciudad de Quevedo, provincia de Los Ríos.

## JUSTIFICACIÓN

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.

Observando que en los procesos de referencia y contrarreferencia existen dificultades como la comunicación oportuna entre la unidad de salud que refiere y el que recepta, la falta de automatización de los procesos por la creciente documentación que este proceso maneja, es necesario ayudar de esta manera al servicio oportuno y adecuado del usuario y al personal que realiza los procesos, lo que debe permitir la continuidad de la salud, así como la información necesaria que eleve la calidad de servicio en el cumplimiento de su misión.

La población beneficiada directamente es el personal médico de las 19 unidades operativas y del hospital, y especialmente los pacientes referidos con la debida pertinencia.

Este trabajo pretende contribuir al mejoramiento del sistema de referencia y contrarreferencia para brindar una atención de calidad que promueva la satisfacción de los usuarios a través de la capacitación al personal médico.

Su importancia radica, en el cumplimiento de las políticas de salud del MSP, cuyo fin es descongestionar los hospitales mediante el fortalecimiento de atención primaria y la aplicación del sistema de referencia-contrarreferencia.

## OBJETIVOS

### Objetivo general.

1. Mejorar el sistema de referencia y contrarreferencia en el hospital Sagrado Corazón de Jesús, mediante la capacitación, monitoreo y evaluación, y la coordinación de actividades entre las unidades, para mejorar la calidad de la atención de los pacientes.

### Objetivos específicos.

1. Capacitar al personal de salud del área 2 y analizar el flujo de referencias y contrarreferencias de pacientes al hospital "Sagrado Corazón de Jesús".
2. Monitorear y evaluar el sistema de referencia y contrreferencia del hospital Sagrado Corazón de Jesús del área 2.
3. Coordinar las acciones de la referencia y contrarreferencia entre los distintos niveles de la red de salud

**CAPÍTULO I**  
**MARCO TEÓRICO**



## **1. Marco Institucional.**

### **1.1. Hospital Sagrado Corazón de Jesús.**

#### **1.1.1. Antecedentes.**

El área de salud 2, consta de 4 cantones; Quevedo, Buena Fe, Mocache, Valencia. Siendo el área 2 “Quevedo”, que se encuentra ubicada en la región litoral 74 metros de altura sobre el nivel del mar, cuya temperatura fluctúa entre 20 y 28 grados centígrados, su clima tropical, cálido y húmedo, con una superficie de 1'845.000 Km<sup>2</sup>.

Está limitada:

Al norte: con la Provincia de Pichincha y Cotopaxi

Al sur : con el Cantón Palenque

Al este : con la Provincia de Cotopaxi

Al oeste: con la Provincia del Guayas

La mayor parte del área de salud está constituida por una mezcla étnica en la que figuran el blanco, el negro, el amarillo, el montubio, el mestizo y toda una gama que resulta del cruzamiento de estos grupos étnicos.

Referente a salud, la organización administrativa del servicio está estructurada por cuatro cantones y onces parroquias, los mismo que en la realidad considerando criterio de recursos humanos y de capacidad resolutive funcionan como una sola área. La jefatura de área con su unidad de conducción UCA, está ubicada en el Hospital de Quevedo.

El Hospital Sagrado Corazón de Jesús de la ciudad de Quevedo, es una unidad asistencial de nivel básico con una infraestructura acorde a sus necesidades con servicios de consulta externa, emergencia, hospitalización, gineco obstetricia, neonatología, ecografía, laboratorio y servicios técnicos.

El Hospital de Quevedo “Sagrado Corazón de Jesús”, tiene su inicio en los años de 1960, cuando la religiosa de nacionalidad española Madre María Felisa Barandearán Directora de la escuela Nuestra Señora de Fátima, reúne a un grupo de distinguida damas y conforman la Junta parroquial de Caridad.

La principal finalidad de esta junta, fue ayudar a los enfermos de tuberculosis, que en esa época prevalecía en la población, en 1962 un grupo de distinguidas personas se constituyeron en la Junta de Beneficencia, cuya finalidad fue la consecución de un Hospital para Quevedo, y fue el señor Vicente Chang Luey quien donó el terreno para la construcción del Centro de Salud, y es el 28 de abril de 1971 que abre sus puertas con los servicios de Consulta Externa, Emergencia, laboratorio y rayos X, con una plantilla de personal en número de 24 entre médicos, enfermeras y empleados.

En el 1993 el Hospital de Quevedo entra formar parte como área de salud en el proyecto piloto de atención primaria de salud, firmados por los gobiernos de Ecuador y Bélgica, y en el transcurso que duro el convenio ecuatoriano belga remodeló la planta baja y construyó la segunda del bloque administrativo, donde funciona la UCA, sala de reunión, auditorio y biblioteca.

### **1.1.2. Misión.**

Asegurar la suplencia y ayuda de las necesidades básicas del paciente y usuarios, la detección, pronóstico y evolución de la enfermedad, brindándole atención integral con personal altamente capacitado cuya finalidad es disminuir el período de convalecía garantizando la recuperación y evitar la muerte.

### **1.1.3. Visión.**

Optimizar el servicio fortaleciendo el talento humano y potencializando la estructura física sumado a la logística a través de una prestación de salud con calidad, calidez, equidad, eficiencia y efectividad, lo que se reflejará en la disminución de la morbilidad y mortalidad.

### **1.1.4. Valores.**

- Atención integral de madre y recién nacido con abnegación y responsabilidad para satisfacer sus necesidades físicas, terapéuticas y emocionales, sin distinción de raza, credo o condición social.
- Ética profesional en el cumplimiento de las normas profesionales y procedimientos preestablecidos.
- Motivación para el cumplimiento de los objetivos institucionales.
- Empoderamiento de las metas sociales del Hospital.

- Protección y respeto a la vida para dar cumplimiento al derecho de los/as recién nacidos/as a un justo comienzo de su vida espiritual y física.
- Cumplimiento del consentimiento informado, para respetar el derecho a conocer y decidir sobre procedimientos y acciones inherentes a la salud y autocuidado.

### **1.1.5. Característica.**

El Hospital “Sagrado Corazón de Jesús”, corresponde con relación a la nomenclatura del Ministerio de Salud Pública del País, al área de salud N°2, Cantón Quevedo – Los Ríos, que como Centro Médico tiene asignado el Nivel 1, situación que actualmente no se compadece de la realidad, ya que por los abundantes casos de emergencias médicas, debería otorgárseles un nivel superior.

Está ubicado en la Parroquia 7 de Octubre de la ciudad de Quevedo, ocupando 5 hectáreas cuya utilización, ha ido abarcando por exigencias del propio desarrollo de la ciudad, cada vez más espacios para la construcción de edificios de administración, parqueaderos, morgue, capilla, centro de recreación, espacios libres, etc. Por supuesto es imprescindible que la institución se ciña a las exigencias del PLAN DE DESARROLLO DEL CANTÓN, ya ha sido elaborado y en cual tiene una propuesta como HOSPITAL REGIONAL.

### **1.1.6. Estructura orgánica.**

La estructura Organizacional por Procesos Transitoria del MSP, expedida mediante Resolución OSCIDI-2003-026 del 17 de julio del 2003, dispone que el área de Salud Hospital Sagrado Corazón de Jesús como unidad básica debe estar integrada por los siguientes niveles jerárquicos:

Nivel Directivo.	Director del Area 2
Nivel Asesor.	Gestión de Recursos Humanos. Gestión de Servicios Institucionales. Gestión de Enfermería. Gestión Financiera. Estadística. Coordinación.
Nivel Operativo.	Emergencia. Consulta Externa.

	Hospitalización.
Nivel de Apoyo Administrativo.	Sub centro Patricia Pilar Sub centro Mocache. Sub centro Valencia. Sub centro Buena Fe. Sub centro la Esperanza. Sub centro 7 de Octubre. Sub centro Santa Rosa. Sub centro Venus del Río Quevedo. Sub centro Pro Mejoras. Sub centro La Isla. Sub centro Nicolás Infante. Sub centro San Camilo. Sub centro San Carlos. Sub centro Viva Alfaro. Sub centro El Vergel. Sub centro Fumisa. Sub centro Infecciones y Transmisión Sexual. Sub centro Galo Plaza. Sub centro Nueva Unión.

### **1.1.7. *Objetivos de la Entidad.***

Según consta en el Plan Estratégico 2010 – 2015, los objetivos institucionales son:

- Contribuir al mejoramiento del nivel de salud y vida de la población.
- Brindar atención médica eficiente a la población que demanda servicios de salud.
- Coadyuvar al desarrollo técnico administrativo y científico en la prestación de salud y de las ciencias de la salud.

### **1.1.8. *Servicio con lo que cuenta***

#### **1.1.8.1. *Consulta Externa.***

Esta área atiende de lunes a viernes de manera interrumpida, estableciendo jornadas de 07h00 hasta 16h00, con un promedio de 12 pacientes por especialidad por el profesional

que atiende en esa área. Las áreas son: Medicina Interna, Pediatría, Gineco-obstetricia, Traumatología, Dermatología, Psicología, Anestesiología.

#### 1.1.8.2. Emergencia.

Atiende las 24 horas del día, los 365 días del año, su función es atender todo tipo de emergencias, las cuales se resuelven en función de la gravedad del paciente, se los ingresa para su atención inmediata o se los transfieren a hospitales de tercer nivel. Cuenta con área de cirugía menor donde se realizan procedimientos y técnicas; área de observación de niños, varones y mujeres y un área de aislamiento para casos de enfermedades infecto-contagiosas y un consultorio de emergencia donde se resuelven casos clínicos cuyo tratamiento no implica cirugía.

#### 1.1.8.3. Hospitalización.

En esta área se manejan los esquemas de tratamientos indicados por los especialistas, aplicados a los pacientes de manera correcta.

#### 1.1.8.4. Salas.

Medicina interna.

Cirugía.

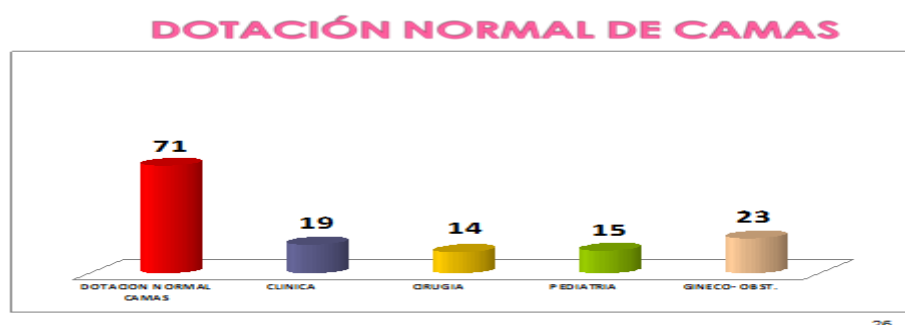
Pediatría.

Neonatología.

Gineco-Obstetricia.

Centro quirúrgico.

Sala de parto.



Además cuenta con los siguientes servicios:

Laboratorio, farmacia, departamento de Rayos X, departamento de vacunación, departamento de ecografía, departamento de epidemiología, departamento de control sanitario.

## **2. Marco conceptual.**

### **2.1. Sistema de salud.**

La 53ª Asamblea de la OMS celebrada el 10 de abril de 2000 define SISTEMA DE SALUD como “el conjunto de todas las organizaciones, instituciones y recursos dedicados a la actividad sanitaria”.

Por actividad sanitaria se entiende todo esfuerzo desplegado en el ámbito de los servicios de salud personales o de los servicios de salud pública, o bien en el desempeño de una actividad intersectorial, con el propósito principal de mejorar la salud humana.

Un MODELO DE ATENCIÓN A LA SALUD es “una construcción teórica que oficia como un sistema organizado de prácticas en el sector salud, capaz de ser replicado y que cuenta con diferentes grados de consenso social para su implementación. O sea que valida o invalida otras prácticas. Implícitamente en los modelos de atención coexisten concepciones sobre la persona humana y sus derechos, sobre la ética profesional, sobre la participación de los sujetos, sobre modelos explicativos de los procesos Salud – enfermedad – atención, de cura, estilos de vida, decisiones sobre el cuerpo de las personas y los colectivos” (Udelar, 2007)

#### **2.1.1. Modelo de atención integral en salud (MAIS)**

El MAIS, es el conjunto de políticas, normas, lineamientos, instrumentos y herramientas enfocadas en la salud familiar , comunitaria e intercultural que complementándose, organiza y descongestiona el Sistema Nacional de salud, permitiendo la integralidad de los tres niveles de atención en la red de salud (MSP, 2010).

El Modelo de Atención en el sistema Nacional de Salud, tiene un enfoque integrado, integral (promoción, prevención, curación y rehabilitación), con calidad y calidez, cuyas acciones se aplican en el individuo, familia, comunidad y medio ambiente; promoviendo además la participación social como estrategia fundamental en la solución de los problemas de salud de la comunidad.

Desde esta perspectiva, un MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL A LA SALUD distingue e incorpora las siguientes concepciones (MSP, 2012):

- ✓ La atención longitudinal
- ✓ La integración de los aspectos biológicos, psicológicos y sociales de la salud.
- ✓ La atención continua
- ✓ La atención integrada.
- ✓ El trabajo en equipo interdisciplinario
- ✓ El enfoque familiar y social
- ✓ La Participación comunitaria
- ✓ El énfasis en la Promoción de Salud

LA ATENCIÓN LONGITUDINAL DE LA PERSONA, se refiere al acompañamiento del profesional del proceso Salud enfermedad, desde que la persona nace hasta que muere, independientemente de que presente una patología. Por ende trasciende la asistencia a la patología concreta en un determinado momento de su vida (atención vertical).

EL MODELO BIOPSICOSOCIAL, que surge como alternativa al insuficiente modelo biomédico, considera los aspectos psicológicos y sociales de la persona como determinantes claves a la hora de valorar el proceso Salud – enfermedad de una persona.

LA ATENCIÓN CONTINUA, implica la responsabilidad del profesional actuante de garantizar el seguimiento del estado de Salud de la persona por los distintos servicios que conforman el Sistema Sanitario, así como la Red Sanitaria. O sea que implica un conocimiento apropiado del profesional de los mecanismos de referencia – contrarreferencia, y de las Instituciones que conforman la red con la que cuenta la comunidad referenciada.

LA ATENCIÓN INTEGRADA hace referencia a la necesaria interrelación de los aspectos asistenciales con los preventivos – promocionales en la actividad profesional cotidiana.

EL TRABAJO EN EQUIPO INTERDISCIPLINARIO implica una acción coordinada entre diversas personas, con un alto grado de compromiso hacia la realización de un propósito común, pero desde una forma particular de encuentro entre disciplinas. Interdisciplina viene del latín inter que significa “entre, en medio, entre varios”. Es un concepto que se refiere a la capacidad de poder trascender la mirada de cada disciplina generando un nuevo conocimiento.

Cada disciplina pone a disposición de las otras sus esquemas conceptuales, prestándolos al interjuego de asimilación y reformulación de los mismos, resultando por consiguiente un nuevo esquema.

La Multidisciplina se refiere a otra forma de encuentro entre disciplinas (multi del latín significa “muchos”); pero es un encuentro donde cada una de ellas participa con su cuerpo teórico y metodológico específico sin modificarlo. No existe un verdadero intercambio, pues cada disciplina aporta individualmente una respuesta.

El trabajo en interdisciplina implica un verdadero desafío para los profesionales de la Salud, pero es una forma de vincular que se debe de aprender, practicar, corregir y disfrutar con miras a poder contribuir a responder de forma Integral a los problemas de Salud de nuestros pacientes y sus familias.

EL ENFOQUE FAMILIAR Y SOCIAL exige una nueva mirada de “zoom imaginario” que le permite al profesional acercarse a un problema individual concreto, alejarse para poder ver el funcionamiento familiar ante ese problema individual, y finalmente distanciarse aún más para entender y conocer las respuestas de la comunidad frente a esa situación; o a la inversa cuando partimos de la familia o la comunidad como “problema” y nos acercamos al individuo.

Se trata de considerar a la familia y a la comunidad como determinantes del proceso – salud enfermedad, o sea como recursos claves a considerar en la práctica cotidiana.

LA PARTICIPACIÓN COMUNITARIA: del latín “participare” significa tomar parte. El diccionario de la Real Academia Española define la participación como “la acción de tomar parte en algún asunto en el que se tiene parte”. “La participación comunitaria es el proceso en virtud del cual los individuos y las familias asumen responsabilidades en cuanto su salud y bienestar propio, y los de la colectividad, y mejoran la capacidad de contribuir a su propio desarrollo económico y al comunitario” (OMS, 1978). Rifkin, definen la Participación Comunitaria como “un proceso social, donde grupos específicos con necesidades compartidas, que viven en un área geográfica definida, identifican activamente sus necesidades, toman decisiones y establecen mecanismos para solucionar esas necesidades” (Rifkin, 1988).

La participación comunitaria es mucho más que contribuir con trabajo o suministros; es participar en la toma de decisiones, para elegir un proyecto comunitario o grupal, planificarlo, implementarlo, gestionarlo, supervisarlo y controlarlo. El rol de los profesionales debe ser el de facilitador/a del proceso.



LA PROMOCIÓN DE LA SALUD: es una estrategia global, social y política que no concierne exclusivamente al sector sanitario. Definida en 1986 en Ottawa, “es el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla” (OMS, 1986).

### **2.1.2. Principios del modelo de atención integral de salud.**

Entre los principios del MAIS, se mencionan los siguientes principios (MSP, 2012)

- ❖ **Universalidad progresiva en el acceso y la cobertura:** Implica que los mecanismos de organización, provisión, gestión y financiamiento son adecuados y suficientes para cubrir a toda la población, eliminando las barreras de acceso a la salud.
- ❖ **Integralidad:** desde una visión multidimensional y biopsicosocial de la salud individual y colectiva, actuando sobre los riesgos y condiciones que afectan la salud; identificando y potenciando los factores protectores de la salud. Articula acciones de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación, cuidados paliativos de las personas, familias, comunidad y su entorno. Interrelaciona y complementa actividades sectoriales, ciudadanas, y los diversos sistemas médicos (medicina formal / medicinas ancestrales / medicinas alternativas).
- ❖ **Puerta de entrada:** Una nueva organización de los servicios que pasen de una estructura jerarquizada en la cual el hospital es el centro del sistema, a una estructura en Red que modifica la forma en que los niveles e instancias de atención se coordinan y se distribuyen sus funciones con la finalidad de acercarse a la población fundamentalmente a quienes más lo necesitan (equidad). El primer nivel de atención es la puerta de entrada al sistema nacional de salud, es decir al II y III nivel.
- ❖ **Equidad:** Eliminación de diferencias injustas en el estado de salud; acceso a la atención de la salud y ambientes saludables; trato equitativo en el sistema de salud y en otros servicios sociales. La equidad es un requisito para el desarrollo de las capacidades, las libertades y el ejercicio de los derechos de las personas.
- ❖ **Continuidad:** Es el seguimiento al estado de salud de las personas; las familias, el control de los riesgos y factores determinantes para la salud y su entorno; atención de cualquier episodio de enfermedad específica hasta su resolución o su rehabilitación.

- ❖ Participativo: Generando mecanismos que contribuyan a la participación activa de las personas y los colectivos en la toma de decisiones sobre las prioridades de intervención, la asignación y el uso de los recursos, y en la generación de una cultura de corresponsabilidad y auto cuidado.
- ❖ Desconcentrado: Transferencia de competencias de una entidad administrativa del nivel nacional a otra jerárquicamente dependiente (nivel zonal, distrital, local), siendo la primera la que mantiene la rectoría y asegura su calidad y buen cumplimiento.
- ❖ Eficiente, eficaz y de calidad: Optimización y uso racional de los recursos, orientados a la satisfacción de las necesidades de las personas, principalmente de los grupos poblacionales más desprotegidos o en situación de riesgo. La eficiencia del gasto se define como la implementación de mecanismos y procedimientos que garanticen el uso adecuado y un mayor rendimiento de los recursos.
- ❖ Que la expresión médico-paciente que reflejaba la relación entre la comunidad y la institución en el anterior modelo, se cambia a la relación equipo de salud-persona sujeto de derechos o ciudadano<sup>45</sup>.
- ❖ Que la gestión y atención busque no solo resultados institucionales sino fundamentalmente resultados de impacto social, para mejorar la calidad de vida de la población.

### **2.1.3. Sustento legal del MAIS.**

*Constitución de la República* (Registro Oficial Nº 449, 2008).

La Constitución aprobada en el 2008 constituye el marco normativo que rige la organización y vida democrática del país, representa un nuevo pacto social para la garantía y ejercicio de los derechos y responsabilidades en función del logro del Buen Vivir, el Sumak Kausay.

Desde la perspectiva de una concepción integral de la salud y de la visión integradora del marco constitucional, varios de sus capítulos y articulados establecen derechos y garantías que se relacionan con la generación de condiciones saludables.

## Cap. II “DERECHOS DEL BUEN VIVIR”

### Sección 7

Art. 32 La Salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos, y otros que sustenten el buen vivir.

Sobre el Sistema Nacional de Salud (SNS) en los artículos 358, 359, 360 y 361 establecen su creación, los principios, los componentes, características y garantías que debe cumplir para garantizar el derecho a la salud de toda la población. Establece también las características del Modelo Integral de Salud y la estructuración de la Red Pública de Salud.

En el Art. 361 establece que los servicios públicos de salud serán universales y gratuitos, señala que “el Estado ejercerá la rectoría del sistema a través de la autoridad sanitaria nacional será responsable de formular la política nacional de salud, y normará, regulará y controlará todas las actividades relacionadas con la salud, así como el funcionamiento de las entidades del sector.”;

*Ley Orgánica de Salud* (Registro Oficial Nº 423, 2006).

Art 4, La autoridad sanitaria nacional es el Ministerio de Salud Pública entidad a la que corresponde el ejercicio de las funciones de rectoría en salud; así como la responsabilidad de la aplicación, control y vigilancia del cumplimiento de esta ley; y, las normas que dice para su plena vigencia será obligatorias”.

Art. 6, Es responsabilidad del Ministerio de Salud Pública... literal 5, regular y vigilar la aplicación de las normas técnicas para la detección, prevención, atención integral y rehabilitación, de enfermedades transmisibles, no transmisibles, crónico-degenerativas, discapacidades y problemas de salud pública declarados prioritarios y determinar las enfermedades transmisibles de notificación obligatoria, garantizando la confidencialidad de la información.

*Tipología para homologar los establecimientos de salud por niveles de atención del Sistema Nacional de Salud* (Registro Oficial Nº 457, 2011).

Los establecimientos de servicios de salud, se clasifican por nivel de atención y de acuerdo a su capacidad resolutive en:

Primer nivel de atención.

Segundo nivel de atención.

Tercer nivel de atención.

Además existirá un sistema nacional de atención de emergencia.

#### I NIVEL DE ATENCIÓN

El I Nivel de Atención se clasifica en los siguientes tipos de establecimientos:

- 1.1 Puesto De Salud
- 1.2 Consultorio General
- 1.3 Centro de Salud rural
- 1.4 Centro de salud urbano
- 1.5 Centro de Salud Urbano de 12 horas
- 1.6 Centro de Salud Urbano de 24 horas

Estos establecimientos podrán contar con el apoyo de unidades móviles de medicina general 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

#### II NIVEL DE ATENCIÓN

El II Nivel de atención se clasifica en los siguientes tipos de establecimientos:

##### AMBULATORIO

- II. 1 Consultorio de Especialidad(es) Clínico-Quirúrgicas
- II .2 Centro de Especialidades.
- II .3 Centro Clínico-Quirúrgico Ambulatorio (Hospital del Día)

##### HOSPITALARIO

- II. 5 Hospital Básico.
- II. 6 Hospital General.

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.

#### III NIVEL DE ATENCIÓN

El III Nivel de Atención se clasifica en los siguientes tipos de establecimientos:

Ambulatorio

III. 1 Centro especializado.

Hospitalario

III. 2 Hospital Especializado.

III. 3 Hospital de Especialidades.

## 2.2 Modelo de Referencia y Contrarreferencia.

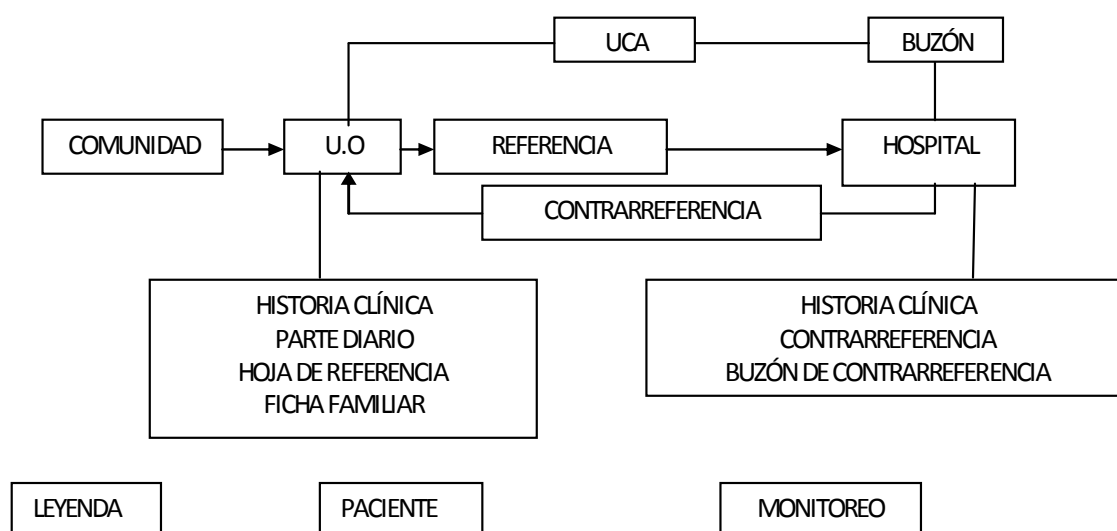


Figura Nº1: Modelo de Referencia y Contrarreferencia.

### 2.2.1. Sistema de referencia y contrarreferencia

Se le llama Sistema de Referencia y Contrarreferencia al procedimiento médico administrativo entre unidades operativas de los tres niveles de atención para facilitar el envío-recepción regreso de pacientes, con el propósito de brindar atención médica oportuna, integral y de salud (Valenzuela, 2009).

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.

#### 2.2.1.1. *Qué es la referencia*

Es el procedimiento administrativo y asistencial por el cual se deriva a usuarios y elementos de diagnóstico (muestras biológicas, solicitud de exámenes de radiología, etc.), de una institución de menor capacidad resolutive a otra de mayor complejidad donde se garantiza al usuario una atención acorde a sus necesidades en términos de diagnóstico, terapéutica o rehabilitación en el marco de la eficacia y la integralidad, teniendo en cuenta la conformación de las redes para lograr una mayor eficiencia en los recursos del sistema y un menor impacto social en el usuario del sistema (Secretaría de Salud, 2012).

#### 2.2.1.2. *Qué es la contrarreferencia.*

Es el conjunto de actividades administrativas y asistenciales mediante las cuales retorna el paciente o los resultados de procedimientos diagnósticos desde la institución a la cual se realizó la referencia a la institución receptora donde por su nivel de complejidad el paciente debe ser trasladado con las debidas recomendaciones diagnósticas o terapéuticas (plan de manejo ) y la información sobre la atención brindada o el resultado de las ayudas diagnósticas implementadas (Secretaría de Salud, 2012).

#### 2.2.1.3. Propósito del SRC.

Las principales motivaciones de las autoridades de salud para promover la aplicación de un SRC se basan en tres grandes ámbitos de preocupación: garantizar la calidad, continuidad y seguimiento de los servicios; controlar los costos y el uso de recursos escasos; así como asegurar la satisfacción tanto de los pacientes como de los proveedores.

El propósito del SRC es gestionar la demanda por los distintos 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. Es importante señalar que la demanda de servicios de salud se puede clasificar en demanda espontanea, es decir el usuario se dirige a cierto establecimiento por su propia iniciativa, y demanda inducida, que se origina por la derivación o referencia de un trabajador del sistema de salud. En ambos casos, el SRC ayuda a asegurar que el paciente sea atendido de acuerdo a su necesidad (Socios para la reforma del Sector Salud, 2004).

De esta manera el SRC constituye una herramienta de gestión importante que busca que se respeten y cumplan efectivamente los principios de eficiencia productiva y económica al igual que los principios de equidad vertical y horizontal en el acceso a los servicios de salud.



Figura 2: Propósito de un SRC: Crear valor público

Fuente: Socios para la reforma del sector salud, cartilla política, 2004

#### 2.2.1.4. *Uso de la herramienta*

Los SRC son herramientas útiles para ayudar a controlar 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), contribuyendo así a hacer todo el sistema más eficiente.

Alteraciones de la utilización de servicios de salud por demanda inapropiada (Socios para la reforma del Sector Salud, 2004)

	Ejemplo	Consecuencia
Sobreutilización de Servicios	Pacientes acuden a urgencias y emergencias para solucionar problemas de salud que se pueden resolver por consulta ambulatoria.	Sobreutilización de personal y recursos disponibles en emergencia
Subutilización de los servicios disponibles	Médico refiere al paciente a hospital de tercer nivel en otra ciudad para un examen, en lugar de solicitarlo al hospital	Subutilización del equipo del hospital regional de segundo nivel y sobreutilización con excesiva

	regional de segundo nivel (por falta de conocimiento de la cartera de servicios del hospital)	lista de espera del equipo del hospital de tercer nivel
--	---	---

### 2.2.2. Principios generales de la distribución de las tareas entre el primer nivel y el nivel de referencia hospitalaria (Registro Oficial Nº 563, 2002).

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.
2. El hospital complementa 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.

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.
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.



### 2.2.3. 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 (MSP, 2004):

1. Pacientes que fueron referidos y su referencia se justifica (verdadero+)
2. Pacientes referidos pero que no había necesidad de hacerlo (falso+)
3. Pacientes que no fueron referidos pero se debió hacerlo (falso-)
4. Pacientes que no fueron referidos y se justificó este hecho (verdadero-)

Está claro que las categorías 3 y 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.

Indicadores que miden el funcionamiento del sistema de referencia:

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

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

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

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

$$\text{Tasa de Cumplimiento} = \frac{\text{Total de Referencias Cumplidas}}{\text{Total de Referencias Solicitadas}} \times 100$$

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 referencia, excepción hecha en la consulta de especialidad que se realiza en días específicos).

Tasa de contrarreferencias; es la relación entre el total de contrarreferencias, dividido para el total de referencias solicitadas multiplicado por 100

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

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

$$\text{Tasa se Cumplimiento} = \frac{\text{Total de Referencias cumplidas}}{\text{Total de Contrarreferencias}} \times 100$$

El estándar ideal es menor al 10% de las referencias injustificadas

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

El cálculo del primer indicador propuesto es importante analizarlo por cada subcentro 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 deberán haber sido referidos pero que en la realidad no lo fueron (demora por culpa del profesional).

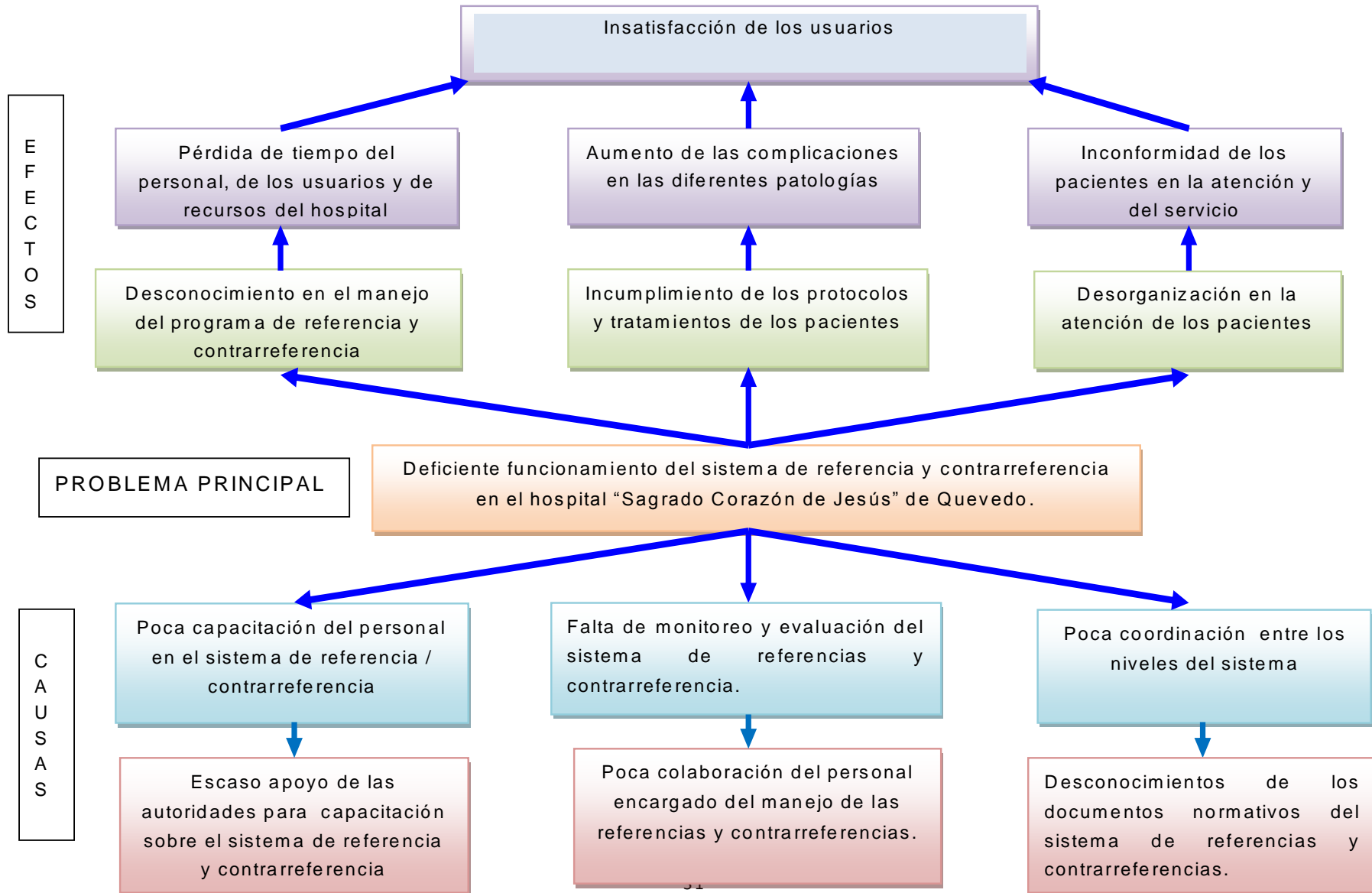
**CAPÍTULO II**  
**DISEÑO METODOLÓGICO**

**1. Análisis de situación.- Matriz de involucrados.**

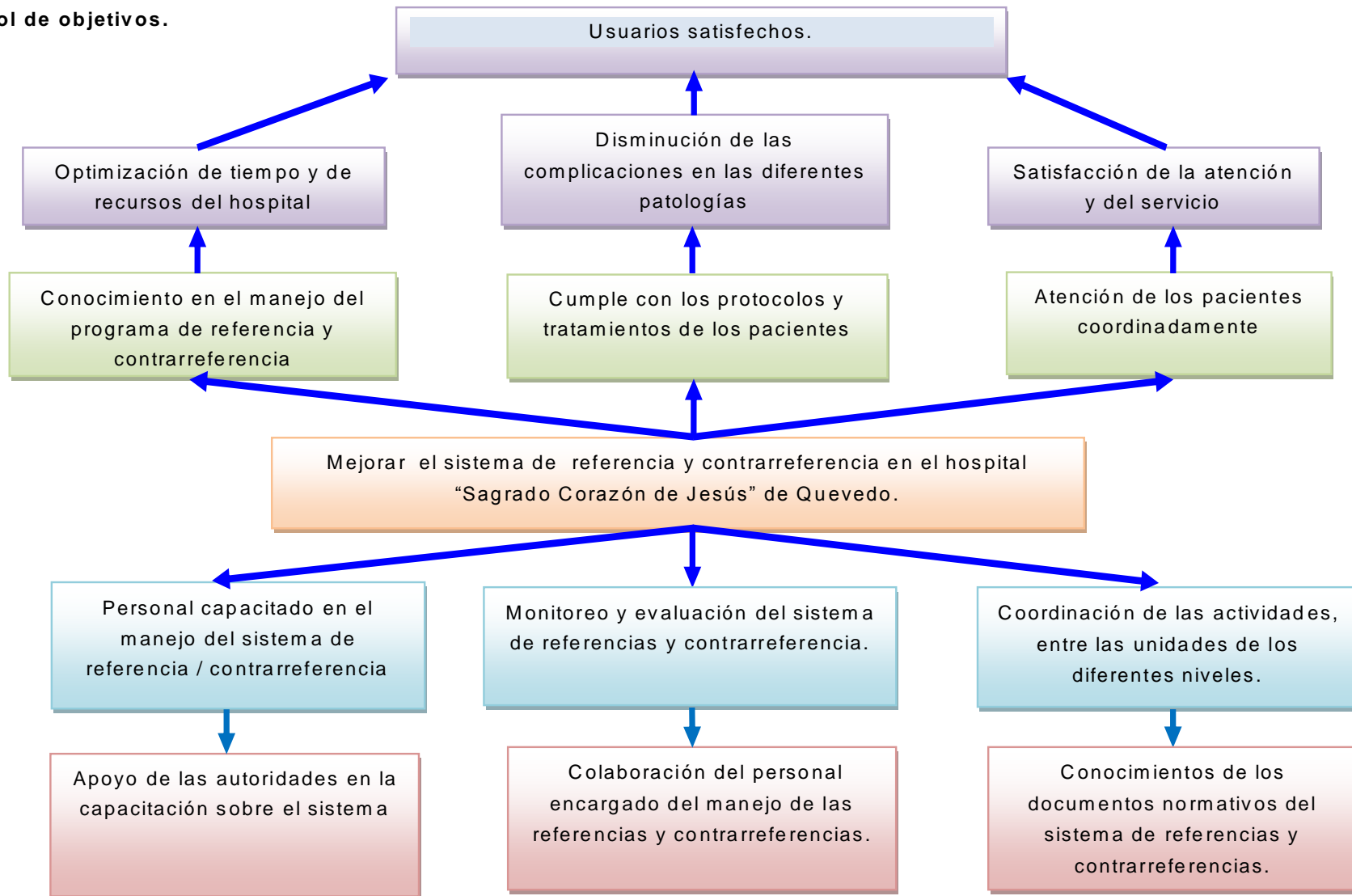
GRUPOS	INTERESES	RECURSOS Y MANDATOS	PROBLEMAS PERCIBIDOS.
Director del Hospital.	Que el programa funcione con la colaboración del personal y los usuarios	Recursos: Humanos, materiales y económicos  Mandatos.  Manual de Referencia y Contrarreferencia.  Ley de amparo y protección del paciente	Poca colaboración del personal encargado del manejo de las referencias.  Falta de concientización del personal de salud y de los usuarios.  Referencias realizadas a solicitud de usuarios y con patologías que pueden ser solucionadas en el primer nivel de atención.  Poca capacitación en el manejo de la referencia y contrarreferencia.
Personal de salud del Hospital	Pertinencia de las referencias	Recursos: Humanos y técnicos  Mandato: Manual de Referencia y Contrarreferencia.	Referencias injustificadas de las otras áreas de influencia al hospital.  Saturación de pacientes en área de emergencia.  Falta de seguimiento a la enfermedad.

			<p>Falta de monitoreo y evaluación del sistema de referencia y contrarreferencia.</p> <p>Falta de capacitación de profesionales de salud en el adecuado manejo y transporte de paciente de acuerdo al sistema de referencia y contrarreferencia.</p>
Pacientes y sus familiares.	Que se les brinde mejor atención, con los mejores resultados y en el menor tiempo posible.	<p>Recursos: Humanos</p> <p>Mandato: Ley de amparo y protección del paciente</p>	<p>No se les da la información suficiente de la enfermedad.</p> <p>Ambulancias deterioradas y en mal estado.</p>
Maestrante	Contribuir a mejorar el sistema de referencia y contrarreferencia del hospital.	<p>Recursos: Humanos, y técnicos.</p> <p>Mandato: Ley de amparo y protección del paciente.</p>	<p>Visión fragmentada de los problemas de salud y de atención al paciente.</p> <p>Poco involucramiento de las necesidades de los usuarios.</p> <p>Desconocimientos de los documentos normativos del sistema de referencias y contrarreferencias.</p>

## 2. Árbol de problemas.



### 3. Árbol de objetivos.



#### 4. Matriz marco lógico.

OBJETIVO	INDICADORES	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	SUPUESTO
<p><b>FIN</b></p> <p>Lograr la satisfacción de los usuarios en el Hospital Sagrado Corazón de Jesús</p>			<p>Apoyo de los directivos y del personal del hospital, así como de los usuarios externos.</p> <p>Presupuesto</p>
<p><b>PROPOSITO</b></p> <p>Mejorar el sistema de referencia y contrarreferencia en el hospital "Sagrado Corazón de Jesús" de Quevedo.</p>	<p>Mejorar la referencia y contrarreferencia en el 90% hasta Diciembre del 2012.</p>	<p>Reportes de formularios de referencia y contrarreferencia.</p> <p>Plan de capacitación.</p> <p>Registro de asistencia</p>	<p>Apoyo de los directivos y del personal del hospital.</p>
<p><b>RESULTADOS ESPERADOS</b></p> <p>1. Personal capacitado en el manejo del sistema de referencia / contrarreferencia.</p>	<p>El 100% del personal está capacitado hasta diciembre del 2012</p>	<p>Solicitud de permiso.</p> <p>Plan de capacitación</p> <p>Listas de registro de asistencia a las capacitaciones.</p> <p>Sistema de evaluación.</p> <p>Informe</p> <p>Evidencia fotográfica</p>	<p>Participación activa del personal de salud.</p>



2. Se realiza el monitoreo y evaluación de la referencia y contrarreferencia.	El 100% del monitoreo y evaluación se cumple hasta marzo del 2013	Plan de supervisión. Guía de supervisión Informe Registro de formulario de referencia y contrarreferencia	Apoyo de los directivos del hospital. Participación activa del personal involucrado
3. Actividades, entre las unidades de los diferentes niveles coordinadas	100% de actividades de coordinación hasta marzo del 2013	Solicitud. Registros estadísticos	Apoyo y colaboración del personal del hospital y del director y personal de las unidades de primer nivel
<b>ACTIVIDADES</b>	<b>RESPONSABLES</b>	<b>CRONOGRAMA</b>	<b>RECURSOS</b>
<b>RESULTADO ESPERADO 1:</b> Personal capacitado en el manejo del sistema de referencia / contrarreferencia.			
<b>A.1.1.</b> Reunión con directivos del área 2 para presentar el Plan de capacitación.	Maestrante	Viernes 18 de septiembre del 2012	Costo: 100
<b>A.1.2</b> Tres talleres con las siguientes temáticas: Taller 1: - Marco legal del manual de referencia y contrarreferencia del MSP. - Modelo de Atención de Salud MAIS - Caracterización de los niveles de salud.	Maestrante Expositora	1º taller el día 10 de octubre del 2012	Conferencistas, audiovisuales y logística Costo: \$. 850

<ul style="list-style-type: none"> <li>- Organización de áreas de salud.</li> <li>- Características de los servicios de salud.</li> </ul> <p>Taller 2:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Referencia y contrarreferencia.</li> <li>- Ventajas del modelo.</li> <li>- Principios generales de la distribución de las tareas entre el primer nivel y el nivel de referencia hospitalaria.</li> <li>- Modelo para la toma de decisiones.</li> <li>- Normas y procedimientos para la referencia.</li> <li>- Normas y procedimientos para la contrarreferencia.</li> <li>- Categorías de referencia.</li> <li>- Monitoreo y evaluación del sistema de referencia.</li> <li>- Manejo de indicadores.</li> </ul> <p>Taller 3:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Responsables del manejo de la información</li> <li>- Manejo de instructivo.</li> </ul> <p>Los talleres están dirigido al personal médico de las 19 unidades operativas y del hospital del área 2</p>		<p>2º taller los días 17 y 18 de octubre del 2012.</p> <p>3º taller los días 24 de octubre del 2012.</p>	
--	--	--	--

<b>A.1.3</b> Evaluación de la capacitación.	Maestrante	octubre 24 del 2012	Hoja de evaluación. Costo: \$. 25 copias.
<b>A.1.4</b> Informe de la capacitación.	Maestrante	octubre 31 del 2012	Costo: \$. 100
<b>RESULTADO ESPERADO 2:</b> Se realiza el monitoreo y evaluación de la referencia y contrarreferencia.			
<b>A.2.1</b> -Plan de supervisión de los formularios de referencia y contrarreferencia.	Maestrante	noviembre 7 del 2012	Costo: \$. 50
<b>A.2.2</b> -Visitas mensuales a las diferentes unidades para verificar el manejo del sistema de referencia y contrarreferencia.	Maestrante	Noviembre, diciembre/2012 Enero, febrero, marzo, abril del 2013	Costo \$ 250
<b>A.2.3</b> Elaboración de informe del monitoreo y evaluación	Maestrante	Abril del 2013	Costo: \$. 150
<b>RESULTADO ESPERADO 3:</b> Actividades realizadas entre las unidades de los diferentes niveles.			
<b>A.3.1.</b> Elaboración del Flujo de referencias y contrarreferencias de pacientes al Hospital.	Maestrante	Abril del 2013	Costo: \$. 150

<b>A.3.2-</b> Análisis mensual de referencias y contrarreferencias en el año 2012	Maestrante	Abril del 2013	Costo: \$. 25
<b>A.3.3.</b> Análisis de los resultados de las referencias por especialidad, patologías y unidades Operativas del Área 2	Maestrante	Mayo del 2013	Costo: \$. 25
<b>A.3.4-</b> Análisis de resultados de la verificación de las referencias oportunas del 1er nivel de atención.	Maestrante	Mayo del 2013	Costo: \$. 25

## **CAPÍTULO III**

### **DISCUSIÓN DE RESULTADOS Y ANÁLISIS**

## **Resultado Nº 1**

**Personal médico de las unidades operativas y del hospital sagrado Corazón de Jesús, capacitado en el manejo del sistema de referencia / contrarreferencia.**

**Indicador:** El 100% del Personal médico es Capacitado en el manejo del sistema de referencia / contrarreferencia.

Para lograr los resultados se realizaron las siguientes *actividades*:

### **1.1. Reunión con directivo del área 2 para presentar el Plan de capacitación.**

Para efectuar esta actividad fue necesaria una reunión con el director del área 2 Dr. Alfonso Soria, participando además la Lic. María Aguirre en calidad de Coordinadora de Procesos, presentándoles a ellos el plan de capacitación, el mismo que fue aceptado para su ejecución en el tiempo previsto según cronograma. Adjunto certificación del Director y plan de capacitación (Anexo 2, 3, 4, 5, 7).

### **1.2. Desarrollo de los Talleres con las siguientes temáticas:**

Para el cumplimiento de estas actividades, se procedió a capacitar al personal médico de las 19 unidades de salud y del hospital Sagrado Corazón de Jesús, en la aplicación del sistema de referencia y contrarreferencia. Fueron 3 talleres cada semana del mes de noviembre, previo a ello se realizó el oficio de permiso para la asistencia a la capacitación. (Anexo 4, 5, 6, 8, 13).

Taller 1: 11 de octubre del 2012.

- Marco legal del manual de referencia y contrarreferencia del MSP - Revisión del marco legal: Análisis del art. 32 y 360 de la Ley de la Constitución.
- Modelo de atención de salud MAIS.
- Caracterización de los niveles de salud.
- Organización de áreas de salud.
- Características de los servicios de salud.

Taller 2: 17 y 18 de octubre del 2012.

- Referencia y contrarreferencia.
- Ventajas del modelo.

- Principios generales de la distribución de las tareas entre el primer nivel y el nivel de referencia hospitalaria.
- Modelo para la toma de decisiones.
- Normas y procedimientos para la referencia.
- Normas y procedimientos para la contrarreferencia.
- Categorías de referencia.
- Monitoreo y evaluación del sistema de referencia.
- Manejo de indicadores.

Taller 3: 24 de octubre del 2012.

- Responsables del manejo de la información.
- Manejo de instructivo.

Esta capacitación se la efectuó en el mes de octubre del 2012. Adjunto fotografías (Anexo 13).

### **1.3. Evaluación de la capacitación.**

Para el cumplimiento de estas actividades, se procedió a realizar una ficha de evaluación, la misma que fue entregada a los asistentes al evento de capacitación en el último taller, y así evaluar el trabajo de los facilitadores en relación a la presentación y aprendizaje (Anexo 4).

### **1.4. Informe de la capacitación.**

Para el cumplimiento de estas actividades, se elaboró el informe del evento una vez concluido la capacitación (Anexo 8).

## **Memoria técnica N°1.1**

**Grupo meta:** Directivos del área 2

**Eventos:** Reunión con directivo del área 2 para presentar el Plan de capacitación.

**Lugar:** Dirección

**Fecha:** 21 de septiembre de 2012

**Duración:** 45 minutos

**Facilitadores responsables:** Dr. Guillermo Alexander Reyes Blum

**Objetivo general:** Difundir el plan de capacitación para el mejoramiento del sistema de referencia y contrarreferencia del área.

### **Metodología, técnicas y materiales empleados:**

Para el cumplimiento de la actividad propuesta se mantuvo primeramente un diálogo para agenda de cita con el director del área, establecida la cita se procedió a la reunión en presencia del Dr. Alfonso Soria y la Lic. María Aguirre, presentándole el plan de capacitación como necesidad de mejoramiento del sistema de referencia y contrarreferencia de las unidades operativas y el hospital

Técnica aplicada: el diálogo.

Materiales empleados: plan de capacitación, infocus, laptus.

### **Desarrollo:**

Entrega del plan de capacitación al director del área, revisión de cronograma y de temática a tratarse. (Anexo 3, 5)

### **Compromisos:**

Las autoridades se comprometieron a brindar todas las facilidades logísticas durante la capacitación.

### **Observaciones y sugerencias**

Disponibilidad del ambiente para la capacitación.

Movimiento de jornada de capacitación en el programa.



## **Memoria técnica N°1. 2**

**Grupo meta:** Personal médico del área 2

**Eventos:** Desarrollo de los Talleres.

**Lugar:** Auditorium del hospital.

**Fecha:** 11 al 24 de septiembre 2012

**Duración:** 6 horas

**Facilitadores responsables:** Dr. Guillermo Alexander Reyes Blum y Dra. Nadia Álvarez.

**Objetivo general:** Capacitar al personal médico en el sistema de referencia y contrarreferencia del área para su mejoramiento.

### **Metodología, técnicas y materiales empleados:**

Para el cumplimiento de la actividad propuesta se realizó la capacitación al personal médico de las 19 unidades de salud y del hospital Sagrado Corazón de Jesús, para el manejo adecuado de sistema de referencia y contrarreferencia, y así evitar su demanda injustificada.

Técnica aplicada: expositiva, taller pedagógico.

Materiales empleados: infocus, laptus, marcadores tiza líquida, etc.

### **Desarrollo:**

Cumplimiento de temática de acuerdo al cronograma planteado.

Registro de firmas para asistencia en cada día de capacitación. Fotografías. (Anexo 13)

### **Compromisos:**

El equipo médico se comprometió en manejar adecuadamente el formulario de referencia y contrarreferencia

### **Observaciones y sugerencias**

La capacitación permitirá al personal médico optimizar el sistema y mejorar la calidad del servicio de las diferentes unidades de salud y del área hospitalaria.

## **Memoria técnica N°1. 3**

**Grupo meta:** Personal médico del área 2

**Eventos:** Evaluación de la capacitación.

**Lugar:** Auditorium del hospital.

**Fecha:** 24 de octubre 2012

**Duración:** 45 minuto

**Facilitadores responsables:** Dr. Guillermo Alexander Reyes Blum

**Objetivo general:** Evaluar las expectativas de la capacitación recibida.

### **Metodología, técnicas y materiales empleados:**

Para el cumplimiento de estas actividades, se procedió a realizar una ficha de evaluación, la misma que fue entregada a los asistentes para su contestación, evaluando el trabajo de los facilitadores en relación a la presentación y aprendizaje. (Anexo 6)

Técnica aplicada: Diálogo,

Materiales empleados: guía de evaluación.

### **Desarrollo:**

Aplicación de la ficha de evaluación. (Anexo 4)

### **Compromisos:**

Manejo de la escucha activa y actitud positiva durante la evaluación.

### **Observaciones y sugerencias**

El equipo médico responde de manera autónoma la evaluación y se compromete en mejorar el sistema de referencia y contrarreferencia.

## **Memoria técnica N°1. 4**

**Grupo meta:** Personal médico del área 2

**Eventos:** Informe de la capacitación.

**Lugar:** Auditorium del hospital.

**Fecha:** 31 de octubre del 2012

**Duración:** 1 semana

**Facilitadores responsables:** Dr. Guillermo Alexander Reyes Blum

**Objetivo general:** Elaborar el informe del programa de capacitación

### **Metodología, técnicas y materiales empleados:**

Para el cumplimiento de estas actividades, se elaboró el informe del evento una vez concluido la capacitación. (Anexo 8)

Materiales empleados: material informático.

### **Desarrollo:**

Comprensión de las temáticas expuestas por los facilitadores.

Participación activa e involucramiento en los trabajos de grupo.

Asistieron 19 médicos de las diferentes unidades de salud y 11 médicos tanto del área de consulta como de emergencia.

Empoderamiento del 100% del personal médico capacitado.

### **Compromisos:**

Adquirido las destrezas y habilidades para su uso correcto de las referencias y contrarreferencias el personal se comprometió a disminuir la incidencia de demandas injustificadas.

### **Observaciones y sugerencias**

Mejoramiento del sistema de referencia y contrarreferencia.

## **Resultado. 1**

### **1.1. Reunión con directivo del área 2 para presentar el Plan de capacitación.**

**Directivos con conocimientos del 100% del plan de capacitación para mejorar el sistema de referencia y contrarreferencia.**

#### **Análisis:**

En la reunión mantenida con las dos autoridades del área 2 Dr. Luís Alfonso Soria y la Lic. María Aguirre, se consigue el sumillado de autorización para el desarrollo de la capacitación al personal médico de las 19 unidades operativas y del personal del hospital, comprometiéndose a brindar las facilidades de permiso a todo el personal médico de los subcentros y a la prestación del recurso logístico para la realización del evento.

## 1.2 Desarrollo de la capacitación en los talleres.

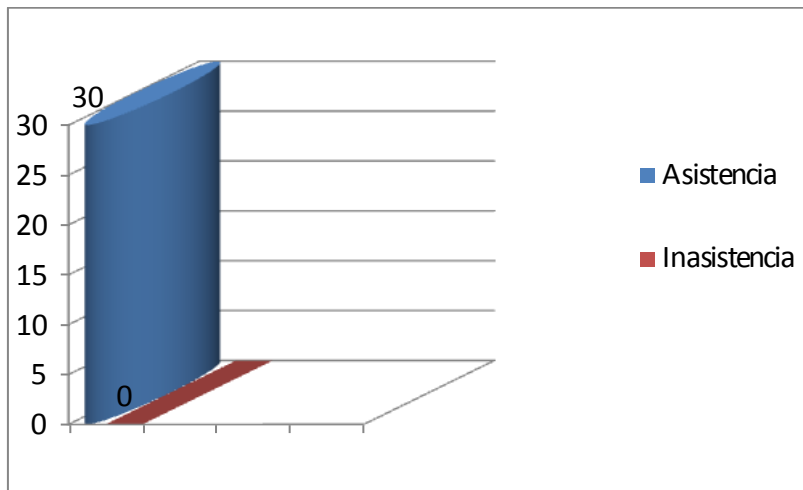
### 1.2.1. Participantes asistentes al evento.

Tabla N°1: Asistentes al evento.

Detalle	N°	%
Asistencia	30	100%
Inasistencia	0	0%

*Fuente:* Personal Médico del Área 2, Quevedo.  
*Realizado por:* Dr. Guillermo Reyes Blum.

Gráfico N°1: Asistentes al evento.



*Fuente:* Personal Médico del Área 2, Quevedo.  
*Realizado por:* Dr. Guillermo Reyes Blum.

### **Análisis:**

En el evento de capacitación asistieron regularmente 30 Médicos de los diferentes Subcentros y Hospital que conforma el Área 2 de Quevedo.

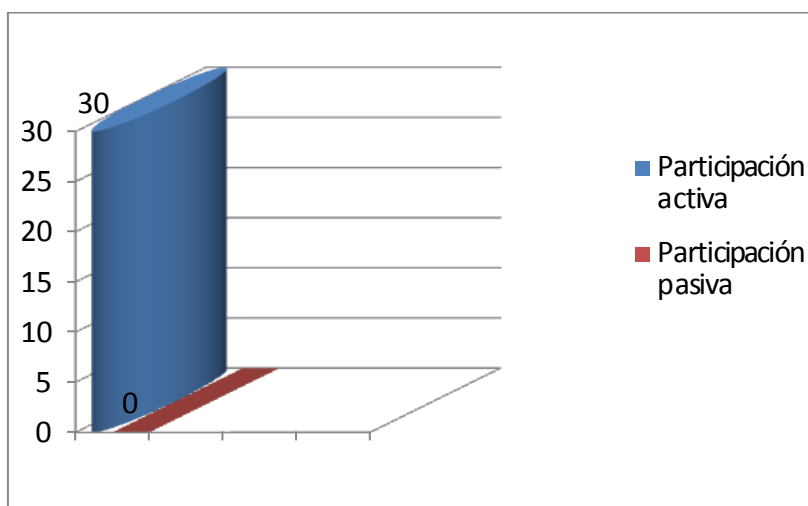
## 1.2.2. Nivel de participación de asistentes al evento.

Tabla N°2: Nivel de participación.

Detalle	N°	%
Participación activa	30	100%
Participación pasiva	0	0%

*Fuente:* Personal Médico del Área 2, Quevedo.  
*Realizado por:* Dr. Guillermo Reyes Blum.

Gráfico N°2: Nivel de participación.



*Fuente:* Personal Médico del Área 2, Quevedo.  
*Realizado por:* Dr. Guillermo Reyes Blum.

### **Análisis:**

En la observación durante el proceso de la capacitación los asistentes mantuvieron una participación activa durante la jornada.

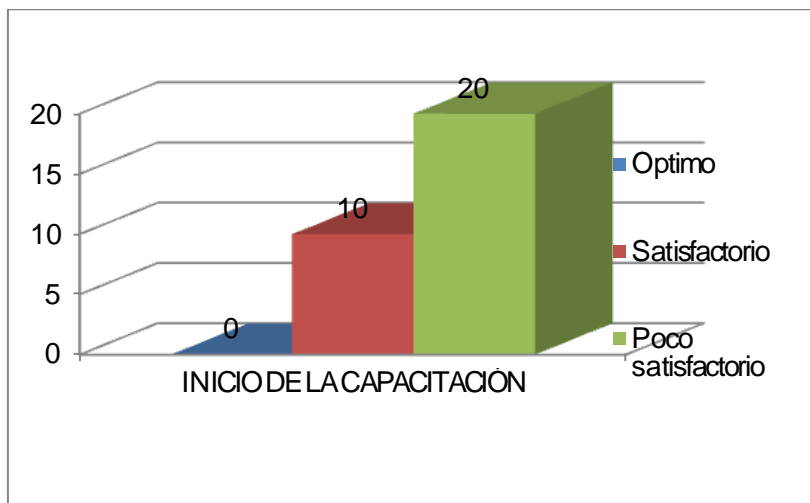
### 1.2.3. Nivel de dominio conceptual del sistema de referencia y contrarreferencia a inicio de la capacitación en los asistentes.

Tabla N°3: Nivel de dominio a inicio de la capacitación.

Detalle	N°	%
Optimo.	0	0%
Satisfactorio	10	33%
Poco satisfactorio	20	67%

*Fuente:* Personal Médico del Área 2, Quevedo.  
*Realizado por:* Dr. Guillermo Reyes Blum.

Gráfico N°3: Nivel de dominio a inicio de la capacitación.



*Fuente:* Personal Médico del Área 2, Quevedo.  
*Realizado por:* Dr. Guillermo Reyes Blum.

#### **Análisis:**

Según los resultados se concluye que la capacitación fue exitosa, los participantes asistieron en su totalidad durante los 4 días programados de la capacitación, demostrando una predisposición y motivación al evento al observarse una actuación activa que generó un aprendizaje significativo, conllevando a una disminución de las demandas injustificadas de referencias, ya que al inicio de la capacitación se apreció falencias en su manejo.

### 1.3. Evaluación de la capacitación.

#### 1.3.1. Claridad de la presentación.

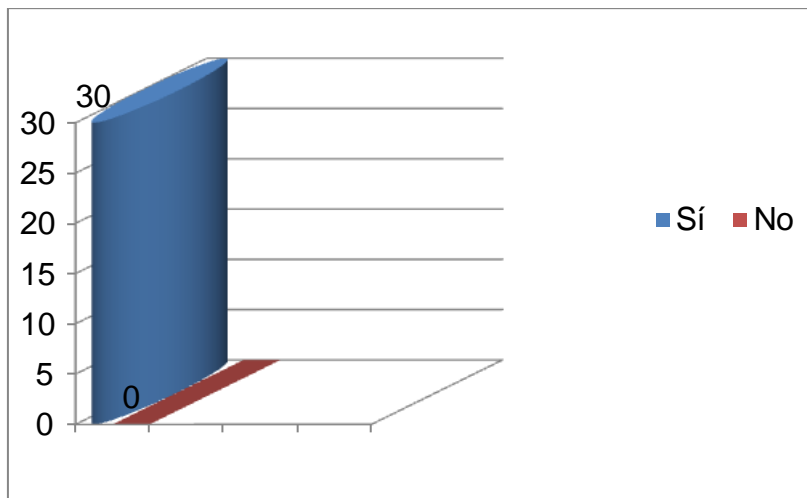
##### 1.3.1.1. Objetivos claros.

Tabla N°4: Presentación de objetivos claros en la capacitación.

Detalle	N°	%
Sí	30	100%
No	0	0%

*Fuente:* Personal Médico del Área 2, Quevedo.  
*Realizado por:* Dr. Guillermo Reyes Blum.

Gráfico N°4: Presentación de objetivos claros en la capacitación.



*Fuente:* Personal Médico del Área 2, Quevedo.  
*Realizado por:* Dr. Guillermo Reyes Blum.

#### **Análisis:**

Los resultados demuestran que los objetivos presentados en la capacitación fueron, lo que permitió que el personal de salud del Área 2 comprenda la importancia de realizar un buen manejo del sistema de referencia y se comprometió a su aplicación.



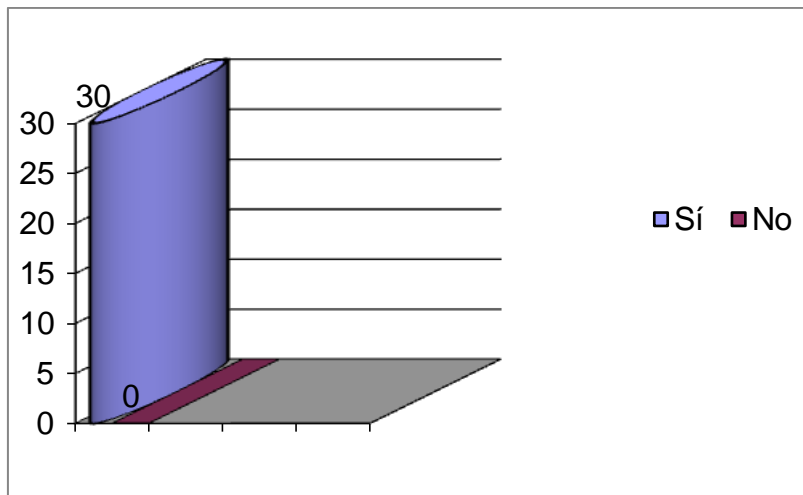
### 1.3.1.2. Materiales adecuados.

Tabla N°5: Presentación de materiales adecuados en la capacitación.

Detalle	N°	%
Sí	30	100%
No	0	0%

*Fuente:* Personal Médico del Área 2, Quevedo.  
*Realizado por:* Dr. Guillermo Reyes Blum

Gráfico N°5: Presentación de materiales adecuados en la capacitación.



*Fuente:* Personal Médico del Área 2, Quevedo.  
*Realizado por:* Dr. Guillermo Reyes Blum

#### **Análisis:**

Los resultados demuestran la satisfacción de los asistentes en relación a la presentación de los materiales durante la jornada de capacitación, lo cual facilitó la comprensión de los temas tratados.

### 1.3.1.3. Secuencia de contenidos apropiada

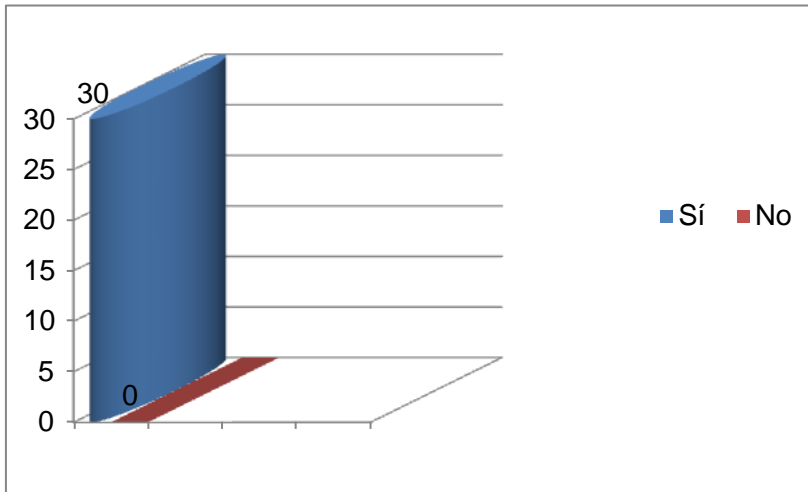
Tabla N°6: Secuencia apropiadas de contenidos durante la capacitación.

Detalle	N°	%
Sí	30	100%
No	0	0%

*Fuente:* Personal Médico del Área 2, Quevedo.

*Realizado por:* Dr. Guillermo Reyes Blum.

Gráfico N°6: Secuencia apropiadas de contenidos durante la capacitación.



*Fuente:* Personal Médico del Área 2, Quevedo.

*Realizado por:* Dr. Guillermo Reyes Blum.

#### **Análisis:**

Los asistentes estuvieron complacidos de la secuencia de contenidos, lo que benefició la asimilación de la información de manera didáctica para su manejo apropiado en el ejercicio profesional.

### 1.3.2. Aprendizaje significativo

#### 1.3.2.1. Generó aprendizaje significativo

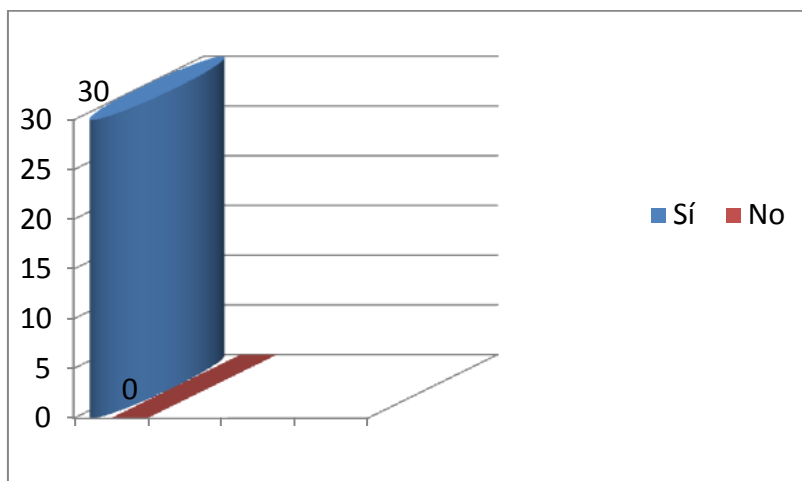
Tabla N°7: La capacitación le generó aprendizaje significativo

Detalle	N°	%
Sí	30	100%
No	0	0%

*Fuente:* Personal Médico del Área 2, Quevedo.

*Realizado por:* Dr. Guillermo Reyes Blum.

Gráfico N°7: La capacitación le generó aprendizaje significativo



*Fuente:* Personal Médico del Área 2, Quevedo.

*Realizado por:* Dr. Guillermo Reyes Blum.

#### **Análisis:**

Los asistentes al evento manifestaron que la capacitación si les generó un aprendizaje significativo, lo que permitirá un cambio en el accionar profesional.

### 1.3.3. Aprendizaje activo.

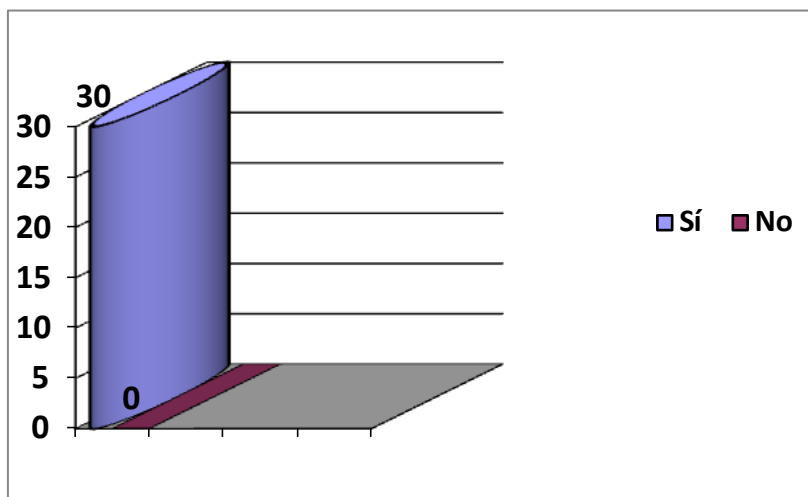
#### 1.3.3.1. La capacitación lo llevó a un aprendizaje más activo

Tabla N°8: La capacitación le produjo un aprendizaje más activo

Detalle	N°	%
Sí	30	100%
No	0	0%

*Fuente:* Personal Médico del Área 2, Quevedo.  
*Realizado por:* Dr. Guillermo Reyes Blum

Gráfico N°8: La capacitación le produjo un aprendizaje más activo



*Fuente:* Personal Médico del Área 2, Quevedo.  
*Realizado por:* Dr. Guillermo Reyes Blum

#### Análisis.

Al evaluar el evento en los aspectos considerados en la guía se concluye que los facilitadores cumplieron con la meta propuesta en el plan de capacitación, adiestrando al equipo médico en el correcto uso del sistema de referencias y contrarreferencias.

#### **1.4. Informe de la capacitación.**

Una vez terminado los talleres y aplicado la guía de evaluación se procede a elaborar el informe en relación al plan de capacitación, donde se determina que el Personal médico de las unidades operativas y del hospital “Sagrado Corazón de Jesús”, quedan bien capacitado, y que remiten correctamente en un 100% las referencia y contrarreferencia.

##### ***Análisis.***

Se concluye en el informe la existencia a la predisposición del personal para contribuir al mejoramiento del nuevo modelo de atención y su compromiso en el manejo adecuado de traslado de pacientes para evitarla la saturación de pacientes en el área hospitalaria.

## **Resultado Nº 2**

**Se realiza el monitoreo y evaluación de la aplicación del sistema de referencia y contrarreferencia entre las unidades operativas y el hospital.**

**Indicador:** El 100% del Personal médico capacitado monitoreado y aplicando correctamente el sistema de referencia / contrarreferencia.

Para lograr los resultados se realizaron las siguientes *actividades*:

### **2.1. Plan de supervisión del manejo del sistema de referencia y contrarreferencia.**

Para lograr esta actividad fue necesaria elaborar el plan de supervisión al personal médico de las unidades operativas y del hospital inmerso anteriormente en la capacitación, estrategia programada en el mes de noviembre del 2012. Adjunto plan de supervisión (Anexo 9).

### **2.2. Visitas mensuales a las diferentes unidades para verificar el manejo del sistema de referencia y contrarreferencia.**

A partir del mes de noviembre, diciembre/2012, enero, febrero, marzo y abril del 2013, se organizó un cronograma de visita a las diferentes unidades para verificar el cumplimiento del manejo del sistema de referencia y contrarreferencia. Adjunto cronograma de visita (Anexo 10, 11).

### **2.3. Elaboración de informe del monitoreo y evaluación**

Una vez concluida la supervisión se procede a la elaboración del informe como constancia del trabajo realizado. Adjunto informe (Anexo 12).

## **Memoria técnica N°2.1**

**Grupo meta:** Personal médico del área 2

**Eventos:** Plan de supervisión del manejo del sistema de referencia y contrarreferencia.

**Lugar:** Dirección

**Fecha:** noviembre 7 del 2012

**Responsables:** Dr. Guillermo Alexander Reyes Blum

**Objetivo general:** Elaborar el plan de supervisión para verificar nivel de cumplimiento del sistema de referencia y contrarreferencia entre las unidades operativas y el hospital Sagrado Corazón de Jesús.

### **Metodología, técnicas y materiales empleados:**

Para el cumplimiento de la actividad se dialoga con el director del área para presentar la planifica de la supervisión a cada unidades operativas y al hospital del personal que asistió a la capacitación.

Técnica aplicada: Diálogo.

### **Desarrollo:**

Se elabora el documento de supervisión y se agrega una guía de supervisión a aplicarse en el momento de monitorización.

### **Compromisos:**

Autorizar la supervisión en las fechas programadas.

### **Observaciones y sugerencias**

Contribuir al nuevo modelo de atención.

## **Memoria técnica N°2.2**

**Grupo meta:** Personal médico del área 2

**Eventos:** Visitas mensuales a las diferentes unidades para verificar el manejo del sistema de referencia y contrarreferencia.

**Lugar:** Unidades operativas y hospital.

**Fecha:** noviembre/2012 a abril/2013

**Duración:** 40 minutos

**Responsables:** Dr. Guillermo Alexander Reyes Blum

**Objetivo general:** Monitorear el nivel de cumplimiento del sistema de referencia y contrarreferencia entre las unidades operativas y el hospital Sagrado Corazón de Jesús.

### **Metodología, técnicas y materiales empleados:**

Para el cumplimiento de la actividad se realiza una guía de supervisión, la misma que es llenada en cada visita a las 19 unidades operativas y al hospital, se supervisa el trabajo realizado por el personal que asistió a la capacitación, se revisa archivos de atención.

Técnica aplicada: Registro de datos.

Materiales empleados: formularios de referencia y contrarreferencia, registros de consulta.

### **Desarrollo:**

Se aplica la guía de supervisión a cada médico asistente al taller de capacitación en su lugar de trabajo, se revisa los registros de consulta y los registros de referencia y contrarreferencia en las unidades operativas y en el hospital.

### **Compromisos:**

Continuar con el mejoramiento del sistema de referencia y contrarreferencia luego del período de supervisión.

### **Observaciones y sugerencias**

Extender la capacitación y supervisión a los demás profesionales que manejan el sistema.



## **Memoria técnica N°2.3**

**Grupo meta:** Personal médico del área 2

**Eventos:** Elaboración de informe del monitoreo y evaluación.

**Lugar:** Unidades operativas y hospital.

**Fecha:** abril/2013

**Duración:** 40 minutos

**Responsables:** Dr. Guillermo Alexander Reyes Blum

**Objetivo general:** Elaborar el informe de la supervisión realizada al personal médico en el manejo del sistema de referencia y contrarreferencia entre las unidades operativas y el hospital Sagrado Corazón de Jesús.

### **Metodología, técnicas y materiales empleados:**

Recopilación de datos de la supervisión.

Análisis de la guía de supervisión.

Técnica aplicada: Registro de datos.

Materiales empleados: guía de supervisión.

### **Desarrollo:**

Terminado el proceso de supervisión se procede a elaborar el informe y se comprueba empoderamiento del sistema por parte del personal médico asistente a la capacitación.

### **Compromisos:**

Continuar con la supervisión al personal no capacitado.

### **Observaciones y sugerencias**

Extender la capacitación y supervisión a los demás profesionales que manejan el sistema.

## **Resultados.**

### **2.1. Plan de supervisión del manejo del sistema de referencia y contrarreferencia.**

#### ***Análisis:***

Se elaboró un plan de supervisión para determinar el nivel de cumplimiento del manejo de referencias y contrarreferencias que realiza el personal médico de las diferentes unidades operativas y del área hospitalaria (Anexo 9).

### **2.2. Visitas mensuales a las diferentes unidades para verificar el manejo del sistema de referencia y contrarreferencia.**

#### ***Análisis.***

Se programaron 60 visitas, dos cada personal médico de los cuales 19 forman parte de las unidades operativas y 11 del hospital en las áreas de emergencia y consulta externa.

## 2.3. Elaboración de informe del monitoreo y evaluación

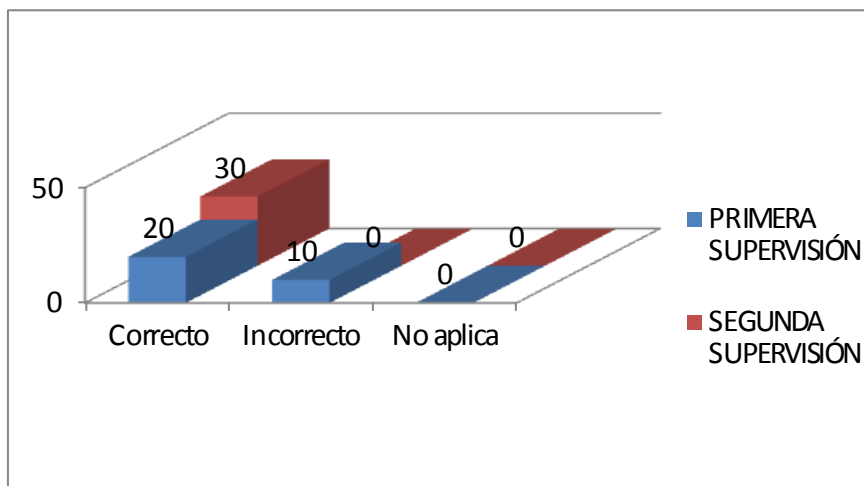
### 2.3.1. Nivel de cumplimiento de normativas de acuerdo al sistema de referencia y contrarreferencia del MSP.

Tabla N° 9: Cumplimiento de normativas.

Detalle	1º visita	%	2º visita	%
Correcto	20	67%	30	100%
Incorrecto	10	33%	0	0%
No aplica	0	0%	0	0%

*Fuente:* Personal Médico del Área 2, Quevedo.  
*Realizado por:* Dr. Guillermo Reyes Blum

Gráfico N°9: Cumplimiento de normativas.



*Fuente:* Personal Médico del Área 2, Quevedo.  
*Realizado por:* Dr. Guillermo Reyes Blum

#### **Análisis:**

Los resultados demuestran que los galenos presentaron dificultad en el cumplimiento de las normativas del sistema de referencia y contrarreferencia durante la primera visita, logrando mejorar el proceso en la segunda visita.

### 2.3.2. Aplicación de normativas de acuerdo al sistema de referencia y contrarreferencia del MSP.

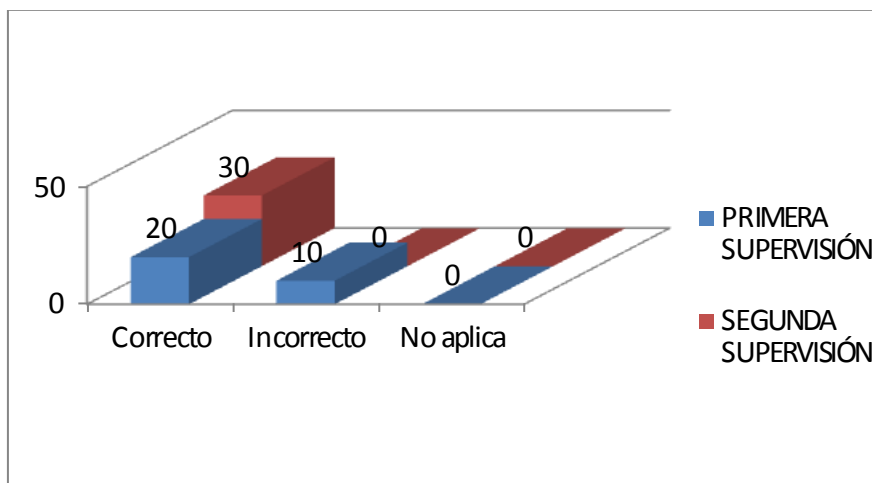
**Tabla N° 10**

Detalle	1º visita	%	2º visita	%
Correcto	20	67%	30	100%
Incorrecto	10	33%	0	0%
No aplica	0	0%	0	0%

*Fuente:* Personal Médico del Área 2, Quevedo.

*Realizado por:* Dr. Guillermo Reyes Blum.

**Gráfico N°10**



*Fuente:* Personal Médico del Área 2, Quevedo.

*Realizado por:* Dr. Guillermo Reyes Blum.

#### **Análisis:**

La supervisión realizada al personal médico involucrados en la capacitación demostró que un pequeño grupo aplicaba de manera incorrecta las normativas del sistema de referencia y contrarreferencia, corrigiéndose dicho proceso en la segunda supervisión.

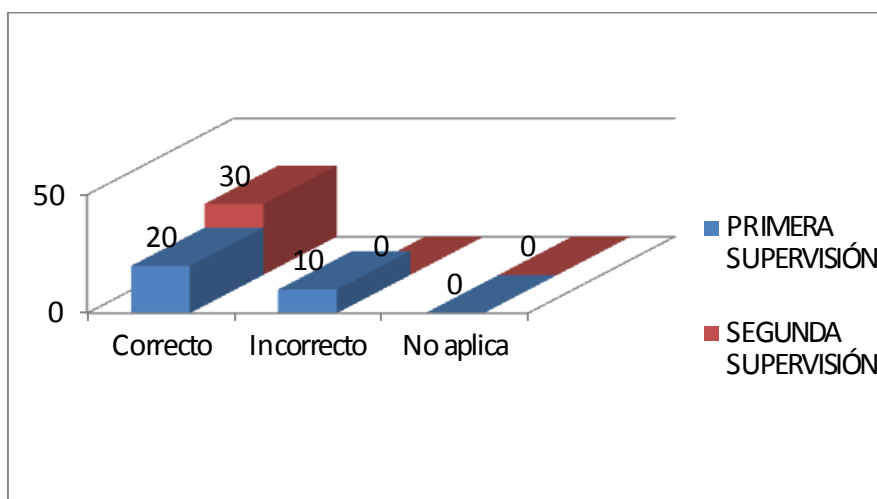
### 2.3.3. Aplicación de criterios clínico.

Tabla N° 11: Criterios clínicos.

Detalle	1º visita	%	2º visita	%
Correcto	20	67%	30	100%
Incorrecto	10	33%	0	0%
No aplica	0	0%	0	0%

*Fuente:* Personal Médico del Área 2, Quevedo.  
*Realizado por:* Dr. Guillermo Reyes Blum

Gráfico N°11: Criterios clínicos.



*Fuente:* Personal Médico del Área 2, Quevedo.  
*Realizado por:* Dr. Guillermo Reyes Blum

#### **Análisis:**

Los resultados demuestran que existía un grupo minoritario de médicos con poco criterio clínico durante la evaluación del paciente en los casos de referencia a una unidad de mayor nivel, lográndose después de la capacitación disminuir dicho indicador.

### 2.3.4. Diagnóstico para referencia.

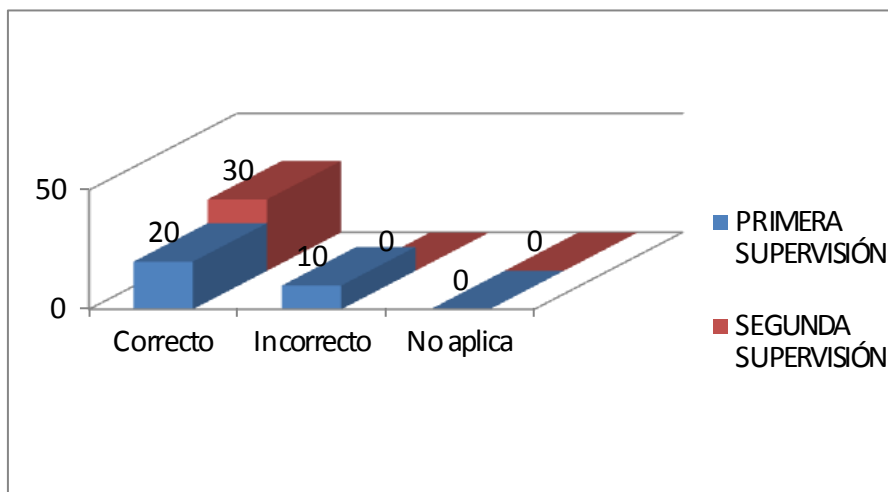
Tabla N° 12: Diagnóstico.

Detalle	1º visita	%	2º visita	%
Correcto	20	67%	30	100%
Incorrecto	10	33%	0	0%
No aplica	0	0%	0	0%

*Fuente:* Personal Médico del Área 2, Quevedo.

*Realizado por:* Dr. Guillermo Reyes Blum.

Gráfico N°12: Diagnóstico.



*Fuente:* Personal Médico del Área 2, Quevedo.

*Realizado por:* Dr. Guillermo Reyes Blum.

#### **Análisis:**

Se aprecia según los resultados de la tabla y gráfico la presencia de diagnósticos incorrectos en la evaluación de los pacientes referidos, acción corregida por el personal médico de los subcentros capacitados, lo que está permitiendo el mejoramiento en la calidad del servicio.

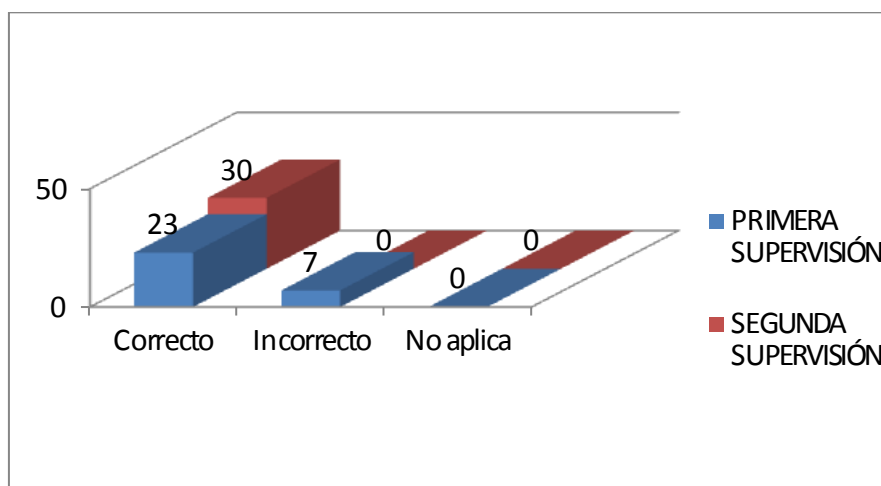
### 2.3.5. Llenado de formulario

Tabla N° 13: Formulario.

Detalle	1º visita	%	2º visita	%
Correcto	23	77%	30	100%
Incorrecto	7	23%	0	0%
No aplica	0	0%	0	0%

*Fuente:* Personal Médico del Área 2, Quevedo.  
*Realizado por:* Dr. Guillermo Reyes Blum.

Gráfico N°13: Formulario.



*Fuente:* Personal Médico del Área 2, Quevedo.  
*Realizado por:* Dr. Guillermo Reyes Blum.

#### **Análisis:**

Se puede observar que un grupo de médicos después de la capacitación continuaban realizando de manera incorrecta las referencias, debido a la saturación de pacientes y a la escasez de personal, se sugiere rectificaciones del proceso y en la segunda visita se mejora el proceso, detectándose que el 100% de los galenos están cumpliendo de manera correcta, el personal realiza un buen llenado del formulario y transfiriere casos con diagnósticos clínicos emergentes a consulta externa, emergencia y laboratorio.

### **Resultado Nº 3**

Actividades realizadas entre las unidades de los diferentes niveles

**Indicador:** El 100% de las actividades realizadas en el 2012 presentan cierto grado de deficiencia del sistema de referencia / contrarreferencia.

Para lograr los resultados se realizaron las siguientes *actividades*:

#### **3.1. Elaboración del Flujo de referencias y contrarreferencias de pacientes al Hospital.**

Para efectuar esta actividad, se solicitó al departamento de estadísticas del hospital “Sagrado Corazón de Jesús”, la documentación respectiva del año 2012, para su análisis (Anexo 1).

#### **3.2. Análisis mensual de referencias y contrarreferencias en el año 2012.**

Para efectuar esta actividad, se solicitó al departamento de estadísticas del hospital “Sagrado Corazón de Jesús”, la documentación respectiva del año 2012, luego de lo cual se procede a trabajar con el programa Excel (Anexo 1).

#### **3.3. Análisis de los resultados de las referencias por especialidad, patologías y unidades Operativas del Área 2.**

Para efectuar esta actividad, se solicitó al departamento de estadísticas del hospital “Sagrado Corazón de Jesús”, la documentación respectiva del año 2012, luego de lo cual se procede a trabajar con el programa Excel, realizando los cuadros y gráficos respectivos (Anexo 1).

#### **3.4. Análisis de resultados de la verificación de las referencias oportunas del 1er nivel de atención.**

Para efectuar esta actividad, se solicitó al departamento de estadísticas del hospital “Sagrado Corazón de Jesús”, la documentación respectiva del año 2012, luego de lo cual se procede a trabajar con el programa Excel, realizando los cuadros y gráficos respectivos, detectándose la presencia de demandas injustificadas de referencias, por lo que se justifica la capacitación (Anexo 1).



## **Memoria técnica N°3.1**

**Eventos:** Elaboración del Flujo de referencias y contrarreferencias de pacientes al Hospital.

**Lugar:** Hospital “Sagrado Corazón de Jesús”

**Fecha:** 22 al 27 abril/2013

**Duración:** 1 semana

**Responsables:** Dr. Guillermo Alexander Reyes Blum

**Objetivo general:** Conocer el porcentaje de referencia en relación al porcentaje de contrarreferencia que se registra en el año 2012

### **Metodología, técnicas y materiales empleados:**

Recopilación de datos estadísticos.

Análisis de los datos proporcionados por el Departamento de estadísticas.

Tabulación y graficación

Técnica aplicada: Registro de datos.

Materiales empleados: computador, calculadora.

### **Desarrollo:**

El departamento de estadística proporcionó los datos, los mismos que se analizan, y se tabulan para luego graficarlos aplicando el programa Excel.

### **Compromisos:**

Mejorar el sistema de referencia y contrarreferencia.

### **Observaciones y sugerencias**

Actualizar el sistema de registro de referencia y contrarreferencia.

## **Memoria técnica N°3.2**

**Eventos:** Análisis mensual de referencias y contrarreferencias en el año 2012  
**Lugar:** Hospital “Sagrado Corazón de Jesús”  
**Fecha:** 29 de abril al 4 de mayo/2013  
**Duración:** 1 semana  
**Responsables:** Dr. Guillermo Alexander Reyes Blum

**Objetivo general:** Identificar el mes donde hay más demanda de paciente

### **Metodología, técnicas y materiales empleados:**

Recopilación de datos estadísticos.

Análisis de los datos proporcionados por el Departamento de estadísticas.

Tabulación y graficación

Técnica aplicada: Registro de datos.

Materiales empleados: computador, calculadora.

### **Desarrollo:**

El departamento de estadística proporcionó los datos, los mismos que se analizan, y se tabulan para luego graficarlos aplicando el programa Excel.

### **Compromisos:**

Mejorar el sistema de referencia y contrarreferencia.

### **Observaciones y sugerencias**

Actualizar el sistema de registro de referencia y contrarreferencia.

### **Memoria técnica N°3.3**

**Eventos:** Análisis de los resultados de las referencias por especialidad, patologías y unidades Operativas del Área

**Lugar:** Hospital “Sagrado Corazón de Jesús”

**Fecha:** 6 al 18 de mayo/2013

**Duración:** 2 semanas

**Responsables:** Dr. Guillermo Alexander Reyes Blum

**Objetivo general:** Conocer el porcentaje de referencia que se registra en el año 2012, por especialidad, patología y unidades operativas de salud.

#### **Metodología, técnicas y materiales empleados:**

Recopilación de datos estadísticos.

Análisis de los datos proporcionados por el Departamento de estadísticas.

Tabulación y graficación

Técnica aplicada: Registro de datos.

Materiales empleados: computador, calculadora.

#### **Desarrollo:**

El departamento de estadística proporcionó los datos, los mismos que se analizan, y se tabulan para luego graficarlos aplicando el programa Excel.

#### **Compromisos:**

Mejorar el sistema de referencia y contrarreferencia.

#### **Observaciones y sugerencias**

Actualizar el sistema de registro de referencia y contrarreferencia.

## **Memoria técnica N°3.4**

**Eventos:** Análisis de resultados de la verificación de las referencias oportunas del 1er nivel de atención

**Lugar:** Hospital “Sagrado Corazón de Jesús”

**Fecha:** 20 al 24 mayo/2013

**Duración:** 1 semana

**Responsables:** Dr. Guillermo Alexander Reyes Blum

**Objetivo general:** Analizar resultados de referencias que se registra en el año 2012

### **Metodología, técnicas y materiales empleados:**

Recopilación de datos estadísticos.

Análisis de los datos proporcionados por el Departamento de estadísticas.

Tabulación y graficación

Técnica aplicada: Registro de datos.

Materiales empleados: computador, calculadora.

### **Desarrollo:**

El departamento de estadística proporcionó los datos, los mismos que se analizan, y se tabulan para luego graficarlos aplicando el programa Excel.

### **Compromisos:**

Mejorar el sistema de referencia y contrarreferencia.

### **Observaciones y sugerencias**

Actualizar el sistema de registro de referencia y contrarreferencia.

## Resultados.

### 3.1. Flujo de referencias y contrarreferencias de pacientes al Hospital. Año 2012.

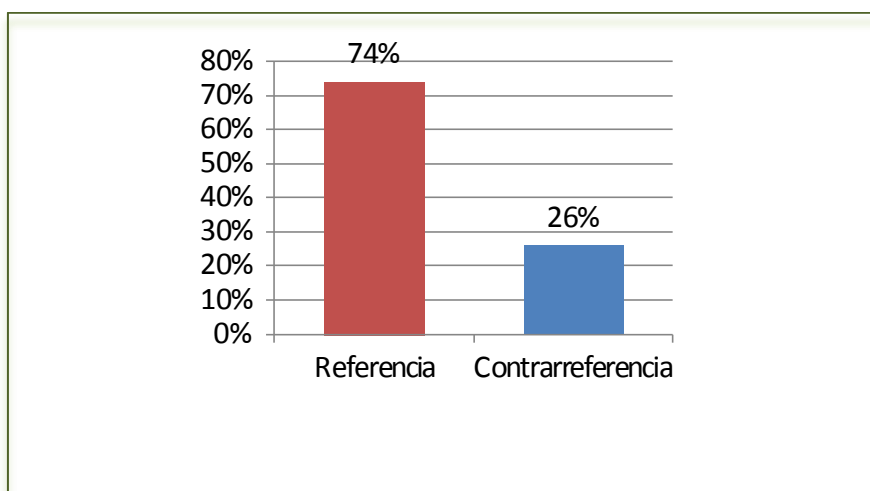
Tabla N°14: Flujo de referencias y contrarreferencias.

Indicador	Frecuencia	Porcentaje
Referencia	11.505	74%
Contrarreferencia	3.992	26%
<b>Total</b>	<b>15.497</b>	<b>100%</b>

*Fuente: Departamento de Estadística, Hospital "Sagrado Corazón de Jesús"*

*Realizado por: Dr. Guillermo Reyes Blum.*

Gráfico N°14: Flujo de referencias y contrarreferencias.



*Fuente: Departamento de Estadística, Hospital "Sagrado Corazón de Jesús"*

*Realizado por: Dr. Guillermo Reyes Blum.*

#### **Análisis:**

La tabla y el gráfico muestran que el 74% corresponde a referencia que recibe de las diferentes unidades operativas del área y el 26% de contrarreferencia, observándose una desigualdad porcentual del modelo de atención.

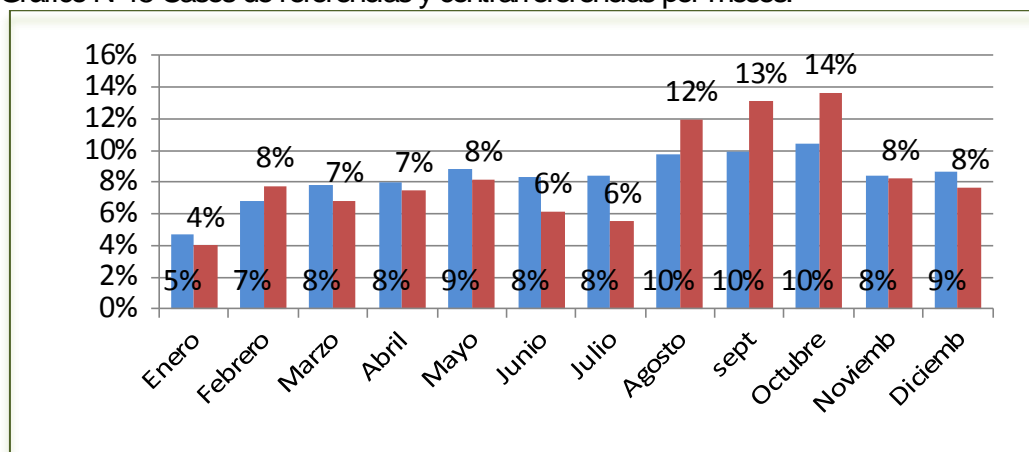
### 3.2 Análisis mensual de referencias y contrarreferencias en el año 2012.

Tabla N°15: Casos de referencias y contrarreferencias por meses.

Año 2012	REFERENCIA		CONTRARREFERENCIA	
Enero	539	5%	142	4%
Febrero	779	7%	310	8%
Marzo	896	8%	273	7%
Abril	921	8%	298	7%
Mayo	1020	9%	325	8%
Junio	954	8%	245	6%
Julio	968	8%	220	6%
Agosto	1120	10%	478	12%
Septiembre	1145	10%	523	13%
Octubre	1200	10%	545	14%
Noviembre	965	8%	328	8%
Diciembre	998	9%	305	8%
Total	11505	100%	3992	100%

*Fuente:* Departamento de Estadística, Hospital "Sagrado Corazón de Jesús"  
*Realizado por:* Dr. Guillermo Reyes Blum

Gráfico N°15 Casos de referencias y contrarreferencias por meses.



*Fuente:* Departamento de Estadística, Hospital "Sagrado Corazón de Jesús"  
*Realizado por:* Dr. Guillermo Reyes Blum

#### **Análisis:**

La tabla y el gráfico demuestran que no existe una relación entre la referencia de las diversas unidades operativas y la contrarreferencia de los pacientes del hospital, se presume que dados de alta y en total recuperación los pacientes no regresan a consultas en las unidades de salud para su control.

### 3.3. Análisis de los resultados de las referencias por especialidad, patologías y unidades Operativas del Área 2.

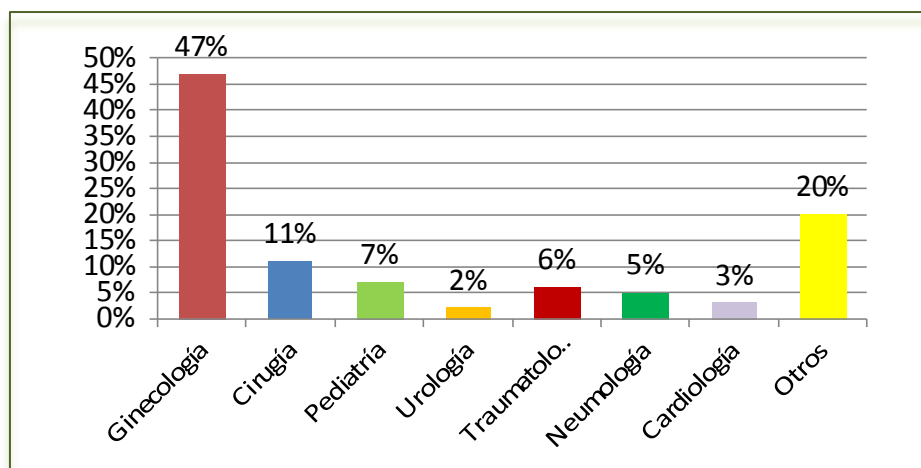
#### 3.3.1. Resultados por especialidad de referencias.

Tabla N°16: Referencias por especialidad.

ESPECIALIDAD DE REFERENCIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Ginecología	5280	47%
Cirugía	1250	11%
Pediatría	823	7%
Urología	235	2%
Traumatología	672	6%
Neumología	568	5%
Cardiología	345	3%
Otros	2332	20%
<b>TOTAL</b>	<b>11505</b>	<b>100%</b>

*Fuente:* Departamento de Estadística, Hospital "Sagrado Corazón de Jesús"  
*Realizado por:* Dr. Guillermo Reyes Blum

Gráfico N°16: Referencias por especialidad



*Fuente:* Departamento de Estadística, Hospital "Sagrado Corazón de Jesús"  
*Realizado por:* Dr. Guillermo Reyes Blum

#### **Análisis:**

La tabla y el gráfico muestran que la especialidad con mayor porcentaje de referencias entre las diversas unidades operativas y el hospital es el área de ginecología.

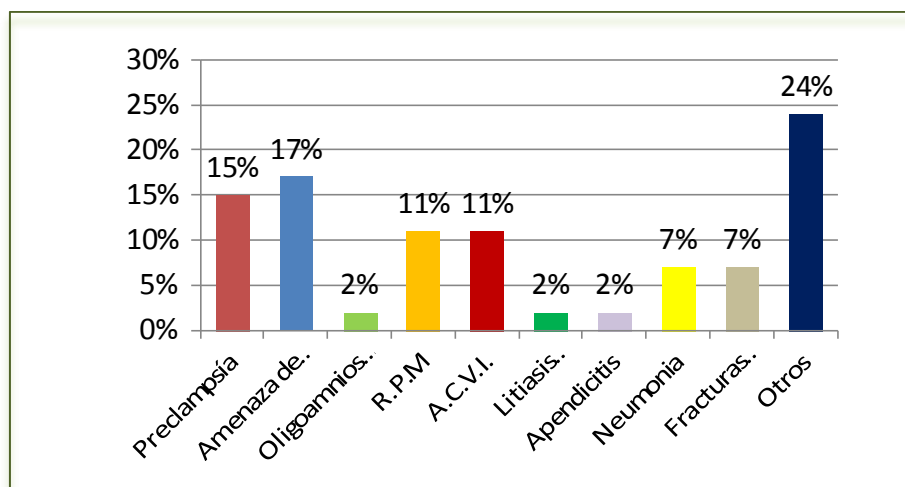
### 3.3.2. Resultados por patologías de referencias.

Tabla N°17: Referencias por patologías.

ESPECIALIDAD DE REFERENCIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Preclampsia	1746	15%
Amenaza de parto pretérmino	1990	17%
Oligoamnios severos.	235	2%
Ruptura prematura de membrana 28 a 32 semanas	1309	11%
Accidentes cerebro vascular isquémico	1234	11%
Litiasis vesicular	245	2%
Apendicitis	278	2%
Neumonía	835	7%
Fracturas complicadas	825	7%
Otros	2808	24%
<b>TOTAL</b>	<b>11505</b>	<b>100%</b>

*Fuente:* Departamento de Estadística, Hospital "Sagrado Corazón de Jesús"  
*Realizado por:* Dr. Guillermo Reyes Blum

Gráfico N°17: Referencias por patologías.



*Fuente:* Departamento de Estadística, Hospital "Sagrado Corazón de Jesús"  
*Realizado por:* Dr. Guillermo Reyes Blum

#### **Análisis:**

La tabla y el gráfico muestran que la patología con mayor porcentaje de referencias es la amenaza de parto pretérmino corroborando la especialidad.



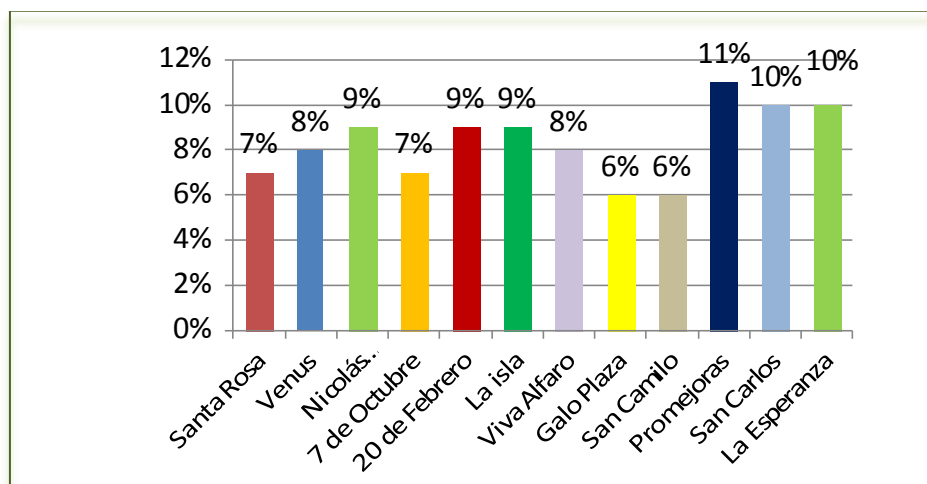
### 3.3.3. Resultados de Referencia por Unidades Operativas del Área 2

Tabla N°18: Referencias por unidades de salud.

ESPECIALIDAD DE REFERENCIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Santa Rosa	425	7%
Venus	499	8%
Nicolás Infante Díaz	535	9%
7 de Octubre	430	7%
20 de Febrero	523	9%
La Isla	545	9%
Viva Alfaro	498	8%
Galo Plaza	383	6%
San Camilo	382	6%
Promejoras	680	11%
San Carlos	636	10%
La Esperanza	595	10%
<b>TOTAL</b>	<b>6131</b>	<b>100%</b>

*Fuente:* Departamento de Estadística, Hospital "Sagrado Corazón de Jesús"  
*Realizado por:* Dr. Guillermo Reyes Blum

Gráfico N°18: Referencias por unidades de salud.



*Fuente:* Departamento de Estadística, Hospital "Sagrado Corazón de Jesús"  
*Realizado por:* Dr. Guillermo Reyes Blum

#### Análisis:

La tabla y el gráfico muestran que la incidencia de las referencias de las distintas unidades operativas, la mayor demanda proviene del Subcentro de Promejoras.

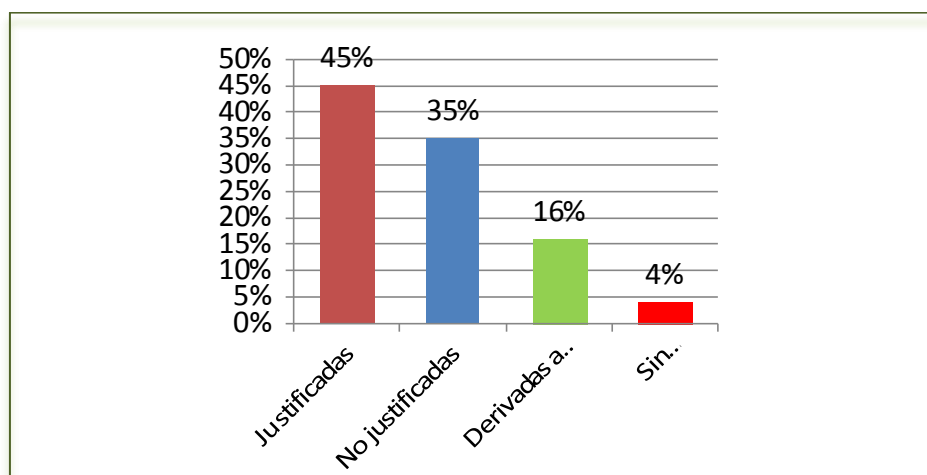
### 3.4. Resultados de la verificación de las referencias oportunas del 1er nivel de atención.

Tabla N°19: Referencias en el 1° nivel de atención.

Referencias	Frecuencia	Porcentaje
Justificadas	5177	45%
No justificadas	4027	35%
Derivadas a Hospitales de 3er Nivel	1841	16%
Sin respuesta a la referencia	460	4%
<b>Total</b>	<b>11505</b>	<b>100%</b>

*Fuente: Departamento de Estadística, Hospital "Sagrado Corazón de Jesús"*  
*Realizado por: Dr. Guillermo Reyes Blum*

Gráfico N°19: Referencias en el 1° nivel de atención.



*Fuente: Departamento de Estadística, Hospital "Sagrado Corazón de Jesús"*  
*Realizado por: Dr. Guillermo Reyes Blum*

#### **Análisis:**

Las referencias realizadas a el centro Hospitalario desde los diferentes centros de salud se logró visualizar que, el 35% de las mismas no fueron necesarias por tal razón, pudieron ser casos resueltos en centros de atención primaria, mientras que el 45% de las mismas fueron oportunas y resueltas en el centro básico de atención Hospital Quevedo, el 16% fueron emitidas o más bien derivadas a centros de mayor nivel, y el 4 % de las transferencias no lograron llegar a un centro de atención por falta de conocimiento del sistema.

## **Análisis del propósito**

Mejorar el sistema de referencia y contrarreferencia en el hospital “Sagrado Corazón de Jesús” de Quevedo.

### **Indicador:**

**Indicador:** El 90% del personal médico manejan el sistema de referencia y contrarreferencia entre los niveles de atención

Del análisis del PROPÓSITO se puede deducir que luego de la capacitación aplicada al personal médico de las 19 unidades operativas y 11 médicos del hospital en las áreas de emergencia y consulta externa, que el sistema de referencia y contrarreferencia está siendo manejado de manera adecuada, los diagnósticos y los criterios clínicos de la demanda referida está cumpliendo con las normativas del MSP, algo que limita el cumplimiento total del propósito es la escasez del recurso humano para la demanda de pacientes, por lo que es necesario el incremento de personal.

## **Análisis del fin**

Brindar atención de calidad y satisfacción de los usuarios en el Hospital Sagrado Corazón de Jesús

Del análisis del FIN se puede establecer que la capacitación y la supervisión ha permitido la disminución de las referencias injustificadas a los servicios de emergencia y consulta externa del hospital, lo que mejora la atención reduciendo la saturación de pacientes, y la disminución de criterios clínicos o diagnóstico sin necesidad de derivación, este trabajo permitió también la satisfacción de los usuarios de las unidades operativas al recibir una atención con criterios clínicos acordes con las normativas del MSP, contribuyendo así al *mejoramiento del sistema de referencia y contrarreferencia* del hospital.

## CONCLUSIÓN.

- El Programa de Capacitación responde al diagnóstico de necesidades de actualización en el nuevo modelo de referencia y contrarreferencia que se está manejando en las diferentes unidades de salud. La capacitación desempeña una función central para el desarrollo y reforzamiento de las capacidades del recurso humano y el refuerzo en estas capacidades, por lo cual se ha convertido en parte de la columna vertebral de la implementación de nuevo modelo de atención, con la capacitación se contribuyó al mejoramiento del sistema de referencia y contrarreferencia entre las unidades operativas y el hospital.
- La supervisión es un aspecto relevante en el desempeño laboral, permite medir la eficiencia y superar deficiencias, se detectó que algunos profesionales presentan dificultad en el llenado del formulario, y por su letra un poco ilegible los pacientes y sus familiares se ven envueltos en conflictos de carácter administración y asistenciales para la atención, lo que fue superado en la segunda visita.
- Mediante la cooperación del servicio de estadística del centro Hospitalario Sagrado Corazón de Jesús y del Área 2 Quevedo, se logró identificar el número de referencias obtenidas desde el mes de enero a diciembre del 2012, con un total de 11.505 pacientes remitidos por las diversas casas de salud de las diferentes áreas (consulta externa y emergencias), la especialidad más remitida es la ginecología con las patologías de amenaza de parto pretérmino y preclampsia, identificando además la prevalencia de patologías que más están afectando así como los servicios en los cuales se debe enfatizar y mejorar para poder lograr el éxito en la atención de calidad.

## RECOMENDACIONES.

- Continuar con procesos de capacitación a los profesionales de salud en el manejo del Sistema de Referencia y Contrarreferencia que aplican las unidades operativas y el Hospital Sagrado Corazón de Jesús del Área 2 para impedir las demandas injustificadas, a su vez ofrecer orientaciones oportunas y adecuadas a los usuarios del nuevo sistema de salud.
- Organizar el Comité de Referencias y Contrarreferencia para la supervisión constante de la aplicación del sistema entre las unidades operativas y el hospital, para impedir demandas injustificadas y evitar los conflictos de carácter administración y asistenciales que pueden sobresalir en la atención.
- Mantener la estadística actualizada de los casos de referencia y contrarreferencia que permita medir la eficiencia y eficacia del sistema entre las unidades operativas y el hospital y a su vez generar actividades de mejoramiento en la atención.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Aispur, F. J. (2012). *Diseño de proyectos con enfoque Marco Lógico*. Quito - Ecuador: 1º edición, editorial Habreluz .
2. “Conferencia sobre APS. Alma - Ata.” 1978.
3. Chang C, Vásconez N. (2007), *Políticas Nacionales de Salud Ecuador*, 2º edición, Quito – Ecuador.
4. Flores N. W, Yzaguirre P. J. (2008), *Sistema de derivación de pacientes entre centros asistenciales de ESSALUD*, Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas, Lima Perú.
5. García, S. J. (17 de octubre de 2006). <http://garciaserven.blogspot.com/>. Recuperado el 18 de marzo de 2013, de Sistema de referencia y contrarreferencia.
6. Jácome, P. C. (2007). *Manual de supervisión integrada por niveles de gestión*. Quito - Ecuador.
7. Lama T, Brito M. (2006), *Manual para Referencia y Contrarreferencia de pacientes y usuarios*, 2º edición, Quito – Ecuador.
8. Ministerio de Salud Pública . *Sistema de Referencia y Contrarreferencia*. Quito - Ecuador: MSP, 2011.
9. MSP. *Manual para la referencia y contrarreferencia de pacientes y usuarios*. Quito, 2004.
10. MSP. (2009). *Perfil de Salud - Políticas de Salud*. Quito - Ecuador: 1º edición.
11. *Modelo de Atención Integral de Salud*. Quito: 2da edición, 2010.
12. *Modelo de Atención Integral de Sistema Nacional de Salud*. Quito, 2012.
13. Montalvo, Villalva Iván (2011). *El Marco Lógico y la elaboración de proyectos de investigación*. Babahoyo - Ecuador: UTB.
14. OMS. 1º Conferencia sobre Promoción de la Salud. Ottawa, 1986.
15. Ortegon, E. J. (2005). *Metodología del marco lógico para la planificación, el seguimiento y la evaluación de proyectos y programas*.
16. Paredes, M. (2010). *Manual operativo salud de referencia y contrarreferencia. urgencias para la red pública de prestación de servicios de salud*. Quito - Ecuador: 5º edición.
17. “Registro Oficial Nº 563.” *Manual para la Referencia y Contrarreferencia de pacientes*. Quito: editora Nacional, 2002 -25-Abril.
18. “Registro Oficial Nº 449.” *Constitución de la República del Ecuador*. Quito: editora Nacional, 2008-20-October.
19. “Registro Oficial Nº 423.” *Ley Orgánica de Salud*. Quito: Editora Nacional, 2006; 22-Diciembre.

20. "Registro Oficial N° 457." Tipología para homologar los establecimientos de salud por niveles de atención del Sistema Nacional de Salud. Quito: editora Nacional, 2011-26-Mayo.
21. Rifkin, SB, Muller F, Bichmann W. Primary health care: on measuring participation. Soc. Sci Med., 1988.
22. Sanín, A. H. (2008). *Marco lógico para la formación de proyectos de desarrollo*. Chile: ILPES.
23. Sapag, C. N. (2007). *Proyectos de inversión. Formulación y evaluación*. México: 1ª edición.
24. Saravía, J. (2007). *Guía para la elaboración del marco lógico*. Calí: Universidad Autónoma
25. Secretaría de Salud. Lineamientos para la Referencia y Contrarreferencia de los pacientes de urgencias. Cundinamarca - Bogotá: Dirección de urgencias, emergencias y desastres centro regulador de urgencias CRUE, 2012.
26. Secretaria de Salud. (2005). *Manual de procedimientos para la operación del sistema de referencia y contrarreferencia en las unidades médicas del primer nivel de atención del Instituto de Salud del Estado de México*. Toluca - México.
27. Socios para la reforma del Sector Salud. "PHRPlus, cartillas de políticas." Sistema de Referencia y Contrarreferencia en los Servicios de Salud. 2004-Agosto.
28. Solorzano, F. (2005). *Proyecto de Referencia y Contrarreferencia*. Quito - Ecuador.
29. Udelar. Modelos de Atención en Salud. Montevideo: Área Salud, 2007.
30. Valenzuela, S. R. "www.imbiomed.com." 2009; 3-marzo. Sistema de Referencia y Contrarreferencia. 2013; 15-julio.

# ANEXOS



## Anexo Nº 1: Solicitud Al Director



**UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA**

*La Universidad Católica de Loja*  
MODALIDAD ABIERTA Y A DISTANCIA  
CENTRO UNIVERSITARIO QUEVEDO  
Fonos 2762-328 2759 456



Quevedo, 17 de septiembre del 2012

DR. ALFONSO SORIA  
**DIRECTOR DEL HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS DE QUEVEDO**  
Presente.-

Sean mis primeras líneas portadoras de un cordial saludo, deseándole éxito en sus delicadas funciones, el presente es para solicitarle muy comedidamente se le permita a la Dr. Guillermo Reyes Blum estudiante de la Maestría en Gerencia en Salud para el Desarrollo Local, realizar su trabajo de Tesis enfocado en el Tema: FORTALECIMIENTO DEL SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA EN EL HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS DE QUEVEDO, LOS RIOS, AÑO 2012.

En espera de una respuesta favorable, quedo de Ud, muy agradecida

Atentamente,

Lucía Aguayo A.

Coordinadora  
Centro Provincial de Quevedo



36480  
MINISTERIO DE SALUD PUBLICA  
JEFATURA DEL AREA DE SALUD 2  
**RECIBIDO**

FECHA: 17 09 2012

HORA: 16:50

FIRMA: [Firma manuscrita]  
SECRETARIA

**Anexo Nº 2:**

Quevedo 18 de septiembre del 2012

**Dr. Alfonso Soria.**

**Director del área 2 – Hospital Sagrado Corazón de Jesús.**

Presente.

Como es de su conocimiento que estoy realizando el trabajo de tesis con el tema “Mejoramiento del Sistema de Referencia y Contrarreferencia en el Hospital Sagrado Corazón de Jesús de la Ciudad de Quevedo Provincia de los Ríos” y conociendo la necesidad de información que necesita el personal médico para que este nuevo modelo de atención sea eficiente y eficaz de acuerdo a la necesidad ciudadana, me permito entregarle el plan de capacitación para las 19 unidades operativas y área hospitalaria que adjunto listado y planificación analítica.

Por lo expuesto solicito a usted la autorización respectiva para que la capacitación sea efectiva y el permiso a todo el personal inherente en el proyecto.

En espera de su favorable aceptación, me suscribo.

Atentamente.

Dr. Guillermo Alexander Reyes Blum

**Listado del personal a capacitarse.**

Nº	UNIDAD	MEDICO
1	SCS. 7 de Octubre	Dra. Rita Arana Manjarrez
2	SCS. Viva Alfaro	Dra. Elba Molina Montes
3	SCS. Santa Rosa	Dra. Miriam Menéndez
4	SCS. Galo Plaza	Dra. Anita Mendoza Berrones
5	SCS. Venus del Río Quevedo	Dr. Saúl Moreno Pazmiño
6	SCS. Nicolás Infante Díaz	Dr. Charles Varela Duque
7	SCS. San Camilo	Dra. Verónica Santana Moreira
8	SCS. Promejoras	Dra. Joyce Hoyos Cobo
9	SCS. La Isla	Dr. Angel Alarcón Medrano
10	SCS. ITS	Dra. Angélica Magallanes
11	SCS. San Carlos	Dra. Sandra Arana Aguirre
12	SCS. La Esperanza	Dra. Say León Herrera
13	SCS. Mocache	Dr. César Terán Lavayen
14	SCS. Buena Fe	Dra. Paola Chicaiza Coello
15	SCS. Patricia Pilar	Dr. Stalin Ramírez Gallegos
16	SCS. Fumisa	Dr. William Tay Hing Miranda
17	SCS. Nueva Unión	Dra. María Fernanda Amores Gaybor
18	SCS. El Vergel	Dr. Pedro León Miño
19	SCS. Valencia	Dra. Elizabeth Castillo Espinoza
20	Hospital Quevedo	Dr. Carlos Onofre
21	Hospital Quevedo	Dr. Marco Romero
22	Hospital Quevedo	Dr. Carlos Benítez
23	Hospital Quevedo	Dra. Carolina Pacheco.
24	Hospital Quevedo	Dra. Nadia Alvarez
25	Hospital Quevedo	Dr. Pablo Sambache
26	Hospital Quevedo	Dra. Karen Murillo
27	Hospital Quevedo	Dr. Miguel Rivera
28	Hospital Quevedo	Dr. Gabriel Barahona
29	Hospital Quevedo	Dr. Nino Gómez
30	Hospital Quevedo	Dr. Castillo

### Anexo Nº 3

## **PLAN DE CAPACITACIÓN A PROFESIONALES DE SALUD DE LAS UNIDADES OPERATIVAS Y HOSPITAL DEL ÁREA 2**

### **Presentación.**

Ante la necesidad de mejorar el Sistema de Referencia y Contrarreferencia y con el fin de garantizar la continuidad de la atención de los usuarios en los servicios de salud de manera eficiente se propone la capacitación al talento humano profesional de salud con la finalidad de orientar en el adecuado manejo de los formatos, y criterios clínicos que ameritan la transferencia, es por ello, la necesidad de implementar medidas que apunten a mejorar el sistema de referencia y contrarreferencia hospitalaria.

### **Objetivos.**

- Capacitar a los profesionales de salud de las diversas unidades operativas y Hospital Sagrado Corazón de Jesús del Área 2 para mejorar el sistema de referencia y contrarreferencia.
- Disminuir la demanda injustificada de referencia al hospital Sagrado Corazón de Jesús.

### **Contenidos.**

Taller 1: 11 de octubre del 2012

- Marco legal del manual de referencia y contrarreferencia del MSP.
- Modelo de atención de salud MAIS.
- Caracterización de los niveles de salud.
- Organización de áreas de salud.
- Características de los servicios de salud.

Taller 2: 17 y 18 de octubre del 2012.

- Referencia y contrarreferencia.
- Modelo para la toma de decisiones.
- Manejo de indicadores.

Taller 3: 24 de octubre del 2012.

- Responsables del manejo de la información
- Manejo de instructivo.

### **Actividades.**

- Coordinar con las autoridades del Área 2 para el desarrollo logísticos del plan de capacitación.
- Solicitar la colaboración del personal calificado en la temática para que sirva de facilitador del evento de capacitación.
- Organizar tres talleres para tratamiento de temáticas.
- Capacitar a los profesionales de salud.
- Evaluar el proceso de la capacitación.
- Realizar la revisión de la calidad de registro de la referencias recepcionada en base a criterios técnicos del Sistema Referencia y Contrarreferencia.
- Elaborar el informe de la capacitación.

### **Metodología.**

Técnica seminario – taller, expositiva, discurso dirigido.

Recursos.

Humanos.

- Autoridades del Área 2
- Personal de salud de las unidades operativas y del hospital
- Facilitador.

Materiales.

- Documentos técnicos y legales.
- Auditorium del hospital.
- Materiales fungibles (carpetas, marcadores esferográficas hojas A4)

**Evaluación.**

- Al término de la capacitación se realizará la evaluación individual de satisfacción del aprendizaje.

**Anexo Nº 4**

## SISTEMA DE EVALUACION DE LA CAPACITACIÓN.

### I. Claridad de la Presentación

**NO SI**

- |   |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. ¿Se plantearon claramente los objetivos?                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. ¿Estaban claros todos los materiales visuales?               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. ¿Fueron fáciles de entender las palabras/términos empleados? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. ¿Fueron claras y apropiadas la estructura y la secuencia?    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

### II. Hacer que el Aprendizaje Sea Significativo

**NO SI**

- |   |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. ¿Fueron apropiados los objetivos?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. ¿Cuáles actividades encontró más eficaces?                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. ¿Cuáles actividades encontró menos eficaces?                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. ¿Fue la sesión pertinente con relación a su situación de trabajo actual? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. ¿Fue la sesión de utilidad para la ejecución del sistema nuevo?          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

### III. Hacer que el Aprendizaje Sea Activo

**NO SI**

- |   |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. ¿Participó activamente en el proceso de discutir, contestar preguntas, resolver problemas o practicar destrezas? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. ¿Las preguntas del facilitador estimularon la reflexión?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Anexo N° 5

PLANIFICACIÓN ANALÍTICA DE LA CAPACITACIÓN.

TALLER N°1

FECHA Y HORA	CONTENIDO TEMÁTICO	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	TÉCNICA DIDÁCTICA	MATERIAL DIDÁCTICO	RESPONSABLE
1er DIA 11/10/2012 8:00 – 8:15 8:15 – 8:30	Registro de asistentes Presentación del seminario-taller	Informar a los participantes sobre dinámica del taller	Expositiva	Presentación de diapositivas en computadora.	Dr. Guillermo Reyes Blum
8:30 – 9:00	Evaluación diagnóstica	Conocer el nivel de información del sistema de referencia y contrarreferencia	Preguntas y respuestas	Infocus.	Dr. Guillermo Reyes Blum
9:00 – 10:00	Marco legal del manual de referencia y contrarreferencia del MSP - Revisión del marco legal: Análisis del art. 32 y 360 de	Al término de la sesión, el participante contará con los conocimientos legales, normativos del Modelo de Atención de Salud.	Exposición discusión dirigida.		Dr. Guillermo Reyes Blum

10:00 – 12:00	<p>la Ley de la Constitución.</p> <p>Modelo de atención de salud MAIS.</p> <p>Caracterización de los niveles de salud.</p>	Determinar los niveles de organización existente en el área de salud.	Exposición discusión dirigida.		Dra. Nadia Álvarez
12:00 – 12:30	Receso				
12:30 – 14:00	<p>Organización de áreas de salud.</p> <p>Características de los servicios de salud.</p>	Identificar la característica actual y el rol que cumple los servicios de salud.	<p>Conferencia.</p> <p>Exposición</p> <p>Discusión dirigida.</p>		Dra. Nadia Álvarez



**TALLER N°2**

FECHA Y HORA	CONTENIDO TEMÁTICO	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	TÉCNICA DIDÁCTICA	MATERIAL DIDÁCTICO	RESPONSABLE
2do DIA 17/102012 8:00 – 10:00	Referencia y contrarreferencia. Ventajas del modelo. Principios generales de la distribución de las tareas entre el primer nivel y el nivel de referencia hospitalaria.	Analizar el modelo de referencia y contrarreferencia para su dominio conceptual y sus posibles rectificaciones en la práctica laboral	Expositiva	Presentación de diapositivas en computadora. Infocus.	Dra. Nadia Álvarez
10:00 – 12:00	Modelo para la toma de decisiones. Normas y procedimientos para la referencia.		Exposición discusión dirigida.		Dra. Nadia Álvarez
12:00 – 12:30	Receso.				

12:30 – 14:00	Normas y procedimientos para la contrarreferencia. Categorías de referencia		Exposición discusión dirigida.		Dra. Nadia Álvarez
3er DIA 18/1072012				Diapositivas. Laptos. Infocus. Pendriver Tiza líquida.	
8:00 – 12:00	Monitoreo y evaluación del sistema de referencia. Manejo de indicadores. Estudio de casos	Analizar el modelo de referencia y contrarreferencia para su dominio conceptual y sus posibles rectificaciones en la práctica laboral	Taller pedagógico. Exposición discusión dirigida.	Pizarra acrílica. Guía de evaluación	Dr. Guillermo Reyes Blum
12:00 – 12:30	Receso.				
12:30 – 14:00	Socialización de los estudio de casos.				Dr. Guillermo Reyes Blum

**TALLER N°3**

FECHA Y HORA	CONTENIDO TEMÁTICO	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	TÉCNICA DIDÁCTICA	MATERIAL DIDÁCTICO	RESPONSABLE
4to DIA 24/10/2012 8:00 – 12:00	Responsables del manejo de la información Manejo de instructivo. Estudio de casos.	Relacionar la teoría con la práctica a través de la aplicación de formularios.	Taller pedagógico. Exposición discusión dirigida.	Presentación de diapositivas en computadora. Infocus.	Dr. Guillermo Reyes Blum
12:00 – 12:30	Receso				
12:30 – 14:00	Guía de evaluación.				Dr. Guillermo Reyes Blum

**LISTADO DE ASISTENCIA AL EVENTO DE CAPACITACIÓN.**

FECHA:

<b>N°</b>	<b>UNIDAD</b>	<b>MÉDICO</b>	<b>CARGO</b>	<b>FIRMA</b>
1	SCS. 7 de Octubre	Dra. Rita Arana Manjarrez	Directora	
2	SCS. Viva Alfaro	Dra. Elba Molina Montes	Directora	
3	SCS. Santa Rosa	Dra. Miriam Menéndez	Directora	
4	SCS. Galo Plaza	Dra. Anita Mendoza Berrones	Directora	
5	SCS. Venus del Río Quevedo	Dr. Saúl Moreno Pazmiño	Director	
6	SCS. Nicolás Infante Díaz	Dr. Charles Varela Duque	Director	
7	SCS. San Camilo	Dra. Verónica Santana Moreira	Directora	
8	SCS. Promejoras	Dra. Joyce Hoyos Cobo	Directora	
9	SCS. La Isla	Dr. Ángel Alarcón Medrano	Director	
10	SCS. ITS	Dra. Angélica Magallanes	Directora	
11	SCS. San Carlos	Dra. Sandra Arana Aguirre	Directora	
12	SCS. La Esperanza	Dra. Say León Herrera	Directora	
13	SCS. Mocache	Dr. César Terán Lavayen	Director	
14	SCS. Buena Fe	Dra. Paola Chicaiza Coello	Directora	
15	SCS. Patricia Pilar	Dr. Stalin Ramírez Gallegos	Director	

16	SCS. Fumisa	Dr. William Tay Hing Miranda	Director	
17	SCS. Nueva Unión	Dra. María Fernanda Amores Gaybor	Directora	
18	SCS. El Vergel	Dr. Pedro León Miño	Director	
19	SCS. Valencia	Dra. Elizabeth Castillo Espinoza	Directora	
20	Hospital Quevedo	Dr. Carlos Onofre	Cirujano	
21	Hospital Quevedo	Dr. Marco Romero	Cirujano	
22	Hospital Quevedo	Dr. Carlos Benítez	Cirujano	
23	Hospital Quevedo	Dra. Carolina Pacheco.	Medicina Interna	
24	Hospital Quevedo	Dra. Nadia Álvarez	Medicina Interna	
25	Hospital Quevedo	Dr. Pablo Sambache	Ginecología	
26	Hospital Quevedo	Dra. Karen Murillo	Médico Residente	
27	Hospital Quevedo	Dr. Miguel Rivera	Médico Residente	
28	Hospital Quevedo	Dr. Gabriel Barahona	Médico Residente	
29	Hospital Quevedo	Dr. Nino Gómez	Ginecología	
30	Hospital Quevedo	Dr. Castillo	Ginecología	

Quevedo, septiembre 18 del 2012

Sr. Dr.

**Dr. Alfonso Soria.**

Director del Área Nº2 Quevedo.

Ciudad.

Estimado señor Doctor.

Con el fin de perfeccionar los conocimientos en el modelo de referencia y contrarreferencia al personal médico del área 2, y teniendo como finalidad dentro de mi trabajo de tesis el **“MEJORAMIENTO DEL SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA”**, con la intención de mejorar la calidad de atención al usuario referido y contrarreferido, así mismo mantener actualizado el sistema de las unidades operativas y del hospital básico.

Por ello, solicito a usted, conceda el permiso respectivo para que asistan a la capacitación el personal de las unidades operativas y del hospital, el curso comenzará el jueves 11 y termina el 24 de octubre del 2012, con un horario de 8h00 a 14h00, en el Auditorio del Hospital “Sagrado Corazón de Jesús”. Serán tres talleres distribuidos en tres sesiones cada uno.

1º taller: octubre 11/2012.

2º taller los días 17 y 18 de octubre/2012.

3º taller: octubre 24/2012

En espera de su atenta respuesta me despido.

Atentamente.

Dr. Guillermo Reyes Blum

## **Anexo Nº 7**

### **INFORME DE LA REUNIÓN MANTENIDA CON EL DIRECTOR DEL ÁREA.**

Fecha: septiembre 21 del 2012

Lugar: Dirección hospitalaria

Objetivo.

Presentar el plan de capacitación para su aprobación.

Desarrollo.

En presencia del Dr. Alfonso Soria, Director del Área 2 y Lic. María Aguirre Coordinadora, se establece el diálogo con la finalidad de hacer conocer la necesidad de una capacitación para mejorar el sistema de referencia y contrarreferencia, concientizando a los miembros de salud y personal hospitalario sobre la necesidad de tramitar pacientes con patología justificadas, que conlleven a una atención de conformidad satisfactoria por parte del usuario en los distintos puntos de asistencia, ya sean subcentros, centros de salud y el hospital básico de la ciudad y así mejorar nuestros servicios.

Resolución.

- Aprobación del plan de capacitación.
- Provisión de logística: instalaciones hospitalaria (Auditorium) y demás recursos informáticos.
- Fecha de inicio de la capacitación octubre 11/2013
- Autorización de permiso a todo el personal involucrado en el plan de mejoramiento.

**Dr. Guillermo Alexander Reyes Blum**

## **Anexo Nº 8**

### **INFORME DEL PLAN DE CAPACITACIÓN PARA MEJORAR EL SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA.**

#### **Objetivos cumplidos.**

- Capacitar a los profesionales de salud de las diversas unidades operativas y Hospital Sagrado Corazón de Jesús del Área 2 para mejorar el sistema de referencia y contrarreferencia.
- Disminuir la demanda injustificada de referencia al hospital Sagrado Corazón de Jesús.

#### **Contenidos tratados de acuerdo al cronograma.**

##### **Taller 1:**

- Marco legal del manual de referencia y contrarreferencia del MSP.
- Modelo de Atención de Salud MAIS
- Caracterización de los niveles de salud.
- Organización de áreas de salud.
- Características de los servicios de salud.

##### **Taller 2:**

- Referencia y contrarreferencia.
- Ventajas del modelo.
- Principios generales de la distribución de las tareas entre el primer nivel y el nivel de referencia hospitalaria.
- Modelo para la toma de decisiones.
- Normas y procedimientos para la referencia.
- Normas y procedimientos para la contrarreferencia.
- Categorías de referencia.
- Monitoreo y evaluación del sistema de referencia.
- Manejo de indicadores.

##### **Taller 3:**

- Responsables del manejo de la información
- Manejo de instructivo.



**Actividades cumplidas.**

- Organización de tres talleres para tratar los contenidos seleccionados
- Capacitación a los profesionales de salud de las unidades operativas y hospital Sagrado Corazón de Jesús.
- Evaluación del proceso de la capacitación.
- Realización de la revisión de la calidad de registro de la referencias recepcionada en base a criterios técnicos del Sistema Referencia y Contrarreferencia.
- Elaboración del informe de la capacitación.

**Conclusiones.**

- El personal médico de las diferentes unidades operativas y del hospital “Sagrado Corazón de Jesús”, considerados en el plan de capacitación quedan bien capacitado, y remiten correctamente las referencias y contrarreferencias.
- Se apreció predisposición del personal para contribuir al mejoramiento del nuevo modelo de atención y su compromiso en el manejo adecuado de traslado de pacientes para evitarla la saturación de pacientes en el área hospitalaria.

**Recomendaciones.**

- Realizar una segunda jornada de capacitación del sistema de referencia y contrarreferencia al personal de ingreso en las unidades operativas y hospital.

Quevedo, octubre 31 del 2012

**Dr. Guillermo Alexander Reyes Blum**

## **Anexo Nº 9**

### **PLAN DE SUPERVISIÓN AL PERSONAL MÉDICO EN LA APLICACIÓN DEL SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA**

#### **Justificación.**

Con la intención de fortalecer el trabajo entre las unidades operativas y el hospital para disminuir demandas injustificadas de referencias y contrarreferencias y una vez capacitado el personal de salud se elabora el plan de supervisión para monitorear el cumplimiento del sistema por parte del personal médico.

#### **Objetivos.**

- Verificar el nivel de cumplimiento del sistema de referencia y contrarreferencia para su mejoramiento.
- Monitorear el manejo correcto del sistema en las unidades operativas y en el área hospitalaria.

#### **Actividades.**

- Organizar calendario de salida.
- Revisar registros de consultas y formularios de referencia y contrarreferencia
- Evaluar los trabajos relacionados a las referencias y contrarreferencias

#### **Metodología.**

Observación y aplicación de la guía de supervisión, con métodos directos e indirectos de supervisión y evaluación.

Realización de dos visitas en cada unidad operativa y área hospitalaria de emergencia y consulta externa.

#### **Seguimiento.**

Cumplimiento de visita de acuerdo al cronograma de salida.

Valoración del nivel de cumplimiento de normativas de acuerdo al sistema de referencia y contrarreferencia del MSP.

**Dr. Guillermo Alexander Reyes Blum**

Anexo N° 10

**CRONOGRAMA DE SALIDA**

<b>N°</b>	<b>UNIDAD</b>	<b>FECHA DE PRIMERA VISITA</b>	<b>FECHA DE SEGUNDA VISITA</b>	<b>MÉDICO</b>
1	SCS. 7 de Octubre	12/noviembre 2012	4/febrero 2013	Dra. Rita Arana Manjarrez
2	SCS. Viva Alfaro	14/noviembre2012	6/febrero 2013	Dra. Elba Molina Montes
3	SCS. Santa Rosa	16/noviembre 2012	8/febrero 2013	Dra. Miriam Menéndez
4	SCS. Galo Plaza	19/noviembre 2012	11/febrero 2013	Dra. Anita Mendoza Berrones
5	SCS. Venus del Río Quevedo	21/noviembre 2012	13/febrero 2013	Dr. Saúl Moreno Pazmiño
6	SCS. Nicolás Infante Díaz	23/noviembre 2012	15/febrero 2013	Dr. Charles Varela Duque
7	SCS. San Camilo	26/noviembre 2012	18/febrero 2013	Dra. Verónica Santana Moreira
8	SCS. Promejoras	28/noviembre 2012	20/febrero 2013	Dra. Joyce Hoyos Cobo
9	SCS. La Isla	30/noviembre 2012	22/febrero 2013	Dr. Ángel Alarcón Medrano
10	SCS. ITS	3/diciembre 2012	25/febrero 2013	Dra. Angélica Magallanes
11	SCS. San Carlos	5/diciembre 2012	27/febrero 2013	Dra. Sandra Arana Aguirre
12	SCS. La Esperanza	7/diciembre 2012	1/marzo 2013	Dra. Say León Herrera
13	SCS. Mocache	10/diciembre 2012	4/marzo 2013	Dr. César Terán Lavayen
14	SCS. Buena Fe	12/diciembre 2012	6/marzo 2013	Dra. Paola Chicaiza Coello
15	SCS. Patricia Pilar	14/diciembre 2012	8/marzo 2013	Dr. Stalin Ramírez Gallegos
16	SCS. Fumisa	17/diciembre 2012	11/marzo 2013	Dr. William Tay Hing Miranda
17	SCS. Nueva Unión	19/diciembre 2012	13/marzo 2013	Dra. María Fernanda Amores Gaybor

18	SCS. El Vergel	4/enero 2013	15/marzo 2013	Dr. Pedro León Miño
19	SCS. Valencia	7/enero 2013	18/marzo 2013	Dra. Elizabeth Castillo Espinoza
20	Hospital Quevedo	9/enero 2013	20/marzo 2013	Dr. Carlos Onofre
21	Hospital Quevedo	11/enero 2013	22/marzo 2013	Dr. Marco Romero
22	Hospital Quevedo	14/enero 2013	25/marzo 2013	Dr. Carlos Benítez
23	Hospital Quevedo	16/enero 2013	27/marzo 2013	Dra. Carolina Pacheco.
24	Hospital Quevedo	18/enero 2013	29/marzo 2013	Dra. Álvarez-
25	Hospital Quevedo	21/enero 2013	1/abril 2013	Dr. Pablo Sambache
26	Hospital Quevedo	23/enero 2013	3/abril 2013	Dra. Karen Murillo
27	Hospital Quevedo	25/enero 2013	5/abril 2013	Dr. Miguel Rivera
28	Hospital Quevedo	28/enero 2013	8/abril 2013	Dr. Gabriel Barahona
29	Hospital Quevedo	30/enero 2013	10/abril 2013	Dr. Nino Gómez
30	Hospital Quevedo	1/febrero 2013	12/abril 2013	Dr. Castillo

**Dr. Guillermo Alexander Reyes Blum**

**GUÍA DE SUPERVISIÓN**

Unidad Operativa: \_\_\_\_\_

Médico: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Primera visita: \_\_\_\_\_ Segunda visita: \_\_\_\_\_

Responsable: \_\_\_\_\_

Aspecto valorativos	correcto	incorrecto	No aplica
Llenado de formulario			
Diagnóstico para referencia.			
Criterios clínico			
Aplicación de normativa			
Nivel de cumplimiento			

**Dr. Guillermo Alexander Reyes Blum**

## Anexo Nº 12

### **INFORME DE LA GUIA DE SUPERVISIÓN AL PERSONAL MÉDICO EN LA APLICACIÓN DEL SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA**

#### **Presentación.**

Una vez aplicada la guía de supervisión y realizada las visitas a las diferentes unidades operativas y área del hospital, con la finalidad de evaluar el desempeño profesional en relación al sistema de referencia y contrarreferencia después de la capacitación recibida.

#### **Objetivos cumplidos.**

- Verificar el nivel de cumplimiento del sistema de referencia y contrarreferencia para su mejoramiento.
- Monitorear el manejo correcto del sistema en las unidades operativas y en el área hospitalaria.

#### **Actividades realizadas.**

- Organización del calendario de salida.
- Revisión de registros de consultas y formularios de referencia y contrarreferencia
- Evaluación de los trabajo relacionado a las referencias y contrarreferencias

#### **Conclusiones.**

- Se programaron 60 visitas, dos para cada personal médico de los cuales 19 forman parte de las unidades operativas y 11 del hospital en las áreas de emergencia y consulta externa, lo que concluye que en la primera visita existe falencias en el manejo del Sistema de Referencia y Contrarreferencia, pero que dichas deficiencias fueron superadas en la segunda visita
- Después de la segunda vista se concluye que el 100% de los galenos están cumpliendo de manera correcta, el llenado del formulario y transfiriere casos con diagnósticos clínicos emergentes a consulta externa, emergencia y laboratorio.

## **Recomendaciones.**

- Capacitar a los profesionales de salud en el manejo del Sistema de Referencia y Contrarreferencia que aplican las unidades operativas y el Hospital Sagrado Corazón de Jesús del Área 2.
- Conformación de un Comité de Referencias y Contrarreferencia para la realización del monitoreo y el sistema de evaluación de la documentación que permita valorar la eficiencia y eficacia del sistema.

**Dr. Guillermo Alexander Reyes Blum**

## **Anexo Nº 13: Evidencia fotográfica.**

Personal asistente a la capacitación en el primer taller.

### **Fotografía Nº1**



Asistentes al primer taller durante la presentación de los contenidos en la jornada.

### **Fotografía Nº2**



Asistentes durante la explicación sobre el Marco legal del Sistema de Referencia y Contrarreferencia del MSP.



**Fotografía N°3**



Escucha activa de los asistentes en momentos de exposición del tema Modelo de Atención de Salud

**Fotografía N° 4**



Momentos en que realizan una evaluación de aprendizaje los asistentes al evento

## Anexo Nº 14: Formulario del Ministerio de Salud Pública.

### REFERENCIA

INSTITUCION DEL SISTEMA		UNIDAD OPERATIVA		COD. UO		COD. LOCALIZACION			NUMEROS DE		HISTORIA				
						PARROQ.	CANTON	PROVIN.	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	VIU				U/L			
ESTABLECIMIENTO AL QUE SE ENVIA 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		CIE		PRE		DEF	
1								4							
2								5							
3								6							
5.- PLAN DE TRATAMIENTO REALIZADO															
SALA															
CAMA															
MEDICO															
FIRMA															

SNS-MSP / HCU - form. 053 / 2008

REFERENCIA

## CONTRAREFERENCIA

INSTITUCION DEL SISTEMA		UNIDAD OPERATIVA		COD. UD		COD. LOCALIZACION			NUMEROS DE HISTORIA	
						PARROQ.	CANTON	PROVIN.	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			
ESTABLECIMIENTO AL QUE SE ENVIA LA CONTRAREFERENCIA			SERVICIO QUE CONTRAREFERIERE							
1.- RESUMEN DEL CUADRO CLINICO										
2.- HALLAZGO RELEVANTES DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS										
3.- TRATAMIENTO Y PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS REALIZADOS										
4.- DIAGNOSTICO										
5.- PLAN DE TRATAMIENTO RECOMENDADO										
SALA										
CAMA										
MEDICO										
FIRMA										
REFERENCIA JUSTIFICADA SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>										



## Anexo Nº 15: Carta de aprobación del proyecto.



Ministerio  
de **Salud Pública**  
Hospital Sagrado Corazón de Jesús  
Área De Salud # 2  
Secretaría –Dirección



Of. 278 – HQ

Quevedo, 1 de octubre del 2012


Señorita  
Lucía Aguayo A.  
**COORDINADORA DEL CENTRO PROVINCIAL DE QUEVEDO  
DE LA UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA**  
Ciudad.-

De mi consideración:

En relación a su comunicación, de fecha 17 de septiembre del 2012, me permito indicar a usted, que esta Dirección no tiene ninguna objeción en permitir que el doctor Guillermo Reyes Blum, estudiante de la Maestría en Gerencia en Salud para el Desarrollo Local, realizar su proyecto de tesis en el Tema Fortalecimiento del Sistema de Referencia y Contrareferencia en el Hospital Sagrado Corazón de Jesús de Quevedo.

Sin otro particular, me suscribo de usted.

Atentamente,

  
Dr. Luis Sofía Pesantes  
**DIRECTOR TÉCNICO DEL AREA  
DE SALUD 2 – QUEVEDO**



LSP/Fanny

Av. Guayacanes # 400 Parroq. 7 de Octubre Quevedo.  
Teléfonos: 593 5(2) 750373  
hospitaldequevedo@hotmail.com  
[www.msp.gob.ec](http://www.msp.gob.ec)



