

UNIVERSIDAD ESAN



**Propuesta tecnológica para optimizar y generar valor en el modelo de gestión del sistema de referencias y contrarreferencias en un establecimiento de salud
MINSa nivel III-1**

**Trabajo de investigación presentada para obtener el grado de Magister en
Gerencia de Servicios de Salud por:**

Leidi Vilchez Fernández

Orlean Lennon Escobar Ramírez

Francisco Martín Samaniego Morales

Daniel Orbegozo Bringas

Programa de la Maestría en Gerencia de los Servicios de Salud

Santiago de Surco, 24 mayo 2023

ENTREGABLE POST SUSTENACION

INFORME DE ORIGINALIDAD

8% INDICE DE SIMILITUD	11% FUENTES DE INTERNET	2% PUBLICACIONES	6% TRABAJOS DEL ESTUDIANTE
----------------------------------	-----------------------------------	----------------------------	--------------------------------------

FUENTES PRIMARIAS

1	www.diresacajamarca.gob.pe Fuente de Internet	4%
2	www.repositorioacademico.usmp.edu.pe Fuente de Internet	2%
3	Submitted to Universidad Cesar Vallejo Trabajo del estudiante	2%

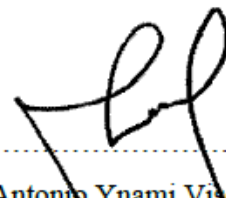
Excluir citas Activo
Excluir bibliografía Activo

Excluir coincidencias < 2%

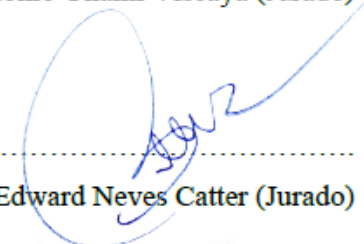
Este trabajo de investigación

**PROPUESTA TECNOLÓGICA PARA OPTIMIZAR Y GENERAR VALOR
EN EL MODELO DE GESTIÓN DEL SISTEMA DE REFERENCIAS Y
CONTRARREFERENCIAS EN UN ESTABLECIMIENTO DE SALUD
MINSA NIVEL III-1**

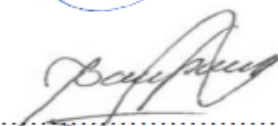
Ha sido aprobada por



.....
Víctor Antonio Ynami Viscaya (Jurado)



.....
César Edward Neves Catter (Jurado)



.....
Joana Cristina Franco Salinas (Asesor)

Universidad Esan

2023

A Dios por su infinita bondad, fortaleza y guía en mi camino. A mi amada madre en el cielo. A mi padre y hermanos por su amor incondicional y todo su apoyo. A mis queridos amigos, seres especiales que estuvieron animándome siempre. ¡Eternamente agradecida!

Leidi Vilchez Fernández

A mi amado Gary por ser el apoyo infinito, la fuerza en la adversidad, la paciencia sin límites y el compañero de mis sueños; gracias con todo mi corazón. A mis hijos Samuel y Ghael porque son el motor para mejorar cada día, los amo.

Orlean Lennon Escobar Ramírez

Quiero dedicar a mi familia por el apoyo y la compañía que me dieron durante todo este tiempo que voy a culminar este nuevo proyecto de vida. A mis Hijos Francisco y Cristóbal, decirles que el camino ha sido largo y el progreso constante. Lo que hace un tiempo era una meta, ahora se concreta para convertirse en nuestra realidad. Sean perseverantes, constantes, esfuércense que tienen un largo camino por conocer. Los Amo mucho.

Un agradecimiento a mis asesores por la paciencia, el tiempo de orientarnos y ayudarnos a realizar un trabajo de calidad. A mis colegas por estar comprometidos y complementar la visión de mejorar la calidad de servicio en hospitales.

Francisco Martín Samaniego Morales

A Dios *Jahveh* y a mis padres, por forjar principios y valores indiscutibles y no negociables. A mi esposa por su apoyo incondicional en todas las formas posibles e imposibles. A mi familia en general por siempre darme el empujón moral y espiritual para no salirme del camino. A todos y cada uno de los docentes, mentores, asesores, colegas y compañeros de aulas, que han contribuido a formar mi camino ayer, hoy y siempre. Aprender nunca acaba.

Daniel Orbegozo Bringas

INDICE GENERAL 1. INTRODUCCIÓN	32
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	32
1.2 OBJETIVOS	32
1.3 JUSTIFICACIÓN	33
1.4 ALCANCE Y LIMITANTES	34
1.4.1 ALCANCE	34
1.4.2 LIMITANTES.....	35
1.5 CONTRIBUCIÓN	35
2. MARCO CONCEPTUAL.....	36
2.1 MODELO DE ATENCIÓN Y ASEGURAMIENTO UNIVERSAL EN EL SISTEMA DE SALUD DEL MINISTERIO DE SALUD – MINSA.....	37
2.2 COBERTURA UNIVERSAL DE SALUD	38
2.3 SEGURO INTEGRAL DE SALUD (SIS)	40
2.4 EL PLAN ESENCIAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD (PEAS)	41
2.5 SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA (SRC)	41
2.6 ESTABLECIMIENTO DE SALUD	42
2.7 ATENCION CENTRADA EN EL PACIENTE.....	43
2.8 CATEGORIZACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD	44
2.8.1 PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN	44
2.8.2 SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN	45
2.8.3 TERCER NIVEL DE ATENCIÓN	45
2.9 NIVEL PRESTACIONAL.....	46
2.10 SISTEMA REFCON (Sistema de Referencia y Contrarreferencia).....	47
2.10.1 ESTADO DE SOLICITUDES DE REFERENCIAS	48
2.11 PROCESO DE REFERENCIA	48
2.11.1 HOJA DE REFERENCIA	50
2.12 PROCESO DE CONTRARREFERENCIA	50
2.12.1 HOJA DE CONTRARREFERENCIA	51
2.13 CONTROL DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA	52
2.14 MODELO DE GESTIÓN DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA.....	53
2.15 ACUERDO DE VOLUNTADES	54
2.16 TRASLADO DE PACIENTES EN EL SISTEMA DE REFERENCIA Y	55
CONTRARREFERENCIA	55
2.17 AMBULANCIA	57
2.17.1 AMBULANCIAS DE TRASLADO BÁSICO.....	57
2.17.2 AMBULANCIAS DE TRASLADO ESPECIALIZADO	57
2.17.3 AMBULANCIAS AEREAS.....	57
2.18 APOYO TECNOLÓGICO	58
2.19 ATENCIÓN DE SALUD.....	58

2.20	CENTRAL NACIONAL DE REGULACIÓN DE LAS REFERENCIAS DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS (CENARUE)	58
		58
2.21	CENTRO REGULADOR DE URGENCIAS, EMERGENCIAS Y DESASTRES (CRUE)	58
		58
2.22	CONDICIONES DE CAPACIDAD TECNOLÓGICA Y CIENTÍFICA	59
2.23	EMPRESAS ADMINISTRADORAS DE PLANES DE BENEFICIOS EAPB	59
2.24	ENTIDADES RESPONSABLES DEL PAGO DE SERVICIOS DE SALUD	59
2.25	HISTORIA CLÍNICA	59
2.26	INTERCONSULTA	60
2.27	MODELO DE ATENCIÓN	60
2.28	ORDEN DE SERVICIO	60
2.29	PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD	60
2.30	REMISIÓN	61
2.31	RED DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	61
2.32	RED DE TRASLADO	61
2.33	TRASLADO DE USUARIO EMERGENTE	61
2.34	VERIFICACIÓN DE DERECHOS	62
2.35	UNIDAD MEDICA DE EVACUACIÓN (UME)	62
3.	MARCO CONTEXTUAL	62
3.1	CONTEXTO GLOBAL	62
3.2	CONTEXTO REGIONAL	67
3.2.1	EVOLUCIÓN DEL SECTOR DE SALUD PERUANO	67
3.2.2	DESCRIPCIÓN DEL SISTEMA DE SALUD EN EL PERÚ	69
3.2.3	EVOLUCION DEL SECTOR SALUD	70
3.2.4	FINANCIAMIENTO DE LOS SISTEMAS DE SALUD	72
3.2.5	FINANCIAMIENTO DE LA SALUD EN EL PERÚ Y ANÁLISIS DE STAKEHOLDERS	73
3.2.6	ASIGNACIÓN Y DISTRIBUCIÓN DE LOS RECURSOS EN SALUD	74
3.2.7	PRESTACIÓN Y FINANCIAMIENTO DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN EL PERÚ	75
3.3	CONTEXTO LOCAL	77
3.3.1	MACROENTORNO	78
3.3.2	MICROENTORNO	80
3.3.3	MARCO LEGAL	81
4.	SITUACION ACTUAL DEL HOSPITAL NACIONAL DANIEL A. CARRION	83
		83
4.1	ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA DE REFERENCIAS Y CONTRARREFERENCIAS	83
		83
4.1.1	ADMINISTRATIVA	83
4.1.2	ESTRUCTURA Y EQUIPAMIENTO	84
4.2	DENSIDAD POBLACIONAL	85

4.3 CAPACIDAD INSTALADA Y OFERTA DE SERVICIOS.....	85
4.4 CADENA DE VALOR Y MODELO DE NEGOCIO	86
4.5 RESTRICCIONES EN EL PROCESO	88
4.6 OFERTA, DEMANDA Y SUBREGISTROS	89
5. METODOLOGIA DE LA INVESTIGACIÓN	91
5.1 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	91
5.2 RECOLECCION DE DATOS DE FUENTES PRIMARIAS	93
5.2.1 POBLACIÓN	93
5.2.2 MUESTRA	93
5.2.3 MUESTREO.....	94
5.2.4 INSTRUMENTOS Y TECNICAS DE MEDICIÓN	94
5.3 RECOLECCION DE DATOS DE FUENTES SECUNDARIAS	95
5.4 DIAGNOSTICO DE LA SITUACION ACTUAL	95
5.4.1 HALLAZGOS RELEVANTES: PROBLEMATICAS IDENTIFICADAS.....	96
5.4.2 HALLAZGOS RELEVANTES: PLAN ESTRATEGICO.....	97
5.4.3 HALLAZGOS RELEVANTES: CUELLOS DE BOTELLA	98
5.4.4 HALLAZGOS RELEVANTES: MEJORA CONTINUA	99
5.5 METODO, ESQUEMA Y RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	101
5.5.1 OPINION DE EXPERTOS (Focus Group con el personal del HNDAC).....	112
5.5.2 OPINIÓN Y SUGERENCIA DE ESPECIALISTAS (Entrevistas).....	114
5.5.3 RESULTADO DE LAS ENCUESTAS	116
5.5.4 MATRIZ DE RIESGO-IMPACTO PARA LA RED ASISTENCIAL MINSA CALLAO.....	119
6. PROPUESTAS, RECOMENDACIONES Y CONCLUSIONES.....	121
6.1 PROPUESTA.....	121
6.1.1 DESARROLLO DE LA PROPUESTA.....	122
6.2 CONCLUSIONES.....	127
6.3 RECOMENDACIONES	128
BIBLIOGRAFIA.....	129

INDICE DE FIGURAS

Figura 1. Listado total de establecimientos de salud en el ámbito nacional	68
Figura 2 Evolución de asegurados con y sin seguro en 35 años.....	72
Figura 3 Registro e asegurados en el Perú.	73
Figura 4 Evolución del PIA en millones de soles	74
Figura 5 Gasto en salud en función al PBI	75
Figura 6 Comparativo del Gasto en Salud en función al PBI, con países de la región.....	75
Figura 7 Flujo del Sistema de Referencias y Contrarreferencias – Región Callao	79
Figura 8 Organigrama SRC del HNDAC	84
Figura 9 Densidad Poblacional Provincia del Callao	85

Figura 10 Cadena de valor de HNDAC	87
Figura 11 Esquema de modelo CANVAS del HNDAC	88
Figura 12 AS-IS del proceso con cuellos de botella identificados	89
Figura 13 Referencias enviadas desde el HNDAC en 2020 y 2021	90
Figura 14 Referencias recibidas desde el HNDAC en 2020 y 2021	91
Figura 15 El Proceso de investigación.	93
Figura 16 Principales hallazgos y problemática del SRC del HNDAC	96
Figura 17 Objetivos estratégicos del HNDAC	97
Figura 18 La Meta está orientado hacia la mejorar la experiencia	98
Figura 19 Accionables priorizados por el HNDAC	99
Figura 20 Modelo propuesto luego de aplicado la transformación digital	100
Figura 21 Nuevo modelo de negocio visionado por HNDAC	100
Figura 22 Análisis del GAP	103
Figura 23 Gráfico representativo de la situación ideal	105
Figura 24 Histograma de la Hoja de Verificación por día de la semana	107
Figura 25 Histograma de la Hoja de Verificación por causa de Referencia injustificada. .	108
Figura 26 Diagrama de Pareto del análisis obtenido de la Hoja de Verificación	108
Figura 27 Medición de la evolución del Objetivo (valores promedio/año)	109
Figura 28 Representación gráfica de la fijación global de metas planteadas	110
Figura 29 Flujo del Problema a seguir	111
Figura 30 Resultados de la pregunta N°01	115
Figura 31 Resultados de la pregunta N°02	116
Figura 32 Disgregado de la Pregunta 02	117
Figura 33 Resultados de la pregunta 03	118
Figura 34 Matriz riesgo-impacto	119
Figura 35 Valoración de la criticidad del riesgo.....	120
Figura 36 Características Principales de un SaaS	122
Figura 37 Características Principales de un PaaS (Fuente: Oracle)	123
Figura 38 Principales diferencias entre el actual modelo On-Site y PaaS	124
Figura 39 Nivel de interconexión de PaaS con demás tecnologías existentes	124
INDICE DE TABLAS	
Tabla 1 Nivel Prestacional del Sistema de Salud Peruano	47

INDICE DE CUADROS

Cuadro 1 Resultados del piloto HOJA DE VERIFICACION	106
---	-----

INDICE DE ANEXOS

ANEXO 1 HOJA DE REFERENCIA	131
----------------------------------	-----

ANEXO 2 HOJA DE CONTRARREFERENCIA	132
ANEXO 3 INDICADORES DE EVALUACIÓN DEL SISTEMA DE REFERENCIAS Y CONTRARREFERENCIAS	133
ANEXO 4 FORMULARIO DE ENCUESTA	134
ANEXO 5 COTIZACIÓN ECONOMICA DE PROPUESTA TUNEXO TE-REFIERE .	138

LEIDI VILCHEZ FERNÁNDEZ

Profesional Médica Cirujana. Egresada de la Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo de Lambayeque año 2010. Profesional Médica Neuróloga. Egresada de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos de Lima año 2014. Candidata a Magister en Gerencia de Servicios de Salud - ESAN. Experiencia en el área asistencial de Neurología y Neuropediatría. Experiencia administrativa en gestión de Servicios. Dominio Intermedio del Idioma Inglés. Profesional en gestión de emprendimiento e innovación.

FORMACIÓN ACADÉMICA

2020-2023 Maestría en Gerencia de Servicios de Salud

Escuela de Post Grado – Universidad ESAN - Lima.

2020 Diploma en Especialización en Gerencia de Salud con mención en Gestión de Redes Integradas

Escuela de Gestión Pública de la Universidad del Pacífico y Videnza Consultores - Lima.

2020-2021 Programa de Especialización en Gestión de innovación y nuevas tecnologías

Pontificia Universidad Católica del Perú – Lima.

2011-2014 Segunda Especialidad profesional en Neurología - RNE 25867

Universidad Nacional Mayor de San Marcos - Lima.

2010 Médica Cirujana – CMP 56198

Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo. Lambayeque

EXPERIENCIA LABORAL

2015-actual Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión (HNDAC)

Cargo: Médica Neuróloga

Marzo 2015 – Actualmente desempeñando funciones

2014- actual Hospital Guillermo Kaelin de la Fuente

Cargo: Jefe del Servicio de Neurología

Octubre 2014 – Actualmente desempeñando funciones

2010-2011 CLAS “PUEBLOS UNIDOS DE OLMOS”

Cargo: Gerente

Setiembre 2010 – Mayo 2011

ORLEAN LENNON ESCOBAR RAMIREZ

Profesional Licenciada en Obstetricia. Egresada de la Universidad Cesar Vallejo de Trujillo año 2005, Candidata a Magister en Gerencia de Servicios de Salud - ESAN. Con experiencia en el área de Gestión de la Calidad de los Servicios de Salud, Gestión Clínica, Estrategias Sanitarias en Salud y capacitada en temas de Salud Sexual y Reproductiva, ITS y VIH Sida, consejera Clínica a Población General y población Vulnerable. Profesional de innovación y emprendimiento.

FORMACIÓN ACADÉMICA.

2020-2023 Candidato a Maestría en Gerencia de Servicios de Salud

Escuela de Post Grado – Universidad ESAN - Lima.

2016 Diplomado en Gerencia en Salud

Universidad Nacional de Tumbes – Piura.

2012 Diplomado en Gestión del Talento Humano en el Sector Salud

Universidad Peruana Simón Bolívar– Lima.

2010 Postgrado en Sistemas Administrativos y Estrategia de Prevención en transmisión vertical del VIH

Universidad Pedro Ruiz Gallo – Lambayeque.

2005 Diplomado-Nivel Postgrado en embarazo de alto riesgo

Universidad Nacional de Trujillo – La Libertad

2004 Licenciada en Obstetricia – COP 18765

Universidad Cesar Vallejo de Trujillo – La Libertad

EXPERIENCIA LABORAL

2023-Actual E.S. II-1 Hospital Chulucanas - MINSA

Cargo: Jefa de la Unidad de Gestión de la Calidad.

Desde Enero 2017 – Actualmente desempeñando funciones.

Función: Promover la mejora continua institucional a través de la implantación de buenas prácticas en la atención en salud relacionadas a la Gestión del Riesgo Clínico, Seguridad del Paciente, Auditoría Clínica, Acreditación Hospitalaria, Atención al Ciudadano y desarrollo de proyectos de mejora.

2011 E.S. II-1 Hospital Chulucanas - MINSA

Cargo: Coordinadora General de la Estrategia de Prevención y Control de ITS VIH/SIDA.

Junio 2007 – Diciembre 2011.

Función: Coordinar, programar, garantizar y vigilar los procesos asistenciales y administrativos de la estrategia en el marco de la normatividad vigente.

2007 E.S. II-1 Hospital Chulucanas - MINSA

Cargo: Obstetra Asistencial.

Mayo 2007 – diciembre del 2016.

Función: Atención directa de pacientes obstétricas en las diferentes UPSS del Hospital como Emergencia, Centro Obstétrico, Hospitalización, Consulta Externa y actividades preventivas promocionales garantizando una atención a la mujer y al binomio madre niño con calidad y calidez.

FRANCISCO MARTÍN SAMANIEGO MORALES

Profesional en Medicina Humana. Egresado de la Universidad Nacional Federico Villarreal en 1994. Candidato a Magister en Gerencia de Servicios de Salud – ESAN, con especialización en Gastroenterología. Experiencia en el diseño de estrategias y coordinación con direcciones de salud.

FORMACIÓN ACADÉMICA.

2020-2023 Candidato a Maestría en Gerencia de Servicios de Salud

Escuela de Post Grado – Universidad ESAN - Lima.

2003-2005 Postgrado en Gastroenterología

Universidad Nacional Federico Villarreal – Lima

1983-1994 Medicina Humana

Universidad Nacional Federico Villarreal – Lima

EXPERIENCIA LABORAL

2007-2022 Red Asistencial de Ucayali – Es Salud Cargo:

Director Ejecutivo de Red Asistencial Desde
Mayo 2017 a Febrero 2022.

Funciones:

Proponer e implementar estrategias al mejoramiento continuo de las áreas asistenciales y administrativas de la Red Ucayali – EsSalud. Representación del hospital.

Garantizar el buen desenvolvimiento de los procesos de atención en la Red Asistencial.

Informar al ente superior (Sede Principal) avances y desarrollo de la Red Asistencial Ucayali.

- 2005-2007 Red Asistencial de Ucayali – Es Salud Cargo:**
Jefe del Departamento de Medicina Funciones:
Supervisión.
Diseño de Estrategias.
Coordinación con Dirección, jefes de Departamento y equipo de salud.
- 2005 Red Asistencial de Ucayali – Es Salud**
Cargo: Médico Gastroenterólogo
Funciones:
Atención ambulatoria en Consultorio Externo, Emergencias y áreas críticas.
Atención y Manejo de pacientes hospitalizados.
Procedimientos Endoscópicos.

DANIEL ORBEGOZO BRINGAS

Profesional Bachiller en Administración y Gerencia. Egresado de la Universidad Ricardo Palma en 2012. Egresado del Master en Gestión de Riesgos y Seguros. Candidato a Magister en Gerencia de Servicios de Salud - ESAN. 20 años en el sector de seguros. Gestor de nuevos modelos y estrategias de gestión en siniestros no tradicionales y masivos con orientación al cliente, aplicando metodología y prácticas ágiles. Sólida experiencia en procesos de implementación, migración e integración de Sistemas CORE de seguros (Bizagi, BPO, AcseLE, AcseIX, BPM.Claims.IBM.Salud, entornos Web e iCloud). Líder de Equipos multidisciplinarios, Docente en Seguros y Ponente en distintos foros académicos.

FORMACIÓN ACADÉMICA.

- 2020-2023** **Candidato a Maestría en Gerencia de Servicios de Salud** Escuela de Post Grado – Universidad ESAN - Lima.
- 2019** **Economía en Salud/Auditoría Médica y Epidemiología para no médicos**
FRI ESAN – Universidad ESAN - Lima.
- 2014-2016** **Master en gestión de Riesgos y Seguros**
ENAE Business School – Perú - España
- 2007-2012** **Bachiller en Administración y Gerencia de Empresas** Universidad Ricardo Palma – Lima.
- 2005** **Curso General de Especialización en Seguros**
APECOSE Escuela Superior de Seguros– Lima

EXPERIENCIA LABORAL

2021-Actual Marsh Perú S.A. Corredores de Seguros

Cargo: Gerente Vicepresidente Claims MMB

Desde Mayo 2021 – Actualmente desempeñando funciones.

Funciones: Líder Perú del equipo de consultoría encargado de la gestión de los riesgos asegurados mediante contratos de seguros (operacional, técnico y legal) y acompañamiento en procesos de defensa de coberturas ante aseguradoras del mercado.

2007-2021 Rímac Seguros

Cargo: Sub Gerente Siniestros Salud y SOAT. 2017-2021.

Cargo: Jefe Análisis y Coberturas. 2015-2017.

Cargo: Jefe Siniestros Vida y Accidentes. 2011-2015.

Cargo: Supervisor Siniestros Personas y Banca. 2010-2011.

Cargo: Ejecutivo Senior Siniestros Seguros Laborales. 2007-2010.

2003-2006 Sul América Seguros / Latina Seguros

Cargo: Ejecutivo Técnico en Seguros de Vida.

Desde Marzo 2003 a Junio 2006

Función: Suscripción de pólizas de seguros de personas y gestión de siniestros de ramos de seguros de personas.

2002-2003 Altas Cumbres Seguros

Cargo: Ejecutivo Área Técnica de Seguros Oncológicos y Laborales.

Desde Agosto 2002 a Febrero 2003

Función: Gestión técnica y comercial.

2002-2003 La Vitalicia Compañía de Seguros

Cargo: Operador de Sistema y auxiliar de seguros.

Desde Septiembre 1999 a Noviembre 2000

Función: Manejo de sistemas operativos y desarrollo de software.

SIGLAS

PB	:	Power BI (software de servicio de análisis de datos)
DNI	:	Documento Nacional de Identidad
CENAREM	:	Central Nacional de Regulación de las Referencias de Emergencia del MINSA
CENARUE	:	Central Nacional de Regulación de las Referencias de Urgencias y Emergencias del MINSA
CIE	:	Clasificación Internacional de Enfermedades
CRUE	:	Centro Regulador de Urgencias y Emergencias ESSALUD
DIRESA	:	Dirección Ejecutiva de Salud Integral
ES/EESS	:	Establecimiento de Salud
ESSALUD	:	Seguro Social del Perú
FF AA	:	Fuerzas Armadas
FISSAL	:	Fondo Intangible Solidario en Salud
FUA	:	Formato Único de Admisión
GORE	:	Gobierno Regional
HC	:	Historia Clínica
HNDAC	:	Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión
INSN	:	Instituto Nacional de Salud del Niño
INEN	:	Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas
IPRESS	:	Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud
MINSA	:	Ministerio de Salud
ODR	:	Oficina de Defensa Regional
OMS	:	Organización Mundial de la Salud
OPS	:	Organización Panamericana de la Salud
OS	:	Oficina de Seguros
REFCON	:	Sistema Referencias y Contrarreferencias MINSA
RENIPRESS	:	Registro Nacional de Instituciones Prestadoras en Servicio de Salud
RIS	:	Redes Integradas de Salud

SAMU	:	Sistema Nacional de Atención Móvil de Urgencias
SERNANP	:	Servicio Nacional Áreas Naturales Protegidas por el Estado
SIGESA	:	Sistema de Gestión Sanitaria
SIGES	:	Sistema Integrado de Gestión
SIASIS	:	Sistema Integrado de Aseguramiento del SIS
SIS	:	Seguro Integral de Salud
SMART	:	Specific, Measurable, Attainable, Relevant, Timely
SOAT	:	Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito
SRC	:	Sistema de Referencia y Contrarreferencia
STAE	:	Sistema de Transporte Asistido de Emergencias
SUSALUD	:	Superintendencia Nacional de Salud
UCI	:	Unidad de Cuidados Intensivos
UCIN	:	Unidad de Cuidados Intermedios
UE	:	Unidad Ejecutora
UEPA	:	Unidad de Embarazo Patológico
UR	:	Unidad de Referencia
UDR	:	Unidad Desconcentrada Regional
UME	:	Unidad Médica de Evacuación

GLOSARIO DE TERMINOLOGIA

1. **Accesibilidad:** Es la facilidad con la que los usuarios obtienen asistencia sanitaria, disminuyendo las barreras geográficas, socio-económicas, organizativas y culturales.
2. **Accesibilidad Física:** Es la posibilidad de hacer recorridos aceptables dentro de un territorio, tomando en consideración las condiciones físicas del medio. Está determinada por la distancia/tiempo que deben recorrer tanto los usuarios como los trabajadores de los establecimientos de salud para lograr que los primeros obtengan atención de salud. La distancia/tiempo depende a su vez de la presencia de barreras geográficas naturales y artificiales que cortan el territorio (ríos, carreteras, avenidas, zonas industriales, etc.) y de la disponibilidad de medios de transporte.
3. **Agente Comunitario:** Es el miembro activo y representativo de su comunidad que mediante adecuada información y capacitación desarrolla actividades preventivo-promocionales y de vigilancia de la salud comunitaria; desempeñan su actividad en coordinación con los servicios de salud u otras instituciones del ámbito.
4. **Apoyo al Diagnóstico:** Es el conjunto de servicios de salud y/o exámenes auxiliares que sirven para determinar el o los diagnósticos de un servicio.
5. **Atención Integral de Salud:** Es la provisión continua y con calidad de la atención de salud orientada hacia promoción de la salud, prevención de daños y riesgos, recuperación de la enfermedad y rehabilitación de la incapacidad, dirigida a las personas, en el contexto de su familia y comunidad. Dicha atención está a cargo del personal de salud competente, a partir de un enfoque biopsicosocial, quienes trabajan como un equipo de salud coordinado y contando con la participación de la sociedad.
6. **Atenciones:** Corresponde al número de actividades (atenciones, servicios o prestaciones) de salud brindadas a pacientes dentro de un establecimiento de salud, en un tiempo determinado.
7. **Atendidos:** Corresponde al número de personas que han recibido, por primera vez al año, una atención de salud dentro de un establecimiento. Puede definirse para un tiempo determinado como mes, trimestre o año.

- 8. Autodirigirse (autorreferencia):** Es la facilidad que tienen los usuarios para consultar directamente en establecimientos de salud asignados a un ámbito geográfico y/o del segundo o tercer nivel de atención sin antes haberse atendido en un establecimiento de salud de atención primaria o el de su jurisdicción.
- 9. Background:** Experiencia, Conocimiento de una persona o institución.
- 10. Benchmarking:** Palabra del idioma inglés utilizada para designar comparativos de rendimiento o valor generado.
- 11. Capacidad de Resolución:** Es la capacidad que tiene un establecimiento de salud para ofrecer un conjunto de actividades y procedimientos que satisfagan las necesidades de los usuarios, dando respuesta integral y oportuna a determinados daños o patologías.
- 12. Capacidad Resolutiva Cuantitativa:** Es la capacidad que tiene un profesional, establecimiento o red de servicios para atender a los que solicitan atención. Esta depende solamente de un factor cuantitativo: el volumen total de atenciones que puede otorgar, el cual, a su vez, depende del número de instrumentos de atención disponible (horas/médicos, días/cama, etc.), y del rendimiento de esos instrumentos (pacientes atendidos por hora, porcentaje de ocupación y rotación de camas).
- 13. Capacidad Resolutiva Cualitativa:** Es la capacidad que tiene ese profesional, establecimiento o red de servicios para satisfacer las necesidades de salud (cualitativas) del paciente. Depende de un factor cualitativo: la complejidad de la atención otorgada que, a su vez, está determinada por el grado de formación y capacitación del profesional que otorga la atención, la tecnificación de los servicios de apoyo con los cuales cuenta para el diagnóstico y la tecnificación de los recursos terapéuticos de que dispone para tratar el caso. La capacidad resolutiva cualitativa de un centro asistencial será inversamente proporcional a la frecuencia y levedad de los problemas y directamente proporcional a la severidad de los mismos. Esto quiere decir que a mayor frecuencia y levedad de los problemas de salud a atender menor capacidad resolutiva cualitativa (menor complejidad de los servicios otorgados). Por otro lado, a mayor severidad de los problemas de salud mayor capacidad resolutiva cualitativa.
- 14. Cartera de Servicios:** Es el listado de prestaciones médicas que brinda un establecimiento o microrred de salud. Puede entenderse como el conjunto de daños que un establecimiento de salud puede resolver.

- 15. Centros de Salud:** Son establecimientos de salud del primer nivel de atención, con complejidad mayor a la de los Puestos de Salud, donde se brinda atención de las necesidades de salud más frecuentes de la población a través de la atención integral ambulatoria, promoviendo la salud, previniendo los riesgos y daños y brindando manejo recuperativo de las patologías según perfil epidemiológico de su ámbito.
- 16. Complejidad de los Establecimientos de Salud (Niveles de Complejidad):** Corresponde al grado de diferenciación de las tareas que integran la actividad global de un establecimiento (capacidad resolutive cualitativa) y el grado de desarrollo alcanzado por el mismo (complejidad = especialización de los Recursos Humanos y tecnificación del resto de recursos). Por lo tanto, representa únicamente los aspectos cualitativos de la oferta de servicios de salud y está destinada a abordar en estos mismos términos a los requerimientos de la demanda.
- 17. Consulta Ambulatoria:** Es una actividad prestacional de salud en la que se proporciona ambulatoriamente atención individual de recuperación o control de la salud a un usuario. La consulta ambulatoria puede ser brindada por cualquier profesional de la salud. Aquella brindada por el médico, considerada de mayor interés estadístico, se denomina consulta médica, la misma que puede ser general o especializada.
- 18. Contrarreferencia:** Es un procedimiento administrativo-asistencial mediante el cual, el establecimiento de salud de destino de la referencia devuelve la responsabilidad del cuidado de la salud de un usuario o el resultado de la prueba diagnóstica, al establecimiento de salud de origen de la referencia o a la comunidad.
- 19. Contrarreferencia Indebida:** Es aquella contrarreferencia que no han cumplido con los criterios determinados en la presente directiva, es decir, aquella en la que se contrarrefirió a un usuario referido, en forma inoportuna o en la que no se llenó adecuadamente la Hoja de Contrarreferencia.
- 20. Corredores Sociales:** Es la articulación social determinada por los flujos poblacionales, de producción y comerciales, así como, así como por los patrones de desarrollo económico de un ámbito geográfico.
- 21. Curado:** Denominación que se le asigna a un usuario, previa a su contrarreferencia, al que se le ha solucionado el o los diagnósticos que motivaron su referencia a un

establecimiento de salud de mayor capacidad resolutive o en quien se ha determinado su alta definitiva.

- 22. Demanda:** Es la cantidad de atenciones médicas de un cierto tipo, requerida por una o más personas (población) a uno o más prestadores, durante un cierto periodo de tiempo, en función de las características de las personas y de los proveedores.
- 23. Direcciones de Salud:** Son los órganos que por delegación de la Alta Dirección del Ministerio de Salud ejercen la autoridad de salud y deben lograr los objetivos funcionales generales en sus respectivas jurisdicciones. Son órganos desconcentrados del Ministerio de Salud en el departamento de Lima y Provincia Constitucional del Callao y son órganos desconcentrados de los Gobiernos Regionales (Direcciones Regionales de Salud) en cada departamento de la República.
- 24. Direcciones de Red de Salud:** Órganos desconcentrados de la Salud o Direcciones Regionales de Salud compuestos por el conjunto de establecimientos y servicios de salud de diferentes niveles de complejidad y capacidad resolutive los cuales se encuentran interrelacionados por una red vial y corredores sociales, funcional y administrativamente, cuya combinación de recursos y complementariedad de servicios asegura la provisión y continuidad de un conjunto de atenciones prioritarias de salud, en función de las necesidades de la población.
- 25. Eficacia:** Según la Real Academia Española (2022), la Eficacia es definida como “la capacidad de lograr el efecto que se desea o se espera”.
- 26. Eficiencia:** Según la Real Academia Española (2022), una de las definiciones de Eficiencia es “la capacidad de lograr los resultados deseados con el mínimo posible de recursos”.
- 27. Emergencia:** Corresponde a toda situación o evento que se presenta de forma imprevista, violenta o súbita que pone en peligro la vida, alternado profundamente el estado de salud de la persona y por lo tanto exige atención médica o quirúrgica inmediata.
- 28. Emergencia de Transeúntes:** Forma de referencia en la que un usuario, que ha visto afectada su salud en la vía pública, es llevado por un tercero a un establecimiento de salud para que reciba atención médica.

- 29. Establecimientos de Salud:** Son aquellos establecimientos implementados con recursos humanos, materiales y equipos, que realizan actividades, así como procedimientos asistenciales y administrativos que permitan brindar atenciones sanitarias ya sean preventivas promocionales, recuperativas o de rehabilitación tanto intramurales como extramurales.
- 30. Establecimientos de Salud de origen de la Referencia:** Es el establecimiento de salud que transfiere la responsabilidad del cuidado de la salud de un usuario o un elemento diagnóstico a otro establecimiento de salud de mayor capacidad resolutive, a través de la Hoja de Referencia. (viene a ser lo mismo que Establecimiento de Destino de la Contrarreferencia, en el caso de la contrarreferencia de un usuario).
- 31. Establecimiento de Salud de Destino de la Referencia:** Es el establecimiento de salud de mayor capacidad resolutive al que, a través de la Hoja de Referencia, se le transfiere la responsabilidad del cuidado de la salud de un usuario o un elemento diagnóstico. (viene a ser lo mismo que Establecimiento de Origen de la Contrarreferencia, en el caso de la contrarreferencia de un usuario).
- 32. Focus Group:** Es una técnica cualitativa de estudio de opiniones y debate guiado.
- 33. Gap:** Es la distancia o diferencia pronunciada entre elementos relacionados entre sí.
- 34. Hoja de Referencia:** Es el documento con el que el establecimiento de salud de origen de la referencia solicita la transferencia de la responsabilidad de la atención de salud de un usuario o exámenes de ayuda diagnóstica, a un establecimiento de mayor capacidad resolutive (establecimiento de destino de la referencia).
- 35. Hoja de Contrarreferencia:** Es el documento con que el establecimiento de origen de la contrarreferencia devuelve o envía la responsabilidad de la atención de salud de un usuario o el resultado de los exámenes de ayuda diagnóstica, a el establecimiento de destino de la contrarreferencia.
- 36. Hospital de Baja Complejidad:** Es un establecimiento de salud donde se brinda atención integral ambulatoria y hospitalaria, con capacidad para resolver las necesidades de los daños, mediante las especialidades de Medicina Interna, GinecoObstetricia, Cirugía y Pediatría, aplicando procedimientos de diagnóstico y terapéuticos médico-quirúrgicos de baja complejidad. Son órganos desconcentrados de las Direcciones de Red de Salud.

- 37. Hospital de Mediana Complejidad:** Es un establecimiento de salud donde se brinda atención integral ambulatoria y hospitalaria especializada recuperativa y de rehabilitación, mediante la oferta de especialidades médicas y quirúrgicas, aplicando procedimientos de diagnóstico y terapéuticos de mediana complejidad. Son órganos desconcentrados de las Direcciones de Red de Salud.
- 38. Hospital de Alta Complejidad:** Es un establecimiento responsable de satisfacer la demanda de servicios de salud de un ámbito referencial, brindando atención integral ambulatoria y hospitalaria altamente especializada, mediante la oferta de subespecialidades médicas y quirúrgicas, aplicando procedimientos de diagnóstico y terapéuticos de alta complejidad. Son órganos desconcentrados de las Direcciones de Salud.
- 39. Institutos Especializados:** Son los órganos de investigación e innovación científicotecnológica y de docencia en un campo especializado de la salud.
- 40. Lead Time:** Expresión del idioma inglés que mide el tiempo de espera o entrega del servicio o producto. Empieza con la generación del pedido, hasta la entrega efectiva del mismo.
- 41. Manual de Organización del Sistema de Referencias y Contrarreferencia de los Establecimientos del Ministerio de Salud:** Es el documento técnico-normativo de gestión que describe en forma ordenada y sistemática como organizar, operar y controlar el sistema de referencia y contrarreferencia en los establecimientos, Microrredes, Direcciones de Redes y Direcciones Regionales de Salud / Direcciones de Salud del MINSA, con la participación de la comunidad.
- 42. Mejorado:** Denominación que se le asigna a un usuario, previa a su contrarreferencia, en el que se ha resuelto el motivo de la referencia en forma parcial, siendo pertinente que el usuario continúe con tratamiento bajo control y supervisión del establecimiento de salud que realizó la referencia o al que pertenece.
- 43. Microrredes de Salud:** Órgano de la Línea de las Direcciones de Red de Salud conformados por un conjunto de establecimientos de salud del primer nivel de atención cuya articulación funcional, según criterios de accesibilidad, ámbito geográfico y epidemiológico, facilita la organización de la prestación de servicios de salud.

Constituye la unidad básica de gestión y organización de la prestación de servicios. La agregación de microrredes conforma una Dirección de Red de Salud.

- 44. Niveles de Atención:** Es el conjunto de unidades productoras de servicio de salud con recursos humanos y tecnologías apropiadas para resolver con eficacia y eficiencia problemas específicos de salud de diferente magnitud y severidad. Se sustenta en la comprobación empírica que los problemas de salud de menor severidad o gravedad tienen mayor frecuencia relativa que los más severos y viceversa. Se reconocen típicamente tres niveles de atención de salud.
- 45. Oferta:** Corresponde al conjunto de recursos humanos, e infraestructura, equipamiento, de información, de organización, insumos, financieros, entre otros, que organizados adecuadamente enfrentan a los requerimientos de la demanda a través de la entrega o realización de las prestaciones de salud, que son muy diversas y variadas.
- 46. Oportunidad:** Es el criterio que debe ser considerado en la referencia de un usuario y que se refiere al momento propicio en que debe hacerse a fin de no ir en contra de la salud del usuario.
- 47. Puestos de Salud:** Son establecimientos de primer nivel de atención, con capacidad para atender las necesidades de salud más frecuentes de la población a través de una atención integral ambulatoria, con énfasis en la promoción de la salud y la prevención de los riesgos y daños, fomentando la participación comunitaria.
- 48. Referencia:** Es un proceso administrativo-asistencial mediante el cual un agente comunitario o el personal facultado de un establecimiento de salud, transfiere la responsabilidad de la atención de las necesidades de salud de un usuario, a otro establecimiento de salud de mayor capacidad resolutive.
- 49. Referencia Comunal:** Es la referencia de un usuario desde la comunidad a un establecimiento de salud por parte de un agente comunitario u otro actor social.
- 50. Referencia Injustificada:** Es aquella en la cual el usuario, por la necesidad de salud, no ha merecido ser referido a otro establecimiento de salud de mayor capacidad de resolución por que el establecimiento de origen de la referencia si contaba con la capacidad resolutive para solucionar el motivo de la referencia, cuando el establecimiento de destino no cuenta con la capacidad resolutive para resolver el motivo de la referencia, cuando es inoportuna de acuerdo a los flujos de referencia

determinados y a la evaluación realizada por los comités del SRC o cuando el diagnóstico del establecimiento de destino no guarda relación con el motivo de la referencia.

- 51. Seguro Integral de Salud:** Órgano Descentralizado del MINSA cuyo rol es el de administrar los fondos dedicados al financiamiento de las prestaciones de salud individual, bajo un modelo de aseguramiento público sostenible que contribuya a la mejora del estado de la salud de los peruanos.
- 52. Sistema de Referencia:** Es el conjunto ordenado de procedimientos administrativos y asistenciales, a través del cual se asegura la continuidad de la atención de las necesidades de salud de los usuarios, con la debida oportunidad, eficacia y eficiencia, transfiriéndolo de la comunidad o establecimiento de salud de menor a otro de mayor capacidad resolutive o viceversa.
- 53. SMART:** Acrónimo de origen inglés que refiere las condiciones que debe cumplir los objetivos de una organización para ser considerados eficientes e inteligentes.
- 54. Touch Time:** Expresión del idioma inglés que mide el tiempo real que dura la actividad o tarea, “trabajando”.
- 55. Urgencia:** Es toda situación imprevista, violenta o súbita, que altera el estado de salud de las personas y que requiere de atención médica inmediata, no existiendo riesgo inminente de muerte.

DEFINICIONES OPERATIVAS

1. **Ámbito Territorial Sanitario:** Conjunto de IPRESS con distinta oferta de servicios de salud y de diferentes niveles de complejidad interrelacionadas entre sí y articulados funcionalmente, cuya complementariedad de servicios asegura el uso eficiente de recursos y la provisión de un conjunto de atenciones prioritarias de salud ubicado en un determinado espacio geográfico.
2. **Acto Médico:** Es toda acción o disposición que realiza el médico en el ejercicio de la profesión médica. Comprende actos de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación que realiza el médico en la atención integral de pacientes, así como los que se deriven directamente de estos.
3. **Aplicativo Informático de Referencias y Contrarreferencias “REFCON - MINSA”:** es el software en la plataforma web, administrado por el Ministerio de Salud para dar soporte a los procedimientos de Referencia y Contrarreferencia a Nivel Nacional.
4. **Atención de Emergencia:** Se entiende por emergencia médica y/o quirúrgica toda condición repentina o inesperada que requiere atención inmediata al poner en peligro inminente la vida, la salud o que puede dejar secuelas invalidantes en el paciente. Corresponde a pacientes con daños calificados como prioridad I y II.
5. **Atención por Consulta Externa:** Es la atención integral (consulta y procedimientos) que se brinda al paciente desde su ingreso hasta su atención por parte de un profesional de la salud que labora en las diferentes especialidades MédicoQuirúrgicas, así como de Odontología, Nutrición y Psicología.
6. **Atención para Apoyo al Diagnóstico:** Es la atención de servicios complementarios que apoyan el diagnóstico médico y contribuyen a la recuperación de nuestros usuarios, con tecnología de punta y personal especializado y confiable.
7. **Referencia:** Corresponde al proceso administrativo y asistencial del personal de un establecimiento de salud con el cual transfiere la responsabilidad de la atención de las necesidades de un usuario a otro establecimiento de salud de mayor capacidad resolutive, asegurándose de su traslado.

8. **Traslado:** es la movilización del paciente hacia otro establecimiento de salud, de manera puntual o momentánea, para atención de Emergencia, intervención, consulta ambulatoria o para realizar una prueba de apoyo diagnóstico.
9. **REFCON:** el sistema REFCON tiene como objetivo descongestionar las atenciones en los nosocomios y evitar la formación de colas para la obtención de una cita por consulta externa, derivándolos a los pacientes, según diagnóstico, al establecimiento de salud que corresponda para una atención especializada.
10. **Capacidad Resolutiva:** Es la capacidad que tienen los Establecimientos de salud de producir el tipo de servicios necesarios para solucionar las diversas necesidades de la población, incluyendo la satisfacción de los usuarios (depende de la especialización y tecnificación de sus recursos).
11. **Cartera De Servicios:** Conjunto de diferentes prestaciones que brinda un establecimiento de salud y/o servicio médico de apoyo, basado en sus recursos humanos y recursos tecnológicos que responde a las necesidades de salud de la población y a las prioridades de políticas sanitarias sectoriales.
12. **Categoría:** Clasificación que caracteriza a los establecimientos de salud, en base a niveles de complejidad y a características funcionales comunes, para lo cual cuentan con Unidades Productoras de Servicios de Salud (UPSS) que en conjunto determinan su capacidad resolutiva, respondiendo a realidades socio sanitarias similares y diseñadas para enfrentar demandas equivalentes.
13. **Estado se Solicitudes de Referencias:** varían según el proceso en el que se encuentren:
 - Solicitud Registrada: Solicitud que acaba de ser ingresada, sin ser referida aún.
 - Solicitud Pendiente: Solicitud que ha sido enviada (referida) y que se encuentra pendiente de evaluación por el EESS destino.
 - Solicitud Aceptada: Solicitud que ha sido aceptada por el EESS de destino.
 - Solicitud Rechazada: Solicitud que ha sido rechazada por el EESS de destino y que adicionalmente tiene un motivo de rechazo.
 - Solicitud Observada: Solicitud que ha sido observada por el EESS de destino, el cual requiere mayor información por parte del EESS de origen y que contiene el motivo de observación.

- Solicitud Anulada: Solicitud anulada por el EESS origen después de ser enviada al EESS de destino.
 - Paciente Recibido: Estado que indica que el paciente ha sido aceptado en el EESS destino, se le otorgó una cita, a la cual el paciente se apersona para su atención.
 - Paciente Citado: Estado que indica que el paciente que ha sido citado en el EESS de destino.
 - Paciente Contrarreferido: Estado que indica que el paciente ha sido contrarreferido al EESS de origen.
14. **Contrarreferencia:** es un proceso administrativo asistencial, mediante el cual, el establecimiento de salud de destino de la referencia devuelve o envía la responsabilidad del cuidado de la salud de un usuario o el resultado de la prueba diagnóstica, al establecimiento de salud origen de la referencia o del ámbito de donde procede el paciente, porque cuenta con la capacidad de manejar o monitorizar el problema de salud integralmente.
15. **Fujo de Referencia y Contrarreferencia:** Es la herramienta de gestión que permite organizar la derivación de la prestación en la Red Integrada de Salud, de acuerdo a la capacidad resolutoria de la IPRESS; accesibilidad y ámbito territorial sanitario vial, que facilita la continuidad de la atención.
16. **Daño:** Compromiso del estado de salud en grado diverso. Los daños en el servicio de emergencia se clasifican de acuerdo a la prioridad de atención:
- Prioridad I : Gravedad súbita extrema.
 - Prioridad II : Urgencia mayor.
 - Prioridad III : Urgencia menor.
 - Prioridad IV : Patología aguda común

RESUMEN EJECUTIVO

El sistema de referencias y contrarreferencias es un proceso administrativo-asistencial que permite la continuidad de la atención en los diferentes niveles de atención de salud de manera oportuna e integral. La presente investigación consiste en realizar una **PROPUESTA TECNOLÓGICA PARA OPTIMIZAR Y GENERAR VALOR EN EL MODELO DE GESTIÓN DEL SISTEMA DE REFERENCIAS Y CONTRARREFERENCIAS EN UN ESTABLECIMIENTO DE SALUD MINSA NIVEL III-1.**

Debido al flujo no integrado y descontrolado del Sistema de derivaciones o referencias, que principalmente demora y en ocasiones pospone la atención de los usuarios, los Hospitales Nacionales no pueden cumplir con eficacia el rol de complejidad que les ha sido asignado, vale decir, la de recibir pacientes de alta complejidad o nivel resolutivo que no han podido ser resueltos en los establecimientos de menor complejidad y no que reciba pacientes solo porque los establecimientos de complejidad previa no pudieron resolver la atención por temas logísticos o de ausencia de especialista asignado. Como establecimiento de estudio, usemos el Hospital Daniel. A. Carrión, cabeza de Red del Minsa-Callao. Éste Hospital Nacional es el de más alta complicado. Según estimaciones previas, más del 40% de las derivaciones atendidas (no se cortó la continuidad de atención) fueron por tratarse de derivaciones injustificadas, entre ellas: Falta de **CAPACIDAD LOGÍSTICA HABILITADA** del centro natural de atención que genero la derivación recibida (camas, quirófanos, personal sanitario, Usuarios **NO FORMADOS CORRECTAMENTE** en el uso del sistema REFCON (sistema de gestión de la referencia), Falta de **SUMINISTROSEQUIPOS OPTIMOS** (Solicitud en stock no surtida y equipos no habilitados o en mantenimiento), y Pacientes **AUTOREFERIDOS**; generando una sobredemanda.

El objetivo principal de esta investigación es contribuir a generar eficacia y eficiencia en el Sistema de Referencias y Contrarreferencias de la red Minsa Callao, mediante una solución tecnológica habilitadora de datos e indicadores de control, que genere una reducción importante en las referencias injustificadas.

Para demostrar las hipótesis que plantea el trabajo de investigación, el tipo de investigación será aplicada, con nivel descriptivo, del método cualitativo-cuantitativo y diseño experimental de corte transversal. La población de estudio está constituida por 115 personas que son los servidores de usuarios de REFCON que trabajan en las salas de emergencia de los 48 negocios que componen la Red y que son los negocios que producen referidos. Sobre esta población se basará la muestra de 89 personas seleccionadas por sorteo, que se utilizará para realizar las encuestas, además se usará la técnica del Focus Group y las entrevistas, que forman parte de la investigación. Asimismo, se hizo un estudio piloto de contención de 4 semanas de referencias injustificadas para validar las hipótesis.

Se usó complementariamente el método A3 para el desarrollo de la investigación.

Las conclusiones obtenidas fueron las siguientes:

- El sistema de Referencia y Contrarreferencia es ineficiente e ineficaz, como se explica en el marco teórico.
- Nuestra sugerencia tecnológica llamada TUNEXO T-REFIERE mejorará el sistema de Referencias y Contrarreferencias de la Red Minsa del Callao en términos de eficiencia y eficacia.
- Debido al importante impacto en la Red Asistencial Minsa del Callao, la implantación de TUNEXO T-REFIERE tendría un efecto muy positivo tanto en la población de la región Callao como en la Red Asistencial.
- Nuestra sugerencia tecnológica, TUNEXO T-REFIERE, contribuirá estratégicamente a mejorar el actual sistema de Referencias y Contrarreferencias de la Red Minsa Callao, logrando una efectividad real, escalando a todas las Redes Minsa del Perú, y creando una verdadera interconectividad a nivel nacional.

1. INTRODUCCIÓN

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los Hospitales Nacionales no cumplen eficientemente el rol de complejidad asignado al existir un flujo del Sistema Referencias y Contrarreferencias no integrado y no controlado, teniendo como consecuencia principal el diferimiento o aplazamiento de la atención al usuario. Como caso de estudio tomaremos al Hospital Nacional D. A. Carrión – HNDAC por ser el de mayor complejidad en la Red de Salud MinsaCallao. Se estima que más del 40% de las Referencias que fueron atendidas no debieron corresponder por ser Referencias injustificadas (Falta de CAPACIDAD LOGISTICA HABILITADA en el momento de la referencia recibida (camas, salas quirúrgicas, personal asistencial, Usuarios NO CAPACITADOS CORRECTAMENTE en el uso del sistema REFCON, Falta de INSUMOSEQUIPOS (Petitorio en stock no abastecido), Pacientes AUTOREFERDOS generando una sobre demanda en los niveles de resolución más altos saturando el servicio, impactando en la correcta continuidad de la atención médica según nivel de resolución por la sobredemanda.

1.2 OBJETIVOS

- **Objetivo General**

Contribuir a generar eficacia y eficiencia en el Sistema de Referencias y Contrarreferencias de la red Minsa Callao, mediante una solución tecnológica habilitadora de datos e indicadores de control, que genere una reducción importante en las referencias injustificadas.

- **Objetivos Específicos**

- 1) Evaluar la actual eficacia y eficiencia del sistema de referencias de la red Minsa Callao.

- 2) Determinar el impacto de las deficiencias y falta de capacidad resolutive inmediata en el sistema de referencias evaluado, cuantificando el riesgo de continuar la actual situación.
- 3) Proponer un soporte tecnológico que contribuya de manera estratégica a corregir y mejorar el proceso del sistema de referencias de la red Minsa Callao, impactando positivamente al Hospital Nacional Daniel A. Carrión.

1.3 JUSTIFICACIÓN

El sistema de salud peruano se caracteriza por ser fragmentado y vertical en su nivel resolutive, lo cual generara retos de coordinación entre los diferentes niveles de atención y consistencia en la continuidad de la atención. Basa además su organización de recursos en un modelo segmentado¹ y es por ello que la propuesta de las Redes Integradas de Salud (RIS) establece la atención integrada y continua a través de la prestación de servicios de salud complementarios entre organizaciones que abarcan toda una red asistencial de salud. La OMS menciona que “Los sistemas de atención de salud deben trabajar de forma integrada mediante el desarrollo de mecanismos de coordinación de la atención a lo largo de todo el espectro de servicios, incluyendo el desarrollo de redes y sistemas de referencia y contrarreferencia”. (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2011)

¹ El Modelo Segmentado (Granados Torano 2010) “[...] en estricto no es Sistema ya que como su propio nombre los indica es segmentado y está constituido por tres subsistemas: (i) Que es público y financiado exclusivamente por el estado que atiende a la población de menores recursos; (ii) Un seguro social financiado por trabajadores formales y sus empleadores que se encuentran en la planilla pública o privada; (iii) Y un privado financiado por pagos directos o por primas recaudadas en caso de contrato con compañías aseguradoras. Este modelo es seguido por países como Paraguay, Bolivia y Perú y países de Centro América, excepto Costa Rica. De acuerdo a los expertos, éste es el modelo con mayor inequidad”. (citado en Sánchez y Solorzano, 2017, p, 145)

La referencia es un proceso asistencial mediante la cual un establecimiento de salud de menor capacidad resolutive traslada la responsabilidad de la continuidad de la atención en salud a otro de mayor capacidad de acuerdo a la cartera de servicios que éste ofrece; mientras que en la contrarreferencia el establecimiento de salud destino de la referencia devuelve o envía la responsabilidad del cuidado de la salud del usuario al establecimiento de salud de origen de la referencia de donde procede el usuario.

La existencia de un sistema de referencia también demanda el uso de aplicativos informáticos que se integren junto con la historia clínica electrónica para la mejora de la gestión de citas.

La creación de establecimientos de salud con diferente capacidad resolutive tiene como objetivo brindar atención oportuna al paciente utilizando recursos establecidos por cada nivel con un enfoque mayoritario en la prevención y la promoción de la salud. Sin embargo, actualmente se evidencia alto congestionamiento y desorden en los flujos de referencia y contrarreferencia de los pacientes, llevando al colapso de los establecimientos de mayor nivel de complejidad por situaciones de salud que podrían ser resueltas en centro de menor nivel de complejidad.

El presente trabajo tiene como finalidad brindar una propuesta desde una perspectiva de relevamiento de información que permita una gestión costo-efectiva-tecnología basada en datos que optimicen el flujo de atención de todo el proceso de Referencias y Contrarreferencias de la Red de Salud Callao.

1.4 ALCANCE Y LIMITANTES

1.4.1 ALCANCE

Llegaremos hasta la propuesta de implementación de una herramienta tecnológica habilitadora de datos (Recaudo eficaz de datos: camas, equipos y especialistas

disponibles para un manejo eficiente de la información y generación de herramientas de control y decisión informada) e información clave para el sistema de referencias de la Región Callao:

- Definiremos cuantitativa y sustancialmente la reducción de los aproximadamente 40% de referencias injustificadas
- Definiremos el espacio de tiempo necesario para alcanzar el objetivo
- Definiremos las fases de cómo lograrlo
- Definiremos los recursos necesarios para lograrlo

1.4.2 LIMITANTES

Durante el desarrollo del presente trabajo se identificaron las siguientes limitaciones:

- La información y estadística sobre la efectividad del proceso del sistema de referencias no está consolidada y es de acceso restringido.
- Existe hermetismo por parte de funcionarios para brindar información cualitativa y cuantitativa.
- El subregistro de las referencias injustificadas que no debieron llegar al centro de mayor complejidad, y que aun así fueron atendidas, no es totalmente confiable.
- El Hospital nacional Daniel A. Carrión tiene dependencia administrativa directa de la de la DIRESA CALLAO, pero presupuestalmente depende de la unidad ejecutora del Gobierno Regional del Callao quien asigna un presupuesto para los objetivos que se propone la institución.

1.5 CONTRIBUCIÓN

Nuestra herramienta tecnológica digital de recolección y administración de datos transformara el sistema nacional de referencias y contrarreferencias desde una perspectiva costos-efectiva-tecnología.

2. MARCO CONCEPTUAL

En el 2005, los Estados Miembros de la Organización Mundial de la Salud (OMS) se comprometieron en desarrollar sus sistemas de financiación sanitaria, con la finalidad de que todas las personas tuvieran acceso a los servicios de salud y así no sufrieran dificultades financieras al tener que pagar ellos. Dicho objetivo se definió como «cobertura universal», algunas veces llamada «cobertura sanitaria universal». (OMS, 2005)

El Modelo de Atención integral de Salud del MINSA se basa en el principio de Universalidad en el acceso, equidad, integridad en la atención, calidad, eficiencia, respeto a los derechos de las personas, descentralización y participación ciudadana. Dentro del principio de Integralidad existe la dimensión de continuidad de atención, que supone que la atención de una persona no puede darse de forma limitada o verse interrumpida por limitación en la capacidad resolutoria de los establecimientos de salud, por el contrario, ésta debe ser seguida y complementada hasta la resolución del daño. Este Principio determina la integralidad como un sistema abierto de salud el cual se basa en la interacción de la oferta de servicios existentes para resolver las necesidades de la comunidad, independiente de la condición económica, social e ideológica con el cual logra que el sistema no discrimine a la población en su derecho de acceso a los Servicios de Salud. La continuidad de la atención busca que el usuario sea captado, identificado, evaluado y seguido dentro de un sistema ordenado de atención de salud integrando la atención promocional, preventiva y recuperativa, organizándola y articulándola por niveles de resolución y asegurándole adecuados procedimientos de relación entre ellos. Los procesos de Referencia y Contrarreferencia son parte inherente del sistema de prestación de salud, que tiene como principio integrar en forma técnica, asistencial y administrativa las capacidades resolutorias existentes en la oferta de los servicios locales, regionales y nacionales que el problema o necesidad de salud requiere para lograr la satisfacción del usuario como un derecho a la vida. (Directiva de Referencias y Contrarreferencias “Hospital D.A. Carrión”, 2022).

2.1 MODELO DE ATENCIÓN Y ASEGURAMIENTO UNIVERSAL EN EL SISTEMA DE SALUD DEL MINISTERIO DE SALUD – MINSA.

Este modelo se basa en principios de universalidad, acceso, equidad, integralidad de la atención, calidad, eficiencia, respeto al derecho de las personas, descentralización y participación ciudadana, teniendo como propósito garantizar el derecho pleno y progresivo a la Seguridad Social en Salud para toda persona que reside en territorio peruano (nacional y extranjero).

En ese contexto, la Ley N° 29344 y su Texto Único Ordenado aprobado mediante el Decreto Supremo N° 020-2014-SA, señalaron que “El aseguramiento universal en salud es un proceso orientado a lograr que toda la población residente en el territorio nacional disponga de un seguro de salud que le permita acceder a un conjunto de prestaciones de salud de carácter preventivo, promocional, recuperativo y de rehabilitación, en condiciones adecuadas de eficiencia, equidad, oportunidad, calidad y dignidad, sobre la base del Plan Esencial de aseguramiento en salud – PEAS.” (Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud AUS, 2009 y Texto Único Ordenado TUO, 2014). Dicho proceso, se determina por la afiliación de una persona a una Institución Administradora de Fondos de Aseguramiento en Salud – IAFAS a algún plan de salud.

En ese orden de ideas, mediante Decreto de Urgencia N.º 017-2019 se dispuso garantizar la protección del derecho a la salud a través del cierre de la brecha de población sin cobertura de seguro en el territorio nacional, ello mediante la afiliación de esta población a la Institución Administradora de Fondos de Aseguramiento en Salud Seguro Integral de Salud IAFAS – SIS.

Según el Boletín Estadístico SUSALUD (2022 p. 45) “En el segundo trimestre del 2022, según el Registro de Afiliados al AUS, se cuenta con un total de 39 029 546 afiliados activos únicos por IAFAS, los mismos que están distribuidos en 45 IAFAS.”

2.2 COBERTURA UNIVERSAL DE SALUD

Según la OMS, la cobertura universal de salud quiere decir que todas las personas y las comunidades tengan acceso equitativo a los servicios integrales y garantizados, que necesitan a lo largo del curso de vida, con calidad y sin dificultades financieras. Según esta definición, podemos inferir que, en el caso del Perú aún no se ha logrado la cobertura universal de salud. Si bien se ha incrementado la cobertura poblacional (incremento del porcentaje de asegurados de los residentes en territorio nacional, tanto nacionales como extranjeros), este aún es insuficiente, sobre todo por el escaso incremento de la cobertura prestacional y financiera por parte de los diferentes gobiernos. La OPS / OMS ha formulado estrategias para lograr la cobertura universal de salud. Estas se establecen en cuatro líneas estratégicas simultáneas e interdependientes:

- Ampliar el acceso equitativo a servicios de salud integrales, de calidad, centrados en las personas y las comunidades
- Fortalecer la rectoría y la gobernanza
- Aumentar y mejorar el financiamiento, promoviendo la equidad y la eficiencia y eliminando el gasto de bolsillo.
- Fortalecer la actuación intersectorial para abordar los determinantes sociales de la salud.

Según norma técnica N°018- MINSA de Referencia y Contrarreferencia, para el funcionamiento del sistema de referencia y contrarreferencia son los recursos humanos existentes en el establecimiento de salud, quienes como parte de sus funciones y responsabilidades en los diferentes niveles organizacionales participarán de acuerdo a su calificación y previa capacitación sobre el sistema. Los responsables operativos del sistema de referencias y contrarreferencias serán los mismos responsables o coordinadores del SIS o de admisión, a quienes mediante las disposiciones legales pertinentes se les encargarán dichas funciones adicionales. Estos responsables se encargarán de sensibilizar y capacitar al Recurso Humano del establecimiento para la organización y operativización del sistema en el nivel organizacional respectivo.

NIVEL		RECURSOS HUMANOS
ADMINISTRATIVO	MINISTERIO DE SALUD	Coordinador Nacional del Sistema de Referencia y Contrarreferencia.
	DIRECCION REGIONAL DE SALUD	Director de servicios (coordinador del Sistema de Referencia y Contrarreferencia.)
	DISAS, REDES	Coordinador local del SIS y/o Referencia.
	MICROREDES	Responsable del SIS y/o Referencia.
ASISTENCIAL	HOSPITAL NACIONAL, REGIONAL E INSTITUTOS ESPECIALIZADOS	- Jefe de la Unidad u Oficina de Seguros y/o Referencia. - Personal administrativo de apoyo.
	HOSPITALES	- Jefe de la Unidad u Oficina de Seguros y/o Referencia. - Personal administrativo de apoyo.
	CENTROS Y PUESTOS DE SALUD	Responsables de SIS y/o Referencia o de Admisión.

Fuente: Norma técnica N°018- MINS/DGSP-V.01

2.3 SEGURO INTEGRAL DE SALUD (SIS).

Es un organismo Público Ejecutor del Ministerio de Salud, creado por Ley N° 27657, Ley del Ministerio de Salud el 29 de enero de 2002. El SIS es una Administradora de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFA), que tiene como objetivo la captación y gestión de fondos para el aseguramiento de prestaciones de salud de los asegurados bajo el Aseguramiento Universal en Salud (AUS). El SIS tiene 05 planes de seguros:

- **SIS Emprendedor:** seguro de salud que ofrece cobertura integral a aquellos emprendedores que tributan en el Nuevo Régimen Único Simplificado (NRUS) de la SUNAT. El beneficio alcanza a sus derechohabientes sin costo adicional.
- **SIS Microempresas:** seguro de salud dirigido a los trabajadores de la microempresa. La aportación es de 15 soles mensuales por trabajador y el beneficio también alcanza a sus derechohabientes sin costo adicional. El trabajador no realiza ningún pago.
- **SIS Gratuito:** seguro de salud que ofrece cobertura integral y está dirigido a personas con clasificación de pobre o pobre extremo, gestantes, menores de 5 años, entre otros de acuerdo a norma.
- **SIS para Todos:** seguro de salud dirigido a todas las personas que viven dentro del territorio nacional, sin importar su clasificación socioeconómica, sin límite de edad. Este seguro garantiza la cobertura gratuita del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud – PEAS + Plan complementario.
- **SIS Independiente:** seguro de salud que ofrece cobertura integral a trabajadores independientes, estudiantes universitarios, menores dependientes, personas adultas mayores y otros, que residen en el territorio nacional y que no cuentan con otro seguro.

En el 2019, mediante decreto de urgencia (DU N.º 017-2019), se amplió la cobertura del SIS para toda la población que resida en el Perú (sea nacional o extranjero) y que no contara con algún seguro de salud. Esto fue llamado “SIS para todos”, el cual cubre el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS).

A diciembre del 2020, 95.16% de los peruanos contaba con un plan de seguro.

2.4 EL PLAN ESENCIAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD (PEAS).

Corresponde a un conjunto de intervenciones y prestaciones mínimas obligatorias que debe tener todo plan de salud regulado por la Ley N° 29344, según la condición de la población (sana y enferma) y diagnóstico, razón por la cual resulta necesaria su evaluación y reformulación continua. Su normativa establece que su alcance se evaluará cada 02 años, pudiendo reformularse para incluir progresivamente más condiciones de salud según análisis epidemiológico, disponibilidad financiera y oferta de servicios.

El PEAS responde a la necesidad de adoptar medidas extraordinarias que permitan intervenir de manera inmediata en materia de cobertura universal en salud, con el objetivo de asegurar la protección financiera para toda población que enfrente algún evento negativo y no cuente con un seguro de salud.

Para conseguir su objetivo principal, el marco normativo vigente desarrolló un modelo de aseguramiento en salud en el país cuyo propósito es incrementar, progresivamente, el porcentaje de la población que tiene acceso a servicios de salud, expandir los beneficios en salud y establecer garantías explícitas de oportunidad y de calidad.

2.5 SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA (SRC).

La Norma Técnica N°18 MINSA/DGSP-V.01 del 2005, lo define como el conjunto ordenado de procedimientos asistenciales y administrativos, a través del cual se asegura la continuidad de la atención de las necesidades de salud de los usuarios, con la debida oportunidad, eficacia y eficiencia, transfiriéndolo de la comunidad o establecimiento de salud de menor capacidad resolutive a otro de mayor capacidad resolutive. Según esta norma, en cada Región, según el proceso de categorización, la autoridad regional

competente designará el hospital de mayor complejidad de la Región, en el cual se implementará la Unidad de Seguros y/o Referencias Regionales.

La Ley N° 27867, Ley Orgánica de Gobiernos Regionales, establece y norma la estructura, organización, competencias y funciones de los gobiernos regionales. Define la organización democrática, descentralizada y desconcentrada del Gobierno Regional conforme a la Constitución y a la Ley de Bases de la Descentralización

El 24/11/2009 se designó mediante Resolución Gerencial Regional N° 026-Gobierno Regional del Callao-GRS, al Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión de categoría III-1, como hospital de referencia regional de la Dirección Regional de salud del Callao, y que este se encargaría de realizar, coordinar, y ejecutar en lo que corresponde, los procesos de referencia y contrarreferencia de los usuarios.

Mediante la Resolución Ministerial 519-2018/MINSA, el Ministerio de Salud (Minsa) creó la Unidad de Referencia y Contrarreferencia con la cual se estaba dando marcha a las Redes Integradas de Salud (RIS) que permitiría descongestionar los hospitales, así como también propiciaría un mejor servicio en los establecimientos del primer nivel de atención, es decir, desde los puestos y centros de salud. A razón de esta normativa, se realizarían las coordinaciones para las transferencias de los pacientes entre los hospitales y establecimientos de salud a nivel nacional.

La Unidad Funcional de Referencia y Contrarreferencia está adscrita al Despacho Viceministerial de Prestaciones y Aseguramiento en Salud.

2.6 ESTABLECIMIENTO DE SALUD.

Unidad operativa prestacional, encargada de la ejecución de referencias y contrarreferencias. Realiza sus funciones en el régimen ambulatorio o de internamiento, atención de salud con fines de prevención, promoción, diagnóstico,

tratamiento y rehabilitación, dirigidas a mantener o restablecer el estado de salud de las personas.

2.7 ATENCION CENTRADA EN EL PACIENTE

En la atención centrada en el paciente, se reconoce al usuario como eje principal de los servicios de salud, ubicándolo en el centro del sistema de salud y en el cual deben girar todas las estrategias, actuaciones y gestiones de los servicios de salud. Es por ello, que las diversas autoridades deben reunir todos sus esfuerzos para lograr este objetivo, el cual implica el cuidado integral de la salud a lo largo de la vida en todos los niveles de atención del sistema de salud.

En la Resolución ministerial N° 220-2021 – MINSa, se aprobó el documento técnico: “Manual de Implementación del Modelo de Cuidado Integral de Salud por Curso de Vida para la persona, Familia y Comunidad (MCI)” que establece un modelo en el cual el cuidado integral contempla la articulación eficaz desde el primer nivel de atención hasta el tercer nivel de atención de salud, acorde a la capacidad resolutoria de estas en las distintas modalidades que se requiera (fija, móvil y telemedicina). Por ello el fortalecimiento de los niveles de atención es clave, ya que el sistema de referencia y contrarreferencia nos va a permitir ofrecer los servicios de salud al usuario de una manera oportuna adecuada y de forma eficaz, acorde al nivel de complejidad.

El tener una atención de salud integral y centrada en la persona, va a generar grandes beneficios para la salud de la población. Esto implica, desde la oportunidad del acceso en salud hasta el cuidado integral del usuario, garantizando desde las actividades preventivo-promocionales hasta la atención integral de las personas con enfermedades. Sin mencionar que aumentaría los niveles de satisfacción del usuario y de todo el personal de salud, disminuyendo también los costos en salud.

En ese contexto, el sistema de referencia y contrarreferencia debe permitir prestar adecuadamente al usuario los servicios de salud, con la debida oportunidad y eficacia, según el nivel de atención y grado de complejidad de los establecimientos de salud.

2.8 CATEGORIZACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD

2.8.1 PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

Poseen la capacidad resolutive para cubrir las necesidades de salud de la persona, familia y comunidad, en régimen ambulatorio, mediante acciones intramurales y extramurales y a través de estrategias de promoción de la salud, prevención de riesgos y control de daños a la salud. Comprende cuatro categorías, que a continuación se detallan:

- Categoría I-1: Que comprende aquellos establecimientos de salud calificados como Puestos de Salud o Posta de Salud que cuentan con su respectivo consultorio y profesionales de la salud, más no tienen médicos cirujanos.
Ministerio de Salud (2011)
- Categoría I-2: aquellos establecimientos de salud calificados como Puesto de Salud o Posta de Salud, que cuentan con su respectivo consultorio médico e incluye atención profesional del Médico Cirujano con o sin especialidad.
Ministerio de Salud (2011)
- Categoría I-3: comprende aquellos establecimientos calificados como Centro de Salud, Centro Médico, Centro Médico Especializado o Policlínico. Incluye como mínimo dos médicos cirujanos además de profesionales de odontología, obstetricia, enfermería y personal técnico. Ministerio de Salud (2011)
- Categoría I-4: comprender aquellos establecimientos de salud calificados como centro de salud o centros médicos con camas de internamiento. Ministerio de Salud (2011)

2.8.2 SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN.

Posee la capacidad resolutive para satisfacer las necesidades de salud de la población, a través de atención ambulatoria, de emergencia y de hospitalización. Los establecimientos de salud de atención General son:

- Categoría II-1: comprende a los establecimientos de salud calificados como Hospitales de atención general y las clínicas de atención general. Sus funciones generales son: promoción, prevención, recuperación, rehabilitación y gestión. Ministerio de Salud (2011)
- Categoría II-2: comprende las mismas características de la categoría anterior y además brinda atención con capacidad resolutive para satisfacer las necesidades de atención ambulatoria, emergencia, hospitalización y cuidados intensivos; por tener mayor especialización que el nivel anterior. Ministerio de Salud (2011) Los establecimientos de salud de atención Especializada son:

- Categoría II-E: comprende a los establecimientos de salud calificados como Hospitales de atención especializada y las clínicas de atención especializada. Su capacidad resolutive le permite satisfacer las necesidades de salud de la población, a través de atención ambulatoria, de emergencia y de hospitalización especializada, desarrollando servicios de salud en una especialidad principal y opcionalmente otras especialidades Ministerio de Salud (2011)

2.8.3 TERCER NIVEL DE ATENCIÓN.

Los establecimientos de salud de atención General son:

- Categoría III-1: comprende a los establecimientos de salud calificados como Hospitales de atención general y las clínicas de atención general. Cuenta con unidades y profesionales productoras de servicios de salud y servicios en general.

Los establecimientos de salud de atención Especializada son:

- Categoría III-E: corresponde a hospitales y clínicas de atención general con mayores unidades productoras de salud y posee la capacidad resolutive para satisfacer las necesidades de salud de la población, a través de atención ambulatoria, emergencia y hospitalización.
- Categoría III-2: es aquel establecimiento de salud que realiza prestación de servicios de salud de la más alta capacidad resolutive en un campo clínico o grupo etario denominado Instituto Especializado. Además, propone normas y estrategias a la autoridad nacional de salud (Ministerio de salud, 2011).

2.9 NIVEL PRESTACIONAL.

Cuenta con establecimientos de salud de diferente complejidad y capacidad resolutive como Institutos Especializados, Hospitales (I, II, III), Centros y Puestos de Salud. (Tabla 01)

- Nivel I: este nivel atiende entre el 70-80% de la demanda que genera el sistema. Se atiende problemas de baja complejidad con una oferta de gran tamaño y con menor especialización y tecnificación de sus recursos. Se brindan servicios de actividades de promoción y protección específica, diagnóstico precoz y tratamiento oportuno de las patologías más frecuentes.
- Nivel II: se atiende patología de complejidad intermedia. Se atiende al 12-22% de la demanda del sistema.
- Nivel III: atención de salud de alta complejidad, con una oferta de menor tamaño, pero de alta especialización y tecnificación. Se atiende al 5-10% de la demanda del sistema.

NIVEL DE ATENCIÓN	CATEGORIA	ESTABLECIMIENTOS DE SALUD
-------------------	-----------	---------------------------

PRIMER NIVEL	I-1	Puesto de salud, posta de salud o consultorio con profesionales de salud no médicos, consultorio de profesional de la salud no médico.
	I-2	Puesto de salud o posta de salud (con médico), consultorios médicos (con médicos con o sin especialidad).
	I-3	Centros de salud, centros médicos, centros médicos especializados y policlínicos.
	I-4	Centros de salud y Centros médicos con camas de internamiento.
SEGUNDO NIVEL	II-1	Hospitales y clínicas de atención general.
	II-2	Hospitales y clínicas con mayor especialización.
	II-E	Hospitales y clínicas dedicados a la atención especializada.
TERCER NIVEL	III-1	Hospitales y clínicas de atención general con mayores unidades productoras de servicios de salud.
	III-E	Hospitales y clínicas de atención general con mayores unidades productoras de servicios de salud y servicios en general.
	III-2	Institutos especializados.

Tabla 1 Nivel Prestacional del Sistema de Salud Peruano

Fuente: Elaborado por los autores del trabajo de investigación.

2.10 SISTEMA REFCON (Sistema de Referencia y Contrarreferencia).

Es el software en plataforma web, administrado por el Ministerio de Salud para dar soporte a los procedimientos de Referencia y Contrarreferencia a Nivel Nacional. Es una herramienta virtual indispensable para una adecuada articulación entre las Redes Integradas de Salud, donde se deriva al paciente al establecimiento de salud que corresponda para una atención especializada.

2.10.1 ESTADO DE SOLICITUDES DE REFERENCIAS

Los estados varían según el proceso en el que se encuentren. A continuación, el listado correspondiente:

- **Solicitud Registrada:** Solicitud que acaba de ser ingresada, sin ser referida aún.
- **Solicitud Pendiente:** Solicitud que ha sido enviada (referida) y que se encuentra pendiente de evaluación por el EESS destino.
- **Solicitud Aceptada:** Solicitud que ha sido aceptada por el EESS de destino.
- **Solicitud Rechazada:** Solicitud que ha sido rechazada por el EESS de destino y que adicionalmente tiene un motivo de rechazo.
- **Solicitud Observada:** Solicitud que ha sido observada por el EESS de destino, el cual requiere mayor información por parte del EESS de origen y que contiene el motivo de observación.
- **Solicitud Anulada:** Solicitud anulada por el EESS origen después de ser enviada al EESS de destino.
- **Paciente Recibido:** Estado que indica que el paciente ha sido aceptado en el EESS destino, se le otorgó una cita, a la cual el paciente se apersona para su atención.
- **Paciente Citado:** Estado que indica que el paciente que ha sido citado en el EESS de destino.
- **Paciente Contra referido:** Estado que indica que el paciente ha sido contra referido al EESS de origen.

2.11 PROCESO DE REFERENCIA.

Proceso administrativo-asistencial mediante el cual el personal de salud transfiere la responsabilidad de la atención de las necesidades de salud de un usuario, desde un establecimiento de salud (origen) a otro establecimiento de salud (destino) de mayor y mejor capacidad resolutive y cuando el agente comunitario o las organizaciones sociales, identifican signos de peligro o alarma o factores de riesgo en el usuario y su necesidad de traslado, desde su comunidad hacia un establecimiento de salud del primer nivel de atención para que sean atendidos.

De acuerdo a la Norma técnica del Sistema de Referencias y Contrarreferencias de los establecimientos del Ministerio de Salud (MINSA, 2015), dichos establecimientos deben seguir los siguientes pasos para efectuar una referencia:

- a) Atención del usuario e identificación de la necesidad de ser referido.
- b) Efectuar una selección adecuada, según criterios correctos del establecimiento sanitario de destino, así como de la unidad pertinente del paciente.
- c) Un correcto llenado de los formularios (hoja de referencia). Es relevante resaltar que las referencias hacia consultorios externos y apoyo al diagnóstico tiene una vigencia de 60 días.
- d) Información al usuario y familiares sobre estado de salud, motivo e importancia de la referencia.
- e) Entrega oportuna de los formularios en la unidad de seguros o admisión, quien tiene a su cargo todo el proceso administrativo subsiguiente.

Resulta importante recalcar que existe un problema constante en el proceso de referencia, a saber, las referencias injustificadas, las cuales se presentan de dos tipos:

- Cuando el Establecimiento de origen SI CUENTA con la capacidad resolutive para atender la necesidad del usuario.
- Cuando el Establecimiento de destino NO CUENTA con la capacidad resolutive para dar la solución al motivo de referencia.

Los errores se generan cuando el personal de salud no se encuentra lo suficientemente capacitado o desconoce los criterios de selección y la capacidad resolutive del establecimiento de destino. Ante ello, es la oficina o unidad de referencia y contrarreferencia la encargada de evaluar las referencias injustificadas y aplicar las medidas correctivas según el caso. (Ministerio de Salud, 2015)

2.11.1 HOJA DE REFERENCIA

Corresponde al documento mediante el cual el establecimiento de salud de origen de la referencia solicita la transferencia de la responsabilidad de la atención de salud de un usuario o exámenes de apoyo al diagnóstico, a un establecimiento de salud de mayor capacidad resolutive (establecimiento de salud destino de la referencia).

ANEXO 01.

2.12 PROCESO DE CONTRARREFERENCIA

Proceso administrativo-asistencial mediante el cual el establecimiento de salud de destino de la referencia devuelve la responsabilidad del cuidado de la salud de un usuario o el resultado de la prueba diagnóstica, al establecimiento de origen de la referencia.

El responsable directo de este proceso es el médico u otro profesional de salud que esté capacitado para atender al usuario referido. Las condiciones que determinan la realización de una contrarreferencia son:

- a) Paciente curado: cuando se logró dar solución al motivo de la referencia o cuando se determina el alta definitiva del paciente,
- b) Paciente mejorado: resolución parcial del motivo de referencia, ello amerita que el usuario continúe el tratamiento bajo la supervisión del establecimiento de origen.

(Ministerio de Salud, 2015).

Para el proceso de contrarreferencia, los establecimientos de destino deben cumplir con las siguientes actividades generales:

- a) Identificar la condición del usuario para tomar la decisión de contrarreferencia,
- b) Informar de manera clara al usuario y/o familia sobre la resolución del motivo de referencia y del tratamiento posterior que debe seguir en el establecimiento de origen,
- c) Llenado de los formatos de contrarreferencia (datos del usuario, tratamientos y procedimientos),
- d) Enviar el original y dos copias de la hoja de contrarreferencia a la unidad de seguros o admisión para los trámites administrativos subsecuentes,
- e) Concientización del usuario sobre la continuidad del tratamiento, así como del control y seguimiento que debe realizar el establecimiento de origen.

La contrarreferencia injustificada, se presenta cuando el usuario aun amerita la atención del establecimiento de destino y cuando no se toma en cuenta la capacidad resolutive del establecimiento de origen para manejar el caso (Ministerio de Salud, 2015).

2.12.1 HOJA DE CONTRARREFERENCIA

Es el documento por el cual se devuelve la responsabilidad de la atención de salud del paciente usuario o de los resultados de exámenes de apoyo al diagnóstico, desde el establecimiento de salud destino hacia el establecimiento de salud origen de la referencia. ANEXO 02.

En un estudio de diagnóstico situacional de 16 países de América Latina (Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, El Salvador, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, Puerto Rico, República Dominicana y Venezuela) en el 2016, acerca de sus Sistemas de Referencia y contrarreferencia de pacientes entre los tres niveles de atención médica, se encontró que:

- Todos los países cuentan con tres niveles de atención,
- Consideran al médico de familia en sus modelos de atención,
- Cuentan con Sistema de Referencias y Contrarreferencias de pacientes.
- En la gran mayoría se cumple con el flujo de atención por niveles. Sin embargo, en el Perú no necesariamente los pacientes pasan por un primer nivel de atención hacia un tercer nivel de atención y tampoco cuenta con protocolos diagnósticos o guías de práctica clínica para la referencia de pacientes. Solo Chile, Cuba, México y Panamá presentan mecanismos bien estructurados de Referencias y Contrarreferencias.

2.13 CONTROL DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA.

Bajo Resolución Ministerial N° 866-2007-MINSA se puso en marcha la Central Nacional de Regulación de las Referencias de Emergencia (CENAREM) cuya función es facilitar la atención de los casos de emergencias, ya sea de los pacientes que requieran ser trasladados desde las provincias a Lima o requieran ser trasladados a un hospital de mayor complejidad en la misma capital.

Esta unidad Funcional Central Nacional de Regulación de las Referencias de Emergencia-CENAREM adscrita en la Dirección de Servicios de Salud de la Dirección General de Salud de las Personas, es la encargada de Diseñar, Regular, Organizar e Implementar el proyecto piloto de las Referencias de Emergencias a nivel nacional, así como de que orientar y facilitar la atención de los casos de emergencia y de brindar el soporte al Sistema de Referencia y Contrarreferencia.

En 2009 (25 de abril de 2009) mediante Resolución Ministerial N° 266-2009MINSA se modificó la denominación de “Central Nacional de Regulación de Referencias de Emergencias – CENAREM”, por “Central Nacional de Referencias de Urgencias y Emergencias -CENARUE” (Publicada en El Peruano).

Listado de funciones:

- a) Conducir, Monitorear, Supervisar y Evaluar periódicamente el proceso de Referencias y Contrarreferencias.
- b) Promover la Articulación de los procesos de Referencia y Contrarreferencia en el Sector Salud.
- c) Promover el Fortalecimiento y Desarrollo del sistema de Referencia y Contrarreferencia a nivel nacional, regional y local, en el marco del modelo de redes integradas (RIS).
- d) Supervisar la Implementación y Funcionalidad del sistema de Referencia y Contrarreferencia en el ámbito nacional.
- e) Proponer documentos normativos a los órganos correspondientes y difundir los documentos normativos relacionados al sistema de Referencia y Contrarreferencia en el ámbito nacional.
- f) Monitorear, Supervisar y Evaluar el cumplimiento de la normatividad del sistema de Referencia y Contrarreferencia a nivel nacional.
- g) Evaluar periódicamente el sistema de referencia y contrarreferencia, y proponer la implementación de estrategias correctivas en coordinación con los órganos competentes del Ministerio de Salud.
- h) Emitir informe y opinión técnica en materia de su competencia.
- i) Brindar asistencia técnica en materia de su competencia.

2.14 MODELO DE GESTIÓN DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA.

Los procesos de Referencia y Contrarreferencia son un aspecto directamente ligado al sistema prestacional de salud, teniendo como fundamento la integración de forma técnica asistencial y administrativa, las capacidades resolutorias existentes en la oferta de servicios de los niveles locales, regionales y que el problema o necesidad de salud requiere para lograr una satisfacción del usuario.

Por otro lado, la Gobernación del Valle del Cauca (2014) menciona en su “Manual Operativo del Sistema de Referencia y Contrarreferencia” que la finalidad de dicho sistema es la simplificación del acceso universal a los servicios de salud, como asegurar una atención oportuna e integral para la comunidad, acorde con sus necesidades, por medio del desarrollo legal, técnico y administrativo de dicho sistema. Como consecuencia de ello, el sistema de Referencia y Contrarreferencia deberá poder garantizar la participación de los diferentes actores del Sistema General de Salud. Así mismo, este sistema se define como: Un conjunto ordenado de procedimientos asistenciales y administrativos, a través del cual se asegura la continuidad de la atención de las necesidades de los usuarios, con la debida oportunidad, eficiencia, y eficacia, refiriéndolo de un establecimiento de salud de menor capacidad resolutive a otro de mayor capacidad resolutive y viceversa (Ministerio de Salud Perú, 2012, p. 5).

Así mismo, el Gobierno Regional del Callao-Perú (2022) define que el modelo de Gestión de Referencias y Contrarreferencias tiene como Objetivo General el de garantizar la continuidad de la atención de salud, normando y regulando los procesos asistenciales, así como administrativos de la Oficina de Referencias y Contrarreferencias.

(Directiva de Referencias y Contrarreferencias del Hospital Nacional Daniel A. Carrión del Callao, 2022, p. 2).

2.15 ACUERDO DE VOLUNTADES

Es el acto por el cual una parte se obliga para con otra a dar, hacer o no hacer alguna cosa. Cada parte puede ser de una o varias personas naturales o jurídicas. El acuerdo de voluntades estará sujeto a las normas que le sean aplicables, a la naturaleza jurídica de las partes que lo suscriben y cumplirá con las solemnidades, que las normas pertinentes determinen. (Gómez A, 2013).

2.16 TRASLADO DE PACIENTES EN EL SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

Según Norma técnica N°018- MINSA de Referencia y Contrarreferencia, para el traslado de pacientes establece lo siguiente:

- La DIRESA, deberá coordinar a todo nivel, sectorial e interinstitucional de la región la implementación de un sistema de transporte coordinado según un flujo de referencia y contrarreferencia previamente establecido de manera que se formen redes de transporte, para lo que definirán la ubicación de las unidades de transporte, a fin de mejorar la eficiencia del uso de los vehículos, que permitan el traslado oportuno y en óptimas condiciones de los usuarios del SRC.
- El Jefe o Director del establecimiento de salud, es el responsable que las unidades de transporte se encuentren permanentemente operativas.
- Los Responsables del SRC en cada nivel de organización funcional serán los encargados de coordinar el transporte en el ámbito de su jurisdicción y definirán la ubicación de las unidades de transporte o unidades equipadas.
- En la organización del transporte se tomará en cuenta las condiciones geográficas, climatológicas, viales, medios de transporte, idiosincrasia de la población y costos.
- El transporte se usará para la referencia de pacientes de emergencia y para la contrarreferencia de usuarios en caso de que el estado de salud del usuario así lo amerite. El profesional tratante determinará el uso del transporte para la referencia o contrarreferencia de un usuario sobre la base del estado de salud del usuario y con autorización del Jefe / Director del establecimiento de salud.
- Las ambulancias constituyen el prototipo de vehículo para el transporte terrestre de usuarios, sin embargo, se debe considerar otras modalidades según vía de comunicación y las características geográficas de la jurisdicción.
- El uso de ambulancias es básicamente para el transporte de usuarios en estado crítico o postrado, que representan casos de emergencias de acuerdo a los criterios previamente establecidos.

- Se preferirá el uso de transportes menores para el traslado de elementos de diagnóstico y/o resultados.
- Para las referencias de pacientes críticos (emergencias individuales o masivas) de alcance nacional se coordinará con defensa Nacional y otras instituciones o autoridades locales, regionales y Nacionales para aspectos de comunicación y/o apoyo logístico, de acuerdo a la necesidad.
- En todo paciente que se decida su referencia por constituir una Emergencia; el personal de salud del Establecimiento asumirá la responsabilidad de transferir al paciente a un establecimiento de salud de mayor complejidad resolutive.

Los costos que se generen en el traslado de un paciente para casos sólo de Emergencia, serán asumidos de la siguiente manera:

- En caso de que el paciente sea asegurado (EsSalud, SIS, Privados, otros), entonces el seguro asumirá los gastos que ocasione el traslado del paciente.
- En caso de que el paciente no sea asegurado, el establecimiento de salud ya sea con sus ingresos propios o los que pueda gestionar con las autoridades locales, asumirá los costos de traslado de dicho paciente, garantizando la oportunidad de la atención y la vida del paciente. Los diferentes niveles de organización (la Microrred, la Red, DISA y DIRESA) asumirán la responsabilidad de prever, a través de coordinaciones y gestiones necesarias; que los establecimientos de salud de su ámbito cuenten con las facilidades permanentes de poder transportar un paciente de emergencia a otro establecimiento de mayor capacidad resolutive. Ningún paciente en caso de emergencia que necesite ser referido a un establecimiento de mayor capacidad resolutive tendrá que discontinuar su atención por limitaciones de índole administrativo y/o financiera; asumiendo la responsabilidad el establecimiento quién lo atiende, así como los otros niveles de organización, es decir, la Microrred, Red, DISAs y DIRESA.

2.17 AMBULANCIA.

Unidad móvil autorizada para transitar a velocidades mayores que las normales y acondicionada de manera especial para el transporte de pacientes críticos o limitados, con la disponibilidad de recursos humanos y técnicos en función del beneficio de aquellos a quien transporta. (Gómez A, 2013).

2.17.1 AMBULANCIAS DE TRASLADO BÁSICO.

Vehículos destinados al transporte de usuarios cuyo estado clínico actual sea estable y permita el traslado cumpliendo condiciones básicas. El recurso humano de esta ambulancia es: conductor y auxiliar de enfermería y/o técnico en atención pre hospitalaria. (Gómez A, 2013).

2.17.2 AMBULANCIAS DE TRASLADO ESPECIALIZADO.

Son unidades móviles para el traslado de usuarios críticos o inestables con una dotación del alto nivel tecnológico para continuar la atención mientras llega a su destino. El recurso humano debe estar conformado por: conductor, enfermera jefa, auxiliar de enfermería y/o técnico de atención pre hospitalaria y médico. (Gómez A, 2013).

2.17.3 AMBULANCIAS AEREAS.

Son unidades de transporte aéreo público o privado configuradas para el traslado asistido de pacientes que padecen lesiones orgánicas o enfermedades, cuyo estado requiere de equipos, personal y atenciones especiales durante el vuelo, los cuales no son ofrecidos por empresas de transporte público aéreo regular o no regular. Está equipada para el soporte a los diferentes niveles de cuidado, personal médico capacitado, entrenado y calificado para en medicina aeronáutica y personal de enfermería y técnicos en procedimientos de evacuación aeronáutica.

2.18 APOYO TECNOLÓGICO.

Es el requerimiento temporal de recursos humanos, de dotación o insumos, de un organismo a otro, para contribuir a la eficiencia y eficacia en la prestación de servicios, de conformidad con el principio de subsidiariedad, evitando así el desplazamiento de usuarios. (Gómez A, 2013).

2.19 ATENCIÓN DE SALUD.

Se define como el conjunto de servicios que se prestan al usuario en el marco de los procesos propios del aseguramiento, así como de las actividades, procedimientos e intervenciones asistenciales en las fases de promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se prestan a toda la población.

(Asamblea Mundial de la Salud, 2016).

2.20 CENTRAL NACIONAL DE REGULACIÓN DE LAS REFERENCIAS DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS (CENARUE)

Es la unidad funcional de la Dirección de Servicios de Salud de la Dirección General de Salud de las Personas, que está encargada de diseñar, regular, organizar, implementar y hacer cumplir los procesos de las Referencias de urgencias y emergencias a nivel nacional y brinda soporte al sistema de Referencias y Contrarreferencia. Es la instancia de coordinación de la demanda insatisfecha del PCR cuya operatividad asegura la continuidad y oportunidad de atención del usuario en estado de emergencia, optimizando los recursos de comunicación y transporte existentes. Mascaro et al. (2013).

2.21 CENTRO REGULADOR DE URGENCIAS, EMERGENCIAS Y DESASTRES (CRUE)

Es una unidad de carácter operativo no asistencial, responsable de coordinar y regular en el territorio de su jurisdicción, el acceso a los servicios de urgencias y la atención en salud de la población afectada en situaciones de emergencia o desastre.

(Caballero, 1993).

2.22 CONDICIONES DE CAPACIDAD TECNOLÓGICA Y CIENTÍFICA.

Son los requisitos básicos de estructura y de procesos que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud por cada uno de los servicios que prestan y que se consideran suficientes y necesarios para reducir los principales riesgos que amenazan la vida o la salud de los usuarios en el marco de la prestación del servicio de salud.

(Asamblea Mundial de la Salud, OMS, 2011).

2.23 EMPRESAS ADMINISTRADORAS DE PLANES DE BENEFICIOS EAPB.

Se consideran como tales, las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo y del Régimen Subsidiado (Administradoras del Régimen Subsidiado), Entidades Adaptadas y Empresas de Medicina Prepagada. (Gómez A, 2013).

2.24 ENTIDADES RESPONSABLES DEL PAGO DE SERVICIOS DE SALUD.

Se consideran como tales las direcciones departamentales, distritales y municipales de salud, las entidades promotoras de salud de los regímenes contributivo y subsidiado, las entidades adaptadas y las administradoras de riesgos profesionales.

(Ferrandiz, 2009).

2.25 HISTORIA CLÍNICA.

Es un documento privado, obligatorio y sometido a reserva, en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su

atención. Dicho documento únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley. (Gómez A, 2013).

2.26 INTERCONSULTA.

Es la solicitud elevada por el profesional o institución de salud, responsable de la atención del usuario a otros profesionales o instituciones de salud para que emitan juicios y orientaciones sobre la conducta a seguir con determinados usuarios, sin que estos profesionales o instituciones asuman la responsabilidad directa de su manejo. (Gómez A, 2013).

2.27 MODELO DE ATENCIÓN.

Comprende el enfoque aplicado en la organización de la prestación del servicio, la integralidad de las acciones, y la consiguiente orientación de las actividades de salud. De él se deriva la forma como se organizan los establecimientos y recursos para la atención de la salud desde la perspectiva del servicio a las personas, e incluye las funciones asistenciales y logísticas, como la puerta de entrada al sistema, su capacidad resolutive, la responsabilidad sobre las personas que demandan servicios, así como el proceso de Referencia y Contrarreferencia.

2.28 ORDEN DE SERVICIO.

Es la solicitud de realización de actividades de apoyo diagnóstico y/o tratamiento entre una institución y otra. Para lo anterior pueden referirse: personas, elementos o muestras biológicas y productos del ambiente.

2.29 PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD.

Se consideran como tales las instituciones prestadoras de servicios de salud y los grupos de práctica profesional que cuentan con infraestructura física para prestar

servicios de salud y que se encuentran habilitados. Se incluyen los profesionales independientes de salud y los servicios de transporte especial de pacientes que se encuentren habilitados.

2.30 REMISIÓN.

Procedimiento por el cual se transfiere la atención en salud de un usuario, a otro profesional o institución, con la consiguiente transferencia de responsabilidad sobre el cuidado del mismo.

2.31 RED DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS.

Es el conjunto articulado de prestadores de servicios de salud, ubicados en un espacio geográfico, que trabajan de manera organizada y coordinada en un proceso de integración funcional orientado por los principios de complementariedad, subsidiariedad y los lineamientos del proceso de Referencia y Contrarreferencia establecidos por la entidad responsable del pago, que busca garantizar la calidad de la atención en salud y ofrecer una respuesta adecuada a las necesidades de la población en condiciones de accesibilidad, continuidad, oportunidad, integralidad y eficiencia en el uso de los recursos.

2.32 RED DE TRASLADO.

Adecuado servicio de transporte de pacientes que contempla la disponibilidad de ambulancias en cantidad y calidad, así como la integración de la Red de comunicaciones, los esquemas de Referencia y Contrarreferencia y la Red de Atención Hospitalaria, permitiendo garantizar la atención oportuna y eficaz de los pacientes, minimizando las secuelas y disminuyendo la tasa de morbi-mortalidad por estas causas.

2.33 TRASLADO DE USUARIO EMERGENTE.

Usuario que por su condición crítica requiere ser trasladado a otra institución de salud, que tenga el recurso humano y tecnológico para continuar con la atención de su cuadro clínico, sin esperar la ubicación por el proceso de Referencia y Contrarreferencia.

2.34 VERIFICACIÓN DE DERECHOS.

Procedimiento por medio del cual se identifica la entidad responsable del pago de los servicios de salud que requiere el usuario y el derecho del mismo a ser cubierto por dicha entidad. Este procedimiento de verificación de derechos, debe ser posterior a la selección y clasificación del usuario por “triaje” y no podrá ser causa, bajo ninguna circunstancia para posponer la atención inicial de urgencias.

2.35 UNIDAD MEDICA DE EVACUACIÓN (UME)

Es una unidad de carácter operativo y de respuesta sanitaria encargada del procedimiento de evacuación en caso de emergencia.

3. MARCO CONTEXTUAL

3.1 CONTEXTO GLOBAL

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), los gobiernos de todo el mundo tienen la responsabilidad de garantizar que sus sistemas de salud respondan a las necesidades de su población con eficacia y eficiencia, basando sus modelos de salud en la Atención Primaria de Salud (APS). En función de esta premisa, los Estados Miembros se comprometieron en 2005 a desarrollar sus sistemas de financiación sanitaria, de manera que todas las personas tuvieran acceso a los servicios y no sufrieran dificultades financieras al pagar por ellos, a este objetivo se le definió como

“Cobertura Universal”.²

Según Margaret Chan, exdirectora de OMS, “entre el 20% y el 40% del gasto en salud se pierde por la ineficiencia en los sistemas de salud”. La falta de planeación en la prestación de servicios, la duplicidad de recursos, el ineficiente sistema de registro de información, la falta de recursos humanos debidamente formados y capacitados llevan a la ineficacia de las redes de prestación de servicios, generando graves problemas de inequidad, acceso y cobertura que conducen a la muerte a muchas personas cada año. La OMS plantea que un sistema de salud “consiste en el conjunto de organizaciones, personas y acciones cuya finalidad es promover, restaurar o mantener la salud”. (OMS, 2010).

En 2011, al respecto de la 64ª Asamblea Mundial de Salud de la OMS, en lo referente a los Modelos de prestación integrada de servicios, el acuerdo final fue redactado de la siguiente manera³: “La organización de la atención sanitaria está adoptando la forma de “redes de prestación integrada de servicios”. Adaptando la experiencia adquirida en el desarrollo de sistemas de salud de distrito a los sistemas de salud pluralistas, las redes de prestación integrada de servicios se organizan como redes de proveedores de atención primaria próximas al cliente - públicas, privadas o mixtas, respaldadas por hospitales y servicios especializados. Estas redes se responsabilizan de la salud de una población definida, ofreciendo servicios de promoción de la salud, prevención de enfermedades, diagnóstico, tratamiento, manejo de la morbilidad, rehabilitación y asistencia paliativa [...]”. (Asamblea Mundial de la Salud, OMS, 2011)

En este sentido, la OMS, menciona en el documento “La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas”, de 2007: Los servicios de atención primaria deben

² Organización Mundial de la Salud, Informe sobre la Salud en el Mundo. La financiación de los Sistemas de Salud, El camino hacia la cobertura universal. Organización Mundial de la Salud (OMS). Ginebra. 2010.

³ Fortalecimiento de los sistemas de salud. Tendencias actuales y retos, A64. Asamblea Mundial de la Salud, OMS. Documento A64/13. Ginebra: OMS, 2011

ser apoyados y complementados por diferentes niveles de atención especializada, tanto ambulatorios como hospitalarios, así como por el resto de la red de protección social. Por tal razón, los sistemas de atención de salud deben trabajar de forma integrada mediante el desarrollo de mecanismos de coordinación de la

atención a lo largo de todo el espectro de servicios, incluyendo el desarrollo de redes y de sistemas de referencia y contrarreferencia [...]”. (Organización Panamericana de la Salud, 2007).

Los sistemas nacionales de salud en muchos de los países del mundo se han organizado bajo la estrategia de niveles de atención médica o escalonamiento de los servicios dentro de los cuales encontramos las unidades operativas del primer nivel (clínicas, unidades de Medicina Familiar o Salud Familiar, centros de salud, etc.), que brindan atención específica y de carácter ambulatorio, resuelve del 80 a 85% de los problemas de salud más frecuentes, con tecnología de baja complejidad. Los hospitales generales, clínicas de especialidades o policlínicos que corresponden al segundo nivel, son responsables de resolver el 10-15% de los problemas de salud referidos por el primer nivel de atención o consultados espontáneamente a través de los servicios de Urgencias y requieren tecnología de mediana complejidad. (Alcaldía Mayor de Bogotá, 2007)

El tercer nivel de atención lo conforman “Los Institutos Nacionales de Salud y Centros Médicos de Especialidades los cuales están diseñados para resolver el 5% de los problemas de salud que requieren tecnología de alta complejidad...” La integración entre niveles de atención, funcionando como red coordinada de servicios de salud, favorecen la continuidad e integralidad en la prestación de servicios, que en la mayor parte de los países se traducen en Sistemas de Referencia y Contrarreferencia de Pacientes (SRCRP)⁴.

⁴ Silverman M. Optimización del proceso de Referencias y Contrarreferencias entre los niveles de la atención. Evaluación de la implementación de un sistema de comunicación electrónico. Maestría en Salud Pública, orientación en Sistemas Municipales. Universidad Nacional de la Plata. Argentina.

Se define al Sistema de Referencias y Contrarreferencias como el procedimiento de coordinación entre las unidades operativas de los tres niveles de atención médica para facilitar el envío y recepción de pacientes, con el propósito de brindar atención médica oportuna, integral y de calidad, que va más allá de los límites regionales y de

los ámbitos institucionales para garantizar el acceso a los servicios de salud en beneficio del paciente referido.

El Sistema de Referencias y Contrarreferencias está organizado de acuerdo con las necesidades de cada país en dos formas básicamente: geográfica o institucional, aunque puede haber una mezcla de ambas. Podría decirse que existen diferentes niveles de estructura organizacional, que van desde el nivel nacional o federal; estatal y local (municipal o de alcaldía), variando la eficacia y eficiencia del Sistema, principalmente en la ejecución de los procesos, principalmente de Contrarreferencia.

En un estudio donde se determinó la situación de los Sistemas de Referencias y Contrarreferencias de los pacientes en los diferentes sistemas de salud de Países Iberoamericanos, solo se estudió 16 países (Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, El Salvador, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, Puerto Rico, República Dominicana y Venezuela) de los 20 países. No participaron: Ecuador, España, Portugal ni Uruguay. En todos los países estudiados se contaba con 3 niveles de atención, y resaltan al médico de familia y/o médico general como el responsable de la atención primaria (primer nivel de atención) y como el principal responsable de la derivación al médico especialista. Sin embargo, en los países de Argentina, Colombia, El Salvador, Nicaragua, Perú, Paraguay y Venezuela, los pacientes podían acceder directamente al médico especialista sin ser referido desde un primer nivel de atención. La gran mayoría de países no contaban con un sistema electrónico de referencias y contrarreferencias. Y, dentro del primer nivel de atención solo tenían expediente electrónico algunos países, no siendo generalizado, como son: Chile, México, Panamá y Puerto Rico. En Brasil, solo en algunas regiones del país, al

igual que Perú, Colombia, República Dominicana y Costa Rica. Solamente, 10 países utilizaban protocolos o guías de práctica clínica: Bolivia, Chile, Cuba, Colombia, Costa Rica, El Salvador, México, Nicaragua, Panamá y República Dominicana.

En Costa Rica su sistema de salud está organizado en tres redes de servicios de salud: red norte, red este y red sur. Se estructuran por niveles de atención y complejidad: el primer nivel de atención (equipos básicos de atención integral de la salud (EBAIS) y las Áreas de Salud); el segundo nivel (hospitales periféricos y regionales) y el tercer nivel (hospitales nacionales y especializados). Asimismo, funciona el sistema de referencia y contrarreferencia de los pacientes (de acuerdo al nivel de complejidad).

En Colombia su sistema de salud está dado mediante Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud (RIPSS), que es un conjunto articulado de prestadores de servicios de salud u organizaciones funcionales de servicios de salud, públicos, privados o mixtos; que están ubicados en un ámbito territorial definido de acuerdo con las condiciones de operación del Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS). Cuenta con un componente primario y un componente complementario de atención en salud.

En Australia, la adscripción de la población al sistema de salud es a través de la atención primaria con un médico general u otro profesional de la salud, como nutricionista, dentista, centros comunitarios, servicios de atención para población indígena, entre otros. A partir de allí, la persona puede ser derivada a otros establecimientos y niveles de atención. El acceso al segundo y tercer nivel de atención es a través de interconsultas desde la atención primaria.

En EE. UU los médicos de atención primaria son los que derivan a los especialistas, pero no todos los especialistas ambulatorios aceptan pacientes con seguro público debido a las tasas de reembolso relativamente bajas establecidas por Medicaid y Medicare.

En Singapur, en el 2018 el Ministerio de Salud estableció tres clústeres integrados organizados por regiones geográficas y compuestos por instituciones del sector público que van desde hospitales hasta policlínicos. Se espera que cada grupo desarrolle y fortalezca asociaciones con médicos de cabecera y otros socios comunitarios en todos los entornos de atención para permitir transiciones de atención sin problemas y también para anclar la atención con mayor firmeza en entornos primarios y comunitarios. La atención va desde la salud preventiva y las enfermedades crónicas hasta el cuidado de pacientes frágiles. Si bien las personas mayores siguen siendo un área clave de enfoque, los clústeres han adoptado un enfoque de ciclo de vida y también están abordando progresivamente otros grupos de edad.

3.2 CONTEXTO REGIONAL

3.2.1 EVOLUCIÓN DEL SECTOR DE SALUD PERUANO

En los Estados Unidos de América, el nivel más complejo de resolución en salud está conformado por los Hospitales Universitarios, siendo estos los referentes en cada estado, en donde dentro de la organización de cada hospital se puede contar con un Instituto de un área específica. Es aquí donde se consolida el concepto de centro de excelencia de la atención médica y de la enseñanza en medicina.

En el Perú, los Institutos ingresan dentro del grupo de clasificación de establecimientos de salud de atención especializada del tercer nivel de atención, que realiza prestación de servicios de salud de la más alta capacidad resolutiva en un campo clínico o grupo etario. Además, propone normas y estrategias a la autoridad nacional de salud, desarrolla innovación tecnológica, investigación y docencia en el campo clínico o grupo etario que desarrolle. (Ministerio de Salud, 2013).

A continuación, se muestra el **Figura N° 01** del Instituto Peruano de Economía (basado en información de RENIPRES - SUSALUD) donde se enumera el total de establecimientos de salud en el ámbito nacional.



Figura 1. Listado total de establecimientos de salud en el ámbito nacional

Fuente: Instituto Peruano de Economía

- (1) *Establecimientos de Salud comprende: Puesto de Salud o Postas médicas de salud, Centros de Salud, Hospitales o Clínicas, Policlínicos, Centros de salud con camas de internamiento, consultorios médicos y de otros profesionales de la salud, Institutos de salud especializados, Centro odontológico, Centros médicos especializados.*
- (2) *Se incluye IPRESS de los Gobiernos Regional, Provincial y Local. (3) Dentro de las Sanidades se incluyen a las Fuerzas Armadas: el Ejército, la Marina de Guerra y Fuerza Aérea. Así como a la Policía Nacional del Perú (PNP).*

(4) En el grupo de Privados se incluyen IPRESS de carácter privado, mixto y otros.

(5) Dx de Apoyo, Imágenes u Otros comprende: Hemodiálisis, Medicina Física, Rehabilitación, Patología clínica, Anatomía Patológica, Diagnóstico por imágenes, servicio para traslado de pacientes, Atención a domicilio, atención prehospitalaria, Centros de atención para dependientes a sustancias psicoactivas y otras dependencias. Las IPRESS consignadas como Dx de apoyo, imágenes u otros no requieren categoría. Además, se incluyen las 36 ofertas flexibles.

3.2.2 DESCRIPCIÓN DEL SISTEMA DE SALUD EN EL PERÚ

Para la OMS (2010) “un sistema de salud engloba todas las organizaciones, instituciones y recursos cuyo principal objetivo es llevar a cabo actividades que tienen como objetivo mejorar la salud. La mayoría de los sistemas de salud nacional comprenden el sector público, privado, tradicional e informal. Las cuatro funciones de un sistema de salud se han definido como: La provisión de servicios de servicios, la generación de recursos, la financiación y la gestión.”

El Sistema de salud del Perú consta de 2 sectores: El Público y El Privado, teniendo como corolario a las APP (Asociaciones Publico Privadas). El sector público, para la prestación de servicios de salud se divide en el régimen subsidiado o contributivo indirecto y el contributivo directo, que es el que corresponde al seguro social. (Ministerio de Salud, 2011)

En el sector público, el estado ofrece a la población no asegurada servicios de salud a cambio de una cuota de recuperación de montos variables que están sujetos a la discrecionalidad de las organizaciones y lo hace a través del Seguro Integral de Salud (SIS) que subsidia provisiones de servicios a toda la población que vive en diversas condiciones de pobreza y/o extrema pobreza.

Para el régimen subsidiado de la población abierta o asegurada del SIS, la prestación de servicios de salud se realiza mediante las redes de Establecimientos del MINSA,

hospitales e institutos especializados que se ubican en las regiones y capital de la república.

Por el lado del Sistema de Seguridad Social en Salud, existen dos subsistemas (i) El seguro social con abastecimiento tradicional llamado EsSalud, y (ii) el Privado a cargo de Entidades Prestadoras de Salud, llamado EPS. Por otro lado, las Fuerzas Armadas (militares, policías y sus familias) cuentan con su propio sistema de salud integrado en la Sanidad de las Fuerzas Armadas (FFAA) y la Policía Nacional del Perú (PNP).

Resulta necesario entender de donde proviene la fuente de financiamiento que cada institución de salud requiere para poder funcionar y existir, tanto del sector público como el privado.

Sobre el sector privado, tanto el MINSA como el SIS son fundamentales pues cuentan con la mayor cantidad de población suscrita a nivel nacional.

3.2.3 EVOLUCION DEL SECTOR SALUD

Durante los últimos 40 años, la situación política del País se ha caracterizado por gobernantes mediocres e inestables con una gestión a medias, inconclusa y con grandes ineficiencias. Es así que grandes sectores de la población se han visto recurrentemente afectados por estas gestiones deficientes, principalmente en las zonas rurales, de pobreza y extrema pobreza. Ejemplo de ello son las regiones de la sierra central como Apurímac, Ayacucho, Huancavelica y Huánuco y la población indígena entre otros. Este modelo de gestión ineficiente crea gobiernos populistas, corroídos por la corrupción y el rechazo de la población, originando protestas por la pobreza en incremento y donde los programas sociales conducidos por el gobierno y la sociedad civil no ha logrado revertir los niveles de pobreza alcanzados, afectando con ello la calidad de vida los ciudadanos. La situación política se vio en emergencia cuando declararon la guerra al estado y el terrorismo emergió en la década de los 80s.

En Salud, según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) - Encuesta Nacional de Hogares 2021, el porcentaje de acceso de la población con acceso a un Seguro de Salud paso de 53.7% en 2008 a 77.2% en 2020. Según ámbito Geográfico, en el área de Residencia Urbana paso de 50.9% en 2008, a 74.5% en 2020, y la zona Rural paso de 61% en 2008, a 87.5% en 2020. Por otro lado, según el Colegio Médico del Perú (CMP), la relación de oferta y demanda de médicos en función al número de habitantes por cada médico ha variado sustancialmente. En 2010 había 508 habitantes por cada médico, y en 2020, ese número pase a ser de 362 mostrando un déficit marcado en provincias.

La situación política del Perú muestra un cambio importante en el siglo XXI. Paso de ser un modelo neoliberalista, a ser un gobierno con un enfoque en liderazgo productivo con importante crecimiento macroeconómico, lo que llevo al Perú a ser un una de las economías de más rápido crecimiento en América Latina y a constituirse como una de las economías de más rápido crecimiento en América Latina y el Caribe hacia el 2018. Sin embargo, en los últimos años ha experimentado una desaceleración preocupante, producto de la inestabilidad Política e la incertidumbre que ésta genera. Importante resaltar que aún se aprecia una marcada continuidad de la pobreza total en regiones como Apurímac, Ayacucho, Cajamarca, Huancavelica y Huánuco, que en conjunto suman el 50% del indicador total (OMS, 2010)

Según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), la pobreza monetaria afecta alrededor del 30% de la población del País. Para el año 2021, esta disminuyó en 4.3 puntos respecto al 2020, y disminuyó en 1 punto la pobreza extrema. Sin embargo, si vemos las cifras en un espectro de 5 años, la población en situación de pobreza aumentó en 8,3 puntos porcentuales y disminuyó en 0,7 puntos porcentuales en los últimos 10 años.

En ese orden, resulta importante indicar que el aumento de la pobreza estaría relacionado con la paralización de la mayoría de las actividades económicas, primero producto del Estado de Emergencia Nacional y aislamiento social obligatorio derivado

de la Pandemia de la Covid-19, y últimamente por la inestabilidad política y que se acrecentó hacia finales del 2022 e inicios del 2023.

Como se sabe, la forma de medir la Pobreza en el Perú se realiza a través del gasto, pues esta variable se aproxima a una cuantificación de los niveles de vida de lo que las personas y los hogares consumen y adquieren.

3.2.4 FINANCIAMIENTO DE LOS SISTEMAS DE SALUD

Desde la creación de SIS (Sistema Integral de Salud) se ha hecho múltiples esfuerzos para reducir la brecha de población sin acceso a un sistema de Salud, teniendo una evolución importante en los últimos años. Por otro lado, la evolución de Población asegurada en todo el Perú ha tenido un fuerte crecimiento en las últimas décadas y años, pasando de ratios de 32% en 2000 a 98.9% en el 2022. La **Figura N° 02** muestra la evolución de 35 años de personas con y sin seguro, y la **Figura N°03** muestra el Registro de Asegurados en el Perú a enero 2022. Según la

Superintendencia Nacional de Salud, la distribución de aseguramiento es como sigue:

- Seguro Integral de Salud – SIS (69%)
- EsSalud (29%)
- EPS (2.7%)
- Sanidades de las FFAA y PNP (1.8%), y
- Otros seguros (6.3%).

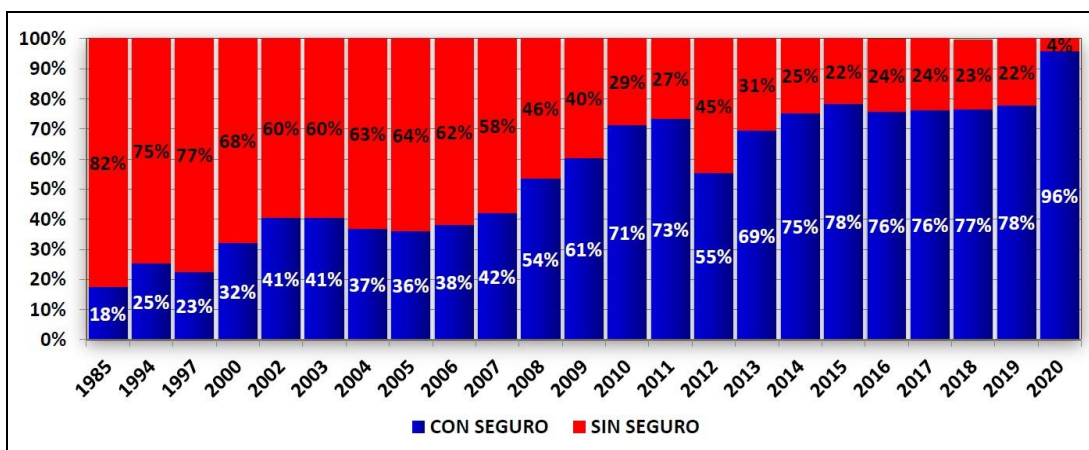


Figura 2 Evolución de asegurados con y sin seguro en 35 años

Fuente: Tomado de Ynani, (2021). Aseguramiento en salud (p. 20) e informe técnico INEI N°01-2020.



Figura 3 Registro e asegurados en el Perú.
Fuente: Instituto Peruano de Economía

La brecha importante y marcada entre el Sistema Público y el Sistema Privado en términos de calidad y cantidad en los servicios prestacionales se debe en parte (buena parte) a la fragmentación del Sistema Nacional de Salud.

3.2.5 FINANCIAMIENTO DE LA SALUD EN EL PERÚ Y ANÁLISIS DE STAKEHOLDERS

En el 2020 el financiamiento de la Salud fue de S/18,495 Millones. En la siguiente Figura (**Figura N° 04**) se muestra la evolución del PIA (Presupuesto inicial de Apertura

– estimación de ingresos y previsión de gastos planificados para el ejercicio fiscal) de la función Salud en millones de soles.

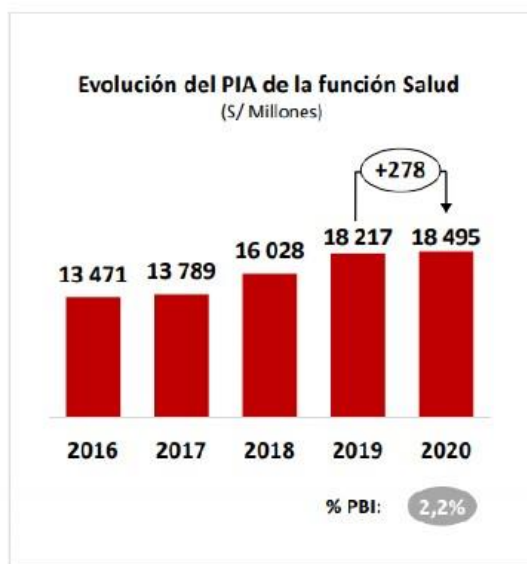


Figura 4 Evolución del PIA en millones de soles

Fuente: SERNANP (Servicio Nacional de Áreas Naturales Protegidas por el Estado).

Algunas acciones para mejorar el servicio y el estado de la Salud de la Población son:

- S/ 7,909 MM en Programas Presupuestales, entre ellos PAN – Programa Articulado Nutricional creado en 2008 para combatir la desnutrición crónica en menores de 5 años (S/2,298 MM), Salud Materno Neonatal (S/ 1,858 MM) TBC-VIH (S/642MM) y Salud Mental (S/350 MM)
- S/1,139 MM asignados a acciones contra la anemia.
- S/1,893MM para el SIS (incluye hemodiálisis a nivel nacional, atención de emergencias y de enfermedades de alta complejidad).

3.2.6 ASIGNACIÓN Y DISTRIBUCIÓN DE LOS RECURSOS EN SALUD

El Perú se encuentra entre los países que menos invierte en salud, y lo que invierte lo hace mal. Los pobladores tienen que gastar de sus propios recursos para financiar total o parcialmente sus necesidades de acceso y cobertura a prestaciones médicas y de medicinas. (**Figura N° 05**).

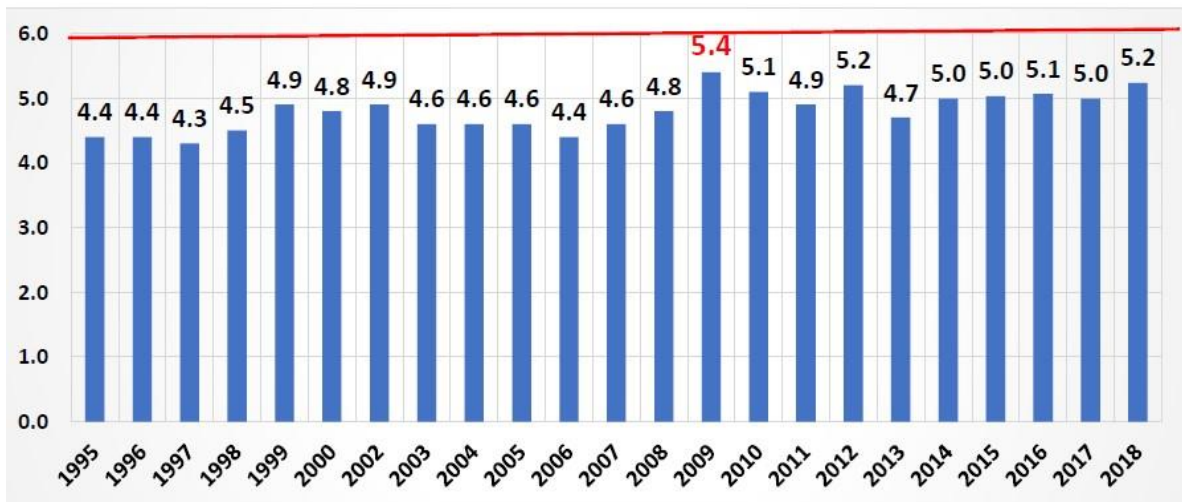


Figura 5 Gasto en salud en función al PBI

Fuente: Tomado de Ynani, (2021). Aseguramiento en salud (p. 20) e informe técnico INEI N°01-2019

Por otro lado, si comparamos gastos con dos países de la región, no solo en términos absolutos sino en términos de distribución del gasto público versus el privado, seguimos entre los bajos. (Figura N° 06).

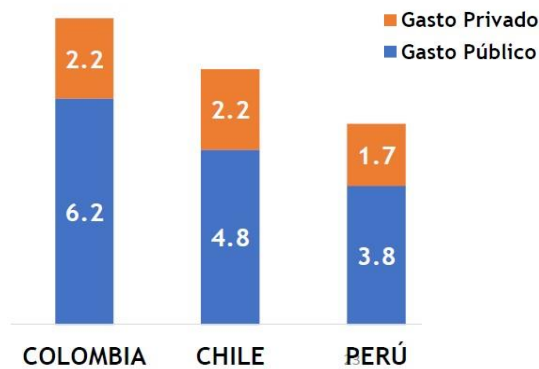


Figura 6 Comparativo del Gasto en Salud en función al PBI, con países de la región.

Fuente: Tomado de Ynani, (2021). Aseguramiento en salud (p. 20) e informe técnico INEI N°01-2019

3.2.7 PRESTACIÓN Y FINANCIAMIENTO DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN EL PERÚ

3.2.7.1 IAFAS

Por definición legal (Ley AUS N° 29244 del 20210) la IAFAS son las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud. Son instituciones o empresas públicas, privadas o mixtas, creadas o por crearse como personas jurídicas que tienen como objetivo la captación y gestión de fondos para el aseguramiento de las prestaciones de salud incluidas en los planes de aseguramiento en salud. Para su constitución están obligadas a solicitar su autorización de organización y funcionamiento, así como su registro ante la SUNASA (hoy SUSALUD – Superintendencia Nacional de Salud). La creación, constitución y formas de organización interna de las IAFAS públicas se realizarán conforme a las normas que regulan al sector público.

3.2.7.2 IPRESS

Son los establecimientos de públicos, privados o mixtos categorizados y acreditados por la autoridad competente y registrados en la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud, autorizadas para brindar los servicios de Salud y autorizadas para brindar los servicios de salud correspondientes a su nivel de atención.

3.2.7.3 PEAS

El Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS), es el listado de condiciones asegurables e intervenciones garantizadas por la ley 29344 (AUS) mínimo que son financiadas a todos los asegurados por las instituciones administradoras de fondos de aseguramiento en salud. Este mismo está traducido en un plan de beneficios que contiene garantías explícitas de oportunidad y calidad para todos los beneficiarios. El Plan Esencial de Aseguramiento Universal en Salud - PEAS, versión 2009 que se dio junto con la Ley AUS, incluye un total de 1,100 diagnósticos contenidos en 140 condiciones divididas en 6 grupos:

- Grupo 1: Condiciones Persona Sana.
- Grupo 2: Condiciones Ginecológicas y Obstétricas.

- Grupo 3: Condiciones Pediátricas y Neonatales.
- Grupo 4: Condiciones Transmisibles.
- Grupo 5: Condiciones No Transmisibles.
- Grupo 6: Condiciones Neoplásicas

El PEAS vigente corresponde a una actualización de 2021 (D.S.023-2021-SA) como parte de la política nacional de Aseguramiento Universal en Salud y la Cobertura Universal en Salud y lista primigeniamente los derechos de atención según condición de salud:

- Condiciones asegurables de la PERSONA SANA (recién nacido, recién nacido expuesto a VIH, adolescente, joven, adulto y adulto mayor sano, gestante con embarazo, parto y puerperio normal; gestante menor de 18 años y mayor de 35 años.
- Condiciones asegurables, 153 condiciones médicas en total) de la PERSONA NO SANA, es decir con enfermedad (gestantes con alguna enfermedad, recién nacido afectado por el parto, paladar hendido, desnutrición, anemia, enfermedad isquémica del corazón, salud mental, etc.).

El PEAS debe ser obligatoriamente aplicado por la IAFAS e IPRESS y UGIPRESS (Unidades de Gestión de IPRESS).

3.3 CONTEXTO LOCAL

El sistema de salud de la Provincia Constitucional del Callao es lógicamente segmentado y fragmentado como lo es el sistema nacional, con presencia de proveedores públicos y privados. Los subsistemas de salud que existen son el Gobierno Regional del Callao, financiado por el Tesoro Público y el Seguro Integral de Salud (SIS); el Seguro Social de Salud (ESSALUD) financiado con las contribuciones de los empleadores; las Fuerzas Armadas y Policiales financiados por los Ministerios del Interior y Defensa, respectivamente; y el sector privado financiado por las entidades

prestadoras de salud (EPS), los seguros privados y los propios usuarios (pago de bolsillo)⁵.

Según la Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD), en el 2015 78,73% de la población de la Región Callao tenía cobertura de aseguramiento de salud y el 21,27% no tenía ningún tipo de seguro. El 36,85% de la población estaba afiliada al Seguro Integral de Salud (SIS), el 38,81% al Seguro Social de Salud (Es SALUD) y el 1,84% a la sanidad militar y/o policial. La Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2015 señala que, en el Callao, el 75,1% de las mujeres en edad fértil (MEF) contaba con un seguro de salud, mientras que el resto de las mujeres no estaban aseguradas. El 36,3% de mujeres estaban afiliadas a Es SALUD, el 34,4% al SIS, el 2,0% afiliadas a la sanidad de las Fuerzas Armadas (FFAA) y Policiales (FFPP) y el 5,9% de mujeres contaba con algún tipo de seguro privado. (Ministerio de salud, 2017)

3.3.1 MACROENTORNO

El sistema de la Red de Referencias y Contrarreferencias es clave en el manejo interdisciplinario de los usuarios llevando a mejores resultados cuando el flujo establecido se cumple a cabalidad de acuerdo a la capacidad resolutoria de cada institución que conforma la Red de salud. Un paciente es contra referido a su establecimiento de salud de origen una vez que ya se resolvió el motivo por el cual el paciente fue referido.

Según D.S N° 164-2021-PCM se aprueba la Política General del Gobierno para el periodo 2021 – 2026 donde, dentro de sus líneas de intervención, se encuentra la el lineamiento de establecer un sistema de salud universal, unificado, gratuito,

descentralizado y participativo mediante la implementación de prestaciones de salud en Redes Integradas de Salud (RIS) con capacidad resolutoria óptima, en el marco de la

⁵ Ministerio de Salud Perú (2017). Red de Salud Lima Ciudad. Microrredes. (Internet) Lima – Perú.

atención primaria de salud integral con especial énfasis en el primer nivel de atención. Por ende, se requiere de un Sistema de referencias y contrarreferencias que haga uso de un aplicativo informático es por eso que el D.S. N° 024-2019-SA establece medidas de mejora de la prestación de servicios de salud a ser implementadas de manera progresiva a nivel nacional; relacionado con la implementación progresiva del Sistema de Información de Historias Clínicas Electrónicas – SIHCE en el módulo de Referencias y Contrarreferencias – REFCON.

A continuación, se muestra el Flujo del Sistema de Referencias y Contrarreferencias de la Región de salud Callao. (Figura N° 07).

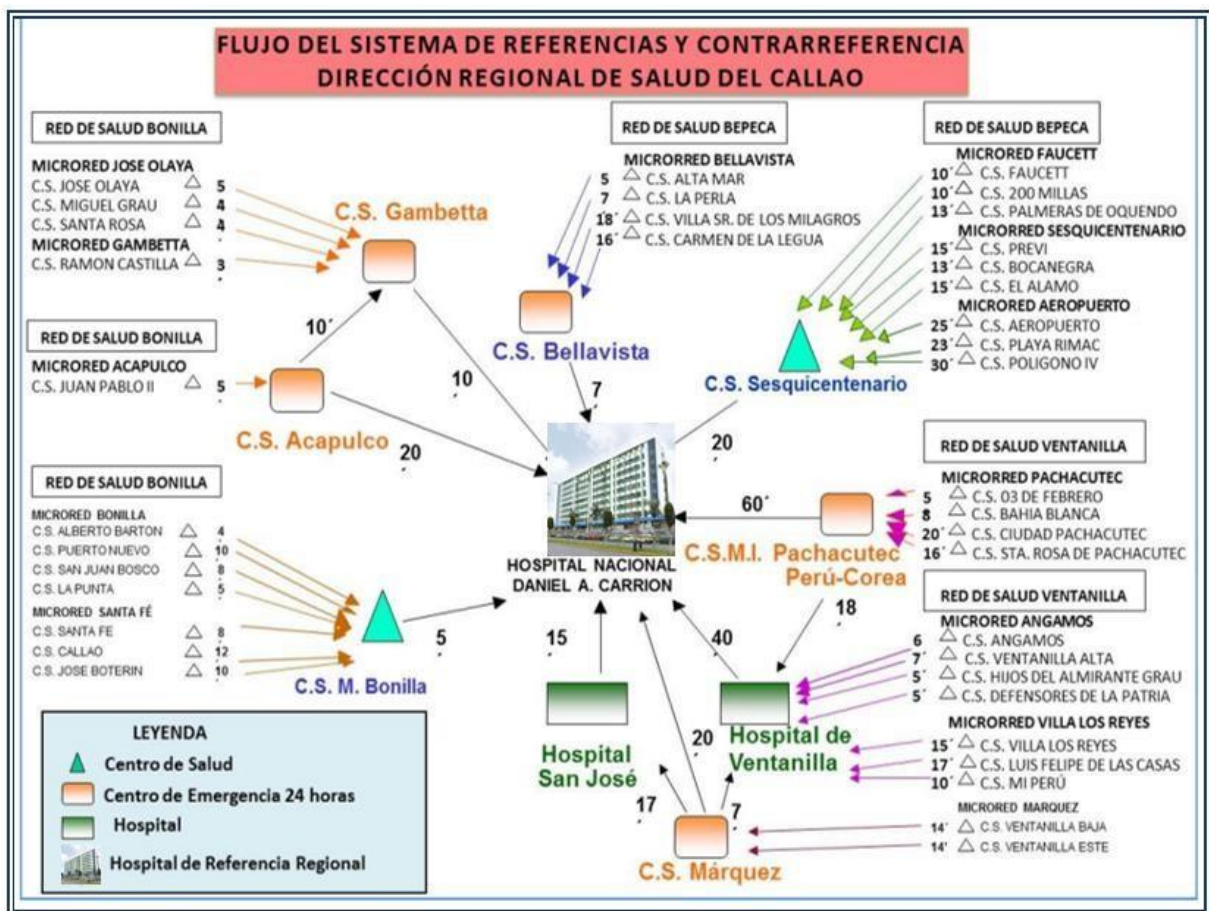


Figura 7 Flujo del Sistema de Referencias y Contrarreferencias – Región Callao

Fuente: Directiva de Referencias y Contrarreferencias HNDAC 2022

La Región Callao cuenta con 03 Redes de salud (Red de Salud Bonilla, Red de Salud Bepeca, Red de Salud Ventanilla); 14 Microrredes, con 07 cabeceras de red. Todas ellas derivan al HNDAC por ser el de mayor capacidad resolutoria, además de ser un hospital

de referencia nacional y sede docente de pre y posgrado de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos y otras universidades públicas y privadas.

Para el MINSA la cobertura prestacional de salud se brinda a nivel de Establecimientos de Salud, Institutos especializados, Hospitales y Centros/Puestos de Salud.

Por Ordenanza Regional N° 009-2009 del 24 de agosto del 2009 se estableció que el Gobierno Regional del Callao, a través de la Gerencia Regional de Salud, es la máxima autoridad de salud de la Provincia Constitucional del Callao, por tanto, es la instancia rectora de las políticas sectoriales de salud del nivel regional.

El 11 de enero del 2011 mediante el Informe N 005-2011-GRC/GRS/DIRESA/DG/DESP se elevó la propuesta de Directiva del Sistema de Referencia y Contrarreferencia en Salud en la Región Callao, cuyo objetivo es normar y regular la organización, los procesos y procedimientos administrativos y/o asistenciales del sistema de Referencia y Contrarreferencia de las Instituciones públicas que brindan servicios de salud para garantizar la continuidad de la atención de la población de la región y articular la red de transporte asistido en el ámbito de la Región Callao. (Ministerio de Salud, 2011)

Recientemente, en abril 2022, esta directiva ha sido actualizada. Ambas Directivas han sido material de estudio en el presente trabajo de investigación.

3.3.2 MICROENTORNO

Las Referencia y Contrarreferencia deberían ser consideradas como una herramienta para optimizar el uso de los recursos hospitalarios, pero ha funcionado generalmente para el traslado de pacientes en estado crítico de establecimientos de menor complejidad hacia los de mayor complejidad y como una puerta directa de ingreso a centros de mayor complejidad por situaciones de Emergencia con poca o nula posibilidad de Contrarreferencias. Con el Seguro Integral de Salud y la necesaria

referencia para su atención en el Hospital, se ha postulado dar inicio a la construcción de estadísticas de referencia, aunque hasta hoy solo se evalúen el dato numérico y no la pertinencia de la referencia. De la base de datos estadística de las referencias, se observa que no se consigna el lugar de destino, sin embargo, considerando que el Hospital Daniel Alcides Carrión es la cabeza de Red y Hospital de Referencia Nacional debe ser el principal destino de ellas. La identificación de un paciente con necesidad de cuidados hospitalarios debe considerar también la complejidad de atención que requiere. (Ministerio de Salud, 2011)

Si una atención puede ser recibida en un Hospital o Centro de menor complejidad debe ser referido y para ello se requiere un servicio que cuente con un sistema de información adecuado, interconectado con la red de atención, comunicación efectiva y personal asistencial y administrativo que se responsabilicen del flujo de estos pacientes y realicen el seguimiento correspondiente para conocer los resultados de la atención⁶. Anteriormente la función de referencia era una tarea más de las Jefaturas de Guardia y luego se intentó construir un sistema nacional de referencia que fue finalmente desactivado. Actualmente esta labor, en el Hospital Carrión, la realiza una oficina que reporta a la Oficina de Seguros a cargo de las Referencias que tienen limitaciones severas de data, información y comunicaciones. (Espinoza, 2022).

3.3.3 MARCO LEGAL

- Constitución Política del Perú
- Ley N°26482, Ley General de Salud
- Ley N°27813, Ley del sistema coordinado y Descentralizado de Salud
- Ley N°27783, Ley de Bases de la Descentralización
- Ley N°27867, Ley Orgánica de los Gobiernos Regionales

⁶ Medina S., Lujan L (2022). Directiva De Referencias Y Contrarreferencias “Hospital Nacional Daniel A. Carrión “. Callao – Perú. DIRESA.

- Ley N° 27604, Ley que modifica la Ley General de Salud, respecto a la obligación de los establecimientos de dar atención médica en caso de emergencias y partos.
- Decreto Supremo N°013-2002 SA, Reglamento de la ley 27657
- Decreto Supremo N°014-2002 SA, Reglamento de la Organización y Funciones del Ministerio de Salud.
- Decreto Supremo N°015-005-90-SA, que aprobó el reglamento general de Hospitales del sector salud.
- Resolución Ministerial N°155-2001-SA/DM, que aprobó las normas del Sistema de Referencia y Contrarreferencia de los Establecimientos del Ministerio de Salud.
- Decreto Supremo N°016-2002-SA, Reglamento de la Ley 27604 que modifica la Ley General de Salud N° 26842, respecto de la obligación de los establecimientos de Salud a dar atención médica en caso de emergencias y partos.
- Resolución Ministerial N° 751-2004/MINSA, que aprobó la Norma Técnica 018-MINSA/DGSP-V-01 Norma Técnica del Sistema de Referencia y Contrarreferencia de los Establecimientos del Ministerio de Salud.
- Código de Ética y Deontología del Colegio Médico del Perú.
- Resolución Gerencia Regional N° 026-2012 Gobierno Regional del Callao.
- Norma técnica de salud de los servicios de emergencia: NT N.º 042MINSA/DGSP-V.01
- Resolución Ministerial N° 953-2006, que aprueba la Norma Técnica de Salud para el Transporte Asistido de Pacientes por Vía Terrestre.
- Decreto Supremo N° 017-2011-SA, que crea el Programa Nacional denominado “Sistema Nacional de Atención Móvil de Urgencia – SAMU”
- Resolución Ministerial N° 546-2011/MINSA, aprueba NTS N° 021-MINSA/DGSP-V.03 Norma Técnica de Salud “Categorías de Establecimientos del Sector Salud”.
- Directiva N° 003–2018–GRC/DIRESA/DG/ODR “Directiva para la Gestión de Ambulancias de la Dirección Regional de Salud del Callao.

- Resolución Ministerial N° 1010-2020/MINSA, Aprobar el Documento Técnico Plan Nacional de Telesalud del Perú 2020-2023, que en documento adjunto forma parte integrante de la presente Resolución Ministerial.
- Directiva Administrativa N° 298-MINSA/2020/DIGTEL, Directiva Administrativa de Programación de Turnos del personal de salud para su atención en los servicios de Telemedicina.

4. SITUACION ACTUAL DEL HOSPITAL NACIONAL DANIEL A. CARRION

4.1 ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA DE REFERENCIAS Y CONTRARREFERENCIAS

4.1.1 ADMINISTRATIVA

El HNDAC depende administrativamente de la DIRESA CALLAO y a nivel Nacional del MINSA. En el HNDAC la oficina de Referencias y Contrarreferencias depende de la Oficina de Seguros. La responsabilidad de la ORCR del HNDAC sigue la siguiente línea jerárquica:

- a. Director del Hospital Nacional Daniel A. Carrión
- b. Jefe de la Oficina de Seguros
- c. Coordinador del Sistema de Referencias y Contrarreferencias
- d. Comité o Equipo Técnico de Gestión.

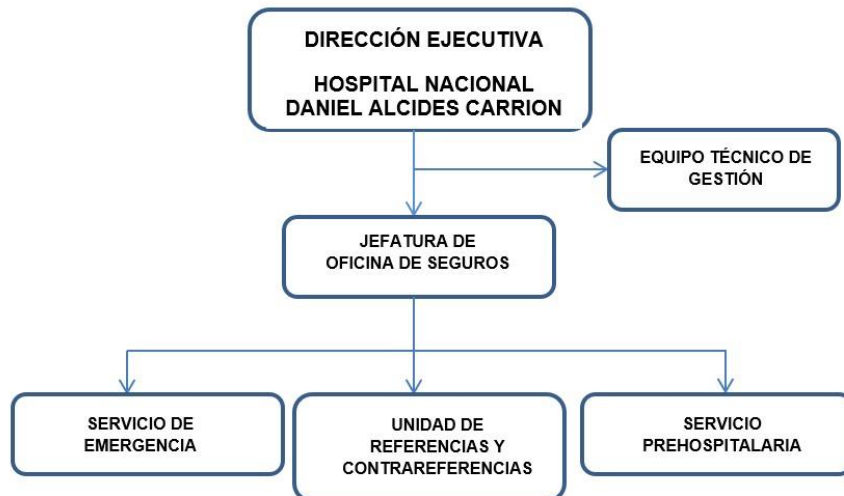


Figura 8 Organigrama SRC del HNDAC

Fuente: Directiva de Referencias y Contrarreferencias HNDAC 2022

4.1.2 ESTRUCTURA Y EQUIPAMIENTO

Estándar mínimo actual con el que debe contar una Oficina de Referencia Contrarreferencia según recomendaciones del área tecnología del HNDAC:



- a. Un ambiente propio para la colocación de equipos
- b. Un profesional de salud que ocupe el cargo de Jefe de Unidad
- c. Cinco profesionales de salud para asistencia especializada con conocimiento de informática y dominio de software de Referencias (para cubrir turnos de 24 horas de lunes a domingo) de Hospitalización y Emergencia.
- d. Dos profesionales de salud con conocimiento intermedio o avanzado de informática y con dominio de Software de Referencias para Consulta Externa.
- e. Dos profesionales de salud con conocimiento de intermedio o avanzado de informática y dominio de software de Referencias para Contrarreferencias de Hospitalización y Emergencias.
- f. Tres admisionistas para citar y aceptar referencias por sistema REFCON
- g. Equipamiento mínimo:
 - i. 4 PC Intel (R) Core (TM) i5-9500 CPU, con acceso a internet de banda ancha.
 - ii. 2 teléfonos con opción de anexos
 - iii. 2 celulares con acceso a internet

iv. 2 impresoras

v. 2 escáner

4.2 DENSIDAD POBLACIONAL

Como se puede apreciar en el Gráfico N°09, la Densidad Poblacional estimada al cierre del año 2020 alcanza los casi 12MM.



DENSIDAD POBLACIONAL
PROVINCIA CONSTITUCIONAL DEL CALLAO - AÑO 2020

DISTRITOS	POBLACIÓN	AREA EN KM2	HAB/KM2
PROVINCIA DEL CALLAO	1,067,815	146.98	7265.0
CALLAO	453,121	45.65	9926.0
BELLAVISTA	83,401	4.56	18289.7
CARMEN DE LA LEGUA	46,555	2.12	21959.9
LA PERLA	68,103	2.75	24764.7
LA PUNTA	8,602	0.75	11469.3
VENTANILLA	405,532	71.05	5707.7
MI PERU	64,540	2.47	26129.6
ISLAS		17.63	0

NOTA: LA POBLACIÓN ESTIMADA DE EDADES SIMPLES Y GRUPOS DE EDAD DE DISTRITOS, CORRESPONDEN A CIFRAS REFERENCIALES HASTA OBTENER LAS CIFRAS DE LAS PROYECCIONES C
FUENTE: CENSO NACIONAL XI DE POBLACIÓN Y VI DE VIVIENDA 2017/- BOLETIN DEMOGRAFICO N° 18, BOLETIN DEMOGRAFICO N° 37 Lima -2009
OFICINA DE GESTION DE LA INFORMACIÓN - MINISTERIO DE SALUD
*LA PUNTA INCLUYE CHUCUITO

Figura 9 Densidad Poblacional Provincia del Callao

Fuente: Directiva de Referencias y Contrarreferencias HNDAC 2022

4.3 CAPACIDAD INSTALADA Y OFERTA DE SERVICIOS

El HNDAC cuenta con la siguiente capacidad instalada:

- 565 camas para hospitalización
- 109 consultorios externos en las áreas de Medicina, Cirugía, Ginecología, Pediatría y Odontoestomatología.
- 01 amplio y moderno servicio de emergencia con unidad de trauma shock
- 01 unidad de cuidados intensivos con 06 camas
- 01 unidad de cuidados intermedios
- 01 unidad de cuidados intensivos pediátricos con 06 camas
- 01 unidad de cuidados intensivos neonatales
- 05 salas quirúrgicas electivas y 03 salas de emergencia
- 01 unidad de quemados
- 01 ampliación del departamento de oncología (2020)

- 01 servicio de preventorio (centro de prevención y detección del cáncer y otras enfermedades)
- 01 unidad de neuro intervencionismo (2015)
- 01 moderno servicio de gineco obstetra
- 01 nuevo sistema de atención denominado hospital de día
- 01 centro de entrenamiento en operaciones de cirugía laparoscópica avanzada (2016) •
01 consultorio de infertilidad (2016)

El HNDAC cuenta con la siguiente Oferta de servicios hospitalarios de 30 especialidades que comprenden los siguientes departamentos:

- departamento de cirugía: 10 especialidades
- departamento de medicina: 10 especialidades
- departamento de pediatría: 02 especialidades
- departamento de ginecología y obstétrica: 04 especialidades
- departamento de áreas críticas: 04 especialidades

4.4 CADENA DE VALOR Y MODELO DE NEGOCIO

La **Figura N°10** muestra la cadena de valor específica del HNDAC y del proceso de Referencias y Contrarreferencias, y la **Figura N°11** muestra el esquema de modelo ilustrado en un modelo CANVAS.

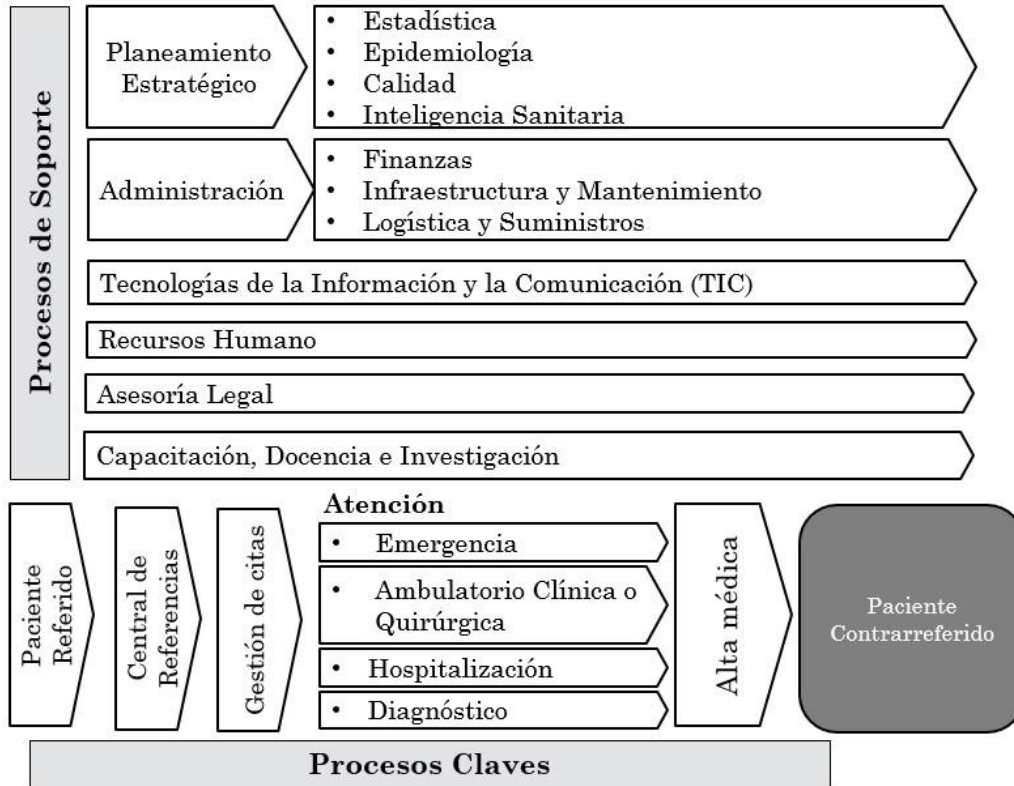


Figura 10 Cadena de valor de HNDAC

Fuente: Elaborado por los autores del trabajo de investigación. Basado en el curso de Planeamiento Estratégico Maestría en Gerencia de Servicios de Salud

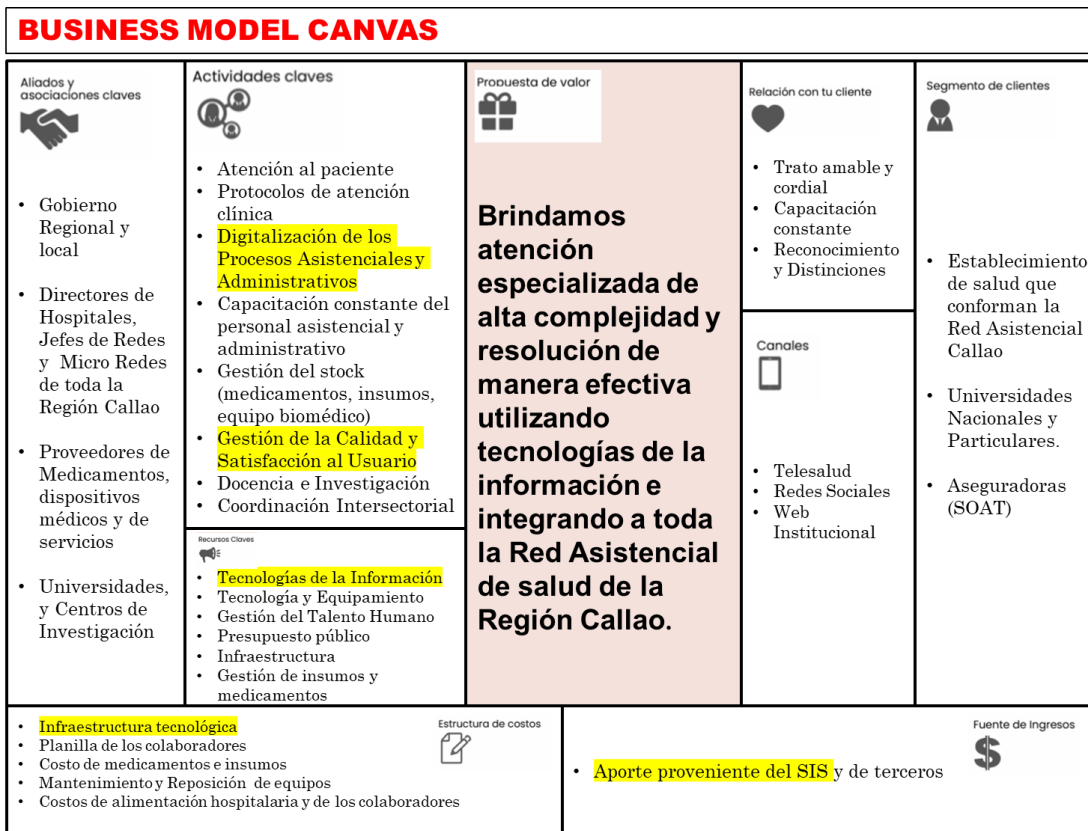


Figura 11 Esquema de modelo CANVAS del HNDAC

Fuente: Elaborado por los autores del trabajo de investigación. Basado en el curso de Planeamiento Estratégico Maestría en Gerencia de Servicios de Salud

4.5 RESTRICCIONES EN EL PROCESO

Por teoría, cuando se habla de restricciones en el proceso, se habla del uso de metodología en busca de una mejora continua que generan un proceso lento, ocioso e ineficaz. La metodología expone como primer paso, la identificación de los denominados “cuellos de botella”.

En el HNDAC específicamente, mediante el modelo AS-IS, se han identificado 03 cuellos de botella relevantes que impactan en la secuencia regular del proceso de prestaciones médicas. El primero, en el input del proceso, que justamente admite (con sobredemanda y un ineficaz proceso de admisión) a los pacientes referidos. Y el segundo, durante la atención médica, cuando se necesita de apoyo al diagnóstico, donde

Injustificadas, aproximadamente 2/3 de éstas se deben a equipos inoperativos y falta de insumos disponibles.

Referencias Enviadas JUSTIFICADAS	2020	2021	Prom
NO JUSTIFICADAS	87%	76%	82%
No cuenta con Equipo operativo	34%	47%	40%
No cuenta con insumos	35%	33%	34%
No cuenta con determinado servicio habilitado	21%	7%	14%
No cuenta con camas en el servicio requerido	9%	12%	10%
No disponibilidad de sala de operaciones en el turno	1%	1%	1%
No cuenta con camas en servicio, oferta vs demanda	0%	0%	0%
SI JUSTIFICADAS	13%	24%	18%
No capacidad resolutive por el nivel del EESS	72%	59%	66%
Derecho-habiente (ESSALUD)	23%	12%	18%
CONTRAREFERENCIA	2%	0%	1%
Segunda opinión médica	1%	29%	15%
TELESALUD	0%	0%	0%
Derecho-habiente (POLICIA)	0%	0%	0%
Derecho-habiente (sanidades)	0%	0%	0%
Total general	100%	100%	100%

Figura 13 Referencias enviadas desde el HNDAC en 2020 y 2021 Fuente:
Elaborado por los autores del trabajo de investigación.

Bajo el mismo esquema de análisis, **La Figura N° 14** muestra la clasificación y subclasificación de la referencia RECIBIDA en 2020 y 2021 (más de 30,000 registros) permitiendo identificar el porcentaje y peso de motivos que generan una orden de Referencia Injustificada (hacia el HNDAC desde otro establecimiento de salud, perteneciente o no a la misma red prestacional, o desde otra red MINSA, ESSALUD o FFAA).

Al igual que en el análisis de las referencias Enviadas, en las Recibidas en el HNDAC, el subregistro creado evidenció que, en promedio más del 40% de éstas, no debieron realizarse (Injustificadas) por ser motivadas bajo situaciones netamente gestionables y de propio dominio de cada institución que generó la Referencia. Del total de

Referencias Injustificadas, más del 90% de éstas se deben a no contar con camas disponibles en el servicio requerido (logística).

Referencias Recibidas JUSTIFICADAS	2020	2021	Prom
NO JUSTIFICADAS	44.92%	38.82%	41.87%
No cuenta con camas en el servicio requerido	93.15%	90.54%	91.84%
No cuenta con determinado servicio	2.96%	2.97%	2.96%
No cuenta con Equipo operativo	2.71%	5.41%	4.06%
No disponibilidad de sala de operaciones en el turno	0.42%	0.00%	0.21%
No camas disponibles en servicio requerido	0.38%	0.00%	0.19%
No cuenta con insumos	0.36%	1.08%	0.72%
Equipo inoperativo	0.03%	0.00%	0.01%
SI JUSTIFICADAS	55.08%	61.18%	58.13%
No capacidad resolutive por el nivel del EESS	99.78%	99.31%	99.54%
Segunda opinión médica	0.18%	0.00%	0.09%
Derecho-habiente (ESSALUD)	0.02%	0.69%	0.35%
Contra referencia	0.01%	0.00%	0.01%
Derecho-habiente Essalud	0.01%	0.00%	0.01%
Total general	100.00%	100.00%	100.00%

Figura 14 Referencias recibidas desde el HNDAC en 2020 y 2021 Fuente:
Elaborado por los autores del trabajo de investigación.

5. METODOLOGIA DE LA INVESTIGACIÓN

Como sostiene Wahyuni (2012), la base teórica e ideológica de un método, es la metodología, la cual representa la ruta hacia las conclusiones, recogiendo en el proceso paradigmas y contexto. Por ello, presentaremos en este capítulo el desarrollo y etapas de nuestra investigación bajo las técnicas de investigación que propone el método científico.

La figura N°15 muestra el proceso general de investigación.

5.1 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

El diseño de nuestra investigación se enmarca en un enfoque cualitativo-cuantitativo, experimental, descriptivo y de corte transversal.

Precisamos que el enfoque es cualitativo porque por una parte se hará entrevistas y focus group obteniendo respuestas subjetivas y experiencias de los participantes (opiniones, creencias, emociones, etc.). Como refiere Kothari (2004), el enfoque cualitativo es en particular «la evaluación subjetiva de actitudes, opiniones y comportamientos. La investigación en tal situación es una función de las impresiones y revelaciones del investigador» (p. 5).

Por otro lado, precisamos también que el enfoque es cuantitativo, pues como lo expone Sarduy (2007), la finalidad del método cuantitativo «trata de determinar la fuerza de la asociación o relación entre variables, así como la generalización y objetivación de los resultados a través de una muestra. De aquí se puede hacer inferencia a una población de la cual esa muestra procede. Más allá del estudio de la asociación o de la relación, pretende también hacer una inferencia que explique por qué las cosas suceden o no de una forma determinada. Todo esto va mucho más allá de un mero listado de datos organizados...» (p. 5). En los mismos términos, y expresándolo en términos simples, la investigación cuantitativa corresponde a un estudio basado en la medición de cantidades o magnitudes; por tanto, si se desea estudiar en fenómenos que puede ser expresado en datos numéricos, este tipo de investigación es la más apropiada (Kothari, 2004). En ese orden de ideas, nuestro estudio medirá variables como (i) el uso de del sistema REFCON en la Red Integrada de Salud Minsa Callao, (ii) la confiabilidad y eficacia de los datos que expone el sistema REFCON para la efectiva y justificada Referencia.

Respecto al alcance, es descriptivo pues como indica Vara (2012), este tipo de estudios es recomendable cuando lo que se conoce en términos teóricos y de evidencia empírica se encuentra a nivel intermedio o moderado. Por otro lado, Bernal (2010) menciona que este tipo de estudio es al que más se recurre en investigadores con poca o menor experiencia pudiéndose describir situaciones y hechos sin la necesidad rigurosa de explicar las causas por las cuales se originan. Durante la investigación describiremos cantidades, variables, cualidades, data e instrumentos tecnológicos.

Respecto al tipo, es experimental pues en un piloto, se buscará manipular y medir variables independientes y dependientes (ex ante y ex post) para probar las hipótesis causales de modo empírico.

Finalmente, la investigación será de corte transversal pues se obtendrá información en un solo momento/oportunidad y en un espectro de tiempo específico. Como indica Hernández *et al.* (2010) «su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado» (p. 151).

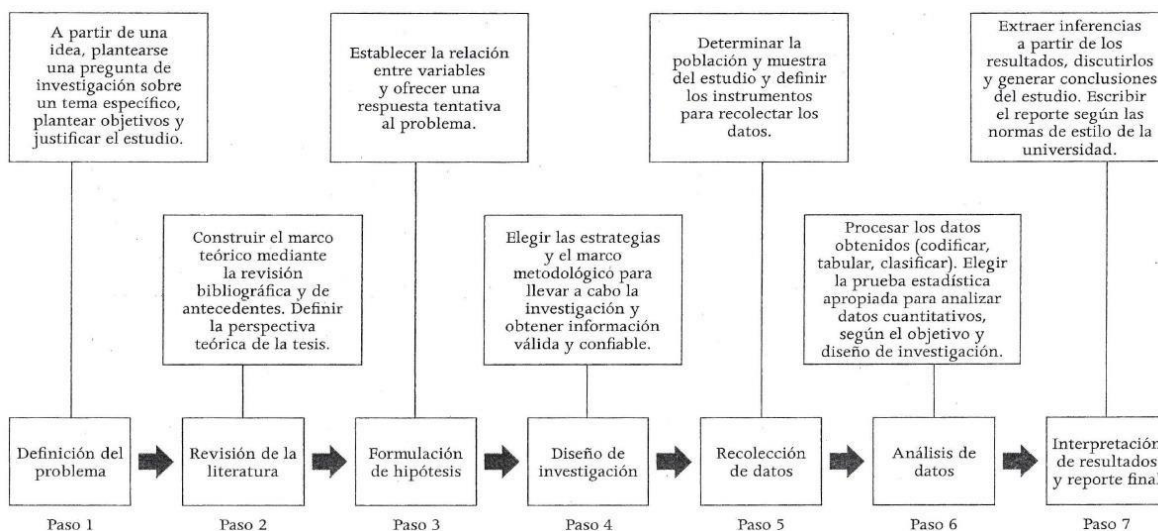


Figura 15 El Proceso de investigación.

Fuente: Arbaiza, L (2014). La investigación científica (p. 33)

5.2 RECOLECCION DE DATOS DE FUENTES PRIMARIAS

5.2.1 POBLACIÓN

Está constituida por 115 personas, que son los servidores usuarios de REFCON que laboran en las áreas de emergencia de los 48 establecimientos que conforman la Red y que son los establecimientos que generan las referencias. Sobre dicha población se calculará la muestra para la ejecución de las encuestas que son parte de la investigación.

5.2.2 MUESTRA

Se trabajará sobre la población de los 115 servidores usuarios de REFCON. El tamaño de muestra es de 89 seleccionados. Para ello se utilizó la fórmula para estudios de una sola población.

Cálculo:

$$n = \frac{N * K^2 * p * q}{e^2 * (N-1) + K^2 * p * q} = 89$$

Donde:

n= Tamaño de la muestra N= Población (115) K= Nivel de Confianza (95%) p= Probabilidad de que ocurra el evento (50%) q= (1-p) probabilidad que no ocurra el evento (50%) e= Margen de error o intervalo de confianza (5%)

5.2.3 MUESTREO

Se hizo uso del muestreo probabilístico simple seleccionando a los encuestados mediante un sorteo.

5.2.4 INSTRUMENTOS Y TECNICAS DE MEDICIÓN

- **Encuestas.** Se realizarán al personal usuario del sistema REFCON mediante formato estructurado soportado en formulario web, donde se recogerán datos importantes relacionados al uso y eficacia de la HOJA DE REFERENCIA y la HOJA DE CONTRARREFERENCIA como insumo clave para el correcto y efectivo uso del sistema REFCON, los cuales van a ser utilizados en el objeto del estudio.
- **Focus Group.** Se usará esta técnica cualitativa para recoger opiniones y actitudes del grupo de directores y jefes responsables del proceso de Referencias y Contrarreferencias.

- **Entrevistas.** Se realizarán a especialistas técnicos en materia de Sistemas de Información y Software.
- **Observación del Proceso de Referencias al HNDAC.** Mediante un piloto de 4 semanas en el Hospital de Ventanilla y San José (generador de referencias) usando un formato verificador de la referencia con las siguientes variables de Referencia errada enviada al HNDAC, o recibida en el lugar de observación:
 - Falta de CAPACIDAD LOGISTICA HABILITADA en el momento de la referencia requerida (camas, salas quirúrgicas, personal asistencial)
 - Usuarios NO CAPACITADOS CORRECTAMENTE en el uso del sistema REFCON
 - Falta de uso Check-list ○ Falta de INSUMOS-EQUIPOS (Petitorio en stock no abastecido) ○ Pacientes AUTOREFERDOS

El tratamiento, análisis y presentación de los datos será soportado bajo la herramienta Excel o Power BI (PB).

5.3 RECOLECCION DE DATOS DE FUENTES SECUNDARIAS

Se tuvo acceso y se revisó estadística del HNDAC proporcionados por la institución (subregistro) sobre Referencias recibidas y enviadas en los años 2020 y 2021, se obtuvo copia de la Directiva del HNDAC de Referencias y Contrarreferencias del 2011 N°002-2011-GRC/GRS Diresa, así mismo se tuvo acceso al Informe de plan estratégico 2022 del Hospital Daniel A. Carrión.

5.4 DIAGNOSTICO DE LA SITUACION ACTUAL

En base a las fuentes de información primaria y secundaria recaudada, se ha realizado el respectivo Diagnóstico al proceso de Referencias y Contrarreferencias en la red asistencial del HNDAC.

5.4.1 HALLAZGOS RELEVANTES: PROBLEMATICAS IDENTIFICADAS

Dentro de los hallazgos, se cuenta con un estudio realizado en 2021 como diagnóstico de la Administración Logística en los Servicios de Salud. En dicho estudio se identifica un patrón importante en la lista de problemáticas listadas que demandan oportunidades de mejora urgentes. La **Figura N°16**, muestra de manera ilustrada aquellos patrones identificados de insatisfacción por parte de los usuarios relacionados directa o indirectamente al proceso de Referencias y Contrarreferencias, recogidos de procesos y entornos claves de la institución, que además al ser comparados en un Benchmarking con Hospitales de igual nivel resolutivo y con cercanía geográfica, evidencia una importante brecha que corregir. Las cuatro problemáticas encontradas de mayor relevancia son (i) las Referencias no oportunas, (ii) La Necesidad de referir a otra institución MINSA de Lima, (iii) La carencia de equipamiento tecnológico y (iv) Los Laboratorios clínicos desabastecidos. Estas cuatro problemáticas están directa o indirectamente ligadas al proceso de Referencias y Contrarreferencias.

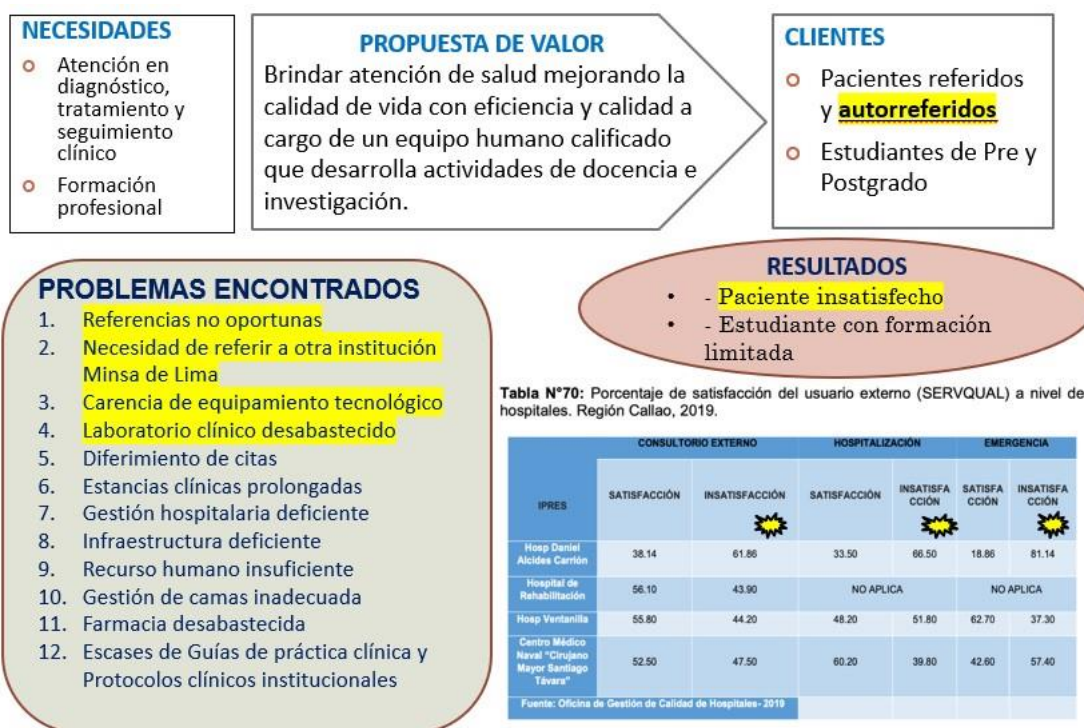


Figura 16 Principales hallazgos y problemática del SRC del HNDAC

Fuente: Elaborado por los autores del trabajo de investigación. Basado en el curso de Planeamiento Estratégico Maestría en Gerencia de Servicios de Salud

5.4.2 HALLAZGOS RELEVANTES: PLAN ESTRATEGICO

Dentro de los hallazgos, se cuenta con un estudio realizado en 2021 como diagnóstico de la Administración Logística en los Servicios de Salud que evidencia problemáticas claramente alta presencia de factores relacionas al proceso de Referencias y Contrarreferencias. Ello fue contrastado contra los Objetivos el Plan Estratégico institucional que define la hoja de ruta SMART que el HNDAC tiene mapeado como pilares transformacionales de éxito.

En ese contexto, la **Figura N°17** evidencia que dentro de los ejes transformaciones claves para las mejoras tangibles de la institución, tanto el eje de Transformación Digital como el de Experiencia del Cliente, están orientados hacia una estrategia FUNCIONAL y están directamente relacionados y orientados hacia el proceso de Referencias y Contrarreferencias. Asimismo, la **Figura N°18** evidencia que, como META de la institución, se ha definido estratégicamente tener un Sistema de Referencias y Contrarreferencias que sea efectivo, para poder impactar la experiencia del usuario. Los retos claros están ligados a accionables en el TOUCH TIME, LEAD TIME y COSTOS para mejorar la experiencia del paciente en el uso del sistema de Referencia y Contrarreferencias al garantizar un sistema efectivo.



Figura 17 Objetivos estratégicos del HNDAC

Fuente: Elaborado por los autores del trabajo de investigación. Basado en el curso de Planeamiento Estratégico Maestría en Gerencia de Servicios de Salud

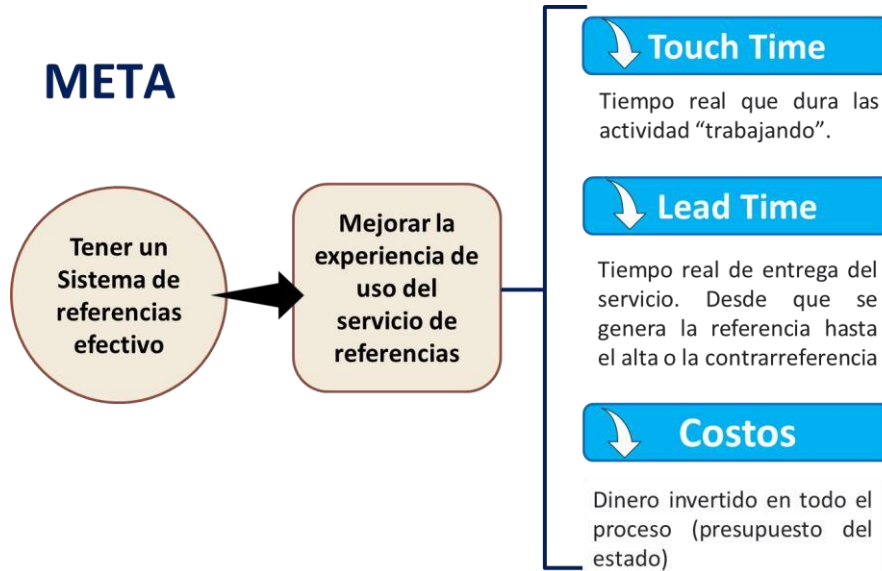


Figura 18 La Meta está orientado hacia la mejorar la experiencia

Fuente: Elaborado por los autores del trabajo de investigación. Basado en el curso de Planeamiento Estratégico Maestría en Gerencia de Servicios de Salud

5.4.3 HALLAZGOS RELEVANTES: CUELLOS DE BOTELLA

Por otra parte, existen cuellos de botella identificados que ya recogen propuestas de MEJORA CONTINUA expuestas en el estudio realizado en 2021 dentro del contexto de un diagnóstico de Administración Logística en los Servicios de Salud. Del análisis profundo a dichas propuestas de mejora continua, se pueden identificar accionables en el proceso de Referencias y Contrarreferencias ligados relevantemente a la aplicación de protocolos para:

- “Filtrar” correctamente la demanda de Referencias
- Privilegiar la digitalización de los procesos administrativos y asistenciales.
- Promover las Redes Integradas de la Historia Clínica.

Las **Figuras N° 19** ilustra accionables descritos, que, de ejecutarse garantizarían un proceso de MEJORA CONTINUA.

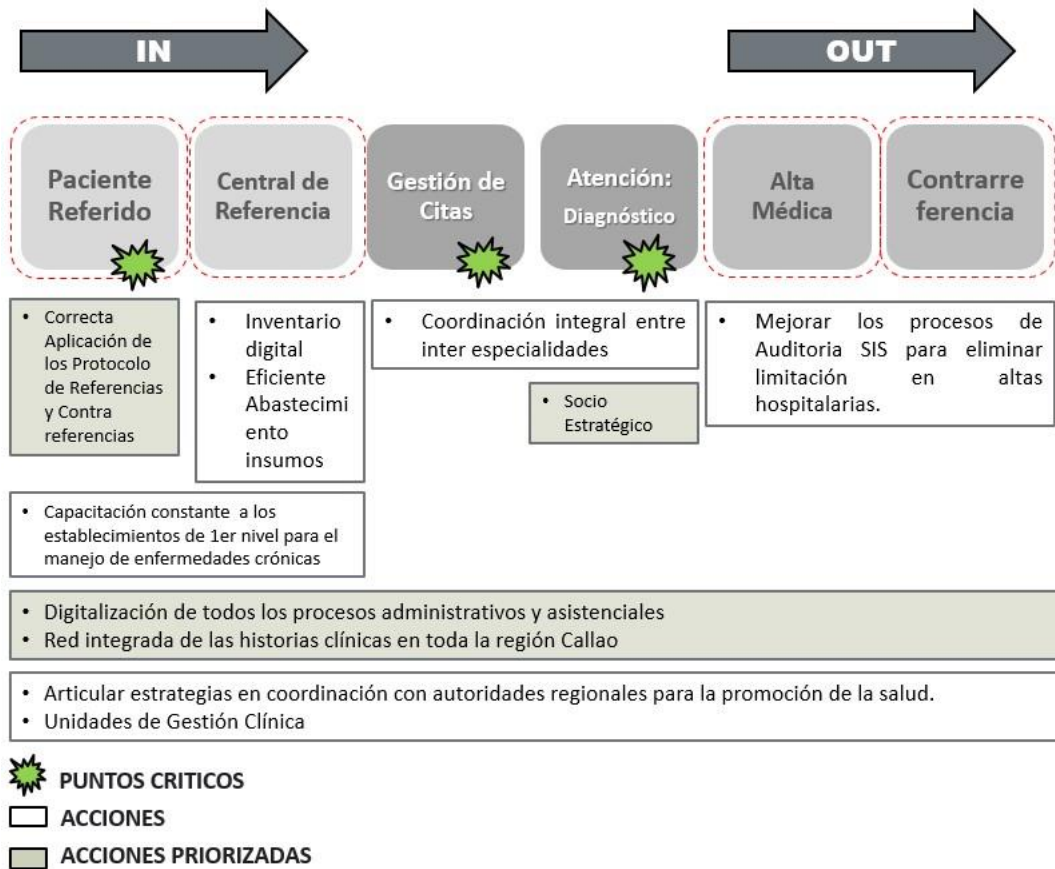


Figura 19 Accionables priorizados por el HNDAC

Fuente: Elaborado por los autores del trabajo de investigación. Basado en el curso de Planeamiento Estratégico Maestría en Gerencia de Servicios de Salud

5.4.4 HALLAZGOS RELEVANTES: MEJORA CONTINUA

En línea con la sección anterior, nuestros hallazgos identificaron que el estudio realizado en 2021 como diagnóstico de la Administración Logística en los Servicios de Salud, propone ejecutar accionables descritos como MEJORA CONTINUA. Estos accionable han sido ilustrados en un modelo TO-BE alineado a los objetivos estratégicos del HNDAC donde se prioriza claramente la transformación digital como eje fundamental para alcanzar la EXCELENCIA OPERATIVA. La **Figura N°20** muestra dicho modelo TO-BE que propone el informe hallado.



Figura 20 Modelo propuesto luego de aplicado la transformación digital

Fuente: Elaborado por los autores del trabajo de investigación. Basado en el curso de Planeamiento Estratégico Maestría en Gerencia de Servicios de Salud

Asimismo, la **Figura N° 21** muestra el hallazgo encontrado respecto a la reformulación del esquema de negocio que visiona el HNDAC, el cual está orientado hacia un modelo de negocio 2.0. Dicho hallazgo está expuesto en un formato de modelo llamado LIENZO LEAN CANVAS.



Figura 21 Nuevo modelo de negocio visionado por HNDAC

Fuente: Elaborado por los autores del trabajo de investigación. Curso de Planeamiento Estratégico Maestría en Gerencia de Servicios de Salud

5.5 METODO, ESQUEMA Y RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

En la búsqueda de una normalización efectiva del proceso de Referencias y Contrarreferencias del HNDAC, los autores del trabajo de investigación hemos visto conveniente complementar los hallazgos y formular dos hipótesis:

H₁: El 40% o más de las Referencias son injustificadas, y se debe a las siguientes características: (i) Falta de CAPACIDAD LOGISTICA HABILITADA en el momento de la referencia recibida (camas, salas quirúrgicas, personal asistencial, (ii) Usuarios NO CAPACITADOS CORRECTAMENTE en el uso del sistema REFCON, (iii) Falta de INSUMOS-EQUIPOS (Petitorio en stock no abastecido) y (iv) Pacientes AUTOREFERIDOS.

H₂: Si aplicamos un piloto de contención de Referencias Injustificadas en la Red Minsa Callao (no sistematizado durante el piloto), basado en decisiones informadas sobre variables y parámetros como disponibilidad de camas en línea, disponibilidad de insumos y equipos habilitados, disponibilidad de programación de salas quirúrgicas y de servicios habilitados-deshabilitados; entonces la referencia será efectiva y direccionada correctamente.

Expresaremos tanto el problema como los resultados obtenidos a través de **método A3**. Este método postula una herramienta que expone de forma resumida la aplicación de metodológica de investigación y resolución de problemas bajo el pensamiento lean.

El **método A3** postula 8 pasos:

- 1.- Clarificación del Problema: Expresan el escenario y contexto
- 2.- Situación Actual vs Ideal: Dónde estamos ahora y a dónde queremos llegar
- 3.- Análisis e identificación de problemas: Qué tanto sabemos del problema
- 4.- Fijación de metas: Victorias rápidas y la de largo plazo que se quiere lograr

- 5.- Análisis causa raíz: Búsqueda de la raíz y causas de fondo del problema
- 6.- Desarrollar y Planificar medidas: Desarrollo de contramedidas
- 7.- Verificación de Resultados: Seguimiento a las actividades y resultados
- 8.- Estandarizar: Formalizar medidas exitosas

En ese contexto, los autores del trabajo de investigación hemos definido usar los pasos 1 al 5 del **método A3** para expresar el recorrido de nuestra investigación y los resultados bajo el esquema planteado. Los pasos 6 al 8 no serán usados por corresponder a la etapa propiamente de ejecución y desarrollo de proyectos derivados de recomendaciones planteadas, etapa que no está dentro del alcance del presente trabajo de investigación.

PASO 1.- CLARIFICACION DEL PROBLEMA (bajo el método A3)

Background (premisas vitales)

- La estadística del actual proceso de Referencias y Contrarreferencias del HNDAC como establecimientos de Nivel III-1 en MINSA
- Poco o nulo foco en el correcto registro de las Referencias
- Las Referencias no se dan en un entorno de efectividad.
- Existe más de un 40% de Referencias que no debieron suceder (injustificadas).
- Insatisfacción del cliente (continuidad de la atención médica según nivel de resolución) y sobre demanda de Referencias.

Análisis del GAP:

Se identifica un GAP de 32 pps (puntos porcentuales) entre el objetivo meta al 2025 de 10% de Referencias injustificadas o erradas (planteado por los directivos del HNDAC) versus la situación mapeada en 2021 que es de 42%. Los autores del trabajo de investigación hemos planteado al HNDAC una meta o situación intermedia para diciembre del 2023 de 15% de Referencias injustificadas o erradas a partir de la comprobación de la primera hipótesis descriptiva preliminar. H₁: El 40% o más de las

Referencias son injustificadas, y se debe a las siguientes características: (i) Falta de CAPACIDAD LOGISTICA HABILITADA en el momento de la referencia recibida (camas, salas quirúrgicas, personal asistencial, (ii) Usuarios NO CAPACITADOS CORRECTAMENTE en el uso del sistema REFCON, (iii) Falta de INSUMOSEQUIPOS (Petitorio en stock no abastecido) y (iv) Pacientes AUTOREFERIDOS.

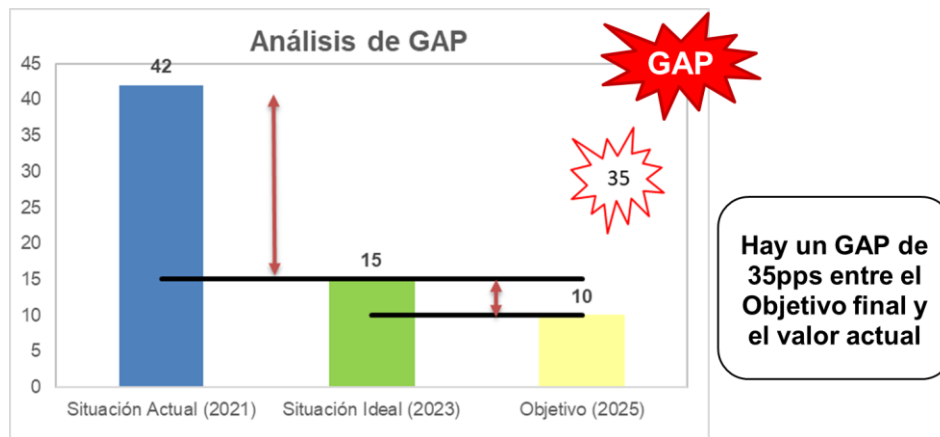


Figura 22 Análisis del GAP

Fuente: Elaborado por los autores del trabajo de investigación. Basado en el curso Administración Logística. Maestría en Gerencia de Servicios de Salud

Planteando el Problema

La metodología propone exponer primero las premisas base en términos de situación actual, meta ideal y final y la problemática en términos de GAP identificado en la fase anterior. En ese orden de ideas, los valores son:

- Meta Final (¿dónde quieres estar en el futuro?) 10% de Referencias NO efectivas
- Situación Ideal (meta a corto/mediano plazo): 15% de Referencias NO efectivas
- Situación Actual (fuente primaria): 45% de Referencias NO efectivas
- Planteamiento del Problema (GAP identificado): 35% por encima de los valores esperados/requeridos.

PASO 2.- SITUACIÓN ACTUAL VERSUS IDEAL (bajo el método A3)

Actividades de contención

Para este paso, la metodología propone listar actividades de contención del problema bajo el esquema de las 5 “W” y las 2 “H”).

What : Realizar un piloto de contención de 4 semanas en el proceso de Referencias y Contrarreferencias.

When : Inicio el 01.08.2022

Where : Unidades de Emergencias de 02 hospitales de la Red Minsa Callao (Hospital de Ventanilla y Hospital San José) generadoras de Referencias y Contrarreferencias.

Who : Personal asistencial y usuario del Sistema de Referencias y Contrarreferencias.

Why : Someter a prueba in situ la confirmación o descarte de las hipótesis descriptivas H_1 y H_2 para identificar por un lado las ineficacias en la continuidad de atención del paciente derivadas del proceso de Referencias y Contrarreferencias y por otro lado la eficacia de la información a la mano y en línea como herramienta de contención de una mala Referencia.

How : Mediante métricas y estadística.

How much: Reducir a un 10% (aceptable) las referencias erróneas e ineficaces.

Durante el piloto de 4 semanas, y en paralelo, además de someter a prueba la H_1 , se buscará también probar la segunda hipótesis. H_2 : Si aplicamos un piloto de contención de Referencias Injustificadas en la Red Minsa Callao (no sistematizado durante el piloto), basado en decisiones informadas sobre variables y parámetros como disponibilidad de camas en línea, disponibilidad de insumos y equipos habilitados, disponibilidad de programación de salas quirúrgicas y de servicios habilitados-deshabilitados; entonces la referencia será efectiva y direccionada correctamente.

Impacto de la contención

Luego de las 4 semanas del piloto, los resultados obtenidos son:

- Semana 01: 16% de Referencias injustificadas
- Semana 02: 14% de Referencias injustificadas
- Semana 03: 18% de Referencias injustificadas
- Semana 04: 13% de Referencias injustificadas

Comparando estos resultados con la Situación Ideal planteada, se observa que la meta es viable. Ello valida la H₂: Si aplicamos un piloto de contención de Referencias Injustificadas en la Red Minsa Callao (no sistematizado durante el piloto), basado en decisiones informadas sobre variables y parámetros como disponibilidad de camas en línea, disponibilidad de insumos y equipos habilitados, disponibilidad de programación de salas quirúrgicas y de servicios habilitados-deshabilitados; entonces la referencia será efectiva y direccionada correctamente. La **Figura N°23** muestra gráficamente los resultados del piloto.

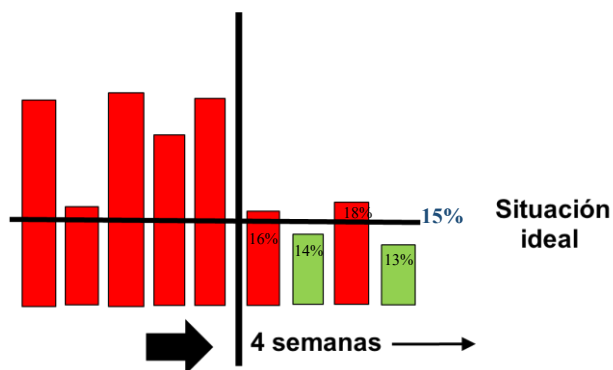


Figura 23 Gráfico representativo de la situación ideal

Fuente: Elaborado por los autores del trabajo de investigación. Basado en el curso Administración Logística. Maestría en Gerencia de Servicios de Salud

PASO 3.- ANALISIS E IDENTIFICACION DE LOS PROBLEMAS (bajo el método A3)

Se llevó a cabo un piloto durante 4 semanas (mes de agosto 2022) en los 02 Hospitales (Hospital Ventanilla y Hospital San José) que refieren al HNDAC.

Para registrar la casuística, se utilizó un formato denominado HOJA DE VERIFICACIÓN del cual se puede obtener la lectura a los resultados obtenidos. El Cuadro N°01, muestra el consolidado del resultado de las 4 semanas, agrupando en columnas la sumatoria por día de semana igual de cada semana (lunes, es la sumatoria de los 4 lunes del piloto) haciendo una división entre Referencias incorrectas (NO) y correctas (SI). Ej. La columna **Lun** (lunes) registra en el total de 16 Referencias en los 4 lunes del piloto, donde se registró 4 referencias incorrectas y 12 correctas, representando las incorrectas un 25% las incorrectas los días lunes.

Los resultados obtenidos en el piloto indican un promedio de 42% de Referencias injustificadas, con lo cual se valida la primera parte de la H₁: “El 40% o más de las Referencias son injustificadas [...]”.

Dia.Sem	Lun		Mar		Mie		Jue		Vie		Sab		Dom		Total	
	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI
Personal mal Capacitado	0	SI	0	SI	1	SI	1	SI	2	SI	1	SI	3	SI	8	SI
Falta Insumos/Equipos	1		0		2		1		1		2		2		9	
Falta Cap. Logística	1		3		3		7		8		21		22		65	
Paciente llega directo/Falsa Emergencia	2		3		3		2		5		11		12		38	
TOTAL	4	12	6	16	9	14	11	14	16	24	35	44	39	40	120	164
	25%		27%		39%		44%		40%		44%		49%		42%	
	16		22		23		25		40		79		79		284	

Cuadro 1 Resultados del piloto HOJA DE VERIFICACION

Fuente: Elaborado por los autores del trabajo de investigación. Basado en el curso Administración Logística. Maestría en Gerencia de Servicios de Salud

Leyenda:

- PERSONAL MAL CAPACITADO: Uso exagerado del registro por el módulo

GESTOR DE CAMAS en lugar de REFERENCIAS / Usan otros sistemas como CISE / Personal referencia directo como destino al hospital de más alta resolución HNDAC.

- FALTA INSUMOS/EQUIPOS: No hay disponibilidad en stock de insumos al momento de la atención de urgencia/emergencia, o el medicamento no es parte del petitorio y se necesita la derivación.
- FALTA CAP. LOGISTICA: Falta de capacidad logística. No hay cama disponible, el servicio no funciona, no hay médico de la especialidad, equipos malogrados, no hay turnos disponibles.
- PACIENTE AUTOREFERIDO/FALSA EMERGENCIA: El paciente acude directo al establecimiento y no es contrarreferido.

Con la data obtenida, se confeccionó dos HISTOGRAMAS para mejor interpretación. La **Figura N°24** corresponde a un Histograma agrupado por días de la semana en que hay más Referencias. Se puede observar que los días sábados y domingos son los días en que casi se duplica el número de Referencias solicitadas y registradas en el sistema REFCON. Este es un dato no menor y es un hallazgo nuevo no referenciado por la institución hasta ahora.

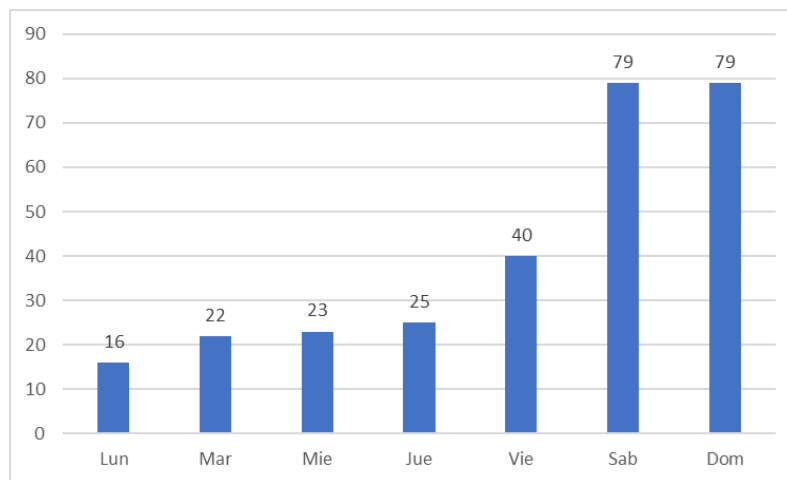


Figura 24 Histograma de la Hoja de Verificación por día de la semana

Fuente: Elaborado por los autores del trabajo de investigación. Basado en el curso Administración Logística. Maestría en Gerencia de Servicios de Salud

La **Figura N°25** corresponde a un Histograma agrupado por causa de registro de Referencia injustificada, asociadas a la interacción con el sistema REFCON y a situaciones de déficit logístico en la Red Minsa Callao.

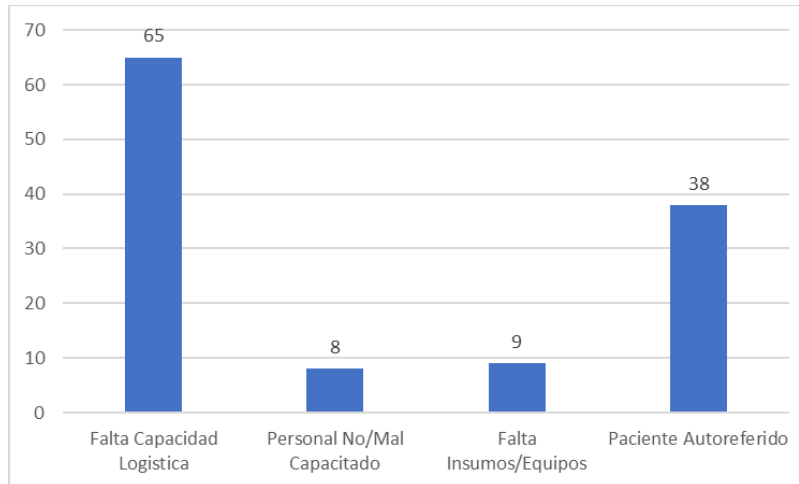


Figura 25 Histograma de la Hoja de Verificación por causa de Referencia injustificada.

Fuente: Elaborado por los autores del trabajo de investigación. Basado en el curso Administración Logística. Maestría en Gerencia de Servicios de Salud

Aunque es visualmente evidente que hay motivos que generan más Referencias injustificadas que otros, se ha llevado los resultados a un DIAGRAMA DE PARETO que identifique con más claridad el foco de casuística generador del problema, evidenciando incluso casuística que no había sido identificada, los subregistros del HNDAC mostrados en el capítulo 4.6. La **Figura N°26** muestra dos causas que concentran el 86% del total de casuísticas, y son FALTA CAPACIDAD LOGISTICA (54%) y PACIENTE AUTOREFERIDO (32%).

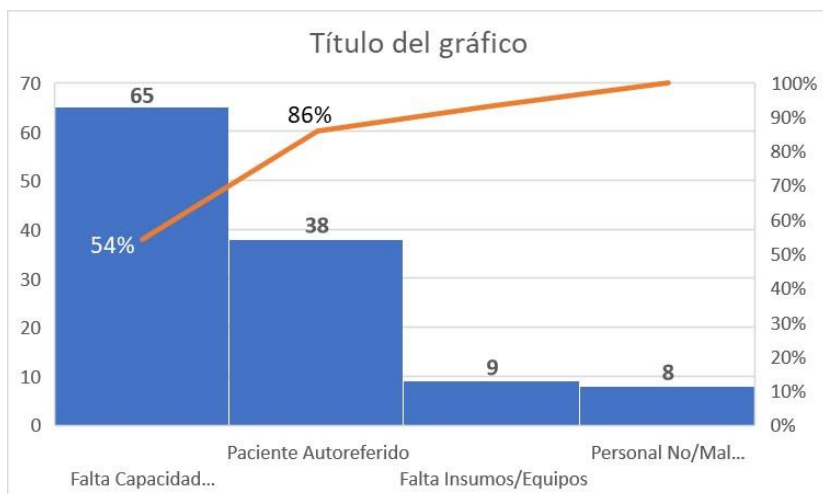


Figura 26 Diagrama de Pareto del análisis obtenido de la Hoja de Verificación

Fuente: Elaborado por los autores del trabajo de investigación. Basado en el curso Administración Logística. Maestría en Gerencia de Servicios de Salud

PASO 4.- FIJACION DE METAS (bajo el método A3)

La fijación de metas en esta sección se construyó usando la metodología SMART: Specific (Específico), Measurable (Medible), Attainable (Alcanzable), Relevant (Importante) y Timely (Tiempo definido) y contribuirá a los objetivos del trabajo de investigación. Bajo ese contexto se estableció como meta: Disminuir la brecha actual de Referencias NO efectivas (Injustificadas) en 35pps hacia el 31.12.2025, iniciando en una línea Base de 42% y llegar a la meta de 10%, comprometiendo en el proceso a los responsables de cada Centro de Salud y Hospital de la Red Integrada de Salud Minsa Callao para analizar las recomendaciones que plantee los autores del trabajo de investigación para lograrlo. **La Figura N°27** muestra gráficamente la brecha a recorrer, pero muestra también el planteamiento de un resultado intermedio a mediano plazo de 15% de Referencias injustificadas al 31.12.2023 como “situación ideal”, es decir reducir en esta primera etapa 27pps (puntos porcentuales).

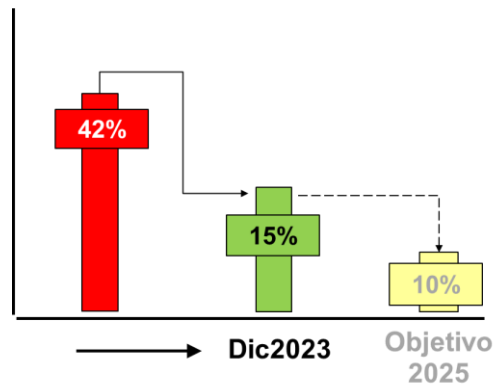


Figura 27 Medición de la evolución del Objetivo (valores promedio/año)

Fuente: Elaborado por los autores del trabajo de investigación. Basado en el curso Administración Logística. Maestría en Gerencia de Servicios de Salud

El planteamiento meta tiene un impacto importante en la reducción de la Brecha. Este planteamiento recoge la validación de la H₂: Si aplicamos un piloto de contención de Referencias Injustificadas en la Red Minsa Callao (no sistematizado durante el piloto), basado en decisiones informadas sobre variables y parámetros como disponibilidad de camas en línea, disponibilidad de insumos y equipos habilitados, disponibilidad de programación de salas quirúrgicas y de servicios habilitados/deshabilitados; entonces la referencia será efectiva y direccionada correctamente.

En ese orden las recomendaciones que los autores del trabajo de investigación planteen más adelante estará orientado a perseguir las causas generadoras del problema con el objetivo de reducirla y/o eliminarlas. La **Figura N°28** representa gráficamente este planteamiento ilustrando visualmente y a nivel ejecutivo la fijación completa de esta meta y objetivo planteado.

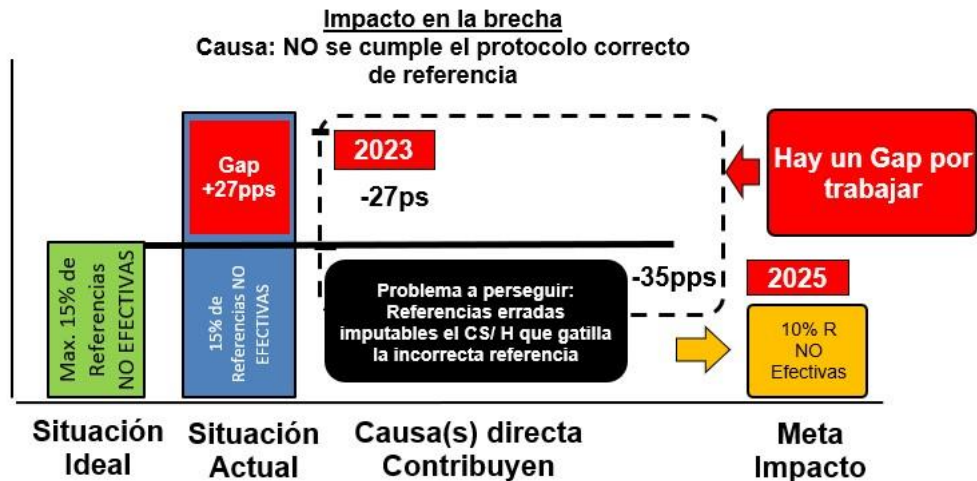


Figura 28 Representación gráfica de la fijación global de metas planteadas

Fuente: Elaborado por los autores del trabajo de investigación. Basado en el curso Administración Logística. Maestría en Gerencia de Servicios de Salud

PASO 5.- ANÁLISIS DE LA CAUSA RAÍZ (bajo el método A3)

El **método A3** propone más de una herramienta para la identificación de la causa raíz. Los autores del trabajo de investigación hemos decidido usar el formato “PROBLEMA A SEGUIR”, el cual propone definir “el problema” y a partir de un flujo de preguntas de los “¿Por qué?” de manera secuencial permita ir destapando por capas diversas causas hasta llegar a una relevante y raíz. Este formato usa como insumo las fuentes primarias cualitativas (focus group) obtenidas. La **Figura N°29** permite identificar visualmente el flujo donde encontramos 2 CAUSAS RAIZ:

- 1.- CAUSA RAIZ originada por FACTORES POLITICOS, donde NO podemos influir.
- 2.- CAUSA RAIZ originada por FACTORES ADMINISTRATIVOS, donde SI podemos influir, siendo éste el foco de nuestras recomendaciones que se serán desarrolladas en dicho capítulo del trabajo de investigación.

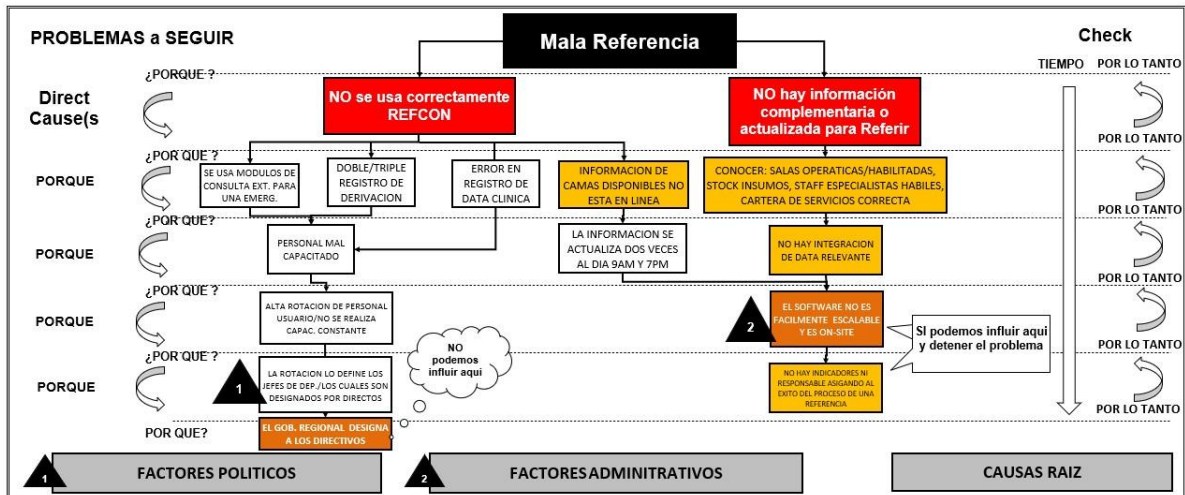


Figura 29 Flujo del Problema a seguir

Fuente: Elaborado por los autores del trabajo de investigación. Basado en el curso Administración Logística. Maestría en Gerencia de Servicios de Salud

5.5.1 OPINION DE EXPERTOS (Focus Group con el personal del HNDAC)

Realizada el 06.12.2022. Resumen de sus opiniones.

Dr. José Luis Villegas Ignacio (médico del HNDAC actualmente Jefe de la oficina de seguros)

Desde agosto 2022 es parte de la directiva de implementación de telemedicina y tele orientación (ayudo a impulsar D.S.285-Minsa/2020). Usa REFCON y también usa SISGALEN desde que no había interface con REFCON. En su experiencia de uso, indica que llega hasta el punto de la digitación para ingreso de referencia, comenta que el primer nivel de datos no funciona. Refiere que hay bloqueos de referencia por personal que no es médico y aún así se evalúa la pertinencia de la Referencia.

Ha participado en iniciativas como el “Plan de cero colas” buscando que el Paciente no llegue al hospital si no lo necesita, considera que se ha incrementar en 30% las referencias aceptadas incorrectamente. Posee información de construcción propia de más de 6000 solicitudes hechas hacia el HNDAC en los últimos 3 años y estima que el 35% debió ser rechazado (no amerita referencia). Ej. Preeclampsia/nivel I-4 debería

tener perfil hepático (referencia sin sustento). Cuando referencia es aceptada, pasa a admisión SIS sin avisarse al paciente.

Oportunidad de Mejora. La programación ya debería tener avances de dos meses previos a la cita para tenerlas ordenadas y agendada (médicos, salas libres, insumos, recurso humano, etc.).

Por norma, solo deben atender 16 pacientes por día (por pandemia solo eran 12).

“Se necesita UN GRAN ORQUESTADOR” donde se vea si hay camas, salas, médicos disponibles, stock de insumos, etc.

Problemática: A Paciente Particular no se le puede hacer referencia en REFCON por el pago, porque no está contemplado en el carrito de compras y pago.

En servicios de NEUROLOGIA y NEUROCIRUGIA hay mayor demanda de referencias. Deserción de pacientes (de 10, 4 no vienen) porque otro termina financiando la atención por las largas esperas.

Licenciada Liliana Edith Lujan Flores (personal de salud encargada actualmente de la oficina de Referencias y Contrarreferencias del HNDAC)

Desde hace 02 años (2020) es coordinadora en el HNDAC con DIRESA. Los problemas más frecuentes en el uso de REFCON – que lo tienen desde mediados de 2020 - están orientados a inconsistencia de datos del paciente (a veces figura fallecido) o con la cartera de servicios cargada de los centros y hospitales. El “gestor de camas” dentro de REFCON no tiene información en línea, pues se actualiza solo dos veces al día, lo cual genera una falsa expectativa de la Referencia, pues el paciente llega es derivado y cuando llega al centro de Referencia no está habilitada la cama que indicaba REFCON. Comenta que EsSalud también tiene una dotación asignada de camas y eso hace que compita con MINSA. Menciona que, por estos motivos, además de REFCON – o incluso por fuera de REFCON – tiene que hacer gestiones de coordinación vía llamadas telefónicas o correos. Indica que como práctica se está institucionalizando el llenado de la Referencia en el formato físico, y el registro en REFCON se está

convirtiendo en un trámite meramente de regularización post evento y post Referencia (los doctores indican que no les alcanza el tiempo para usar REFCON). Los tipos de Referencia que manejan son (i) emergencia, (ii) consulta externa y (iii) apoyo al diagnóstico. Desde la perspectiva de la función de receptor de Referencia (recibir) indica que es práctica usual, llenar en el campo observaciones el motivo de porqué se rechaza la Referencia, pero al ser un campo no estructurado nadie gestiona dicha información.

El registro de la Contrarreferencia no es una práctica usual, quedando el registro activo, bloqueando una nueva Referencia del paciente. La programación de los médicos lo realiza admisión (en el SIGESA) pero no está usualmente actualizada y no “conversa” con REFCON.

En su experiencia, considera que las 03 Referencias injustificadas que más percibe en su día a día se dan en (i) Servicios de Emergencia, (ii) Hospitalizaciones, en ambos casos pudiendo haber ido/o ser llevado el paciente al Hospital San José, y (iii) Las consultas por especialidad, cuando “el paciente requiere evaluaciones por especialidad sin haber tenido un tamizaje adecuado. Comenta que en la reciente versión de REFCON, ya se puede dar cita (luego de tres días de haberse creado el registro en REFCON. Comenta que hay una integración con SISGALEN (versión 2020) con el Hospital San José (e-galem).

Además, comenta que hay sistema auxiliar al SISGALEN llamado SIGESA (un ERP) que recoge información epidemiológica y que permite la carga de imágenes y resultados de exámenes clínicos. Otro punto de dolor, en su opinión, es la Contrarreferencia, ejemplo: Paciente viene por examen de apoyo al diagnóstico, y luego de ello no se hace la Contrarreferencia con los resultados por saturación de pacientes.

5.5.2 OPINIÓN Y SUGERENCIA DE ESPECIALISTAS (Entrevistas)

Marco Ludeña: Arquitecto de Aplicaciones y Soluciones Cloud (10 años de experiencia en proyectos de tecnología. Líder Funcional y de Desarrollo en la empresa Culqui)

“La mejor solución que permitirá integrar todas las bases de datos, como stock de insumos (petitorios), equipos operativos e inoperativos, staff de profesionales de la salud habilitados según agenda, CIE10, registro del sistema que use actualmente el hospital (REFCON), registro transaccional del Core business (referencias y contrarreferencias), camas disponibles en línea; y que permita tener una vista integral, dinámica y en tiempo real, sería por optar por un modelo **PaaS**, pues éste modelo de software podría integrarse fácilmente al actual modelo o sistema que usen y las tablas de información que se necesiten crear, pues el front del registro y la data seguirá siendo de dominio del Hospital, pero las vistas de consulta y Dashboard (cuadro de mando) pueden ser vistas en tiempo real desde un navegador web, tanto en dispositivos PC, Laptop o móviles. Es importante entender que PaaS es un servicio que además permite montar herramientas de flujo de trabajo y conexiones fáciles mediante API poniendo al cliente final en el centro con la finalidad de mejorar sustancialmente la experiencia.”

Ricardo Jurado: MBA | PMP | SMC Agile (18 años de experiencia en proyectos de tecnología. Scrum Master en Rímac Seguros.

“La implementación actualmente de este tipo de proyectos, ya no es un problema. Las empresas Agiles soportan sus operaciones más críticas en sistemas Cloud. **PaaS** sería la mejor opción para la problemática expuesta pues permite a la institución y usuarios explotar la conectividad desde un dispositivo móvil, y las vistas de consulta en línea. Imaginemos una solicitud de referencia que en línea indique si hay o no disponibilidad de los elementos necesarios en la ecuación, alimentada claro de una data fiable y en tiempo real, pudiendo entonces el usuario obtener información adicional de las opciones a donde DEBE ser referido, y mucho más importante, a donde PUEDE ser referido. Derivar a un paciente con la garantía que los elementos necesarios para la atención están disponibles, e incluso, que el usuario mismo pueda ver en línea todo el

flujo al que será sometido, es sin duda una experiencia no solo eficaz, y dado los costos accesibles de esta opción, es también eficiente.”.

5.5.3 RESULTADO DE LAS ENCUESTAS

Los resultados de las encuestas muestran hallazgos importantes respecto a la confiabilidad de los datos (camas, especialistas, salas y equipos disponibles) que REFCON proporciona a los usuarios durante el proceso de registro en el sistema de Referencias y Contrarreferencias.

El total de encuestas realizadas se basa en el tamaño de muestra definida, que es de 89 servidores/usuarios del sistema REFCON.

La encuesta sobre la HOJA DE REFERENCIA tuvo los siguientes resultados:

De los 89 encuestados, el 76% (68) indicaron que, SI se tiene instalado REFCON en su establecimiento de salud, mientras que el 24% (21) indicaron que NO tienen instalado REFCON en su establecimiento de salud. Ver **Figura N° 30** donde se muestra los resultados de la pregunta N°01.



Figura 30 Resultados de la pregunta N°01

Fuente: Elaborado por los autores del trabajo de investigación

De los 89 encuestados, el 96% (85) indicaron que al momento del registro en REFCON, el usuario SI posee todos los datos necesarios para el correcto registro, mientras que el 4% (4) indicaron que NO posee todos los datos necesarios para el correcto registro. Ver **Figura N° 31** donde se muestra los resultados de la pregunta N°02.



Figura 31 Resultados de la pregunta N°02

Fuente: Elaborado por los autores del trabajo de investigación

El cuestionario de encuesta tiene un set de preguntas derivadas de la respuesta NO a la pregunta N°02, que corresponde a las 4 respuestas de este tipo. El hallazgo demuestra que el 50% indica que el dato ausente al momento del registro en REFCON corresponde al Plan de Atención SIS que corresponde (contributivo, semi contributivo o subsidiado), y el otro 50% corresponde a la ausencia del código de afiliación SIS del paciente. Ver **Figura 32**.

DISGREGADO DE LAS RESPUESTAS "NO" DE PREGUNTA N° 02		
DATOS GENERALES		
	2	50%
Plan Atención SIS	2	
Establecimiento Destino Referencia	0	
DATOS IDENTIFICACION USUARIO		
	2	50%
Código afiliación SIS	2	
N° Historica Clinica	0	
Datos Personales Paciente	0	
Dirección completa	0	
DATOS DE HISTORIA CLINICA		
	0	0%

Fecha de ingreso	0	
Diagnóstico Ingreso	0	
Diagnóstico Egreso	0	
Tratamiento/Procedimiento realizado	0	
DATOS DE CONTRARREFERENCIA		
Origen Referencia	0	0%
Calificación preliminar Referencia	0	
UPS que ordena Contrarreferencia	0	
Especialidad que ordena Contrarreferencia	0	
Responsable que ordena Contrarreferencia	0	
Condición que ordena Contrarreferencia	0	
TOTAL		
	4	100%

Figura 32 Disgregado de la Pregunta 02

Fuente: Elaborado por los autores del trabajo de investigación

De los 85 encuestados que respondieron con un SI en la pregunta N°02, es decir que SI cuentan con los datos necesarios para el registro de Referencia en REFCON, el 88% (75) respondió que NO confía en los datos que REFCON proporciona para la derivación del paciente vía Referencia (camas disponibles, cartera de servicios, disponibilidad de especialistas), mientras que el 12% (10) indicaron que SI confía en los datos que REFCON proporciona para la derivación del paciente vía Referencia (camas disponibles, cartera de servicios, disponibilidad de especialistas). Ver **Figura N° 33** donde se muestra los resultados de la pregunta N°03.

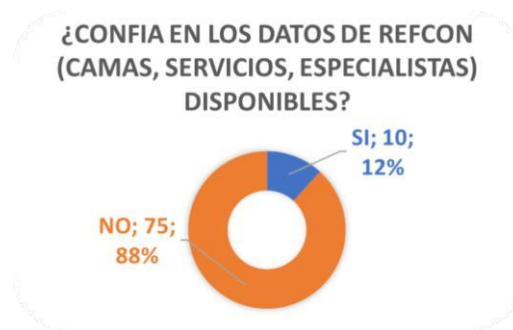


Figura 33 Resultados de la pregunta 03

Fuente: Elaborado por los autores del trabajo de investigación

Este último hallazgo es sumamente relevante para validar la hipótesis H₂ planteada en el desarrollo del trabajo de investigación pues determinada claramente que estos datos relevantes para la correcta Referencia, no son datos confiables y efectivos generan una referencia injustificada o errada. H₂: Si aplicamos un piloto de contención de Referencias Injustificadas en la Red Minsa Callao (no sistematizado durante el piloto), basado en decisiones informadas sobre variables y parámetros como disponibilidad de camas en línea, disponibilidad de insumos y equipos habilitados, disponibilidad de programación de salas quirúrgicas y de servicios habilitados/deshabilitados; entonces la referencia será efectiva y direccionada correctamente.

5.5.4 MATRIZ DE RIESGO-IMPACTO PARA LA RED ASISTENCIAL MINSAL CALLAO

Finalmente, los autores del trabajo de investigación hemos elaborado una matriz de riesgo-impacto que demuestra la criticidad de la problemática identificada. La matriz está diseñada para medir el riesgo inherente y el control interno para dicho riesgo, en una doble entrada de: servicios de emergencia, ambulatorio, hospitalario y apoyo al diagnóstico, y de: camas disponibles, cartera de servicios, especialistas presentes en día y fecha requerida y equipos habilitados (no malogrados). Dicha matriz se alimenta de una tabla de puntuaciones con escala del 0 al 10. **Ver Figura 34.**

RIESGO HOSPITAL	RIESGO DE DATOS NO FIABLE EN EL SISTEMA DE REFERENCIAS								
	CAMAS		CARTERA DE SERVICIO		ESPECIALISTAS PRESENTES		EQUIPOS HABILITADOS		
	R.I.	C.I.	R.I.	C.I.	R.I.	C.I.	R.I.	C.I.	
MATRIZ DOBLE									
ENTRADA									

SERVICIO EMERGENCIA	5	5	4	4	4	4	5	4
SERVICIO AMBULATORIO	2	3	4	3	3	4	3	3
SERVICIO HOSPITALARIO	3	4	5	3	5	4	4	4
APOYO AL DIAGNOSTICO	2	3	4	3	4	4	4	4
TABLA DE PUNTUACIONES		CRITERIOS PARA LA PUNTUACION ASIGNADA						
0	No Aplica	R.I. Riesgo Inherente (a Mayor riesgo » Mayor puntuación)						
1	R. Bajo	C.I. Control Interno (a Menor control existente » Mayor puntuación)						
2	R. Medio							
3	R. Medio Alto							
4	R. Alto							
5	R. Critico							

Figura 34 Matriz riesgo-impacto

Fuente: Elaborado por los autores del trabajo de investigación

El valor del riesgo se obtiene multiplicando el valor del Riesgo Inherente por el Control Interno y la escala de riesgo se definió en consenso entre los autores del trabajo de investigación. Se evidencia que la situación pasa por un riesgo-impacto de la siguiente manera:

- Servicio de **Emergencia: Riesgo Alto a Riesgo Crítico**
- Servicio **Ambulatorio: Riesgo Medio Alto** en cartera de servicios y especialistas presentes para el día/hora de la referencia.
- Servicio **Hospitalario: Riesgo Medio Alto a Riesgo Alto.**
- Servicio de **Apoyo al Diagnóstico: Riesgo Medio Alto a Riesgo Alto** en cartera de clientes, especialistas presentes para el día/hora de la referencia y equipos habilitados.

La **Figura 35** muestra el detalle de la valoración. En términos generales, la situación es crítica.

RIESGO HOSPITAL MATRIZ DOBLE ENTRADA	RIESGO DE DATOS NO FIABLE EN EL SISTEMA DE REFERENCIAS			
	CAMAS	CARTERA DE SERVICIO	ESPECIALISTAS PRESENTES	EQUIPOS HABILITADOS
SERVICIO EMERGENCIA	25	16	16	20
SERVICIO AMBULATORIO	6	12	12	9
SERVICIO HOSPITALARIO	12	15	20	16

APOYO AL DIAGNOSTICO	6	12	16	16
	TABLA DE PUNTUACIONES La escala del Riesgo se construyo en concenso entre los autores de la tesis.			
	1 - 3	R. Bajo		
	4 - 6	R. Medio bajo		
	7 - 11	R. Medio		
	12 - 14	R. Medio alto		
	15 - 24	R. Alto		
	25 +	R. Critico		

Figura 35 Valoración de la criticidad del riesgo

Fuente: Elaborado por los autores del trabajo de investigación. Curso Administración Logística. Maestría en Gerencia de Servicios de Salud

6. PROPUESTAS, RECOMENDACIONES Y CONCLUSIONES

6.1 PROPUESTA

Como se ha evidenciado, el HNDAC presenta serios problemas para gestionar la demanda de Referencias tanto en Servicios Hospitalarios, Ambulatorios, Emergencias, Exámenes de apoyo al diagnóstico, Especialidad, etc. Esto principalmente debido a la ausencia o falta de actualización constante de data relevante para una Referencia eficaz como: Camas Disponibles en tiempo real, Disponibilidad de Especialistas (horarios y habilitación presencial) en tiempo real y Disponibilidad logística (salas quirúrgicas, equipos habilitados, insumo de laboratorios actualizado).

En ese orden de ideas, la propuesta que presentamos los autores del trabajo de investigación busca utilizar recursos tecnológicos existentes y probados que cada vez son más accesibles, universales y costo-efectivos.

Esta propuesta está enmarcada y es aplicable dentro de los parámetros de la reciente DIRECTIVA DE REFERENCIAS Y CONTRARREFERENCIAS del HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRION de Abril 2022 y es la siguiente:

- Implementar nuestra propuesta cuyo nombre es TUNEXO T-REFIERE, que consiste en una herramienta tecnológica digital de recolección y administración de datos recopilados en el proceso de ocupación y liberación de camas disponibles in-situ, es decir, los administradores de estos recursos pueden actualizar en tiempo real y alojando los datos en una Plataforma Cloud (PaaS), la programación (fecha y hora) del ingreso del paciente en el uso del recurso (la cama hospitalaria), así como la programación (fecha y hora) de la liberación del recurso en tiempo real. Ello permitirá mediante integraciones tecnológicas simples alimentar el sistema de Referencias y Contrarreferencias REFCON, permitiendo tener en tiempo real también la cartera de servicios, permitiendo optimizar los procesos y flujos de atención el Sistema de referencias y Contrarreferencias de la Red de Salud Minsa del Callao desde una perspectiva costos-efectiva-tecnológica. Este flujo expuesto ese extrapola para todo aquel servicio y recurso que necesite la misma prioridad de información en línea y actualizada como Disponibilidad de Especialistas (horarios y habilitación presencial) en tiempo real y Disponibilidad logística (salas quirúrgicas, equipos habilitados, insumo de laboratorios actualizado). Cada dueño del dato sería el responsable de ingresarlo en línea en el terminal asignado (equipo móvil, por ejemplo). Al ser un software alojado en la nube, la performance de interacción es ligera y simple. Los autores del trabajo de investigación tuvimos la oportunidad de valorar e interactuar con un sistema semejante en nuestra visita al Hospital Universitario Mayor – Méderi, en Bogotá – Colombia.

6.1.1 DESARROLLO DE LA PROPUESTA

Para entender la elección de una Plataforma Cloud (**PaaS**), sobre la opción de una Plataforma **SaaS**, o incluso sobre de invertir en desarrollo propio, es decir sobre la misma plataforma que actualmente tienen, es importante entrar en detalles de carácter tecnológico. En términos generales, **SaaS** y **PaaS**

pertenecen a un conjunto de capas tecnológicas prestacionales de servicios en la nube donde se encuentran principalmente estos servicios.

- **SaaS.** – Su significado, por sus siglas en inglés es, Software como servicio. Este servicio, que se paga por suscripción de uso, corresponde a un modelo de prestación de alojamiento de data en la nube, en el cual, el proveedor del servicio externo genera dicho alojamiento de parte del software, pudiendo el cliente final acceder a dicho espacio a través de su navegador web, que funciona como su puerto de acceso a la, o a las, aplicaciones, pero también a la infraestructura (servidores) de terceros. Dentro de los contras o variable negativas, el principal es que el software es un empaquetado genérico para todos los usuarios, sin capacidad de desarrollo particular para un cliente en específico. La **Figura 36**, muestra las Características Principales de un **SaaS**.

Costos iniciales más bajos	Elimina la necesidad de hardware y middleware adicionales. Reduce los costos de instalación e implementación. Valida y corrige errores antes de actualizar la información maestra.
Costos corrientes predecibles	Elimina los impredecibles costos de administración, parcheo y actualización de software y hardware. Convierte los gastos de capital en gastos operativos. Reduce el riesgo con expertos que administran software y supervisan la seguridad de la nube.
Despliegue rápido	Ponte en marcha en cuestión de horas en lugar de meses. Encienda y utilice las últimas innovaciones y actualizaciones. Parches de software automatizados.
Escalabilidad bajo demanda	Escala al instante para satisfacer las crecientes demandas de datos o transacciones. Reduce las interrupciones manteniendo los niveles de servicio.

Figura 36 Características Principales de un SaaS

Fuente: Oracle.com

- **PaaS.** – Su significado, por sus siglas en inglés, es Plataforma como servicio, el cual también corresponde a un modelo de prestaciones tecnológicas en la nube, cuyo pago es también por suscripción del servicio, el cual permite a desarrolladores crear nuevo software tomando como base la plataforma proporcionada brindando una gama amplia de formas de desarrollar, personalizar, integrar, y dar soporte a la aplicaciones o aplicaciones que se

vayan desarrollando. Es el punto medio entre un SaaS y un **IaaS** (infraestructura como servicio/hardware). En este modelo, los programadores no necesitan tener o adquirir infraestructura física para aprovisionar la data, sino que se abastecen de todo ello en la nube. Es altamente escalable.

¿Por qué elegir PaaS?

Muchas organizaciones se enfrentan a la presión constante de acelerar la innovación mientras reducen los costos de TI. Con PaaS, los desarrolladores y los profesionales de TI pueden desarrollar e implementar aplicaciones empresariales sin las trabas asociadas al aprovisionamiento, la implementación, la ejecución y la gestión de la infraestructura. El resultado suele ser un entorno apto para acceso instantáneo de autoservicio al desarrollo y la implementación de aplicaciones.

A su vez, esto significa que PaaS brinda a las empresas la velocidad y la flexibilidad para obtener numerosos beneficios, entre ellos:

- Mejores funcionalidades para la colaboración
- Productividad mejorada
- Más agilidad
- Nuevos caminos hacia las estadísticas empresariales

PaaS también ofrece precios según suscripciones, lo que en última instancia mantiene los costos predecibles y gestionables.

Figura 37 Características Principales de un PaaS (Fuente: Oracle)

Fuente: Oracle.com

Habiendo descrito las características y bondades de cada una de las opciones tecnológicas (**SaaS** o **PaaS**), nuestra propuesta es definitivamente el uso de la tecnología de Plataforma Cloud **PaaS** basado en una categoría de servicios que optimicen la integración de los procesos y flujos de atención el Sistema de Referencias y Contrarreferencias de la Red de Salud Minsa del Callao desde una perspectiva costos-efectiva-tecnología. La **Figura 38**, muestra con mejor detalle, las principales diferencias y bondades de migrar del actual sistema **On-site (REFCON)**, hacia el modelo **PaaS**.

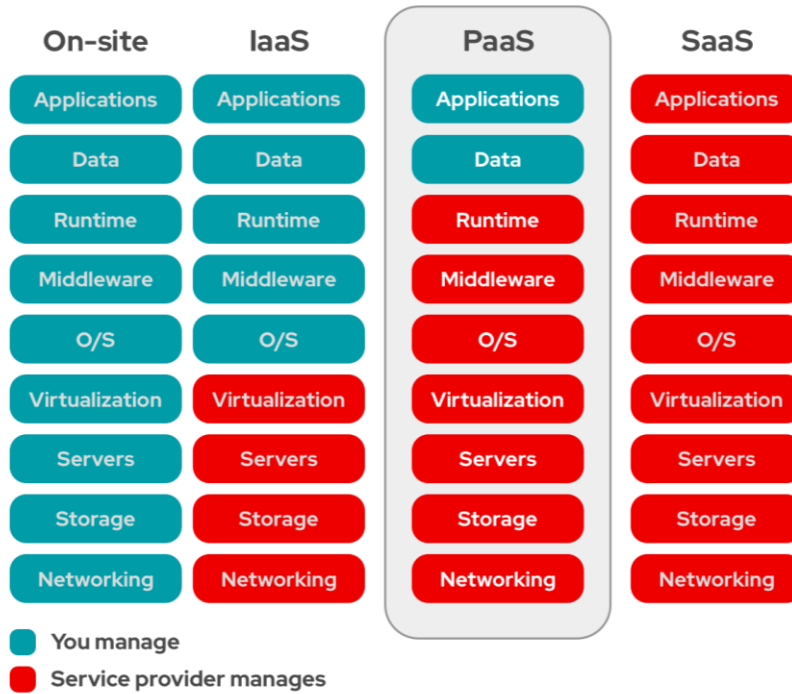


Figura 38 Principales diferencias entre el actual modelo On-Site y PaaS

Fuente: Oracle.com

La potencia de su interconexión radica en la apertura y tolerancia de conexión con tecnologías existentes ya sean de software o hardware. La **Figura N° 39** muestra el nivel de interconexión con tecnologías como internet, notificaciones automáticas de seguimiento, compatibilidad con PC, Laptop, dispositivos móviles, servidores de almacenamiento de datos y redes de intranet o extranet.



Figura 39 Nivel de interconexión de PaaS con demás tecnologías existentes

Fuente: Oracle.com

- **Modelo de una precalificación sumando SaaS al proceso de precalificación de una referencia eficaz.**

EMERGENCIA (PRIORIDAD I y II)	<p><i>Según la Norma Técnica del Sistema de Referencias y Contrarreferencias de los establecimientos del Ministerio de Salud.</i></p> <p><i>Se considera criterio de referencia de emergencia, cuando el paciente presenta signos y síntomas que indiquen gravedad, riesgo de perder la vida o posibilidad de quedar con secuelas invalidantes, y no se pueda manejar adecuadamente por escasa capacidad resolutive del establecimiento de salud.</i></p>					
	<p><i>Precalificar: ¿Es pertinente la La Referencia?</i></p>					
CRITERIO CLINICO O LOGISTICO	TIPO C=CLI L=LOG	EVALUADOR	CRITERIO LOGISTICO			
			DATO: REFCOM		DATO: PaaS	
			SI	NO	SI	NO
Atender al usuario e identificar la necesidad de la referencia y el establecimiento de salud y servicio de destino	C	Médico de Guardia	X			
Llena la hoja de referencia de forma correcta y/o ingresa los datos en el Aplicativo	C	Médico de Guardia	X			
El establecimiento de salud que refiere debe coordinar detalles del cuidado durante el traslado del usuario con el Jefe de Emergencia/Urgencia o Jefe de Guardia del establecimiento de destino, a través de los medios de comunicación más rápidos, directos, disponibles y en tiempo real. <i>¿HAY TRANSPORTE HABILITADO SEGUN TIPO?</i>	L	Médico de Guardia / Coordinador de Referencias		X	X	
Se deberá establecer las coordinaciones con la unidad de Referencia Regional para la evaluar la disponibilidad fiable de la capacidad resolutive cuando el caso lo requiera. <i>¿HAY CAMA, ESPECIALISTA, EQUIPOS DISPONIBLE/HABILITADO?</i>	L	Médico de Guardia / Coordinador de Referencias		X	X	
Durante el traslado del usuario, el responsable de la referencia designará a un personal de salud competente según la gravedad del caso. También se solicitará a un miembro de la familia que acompañe al usuario en su traslado.	-	Médico de Guardia / Coordinador de Referencias		-	-	
CONSULTA EXTERNA/AYUDA DIAGNÓSTICA			<i>¿Es pertinente la La Referencia?</i>			
CRITERIO CLINICO O LOGISTICO	TIPO C=CLI L=LOG	EVALUADOR	CRITERIO LOGISTICO			
			DATO: REFCOM		DATO: PaaS	
			SI	NO	SI	NO
Atender al usuario e identificar la necesidad de la referencia y el establecimiento de salud y servicio de destino	C	Médico Tratante	X		X	
Llenar la hoja de referencia de forma correcta y/o ingresa los datos en el Aplicativo	C	Médico Tratante	X		X	

El médico evaluador de la Unidad de Referencias y Contrarreferencias visualiza en el Aplicativo y evalúa la pertinencia de la referencia con información real y en línea.	L	Médico Auditor		X	X	
<i>¿HAY CAMA, ESPECIALISTA, EQUIPOS DISPONIBLE/HABILITADO?</i>						
El médico evaluador de la Unidad de Referencias y Contrarreferencias acepta, rechaza u observa la referencia	L	Médico Auditor	X		X	

- **Costo promedio de la inversión:**

En opinión de expertos tecnológicos, entre USD5K y USD10K anuales (costo de suscripción del servicio) dependiendo del nivel de complejidad de las interconexiones hacia las bases de datos actuales y sistema de “data entry” que el software actual de ingreso de data, y según complejidad de volumen de almacenamiento. En el **ANEXO 5** se muestra una cotización obtenida que detalla número de usuarios posibles, alcance de interconexión y costo de la suscripción anual.

6.2 CONCLUSIONES

- Tal cual lo hemos descrito en el marco teórico, el sistema de Referencias y Contrarreferencias no es eficiente ni eficaz.
- Nuestra propuesta tecnológica generará eficiencia y eficacia en el sistema de Referencias y Contrarreferencias de la Red Minsa del Callao.
- El impacto para la red Asistencial Minsa del Callao es severo, por ello, la implementación de TUNEXO T-REFIERE generaría un impacto extremadamente beneficioso para la Red Asistencial y la población de la región Callao.
- Nuestra propuesta tecnológica TUNEXO T-REFIERE contribuirá de manera estratégica para corregir el actual sistema de Referencias y Contrarreferencias de la Red Minsa Callao logrando efectividad real, pudiendo ser escalado a todas las Redes Minsa del Perú, generando una real interconectividad a nivel nacional.

6.3 RECOMENDACIONES

- Se recomienda la implementación de la propuesta tecnológica TUNEXO TREFIERE (modelo de sistema PaaS) en la Red asistencial Minsa Callao para mejorar la eficiencia y eficacia del Sistema de Referencias.
- Se recomienda usar un Gantt de trabajo que monitoree el éxito de la implementación de la propuesta tecnológica TUNEXO T-REFIERE a partir del seguimiento de la mejora en los indicadores propuestos de disminución de Referencias injustificadas-erradas.
- Se recomienda crear un área encargada (Owner/Dueño) como gobierno de datos de la institución que garantice la calidad del dato, su debida recolección y registro oportuno.
- Se recomienda capacitar y generar una cultura organizacional a los 47 establecimientos que conforman la red Minsa Callao que concientice a todos los usuarios del sistema de referencias sobre todas las bondades y beneficios de un registro oportuno de datos habilitadores necesarios para la efectividad una referencia.
- Se recomienda evaluar financieramente nuestra propuesta tecnológica TUNEXO T-REFIERE versus el costo de otras opciones **PaaS** (SAP Cloud, Microsoft Azure, AWS Lambda, Google App Engine, Pivotal Cloud Foundry, Salesforce Lightning, IBM Cloud Foundry, Oracle Cloud Platform, Wasabi, etc.) o la de implementar mejoras sobre la misma herramienta REFCON.

BIBLIOGRAFIA

1. Fernández MA, Roo JP, Irigoyen AC, Blanco SL, Edward AB, Juárez VT. Los Sistemas de Referencia y Contrarreferencia de pacientes en América Latina: Mecanismos de Coordinación Asistencial y el rol de la Medicina Familiar y Comunitaria. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2016;11(Suppl 2):37-45.
2. Resolución Ministerial N° 751-2004/MINSA, que aprueba la NT N° 018MINSALDGSP V.01 Norma Técnica del Sistema de Referencia y Contrarreferencia de los Establecimientos del Ministerio de Salud.
3. SU SALUD - Boletín Estadístico Segundo Trimestre 2022.
4. Ministerio de Salud (2011). Norma Técnica “Categorías de establecimientos del sector salud”, NTS N° 021-MINSA/DGSP. V 03, aprobada con Resolución Ministerial N°546-2011/MINSA. Lima, Perú.
5. Organización Mundial de la Salud, Informe sobre la Salud en el Mundo. La financiación de los Sistemas de Salud, El camino hacia la cobertura universal. Organización Mundial de la Salud (OMS). Ginebra. 2010.
6. World Health Organization. Everybody’s Business: Strengthening Health Systems to improve health Outcomes. WHO Framework for Action. Geneva, 2007
7. Gómez A, Pineda F. Sistemas de salud: Definiciones, componentes y evaluación. Monitor Estratégico, Superintendencia Nacional de Salud de Colombia. No. 4 JulDic. 2013. p 85-92

8. Fortalecimiento de los sistemas de salud, Tendencias actuales y retos, 64. A Asamblea Mundial de la Salud, OMS. Documento A64/13. Ginebra: OMS, 2011.
9. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. La Renovación de la Atención Primaria de la Salud en las Américas. Documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). Washington, DC, 2007.
10. Sistema Integral de Referencia y Contrarreferencia. Secretaría de Salud. Alcaldía Mayor de Bogotá. Colombia, 2007. Consultado el Disponible en: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=27905>
11. Manual Operativo del Sistema de Referencia y Contrarreferencia. Secretaría Departamental de Salud del Valle del Cauca. Colombia, 2014.
12. Propuesta de Directiva de Sistema de Referencia y Contrarreferencia en la Atención Integral de la Tuberculosis y Enfermedades respiratorias (PAL). Ministerio de Salud de Perú, 2012.
13. Norma Técnica del Sistema de Referencia y Contrarreferencia de los establecimientos del Ministerio de Salud. Ministerio de Salud de Perú. 2005. Disponible en: http://bvs.minsa.gob.pe/local/dgsp/115_NTREFYCON.pdf
14. Silverman M. Optimización del proceso de Referencia y Contrarreferencia entre los niveles de la atención. Evaluación de la implementación de un sistema de comunicación electrónico. Maestría en Salud Pública, orientación en Sistemas Municipales. Universidad Nacional de la Plata. Argentina. 2007.
15. Fajardo G, Hernández F. (2012) Definiciones y conceptos fundamentales para el mejoramiento de la calidad de la atención a la salud. 1ra edición. México: Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCEs).

16. Fernández A., y Ollero M. (2010). Percepción de la continuidad asistencial. Conocer para actuar. *Rev Esp Salud Pública*; 84(4): 349- 351. Corrales D., Babarro A., y Rodríguez M. (2012). Continuidad de cuidados, innovación y redefinición de papeles profesionales en la atención a pacientes crónicos y terminales. Informe SESPAS 2012. *Gac Sanit*; 26(S):63–68.
17. Ferrandiz, R. (2009). *Gestión de procesos asistenciales*. Barcelona: Universidad Oberta de Catalunya.
18. García, I. (2007). La nueva gestión pública: evolución y tendencias. *Presupuesto y Gasto Público*. 47, 37-64.
19. Ministerio de Salud-Oficina de Estadística e Informática. (2013). *Indicadores de Gestión y Evaluación Hospitalaria, para Hospitales, Institutos y Diresas*. Lima: MINSA.
20. Ministerio de Salud. (2017). *Red de Salud Lima Ciudad. Microrredes*. (Internet). Lima, Perú.
21. Medina S., Lujan L (2022). Directiva De Referencias Y Contrarreferencias “Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión”. Callao, Perú. DIRESA- Callao.
22. Fernández MA, Roo JP, Irigoyen AC, Blanco SL, Edward AB, Juárez VT. Los Sistemas de Referencia y Contrarreferencia de pacientes en América Latina: Mecanismos de Coordinación Asistencial y el rol de la Medicina Familiar y Comunitaria. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2016;11(Suppl 2):37-45.
23. Tikkanen R, Osborn R, Mossialos E, Djordjevic A, Wharton GA. International health care systems profiles: <https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/brazil> (2020)
24. Oracle.com Beneficios SaaS (Internet). Tomado de <https://www.oracle.com/pe/applications/what-is-saas/#link4>

25. Oracle.com, Beneficios PaaS (Internet).

Tomado de <https://www.oracle.com/pe/cloud/what-is-paas/>

26. Arbaiza, L. (2014). La investigación científica. En Cómo elaborar una tesis de grado (pp.25-58) (328p.). Lima: Universidad ESAN. (C53521)

27. Arbaiza, L. (2014). Formulación de hipótesis. En Cómo elaborar una tesis de grado (pp.107-122) (328p.). Lima: Universidad ESAN. (C62191)

ANEXO 1 HOJA DE REFERENCIA



HOJA DE REFERENCIA

N°

1. DATOS GENERALES

DIA	MES	AÑO

HORA

Asegurado SI NO

N° HISTORIA CLÍNICA

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Tipo: Sin Subsidio
 Sin Semisubsidio
 AUS Subsidio

AUS Semisubsidio
 Otros

Establecimiento que refiere

Establecimiento de Destino

Establecimiento de Origen de la Referencia

2. IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Apellido Paterno				Apellido Materno				Nombres			
Sexo	F	M	EDAD	Años		Meses		Días			
Tipo documento del paciente	1. Documento Nacional de Identidad <input type="text"/>			3. Pasaporte <input type="text"/>							
	2. Carnet de Extranjería <input type="text"/>			4. Código de recién Nacido (Madre) <input type="text"/>							
DIRECCIÓN:				Distrito:				Departamento:			

3. DATOS DE LA REFERENCIA

UPS Origen de la Referencia

EMERGENCIA CONSULTA EXTERNA APOYO AL DIAGNOSTICO (Adjuntar Orden) HOSPITALIZACIÓN

Especialidad del Origen

Pediatría: Medicina: Cirugía: Gineco-Obst: Lab: Dx. Imag: Otros:

UPS Destino de la Referencia

EMERGENCIA CONSULTA EXTERNA APOYO AL DIAGNOSTICO (Adjuntar Orden) HOSPITALIZACIÓN

Número de la referencia(Marcar)

1. Recursos humanos
2. Infraestructura
3. Equipos
4. Alto Riesgo(Codigo CIE X):

Especialidad del Destino

Pediatría: Medicina: Cirugía: Gineco-Obst: Lab: Dx. Imag: Otros:

4. RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA

Anamnesis

Examen Físico: T° P.A. F.R. F.C.

Exámenes Auxiliares:

Diagnóstico:

1) <input type="text"/>	CIE 10	P	D
2) <input type="text"/>			
3) <input type="text"/>			

Tratamiento:

Condiciones del paciente al inicio del traslado

Estable Mal Estado

Responsable de la Referencia	Personal que acompaña	Personal que recibe
Nombre <input type="text"/> Colegiatura <input type="text"/> Profesión <input type="radio"/> Médico <input type="radio"/> Enfermera <input type="radio"/> Obstetiz <input type="radio"/> Otro <input type="text"/> Fecha <input type="text"/> Hora <input type="text"/> Firma y Sello <input type="text"/>	Nombre <input type="text"/> Colegiatura <input type="text"/> Profesión <input type="radio"/> Médico <input type="radio"/> Enfermera <input type="radio"/> Obstetiz <input type="radio"/> Otro <input type="text"/> Fecha <input type="text"/> Hora <input type="text"/> Firma y Sello <input type="text"/>	Nombre <input type="text"/> Colegiatura <input type="text"/> Profesión <input type="radio"/> Médico <input type="radio"/> Enfermera <input type="radio"/> Obstetiz <input type="radio"/> Otro <input type="text"/> Fecha <input type="text"/> Hora <input type="text"/> Firma y Sello <input type="text"/>

Condiciones del paciente a la llegada del establecimiento destino de la Referencia

F: 4.149

OFICINA DE SEGUROS

ANEXO 2 HOJA DE CONTRARREFERENCIA



HOJA DE CONTRAREFERENCIA

Nº

1.- DATOS GENERALES

DÍA	MES	AÑO

HORA

Asegurado

Nº HISTORIA CLÍNICA

Tipo: SIS subsidiado
 SIS semisubscrito
 AUS subsidiado

AUS semisubscrito
 Otras

Establecimiento que contrarefiere

Establecimiento Destino de la Contrareferencia

2.- IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Apellido Paterno		Apellido Materno		Nombres	
Sexo	F	M	Edad	Años	Meses
Días		Tipo documento del Paciente:		3.- Pasaporte	
1.- Documento Nacional de Identidad		2.- Carne de Extranjería		4.- Código de recién nacido (Madre)	

Fecha de Ingreso

Fecha de Egreso

Diagnóstico de Ingreso

Diagnóstico de Egreso

CIE - 10	D	P	R

Tratamiento y/o procedimientos realizados

Adjuntar informes y reportes de procedimientos

4.- DATOS DE LA CONTRAREFERENCIA

Origen de la Referencia

De la Comunidad De un establecimiento de Salud Autoreferencia

Calificación preliminar de la Referencia

Justificada No Justificada

UPS que ordene la contrareferencia

Consulta Ext. Emergencia Apoyo al Dx. Hospitalización

Especialidad que ordena la Contrareferencia

Pediatría Medicina Cirugía Gineco Obst. Lab Dx Imag Otros

Recomendaciones e Indicaciones para el Seguimiento

Responsable de la Contrareferencia

Condición del usuario para la contrareferencia		Nombre
Curada	<input type="checkbox"/>	Descripción
Mejorada	<input type="checkbox"/>	Retiro Voluntario
Atendido-Apoyo al Dx	<input type="checkbox"/>	Fallecido

Nº de Colegiatura

Firma y Sello

ANEXO 3 INDICADORES DE EVALUACIÓN DEL SISTEMA DE REFERENCIAS

Y CONTRARREFERENCIAS

INDICADOR	FÓRMULA
GRADO DE RESOLUTIVIDAD	$\frac{\text{N}^\circ \text{ total de referencias enviadas}}{\text{N}^\circ \text{ total de atenciones}} \times 100$
PORCENTAJE DE REFERENCIAS EFECTIVAS	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de referencias evaluadas dentro de 48 horas}}{\text{N}^\circ \text{ total de Referencias realizadas}} \times 100$ $\frac{\text{N}^\circ \text{ de referencias aceptadas}}{\text{N}^\circ \text{ de referencias realizadas}} \times 100$ $\frac{\text{N}^\circ \text{ de referencias rechazadas}}{\text{N}^\circ \text{ de referencias realizadas}} \times 100$ $\frac{\text{N}^\circ \text{ de referencias observadas}}{\text{N}^\circ \text{ de referencias realizadas}} \times 100$
COBERTURA DE CONTRAREFERENCIAS (relación porcentual entre las referencias y <u>contrareferencias realizadas</u>)	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de } \underline{\text{contrareferencias recibidas}}}{\text{N}^\circ \text{ total de referencias realizadas}} \times 100$
PORCENTAJE DE REFERENCIAS POR SERVICIO	$\frac{\text{N}^\circ \text{ Referencias realizadas por servicio}}{\text{N}^\circ \text{ total de referencias realizadas}} \times 100$
PORCENTAJE DE REFERENCIAS ADECUADAS RECIBIDAS	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de referencias adecuadas recibidas}}{\text{N}^\circ \text{ total de referencias recibidas}} \times 100$
GRADO DE CONCORDANCIA DIAGNÓSTICA	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de referencias con diagnóstico justificado para 3er nivel}}{\text{N}^\circ \text{ total de referencias recibidas}} \times 100$

ANEXO 4 FORMULARIO DE ENCUESTA

PARA HOJA DE REFERENCIA

Establecimiento de salud.....

Fecha.....

1. Su establecimiento de salud, ¿Cuenta con el aplicativo REFCON?

SI

NO

Si la respuesta es NO, ¿Dónde realiza su registro?

.....

2. En el momento del registro de la hoja de referencia, ¿posee todos los datos necesarios para el correcto y oportuno llenado? Si la respuesta fue **SI**, pasar a la pregunta N°03

Si la repuesta fue **NO**, favor responder que tipo de información es la que regularmente **NO** posee:

- **De los DATOS GENERALES**

Si marco de los **DATOS GENERALES**, favor indicar que datos recurrentemente no posee al momento del llenado:

- Plan de atención SIS
- Establecimiento de Destino de la Referencia

- **De los DATOS DE IDENTIFICACION DEL USUARIO**

Si marco de los **DATOS DE IDENTIFICACION DEL USUARIO**, favor indicar que datos recurrentemente no posee al momento del llenado:

- Código de afiliación al SIS ○
- N° Historia Clínica ○ Datos
- Personales del paciente ○
- Dirección completa

- **De los DATOS DE LA HISTORIA CLINICA**

Si marco de los **DATOS DE LA HISTORIA CLINICA**, favor indicar que datos recurrentemente no posee al momento del llenado:

- Anamnesis ○ Examen Físico ○ Exámenes
- Auxiliares ○ Diagnostico / CIE10
- Tratamiento

- De los **DATOS DE REFERENCIA**
Si marco de los **DATOS DE REFERENCIA**, favor indicar que datos recurrentemente no posee al momento del llenado:
- UPS Destino de la referencia (fecha, hora, Nombre del contacto coordinador de la atención)
 - Especialidad del Destino
 - Condición del Paciente al inicio del Traslado
 - Responsable de la Referencia
 - Responsable del Establecimiento
 - Persona que acompaña
 - Persona que Recibe
 - Condición del Paciente a la llegada al Establecimiento Destino
3. En el momento del registro ¿confías en los datos que proporciona REFCON para realizar la Referencia como cartera de servicios disponible, camas disponibles y staff disponible en el establecimiento de Referencia?
- SI
NO

PARA HOJA DE CONTRARREFERENCIA

1. ¿Su establecimiento de salud aplica para contrarreferencias?
No, muchas gracias por su tiempo y participación
SI, por favor responder
2. En el momento del registro de la hoja de contrarreferencia, ¿posee todos los datos necesarios para el correcto y oportuno llenado?

Si la respuesta fue **SI**, pasar a la pregunta N°03

Si la repuesta fue **NO**, favor responder que tipo de información es la que regularmente **NO** posee:

De los DATOS GENERALES

Si marco de los **DATOS GENERALES**, favor indicar que datos recurrentemente no posee al momento del llenado:

- Plan de atención SIS Otro

.....

De los DATOS DE IDENTIFICACION DEL USUARIO

Si marco de los **DATOS DE IDENTIFICACION DEL USUARIO**, favor indicar que datos recurrentemente no posee al momento del llenado:

- Código de afiliación al SIS
- N° Historia Clínica Datos
- Personales del paciente
- Dirección completa

De los DATOS DE LA HISTORIA CLINICA

Si marco de los **DATOS DE LA HISTORIA CLINICA**, favor indicar que datos recurrentemente no posee al momento del llenado:

- Fecha de Ingreso Diagnóstico de Ingreso
- Diagnóstico de Egreso
- Tratamientos/Procedimientos realizados

De los DATOS DE CONTRARREFERENCIA

Si marco de los **DATOS DE CONTRARREFERENCIA**, favor indicar que datos recurrentemente no posee al momento del llenado:

- Origen de la REFERENCIA (Comunidad, Establecimiento, Autorreferencia)

- Calificación preliminar de la REFERENCIA (Justificada / No Justificada) ○
UPS que ordene la Contrarreferencia (Consulta Ext, Emergencia, Apoyo al
Dx, Hosp.) ○ Especialidad que ordena la
Contrarreferencia ○ Responsable de la
Contrarreferencia
 - Condición del paciente para la Contrarreferencia
3. En el momento del registro ¿confías en los datos que proporciona REFCON para realizar la Referencia como cartera de servicios disponible, camas disponibles y staff disponible en el establecimiento de Referencia?

SI

NO

ANEXO 5 COTIZACIÓN ECONOMICA DE PROPUESTA TUNEXO TE-REFIERE

TU NEXO
Inventarios y Facturación Electrónica

DIGISOLUTIONS S.R.L.
www.tunexo.pe



SAAS SERVICIOS INFORMATICOS Y ELECTRONICOS

COTIZACION N°230021

CLIENTE
HOSPITAL NACIONAL DANIEL A. CARRION

Ventas DIGISOLUTIONS
912773356
Digisolutions.pe@gmail.com

www.tunexo.pe
Surquillo – Lima

pág. 1

DIGISOLUTIONS SRL
RUC 20606188978
Av. Sergio Bernales 528 Oficina 14
Surquillo Lima
Marca TU NEXO REGISTRADA ante el INDECOPI 2020

SERVICIO: PaaS SISTEMA ALIMENTADOR DE DATA PARA REFERENCIAS
COTIZACION N°230021

EMISOR

PARA

DENOMINACION: DIGISOLUTIONS SRL RUC: 20606168978 REMITENTE: Ventas DIGISOLUTIONS SRL EMAIL: digisolutions.pe@gmail.com TEL: 912773356 FECHA DE EMISION: 15/02/2023 - Vence: 15/03/2023	DENOMINACION: HOSPITAL NAC.DANIEL A. CARRION RUC: - REP. LEGAL: - CONTACTO: - EMAIL: - TEL: -
---	--

CARACTERISTICAS PRINCIPALES

- Estudio del diagrama de interconexión
- Activación con sistemas mediante integración API
- Sistema 100% online, soporte 24/7 para resolución de problemas con el software.
- Soporte durante la implementación y configuración del sistema con el área usuario de la empresa durante 3 días (1).
- Diseños adaptativos (PC, TABLET, CELULARES).
- Módulos habilitados según cotización: CAMAS, EQUIPOS, STAFF, CARTERA DE SERVICIOS.
- Usuarios ilimitados.
- Reportes transaccionales en formato EXCEL.
- Almacenamiento de hasta 14 Gigas en AMAZON WEB SERVICES, con una disponibilidad del 99.9%.
- Copias de seguridad automáticas.
- Seguridad física y digital.
- Confidencialidad de la información.
- Personalización o nuevas funcionalidades: a solicitud y cotización del cliente.

Observaciones:

(*) El soporte consta de apoyo guiado al usuario final mediante reuniones virtuales de capacitación y videos tutoriales. Este proceso consta de 3 días de 2h diarias y este sujeto a que usuario brinde todas las facilidades del caso.

INVERSION ECONOMICA POR SUSCRPCION

Ofrecemos precios justos, altamente competitivos y sin costos escondidos.				OPCIONES DE PAGO		
DESCRIPCION	CANT	P/U	TOTAL	MENSUAL	SEMESTRAL *	ANUAL *
SEGUN CARACTERISTICAS INDICADAS-ONLINE), UN LOCAL PRINCIPAL Y USUARIOS SIN LIMITE	1	2,000	2,000	2,000	11,000	21,000
* Precios con descuento por tipo de opción de pago						
TOTALES EN NUEVOS SOLES (precios no incluyen IGV)				S/ 2,000	S/ 11,000	S/21,000

PUEDA ELEGIR POR UNA OPCION DE PAGO EN TU SUSCRIPCION

PAGOS MENSUAL		PAGOS SEMESTRAL		PAGOS ANUALES	
REALIZAR UN 1ER ABONO:	S/2,000	REALIZAR UN 1ER ABONO:	S/11,000	REALIZAR UN 1ER ABONO:	S/21,000
RENOVACION MENSUAL	S/2,000	RENOVACION SEMESTRAL	S/11,000	RENOVACION ANUAL	S/21,000

IMPORTANTE: Al pagar SEMESTRAL ahorras S/1,000.00 y ANUAL ahorras S/2,000.00. Precios en Soles. NO está incluido el IGV.