



PROCESO DE IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA DE LA ATENCIÓN AMBULATORIA EN EL PERÚ

**TESIS PARA OPTAR EL GRADO DE DOCTOR
EN SALUD PÚBLICA**

LUIS FERNANDO LLANOS ZAVALAGA

LIMA – PERÚ

2025

ASESOR

Dr. Jesus Lorenzo Chirinos Caceres

JURADO DE TESIS

Dra. Ximena Salazar Lostaunau

PRESIDENTE

Dr. Diego Juan Francisco Gonzales del Carpio

VOCAL

Dr. Víctor Ruperto Carrasco Cortez

SECRETARIO

DEDICATORIA

A Luz, mi esposa, y Luis Fernando, mi hijo, quienes me han acompañado y estimulado con sus comentarios y aportes para alcanzar esta meta en mi desarrollo personal y profesional; a quienes les debo todo en mi vida

A mis padres y hermanos quienes me apoyaron en todo el proceso de mi formación personal y profesional.

AGRADECIMIENTOS.

A Jesús, mi asesor y amigo, que me acompañó en el proceso con sus sugerencias y aportes hasta llegar al final de este proceso en mi vida.

A mis colegas y amigos por su apoyo desinteresado en el logro de este hito en mi vida

A todos los profesionales de la salud quienes facilitaron su conocimiento y tiempo para la realización de las entrevistas

FUENTES DE FINANCIAMIENTO.

Tesis Autofinanciada

DECLARACIÓN DE AUTOR			
FECHA	22	ABRIL	2025
APELLIDOS Y NOMBRES DEL EGRESADO	LLANOS ZAVALAGA, LUIS FERNANDO		
PROGRAMA DE POSGRADO	DOCTORADO EN SALUD PÚBLICA		
AÑO DE INICIO DE LOS ESTUDIOS	2013		
TITULO DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN DE GRADO	“PROCESO DE IMPLEMENTACION DEL SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA EN EL PERÚ”		
MODALIDAD DE TRABAJO DE GRADO	Tesis		
Declaración del Autor El presente Trabajo de Grado es original y no es el resultado de un trabajo en colaboración con otros, excepto cuando así está citado explícitamente en el texto. No ha sido ni enviado ni sometido a evaluación para la obtención de otro grado o diploma que no sea el presente.			
Teléfono de contacto (fijo / móvil)	999660680		
E-mail	luis.llanos@ upch.pe		



Firma del Egresado

DNI 06522415



**PROCESO DE IMPLEMENTACIÓN
DEL SISTEMA DE REFERENCIA Y
CONTRARREFERENCIA DE LA
ATENCIÓN AMBULATORIA EN EL
PERÚ**

TESIS PARA OPTAR EL GRADO DE DOCTOR
EN SALUD PÚBLICA

LUIS FERNANDO LLANOS ZAVALAGA

LIMA – PERÚ

Informe estándar ⓘ
Informe en inglés no disponible [Más información](#)

8% Similitud estándar [Filtros](#)

Fuentes
Mostrar las fuentes solapadas ⓘ ☐

1 Internet	2%
www.scielo.org.pe	
50 bloques de texto	1076 palabra que coinciden
2 Internet	1%
hdl.handle.net	
39 bloques de texto	925 palabra que coinciden
3 Internet	<1%
repositorio.ucv.edu.pe	
13 bloques de texto	166 palabra que coinciden
4 Internet	<1%
www.easp.es	

TABLA DE CONTENIDOS

RESUMEN

ABSTRACT

INTRODUCCIÓN	1
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	6
JUSTIFICACIÓN	28
OBJETIVOS	29
METODOLOGÍA	31
RESULTADOS.....	43
DISCUSIÓN	149
CONCLUSIONES	211
RECOMENDACIONES	217
Referencias Bibliográficas	219

Anexos

RESUMEN

Una cobertura universal de salud requiere contar con un sistema de referencia y contrarreferencia (SRCR) que garantice la calidad, continuidad, integralidad y oportunidad de la atención sanitaria. El estudio tiene por **objetivo** analizar el proceso de implementación del sistema de referencia y contrarreferencia de la atención ambulatoria en DIRIS Lima Norte en el periodo prepandémico y pandémico; así como la producción de referencias en dicho periodo. **Metodología:** Se realizó un estudio cuali-cuantitativo. El estudio cualitativo, estudio de caso, exploró los procesos de implementación del SRCR ambulatoria mediante el REFCON en DIRIS Lima Norte; e identificar los problemas de gestión, lecciones aprendidas y propuestas de mejora. Para ello se entrevistaron 21 profesionales vinculados de diversas con el SRCR. Se utilizó Atlas.ti v.9. El estudio cuantitativo de tipo transversal estimó la producción de referencias y contrarreferencias ambulatorias registradas en el REFCON en la DIRIS Lima Norte, usando la base de datos entregada por el MINSA para el periodo 2019-2020. Se usó IBM SPSS v.26 para analizar la producción de referencias y contrarreferencias y tiempos desde la emisión de la referencia hasta la programación de cita. **Resultados:** El proceso de implementación del aplicativo REFCON no contó con una planificación, inversiones, equipamiento, procesos estandarizados, capacitación permanente, recursos humanos, ni plan comunicacional ni iniciativas sostenibles. Se encontró reducción en las referencias durante la COVID-19 y bajo porcentaje de contrarreferencias (<5%). **Recomendaciones:** Toda implementación innovadora en salud debe contar con una planificación apropiada que incluya inversiones, recursos humanos, capacitación, gestión del cambio y comunicación con los involucrados.

Palabras Clave: Derivación y Consulta; atención ambulatoria; estudios de tiempo y movimiento; Políticas, Planificación y Administración en Salud; Comunicación; Gestión del Cambio. (DeCS BIREME)

ABSTRACT

Universal health coverage requires a referral and counter-referral system (SRCR) that guarantees the quality, continuity, comprehensiveness, and timeliness of health care. The study aims to analyze the implementation process of the referral and counter-referral system for outpatient care at Directorate of Integrated Health Networks (DIRIS) Lima Norte during the pre-pandemic and pandemic periods, as well as the production of referrals during this period. **Methodology:** A qualitative and quantitative study was conducted. This qualitative case study explored the implementation processes of the outpatient SRCR through REFCON at DIRIS Lima Norte and identified management problems, lessons learned, and proposals for improvement. Twenty-one professionals linked to the SRCR were interviewed. Atlas.ti v.9 was used. A quantitative cross-sectional study estimated the production of outpatient referrals and counter-referrals recorded in the REFCON (Referral and Counter-Referrals) application at DIRIS Lima Norte, using the database provided by the Ministry of Health (MINSA) for the 2019-2020 period. IBM SPSS v. 26 was used to analyze referral and counter-referral production and the time from referral issuance to appointment scheduling. **Results:** The REFCON application implementation process lacked planning, investments, equipment, standardized operating procedures, ongoing training, human resources, communication plan and sustainable initiatives. A reduction in referrals was found during COVID-19 and a low percentage of counter-referrals (less than 5%). **Recommendations:** All innovative implementations in healthcare must include appropriate planning that includes investments, human resources, training, change management, and communication with stakeholders.

Keywords: Referral and Consultation; outpatient care; time and motion studies;
Health Policies, Planning, and Administration; Communication; Change
Management. (MeSH words)

INTRODUCCIÓN

La salud y el bienestar de las personas, y no solo el control de la enfermedad, a través de una atención de salud de calidad, con continuidad e integralidad es central para el desarrollo de las naciones. Todo ello guarda consonancia con la Declaración de Alma Ata [1] y sus subsiguientes desarrollos hasta Astaná [2], la Carta de Ottawa [3] como resultado de la primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud dirigida a lograr el objetivo "Salud para Todos en el año 2000, el Informe final de la Comisión sobre los determinantes sociales de la salud [4] y la Declaración política de Río sobre Medio Ambiente y Desarrollo [5]. Luego, surgen documentos de alcance global como los Objetivos de Desarrollo del Milenio [6], los Objetivos de Desarrollo Sostenible [7]; y otras políticas y estrategias de alcance internacional como la atención centrada en el paciente [8], los desarrollos de cuidado integral (integrated care) [9] que implica la integralidad y continuidad de la atención, entre otros. También, se han desarrollado nuevas iniciativas, la primera de ellas es ‘Salud en todas las políticas’ que es un enfoque colaborativo que busca mejorar la salud mediante la incorporación de salud en la toma de decisiones en todos los sectores y áreas de política. Es un enfoque para la formulación de políticas que considera sistemáticamente las implicaciones sanitarias de las decisiones en todos los sectores, buscando sinergias y evitando los efectos nocivos para la salud de las políticas fuera del sector de la salud para mejorar la salud de la población y la equidad sanitaria. Además, desde los profesionales en políticas de salud busca impulsar los objetivos de desarrollo de los otros sectores, visibilizando la conocida interdependencia entre desarrollo social, económico y ambiental.

Recientemente, surge ‘Una Salud’ que reconoce que el desequilibrio entre humanos-animales-ambiente origina riesgos para la salud pública a nivel local, regional e incluso mundial. Aquí se identifica que cada problema de salud específico debe considerar aspectos médicos, culturales, sociales, ecológicos, económicos, e incluso políticos para implementar estrategias e innovaciones para detectar, prevenir y controlar de forma apropiada, funcional y perdurable. Se requiere impulsar este enfoque al evidenciar la relación intrínseca entre animales, humanos y ambiente, en políticas públicas, estrategias, toma de decisiones y generación de evidencias. [10]

Es cada vez más consciente que los factores sociales y económicos tienen un significativo efecto enorme en la salud, explicando hasta 90% de los resultados en salud, reconociendo la importancia de los determinantes sociales de la salud y su impacto sobre la salud y el bienestar de la población. Una aproximación a la salud va más allá de la actividad asistencial recuperativa, implica reconocer como lo señalara el Dr. David Tejada que se habla del “Ministerio de la Salud no del Ministerio de la Enfermedad” resaltando que el fin último es promover salud, no el tratamiento de la enfermedad [11]. Una atención sanitaria de calidad en todos los niveles de atención debe estar soportada en la atención primaria de la salud y debe trascender de los factores de salud física para promover resultados óptimos y equidad sanitaria. La evidencia informa las intervenciones dirigidas a satisfacer las necesidades sociales insatisfechas relacionadas con la salud de los pacientes (inseguridad alimentaria, calidad de la vivienda) pueden mejorar los resultados de salud y reducir los costos [12].

En los sistemas de salud, su estructura, organización y gestión varían entre los países y al interior de los mismos; existen evidencias que en el marco de la cobertura universal en salud, los sistemas se hacen cada vez más complejos, donde los organismos reguladores aumentan su vigilancia epidemiológica y de la calidad de atención; así como los procesos transaccionales, donde las prácticas de reembolso se enfocan al valor agregado, lo que hace que cerrar el círculo de referencias sea un imperativo para la seguridad del paciente, la supervisión regulatoria y la viabilidad financiera. [13]

En el marco de la cobertura universal en salud, los sistemas de salud, otorgan prioridad a la interfaz entre la atención primaria y secundaria. Habitualmente, los profesionales del primer nivel de atención en salud (PNAS) determinan qué pacientes requieren atención especializada en el nivel secundario. En consecuencia, desde los espacios, internacional y nacionales [14,15], fortalecer el primer nivel de atención en salud es fundamental para mejorar el acceso y la calidad de la atención médica [16]. En su búsqueda, las naciones vienen impulsando iniciativas para mejorar la atención primaria de la salud en todos los niveles de atención, con énfasis en la atención en el primer nivel, siendo un desafío implementar intervenciones efectivas en sistemas unitarios, unificados o articulados en salud. La realidad mundial muestra una demanda creciente de atención en salud con recursos financieros insuficientes, recursos humanos distribuidos inequitativamente, falta de compromiso político e inapropiada gestión de procesos que han obstaculizado intervenciones efectivas y eficientes. Se reconoce que es central impulsar en los países una real cobertura universal de la salud depende del acceso a servicios de salud integrales, continuos, apropiados, oportunos y de calidad, sin carga financiera.

Un elemento clave para una atención de salud en el primer nivel, efectiva y eficiente, es poder contar con integración vertical del sistema sanitario y entre los subsistemas; para ello se debe fortalecer un sistema integrado de referencia y contrarreferencia, que permita que todos los pacientes puedan acceder a niveles de atención más complejos (secundario o terciario) según la necesidad de salud). La Organización Mundial de la Salud (OMS) [17] señala que la referencia es “un proceso en el que un trabajador de salud de un nivel del sistema de salud, al no tener recursos suficientes (medicamentos, equipos, habilidades) para manejar una condición clínica, busca la ayuda de un mejor o un centro con recursos diferentes del mismo nivel o superior para ayudar o hacerse cargo de la gestión del caso del cliente”; por otro lado, el concepto de referencia se limita a “situaciones donde la toma de decisiones clínicas se transfiere de un profesional de la salud a otro; por ejemplo, el médico de PNAS cede la responsabilidad de establecer plenamente el diagnóstico y/o tratamiento a otra institución o profesional más especializado, quien luego sigue al paciente para este tratamiento. La institución o profesional original, el proveedor de PNAS, seguirá atendiendo al paciente por otros asuntos de salud y, eventualmente, por el tratamiento de enfermedades crónicas establecido como parte de un proceso de referencia”. También la define como la implicación de un profesional asistencial diferente; así la referencia se entiende “como un proceso dinámico en el que un profesional de la salud en un nivel del sistema de salud –que no tiene suficientes recursos (equipos, habilidades, conocimientos, medicamentos) o poder para decidir sobre su uso para manejar una condición clínica– busca la ayuda de otro centro (a menudo mejor o con recursos diferentes) del mismo nivel o superior para ayudar en la atención de un paciente determinado”. En el proceso de

referencia existe “un iniciador de la interacción médica: no debe ser el paciente, sino un profesional de la salud”; no se consideran casos de autorreferencia (es decir, cuando el paciente decide por iniciativa propia buscar un nuevo proveedor de atención médica).

Los sistemas de referencia y contrarreferencia han evolucionado de documentos en papel a sistemas digitalizados. La literatura identifica varias causas del fracaso de los sistemas tradicionales de referencia en papel, incluyendo una fuerza laboral no capacitada y desmotivada, infraestructura insuficiente, incumplimiento de normativas sobre cómo establecer un sistema de referencia eficaz y falta de responsabilidad para controlar referencias innecesarias en cada nivel; la subutilización de la atención especializada necesaria probablemente generará mayores riesgos de morbilidad y mortalidad en pacientes [18,19]. El Perú no ha sido ajeno a este proceso; sin embargo, existen escasos estudios que evalúen el proceso de implementación y su grado de implementación a nivel nacional.

Estas causas no se solucionan pasando de un sistema en papel a un sistema digitalizado, pero permiten agilizar procesos; para su solución se requiere implementar procesos de gestión desde la planificación hasta las acciones de control (supervisión, monitoreo y evaluación). En el contexto sanitario mundial, este proceso de referencia (que reduce los largos tiempos de espera en los hospitales públicos) también se ha implementado ampliamente en muchos países y regiones desarrollados, como Estados Unidos, Australia, Singapur y Hong Kong [20-22], así como en países en desarrollo como África [23].

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Desde 1975, la OMS a través del documento “Salud por el Pueblo” [24] denunciaba el abuso de tecnologías costosas e inservibles pues no abordaban la promoción de la salud ni la prevención de enfermedades sino el tratamiento de las mismas una vez que aparecen; para ello proponían un enfoque práctico, científico y culturalmente apropiado con acento en la prevención primaria. Como consecuencia de ello, se proponía que ante la super-especialización de la profesión médica y verticalidad de la atención, se desarrolle una activa participación comunitaria integral como estrategia para avanzar en salud. Esta idea controversial fue objeto de duras críticas en el mundo académico, que dudaba de su factibilidad y eficacia. Los defensores del sistema imperante desconocían que Mahler y su grupo de trabajo comenzaban, una nueva línea de pensamiento que iba a enfrentar muchos paradigmas erróneos en salud existentes en aquella época y que persisten en la actualidad.

Posteriormente en 1976, OMS y UNICEF publican “Distintos medios de atender las necesidades fundamentales de salud en los países en desarrollo” [25] considerado un documento técnico significativo en la historia de la salud pública, al describir las fallas de los sistemas sanitarios de países en vías de desarrollo y señalar a los culpables detrás de la enfermedad. Se mencionan vectores y microbios, y los *contrastes* entre las poblaciones, evidenciando que el sufrimiento (illness) no es un producto biológico, sino “*resultado de pobreza, miseria e ignorancia*”. Para ello señalan que la solución es el desarrollo de la atención primaria de la salud, como causa y consecuencia del desarrollo humano; siendo la comunidad el actor principal, responsable de su propia salud y bienestar. Estas fueron bases

fundamentales, junto con el contexto geopolítico existente en aquel entonces que trazaron la ruta hacia la Conferencia Internacional de Atención Primaria de la Salud (APS) de 1978, en Alma Ata. Allí se confirma el compromiso mundial con dos ideas centrales: la salud como *“un derecho humano fundamental”*, y como un *“objetivo social ... que exige la intervención de sectores sociales y económicos”*. Formula una visión crítica de la injusticia e inequidad (*desigualdad en salud es inaceptable*), determina el papel del individuo en su propia salud (*Es su derecho y su deber*) y el rol de las autoridades; reconociendo que la estrategia para lograr ello era la APS. Allí se defendieron tres principios: (a) la atención primaria de salud es parte integral y función central del sistema sanitario; (b) es nuclear para el desarrollo social y económico; y (c) la APS debe ser universal mediante la plena participación comunitaria y basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente robustos y socialmente aceptables[1]. Desde esa fecha hasta la actualidad, se reconoce la existencia de diversas fuerzas políticas e intereses económicos detractores de Alma Ata, así como los propios errores o limitaciones de los impulsores. Además, desde sus inicios hubo consciencia que alcanzar la meta señalada en la Conferencia de Alma Ata no era fácilmente alcanzable, pero que es una meta indefectiblemente irrenunciable, es una dirección hacia la que todas las naciones debemos avanzar.

Habiendo pasado más de cuarenta años de Alma Ata, se reconocen avances y retrocesos variables en cada nación. Estos van desde la resistencia de las naciones a crear sistemas de salud únicos, integrados o articulados, la aparición temprana de la llamada Atención Primaria en Salud selectiva [26], los conflictos entre OMS y UNICEF, las aproximaciones reduccionistas centradas en atenciones curativas, el

dejar de reconocer a la comunidad como actor responsable de su propio desarrollo, el reimpulso del hospitalocentrismo y la super-especialización (más evidente en el país durante la pandemia por COVID-19) hasta la propuesta de determinantes sociales en salud, los Objetivos de Desarrollo del Milenio, los Objetivos de Desarrollo Sostenible, la atención centrada en el paciente, los desarrollos de cuidado integral (integrated care) que implica la integralidad y continuidad de la atención, entre otros.

En los primeros años de esta década, la prioridad política fue la pandemia de la COVID-19 a nivel mundial que tiene serias implicancias en todos los aspectos de la salud. La COVID-19 ha revelado la inequidad y desigualdad sanitaria, mostrando desafíos en la gobernanza, rectoría y liderazgo; además de evidenciar debilidades en los diversos sistemas de salud a nivel mundial. Se puede hacer esta afirmación para el nivel regional latinoamericano con este nuevo brote de dengue, donde sumado a la ausencia de trabajo en determinantes sociales y ausencia de vacunas, se resalta la importancia y limitaciones en el desarrollo de la APS, en las diversas realidades nacionales y subnacionales. Un editorial en el número especial del Boletín de la OMS sobre APS afirma que “la pandemia demuestra que las brechas en la implementación de la atención primaria de salud han debilitado la capacidad de los países para detectar y responder al brote, y para mantener funcionamiento de los servicios de salud” [27]. Incluso Rasanathan y Evans[2] señalan que se pasó por alto una estrategia de atención primaria de salud basada en la Declaración de Astaná para abordar este brote. En consecuencia, los servicios primarios no han recibido el apoyo suficiente para realizar la vigilancia y la respuesta, o una atención basada en la comunidad con suficiente confianza en la prevención y el control de infecciones

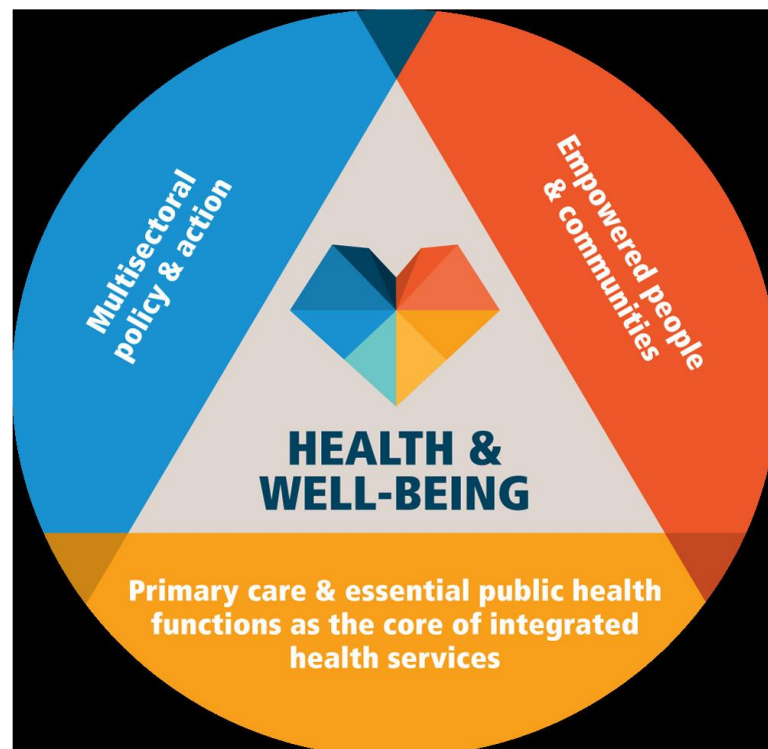
y en los mecanismos de derivación efectivos. En el caso de la reemergencia del dengue, cobra especial importancia para la salud global, el conocimiento del comportamiento del vector y sus patrones espaciales de infección por para comprender la dinámica de transmisión e impulsar estrategias preventivas eficientes. Ante la imposibilidad de eliminar el vector, se considera necesario articular los Programas de Prevención de Dengue con atención primaria de salud (APS). Estrategias como la Estrategia de Gestión Integrada (EGI) permite optimizar recursos, evita duplicar acciones, y favorece la participación social en su control. [28]

Estas reflexiones nos llevan a mirar el esquema de Astaná²[2], desarrollado para la atención primaria de la salud, el cual considera tres componentes interrelacionados y sinérgicos. Ver Gráfico 01:

1. Satisfacer necesidades de salud de las personas mediante cuidados integrales de promoción, protección, prevención, curación, rehabilitación y paliativos a lo largo de la vida, priorizando servicios clave de atención de salud dirigidos a las personas y familias a través de la atención primaria y a la población a través de las funciones de salud pública como centro elementos de los servicios de salud integrados;
2. Abordar sistemáticamente los determinantes en salud (incluyendo factores sociales, económicos y ambientales; y las características/comportamiento individual) apoyados en políticas y acciones colaborativas multisectoriales basadas en evidencia en todos los sectores; y

3. Empoderar e involucrar a personas, familias y comunidades para optimizar su salud, como defensores de políticas que promuevan salud y bienestar, como co-desarrolladores de servicios sociales y salud, y como autocuidadores y cuidadores.

Gráfico 01. Esquema de salud y bienestar de la Declaración de Astaná



Fuente: Rasanathan K, Evans T. Primary health care, the Declaration of Astana and COVID-19 ²[2]

Dada la amplitud del tema de Atención Primaria de la Salud y los diversos elementos de entendimiento de sus alcances fontales, se ha decidido realizar este estudio, reconociendo que un sistema de referencia y contrarreferencia (SRCR) se convierte en el motor que garantiza la calidad, continuidad, integralidad y oportunidad de la atención sanitaria. considerando el análisis del sistema de

referencia y contrarreferencia (SRCR) implementado en las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPRESS) del MINSA, reconociendo que nuestro sistema de salud es un sistema segmentado y fragmentado. Expresiones de ello, se evidencian en la falta de articulación de los diversos subsistemas existentes, en las limitaciones en la integralidad, calidad y continuidad de atención de la población, especialmente la más vulnerable que debía pasar de manera escalonada de IPRESS I-1 a I-2, de allí a I-3, luego a I-4 terminando en hospitales o institutos especializados [29]. Otro aspecto son las brechas en recursos humanos, infraestructura y equipamiento en las IPRESS, con énfasis en aquellas localizadas en ámbitos destinados a la atención de poblaciones alejadas de los núcleos de desarrollo económico. Se reconoce que un elemento central que permitiría impulsar la calidad, continuidad e integralidad de atención es que el sistema sanitario, idealmente nacional, cuente con un sistema único de referencia y contrarreferencia que sea robusto y se adecue y actualice permanentemente con los desarrollos y avances tecnológicos. Una aproximación de ese tipo sería una reflexión teórica, con poco valor aplicado a nuestra realidad, hasta que haya una decisión política de crear un sistema único e integrado de salud.

Una revisión de la literatura evidencia que el desarrollo y la efectividad de todo SRCR, en las naciones, está intrínsecamente relacionado con la unicidad y universalidad del sistema sanitario nacional; así como, a su desarrollo socio-económico y gobernanza social. La revisión de literatura usando los términos *referral and consultation*, *referrals*, *referral system*, *derivación y consulta*, *sistema de referencia*, *referencia*, *sistema de referencia y contrarreferencia* en SCOPUS, PubMed, Google, Google academics, Scielo y Alicia haciendo un corte de los

últimos 10 años (desde el 2010) permitió identificar 197 artículos siendo mayoritariamente artículos realizados en países desarrollados 69,0% (131/197). La mayoría de los estudios en estos países analiza referencias relacionadas con el envío a especialistas, a patologías o procedimientos médico-quirúrgicos específicos con estudios transversales, con pilotos o intervenciones que utilizan análisis multivariados o simulaciones. Mientras que muchos de los estudios en países en desarrollo tienden a ser descriptivos y analizan la productividad y calidad de las referencias en general o sobre patologías relevantes en su realidad. [30-42]

En los sistemas únicos, donde el primer nivel es la puerta de entrada al sistema de salud, la referencia se da en ambas direcciones, hacia arriba y hacia abajo, y ocurre para brindar atención ambulatoria, hospitalaria y de emergencia. La revisión muestra dos grandes grupos de estudios, estudios sobre SRCR con limitado uso de las tecnologías de información y otros con implementación del mismo, tanto a nivel general como para problemas sanitarios específicos. La mayoría de estudios son publicados en revistas indexadas; incluyen estudios cuantitativos principalmente observacionales de tipo transversal y estudios de evaluación de intervenciones; un segundo grupo de estudios cualitativos y un tercer grupo de estudios mixtos. Los resultados muestran la calidad de la referencia, los tiempos de espera, la satisfacción de prestadores y usuarios (con escasos estudios comparando referencias por papel y referencias electrónicas), comunicación entre profesionales de salud, razones de referencias, tasa de finalización de citas, entre otras. Como es de esperar, la realidad del SRCR varía entre países, entre sistemas de salud, entre tipos de seguros, entre la calidad de las instituciones que las realizan, etc.

En el 2008, se publicó una revisión sistemática que incluyó 17 estudios con 23 comparaciones. Nueve estudios evaluaron intervenciones educativas profesionales, donde las estrategias inefectivas fueron: difusión pasiva de criterios de referencia local, retroalimentar porcentaje de referencia y discusión con asesor médico independiente. Las estrategias eficaces incluyeron: difusión de directrices con hojas de referencia estructuradas y participación de consultores en actividades educativas. Cuatro estudios evaluaron intervenciones organizativas (manejo de paciente por médicos de familia comparado con internistas, inclusión de fisioterapeuta a prácticas generales, un nuevo sistema de espacios para referencias y que requiere una segunda opinión antes de la referencia), todas ellas fueron efectivas. Las intervenciones financieras se evaluaron en 4 estudios (5 comparaciones). Un estudio evaluó el cambio de pago capitado a uno mixto (capitado y pago por servicio) y de pago por servicio a un capitado (con riesgo compartido para servicios de atención secundaria). Se reportó discreta reducción en la proporción de referencia de importancia incierta tras introducir el plan para obtener fondos de práctica general en el Reino Unido. Un estudio evaluó el efecto de brindar acceso a especialistas privados mostrando aumento en la tasa de pacientes referidos a servicios especializados, pero sin efecto global sobre las tasas de referencia. [43]

En el 2011, una segunda revisión sistemática de las medidas de desempeño del proceso de referencia a la especialidad seleccionó 214 artículos que contenían 244 medidas; 57% aplicadas en adultos. Se evaluaron los elementos estructurales del proceso de referencia (60%) y se recopilaron datos mediante encuestas (62%). Estas medidas según dominios no excluyentes entre sí, fueron: necesidad de atención especializada (n=14), inicio de referencia (n=73), ingreso a atención especializada

(n=53), tareas clínicas (n=19), coordinación (n=60), tipo de referencia (n=3), uso de recursos (n=13), calidad (n=57) y resultados (n=9). Los autores concluyen que la evaluación del proceso de referencia a la especialidad, con algunos dominios es limitada pues no se han validado en población general. Ellos evalúan que existen limitados aspectos del proceso de referencia y que periódicamente se requiere nueva recopilación de datos. [44]

Una tercera revisión sistemática de las intervenciones de referencia de la atención primaria a la especializada fue publicada en el 2014 e incluyó 140 estudios. Las intervenciones se agruparon en cuatro categorías de intervención: educación de médicos de cabecera (n=50), cambio de proceso (n=49), cambio de sistema (n=38) y centrado en paciente (n=3). Reportan que no existe una "bala mágica" para gestionar la demanda de servicios de atención secundaria; aunque existen intervenciones que pueden tener un mayor desarrollo, pudiendo ser eficaces en contextos específicos. Se concluyó que se requiere un enfoque de sistema sanitario para introducir intervenciones en los servicios de atención primaria, los cuales suelen ser el inicio del proceso de referencia. Se enfatiza la necesidad de más investigación para desarrollar y evaluar intervenciones que identifiquen y promuevan el rol del paciente como sujeto de derecho en la decisión de su referencia. [45]

Perú no es ajeno a esta realidad de limitaciones existentes en sus sistemas nacionales de salud, donde se evidencia en mayor grado el impacto negativo de la pandemia en la sociedad y economía del país, mientras más segmentado y fragmentado sea el sistema. En nuestro país se han desarrollado históricamente desde los años noventa diversas iniciativas intermedias buscan lograr optimizar el

desempeño de la oferta buscando intervenciones más eficientes (más costo-efectivas, basadas en evidencias), la atención primaria en salud renovada impulsada desde OPS, con sus distintas aproximaciones Sistemas Locales de Salud (SILOS), Zonas de Desarrollo Integral de Salud (ZONADIS), Comités Locales de Administración de Salud (CLAS), redes integradas de atención primaria en salud (RIAPS), Redes integradas de Servicios de Salud (RISS) y Redes Integradas de Salud (RIS), contando estas dos últimas con apoyo del Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y del Banco Mundial (BM). A ello se añade, desde la década de los noventa, el desarrollo inicial del aseguramiento público, a través del Seguro Escolar Gratuito y el Seguro Materno Infantil, que posteriormente ha llevado a pasar del Aseguramiento Universal en Salud a la Cobertura Universal en Salud. De manera similar ha ocurrido con el modelo de atención en salud, pasando del Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS) y Modelo de Atención Integral en Salud basado en Familia y Comunidad (MAIS-BFC) al Modelo de cuidado integral de salud por curso de vida para la persona, familia y comunidad (MCI); este último en proceso de implementación. [11]

El abordaje de redes implica valorar a la administración, como elemento básico que debe permitir entender cómo se administran los recursos en el territorio; concretamente, qué entidad es la que contrata y paga al personal, genera las compras de bienes y servicios y da cuenta del desempeño de los establecimientos. La clave es caracterizar qué organización, u organizaciones, es la que toma las decisiones en términos técnicos, administrativos y financieros. Segundo, se deben valorar los mecanismos de integración asistencial relacionada con la coordinación entre los establecimientos de salud existentes en la red. Para ello, se debe revisar los

mecanismos de funcionamiento de la red para optimizar la oferta disponible; así como la integración asistencial para brindar continuidad y oportunidad de las atenciones. Para ello se debe indagar si en la estructura administrativa existe un organismo que conduzca la integración, revisando la base legal y administrativa, reconociendo la cartera de servicios existente y un sistema de referencia y contrarreferencia. Por otro lado, es recomendable revisar los procesos de integración incluyendo: el manejo de la información, el manejo del recurso humano, la gestión clínica (para reducir la variabilidad en la práctica clínica), el manejo del apoyo diagnóstico, el manejo de admisión y gestión de usuarios; así como la gestión de mantenimiento y gestión logística.

En el marco de la referencia y contrarreferencia, en el país, a finales del siglo pasado existieron iniciativas enfocando la referencia y de las emergencias o en los servicios médicos de apoyo o de los servicios de consulta externa con participación de la comunidad o no.

En el Perú, según el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud emitido por Decreto Supremo N°008-2017-SA del 05 de marzo del 2017, luego modificado por el Decreto Supremo N°011-2017-SA del 21 de abril del 2017 se crean las Direcciones de Redes Integradas de Salud (DIRIS) para Lima Metropolitana [46] y, al interior de estas, de las Redes Integradas de Salud (RIS) [47]. Se reconoce que la prioridad es el ciudadano y para ello, el funcionamiento de la red debe tener un motor impulsor que debiera ser el sistema de referencia y contrarreferencia. En el marco de la continuidad e integralidad de la atención de los

pacientes desde el primer nivel de atención, se requiere contar con un apropiado sistema integral de referencia y contrarreferencia, que incluya la atención de emergencia, de hospitalización y de atención ambulatoria, al igual los exámenes auxiliares de laboratorio y de imagenología. Una de las DIRIS creada fue la DIRIS Lima Norte, que cuenta con la mayor cantidad de población, alrededor de tres millones de habitantes [29]. Para la fecha del estudio, la DIRIS Lima Norte se conforma nueve distritos organizados en siete Redes Integradas de Salud (RIS) que incluye 98 IPRESS de primer nivel y 04 centros de salud mental comunitarios (CSMC); así como tres hospitales [Hospital Cayetano Heredia (HCH), Hospital Sergio Bernales (HSB) y Hospital Carlos Lanfranco (HCL)] y el Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado. Desde el 2018 se inicia la implementación del sistema de referencia y contrarreferencia (SRCR) electrónico usando el aplicativo REFCON. A partir de mi experiencia laboral en DIRIS Lima Norte, se reconoce que el SRCR se inició en el Hospital Sergio Bernales y 34 IPRESS, teniendo como IPRESS de destino dicho hospital. En el primer trimestre del 2019, a partir de decisión coordinada entre la DIRIS Lima Norte y el Hospital Cayetano Heredia se implementó aceptándose solo referencias vía REFCON [29].

En el Perú, en los últimos 20 años, se generaron dos normativas sobre la referencia y contrarreferencia (RCR). El 2001 se publicó el documento “Normas del Sistema de Referencia y Contrarreferencia de los Establecimientos del Ministerio de Salud” mediante RM N° 155-2001 SA/DM [48]; señalan que existen: (a) “*Referencia Comunal*” cuando el agente comunitario detecta en el usuario signos de alarma y/o factores de riesgo o en una situación de salud que requiera atención en IPRESS de primer nivel, lo refiere de forma inmediata; (b) “*Referencia entre establecimientos*”

cuando el problema de salud supera la capacidad resolutoria de la IPRESS o se requiera opinión, confirmación diagnóstica, procedimiento de especialidad o continuidad de tratamiento. Ello incluye la Interconsulta-Transferencia cuando se requiera opinión, confirmación diagnóstica especializada, procedimiento diagnóstico o tratamiento de especialidades en la IPRESS, cuando el paciente requiera manejo médico integral en un servicio de hospitalización de otra especialidad, o en caso de pacientes asegurados y de atención cautiva (EsSalud, privados; Sanidades).

Por otro lado, en el año 2005, se inició la implementación de la Norma Técnica N°18 MINSA/DGSP-V.01 [49], que define y estandariza el sistema de referencia y contrarreferencia, principalmente para la atención ambulatoria. Se entiende a la referencia-contrarreferencia como un conjunto de procesos administrativos y asistenciales, por el cual el personal de un establecimiento de salud (EESS), transfiere la responsabilidad de la atención de acuerdo a la necesidad que requiera el usuario a otro establecimiento de salud de mayor capacidad resolutoria. Ello podría ser realizado para hospitalización, emergencia, consulta externa y servicios de apoyo, siguiendo el mismo enfoque en todos sus distintos tipos de procesos. El flujo de las referencias (flujo jerárquico) fue formulado como pasos progresivos entre: establecimientos de categoría I-2 y I-3 a un establecimiento I-4 y luego al hospital, con el consecuente malestar de los pacientes referidos. A nivel nacional, cada DIRESA/DISA de salud implementó un flujo según sus posibilidades y de acuerdo a su realidad, siendo en muchos de los casos adversa a la realidad que la norma prescribe.

Desde la implementación de la Norma Técnica, las referencias eran llenadas por el personal asistencial, el cual le otorgaba la referencia al mismo paciente. El paciente era el tramitador de la propia referencia; en muchos casos acudía al área de referencia o ventanilla del establecimiento de destino para sacar su cita para la especialidad requerida. La cantidad de este proceso no podía ser identificada, y en consecuencia no podían ser apropiadamente cuantificables. Para esa fecha, el uso de las tecnologías de información y comunicación (TIC) era muy limitada, pese a estar señalado en dicha Norma Técnica el poder contar con un software para dicho proceso administrativo-prestacional.

Este SRCR en las IPRESS del MINSA y de las Regiones presenta varios subprocesos. Se inicia cuando el paciente ingresa al consultorio y es evaluado por un prestador de salud, quien decide la pertinencia de realizar el llenado de la referencia. Esta referencia es registrada en el aplicativo REFCON en consultorio si cuenta con computadora o en el módulo correspondiente para su digitación. El prestador suele llenar la referencia, en papel, con tres copias: una para el paciente, otra para la historia clínica y la última para su digitación en el área de referencia y contrarreferencia en el aplicativo REFCON. Cada referencia digitada en el aplicativo REFCON, genera un mensaje de texto informando al paciente que su referencia ha sido digitada.

Luego, la referencia enviada es auditada por el equipo de referencia y contrarreferencia de IPRESS de destino y termina con su aceptación, o rechazo. En este último caso, se obliga a formular una nueva referencia en la IPRESS de origen. Cuando la referencia es Observada pueden levantarse las observaciones, para poder ser aceptada. Cada referencia aceptada en el REFCON, genera un mensaje

de texto informando al paciente que su referencia ha sido aceptada en la IPRESS de destino. Luego, el equipo de la IPRESS de destino programa la cita de la referencia solicitada, generando un tercer mensaje de texto, al paciente, informando día y hora de la cita. El paciente debe acudir a la ventanilla única de la IPRESS de destino para su cita programada; luego de su atención se decide si continúa en dicha IPRESS, se refiere a otra IPRESS de mayor capacidad resolutive o se realiza la contrarreferencia a su IPRESS de origen.

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

Se reconoce que la implementación de todo sistema informatizado, como el Sistema de Referencia y Contrarreferencia del MINSA, a nivel nacional, requiere contar con una planificación que incluya el poder establecer los requisitos mínimos de infoestructura e infraestructura disponible, así como el recurso humano, en cantidad, capacitaciones y estandarización apropiada. Considerando que muy poco de esto se ha diseñado e implementado [45], se reconoce sido completamente irregular y está relacionado con la falta de una adecuada planificación. Su

implementación ha mostrado debilidades y virtudes para los diversos subprocesos, como ocurre en toda actividad humana.

Asimismo, según la Metodología del marco lógico para la planificación, el seguimiento y la evaluación de proyectos y programas, al preparar un proyecto, es necesario establecer el problema central (una situación problemática) que afecta a la comunidad, aplicando criterios de prioridad y selectividad. Por lo tanto, el propósito y sentido del programa debe estar enfocado en resolver esa problemática priorizada. [50]

Posteriormente, en el contexto de la pandemia por COVID-19, mediante NTS N° 171-MINSA/2021/DGAIN se emitió la Norma Técnica de Salud para la Adecuación de los Servicios de Salud del Primer Nivel de Atención de Salud frente a la Pandemia por COVID-19 en el Perú, cuya finalidad es “Contribuir a la reducción del impacto sanitario, social y económico frente a la pandemia por COVID-19 en el territorio nacional a través de la Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) del primer Nivel de Atención en Salud. [51]

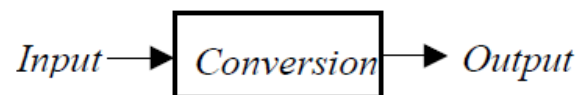
En este sentido, se plantea la siguiente pregunta problema: ¿Cómo se ha desarrollado el proceso de implementación del sistema de referencia y contrarreferencia de la atención ambulatoria en DIRIS Lima Norte en el periodo prepandémico y pandémico; así como caracterizar la producción de referencias en dicho periodo?

Teoría Sistémica y Evaluación de Proyectos y Programas Sanitarios

Existen diversos modelos de evaluación y análisis del funcionamiento de un sistema, programa o intervención sanitaria. Estos programas parten de la teoría

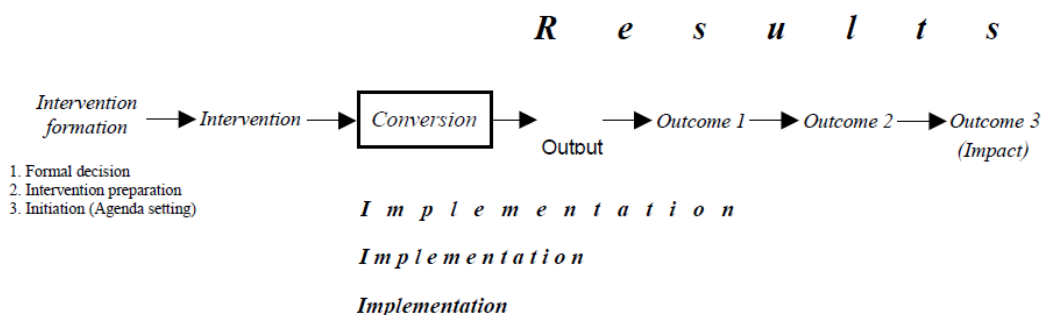
sistémica publicada por von Bertalanffy en la década de los años cuarenta. Luego de ello se han desarrollado adecuaciones a ello (Donabedian, Fundación Aga Khan, Tufts University, Frenk). Según Vedung y Roman [52], este modelo sistémico varía desde el esquema simple (Gráfico 02) pasando por el modelo con modificación de los insumos (inputs), procesos (conversion) y resultados (output) (Gráfico 03) hasta una propuesta de modelo cíclico de intervención pública con expansión de niveles de administración (Gráfico 04).

Gráfico 02. Modelo Sistémico Simple



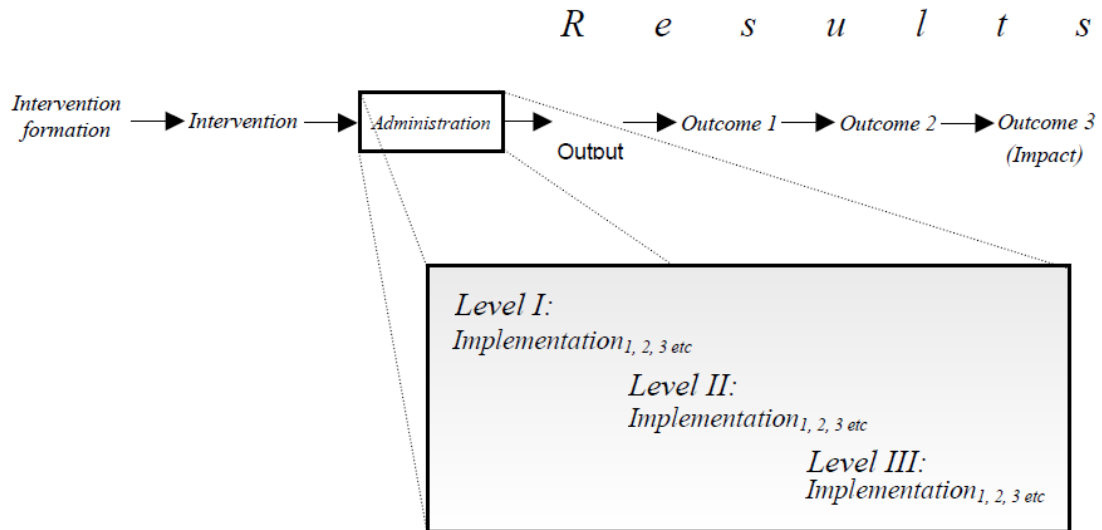
Fuente: Vedung E, Román M. Intervention Theory Evaluation of Global Environmental Regimes. [52]

Gráfico 03. Modelo sistémico con modificación de insumos, procesos y resultados



Fuente: Vedung E, Román M. Intervention Theory Evaluation of Global Environmental Regimes. [52]

Gráfico 04. Modelo cíclico de intervención pública con expansión de niveles administrativos



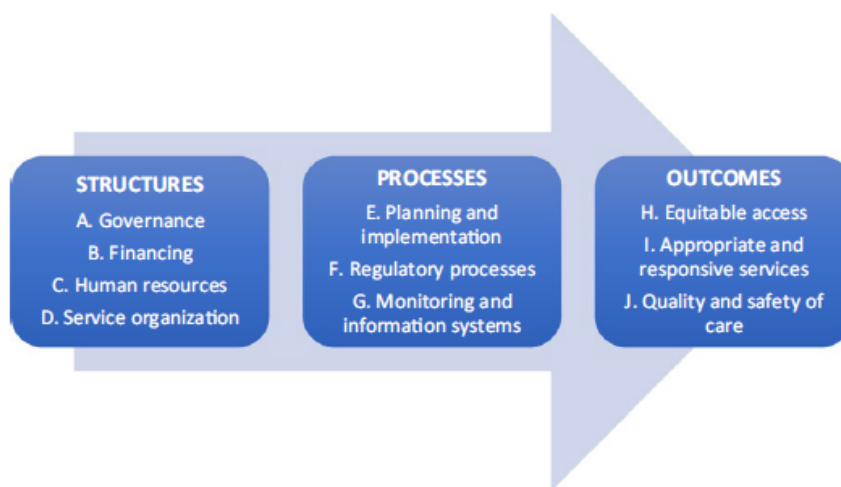
Fuente: Vedung E, Román M. Intervention Theory Evaluation of Global Environmental Regimes. [52]

Buscando extender la reflexión sobre este tema, en el marco del proceso de descentralización se han descrito en la literatura diversos modelos conceptuales, entre ellos, Bossert [53] (Espacio de decisiones), Blas [54] (Sistemas de salud en descentralización), Bardalez [55] (Modelo de gestión descentralizada) y Hutchinson [56] (Monitoreo y Evaluación de Reformas de Descentralización en los Sectores de Salud). Este último, en el 2004, utiliza el mismo modelo básico para el análisis de mejor la gestión de programas verticales, como control de enfermedades metaxénicas, incluyendo experiencias y lecciones aprendidas, efectos en el bienestar de la población en un proceso de descentralización del sector salud. Este esquema reconoce los diversos actores sociales, cuatro **dimensiones** de las organizaciones en contexto de descentralización (*autoridad, transparencia, capacidad e información*) y un esquema sistémico básico de insumos, procesos,

productos resultados e impactos. En insumos y procesos se consideran aspectos legales y de política, fiscales y organizacionales; en los productos considera el desempeño organizacional; mientras que en los resultados entran aspectos de desempeño del sistema de salud como acceso, calidad, eficiencia, utilización y capacidad de respuesta. El impacto considera incidencia, sobrevivencia, calidad de vida y equidad.

Más recientemente, en esta lógica macro sistémica, de análisis de los sistemas sanitarios, se ha desarrollado para la OMS una matriz temática para evaluar los sistemas de Atención Primaria en Salud, llamado Primary Systems (PrimaSys) [57] que considera 10 componentes temáticos, cuatro en estructura (Gobernanza, Recursos humanos, Financiamiento y Organización de los Servicios), tres en procesos (Planeamiento e Implementación, Procesos regulatorios y Sistemas de monitoreo e información); finalmente para impacto (outcomes) considera Acceso equitativo, Servicios apropiados y responsivos, y Calidad y seguridad de la atención, tal como se muestra en Gráfico 05.

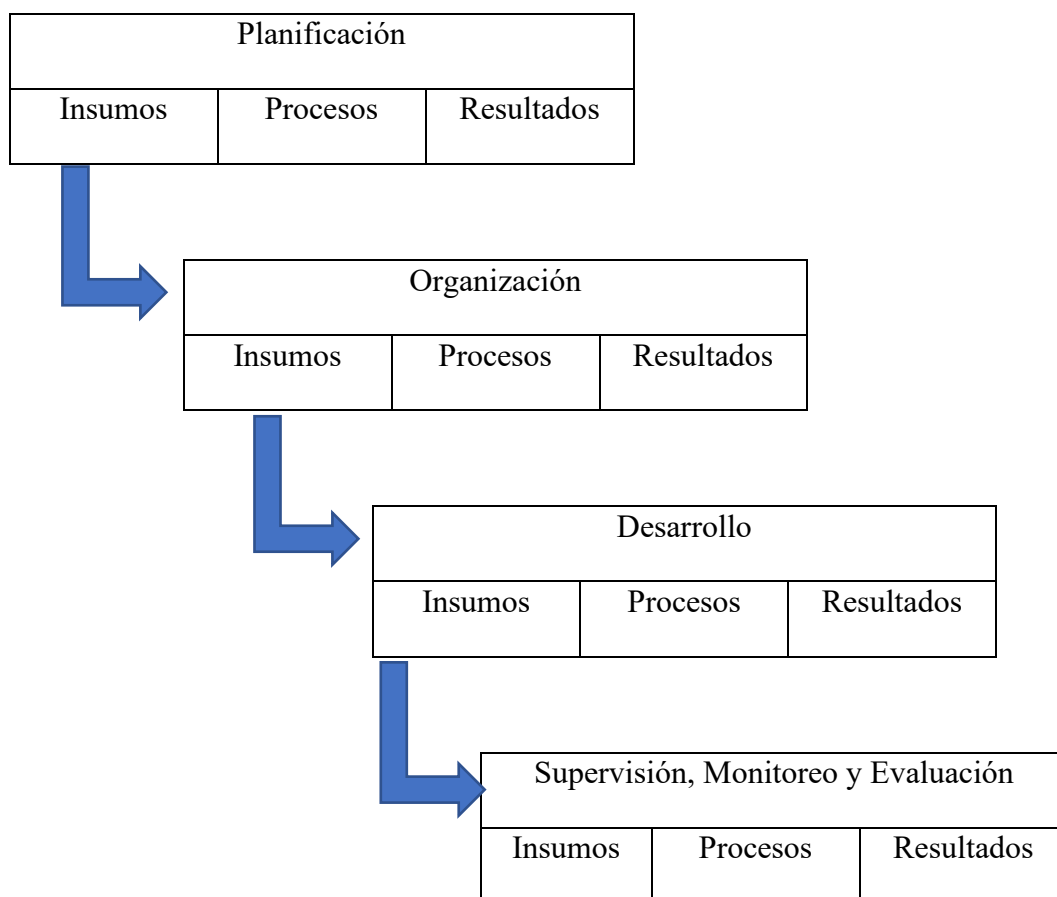
Gráfico 05. Matriz temática para sistemas de atención primaria en salud



Fuente: Adaptado de Kringos y col. [58]

Aplicando lo desarrollado en las distintas aproximaciones de la teoría sistémica al proceso de gestión, entendido para esta investigación como el esquema básico de la gestión, que incluye: planificación, organización, desarrollo y control (supervisión, monitoreo y evaluación). Se reconoce que cada uno de los procesos básicos de la gestión son necesarios para lograr la efectividad de todo programa, proyecto o intervención productiva. (Gráfico 06)

Gráfico 06. Aproximación sistémica al proceso de gestión



Elaboración propia

De la Gestión por Procesos

Teniendo como marco lo desarrollado se analizará los elementos de la gestión por procesos. La gestión por procesos es un conjunto de conocimientos y herramientas para facilitar el diseño del proceso teniendo en cuenta los recursos disponibles, los elementos del entorno, la definición de los actores y la transferencia de información de parte de todo el equipo. Es una técnica de gestión donde el protagonista es el usuario y atiende a las incertidumbres del entorno competitivo; su enfoque principal está orientado a la mejora continua de procesos, por lo que involucrar a todo el personal es vital. Su orientación a la mejora continua, permite analizar los procesos de las organizaciones, a fin de eliminar las deficiencias relacionadas con la duplicidad de actividades o uso ineficiente de recursos. Adicionalmente, promueve la coordinación y trabajo conjunto entre diferentes áreas a fin de simplificar actividades que limiten la agilidad de un proceso. Idealmente los procesos dentro de una organización deben estar estandarizados. [59]

Este modelo de gestión orientará todos los esfuerzos realizados a los objetivos de la institución y a los usuarios, con el fin de satisfacer todas sus necesidades; en esta técnica los procesos son definidos como el norte de los esfuerzos de mejora que inducirán mayor eficiencia y calidad en las actividades de la organización. Para que esto pueda tener un resultado exitoso y sea un modelo de gestión sostenible en la empresa, es necesario que haya una gobernanza de procesos en la organización; es decir, que hayan políticas que apoyen al funcionamiento óptimo de los procesos y tengan las facilidades, para que estos se lleven a cabo sin problema alguno. Asimismo, es de suma importancia que los procesos respondan a los objetivos y responsabilidades, tanto de la alta dirección como de las diferentes áreas o

departamentos; dichos objetivos a su vez, deben estar alineados al desarrollo estratégico de organización y por ende a la misión y visión de la misma.

Por otro lado, este sistema de gestión tiene al proceso inmerso en un contexto de red de procesos y se indica que la mayor cantidad de los errores o fallas son propiciadas debido a la existencia de procesos o actividades que son ineficientes o ineficaces, por lo que se busca constantemente su eficiencia y mejora.[60]

En el caso de las instituciones sanitarias, estas se estructuran por áreas en donde cada uno cuenta con sus respectivas funciones; resultando en una estructura matricial, donde recursos humanos y materiales se organizan para trabajar por un fin. En este modelo de gestión, para cada función se tiene asignado un jefe que tiene autoridad sobre todas las personas de su departamento; lo cual origina que el personal reconozca dos jefes al mismo tiempo, uno de la parte funcional y otro relacionado a la línea jerárquica del organigrama, lo cual resulta en un doble flujo de autoridad produciendo dificultades en la labor asistencial. Por ello, surge la necesidad de crear nuevos modelos de gestión que vayan acorde a los objetivos y metas de una institución sanitaria, es aquí donde se evidencia la importancia de un modelo de gestión por procesos en el sector salud, pues este tiene como fin abordar los problemas de los usuarios de una manera integral.[61]

Se define como proceso al conjunto de actividades que se relacionan entre sí para lograr un determinado fin y en su transcurso, transforman elementos de entrada en un producto o servicio, el cual genera un valor intrínseco para los usuarios.[60]

Basado en todo lo señalado previamente se analiza la existencia de una planificación, con la normatividad, financiamiento, recursos humanos,

infraestructura, infoestructura y equipamiento; así como sus respectivos planes de comunicación (para con los prestadores como con los usuarios finales) y de monitoreo y evaluación.

JUSTIFICACIÓN

Este estudio permite profundizar en la realidad del funcionamiento de los SRCR ya que varía entre los países por diversos factores, como sus culturas (tanto de la oferta y demanda, analizado a la luz de los desarrollos histórico-sociales), sus sistemas de salud en términos de segmentación y fragmentación, los diversos sub-sistemas de seguros, las organizaciones que lo conforman, las regulaciones existentes y su desempeño [61-62]. En este sentido, el estudio permitirá conocer las características del proceso de implementación del SRCR ambulatorio en Lima Metropolitana y servirá de base para hacer lo mismo en el resto del país. Además, permitirá identificar limitaciones en la implementación del sistema actual, a partir de la experiencia pre pandemia, así como identificar dentro de los actores sociales involucrados los elementos que deberían adecuarse para mejorar el SRCR ambulatoria, más aún en el contexto de la pandemia. El estudio del SRCR ambulatoria del MINSA, tendrá relevancia social pues servirá como una línea de base y permitirá establecer propuestas de mejora del sistema.

Asimismo, esta investigación es innovadora pues complementará todo un conjunto de investigaciones que esperamos realizar sobre el SRCR ambulatoria, entendida como el motor que permitirá promover y consolidar las redes integradas de salud (RIS), nueva propuesta nacional que busca fortalecer la APS y que tiene como

soporte al modelo de cuidado integral de servicios de salud y el apoyo financiero del Programa de Creación de las RIS (PCRIS), proyecto financiado por el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y Banco Mundial.

Finalmente, consideramos que el estudio fue factible realizar puesto que se tuvo acceso a la base de datos de las referencias y contrarreferencias existente en el Ministerio de Salud generada en los establecimientos de primer nivel de atención (establecimiento de origen) para atención especializada en hospitales (establecimiento de destino) de los establecimientos de las DIRIS Lima Norte seleccionadas. Además, será factible realizar las entrevistas a funcionarios y ex-funcionarios de las DIRIS y establecimientos con mayor demanda en la DIRIS seleccionada.

OBJETIVOS

Objetivo General

Analizar el proceso de implementación del sistema de referencia y contrarreferencia de la atención ambulatoria en DIRIS Lima Norte previo al periodo prepandémico y pandémico; así como la producción de referencias en dicho periodo.

Objetivos Específicos Cualitativos

1. Caracterizar el proceso de referencia y contrarreferencia de la atención ambulatoria en DIRIS Lima Norte previo y durante el periodo pandémico.

2. Indagar y describir los cambios en la gestión del SRCR ambulatoria en el contexto de la descentralización y de creación de las RIS de las funciones de rectoría, organización y gestión de los servicios de salud.
3. Explorar los problemas en la gestión del SRCR ambulatoria en el contexto de la descentralización y de las RIS en la DIRIS Lima Norte.
4. Conocer las lecciones aprendidas, los factores de éxito y de riesgo de la gestión del SRCR ambulatoria en el contexto de la descentralización y de las RIS en la DIRIS Lima Norte.
5. Analizar las propuestas de estrategias, mecanismos y arreglos institucionales que debieran implementarse para mejorar la rectoría, desempeño y gestión institucional y comunitaria del SRCR ambulatoria en la DIRIS Lima Norte, a la luz de lo vivido en la pandemia.

Objetivo Específico Cuantitativo

1. Estimar la producción de referencias y contrarreferencias generadas en DIRIS Lima Norte.

METODOLOGÍA

Tipo y Diseño de Estudio

Es un estudio mixto que consta de un sub-estudio cuantitativo y otro cualitativo. El sub-estudio cuantitativo tiene la finalidad de estimar la producción de referencias y contrarreferencias ambulatorias registradas en el REFCON en las DIRIS de Lima Metropolitana seleccionadas. El sub-estudio cualitativo tiene por finalidad permitir explorar los procesos de referencia y contrarreferencia ambulatoria mediante el REFCON en la DIRIS Lima Norte; así como identificar los problemas de gestión, las lecciones aprendidas y las propuestas de mejora del sistema de referencia y contrarreferencia ambulatoria ante esta nueva normalidad.

Del Sub-estudio Cualitativo

Tipo y Diseño de Estudio

Investigación cualitativa de tipo estudio de caso en funcionarios y colaboradores involucrados en el funcionamiento del sistema de referencia y contrarreferencia en el MINSA y DIRIS seleccionada.

Población y Diseño Muestral

La población estuvo conformada por funcionarios responsables del funcionamiento del SRCR en la DIRIS Lima Norte, personal asistencial y administrativo que participó en el SRCR. El recurso humano fue seleccionado de manera intencionada

buscando cubrir las diversas IPRESS en el proceso de referencia y contrarreferencia, desde la emisión de la referencia hasta la contrarreferencia.

Criterios de Inclusión

- Funcionarios responsables del REFCON en el Ministerio de Salud y la DIRIS Lima Norte.
- Personal asistencial que haya participado en la elaboración de referencias y contrarreferencias, por lo menos durante tres meses.
- Personal administrativo que haya participado en los procesos de referencias y contrarreferencias, por lo menos durante tres meses.
- Funcionarios responsables del REFCON en hospitales de la DIRIS Lima Norte.

Criterios de Exclusión

- Personal que no acepte firmar el consentimiento informado

Matriz de Consistencia

Objetivos específicos	Dimensión	Sub-Dimensión	Fuentes de información	Preguntas guía
Caracterizar el proceso de referencia y contrarreferencia de la atención ambulatoria en dos DIRIS de Lima Metropolitana seleccionadas previo al periodo pandémico	Procesos de referencia y Contrarreferencia	Elaboración de referencia Digitación de referencia Aceptación de referencia Programación de cita Atención de paciente	Documentos normativos Entrevistas	¿Cuáles son los procesos y subprocesos de la referencia? ¿Cuáles son los procesos y subprocesos de la contrarreferencia?
Indagar y describir los cambios en la gestión del SRCR ambulatoria en el contexto de la descentralización y de creación de las RIS de las funciones de rectoría, organización y gestión de los servicios de salud.	Nivel de implementación de las RIS	Organización de DIRIS en función de las RIS	Documentos normativos Entrevistas	¿Cómo se han organizado las DIRIS? ¿basados en las RIS? ¿cómo se viene desarrollando el SRCR en el contexto de las RIS?
	Efectos en la planificación del SRCR	Planificación del SRCR	Documentos normativos • Entrevistas	¿Cuál es el rol que juega el SRCR en el contexto de las RIS? ¿Cómo se concibe en el contexto de la integralidad y continuidad de atención? ¿Cómo se ha planificado: ¿recursos humanos? ¿Capacitación? ¿Infraestructura? ¿Equipamiento? ¿Intervenciones de seguimiento de pacientes e IPRESS de origen?

Objetivos específicos	Dimensión	Sub-Dimensión	Fuentes de información	Preguntas guía
	Efectos en implementación del SRCR	Implementación del SRCR	Documentos normativos Entrevistas	¿Cuáles son las ventajas y desventajas para los pacientes? ¿Cuáles son las ventajas y desventajas para las IPRESS de origen? ¿Cuáles son las ventajas y desventajas para las IPRESS de destino? ¿Cuáles son las ventajas y desventajas en la integralidad y continuidad de atención?
	Efectos en la evaluación del SRCR	Evaluación del SRCR	Documentos Entrevistas	¿Cómo hacen monitoreo del proceso de RCR? ¿periodicidad? ¿reportes? ¿otros? ¿Cómo hacen supervisión del proceso de RCR? ¿periodicidad? ¿reportes? ¿otros? ¿Cómo hacen evaluación del proceso de RCR? ¿periodicidad? ¿reportes? ¿otros?
Explorar los problemas en la gestión del SRCR ambulatoria en el contexto de la descentralización y de las RIS en la DIRIS Lima Norte.	Problemas en gestión	Problemas en: Planificación y presupuesto Organización del servicio Habilitación de lugares de trabajo Monitoreo y evaluación de SRCR Estandarización en todas las IPRESS de DIRIS	Documentos Entrevistas	¿Qué problemas han tenido con la aplicación de la normativa propuesta por el MINSA para el SRCR? ¿Qué problemas ha tenido en: Planificación y presupuesto Organización del servicio Habilitación de lugares de trabajo M & E de SRCR Estandarización en todas las IPRESS de DIRIS

Objetivos específicos	Dimensión	Sub-Dimensión	Fuentes de información	Preguntas guía
Conocer las lecciones aprendidas, los factores de éxito y de riesgo de la gestión del SRCR ambulatoria en el contexto de la descentralización y de las RIS en la DIRIS Lima Norte.	Lecciones aprendidas, factores de éxito y factores de riesgo del SRCR		Entrevistas	¿Cuáles considera que son las lecciones aprendidas que ha dejado la implementación del SRCR ambulatorio? ¿Por qué? ¿Cuáles considera que son los factores de éxito que ha dejado la implementación del SRCR ambulatorio? ¿Por qué? ¿Cuáles considera que son los factores de riesgo que ha dejado la implementación del SRCR ambulatorio? ¿Por qué?
Analizar las propuestas de estrategias, mecanismos y arreglos institucionales que debieran implementarse para mejorar la rectoría, desempeño y gestión institucional y comunitaria del SRCR ambulatoria en la DIRIS Lima Norte, a la luz de lo vivido en la pandemia.	Propuestas de mejora		Entrevistas	A la luz de su experiencia y lo vivido durante la pandemia: ¿Qué estrategias se deben implementar para mejorar el desempeño del SRCR ambulatorio? ¿Qué herramientas de gestión deben implementarse para mejorar el desempeño del SRCR ambulatorio? ¿Qué arreglos institucionales (DIRIS, RIS, IPRESS) deberían implementarse para mejorar el desempeño del SRCR ambulatorio?

Plan de Trabajo

Se procedió a solicitar la aprobación del proyecto por el Comité Institucional de Ética en humanos de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, contando con los permisos correspondientes a las autoridades de la DIRIS y hospitales de Lima Norte.

Luego de ello, se procedió a validar la guía de entrevista (ver Anexo 01) utilizada en este sub-estudio. Para ello, se solicitó la revisión de dos expertos con experiencia en estudios cualitativos.

Se invitó al personal de salud seleccionado a participar en el estudio, para ello se les informó del propósito del estudio y se les solicitó la firma del consentimiento informado y se programó fecha de la entrevista. Se entrevistaron 21 profesionales de MINSA, MEF, DIRIS Lima Norte, DIRIS Lima Sur, hospitales de DIRIS Lima Norte y de IPRESS del primer nivel de atención de DIRIS Lima Norte.

Se debe señalar que el investigador participó en la gestión de la DIRIS Lima Norte en el periodo 2019-2021, en este sentido mi posición es como observador participante.

Plan de Análisis

Las entrevistas grabadas fueron ordenadas, codificadas e interpretadas, para ello:

- Se realizó la transcripción de las entrevistas ejecutadas, detallando los momentos donde predomine silencios, reformulaciones, risas, etc.

- La categorización y codificación, usando del Atlas-ti, fue deductiva (previa al trabajo de campo) e inductiva, conforme se realicen las entrevistas. Luego se codificó de forma axial y relacional, seleccionando una categoría core sobre la que se integra y agrupa el resto de categorías, siguiendo un orden y jerarquía.
- Se realizó un análisis descriptivo, conceptual de las categorías, en el marco del proceso prestacional, analizando el rol que cumplen cada uno de los colaboradores. Ello incluye sus conocimientos, aspiraciones, motivaciones, limitaciones y oportunidades de mejora después de la pandemia por COVID-19. Asimismo, formó grupos de significado, permitiendo identificar e interpretar temas relevantes, estableciendo relaciones entre las categorías.

Del Sub-estudio Cuantitativo

Tipo y Diseño de Estudio

El sub-estudio cuantitativo es observacional de tipo transversal, a partir de la disponibilidad de la base de datos del REFCON, en establecimientos del primer nivel de atención y hospitales de la DIRIS de Lima Norte.

Población y Diseño Muestral

El marco muestral estuvo conformado por todas las referencias y contrarreferencias ingresadas en el sistema REFCON en el periodo 01 enero 2019 – 31 diciembre 2022 en las IPRESS del primer nivel de atención y hospitales de la DIRIS Lima Norte.

Se incluyeron todas las referencias ingresadas en el REFCON durante el periodo del estudio. Por lo tanto, no habrá ni tamaño muestral ni muestreo para este sub-estudio.

Operacionalización de Variables

Nombre de Variable	Definición Operacional	Tipo de Variable	Escala de Medición	Valores de Variable
Edad	Cantidad de años de vida del paciente. En caso pediátrico menor de 5 años se registrará en años y meses.	Cuantitativa	Continua, De razón	Años (adulto) Años y meses (<5 años)
Sexo	Características fenotípicas de los pacientes	Cualitativa	Nominal Dicotómica	Masculino Femenino
Grado de Instrucción	Grado de estudios aprobado por el paciente	Cualitativa	Ordinal	Analfabeto Primaria Incompleta Primaria Completa Secundaria Incompleta Secundaria Completa Técnico Incompleta Técnico Completa Superior Incompleta Superior Completa Maestría Doctorado
IPRESS de origen	Nombre de IPRESS que genera la referencia del paciente	Cualitativa	Nominal	Nombre de una de las IPRESS de DIRIS seleccionada
Categoría de IPRESS de origen	Nombre de IPRESS que genera la referencia del paciente	Cualitativa	Ordinal	De categoría I-1 a I-4
UPSS de origen	Servicio de la IPRESS de origen que refiere al paciente	Cualitativa	Nominal	Nombre del servicio de IPRESS
Profesión de quien genera la referencia	Profesión del profesional de salud que genera la referencia	Cualitativa	Nominal	Nombre de la profesión. En el caso de médicos, puede ser médico

Nombre de Variable	Definición Operacional	Tipo de Variable	Escala de Medición	Valores de Variable
				general, especialista o sub-especialista.
IPRESS de destino	Nombre de IPRESS a donde se envía la referencia del paciente	Cualitativa	Nominal	Nombre de IPRESS de primer nivel u hospital
Categoría de IPRESS de destino	Categoría de IPRESS a donde se envía la referencia del paciente	Cualitativa	Ordinal	De categoría I-3 a III-2
Especialidad de destino	Especialidad a donde se refiere el paciente	Cualitativa	Nominal	Nombre de especialidad o sub-especialidad a donde se refiere paciente
Diagnóstico de referencia del paciente	Diagnóstico con el que se refiere al paciente para atención especializada	Cualitativa	Nominal	Nombre de especialidad o sub-especialidad a donde se refiere paciente
Responsable de digitación de referencia	Grado de instrucción de responsable de digitación	Cualitativa	Ordinal	Desde analfabeta hasta maestría
Tiempo entre consulta y emisión de referencia	Tiempo que hay entre la hora de consulta y digitación de referencia en REFCON	Cuantitativa	De razón	Tiempo en horas y minutos
Tiempo entre emisión y aceptación de la referencia	Tiempo que hay entre la hora de digitación de referencia en REFCON y aceptación de referencia en la IPRESS de destino	Cuantitativa	De razón	Tiempo en horas y minutos
Tiempo entre aceptación de referencia y programación de la cita	Tiempo que hay entre la hora de aceptación de referencia en REFCON y fecha de programación de la consulta de referencia	Cuantitativa	De razón	Tiempo en días y horas

Plan de Trabajo

Luego de la aprobación del proyecto por el Comité Institucional de Ética en Investigación en humanos de la UPCH, se procedió a solicitar los permisos correspondientes a las autoridades de la Oficina General de Tecnología de Información (OGTI) del Ministerio de Salud (MINSA) para disponer de la base de datos para realizar el análisis correspondiente. Ello incluyó los hospitales de la DIRIS Lima Norte con la finalidad de completar el ciclo de atención de los pacientes.

Plan de Análisis

Una vez recibida la base de datos, se procedió al control de calidad de la misma, eliminando las inconsistencias en fechas, edad, sexo y enfermedad razón de la referencia y contrarreferencia, a partir de las limitaciones evidenciadas a partir de la implementación de la Ley de Protección de Datos Personales [63] y su Reglamento [64].

Luego, se realizó el análisis univariado, usando medidas de tendencia central y de dispersión, dependiendo de la normalidad de las variables. Asimismo, se realizó el análisis desagregado relacionando los tiempos con las IPRESS de origen y de destino, con las especialidades requeridas, con la edad, sexo, diagnóstico del paciente. Finalmente se realizó un análisis exploratorio bivariado usando pruebas no paramétricas.

Consideraciones éticas

Este estudio se ha elaborado respetando los principios de bioética en investigación y de transparencia y confidencialidad de datos. El protocolo de estudio, incluyendo

los instrumentos y consentimiento informado, luego de ser revisado y aprobado por la Facultad de Salud Pública y Administración (FASPA) fue enviado al Comité Institucional de Ética en humanos (CIE-H) de la Universidad Peruana Cayetano Heredia para su revisión y aprobación, incluyendo el consentimiento informado (ver Anexo 02) para el estudio cualitativo. Por otro lado, se solicitó mediante carta firmada por la Facultad de Salud Pública y Administración (FASPA) la autorización a la Oficina General de Tecnologías de la Información (OGTI) del Ministerio de Salud de la base de datos del sistema de referencia y contrarreferencia del periodo 2019 y 2020 de la DIRIS Lima Norte.

Los principios de bioética en investigación utilizados a nivel nacional y aplicados en investigaciones de la Universidad Peruana Cayetano Heredia son: autonomía, no maleficencia, beneficencia y justicia. **Autonomía:** Se entiende como la capacidad de toda persona para decidir sobre su bienestar personal y tomar libremente sus propias decisiones. En este estudio, los participantes serán invitados a participar pudiendo aceptar o no la invitación, con libertad de retirarse cuando lo consideren y con derecho a la protección de los datos que compartirán. **Beneficencia y No maleficencia:** Implica la obligación moral de actuar en beneficio de los demás, no producir daño y prevenirlo; Ello está intrínsecamente relacionado con este estudio. **Justicia:** se entiende como la equidad en la distribución de cargas y beneficios; los resultados de esta investigación permitirán mayor equidad, mayor acceso a la continuidad de atención de calidad, cuando los resultados sean adoptados por el subsector público.

RESULTADOS

5.1. Del Subestudio Cualitativo

5.1.1. De la Historia del Sistema de Referencia y Contrarreferencia en el Perú

En el país, una expresión de las características del sistema de salud peruano, segmentado y fragmentado, es la ausencia de un sistema integrado de Referencias y Contrarreferencias (RCR) que sea parte de una historia clínica electrónica de alcance nacional e incluya las referencias y contrarreferencias de la atención ambulatoria, de la atención hospitalaria y de la atención de urgencias/emergencias dentro de cada subsistema; así como las referencias integradas entre los diferentes subsistemas, con los beneficios para los usuarios en términos de calidad, continuidad e integralidad de la atención; lo cual fue referido por algunos entrevistados en los diversos niveles de atención.

“... debe haber un sistema único de referencia y contrarreferencia, nosotros no tenemos referencia y contrarreferencia ambulatoria, hospitalaria, de emergencia que funcione”. (Hospital)

“Sistema integrado de referencias que incluya referencias de consulta externa, referencias hospitalarias, de dos hospitalizaciones si queremos verlo así porque yo puedo referir un paciente hospitalizado en un materno al hospital o el hospital podría referirme un paciente hospitalizado que esté de salida a un materno para tener disponibilidad de cama y las referencias de emergencias y urgencias”. (Centro de Primer Nivel)

“porque generalmente en emergencia no lo usan. Pero podría hacerse, eso existe”. (Centro de Primer Nivel)

“Además, se requiere considerar la integralidad del sistema, hospitales que fuera de Lima metropolitana funcionan igual o menor que establecimiento I-4. El REFCON por sí solo no se ha creado para que sea el único o para que ande solo, tiene que ir dentro de una historia clínica, dentro del sistema que establezca y trabaje con todos los estándares de datos para que sea un módulo más del sistema”. (MINSA)

Este vacío se observó durante la pandemia de COVID-19 que se manifestó en la mortalidad reportada por el país, reportes de poca calidad y continuidad de

atención, y no reconocimiento de prestaciones como se señalará en la sección correspondiente.

“Una experiencia de referencia entre MINSA y EsSalud se dio durante la pandemia COVID-19, pero no han cancelado las deudas (...) otras prácticas inapropiadas era que de centros privados trasladaban a pacientes cerca a la entrada del hospital y hacían que el paciente entre solo con su familiar”. (Hospital)

En términos normativos, desde el 2001 hasta la fecha, hubo dos normativas sobre RCR, con énfasis en la atención ambulatoria. En el año 2001, se publicó la RM N° 155-2001 SA/DM “Normas del Sistema de Referencia y Contrarreferencia de los Establecimientos del Ministerio de Salud”, señalando que existen: **Referencia Comunal**, donde el agente comunitario refiere al usuario de forma inmediata cuando detecta signos de alarma y/o factores de riesgo, o en una situación de salud que requiera atención en una IPRESS; **Referencia entre establecimientos**, “cuando el problema de salud supera la capacidad resolutive de la IPRESS o se requiere opinión, confirmación diagnóstica, procedimiento de especialidad o continuidad de tratamiento”; y la **Interconsulta-Transferencia**, cuando se requiera opinión, confirmación diagnóstica especializada, procedimiento diagnóstico o de tratamiento de otras especialidades en la IPRESS, cuando el paciente requiera manejo médico integral en un servicio de hospitalización de otra especialidad, o en caso de pacientes asegurados y de atención cautiva (EsSalud, privados; Sanidades). Por el contrario, no se desarrollan las referencias de emergencia, ni de hospitalización, ni de mejoramiento de la capacidad resolutive. [48]

Luego, en julio del 2004, se publicó la Norma Técnica N°18 MINSA/DGSP-V.01 [49], donde se entiende a la RCR como un conjunto de procesos administrativos y asistenciales, por cual el personal de una IPRESS, transfiere la responsabilidad de

la atención de acuerdo a la necesidad que requiera el usuario a otra IPRESS de mayor capacidad resolutive (referencia). Ello se podrá realizar para pacientes de hospitalización, emergencia, consulta externa y servicios médicos de apoyo, siguiendo el mismo enfoque en todos los tipos de procesos. En dicha norma “El flujo de referencias fue formulado como pasos progresivos jerárquicos entre: IPRESS categoría I-2 y I-3 a IPRESS I-4 y luego al hospital, con el consecuente malestar de los pacientes referidos”. A nivel nacional, “cada DIRESA/ GERESA de salud implementó un flujo según sus posibilidades y de acuerdo a su realidad”, siendo la norma adversa a la realidad, en muchos de los casos. Uno de los comentarios señala que habitualmente “no hay diferencias en la capacidad resolutive de un establecimiento I-2 y uno I-3...”.

En esta Norma Técnica, las referencias eran llenadas por el personal asistencial en físico, quien le entregaba la referencia al mismo paciente. El paciente era responsable de tramitar su propia referencia. En la mayoría de los casos acudía al área de referencia o ventanilla de la IPRESS de destino (primer nivel con mayor capacidad resolutive u hospitales) para sacar su cita para la atención médica o especializada requerida. Esta forma impedía cuantificar este proceso ni calificarlo, y no podía ser debidamente evaluado. Para estos tiempos, el uso de las tecnologías de información y comunicación (TIC) era bastante limitado. Un segundo elemento a considerar es la ausencia de análisis en profundidad de las fortalezas y limitaciones que presenta la normativa existente y se procede a proponer una nueva normativa por malentender el locus de control externo, y creer que es necesario crear una nueva normativa sin entender apropiadamente lo que se desea modificar[49].

“... nosotros podríamos referir cuando hacíamos las referencias en forma física. Por ejemplo el paciente venía nos decía me estoy atendiendo en el hospital en el Instituto Nacional del Niño y me han dicho que me haga mi referencia allí porque ahí están mi historia y todo. Entonces el paciente nos dirigía.” (Centro de Primer Nivel)

“Antes del REFCON todo era en papel y se le entregaba al paciente. Los profesionales evaluábamos y decidíamos si se le hacían las referencias seguíamos llenando la referencia a mano y los formatos que siempre teníamos y le entregábamos al paciente.” (Centro de Primer Nivel)

“... todo el tema de referencia no en la lógica papel de los 80 o inicios de los 90 que yo lo conozco este porque ahí era papel puro o sea no había nada nuevo” (MINSA)

Más allá de la normativa existente algunos de los entrevistados refieren que el desarrollo de “sistemas” de RCR en la actual DIRIS Lima Norte, se realiza sin el desarrollo apropiado de tecnologías de información y comunicación (TIC), pero que en cierta medida permitía mejorar la continuidad de atención de los pacientes que lo requerían. En general, se señalan aspectos positivos y negativos de la implementación de alternativas de los previos “sistemas” de RCR, desde registros en papel, pasando por bases de datos en Excel en unos establecimientos del primer nivel de atención *“habíamos armado algo rudimentario parecido al REFCON”*, sistema para la referencia de gestantes a los hospitales con comunicación telefónica y vía WhatsApp para urgencias, que persiste hasta la actualidad, *“aun funciona la RED CONO NORTE”*.

“... con Sergio Bernal... había la referencia al hospital, se hacía en un recetario, una hoja, y se llevaba al hospital para que pueda ser intervenido y también en algunos momentos, ya cuando el paciente salía llegaba a los establecimientos y llegaba con una nota del hospital y comunicaban cómo debería de continuar porque supuestamente los médicos del hospital se sentían, que están en otro nivel.” (Centro de Primer Nivel)

“Eran los centros base... había más concentración de médicos, tenía laboratorio, entonces ahí era donde se referían los pacientes, o sea, ese era nuestro sistema de referencia, que teníamos. Y cuando se sobrepasaba eso,

mandábamos al hospital, no había un formato... era una hoja de historia clínica, hoja bond o un recetario... tenía validez”. (Centro de Primer Nivel)

“...había implementado un sistema de referencia. En mi centro es un Materno Infantil que abarca cuatro establecimientos de salud y habíamos armado algo rudimentario parecido al REFCON” (Centro de Primer Nivel)

“cuando me encargan referencias y contrarreferencias, antes estaba el doctor xxx, maestro en calidad, pero que al final llevaba todo en una base de datos propia que él mismo había hecho...”. (Centro de Primer Nivel)

“Creímos que era nuestro punto de quiebre... se iba a solucionar con estas directivas; sin embargo, no se solucionaron, porque nosotros a nivel de maternos siempre teníamos el inconveniente de no tener buena comunicación con el hospital de referencia.” (Centro de Primer Nivel)

“Y se comenzó a pensar en crear un aplicativo que pudiera reunir todas las características que le permitiera al paciente, que le permitiera al hospital y que le permitiera a los maternos solucionar los diferentes problemas que se creaban para el proceso de las referencias. (...) Hubo varios intentos, estoy hablando del año 2017, pero nunca se llegó a un aplicativo real (...). Un inconveniente en el 2017, era por ejemplo que los establecimientos del primer nivel no tenían equipo informático en cantidad suficiente que permitiera que nosotros seamos parte de este proceso de referencias.” (Centro de Primer Nivel)

“Así que la Red Tupac Amaru asumió ese reto y comenzó a implementar en un primer periodo a los maternos infantiles con equipos informáticos porque en ese entonces también ya se venía el proyecto de las historias clínicas electrónicas. Entonces ya era una necesidad el tener computadoras e impresoras operativas, (...) atender las emergencias que nos permitiera ser parte de este sistema informático.” (Centro de Primer Nivel)

Además, partiendo del principio que el sistema integrado de referencia y contrarreferencia debe ser parte de un sistema integrado de historias clínicas electrónicas en salud, el cual no existe. En consecuencia, al estar integrado con la historia clínica electrónica debe entenderse como un módulo de esta. Lamentablemente pese a la diversidad de iniciativas y disposiciones generadas, hasta la fecha no se cuenta con una historia clínica electrónica, o un conjunto de información que deba socializarse como parte del sistema de salud, donde es imperativo que participen todos los subsistemas.

“REFCON es parte de la historia clínica... Entonces, como estamos realizando un acto médico, pero si hubiera una historia clínica electrónica tendría que estar ligada con el REFCON. (Centro de Primer Nivel)

“...mientras que no haya en tema de la historia clínica electrónica, el REFCON puede ir caminando; pero la idea es que cuando esté el sistema sea un módulo más de esta historia clínica, sea un módulo más de lo que se llame finalmente el sistema que tenga el MINSA.” (MINSA)

“El sistema de referencia se entiende como parte componente de la historia clínica electrónica, no se puede entender como solucionador del problema, sino como una herramienta tecnológica con sus bondades, ventajas y desventajas; es un recurso que requiere recursos humanos, medios de comunicación y muchas otras cosas. (Hospital)

“creo que fue parte estrategia para implementar el sistema. Y se trató como un módulo adicional de la historia clínica electrónica. Porque ahora no sé cómo estará la implementación. (MINSA)

“...parte de la poca utilidad del REFCON es que ... no es interoperable con las historias clínicas informatizadas que existen en los hospitales en Lima Metropolitana” (MINSA)

En resumen, dadas las características del sistema sanitario peruano la implementación del REFCON parte desde una aproximación errada como solución de la atención con ausencia de historia clínica electrónica, sin interoperabilidad con los sistemas de los hospitales, sin equipamiento en el primer nivel y con ausencia de una normatividad actualizada.

5.1.2. Del Origen del aplicativo de Referencias y Contrarreferencias

(REFCON) en el Perú

Desde finales de los años noventa, se estuvo discutiendo a nivel de la sede central del MINSA los procesos para pasar a “*digitalizar*” las referencias, como un elemento más de las futuras historias clínicas electrónicas y su intencionalidad de llegar a un sistema “*cero papel*”.

“...a finales de los 90 hay un punto de quiebre que no conozco ya donde se pasa del papel a una intencionalidad de dejarlo o digitalizarlo”. (MINSA)

Identificar como se inició el proceso fue complicado porque no se cuentan con documentos históricos, ni con memoria histórica de la construcción de los diversos procesos de mejora. Se refiere que a partir de conversaciones al interior de la Dirección General Salud de las Personas (DGSP) y, posteriormente con la reorganización del Ministerio de Salud, bajo el impulso de la Dirección General de Aseguramiento e Intercambio Prestacional (DGAIN) se iniciaron las conversaciones y se comenzó a desarrollar el aplicativo informático con la finalidad de implementar el REFCON. Las primeras conversaciones datan del 2004, posteriormente se hablan de iniciativas en el 2007, hasta llegar a iniciativas concretas del REFCON en el 2014.

“... cuando se hacía la visita de asistencia técnica se fue identificando que no había el software para registrar el formato de referencia (...) conversé con el director el doctor Abad (...) y propone desarrollar esta aplicación y así iniciamos este desarrollo en un entorno web no en un entorno web; pero como todavía no había conexión en línea con RENIEC, no había conexión en línea no había una interoperabilidad. Se empezó a desarrollar un poco aislado y cuando se trataba de implementar no había conectividad en los establecimientos ni en la unidad de seguros, no es como ahora.” (MINSA)

“viajaba por el tema del RENAES implementando el Registro Nacional, y hacíamos asistencia 2006 y 2007. (...) al viajar como parte de las asistencias técnicas teníamos varios componentes, uno era categorización, otro referencias y contrarreferencias, el Registro Nacional de establecimientos. Cuando abordamos el tema de referencias... identificamos esta dificultad que tenían en el proceso de referencia y contrarreferencia”. (MINSA)

“Se propone a la dirección trabajar esta aplicación aparte que en la norma en la de 2004 hablaba de un software no y entonces las regiones decían al MINSA no hay software. ... deben hacer el software y es ahí donde se empieza a tener ese sustento para proponer a la dirección. Desde entonces

hacer este desarrollo la iniciativa no nace de OGEI ni nace de servicios ... nace de mi persona porque así fue porque como yo viajaba...". (MINSA)

Como parte de esta construcción, se desarrollaron dos versiones. La primera era una versión más limitada, "*como si fuera una isla*", que no interoperaba con los diversos programas existentes; como el de identidad de la RENIEC, el de IPRESS de RENIPRESS, el CIE-10, el de aseguramiento de SUSALUD, entre otros. Como fruto de la interacción con diversas áreas usuarias ("en campo"), se planteó la necesidad de mejorar la calidad del llenado, reduciendo los errores y tiempo de atención, por lo cual fueron incorporados en la llamada "versión 2". Esta es la versión existente para el periodo de estudio.

"la versión 1 era como una isla no se integraba al SIS no se integraba al RENAES no tenía conexión con RENIEC... el REFCON versión 1 tenía sus propias tablas no o sea su propia información, era como una burbujita. Entonces cuando uno quería integrarse con otros sistemas no podía interoperar. Con dicha versión cuando era un paciente asegurado se tenía que salir de la página del REFCON, entrar en la página del SIS, verificar si ese paciente era asegurado o no." (MINSA)

"... la versión 1 era como que permitía que solo el establecimiento tomara decisiones algo así era." (MINSA)

"Con la versión 1 se levantaron todas las mejoras de campo que se necesitaron para la versión 2. De ahí ya no ha habido más versiones". (MINSA)

"...al inicio era bien difícil y después cuando ya se empezó a hacer el desarrollo, se empezó a hacer los pilotos veíamos que si bien el software funcionaba pero que igual era un trabajo no integrado con otros sistemas entonces se propone trabajar con estándares de datos en salud con las IPRESS a fin de que el sistema interopere. (MINSA)

"En la versión dos se trabajó con los estándares de datos en salud. ... migramos a trabajar con todos los estándares de atención entonces eso permitió poder conectarnos en línea al SIS, al RENIPRESS, al RENIEC. Entonces podemos colocando el DNI automáticamente saber si es asegurado por el SIS o no es asegurado, o si existe ese establecimiento o no. La versión 2, de manera adicional, tenía gráficos, reportes, dashboard, o sea permitió tomar decisiones en base a la información. Ello dio roles a

la DIRESA, GERESA, DIRIS para que puedan tomar decisiones. (MINSA)

“...para que la versión dos interopere con el SIS se hizo transferencia a SUSALUD, se hizo la transferencia a RENIEC para que cuando uno ingrese su DNI, jale toda la información del paciente. Eso no había en la versión uno. En la versión dos ya jalaba la información del paciente, le estoy comentando esto del 2012 más o menos que íbamos ya trabajando esto” (MINSA)

“en la versión dos tenía previsto incluir el tema de la cartera de servicios de los establecimientos en las UPSS pero en línea y ver si el servicio está activo o de las camas eso es lo que en su momento se había establecido. Pero las necesidades de mejora se establecieron en campo para la versión 2. La versión 2 incluye todas las mejoras que se pudo hacer hasta ese momento.” (MINSA)

“Ahora yo creo que lo que sí tendría que haber ya sería una versión 3, pues es volver a revisar el aplicativo para ver que mejoras hacer y supongo que lo estarán pensando seguro para una versión 3. ... pero la norma tiene que ir de la mano; a veces le echan la culpa al software, pero el software no tiene la culpa.” (MINSA)

Por otro lado, para algunos entrevistados, el REFCON es un sistema muy burocrático que solo registra las referencias y contrarreferencias, pero que no permite reducir colas y favorecer la oportunidad de las referencias, de manera que se pueda priorizar la atención de pacientes; por ejemplo, pacientes *“crónicos que se están deteriorando, pero que aún no son una urgencia ni emergencia”*; y con resultados en el bienestar de los pacientes, debiendo estar *“alineado con resultados sanitarios claros”*. Como consecuencia de ello, muchas veces termina con el envío de pacientes a los servicios de emergencia por indicación del profesional del primer nivel de atención. El REFCON tampoco sirve para identificar preferencias de atención de los pacientes, tanto para elegir el médico tratante con quien desea atenderse como al establecimiento de destino, usualmente hospital, porque el paciente solo puede ser referido hospitales en el ámbito de su correspondiente

DIRIS, en el caso de Lima Metropolitana. Solo se le refiere a un instituto especializado u hospital nacional, cuando el hospital en el ámbito de su DIRIS no cuenta con la cartera de servicio requerida.

“Nuestro diagnóstico era que había que reformular bastante el sistema de referencias y contrarreferencias. Lo veíamos que era exageradamente normativo, y que no estaba alineado con resultados sanitarios claros. El resultado sanitario es que la señora que tiene cáncer de cuello uterino tenga diagnóstico temprano, tenga tratamiento temprano, y ojalá se cure el cáncer. (...) era una norma muy burocrática que decía: usted saque tal papel, llene tal papel, y había que cumplir a rajatabla. Entonces decíamos, que debe estar inspirado en resultados sanitarios.” (MEF)

“El sistema de referencias y contrarreferencias era muy reactivo; y las colas que había en la puerta del establecimiento se convirtieron en colas de referencias y contrarreferencias. (...) La persona tenía que pararse en la colita de la oficina de referencias y contrarreferencias y hacer una cola larguísima hasta que le den su referencia.” (MEF)

“En el tema del infarto al miocardio, cuenta mucho los tiempos de respuesta. Y ahí había la misma historia que el sistema de referencia y contrarreferencia, como estaba pensado, no tenía forma de conectarte, por decirte, con el manejo del infarto en el Dos de Mayo. Tengo un infarto acá, ¿y cómo lo hago llegar en menos de quince minutos? O de veinte minutos a que le hagan su manejo del infarto.” (MEF)

El REFCON tampoco permite el seguimiento de los casos diagnosticados o por confirmación diagnóstica; por ejemplo, en pacientes en quienes se sospecha o se realiza descarte cáncer de cuello uterino y le hacen un papanicolaou o en pacientes quienes presentan una enfermedad diagnosticada y requieren una prueba diagnóstica confirmatoria de complicaciones, el sistema no permite hacer seguimiento de los resultados del paciente para su diagnóstico o tratamiento oportuno.

“...en Villa El Salvador, en los tres centros de salud más grandes, al año, se tomaron 22 mil pruebas de Papanicolaou. Tratamos de buscar si algo más habían hecho (...) Y si después le habían mandado al HEVES. (...) encontramos que, de las 22 mil, prácticamente a ninguna le habían

devuelto nada. (...) Lo primero que nos dijeron, es un tema de registro... las propias obstetrices de los centros dijeron “*el resultado no me ha llegado*”; “*Del mes anterior, tampoco*”; “*y del mes anterior, tampoco*”. (...) Entonces, tratamos de armar, la línea de cuidado. Tomas el Papanicolaou, máximo al quinto o sexto día tiene resultado y máximo a los quince días, en caso fuera positivo, debería tener colposcopia. Y la idea era que antes de los treinta días cumple con todas las condiciones, ella pueda iniciar tratamiento en el HEVES, para el manejo de un posible cáncer.” (MEF)

Finalmente, varios entrevistados consideran que el REFCON no es un sistema aislado, sino que inicia con la referencia y termina con la contrarreferencia y que debe estar articulado con un sistema de gestión de establecimientos incluyendo gestión hospitalaria. Para ello, se debe contar con programaciones trimestrales, como mínimo, y optimización de horarios y turnos asistenciales favoreciendo la gestión y productividad de los establecimientos de salud. Ello puede incluir la gestión centralizada de servicios médicos de apoyo como central de laboratorio o de emergencias, como fuera trabajado sin éxito a través del Proyecto de Creación de Redes Integradas de Salud (PCRIS), financiado por el BID y Banco Mundial.

“... era un tema de gestión de turnos. En ese momento, cada vez que entregues la cita, entregas el nombre del médico u odontólogo o persona que lo va a ver y además de eso le dices la hora y el consultorio. Con lo cual, si el paciente llega y el médico no está, sabe que médico le está fallando. (...) En general la idea era ordenar oferta, ordenar demanda para evitar las colas, favoreciendo la oportunidad de las referencias.” (MEF)

“Tú encontrabas que la hojita esa que dice turnos programados... era un saludo a la bandera. Porque eso no hablaba con la marcación del relojito de entradas y salidas. Y eso no hablaban para nada con lo que aparecía sus atenciones registradas en HIS. En el HIS aparecía que él vino el día lunes y miércoles. En el cuadro ese de turnos que firmaban aparecía que él ha venido todos los días de la semana. Y en el relojito aparecía que ha venido el lunes. O sea, no conversaban.” (MEF)

“...en Villa el Salvador había nueve ambulancias, nueve por cinco, cuarenta y cinco choferes. El tema era que eran nueve dueños de ambulancia. Y cada uno decía, es mi ambulancia y yo no te puedo dar.

Entonces si se malograba uno, si el chofer no venía de ahí. Entonces tú dices, no, no, mira, con estas nueve ambulancias tú podías hacer la mejor red de atención de emergencias de Villa el Salvador” (MEF)

Independiente de lo señalado, en relación a la importancia de la gestión de turnos de atención que debe permitir aumentar la productividad de las atenciones sanitarias, buscando que estas sean de calidad, continuidad e integralidad; se debe contar con un sistema de referencias orientado a resultados sanitarios, en consecuencia, el desarrollo del REFCON debió ir acompañado del correspondiente cambio de la normativa que permita pensar en contar con un sistema integrado de referencias y contrarreferencias, considerándolo en relación con la atención de emergencias, atención ambulatoria, y hospitalizaciones así como para la referencia o contrarreferencia entre los diferentes subsistemas de salud. En el escenario ideal, se espera que el sistema debe estar estandarizado para todo el Sistema de Salud Peruano, incluyendo el componente financiero del mismo. Se reconoce que hubo un esfuerzo por generar una nueva directiva para el SRCR; sin embargo, hasta la fecha del estudio, esta norma no había sido aprobada.

“...la hoja de referencia en la norma no es la misma del REFCON porque variaron; hasta lo del SIS variaron. La hoja de referencia de la norma habla del plan A, plan B, plan C, cosas que ya no existía; entonces se hizo el sustento para poder este actualizar la hoja de referencia en el software, pero todo se trabajó con el equipo de servicios y con las regiones, porque había reuniones y ellos validaban qué mejoras se podía hacer, pero no está en la norma.” (MINSA)

“...hasta donde yo he conocido la norma, o sea, el software permite referir de acuerdo a la UPSS que tenga el servicio, pero este establecimiento tiene que actualizar en el RENIPRESS. Lo que no está en línea en el momento son las camas qué es lo que más dificultaba, o sea el servicio si está porque si coloco en el RENIPRESS...”. (MINSA)

“...hemos dejado algunas cosas de la norma 2004, sino el software no podía avanzar, y con algunos documentos se ha ido dando el respaldo de

actualizaciones que tenía que salir en la norma. Así hemos tenido que avanzar en el software porque la norma no salía y todavía no sale y estamos en el 2022. La norma la hace DGAIN, Servicios es el normativo, la que conduce según el ROF es Servicios, quien tiene que actualizar la norma; sí opina DGOS, pero Servicios es quien conduce este proceso de referencias. ...mencionar que el software está yendo por un lado y la norma todavía no está aprobada...”. (MINSA)

“...a través del REFCON, por ejemplo, van de abajo arriba, de arriba abajo, horizontal a través del software; pero, no tiene el respaldo que establece la norma de referencia. (...) en la norma hay un tema de los días, de vigencia en la hoja de referencia entonces teníamos que hacer coordinaciones con el SIS, sacar documentos y mandar a las regiones porque si no iba a colisionar con el software”. (MINSA)

Además, dada la tendencia mundial de desarrollo en redes (networking) se requiere establecer estrategias que permitan descongestionar la demanda de los hospitales y acercar los servicios de salud al ciudadano mediante la disponibilidad de medicamentos de segunda línea en establecimientos del primer nivel de atención o el envío de medicamentos desde hospitales a establecimientos del primer nivel evitando citas para que reciban sus medicamentos especialmente en pacientes con enfermedades crónicas. Junto con ello se debe viabilizar la atención en casos de emergencia, por ejemplo, en el caso de partos complicados atendidos en el primer nivel.

“en los establecimientos de primer nivel, es como un cuarto individual donde puede su familiar ir tranquilo y puede ser mejor que en el hospital. Acondicionamos en el Juan Pablo II, casi como tres o cuatro ambientes, todo súper bacán, chévere. La gente aumentó la atención del parto al doble, al triple, algo así. Porque pasaban directo, los ambientes estaban súper limpios. Y le redujimos la carga tanto a la maternidad, al instituto materno como al María Auxiliadora. Pero la pata coja era ¿Y qué pasa si aquí, en pleno parto, yo necesito hacerle una cesárea? (...) El problema era que cuando se los llevaban al María Auxiliadora te ponían en la cola. Podía ser que no te atiendan o el María Auxiliadora te podía acusar porque has tomado el riesgo de atender un parto y no lo has mandado, etc.” (MEF)

5.1.3. De los Procesos y subprocesos de las Referencias y Contrarreferencias

5.1.3.1. De las Referencias

Este SRCR solo se enfoca en la consulta ambulatoria en las IPRESS del MINSA y de las Regiones presenta **varios sub-procesos, los cuales deben estar estandarizados**. En el caso de la DIRIS Lima Norte, este SRCR inicia a comienzos del 2018. Se inicia cuando el paciente ingresa al consultorio y es evaluado por un prestador de salud, quien con criterios técnicos decide la pertinencia de realizar el llenado de la referencia. Esta referencia es registrada en el aplicativo REFCON, pudiendo realizarse en consultorio, por el prestador, si cuenta con computadora o en el módulo correspondiente para su digitación, habitualmente por un personal administrativo quien desempeña dicha función. Al indagar sobre las capacitaciones a las que han sido expuestos los profesionales y administrativos, es muy limitada o no han participado en ellas.

Al inicio del funcionamiento del REFCON en Lima Norte, solo dos establecimientos del primer nivel de la RIS Comas apoyados por la cooperación coreana (Santa Luzmila II, Laura Rodríguez) contaban con computadora en la mayoría de los consultorios donde los médicos se encargaban de ingresar la referencia. En el resto de establecimientos de la DIRIS Lima Norte, el prestador llenaba la referencia, en papel, con tres copias: una era entregada al paciente, otra formaba parte de la historia clínica y la última para su digitación el área de referencia y contrarreferencia en el aplicativo REFCON. Cada referencia digitada en el aplicativo REFCON, genera un mensaje de texto (SMS) que llegaba al celular señalado por el paciente, informándole que su referencia ha sido digitada.

Prontamente, junto con un aumento en la cantidad de computadoras en los establecimientos, en el año 2019 en la DIRIS Lima Norte se emitió una disposición por la cual las referencias pasaron a ser digitadas por los propios profesionales de la salud, esta implementación fue bastante limitada por la disponibilidad de computadoras en los consultorios en las pocas IPRESS que contaban con computadoras en todos los consultorios o al finalizar su turno de atención en computadoras disponibles en sus respectivas IPRESS, práctica que no siempre fue realizada oportunamente. Asimismo, se reconocen como positivas las reuniones con funcionarios de DIRIS para coordinar actualizaciones o modificaciones del REFCON.

“nosotros empezamos a escuchar del tema del aplicativo REFCON cuando estaba el Dr. Tarazona de director, del 2018 cuando empezó la DIRIS.” (Centro de Primer Nivel)

“Con el REFCON seguíamos llenando la referencia a mano y los formatos que siempre teníamos y le entregábamos al paciente. Eran tres fichas, tres formatos autocopiables, uno le entregábamos al paciente para que vaya al hospital a pedir su referencia. De las otras dos, teóricamente una se quedaba, y la otra iba al servicio de referencia o se entregaba al técnico que trabajaba en referencias para que la digite...”. (Centro de Primer Nivel)

“La DIRIS estableció de que sí o sí tenía que llevarse a cabo la digitación de parte de todo el personal. El Progreso fue innovador en esto porque casualmente teníamos todos una computadora en cada consultorio. Y con eso comenzamos a presionar y a digitar y todo esto; había gente muy renuente, muy reacia a digitar, a sentarse frente a una máquina porque decía que era doble trabajo.” (Centro de Primer Nivel)

“no hay modificación o actualización acorde con el aplicativo REFCON como trabajamos, como mejorar y como generar un flujo estándar que todos respetemos (...) No he visto que el MINSA haya convocado a todos los encargados para ver la situación o qué mejoras se va a hacer. Normalmente nos hemos reunido algunas veces, ahora es más seguido nos estamos reuniendo con DIRIS, con el encargado de DIRIS.” (Hospital)

Asimismo, se espera que cada IPRESS del primer nivel deba contar un **equipo de referencia** conformado por un médico y un personal administrativo, como mínimo, con la finalidad de garantizar la calidad de las referencias/contrarreferencias y su seguimiento. Junto con ello la atención de las dudas e inquietudes de los pacientes y sus familiares.

“los establecimientos tienen que crear sus equipos REFCON, que tiene que estar integrado por un médico y por dos administrativos. Algunos establecimientos lo hicieron como el Materno Santa Luzmila, porque contábamos con recurso humano, y otros establecimientos no”. (Centro de Primer Nivel)

Luego, en un segundo subproceso, la referencia enviada es auditada por el equipo de referencia y contrarreferencia de IPRESS de destino y termina con su aceptación, o rechazo. En este último caso, se obliga a formular una nueva referencia en la IPRESS de origen. Cuando la referencia es observada pueden levantarse las observaciones, para poder ser aceptada o puede persistir la observación. En este caso, el paso de referencia y su observación puede repetirse en más de una ocasión sin que quede registrado en el aplicativo informático; solo queda registrado el tiempo desde la emisión hasta el rechazo o aceptación, lo cual es una limitante para el análisis de calidad y oportunidad del proceso, tal como se conversara “*en el equipo de gestión de la DIRIS*”. Ello se ha señalado en una investigación previa [29], señalando que el aplicativo guarda el registro del tiempo inicial y de la aceptación o rechazo. Cada vez que una referencia es aceptada en el REFCON por la IPRESS de destino, se envía un mensaje de texto, en SMS, informando al paciente que su referencia ha sido aceptada en la IPRESS de destino.

A continuación, el equipo de referencia de la IPRESS de destino programa la cita de la referencia solicitada, y se envía un tercer mensaje de texto al paciente, informando día y hora de su cita. Este proceso es complejo de caracterizar porque de los tres hospitales de la DIRIS Lima Norte, solo uno de ellos, el hospital Carlos Lanfranco La Hoz, tenía su historia clínica *“parcialmente interoperable”* con el REFCON; contrario a lo que ocurría en el hospital de Emergencias de Villa El Salvador (HEVES). Con su cita programada, el paciente debe acudir a la ventanilla única de la IPRESS de destino para su recibir su atención. Luego de su atención, el médico tratante decide si continúa en dicha IPRESS, con el mismo médico o es referido a otra especialidad o se refiere a otra IPRESS de mayor capacidad resolutive o se realiza la contrarreferencia a su IPRESS de origen.

Este mecanismo de envío de mensajes vía SMS duró hasta *“2019 o 2020”* y *“recién en el 2024”*, por decisión de autoridades del MINSA fue reemplazado por el envío de correos electrónicos a los correos de los pacientes *“como si todos [los pacientes] tuvieran correos electrónicos o los revisarían”*.

“...el médico hacía un segundo filtro, una especie de auditoría, porque ahí ya apareció otro problema. Las referencias llegaban a veces directas al médico, paciente, hospital, y el hospital las rechazaba porque aparentemente la referencia no cumplía con ciertos criterios. Como, por ejemplo, situaciones que podían resolverse en el primer nivel, sin embargo, eran referidos; exámenes de laboratorio que debería asumir el primer nivel, sin embargo, el primer nivel estaba desabastecido; y así una serie de situaciones que el hospital rechazaba y que el establecimiento de salud no sabía cómo resolver, porque creo que el tema de desabastecimiento ha sido uno de nuestros principales problemas”. (Centro de Primer Nivel)

“Descongestionar los hospitales y que los hospitales se puedan dedicar a otra cosa. Por ejemplo, ahora estamos empezando a hacer cardiología intervencionista, que no se podía hacer antes. Con la compra del arco en C, y el tomógrafo, hay que comprar un resonador, un angiógrafo, porque en verdad que tenemos que ir mejorando.” (Hospital)

La normativa vigente, del 2004, establece que las **referencias son hacia arriba** (IPRESS de mayor categorización) y **las contrarreferencias son hacia abajo** (IPRESS de menor categorización). Este tema de referencia hacia establecimientos de mayor capacidad resolutive debió considerar las UPSS y no solo la categorización de las IPRESS. Ello tiene expresiones diversas en referencias hacia abajo a establecimientos con menor categorización o referencias horizontales, entre IPRESS de una misma categorización. Algunos ejemplos de ello, es la existencia de médicos especialistas (neumólogos, cardiólogos, oftalmólogos, especialistas en medicina física y rehabilitación) sin el equipamiento apropiado para la adecuada atención de los pacientes en IPRESS I-3; la aparición de los Centros de Salud Mental Comunitarios, categoría I-3. Además, dada la normativa existente, muchas veces en el primer nivel de atención no se cuenta disponibilidad de la medicación adecuada; por ejemplo, paciente con hipertensión controlada que podrían recibir *“antihipertensivo de segunda generación y tener sus controles en el primer nivel, pero solo hay estos medicamentos en los hospitales”*. Como se señalara previamente, solo hay una excepción implementada para la “referencia” de los recién nacidos a la IPRESS de origen de sus padres. Por el contrario, ello no ocurre en el caso de pacientes que llegan a emergencia de los hospitales que terminada su atención deben ser transferidos a sus IPRESS de origen, pero no está caracterizado apropiadamente dicho proceso. Asimismo, centrado en el paciente, los hospitales han generado iniciativas para la contrarreferencia de pacientes hospitalizados. Por ejemplo, otorgando una o más *“citas de control al alta quirúrgica”* o *“al alta obstétrica”*.

“...el flujo de referencias y contrarreferencias en el tema psiquiátrico necesita ser revisado porque es suigéneris, es inusual. No es del de menor

complejidad a mayor complejidad sino es más bien de cualquier complejidad a un mental comunitario...”. (Centro de Primer Nivel)

“tenemos que regresarlo, pero ellos tienen que contrarreferirlos y nosotros hacemos una nueva referencia para permitir que vuelvan a atender al paciente en el establecimiento de mayor complejidad”. (Hospital)

“...el paciente debe salir de una hospitalización con su contrarreferencia para seguimiento de su salud. Nosotros estamos otorgando su cita o quizás de control con el fin de evitar que el paciente con esa hoja de contrarreferencia vaya al establecimiento de salud a solicitar una referencia para volver a nosotros”. (Hospital)

5.1.3.2. De las Contrarreferencias

En la contrarreferencia, el proceso es similar, la **IPRESS de destino genera la contrarreferencia** la cual es dirigida a la IPRESS de origen que le corresponde al paciente. La contrarreferencia debe ser aceptada por esta IPRESS. Para este proceso existen diversas situaciones que no suelen reconocerse y que requieren actividades de educación y sensibilización de los prestadores y población. Entre ellas, tal como lo señalan los entrevistados podemos reconocer que: (a) los prestadores que en su gran mayoría son especialistas no reconocen la importancia y el valor agregado de la contrarreferencia, por eso al analizar las cifras cuantitativas de contrarreferencias estas representan menos del 5% del total de referencias (cifra muy por debajo de estadísticas internacionales publicadas). Afortunadamente ello se ha incrementado significativamente durante la pandemia, porque el tiempo de vigencia de la referencia fue establecido para un periodo de tres meses. Existieron casos como la contrarreferencia de pacientes infectados con VIH de servicios de enfermedades infecciosas hacia los CERITSS, que tuvo resistencias por parte de los médicos especialistas y de los pacientes; (b) las IPRESS del primer nivel que deben aceptar la contrarreferencia no están acostumbradas a visualizar esta sección en el

REFCON, ello ocasionó retraso en las contrarreferencias, por lo que varias veces se tradujo en la indicación a los pacientes *“que acudan a su establecimiento habitual”*; (c) según la cultura de la población general *“es mejor atenderse en un hospital que en una posta”*; por tanto, si la implantación de este sistema no va acompañado de una adecuada educación y concientización de la población, persistirá de resistencia al cambio, incluyendo la resistencia a ser contrarreferido. Una expresión de ello, cuando se entregaban las contrarreferencias a los pacientes para que las registren en el sistema del hospital, *“los pacientes preferían guardarse las hojas”* de contrarreferencias porque *“preferían quedarse en el hospital”*.

“...no hay mucha costumbre de los médicos del hospital a contrarreferir a los pacientes o la verdad que no lo han hecho y son muy pocos los que ahora lo están haciendo; (...) las contrarreferencias que se están emitiendo ahorita son porque los plazos de la vigencia de la referencia ya vencieron. Yo... estoy haciendo las contrarreferencias, en el tema es porque los médicos realmente no realizan la contrarreferencia” (Hospital)

“A ellos los contrarrefiero, pero en las observaciones indico que se tiene actualizar, ingresar la hoja de referencia, para que continúen su tratamiento. Igual con las referencias para que se sigan atendiendo por programa”. (Hospital)

“Antes se le entregaba la contrarreferencia al paciente para que la registre en el REFCON, pero las personas quieren seguir atendiéndose en el hospital por lo que se guardan la hoja de contrarreferencia y se van”. (Hospital)

“Pusimos una técnica que lleve las contrarreferencias al REFCON para su registro, pero el sistema no era muy eficiente”. (Hospital)

“Cuando nosotros lo llevábamos al segundo o tercer nivel, algunos colegas y por lo menos los líderes de opinión... no conocían. Para él era un paciente más que llegaba. Tanto así que no se maneja la contrarreferencia. Solamente la referencia, nada más. REFCON, no está siendo utilizado. (Centro de Primer Nivel)

El **flujo de contrarreferencias** se ha implementado apropiadamente cuando ello tiene un **valor de transacción** para algunos actores involucrados en el proceso, en

este caso los profesionales asistenciales, a través de bonos. Ello es más evidente en aquellas IPRESS donde las referencias o contrarreferencias son registradas por el prestador; siendo menor en los casos donde se solicita que el paciente lleve su contrarreferencia para que sea digitada en los módulos. En este último caso, juega un rol importante el valor de transacción percibido por el paciente; esto es, el paciente considera importante o pertinente que sea contrarreferido a su IPRESS de origen.

“...no hemos encontrado la forma de sensibilizar a todo nuestro personal, no solamente asistencial, sino también administrativo, de la importancia del buen uso de este aplicativo. Porque si bien tuvimos apoyo de la dirección, dirección general y dirección administrativa, junta, pero eso no fue suficiente. También tiene que ir acompañado de predisposición del personal asistencial y administrativo de poner de su parte y que este aplicativo rinda los frutos que podamos cosechar de él. (Hospital)

“...el médico que le dé una copia al paciente, y también se la entregue al técnico o se la entregue a la enfermera. Fue un poco complicado pedirles a los médicos que a criterio clínico contrarrefieran al paciente, porque finalmente ellos tienen la última palabra, sino que también concluyan con todo ese proceso administrativo para que la contrarreferencia haya sido realizada de manera adecuada”. (Hospital)

“[contrarreferencia] era positivo para la institución y para ellos mismos. A través del famoso bono. Entonces, si es que toca su bolsillo y le dices, vas a ganar un sueldo más si llegamos a la meta del 100% que incluye las contrarreferencias, ellos felices comenzaban a hacer las contrarreferencias y a respetar el proceso. Y tú sabes que se alcanza una meta más alta, más jugoso es el bono”. (Hospital)

En resumen, se describen los procesos y subprocesos en la generación de las referencias y contrarreferencias en el REFCON reconociendo la importancia de su visibilización, la ausencia de procesos operativos estandarizados y, en el caso de las contrarreferencias su pobre valor de transacción percibido.

5.1.5. De la Planificación e Implementación del REFCON en la DIRIS Lima Norte

De las entrevistas, se reconoce que **no hubo un documento de planificación** para implementar el REFCON en la DIRIS Lima Norte. Por el contrario, señalan que se realizaron actividades de capacitación y reuniones entre el personal de las IPRESS del primer nivel y hospitales con funcionarios de DIRIS Lima Norte y del MINSA. Por otro lado, solo un ex-funcionario del MINSA señala que sí hubo un plan de escalamiento a nivel nacional, el cual no fue socializado, ni pudo ser identificado, ni encontrado.

“Hubo un plan 2018 que promovió el escalamiento de este aplicativo, el REFCON, con otros componentes más de la historia clínica electrónica, apoyado con estos fondos del FED.” (MINSA)

“se tiene que impulsar el REFCON. Si hubo algún plan que incluía capacitación, habilitación de algunas áreas que deberían existir en el hospital, si hubo apoyo de algún tipo... solamente tengo la orden de implementar” (Hospital)

“en el 2019 se tuvo reuniones semanales entre los equipos de gestión de cada uno de los hospitales (Bernaes, Lanfranco y Cayetano) con el equipo de la DIRIS para construir la viabilidad del REFCON. Estas reuniones eran rotativas en las cuatro sedes: hospitales y DIRIS” (DIRIS)

Esta **ausencia de planificación ni visión de mediano-largo plazo** es manifestada como una práctica frecuente y la señalan como parte de *“la idiosincrasia del peruano”*; así como una *“imposición vertical de las autoridades del nivel central”*, del MINSA. Una adecuada planificación implica pensar enfocado en planificación estratégica u otro método orientado al usuario a través de resultados de corto, mediano y largo plazo; definición de estrategias de intervención, financiamiento, recursos humanos, equipamiento, capacitaciones, estrategias de comunicación y

promoción con los involucrados (stakeholders). La ausencia de este plan afectó la implementación del REFCON; así como el desempeño de los prestadores y de los pacientes, quienes progresivamente fueron conociendo del REFCON.

“... si hablamos de plan documentado no lo hubo, no hubo un plan o no hubo una hoja de ruta documentada para la implementación del aplicativo, pero sí hubo reuniones con el equipo de algunos maternos y del hospital en el que yo trabajo nos reunimos que mínimo cada 15 días. (...) lastimosamente no hubo una hoja de ruta pegada una a una y que buen blanco y negro para poder trabajar la implementación del aplicativo simplemente tratamos con lo poco que teníamos darle adelante hasta la fecha”. (Hospital)

No, no hubo ningún documento, plan con respecto a ello, es más, hasta la fecha ese aplicativo no tiene una denominación directa hacia alguna dirección específicamente. (DIRIS)

“hasta donde yo recuerdo no ha habido [un plan] en el 2018 ni en el 2019. Poco a poco se ha ido explicando a los pacientes. Hasta donde yo sé, no se ha hecho una campaña de información al usuario”. (Hospital)

“los niveles operativos no conocen un plan como documento del REFCON con capacitaciones y equipamientos, etc. Algo de eso se incluía dentro del plan de asistencias técnicas, dentro de los planes de asistencias técnicas estaba incluido el REFCON o sea si estaba dentro de las líneas de trabajo de la división de servicios de salud”. (MINSA)

“No se llegó a hacer difusiones masivas ni dar computadoras porque en la mayor parte, las referencias era la responsable de seguros. En seguros tenían conectividad y el software como era solamente se enviaba un link entonces no había esa necesidad de poder instalar o adquirir equipos para dar, aparte que no había presupuesto. Entonces no se ha hecho mensajes radiales, ni difusión masiva a la comunidad tampoco. Las capacitaciones que se dieron han sido en talleres”. (MINSA)

“... campañas desde el MINSA no hemos tenido, pero en las regiones sí; a su manera, socializaban que vengan, pero nosotros no. Como MINSA no hemos hecho esas campañas no”. (MINSA)

“Hay cosas que en el Ministerio de salud se podrían planificar, hasta cronogramas, y al final no se hacen. (...) es parte de la idiosincrasia del peruano de hacer las cosas a última hora”, y que pena que sigamos teniendo la misma actitud a pesar de todo”. (Centro de Primer Nivel)

Un tema central en el proceso de implementación es identificar la instancia que debe dirigir este proceso. La mayoría de entrevistados que comentaron sobre el tema señalaron que esta función debería ser asumida por un órgano de línea del MINSA y no a través de un órgano de apoyo. Este es el mismo error reconocido por los entrevistados para la implementación de herramientas de gestión en salud que son parte de las tecnologías de la información y comunicación, como la historia clínica electrónica.

“...la mayor deficiencia desde mi punto de vista es que el problema debe ser asumido por DGOS [Dirección General de Operaciones en Salud] como órgano de línea, con apoyo de DGIESP y DGAIN. Y que no debió haber sido asumido por un órgano de apoyo que es la Oficina General de Tecnología de Información. Y que, lastimosamente, hasta la fecha la dinámica sigue en ese proceso”. (MINSA)

“... OGTI en el MINSA no es un órgano de línea. No está preparado para, es como en el MEF, en algún momento pensaban que el OGTI se puede encargar del SIAF. Y yo les decía, el SIAF no es el sistema operativo del MEF; es el sistema operativo del sistema financiero de todo el país. Entonces tiene que ser en otra parte, no puede estar en el help-desk del MEF. Entonces, el OGTI del MINSA es el help-desk del MINSA, del edificio de Salaverry. Entonces, es un help-desk, no es una no es la línea y siempre estuvo diseñado así, sus MOF y ROF están así, marcados, impregnados de ello. Tanto así que OGTI no depende de los viceministros, sino depende de la Secretaría General”. (MEF)

“...esta última vez le hemos dado los noventa millones, y [viceministro] ha transferido para que el jefe OGTI defina cómo va a ser la historia clínica y lo va a implementar. Y el jefe OGTI lo que piensa que para historia clínica es comprar el servidor más potente, instalarlo ahí en el piso del MINSA. Y a ver este que los usuarios me digan qué quieren”. (MEF)

Esta implementación adecuadamente planificada debe contar con el adecuado recurso para los fines operativos con el propósito de implementar una estrategia como el SRCR. Tal como lo describe D'Alessio [94], ello se conoce como las 7M: Cultura Organizacional (Mentalidad), Activos (Maquinaria), Personas (Mano de

obra), Procesos (métodos), Clima Interno (Medio ambiente), Capital de trabajo (Moneda) e Insumos (Materiales). Iremos señalando los vacíos en la planificación empezando por el capital de trabajo, según uno de los responsables el “*REFCON era pobre*”.

“El REFCON era pobre, con lo poco que teníamos nomás difundíamos. No le digo que el REFCON a lo mucho habrá costado para los reportes porque OGTI ya no sé abastecía y tuvimos que contratar para que hagan este reporte. 2000 o 3000 soles. Y eso es todo lo que costó el REFCON así fue”. (MINSA)

Se manifestó que la implementación del aplicativo REFCON en la DIRIS Lima Norte, se inicia a través de capacitaciones en el ámbito del hospital Sergio Bernales, luego en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz y posteriormente en el ámbito del Hospital Cayetano Heredia. En el caso de las IPRESS del primer nivel, la última RIS en ser capacitada fue la RIS Puente Piedra. Más allá de las capacitaciones, la gran mayoría de entrevistados señalan que ello no fue acompañado con organización ni mayores recursos humanos, tampoco financiamiento para infraestructura ni equipamiento. En una fase inicial, se contrató digitadores para el registro de las referencias, se exigió habilitar un área para el registro de las referencias y para la capacitación no se exigió la participación del personal asistencial por lo que los participantes de las actividades de capacitación era personal administrativo o de informática de los establecimientos del primer nivel. Se reconoce que no involucrar activamente a los médicos en el proceso de capacitación fue una debilidad, alimentada por su propia resistencia al cambio, especialmente de los profesionales de mayor edad, como parte del llamado

“analfabetismo digital”. Ello es contar con “*mano de obra identificada, capacitada, con ética profesional*”.

“por las DIRIS 2018, no hay nada. Donde había más, por ejemplo, era Puno, ellos socializaban al hablar del Registro Nacional de Establecimientos y también hablaba que podían acercarse a sus referencias que estaba automatizado y era un tema de iniciativa regional, pero desde el MINSA no hubo ese lineamiento de campaña”. (MINSA)

“desde el tema de información y calidad de información no se permitía a nosotros saber si es una comunicación (...) solamente una programación con alcance de todos los establecimientos de salud con los 3 hospitales y un instituto”. (DIRIS)

“no hemos tenido en el caso de las referencias y contrarreferencias una adecuada planificación y hemos tratado de hacer todo de golpe”. (Centro de Primer Nivel)

“el problema con el MINSA y me parece que sucede constantemente (...) es que queremos avanzar todo en bloque. No hay planeamiento si hubiera habido un planeamiento, un cronograma de avance. (...) Obviamente todo el personal de salud, y más que todo los médicos, estamos en mil cosas; entonces al final hay cosas que se nos escapan de las manos y que vamos avanzando sobre la marcha y que se tratan de corregir como se puede y ese es el error más grande que cometemos”. (Centro de Primer Nivel)

“ha habido varias reuniones lo han tratado de realizar por RIS, al menos en el 2020, hemos hecho por RIS, pero igual se sigue insistiendo, pero los médicos jefes siguen enviando a sus encargados que son parte administrativa” (Centro de Primer Nivel)

“cómo no hay planificación a nivel de la organización tampoco hay un abordaje organizacional que trata responder a este mal planeamiento o no planeamiento del MINSA y que pueda hacerse una planificación subnacional y una organización subnacional” (Centro de Primer Nivel)

Los entrevistados refirieron que la **implementación del REFCON no se tradujo en intervenciones que generen un valor sanitario**, como intervenciones para el diagnóstico oportuno con el consecuente tratamiento apropiado y prevención de complicaciones, intervenciones para seguimiento y continuidad en la atención de pacientes. Tampoco se hace mención de campañas comunicacionales a la población sobre esta nueva forma de referencia, el personal asistencial y administrativo ha ido

explicando el REFCON, pero no se describe estudio alguno sobre la efectividad de esta sensibilización de los pacientes. Expresiones de esta mala comunicación oferta-demanda son la no eliminación del papel, solo en algunas IPRESS, y la consecuente exigencia por parte de los pacientes de recibir de sus hojas de referencia, como mínimo, *“pues son requeridas por los hospitales”*. Pese a ello se desarrollaron iniciativas desde los espacios operativos (DIRIS y hospitales) para que los usuarios *“puedan tener conocimiento de su referencia”* y puedan entender el funcionamiento del REFCON”. Todo esto tiene que ver con la cultura organizacional, estandarización de procesos y mercadotecnia.

“Poco a poco se ha ido explicando a los pacientes. No se ha hecho una campaña de información al usuario”. (Hospital)

“...estamos tratando de hacer vídeos por la página web del hospital y por Facebook, por las redes sociales estamos trabajando en vídeos para informar al usuario cómo funciona el aplicativo REFCON, y cuál es el flujo para que lleguen a nosotros. Hemos hecho un video y estamos trabajando en otro video porque nosotros hablamos mucho de que ingresa tu referencia por REFCON; pero los pacientes no saben qué hacer”. (Hospital)

No se llegó a hacer difusiones masivas ni tampoco computadoras porque la mayor parte de referencias era la misma responsable de seguros. Mensajes de radio y difusión masiva a la comunidad tampoco se ha hecho. (...) porque no se tenía el presupuesto” (MINSA).

“La única comunicación que tenemos con la población es del profesional al momento de realizar la hoja de referencia. Le explicas el proceso e igual seguimos entregando la hoja en físico y explicamos el proceso de referencia y contrarreferencia como es ahora”. (Centro de Primer Nivel)

“No ha habido una estrategia comunicacional de la propia población para que entiendan que ya no tienen que pedir su papel ni ir con su papel al hospital para que puedan ser atendidos, sino que solo va la referencia y contrarreferencias se confirma que se va a dar la atención. Y la población no entendía, cómo era que el sistema iba a pasar por internet hacia allá. El personal de salud no lo entendía, peor todavía la población, era terrible.” (Centro de Primer Nivel)

“Porque en el segundo nivel parece que ni conocían el sistema. Cuando nosotros íbamos al segundo o tercer nivel, algunos colegas y por lo menos los líderes de opinión dentro de las instituciones no conocían. (...) Tanto

es así que no se maneja la contrarreferencia. Solamente la referencia, nada más. (Centro de Primer Nivel)

“Yo recuerdo que primero trataron de hacerlo con el personal de salud; pero para las comunidades no, definitivamente no”. (Centro de Primer Nivel)

Una primera gran dificultad reconocida por los entrevistados fue la “*ausencia de una normativa*” concordante que el desarrollo e implementación del REFCON como la nueva propuesta generada, y además concebirla como un componente de la historia clínica electrónica, aun inexistente. Pese a ello, se reconoce el valor y utilidad de la existencia de videos autoinstructivos sobre su uso operativo. Otro de los problemas es creer que la DIRIS tenía que crear o adecuar la norma. Una consecuencia de lo primero, fue la persistencia en diversos prestadores de que en los procesos de referencia se debe pasar de una IPRESS I-2 a I-3, de una I-3 a una I-4 y solo de la IPRESS I-4 a su hospital de referencia, tal como lo establece la norma 2004. En el caso de la DIRIS Lima Norte, para el ámbito de la RIS Puente Piedra, el paciente debe ser referido al Hospital Carlos Lanfranco La Hoz (hospital nivel II) y solo de allí puede ser referido al Hospital Cayetano Heredia. Pese a ello, hubo un periodo prepandemia donde se coordinó en la DIRIS Lima Norte y se capacitó al personal de las IPRESS de primer nivel para que puedan realizar las referencias a otras IPRESS de primer nivel en función de las especialidades existentes en las mismas o directamente a los hospitales ante la ausencia de la cartera de servicio requerida. Lastimosamente esta propuesta no llegó a hacerse sostenible por la alta rotación de funcionarios en la DIRIS Lima Norte. Esta realidad de alta rotación y limitada sostenibilidad de las intervenciones termina afectando la credibilidad en el sector público tanto por parte de los prestadores como por los

usuarios, como se describe en diversos programas. Por ejemplo, los escolares suelen tomar desayuno en sus casas porque no confían en el Programa Nacional de Alimentación Escolar Qali Warma (PNAE QW).

“Las normas... establecen todo lo que se tenga que hacer. Lo hace a través del REFCON, por ejemplo, van de abajo arriba, de arriba abajo, horizontal a través del software; pero, no tiene el respaldo que establece la norma de referencia. (...) un tema de los días, la vigencia en la hoja de referencia, teníamos que hacer coordinaciones con el SIS, sacar documentos y mandar a las regiones porque si no iba a colisionar con el software”. (MINSa)

“...tratado que vaya en beneficio del paciente. Hemos dejado algunas cosas de la norma 2004, sino el software no podía avanzar, y... se ha ido dando el respaldo de actualizaciones que se tenía que hacer en la norma. Si había alguna funcionalidad sin que esté dentro de la norma, pero con documento al SIS o a las regiones, lo hacíamos. Así hemos tenido que avanzar en el software porque la norma no sale y estamos en el 2022”. (MINSa)

“... la hoja de referencia en la norma no es la misma del REFCON porque variaron; hasta lo del SIS variaron. La hoja de referencia de la norma habla de plan A, plan B, plan C, cosas que ya no existía...”. (MINSa)

“... el software tiene permite referir de acuerdo a la UPSS que tenga el servicio, pero el establecimiento tiene que actualizar en RENIPRESS”. (MINSa)

“La norma la hace DGAIN, Servicios es el normativo, la que conduce según el ROF es Servicios, quien tiene que actualizar la norma; sí opina DGOS, pero Servicios conduce el proceso de referencias”. (MINSa)

“...no me convenía mencionar que el software está yendo por un lado y la norma todavía no está aprobada...” (MINSa)

“En el 2018 he buscado temas del sistema de referencia que hay en el país y no encontraba nada (...). Se mira la referencia y contrarreferencia como si fuera el tema único y exclusivo y no es el tema. (MINSa)

“...para que alguien haya generado el REFCON y que primero se haya implementado en el HEVES y después haya tenido alcance nacional sin normativa, es bien raro. (...) No hay nada a nivel de MINSa, es más, el aplicativo REFCON no existe como tal ni como normativa, no hay nada. O sea, el reglamento de referencia y contrarreferencia es el ambulatorio del 2004 y no hay nada más”. (MEF)

“... porque la normativa no salía de parte de la DIRIS, había la norma general pero la DIRIS no establecía ningún documento hasta que establecieron de que sí o sí tenía que llevarse a cabo pues este la digitación de parte de todo el personal”. (Centro de Primer Nivel)

“Y entonces no hay alguna modificación o alguna actualización acorde con todo el aplicativo REFCON como trabajamos, como mejorar y generar un flujo, ¿no? Pero un flujo estándar que todos respetemos, de cada institución”. (Hospital)

Otro elemento relacionado con la ausencia de normativa y de procesos se expresa en los tiempos que se requieren para la recepción y aprobación de la referencia; así como la programación de citas en las IPRESS de destino: Para la IPRESS I-4 estaba definido un equipo mínimo para aprobación, programación y seguimiento de las referencias; mientras que en los hospitales no había definición. En algunos hospitales, quienes *“aprobaban las referencia eran médicos generales”*, en otros eran médicos de familia y en otro momento en el tiempo de implementación eran *“los médicos especialistas o subespecialistas”* (cardiólogos, neurólogos, endocrinólogos). Esta decisión era tomada por las autoridades del hospital, la cual tiene repercusiones en el tiempo de aprobación de las referencias y de programación de citas. Lo que a su vez se traducirá ausencia de pacientes a sus citas *“que habitualmente es 30%”* en un hospital, con el consecuente perjuicio económico al hospital y *“malestar de los pacientes”*.

En la contrarreferencia, el proceso es similar, iniciando en la IPRESS de destino debiendo ser aceptada por la IPRESS de origen. Dentro de sus limitaciones: (a) los prestadores no reconocen la *“importancia de la contrarreferencia”* ni valor agregado; afortunadamente la pandemia favoreció su incremento al establecer que el tiempo de vigencia de la referencia es solo para un periodo de tres meses. Esta condición tiene prestadores en favor de la misma y otros en contra de ella. Quienes están en contra suelen señalar *“el perjuicio en pacientes crónicos que deben acudir*

al hospital por sus medicinas”, mientras los que están a favor argumentan considerando a *“los pacientes crónicos con cuadro clínico complicado que requieren control mensual en hospital”*; (b) no existe una cultura de contrarreferencia ni en las IPRESS de mayor ni de menor capacidad resolutive; en consecuencia, el personal en las IPRESS de origen no están acostumbrados a visualizar dicha sección en el REFCON; (c) la cultura de la población de resistencia a ser contrarreferido (resistencia al cambio), al considerar más apropiado que sea atendido en un hospital.

Por otro lado, como consecuencia de la ausencia de una normativa, y la no interoperabilidad entre el aplicativo REFCON y las historias clínicas hospitalarias, los entrevistados señalan que los hospitales tenían indicaciones que cambiaban en tiempos cortos, sin ninguna explicación ni sustento. Esta expresión de la pobre coordinación entre las IPRESS del primer nivel y los hospitales de la DIRIS Lima Norte se tradujo en diversas experiencias que generaban desprestigio del REFCON y maltrato a los pacientes. Por ejemplo, uno de los hospitales estableció que *“no se programaba la cita si el paciente no acudía al hospital como expresión del interés real de tener la cita”*; solo a partir de ese momento se le programaba la cita. El paciente tenía que *“ir al hospital con su hoja de referencia impresa”*; en caso que ello no ocurriera, no se programaba la cita. En otro hospital, una semana señalaban que podían ir sin la referencia impresa, luego de algunas semanas cambiaban la indicación sin avisar a la DIRIS ni a las IPRESS del primer nivel exigiendo que todo paciente debe acudir con su referencia impresa. En el caso del hospital Lanfranco, no contaba con todas las especialidades por ser un hospital nivel II y, según los entrevistados, esas referencias solían ser *“una pérdida de tiempo”*. Uno

de los hospitales decidió desde marzo del 2019 que no se recibirían pacientes en consulta externa que no vengan con su referencia desde establecimientos del primer nivel de atención. Por otro lado, desde los hospitales señalaban que *“se elaboró una lista de condiciones de que no debían ser referidas a los hospitales que fue aprobada por Resolución Directoral de la DIRIS Lima Norte, (...) que posteriormente en el segundo semestre del 2019 la relación de condiciones sanitarias fue actualizada”*. Pese a ello, se seguían recibiendo referencias para exámenes de agudeza visual, para atención de diabetes o hipertensión sin complicaciones, para atención de pacientes con cefalea sin detalle de comorbilidades o complicaciones hasta referencias que señalaban que el paciente refería que debía ser referido porque era paciente del hospital, porque requería que lo viera un especialista, como si fuera válida la autorreferencia ambulatoria.

5.1.6. De las ventajas y desventajas percibidas de la Implementación del REFCON en la DIRIS Lima Norte

5.1.6.1. Ventajas y desventajas para los pacientes y comunidad en la Implementación del REFCON en la DIRIS Lima Norte

Al indagar sobre las ventajas y desventajas para los pacientes, percibidas por los prestadores, señalan que la gran desventaja fue la falta de comunicación con la población, la *“ausencia de estrategias comunicacionales”* para explicar las bondades del REFCON a las comunidades, a los pacientes quienes seguían con su esquema previo de solicitar la referencia impresa e ir inmediatamente al hospital, pese a que se les explicaba que el proceso (digitación de la referencia en consultorio

u oficina del REFCON, aceptación de la misma, programación de la cita y asistencia a su consulta).

“Lo que faltaría un poco es educar a la comunidad para que tenga su tiempo de espera y cuándo acudir y no pisar el establecimiento desde un primer momento, que toma su tiempo, pero sí es una ventaja”. (Hospital)

Como consecuencia de ello, el único espacio de comunicación sobre el sistema solía presentarse entre el prestador y el paciente o sus familiares, y tenía un espacio de reforzamiento, no siempre apropiado en la oficina de REFCON de la IPRESS de origen y luego en la IPRESS de destino, cuyos mensajes en ocasiones solían ser contradictorios o confusos. La segunda gran desventaja es la desinformación del flujo de la referencia; ello en la práctica se evidencia pues hay referencias que demoran menos de 30 días en programar la referencia y otras que demoran más de tres hasta ocho meses. Dentro de estas últimas están las consultas a neurología, urología, endocrinología o las subespecialidades pediátricas, entre otras. Otra gran desventaja fue el cumplimiento estricto del flujo de I-2 a I-3, de I-3 a I-4 y solo de I-4 a hospitales, de forma que en muchos hospitales las referencias gineco-obstétricas solo podían ser enviadas por el ginecólogo del materno infantil, igual si era un paciente pediátrico solo podía ser referido por el pediatra del materno-infantil. En opinión de los entrevistados, la referencia debería ser realizada según *“el cuadro clínico del paciente”* y a la IPRESS de destino *“que cuente con la UPSS”*. En el caso de las IPRESS I-4, esta práctica saturaba su servicio en los casos gineco-obstétricos por el aumento de demanda de las referencias y el consecuente diferimiento de las atenciones a pacientes asignados a ese materno infantil.

“No vamos a aceptar este no vamos a aceptar pacientes que vengan sin referencia del materno” (Hospital)

“Antes no era así, antes iba directo del I-2, por ejemplo, tenía gestantes de alto riesgo; lo evaluaba la obstetra lo pasaba al médico o simplemente con la firma con la autorización del médico iba directo a Cayetano, entonces se obviaba ese paso”. (Centro de Primer Nivel)

Entonces a nosotros nos trajo mucho problema porque teníamos un diferimiento de citas bastante alto tuvimos un embalse de pacientes porque teníamos todos los días un ginecólogo programado para consulta externa y de los 16 pacientes que ellos atendían 13-14 eran referencias o 10 eran referencias”. (Centro de Primer Nivel)

“...todo paciente pediátrico no lo aceptaba Cayetano que no pasaba primero por el pediatra, y muchas veces eran problemas de cirugía pediátrica que venía. Porque Cayetano decía no lo acepto porque primero lo tiene que ver el pediatra, entonces ese era el problema”. (Centro de Primer Nivel)

“...ocasionaba muchos problemas para programar a ginecólogos porque en ese tiempo teníamos cuatro ginecólogos (...). Los pacientes venían a sacar su cita primero venían los pacientes por ejemplo el I-3 o el I-2 hacia la referencia a Juan Pablo II y nosotros también teníamos que darle el resultado de su referencia al paciente”. (Centro de Primer Nivel)

“Cayetano cambia mucho este en el tema de la información que da su personal de admisión. Más o menos hará 2-3 meses les decían a los pacientes que traigan impresa su referencia sino no los vamos a aceptar; entonces nos ponían un poco en aprietos porque nosotros en consultorio no tenemos las impresoras...”. (Centro de Primer Nivel)

“...habíamos optado en decirle al paciente que si quería llevar su referencia impresa entonces vaya a referencia para que lo imprima; pero es un arma de doble filo porque los pacientes van a querer copia de referencia y... muchas veces no tenemos papel...”. (Centro de Primer Nivel)

“entonces el paciente iba al hospital y decía tengo cita, reclamaba, y le decían no, eso depende del centro de salud, entonces los pacientes hartados venían y nos chancaban la puerta, nos gritaban, entonces nosotros le hacíamos entender, pues eso hacíamos”. (Centro de Primer Nivel)

Las dos grandes ventajas potenciales eran que el paciente no requería perder tiempo yendo a las IPRESS de destino y que debían recibir la comunicación en su celular.

Ello en la práctica no siempre ocurría por las razones antes expresadas: “*ausencia*

de una estrategia comunicacional”, “ausencia de normativa”, aplicación discrecional de criterios por parte de las IPRESS de destino, sumado a la cultura existente en relación al funcionamiento previo de las referencias. A ello se suma la cultura y práctica social de no esperar y no creer en el sistema público. La segunda gran ventaja es que cuando el paciente iba referido a los hospitales, en ellos, se garantizaba que el paciente podría ir como interconsultas a las diversas especialidades para resolver de manera integral el problema de salud del paciente. Una expresión de ello fue que la DIRIS Lima Norte generó un aplicativo, en el 2019, por el cual el paciente podía consultar por el estado de su referencia, que tuvo en opinión de los prestadores una muy buena acogida; lamentablemente este aplicativo fue desactivado como resultado de las actualizaciones implementadas por OGTI del MINSA. Otra iniciativa fue la página web del Hospital Sergio Bernales, que funcionó como herramienta amigable que permitía que el paciente se mantuviera informado de su referencia.

“...el único problema es que el paciente no se entera; que si el paciente se enterara de cita o si fuera el paciente constante y estuviera atento. Ahora con el aplicativo que ha lanzado DIRIS Lima Norte y nosotros también en el hospital en su página web está también la consulta de tu referencia; entonces ellos pueden consultar ahí el estado de su referencia, y ahí sale la fecha de cita...” (Hospital)

“... en Sergio Bernales... se ingresa a la página web del hospital consulta el estado de tu referencia no solamente te sale el estado de aceptado aprobado o rechazado sino que te sale el motivo de la observación y también del rechazo que el paciente va a poder leer la observación de su referencia”. (Hospital)

Sin embargo, facilitar para que las referencias vayan directamente al hospital es visto como algo de mucho riesgo, pues abre la puerta a que personal sin capacitación refiera al hospital, *“sin criterio”*; como ocurría en un establecimiento

donde el oftalmólogo refería a los pacientes al hospital para que le realicen un examen de agudeza visual, en pacientes sin factores de riesgo, tal como ha sido referido en una publicación previa [29]. Para otros profesionales el paciente debe ser referido directamente a la IPRESS que cuente con la UPSS o con la cartera de servicio para brindar la atención que el paciente requiere en función de su condición de salud, de manera que el paciente no pierda “un montón de tiempo”.

“...si viene un paciente, por ejemplo, con convulsiones y estoy en el I-1, no lo voy a pasar al I-2, I-3, I-4, pero el discernir de acuerdo a la patología, si yo sé que en Lanfranco no tiene pues este neurólogo, tiene que ir de frente del I-1 al III-1. Si no el pobre paciente pues pierde un montón de tiempo...”. (Hospital)

“...lo que falta es poder trabajar en red, que el I-1 sepa qué médicos hay en el I-2 que le corresponden, qué enfermedades ellos pueden ver y así sucesivamente. De repente hacer como un croquis. El I-1 ve tal cosa, el I-3 tiene tales especialidades que se pueden ver en red”. (Hospital)

“...lo mismo ocurre cuando viene del primer nivel a Lanfranco, no hacemos nada cuando debería ir directo, entonces esa es una debilidad”. (Hospital)

“...un espacio de debilidad porque si abres la puerta para que el I-2 pueda mandar todo al hospital; además hay un tema cultural donde los pacientes quieren ir a atenderse al hospital”. (Hospital)

Junto con lo anterior, la comunicación con los pacientes es a través de sus celulares. Con relación a ello, podemos señalar las siguientes barreras y limitaciones. Primero, los establecimientos no cuentan con celulares institucionales que permitan la adecuada comunicación con los pacientes, y mucha de esa comunicación está supeditada a la disposición del trabajador de usar su celular personal, con riesgo por temas de privacidad “*llamadas a cualquier hora*” y uso de sus propios recursos “*uso de mis recursos*”. Segundo, desde el lado de los usuarios, los prestadores entrevistados señalan que muchas veces los pacientes no tienen celulares, o no

recuerdan su número y a la hora de registrar su referencia dan cualquier número. También señalan que muchas veces los adultos mayores tienen como parte de su analfabetismo digital barreras para el uso de celulares. Lo que se expresa en que los pacientes señalan no recibir sus mensajes SMS y que se expresa en la no asistencia a sus citas en las IPRESS de destino. Este porcentaje de asistencia suele ser, según lo refieren funcionarios de los hospitales “*de 70%*”; por ello, se suelen programar mayor cantidad de pacientes dado el porcentaje de asistencia y que “*ello fue limitado porque el sistema no permite programar mayor número de pacientes*”. Como fuera por un funcionario de hospital, en algunos momentos críticos cuando el MINSA no se canceló oportunamente el servicio contratado con la compañía de teléfono para el envío de SMS a los celulares, esta asistencia sólo “*fue de 30%*”, con el consecuente perjuicio económico para el hospital y para la salud de los pacientes. Este dato es importante porque a los hospitales el Seguro Integral de Salud (SIS) les paga por atenciones realizadas (técnicamente llamado pago por servicio -fee for service-, en inglés).

“hay pacientes de verdad que no tienen teléfono. Hay pacientes que cuando he querido apoyarlos para emitir una referencia o corregir no tienen teléfono los adultos mayores más que todo en la población de Comas o Carabayllo. (Hospital)

“Algunos pacientes viven solos, por ejemplo, no tienen familiares; entonces, a veces dan el teléfono de un familiar lejano; entonces de todas maneras siempre va a existir esta problemática ..., ellos van a tener que venir al hospital o a su establecimiento de salud de primer nivel”. (DIRIS)

“nosotros hemos intentado quitar a los pacientes con REFCON que no han sido comunicados y algunos han perdido cita y esto ha generado que los consultorios se queden vacíos es por eso que la estrategia es que los pacientes acudan a la ventanilla y ellos mismos generan su referencia y su cita” (Hospital)

Otro elemento está relacionado con la incapacidad de registrar y actualizar oportunamente la alta migración de la población dentro de Lima Metropolitana, pasando de residir en una DIRIS a otra DIRIS, lo cual se convierte en una barrera para la implementación de cualquier sistema informático que trabaje con direcciones en función a su DNI. Otro tema de acceso a los servicios próximos a su lugar de residencia se presenta en la preferencia de los pacientes con determinadas patologías, como tuberculosis y/o VIH quienes prefieren ser atendidos en un establecimiento de salud que no se encuentre tan cerca a su domicilio *“cerca pero no tan cerca, que me puedan identificar”*; otro escenario de implicancias sociales ocurrió en el monitoreo de los pacientes durante la pandemia de la COVID-19.

“Por ejemplo, este tema de COVID, si quieren hacer un monitoreo, por ejemplo, de todos los pacientes diagnosticados en Lima Metropolitana, porque hay alta migración que se pasa de una DIRIS a otra; y el MINSA te dice, no lo puedo dar porque es dato sensible y yo solamente lo puedo manejar. Ahí como que te para varias acciones que pueden hacer. (...) esta ley y su directiva tienen sus pros y contras que deben ser revisadas y que limitan la gestión e investigación”. (MINSA)

En resumen, dos grandes ventajas, no se producía pérdida de tiempo para la programación de su cita y recibían comunicación al celular. Las grandes desventajas son la ausencia de una estrategia comunicacional, con la consecuente desinformación del flujo de referencias y la exigencia del cumplimiento estricto de la norma del año 2004.

5.1.6.2. Ventajas y desventajas para los prestadores en la Implementación del REFCON en la DIRIS Lima Norte

Entendiendo a las ventajas y desventajas son características inherentes al SRCR, desde el lado de los prestadores, su percepción fue que este proceso permite visibilizar un tipo de práctica que previo a la existencia del REFCON no podía ser visibilizada, principalmente expresada por prestadores de los hospitales. Esta práctica debería permitir garantizar la integralidad y continuidad de la atención de los pacientes; además, la existencia del REFCON debe permitir generar un mayor *“orden en los procesos de atención”* y permitir una atención ambulatoria algo más equitativa, dentro de las limitaciones que presenta el primer nivel de atención.

“...las principales posibilidades eran más que todo de interés de los hospitales... que existiera un mayor orden en el tema de las referencias, existiera una sola vía de comunicación donde a través de un sistema se pudiese canalizar y organizar de una mejor manera la oferta que existía dentro del hospital”. (MINSA)

Por otro lado, en términos de desventajas, la primera gran desventaja es la falta de una apropiada planificación que se expresa en la ausencia de una normativa actualizada hasta la fecha de recolección de la información; la normativa vigente es de 2004, casi 20 años atrás. Otras desventajas estaban referidas a temas de recursos humanos, de gestión de procesos y del propio aplicativo informático (REFCON). En el aspecto de recursos humanos, se reconoce la limitada cantidad de recursos humanos y equipamiento en los establecimientos de salud del primer nivel de atención. Sumado a la cantidad del recurso humano se añade la proporción de población mayor de 55 años con el consecuente analfabetismo digital que suele expresarse en resistencia al cambio y falta de capacitación de los prestadores asistenciales. Desde las primeras capacitaciones en el REFCON, en lugar de asistir el personal asistencial acudía el personal administrativo o el de estadística o

informática; ello se traduce en una mala calidad de referencias y/o registro inadecuado de las referencias. Además, desde el lado de los hospitales y centros materno infantil se expresó en una resistencia a realizar contrarreferencias, por “*no ser una práctica habitual*”, y no ser percibido como “*una actividad con valor agregado*”. Pese a que se describen iniciativas desde la DIRIS y los hospitales para capacitar y sensibilizar a los profesionales de salud de los hospitales y de los establecimientos del primer nivel, el éxito de esta intervención ha sido limitada. Experiencia como la del Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas (INCN) que “*forzó a que el hospital Sergio Bernales regularice sus contrarreferencias*” son excepcionales.

“... si con las justas nos da el recurso para poder atender nuestras actividades; ir más allá, tener una proactividad es un poco complicado”. (Hospital)

“Por desconocimiento, ellas [obstetra] refiere directamente al hospital Sergio Bernales. Por eso al momento de solicitar levantar la observación se les llama a ella, porque asumo que el que digita la referencia sale un hombre ahí está el responsable de esa referencia” (Hospital)

“Un tiempo prudencial puede ser 15 - 20 días. Luego de lo cual el paciente no va a ir porque decidió no ir a su referencia. Hay bastantes pacientes que deciden no ir por motivos personales; y posteriormente el paciente busca una referencia y el sistema se bloquea”. (Centro de Primer Nivel)

“...tuvimos una reunión en mayo y le expresamos y le dijimos todos los problemas que teníamos y ella lo que dijo bueno ya el sistema está dado. Y nos dijeron, “nosotros no vamos a aceptar a pacientes que vengan sin referencia del materno”. (Centro de Primer Nivel)

“...desinterés principal de los médicos porque no comprenden que tan importante es que se sustente esa referencia para no tener complicaciones más adelante eso quiere decir que no hay una adecuada sensibilización de los médicos...”. (DIRIS)

“El equipo habla con el equipo del hospital y muchas veces logramos que ese paciente se contrarrefiera, pero muchas veces no lo logramos a la brevedad”. (Centro de Primer Nivel)

“...las otras instituciones de mayor complejidad están contrarrefiriendo a nuestros clientes... en algunos casos estos pacientes son continuadores [de

hospitales] entonces nosotros tendríamos que aceptarla y volver a citar al paciente eso todavía no se cumple”. (Hospital)

Una siguiente desventaja es la alta rotación del personal asistencial y administrativo en el primer nivel de atención, lo cual influye en la calidad de las referencias y la comunicación del proceso de las mismas *“constante cambio del personal en los establecimientos de salud de los responsables de referencia”*. A ello se añade la falta de un proceso de inducción al personal que entra a trabajar en los servicios de salud del sector público *“hacer un por lo menos una capacitación anual y después a medio año pasarle unas unos vídeos tutoriales”*; esto se hace más evidente por la pobre articulación entre el Estado y la Academia *“en las universidades deben enseñar cuáles son nuestros sistemas porque cuando salen no saben nada”*. Se reconoce que como parte de la formación de los futuros profesionales no se percibe necesario que se desarrollen las adecuadas competencias en el conocimiento y uso de las herramientas de gestión de la salud *“no comprende cuáles son los procesos del sistema de referencia”* y, de la integralidad y continuidad de la atención de pacientes que vienen siendo desarrolladas por el MINSA.

“...mi persona en cualquier momento pueda ser cambiado eso dificulta retrasan las actividades; el desinterés de dirección si es que no la hay y el desinterés de los directores de los hospitales y el desinterés del MINSA no ayuda a ninguno de los procesos (...) por lo menos se tiene que dar el ánimo para el compromiso de mejorar eso”. (DIRIS LN)

“sensibilización hacia médico es muy poco; el médico muestra desinterés, no comprende cuáles son los procesos del tema del sistema de referencia. Se debe por lo menos capacitar al personal médico de todos los establecimientos, hacer un por lo menos una capacitación anual y después a medio año pasarle unas unos vídeos tutoriales para que les sea recuerden debe ser constante por lo menos unos 5 o 6; y en las universidades enseñar cuáles son nuestros sistemas porque cuando salen no saben nada” (DIRIS)

La ausencia de planificación y normativa termina expresándose en ausencia de procedimientos operativos estandarizados, que limitan la efectividad del SRCR. Ello implica reconocer el inicio con la emisión de la referencia y el cierre con la aceptación de la contrarreferencia. Además, se debe reconocer que para la oportuna aceptación de la referencia se requiere contar con la programación de turnos. El problema central es que existe muy poco recurso humano que entienda de procesos, de la integralidad de la gestión, con énfasis en gestión de turnos. Al punto tal que algunos entrevistados terminan entendiendo el REFCON como un aumento de su carga laboral y que para ellos *“no tiene mucha utilidad... es una nueva carga de trabajo”*.

“...el sistema [SRCR] depende de otros sistemas de gestión para que éste pueda tener éxito y los dos fundamentales son gestión de operaciones de salud y la gestión de servicios de salud y ese es el tema inadecuado, entonces no hay profesionales capacitados para poder garantizar ello, ni en Lima Metropolitana, ni en regiones (...) factores de producción, gestión de operaciones, gestión de servicios no se entienden”. (MINSA)

“no existe un análisis adecuado de cómo está trabajando el recurso humano y el nivel de eficiencia que está teniendo el personal asistencial en las áreas consulta externa, hospitalización y emergencia. Al no existir ello, se prioriza la necesidad de recurso humano en lo que considera el equipo de gestión. No se tiene los datos para hacer un análisis más adecuado y tomar una decisión más certera en el tema de gestión”. (MINSA)

Junto con el recurso humano se reconoce la ausencia de un apropiado parque informático, en cantidad y actualización. La limitada disponibilidad de computadoras y el ancho de banda existente en las IPRESS (comúnmente, llamado *“ancho de banda social”*), añadido a la interoperabilidad del sistema de gestión hospitalaria con el REFCON lo cual impide conocer cuántos pacientes referidos acudieron a su cita en la fecha programada oportunamente. Otra desventaja está en

relación con la indefinición de cuántas referencias se debe hacer para un paciente que requiere atención en diversas especialidades, lo cual varía desde una referencia por cada especialidad requerida para el paciente hasta una referencia por paciente, donde señalen todas las especialidades o subespecialidades que requiera para su atención. Esta indefinición fue discutida en las reuniones entre hospitales y DIRIS; allí se acordó que debería realizarse una referencia indicando que debería acudir a las diversas especialidades requeridas.

“...nos decían ya que todas las referencias las íbamos a hacer vía el REFCON. Teníamos un problema, pues no todos los consultorios tenían computadoras; entonces, todos los médicos y todos los profesionales llenábamos en papel en los formatos y le entregábamos al paciente una copia y luego buscábamos al técnico de referencia que digitaba todas las referencias. Era bastante tedioso y bastante difícil porque el problema que teníamos era para entender las letras. La letra del médico por lo general no era nada amigable”. (Centro de Primer Nivel)

Con relación a aplicativo informático se reconocen limitaciones del propio aplicativo REFCON que se traduce en barreras y resistencia al uso del mismo porque no es amigable su uso, junto con ello se reconoce la ausencia para implementar estrategias para mejorar su usabilidad; una de las barreras más frecuentemente señaladas es que *“cuando te equivocas no puedes corregir”* y como consecuencia de ello, *“a veces se pierde toda la información y tienes que volver a digitar”*, *“el sistema es muy lento”*

“desventajas, limitaciones, barreras son propiamente del aplicativo REFCON que tiene sus fallas”. (Hospital)

“no contamos con sistema operativo, sistema de computadoras, para poder trabajar y menos en la parte práctica. No contamos con ambulancia, ni con chófer para una referencia de emergencia”. (Centro de Primer Nivel)

“el aplicativo no reconoce género, el aplicativo no sabe que a Fernando no le corresponde ir a ginecología, eso es error humano, entonces quizás sea también un problema de capacitación. No es que no pueda exportar los datos del aplicativo (...) mientras que el ambiente que rodea al aplicativo, llámese recurso humano, o llámese recurso logístico, buenas computadoras, buen acceso a internet...”. (Hospital)

“el aplicativo REFCON tiene muchas fallas, el tema de los reportadores y sacar data en el estado de la referencia porque hubo muchas veces su sistema se cae porque no se podía enlazar con el sistema e-Qhali que para para darle cita por el sistema REFCON”. (DIRIS)

En resumen, entendiendo a las ventajas y desventajas son características inherentes al SRCR, su ventaja es que el SRCR permite visibilizar un tipo de práctica que previo a la existencia del REFCON no era visibilizado, principalmente expresada por prestadores de los hospitales. Sobre las desventajas, la primera es la falta de una apropiada planificación que se expresa en la ausencia de una normativa actualizada hasta la fecha de recolección de la información. Otras desventajas estaban referidas a temas de recursos humanos (analfabetismo digital, cantidad, capacitación), de gestión de procesos (falta de procedimientos operativos estandarizados, programación y gestión de turnos) y del propio aplicativo informático REFCON (usabilidad).

5.1.6.3. Factores de éxito percibidos por los prestadores en la Implementación del REFCON en la DIRIS Lima Norte

Se reconocen varios esfuerzos e iniciativas desde DIRIS Lima Norte que se considera que permitían consolidar el proceso de implementación del REFCON. Por un lado, los esfuerzos del equipo de la DIRIS por fortalecer la comunicación con los hospitales y los establecimientos del primer nivel para fortalecer y mejorar

el proceso de referencia. Ello se tradujo en relaciones y coordinaciones que permitan abordar problemas de manera directa para buscar soluciones; por ejemplo, viabilizar flujos de referencia. Se debe reconocer que debido a los cambios de funcionarios estas iniciativas dejaron de ser sostenibles y tuvieron una limitada implementación en temporalidad y alcance.

“...en este objetivo de IPRESS con la DLN ... tiene un papel protagónico, era como el papá el cual nosotros acusamos o le dábamos pues nuestra hacíamos nuestros berrinches;... es nuestro rector y acudimos a la DLN porque pues tenía la autoridad de acudir al primer y segundo nivel con los errores que podíamos observar. (Hospital)

Iniciativas desde la DIRIS Lima Norte y los hospitales para permitir que los pacientes tengan acceso a conocer la situación de su referencia es reconocida como algo exitoso que generaba satisfacción en los pacientes, más allá de las limitaciones en interoperabilidad del REFCON con los sistemas hospitalarios, así como concientizar al personal asistencial. Tener a los pacientes “*sin enterarse*” de su cita genera desconfianza e incertidumbre. Lastimosamente estas coordinaciones terminaron sin ser sostenibles porque el Ministerio de Salud realiza modificaciones o actualizaciones sin coordinar con las áreas usuarias.

“... damos las citas es más fácil eh, aquí el único problema es que el paciente no se entera; que si el paciente se enterara de cita o si fuera el paciente constante y estuviera atento a lo de ahí. Ahora con el aplicativo que ha lanzado DIRIS Lima Norte y nosotros también en el hospital en su página web está también la consulta de tu referencia; entonces ellos pueden consultar ahí el estado de su referencia, y ahí sale la fecha de cita” (Hospital)

“... en el caso de Sergio Bernal, se ingresa a la página web del hospital consulta el estado de tu referencia no solamente te sale el estado de aceptado aprobado o rechazado sino que te sale el motivo de la observación y también te sale el rechazo que el paciente va a poder leer ahí cuál es la observación de su referencia”. (Hospital)

“...algunos pacientes llegan a ventanilla y nos indican que su referencia está observada; pero lamentablemente de la ventanilla no tiene la opción de leer en que consta la observación, eso solamente lo puede verificar el médico del hospital y el personal del establecimiento de salud tiene que levantar la observación. (...) no lanzamos a dar las citas por REFCON por el temor a tener consultorios vacíos porque los pacientes no llegan...” (Hospital)

Siguiendo con las iniciativas se reconoce el rol de la DIRIS Lima Norte y los hospitales realizar capacitaciones, reconociendo que solo se realizaron capacitaciones en el 2019. También se señala la existencia de nuevas iniciativas para “*retomar el tema de las capacitaciones*” coordinadas desde los hospitales para permitir que los prestadores estén más actualizados en el uso del REFCON.

“en el año 2019 capacitamos a todos los médicos o se hizo una inducción por especialidad o un programa de capacitación por áreas. (...) Una sola capacitación a todo lo que son áreas quirúrgicas por especialidad solamente se ha hecho una en el 2019, 2020. (DIRIS)

“...vamos a retomar el tema de las capacitaciones y otra vez estamos solicitando también para poder volver a salir y reunirnos con los diferentes establecimientos. (...) No se está haciendo nada solamente es mediante REFCON y bueno este grupo de WhatsApp que tenemos de coordinadores de referencia y por ahí los chicos que me llaman ya ellos directamente no cuando tienen algún problema.” (Hospital)

Como parte de las interacciones entre DIRIS, hospitales y primer nivel, se acordó programar las citas de control post operatorio para pacientes en general y gestantes cesareadas; así como las interconsultas de pacientes que acudan al hospital con referencias para varias especialidades, o que referido para una especialidad, que el médico considere que debe ser visto por otras especialidades.

“...de una vez darle su cita porque si no si no se les otorga la cita luego los pacientes vuelven a la semana para su control post operatorio y ellos tienen que darle adicional. Entonces ya evitamos porque hay algunos servicios

que ya están saturados ya se llenaron y ya no hay cupos y es difícil dar adicional a tanta gente. Justo para evitar el tema de los adicionales y como son pacientes de todas maneras van a recibir por una cesárea o una cirugía electiva que va a requerir una curación a la semana...”. (Hospital)

“Para el 2019, ya e estaba trabajando el tema del sistema REFCON. Obstetricia no tenía mucho problema porque ellos sí tenían computadoras como ellos manejaban el software Wawared y ellos hacían sus referencias en la computadora en el mismo sistema...”. (Hospital)

El equipamiento también se produce como parte de las interacciones y como consecuencia de la pandemia de la COVID-19; este equipamiento considerado como algo muy útil para el personal asistencial. Se reconoce que debe realizarse el cableado estructurado aumentarse el ancho de banda de los establecimientos, especialmente los del primer nivel, trascendiendo del “*ancho de banda social contratado*”. Asimismo, la pandemia permitió mejorar las responsabilidades del personal asistencial en el uso del REFCON.

“En el 2020, antes de la pandemia ahí recién ya nos dan las computadoras para todos los consultorios y desde ese tiempo y luego en la pandemia ya hemos empezado este hacer nuestras referencias; cada uno ya lo digita en el aplicativo. Entonces así ya evitamos errores porque cada uno de nosotros hace su referencia y lo digita.” (Centro de Primer Nivel)

“En pandemia vamos a hacer que los ginecólogos auditen sus propias referencias entonces llega las referencias y el ginecólogo ha estado auditando sus referencias. Entonces eso le daba también mayor libertad [responsabilidad] a ellos y mayor precisión más que todo para ver qué referencias son aceptadas y qué referencias no, cuales las observaban; entonces eso ha sido bueno. Igual en pediatría, a los pediatras también les hemos pedido que ellos auditen sus referencias porque ellos se quejaban mucho, decían ustedes aceptan referencias que nosotros no debemos atender acá. Entonces ahora se les ha dado un turno semanal a los pediatras para que ellos auditen sus referencias”. (Centro de Primer Nivel)

Otro factor de éxito para la implementación del REFCON en el primer nivel de atención fue contar con recursos humanos dedicados a su operación y seguimiento,

especialmente en los establecimientos I-4. Ello permitió mejorar la comunicación entre los pacientes y el personal asistencial de los establecimientos de primer nivel. Esta mejora de comunicación no estuvo exenta de dificultades y reclamos de parte de los pacientes por retrasos o dificultades en el proceso de referencia. Como dificultades se reconoce que la pobre comunicación entre primer nivel y hospitales se traduce en supuestos desde el personal del primer nivel; por ejemplo, que el hospital realizará la llamada a los pacientes *“ellos los van a llamar”*. Asimismo, se reconoce que los hospitales varían sus intervenciones en el tiempo sin coordinar con la DIRIS Lima Norte ni con establecimientos del primer nivel; por ejemplo, se programan las citas *“de los pacientes que van al hospital”*, se exige que los pacientes lleven *“sus referencias impresas en físico al hospital”*.

“En el 2019 nosotros teníamos un médico que estaba exclusivo para referencias entonces él auditaba todas las referencias que venían de los de los I-3 para ver si las aceptábamos, observábamos o rechazábamos. Se quejaba decía todos los pacientes vienen a gritarme, me reclaman porque su referencia no está aceptada...”. (Centro de Primer Nivel)

“El técnico administrativo que tenemos es para hacer el seguimiento de las referencias, para que vea las citas de las referencias y lo que hemos hecho nosotros en Juan Pablo II ...”. (Centro de Primer Nivel)

“Entonces ella [un personal] ha dado un poco de fortaleza al establecimiento de salud porque ya no solamente nos estamos quedando en las referencias; desde el año pasado ya estamos viendo el tema de las contrarreferencias. Ahí estamos luchando un poco con los médicos porque ellos solamente atienden al paciente de la referencia, pero cuando atienden al paciente y se solucionó su problema no lo contrarrefieren; al igual que el laboratorio, le hacen el examen, pero no lo contrarrefiere tampoco al paciente.” (Centro de Primer Nivel)

Cuando vienen los pacientes a preguntar el estado de su referencia, los técnicos que trabajan en referencias ingresan al sistema ven el estado de las referencias y está con alguna observación o de repente ya fue aceptada, entonces ahí se les informa.” (Centro de Primer Nivel)

“...cualquier cosa ustedes me llaman porque ella [coordinadora del hospital] nos dijo que también tenían ese problema porque ella estaba sola para las todas las referencias que llegaban de todos los centros maternos,

pero que habían visto como por conveniente contratar a otro médico auditor más. Como solución fue que la llamáramos a ella por temas puntuales no de repente por algún caso excepcional entonces la llamábamos igualmente ya nos contestaba el teléfono cada vez que le hemos llamado si nos contestaba y aceleraba el tema de las de las referencias sobre todo en el tema de las gestantes, se aceleraba eso.” (Centro de Primer Nivel)

“Un equipo de referencia a cargo de una doctora, pero la doctora igual realiza sus actividades de consulta, la misma cantidad que cualquier otro médico, y es un poco difícil poder seguir trabajando o implementando mejoras del sistema de referencia...”. (Centro de Primer Nivel)

“ahorita le hemos dado la encargatura a un médico, a una doctora, antes lo tenía un personal administrativo...”. (Centro de Primer Nivel)

También, se reconoce que la estructura de acompañamiento no solo debe ser impulsada desde la DIRIS, sino que debe contarse con espacios más próximos como son la Redes Integradas de Salud (RIS) para brindar soporte y empoderamiento a los equipos de referencia de cada uno de los establecimientos del primer nivel. Además, se reconoce que debe ser personal dedicado con poca rotación y con contactos para facilitar los procesos de referencia. Ello debe ir acompañado con IPRESS que cuenten con servicios básicos (luz, agua, telefonía, así como el debido soporte logístico e informático.

“Llegar más de la DIRIS a los establecimientos... sería con la RIS, porque son más de 120 establecimientos, con una encargada... y dos personas más que la apoyan, es imposible y mejorar los puntos que en algunos son comunes y algunos son independientes...”. (Centro de Primer Nivel)

“... no se prioriza el recurso humano en algunas áreas importantes como es referencias Es porque no existe un análisis adecuado de cómo se está trabajando el recurso humano y el nivel de eficiencia que está teniendo el personal asistencial en las diferentes áreas.” (DIRIS)

“... yo creo que valdría la pena que se ponga más recursos porque la finalidad es disminuir las colas en los hospitales y acortar el tiempo de espera del paciente a buscar cita y tiene que haber un personal adecuado para que realice esa actividad...”. (Centro de Primer Nivel)

“...tener un espacio específico para referencias un espacio único para referencias y un personal exclusivo para ello”. (Centro de Primer Nivel)

“Mejorar obviamente el aspecto logístico: la computadora, el internet. Dios mío, había sitios recuerdo del corredor de Sergio Bernales; por ejemplo, Chocas decía yo no tengo internet, yo no tengo luz, yo sigo haciendo mis referencias manuales...”. (Centro de Primer Nivel)

“... hay una doctora... la verdad que cuando tú necesitas que alguien le saque en consulta, esa doctora no sé qué hace, pero lo consigue, y ese caso sale. Por ejemplo, de una chica de 20 años que tiene cáncer de tiroides, (...) ahorita mismo ándate a Collique, y hablas con la doctora, iban hablaban por teléfono y entonces ya la doctora, no sé qué hacía, pero le conseguía... el endocrinólogo que la refiera al INEN.” (Centro de Primer Nivel)

Otro tema operativo, pero que requiere decisiones políticas, organizacionales y técnico-normativas, tiene que ver con la disponibilidad de medicamentos de segunda línea en los establecimientos del primer nivel; por ejemplo, para el tratamiento de las enfermedades crónicas no transmisibles. En la práctica, muchos prestadores de los hospitales no refieren a sus pacientes porque no tienen forma como garantizar que puedan contar con su medicación mensual, porque si se los refiere *“es posible que no se pueda lograr”* ello. Por ello, varios hospitales reconocen que muchas veces mantienen a sus pacientes porque solo requieren entregarles sus medicamentos. Para ello, han habilitado consultorios específicos a cargo de médicos de familia, quienes además de preguntar por el estado de salud del paciente, sino encuentran ninguna complicación les entregan sus medicinas, razón prioritaria por la que acuden al hospital. La finalidad de ello, es liberar al médico subespecialista para que pueda brindar atención de casos nuevos que requieran atención.

“Darnos cuenta que la gran mayoría de pacientes que venían eran solamente para recoger las recetas y poder tener otras estrategias para poder ir mejorando.” (Hospital)

Finalmente, un último tema operativo está relacionado con el adecuado flujo de pacientes. Este aspecto ha sido discutido históricamente en la referencia de pacientes, donde se señalaba que habitualmente *“el paciente no sube para su contrarreferencia, sino que el paciente baja para ello”*, y lo opuesto para las referencias. Experiencias diversas de referencias para arriba se mencionan en el caso de pacientes cerca al Rímac que deben ir al Hospital de San Juan de Lurigancho; otras experiencias de la experiencia laboral muestra pacientes cerca de la costa en la Región Ancash, deben ser referidos al Hospital Víctor Ramos Guardia de Huaraz; en ambos casos los pacientes prefieren, por razones diversas, ser referidos a hospitales en Lima Cercado o al hospital de Chimbote, respectivamente. En el caso de Lima Norte ocurre lo mismo en relación a referencias a Centros Materno Infantiles, o referencias a Sergio Bernales o Carlos Lanfranco (Puente Piedra) o ser referidos al Hospital Cayetano Heredia.

Dos temas afines son la referencia entre servicios de la misma categoría donde uno tenga la cartera de servicio y otro no; por ejemplo de un Centro de Salud I-3 a un Centro de Salud Mental Comunitario, categorizado como I-3. El segundo tema se relaciona con el lugar de residencia del paciente y su cercanía a su establecimiento de primer nivel o al hospital correspondiente; ello tiene que ver con flujos de pacientes.

“... de los centros siempre se iban porque era más fácil, el paciente por ejemplo de Gustavo Lanatta que está en Collique Quinta, bajaba a la avenida Túpac y de ahí más rápido llegaba al hospital, cuando debería ir

de Túpac Amaru e ir a Laura Rodríguez, era un vuelton. Entonces, el paciente no iba, pero cuando empezaron a ver los pacientes, salvo pues que ya sea un parto en expulsivo, o un parto que ya estaba ya la gestante en trabajo de parto, entonces cuando se empezaron a dar cuenta que en el hospital les decían no, tienes que traer tu referencia, todavía no estás en trabajo de parto, todavía no va a dar a luz, tienes que ir a su centro, vaya al materno, entonces ya empezó a ver esa indicación por parte de los colegas del personal del hospital.” (Centro de Primer Nivel)

En resumen, en percepción de los entrevistados los factores de éxito debieron partir con contar con una adecuada planificación, resaltan las iniciativas de DIRIS Lima Norte por fortalecer la comunicación con los hospitales y los establecimientos del primer nivel para fortalecer y mejorar el proceso de referencia, la continuidad de atención otorgando citas de seguimiento a pacientes cesareadas y postquirúrgicos; así como el acceso a información para que los pacientes puedan conocer la situación de su referencia. Otros factores de éxito son contar con equipamiento informático (facilitado durante la pandemia), contar con equipos de acompañamiento para el seguimiento de pacientes referidos y que debiera ampliarse cuando las RIS estén fortalecidas. Finalmente, otros potenciales factores de éxito señalados que debieran ser implementados para optimizar los flujos y disminuir la demanda hospitalaria, disponibilidad de medicamentos en el primer nivel y actualización de cartera de servicios para referencia según cartera de servicios o cartera de diagnósticos.

5.1.6.4. De los Factores de fracaso percibidos por los prestadores durante la Implementación del REFCON en la DIRIS Lima Norte

Se reconoce la falta de iniciativas desde el nivel central para hacer frente a las resistencias al cambio. A ello se suma la limitada capacitación del personal de salud

y la importancia dada para construir procesos de concientización de sus funciones y responsabilidades, especialmente más evidente en los médicos mayores quienes presentan mayor riesgo de analfabetismo digital.

“...un tema que se tuvo que ir prácticamente negociando de a poco fue con el primer nivel de atención porque muchos de los médicos tenían incomodidad de utilizar el aplicativo en el primer nivel de atención; no querían utilizarlo porque mencionaban que estaban carentes de parque informático que no tenían internet, entre otras cosas.” (DIRIS)

“...perdían los cables de la computadora para no digitar las referencias en el REFCON”

Junto con el reconocimiento de la necesidad de impulsar capacitaciones permanentes del personal asistencial, técnico y administrativo, siempre y cuando se cuente con procesos operativos estandarizados de alcance nacional, especialmente por los altos niveles de rotación de personal, especialmente en el primer nivel de atención. A ello debe agregarse que no existe la disposición adecuada, se evidencia analfabetismo en los profesionales de la salud mayores de 55-60 años y falta de ética profesional, expresada como *“les falta la intención, las ganas de hacerlo”*.

“... el un poco renuente grupo etario del personal médico allí es de quizás unos 60 años, 55-60 años; a mucho de ese personal les falta la intención, las ganas de hacerlo, de la unión de la historia clínica electrónica con el REFCON convencida en que es lo ideal. Lamentablemente tras muchos esfuerzos que hayamos tenido por hacerle entender al personal de que iba a ser una cosa maravillosa pues no se ha logrado” (Hospital)

“es un poquito de compromiso con el trabajo porque cuando hemos llamado para levantar la observación son pocas las personas que nos responden y lo hacen; hay otras que nos dicen ya y no lo hacen (...) los propios ginecólogos de los hospitales o profesionales del primer nivel.” (Hospital)

Otra gran resistencia percibida está relacionada con la emisión de las contrarreferencias, y no entender que ello es un ciclo que inicia con la referencia y termina con la contrarreferencia, y que en distintos momentos se da interacción con otras dependencias de los establecimientos u hospitales. Además, el personal asistencial no percibe el valor agregado de las mismas, entre otras cosas porque nadie les ha explicado su importancia y utilidad para el sistema de salud y para el bienestar de los pacientes. Además, como parte de los usos y costumbres, es percibida como una actividad sin valor que se tenía que realizar. Pese a ello algunos pequeños avances se han logrado, en relación a la atención de la puérpera y recién nacido y a las intervenciones quirúrgicas. Junto con ello, se reconoce la existencia de resistencias personales (p.ej. “*carga de trabajo*”) y burocrático-administrativas del MINSA (p.ej. “*interoperabilidad de sistemas del primer nivel y de los hospitales*”) para darle valor a las contrarreferencias, sin haber creado los canales adecuados de comunicación. Ello se expresa en el bajo porcentaje de contrarreferencias registradas en el REFCON, como se muestra en el sub-estudio cuantitativo.

“... el proceso de contrarreferencia es un proceso que hasta la fecha tiene pocos logros porque implica mucho la participación del profesional de los establecimientos de mayor complejidad; y porque la mayoría de hospitales tienen cierta dificultad por el tema de referencias...”. (Hospital)

“... si no se cita al paciente a través del aplicativo no le doy una cita a través del sistema de gestión hospitalaria, cuando lo quiera contrarreferir esa conexión no va a existir...” (DIRIS)

“...prácticamente el problema porque no funciona es... no ver la realidad de muchos hospitales en Lima Metropolitana como en las regiones del país. (...) en la oferta de consulta externa en los hospitales, se aprecia que termina siendo de una gran cantidad de continuadores que ya no deben ser atendidos en el hospital y deberían ser contrarreferidos.” (Hospital)

“... una referencia enviada no termina con la aceptación de la referencia... debe concluir con la emisión de una cita; esta cita específicamente no la da referencias.” (DIRIS)

También se reconoce el limitado entendimiento de los alcances del proceso de referencias y contrarreferencias; varios entrevistados, incluyendo algún personal de la sede central, lo entienden como algo que se acaba en sí mismo. Por el contrario, como procesos, el sistema de referencia y contrarreferencia requiere considerar procesos de programación de recursos humanos, de citas, de turnos atención de consulta externa, de aceptación de pacientes en emergencia, entre otros y no todos dependen de una sola dependencia en los hospitales. Además, desde una visión nacional implica reconocer la necesidad de mejorar la interoperabilidad de los diversos sistemas de información de hospitales y de establecimientos del primer nivel. Esta interoperabilidad implica reconocer que es muy complejo como lo demuestra la literatura internacional converger en una única historia clínica electrónica para todos los subsistemas del país. Idealmente el desarrollo de los aplicativos y programas informáticos relacionados, deben ser diseñados según estándares internacionales como el HL7, entre otros. Además, ello requiere reconocer la necesidad de impulsar capacitaciones permanentes del personal asistencial, técnico y administrativo, siempre y cuando se desarrollen y podamos contar con procesos operativos estandarizados de alcance nacional.

“el problema del REFCON son los procesos que continúan después de la referencia: proceso de atención de consulta externa, procesos de aceptación de pacientes en emergencia. Los profesionales... no le dan valor agregado a completar el ciclo de las referencias y no existe la adecuada interfaz entre las historias clínicas o los formatos de historias clínicas electrónicas que tienen los distintos hospitales”. (DIRIS)

“...son menos de 200 hospitales a nivel nacional, porque no se les genera una conexión relativamente rápido porque los sistemas de los hospitales no son muchos, porque no hay muchos en el mercado tampoco. (...) en visitas a hospitales ordénalos que tenga personal especializado en informática (...) hay algunos hospitales donde el jefe es solo técnico en informática (...) por lo tanto sin capacidad operativa (...) en hospital San Juan de Lurigancho se encuentra carencia de personal con competencias para la construcción de su sistema de gestión informática... áreas de trabajo...” (DIRIS)

“Hicimos un proyecto de mejora continua con el hospital y eliminamos todos los productos o los procesos que no me generan valor agregado al tema de referencias. No teníamos la posibilidad de mejorar o fortalecer la trama porque dependemos mucho del MINSA... en la práctica todo era REFCON entrelazado con el sistema de gestión informática. (...) Los procesos que se interponen al uso del REFCON, son fácilmente superables cuando la referencia tiene que aceptarla una persona está enlazada con una trama para optimizar los tiempos. Eso depende de la cantidad de especialistas que tenga el hospital ... en un [servicio] el tiempo de citas... estaba en 3 meses y en pandemia llegó a 6 meses.” (MINSA)

Un elemento relevante se relaciona con los procesos de actualización, los cuales en lugar de favorecer a la efectividad del proceso y el bienestar de los pacientes, genera retrasos en los procesos y malestar en los pacientes que esperan atención en la ventanilla del REFCON. Tal como se ve en los comentarios de algunos entrevistados, estas actualizaciones en lugar de favorecer la efectividad y eficiencia del trabajo de los responsables del sistema de referencias y contrarreferencias hace que *“el trabajo sea más lento”* y ello genera mayor *“cola de asegurados que están esperando”* su atención oportuna. Además, se debe considerar que toda actualización debe ser acordada de manera participativa, y para su implementación se debe diseñar un breve módulo de capacitación para todo el personal involucrado, que resalte las bondades de la actualización y su potencial beneficio. Junto con ello se debe fortalecer la *“mesa de ayuda”* en el REFCON para ayudar a resolver problemas que puedan presentar los colaboradores, por un periodo durante la

implementación del cambio. Otro tema de discusión es sobre la caducidad, automática o manual de las referencias, si debe exigirse la contrarreferencia para cerrar la referencia. En el fondo es el debate técnico, académico, administrativo y pragmático donde cuando acaba la referencia “*en la programación de la cita*”, “*en la atención de la referencia*”, “*en la emisión de la contrarreferencia*”.

“...actualización del aplicativo, antes nosotros teníamos la libertad de ingresar el número del DNI del asegurado bajo ciertos parámetros darle click y nos arrojaba la cantidad de solicitudes pendientes, observadas, rechazadas..., pero ahora no entiendo el motivo, tenemos que poner un margen de fechas. Es decir, preguntarle al paciente más o menos cuando acudió señora cuando acudió a la [IPRESS] hasta acertar la fecha; en ese interin se forma una cola de asegurados que están esperando...”. (Hospital)

“cada vez que se actualizaba el aplicativo ellos te capacitan. (...) nuevamente te capacitamos de manera presencial... También reconocemos que cada vez que teníamos alguna duda quizás, a través de la mesa de ayuda te sale en una en una pestaña en el REFCON, porque valgan verdades es muy difícil que te den un ticket a través de esa mesa de ayuda; pero a través de un contacto que teníamos en el mensaje para este tema de REFCON llamamos inmediatamente y nos absolvían las dudas...”. (Hospital)

“... si en 60 días el paciente no ha hecho uso de su referencia en teoría esta referencia ya no está vigente, pero eso es difícil de cumplir con el aplicativo REFCON hacerle un seguimiento a la cantidad de referencias que ingresan por día, pero eso hasta donde entiendo debería ser automático y las referencias deberían desactivarse pero no se desactivan”. (Hospital)

Otro punto complejo de abordar con el proceso de gestión de citas está en relación con el tiempo que transcurre entre la programación de la cita y la fecha de la misma, se reconoce que el paciente no acude por el tiempo prolongado, “*mucho tiempo para la cita*”. En los hospitales se programaban adicionales, considerando que, dependiendo del hospital y del servicio, se programan entre “30% y 50%” de adicionales. Ello depende de la capacidad del programador de citas para considerar

adicionales, *“el SIS-Galen no lo permitía... no puedes atender más de lo que la norma permite.”*

“...te acepto para la referencia y te programó para atención. Si estamos 17 marzo te programo cita de atención para el 17 de junio porque las citas están llenas; especialmente en algunas especialidades. Llega el 17 de junio y el paciente o la paciente no se aparece porque por mucho tiempo y hasta hoy ya se atendió.” (Hospital)

“...el doctor XXX tenía programado atender 10 pacientes un turno de viernes. De esos 10 pacientes solamente acudían 5 no quizás había una o dos pacientes que les solicitaban un adicional entonces había 5 desertores que podían ser cubiertos por esos dos adicionales, pero nos sobraban 3. El director me decía ‘oye pero ya no cites 10 no, quizás pues cita a 15’; no entonces la idea es que se le daba un molde qué bueno quizás nos podía haber servido pero lastimosamente el SIS-Galen no lo permitía; cómo tu médico puede atender 15 pacientes...”. (Hospital)

A ello debe agregarse que no está estandarizado que los hospitales solo pueden atender referencias enviadas desde los establecimientos del primer nivel, como ocurre en diversos países a nivel mundial, como el Reino Unido, desde hace más de cincuenta años. Para el periodo de estudio, se tenía conocimiento que en DIRIS Lima Norte y Lima Sur, los hospitales Cayetano Heredia y de Emergencias de Villa El Salvador solo recibían pacientes que venían referidos a través del REFCON y que en Lima Centro y Lima Este la implementación del SRCR a través del REFCON era bastante incipiente. En este sentido, no se constata claridad ni normativa ni recomendación de DIRIS sobre cómo se debe hacer para brindar atención ambulatoria a personas que no son asegurados del SIS y que acuden a establecimientos del primer nivel de atención, donde luego de la atención requieren ser derivados a un especialista o cómo se va a hacer en el caso de personas no asegurados del SIS que por decisión personal desean una atención en consulta externa en los hospitales.

“...en la práctica, sin seguro pago mi consulta para recibir atención eso está permitido dentro del hospital; sí puede llegar un paciente particular al hospital y lograr su atención no hay limitante para ellos; tendría que entrar por cola y tendría que sacar su cita”. (Hospital)

Otro factor de fracaso percibido está relacionado con la incapacidad del sistema de programar los controles hospitalarios mensuales o trimestrales, como puede ocurrir en pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles. Operativamente, todo paciente debe ser contrarreferido a su establecimiento de origen para poder ser nuevamente referido al hospital para su control; ante lo cual muchas veces no se llegaba a cumplir oportunamente con el proceso, muchas veces engorroso. Si la IPRESS de origen es un establecimiento I-2, se refiere al I-3 y de allí al I-4, para luego referirlo al hospital. Dentro de las acciones que se realizaban en los hospitales, el paciente no era contrarreferido ante el riesgo de afectar el bienestar de los pacientes vulnerables. En el caso de pacientes hospitalizados, especialmente post-quirúrgicos y post-partos, se les daba dos citas de control y luego se les daba de alta.

“...los contrarreferí, pero en observaciones indicó que se tiene actualizar, ingresar la hoja de referencia, para que continúe su tratamiento. Igual pasa las referencias que se siguen atendiendo por programa.” (Hospital)

“... es otorgar una cantidad de citas a los pacientes que luego de estar hospitalizado o ser atendido por emergencia. Cuando el paciente sale, por ejemplo, de una hospitalización estamos otorgando su cita de control a fin de evitar... la contrarreferencia vaya al establecimiento de salud a solicitar una referencia para volver a nosotros. (Hospital)

“... estamos dando hasta dos citas de control y, en la segunda cita de control, el médico es que directamente define si el paciente ya se va de alta con sus indicaciones o va a tener que solicitar una hoja de referencia.” (Hospital)

“...cuando empezó todo, Cayetano nos mandaba contrarreferencias en físico para nosotros repartirlo a todos los establecimientos de salud de Los

Olivos... Nos enviaban un paquete de contrarreferencias, y nosotros lo que hacíamos era citábamos a los responsables de referencia de los otros centros para que vengan a recibir sus contrarreferencias; pero después nos dijeron que las contrarreferencias las podíamos hacer en el mismo sistema. Entonces lo estamos haciendo desde el año pasado ya se ha mejorado ese flujo...". (Centro de Primer Nivel)

"...tuve de una paciente que era que era hipotiroidea. Nosotros no teníamos en ese momento levotiroxina entonces yo la refiero a la paciente y me rechazan la referencia porque me dicen buscar otra opción de tratamiento; entonces, la llamé a ella y se aceleró la referencia." (Centro de Primer Nivel)

En resumen, como factores de fracaso se reconocen: (a) la falta de conciencia de la resistencia al cambio, (b) limitado impulso a la capacitación permanente siendo conscientes de la alta rotación de prestadores en el primer nivel, con énfasis en la sobrecarga de trabajo y el potencial analfabetismo digital; (c) resistencia a la emisión de contrarreferencias por cultura y pérdida de visión de su valor y utilidad; (d) limitada entendimiento por parte de funcionarios y prestadores asistenciales sobre el proceso de referencia y contrarreferencia, la interoperabilidad entre los sistemas y el uso de estándares internacionales; (e) limitada coordinación entre la autoridad central MINSA, expresada en las actualizaciones del sistema que disminuyen su efectividad; (f) tiempos prolongados para programación y gestión de citas; (f) sobredemanda en hospitales, expresada en la falta de estandarización para que los hospitales solo atiendan pacientes referidos del primer nivel vía REFCON; (g) incapacidad del sistema para poder programar el seguimiento de pacientes para sus controles ambulatorios.

5.1.7. De la Supervisión, Monitoreo y Evaluación de la Implementación del REFCON en la DIRIS Lima Norte

Varios entrevistados reconocen que el proceso de referencia y contrarreferencia debe ser dependiente de un órgano de línea del MINSA no de una unidad de apoyo, como fuera señalado previamente, ello es especialmente relevante para las actividades de supervisión, monitoreo y evaluación. Una primera evidencia de ello es que no hubo retroalimentación desde el equipo de la Oficina General de Tecnologías de Información (OGTI) en la sede central MINSA responsable del REFCON, ni desde el nivel de DIRIS Lima Norte. En este sentido, se evidencia la necesidad de una revisión y actualización de la normativa, así como un apropiado plan de implementación del alcance nacional que recoja las lecciones aprendidas del proceso. Recientemente, posterior al trabajo de campo, se tuvo conocimiento que esta actividad ha sido asumida por la Dirección General de Telesalud, Referencia y Urgencias (DIGTEL), del MINSA.

“... para un acompañamiento y escalamiento apropiado, y un monitoreo apropiado del escalamiento, la función debe ser del órgano de línea y nunca debió ser liderada por OGTI, como parte de sus funciones.” (MINSA)

“... este tema de COVID, si quieren hacer un monitoreo de todos los pacientes diagnosticados en Lima Metropolitana, porque hay alta migración que se pasa de una DIRIS a otra; y el MINSA dice, no lo puedo dar porque es dato sensible y yo solo lo puedo manejar. (...) esta ley [de protección de datos personales] y su reglamento tienen sus pros y contras que deben ser revisados y limitan la gestión e investigación”. (MINSA)

“... nunca tuvimos retroalimentación digamos desde el propio REFCON, lo que nosotros si veíamos era todo lo que mandábamos, nosotros veíamos nuestro reporte...”. (Centro del Primer Nivel)

Desde el nivel de DIRIS Lima Norte se reconoce la utilidad del REFCON para fortalecer las acciones de control de gestión en los servicios de salud. Las acciones de control implican analizar indicadores, desde una lógica sistémica, relacionados con los insumos, procesos y productos del REFCON, y también indicadores de resultados de corto, mediano y largo plazo. Además el REFCON debe permitir mejorar aspectos de gestión de los establecimientos como programación de turnos de los diferentes recursos humanos, por periodos trimestrales, como mínimo; registros de asistencia; disponibilidad de camas hospitalarias, entre otros.

“... abrió una mejora en mayor control de organización muy probable en tema de que se puede monitorizar con mucha más facilidad, porque se va a desplegar en cada RIS...” (DIRIS)

“... el seguimiento adecuado de los pacientes en términos de si es que deben ir al hospital y regresó sea que haya continuidad; hay algo de eso en este documento de programación...” (DIRIS)

Se reconoce la existencia en el aplicativo REFCON de unas tablas dinámicas, las cuales deben ser usadas por los equipos del sistema de referencias y contrarreferencias de los establecimientos categoría I-4 y hospitales. Un primer elemento que se reconoce es la iniciativa y responsabilidad profesional de la persona encargada; así como las limitadas competencias en análisis informático de los profesionales asistenciales, habitualmente médicos responsables de REFCON.

“... con las justas nos da el recurso para poder atender nuestras actividades, ir más allá, tener una proactividad es un poco complicado. (Hospital)

“... la calidad la vemos nosotros cuando auditamos la calidad de la referencia, cuando hay una referencia que de verdad no se justifica. (...) la verdad que por la carga laboral es un poco difícil. (...) Bueno la base de datos REFCON nos permite descargar su tabla dinámica y cubos

dinámicos y esas tablas que el REFCON nos permite descargar.” (Hospital)

“...nunca tuve tiempo, siempre estaba con la falta de médicos, siempre... estaba haciendo dobles cosas y la verdad que nunca pude darle un tiempo para hacer una evaluación del REFCON.” (Centro de Primer Nivel)

“... yo debería estar haciendo un análisis como gestora porque tú evalúas al médico jefe por cómo van los indicadores trazadores del establecimiento, cómo va la producción por la atención que hace el médico jefe como médico asistente.” (Centro de Primer Nivel)

Estos equipos refieren posiciones diversas sobre la utilidad de estas tablas “tenemos un reporte de monitoreo”, desde muy limitadas hasta sumamente útiles, para actividades de seguimiento periódico. Dada la diversidad intuimos que ello con la variedad de conocimiento de los entrevistados. Hay diversos factores que pueden haber influido en ello, como las competencias de los miembros del equipo, el liderazgo de la persona responsable, la comunicación asertiva de lo encontrado y la promoción de iniciativas de mejora del desempeño de los profesionales asistenciales, entre otros. Asimismo, unos entrevistados señalan que se debería poder descargar la base de datos para realizar un análisis más apropiado. “*sacar un poquito más de data, eso no lo puedo sacar*”, “*poder descargar la base de datos*” para analizar con mayor profundidad. Incluso una posibilidad es analizar a profundidad la data colectada contando con “*una programación de análisis*”. Habitualmente la gran mayoría de los análisis reportados se relacionaban con “*embalses de referencias... y rechazos*”.

“... tenemos un reporte de monitoreo de lo que encuentran en el sistema de referencia y contrarreferencia con el aplicativo REFCON de manera mensual, trimestral y anual.” (Hospital)

“... son útiles para generar los reportes para saber la cantidad de referencias que generamos y que recibimos; pero si yo sugeriría que se

implemente más. Por ejemplo, yo quisiera saber cuántas referencias se hacen por diagnóstico o sacar un poquito más de data; eso no lo puedo sacar.” (Hospital)

“... el aplicativo genera una serie de barreras y es poco amigable para poder analizar la información e intuyo que tampoco han generado algún programa estadístico donde pueda descargar la base de datos que en el fondo sería apretar dos botones uno para descargar la base de datos por período mensual y un segundo para ver las patologías más frecuentes por establecimiento, los médicos que más frecuentemente refieren pacientes, los médicos que tienen más referencias observadas o cosas de ese tipo...”. (Hospital)

“... el médico hacía sus análisis, se reunía conmigo y me decía doctora tenemos un embalse de tantas referencias, que nos estamos equivocando en referir a las pacientes no son las referencias adecuadas por esto las rechazan. Entonces nos reuníamos con los médicos sobre todo con los médicos generales porque no hacían bien las referencias.” (Centro de Primer Nivel)

“También hemos tenido algunos ejercicios [análisis de su productividad, porcentajes de aceptación, tiempos de demora en programación de citas]. (...) darnos cuenta si realmente las referencias que hacíamos eran las que deberían haberse hecho...”. (Centro de Primer Nivel)

“... la información que tiene el REFCON... es riquísima. Si nosotros tuviésemos los recursos para poder... generar toda una necesidad estadística, y a partir de ello presentárselas a las autoridades y puedan tomar decisiones... la toma de decisiones sería más acertada.” (Hospital)

“... tablas dinámicas que son reportadores lo manejaba mi estadística, mi técnico digitador (...) en realidad no era del todo utilizado.” (Centro de Primer Nivel)

Una explicación compartida por algunos entrevistados está en relación con la Ley de Protección de Datos Personales, que de alguna manera limitan el uso más detallado de la data del sistema, limitando la capacidad de gestión a nivel de DIRIS, DIRESA o GERESA. Ello dificulta el rol de trazabilidad en el seguimiento desde la primera referencia en la IPRESS de origen en caso de un evento llegando la referencia hasta la IPRESS con mayor capacidad resolutive para atender su evento sanitario, debiendo cerrarse el proceso con la emisión y aceptación de la contrarreferencia.

“... los reportes que se elaboraron eran por perfiles había reportes que podía tener acceso digamos DIRIS, DIRESA, GERESA, pero a nivel de

establecimiento de salud, pero a nivel de datos personales ... hay leyes que impiden si es que el dato del paciente necesitaba.” (MINSA)

“Lo que no permite el REFCON era que por ejemplo DIRIS, DIRESA entre a la hoja de referencia del paciente, pero todos los datos que se requeriría para tomar decisiones si debería permitir o darles el acceso porque ahí la DIRIS tiene un rol...”. (MINSA)

“...para poder identificar esos cuellos de botella, es a través de los reportes para que lo puedan dar los roles... siempre fue este tema del cuidado del paciente...”. (MINSA)

Otro elemento está relacionado con la temporalidad en las funciones de gestión de los entrevistados y el grado de implementación de acciones de control de gestión. Unos señalan que en su gestión el desarrollo era bien incipiente, otros señalan que había más acciones de control de gestión antes de la pandemia.

“Cuando estuve de jefe, el REFCON estaba en la etapa de transición estaba menos implementada todavía, recién se estaba implementando. No había monitoreo...” (Centro de Primer Nivel)

“... nosotros antes de la pandemia sí monitorizábamos mucho más el REFCON, asumo que ahora la nueva jefatura ya tendrá que tomar nuevamente la batuta ya que la pandemia ya no es parte de nuestro día a día”. (Centro de Primer Nivel)

“...saber qué médicos tenían más solicitudes rechazadas, más solicitudes aceptadas, porque cuando entramos en este proceso... había cierto rechazo, entonces nosotros mandábamos informes... y luego nos reuníamos todos y decíamos, el sistema me está indicando esto”. (Centro de Primer Nivel)

Otro elemento señalado está en relación con la incapacidad hacer seguimiento de referencias enviadas fuera del ámbito de la DIRIS Lima Norte, pese a estar registradas en el REFCON antes y durante la pandemia, reconociendo la alta movilidad de la población dentro de Lima Metropolitana, pasando de residir en una DIRIS a otra DIRIS, lo cual se convierte en una barrera para la implementación de

cualquier sistema informático que trabaje con direcciones en función a su DNI. Además, la pandemia ha mostrado que es posible implementar un sistema integrado de monitoreo, no solo para enfermedades sino también para procesos prestacionales en general. Con el REFCON es imposible hacer el seguimiento cuando se refiere a un paciente fuera de la jurisdicción *“fuera de DIRIS Lima Norte... desaparecen del sistema”*.

“... cuando refiero de [un hospital] para fuera de la DIRIS LN, este porcentaje desaparece del sistema pues está digitado desaparecen del sistema. (...) No se tiene acceso a este tipo de información de ese tipo; más allá del malestar que puedan tener cada uno de ustedes en algún momento, no tenemos forma de acceder a monitorizar eso”. (Hospital)

“...si quieren hacer un monitoreo de todos los pacientes diagnosticados en Lima Metropolitana, porque hay alta migración que se pasa de una DIRIS a otra; y el MINSA te dice, no lo puedo dar porque es dato sensible y yo solamente lo puedo manejar. Ahí como que te para varias acciones que pueden hacer”. (MINSA)

Finalmente, como se describe en secciones previas, no se cuentan con procesos estandarizados entre las diversas actividades de salud, el caso de REFCON no es una excepción. En el caso del Hospital de Emergencias de Villa El Salvador (HEVES) las referencias-contrarreferencias son parte del Departamento de Articulación Prestacional que es el órgano encargado de sistematizar la atención integral de la salud y la referencia y contrarreferencia de los pacientes nuevos y/o continuadores a los cuales el hospital atiende en forma intra y extramural, e incluye dos servicios: Atención y Orientación al Usuario y Referencia y Contrarreferencia.

[65]

“...el departamento de articulación prestacional se reúne y menciona las especialidades que tiene, se le solicita también la cartera de servicios algunas especialidades que nos solicita el primer nivel. Si necesito

aperturar con urgencia ginecología tenemos reunión de gestión clínica...”.
(Hospital)

En resumen, las acciones de control de gestión se relacionan con competencias de los profesionales involucrados, con limitaciones del sistema como falta de programación de análisis, y solo la emisión automática de tablas dinámicas, una limitación se relaciona con la existencia de la Ley de Protección de Datos personales que requiere considerar mecanismos legales que permitan que las DIRIS, DIRESA/GERESA, así como investigadores puedan analizar apropiadamente la data generada. Otros temas se relacionan con el seguimiento de referencias para IPRESS fuera de la jurisdicción; y dado que cada hospital tiene su propia estructura orgánica, se debe evaluar como se puede impulsar procedimientos operativos estandarizados.

5.1.8. De la Socialización y Comunicación con los pacientes y la sociedad sobre la implementación del REFCON en la DIRIS Lima Norte

A la hora de preguntar sobre el tema de comunicación con la población sobre el REFCON, se reconoce que se tiene que “*comunicar al paciente*” y “*educar al paciente*” más aun cuando se van a implementar cambios organizativos como los desarrollados en EsSalud.

“... se tiene que educar al paciente. El paciente no conoce que existe un primer nivel sabe muy bien que quiere atenderse en un hospital, pero no sabe que establecimiento de salud le corresponde. Entonces lo primero que se debe hacer es ordenar el propio paciente...”. (Hospital)

De manera espontánea, en las entrevistas, se generaron dos aproximaciones, la primera sobre comunicación masiva o en medios y la segunda sobre la comunicación individual a los usuarios en los servicios de salud. Con relación a la

comunicación masiva, en medios o redes sociales, los diversos comentarios señalan que no hubo una planificación ni implementación de estrategia(s) comunicacionales desde el MINSA, ni desde la DIRIS Lima Norte, sí *“se implementaron en algunas Regiones” “con presupuesto de DIRESA o GERESA”*. Ello puede ser explicado por la ausencia de una adecuada planificación de la implementación del REFCON, como intervención sanitaria, sin considerar a todos los actores involucrados ni contar con el correspondiente financiamiento.

“No se llegó a hacer difusiones masivas ni tampoco por computadoras porque la mayor parte de referencias era la responsable de seguros... aparte no había presupuesto. Entonces esos radios [locales] y difusión masiva a la comunidad tampoco se ha hecho.” (MINSA)

“... campañas desde el MINSA no hemos tenido, pero en las regiones ellos sí a su manera socializaban que vengan, pero nosotros no. Como MINSA no hemos hecho esas campañas...” (MINSA)

“... acá falta estrategia comunicacional... nadie sabe lo que ustedes están haciendo nadie sabe lo de telemedicina nadie sabe lo de REFCON... que hemos estado hablando...”. (Centro de Primer Nivel)

“Poco a poco se ha ido explicando a los pacientes, pero no se ha hecho una campaña de información al usuario...”. (Hospital)

“... cómo era que el sistema iba a pasar por internet hacia allá. La población menos, si el personal de salud no lo entendía, peor todavía la población era terrible.” (Centro de Primer Nivel)

“... hemos tenido reuniones con organizaciones sociales, con dirigentes de la comunidad, para decirle que las cosas están cambiando en relación a este tema...”. (Centro de Primer Nivel)

“... ponernos en los pies del paciente y decirle “esta persona no sabe leer, cómo le voy a pedir el teléfono si no sabe darme un número de teléfono, como lo voy a llamar, como lo voy a ubicar”. (Centro de Primer Nivel)

“Una vez que nos responden tenemos que avisarle a nuestro paciente para que se presente, porque si no le avisamos no se presenta al hospital y entonces se pierde la cita. (...) hicimos lo que mejor se pudo... se mejoró bastante el flujo de atención de pacientes...”. (Centro de Primer Nivel)

Por otro lado, solo uno de los entrevistados señaló que durante el primer año de implementación sus productos eran sensibilizar a la población sobre las referencias virtuales; sin embargo, no llega a definir estos productos ni explicitarlos. Para ello, se realizó la búsqueda de documentación sobre ello mismo y se consultó a los entrevistados sin encontrar documento alguno. Como consecuencia de ello, otros entrevistados mencionaron iniciativas usando la web del hospital y redes sociales como una estrategia para comunicar y socializar el REFCON con la población. Otro entrevistado comunicó el desarrollo de iniciativas en las regiones previo a la implementación del REFCON en Lima Metropolitana. Además, a quienes señalaron alguna implementación, se les preguntó si estas estrategias habían sido validadas y evaluadas, respondiendo que ello (validación y evaluación) no había sido realizado.

“...todos los productos se usan ese primer año sensibilizando a la población sobre la importancia que las referencias si van a ser virtuales eso también ha ocurrido en DIRIS Lima Norte”. (DIRIS)

“...cuando viajé a Puno, ellos sí socializaban porque hablaba del Registro Nacional de establecimientos y también hablaba que podían acercarse a sus referencias que estaba automatizado y un tema de iniciativa regional... desde el MINSA no hubo lineamiento de campaña. El REFCON era pobre, con lo poco que teníamos, difundíamos.” (MINSA)

“Este año [2022] recién estamos esté tratando de hacer eso tratando de hacer videos por la página web del hospital y también por Facebook, por redes sociales, estamos trabajando en videos para informar al usuario cómo es el tema del aplicativo REFCON... y estamos trabajando en otro video porque nosotros hablamos mucho de que ingresa tu referencia por REFCON; pero los pacientes no saben qué hacer”. (Hospital)

“...un aplicativo informático para que la población tenga conocimiento... ha sido la forma para evitar las colas. (...) parte de la supervisión de la calidad de atención... es cero colas, evitar que el paciente esté mucho tiempo parado... esperando un sello o una aprobación en cola de hospital. (...) que no sea sostenida o que no sea constante...”. (Hospital)

Dos participantes señalan que este proceso de referencias y contrarreferencias podría haberse complementado fortaleciendo la participación comunitaria, la cual *“incorporando la participación de las promotoras de salud”* hubiera favorecido las referencias comunitarias y mejorado la comunicación con la población y en consecuencia permitido cambiar la percepción del SRCR.

“...una idea innovadora [con las promotoras] que se podía haber utilizado como referencias comunitarias; de repente informatizar un poco la periferia de alguna manera... pero al final fue una forma que se podía haber trabajado mucho mejor en la estrategia comunicacional.” (Centro de Primer Nivel)

“Tenemos referencias comunitarias, tenemos promotoras de salud a quienes ni siquiera les damos las gracias; pero si comenzáramos a reforzar nuestros tentáculos, el sistema de salud sería el mejor del mundo...”. (Centro de Primer Nivel)

En el caso de la comunicación a los pacientes, se reconocen las debilidades del SRCR por el limitado conocimiento tanto de los prestadores como de los usuarios, que está relacionado con la ausencia de una estrategia comunicacional y limitación en las capacitaciones; como resultado de ello se ha ido dando un proceso de aprendizaje mutuo. Un ejemplo de ello, es si el paciente debe tener *“una sola referencia”* donde se señale las diversas especialidades que requiere el paciente, o que se debe hacer una referencia para cada especialidad, esto es, *“varias referencias a la vez”*.

“...no estamos comunicando adecuadamente... desde el año 2019 no damos las hojas el formato impreso de la referencia porque ahora hay un sistema en el que no es necesario; ... ustedes solo vienen a averiguar cuándo va a ser su cita o de repente nosotros los llamamos.” (Centro de Primer Nivel)

“Y la población no la entendía, cómo era que el sistema iba a pasar por internet hacia allá. La población menos, si el personal de salud no lo entendía, peor todavía la población, era terrible.” (Centro de Primer Nivel)

“...el papel en físico de la referencia, que el paciente asumía de que ya el proceso de referencia había sido realizado cuando todavía no era así. (...) En el mejor de los casos, nosotros tomamos nota del paciente, de sus datos, nombre, teléfono, venía al día siguiente el médico o algún otro profesional, evaluaba esa solicitud y se comunicaba con el paciente...”. (Hospital)

“... yo creo que la población se ha ido enterando de a pocos de este nuevo sistema, porque nosotros también fuimos conociéndolo de a pocos, entre programaciones de reuniones para capacitarnos... la población no tuvo una información clara desde el principio... todavía hay una serie de dudas de gran parte de la población, cómo funciona este sistema, porque incluso hay pacientes que vienen y solicitan esa hoja de referencia antigua que entregábamos antes...”. (Centro de Primer Nivel)

“Otra cosa también que saltaba a la vista era este problema de hacer varias referencias a la vez. La necesidad de hacer solamente una referencia y al paciente le decía yo solamente le voy a hacer una sola referencia, “pero doctor tengo tal y tal y tal”, no solamente una referencia...”. (Centro de Primer Nivel)

“... en 2016, no todos, acá en Villa el Salvador, por ser población, no con muy altos recursos económicos, no tenían smartphone, solamente tenían los celulares analógicos. (...) Entonces, teníamos que mandar mensajería de texto... respuesta para decir, ya me atendí, o puedo generar mi cita para otro día; liberas cupo, y puedes llamar a otro paciente... (Hospital)

En la práctica damos un doble mensaje, por un lado, hablamos de un sistema virtual y por otro, exigimos que vayan *“al hospital para programar la cita”* o que deben *“llevar la referencia impresa para su programación o atención”*, lo que muchas veces generaba que bastaba que el paciente lleve la hoja porque el *“proceso de referencia había sido iniciado y culminado”*.

“Le explicas el proceso, pero igual seguimos entregando una hoja en físico y le explicamos el proceso como es vía virtual...”. (Centro de Primer Nivel)

“Lo que ocurría era que el primer o segundo nivel ingresaba a esa solicitud y le daba una copia al paciente. El paciente con esa copia en físico asumía

que con el solo hecho de presentarse al hospital con esa hoja de referencia, ya el proceso de referencia había sido iniciado y culminado.” (Hospital)

“[el hospital] hará 2-3 meses decía a los pacientes que traigan impresa su referencia sino no los vamos a aceptar; entonces nos ponían en aprietos porque nosotros no tenemos impresoras...”. (Centro de Primer Nivel)

La comunicación hubiera sido apropiada si se hubieran definido procesos operativos estandarizados. La ausencia de estos se ha expresado en el desarrollo de diversas iniciativas o requerimientos cambiantes de los hospitales como que *“traigan la referencia impresa”* o que acudan al hospital para recién *“programar su cita”*, con el consecuente malestar tanto para los prestadores de las IPRESS de origen, como para los pacientes. Se reconoce que se debió fortalecer la interoperabilidad de los sistemas de hospitales y del primer nivel u otras estrategias que permitan que los pacientes estén informados de la situación de sus citas de manera oportuna.

“Lo que debería mejorar es la información, a veces en [el hospital] le dan una información diferente, deberían tener un mismo lenguaje todos y también los canales de información como el paciente podría saber cuándo es aceptada su referencia”. (Centro de Primer Nivel)

“... la gente no entendía que no debía de llevar un documento. ¿por qué? porque cuando no llevaban el documento el hospital hablando también otro idioma, ahí también la estrategia comunicacional, [el hospital] exigía que el paciente llegara de [centro de salud] con un documento ya impreso... ellos necesitaban el físico, las costumbres; me imagino que deben ser las costumbres antiguas”. (Centro de Primer Nivel)

Y como parte del locus de control, los responsables en cada área señalan las cosas positivas que ellos hicieron, y las razones por las cuales las hacen (locus interno); así como las cosas negativas que los otros desarrollan que impiden el logro de los resultados en el SRCR (locus externo). Asimismo, se reconoce que se debe mirar

más allá de lo que se hace operativamente, sino que se debe mirar al paciente, su continuidad e integralidad de atención. También se reconoce limitaciones en la formación de los profesionales de salud, señalando que en los espacios universitarios se deben enseñar estos procesos, *“no hay una buena instrucción en la Universidad”* sobre las normativas públicas vigentes.

“... todos los productos se usan ese primer año sensibilizando a la población sobre la importancia que las referencias si van a ser virtuales eso también ha ocurrido en DIRIS Lima Norte”. (DIRIS)

“Cuando nos reclamaban, entrábamos a la computadora, le decíamos mire acá ya mandamos su referencia, y como usted ve acá dice en espera; entonces allá tienen que solucionarle, ‘¿pero dónde?’ tiene que ir al SIS, porque el SIS le tiene que pasar esa cita. Se supone que tienen que hacerle una coordinación para el especialista o lo que le habíamos mandado, ‘pero ellos dicen que acá’ no, pero como le estamos enseñando, mira es así, o sea nosotros ya no podemos hacer nada”. (Centro de Primer Nivel)

“... el sistema de referencias y contrarreferencias no funciona y eso... tiene parte de la verdad pero un gran porcentaje del problema que se presenta en el sistema no se basa en la referencia. La referencia se da o sea yo envío mi paciente de un primer nivel a un hospital la referencia llega y puede ser aceptada pero para que pueda ser aceptada y el paciente pueda ser atendido debo de llegar más allá yo no solo debo aceptar la referencia, debo citar a mi paciente...”. (DIRIS)

“... se debería involucrar a la Universidad a enseñar bien esos procesos a los jóvenes que están saliendo ahora, enseñarles a redactar ... yo sé que muchos médicos fallan cuando comienzan a hacer referencias y no hay una buena instrucción en la Universidad...”. (DIRIS)

Al preguntar sobre las características de la población, se señalaba la diversidad cultural, el nivel socioeconómico, la severidad percibida del cuadro clínico, entre otros. Solo un entrevistado señala tres elementos importantes en la caracterización de la población del ámbito de la DIRIS Lima Norte, la primera relacionada con su potencial poder adquisitivo ante la presencia de enfermedades y severidad de la misma; la segunda está relacionada en la búsqueda de su beneficio personal o

solución de su problema de salud en lo que ellos consideran más eficiente; y en tercer lugar, se señala que la población “*no tiene canales para poder hacer sentir su voz*” lo cual se expresa en la pasividad social ante los cambios en el sistema de salud.

“Primero, que hay un grupo de pacientes que pese a ser SIS prefieren pagar en el SISOL para el especialista y después regresan para las medicinas o cosas de tal estilo ... No sé si SISOL solamente o cualquier otro espacio de prestación privada.” (Centro de Primer Nivel)

“... pero cuando empezaron a haber los pacientes, salvo que sea un parto en expulsivo, o que la gestante ya estaba en trabajo de parto, entonces cuando se empezaron a dar cuenta en el hospital les decían no, tienes que traer tu referencia, todavía no estás en trabajo de parto, todavía no va a dar a luz, tiene que ir a su centro, vaya al materno, entonces ya empezó a haber esa indicación por parte de los colegas del hospital.” (Centro de Primer Nivel)

“... desgraciadamente nuestra población en el Cono Norte es una población que no tiene canales para poder hacer sentir su voz, eso es lo que yo percibo. Los comités locales de Salud no están oficialmente activos, no son vinculantes con las jefaturas, o sea solo los jefes que desean lo vinculan. El jefe que quiere dice ya yo voy a reunirme con ustedes cada mes, y cada mes los estoy escuchando. Pero el jefe que no quiere nadie lo obliga, nadie lo evalúa por ello y simplemente no los escucha. Entonces la población no tiene un canal donde ser escuchado.” (Centro de Primer Nivel)

“... DIRIS empezó a armar todo el trabajo en telesalud que también ha sido bastante beneficioso porque ahora hay pacientes que de repente no pueden ir al establecimiento nosotros les hacemos una llamada y los atendemos y sale su consulta en el sistema y lo podemos imprimir y poner en la historia clínica. Lo que ha dificultado bastante es que (...) nuestras herramientas de trabajo, nuestro celular, lo conocen ahora todos los pacientes. Ese era el problema con los psiquiatras porque ... los pacientes los llamaban a cada rato... de repente en la madrugada.” (Centro de Primer Nivel)

5.1.9. De la Comunicación entre y al interior de IPRESS en la implementación del REFCON en la DIRIS Lima Norte

Se debe empezar señalando que varios de los entrevistados reconocen el esfuerzo de la DIRIS Lima Norte de ir facilitando reuniones con los hospitales y con los centros materno infantil para ir facilitando la articulación y consolidando la implementación del REFCON. Las reuniones con los hospitales eran semanales y la sede de reuniones era rotatoria (DIRIS Lima Norte, Hospital Cayetano, Hospital Sergio Bernales y Hospital Carlos Lanfranco); mientras que las reuniones con los maternos eran más espaciadas y con sedes diversas. En ambos casos, se pasó de reuniones de quejas de los otros establecimientos a reuniones más propositivas. El propósito era que haya una *“mayor cercanía”* y una *“relación fluida entre los distintos niveles de atención”*. Sin embargo, para algunos entrevistados *“todavía no se realizan reuniones descentralizadas”*, para algunos eran útiles se generaban mejores relaciones; mientras que para otros luego de las reuniones *“ponemos el acuerdo y no pasaba nada”*.

“En realidad siempre vamos a llegar a lo mismo, la falta de comunicación entre unos y otros. Por más este que tratemos de establecer vínculos si la cosa no se socializa, si no se da el alcance, si no se habla, pienso que no se llega.” (Centro de Primer Nivel)

“Nos reunimos primero en el hospital Sergio Bernales... en mi experiencia tenía problemas en el materno de Laura; entonces yo trataba de estar ahí para poder explicar la problemática que tenía, a ver si alguien me podía solucionar.” (Centro de Primer Nivel)

“Normalmente nos hemos reunido algunas veces; actualmente más seguido nos estamos reuniendo con DIRIS, con el encargado de DIRIS, ¿no? Yo supongo que es, digamos, los niveles a donde se va trabajando. Pero de MINSA directo menos, hasta donde yo he estado a cargo.” (Hospital)

“... del centro de salud, el encargado y el equipo, tengan una relación bastante fluida con el siguiente nivel para ver que se está mejorando, que está actualizando o que está fallando...” (Centro de Primer Nivel)

“Hay mucho tema de educar al primer nivel, porque luego indican quién hace la referencia, el tema administrativo o asistencial. Se ha tenido que coordinar con los jefes, con los directores de los establecimientos...” (Hospital)

“Una era la versión hospitalaria, otra era la versión del primer nivel que nunca se ponía de acuerdo, y terminábamos las reuniones y ponemos el acuerdo, y nunca pasaba nada.” (Centro de Primer Nivel)

Dentro de los desaciertos comunes expresados por los establecimientos del primer nivel era los cambios en las decisiones para las referencias y programación de citas o atención de citas. Dentro de ellas se reconoce el *“pedido de referencias impresas”*, *“que acuda al establecimiento para programar su cita”*. Ante ello el primer nivel creaba sus propios mecanismos, como enviar a los pacientes con sus referencias impresas, con la indicación de que vayan 48 horas después al hospital para insistir con su referencia y el respeto de sus derechos ciudadanos.

“...y el paciente obviamente disconforme por completo porque iba, venía de nuevo, regresaba; estabas en consulta te tocaba la puerta para que firmaras la famosa referencia porque el hospital no te aceptaba si no tenía la firma.” (Centro de Primer Nivel)

“... la gente no entendía que no debía de llevar un documento. ¿por qué? ...[el hospital] exigía que el paciente llegara del establecimiento con un documento ya impreso que ellos no iban a gastar su tinta entonces el pobre paciente regresaba nuevamente.” (El Progreso)

“...[el paciente] se iba nuevamente a Sergio Bernales a la ventanilla cuatro me acuerdo. En la ventanilla cuatro recién le daban la cita antes del proceso de la implementación del REFCON. Cuando ya estuvo el REFCON, igualito, igualito tenía que hacer el mismo vaivén...”. (Centro de Primer Nivel)

“... yo lo considero un seudo fracaso [al REFCON] ha podido ser peor, pero no ha llegado a ser el sistema que se esperaba que fuera. Hubiera sido un sistema grandioso, si hubiera funcionado todo desde el principio. La gente se hubiera concientizado de otra manera y si se hubiera socializado distinto el sistema. (Centro de Primer Nivel)

“... con el [director de hospital] hemos terminado conversando varias veces, y no había forma de encontrar el hilo de la madeja no y tratábamos de avanzar y no se llegaba a nada concreto.” (Centro de Primer Nivel)

“¿nosotros qué hacemos en los centros de salud? Agarramos, imprimimos la hoja de la referencia. La sello, la firmo y se la doy a la señora. Le digo, ¿sabe qué? En 48 horas usted se va allá y pide la cita, a Sergio Bernal. Y me dicen, y si no me da, le rompe la luna.” (Centro de Primer Nivel)

“Cayetano es que a veces cambia mucho este en el tema de la información que da su personal de admisión. Más o menos hará 2-3 meses les decían a los pacientes que traigan impresa su referencia sino no los vamos a aceptar; entonces nos ponían un poco en aprietos porque nosotros en consultorio no tenemos las impresoras...”. (Centro de Primer Nivel)

Por otro lado, desde el hospital los comentarios iban en relación con la “*calidad de llenado de las referencias*”, “*las inconsistencias de los diagnósticos de las referencias*”, entre otros. Eso obligó a elaborar un listado de diagnósticos que no iban a ser aceptados para la referencia de pacientes, y hubo una segunda versión actualizada de dichos diagnósticos con participación y aportes de los hospitales, a fines del 2019.

“... nosotros fungíamos como auditores prácticamente ayudaba bastante. (...) Entre las dos chicas y yo estábamos ahí atrás de todas las referencias de este tipo: dolor de cabeza, dolor abdominal y no sé qué. Entonces comenzamos a observar y ya comenzamos a hacerlo ... y gracias a eso más los criterios de referencia que estableció el hospital ya se terminó de un poco mejorar el sistema, la comunicación. (Centro de Primer Nivel)

“se hizo un listado de las referencias que no serían aceptadas, inició con gineco-obstetricia y después se amplió...”. (DIRIS)

Otro problema específico fue la atención del parto y sus posibles complicaciones. Este tema ha tenido diversas aproximaciones tanto en DIRIS Lima Norte y DIRIS Lima Sur sin llegar a encontrar una solución definitiva.

“Podía ser que no te atiendan o el María Auxiliadora te podía acusar de porque has tomado el riesgo de atender un parto y no lo has mandado...”. (MEF)

“Entonces, partos en las cuales decían es multípara, etcétera, ahí no había problema, se animaba a atenderlo. Que no tengan nada, nada, ahí lo atendían. Cuando veían que algo tienen, inmediatamente se lo mandaban al María Auxiliadora. Y eso no nos mejoraba mucho, a pesar que tenían cinco ginecólogos ahí abajo, cinco ginecólogos”. (MEF)

“[Durante la pandemia] Hablé con [el director de hospital] le digo doctor mándenme todo le digo porque nosotros tenemos ... y con [el jefe del CMI] hicimos lo de las camas, sacamos por acá, sacamos por allá. El centro estaba prácticamente vacío, solamente atendíamos emergencia, teníamos para atender todos los eutócicos, de paso comenzamos a elevar un montón los indicadores de partos; pero el hospital se tiró para atrás... y comenzaron a tratar de solucionar alguna forma y se quejaban.” (Centro de Primer Nivel)

Con relación a la comunicación al interior de las IPRESS, se reconoce que mucho de ello se da por considerar que el tema de referencias es solo dependiente del área de referencias, sin reconocer que ello depende de articulación con otras áreas como admisión, planificación y programación de turnos, entre otros.

“Y la comunicación que se da entre admisión y referencias es muy escasa. Sus procesos de comunicación y coordinación son ausentes. Entonces, ya que viste varios hospitales y lo que ocurre con la referencia de hospitalización, la referencia de emergencia, la referencia de consulta externa, son circunstancias que no se llegan a cerrar en los procesos de referencia porque los procesos de consulta externa, de hospitalización y de emergencia tienen varias formas de trabajo entre los hospitales.” (MINSA)

“Solamente están descritos en el marco de una teoría de implementación de los procesos, pero esos procesos en la práctica no sirven. Son solamente una formalidad a la normativa, pero cuando yo voy a hacer mi seguimiento de cada uno de los puntos especificados en el proceso, estos no se dan. (...) y la cita debe estar anexada a través del REFCON y muchos hospitales no tienen entrelazado el REFCON con su sistema de gestión hospitalaria.” (DGOS)

“Al perderse las citas, se evidencia externamente que la referencia no sirve. Pero no es el tema de la referencia, es que esta articulación de la parte de admisión que brinda las citas no se da.” (DGOS)

5.1.9. De las Lecciones Aprendidas en la implementación del REFCON en la DIRIS Lima Norte

Se reconoce que, para la adecuada implementación de una iniciativa, como el REFCON, se debe contar con una adecuada planificación, que conlleve a la elaboración participativa de la o las normativas correspondientes que permitan contar con los procesos organizacionales apropiados, incluyendo el financiamiento, equipamiento y conectividad, recursos humanos (capacitados y gestión del cambio), procedimientos operativos estandarizados, con los correspondientes flujos, y estrategias comunicacionales que incluyan a todos los involucrados (stakeholders). Dentro de los procesos internos, se deben involucrar a las distintas oficinas o direcciones en establecimientos y hospitales; así como a los órganos de línea competentes del nivel central; y que permitan la interoperabilidad de los de los diversos programas y aplicativos informáticos.

“... en los hospitales se tiene que poner de acuerdo primero en la entrega de su programación médica. Nosotros cargamos disciplinadamente eso de acá dos meses... tenemos una programación médica. En muchos hospitales lo hacen mensualizado... cuando vas a referir no hay fecha adecuada, porque no hay un médico especialista a ese turno.” (Hospital)

“No es nada más poner la herramienta tecnológica, sino que en realidad se tiene que definir bien los flujos, se tiene que conocer muy bien el proceso, y que tiene que estar cargado ahí la cartera de servicios, la especialidad, el tema de la programación médica, tiene que estar cargado ahí.” (Hospital)

“Estoy hablándole de seguimiento, de flujo, de procesos que se debieron de haber seguido de principio; estoy hablando de infraestructura, de logística que se debe considerar y sobre todo lo que es la rehabilitación y el seguimiento de ese paciente.” (Centro de Primer Nivel)

“... a pesar de ser establecimiento de primer nivel, no hacemos mucho trabajo de promoción y prevención como debería ser, deberíamos estar más ligados al trabajo con la comunidad, deberíamos tener un padrón real de los pobladores, tener sus datos. No se ha hecho a cabalidad la parte del

mapeo de nuestros pobladores... y deberíamos tener un sistema de historia clínica electrónica; quizás allí sí funcionaría no con todos los datos espero que este paciente no solo lo tendríamos nosotros, sino que este sistema sea para todo nivel de todo MINSA, como lo tiene EsSalud.” (Centro de Primer Nivel)

“... la otra cosa es fortalecer también lo que es el recurso humano fortalecer en capacidades, fortalecer en conocimientos. Yo creo que hay cosas que las referimos porque de repente se desconoce muchas cosas que sí se pueden solucionar desde un primer nivel, pero que los establecimientos sean más resolutivos que estén mejor implementados. (Centro de Primer Nivel)

Además, se deben implementar procesos de control (supervisión, monitoreo y control) y de mejoramiento continuo de los procesos, escuchando al personal operativo y los burócratas de la calle, de manera cotidiana, ello debería permitir mejorar la efectividad y eficiencia de la política y de la intervención, en favor del bienestar de los usuarios, evitando el proceso escalonado de I-1 a I-2 y así sucesivamente hasta los hospitales nacionales, en caso que el paciente lo requiera. Junto con ello, se reconoce la importancia de impulsar procesos de gestión del cambio y procesos de comunicación con los actores involucrados: al interior de los establecimientos, entre los diversos niveles de los establecimientos de salud y con la comunidad, buscando sensibilizar y facilitar el proceso de cambio propuesto.

“... necesita que se haga un análisis y se vean los logros, y se vea de repente en qué tenemos que corregir ¿por qué? Porque... no me parece pertinente que de repente pase del I-2 al I-3, al I-4 y después finalmente pase al hospital, el hospital tiene que estar en su jurisdicción, al que le toca, y recién el hospital lo va a pasar a un área especializada, a un hospital especializado, a un instituto especializado, porque ese es el flujo.” (Centro de Primer Nivel)

“Hasta ahora seguimos con el tema que las referencias de todas maneras tienen que pasar por el materno, de todas maneras. En la pandemia sí nos permitieron que los que los centros I-2 y I-3 refirieran directo al hospital porque por el tema de personal, no había ginecólogos y estaban más

abocados a la atención de los pacientes COVID; entonces, de repente ahí mejorar la organización. (Centro de Primer Nivel)

“...el poder implementar y recibir solo lo que realmente nos corresponde, nos va a hacer que no nos llenemos de un montón de patologías que pueden ser vistas en el primer nivel y nosotros poder atender una mayor cantidad de pacientes y disminuyendo los tiempos de consulta de citas”. (Hospital)

“...averiguamos en los centros de salud qué tipo de medicamentos había para ver si nuestros crónicos podían ir al centro de salud y recoger sus medicinas. Y solo regresar cuando el médico los citaba cada seis meses, o sea, recién referirlos otra vez cada seis meses para que sean vistos. Y esa podía ser una gran solución porque los pacientes ya no tenían que trasladarse hasta el hospital, sino solamente recoger sus medicinas en su centro...”. (Hospital)

Además, se reconoce la importancia de cerrar procesos garantizando la calidad y continuidad de la atención en favor del bienestar de los pacientes, de manera que se realice obligatoriamente la contrarreferencia de pacientes. Ello incluye, por ejemplo, iniciativas que viabilicen normativas, respetando los aspectos técnicos y financieros para la entrega de medicamentos a pacientes específicos con *“patologías definidas en el primer nivel de atención”*; iniciativas de programación de citas con más de 60 días de anticipación en hospitales para pacientes con cuadros complicados que *“requieren controles periódicos trimestrales”*

“Y la otra cosa es que también debemos contrarreferir, porque con el REFCON también no solamente podemos aceptar a los pacientes sino una vez que los tratamos los podemos referir al primer nivel o al nivel correspondiente...” (Hospital)

“Pero el paciente mientras se va deteriorando, se va complicando y su salud es la que está en juego; entonces yo creo que ahí se tiene que hacer un análisis realmente en ciertas, en ciertas enfermedades cuál va a ser realmente la prioridad del flujo, ¿no? porque la prioridad es que el paciente sea atendido y su problema de salud vaya camino de solución o se vea la forma de solucionarlo o iniciemos con el tratamiento. No que le estemos dando largas y largas en un trámite administrativo que pone en riesgo la solución, el tratamiento oportuno del paciente.” (Centro de Primer Nivel)

“[Contrarreferir] ...nos permite disminuir las colas tener una atención más rápida tener una mejor atención etcétera.” (Hospital)

5.1.10. Del REFCON y la pandemia de la COVID-19 en la DIRIS Lima Norte

La pandemia, como se señalara previamente, mostró los valores y principios de las personas y la negación de los mismos. Durante la pandemia dentro de los temas negativos, se reconoce el cierre de los servicios de consulta externa en los establecimientos de salud del primer nivel y en los hospitales. Ello impidió el proceso de maduración de una iniciativa que tenía poco tiempo de implementación en la DIRIS Lima Norte, como en todo el país. Todo proceso de este tipo tiene un periodo de implementación donde hay un grupo que le ven el valor positivo y lo impulsan (early takers) hasta llegar posteriormente donde la mayoría de usuarios lo utilizan. Como todo proceso de implementación se esperaba que este aumento inicial tenga un periodo meseta y que después empiece a presentar ciclos estacionales, vinculados a la presencia de brotes de enfermedades o a periodos de vacaciones escolares y universitarias. Ello se podría suponer que ocurrió entre los meses de enero y febrero del 2020, pero las restricciones de confinamiento estricto establecidas por el gobierno peruano impidieron observar ello. Por el contrario, la marcada caída de referencias entre abril y setiembre están relacionadas con la pandemia de la COVID-19.

“REFCON nunca llegó a madurar no, porque inició la pandemia y suspendieron todo lo que es referencia y contrarreferencia; cerraron consultorios externos o casi todos los que trabajamos en ese momento referencias fuimos retirados...”. (Hospital)

“... tenemos que tener en cuenta de que durante la pandemia el área de referencias de nuestro hospital solamente se abocó a las referencias de pacientes COVID y algunas emergencias quirúrgicas porque (...) tuvimos

que suspender la consulta externa y no te imaginas ahora que se ha retomado en un quizás 70-75% la consulta externa a razón del 2018 es que cuando te decidió nuevamente abrir la teníamos en red con una cantidad inimaginable de solicitud que no teníamos la capacidad de atender ...” (Hospital)

“... entonces justo llegó la pandemia y eso fue como un descanso porque ya no continuamos en ese ritmo [de referencias], creo que no hubiéramos podido seguir así”. (Centro de Primer Nivel)

“En marzo fue lo de la pandemia entonces para nosotros de una u otra parte fue un alivio porque dijimos con esto ya por lo menos no tenemos este problema”. (Centro de Primer Nivel)

A ello se suma que por decisión desde el nivel central se decide priorizar la atención a los pacientes con COVID-19; pese a ello, no se logró una disminución en las tasas de mortalidad por esta enfermedad. Al contrario, el confinamiento estricto y cierre de múltiples servicios de apoyo podría haber favorecido al aumento de la mortalidad.

“...tuvimos que, por indicación de nivel central, priorizar la atención de pacientes COVID por sobre la atención de los pacientes que acudían por consulta externa.” (Hospital)

“Entonces, fruto de esa priorización, de esa indicación del nivel central, fue que el proceso de la implementación al 100% del aplicativo REFCON se vea pues de cierta manera cuesta en stand-by.” (Hospital)

“ahorita por el tema de la pandemia y de que la el aforo es reducido no se está dando prioridad a los pacientes...” (Hospital)

“La pandemia suspendió todo... los análisis que se han estado haciendo... Se paralizó con el tema de la pandemia.” (Centro de Primer Nivel)

“Bueno, lo que yo podría opinar es que en cuestiones de pandemia, lo primero que se hizo denotando la naturaleza también se pensó más lo que es el problema del COVID y nos olvidamos que dejamos de lado las otras enfermedades, sobre todo las crónicas y entonces se creció las referencias, no hubo atención ambulatoria y bueno entonces. El cual también anterior a la pandemia se incrementó la atención de pacientes más pobres entonces creo que en este aspecto es una falta de organización de repente desde nuestro edificio electrónico. Nosotros mismos como institución de no haber estado preparado para este tipo de casos.” (MINSA)

Otros resultados negativos de la pandemia, son la alta rotación *“más marcada en el primer nivel”*, *“se rompió la adscripción en el SIS”* permitiendo la atención de toda persona durante la pandemia, *“se suspendieron las capacitaciones”* y sensibilización de los trabajadores. A ello se añade que varios profesionales de la salud, prefirieron dejar su condición para ser profesionales CAS COVID con mayores ingresos mensuales.

“En 2021 obviamente no ha habido capacitación no, por el tema de la pandemia (...) otra vez vamos a retomar el tema de las capacitaciones y otra vez estamos solicitando también para poder volver a salir y reunirnos con los diferentes establecimientos.” (Hospital)

“...es más marcado en el primer nivel, donde el nivel de rotación de personal ha sido mucho más alto que el de los hospitales... en el hospital no todos trabajamos de la misma manera; entonces mi colega que ha estado llevando el flujo hasta inicios de año ... y estábamos trabajando de una manera distinta ... Eso también influye un poco en las atenciones de primer nivel.” (Hospital)

“Como se rompió la adscripción en el SIS podíamos atender, hasta ahora sigue así, nosotros empezamos a atender a pacientes de cualquier establecimiento de salud. Pero ya luego nos dicen, tenemos que empezar a trabajar el riesgo porque es un indicador de gestión, se tiene que dar nuevamente el trabajo; ya otra vez nos vamos ordenando y diciéndoles a los otros centros, refiere a tu paciente. Cuando viene el paciente lo vemos y le decimos usted pertenece a otro establecimiento, acuda a su establecimiento de salud.” (Centro de Primer Nivel)

“Desde la pandemia ya no tenemos médico ecografista porque a los médicos les pagan muy poco, ya no quieren trabajar como médicos ecografistas y han preferido trabajar como médicos, como CAS COVID; de repente ahora que ya un poco está desapareciendo esto ya nos puedan contratar un médico ecografista. Hemos seguido realizando son las ecografías ginecológicas y obstétricas.” (Centro de Primer Nivel)

Otra dificultad cuando se abrieron parcialmente las atenciones, está relacionada con la ausencia de definiciones claras de los servicios de referencia disponibles en los hospitales o establecimientos de primer nivel que cuentan con especialistas.

“algunos consultorios estaban abiertos en tiempo de pandemia, yo sé que ahora se van abrir todos los consultorios. No sabía si funcionaba Oftalmología, porque no tengo la cartera de servicio de los hospitales de Puente Piedra, Collique o Cayetano, no sabemos, a veces lo enviamos y lo regresan. No, ese consultorio todavía no funciona...” (Centro de Primer Nivel)

“... la gran mayoría de pacientes dice que quieren regresar al especialista que los veía pero que ustedes no tienen ningún espacio de retroalimentación en ese proceso. Dicen que los han visto en la pre pandemia y también pandemia porque consultorios que han estado abiertos y no traen contrarreferencia ...” (Centro de Primer Nivel)

“Nosotros tenemos que estar preguntando a la DIRIS porque a nivel del hospital tampoco tenemos una comunicación fluida. ¿Cuál es la cartera de servicio actualizada? ¿Qué exámenes están realizando? ¿Ya se arregló la máquina de rayos X que estaba mal obrada? ¿Ya están haciendo esto tal cual cosa? Entonces, este tipo de comunicación no es perfecta con nuestro hospital de referencia, que es el Sergio Bernales.” (Centro de Primer Nivel)

Un efecto negativo de la pandemia es la aproximación economicista que se le ha dado a la práctica en los servicios de salud, como una tergiversación del llamado pago por desempeño (paying for performance o P4P, por sus siglas en inglés). Se reconoce la valía de todo el recurso humano, asistencial y no asistencial, que labora en el sector salud, pero es negativo, considerar que por cada cosa extra que hago “me deben pagar un incentivo o un bono”.

“después de la pandemia, como que el personal se ha acostumbrado mucho a al tema de los bonos al tema de que si me pagas más lo hago, sino no lo hago... como que la pandemia nos hizo este reaccionar en un momento para bien en que teníamos que estar unidos y teníamos que poner el hombro muchas cosas en el que teníamos que trabajar, teníamos que ingeniárnoslas para poder sacar las cosas adelante; pero este hecho de que disminuyan los aforos de pacientes.” (Centro de Primer Nivel)

Durante la pandemia no todo fue negativo, por un lado, permitió contar con mayor cantidad de equipos de cómputo en los servicios del primer nivel, que el personal asistencial del primer nivel realice sus propias referencias y las auditorías de las referencias recibidas. Por otro lado, se permitió que se envíen referencias de gestantes directamente a los hospitales y se implementen algunas intervenciones para aumentar la atención del parto en establecimientos del primer nivel, ante el temor de las pacientes a atenderse en los hospitales, por temor a la COVID-19.

“En el 2020, antes de la pandemia ahí recién ya nos dan las computadoras para todos los consultorios y desde ese tiempo y luego en la pandemia ya hemos empezado este hacer nuestras referencias; cada uno ya lo digita en el aplicativo. Entonces así ya evitamos errores porque cada uno de nosotros hace su referencia y lo digita.” (Centro de Primer Nivel)

“El técnico administrativo que tenemos es para hacer el seguimiento de las referencias, para que vea las citas de las referencias y lo que hemos hecho nosotros en Juan Pablo II ...”. (Centro de Primer Nivel)

“En pandemia vamos a hacer que los ginecólogos auditen sus propias referencias entonces llega las referencias y el ginecólogo ha estado auditando sus referencias. Entonces eso le daba también mayor libertad y responsabilidad a ellos y mayor precisión para ver qué referencias son aceptadas y qué referencias no, cuales las observaban; entonces eso ha sido bueno. Igual en pediatría, a los pediatras también les hemos pedido que ellos auditen sus referencias porque ellos se quejaban mucho, decían ustedes aceptan referencias que nosotros no debemos atender acá. Entonces ahora se les ha dado un turno semanal a los pediatras para que ellos auditen sus referencias. Igual al otorrino...”. (Centro de Primer Nivel)

“En la pandemia sí nos permitieron que los que los centros I-2 y I-3 refirieran directo al hospital porque por el tema de personal, que de repente no había ginecólogos estaban más abocados a la atención de los pacientes COVID (...). Entonces la otra cosa es fortalecer el recurso humano en capacidades, en conocimientos... hay cosas que las referimos porque se desconoce muchas cosas que sí se pueden solucionar desde un primer nivel, pero que los establecimientos... estén mejor implementados.” (Centro de Primer Nivel)

“Era lo más triste se quejaban y cuando yo refería pues una cesareada anterior dos veces me decían no que tuviera las 39 semanas, 37 semanas que comenzara el dolor, pero es cesareada anterior, ustedes la tienen que programar. Y decían que no, solamente emergencias. Si una mujer me

hacía rotura uterina, ellos no me iban a decir nada y no hablábamos de consulta externa, hablamos ya de emergencias que definitivamente binomio madre niño hubiera sido terrible que hubiera pasado algo. Tenía casos COVID muy graves y que tenía que referir a algún sitio bueno pues Collique era mi establecimiento de referencia y hablábamos de la ambulancia y todo eso porque era lo único que nos quedaba en ese momento y no estábamos fortalecidos...”. (Centro de Primer Nivel)

Asimismo, la pandemia ha permitido tomar conciencia de la necesidad de tener formas de contactar a los pacientes, especialmente a los pacientes con enfermedades crónica, transmisibles o no, para poder garantizar su seguimiento y adherencia adecuada a su tratamiento. A ello se añade que como resultado de la pandemia se han ido venciendo, por diversas razones, la resistencia al cambio de uso de la “virtualidad”, incluyendo el REFCON y telesalud.

“Nosotros empezamos la pandemia para poder comunicarnos con los pacientes fue bastante difícil porque solo teníamos los datos en historia clínica y no se habían registrado los números telefónicos. Entonces para hacer seguimiento teníamos las direcciones de los pacientes, pero no su número telefónico. ¿cómo llegamos al paciente sin números telefónicos? ...hemos dado la indicación que en ventanilla única y también en el HIS nosotros registramos el número telefónico.” (Centro de Primer Nivel)

“... la pandemia, con esto de la virtualidad... De alguna forma ayudó, porque era nuestra única forma de comunicarnos con el paciente... si no hubiera sido así, creo, que todavía el rechazo existiera a tal punto como fue antes de la pandemia, ¿no?” (Centro de Primer Nivel)

“... la pandemia ha contribuido para que todos estos programas informáticos sean mejor aceptados por todos. No solo por los trabajadores de salud, sino también por las personas. Cuando se decía... no entreguemos nada porque trasladamos el virus en objetos, todo el mundo creía que no podía recibir nada de nadie. Eso ayudó, ayudó a que la gente ya no pidiera. Nosotros como personas, personal de salud y población, hemos adquirido en estos dos años.” (Centro de Primer Nivel)

“con el devenir de la pandemia se presentó el fenómeno de que ya las referencias no eran en forma física, sino había que virtualizarlas bueno ya desde antes de la pandemia se virtualizaba solo que ahora era un requisito fundamental ya no presentar el papel, sino que haya una comunicación ya

sea al paciente ya sea una vía telefónica o de alguna otra manera...”. (Centro de Primer Nivel)

“Ahora los médicos de Cayetano ya casi todos manejan historia clínica electrónica en la consulta externa, en casi todos los consultorios... y también muchos han hecho telemedicina durante la pandemia con historia clínica actualmente electrónica también. Entonces yo creo que eso puede facilitar mucho a que el flujo de pacientes referidos y la aceptación sea más rápido de lo que era antes.” (Hospital)

“... en tiempo de pandemia nosotros hemos implementado la telemedicina, donde los médicos atendían desde el domicilio. Y hay algunos que aprendieron, les capacitamos para que ellos mismos hagan la referencia porque también era engorroso porque ellos nos mandaban fotos. Si en físico real no se entiende, imagínense usted en fotos. No, entonces hay algunos que le decían, doctor, le enseñamos, usted con su clave de acceso entra... todos hemos tratado de enseñarlos, ayudarlos. Si hay personas o hay profesionales que, si le han puesto ganas...”. (MINSA)

“Yo creo que una buena cantidad de los pacientes que de repente lograron atenciones con especialistas durante la pandemia fueron a través del REFCON y a través de las atenciones virtuales que se tuvo por telemedicina o de las atenciones que de repente donde no había ni siquiera el equipo o sea simplemente el profesional le llamaba por teléfono o vía WhatsApp veía la forma de atenderlo.” (Centro de Primer Nivel)

Además, se reconocen efectos positivos en gestión sanitaria, como resultado de la pandemia, e implementar un sistema integrado de monitoreo como el utilizado durante la pandemia. Esto último es muy importante dada la alta movilidad de la población residente en Lima Metropolitana, trasladándose de una a otra DIRIS por trabajo, estudio o diversión.

“Una experiencia de referencia entre MINSA y EsSalud se dio durante la pandemia COVID-19, pero no han cancelado las deudas (...) otras prácticas inapropiadas era que centros privados trasladaban a pacientes cerca a la entrada del hospital y hacían que el paciente entre solo con su familiar”. (Hospital)

“Por ejemplo, este tema de COVID, si quieren hacer un monitoreo de todos los pacientes diagnosticados en Lima Metropolitana, porque hay alta migración que se pasa de una DIRIS a otra; y el MINSA te dice, no lo puedo dar porque es dato sensible y yo solamente lo puedo manejar. Ahí como que te para varias acciones que pueden hacer”. (MINSA)

Finalmente, no se pueden dejar de reconocer los miedos y desconfianzas del personal de salud en relación a lo que sigue posterior a la pandemia. Entre ellas se menciona el envío de contrarreferencias, que en la práctica actual en la DIRIS Lima Norte se expresa en solicitudes de contrarreferencia a los hospitales desde primer nivel para poder nuevamente referirlos porque requieren atención especializada.

“En el tema de referencias es mejorar la organización y también ahí es bastante... el tema de las contrarreferencias. Mucho tiene que ver aparte que tenemos que llenar muchos papeles, muchos trámites también tiene que ver el querer hacerlo... es un tema de actitudes, no sé si la pandemia ayudó a hacernos bien o de repente para sacar algunas cosas que teníamos escondidas y que todos estén desanimados en el trabajo o simplemente hago lo mínimo necesario, quizás es eso.” (Centro de Primer Nivel)

“... en tiempo de pandemia, las referencias no han sido muchas, porque no han aperturado las consultas externas. Ahora que se está aperturado ya casi al 100%... se van a sentir más las dificultades o problemas... no tenemos personal adecuado que haga seguimiento...” (Centro de Primer Nivel)

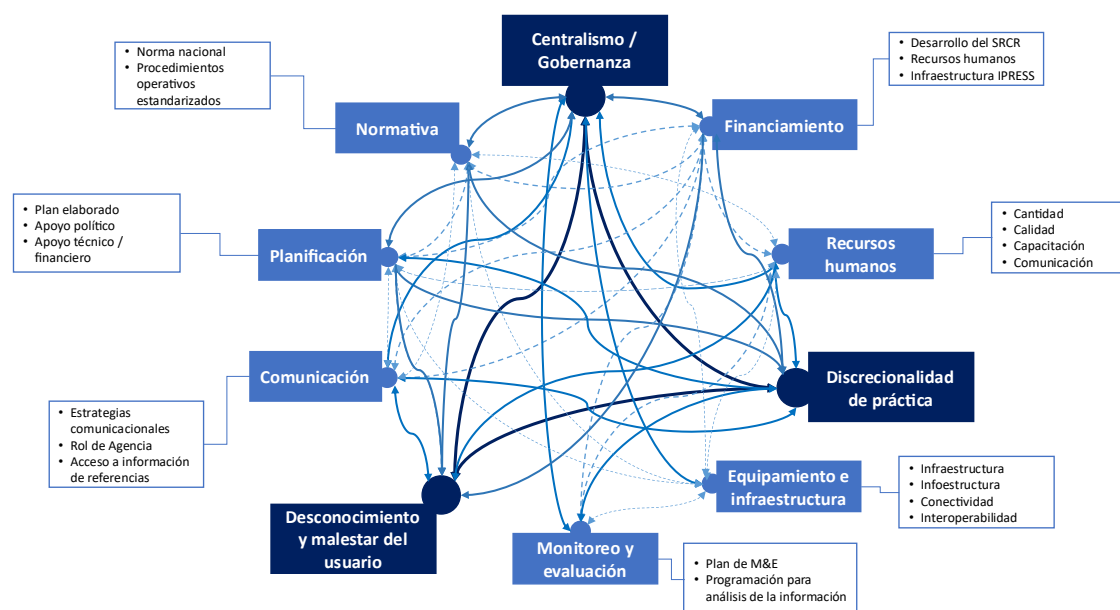
“... ya casi al 100%, se ha terminado de implementar la consulta externa. Con el recurso humano, pues que no sea vulnerable... el grupo etario de personal médico en mi hospital no es de 20 a 40 años, ¿no? Es un grupo un poco mayor, y eso también dificulta que la implementación de la consulta externa al 100% ... como órgano de apoyo, a través del aplicativo REFCON, también esa progresión es un poco lenta.” (Hospital)

“... estamos casi normalizados al 100% la consulta... estamos viendo un incremento exponencial de las referencias, muchas de ellas habían estado en stand-by con la necesidad de los pacientes, en cuanto a controles. (...) me parece que lo más prudente sería que se evalúe recién desde este año porque ya tenemos aperturado todo al 100%. Además, que ya prácticamente ha regresado casi la totalidad de profesionales a la consulta externa. (Hospital)

Resumiendo, el siguiente gráfico muestra un diagrama donde considerando tres componentes: la gobernanza en el nivel central, la discrecionalidad de los profesionales asistenciales y el usuario final como actor social que termina siendo

víctima de los excesos o limitaciones de los dos previos. Asimismo, como en ellos, la planificación, normatividad, financiamiento, recursos humanos, infraestructura, infoestructura y equipamiento, planes de comunicación y de monitoreo y evaluación terminan interrelacionándose entre sí, influenciando positiva o negativamente a los componentes antes señalados; tal como se ha podido observar en la descripción de los resultados encontrados en la presente investigación.

Gráfico 07. Diagrama de características que influyen en la apropiada implementación del Sistema de Referencia en DIRIS Lima Norte.



Del Subestudio Cuantitativo

A continuación, se describen los resultados de la data cuantitativa proporcionada por el Ministerio de Salud registrada para el periodo 2019-2020. La Tabla 01 y

Gráfico 08 muestran un incremento significativo en los meses de abril y mayo del 2019, lo cual se relaciona con el hecho que el Hospital Cayetano Heredia decide ya no recibir pacientes de manera directa, sino que todos los pacientes para su atención deberán ser referidos a través del REFCON por los establecimientos del primer nivel de atención de la DIRIS Lima Norte y por hospitales a nivel nacional desde fines de marzo del 2019.

Como todo proceso de implementación se esperaba que este aumento inicial tenga un periodo meseta y que después empiece a presentar ciclos estacionales, vinculados a la presencia de brotes de enfermedades o a periodos de vacaciones escolares y universitarias. Ello se podría suponer que ocurrió entre los meses de enero y febrero del 2020, pero las restricciones de confinamiento estricto establecidas por el gobierno peruano impidieron observar ello. Por el contrario, la marcada caída de referencias entre abril y setiembre están relacionadas con la pandemia de la COVID-19, con un muy lento incremento en el último trimestre de dicho año y en el primer semestre del 2021 (data no mostrada en gráfica).

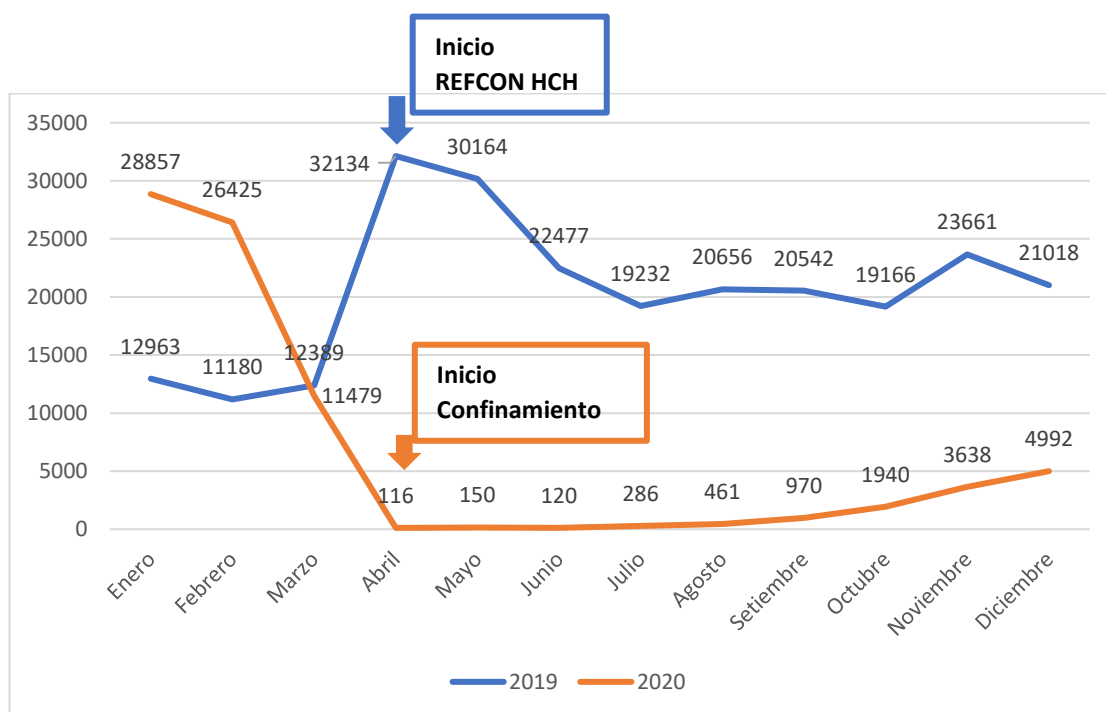
Se esperaría que en los años siguientes se observe un comportamiento estacional relacionado a las variables antes descritas, y no de manera tan marcada evidenciada al inicio de la implementación del REFCON en la DIRIS Lima Norte ni a la presencia de la pandemia.

**Tabla 01. Cantidad de referencias realizadas a DIRIS Lima Norte
(IPRESS de Destino) en 2019-2020**

Meses	2019	2020
Enero	12.963	28.857
Febrero	11.180	26.425
Marzo	12.389	11.479
Abril	32.134	116
Mayo	30.164	150
Junio	22.477	120
Julio	19.232	286
Agosto	20.656	461
Setiembre	20.542	970
Octubre	19.166	1.940
Noviembre	23.661	3.638
Diciembre	21.018	4.992
Total anual	245.582	79.434
Total bienio		325.016

Elaboración: Propia

Gráfico 08. Cantidad de referencias realizadas a DIRIS Lima Norte (IPRESS de Destino) mensualmente en 2019-2020



Elaboración: Propia

Similar a lo reportado por otras publicaciones analizando las referencias a través del REFCON, las referencias son más frecuentes para la población adulta de 30 a 59 años (37,6% en 2019 y 39,0% en 2020) y la población adulta mayor (30,6% en 2019 y 25,3% en 2020). De manera similar ocurre con las referencias según sexo, estas se realizan mayoritariamente en población de sexo femenino (65,4% en ambos años). No se observa diferencias significativas entre los meses (data no mostrada).

Tabla 02. Características sociodemográficas de los pacientes referidos a DIRIS Lima Norte (IPRESS de Destino) en 2019-2020

	2019		2020	
	N	%	N	%
Edad				
Menor de 12 años	31.535	12,8%	10.347	13,0%
12-17 años	11.256	4,6%	4.494	5,7%
18-29 años	35.155	14,3%	13.522	17,0%
30-59 años	92.393*	37,6%	30.946*	39,0%
60 a más años	75.243*	30,6%	20.125*	25,3%
Sexo				
Femenino	160.686	65,4%	51.950*	65,4%
Masculino	84.893	34,6%	27.483	34,6%
Sin Registro	3	0,0%	1	0,0%

*: $p < 0,05$

El análisis por Región o DIRIS de origen de la referencia muestra que la base de datos entregada por OGTI del MINSA solo incluye referencias donde la IPRESS de origen es la DIRIS Lima Norte y la DIRIS Lima Sur, pese a haberse reiterado las especificaciones en la solicitud de la base de datos. El análisis de dicha base parcial de la realidad de atención sanitaria muestra que 99,82% de las referencias se generan en Lima Norte, teniendo como IPRESS de Destino a establecimientos de la DIRIS Lima Norte. De estas referencias en porcentajes similares se derivan a hospital Cayetano Heredia (38,88%) y hospital Sergio Bernales (37,83%).

El análisis exploratorio bivariado muestra, como es de esperar que haya mayor cantidad de referencias en el grupo etáreo de 30 a 59 años y de 60 a más años, comparado con los grupos de menor edad ($p < 0,05$). Ello es explicable porque cada grupo etáreo es diferente entre sí y además porque se espera mayor demanda

de atención en dichos grupos como parte de la mayor prevalencia de enfermedades, especialmente crónicas no transmisibles.

Asimismo, se reportó mayor cantidad de referencias en pacientes de sexo femenino comparado con los pacientes de sexo masculino, siendo esta diferencia estadísticamente significativa para ambos años de estudio.

Tabla 03. DIRIS de Origen de las Referencias a DIRIS Lima Norte (IPRESS de Destino) en 2019-2020

	Cantidad	Porcentaje (%)
LIMA NORTE	324.445	99,82
H. Carlos Lanfranco	26.554	8,17
H. Sergio Bernal	122.951	37,83
H. Cayetano Heredia	126.347	38,88
IPRESS primer nivel	49.137	15,12
LIMA SUR	571	0,18
Total	325.016	100.00

Elaboración: Propia

Si consideramos el total de referencias socializadas (N=325.016) como el universo de pacientes que debe ser contrarreferido, sólo se registran 14.361 (4,42%) pacientes que son contrarreferidos. Llama la atención que la mayor cantidad de contrarreferencias generadas en DIRIS Lima Norte proceda del hospital Cayetano Heredia (n= 7.211; 50,21%) seguida de IPRESS del primer nivel de atención (n= 5.841; 40,67%). En la Tabla 04 se aprecia que las contrarreferencias se envían a las IPRESS de origen, siendo estas casi totalmente de la DIRIS Lima Norte con 13.615 (94,8%) contrarreferencias, seguido de DIRIS Lima Centro con 264 (1,8%).

Tabla 04. Región/DIRIS de Destino de las Contrarreferencias generadas por la DIRIS Lima Norte (DIRIS de Origen) en 2019-2020

Destino de Contrarreferencia	Cantidad	%
Amazonas	4	0,0%
Ancash	15	0,1%
Apurímac	7	0,0%
Arequipa	7	0,0%
Ayacucho	6	0,0%
Cajamarca	14	0,1%
Callao	75	0,5%
Cusco	5	0,0%
Huancavelica	6	0,0%
Huánuco	10	0,1%
Ica	12	0,1%
Junín	6	0,0%
La Libertad	22	0,2%
Lambayeque	5	0,0%
Lima	42	0,3%
Lima Centro	264	1,8%
Lima Este	78	0,5%
Lima Norte	13.615	94,8%
Lima Sur	94	0,7%
Loreto	25	0,2%
Pasco	1	0,0%
Piura	12	0,1%
Puno	5	0,0%
San Martín	10	0,1%
Tacna	7	0,0%
Tumbes	4	0,0%
Ucayali	10	0,1%
TOTAL	14.361	100,0%

Elaboración: Propia

Se encontró que los cinco diagnósticos más frecuentes por categoría CIE-10 para las referencias generadas varía entre los hospitales de la DIRIS Lima Norte; sin embargo, las Enfermedades del aparato digestivo ocupan el primer lugar en los tres hospitales. En el caso del hospital Cayetano Heredia, los diagnósticos más frecuentes registrados en las referencias por categoría CIE-10 son (Tabla 05):

Enfermedades del aparato digestivo (15,56%), Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conectivo (13,66%), Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas (11,50%), Enfermedades del aparato circulatorio (10,70%) y Enfermedades del aparato genitourinario (10,54%)

Tabla 05. Diagnósticos más frecuentes por Categoría CIE-10 de Referencias a Hospital Cayetano Heredia (IPRESS de Destino) en 2019-2020

Categoría CIE-10	Cantidad	%
Enfermedades del aparato digestivo	19.667	15,56%
Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conectivo	17.257	13,66%
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	14.533	11,50%
Enfermedades del aparato circulatorio	13.519	10,70%
Enfermedades del aparato genitourinario	13.315	10,54%
Total	126.374	100,00%

Elaboración: Propia

En el caso del hospital Sergio Bernal (Tabla 06), los diagnósticos más frecuentes registrados en las referencias por categoría CIE-10 son: Enfermedades del aparato digestivo (15,80%), Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conectivo (11,81%). Enfermedades del aparato genitourinario (11,54%), Enfermedades del ojo y sus anexos (8,34%) y Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas (8,33%).

Tabla 06. Diagnósticos más frecuentes por Categoría CIE-10 de las Referencias a Hospital Sergio Bernales (IPRESS de Destino) en 2019-2020

Categoría CIE-10	Cantidad	%
Enfermedades del aparato digestivo	19.427	15,80%
Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conectivo	14.518	11,81%
Enfermedades del aparato genitourinario	14.192	11,54%
Enfermedades del ojo y sus anexos	10.252	8,34%
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	10.236	8,33%
Total	122.952	100,00%

Elaboración: Propia

Los diagnósticos más frecuentes registrados en las referencias por categoría CIE-10 para el hospital Carlos Lanfranco La Hoz son (Tabla 07): Enfermedades del aparato digestivo (15,04%), Enfermedades del aparato genitourinario (10,39%), Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conectivo (10,22%), Enfermedades del ojo y sus anexos (9,22%) y Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas (8,29%).

Tabla 07. Cinco diagnósticos más frecuentes por Categoría CIE-10 (3 caracteres) de las Referencias a Hospital Carlos Lanfranco (IPRESS de Destino) en 2019-2020

Categoría CIE-10	Cantidad	%
Enfermedades del aparato digestivo	3.994	15,04%

Categoría CIE-10	Cantidad	%
Enfermedades del aparato genitourinario	2.758	10,39%
Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conectivo	2.714	10,22%
Enfermedades del ojo y sus anexos	2.448	9,22%
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	2.202	8,29%
Total	26.554	100,00%

Elaboración: Propia

Con relación a las especialidades más solicitadas en las referencias dirigidas al hospital Cayetano Heredia (Tabla 08), estas fueron oftalmología (7,89%) ginecología y obstetricia (7,43%) y endocrinología (5,66%). Se considera que ello guarda relación con el perfil epidemiológico de la población (por ejemplo, diabetes mellitus complicada); sin embargo, ello no implica que las referencias sean adecuadas para la categorización del establecimiento de salud (por ejemplo, ametropías).[66]

Tabla 08. Cinco especialidades más solicitadas en las Referencias a Hospital Cayetano Heredia (IPRESS de Destino) en 2019-2020

Especialidad	Cantidad	%
Oftalmología	9.969	7,89%
Ginecología y Obstetricia	9.387	7,43%
Endocrinología	7.152	5,66%
Medicina Interna	6.345	5,02%
Ortopedia y Traumatología	6.218	4,92%
Total	126.374	100,00%

Elaboración: Propia

Las especialidades más solicitadas en las referencias dirigidas al hospital Sergio Bernales (Tabla 09) fueron ginecología y obstetricia (9,09%), oftalmología (8,43%) y ortopedia y traumatología (5,86%). Se presupone que ello guarda relación con el perfil epidemiológico de la población (por ejemplo, secuelas de enfermedades no transmisibles o lesiones por accidentes de tránsito); sin embargo, ello no implica que las referencias sean adecuadas para la categorización del establecimiento de salud (por ejemplo, ametropías).

Tabla 09. Cinco especialidades más solicitadas en las Referencias a Hospital Sergio Bernales (IPRESS de Destino) en 2019-2020

Especialidad	Cantidad	%
Ginecología y Obstetricia	11.172	9,09%
Oftalmología	10.361	8,43%
Ortopedia y Traumatología	7.202	5,86%
Radiodiagnóstico	7.115	5,79%
Gastroenterología	5.732	4,67%
Total	122.952	100,00%

Elaboración: Propia

Las especialidades más solicitadas en las referencias dirigidas al hospital Carlos Lanfranco La Hoz (Tabla 10) fueron ginecología y obstetricia (10,34%) oftalmología (9,19%) y cirugía general (6,23%). Se considera que ello guarda relación con la cartera de servicios del establecimiento II-1 y el perfil epidemiológico de la población (por ejemplo, gestantes complicadas); sin embargo,

ello no implica que las referencias sean adecuadas para la categorización del establecimiento de salud (por ejemplo, ametropías).

Tabla 10. Cinco especialidades más solicitadas en las Referencias a Hospital Carlos Lanfranco (IPRESS de Destino) en 2019-2020

Especialidad	Cantidad	%
Ginecología y Obstetricia	2.745	10,34%
Oftalmología	2.439	9,19%
Cirugía General	1.655	6,23%
Endocrinología	1.352	5,09%
Gastroenterología	1.342	5,05%
Total	26.554	100,00%

Elaboración: Propia

Con relación a los tiempos de aceptación de las especialidades más solicitadas en las referencias dirigidas al hospital Cayetano Heredia (Tabla 11), todas tuvieron una distribución no normal, y solo ginecología y obstetricia tuvo una mediana de aceptación de un día (Me= 1 día, RIQ= 0-7 días), las otras especialidades reportaron mayor tiempo. Así, para oftalmología (Me= 3 días, RIQ= 0-8 días), endocrinología (Me= 2 días, RIQ= 0-8 días) y medicina interna (Me= 5 días, RIQ= 0-13 días)

Tabla 11. Tiempo de Aceptación de las referencias a las cinco especialidades más solicitadas en Hospital Cayetano Heredia (IPRESS de Destino), 2019-2020

Especialidades	Tiempo de Aceptación		Mediana (en días)	Rango Intercuartílico (en días)
	≤ 24 horas	> 24 horas		
Oftalmología	2.660	6.600	3	0-8
Ginecología y Obstetricia	2.248	3.390	1	0-7
Endocrinología	2.112	4.019	2	0-8
Medicina Interna	1.369	3.987	5	0-13
Ortopedia y Traumatología	1.620	3.942	2	0-5

Elaboración: Propia

En el caso del hospital Sergio Bernales (Tabla 12), los tiempos de aceptación de las especialidades más solicitadas en las referencias, todas tuvieron una distribución no normal y excedieron el tiempo establecido. Ginecología y obstetricia tuvo una mediana de aceptación de seis días (Me= 6 días, RIQ= 1-18 días), oftalmología (Me= 10 días, RIQ= 3-23 días), ortopedia y traumatología (Me= 9 días, RIQ= 2-22 días) y radiodiagnóstico (Me= 3 días, RIQ= 0-9 días).

Tabla 12. Tiempo de Aceptación de las referencias a las cinco especialidades más solicitadas en Hospital Sergio Bernales (IPRESS de Destino), 2019-2020

Especialidades	Tiempo de Aceptación		Mediana (en días)	Rango Intercuartílico (en días)
	≤ 24 horas	> 24 horas		
Ginecología y Obstetricia	2.012	7.491	6	1-18
Oftalmología	1.204	8.166	10	3-23
Ortopedia y Traumatología	1.008	5.173	9	2-22
Radiodiagnóstico	1.844	4.653	3	0-9
Gastroenterología	783	4.208	9	2-20

Elaboración: Propia

En la Tabla 13 se reportan los tiempos de aceptación de las especialidades más solicitadas en las referencias dirigidas al hospital Carlos Lanfranco La Hoz, todas tuvieron una distribución no normal y sólo ginecología y obstetricia tuvo una mediana de aceptación de un día (Me= 1 día, RIQ= 0-5 días), el resto de especialidades excedió el tiempo pautado. Así, oftalmología reportó Me= 4 días, y RIQ= 1-8 días), cirugía general (Me= 2 días, RIQ= 0-7 días) y endocrinología (Me= 4 días, RIQ= 1-7 días).

Tabla 13. Tiempo de Aceptación de las referencias a las cinco especialidades más solicitadas en Hospital Carlos Lanfranco (IPRESS de Destino), 2019-2020

Especialidades	Tiempo de Aceptación		Mediana (en días)	Rango Intercuartílico (en días)
	≤ 24 horas	> 24 horas		
Ginecología y Obstetricia	1.136	1.467	1	0-5
Oftalmología	444	1.899	4	1-8
Cirugía General	576	1.023	2	0-7
Endocrinología	298	1.006	4	1-7
Gastroenterología	266	989	4	1-7

Elaboración: Propia

Para el análisis exploratorio bivariado de los tiempos de aceptación de todas las referencias generadas en el periodo, se consideraron cuatro grupos cada uno de los tres hospitales y referencias recibidas en el primer nivel. Un primer análisis muestra que los tiempos no evidencian distribución normal ($p < 0,001$ para test de Kolmogorov-Smirnov con corrección de significación de Lilliefors). El análisis de

tiempos de referencia de los cuatro grupos de IPRESS utilizando la Prueba de Kruskal-Wallis para muestras independientes muestra que hay diferencias significativas en el grupo ($p < 0,001$). Además, partiendo del supuesto que el cuarto grupo incluye fundamentalmente IPRESS del primer nivel e IPRESS de regiones del interior del país, se decidió hacer una comparación entre los grupos donde se encontró diferencias significativas ($p < 0,001$) entre las parejas de IPRESS como se muestra en la Tabla 14 para ello se utilizó la prueba de Kruskal-Wallis ajustado mediante la corrección Bonferroni. Un análisis similar se realizó para los tiempos de programación de citas que mostró lo mismo. Existen diversidad de explicaciones para las diferencias de tiempos relacionadas con factores organizacionales y de oferta-demanda existente en los establecimientos como se desarrolla en la discusión.

Tabla 14. Comparaciones de los tiempos de aceptación por parejas de Establecimiento de destino

IPRESS comparadas	Estadístico de prueba	Desv. Error	Desv. Estad. de prueba	p.	Valor de ajustado^a
Carlos Lanfranco La Hoz- Cayetano Heredia	-9,858,404	584,528	-16,866	,000	,000
Carlos Lanfranco La Hoz-Otro Establecimiento	- 18,251,774	634,215	-28,779	,000	,000
Carlos Lanfranco La Hoz- Sergio Bernales	- 43,682,830	582,746	-74,960	,000	,000
Cayetano Heredia-Otro Establecimiento	-8,393,370	439,822	-19,084	,000	,000
Cayetano Heredia- Sergio Bernales	33,824,426	361,674	93,522	,000	,000
Otro Establecimiento- Sergio Bernales	25,431,057	437,452	58,135	,000	,000

Leyenda: a= Los valores de significación se han ajustado mediante la corrección Bonferroni para varias pruebas.

Con relación a los tiempos de programación de citas de las especialidades más solicitadas en las referencias dirigidas al hospital Cayetano Heredia (Tabla 15), todas tuvieron una distribución no normal, y excedieron la pauta de 14 días para programación de citas. Así, oftalmología reporta Me= 76 días y RIQ= 47-93 días, ginecología y obstetricia (Me= 45 días, RIQ= 32-55 días), endocrinología (Me= 41 días, RIQ= 29-55 días) y medicina interna (Me= 49 días, RIQ= 38-70 días).

Tabla 15. Tiempo de Programación de Citas de las referencias a las cinco especialidades más solicitadas en el Hospital Cayetano Heredia (IPRESS de Destino) en 2019-2020

Especialidades	Tiempo de Programación		Mediana (en días)	RIQ (en días)
	< 14 días	≥ 14 días		
Oftalmología	231	7.459	76	47-93
Ginecología y Obstetricia	204	2.976	45	32-55
Endocrinología	361	5.118	41	29-55
Medicina Interna	142	4.683	49	38-70
Ortopedia y Traumatología	1.425	3.441	18	12-27

Elaboración: Propia

El tiempo de programación de citas de las especialidades más solicitadas en las referencias dirigidas al hospital Sergio Bernalles (Tabla 16), mostró que todas tuvieron una distribución no normal, y excedieron la pauta de 14 días para programación de citas. Así, ginecología y obstetricia reporta Me= 20 días y RIQ= 9-31 días, oftalmología (Me= 24 días, RIQ= 16-38 días), ortopedia y traumatología (Me= 30 días, RIQ= 21-28 días) y radiodiagnóstico (Me= 35 días, RIQ= 26-48 días).

Tabla 16. Tiempo de Programación de Citas de las referencias a las cinco especialidades más solicitadas en el Hospital Sergio Bernal (IPRESS de Destino) en 2019-2020

Especialidades	Tiempo de Programación		Mediana (en días)	RIQ (en días)
	< 14 días	≥ 14 días		
Ginecología y Obstetricia	102	170	20	9-31
Oftalmología	119	557	24	16-38
Ortopedia y Traumatología	36	403	30	21-48
Radiodiagnóstico	12	269	35	26-48
Gastroenterología	24	553	28	21-43

Elaboración: Propia

Lo mismo ocurre en el hospital Carlos Lanfranco La Hoz donde el tiempo de programación de citas de las especialidades más solicitadas (Tabla 17), mostró que todas tuvieron una distribución no normal, y excedieron la pauta de 14 días para programación de citas. Así, ginecología y obstetricia reporta Me= 17 días y RIQ= 8-39 días, oftalmología (Me= 38 días, RIQ= 27-56,5 días), cirugía general (Me= 16 días, RIQ= 7-38 días) y endocrinología (Me= 33 días, RIQ= 14-60 días).

Tabla 17. Tiempo de Programación de Citas de las referencias a las cinco especialidades más solicitadas en el Hospital Carlos Lanfranco (IPRESS de Destino) en 2019-2020

Especialidades	Tiempo de Programación		Mediana (en días)	RIQ (en días)
	< 14 días	≥ 14 días		
Ginecología y Obstetricia	120	163	17	8-39
Oftalmología	25	343	38	27-56,5
Cirugía General	140	174	16	7-38
Endocrinología	68	256	33	14-60
Gastroenterología	86	249	21	13-49

Elaboración: Propia

DISCUSIÓN

Se reconoce que los factores sociales y económicos tienen un significativo efecto enorme en la salud, explicando hasta 90% de los resultados en salud. La atención sanitaria de alta calidad que tradicionalmente se centra únicamente en los factores de salud física no puede dar lugar a resultados óptimos ni a la equidad sanitaria. La evidencia emergente sugiere que las intervenciones dirigidas a las necesidades sociales insatisfechas relacionadas con la salud de los pacientes (por ejemplo, inseguridad alimentaria, calidad de la vivienda) pueden mejorar los resultados de salud y reducir los costos. [12, 67-69]

Pasando a los sistemas de salud, su estructura, organización y gestión varían entre los países y al interior de los mismos; independiente de ello, existen evidencias que en el marco de la cobertura universal en salud, estos se van volviendo cada vez más complejos, donde los organismos reguladores están aumentando su vigilancia epidemiológica y de la calidad de atención; así como los procesos transaccionales, donde las prácticas de reembolso se enfocan al valor agregado, lo que hace que cerrar el círculo de referencias sea un imperativo para la seguridad del paciente, la supervisión regulatoria y la viabilidad financiera. [13]

En este sentido, la gran mayoría de sistemas de salud otorgan una alta prioridad a la interfaz entre la atención primaria y secundaria de mayor complejidad. Habitualmente, los profesionales del primer nivel de atención en salud (PNAS) determinan qué pacientes requieren atención especializada en el nivel secundario. En consecuencia, desde los espacios, internacional y nacionales [14-15], fortalecer el primer nivel de atención en salud es fundamental para mejorar el acceso y la calidad de la atención médica, más aún en los contextos actuales de escasez de

profesionales de la salud [16]. En su búsqueda, las naciones vienen impulsando iniciativas para mejorar la atención primaria de la salud en todos los niveles de atención, con énfasis en la atención en el primer nivel, siendo un desafío implementar intervenciones efectivas idealmente en sistemas articulados unificados o unitarios en salud. La realidad mundial muestra una demanda creciente de atención en salud con (a) recursos financieros insuficientes; (b) limitados recursos humanos distribuidos inequitativamente, (c) limitada infraestructura, infoestructura y equipamiento sanitario distribuidos inequitativamente, (d) falta de compromiso político; e, (e) inapropiada gestión de procesos que han obstaculizado intervenciones efectivas y eficientes. Pese a todo ello, se reconoce que es central impulsar en los países una real cobertura universal de la salud, la cual depende del acceso a servicios de salud integrales, continuos, apropiados, oportunos y de calidad, sin carga financiera. Lal y col.[70] señalan que diversos documentos han evidenciado problemas en términos de seguridad sanitaria global, que no aborda las funciones de atención primaria de salud, incluidos los servicios recuperativos, la gestión de pacientes y la capacidad de respuesta clínica (como lo demostró la pandemia de COVID-19), así como la necesidad de intercambiar datos de salud de forma segura.

Un elemento clave para una atención en el primer nivel de salud, efectiva y eficiente, es poder contar con un sistema de referencia, que permita que todos los pacientes puedan acceder a niveles más altos de atención (secundaria o terciaria, según la necesidad de salud). La referencia se puede entender de diversas formas. Cambridge Dictionary [71] la define como “el acto de dirigir a alguien a un lugar o persona diferente para obtener información, ayuda o acción, a menudo a una

persona de un grupo con más conocimiento y poder”. La Organización Mundial de la Salud (OMS) [17] señala que la referencia es “un proceso en el que un trabajador de salud de un nivel del sistema de salud, al no tener recursos suficientes (medicamentos, equipos, habilidades) para manejar una condición clínica, busca la ayuda de un mejor o un centro con recursos diferentes del mismo nivel o superior para ayudar o hacerse cargo de la gestión del caso del cliente”; por otro lado, el concepto de referencia se limita a “situaciones donde la toma de decisiones clínicas se transfiere de un profesional de la salud a otro; por ejemplo, el médico de PNAS cede la responsabilidad de establecer plenamente el diagnóstico y/o tratamiento a otra institución o profesional más especializado, quien luego sigue al paciente para este tratamiento. La institución o profesional original, el proveedor de PNAS, seguirá atendiendo al paciente por otros asuntos de salud y, eventualmente, por el tratamiento de enfermedades crónicas establecido como parte de un proceso de referencia”. También se define como la implicación de un diferente profesional de atención, la continuidad de la atención puede verse interrumpida; así la referencia se entiende “como un proceso dinámico en el que un profesional de la salud en un nivel del sistema de salud –que no tiene suficientes recursos (equipos, habilidades, conocimientos, medicamentos) o poder para decidir sobre su uso para manejar una condición clínica– busca la ayuda de otro centro (a menudo mejor o con recursos diferentes) del mismo nivel o superior para ayudar en la atención de un paciente determinado”. En el proceso de referencia existe “un iniciador de la interacción médica: no debe ser el paciente, sino un profesional de la salud”; no se consideran casos de autorreferencia o autorremisión (es decir, cuando el paciente decide por iniciativa propia buscar un nuevo proveedor de atención médica).

Los sistemas de referencia y contrarreferencia han evolucionado de documentos en papel a procesos digitalizados. La literatura identifica varias causas del fracaso de los sistemas tradicionales de referencia en papel, incluyendo una fuerza laboral no capacitada y desmotivada, infraestructura insuficiente, incumplimiento de normativas sobre cómo establecer un sistema de referencia efectivo y eficiente; así como la falta de responsabilidad para controlar referencias innecesarias en cada nivel. La infrautilización de la atención especializada necesaria probablemente generará mayores riesgos de morbilidad y mortalidad en pacientes [18-19, 72]. Estas causas no se solucionan pasando de un sistema en papel a un sistema digitalizado, pero permiten agilizar procesos; para su solución se requiere implementar procesos de gestión desde la planificación hasta las acciones de control (supervisión, monitoreo y evaluación), como lo establecido por el Banco Mundial [73]. En el contexto sanitario mundial, este proceso de referencia (que reduce los largos tiempos de espera en los hospitales públicos) también se ha implementado ampliamente en muchos países y regiones desarrollados, como Estados Unidos, Australia, Singapur y Hong Kong [20-22], así como en países en desarrollo en el continente africano [23].

Un sistema de referencia es un proceso en el que un trabajador de salud de un nivel del sistema de salud con recursos insuficientes para manejar una condición clínica busca la asistencia de un centro con recursos diferentes en el mismo nivel o en un nivel superior para ayudar o hacerse cargo de la atención del usuario. El proceso de referencia de un paciente a un especialista o agencia adecuada debe utilizar un proceso sistemático desde una unidad de menor capacidad a una unidad de mayor capacidad. El sistema de referencia se puede implementar para servicios médicos

de apoyo, para consulta externa, cuidados paliativos, urgencias/emergencias médicas y quirúrgicas, y hospitalización. En el caso de la referencia de una emergencia obstétrica, esta se relaciona con la imprevisibilidad de las complicaciones del embarazo y su potencial de progresar rápidamente hasta volverse graves y amenazantes para la vida. Por tanto, las muertes maternas y neonatales deben evitarse, si se implementan sistemas de referencia funcionales, cuando se presentan complicaciones, de manera que las gestantes reciban servicios de salud apropiados y oportunos [74-75]. Independiente de esta aproximación conceptual, en el país existen establecimientos de primer nivel, IPRESS I-3, que cuentan con especialistas o subespecialistas en capitales de región, así como los centros de salud mental comunitaria, quienes no pueden ser trasladados a otros centros con mayor capacidad resolutive ni mayor categorización. Ante ello, es importante redefinir procesos de referencia en función de la disponibilidad actualizada de la cartera de servicios de salud y de recursos humanos. Más aun, las referencias deben ser vistas en función de la cartera de servicios existentes en las IPRESS del primer nivel.

Durante las últimas décadas, los estudios sobre el proceso de referencia se han centrado cada vez más en sistemas sanitarios de dos niveles, donde los profesionales del primer nivel de atención actúan como guardianes de primer nivel y tratan los problemas de los pacientes o los derivan a especialistas de segundo nivel. Los estudios priorizan dos aspectos: la tasa de referencia (umbral) y los problemas del mecanismo de incentivos, entre ellos, cómo incentivar al guardián para que elija la tasa de referencia óptima modelando un problema principio-agente, considerar una situación estocástica para el call center y los servicios de outsourcing, en un sistema

de referencia centralizado [76-78]. Habitualmente, el proceso de referencia de pacientes es del primer nivel a los especialistas. Sin embargo, en China, el flujo de referencia de pacientes suele dirigirse desde los especialistas al primer nivel para equilibrar el flujo de pacientes en los dos niveles hospitalarios [89]. Algunos autores [80-81] han realizado estudios analizando la situación de la referencia y diseñando modelos de contratos para lograr una estrategia óptima de referencia, con la finalidad de minimizar los costos operativos de los proveedores de servicios utilizando modelos de colas.

Un sistema de referencia son las interrelaciones y coordinación de los servicios de atención al paciente de un establecimiento de salud a otro. Conecta a los pacientes con los proveedores de atención médica y garantiza que reciban la atención necesaria, mejorando así la calidad de la atención al paciente a través de una mejor coordinación y gestión de los servicios entre las instalaciones.[82] A pesar de la creciente conciencia de la necesidad de lograr la integralidad y continuidad de una atención de calidad, se reconoce que existen problemas asociados con las referencias entre los proveedores de atención en salud. Desafortunadamente, hasta la fecha se han realizado muy pocos estudios sobre los resultados de la implementación del REFCON y menos aún estudios donde se señalen fortalezas y debilidades del sistema de referencia; además se desconocen estudios de evaluación de conocimientos, de los procesos de implementación y de resultados de corto y mediano plazo producidos por el sistema de referencias y contrarreferencias en establecimientos de los diversos niveles de atención de los diversos subsistemas públicos y privados; así como de los proveedores de atención de salud, en el marco

de las características propias del sistema de salud peruano, el cual es fragmentado y segmentado, como ya ha sido mencionado.

En respuesta a estas cuestiones, el Ministerio de Salud en diversos países a nivel mundial, (en Europa, Norteamérica, América Latina) han introducido un sistema de referencia electrónica. En el Perú se introdujo el aplicativo REFCON desde 2014 para el subsistema público del MINSA[83]; en Arabia Saudita, a nivel nacional, fue el sistema Ehalati en el 2017[19], para ampliar el acceso a establecimientos de salud adecuados. En la referencia electrónica, se utiliza una plataforma electrónica para transferir datos del paciente sin problemas desde un médico tratante primario a uno secundario o terciario. Diversos autores reconocen que el sistema de referencia electrónica puede reducir la distancia entre los centros de atención periférica y terciaria, lo que permitirá a los trabajadores de la salud gestionar los casos de manera oportuna, mejorará la calidad de la continuidad de la atención de los pacientes y agilizará el actual proceso de derivación no organizado[42-44]; pese a ello, en el país como en muchos otros países no se encuentra evidencias publicadas que hayan examinado el impacto de sus propios sistemas.

El desarrollo e implementación del sistema de referencia y contrarreferencia utilizando el aplicativo REFCON muestra diversos vacíos de gestión. En primer lugar, se debe reconocer como un aspecto positivo la iniciativa de tener un aplicativo por iniciativa del propio Ministerio de Salud, específicamente de la previa Dirección General de Salud de las Personas (DGSP). En su proceso de implementación surge una primera versión aislada que no articula con las bases de datos existentes de la RENIEC para, IPRESS de RENIPRESS, el CIE-10, el de aseguramiento de SUSALUD, posteriormente como parte del proceso de

aprendizaje y mejora se articula con las bases antes mencionadas para reducir los errores de registro y calificación de beneficiarios de los servicios públicos.

Como se señala en las entrevistas, documentos y videos revisados no se constata la existencia de un plan estratégico para la implementación del aplicativo REFCON con sus diversos elementos como lo describe D'Alessio [84], el modelo de implementación de proyectos presentado por el Project Management Institute [85] o los desarrollos de ciencias de la implementación [86-87].

Se evidenció ausencia de planificación y de una visión de mediano-largo plazo lo cual se expresa como una práctica frecuente, como parte de *“la idiosincrasia del peruano”* y del sector público; así como una *“imposición vertical de las autoridades del nivel central”* del MINSA. Ello implica pensar enfocado en planificación estratégica u otro método orientado a resultados de corto, mediano y largo plazo; falta de definición de estrategias, de financiamiento, de recursos humanos asistenciales y administrativos, de infraestructura, infoestructura y equipamiento, de un plan de capacitación permanente, de estrategias de comunicación y promoción con los involucrados (stakeholders), incluyendo prioritariamente las organizaciones de la sociedad civil. La ausencia de esta planificación afectó la implementación del REFCON; así como el desempeño de los prestadores y de los pacientes, quienes progresivamente fueron conociendo del REFCON con sus distintas variaciones discrecionales en los hospitales. Ello incluye la falta de un apropiado sistema de control, el cual se desarrollará posteriormente.

Tal como se describe en un estudio en Kaloleni (Kenia) la razón para tener un sistema de referencia es tener una distribución adecuada de servicios de atención

médica efectivos para todos los ciudadanos, y vincular e integrar los servicios en todos los niveles de atención. Sin embargo, al igual que en el Perú y países de bajos y medianos ingresos, la mayoría de los niveles de atención carecen de personal y equipos especializados, estrategias de comunicación adecuadas, conocimiento sobre el sistema de derivación y trabajadores de salud capacitados para manejar el sistema de referencia.[88]

Esta falta de aproximación estratégica se expresa en la ausencia, hasta la actualidad, de una normativa vigente del Sistema de Referencia y Contrarreferencia, pese a que se señaló en las entrevistas que se generaron varias “propuestas que no fueron aprobadas” por el sector. En la norma vigente del 2004, *“El flujo de referencias fue formulado como pasos progresivos jerárquicos entre: IPRESS categoría I-2 y I-3 a IPRESS I-4 y luego al hospital, con el consecuente malestar de los pacientes referidos”*. A nivel nacional, *“cada DIRESA/GERESA de salud implementó un flujo según sus posibilidades y de acuerdo a su realidad”*, siendo la norma adversa a la realidad, en muchos de los casos.

Se reconoce la necesidad de contar con un sistema integrado de referencia y contrarreferencia para todo el sistema de salud peruano, y no solo para un subsistema. Además de incluir las referencias de atención ambulatoria, hospitalización, emergencias y urgencias, servicios médicos de apoyo y no solo para una actividad sanitaria; además debe estar integrado con la historia clínica electrónica y entenderse como un módulo de esta. Lamentablemente pese a la diversidad de iniciativas y disposiciones generadas, hasta la fecha solo se cuenta con un Sistema de Información de Historias Clínicas Electrónicas (SIHCE) que permitirá gestionar y mantener el registro de información referente al cuidado de la salud de las

personas en los diferentes establecimientos de salud pertenecientes al Ministerio de Salud. Incluye componentes administrativos que sirven como una herramienta de gestión de una IPRESS, en el marco de la Ley N° 30024, Ley que crea el RENHICE y su reglamento [89-91].

Algunos entrevistados señalaron que el REFCON es “muy burocrático” que solo registra las referencias y contrarreferencias, pero que no permite reducir colas ni favorecer la oportunidad de las referencias, de manera que se pueda priorizar la atención integral y de calidad de los pacientes; por ejemplo, pacientes *“crónicos que se están deteriorando, pero que aún no son una urgencia ni emergencia”*; ello muchas veces termina con el envío de pacientes a los servicios de emergencia por indicación del profesional del primer nivel de atención. El REFCON tampoco sirve para identificar preferencias de atención de los pacientes, tanto para elegir el médico tratante con quien desea atenderse como al establecimiento de destino, usualmente hospital, porque el paciente solo puede ser referido hospitales en el ámbito de su correspondiente DIRIS, en el caso de Lima Metropolitana. Se le refiere a un instituto especializado u hospital nacional, cuando el hospital en el ámbito de su DIRIS no cuenta con la cartera de servicio requerida.

Diversos estudios nacionales e internacionales evidencian que junto con la escasez de personal de salud en establecimientos de primer nivel, existe limitada infraestructura básica. Esto genera una carga de trabajo excesiva para el personal existente, lo que compromete la recopilación precisa de constantes de salud y datos médicos esenciales al inicio del diagnóstico. Los métodos manuales de recopilación y transmisión de estos datos, incluidos los parámetros de salud, provocan retrasos en la ejecución de los pasos de atención y tienen un impacto en la confiabilidad de

la adquisición de signos vitales [92-95]. A ello se suma las limitaciones en infoestructura que limitan la conectividad con sistemas informáticos, lo cual fue evidenciado durante la época de pandemia.

En la DIRIS Lima Norte, cada IPRESS debía contar con un equipo mínimo de referencia conformado por un médico y un personal administrativo, con la finalidad de garantizar la calidad de las referencias y su seguimiento. En la fase inicial de funcionamiento del REFCON, en el 2018, solo dos IPRESS del primer nivel de la RIS Comas, Santa Luzmila II y Laura Rodríguez, mejorados con financiamiento de la cooperación coreana (KOICA) contaban con computadora en la mayoría de sus consultorios donde los médicos se encargaban de ingresar la referencia. En el resto de IPRESS de la DIRIS Lima Norte, el prestador llenaba la referencia, en papel, con tres copias: una era entregada al paciente, otra formaba parte de la historia clínica y la última era enviada para su digitación el área de referencia y contrarreferencia en el aplicativo REFCON. Cada referencia digitada en el aplicativo REFCON, genera un mensaje de texto (SMS) que llegaba al celular señalado por el paciente, informándole que su referencia ha sido digitada. Prontamente, junto con un aumento en la cantidad de computadoras en los establecimientos, en el año 2019 en la DIRIS Lima Norte se emitió una disposición por la cual las referencias pasaron a ser digitadas por los propios profesionales de la salud en las computadoras de los consultorios en las pocas IPRESS que contaban con computadoras o al finalizar su turno de atención debían digitarlas en computadoras disponibles en sus respectivas IPRESS, práctica que no siempre fue realizada oportunamente *“terminaba mi turno y regresaba en 48 horas”*.

Esta realidad variada que ocurre en el primer nivel también se presenta en los hospitales de las DIRIS que cuentan con diferente autonomía (dependiendo del hospital podía depender de Admisión o de la Dirección del hospital), diferente cantidad y calidad de recursos humanos y recursos informáticos que atienden en la unidad de referencia. Una expresión de ello es que los tiempos de inicio de la participación de los médicos especialistas y sub-especialistas de los hospitales para la aceptación y programación de las referencias por fue variable, ello “influyó en los tiempos de aceptación y posterior programación de las referencias”.

Luego, en un segundo subproceso, la referencia enviada es auditada por el equipo de referencia y contrarreferencia de la IPRESS de destino y termina con su aceptación o rechazo. En este último caso, se obliga a formular una nueva referencia en la IPRESS de origen. Cuando la referencia es observada pueden levantarse las observaciones, para poder ser aceptada o puede persistir la observación. En este caso, este subproceso puede repetirse en más de una ocasión sin que quede registrado estos posibles ciclos en el aplicativo informático; solo queda registrado el tiempo desde la emisión hasta el rechazo o aceptación, lo cual es una limitante para el análisis de calidad y oportunidad del proceso, tal como se conversara “*en el equipo de gestión de la DIRIS*”. Ello se ha señalado en una investigación previa, señalando que el aplicativo guarda el registro del tiempo inicial y de la aceptación o rechazo [29]. Cada vez que una referencia es aceptada en el REFCON por la IPRESS de destino, se envía un mensaje de texto, en SMS, informando al paciente que su referencia ha sido aceptada en la IPRESS de destino.

El equipo de referencia de la IPRESS de destino programa la cita de la referencia solicitada, y se envía un tercer mensaje de texto al paciente, informando día y hora

de su cita. Este proceso es complejo de estandarizar porque de los tres hospitales de la DIRIS Lima Norte, solo uno de ellos, el hospital Carlos Lanfranco La Hoz, tenía su historia clínica “*parcialmente interoperable*” con el REFCON; contrario a lo que ocurría en el Hospital de Emergencias de Villa El Salvador (HEVES) con interoperabilidad completa. Con su cita programada, el paciente debe acudir a la ventanilla única de la IPRESS de destino para su recibir su atención. Luego de su atención, el médico tratante decide si continúa en dicha IPRESS, con el mismo médico o es derivado a otra especialidad o se refiere a otra IPRESS de mayor capacidad resolutive o se realiza la contrarreferencia a su IPRESS de origen.

Para la contrarreferencia, el proceso es similar, la IPRESS de destino genera la contrarreferencia la cual es dirigida a la IPRESS de origen del paciente. Esta contrarreferencia debe ser aceptada por dicha IPRESS. Para este proceso existen diversas situaciones que no suelen reconocerse y que requieren actividades de educación y sensibilización de los prestadores y de la población. Entre ellas, se reconoce que: (a) los prestadores, en su gran mayoría especialistas habituados históricamente a no elaborar contrarreferencias, no reconocen su importancia ni su valor agregado; ello se expresa en cifras menores al 5%, porcentaje muy por debajo de estadísticas nacionales e internacionales. En un estudio de referencias y contrarreferencias en el período 2015-2016 del Hospital Edgardo Rebagliati de EsSalud [96] se reportaron 152.271 referencias y 42.541 contrarreferencias, representando 27,9%. En Bolivia, en un centro de primer nivel del Distrito 2, en los 12 años estudiados 304 pacientes fueron referidos a otros Centro de Salud de la Red Noroeste, recibándose la contrarreferencia de 47 pacientes, lo que significa 15,4% [97]. En México [98] se revisaron 853 referencias en el periodo estudiado;

en cuanto a la contrarreferencia posterior a un evento obstétrico, en el 82,02%, se usó el formato previo establecido (nota de egreso hospitalario y contrarreferencia). Un estudio observacional, prospectivo, en Argentina[99], en la unidad de cuidados intermedios pediátricos del Hospital El Cruce, entre julio de 2008 y diciembre de 2010, se internaron 1677 pacientes; se aceptó 71,1% de las referencias solicitadas; solo 9,4% (156 pacientes) fueron contrarreferidos al centro de origen. Un estudio en Minas Gerais (Brasil)[100], la mayoría de casos referidos requirieron solo cuidados mínimos (32,1%) según escala de Fugulin. Medicina Interna, Cirugía General y Ortopedia fueron las especialidades con mayor número de contrarreferencias. En 54,5% de los casos se obtuvo retorno a atención primaria, y en 51% de los pacientes contrarreferidos esta respuesta se considera válida; concluyendo que el servicio de contrarreferencia es efectivo, pero aún enfrenta dificultades para obtener una mayor interconexión de la atención en los diferentes niveles. En Venezuela[101] un estudio en el Servicio de Emergencias Obstétricas del Hospital Central Universitario Dr. Antonio María Pineda en febrero-abril 2022, reporta que la información recibida en la contrarreferencia fue escasa y confusa (43,69%). Regresando a la realidad peruana, afortunadamente la contrarreferencia se ha incrementado significativamente durante la pandemia en adelante, porque el tiempo de vigencia de la referencia se ha establecido para un periodo máximo de tres meses. Hubo casos como la transferencia de pacientes infectados con VIH de servicios de enfermedades infecciosas en los hospitales hacia los CERITSS, que tuvo resistencias por parte de los médicos especialistas y de los pacientes; (b) las IPRESS del primer nivel que deben aceptar la contrarreferencia no están acostumbradas a visualizar esta sección en el REFCON, ello ocasionó retraso en las

contrarreferencias, por lo que varias veces se tradujo en la indicación a los pacientes *“que acudan a su establecimiento habitual”*; (c) según la cultura de la población general *“es mejor atenderse en un hospital que en una posta”* (IPRESS del primer nivel de atención); por tanto, si la implantación de este sistema no va acompañado de una adecuada educación y concientización de la población, persistirá de resistencia al cambio, incluyendo la resistencia a ser contrarreferido. Como expresión de ello, cuando se entregaban las contrarreferencias a los pacientes para que las registren en el sistema del hospital, *“los pacientes preferían guardarse las hojas”* de contrarreferencias y retirarse del hospital. Ello es similar a los resultados encontrados en China[102], donde los pacientes todavía consideran que los servicios son inaccesibles y costosos.

Hay varias razones que pueden deberse al comportamiento de los pacientes, régimen de pago y regulaciones existentes. Entre ellas, (i) los pacientes siempre están deseosos de acudir a un hospital con recursos médicos de alta calidad; (ii) los pacientes pagan las mismas tarifas por un servicio similar en hospitales primarios y hospitales generales, y (iii) los pacientes pueden optar por recibir tratamiento en hospitales primarios y hospitales generales, según su propia elección. Ello promueve la sobredemanda en hospitales generales, obstaculizando así el funcionamiento eficiente en el largo plazo.

El flujo de contrarreferencias se implementó mejor cuando tuvo un valor de transacción para algunos de los actores involucrados en el proceso, en este caso los profesionales asistenciales, a través de bonos o por condiciones impuestas por los centros especializados. Se debe enfatizar la importancia de un sistema de referencia bidireccional. El sistema de derivación bidireccional puede ayudar a los

trabajadores sanitarios del nivel inferior a aprender del manejo de los pacientes remitidos al centro superior. En muchos lugares, el sistema de derivación se parece más a un sistema de transferencia que a una derivación y, como tal, los pacientes tienden a perder la confianza en los centros de nivel inferior, lo que resulta en una subutilización de esos centros. [103]

Otro tema objeto de opiniones diferentes entre los entrevistados está relacionado en cómo debe darse el proceso de referencia, por orden de llegada o por necesidad de atención percibida por el prestador, sin que llegue a ser una urgencia ni emergencia. En nuestra realidad el flujo de referencias es por orden de llegada; sin embargo, existen experiencias en Brasil donde el flujo es manejado por centros regionales responsables de la gestión de las referencias tienen sus propios protocolos para priorizar los casos en las listas de espera en perjuicio de un modelo simple por orden de llegada[104]; ello suele ocurrir en sistemas de referencia centralizados. Las experiencias de estos centros regionales incluyen la promoción de la coordinación de la atención por parte de los proveedores de atención primaria de salud, que actúan como guardianes de la atención especializada[105]. Estudios previos muestran una elevada proporción de referencias a atención especializada podría realizarse con calidad en el nivel primario, reforzando la necesidad de estrategias efectivas para gestionar las referencias a atención especializada, ello depende de la capacidad resolutoria del primer nivel de atención [106-108]. Gadenz y col.[109] mostraron que implementar un sistema de gestión de referencias centralizado y operado de forma remota redujo tanto el número de casos en listas de espera como los tiempos de espera de pacientes de alto riesgo para atención especializada, en

todas las localidades analizadas. En el caso peruano las referencias solo están centralizadas las referencias para los casos de emergencia/urgencia

Lo encontrado en este estudio es contrario a lo reportado por Escarate Guerrero [110] en su estudio cuantitativo de tipo transversal descriptivo, utilizó un cuestionario validado por juicio de expertos cuantitativo aplicado por entrevista que recoge las percepciones sobre barreras y facilitadores del REFCON en 197 trabajadores que laboran en área de referencias y contrarreferencias de los establecimientos de salud de la red Lambayeque. Las barreras fueron bajas para en todas las dimensiones analizadas: Equipo médico (59,9%), Comodidad del personal (40,1%), Satisfacción del paciente (40,1%) y Apoyo médico (46,7%). Todas las características facilitadoras fueron mayoritariamente altas, excepto una: Confiabilidad del sistema (46,7%), Característica técnico - profesional (53,3%), Fácil de aprender (92,9%), Conocimiento de la norma técnica (47,2%), Disminución de los tiempos de espera (66,5%), Complementarios con redes sociales (53,8%), Satisfacción del personal (53,3%), Eliminación de las colas en los hospitales (73,6%), Flexibiliza la atención de los pacientes (53,8%); y fue media en Mecanismos de seguridad en internet (53,8%). Como todo estudio de percepciones tiene limitaciones metodológicas, y no proporciona elementos de mejora al no considerar los procesos.

Por otro lado, un estudio transversal en Etiopía [82] muestra que 54,7% de los proveedores de atención médica de nivel superior tenían buenos conocimientos del sistema de referencia. Sólo 15,2% (IC95%: 10-20%) de los encuestados tenía un buen conocimiento de la retroalimentación. El factor asociado con el conocimiento del sistema de referencia fue contar con protocolo interdepartamental (aOR: 2,2;

IC95%: 1,08-4,51), sexo (aOR: 4,5; IC95%:1,03- 19,97), seguimiento (aOR: 2,40; IC95%: 1,13-5,13). También se asociaron significativamente con el conocimiento del sistema de retroalimentación.

En Arabia Saudita, desde la introducción de referencia electrónica de Ehalati, el número de horarios de citas documentados de los pacientes remitidos ha mejorado con el tiempo en 16,1% (de 79,6% a 95,7%, $p < 0,001$). Los servicios oftalmológicos (17,1%) y odontológicos (15,4%) recibieron la mayor cantidad de referencias entre todas las demás especialidades, mientras que la tasa de referencias para servicios de cardiología fue la más baja (2,5%). Además, el registro documentado de programación de citas de pacientes referidos ha mejorado significativamente desde su introducción [13]. Ello no ha estado exento de limitaciones, un estudio de los servicios de referencia reveló que la información clave sobre los principales factores de referencia se comunicaba de forma deficiente[111].

Un tema central durante la implementación es identificar la instancia o dependencia que debe dirigir este proceso. Algunos entrevistados señalaron que esta función debe ser asumida por un órgano de línea del MINSA y no a través de un órgano de apoyo; lo que es *“como permitir que el help-desk sea responsable de implementar un proceso de alcance nacional”*. Este mismo error es reconocido por los entrevistados para la implementación de herramientas de gestión en salud que son parte de las tecnologías de la información y comunicación, como la historia clínica electrónica. Afortunadamente, desde el año 2024 esta función es asumida por la Dirección General de Telesalud, Referencia y Urgencias (DIGTEL) del Viceministerio de Prestaciones y Aseguramiento en Salud.

a implementación del aplicativo REFCON en la DIRIS Lima Norte, se inició a través de capacitaciones en el ámbito del hospital Sergio Bernales, luego en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz y posteriormente en el ámbito del Hospital Cayetano Heredia. En el caso de las IPRESS del primer nivel, la última RIS en ser capacitada fue la RIS Puente Piedra. Más allá de las capacitaciones, la gran mayoría de entrevistados señalan que ello no fue acompañado con organización ni mayores recursos humanos, tampoco financiamiento para infraestructura, infoestructura ni equipamiento biomédico que permitiera mejorar la capacidad resolutive de las IPRESS del primer nivel, todo esto junto con la falta de una estrategia comunicacional con la población, son considerados factores de fracaso en la implementación del SRCR.

En una fase inicial, se contrató digitadores para el registro de las referencias, se exigió habilitar un área para el registro de las referencias y para la capacitación no se exigió la participación del personal asistencial por lo que los participantes de las actividades de capacitación eran mayoritariamente personal administrativo o de informática de los establecimientos del primer nivel. Se reconoce que no involucrar activamente a los médicos en el proceso de capacitación, sea por “*desinterés de los profesionales*” y “falta de exigencia de las autoridades”, fue una debilidad, a lo cual se añade la resistencia al cambio, especialmente en profesionales con mayor “*analfabetismo digital*” potencial, esto es población mayor de 55 años, según los entrevistados. La literatura hace evidente la necesidad de implementar estrategias de gestión del cambio cuando se promueven iniciativas o innovaciones al interior de una organización o un sistema.

La literatura evidencia que los programas / iniciativas de cambio fracasan por una serie de riesgos o factores que no son considerados o implementados, siendo los más relevantes: Planificación inadecuada, Comunicación deficiente, Falta de alineación en la gestión del cambio, Ausencia de Recursos, Apoyo inadecuado del liderazgo, Subestimación del alcance de la aplicación, Desatención para las partes interesadas, Desalineación cultural, Resistencia activa, Carencia de herramientas, Desajustes con la cultura de la organización, entre otros. Estas nuevas prácticas, innovaciones o adecuaciones, a lo largo del tiempo y relacionado con la evolución de las ciencias y organizaciones, de personas y contextos que lo originan, han impulsado transformaciones en el enfoque y concepción del cambio organizacional. El cambio concebido como un proceso estratégico depende, en gran medida, de la permanencia de las organizaciones en su entorno. Según la literatura es importante que las organizaciones identifiquen las capacidades que deben adquirir para cambiar sus estructuras, procesos y valores, además de considerar la importancia y contribución de los colaboradores en la gestión del cambio. Históricamente el cambio ha sido relacionado como algo positivo y de progreso natural. Desde los años noventa, y dada la velocidad de cambios actuales es concebido como un proceso (interacción de distintos elementos en evaluación constante) de adaptación gradual y de cuestionamiento del orden social tradicional. Por ello, el aprendizaje y la innovación se convierten en elementos inherentes al cambio y desarrollo en las organizaciones. [112-114]

Una revisión sistemática y síntesis narrativa de Harrison y col.[125] incluyó 38 estudios que reportaron usar 12 metodologías de gestión del cambio en contextos de atención sanitaria en 10 países. Las metodologías más frecuentemente aplicadas

fueron: Modelo de Kotter (19 estudios) y Modelo de Lewin (11 estudios). Se aplicaron metodologías de gestión del cambio en proyectos a nivel de distrito o unidad local (n=14), a nivel institucional (n=12) y a nivel de sistema o multisistema (n=6). El resto de los estudios proporcionaron comentarios sobre el éxito de los esfuerzos de cambio que no habían utilizado una metodología de cambio con enfoques de gestión de cambio. Ninguno de los estudios abordó aspectos relacionados a servicios médicos de apoyo. Solo un estudio que usó el modelo de Lewin tuvo por objetivo lograr un cambio organizacional en todo el sistema; en él destacó la necesidad de aclarar la división de roles y responsabilidades entre gerentes, facilitadores y otros, así como la propiedad del proceso de cambio. Los autores concluyen que los Modelos de gestión del cambio se usaron a menudo como principio rector para sustentar un cambio en contextos sanitarios complejos. Se identificó la falta de prescripción en la aplicación de los modelos de gestión del cambio. Los modelos de gestión del cambio se valoraron por proporcionar principios rectores para el cambio que se adaptan bien para permitir que las metodologías se apliquen en contextos sanitarios complejos y únicos, y se utilicen en sinergia con las metodologías de implementación y mejora.

Los resultados no mencionan campañas comunicacionales a la población sobre esta nueva forma de referencia. El personal asistencial y administrativo ha ido explicando el REFCON *“nosotros le explicábamos a los pacientes lo que entendíamos”*, a partir de su conocimiento y percepciones, pero no se describe estudio alguno sobre la efectividad de esta sensibilización de los pacientes. Expresiones de esta mala comunicación oferta-demanda son la no eliminación del papel, solo en algunas IPRESS, y la consecuente exigencia por parte de los

pacientes de recibir de sus hojas de referencia impresas, como mínimo, *“pues son requeridas por los hospitales”*. Además, los hospitales cambiaban las indicaciones en el tiempo, sin ninguna explicación ni sustento. Ello expresaba la pobre coordinación entre las IPRESS del primer nivel y los hospitales de la DIRIS Lima Norte, traduciéndose en diversas experiencias que generaban malestar entre los prestadores, desprestigio del sistema público en general y del REFCON en particular; así como la percepción de maltrato a los pacientes. Por ejemplo, dado que el hospital Lanfranco, no contaba con todas las especialidades por ser un hospital nivel II, esas referencias solían ser *“una pérdida de tiempo”*. Un hospital decidió desde marzo del 2019 que no se atenderían pacientes que no hayan sido referidos del primer nivel de atención a través del REFCON. Por otro lado, desde los hospitales señalaban que *“se elaboró una lista de condiciones que no debían ser referidas a los hospitales que fue aprobada por Resolución Directoral de la DIRIS Lima Norte, (...) que posteriormente en el segundo semestre del 2019 la relación de condiciones sanitarias fue actualizada”*; posteriormente en el 2024, se genera una serie de condiciones para la referencia directa desde cualquier establecimiento de primer nivel para gestantes de alto riesgo, con la finalidad de disminuir la mortalidad materna. Pese a ello, se seguían recibiendo referencias para exámenes de agudeza visual, para atención de diabetes o hipertensión sin complicaciones, para atención de pacientes con cefalea sin detalle de comorbilidades o complicaciones hasta referencias que señalaban que el paciente refería que debía ser referido porque era paciente del hospital, porque requería que lo viera un especialista entre otros. Desafortunadamente, esta decisión fue revertida,

por lo que en la actualidad se asiste a largas colas cuando se programan las citas en dicho hospital.

Impulsar planes de gestión del cambio requiere incluir algunas directrices operativas: (1) Concreción de la tipología de cambios: de la reacción, mejora continua y/o reingeniería El cambio puede tener distintas dimensiones, desde el nivel individual hasta el nivel departamental o de toda una organización. El grado de complejidad y la necesidad de tiempo para el cambio aumentan en proporción al nivel de este. (2) Concreción de la tipología de actividades en un proceso de gestión de cambio: culturales, organizativas, operativas. (3) Comunicación continua y precisa. La comunicación es una herramienta para favorecer los cambios e implicación de los profesionales, de todos los involucrados, en general. Para ello, es imprescindible explicitar un Plan / Actividades de comunicación operativa durante todo el proceso de cambio que incluya mensajes concretos y coherentes y de respuesta a cuestiones básicas cómo: qué, cómo, cuándo, quién, a quién, dónde. Otro aspecto muy relevante es la transparencia pues, con ella, se logra un efecto de “compromiso” entre los actores / agentes implicados [116]. En el caso del REFCON, desde la ausencia de normativa, de procesos operativos estandarizados hasta la limitada capacitación de los prestadores y la invisibilización del usuario final, expresada en la falta de una estrategia comunicacional, hace evidente que su implementación fue víctima de una limitada o casi nula gestión del cambio.

Sobre las ventajas y desventajas para los pacientes

Los prestadores, señalan que la gran desventaja para la población en general y los usuarios en particular, fue la falta de comunicación con la población, la ausencia de estrategias comunicacionales para explicar las bondades del REFCON a las comunidades, a los pacientes quienes seguían con su esquema previo de solicitar la referencia impresa e ir inmediatamente al hospital, pese a que se les explicaba que el proceso (digitación de la referencia en consultorio u oficina del REFCON, aceptación de la misma, programación de la cita y asistencia a su consulta). En consecuencia, el “*único espacio de comunicación* [sobre el sistema solía presentarse] *entre el prestador y el paciente o sus familiares*”, y tenía un espacio de reforzamiento, no siempre apropiado en la oficina de REFCON de la IPRESS de origen y luego en la IPRESS de destino. La segunda gran desventaja es la desinformación sobre el flujo y tiempo de la referencia; ello en la práctica se evidencia pues hay referencias que demoran menos de 30 días hasta su atención y otras que demoran más de tres hasta ocho meses. Dentro de estas últimas están las consultas a neurología, urología, endocrinología o las subespecialidades pediátricas, entre otras. Este tema requiere el desarrollo de investigaciones específicas en algunos hospitales nacionales usando sus respectivas bases de datos; dada la inexistencia de una apropiada interconectividad entre el REFCON y el sistema informático hospitalario. Una tercera desventaja fue el cumplimiento estricto del flujo de IPRESS I-2 a I-3, de I-3 a I-4 y solo de I-4 a hospitales, de forma que en muchos hospitales las referencias gineco-obstétricas solo podían ser enviadas por el ginecólogo del materno infantil, igual si era un paciente pediátrico solo podía ser referido por el pediatra del materno-infantil, incluso pacientes

pediátricos con *“cuadro de abdomen agudo quirúrgico”*. Otro ejemplo de ello se relaciona con la utilidad de *“referir de un I-2 a I-3 cuando la mayoría cuentan con la misma capacidad resolutive... y la misma cartera de servicios”*.

Las dos grandes ventajas percibidas eran que el paciente no requería perder tiempo yendo a las IPRESS de destino y que debían recibir la comunicación en su celular. Ello en la práctica no siempre ocurría por: la falta de estrategia comunicacional, ausencia de normativa, aplicación discrecional de criterios por parte de los ‘burócratas de la calle’ en las IPRESS de destino, sumado a la cultura existente sobre el funcionamiento previo de las referencias. A ello se suma la cultura popular de no esperar y no creer en el sistema público, *“desconfianza de las instituciones públicas”*. La segunda gran ventaja es que cuando el paciente iba referido a los hospitales, se garantizaba que el paciente podría tener interconsultas a las diversas especialidades para resolver de manera integral su problema de salud. Una tercera ventaja como iniciativa de la DIRIS Lima Norte fue generar un aplicativo, en el 2019, por el cual el paciente podía consultar por el estado de su referencia, que tuvo en opinión de los prestadores una muy buena acogida; lamentablemente este aplicativo fue desactivado por las actualizaciones implementadas por OGTI del MINSA, sin que exista comunicación de las partes. Otra iniciativa fue la página web del Hospital Sergio Bernales, que funcionó como herramienta amigable que permitía que el paciente se mantuviera informado de su referencia.

Hay percepciones mixtas con relación a facilitar para que las referencias vayan directamente al hospital, pues si bien puede permitir una atención oportuna abre la puerta a que personal sin capacitación refiera al hospital, sin criterio; como ocurría en un establecimiento donde el oftalmólogo refería a los pacientes al hospital para

que le realicen un examen de agudeza visual, en pacientes sin factores de riesgo, tal como ha sido referido en una publicación previa [29], o la *“existencia de médicos derivólogos”*, como lo señalan algunos entrevistados

Similar ocurre en relación con la comunicación a pacientes a través de sus celulares. Como barrera se señala que las IPRESS del primer nivel no cuentan con celulares institucionales que permitan la adecuada comunicación con los pacientes, y esta comunicación está supeditada a la disposición del trabajador para usar su celular personal, con riesgo de perder privacidad y uso de sus propios recursos. Desde los usuarios, los prestadores señalan que muchas veces los pacientes no tienen celulares (factor económico), o no recuerdan su número y a la hora de registrar su referencia dan cualquier número (factores sociodemográficos). También señalan que muchas veces los adultos mayores tienen como parte de su analfabetismo digital barreras para el uso de celulares (factor cultural). Lo que se expresa en que los pacientes señalan no recibir sus mensajes SMS, expresado en inasistencia a sus citas en IPRESS de destino. Este porcentaje de asistencia suele ser, según lo refieren funcionarios de los hospitales *“de 70%”*; por ello, se suelen programar mayor cantidad de pacientes dado el porcentaje de asistencia y que *“ello fue limitado porque el sistema no permite programar mayor número de pacientes”*. Como fuera por un funcionario de hospital, en algunos momentos críticos cuando el MINSA no se canceló oportunamente el servicio contratado con la compañía de teléfono para el envío de SMS a los celulares, esta asistencia sólo *“fue de 30%”*, con el consecuente perjuicio económico para el hospital y para la salud de los pacientes.[29]

Otra barrera está relacionada con la incapacidad de registrar y actualizar oportunamente la alta migración de la población dentro de Lima Metropolitana, pasando de residir en una DIRIS a otra DIRIS, lo cual se convierte en una barrera para implementar cualquier sistema informático que trabaje con direcciones en función a su DNI. Otro tema de acceso a los servicios próximos a su lugar de residencia se presenta en la preferencia de los pacientes con determinadas patologías, como tuberculosis y/o VIH quienes prefieren ser atendidos en un establecimiento de salud que no se encuentre tan cerca a su domicilio *“cerca pero no tan cerca, que me puedan identificar”*; otro escenario de implicancias sociales ocurrió en el monitoreo de los pacientes durante la pandemia de la COVID-19.

Sobre las ventajas y desventajas para los prestadores

Al ser de las primeras DIRIS en implementar el REFCON, se realizaron diversas reuniones de coordinación entre hospitales e IPRESS del primer nivel para construir la viabilidad de su implementación. Este proceso no estuvo exento de dificultades y limitaciones por la falta de una planificación participativa y que se convierta en una hoja de ruta para el personal de salud; ello sumado a la alta rotación de funcionarios en la DIRIS Lima Norte. Otra ventaja, especialmente para los prestadores en hospitales, es que este proceso permite visibilizar un tipo de práctica que no podía ser visibilizada antes de la existencia del REFCON, que debería permitir garantizar la integralidad y continuidad de la atención de los pacientes; además, debe permitir generar un mayor orden en los procesos de atención y

permitir una atención ambulatoria algo más equitativa, dentro de las limitaciones que presenta el primer nivel de atención.

Un tercer elemento es la comunicación e interacción facilitada por la DIRIS Lima Norte, con los hospitales y centros materno infantiles, en general y específicamente en los temas de referencia y contrarreferencia. Además, se reconoce el fortalecimiento de la comunicación de los equipos asistenciales, de hospitales e IPRESS del primer nivel de atención, especialmente de los equipos de salud materna, liderado por los gineco-obstetras. Ello se ha traducido en la continuación de actividades como las auditorías médicas de muertes maternas, así como el WhatsApp grupal para los establecimientos del primer nivel donde el Hospital Sergio Bernales es su hospital de referencia, para referir gestantes complicadas o de alto riesgo obstétrico captadas en el primer nivel.

Como desventaja, señalan los temas de gestión de operaciones y de servicios, como parte del sistema de atención. Existe muy poco recurso humano que entienda de procesos, de la integralidad de la gestión, con *“énfasis en gestión de turnos”*. Algunos perciben el REFCON como un aumento de su carga laboral que *“no tiene mucha utilidad ... es una nueva carga de trabajo”*. Diversos estudios sobre gestión de operaciones han explorado cómo los sistemas basados en referencias y los contratos de incentivos impactan los resultados de la atención médica. Se ha estudiado el proceso de referencia óptimo en varios escenarios de pago, como contratos de pago por servicio o de pago por desempeño con costos compartidos, y entornos contractuales bajo los cuales se puede lograr la coordinación.[91,117-118]

Un segundo grupo de desventajas se relaciona con aspectos operativos como la digitación de referencias que debía ser realizada por profesionales asistenciales, que se aplicó en un segundo momento. Ello se relaciona con la limitada disponibilidad de computadoras y ancho de banda existente en las IPRESS (llamado “*ancho de banda social*”). Otro elemento se relaciona con la indefinición de cuántas referencias se debe hacer para un paciente que requiere atención en diversas especialidades, lo cual varía desde una referencia por cada especialidad requerida para el paciente hasta una referencia por paciente, donde señalen todas las especialidades o subespecialidades que requiera para su atención. Esta indefinición fue discutida en las reuniones entre hospitales y DIRIS; allí se acordó que debería realizarse una referencia indicando que debería acudir a las diversas especialidades requeridas. Lamentablemente este acuerdo no fue respetado por los profesionales de los hospitales, probablemente por inadecuada comunicación entre autoridades y prestadores.

Una tercera desventaja es la falta de capacitación de prestadores asistenciales sumado a las limitaciones del aplicativo para corregir errores de digitación. Desde las primeras capacitaciones en REFCON acudía personal administrativo, de estadística o informática. Se especula que ello se traduce en una mala calidad de referencias y/o registro inadecuado de las referencias; además, desde el lado de los hospitales y centros materno infantil se expresó en una resistencia a realizar contrarreferencias, por no ser una práctica habitual, y no ser percibido como “*una actividad con valor agregado*”. Esta investigación no es una auditoría de las referencias, más allá de requerir estudios sobre este tema. Se debe reconocer de las capacitaciones itinerantes por distritos que se reconocen problemas de mala calidad

de referencias, así como criterios inadecuados para observación o rechazo de referencias; este es otro tema a desarrollar en futuras investigaciones. Pese a que se describen iniciativas desde la DIRIS y los hospitales para capacitar y sensibilizar a sus profesionales de salud, el éxito de esta intervención ha sido limitada; una experiencia exitosa fue del Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas (INCN) que *“forzó a que el hospital Sergio Bernales regularice sus contrarreferencias”*.

Cuarto, la ausencia de capacitación, sumada a la ausencia de una normativa actualizada y, una limitada comunicación entre funcionarios, personal asistencial y administrativo, se expresa en la falta o ausencia de procedimientos estandarizados en y entre los hospitales. Esto se expresa en la existencia prácticas discrecionales de cada hospital para la revisión, aceptación de la referencia. Además, dentro de los hospitales se podía tener más de una opinión. Eso implicaba que en un primer envío *“se observaban unas cosas”*, y cuando se enviaba la versión corregida *“se observaban otras cosas”*, con el consecuente malestar en los profesionales asistenciales del primer nivel.

Quinto, la alta rotación del personal asistencial y administrativo en el primer nivel, influye en la calidad de las referencias y la comunicación del proceso de las mismas. A ello se añade la falta de un proceso de inducción estandarizado al personal que entra a trabajar en los servicios de salud del sector público; esto se hace más evidente por la pobre articulación entre el Estado y la Academia. En este sentido, se reconoce que como parte de la formación de los futuros profesionales no se percibe necesario que se desarrollen las adecuadas competencias en el conocimiento y uso de las herramientas de gestión de la salud y, de la integralidad

y continuidad de la atención de pacientes que vienen siendo desarrolladas por el MINSA; ni en propuestas de mejora de las mismas.

Sexto, la implementación del aplicativo REFCON no vino acompañada con una planificación apropiada que incluya recursos humanos en cantidad y capacitación adecuada, ni el equipamiento adecuado ni la conectividad apropiada para un apropiado funcionamiento. Pese a ello, funcionarios del MINSA refieren que desde el MINSA se apoyó con equipamiento del parque informático y de mejora en la conectividad en los establecimientos del primer nivel.

Sétimo, se reconocen limitaciones del propio aplicativo REFCON que se traduce en barreras y ausencia de estrategias para mejorar su usabilidad; una de las barreras más señalada es que *“cuando te equivocas no puedes corregir”* y como consecuencia de ello, *“a veces se pierde toda la información y tienes que volver a digitar”*.

Un último elemento, no menos relevante, es la compleja realidad social que relaciona la aspiración de desarrollo personal, profesional y familiar con su formación y especialización, nivel de ingresos y proximidad laboral al domicilio. Por ello, se señaló que como país formamos recursos humanos para que tengan mejores ingresos en la práctica privada, porque el futuro profesional se sirve de su formación como especialista o subespecialista en el sistema público, para posteriormente proceder a trabajar en el espacio privado; sin devolver al sistema el costo de la inversión en su formación.

Factores de éxito

Diversas iniciativas dentro de la DIRIS Lima Norte permitían consolidar el proceso de implementación del REFCON. Dentro de ellas se reconocen: (a) Esfuerzos del equipo de gestión para fortalecer la comunicación con los hospitales e IPRESS del primer nivel para mejorar el proceso de referencia, permitió buscar soluciones de manera directa a problemas identificados, como viabilizar flujos de referencia. Lastimosamente, la alta rotación de funcionarios, en DIRIS y establecimientos del primer nivel de atención, limitaron este proceso. (b) Iniciativas de DIRIS Lima Norte y hospitales para permitir que los pacientes tengan acceso a conocer la situación de su referencia es reconocido como algo positivo, más allá de las limitaciones en interoperabilidad del REFCON con los sistemas hospitalarios, así como concientizar al personal asistencial. La percepción de desinformación, “*sin enterarse de su cita*”, genera desconfianza e incertidumbre. Lastimosamente estas coordinaciones finalizaron cuando el Ministerio de Salud realizó modificaciones o actualizaciones al REFCON, sin coordinar con las áreas usuarias. (c) Como parte de las interacciones, se acordó programar las citas de control post operatorio para pacientes en general y gestantes cesareadas; así como las interconsultas de pacientes que acudan al hospital con referencias para varias especialidades, o cuando es referido para una especialidad y el médico considere que debe ser visto por otras especialidades realice las interconsultas. (d) El equipamiento informático, como resultado de la interacción y de la pandemia de la COVID-19, fue reconocido como un factor de éxito por el personal asistencial. Sin embargo, se requiere realizar el cableado estructurado y aumentar el ancho de banda en las IPRESS del primer nivel, trascendiendo del “*ancho de banda social contratado*”. Además, la pandemia permitió contar con mayor cantidad de personal asistencial usando el REFCON. (e)

Otro factor de éxito en IPRESS del primer nivel de atención fue contar con recursos humanos dedicados a su operación y seguimiento, especialmente en IPRESS I-4. Ello permitió mejorar la comunicación entre pacientes y personal asistencial. Esta mejora de comunicación no estuvo exenta de dificultades y reclamos de los pacientes por retrasos o dificultades en el proceso de referencia. Además, la pobre comunicación entre primer nivel y hospitales, se expresó en supuestos desde el primer nivel; por ejemplo, que el hospital realizará la llamada a los pacientes *“ellos los van a llamar”*. También, se reconoce que los hospitales varían sus procedimientos en el tiempo sin coordinar con la DIRIS Lima Norte ni IPRESS del primer nivel; por ejemplo, se programan las citas *“de los pacientes que van al hospital”*, se exige que los pacientes lleven *“sus referencias impresas en físico al hospital”*. Los partidarios de la integración vertical señalan que reduce los costos y mejora la calidad debido a una mejor coordinación en la prestación de atención, reduciendo el gasto general [119]. Ello es consistente con la literatura económica que señala que la integración vertical reduce los costos de transacción. Unos economistas de organizaciones industriales argumentan que la integración puede conducir a una menor competencia, resultando en menor bienestar del consumidor [120]. Heeringa et al. [121] establecen un marco detallado sobre la integración vertical y horizontal de las organizaciones de atención médica en los EE.UU. para ayudar a comprender cómo los atributos del sistema pueden afectar el valor y la calidad de la atención. Diversos estudios muestran que la integración vertical da lugar a una mayor concentración del mercado y un mayor poder de mercado de las organizaciones de atención médica, permitiendo mayor poder de negociación con las compañías de seguros, pero resulta en una menor calidad de la

atención médica debido a una menor competencia; además un reciente estudio del Instituto RAND[122], en Estados Unidos, no encontró evidencia de reducción de costos o mejora de la calidad por la integración vertical. (f) Otro factor, es el acompañamiento que no solo debe ser impulsado desde la DIRIS, sino desde espacios territoriales más próximos como son la Redes Integradas de Salud (RIS) para brindar soporte y empoderamiento a los equipos de referencia de cada IPRESS del primer nivel. Además, se recomienda que sea personal dedicado con poca rotación y con contactos para facilitar los procesos de referencia. (g) Otro factor se relaciona con la disponibilidad de recursos humanos y medicamentos en IPRESS del primer nivel, el cual requiere decisiones políticas y técnicas, especialmente en las enfermedades crónicas no transmisibles. En la práctica, muchos prestadores en hospitales no refieren a sus pacientes porque no tienen forma de garantizar que ellos puedan contar con su medicación mensual oportunamente, porque si se los contrarrefiere es posible que no se pueda lograr ello. Por ello, varios hospitales reconocen que un porcentaje de sus pacientes solo requieren entregarles sus medicamentos; para ello han habilitado consultorios específicos a cargo de médicos de familia, quienes además de preguntar por el estado de salud del paciente, sino encuentran ninguna complicación les entregan sus medicinas, razón prioritaria para acudir al hospital. Eso libera al médico subespecialista para la atención de casos nuevos que requieran alguna atención más dedicada. Ajwang[123] citando al Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), señala que un sistema de referencia es un marco institucional integral que conecta varias entidades con responsabilidades, mandatos y poderes bien definidos y delineados en una red de cooperación con el objetivo general de garantizar la protección y asistencia de

pacientes o supervivientes para ayudarles en su plena recuperación y empoderamiento. Para que un sistema de referencia sea exitoso, debe haber accesibilidad geográfica a los establecimientos de salud, el personal de referencia debe estar capacitado para brindar servicios de atención de calidad y también debe contar con medicamentos, suministros y equipos esenciales. (h) Un último tema es el adecuado flujo de pacientes. Ello ha sido discutido históricamente en la referencia de pacientes, donde se señalaba que habitualmente *“el paciente no sube para su referencia, sino que el paciente baja para ello”*, como expresión del centralismo limeño. Experiencias diversas de referencias para arriba se mencionan en el caso de pacientes residentes en San Juan de Lurigancho cerca al Rímac que deben ir al Hospital de San Juan de Lurigancho, o pacientes cerca de la costa (Chimbote) que deben ser referidos al Hospital Víctor Ramos Guardia de Huaraz; en ambos casos los pacientes prefieren ser referidos a hospitales en Lima Cercado o al hospital de Chimbote, respectivamente. En el caso de Lima Norte ocurre lo mismo en relación a referencias de Centros Materno Infantiles, o referencias a Sergio Bernales o Carlos Lanfranco (Puente Piedra) que prefieren ser referidos al Hospital Cayetano Heredia u otros hospitales nacionales de Lima Ciudad.

Takai y col.[124] a partir de un estudio de auditoría de referencias obstétricas señalan que estas pueden mejorar con provisión apropiada de ambulancias para facilitar las referencias, que se debe hacer hincapié en la capacitación y el reciclaje de los trabajadores de salud en los centros primarios y secundarios, esto mejorará la idoneidad de las referencias; que debe haber pautas específicas sobre “a quién derivar”, “cómo derivar”, “cuándo derivar” y “dónde derivar” en caso de emergencias; que la IPRESS de destino debe generar la contrarreferencia para

informar a la IPRESS de origen completando el proceso; y finalmente, que se deben establecer mecanismos para monitorear las derivaciones por parte de los responsables de la formulación de políticas a fin de reducir las derivaciones innecesarias a centros terciarios.

Rutherford y col. [125] en una revisión sistemática para identificar las necesidades de referencia de neonatos durante emergencias humanitarias, brechas y barreras actuales, y los mecanismos efectivos para superar estas barreras, encontraron que las principales necesidades identificadas fueron referencias desde los hogares a centros de salud antes y durante el parto, y referencias entre centros después del parto a servicios más especializados. Entre las principales barreras se incluye la falta de caminos e infraestructura para el transporte, escasez de personal, especialmente en los servicios especializados, y la falta de conocimiento entre los pacientes para la auto-referencia. Los mecanismos para abordar estas necesidades y brechas incluyen brindar capacitación a agentes comunitarios de salud (ACS) o parteras tradicionales para identificar y abordar las complicaciones prenatales y posnatales; programas de educación para gestantes durante el período prenatal; y establecer servicios de ambulancia en asociación con organizaciones no gubernamentales locales. Los autores recomendaron impulsar programas locales de desarrollo de capacidades para abordar los problemas de manera aguda; reclutar ACS para crear conciencia sobre las complicaciones neonatales entre las gestantes; y, mejorar las capacidades de los ACS para que brinden atención oportuna, adecuada y de calidad durante emergencias humanitarias.

Factores de fracaso:

Dentro de los factores de fracaso se reconoce: (a) Limitada capacitación del personal de salud y la importancia de construir procesos de concientización de sus funciones y responsabilidades, especialmente con los médicos mayores quienes presentan mayor riesgo de analfabetismo digital. Se reconoce la necesidad de impulsar capacitaciones permanentes del personal asistencial, técnico y administrativo, siempre y cuando se cuente con procesos operativos estandarizados de alcance nacional, especialmente por los altos niveles de rotación de personal, especialmente en el primer nivel de atención. A ello se agrega la resistencia al cambio y que no existe la disposición adecuada, junto con el analfabetismo digital en profesionales de salud mayores de 60 años y falta de ética profesional, expresada como *“les falta la intención, las ganas de hacerlo”*. Ello también es mostrado en un estudio en Kiambu (Kenia)[126] donde se encontró que la mayoría del personal asistencial no estaba capacitado las pautas de referencia; también se reportó insuficiente capacidad de transporte en todos los niveles del sistema de referencia.

(b) Otro factor es la limitada emisión de contrarreferencias, y no entender que ello es un ciclo que inicia con la referencia y termina con la contrarreferencia (retorno del paciente a su IPRESS de origen), y que en distintos momentos se da interacción con otras dependencias de las IPRESS u hospitales. El personal asistencial no percibe el valor agregado de las mismas, entre otras cosas porque nadie les ha explicado su importancia y utilidad para el sistema de salud y para el bienestar de los pacientes. Como parte de los usos y costumbres, era percibida como una actividad sin valor que se tenía que realizar. Pese a ello, algunos pequeños avances se han logrado, en relación a la atención de la puérpera y recién nacido y a las

intervenciones quirúrgicas. Junto con ello, se reconoce la existencia de resistencias personales (p.ej. *“carga de trabajo”*) y burocrático-administrativas del MINSA (p.ej. *“interoperabilidad de sistemas del primer nivel y de los hospitales”*) para darle valor a las contrarreferencias, sin haber creado los canales adecuados de comunicación. Una expresión de ello, es el bajo porcentaje de contrarreferencias reportadas en el REFCON (menor del 5%), como se muestra en el sub-estudio cuantitativo. (c) Tercero, limitado entendimiento de los alcances del proceso de referencias y contrarreferencias; varios entrevistados, lo entienden como algo que se crea y acaba en sí mismo. Por el contrario, como procesos, el sistema de referencia y contrarreferencia requiere considerar procesos de programación de citas, de atención de consulta externa, de aceptación de pacientes en emergencia, entre otros y no todos dependen de una sola dependencia en los hospitales. Una aproximación nacional implica reconocer la necesidad de mejorar la conectividad e interoperabilidad de los sistemas de información de hospitales e IPRESS del primer nivel. Esta interoperabilidad implica reconocer que es muy complejo como lo demuestra la literatura internacional converger en una única historia clínica electrónica para todos los subsistemas del país; ante ello, idealmente el desarrollo de los aplicativos y programas informáticos relacionados, deben ser diseñados según estándares internacionales como el HL7, entre otros [127]. Además, se reconoce la necesidad de impulsar capacitaciones permanentes del personal asistencial, técnico y administrativo, siempre y cuando se cuente con procesos operativos estandarizados de alcance nacional. (d) Otro factor de fracaso son los procesos de actualización. Para algunos entrevistados, las actualizaciones en lugar de favorecer la eficiencia del trabajo con el sistema de referencias y

contrarreferencias, hace *“el trabajo más lento”* y ello genera mayor *“cola de asegurados que están esperando”* su atención. Se recomienda que una vez acordada una actualización, de manera participativa, se debe implementar un breve módulo de capacitación para todo el personal involucrado, que resalte las bondades de la actualización y su potencial beneficio. Además, se debe fortalecer la “mesa de ayuda” en REFCON para ayudar a resolver problemas que puedan presentar los colaboradores. (e) Otro proceso complejo es el proceso de gestión de citas; ello está en relación con el tiempo entre la programación y la fecha de la cita; se reconoce que el paciente no acude por el tiempo prolongado, *“mucho tiempo”* para la cita. En los hospitales se programaban adicionales, considerando que, dependiendo del hospital y del servicio, se programan entre “30%” y “50%” de adicionales. Ello depende de la capacidad del programador de citas para considerar adicionales, *“el SIS-Galen no lo permitía... no puedes atender más de lo que la norma permite”*. Otro aspecto que requiere ser estudiado con mayor profundidad es el análisis de tiempos para algunas subespecialidades que ya fue descrito en estudio previo [29]. (f) Otro factor de fracaso es la falta de estandarización de quienes deben atenderse en hospitales; que solo pueden atenderse pacientes referidos desde IPRESS del primer nivel usando el REFCON, como ocurre en diversos países a nivel mundial, como el Reino Unido, desde hace más de cincuenta años. Para el periodo de estudio, se tenía conocimiento que en DIRIS Lima Norte y Lima Sur, los hospitales Cayetano Heredia y de Emergencias de Villa El Salvador solo recibían pacientes que venían referidos a través del REFCON. En este sentido, no se constata claridad de cómo se debe hacer en el caso de la atención de pacientes que no son asegurados del SIS y que acuden a IPRESS del primer nivel, donde luego de la atención

requieren ser derivados a un especialista o cómo se va a hacer en el caso de pacientes no asegurados del SIS que por decisión personal desean una atención en consulta externa en los hospitales. Eso debería eliminar las colas que suelen ocurrir en varios hospitales nacionales cuando se programan las citas de especialidades y subespecialidades. (g) Otro factor de fracaso percibido está en la incapacidad del sistema de programar oportunamente los controles hospitalarios mensuales o trimestrales, sino que el paciente debe ser contrarreferido a su IPRESS de origen para poder ser nuevamente referido al hospital para su control; lo cual muchas veces no se cumple oportunamente. Dentro de las acciones que se realizaban en los hospitales, el paciente no era contrarreferido ante el riesgo de afectar el bienestar de los pacientes vulnerables. En el caso de pacientes hospitalizados, especialmente post-quirúrgicos y post-partos, se les daba dos citas de control y luego se les daba de alta. En ambos casos se sobrepasa la demanda hospitalaria.

De la función de Control (Supervisión, Monitoreo y Evaluación)

Se reconoce que la actividad de referencia y contrarreferencia debe ser dependiente de órgano de línea no de una unidad de apoyo del MINSA. Una primera consecuencia de ello es que no hubo retroalimentación desde el REFCON, ni desde el nivel de DIRIS ni de la sede central MINSA. En este sentido, se propone una revisión y actualización de la normativa. Recientemente esta actividad ha sido asumida por la Dirección General de Telesalud, Referencia y Urgencias (DIGTEL). Además, dicha actividad debe ser desarrollada de manera integral como lo plantea el Banco Mundial[73], incluyendo como dimensiones a: personas,

asociación y planificación, recolección y análisis de información, y toma de decisiones, la razón última de los procesos de control.

En términos operativos, algunos estudios evidencian la limitada competencia de los administradores en materia de supervisión y falta de herramientas de seguimiento que limitan la calidad de la implementación. Estos hallazgos se corresponden con estudios realizados en 103 países, que encontraron que la incompetencia de los administradores en la gestión y el seguimiento de la implementación de AIEPI se debía a que tenían una capacitación similar a la de los trabajadores de salud encargados de la implementación y ninguna en la gestión de las prácticas de implementación [128-129].

Los entrevistados reconocen la utilidad del REFCON para fortalecer las acciones de control en la gestión de los servicios de salud; así como la existencia en el aplicativo REFCON de unas tablas dinámicas, las cuales son usadas por los equipos del sistema de referencias y contrarreferencias de las IPRESS I-4 y hospitales. Los entrevistados tienen posiciones variadas sobre la utilidad de las tablas, desde muy limitadas hasta sumamente útiles, para actividades de seguimiento periódico. Dada la diversidad intuimos que hay diversos factores que pueden haber influido en ello, como las competencias de los miembros del equipo, el liderazgo de la persona responsable, la comunicación asertiva de lo encontrado y la promoción de iniciativas de mejora del desempeño de los profesionales asistenciales. Estudios previos señalan limitaciones por lo que deberían desarrollarse con las DIRIS, IPRESS y hospitales programaciones de análisis que permitan estandarizar los procesos de análisis con la consecuente mejora de la gestión del REFCON. Si bien se reconoce la iniciativa y responsabilidad profesional de la persona encargada;

también se reconocen las limitadas competencias en análisis informático de los profesionales asistenciales, habitualmente médicos responsables de REFCON.[29]

Una explicación compartida por algunos entrevistados se relaciona con la Ley de Protección de Datos Personales, que de alguna manera limitan el uso más detallado de la data del sistema, limitando la capacidad de gestión a nivel de DIRIS, DIRESA o GERESA. El estudio previo de Llanos y col. [29] evidencia también las restricciones que limitan poder mejorar la gestión.

La percepción de los entrevistados está relacionada con su temporalidad en funciones de gestión y el grado de implementación de acciones de control de gestión. Unos señalan que en su gestión el desarrollo era incipiente, otros señalan que había más acciones de control de gestión antes de la pandemia. Independiente de ello se reconoce la incapacidad hacer seguimiento de referencias enviadas fuera del ámbito de la DIRIS Lima Norte, pese a estar registradas en el REFCON antes y durante la pandemia, reconociendo la alta movilidad de la población en Lima Metropolitana, pasando de residir en una DIRIS a otra DIRIS, lo cual se convierte en una barrera para implementar un sistema informático que trabaje con dirección registrada en su documento de identidad (DNI), sumado a la resistencia de la población de cambiar la dirección de su DNI, como se evidencia históricamente en los procesos electorales en las últimas décadas, donde un porcentaje de población se traslada a otras DIRIS o Regiones por no haber cambiado DNI, pese a estar establecidas multas sobre ello[130]. Además, la pandemia ha mostrado que es posible implementar un sistema integrado de monitoreo, no solo para enfermedades sino también para procesos prestacionales, como el tema de vacunación y disponibilidad de camas hospitalarias.

Finalmente, la indefinición de procedimientos operativos estandarizados en actividades de salud, hace que el SRCR dependa de diversas áreas, como admisión, dirección, u otras áreas en las IPRESS de primer nivel. En el caso del Hospital de Emergencias de Villa El Salvador (HEVES) las referencias-contrarreferencias son parte del Departamento de Articulación Prestacional. Este desorden organizacional requiere ser estudiado, tanto en la definición de procedimientos operativos estandarizados como las áreas de dependencia del SRCR en el primer nivel y en hospitales.

De la Socialización y Comunicación con los pacientes y la sociedad sobre la implementación del REFCON en la DIRIS Lima Norte

Se reconoce que se tiene que “*educar al paciente*” más aun cuando se van a implementar cambios organizativos como los desarrollados en EsSalud al educar sobre su pertenencia a redes de atención. Se reconoce que se requirieron implementar estrategias de comunicación masiva o en medios y estrategias de comunicación individual a los usuarios en los servicios de salud. Con relación a la comunicación masiva, en medios o redes sociales, se reportó que no hubo planificación ni implementación desde el MINSA ni desde la DIRIS Lima Norte. Ello puede ser explicado por la ausencia de una adecuada planificación de esta intervención, sin considerar a todos los actores involucrados ni contar con el correspondiente financiamiento. Algunos entrevistados señalaron, que durante el primer año de implementación sus productos eran sensibilizar a la población sobre las referencias virtuales; sin embargo, no se llega a definir estos productos ni

explicitarlos. Otros mencionan iniciativas usando la web del hospital y las redes sociales como una estrategia para comunicar y socializar el REFCON con la población. Un tercer grupo, comunicó el desarrollo de iniciativas en las regiones. También se reconoció que no existen estudios que evalúen el nivel de conocimiento de la población sobre el SRCR y tampoco existen estudios que evalúen estas estrategias comunicacionales. Por otro lado, se reconoce la importancia de complementar fortaleciendo la participación comunitaria *“incorporando la participación de las promotoras de salud”*, en opinión de dos entrevistados ello que hubiera favorecido las referencias comunitarias y mejorado la comunicación con la población y, en consecuencia, permitido cambiar la percepción social del SRCR.

En el caso de la comunicación a los pacientes, se reconocen las debilidades del SRCR por el limitado conocimiento tanto de los prestadores como de los usuarios por la ausencia de una estrategia comunicacional y limitación en las capacitaciones, como resultado de ello se ha ido dando un proceso de aprendizaje mutuo. Un ejemplo de ello, es si el paciente debe tener *“una sola referencia”* donde se señale las diversas especialidades que requiere el paciente, o que se debe hacer una referencia para cada especialidad, esto es, *“varias referencias a la vez”*. Ello hubiera sido apropiado si se hubieran definido procesos operativos estandarizados. La ausencia de estos se ha expresado en el desarrollo de diversas iniciativas o requerimientos cambiantes de los hospitales como que *“traigan la referencia impresa”* o que acudan al hospital para recién *“programar su cita”*, con el consecuente malestar tanto para los prestadores de las IPRESS de origen, como para los pacientes. Se reconoce que se debieron fortalecer la interoperabilidad de los sistemas de hospitales y del primer nivel u otras estrategias que permitiendo que

permitan que los pacientes estén informados de la situación de sus citas de manera oportuna.

Se reconoce la necesidad de definiciones claras de cada término que permita la comparabilidad e interoperabilidad de *software* al evaluar la evidencia para decidir el software a implementar. La evidencia muestra que una apropiada implementación del sistema mejora el acceso oportuno, seguridad e integridad, y en consecuencia, la eficiencia y calidad de la prestación sanitaria. La literatura evidencia que los retos al implementar un SIHCE son financieros y técnicos; ello incluye infraestructura e infoestructura, como equipos, conectividad, e interoperabilidad). Implementar de manera apropiada un SIHCE requiere en general un plan de gestión del cambio, donde se reconozca la importancia de los desafíos del sistema para todos los involucrados. En todo sistema de salud, se requiere de información precisa y oportuna; bajo un enfoque sistémico, un apropiado SIHCE debe apoyar a los involucrados (prestadores, gestores, policy makers y pacientes) brindando información “core” convirtiendo al sistema de salud en una organización aprendiente para la mejora continua, que mejore la calidad de la atención y sea más eficiente.[131]

En el caso peruano, Alarcón Loayza y col. [127] señalan que a través del MINSA se viene impulsando la implementación de la historia clínica electrónica, donde se requiere mejorar la propuesta de interoperabilidad. El modelo de interoperabilidad evidencia la forma de facilitar el acceso a la historia clínica de un paciente desde cualquier lugar; para ello, se abordan aspectos de automatización y digitalización de procedimientos médicos en IPRESS priorizados, adecuándose al modelamiento de datos, seguridad y acceso buscando una apropiada interoperabilidad.

De la Comunicación entre y al interior IPRESS en la implementación del REFCON en la DIRIS Lima Norte

Se reconoce el esfuerzo de la DIRIS Lima Norte de ir facilitando reuniones con los hospitales y con los centros materno infantil para ir facilitando la articulación y consolidando la implementación del REFCON. Las reuniones con los hospitales eran semanales y la sede de reuniones era rotatoria (DIRIS Lima Norte, Hospital Cayetano, Hospital Sergio Bernal y Hospital Carlos Lanfranco); mientras que las reuniones con los maternos eran más espaciadas y con sedes diversas. En ambos casos, se pasó de reuniones de quejas de los otros establecimientos a reuniones más propositivas. El propósito era que haya una *“mayor cercanía”* y una *“relación fluida entre los distintos niveles de atención”*. Sin embargo, para algunos entrevistados *“todavía no se realizan reuniones descentralizadas”* con participación de todos los establecimientos de cada RIS.

Por otro lado, desde el hospital los comentarios iban en relación con la *“calidad de llenado de las referencias”*, *“las inconsistencias de los diagnósticos de las referencias”*, entre otros, obligando a elaborar un listado de diagnósticos que no iban a ser aceptados para la referencia de pacientes, y hubo una segunda versión actualizada de dichos diagnósticos con participación y aportes de los hospitales, a fines del 2019.

Dentro de los desaciertos comunes expresados por las IPRESS del primer nivel era los cambios en las decisiones para las referencias y programación de citas o atención de citas. Dentro de ellas se reconoce el *“pedido de referencias impresas”*,

“que acuda al establecimiento para programar su cita”. Ante ello el primer nivel creaba sus propios mecanismos, como enviar a los pacientes con sus referencias impresas, con la indicación de que vayan 48 horas después al hospital para insistir con su referencia y el respeto de sus derechos ciudadanos.

Un problema específico fue la atención del parto y sus posibles complicaciones. Este tema ha tenido diversas aproximaciones tanto en DIRIS Lima Norte y DIRIS Lima Sur sin llegar a encontrar una solución definitiva, especialmente en la priorización de atención en casos en hospitales ante “complicaciones producidas en la fase activa de labor de parto y puerperio inmediato”.

Con relación a la comunicación al interior de las IPRESS, se reconoce que mucho de ello se da por considerar que el tema de referencias es solo dependiente del área de referencias, sin reconocer que ello depende de articulación con otras áreas como admisión, planificación y programación de turnos, entre otros.

De las Lecciones Aprendidas en la implementación del REFCON en la DIRIS Lima Norte

Se reconoce que para la adecuada implementación de una iniciativa, como el REFCON, se debe contar con una adecuada planificación, que conlleve a la elaboración participativa de la o las normativas correspondientes que permitan contar con los procesos organizacionales apropiados, incluyendo el financiamiento, recursos humanos, equipamiento, procedimientos operativos estandarizados, con los correspondientes flujos. Dentro de estos últimos, procesos que involucren a las distintas oficinas o direcciones en establecimientos y hospitales; así como a los

órganos de línea competentes del nivel central; y que permitan la interoperabilidad de los de los diversos programas y aplicativos.

Se deben implementar procesos de control (supervisión, monitoreo y evaluación) [73] y de mejoramiento continuo de los procesos [132], escuchando al personal operativo de manera cotidiana, desde el nivel operativo hasta el nivel central, los cuales deberían permitir mejorar la eficiencia y efectividad de los mismos, en favor del bienestar de los usuarios, evitando el paso escalonado de I-1 a I-2 y así sucesivamente hasta hospitales nacionales, en caso que el paciente lo requiera. Junto con ello, se reconoce la importancia de impulsar procesos de gestión del cambio y procesos de comunicación con los actores involucrados: al interior de IPRESS, entre los diversos niveles de IPRESS y con la comunidad, buscando sensibilizar y facilitar el proceso de cambio propuesto.

Además, se reconoce la importancia de cerrar procesos garantizando la calidad y continuidad de la atención en favor del bienestar de los pacientes, de manera que se realice obligatoriamente la contrarreferencia de pacientes. Ello incluye, por ejemplo, iniciativas que viabilicen normativas, respetando los aspectos técnicos y financieros para la entrega de medicamentos a pacientes específicos con *“patologías definidas en el primer nivel de atención”*; iniciativas de programación de citas con más de 60 días de anticipación en hospitales para pacientes con cuadros complicados que *“requieren controles periódicos trimestrales”*.

REFCON y COVID

La pandemia mostró los valores y principios más altruistas de las personas y la negación de los mismos [133-134]. Durante la pandemia dentro de los temas negativos, se reconoce el cierre de los servicios de consulta externa en IPRESS del primer nivel y en los hospitales. Ello impidió la maduración de una iniciativa que tenía poco tiempo de implementación en la DIRIS Lima Norte, como en todo el país.

Todo proceso de este tipo tiene un periodo de implementación donde hay un grupo que le ven el valor positivo y lo impulsan (early takers) hasta llegar posteriormente donde la mayoría de usuarios lo utilizan [135-136]. Como todo proceso de implementación se esperaba que este aumento inicial tenga un periodo meseta y que después empiece a presentar ciclos estacionales, vinculados a la presencia de brotes de enfermedades o a periodos de vacaciones escolares y universitarias. Ello se podría suponer que ocurrió entre los meses de enero y febrero del 2020, pero las restricciones de confinamiento estricto establecidas por el gobierno peruano impidieron observar ello. Por el contrario, la marcada caída de referencias entre abril y setiembre están relacionadas con la pandemia de la COVID-19. A ello se suma que por decisión desde el nivel central se decide priorizar la atención a los pacientes con COVID-19; pese a ello, no se logró una disminución en las tasas de mortalidad por esta enfermedad. Al contrario, el confinamiento estricto y cierre de múltiples servicios de apoyo podría haber favorecido al aumento de la mortalidad.

Otros resultados negativos de la pandemia, son la alta rotación de personal *“más marcada en el primer nivel”*, *“se rompió la adscripción en el SIS”* permitiendo la

atención de toda persona durante la pandemia, “*se suspendieron las capacitaciones*” y sensibilización de los trabajadores. A ello se añade que varios profesionales de la salud, prefirieron dejar su condición para ser profesionales CAS COVID con mayores ingresos mensuales.

Otra dificultad cuando se abrieron parcialmente las atenciones, se relacionó con la ausencia de definiciones claras de los servicios de referencia disponibles en los hospitales o establecimientos de primer nivel que cuentan con especialistas.

Un efecto negativo de la pandemia es el aumento de una aproximación economicista que se le ha dado a la práctica en los servicios de salud, como una tergiversación del llamado pago por desempeño (paying for performance o P4P, por sus siglas en inglés)[137-138]. Se reconoce la valía de todo el recurso humano, asistencial y no asistencial, que labora en el sector salud, pero es negativo, considerar que por cada cosa extra que hago “me deben pagar un incentivo o un bono”.

Durante la pandemia no todo fue negativo, por un lado, permitió mayores equipos de cómputo en los servicios del primer nivel, que el personal asistencial del primer nivel realice sus propias referencias y las auditorías de las referencias recibidas. Por otro lado, se permitió que se envíen referencias de gestantes directamente a los hospitales y se implementen algunas intervenciones para aumentar la atención del parto en establecimientos del primer nivel, ante el temor de las pacientes a atenderse en los hospitales, por temor a la COVID-19.

Para algunos entrevistados, la pandemia ha permitido tomar conciencia de la necesidad de tener formas de contactar a los pacientes, especialmente a los pacientes con enfermedades crónica, transmisibles o no, para poder garantizar su

seguimiento y adherencia adecuada a su tratamiento. A ello se añade que como resultado de la pandemia se han ido venciendo, por diversas razones, la resistencia al cambio de uso de la “virtualidad”, incluyendo el REFCON y telesalud.

Además, se reconocen efectos positivos en gestión sanitaria, como resultado de la pandemia, el poder implementar un sistema integrado de monitoreo como el utilizado durante la pandemia, tal como lo proponen Báscolo y col. [139] Esto último es muy importante dada la alta movilidad de la población residente en Lima Metropolitana, trasladándose de una a otra DIRIS por trabajo, estudio o diversión

Finalmente, no se pueden dejar de reconocer los miedos y desconfianzas del personal de salud en relación a lo que sigue posterior a la pandemia. Entre ellas se menciona el envío de contrarreferencias, que en la práctica actual en la DIRIS Lima Norte se expresa en solicitudes de contrarreferencia de los hospitales al primer nivel para poder nuevamente referirlos porque requieren atención especializada

Limitaciones del REFCON

Como limitaciones del REFCON se reconoce que: (a) Ante la ausencia de actualización, la normativa vigente es del 2004, donde el proceso inicia con las referencias, las cuales son hacia arriba (hacia IPRESS de mayor categorización) y que las contrarreferencias son hacia abajo (IPRESS de menor categorización). Este tema de referencia hacia establecimientos de mayor capacidad resolutive debió considerar las UPSS y no solo la categorización de las IPRESS. Ello tiene expresiones diversas en referencias hacia abajo a establecimientos con menor categorización o referencias horizontales, entre IPRESS de una misma

categorización (por ejemplo, la existencia de médicos especialistas sin el equipamiento ni medicamentos apropiados para la adecuada atención de los pacientes; la aparición de los Centros de Salud Mental Comunitarios, categoría I-3; pacientes que llegan a emergencia de los hospitales que deben ser transferidos a sus IPRESS de origen, pero no está caracterizado apropiadamente dicho proceso. (b) La ausencia de interoperabilidad entre el aplicativo REFCON y las historias clínicas electrónicas hospitalarias es una limitación en el seguimiento de la programación de citas y consecuente asistencia a la consulta programada; además de generar la confusión de que es un formato más, cuando la información de la referencia debería salir de la atención registrada en la historia clínica electrónica. (c) La implementación del aplicativo no favorece la gestión de las IPRESS, porque consideran que este sistema debe servir para programar y optimizar los horarios y turnos asistenciales, pero no hay una apropiada articulación con la planificación de turnos asistenciales, (d) Su desarrollo debió estar dirigido hacia el logro de resultados sanitarios con una apropiada teoría de cambio y un adecuado sistema de monitoreo, tal como se describe en el desarrollo de intervenciones sanitarias [73]. (e) Se debió impulsar un sistema integrado de referencias y contrarreferencias, considerando la relación con la atención de emergencias, atención ambulatoria, y hospitalizaciones, así como para la referencia o contrarreferencia entre los diferentes subsistemas de salud; idealmente debió ser estandarizarse (no necesariamente como un sistema único) para todo el Sistema de Salud Peruano, incluyendo el componente financiero del mismo. (f) El sistema no permite el seguimiento de los casos diagnosticados o por confirmación diagnóstica (por ejemplo, pacientes con sospecha o descarte de cáncer de cuello uterino, pacientes

enfermedad preexistente que requieren una prueba diagnóstica confirmatoria de complicaciones, el sistema no permite hacer seguimiento de los resultados del paciente para su diagnóstico o tratamiento oportuno. (g) De la experiencia analizada, los requerimientos de la referencia en los hospitales variaban en el tiempo, a veces el paciente debía acudir a su consulta con el papel impreso de la referencia; otras veces, el hospital solo programaba la consulta cuando el paciente acudía al hospital, etc. (h) No hubo participación masiva de los profesionales asistenciales cuando se desarrollaron capacitaciones, solían enviar al personal administrativo o de estadística; tampoco se desarrollaron capacitaciones periódicas de los profesionales de salud, pese a reconocer la alta rotación de los mismos y que un porcentaje importante es mayor de sesenta años y presenta el llamado ‘analfabetismo digital’[140]. (i) Otra limitación es la ausencia de una estrategia comunicacional con la población de cada ámbito explicando los procesos que se deben seguir para la referencia y contrarreferencia. Esta ausencia se tradujo en mayor desconfianza en el sistema sanitario, especialmente con el primer nivel de atención, así como mayores dificultades en la comunicación asertiva entre prestadores y usuarios. (j) Se reconoce que se debe mirar más allá de lo que el prestador hace operativamente, debe dejarse de ‘mirarse el ombligo’ y pasar a mirar al paciente, como el beneficiario final, centrado en su bienestar; así como en su continuidad e integralidad de atención. Además, se reconoce que en la formación de los profesionales de salud, en los espacios universitarios se deben enseñar estos procesos, reconociendo que *“no hay una buena instrucción en la Universidad”*.

De los desarrollos a nivel internacional

De la revisión de las publicaciones científicas se evidencia que estas se enfocan en tres partes del sistema de referencia en atención médica: la evaluación de la implementación de políticas relacionadas, el problema del mecanismo causal y la investigación operativa. Los trabajos de evaluación de la implementación de políticas relacionadas y los problemas de los mecanismos causales generalmente se centran en el 'nivel macro' y el nivel táctico, adoptando así métodos cualitativos como las entrevistas y los cuestionarios [141-142]. En la evaluación de la implementación de políticas, se analizaron los registros médicos e información demográfica de la base de datos de observación en la ciudad de Xiamen y se evaluó la efectividad de las políticas para referir pacientes con diabetes tipo 2 de hospitales generales a centros comunitarios de salud. Se utilizó un método combinado para analizar las probabilidades de que los pacientes cambiaran e identificar sus comportamientos de búsqueda de atención. Los autores concluyen que estas reformas políticas son beneficiosas para mejorar la eficiencia de los centros comunitarios de salud e impulsar aún más el sistema de salud jerárquico en China [143]. Xing y Wang [144] propusieron un nuevo modelo de toma de decisiones grupal de atributos múltiples para determinar la política óptima en el sistema jerárquico de salud en China. El modelo se aplicó en la ciudad de Xiamen para seleccionar la mejor propuesta de política entre varias propuestas. Zheng et al. [145] establecieron un novedoso sistema para evaluar diferentes políticas médicas jerárquicas considerando el gobierno, pacientes, hospitales y tiempo de observación. Se formuló una red analítica lingüística difusa combinada con un “método super-matrix” para obtener la puntuación final de la política. Por último,

se aplicó el sistema de evaluación para examinar la eficiencia de tres modalidades médicas jerárquicas en China.

En cuanto al problema del mecanismo causal, Amoah y Phillips [146] realizaron entrevistas semiestructuradas con adultos en Ghana y exploraron la influencia del capital social en la política de referencia, encontrando que el capital social puede afectar fuertemente la efectividad de la política de referencia. Give et al. [141] realizaron entrevistas en profundidad con diferentes categorías de residentes en Mozambique para identificar las barreras de acceso al sistema de referencia. El análisis de datos usando NVivo confirma como principales barreras las largas distancias y los costos de transporte, y se presentan varias sugerencias para hacer un mejor uso del sistema de referencia. Diba et al. [147] aplicaron una encuesta desde la perspectiva de organizaciones y proveedores de atención médica para investigar las barreras al sistema de referencia de atención médica en Indonesia, señalando que las principales barreras son la carga administrativa y el consentimiento familiar. Li y col. [148] diseñaron un modelo dinámico para explorar los factores que influyen en el sistema de referencia en China; encontraron que los factores cambiantes como: diferencias de precios, flujo de información y seguro médico podrían mejorar el sistema de referencia de pacientes.

En investigación operativa (IO), los estudios se centraron en tres aspectos: (a) factores de desempeño de colas en la política de incentivos, (b) número de asignación de referencias entre diferentes unidades y (c) contratos para el servicio de referencias. En los factores de desempeño de colas en la política de incentivos, Wang et al. [79] formularon un modelo de juego de colas para lograr la estrategia de equilibrio considerando factores como la tasa de referencia y nivel de capacidad.

Ellos encontraron que existe un pago por referencia que determina la condición del proceso de referencia de pacientes. Para resolver el problema de cuándo y dónde se debe derivar a los pacientes en el sistema de referencia, Li et al. [149] compararon cinco estrategias, incluida la tasa máxima y mínima disponible, el estado de la tasa de camas y desarrollaron un método heurístico novedoso para generar el umbral óptimo. Guo et al. [150] desarrollaron un modelo de red de colas considerando las colas de referencia, no referencia y el fenómeno de bloqueo para discutir la efectividad de la política de referencia. Los resultados mostraron la influencia del bloqueo y la tasa de referencia de la cola de referencias en el valor del saldo de la proporción de pacientes que eligen el centro de salud comunitario como primera opción. Koizumi et al. [151] estudiaron un sistema de referencia que consta de tres tipos de instituciones médicas considerando las tasas de bloqueo y llegada. Se aplican y comparan métodos de simulación y basados en colas para concluir los cuellos de botella que provocan la congestión. Qiu et al. [152] propusieron un método de simulación basado en colas para resolver el desajuste en el flujo de pacientes en el sistema de salud jerárquico para encontrar la tasa óptima de referencia ascendente y la primera tasa de asistencia del centro de salud comunitario. Además, este modelo se aplicó al sistema de referencia en China. Song et al. [153] desarrollaron un modelo que integra el modelo multiobjetivo con el método de simulación para optimizar factores como la duración de la estancia y la tasa de bajas del paciente sin ser atendido; el modelo se aplicó a un caso del mundo real y se estableció el Pareto recomendado. Segundo. desde la perspectiva de las cifras de asignación de derivaciones entre diferentes unidades, Garg et al. [154] desarrollaron un modelo de Markov no homogéneo para resolver el problema de

programación de admisiones y asignación de recursos considerando el número fijo de admisiones y un número variable de admisiones, respectivamente. El modelo también incorpora covariables únicas dependientes del tiempo y se aplica a un departamento de un hospital de Londres para extraer algunas implicancias. Deglise-Hawkinson et al. [155] formularon un modelo de cola estocástico no lineal para asignar capacidad en un sistema de referencia descendente. Se reformula y aplica un modelo lineal determinístico aproximado a un socio industrial, que demuestra varias ventajas al aumentar el rendimiento y disminuir el retraso de acceso. Wen et al. [156] propusieron un modelo de cola estocástica para asignar el flujo de pacientes en el sistema de referencia, que se considera una cola en tándem. Se realizaron estudios numéricos y se demostró que la estrategia de asignación óptima era sólida, considerando las tasas de referencia y maltrato. Maleki Rastaghi et al. [157] presentaron un modelo mixto para diseñar un sistema de referencia basado en un modelo de ubicación-asignación multiobjetivo y multiservicio. El modelo primario se transformó en un modelo manejable y se realizó un análisis de sensibilidad para extraer algunas implicaciones. Tercero, desde la perspectiva del contrato de servicio de referencia, Adida y Bravo[118] construyeron un modelo novedoso para analizar dos categorías de contratos en el servicio de referencias considerando el sistema o resultado social óptimo, encontrando que el contrato coordinado solicitante- proveedor supera en muchos casos al pago por servicio y puede considerarse como una propuesta de mejora en el sistema. Deng et al. [158] realizaron una encuesta y formularon un ‘modelo de estimación’ para estudiar el efecto del copago en la elección de referencia del paciente en el sistema de atención multinivel en China. Luego, se derivó un modelo basado en colas que integra la

teoría del comportamiento con los tipos de flujos de pacientes para obtener el copago óptimo. Wang y col.[159] estudiaron un sistema de referencia formado por instituciones de atención primaria, centros de telemedicina (CT) y hospitales generales. Se aplicó un modelo de duopolio mixto para obtener el precio de servicio y la capacidad óptima en cada unidad. Cao y col. [160] encontraron que la eficiencia del sistema de salud puede mejorarse con un nivel moderado de integración. Sin embargo, cuando el nivel de integración aumenta más allá de un cierto umbral, los costos de atención médica pueden en realidad aumentar con una mayor integración, especialmente cuando los generalistas o proveedores de atención primaria no están capacitados de manera adecuada y se utiliza mucho a los especialistas.

La literatura sobre colas que se centra en las decisiones relativas al nivel de capacidad[161-162]. Las corrientes más relevantes consideran un proveedor monopolista que determina el nivel de capacidad para clientes heterogéneos y homogéneos sensibles a los retrasos, donde buscan maximizar sus propios beneficios o ingresos [163-166]. Otra corriente analiza el nivel de capacidad que involucra a dos o múltiples proveedores asimétricos, donde los clientes son diferenciados o idénticos según su sensibilidad al tiempo de espera [167-168]. Por ejemplo, Oh y Su [169] estudian la asignación de capacidad entre reservas y visitas sin cita previa, concluyen que se debe asignar una capacidad menor para las reservas en un mercado de gran tamaño. Jung et al. [170] presentan procedimientos optimizados para generar horarios efectivos y procedimientos de reprogramación que ajusten los horarios de pacientes electivos afectados por llegadas de emergencia. Green y Liu [171] investigan la capacidad de camas de las unidades de obstetricia en un hospital de la ciudad de Nueva York y descubren que se pueden

lograr grandes ahorros en términos de capital y costos de personal y al mismo tiempo garantizar el acceso oportuno a la atención. Estos estudios se centran en el nivel de capacidad, teniendo como función objetivo la maximización de beneficios o ingresos del proveedor.

Otras iniciativas como la descrita por Cruz y col. [172] vincula los servicios clínicos con recursos comunitarios es una estrategia prometedora para ayudar a los pacientes en la prevención y tratamiento de enfermedades crónicas, reconociendo que sigue habiendo brechas en la comprensión de cómo desarrollar e implementar de manera efectiva vínculos entre la comunidad y la clínica (CCL), especialmente en comunidades de color. La iniciativa Healthy Here utilizó la teoría de etapas del cambio organizacional para implementar un sistema centralizado de referencias de bienestar, vinculando servicios de primer nivel con organizaciones comunitarias en comunidades mayoritariamente hispanas/latinas y nativas americanas. Inicialmente se desarrolló e implementó con éxito un sistema de referencias de bienestar en dos comunidades nativas americanas e hispanas/latinas de bajos recursos en Nuevo México. Entre 2016 y 2021, el sistema contrató a más de tres docenas de servicios de salud y casi 500 proveedores remitentes. Entre los casi 7 500 pacientes referidos, la mayoría provenían de las comunidades y poblaciones focales de la iniciativa, incluso cuando el sistema se expandió para incluir clínicas fuera de los códigos postales originales. Se basó en colaboraciones existentes, aprovechó las fortalezas de los socios y aprovechó el liderazgo multinivel para desarrollar conjuntamente la intervención con proveedores de atención médica y programas comunitarios. Consistente con estrategias de participación comunitaria se enfatiza la importancia de generar confianza, incluyendo a comunidades desde el principio, y movilizar los

activos comunitarios. La iniciativa se implementó utilizando la teoría de etapas del cambio organizacional, creando conciencia sobre las disparidades en la salud de las enfermedades crónicas, desarrollando conjuntamente el sistema de referencias de bienestar, implementando y refinando el sistema e institucionalizando el uso del sistema. por los proveedores de atención médica dentro de las clínicas. La correlación negativa significativa entre el porcentaje de pacientes remitidos por el líder de la clínica y el año de participación en la clínica proporciona evidencia de la adopción exitosa de la práctica de referencia dentro de las clínicas.

Otros desarrollos en la gestión del flujo de pacientes para favorecer un acceso equitativo y de calidad de atención se enfocan en la implementación de estrategias de telesalud; ello favorece la gestión de referencias, aumenta la resolución en el primer nivel y facilita la coordinación de la atención. Un estudio en Brasil evaluando los resultados de estrategias de telesalud en listas de espera y tiempos de espera para la atención especializada encontró disminución de los casos en lista de espera después de seis meses de funcionamiento entre 54,67% y 88,97%. Con relación a los tiempos de espera, después de seis meses, hubo una reducción de 100 y 114 días de espera en dos localidades, respectivamente. Ello sugiere que las intervenciones de telesalud son viables en diversos entornos. En Porto Alegre, el uso de protocolos para evaluar riesgos permitió una reducción significativa de los tiempos de espera en pacientes de alto riesgo, pero no para los de riesgo estándar, confirmando su utilidad al evaluar riesgos para aumentar la equidad del sistema. Los resultados positivos del programa TelessaúdeRS facilitaron su escalamiento, dando origen a Regula Mais Brasil [109]. Una revisión de alcance evidencia que las estrategias de telesalud, incluidas consultas electrónicas, riesgo y teleclasificación

basada en protocolos de evaluación de riesgos, pueden reducir las listas de espera para referencias a atención especializada en países que no cuentan con sistemas de salud universales. Caffery et al. [173] concluyeron que intervenciones de telesalud reducen las consultas presenciales con especialistas en 34% y 92% de los casos. Se reconoce que el modelo probablemente único de sistema de referencia en el SUS dificulta el análisis comparado con otros países.

De las limitaciones del estudio

Para el sub estudio cualitativo se identifican las siguientes limitaciones. Primero, para un estudio comprehensivo idealmente se debieron incluir a todos los involucrados, ello debió incluir gestores en los diversos niveles de gobierno, prestadores y personal no asistencial de los diversos niveles de atención de IPRESS, usuarios o cuidadores de usuarios, así como miembros de las organizaciones de base comunitaria. La coyuntura de la pandemia limitó la interacción con gestores del MINSA y DIRIS Lima Norte y con personal asistencial de hospitales y mayoritariamente de IPRESS I-4 de la DIRIS Lima Norte. Segundo, la coyuntura de la pandemia sumado a la falta de estandarización de los procesos de referencia y contrarreferencia, limitó la posibilidad realizar talleres con la finalidad de estandarizar procesos y establecer propuestas de mejora.

En el sub estudio cuantitativo se identifican limitaciones propias de los estudios transversales donde es imposible hacer seguimiento de las referencias hasta la llegada al establecimiento final para el diagnóstico, tratamiento o resolución de la necesidad de salud. Segundo, pese a solicitar todas las referencias realizadas desde

y hacia la DIRIS Lima Norte solo se alcanzó la base de datos de las referencias y contrarreferencias generadas de las DIRIS Lima Norte y Lima Sur, por lo que desconocemos la cantidad de referencias generadas del resto del país que tienen como IPRESS de destino a algún establecimiento de la DIRIS Lima Norte, por lo que el total de referencias en y hacia la DIRIS está subestimada, aparentemente no así para las contrarreferencias. Tercero, como se señalara previamente “el acceso a la data nominal está limitado por interpretación de la legislación sobre protección de datos personales” [29], lo cual impide el seguimiento apropiado, en el caso del MINSA se ve reforzado con una directiva que sanciona a quien comparta data nominal[184]; más aún, hubo un esfuerzo por compartir data anonimizada para el periodo, sin embargo al analizar la data recibida, más del 50% correspondían al año 2022. Cuarto, no contar con historia clínica electrónica en todos los establecimientos de salud y hospitales que sea interoperable con el aplicativo REFCON, más aun entendiendo que este aplicativo debe ser parte de la historia clínica electrónica limita el análisis de las referencias en las DIRIS y DIRESA/GERESA. Quinto, el REFCON “registra el tiempo desde la digitación de la referencia hasta la aprobación o rechazo de la misma” [29], cuando ocurren observaciones estas desaparecen del aplicativo cuando ocurre la aceptación o rechazo; en el primer caso continua el proceso, mientras que en el segundo caso se requiere generar una nueva referencia.

CONCLUSIONES

Del Sub-estudio Cualitativo

1. El proceso de implementación del sistema de referencia y contrarreferencia electrónico (SRCR-e) fundamentalmente para la atención ambulatoria basado en una normativa de 2004, no contó con un plan estratégico ni operativo de implementación con el aplicativo REFCON. En consecuencia, no fue acompañado con una normativa actualizada, procesos operativos estandarizados, infraestructura e infoestructura informática, recursos humanos, financiamiento, capacitación, implementación de funciones de control (supervisión, monitoreo y evaluación) y un plan comunicacional entre IPRESS y al interior de las mismas, así como con la población en general y con los usuarios de los servicios de salud públicos.
2. El análisis de la gestión del SRCR-e en la DIRIS Lima Norte muestra que las funciones de rectoría eran desarrolladas desde la Oficina General de Tecnologías de Información (OGTI) del Ministerio de Salud (MINSA) sin apropiada coordinación con la DIRIS Lima Norte ni sus IPRESS. En la construcción de la gobernanza del SRCR-e se implementaron reuniones periódicas de coordinación de equipos de gestión y equipos técnicos de la DIRIS Lima Norte, hospitales e IPRESS I-4 (centro materno infantil); así como actividades de capacitación desde la DIRIS Lima Norte con las IPRESS del primer nivel. Junto con ello, se implementaron iniciativas desde la DIRIS Lima Norte para mejorar la gestión del aplicativo REFCON y el acceso a comunicación para los usuarios.

3. Se identifican problemas de gestión estratégica y gestión operativa, con relación al SRCR-e usando el aplicativo REFCON. Los vacíos generados desde el nivel nacional se expresaron en limitaciones en la participación de todos los actores involucrados, desde los gestores en DIRIS Lima Norte e IPRESS, responsables de REFCON en IPRESS, prestadores asistenciales y no asistenciales y en los usuarios; los últimos, médicos de mayor edad, con prácticas habituales previas sobre las referencias y contrarreferencias, con cumplimiento de las indicaciones que reciben o resistencia a las mismas, sea que procedan de prestadores en IPRESS de origen o IPRESS de destino.
4. Entre los criterios de éxito se reconocen a las iniciativas del equipo de DIRIS Lima Norte (a) Esfuerzos del equipo de gestión para fortalecer la comunicación con los hospitales e IPRESS del primer nivel; (b) Iniciativas de DIRIS Lima Norte y hospitales para permitir que los pacientes tengan acceso a conocer la situación de su referencia; (c) llegar a acuerdos, p.ej. programar citas de control post operatorio para pacientes en general y gestantes cesareadas; interconsultas en pacientes que acudan al hospital que lo requieran; (d) El equipamiento informático, como resultado de la interacción y pandemia de la COVID-19, fue reconocido como un factor de éxito por el personal asistencial; (e) Contar con recursos humanos dedicados a su operación y seguimiento del SRCR-e en IPRESS del primer nivel, especialmente en IPRESS I-4; (f) El acompañamiento realizado desde la DIRIS y desde la Redes Integradas de Salud (RIS) brindando soporte y empoderamiento a los equipos de referencia de cada IPRESS del primer nivel; (g) Disponibilidad de recursos humanos y medicamentos en IPRESS del primer nivel, que requiere decisiones políticas y

técnicas, especialmente en las enfermedades crónicas no transmisibles; (h) Facilitación del adecuado flujo de pacientes, reconociendo las prácticas culturales.

5. Dentro de los criterios de fracaso se reconoce: (a) Limitada capacitación del personal de salud y resistencia al cambio en profesionales mayores con mayor probabilidad de analfabetismo digital; (b) Limitada emisión de contrarreferencias, y no entender que ello es un ciclo que inicia con la referencia y termina con la contrarreferencia (retorno del paciente a su IPRESS de origen), reconociendo que el personal asistencial no percibe el valor agregado de las mismas; (c) Limitado entendimiento de los alcances del proceso de referencias y contrarreferencias; (d) Implementación de procesos de actualización del REFCON sin la apropiada comunicación con DIRIS ni prestadores; (e) Limitada comunicación y articulación para el proceso de gestión de citas relacionado con la no interoperabilidad entre el REFCON y los sistemas hospitalarios; (f) Falta de estandarización de quienes deben atenderse en hospitales; debiendo solo atenderse en servicios ambulatorios los pacientes referidos desde IPRESS del primer nivel usando el REFCON; (g) Incapacidad del sistema de programar oportunamente los controles hospitalarios mensuales o trimestrales, sino que el paciente debe ser contrarreferido a su IPRESS de origen para poder ser nuevamente referido al hospital para su control; lo cual muchas veces no se cumple oportunamente.
6. Como lecciones aprendidas, se reconoce que: (a) la adecuada implementación de una iniciativa, como el REFCON, se debe contar con una adecuada planificación, que conlleve a la elaboración participativa de la o las normativas

correspondientes que permitan contar con los procesos organizacionales apropiados, incluyendo el financiamiento, recursos humanos, equipamiento, procedimientos operativos estandarizados, con los correspondientes flujos, incluyendo procesos de control (supervisión, monitoreo y control) y de mejoramiento continuo de los procesos; (b) importancia de cerrar procesos garantizando la calidad y continuidad de la atención en favor del bienestar de los pacientes, de manera que se realice obligatoriamente la contrarreferencia de pacientes.

7. El contexto de la pandemia: (a) mostró los valores y principios más altruistas de las personas y la negación de los mismos; (b) Todo proceso de este tipo tiene un periodo de implementación donde hay un grupo que le ven el valor positivo y lo impulsan (early takers) hasta llegar posteriormente donde la mayoría de usuarios lo utilizan; (c) provocó el aumento de una aproximación economicista que se le ha dado a la práctica en los servicios de salud, como una tergiversación del llamado pago por desempeño; (d) La marcada caída de referencias entre abril y setiembre están relacionadas con la pandemia de la COVID-19, añade la decisión del nivel central de priorizar la atención a los pacientes con COVID-19; pese a ello, no se logró una disminución en las tasas de mortalidad por esta enfermedad. (e) Se evidenció alta rotación del recurso humano *“más marcada en el primer nivel”, “se rompió la adscripción en el SIS”* permitiendo la atención de toda persona durante la pandemia, *“se suspendieron las capacitaciones”* y sensibilización de los trabajadores. (f) Cuando se abrieron parcialmente las atenciones, se relacionó con la ausencia de definiciones claras de los servicios de referencia disponibles en los

hospitales o establecimientos de primer nivel que cuentan con especialistas; (g) permitió contar mayor cantidad de computadoras en los servicios del primer nivel, que el personal asistencial del primer nivel realice sus propias referencias y las auditorías de las referencias recibidas. (h) permitió tomar conciencia de la necesidad de tener formas de contactar a los pacientes, especialmente a los pacientes con enfermedades crónica, transmisibles o no, para poder garantizar su seguimiento y adherencia adecuada a su tratamiento. (i) permitió ir venciendo, por diversas razones, la resistencia al cambio relacionada con el uso de la “virtualidad”, incluyendo el REFCON y telesalud.

Del Sub-estudio Cuantitativo

1. Como parte de las conclusiones del sub estudio cuantitativo se deben reconocer las limitaciones propias de los estudios transversales; la base de datos proporcionada por el MINSA pese a solicitar todas las referencias realizadas desde y hacia la DIRIS Lima Norte solo se alcanzó la base de datos de las referencias y contrarreferencias generadas de las DIRIS Lima Norte y Lima Sur, por lo que desconocemos la cantidad de referencias generadas del resto del país que tienen como IPRESS de destino a algún establecimiento de la DIRIS Lima Norte, por lo que el total de referencias en y hacia la DIRIS Lima Norte se considera que está subestimada, aparentemente no así para las contrarreferencias. Además, “el acceso a la data nominal está limitado por interpretación de la legislación sobre protección de datos personales” [29], lo cual impide el seguimiento apropiado, en el caso del MINSA se ve reforzado

con una directiva que sanciona a quien comparta data nominal[184]; más aún hubo un esfuerzo por compartir data anonimizada para el periodo; sin embargo, al analizar la data recibida, más del 50% correspondían al año 2022. Otro elemento se relaciona con la no interoperabilidad del aplicativo REFCON con la historia clínica electrónica en los hospitales de la DIRIS Lima Norte. Pese a todo ello, los resultados evidencian una marcada reducción en las referencias reportadas en el periodo marzo-diciembre de 2020. Los diagnósticos más frecuentes por Categoría CIE-10 (3 caracteres) de las Referencias a los tres hospitales de la DIRIS Lima Norte (IPRESS de Destino) en el periodo 2019-2020 fueron las enfermedades del aparato digestivo. Las dos especialidades más solicitadas por las Referencias a los tres hospitales de la DIRIS Lima Norte (IPRESS de Destino) en el periodo 2019-2020 son ginecobstetricia y oftalmología. La no interoperabilidad entre aplicativo REFCON y los sistemas informáticos hospitalarios no permite conocer la fecha de la cita ni la asistencia a la cita por parte del paciente referido

RECOMENDACIONES

1. En el marco actual donde la Dirección General de Telesalud, Referencia y Urgencias (DIGTEL), órgano de línea del MINSA, asumirá la responsabilidad de la implementación del sistema de referencia y contrarreferencia electrónico (SRCR-e) se considera necesario socializar los hallazgos con la finalidad de desarrollar los procesos de mejora de manera que se pueda contar con una normativa actualizada, procesos operativos estandarizados, infraestructura e infoestructura informática que permita la interoperabilidad entre IPRESS de todos los niveles de atención, recursos humanos, financiamiento, capacitación, implementación de funciones de control (supervisión, monitoreo y evaluación) y un plan comunicacional entre IPRESS y al interior de las mismas, así como con la población en general y con los usuarios de los servicios de salud públicos.
2. Se recomienda realizar estudios que permitan conocer el funcionamiento actual del SRCR-e en diversos ámbitos del país, estudios que puedan articular las bases de datos hospitalarias con las del primer nivel para conocer los tiempos reales desde el inicio de la referencia hasta la atención de salud requerida, estudios que permitan conocer la cantidad real de contrarreferencias en las diversas regiones; así como las razones del aparente bajo número de contrarreferencias, como el reportado en el presente estudio. Otros temas que requieren ser estudiados son conocer las razones por las cuales el tiempo de programación de citas es tan prolongado en algunas especialidades en algunos hospitales.

3. En el marco del reordenamiento de los flujos de atención, se requiere evaluar si las iniciativas existentes en hospitales como Emergencias de Villa El Salvador (HEVES) y Cayetano Heredia (HCH) solo atiendan consulta externa de pacientes que acuden referidos de IPRESS del primer nivel mediante el aplicativo REFCON, son aplicables a la realidad nacional, incluyendo ventajas, desventajas y aceptabilidad. Otras posibilidades incluyen realizar estudios estableciendo cuotas de pacientes que acudan sin referencia con una escala diferente de precios.
4. Se recomienda realizar estudios cuantitativos que permitan identificar factores para optimizar el flujo de las referencias y contrarreferencias en el existente SRCR, e idealmente que permita la integración del SRCR con la historia clínica electrónica entre los diversos subsectores del Sistema Sanitario Peruano.
5. Futuros estudios deben permitir analizar sistemas de referencias centralizados para la consulta ambulatoria, que permita establecer referencias en función de la cartera de servicios existente y de protocolos de análisis de riesgos, como existen en otros países.

Referencias Bibliográficas

1. World Health Organization. Atención Primaria de Salud. Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Geneva: WHO;1978.
2. Rasanathan K, Evans T. Primary health care, the Declaration of Astana and COVID-19. Bull World Health Organ. 2020;98(11):801–8. doi: 10.2471/BLT.20.252932.
3. Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. Una Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud. Disponible en: <https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2013/Carta-de-ottawa-para-la-apromocion-de-la-salud-1986-SP.pdf>
4. OPS/OMS. Determinantes sociales de la salud [Internet]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud>
5. Naciones Unidas. Conferencias Medio ambiente y desarrollo sostenible [Internet]. Conferencia de las Naciones Unidas sobre Medio Ambiente y Desarrollo, Río de Janeiro, Brasil, 3 a 14 de junio de 1992. Disponible en: <https://www.un.org/es/conferences/environment/rio1992>
6. Organización de Naciones Unidas. Documentación de la ONU: Desarrollo. 2000-2015 Objetivos de Desarrollo del Milenio. Disponible en: <https://research.un.org/es/docs/dev/2000-2015>
7. Organización de Naciones Unidas. Objetivos de Desarrollo Sostenible [Internet]. Disponible en: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/objetivos-de-desarrollo-sostenible/>
8. Cacace PJ, Giménez-Lascano G. Modelos de atención centrados en la persona: evolución de conceptos humanizadores de nuestras prácticas. Rev. Mex. med. familiar. 2022; 9(2): 63-72. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2696-12962022000200063&lng=es
9. Goodwin N. Understanding Integrated Care. Int J Integr Care. 2016;16(4):6. doi: 10.5334/ijic.2530.
10. Mendoza Montijo LM, Murillo-Cisneros DA, Gaxiola-Robles R, Angulo C, Lugo-Lugo O, Zenteno-Savín T. One Health, Una Salud ¿Qué es? ¿Para qué sirve? Recursos Naturales y Sociedad, 2022;9(3): 17-30. <https://doi.org/10.18846renaysoc.2023.09.09.03.0003>
11. Primary health care systems (PRIMASYS): comprehensive case study from Peru. Geneva: World Health Organization; 2017. Disponible en: <https://ahpsr.who.int/publications/i/item/primasys-comprehensive-case-study-from-peru>
12. Marmot M, Allen JJ. Social determinants of health equity. Am J Public Health. 2014;104(suppl4): S517–S519. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2014.302200>

13. Alabbasi KH, Kruger E, Tennant M. Strengthening Saudi Arabia's Primary Health Care through an e-Referral System: A Case Study. *Clin Pract.* 2022;12(3):374-82. doi: 10.3390/clinpract12030042
14. BID. La OPS, el BID y el Banco Mundial lanzan alianza para fortalecer la atención primaria de salud en las Américas [Internet]. Diciembre 04, 2023. Disponible en: <https://www.iadb.org/es/noticias/la-ops-el-bid-y-el-banco-mundial-lanzan-alianza-para-fortalecer-la-atencion-primaria-de>
15. OMS & UNICEF. Marco operacional para la atención primaria de salud: transformar la visión en acción. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. 2021. 111 p. Disponible en: <https://iris.who.int/handle/10665/351718>.
16. Van Weel C, Kidd MR. Why strengthening primary health care is essential to achieving universal health coverage. *CMAJ.* 2018;190(15):E463-E466. doi: 10.1503/cmaj.170784
17. WHO. High-value referrals: learning from challenges and opportunities of the COVID-19 pandemic. Concept paper. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2023. Disponible en: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/367955/WHO-EURO-2023-7452-47219-69202-eng.pdf?sequence=1>
18. Alshami M, Almutairi S, Househ M. The implementation experience of an electronic referral system in Saudi Arabia: A case study. *Stud. Health Technol. Inform.* 2014; 202: 138–41. PMID: 25000035
19. Bashar MA, Bhattacharya S, Tripathi S, Sharma N, Singh A. Strengthening primary health care through e-referral system. *J. Fam. Med. Prim. Care* 2019; 8: 1511–3. doi: 10.4103/jfmpe.jfmpe_184_19
20. Hua Z, Chen W, Zhang ZG. Competition and coordination in two-tier public service systems under government fiscal policy. *Prod Oper Manag* 2016;25:1430–48. doi: 10.1111/poms.12555 .
21. Andritsos DA, Aflaki S. Competition and the operational performance of hospitals: the role of hospital objectives. *Prod Oper Manag* 2015;24:1812–32. doi: 10.1111/poms.12416 .
22. Qian Q, Guo P, Lindsey R. Comparison of subsidy schemes for reducing waiting times in healthcare systems. *Prod Oper Manag* 2017;26:2033–49. doi: 10.1111/poms.12738 .
23. Jamison DT, Breman JG, Measham AR, Alleyne G, Claeson M, Evans DB, et al. Disease control priorities in developing countries. World Bank 2006. doi: 10.1596/978-0-8213-6179-5 .
24. Newell KW & World Health Organization. Health by the people. OMS, Ginebra, 1975. 206pp. Disponible en: <https://iris.who.int/handle/10665/40514>
25. Djukanovic V, Mach EP. World Health Organization & United Nations Children's Fund (UNICEF). Distintos medios de atender las necesidades fundamentales de salud en los países en desarrollo. OMS, Ginebra. 1976. 132pp. Disponible en: <https://iris.who.int/handle/10665/40099>

26. Walsh JA, Warren KS. Selective primary health care: an interim strategy for disease control in developing countries. *N Engl J Med*. 1979;301(18):967-74. doi: 10.1056/NEJM197911013011804.
27. Barkley S, Marten R, Reynolds T, Kelley E, Dalil S, Swaminathan S, et al. Primary health care: realizing the vision [Editorial]. *Bull World Health Organ*. 2020;98(11):727-727A. doi: 10.2471/BLT.20.279943.
28. Do Nascimento MC, Rodrigues-Júnior AL. Análisis espacial del dengue y la atención primaria de salud en Alfenas, Minas Gerais, Brasil. *Aten Primaria*. 2014;46(8):449-51. DOI: [10.1016/j.aprim.2013.12.016](https://doi.org/10.1016/j.aprim.2013.12.016)
29. Llanos Zavalaga LF, Orellana Vásquez AT, Aguado Taquire HF. Evaluación inicial del Sistema de Referencia y Contrarreferencia ambulatoria en la DIRIS Lima Norte, desde los centros materno infantiles. *Rev Med Hered*. 2021;32(2):91-102.
30. Mambulu-Chikankheni FN, John Eyles J, Eboreime EA, Ditlopo P. A critical appraisal of guidelines used for management of severe acute malnutrition in South Africa's referral system. *Health Res Policy Syst*. 2017;15(1):90. doi: 10.1186/s12961-017-0255-z
31. Hashmi FK, Chaudhry TA, Ahmad K. An evaluation of referral system for retinopathy of prematurity in leading health centers across Karachi, Pakistan. *J Pak Med Assoc*. 2010;60(10):840-4. PMID: 21381616
32. Kahl C, Cunha KSD, Lanzoni GMM, Higashi GDC, Erdmann AL, Baggio MA. Referral and counter-referral: repercussions of coronary artery bypass graft in the perspective of Primary Care. *Rev Bras Enferm*. 2018 Sep-Oct;71(5):2359-66. doi: 10.1590/0034-7167-2016-0598
33. Contreras-López CF. [Referral and consultation process between family medicine and continuous medical attention]. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2019 Mar 15;56(6):513-5. PMID: 30889337
34. Janati A, Amini A, Adham D, Naseriasl M. Assessing the quality of referral letters written by general practitioners: a cross-sectional study in rural Iran. *Cad Saude Publica*. 2017;33(2):e00043016. doi: 10.1590/0102-311X00043016
35. Pittalis C, Brugha R, Bijlmakers L, Mwapasa G, Borgstein E, Gajewski J. Patterns, quality and appropriateness of surgical referrals in Malawi. *Trop Med Int Health*. 2020 Jul;25(7):824-33. doi: 10.1111/tmi.13406.
36. Abate B, Enquselassie F. Information use in patients' referral system at Tikur Anbessa Specialized Hospital, Addis Ababa, Ethiopia. *Ethiop Med J*. 2010 Apr;48(2):123-35. PMID: 20608016.
37. Awoonor-Williams JK, Bailey PE, Yeji F, Adongo AE, Baffoe P, Williams A, et al. Conducting an audit to improve the facilitation of emergency maternal and newborn referral in northern Ghana. *Glob Public Health*. 2015;10(9):1118-33. doi: 10.1080/17441692.2015.1027247
38. Le G, Heng M, Nou K, So P, Ensor T. Can positive inquiry strengthen obstetric referral systems in Cambodia? *Int J Health Plann Manage*. 2018 Jan;33(1):e89-e104. doi: 10.1002/hpm.2385

39. Daniels AA, Abuosi A. Improving emergency obstetric referral systems in low and middle income countries: a qualitative study in a tertiary health facility in Ghana. *BMC Health Serv Res*. 2020 Jan 10;20(1):32. doi: 10.1186/s12913-020-4886-3
40. Ghardallou M, Limam M, Khelifi A, Khairi O, Khairi H, Mtiraoui A, et al. Obstetric referrals to a tertiary care maternity: a descriptive study. *Pan Afr Med J*, 2019 Aug 19;33:306. doi: 10.11604/pamj.2019.33.306.16906
41. Molini-Avejonas DR, Estevam SF, Couto MI. Organization of the referral and counter-referral system in a speech-language pathology and audiology clinic-school. *Codas*. 2015 May-Jun;27(3):273-8. doi: 10.1590/2317-1782/20152014158
42. Drewry MB, Yanguela J, Khanna A, O'Brien S, Phillips E, Bevel MS, et al. A Systematic Review of Electronic Community Resource Referral Systems. *Am J Prev Med*. 2023 Dec;65(6):1142-1152. doi: 10.1016/j.amepre.2023.06.001.
43. Akbari A, Mayhew A, Al-Alawi MA, Grimshaw J, Winkens R, Glidewell E, et al. Interventions to improve outpatient referrals from primary care to secondary care. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008, Issue 4. Art, No.: CD005471. doi: 10.1002/14651858.CD005471.pub2
44. Guevara JP, Hsu D, Forrest CB. Performance measures of the specialty referral process: a systematic review of the literature. *BMC Health Serv Res* 2011; 11:168. doi: 10.1186/1472-6963-11-168
45. Blank L, Baxter S, Buckley Woods H, Goyder E, Lee A, Nick Payne N, et al. Referral interventions from primary to specialist care: a systematic review of international evidence, *Br J Gen Pract*. 2014 Dec; 64(629): e765-74. DOI: 10.3399/bjgp14X682837
46. Ministerio de Salud. Manual de Operaciones de las Redes Integradas de Salud de Lima Metropolitana. El Peruano 18 junio 2017. Disponible en: https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/189855/189346_RM_N_C2_B0_467-2017-MINSA.PDF20180823-24725-ziu3gs.PDF
47. Perú. Ley que establece la conformación y el funcionamiento de Las Redes Integradas de Salud (RIS). El Peruano. 19 diciembre 2018, Disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/263064/1724734-2.pdf>
48. Ministerio de Salud. Normas del Sistema de Referencia y Contrarreferencia de los Establecimientos del Ministerio de Salud. RM N° 155-2001. Lima, Perú. El Peruano 15 Marzo 2001. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/255805-155-2001-sa-dm>
49. Ministerio de Salud. Norma técnica del sistema de referencia y contrarreferencia de los establecimientos del Ministerio de Salud (N T N° 018-MINSA/DGSP-V.01). Lima, Abril 2005. 101pp. Disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/417278/-317076566557805742420191106-32001-ccqwcq.pdf>

50. Ortégón E, Pacheco JF, Prieto A. Metodología del marco lógico para la planificación, el seguimiento y la evaluación de los proyectos y programas. CEPAL, Santiago de Chile. 2015.124p. Disponible en: <https://repositorio.cepal.org/server/api/core/bitstreams/2d86ecfb-f922-49d3-a919-e4fd4d463bd7/content>
51. Ministerio de Salud. Norma Técnica de Salud N° 171-MINSA/2021/DGAIN. Norma Técnica de Salud para la Adecuación de los Servicios de Salud del Primer Nivel de Atención de Salud frente a la Pandemia por COVID - 19 en el Perú. Disponible en: [https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/1535219/Norma%20Técnica%20de%20Salud%20N°171-MINSA-2021-DGAIN.pdf](https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/1535219/Norma%20Técnica%20de%20Salud%20N%20171-MINSA-2021-DGAIN.pdf)
52. Vedung E, Román M. Intervention Theory Evaluation of Global Environmental Regimes. Paper prepared for the 5th biennial conference of the European Evaluation Society. Three movements in Contemporary Evaluation: Learning, Theory and Evidence. Seville 10-12th October 2002. 28pp. Disponible en: https://www.academia.edu/57709504/Intervention_Theory_Evaluation_of_Global_Environmental_Regimes
53. Bossert T. La descentralización de los Sistemas de Salud en Latinoamérica: Un análisis comparativo de Chile, Colombia y Bolivia. LAC Health Sector Reform Initiative. 2000. Disponible en: <https://www.hsph.harvard.edu/international-health-systems-program/wp-content/uploads/sites/1989/2020/01/Decentralization-span3.pdf>
54. Blas E. Health systems and communicable diseases – How to reduce burden and inequity under decentralization? En: Yadón Z, Gurtler R, Tobar F, Medici AC. Descentralización y gestión del control de las enfermedades transmisibles en América Latina. OPS 2006. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/18538>
55. USAID. Políticas en Salud. Propuesta para la Prevención y Control de la Malaria con base a la experiencia de gestión descentralizada para reducir la Desnutrición Infantil en la Región San Martín. 2011. 51 pp. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/351334654_Propuesta_la_gestion_descentralizada_de_la_preencion_y_control_de_la_malaria_en_la_Region_San_Martin_Gestion_descentralizada_para_prioridades_sanitarias_nacionales
56. Hutchinson PL, LaFond AK. Monitoreo y Evaluación de las Reformas de Descentralización en los Sectores de Salud de los Países en Desarrollo. Setiembre 2004. 99pp. Disponible en: <https://www.measureevaluation.org/resources/publications/tr-04-29-es.html>
57. Espinosa-González AB, Delaney BC, Marti J, Darzi A. The impact of governance in primary health care delivery: a systems thinking approach with a European panel. Health Res Policy Sys 2019; 17: 65. doi: 10.1186/s12961-019-0456-8
58. Sheikh K, Ghaffar A. PRIMASYS: a health policy and systems research approach for the assessment of country primary health care systems. Health Res Policy Sys 2021;19: 31. <https://doi.org/10.1186/s12961-021-00692-3>

59. Universidad Miguel Hernández de Elche. Máster en Dirección Médica y Gestión Clínica. Módulo 8. Gestión Clínica 1: Gobierno Clínico. Tema 3: La gestión por procesos en instituciones sanitarias [Internet], Elche, España, Disponible en: http://calite.umh.es/data/docs/110/Gestion_procesos.pdf
60. Navarrete R, Lario FC. Propuesta de una Metodología de BPM para el Modelado AS IS y TO BE de Procesos de Negocio de Bioseguridad (Terrorismo Alimentario), dentro del Contexto de la Cadena de Suministro Alimenticia. Aplicación en la Industria Mexicana Alimenticia. 4th International Conference on Industrial Engineering and Industrial Management; 2010: 519-31. Disponible en: <https://repositorio.upct.es/server/api/core/bitstreams/f0f14a39-c77d-4288-8938-237c904646f0/content>
61. OECD. Rethinking Health System Performance Assessment: A Renewed Framework. OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris. 2024. Disponible en: <https://doi.org/10.1787/107182c8-en>.
62. Rajan D, Papanicolas I, Karanikolos M, Koch K, Rohrer-Herold K, Rechel B, et al. Health System Performance Assessment. A renewed global framework for policy-making. 2024. World Health Organization. Regional Office for Europe. UN City, Marmorvej 51, DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark. 55p.
63. Perú Congreso de la República. Ley N° 29733. Ley de Protección de Datos Personales. Diario El Peruano 3 de julio 2011. Disponible en: <https://www.leyes.congreso.gob.pe/Documentos/Leyes/29733.pdf>
64. Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. Decreto Supremo 003-20134-JUS. Aprueban Reglamento de la Ley N° 29733. Ley de Protección de Datos Personales. Diario El Peruano 22 de marzo 2013. Disponible en: https://www.minjus.gob.pe/wp-content/uploads/2013/04/DS-3-2013-JUS.REGLAMENTO.LPDP_.pdf
65. Hospital de Emergencias de Villa El Salvador. Organización [Internet]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/heves/organizacion>
66. Lescano-Osorio F, Mari-Nakasone A, Ricse-Osorio J, Durand-Concha F. Frecuencia de referencias ambulatorias injustificadas, en base a diagnósticos no pertinentes, enviadas a un hospital peruano de tercer nivel. Rev Médica Herediana. 2023;34(2):83-91. Disponible en: <https://revistas.upch.edu.pe/index.php/RMH/article/view/4544>
67. Castrucci B, Auerbach J. Meeting individual social needs falls short of addressing social determinants of health. Health Affairs [Internet]. 16 enero 2019. Disponible en: <https://www.healthaffairs.org/content/forefront/meeting-individual-social-needs-falls-short-addressing-social-determinants-health>
68. Solomon LS, Kanter MH. Health Care Steps Up to Social Determinants of Health: Current Context. Perm J. 2018 Oct 22;22:18-139. doi: 10.7812/TPP/18-139
69. Kaufman A, Powell W, Alfero C, Pacheco M, Silverblatt H, Anastasoff J, et al. Health extension in New Mexico: an academic health center and the social

- determinants of disease. *Ann Fam Med*. 2010;8(1): 73–81. doi: 10.1370/afm.1077
70. Lal A, Erondur NA, Heymann DL, Gitahi G, Yates R. Fragmented health systems in COVID-19: Rectifying the misalignment between global health security and universal health coverage. *Lancet*. 2021;397: 61-7. doi: 10.1016/S0140-6736(20)32228-5
 71. Cambridge Dictionary. Disponible en: <https://dictionary.cambridge.org/>
 72. Jarallah JS. Referral from primary care to hospitals in Saudi Arabia: 1) quality of referral letters and feedback reports. *J. Fam. Community Med*. 1998, 5:15–22. PMID: 23008585
 73. Görgens M, Zall Kusek J. Making Monitoring and Evaluation Systems Work. A Capacity Development Toolkit. The International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank. 2009. 493p. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10986/2702>
 74. USAID The Referral System Revised. Primary Health Care Project in Iraq and Ministry of Health. 2012. Disponible en: https://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PA00KCB7.pdf
 75. Hussein J, Kanguru L, Astin M, Munjanja S. The effectiveness of emergency obstetric referral interventions in developing country settings: A systematic review. *PLoS Med*. 2012;9:e1001264. doi: 10.1371/journal.pmed.1001264
 76. Shumsky RA, Pinker EJ. Gatekeepers and referrals in services. *Manage Sci* 2003;49:839–56. doi: 10.1287/mnsc.49.7.839.16387
 77. Lee H-H, Pinker EJ, Shumsky RA. Outsourcing a two-level service process. *Manage Sci* 2012;58: 1569-84. doi: 10.1287/mnsc.1110.1503
 78. Hasija S, Pinker EJ, Shumsky RA. Call center outsourcing contracts under information asymmetry. *Manage Sci* 2008;54:793–807. doi: 10.1287/mnsc.1070. 0804 .
 79. Wang JJ, Li ZP, Shi J, Chang ACJ. Hospital referral and capacity strategies in the two-tier healthcare systems. *Omega* 2021;100: 102229. <https://doi.org/10.1016/j.omega.2020.102229>
 80. Li N, Kong N, Li Q, Jiang Z. Evaluation of reverse referral partnership in a tiered hospital system—a queuing-based approach. *Int J Prod Res* 2017;55: 5647–63. doi: 10.1080/00207543.2017.1327731
 81. Liu X, Cai X, Zhao R, Lan Y. Mutual referral policy for coordinating health care systems of different scales. *Int J Prod Res* 2015;53:7411–33. doi: 10.1080/00207543.2015.1082039 .
 82. Befekadu A, Zeru T. Knowledge of Referral and Feedback System among Higher Level Health Care Providers in Amhara Region, Northwest Ethiopia. *Health Sci J*. 2023;17(3): 1003. Disponible en: <https://www.itmedicalteam.pl/articles/knowledge-of-referral-and-feedback-system-among-higher-level-health-care-providers-in-amhara-region-northwest-ethiopia.pdf>

83. Zúñiga Abregu DE. TIC en el Proceso de Referencia y Contrarreferencia de Pacientes en Establecimientos de Salud de Gobiernos Regionales del Perú. [Tesis de Maestría en Gestión Pública] Universidad César Vallejo. 2019. 98 p. Disponible en: https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/71961/Zúñiga_ADE-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y
84. D'Alessio Ipinza FA. El Proceso estratégico. Un enfoque de Gerencia. 3ra edición. Pearson Educación de Perú. 2015. 782 p.
85. Project Management Institute. *El estándar para la dirección de proyectos e Guía de los fundamentos para la dirección de proyectos (Guía del PMBOK)*. 7ma Edición. Penn, USA. 2021. 275p.
86. Albers B, Shlonsky A, Mildon R. (Ed) Implementation Science 3.0. Switzerland: Springer. 2020. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/978-3-030-03874-8>.
87. Alberta Health Services. Implementation science theories, models, and frameworks. Edmonton, Canada. 2020. 25p. Disponible en: <https://www.albertahealthservices.ca/assets/info/amh/if-amh-ke-implementation-science-theories-models-frameworks.pdf>
88. Nguru K, Ileri L. Challenges influencing proper implementation of quality health care referral system in Kaloleni Sub-county, Kilifi County in Kenya. *Int Emerg Nurs*. 2022 May;62:101169. doi: 10.1016/j.ienj.2022.101169.
89. Perú. Congreso de la República. Ley 30024, Ley que crea el Registro Nacional de Historias Clínicas Electrónicas. *El Peruano*. 22 mayo 2013. Disponible en: <https://www.leyes.congreso.gob.pe/Documentos/Leyes/30024.pdf>
90. Perú. Decreto Supremo N° 009-2017/SA. Aprueban el Reglamento de la Ley 30024, Crea el Registro Nacional de Historias Clínicas Electrónicas. *El Peruano*. 23 marzo 2017. Disponible en: <https://busquedas.elperuano.pe/dispositivo/NL/1500555-3>
91. Perú Congreso de la República. Ley 31750. Ley que modifica los artículos 2 y 4 de la Ley 30024, Ley que crea el Registro Nacional de Historias Clínicas Electrónicas. *El Peruano*. 22 mayo 2013. Disponible en: <https://busquedas.elperuano.pe/dispositivo/NL/2180595-1>
92. Mbengue SA, Derriennic Y, Diouf F, Dione DA, Diawara L, Diagne A. Evaluation du systeme de sante du Senegal. Abt Associates Inc. 2009. 79p. Disponible en: https://pdf.usaid.gov/pdf_docs/Pnadx708.pdf
93. Balique H. L'hôpital public en Afrique francophone. *Medecine Tropicale* 2004; 64:545-51. Disponible en: https://indexmedicus.afro.who.int/iah/fulltext/545-551_-_QSS_-_balique.pdf
94. Bellefleur PJ, Caillet R, Rose JC. Mission d'expertise sur l'évaluation de la réforme hospitalière au Senegal. Dakar. 19 junio 2008. Disponible en: <https://slideplayer.fr/slide/14077942/>
95. ComexPerú. El 97% de los establecimientos de salud del primer nivel de atención cuenta con capacidad instalada inadecuada [Internet] 25 febrero 2021.

Disponible en: <https://www.comexperu.org.pe/articulo/el-97-de-los-establecimientos-de-salud-del-primer-nivel-de-atencion-cuenta-con-capacidad-instalada-inadecuada>

96. Adrianzén Costa CdG. Sistema de referencias y contrarreferencias y la atención oportuna de los asegurados del Hospital Rebagliati. Tesis de Maestría UCV. 2019. 50p.
97. Terrazas Uria ML. Red de Servicios Referencia y Contra Referencia. Rev Med La Paz 2007; 5(2): 30-4. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582007000200005&lng=es.
98. Aburto Hernández C. Evaluación del Sistema de Referencia y Contrarreferencia de la atención obstétrica en el Hospital General del Altiplano de Apan Hidalgo, 2016. Instituto Nacional de Salud Pública (INSP). Tesis para optar Grado de Maestría de Salud Pública. Cuernavaca, 2016. 40p. Disponible en: <http://catalogo.espm.mx/files/tes/055073.pdf>
99. García Munitis P, de Abreu M, Antonietti L, Guillén M, Said M, Montali C, et al. Sistema de referencia-contrarreferencia entre el segundo y el tercer nivel de salud en una red hospitalaria pediátrica en el conurbano bonaerense. Arch. argent. pediatr. [Internet]. 2013 [citado 10 Ago 2024]; 111(5): 404-10. Disponible en: https://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S0325-00752013000500008&script=sci_abstract
100. Pereira KT, Sousa H de A, Duarte SRMP. Effectiveness of counter-referral service outcomes in a quaternary hospital of southern Minas Gerais. HSJ [Internet]. 2020 [citado 10 Ago 2024]; 10(1):17-22. Disponible en: https://portalrcs.hcitajuba.org.br/index.php/rcsfmit_zero/article/view/851
101. Veliz L, Rojas M. Factores que influyen en el sistema de referencia y contrarreferencia en el Servicio de Emergencias Obstétricas. Hospital Central Universitario Dr. Antonio María Pineda. Bol méd postgrado [Internet]. 2023 [citado 17 ago 2024];39(2):43-55. Disponible en: <https://revistas.uclave.org/index.php/bmp/article/view/4492>
102. Wan M, Shukla N, Li J, Pradhan B. Data-driven approaches to sustainable referral system design integrating the offline channel and the online channel. J Cleaner Production 2023; 414: 137691. <https://doi.org/10.1016/j.jclepro.2023.137691>
103. Singh Sidhu A, Randhawa G. Status of Public Health Care Services in Punjab: A Case Study of Punjab Health Systems Corporation (PHSC). University Business School. Guru Nanak Dev University Amritsar (Punjab). 2020. 142 p. Disponible en: online.gndu.ac.in/pdf/MRPReport_UGC_UBS.pdf
104. Bastos LB, Barbosa MA, Rosso CFW, Oliveira LM de AC, Ferreira IP, Bastos DAdS, et al. Practices and challenges on coordinating the Brazilian unified health system. Rev Saude Publica. 2020;54:1-12. doi: 10.11606/s1518-8787.2020054001512
105. Arcuri R, Bulhões B, Jatobá A, Bellas HC, Koster I, d'Avila AL, et al. Gatekeeper family doctors operating a decentralized referral prioritization

- system: Uncovering improvements in system resilience through a grounded-based approach. *Saf Sci.* 2020; 121: 177–90. <https://doi.org/10.1016/j.ssci.2019.08.023>
106. Trevisol DM, Melz G, Dias E, Filho DC, Fontanive VN. Referencias médicas evitables en unidad de salud de Porto Alegre: un estudio exploratorio. *Rev Bras Med Família e Comunidade.* 2020;15(42): 1–12. [https://doi.org/10.5712/rbmfc15\(42\)2129](https://doi.org/10.5712/rbmfc15(42)2129)
 107. Elwyn GJ, Stott NCH. Avoidable referrals? Analysis of 170 consecutive referrals to secondary care. *BMJ* 1994;309(6954):576. doi: 10.1136/bmj.309.6954.576
 108. Duflos C, Antoun S, Loirat P, DiPalma M, Minvielle E. Identification of appropriate and potentially avoidable emergency department referrals in a tertiary cancer care center. *Support Care Cancer.* 2017;25(8):2377–85. doi: 10.1007/s00520-017-3611-1
 109. Gadenz SD, Basso J, de Oliveira PRBP, Sperling S, Zuanazzi MVD, Oliveira GG, et al. Telehealth to support referral management in a universal health system: a before-and-after study. *BMC Health Serv Res.* 2021 Sep 25;21(1):1012. doi: 10.1186/s12913-021-07028-5.
 110. Escarate Guerrero CC. Barreras y facilitadores del sistema de referencia electrónica en la Red Lambayeque. [Tesis de Maestría en Gestión de los Servicios de la Salud]. Universidad César Vallejo, Perú. 2020. 74p. Disponible en: https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/e/20.500.12692/45480/Escarate_GCC-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y
 111. Senitan M, Alhaiti AH, Gillespie J, Alotaibi BF, Lenon GB. The Referral System between Primary and Secondary Health Care in Saudi Arabia for Patients with Type 2 Diabetes: A Systematic Review. *J Diabetes Res.* 2017;2017:4183604. doi: 10.1155/2017/4183604.
 112. Rueda I, Acosta B, Cueva F, Idrobo P. El cambio organizacional y gestión estratégica. *Rev. Espacios* 2018;39(44): 17-22. Disponible en: <http://puCEDspace.puce.edu.ec/handle/23000/4158>
 113. Christensen C, Overdorf M. Meeting the challenge of disruptive change. *Harvard Business Review* 2000:66-76.
 114. Demers C. *Organizational Change Theories: A Synthesis.* Sage Publications, Inc. 2007. 277p.
 115. Harrison R, Fischer S, Walpola RL, et al. Where Do Models for Change Management, Improvement and Implementation Meet? A Systematic Review of the Applications of Change Management Models in Healthcare. *J Healthc Leadersh* 2021;13:85–108. doi: 10.2147/JHL.S289176
 116. Sandoval JL. Los procesos de cambio organizacional y la generación de valor. *Estudios Gerenciales,* 2014;30(131):162–71. <https://doi.org/10.1016/j.estger.2014.04.005>

117. Adida E, Bravo F. Contracts for healthcare referral services: Coordination via outcome-based penalty contracts. *Manage Sci* 2019;65(3):1322–41. <https://doi.org/10.1287/mnsc.2017.3000>
118. Rajagopalan S, Tong C. Payment models to coordinate healthcare providers with partial attribution of outcome costs. *Manuf Serv Oper Manag* 2022;24(1):600-16. <https://doi.org/10.1287/msom.2020.0928>
119. Orszag R, Rahul R. The economic case for vertical integration in health care. *NEJM Catal Innov Care Delivery* 2020;1(3). DOI: 10.1056/CAT.20.0119
120. Bresnahan TF, Levin JD. Vertical integration and market structure. *Natl Bureau Econ Res* 2012. 51p. Disponible en: https://www.nber.org/system/files/working_papers/w17889/w17889.pdf
121. Heeringa J, Mutti A, Furukawa MF, Lechner A, Maurer KA, Rich E. Horizontal and vertical integration of health care providers: a framework for understanding various provider organizational structures. *Int J Integr Care* 2020;20(1). doi: 10.5334/ijic.4635.
122. Ridgely MS. Does vertical integration improves or imperil U.S. healthcare? *RAND Comment (Healthcare Business News)* 2021. Disponible en: <https://www.rand.org/blog/2021/11/does-vertical-integration-improve-or-imperil-us-health.html>
123. Ajwang NWO. The influence of referral service on household access to healthcare services in Eldoret municipality, Kenya. *1st Int Interdiscip Conf* 2013;711-29. Disponible en: <https://core.ac.uk/download/pdf/236410009.pdf>
124. Takai IU, Yusuf M, Bashir H. Audit of emergency obstetric referrals at a tertiary center in Kano. *Ann Afr Med.* 2023 Jul-Sep;22(3):265-270. doi: 10.4103/aam.aam_8_22.
125. Rutherford S, Naman M, Zaka N, Michaux K, Cupp MA, Hafezi H, et al. Building referral mechanisms for neonatal care in humanitarian emergency settings: A systematic review. *Int J Health Plann Manage.* 2023 Sep;38(5):1360-1376. doi: 10.1002/hpm.3655.
126. Kamau KJ, Osuga BO, Njuguna S. Challenges facing implementation of referral system for quality health care services in Kiambu county, Kenya. *Health Syst Policy Res.* 2017;04(01). Disponible en: <https://doi.org/10.21767/2254-9137.100067>.
127. Alarcón-Loayza L, Rubio-Ortiz C, Chumán-Soto M. Interoperabilidad de Historias Clínicas Electrónicas en el Perú. *Rev Peru Computación y Sistemas* 2019; 2(1):3-14. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.15381/rpcs.v2i1.16359>
128. Doherty T, Tran N, Sanders D, Dalglish SL, Hipgrave D, Rasanathan K, et al. Role of district health management teams in child health strategies. *BMJ.* 2018 Jul 30;362:k2823. doi: 10.1136/bmj.k2823.
129. Gilson L, Daire J. Leadership and governance within the South African health system. En: Padarath A, English E. (eds.) *South African Health Review* 2011. Health Systems Trust, Durban. ISBN 978-1-919839-71-4.

- <https://researchonline.lshtm.ac.uk/id/eprint/1082607> South African health review. 2011; 2011(1):69–80.
130. El Peruano. Multa por no corregir DNI. Más de 47,000 personas con domicilios falsos [Internet]. 28 diciembre 2017. Disponible en: <https://elperuano.pe/noticia/62490-multa-por-no-corregir-dni#:~:text=Como%20resultado%20de%20estos%20operativos,vivir%20en%20Lima%20o%20Callao>
 131. Nelson J, Cafagna G, Tejerina L. Sistemas de Historias Clínicas Electrónicas. Definiciones, evidencia y recomendaciones prácticas para América Latina y el Caribe. Banco Interamericano de Desarrollo. WDC, 2020. 49p. Disponible en: <https://publications.iadb.org/es/sistemas-de-historias-clinicas-electronicas-definiciones-evidencia-y-recomendaciones-practicas-para>
 132. Pérez Guerra Y. La mejora continua de los procesos en una organización fortalecida mediante el uso de herramientas de apoyo a la toma de decisiones. Rev. Empresarial, ICE-FEE-UCSG. 2016;10(1):9-19.
 133. Puyol A. El papel de la solidaridad en una pandemia. Rev Esp Salud Pública. 2022; 96: e202210072. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/VOL96/C_ESPECIALES/RS96C_202210072.pdf
 134. Román J, Ibarra S. Solidaridad y COVID-19 en Chile: tensiones y desafíos para afrontar la pandemia solidariamente. Polis Rev. Latinoamericana 2022; 21(62): 32-51. Disponible en: <https://www.scielo.cl/pdf/polis/v21n62/0718-6568-polis-21-62-40.pdf>
 135. Tobbin P, Adjei J. Understanding the Characteristics of Early and Late Adopters of Technology: The Case of Mobile Money. Int J E-Services Mobile Applicat. 2012; 4(2), 37-54. Disponible en: https://web.archive.org/web/20190218165528id_/http://pdfs.semanticscholar.org/1025/2613cdffc1c11c5bc1d1654613e2b4f34359.pdf
 136. Dedehayir O, Ortt RJ, Riverola C, Miralles F. Innovators and early adopters in the diffusion of innovations: A literature review. Int J Innovation Management 2017; 21(9), 85-115. Disponible en: https://research.tudelft.nl/files/105285584/Innovators_and_early_adopters_in_the_diffusion_of_innovations.pdf
 137. De Lucas J. Individualismo y economicismo como paradigmas de la modernidad: (a propósito de Postmodernidad: decadencia o resistencia, de J. Ballesteros). Doxa. 1989;06:291-9. Disponible en: <https://rua.ua.es/dspace/handle/10045/10850>
 138. Lluch Frechina E. El espíritu del economicismo. Madrid: PPC. 2023. 296 pp.
 139. Báscolo E, Houghton N, del Riego A. Construcción de un marco de monitoreo para la salud universal. Rev Panam Salud Publica. 2018;42:e81. Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49102/v42e812018.pdf?sequence=1>

140. Icaza-Álvarez DO, Campoverde-Jiménez GE, Verdugo-Ormaza DE, Arias-Reyes PD. El analfabetismo tecnológico o digital. *Pol. Con.* 2019; 4(2): 393-406. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7164297>
141. Give C, Ndima S, Steege R, Ormel H, McCollum R, Theobald S, et al. Strengthening referral systems in community health programs: a qualitative study in two rural districts of Maputo Province, Mozambique. *BMC Health Serv Res.* 2019 Apr 29;19(1):263. doi: 10.1186/s12913-019-4076-3.
142. Thakkar A, Valente T, Andesia J, Njuguna B, Miheso J, Mercer T, et al. Network characteristics of a referral system for patients with hypertension in Western Kenya: results from the Strengthening Referral Networks for Management of Hypertension Across the Health System (STRENGTHS) study. *BMC Health Serv Res.* 2022 Mar 7;22(1):315. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-07699-8>
143. Li X, Li Z, Liu C, Zhang J, Sun Z, Feng Y, Mei J, et al. Evaluation of the three-in-one team-based care model on hierarchical diagnosis and treatment patterns among patients with diabetes: a retrospective cohort study using Xiamen's regional electronic health records. *BMC Health Serv Res.* 2017 Nov 28;17(1):779. doi: 10.1186/s12913-017-2705-2
144. Xing Y, Wang L. Evaluation for hierarchical diagnosis and treatment policy proposals in China: A novel multi-attribute group decision-making method with multi-parametric distance measures. *Int J Health Plann Manage.* 2022 Mar;37(2):1089-117. doi: 10.1002/hpm.3387
145. Zheng Y, He Y, Xu Z, Pedrycz W. Assessment for hierarchical medical policy proposals using hesitant fuzzy linguistic analytic network process. *Knowl-Based Syst.* 2018;161:254-67. <https://doi.org/10.1016/j.knosys.2018.07.005>
146. Amoah PA, Phillips DR. Strengthening the Referral System through Social Capital: A Qualitative Inquiry in Ghana. *Healthcare (Basel).* 2017 Oct 25;5(4):80. doi: 10.3390/healthcare5040080
147. Diba F, Ichsan I, Muhsin M, Marthoenis M, Sofyan H, Andalas M, et al. Healthcare providers' perception of the referral system in maternal care facilities in Aceh, Indonesia: a cross-sectional study. *BMJ Open.* 2019 Dec 8;9(12):e031484. doi: 10.1136/bmjopen-2019-031484
148. Li M, Zhang Y, Lu Y, Yu W, Nong X, Zhang L. Factors influencing two-way referral between hospitals and the community in China: A system dynamics simulation model. *Simulation* 2018;94(9): 765-82. <https://doi.org/10.1177/0037549717741349>
149. Li N, Pan J, Xie X. Operational decision making for a referral coordination alliance-when should patients be referred and where should they be referred to? *Omega* 2020;96: 102077. <https://doi.org/10.1016/j.omega.2019.06.003>
150. Guo M, Li B, Wu S, Song J. Effectiveness of referral incentive policy: Exploring using queuing network model with blocking. In: *ICSSSM11. IEEE* 2011, pp. 1–6. DOI: 10.1109/ICSSSM.2011.5959328

- 151.Koizumi N, Kuno E, Smith TE. Modeling patient flows using a queuing network with blocking. *Health Care Manag Sci.* 2005 Feb;8(1):49-60. doi: 10.1007/s10729-005-5216-3
- 152.Qiu Y, Song J, Liu Z. A simulation optimisation on the hierarchical health care delivery system patient flow based on multi-fidelity models. *Int J Prod Res.* 2016;54(21): 6478-93. <https://doi.org/10.1080/00207543.2016.1197437>
- 153.Song J, Qiu Y, Liu Z. Integrating optimal simulation budget allocation and genetic algorithm to find the approximate Pareto patient flow distribution. *IEEE Trans Autom Sci Eng.* 2015;13(1): 149-59. DOI: 10.1109/TASE.2015.2424975
- 154.Garg L, McClean S, Meenan B, Millard P. A non-homogeneous discrete time Markov model for admission scheduling and resource planning in a cost or capacity constrained healthcare system. *Health Care Manag Sci.* 2010 Jun;13(2):155-69. doi: 10.1007/s10729-009-9120-0
- 155.Deglise-Hawkinson J, Helm JE, Hushka T, Kaufman DL, Van Oyen MP. A Capacity Allocation Planning Model for Integrated Care and Access Management. *Prod Oper Manag.* 2018 Dec;27(12):2270-90. doi: 10.1111/poms.12941
- 156.Wen J, Jiang H, Song J. A stochastic queueing model for capacity allocation in the hierarchical healthcare delivery system. *Asia-Pac. J. Oper. Res.* 2019;36 (01):1950005. <https://doi.org/10.1142/S0217595919500052>
- 157.Maleki Rastaghi M, Barzinpour F, Pishvae MS. A Multi-objective Hierarchical Location-allocation Model for the Healthcare Network Design Considering a Referral System. *Int J Eng.* 2018;31(2):365-73. Disponible en: https://www.ije.ir/article_73129.html
- 158.Deng Y, Li N, Xu X, Jiang Z. Differentiation copayment design to improve the multi-tiered healthcare system in China. In: 2017 13th IEEE Conference on Automation Science and Engineering. CASE, 2017: 201-6. DOI: [10.1109/COASE.2017.8256104](https://doi.org/10.1109/COASE.2017.8256104)
- 159.Wang X, Zhang Z, Yang L, Zhao J. Price and capacity decisions in a telemedicine service system under government subsidy policy. *Int. J. Prod. Res.* 2021; 59(17): 5130–43. <https://doi.org/10.1080/00207543.2020.1774090>
- 160.Cao X, Rajagopalan S, Tong C. Impact of vertical integration in a referral-based healthcare system. *Omega* 2024;123: 102998. <https://doi.org/10.1016/j.omega.2023.102998>
- 161.Zhou L, Geng N, Jiang Z, Wang X. Multi-objective capacity allocation of hospital wards combining revenue and equity. *Omega (Westport)* 2018;81:220–33. doi: 10.1016/j.omega.2017.11.005 .
- 162.Zhang Y, Wang Y, Tang J, Lim A. Mitigating overtime risk in tactical surgical scheduling. *Omega (Westport)* 2019. doi: 10.1016/j.omega.2019.01.002 .
- 163.Kostami V, Rajagopalan S. Speed-quality trade-offs in a dynamic model. *Manuf Serv Oper Manag* 2014;16:104–18. doi: 10.1287/msom.2013.0458 .

164. Zhou W, Chao X, Gong X. Optimal uniform pricing strategy of a service firm when facing two classes of customers. *Prod Oper Manag* 2014;23:676–88. doi: 10.1111/poms.12171 .
165. Yu DZ, Zhao X, Sun D. Optimal pricing and capacity investment for delay-sensitive demand. *IEEE Trans Eng Manag* 2013;60:124–36. doi: 10.1109/TEM. 2012.2194288 .
166. Guo P, Lindsey R, Zhang ZG. On the downs-thomson paradox in a self-financing two-tier queuing system. *Manuf Serv Oper Manag* 2014;16:315–22. doi: 10. 1287/msom.2014.0476 .
167. Afanasyev M, Mendelson H. Service provider competition: delay cost structure, segmentation, and cost advantage. *Manuf Serv Oper Manag* 2010;12: 213–35. doi: 10.1287/msom.1090.0266 .
168. Allon G, Federgruen A. Competition in service industries. *Oper Res* 2007;55:37–55. doi: 10.1287/opre.1060.0337 .
169. Oh J, Su X. Reservation policies in queues: advance deposits, spot prices, and capacity allocation. *Prod Oper Manag* 2018;27:680-95. doi: 10.1111/poms.12821 .
170. Jung KS, Pinedo M, Sriskandarajah C, Tiwari V. Scheduling elective surgeries with emergency patients at shared operating rooms. *Prod Oper Manag* 2019;28:1407–30. doi: 10.1111/poms.12993
171. Green L V, Liu N. A study of New York city obstetrics units demonstrates the potential for reducing hospital inpatient capacity. *Med Care Res Rev* 2015;72:168–86. doi: 10.1177/1077558715572388 .
172. Cruz TH, FitzGerald CA, Quintana V, Barnes J, Sanchez KE, Hirschl M, Lavender A, Caswell L. Healthy Here: A Promising Referral System Model for Community-Clinical Linkages to Prevent Chronic Disease. *Health Promot Pract.* 2022 Nov;23(1_suppl):153S-163S. doi: 10.1177/15248399221111192.
173. Caffery LJ, Farjian M, Smith AC. Telehealth interventions for reducing waiting lists and waiting times for specialist outpatient services: A scoping review. *J Telemed Telecare.* 2016;22(8):504–12. doi: 10.1177/1357633X16670495
174. Ministerio de Salud. Directiva administrativa que establece el tratamiento de los datos personales relacionados con la salud o datos personales en salud. Directiva Administrativa N° 294-MINSA/2020/OGTI, aprobada por R.M. N° 688-2020/MINSA. Lima, octubre 2020. 40p. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/5118.pdf>

Anexos

ANEXO 01. Guía de Entrevista

1. De los procesos y sub-procesos

- ¿Podría explicarnos como se da los procesos de la referencia? ¿podría precisarnos cuáles son los procesos y subprocesos de la referencia?
- ¿Cuáles son los procesos y subprocesos de la contrarreferencia? ¿Podría explicarnos en un orden lógico (o secuencial)?

2. De la Organización

- ¿Podría explicarnos cómo se han organizado las DIRIS? ¿toman en cuenta a las RIS? (coméntenos)
- ¿Explíquenos cómo se viene desarrollando el SRCR en el contexto de las RIS? Que opina de este proceso.

3. De la Intervención

- ¿Podría comentarnos cómo se percibe desde su experiencia la fuente de la Intervención?
- ¿Coméntenos sobre la percepción de la fortaleza de la intervención? ¿Y qué opina sobre la calidad de la evidencia de la intervención? ¿Podría explicarnos Cuál es la ventaja relativa de la intervención?
- ¿Cuál es la adaptabilidad de la intervención a las necesidades y realidad de la organización se ha dado con alguna frecuencia? explíquenos
- ¿Existen dificultades para la implementación de la intervención? coméntenos
- ¿podría comentarnos cuál es la escalabilidad percibida?
- ¿Cuál es la sostenibilidad percibida?

4. Del Proceso de Planificación

- ¿Tiene alguna función el SRCR en el contexto de las RIS? Podría explicarnos. ¿Cómo se concibe en el contexto de la integralidad y continuidad de atención?
- ¿Coméntenos cómo se ha planificado:
 - ¿recursos humanos?
 - ¿Capacitación?
 - ¿Infraestructura?
 - ¿Equipamiento?
 - ¿Intervenciones de seguimiento de pacientes e IPRESS de origen?
- ¿de todos estos procesos de planificación, se ha priorizado alguno (o en todo caso se ha prestado más atención y ejecución?

5. De la Ejecución

- ¿podría explicarnos los efectos de la ejecución de SRCR en los pacientes? (ventajas y desventajas)
- ¿Como considera que ha impactado en las IPRESS de origen? ¿y en las de destino? (ventajas y desventajas)
- ¿Podría explicarnos si existen ventajas o ~~y~~ desventajas en la integralidad y continuidad de atención?

6. De las acciones de control

- ¿Coméntenos, conoce usted cómo hacen monitoreo del proceso de RCR? ¿periodicidad? ¿reportes? ¿otros?
- ¿Coméntenos, conoce usted cómo hacen supervisión del proceso de RCR? ¿periodicidad? ¿reportes? ¿otros?
- ¿Coméntenos, conoce usted cómo hacen evaluación del proceso de RCR? ¿periodicidad? ¿reportes? ¿otros?
- ¿Coméntenos, conoce usted cómo se desarrollaban los procesos de toma de decisiones el proceso de RCR?

7. Del Contexto Externo

- ¿Se reconocen las necesidades y recursos de los pacientes en la organización?
- ¿Cuál es el nivel de conectividad con otras organizaciones?
- ¿Existe alguna presión competitiva para implementar la intervención?
- ¿Existen estrategias externas o incentivos para implementar la intervención?
- ¿Características de la comunidad que podrían haber influido en la implementación del sistema?
- ¿Cuáles son las características estructurales de la organización? ¿barreras y facilitadores de ello?

8. Del Contexto Interno

- ¿Cuál es la cultura de la organización? ¿Normas? ¿Valores? ¿Principios básicos?
- ¿Cuál era el clima de la Implementación?
- ¿Qué estrategias se implementaron? ¿utilidad?
- ¿Cuál era la percepción del equipo implementador?
- ¿Cuál era la creencia compartida de la capacidad del equipo para ejecutar actividades y lograr los objetivos de implementación?

9. De la Involucración de los Participantes

- ¿Podría explicarnos cuál era el Conocimiento individual del personal y actitud hacia la intervención?
- ¿Sabe usted si existía creencias relacionadas a las capacidades individuales para ejecutar la implementación?
- Con el tiempo, ¿Cuál era la actitud individual hacia el uso de la intervención? ¿competencias? ¿habilidades? ¿entusiasmo?
- ¿Qué opinión le merece el comportamiento de los participantes sobre la organización y su relación y grado de compromiso con la organización
- ¿Podría explicarnos qué opinión tiene hacia la tolerancia a la ambigüedad, capacidad intelectual, motivación, etc.?

10. Problemas de Gestión

- ¿Qué opinión le merece la aplicación de la normativa propuesta por el MINSA para el SRCR? (si han existido dificultades coméntenos las mas relevantes)
- ¿Qué opina de la aplicación de estas normativas en? (si han sido favorables o han tenido dificultades, podría mencionar las más relevantes):
 - Planificación y presupuesto
 - Organización del servicio
 - Habilitación de lugares de trabajo
 - Monitoreo y evaluación de SRCR
 - Estandarización en todas las IPRESS de DIRIS

11. Lecciones aprendidas

- ¿Cuáles considera que son las lecciones aprendidas que ha dejado la implementación del SRCR ambulatorio? ¿Por qué?

- ¿Cuáles considera que son los factores de éxito que ha dejado la implementación del SRCR ambulatorio? ¿Por qué?
- ¿Cuáles considera que son los factores de riesgo que ha dejado la implementación del SRCR ambulatorio? ¿Por qué?

12. **Recomendaciones.** A la luz de su experiencia y lo vivido durante la pandemia:

- ¿Qué estrategias deberían implementarse para mejorar el desempeño del SRCR ambulatorio?
- ¿Qué herramientas de gestión deberían implementarse para mejorar el desempeño del SRCR ambulatorio?
- ¿Qué arreglos institucionales (DIRIS, RIS, IPRESS) deberían implementarse para mejorar el desempeño del SRCR ambulatorio?

ANEXO 02. Consentimiento Informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN

<i>Título del estudio:</i>	Análisis de la implementación del sistema de referencia y contrarreferencia de la atención ambulatoria en la DIRIS Lima Norte
<i>Investigadores :</i>	Luis Fernando Llanos Zavalaga
<i>Institución :</i>	Universidad Peruana Cayetano Heredia

Estimado/a participante,

Le pedimos su apoyo en la realización de una investigación conducida por Luis Fernando Llanos Zavalaga, docente de la Universidad Peruana Cayetano Heredia. La investigación, denominada “Análisis de la implementación del sistema de referencia y contrarreferencia de la atención ambulatoria en la DIRIS Lima Norte”, tiene como objetivo principal proceso de implementación del sistema de referencia y contrarreferencia de la atención ambulatoria en la DIRIS Lima Norte previo al periodo pandémico y establecer las propuestas de reforma.

¿Quiénes están invitados a participar?

Se le ha contactado a usted en calidad de funcionario público y su experiencia en la implementación y desarrollo del Sistema de Referencia y Contrarreferencia (REFCON).

¿En qué consiste su participación?

Si usted accede a participar en esta entrevista, se le solicitará responder diversas preguntas sobre el tema antes mencionado, lo que tomará aproximadamente entre 60 y 90 minutos. La información obtenida será únicamente para fines de la investigación, pudiendo ser publicada.

A fin de poder registrar apropiadamente la información, se solicita su autorización para grabar la conversación. La grabación y las notas de las entrevistas serán almacenadas únicamente por los investigadores en su computadora personal por un periodo de cinco años, luego de haber publicado la investigación, solamente ellos tendrán acceso a la misma. Al finalizar este periodo, la información será eliminada.

Acepto la grabación de la entrevista: Sí ☐ No ☐

Acepto videograbación de la entrevista: Sí ☐ No ☐

¿Podré retirarme en cualquier momento?



Su participación en la investigación es completamente voluntaria. Usted puede interrumpir la misma en cualquier momento, sin que ello genere ningún perjuicio. Además, si tuviera alguna consulta sobre la investigación, puede formularla cuando lo estime conveniente, a fin de clarificarla oportunamente.



¿Quiénes conocerán de mi participación?

Toda la información compartida será manejada de manera confidencial. Al concluir la investigación, si usted brinda su correo electrónico, le enviaremos un informe ejecutivo con los resultados de la investigación a su correo electrónico.

¿A quién consulto si tengo dudas del estudio?

Si tiene alguna duda adicional, por favor comuníquese con el personal del estudio al correo luiz.llanos@upch.pe o llame al teléfono 999660680. Además, si tiene preguntas sobre los aspectos éticos del estudio, o cree que ha sido tratado injustamente puede contactar al Dr. Pedro Saona Ugarte, presidente del Comité Institucional de Ética en Investigación de la Universidad Peruana Cayetano Heredia o al teléfono 01-3190000 anexo 201355 o al correo electrónico: duict.cieh@oficinas-upch.pe

Por tanto, Acepto voluntariamente participar en este estudio, comprendo las actividades en las que participaré si decido ingresar al estudio, también entiendo que puedo decidir no participar y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento.

Nombres y Apellidos Participante

Fecha

Nombres y Apellidos Investigador

Fecha

Nombres y Apellidos
Testigo

Fecha



