

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA DE
OCCIDENTE ESCUELA DE POSGRADOS**



**TRABAJO DE POSGRADO
CUMPLIMIENTO DE LAS NORMAS DEL MINISTERIO DE SALUD EN LAS
REFERENCIAS ENVIADAS POR LOS HOSPITALES REGIONALES DE
OCCIDENTE AL HOSPITAL NACIONAL SAN JUAN DE DIOS DE SANTA ANA EN
EL ÁREA DE CIRUGIA EN EL PERIODO COMPRENDIDO DE ENERO A
SEPTIEMBRE DEL AÑO 2,020**

**PARA OPTAR AL GRADO DE
MEDICO ESPECIALISTA EN CIRUGIA GENERAL**

**PRESENTADO POR
DOCTOR JONATHAN ANTONIO BAÑOS
DOCTOR WILLIAM ALEXANDER ESCOBAR SIGÜENZA**

**DOCENTE ASESOR
DOCTOR GUILLERMO ANTONIO MARTINEZ MENDOZA**

SEPTIEMBRE, 2022

SANTA ANA, EL SALVADOR, CENTROAMÉRICA

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
AUTORIDADES**



**M.Sc. ROGER ARMANDO ARIAS ALVARADO
RECTOR**

**DR. RAÚL ERNESTO AZCÚNAGA LÓPEZ
VICERRECTOR ACADÉMICO**

**ING. JUAN ROSA QUINTANILLA QUINTANILLA
VICERRECTOR ADMINISTRATIVO**

**ING. FRANCISCO ANTONIO ALARCÓN SANDOVAL
SECRETARIO GENERAL**

**LICDO. LUIS ANTONIO MEJÍA LIPE
DEFENSOR DE LOS DERECHOS UNIVERSITARIOS**

**LICDO. RAFAEL HUMBERTO PEÑA MARÍN
FISCAL GENERAL**

**FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA DE OCCIDENTE
AUTORIDADES**



**M.Ed. ROBERTO CARLOS SIGÜENZA CAMPOS
DECANO**

**LICDA. RINA CLARIBEL BOLAÑOS DE ZOMETA
VICEDECANA**

**LICDO. JAIME ERNESTO SERMEÑO DE LA PEÑA
SECRETARIO**

**M.Ed. JOSÉ GUILLERMO GARCÍA ACOSTA
DIRECTOR DE ESCUELA DE POSGRADO**

AGRADECIMIENTOS

A DIOS TODO PODEROSO: Por bendecirme, por darme fortaleza, sabiduría, confianza, entendimiento y salud, por estar conmigo cada día, por ser quien guía mis pasos para alcanzar mis metas.

A MI MADRE: Por haberme forjado como la persona que soy en la actualidad, muchos de mis logros se los debo a ella, por siempre estar conmigo ser mi apoyo y fortaleza y uno de los motivos más grandes para seguir adelante.

A MIS HERMANOS: Por brindarme la oportunidad de estudiar, por poner su confianza en mí, y ser un apoyo incondicional en todo momento.

A MIS MAESTROS: Por compartir su conocimiento y ayudar a forjar a la persona que soy, gracias por ser un ejemplo y fuente de inspiración.

A LA UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR Y A LA FACULTAD DE MEDICINA: Por haber contribuido a mi formación y proporcionar el conocimiento suficiente para ser un excelente profesional.

A MI ASESOR DE TESIS EL DR. GUILLERMO MARTINEZ MENDOZA: por orientarnos de la forma más correcta y facilitarnos los instrumentos necesarios para la elaboración del trabajo de tesis.

A LOS PACIENTES (AS): A todos aquellos que de una u otra forma sirvieron para mi formación como profesional.

WILLIAM ALEXANDER ESCOBAR SIGÜENZA

Agradezco a **DIOS** por brindarme elementos necesarios, como salud, paciencia, comprensión, y conocimiento durante el desarrollo de este trabajo de investigación.

Agradezco a **MI MADRE, MI ABUELO (Q.E.P.D.) Y DEMAS FAMILIA** por todo el apoyo brindado durante toda la vida, además de consejos y enseñanzas, que han orientado a tomar las decisiones más acertadas para lograr cada una de las metas propuestas.

A **MI NOVIA** por todo el amor, comprensión y ayuda que me brindo y sigue haciendo durante toda la carrera y especialidad médica.

A **MIS MAESTROS Y ASESOR DE TESIS DOCTOR GUILLERMO MARTINEZ MENDOZA** por toda la enseñanza brindada durante mi formación académica.

JONATHAN ANTONIO BAÑOS

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	x
CAPITULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	11
1.1 Situación problemática y delimitación del problema.....	11
1.2 Enunciado del problema.	13
1.3 Justificación	15
1.4 Objetivos	16
1.4.1 Objetivo general.....	16
1.4.2 Objetivos específicos:	17
1.5 Alcances.	17
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	18
2.1 Marco histórico.....	18
2.2 Marco teórico actual.....	19
2.2.1 Operativización del proceso de referencia, retorno e interconsulta.....	19
2.2.2 Departamental.....	20
2.2.3 Intermunicipal.....	21
2.2.4 Regional.....	21
2.2.5 Unidad Comunitaria en Salud Familiar.....	22
2.2.6 Hospitalario	22
2.2.7 Registro.....	26
2.2.8 Monitoreo, supervisión, evaluación y análisis.	27
2.2.9 Politraumatismo.	28
2.2.10 Apendicitis aguda.....	29
2.2.11 Colecistitis aguda.....	29
2.2.12 Hernia inguinal y femoral.	30
2.2.13 Pie diabético.....	30
2.3 Marco conceptual.....	30
CAPÍTULO III: DISEÑO METODOLÓGICO	34
3.1 Tipo de estudio.....	34
3.2 Área de estudio	34

3.3 Población y muestra.....	35
3.4 Unidad de análisis.....	35
3.5 Criterios de selección.....	35
3.5.2 Criterios de exclusión.....	35
3.6 Técnica de recolección de datos.....	35
3.7 Operacionalización de variables	36
3.8 Instrumento de recolección de información.....	37
3.9 Procesamiento de la información.....	37
3.10 Consideraciones éticas	37
3.11 Trabajo de campo.....	38
CAPÍTULO IV: ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS	39
CONCLUSIONES	51
RECOMENDACIONES	52
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	53
ANEXOS	55

ÍNDICE DE TABLAS

<i>Tabla 1: Distribución de los pacientes por sexo.....</i>	<i>39</i>
<i>Tabla 2: Diagnostico de referencia en el sexo femenino.....</i>	<i>40</i>
<i>Tabla 3: Diagnóstico de referencia en el sexo masculino</i>	<i>41</i>
<i>Tabla 4: Comparacion de patologias segun genero</i>	<i>42</i>
<i>Tabla 5: Edad de los pacientes</i>	<i>43</i>
<i>Tabla 6: Diagnóstico de referencias</i>	<i>44</i>
<i>Tabla 7: Causa de referencia.....</i>	<i>45</i>
<i>Tabla 8: Hospital de origen de la referencia</i>	<i>46</i>
<i>Tabla 9: Pertinentecia de las referencias.....</i>	<i>47</i>
<i>Tabla 10: Oportunismo de las referencias</i>	<i>48</i>
<i>Tabla 11: Pertinencia por hospital.....</i>	<i>49</i>
<i>Tabla 12: Oportunidad por hospital.</i>	<i>50</i>

ÍNDICE DE FIGURAS

<i>Figura 1: Distribución por sexo.....</i>	<i>39</i>
<i>Figura 2: Diagnostico de referencia en el sexo femenino.</i>	<i>40</i>
<i>Figura 3: Diagnóstico de referencia en el sexo masculino</i>	<i>41</i>
<i>Figura 4: Comparacion de patologias segun genero</i>	<i>42</i>
<i>Figura 5: Edad de paciente</i>	<i>43</i>
<i>Figura 6: Diagnóstico de referencias</i>	<i>44</i>
<i>Figura 7: Causa de referencia.....</i>	<i>45</i>
<i>Figura 8: Hospital de origen de la referencia</i>	<i>46</i>
<i>Figura 9: Pertinencia de las referencias.....</i>	<i>47</i>
<i>Figura 10: Oportunismo de las referencias.</i>	<i>48</i>
<i>Figura 11: Pertinencia por hospital.</i>	<i>49</i>
<i>Figura 12: Oportunidad por hospital.</i>	<i>50</i>

INTRODUCCIÓN

Los profesionales de salud en la RIISS, encargados de la atención en las áreas de cirugía en general, deben adoptar diariamente múltiples y complejas decisiones asistenciales que conllevan la capacidad de identificar la alternativa más adecuada mediante la valoración de las implicaciones en términos de resultados clínicos, idoneidad, riesgos, costos e impacto social e individual de las diferentes opciones asistenciales disponibles para los problemas específicos que se atienden, la complejidad de este proceso de decisión se ve agravada por el incremento de las posibilidades y opciones asistenciales que surgen del avance del conocimiento científico, la imposibilidad de asimilar toda la información científica disponible y la racionalización de los recursos sanitarios, unido a la variabilidad de los estilos de práctica clínica.

Las Redes Integrales e Integradas de Salud, tiene como finalidad reducir las barreras de acceso de atención en salud con calidad y superar la alta fragmentación y segmentación del Sistema Nacional de Salud, por lo que da origen a los Lineamientos técnicos de referencia, retorno e interconsulta en el año 2011 para complementar y dar cumplimiento en las diferentes niveles de atención en los establecimientos así mismo dar una atención con calidad a las demandas que realiza el usuario en base a su condición clínica y contrastar las referencias oportunas y pertinentes.

Es por eso que la investigación cumplimiento de las normas del ministerio de salud en las referencias enviadas por los hospitales regionales de occidente al Hospital Nacional San Juan de Dios de Santa Ana en el área de cirugía en el periodo comprendido de enero a septiembre del año 2020. Se realizó con el propósito de analizar el cumplimiento de las normas de cirugía general en los hospitales regionales en las diferentes patologías que contempla las normas, así como los motivos de referencia que estos presentan con el fin de conocer que tan oportunas y pertinentes son los traslados de estos pacientes hacia el segundo nivel de atención.

CAPITULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Situación problemática y delimitación del problema

El Ministerio de Salud (MINSAL) en el proceso de reforma del sistema de salud de El Salvador, ha dado pasos firmes para lograr la meta fundamental, garantizar el derecho a la salud a toda la población salvadoreña, a través del establecimiento del Sistema Nacional Integrado de Salud. El proceso se inicia con la reorganización del sistema basado en la Atención Primaria en Salud Integral, este gran cambio se realiza progresivamente, partiendo de lo más importante, el trabajo directo con las personas, familias y comunidades.

Además de eso se han establecido las diferentes Guías Clínicas de todas las áreas, incluyendo de cirugía general con el fin de dar un manejo adecuado a las patologías allí abordadas, para disminuir la mortalidad de los pacientes, cabe reconocer que las guías clínicas están elaboradas por un comité seleccionado de especialistas en el área, que incluye médicos de los diferentes hospitales del país.

El segundo y tercer nivel de atención en salud son brindados por la red pública de hospitales del país, lo cual permite la continuidad de la atención médico quirúrgica especializada a los pacientes que así lo requieran, sean referidos o no, por el primer nivel de atención. Los médicos de las RIIS, tienen el cargo de adoptar a diario decisiones asistenciales para identificar la mejor alternativa para el trato de la patología del paciente, implicando los resultados clínicos, idoneidad, riesgos, costos e impacto social e individual de las opciones asistenciales.

Los establecimientos de salud del primer nivel de atención, se tiene previsto dar respuesta, en promedio al ochenta por ciento de los problemas de salud de la población; en el segundo nivel de atención del quince al veinte por ciento y tercer nivel del uno al tres por ciento restantes, pues son problemas complejos que requieren un mayor nivel de resolutiveidad.

En el año 2011, dentro del impulso de la Reforma de Salud, el MINSAL categoriza la red de hospitales de acuerdo a la capacidad instalada, perfil epidemiológico, área de responsabilidad y conjunto de prestaciones, en:

- Centros de Atención de Emergencia.
- Hospitales Básicos de segundo nivel.
- Hospitales Departamentales de segundo nivel.
- Hospitales Regionales de segundo nivel.
- Hospitales Especializados de tercer nivel.

El hospital San Juan De Dios de Santa Ana está catalogado como un Hospital regional de segundo nivel por lo cual constituye el centro primario de referencia y hospitalización de la Región de occidente, en las cuatro especialidades o para algunas de las especialidades contempladas en los Hospitales Departamentales y Regionales, a fin de resolver problemas de salud agudos o crónicos.

Por su parte, la Política Nacional de Salud 2015-2019 establece en su eje 1 el fortalecimiento de las RIIS, que para su adecuado funcionamiento requieren un apropiado proceso de referencia, retorno e interconsulta, para garantizar el derecho a la salud; en dicho contexto es necesario crear los Lineamientos técnicos para la referencia retorno e interconsultas vigentes desde 2011.

Desde ese momento se realizaron diferentes comités que tienen como función el monitoreo, evaluación y análisis, así como un cuarto componente que involucra la supervisión que está dirigida al nivel regional y local para estar pendientes de que dichos lineamientos se cumplan.

Se han realizado pocas investigaciones al respecto una de ellas: CUMPLIMIENTO DE LOS LINEAMIENTOS TÉCNICOS PARA LA REFERENCIA Y RETORNO DE LOS MÉDICOS DE LAS UNIDADES COMUNITARIAS DE SALUD FAMILIAR (UCSF) MUNICIPIO DE SANTA ANA Y LA CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS, SANTA ANA, EL SALVADOR. ENERO A JUNIO 2018. la cual evalúa referencias de unidades de salud a la consulta externa tiene por objetivo investigar el cumplimiento de las normas de referencia retorno obteniendo los siguientes resultados:

1. La gran mayoría de los médicos consultantes de las UCSF del municipio de Santa Ana son médicos en servicio social (Médicos generales), médicos jóvenes que tienen menos de un año de experiencia laboral.
2. No hay cumplimiento de los indicadores de Pertinencia y Oportunidad por parte del primer nivel de atención, hay desconocimiento de los lineamientos de referencia y retorno por parte del primer nivel de atención específicamente en las UCSF del municipio de Santa Ana, El Salvador.
3. Se evidencia un excelente cumplimiento del retorno, sin embargo, se observa un poco cumplimiento en el registro de los exámenes de laboratorio, esto debido a que no hay disponibilidad de cupos para la totalidad de las referencias para toma de exámenes.

1.2 Enunciado del problema.

En El Salvador, a través de los años el MINSAL ha implementado diversos métodos para lograr una atención integral para la salud de la población salvadoreña en general, desde el primer nivel de atención hasta llegar de forma escalonada a una atención más especializada. En busca de una adecuada regulación en este proceso en el año 2009 se inicia una reorganización del sistema de salud, dando lugar a las redes integrales e integradas de salud y con ellas, una conexión entre no solamente los establecimientos de salud sino entre el personal médico para obtener con ello una mejor comunicación entre sí, con el fin de beneficiar a la población.

Al mismo tiempo se realizan guías clínicas en las diferentes áreas de especialización, las cuales son unificadas y aprobadas para su aplicación a nivel nacional, dejando de lado que anteriormente cada hospital realizaba sus propias guías y daban el manejo de acuerdo a ellas, con este cambio se unifica conocimientos y formas de tratamiento para las diferentes patologías, incluyendo los motivos de referencia para un manejo oportuno.

La Política Nacional de Salud 2015-2019 al notar que la fragmentación de los servicios de salud ha generado ciertas dificultades de acceso y baja calidad técnica de la atención a la salud, establece el fortalecimiento de las RIIS para un mejor funcionamiento, para ello se crea un proceso de referencia, retorno e interconsulta y garantizar con esto un continuo cuidado de la salud de las personas sin dejar vacíos dentro de este sistema; detallando el diagnóstico dado y manejo administrado en el nivel superior por el profesional de la salud de dicho nivel, brindando una descripción detallada de las modificaciones en tratamiento y seguimiento del paciente.

La información acerca del cumplimiento de las normas de referencia retorno se puede obtener a través de libros de referencias retorno e interconsultas que son llevados por todas las áreas de atención con las que cuenta el Hospital San Juan de Dios de Santa Ana.

Cabe destacar que en la actualidad al observar detenidamente como se lleva a cabo este proceso se ve que dentro de este han quedado ciertas interrogantes del porque a pesar de los años de implementación aún no se logra un adecuado uso de ello. El MINSAL hasta el momento ha implementado un sistema dentro del cual es de interés investigar en que parte del proceso de referencia donde se brinda el primer tratamiento al paciente en base a las guías clínicas, retorno e interconsulta se encuentran la limitante de dicho proceso.

El análisis del proceso referencia, retorno e interconsulta con todo lo anteriormente mencionado se vuelve vital, debido a que al conocer en qué momento dentro de este sistema se puede dar posibles fallos o ciertas limitantes ya sea por parte del médico que envía y da tratamiento, el médico que recibe, el paciente por falta de conocimiento o interés por su salud o el personal encargado de dar un seguimiento; dependiendo de cualquier punto débil dentro de este estudio se busca la comprensión y con esto lograr mejoras dentro del proceso de referencia, retorno e interconsulta y lograr de esta forma la disminución de posibles casos de personas complicadas o fallecidas, por falta del cumplimiento de los lineamientos.

Al observar con atención que a pesar de todos los beneficios y la calidad de atención que se pretende aplicar a los usuarios, cabe mencionar lo siguiente:

¿Cuál es el nivel de cumplimiento de las normas de Referencia, Retorno e interconsulta del ministerio de salud en las referencias enviadas por los hospitales regionales al hospital San Juan de Dios de Santa Ana?

1.3 Justificación

El sistema público de salud en El Salvador, a través de los años ha tratado de buscar una de forma minuciosa el poder dar una mejor atención a la salud de las familias salvadoreñas, de forma oportuna y eficaz la cual les facilite el acceso a todas las instituciones que se les sea posible. En el año 2011 el Ministerio de Salud (MINSAL) saca a luz una nueva estrategia para lograr que cada persona pueda contar con una mejor atención en salud, mismo año que entran en vigencia los lineamientos de referencia, retorno e interconsulta con el fin de garantizar a la población una atención de forma continua, sistemática y ordenada de comunicación entre los profesionales de la salud.

El proceso de referencia, retorno e interconsulta es un conjunto de procedimientos que se realizan a fin de dar una atención acorde a su grado de complejidad en los diferentes niveles de atención, proporcionando los aspectos de calidad, integralidad, oportunidad y seguimiento de los servicios de salud que conforman las redes integradas e integrales de salud. Este sistema es importante para el MINSAL, ya que facilita la interrelación e integración del personal de salud de los diferentes niveles para favorecer la atención oportuna a una patología grave, evitar complicaciones o secuelas de la enfermedad referida, así como para el usuario que solicita los servicios públicos de salud mejorar su calidad de vida.

La decisión de referir a otro establecimiento de mayor capacidad resolutive puede salvar la vida de la persona, por ello para el funcionamiento de este proceso se debe interactuar con la estructura social, la gestión participativa y control social en salud, de modo que la comunidad, en su totalidad, conozca las características y los

objetivos de este componente, generando como efecto una actuación sistemática y ordenada, entre el equipo de salud de los establecimientos con las personas, familias y comunidades de sus áreas de influencia.

El proceso de referencia, retorno e interconsulta ya posee evaluación por parte del MINSAL, sin embargo la investigación servirá para descubrir las fallas que puede presentar el proceso, como: el cumplimiento de las normas de cirugía general en los hospitales regionales, determinar los beneficios de traslado del paciente de un hospital a otro, identificar si las patologías de los pacientes pueden ser resueltas en el hospital sin necesidad de referencia, identificar las referencias que por tal motivo tuvieron que hacer escala en otro hospital cuando pudieron ser referidos directamente a uno de mayor capacidad resolutive.

La investigación servirá para brindar una atención adecuada a los pacientes de acuerdo a las normas de cirugía general, facilitar y mejorar el proceso de referencia, retorno e interconsulta y restablecer la confianza en el sistema público de salud.

El hospital San Juan de Dios de Santa Ana, es el hospital regional y recibe todas las referencias de los hospitales departamentales de occidente durante el periodo de enero a septiembre del año 2020, a pesar de estar en pandemia y población en cuarentena lo que obligó a cerrar la consulta externa y atender exclusivamente emergencias lo que produjo una baja de las referencias enviadas al hospital San Juan de Dios de Santa Ana, en dicho periodo. A pesar de esto se recibieron un total de 163 referencias de parte de los hospitales periféricos de la región de occidente.

1.4 Objetivos

1.4.1 Objetivo general.

Analizar el cumplimiento de las normas del ministerio de salud en las referencias enviadas por los hospitales regionales de occidente al Hospital Nacional San Juan de Dios de Santa Ana en el área de cirugía en el periodo comprendido de enero a septiembre del año 2020.

1.4.2 Objetivos específicos:

1.4.2.1 Definir la caracterización epidemiológica de los pacientes referidos de los hospitales regionales al Hospital San Juan de Dios de Santa Ana.

1.4.2.2 Describir las patologías por los cuales son referidos los pacientes al Hospital San Juan de Dios de Santa Ana.

1.4.2.3 Conocer los motivos por los cuales fueron referidos los pacientes de los hospitales periféricos hacia el Hospital Nacional San Juan de Dios de Santa Ana.

1.4.2.4 Establecer si las referencias enviadas por parte de los hospitales periféricos al Hospital San Juan de Dios de Santa Ana fueron oportunas y pertinentes.

1.5 Alcances.

1.5.1 Alcances en salud.

a. Conocer el cumplimiento del proceso de referencia, retorno e Interconsulta, para establecer las soluciones factibles con el fin de brindar una atención adecuada a los pacientes referidos de los hospitales periféricos al Hospital San Juan de Dios de Santa Ana. y que estos mismos puedan confiar en el sistema público de salud.

b. Beneficiar con la realización de la investigación a la población salvadoreña y así dar una mejor atención de su salud.

c. Exponer en qué punto del proceso RRI hay deficiencia y que sea posible su corrección para mejorarlo.

1.5.2 Alcances académicos.

a. Alcanzar el grado académico de médico especialista en Cirugía General con la realización de esta tesis.

b. Dejar con la investigación de la efectividad del proceso RRI más información para futuros investigadores.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 Marco histórico.

El Ministerio de Salud de El Salvador crea la Reforma de Salud con el fin de cumplir la Política Nacional de Salud con el propósito de brindar el derecho a la salud a toda la población salvadoreña, sin distinción de sexo, edad, raza, ideología política, religión, etc., a través de la creación del Sistema Nacional Integrado de Salud, siendo necesario la reorganización con visión de la atención primaria de la salud integral.

En el año 2011 se crean los Lineamientos para que se establezca un sistema de referencia y retorno entre los tres niveles de atención para la entrega efectiva de servicios a la población. Además, en dicho lineamiento se da a conocer las diferentes acciones ya sea a nivel de SIBASI, UCSF u Hospital que tienen relación con el sistema de referencia, retorno e interconsulta, así como también algunos criterios para realizar de forma oportuna y adecuada una referencia en las diferentes modalidades de atención.

Dentro de las diferentes normas, guías y lineamientos creados por el MINSAL se dan a conocer diversos criterios de referencia de las enfermedades que contemplan dichos documentos, para ser un instrumento de apoyo en conjunto con el conocimiento académico del personal de salud, durante las atenciones realizadas en la población.

La última actualización de las guías clínicas de las diferentes especialidades médicas se realizó en el año 2012, incluyendo las de cirugía general con el objetivo general de establecer los lineamientos para la atención en red de los pacientes con las principales condiciones de salud en relación a cirugía general.

Los lineamientos para la referencia, retorno e interconsulta, están vigentes desde el 2011, pero con la creación de la Política Nacional de Salud 2015 – 2019, en la cual su eje 1 constituye el fortalecimiento de las RIIS, que para su correcto

funcionamiento requiere un adecuado proceso de referencia, retorno e interconsulta, por lo que se actualiza como lineamiento técnico para la referencia, retorno e interconsulta en las redes integrales e integradas de salud oficializado en diciembre de 2016 y reformado en mayo 2017.

2.2 Marco teórico actual.

El proceso de referencia, retorno e interconsulta (PRRI): surgió para garantizar el éxito en la comunicación entre personal de salud de los diversos niveles de atención y con esto mejorar la salud en los usuarios; en base a esta necesidad se crean lineamientos.

El lineamiento técnico para la referencia, retorno e interconsulta en las redes integrales e integradas de salud, tiene como objetivo general establecer mecanismos ágiles, oportunos, eficaces y con calidad para el funcionamiento del PRRI, por medio de acciones coordinadas entre los diferentes niveles de atención de la RIIS.

Además, establece los siguientes objetivos específicos:

1. Contribuir al continuo de la atención de acuerdo a las necesidades de las personas, facilitando el acceso y cobertura universal a la salud en RIIS.
2. Contribuir al continuo de la atención de acuerdo a las necesidades de las personas, facilitando el acceso a los servicios de salud en RIIS.
3. Promover la interrelación e integración del personal de salud de los diferentes niveles para favorecer el desarrollo de actitudes de reciprocidad, solidaridad y confianza.
4. Establecer los mecanismos de seguimiento en coordinación con la comunidad organizada para el funcionamiento del proceso de referencia, retorno e interconsulta.

2.2.1 Operativización del proceso de referencia, retorno e interconsulta

El Comité de referencia, retorno e interconsulta es la unidad operativa del PRRI y es el encargado de realizar el análisis de la información generada, la cual debe ser

entregada por cada jefatura de área involucrada (emergencia, consulta externa, hospitalización en el caso de hospitales, y en el caso de primer nivel emergencia-consulta ambulatoria); al final de cada semana, la información debe estar registrada y será el comité, el responsable de realizar el análisis de la información, así como de proponer intervenciones de mejora. En los establecimientos donde se cuente con uno o más supervisores específicos de promotores de salud, uno de ellos debe formar parte del comité.

Para la implementación, monitoreo y seguimiento del sistema, se deben conformar los comités de referencia, retorno e interconsulta correspondientes en los siguientes escenarios:

- Departamental
- Intermunicipal
- Regional
- UCSF
- Hospitalario

2.2.2 Departamental.

Está conformado por los coordinadores de las cabezas de Microred que conforman los Sistema Básico de Salud Integral (SIBASI), supervisor departamental de promotores, enfermería, delegado de la región de salud, FOSALUD, y representación de los hospitales de referencia del área de responsabilidad. El número de integrantes dependerá de la conformación de las microrredes y de la complejidad del mismo, considerando miembros de los diferentes niveles de atención, quienes conducen mensualmente la reunión del comité departamental, dichos integrantes monitorean, evalúan y retroalimentan el funcionamiento del PRRI al comité regional, generando un informe de aquellos aspectos que no puedan solventarse en su interior por la complejidad de los mismos o porque se necesite la coordinación interinstitucional de otros prestadores de servicios de salud, para operativizar el proceso de referencia,

retorno e interconsulta en la RIIS. En el departamento de San Salvador los presentes lineamientos técnicos deben ser aplicados por SIBASI.

2.2.3 Intermunicipal.

Este se encuentra conformado por las direcciones o las jefaturas de enfermería de los establecimientos de salud que conforman la Microred intermunicipal. Además, debe formar parte del comité, un representante (médico o enfermera) del hospital de referencia para esa Microred.

La conducción del comité está a cargo del coordinador de la Microred, quien representa y retroalimenta al PRRI en el comité departamental.

Este comité intermunicipal es el responsable y encargado de que el coordinador de la microred vea este punto en cuatro ocasiones, ya que el deberá estar presente en la reunión del comité referencia, retorno e interconsulta municipal, consejo de gestión de la microred donde se ve este punto, comité departamental de referencia, retorno e interconsulta, consejo de gestión departamental donde también se toca este punto. Al crear el Comité de referencia, retorno e interconsulta municipal, el equipo local analiza a profundidad el funcionamiento del PRRI tomando decisiones e implementando estrategias para mejorar el funcionamiento.

2.2.4 Regional.

Está integrado por el epidemiólogo, un recurso de enfermería, técnico de provisión de servicios y un recurso de estadística.

Dicho comité depende de la Unidad Organizativa de la Calidad (UOC), y es el responsable de consolidar y analizar la información que los SIBASI envíen a través de informe mensual.

El comité de referencia, retorno e interconsulta Regional, debe garantizar el cumplimiento del marco regulatorio del PRRI, deben establecer además mecanismos de comunicación efectiva, con el fin de retroalimentar sobre los procesos inadecuados de referencia, retorno e interconsulta y establecer planes de mejora, apoyando en la solución de problemas en los diferentes niveles, así como también se encargan de monitorear, supervisar y evaluar el funcionamiento del sistema a fin de eficientizar el proceso.

2.2.5 Unidad Comunitaria en Salud Familiar.

El director o coordinador de cada establecimiento de salud es el encargado de conformar el comité local de referencia, retorno e interconsulta dejando un acta como evidencia, quien será ratificado cada año a fin de actualizar sus integrantes.

Dichos integrantes deben conocer y aplicar correctamente los protocolos de manejo y los criterios de referencia, así como el conjunto de prestaciones de la red de servicios a la que está adscrito, para dar continuidad en la atención a los usuarios que lo requieran. En los establecimientos donde se cuente con uno o más supervisores específicos de promotores de salud, uno de ellos debe formar parte del comité.

2.2.6 Hospitalario

Integrado por el epidemiólogo, un recurso de enfermería, el jefe de la división médica, el jefe de emergencia o su delegado, un recurso de ESDOMED, el jefe de consulta externa o su delegado. Dicho comité depende de la UOC, a quienes entregan un informe mensual.

Los comités de referencia, retorno e interconsulta junto con las UOC regionales y con las UOC hospitalarias son los responsables del monitoreo, evaluación y análisis de resultados para las intervenciones de mejora del PRRI; para ello se utilizan los indicadores de proceso establecidos (anexo 1). El informe analizado se presenta a

los diferentes consejos de gestión de la RIIS en forma mensual o trimestral según corresponda.

Para efectos de facilitar la operativización de los presentes lineamientos técnicos, se han definido los flujogramas contenidos en el anexo 2-A y 2-B.

Elementos de cumplimiento obligatorio para la operativización del PRRI

Para garantizar el funcionamiento del proceso, se deben considerar los siguientes aspectos:

- Toda persona referida, debe ser atendida en el establecimiento receptor.
- A todo proceso de referencia de un establecimiento de menor complejidad, a otro de mayor complejidad, debe corresponder siempre un retorno.
- Cuando la referencia se trate de una emergencia, se debe comunicar previamente el estado clínico del paciente al personal de salud que lo recibirá en el establecimiento de destino, coordinando el traslado y debe ser acompañado por el personal de salud.
- Registrar el nombre de la persona que recibe al paciente en el establecimiento de destino, este dato se verificará con el director del mismo cuando sea pertinente por situaciones legales.
- En el proceso de traslado durante la referencia de personas atendidas por emergencia, se deben aplicar las disposiciones establecidas, priorizando la estabilización del paciente previo al traslado. Personal calificado del establecimiento debe acompañar al paciente durante el traslado.
- El equipo de salud debe conocer la oferta de servicios que otorga su establecimiento y los establecimientos de la red, así como tener definido cuál es el establecimiento de salud de referencia correspondiente respetando la red de servicios y considerando los criterios de oportunidad y pertinencia.

□ Los usuarios detectados en la comunidad por el promotor de salud, deben ser referidos al establecimiento de primer nivel o al hospital de su área de influencia, llevando la Hoja de referencia y retorno comunitaria (Anexo 3). Cuando el promotor de salud detecte un caso con síntomas o signos asociados a enfermedades sujetas a Vigilancia Epidemiológica Comunitaria y el usuario rechace la referencia, debe informar al establecimiento de salud correspondiente llevando o enviando la hoja de Referencia y Retorno Comunitaria para activar el Sistema de Vigilancia Epidemiológica en Salud (VIGEPES) y el accionar de acuerdo a la normativa vigente en cada caso.

□ Para el retorno del usuario a su establecimiento de origen, una vez concluida la atención en el establecimiento de referencia, éste debe cumplir con el procedimiento de retorno, para lo que se debe llenar con letra legible, firma y sello. Debe dar además la orientación y las recomendaciones, que deben ser claramente explicadas al usuario y su familia, además de documentarlos en el expediente clínico.

□ Los equipos de salud de las UCSF son los responsables de realizar el seguimiento tanto de los usuarios referidos como de los que retornan.

□ Si las personas que solicitan atención, en un establecimiento del MINSAL, son beneficiarias de los servicios de otras instituciones tales como el Instituto Salvadoreño del Seguro Social, Instituto de Bienestar Magisterial o Sanidad Militar, se debe brindar la atención inicial en el establecimiento y referir al servicio de salud de la institución correspondiente para el seguimiento, completando toda la información sobre el tratamiento proporcionado, a fin que se dé efectiva continuidad al problema que motivó la atención.

□ El médico a quien se interconsulta debe responder al solicitante emitiendo su opinión, plan de manejo y recomendaciones sobre la atención respecto al problema consultado. Se debe realizar un informe por escrito en la hoja correspondiente al cual se le llamará Respuesta a la interconsulta.

□ La referencia a consulta externa se debe realizar cuando el usuario se encuentre estable y tomando en consideración que la capacidad instalada o la oferta de

servicios por la cual acude el usuario no da respuesta a su problema de salud, y por lo tanto, se envía para su atención en el lugar donde se presta el servicio requerido.

□ Todo usuario que consulte por demanda espontánea debe ser atendido. Luego que el profesional haya atendido el problema de salud del usuario, este debe ser retornado al establecimiento de salud que le corresponda completando la hoja de retorno 2, señalando que no ha sido referido desde el primer nivel de atención, enfatizando la atención brindada y el requerimiento de su seguimiento en la comunidad.

Únicamente para las interconsultas internas se llenará hoja correspondiente a dicho proceso.

En todos los establecimientos de salud se debe considerar:

□ Para el primer nivel de atención en ausencia del médico y ante la necesidad de referencia será el responsable del establecimiento de salud quien envíe al nivel de atención correspondiente, los casos de emergencia utilizando la hoja de referencia, retorno e interconsulta.

□ Para los establecimientos que no cuentan con servicio de laboratorio clínico, la solicitud de exámenes de laboratorio será tramitada mediante un sistema de citas entre los establecimientos, sin la necesidad de que medie una hoja de referencia y retorno.

□ Cuando se requieran estudios de mayor complejidad y exámenes de gabinete, deben ser tramitados mediante el sistema de citas entre los establecimientos, sin la necesidad de que medie una hoja de referencia y retorno.

□ La hoja original más una copia, debe ser entregada al paciente o su acompañante, las cuales presentarán al personal de salud del establecimiento al que es referido. En los casos que el personal de salud acompañe serán ellos los encargados de presentar la documentación al llegar al establecimiento de salud de referencia. Y una tercera quedará en el expediente para efectos de registro de la atención.

- La hoja en original debe colocarse en el expediente clínico del establecimiento que recibe y la copia debe enviarse con el personal de salud que acompañó a la referencia, paciente o con el familiar que acompañó, para que se anexe al expediente de primer nivel.
- Toda referencia realizada hacia una especialidad de segundo o tercer nivel de atención, debe ser evaluada en el hospital por un especialista en el área requerida, salvo casos que no sea posible, debe ser evaluado por personal con las competencias para brindar atención y así decidir el abordaje terapéutico.

2.2.7 Registro

Para el registro de las referencias, retornos e interconsultas, se debe contar con las siguientes herramientas: Registro diario de consulta por morbilidad y atención preventiva, expediente clínico, libro de registro del PRRI y las hojas de referencia, retorno e interconsulta establecidas.

Mecanismos de registro de la información:

Para el registro de la información se deben considerar los siguientes aspectos:

- El personal de salud que refiere será el responsable de llenar la referencia y registrarla de forma legible tanto en el expediente como en el Registro diario de consulta por morbilidad y atención preventiva, en la casilla 29.
- El Libro para el Registro de referencia, retorno e interconsulta, debe estar ubicado en el establecimiento de salud; y a nivel comunitario en la sede del promotor.
- Anotar en el libro de registro de referencia, retorno e interconsulta del establecimiento de salud la información correspondiente a la referencia por la persona designada en cada establecimiento y en la comunidad bajo la responsabilidad del promotor.

□ El libro del promotor en relación a referencia, retorno e interconsulta se continuará llevando según los lineamientos ya establecidos.

2.2.8 Monitoreo, supervisión, evaluación y análisis.

Monitoreo. Los comités de referencia, retorno e interconsulta junto de los establecimientos de salud en donde existan las Unidades Organizativas de la Calidad Regionales y hospitalarias son los responsables del monitoreo, evaluación y análisis de resultados para las intervenciones de mejora del sistema, para ello se utilizan los indicadores de proceso establecidos. El informe analizado se presenta a los diferentes consejos de gestión de la RIIS en forma mensual o trimestral según corresponda.

Supervisión. La supervisión facilitadora está dirigida al nivel regional y local (SIBASI, UCSF y hospitales).

Cada una de las dependencias mencionadas para el monitoreo del sistema, también son responsables de participar y proveer la información requerida en la supervisión facilitadora, la cual debe ser planificada y programada, utilizando los instrumentos oficiales establecidos para cada nivel administrativo.

Evaluación y análisis. Para los comités de las UCSF, hospitales, intermunicipales, departamentales el análisis se realiza mensual y a nivel regional trimestralmente.

El responsable de clasificar la oportunidad, efectividad y pertinencia de las referencias enviadas desde el primer nivel de atención, es el personal de hospitales que brinda la atención al usuario, ya que es durante el momento que recibe la atención que se realiza esta clasificación y debe ser analizado al interior de los comités donde participa el hospital. (Intermunicipal, departamental y regional). Los indicadores para evaluar el proceso de referencia, retorno e interconsulta son los siguientes:

a. Referencias recibidas.

b. Referencias oportunas.

- c. Referencias pertinentes.
- d. Referencias efectivas.
- e. Referencias enviadas. (Referencias a emergencia, y referencias a consulta externa).
- f. Retornos enviados.
- g. Retornos recibidos de emergencia.
- h. Retornos recibidos de consulta externa.
- i. Seguimiento en la comunidad.
- j. Interconsultas realizadas.
- k. Interconsultas no atendidas.
- l. Interconsultas efectivas.

Conociendo lo anterior se presentan las diferentes patologías más comunes en el área de cirugía general con el tratamiento que establecen las guías clínicas, para relacionar si las referencias cumplen con lo establecido según normativa.

2.2.9 Politraumatismo.

Criterios de referencia.

Según nivel de complejidad y capacidad de resolución del establecimiento. Serán criterios de referencia al siguiente nivel:

- Pacientes hemodinámicamente inestables a pesar del tratamiento inicial.
- Hemodinámicamente estable, pero con trauma craneoencefálico moderado o severo
- Carencia de recursos humanos, capacidad técnica o tecnología adecuada para resolver trauma grave del paciente estabilizado.

Traslados intrahospitalarios. El traslado se debe realizar durante las primeras horas luego del trauma y el requisito es que se encuentre estable hemodinámicamente.

El traslado a la Unidad de cuidados intensivos o intermedios se realizará posterior a la estabilización quirúrgica, para continuar tratamiento médico postquirúrgico, medidas de soporte nutricional o ventilación mecánica, según las condiciones clínicas del paciente.

2.2.10 Apendicitis aguda.

Criterios de referencia.

- Los pacientes con apendicitis aguda con clasificación ASA I o II (American Society of Anesthesiology, ver tabla correspondiente), deberán manejarse en un Hospital de segundo nivel.
- Cuando el paciente requiera para su tratamiento una UCI o sea clasificado como $ASA \geq III$ se debe referir a un hospital regional o a un hospital de tercer nivel.

2.2.11 Colecistitis aguda

Criterios de referencia.

- Los pacientes recibidos en establecimientos de primer nivel con sospecha de colecistitis aguda deben ser referidos a hospitales de segundo nivel para confirmar el diagnóstico e iniciar el tratamiento específico.
- Los pacientes con diagnóstico de colecistitis aguda con clasificación ASA I y II deben ser tratados en hospitales de segundo nivel.
- En aquellos pacientes ingresados con diagnóstico de colecistitis aguda Grado-I y no pueden ser intervenidos antes de las setenta y dos horas del inicio de los síntomas por falta de cirujano, deberán ser referidos inmediatamente a un centro hospitalario que cuente con el recurso.
- Pacientes clasificados como ASA III y IV deben ser referidos a hospitales Regionales u hospitales de tercer nivel.

- Los pacientes clasificados como colecistitis aguda Grado-II y III deben ser referidos a hospitales de regionales o tercer nivel.

2.2.12 Hernia inguinal y femoral.

Criterios de referencia del hospital de segundo nivel hacia hospitales regionales o de tercer nivel.

- Casos de emergencia que sean clasificados como ASA III o más, por cualquiera de las evaluaciones médicas requeridas.
- Hernias con pérdida de derecho de asilo o cuando sea candidato para procedimiento por vía laparoscópica.

2.2.13 Pie diabético.

Criterios de referencia.

Primer nivel: en este nivel serán manejados el pie diabético grado 0 y I (según clasificación de Wagner) salvo en pacientes con necesidades especiales (ASA II ó mayores).

Segundo nivel: en este nivel se manejarán los pacientes con pie diabético grado II o mayor.

Tercer nivel: Se referirá la paciente categoría ASA III, si se requiere de consulta endocrinológica en aquellos pacientes con difícil control de su glucosa o con otras complicaciones asociadas. Una consulta de Cirugía Vasculuar se obtendrá en pacientes con ABI < 0.6 con miembro inferior viable y clasificación Wagner 0 o I.

2.3 Marco conceptual.

El proceso de referencia, retorno e interconsulta (PRRI), se define como el conjunto de procesos, procedimientos, actividades técnicas y administrativas que permiten el continuo de la atención para la prestación de servicios de salud, garantizando la

calidad, accesibilidad, oportunidad, continuidad e integralidad de los servicios de salud, en el ámbito de la RIIS.

Referencia: Es el conjunto ordenado de procesos asistenciales y administrativos, que tienen como objetivo contribuir a la atención de salud, con oportunidad, eficacia y eficiencia, enviándolos desde la comunidad o establecimiento de salud de menor al de mayor complejidad, o según la capacidad resolutive.

Referencia oportuna: Es la referencia que se realiza en el momento adecuado aplicando los instrumentos técnico-jurídicos institucionales.

Referencia pertinente: Es la referencia que ha sido realizada y enviada al establecimiento de salud que corresponde según su patología o condición clínica de acuerdo a los instrumentos técnico-jurídicos.

Referencia efectiva: Es aquella que se da cuando la persona asiste al servicio de salud al que fue referido, es atendida por el personal de salud y registrado en un sistema informático o manual.

Referencia de urgencias y emergencias: Según la clasificación del paciente en el triage se debe realizar una referencia de urgencia o de emergencia.

Emergencia: cuando a causa de la alteración de la integridad física, funcional o psíquica, el paciente tiene comprometida la vida y requiere atención inmediata, debe ser estabilizado previo al traslado y acompañado por personal de salud.

Urgencia: cuando exista una patología cuya evolución es lenta y no necesariamente mortal, pero que su atención no debe retrasarse; el médico tratante debe evaluar la necesidad de que el paciente sea o no acompañado por el personal de salud.

Referencia a servicios de consulta externa especializada: Es la referencia que no requiere de una atención inmediata y se realiza de forma ambulatoria y no necesita del acompañamiento del personal de salud.

Retorno: persona enviada por un establecimiento de salud a otro al que fue referida. Que consiste en la elaboración de un informe escrito de la valoración, el tratamiento realizado, así como los resultados, indicaciones y recomendaciones, que realiza el médico tratante del establecimiento de salud donde recibió la atención y posteriormente será enviado al médico que le corresponda con el objetivo de asegurar el continuo de la atención.

Retorno 2: se refiere a la atención que se debe brindar a toda persona que llega a consultar como demanda espontánea, y no lleva referencia.

El retorno 2 se dará cuando:

- Al momento del egreso de hospitalización.
- O en los casos que consultan a la unidad de emergencia que ameriten seguimiento en la comunidad.

Será retornado a la UCSF según el lugar de residencia de la persona y será el establecimiento donde consulte quien le entregará la hoja de Retorno 2 debidamente llena y sellada.

Interconsulta: es el intercambio de información entre dos profesionales de la salud, sobre el plan de diagnóstico o tratamiento de un paciente. El médico responsable busca la opinión clínica respecto a un problema concreto de un paciente, por complejidad, severidad, especialización, confirmación diagnóstica e implementación de medidas terapéuticas; el cual puede ser dentro del mismo establecimiento o a otro establecimiento de la RIIS.

Demanda espontánea: es la solicitud de atención en la cual la persona acude espontáneamente al establecimiento de salud sin referencia y debe ser atendido por su problema de salud, sea urgente o no.

Comité de referencia, retorno e interconsulta: es la unidad operativa, responsable de coordinar, vigilar y registrar la información relacionada al proceso de referencia, retorno e interconsulta.

CAPÍTULO III: DISEÑO METODOLÓGICO

3.1 Tipo de estudio

El estudio que se realizó en el Hospital Nacional San Juan de Dios de Santa Ana se caracteriza por ser cuantitativo, descriptivo, transversal y retrospectivo.

Cuantitativo: debido a que se busca las características de los pacientes referidos en cuanto a la razón de su referencia, además cuantifica las patologías más frecuentes en ser referidas a la unidad de emergencia y los beneficios que tuvo para el paciente el ser referido.

Según el tiempo de ocurrencia de los hechos y registros de la información el estudio es **retrospectivo:** debido a que los datos de los pacientes en estudio son obtenidos de libros de referencias y revisión de expedientes de pacientes que consultaron en el año 2020.

Según el periodo y secuencia del estudio es de corte **Transversal:** Porque se estudia la efectividad del proceso de referencia, retorno e interconsulta en un determinado momento haciendo un corte en el tiempo ya que fue ejecutado en el periodo de enero a septiembre de 2020.

Según el análisis y alcance de los resultados la investigación es **Descriptiva:** porque permite recolectar datos y ordenar el resultado de las observaciones y profundizar en la forma como se comportaron las variables, en el proceso de referencia, retorno e interconsulta.

Periodo de investigación: enero a septiembre del 2020.

Lugar de la investigación: Hospital Nacional San Juan de Dios de Santa Ana.

3.2 Área de estudio

Servicio de Unidad de Emergencia de cirugía General del Hospital San Juan de Dios de Santa Ana.

3.3 Población y muestra

Fue constituido por el total de referencias provenientes de los diferentes Hospitales Departamentales y Periféricos al área de Cirugía General en la unidad de Emergencia en los meses comprendidos de enero a septiembre 2020 en el Hospital San Juan de Dios de Santa Ana.

En base a la muestra de la investigación, se hará un muestreo no probabilístico por conveniencia, en cual se trabajó con el total de pacientes referidos de hospitales departamentales y periféricos a la unidad de emergencia del Hospital San Juan de Dios de Santa Ana.

3.4 Unidad de análisis

Referencias de Profesionales de Hospitales departamentales y periféricos de la región occidental en el periodo de enero a septiembre 2020.

3.5 Criterios de selección

3.5.1 Criterios de inclusión

- Referencias de médicos de los Hospitales regionales y periféricos de la región de occidente.
- Referencias en el periodo de estudio.
- Referencias hacia la unidad de emergencia de cirugía General.
- Pacientes del sexo masculino y femenino de nacionalidad salvadoreña.

3.5.2 Criterios de exclusión

- Referencias de médicos que laboren en las UCSF de la región de occidente.
- Referencias fuera del período de estudio.
- Referencias hacia la consulta externa o hacia otra especialidad que no sea cirugía General.

3.6 Técnica de recolección de datos

La revisión analítica de los libros de referencia y expedientes de pacientes referidos de parte de hospitales de la región al Hospital San Juan de Dios de Santa Ana, a través de un análisis de contenido, que muestra en el anexo 1.

3.7 Operacionalización de variables

Objetivos	Variables	Dimensión	Indicador
<p>Objetivo general</p> <p>Analizar el cumplimiento de las normas del ministerio de salud en las referencias enviadas por los hospitales regionales de occidente al hospital nacional San Juan de Dios de Santa Ana en el área de cirugía en el periodo comprendido de enero a septiembre del año 2020.</p> <p>1.2.4.1 Conocer la caracterización epidemiológica de los pacientes referidos de los hospitales regionales al hospital San Juan de Dios de Santa Ana.</p> <p>1.2.4.2 Conocer las patologías por los cuales son referidos los pacientes al Hospital San Juan de Dios de Santa Ana.</p> <p>1.2.4.3 Conocer los motivos por los cuales fueron referidos los pacientes de los hospitales periféricos hacia el hospital nacional</p>	<p>Independiente:</p> <p>Proceso de referencias</p>	<p>Caracterización epidemiológica</p>	<p>Sexo, edad, procedencia.</p>
		<p>Patologías</p>	<p>Apendicitis aguda, colecistitis aguda, abdomen agudo obstructivo, fracturas, politraumatismo, cistitis, pancreatitis</p>
	<p>Dependiente:</p> <p>Cumplimiento</p>	<p>Motivos de la referencia</p>	<p>Necesidad de especialista, gravedad de la enfermedad.</p>

<p>San Juan de Dios de Santa Ana.</p> <p>1.2.4.4 Analizar si las referencias enviadas por parte de los hospitales periféricos al hospital San Juan de Dios de Santa Ana fueron beneficiosas para el paciente tanto en oportunidad como en pertinencia.</p>		<p>Beneficio para el paciente</p>	<p>Oportunidad, pertinencia.</p>
--	--	-----------------------------------	----------------------------------

3.8 Instrumento de recolección de información

El Instrumento de recolección de la información lo constituye una ficha elaborada, en la que se reflejan los datos de interés del estudio. Está compuesto las diferentes características socio-demográficas de los médicos de los hospitales departamentales y periféricos, Oportunidad y Pertinencia de las referencias recibidas en el hospital, y evaluación del Retorno hospitalario.

3.9 Procesamiento de la información.

Para el procesamiento de datos se utilizó el programa Microsoft Excel, para presentar una distribución de frecuencia expresada en cifras absolutas y porcentajes.

3.10 Consideraciones éticas

Se solicitó una carta de autorización al Comité de Ética el Hospitalario, además del anonimato en el sentido de nombres y número de expedientes, serán respetados y guardados para evitar su conocimiento indebido.

3.11 Trabajo de campo.

Se solicitó primeramente a ESDOMED los expedientes que constituyen el 100% de las referencias enviadas de los hospitales departamentales y periféricos, en el periodo de enero a septiembre del 2020 para la evaluación del cumplimiento de los lineamientos de referencia y retorno.

Para realizar el presente estudio los investigadores evaluaron el cumplimiento de los lineamientos de referencia y retorno por parte del personal médico de los hospitales departamentales y periféricos, para lo cual se trabajó en salón de conferencias de Consulta externa para la aplicación del instrumento a los expedientes con referencias del primer nivel de atención; se solicitó a recursos humanos del primer nivel de atención de la Región Occidental de Salud los datos socio-demográficos del personal que haya llenado las referencias.

CAPÍTULO IV: ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS

Tabla 1: Distribución de los pacientes por sexo

SEXO	TOTAL	PORCENTAJES
MASCULINO	92	56.1%
FEMENINO	72	43.9%

Fuente: Elaboración propia (matriz de datos)

Figura 1: Distribución por sexo



Fuente: Tabla 1

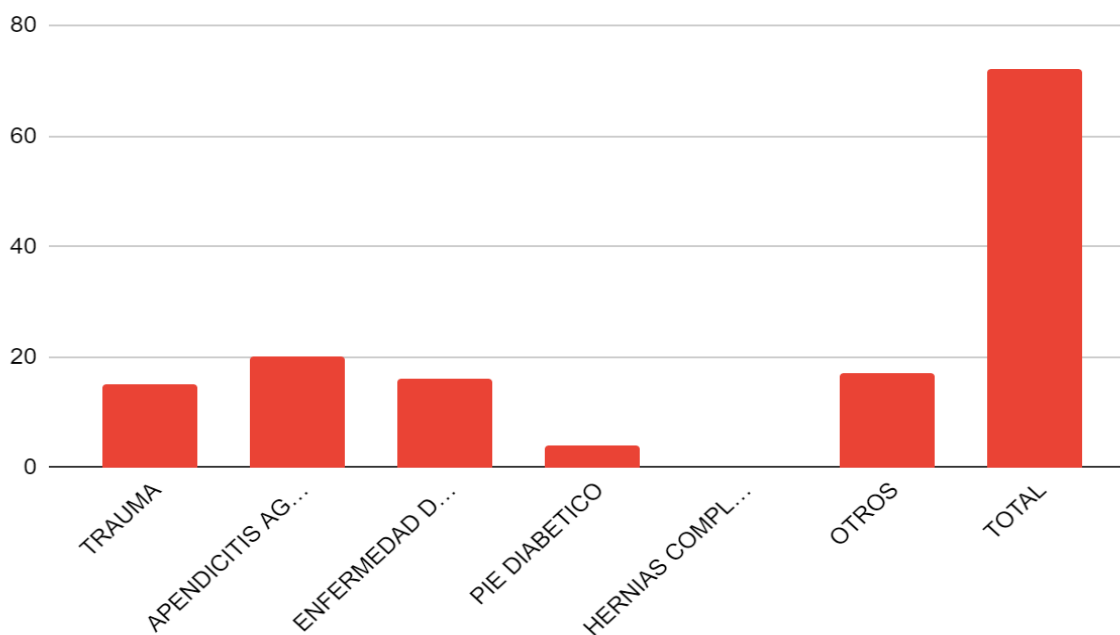
Interpretación y análisis: En total fueron 164 referencias recibidas en el Hospital San Juan de Dios de Santa Ana, durante el periodo de la investigación, la distribución por sexo fue de 92 pacientes masculinos y 72 pacientes femeninos, donde podemos ver una mayor incidencia de referencias en el sexo masculino, esto se puede explicar por el mayor riesgo social como profesiones peligrosas, mayor riesgo de accidentes de tránsito, muertes violentas, exposición a tóxicos, hábitos de fumar y consumo de alcohol que son más comunes en el sexo masculino.

Tabla 2: Diagnostico de referencia en el sexo femenino

DIAGNOSTICO	NÚMERO	PORCENTAJE
TRAUMA	15	20.83%
APENDICITIS AGUDA	20	27.77%
ENFERMEDAD DE LA VÍA BILIAR	16	22.22%
PIE DIABETICO	4	5.55%
HERNIAS COMPLICADAS	0	0
OTROS	17	23.61%
TOTAL	72	100%

Fuente: Elaboración propia (matriz de datos)

Figura 2: Diagnostico de referencia en el sexo femenino.



Fuente: Tabla 2

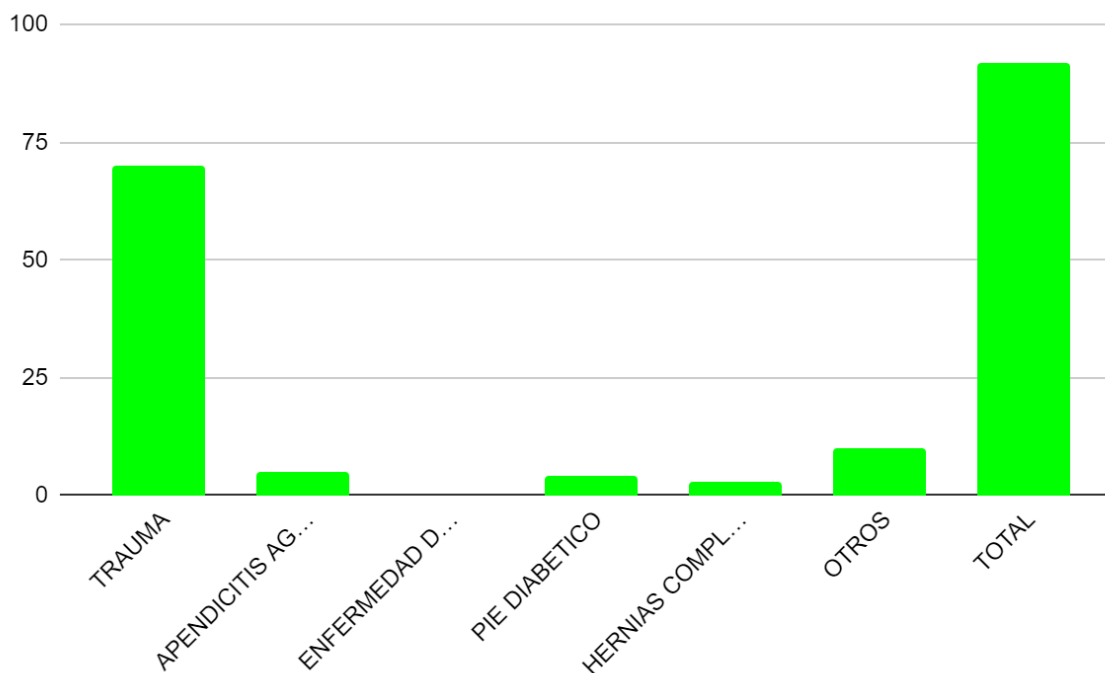
Análisis e interpretación de datos: En total se realizaron 72 referencias de pacientes femeninas al hospital San Juan de Dios de Santa, durante el periodo de la investigación, de estos la causa más común fue apendicitis aguda con un **27.7%** seguido por otras enfermedades de causas varias con un 23.6% en tercer lugar la enfermedad de vía biliar con 22.2% podemos notar que el trauma en el sexo femenino no es predominante como el sexo masculino donde prevalecen otras patologías.

Tabla 3: Diagnóstico de referencia en el sexo masculino

DIAGNOSTICO	NUMERO	PORCENTAJE
TRAUMA	70	76.8%
APENDICITIS AGUDA	5	5.43%
ENFERMEDAD DE LA VÍA BILIAR	0	0%
PIE DIABETICO	4	4.34%
HERNIAS COMPLICADAS	3	3.26%
OTROS	10	10.86%
TOTAL	92	100%

Fuente: Elaboración propia (matriz de datos)

Figura 3: Diagnóstico de referencia en el sexo masculino



Fuente: Tabla 3

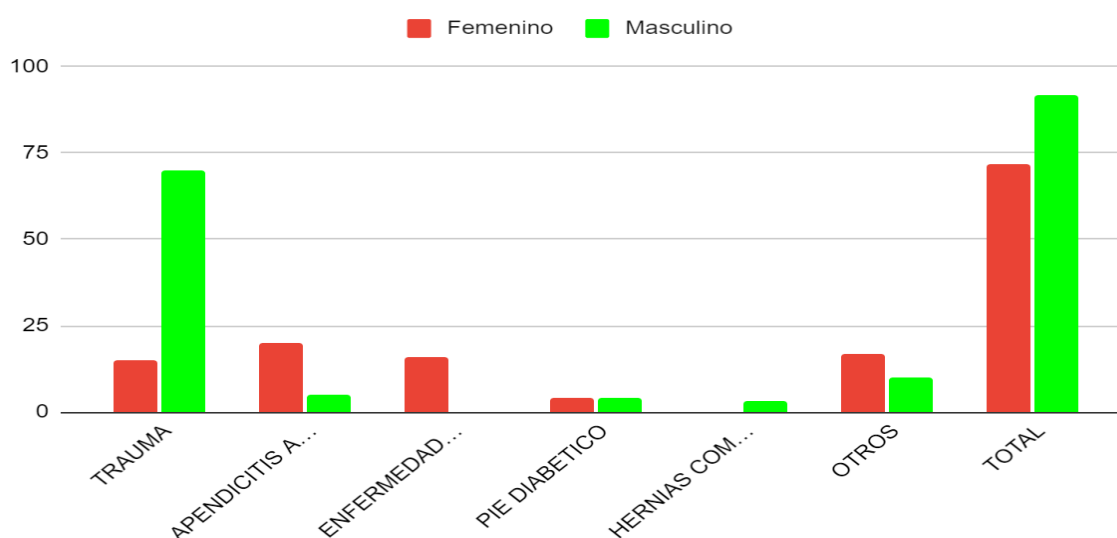
Análisis e interpretación de datos: En pacientes masculinos la causa más común por diferencia es el trauma con un 76.08%, seguido de otros diagnósticos varios con 10.8% cabe destacar la gran diferencia entre los diagnósticos, esto debido a estilos de vida y ocupaciones más riesgosas que realizan los hombres en comparación con el sexo femenino, haciendo del trauma un problema sanitario importante.

Tabla 4: Comparación de patologías según género

DIAGNOSTICO	Femenino		Masculino	
	NUMERO	PORCENTAJE	NUMERO	PORCENTAJE
TRAUMA	15	20.83%	70	76.8%
APENDICITIS AGUDA	20	27.77%	5	5.43%
ENFERMEDAD DE LA VÍA BILIAR	16	22.22%	0	0%
PIE DIABETICO	4	5.55%	4	4.34%
HERNIAS COMPLICADAS	0	0	3	3.26%
OTROS	17	23.61%	10	10.86%
TOTAL	72	100%	92	100%

Fuente: Elaboración propia (matriz de datos)

Figura 4: Comparación de patologías según género



Fuente: Tabla 4

Análisis e interpretación de datos: Es demostrable que los pacientes masculinos la causa más común por diferencia es el trauma con un 76.08%, en comparación con los pacientes femeninos con un 20.83%, mientras que el cuadro de apendicitis es la causa más común en pacientes femeninos con un 27.77% mientras que en pacientes masculinos un 5.43%, esto como causa de las ocupaciones riesgosas que realizan los hombres.

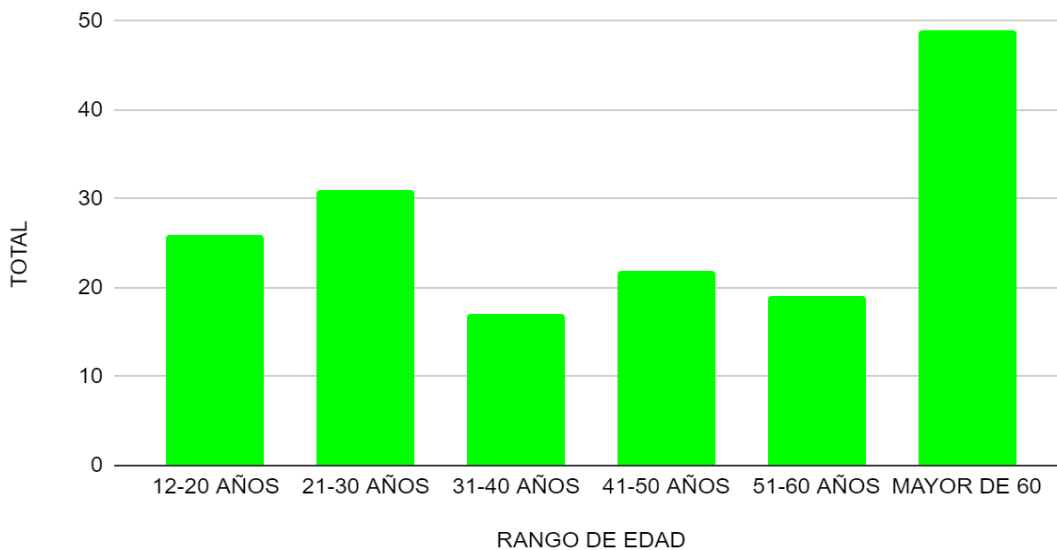
Tabla 5: Edad de los pacientes

RANGO DE EDAD	TOTAL	PORCENTAJE
12-20 AÑOS	26	15.85%
21-30 AÑOS	31	18.9%
31-40 AÑOS	17	10.37%
41-50 AÑOS	22	13.41%
51-60 AÑOS	19	11.59%
MAYOR DE 60	49	29.88%

Fuente: Elaboración propia (matriz de datos)

Figura 5: Edad de paciente

TOTAL frente a RANGO DE EDAD



Fuente: Tabla 5

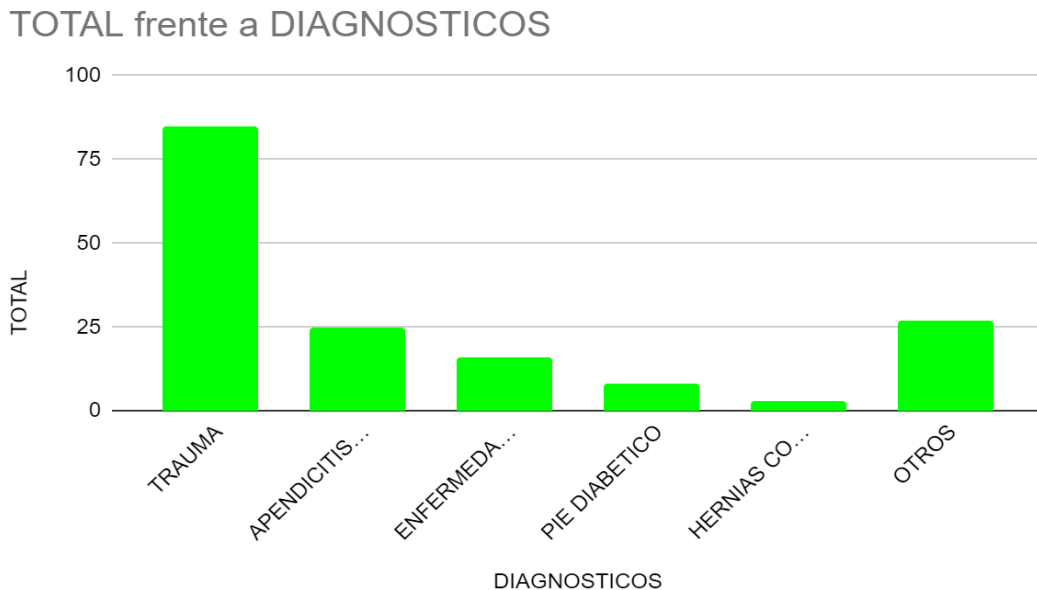
Análisis e interpretación: Del total de referencias la mayor parte fueron de pacientes mayores de 60 años, lo cual es algo esperable, debido a que este grupo etario tiene mayores comorbilidades que el resto de grupos enfermedades crónicas Como Diabetes mellitus, Hipertensión Arterial, Enfermedad renal crónica, inmedepresión entre otros problemas que los hacen pacientes de mayor riesgo. El siguiente grupo es que se encuentre en el rango de entre los 21-30 años, posiblemente el grupo con menos comorbilidades o enfermedades asociadas, pero con mayor riesgo social por estilos de vida peligrosos más expuesto a violencia, accidentes de tránsito, ocupaciones peligrosas.

Tabla 6: Diagnóstico de referencias

DIAGNOSTICOS	TOTAL	PORCENTAJE
TRAUMA	85	51.83%
APENDICITIS AGUDA	25	15.24%
ENFERMEDADES DE VIA BILIAR	16	9.76%
PIE DIABETICO	8	4.88%
HERNIAS COMPLICADAS	3	1.83%
OTROS	27	16.46%

Fuente: Elaboración propia (matriz de datos)

Figura 6: Diagnóstico de referencias



Fuente: Tabla 6

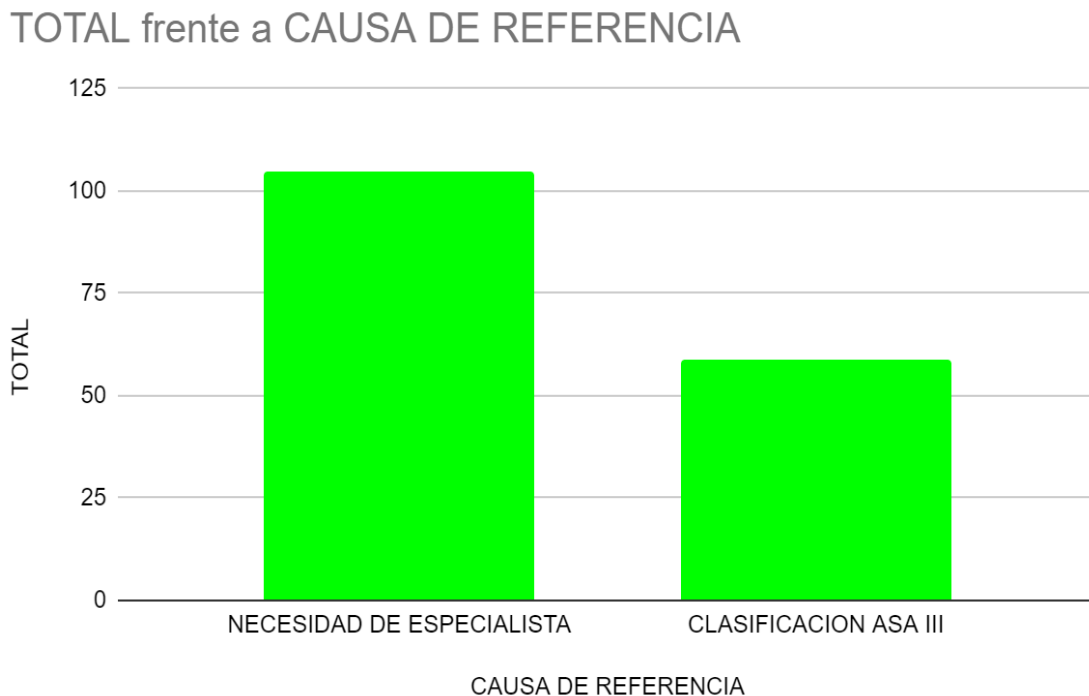
Análisis e interpretación: La gráfica 6, nos muestra que el motivo de referencia más frecuente es por trauma, seguido en orden descendente de apendicitis aguda, otras enfermedades, patología biliar, pie diabético, hernias complicadas. Los accidentes de tránsito, la violencia social hace que los traumas sean frecuentes en nuestra sociedad sobre todo en personas jóvenes, la falta de especialistas en los hospitales periféricos hace que estos pacientes que deberían ser atendidos inmediatamente por el alto riesgo de mortalidad sean referidos al Hospital San Juan de Dios de santa Ana, muchas veces en malas condiciones aumentando esto la morbilidad.

Tabla 7: Causa de referencia

CAUSA DE REFERENCIA	TOTAL	PORCENTAJE
NECESIDAD DE ESPECIALISTA	105	64.02%
CLASIFICACION ASA III	59	35.98%

Fuente: Elaboración propia (matriz de datos)

Figura 7: Causa de referencia



Fuente: Tabla 7

Análisis e interpretación: Durante el periodo de la investigación solo hubieron dos causas por las cuales se refirieron pacientes al Hospital San Juan de Dios de Santa Ana estas fueron la necesidad de especialistas, y una clasificación ASA II, se evidencia la falta de especialistas en los hospitales periféricos, lo cual centraliza la atención a los pacientes en el hospital regional, la evolución de la clasificación ASA (American Society of Anesthesiology) que se utiliza para evaluar el riesgo operatorio del paciente es la segunda causa de referencia, los cuales son aceptados basados en normativas clínicas.

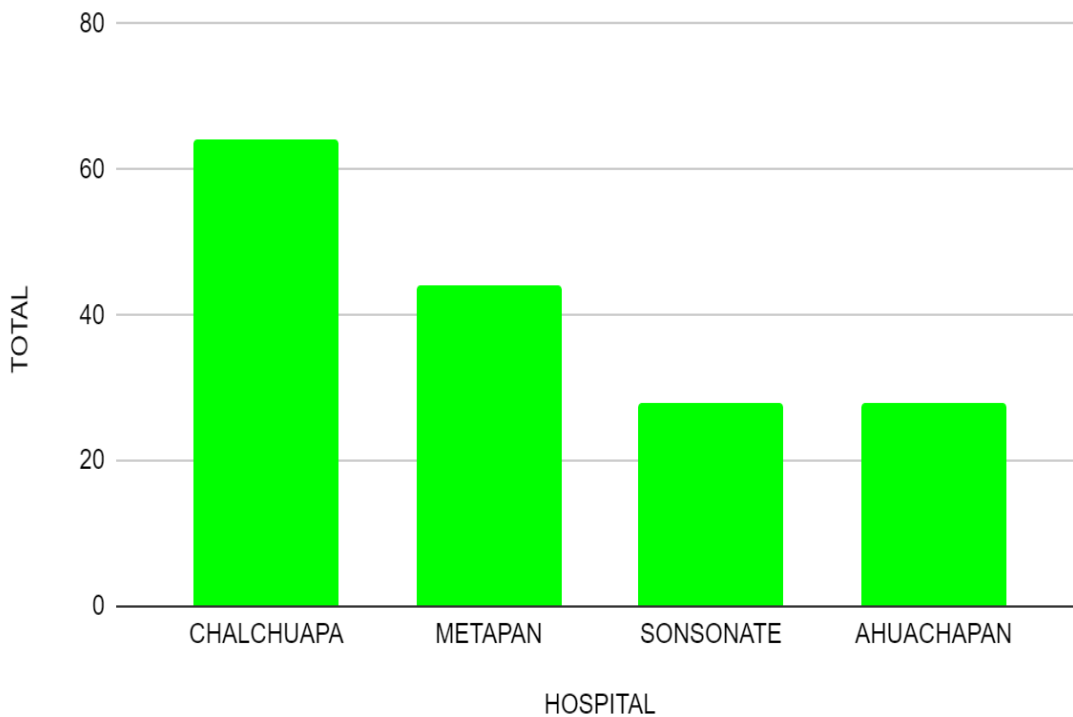
Tabla 8: Hospital de origen de la referencia

HOSPITAL	TOTAL	PORCENTAJE
CHALCHUAPA	64	39.02%
METAPAN	44	26.83%
SONSONATE	28	17.07%
AHUACHAPAN	28	17.07%

Fuente: Elaboración propia (matriz de datos)

Figura 8: Hospital de origen de la referencia

TOTAL frente a HOSPITAL



Fuente: Tabla 8

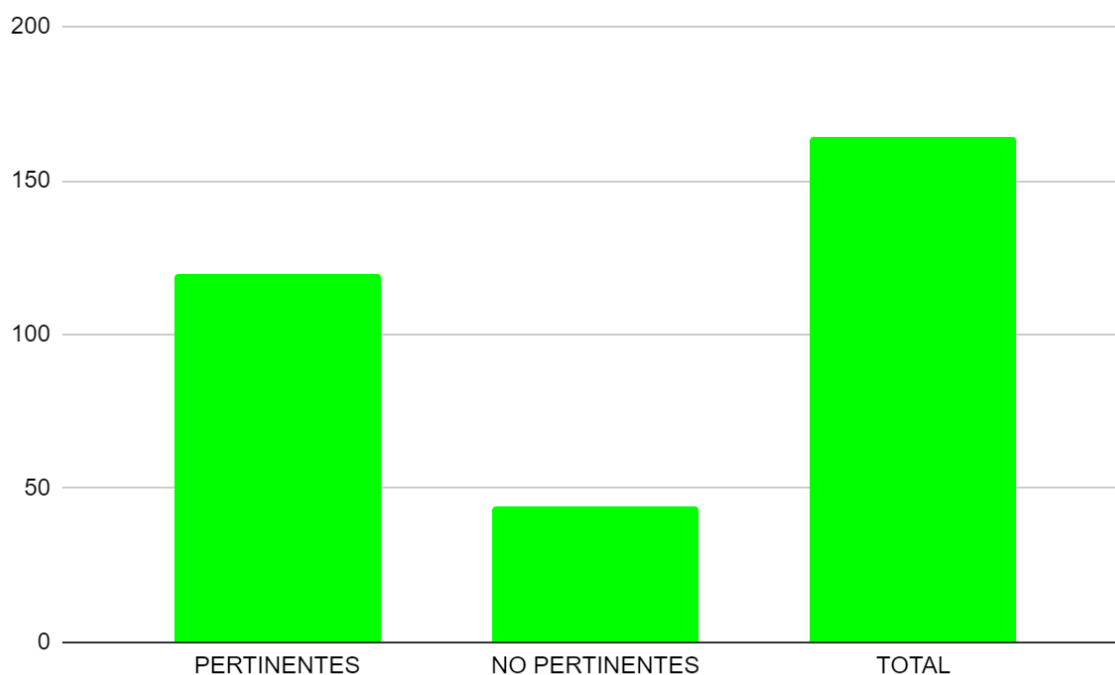
Análisis y interpretación: El hospital de Chalchuapa fue el que más pacientes refirió al hospital Nacional San Juan Dios de Santa Ana, con un total de 64 pacientes seguido en orden descendente por el hospital de Metapán, Sonsonate, Ahuachapán, estos últimos con la misma cantidad de 28 pacientes cada uno, la causa más común de referencia fue la falta de especialistas con los que estos hospitales no cuentan.

Tabla 9: Pertinencia de las referencias

TIPO DE REFERENCIA	TOTAL	PORCENTAJE
PERTINENTES	120	73.17%
NO PERTINENTES	44	26.83%
TOTAL	164	100%

Fuente: Elaboración propia (matriz de datos)

Figura 9: Pertinencia de las referencias



Fuente: Tabla 9

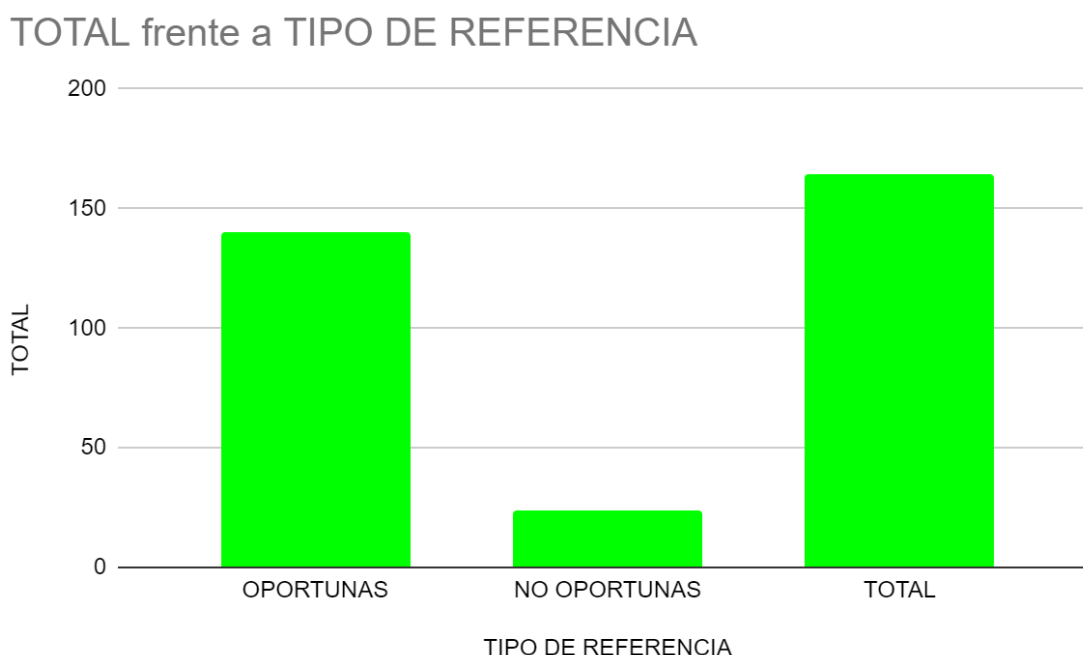
Análisis e interpretación: Se hicieron un total de 164 referencias en el periodo comprendido de enero a septiembre del año 2020 al hospital Nacional San Juan de Dios de Santa Ana, de estas 24 no fueron pertinentes según la evaluación del médico que recibió la referencia, teniendo en cuenta que una referencia pertinente es aquella que se envía al establecimiento de salud que corresponde según su patología o condición clínica de acuerdo a los instrumentos técnico-jurídicos. Dentro de las causas de la no pertinencia se encuentra referencias que pudieron haberse manejado en el hospital que refiere, la condición clínica del paciente se vio afectada por la referencia (pacientes con traumas), pacientes en lo que su condición hemodinámica esta deteriorada por que se han referido tarde.

Tabla 10: Oportunismo de las referencias

TIPO DE REFERENCIA	TOTAL	PORCENTAJE
OPORTUNAS	140	85,37%
NO OPORTUNAS	24	14.63%
TOTAL	164	100%

Fuente: Elaboración propia (matriz de datos)

Figura 10: Oportunismo de las referencias.



Fuente: Tabla 10.

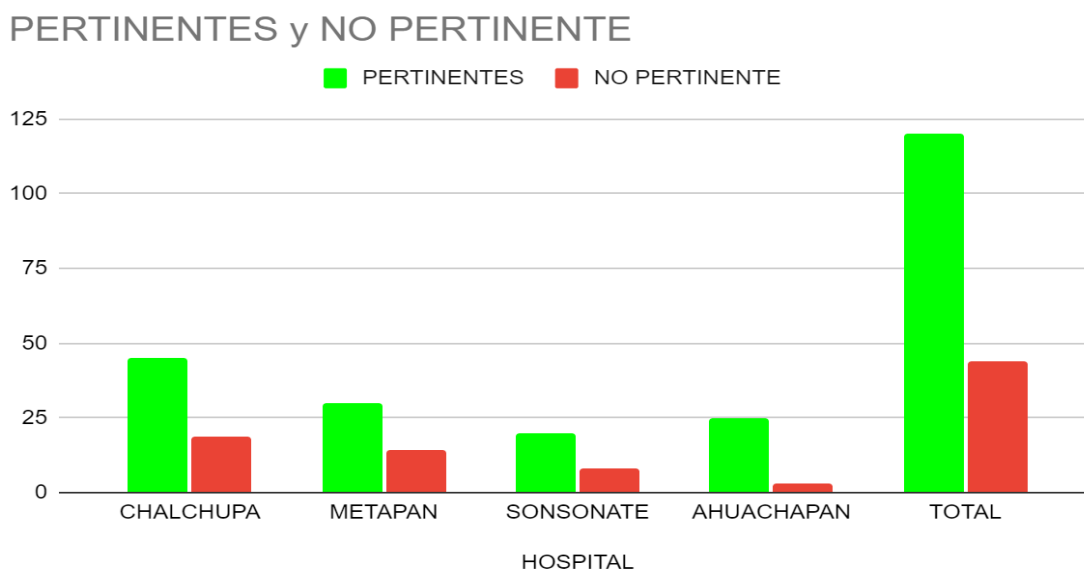
interpretación y Análisis: De las 164 referencias 24 fueron evaluadas como no oportunas por el médico que recibió la referencia en el Hospital Nacional San Juan de Dios de Santa Ana, entendiendo por oportuna aquella referencia que ha sido realizada y enviada al establecimiento de salud que corresponde según su patología o condición clínica de acuerdo a los instrumentos técnico-jurídicos. Los problemas identificados son pacientes que pudieron ser atendidos en el hospital que refería, pacientes referidos sin antes estabilizar hemodinamicamente solo por salir del apuro, mala presentación de los pacientes entre otros problemas.

Tabla 11: Pertinencia por hospital.

HOSPITAL	PERTINENTES	NO PERTINENTE	PORCENTAJE DE NO PERTINENCIA
CHALCHUAPA	45	19	42%
METAPAN	30	14	46%
SONSONATE	20	8	40%
AHUACHAPAN	25	3	12%
TOTAL	120	44	164

Fuente: Elaboración propia (matriz de datos)

Figura 11: Pertinencia por hospital.



Fuente: Tabla 11

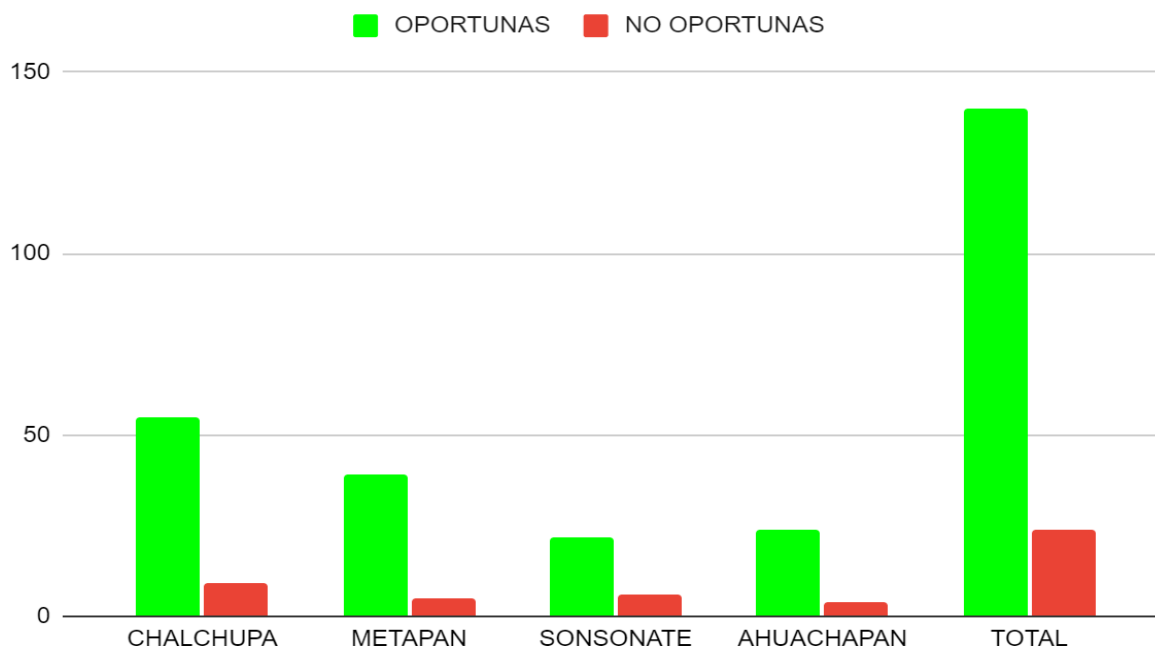
Análisis e interpretación: El hospital de Chalchuapa fue el que más referencias no Pertinentes hizo en el periodo de nuestra investigación en total realizo 19 referencias no pertinentes aun así si fue el que más referencias pertinentes tuvo debido a que es el hospital que más refiere pacientes al Hospital Nacional San Juan de Dios de Santa Ana, además podemos ver que en porcentaje el Hospital de Metapán tuvo mayor número de referencia no oportunas en relación al total de referencias enviadas con un 46% de sus referencias no oportunas seguido por Chalchuapa con 42% y Sonsonate con 40% y muy de lejos Ahuachapán con 12%.

Tabla 12: Oportunidad por hospital.

HOSPITAL	OPORTUNAS	NO OPORTUNAS	PORCENTAJE DE NO OPORTUNAS
CHALCHUPA	55	9	16.3%
METAPAN	39	5	12.8%
SONSONATE	22	6	27.2%
AHUACHAPAN	24	4	16.3%
TOTAL	140	24	16.4%

Fuente: Elaboración propia (matriz de datos)

Figura 12: Oportunidad por hospital.



Fuente: Tabla 12

Análisis e interpretación: El hospital que mayor número de referencias no oportunas realizó fue el hospital de Chalchuapa siendo esto esperado ya que es el hospital que más referencias realiza. En porcentaje por número de referencias es Sonsonate con 27.2% de referencias no oportunas de un total de 22 referencias realizadas seguida por Chalchuapa y Ahuachapán ambos con 16.3% y por último Metapán con 12.8%.

CONCLUSIONES

1. En relación al perfil epidemiológico la mayor parte de los pacientes referidos al Hospital San Juan de Dios de Santa Ana en el periodo de la investigación fueron hombres, el rango de edad más frecuente fue arriba de los 60 años
2. En el sexo femenino la causa de referencia más común es por apendicitis y en hombres la causa más frecuente es el trauma.
3. La patología más frecuentemente referida al Hospital San Juan de Dios de Santa Ana es el trauma durante el periodo en el cual se llevó acabo esta investigación.
4. El hospital que más referencias realizo En el periodo de la investigación fue el hospital nacional de Chalchuapa.
5. La causa más común de referencia durante el periodo de la investigación fue la falta de especialista seguido por la clasificación ASA III.
6. El hospital que mayor número de referencias no oportunas realizo durante la investigación fue el hospital nacional de Chalchuapa.
7. El hospital que mayor número no pertinentes realizo durante el periodo de investigación fue el hospital de Chalchuapa.

RECOMENDACIONES

1. Contratar medico especialistas en los hospitales periféricos de la región de occidente
2. Contratar o tener de referencia un médico anesthesiólogo para los hospitales periféricos de la región occidental del país.
3. Realizar supervisiones de manera estricta y completa del proceso de referencia, retorno e interconsulta en los hospitales de la región de occidente.
4. Actualizar el sistema de referencia, retorno e interconsulta a un sistema digitalizado que permita llevar de manera ordenada el historial médico del paciente.
5. Descentralizar la atención de los pacientes en la región de occidente.
6. Socializar con el personal de salud de los hospitales periféricos de occidente las normas de referencia, retorno e interconsulta.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Lineamientos técnicos para la referencia, retorno e interconsulta en las RISS
Ministerio de Salud (2016)

Ley De Creación Del Sistema Nacional De Salud De El Salvador (2016) Decreto 442.
Diario Oficial 214. El Salvador.

Lineamientos Técnicos para Categorización y Prestación de Servicios Hospitalarios
(2012) Ministerio de Salud de El Salvador. San Salvador, El Salvador.

Manual de Organización y Funciones del Hospital Nacional San Juan de Dios de
Santa Ana. Ministerio de Salud Pública, San Salvador, Enero 2018. El
Salvador.

Moreno, E. y col. Aspectos conceptuales de la Calidad de atención en salud. En
Calidad y cobertura de la atención primaria (2015): Aporte metodológico
para su evaluación. Ed Artes gráficas Crivelli. Tucumán. Segunda edición.
Pag 21-22.

Plan Operativo Anual Hospital Nacional San Juan de Dios, 2018. El Salvador
Política Nacional de Salud 2009-2014. Construyendo la Esperanza. Decreto 126.
Diario Oficial 33. Febrero 2010. El Salvador

Propuesta de estructura de la red integral e integrada de servicios de salud (RISS)
del Ministerio de Salud Pública. OPS 2010.

Reglamento General de Hospitales del Ministerio de Salud Pública y Asistencia
Social de El Salvador. (2017) Decreto 55. Diario Oficial 110. El Salvador

Overview of the Health Information Research Unit. Department of Clinical
Epidemiology and Biostatistics. McMaster University Faculty of Health
Sciences, Marzo 2017

Guías médicas de Cirugía General de El Salvador (2012)

Páginas de Internet consultadas.

Bravo R. Medicina basada en pruebas. [internet] 1997 [citado 16 agosto 2015]; LIII
(1218): 71-72. Disponible en: www.infodoctor.org/rafabravo/mbe2.htm.



- Oviedo M. Fundamentos de las guías clínicas basadas en la evidencia. [internet] 2003 [citado el 02 agosto 2015]. Disponible en: www.imss.gob.mx/dpmedicas/quuiasclinicas/marcoconceptual.html.
- Red iberoamericana sobre guías de práctica clínica y mejora de la calidad de la atención sanitaria. [internet] 2007 [citado el 02 agosto 2015]. Disponible en: http://213.97.128.188:8080/iberoamericanagpc/DOCUMENTO%20MARCO_IBEROA_MERICANA_ESPA.pdf.
- The AGREE Collaboration. Appraisal of guidelines for research and evaluation (AGREE) Instrument. [internet] 2001. [citado 30 julio 2015]. www.agreecollaboration.org.
- Gómez J. Implementación de guía clínicas. Revista española de cardiología online. [internet] 2000 [citado el 27 julio 2015]. Disponible en: www.revespcardiol.org/cgi-bin/wdbcgi.exe/cardio/mrevista_cardio.fulltext?.

ANEXOS

Anexo 3 Presupuesto

CANTIDAD	CONCEPTO	PRECIO UNITARIO \$	PRECIO TOTAL
	Pago de asesor	1,000	1,000
	transporte	100	100
	Resma de papel bond	4.99	19.96
	Caja de lápices	2.00	2.00
	Caja de lapiceros	3.75	3.75
	Impresiones	0.10	50.00
	Tinta de impresiones	3.50	14.00
	Impresora	32.26	32.26
	Computadora	329.99	329.99
	Folders	0.15	2.25
	Fastener	0.10	1.50
	Anillados	2.00	6.00
	Fotocopias	0.02	7.00
	Empastado	5	5
	Memorias USB	5.50	11.00
	SUBTOTAL		1584.71
	Imprevistos		200
	TOTAL		1784.71
	RECUSOS HUMANOS		
	Coordinador de tesis	1	
	Asesor de tesis	1	

Anexo 4

 **Ministerio de salud** 

Anexo N° 1

Hoja de retorno y respuesta a la Interconsulta (Reverso)

Retorno Retorno 2 Respuesta a la Interconsulta

Aplica el llenado cuando es Retorno 2

Fecha: _____ Hora: _____ Afiliación: _____

Nombre del paciente: _____ Edad: _____

Expediente Hospital: _____ DUI: _____

Dirección: Departamento _____ Municipio _____

Localidad _____

Urbano: _____ Rural: _____

Establecimiento de salud que retorna: _____

Dirección del Domicilio: _____

Resumen clínico (historia clínica y examen físico): _____

Exámenes indicados y resultados:

Diagnóstico: _____

Tratamiento: _____

Conducta a seguir (plan de manejo, seguimiento, próxima cita): _____

Valoración de la pertinencia de la referencia por médico que brinda la atención:

Pertinente: Sí: _____ No: _____ Oportuna: sí: _____ No: _____

Nombre, cargo, firma y sello del médico que retorna o interconsulta: _____