



Universidad De El Salvador
Facultad de Medicina
Maestría en Salud Pública



“PROCESO DEL SISTEMA REFERENCIA, RETORNO E INTERCONSULTA, IMPLEMENTADO A PARTIR DE LA REFORMA DE SALUD, EN LA UNIDAD COMUNITARIA DE SALUD FAMILIAR INTERMEDIA PERIFÉRICA SAN VICENTE Y EL HOSPITAL NACIONAL SANTA GERTRUDIS DEL DEPARTAMENTO DE SAN VICENTE, DURANTE EL PERIODO DEL MES DE JULIO A DICIEMBRE 2015”

TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE MAESTRO DE SALUD PÚBLICA

PRESENTADO POR:

Dra. María Elizabeth Gómez Perla.

Dr. Alexander Alberto Ramos López.

ASESORA:

Licda. Msp Reina Araceli Padilla MSP

CIUDAD UNIVERSITARIA, JULIO 2016.

AUTORIDADES

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
LICDO. JOSE LUIS ARGUETA ANTILLON
RECTOR INTERINO

FACULTAD DE MEDICINA
DRA. MARITZA MERCEDES BONILLA DIMAS
DECANA

LICDA. MSP REINA ARACELI PADILLA
COORDINADORA DE LA MAESTRIA EN SALUD PÚBLICA

JURADO

LICDA. MSP REINA ARACELI PADILLA
LICDA. MSP HILDA CECILIA MENDEZ DE GARCÍA
LICDA. MSP VERALIZ MORAN

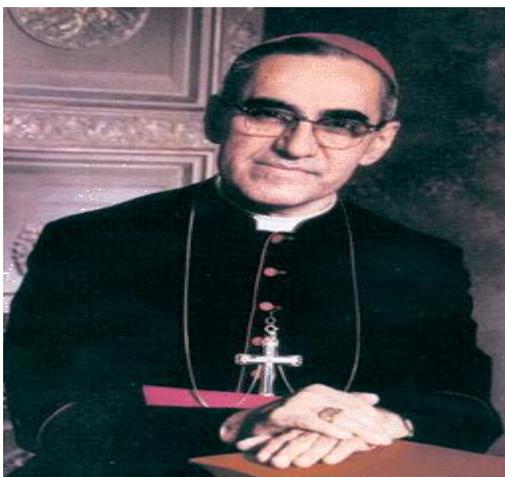
AGRADECIMIENTOS:

Quiero expresar mi profundo agradecimiento en primer lugar a Dios Nuestro Señor que me dio el entendimiento para salir adelante con este aprendizaje de la maestría en salud pública.

A mis padres y mi familia por darme siempre su apoyo y su amor incondicional en cada momento de mi vida ya que sin ellos no podría salir adelante sin sus consejos y sin su acompañamiento.

A mi compañero de Tesis Dr. Alexander Alberto Ramos López, por Acompañarme por la confianza y el trabajo en equipo que hemos realizado a lo largo de este proceso educativo para cumplir nuestro objetivo.

A mis maestras y maestros que me enseñaron a dar este nuevo pasó en mi carrera profesional para ponerlo en práctica y seguir mejorando el sistema de salud de nuestra población salvadoreña.



AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer a un amigo muy especial que es mi Dios, ya que Él es quien a pesar de mis errores siempre está conmigo en las buenas y las malas; le debo todo lo que soy, es El quien me ha dado la sabiduría, la salud y la oportunidad de poder finalizar mi Maestría en Salud Publica.

Agradecer a mi Madre Celestial quien siempre está pendiente de mi vida.

Agradezco también a mis Padres quienes han estado conmigo en todo momento brindándome su amor, haciéndome una persona de bien, guiándome en la vida y brindando su apoyo incondicional, a mis Hermanos, a mis Abuelos y demás familia.

A mi Asesora de Tesis Lic. Y Msp Reina Aracely Padilla, por su comprensión y apoyo

Agradecer a mi compañera de Tesis Dra. María Elizabeth Gómez por su apoyo y amistad



RESUMEN

Título: Proceso del sistema referencia, retorno e interconsulta, implementado a partir de la Reforma de Salud, de la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Periférica San Vicente y Hospital Nacional Santa Gertrudis del Departamento de San Vicente, julio a diciembre del 2015.

Propósito: Mejorar el proceso y el cumplimiento de los lineamientos de referencia, retorno e interconsulta, facilitando el continuo de atención de las personas bajo los criterios de continuidad, oportunidad, pertinencia e integralidad permitiendo la toma de decisiones para la referencia cuando las necesidades o complicaciones sobrepasan la oferta de servicios definida para el nivel de atención correspondiente, constituyéndose una pieza fundamental para el trabajo en red.

Materiales y métodos: Es un estudio de tipo descriptivo de corte transversal con enfoque cuantitativo, se entrevistaron a 50 médicos de la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Periférica y Hospital Nacional Santa Gertrudis, en el periodo de julio a diciembre de 2015.

Resultados: Se observó que de los 50 médicos entrevistados el 94% refiere conocer la red de servicios de salud a la cual pertenece su institución y el 6% restante desconoce la red de servicios a la cual pertenece. El 98% de los 50 médicos entrevistados conocen los lineamientos del proceso de referencia, retorno e interconsulta y solamente el 2% restante no los conoce. El 70% de los 50 médicos entrevistados manifestaron que no se cumplen con los criterios de oportunidad y pertinencia. Un 30 % refieren que sí.

Conclusiones: Los médicos conocen el instrumento oficial utilizado en el proceso de referencia, retorno e interconsulta, los mecanismos de coordinación en ambos niveles, no todos aplica correctamente los lineamientos dentro del proceso de referencia, retorno e interconsulta.

Recomendaciones: Retroalimentar los lineamientos a médicos de ambos niveles de atención de manera permanente.

CONTENIDO

CAPITULO	PAGINA
RESUMEN	IV
I. INTRODUCCION	1
II. OBJETIVOS	3
III. MARCO DE REFERENCIA	4
IV. DISEÑO METODOLOGICO	43
V. RESULTADOS	47
VI. DISCUSION	54
VII. CONCLUSIONES	61
VIII. RECOMENDACIONES	63
IX. BIBLIOGRAFIA	64
ANEXOS	69

I. Introducción

Los Sistemas de Salud de las Américas se caracterizan por altos niveles de fragmentación de sus servicios de salud y El Salvador no es la excepción, ya que en el Ministerio de Salud previo a la implementación de la Reforma de Salud, no existían lineamientos sobre referencia retorno e interconsulta, dificultando así el acceso a los servicios de salud, en las actividades de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación; promoviendo el uso irracional e ineficiente de los recursos disponibles, ejemplo de ello es la falta de sistemas informáticos en línea de referencia retorno e interconsulta, conllevando a un débil monitoreo específico de dicho sistema. Además no existía la figura del Comité de referencia retorno interconsulta en RISS para el debido análisis y seguimiento continuo de la calidad de atención a los usuarios no existía.

A partir de la Reforma de Salud se implementó los lineamientos del Sistema de Referencia Retorno e Interconsulta de estricto cumplimiento en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia Periférica de San Vicente y del Hospital Nacional Santa Gertrudis Departamento de San Vicente, con el objetivo de dar el continuo seguimiento de atención integral a los usuarios referidos en ambos niveles de atención en el sistema nacional de salud.

Se ha observado que la elaboración de la referencia retorno e interconsulta debe contemplar el correcto llenado de las variables que contiene dicho documento existente del sistema referencia retorno interconsulta vigente en el Ministerio de Salud. El instrumento oficial de referencia retorno e interconsulta requiere del llenado correcto y completo de todas las variables que este contempla, las cuales por diversas causas no son llenadas correctamente por los médicos de la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia Periférica San Vicente y del Hospital Nacional Santa Gertrudis Departamento de San Vicente en el periodo de julio a diciembre 2015.

Es por ello necesario mejorar el proceso y el cumplimiento de los lineamientos del sistema referencia, retorno e interconsulta, facilitando el continuo de la atención de las personas bajo los criterios de continuidad, oportunidad e integralidad, permitiendo la toma de decisiones para la referencia, cuando las necesidades o complicaciones que presentan los usuarios sobrepasan la oferta de servicios definida para el nivel de atención correspondiente, así mismo el sistema de referencia, retorno e interconsulta se constituye en pieza fundamental para el trabajo en red, siendo este el propósito del estudio.

De acuerdo a lo anteriormente descrito se enuncia lo siguiente:

¿Cómo se ha desarrollado el proceso del sistema referencia retorno e interconsulta implementado a partir de la Reforma de Salud en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Periférica San Vicente y en el Hospital Nacional Santa Gertrudis Departamento de San Vicente?

II.OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Analizar el proceso del Sistema Referencia, Retorno e Interconsulta, implementado a partir de la Reforma de Salud, en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Periférica San Vicente y en el Hospital Nacional Santa Gertrudis del Departamento de San Vicente, en el periodo de julio a diciembre de 2015.

OBJETIVOS ESPECIFICOS.

Valorar el conocimiento acerca de los lineamientos de referencia retorno e interconsulta por médicos, de la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Periférica San Vicente y del Hospital Nacional Santa Gertrudis

Determinar el llenado correcto de la hoja de referencia, retorno e interconsulta en original y copia, por médicos, al referir al paciente a un nivel superior.

Verificar la referencia oportuna y pertinente emitida por médicos de la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Periférica San Vicente y del Hospital Nacional Santa Gertrudis

III. MARCO DE REFERENCIA

3.1 Generalidades.

La Reforma de Salud se basa en principios de equidad, compromiso, intersectorialidad, universalidad, gratuidad, solidaridad, transparencia y participación social, por lo que se construye sobre la marcha y de forma participativa. La retroalimentación derivada de su aplicación, contribuirá a perfeccionarla progresivamente. La construcción del sistema de la naturaleza planteada, supone una profunda reforma de la actual estructura institucional y de su organización

La excesiva fragmentación de los servicios de salud genera dificultades de acceso y baja calidad técnica de la atención. El Ministerio de Salud (MINSAL) comprometido con la salud de la población salvadoreña, para superar estos efectos, impulsa procesos de integración de los servicios de salud, para garantizar la atención oportuna, continua e integral de la población a través de los diferentes niveles, con eficiencia, calidad y calidez.^[1]

Para ello, se establecen los lineamientos técnico operativos, de referencia retorno e interconsulta cuyo principal objetivo es el de facilitar la implementación del sistema de referencia, retorno e interconsulta, uno de los mecanismos de enlace para la adecuada coordinación asistencial a lo largo de todo el continuo de los servicios de salud entre las instituciones, niveles y servicios de las redes, tomando como base la población y el territorio a cargo, la determinación de la oferta de servicios en función de las necesidades y características de la población a atender, la integración de servicios de promoción y prevención, de diagnóstico y tratamiento a la morbilidad, rehabilitación y cuidados paliativos, prestación de servicios especializados en el lugar más apropiado y en entornos extra hospitalarios, atención centrada en la persona, en la familia y en la comunidad, teniendo en cuenta las particularidades socio-culturales y de género y la integración de acciones de salud pública.

1- Rodríguez, M. I., Construyendo la Esperanza. Diario Oficial San Salvador, febrero 2010, No.33. (m).

El Sistema de referencia, retorno e interconsulta constituye una pieza clave para la adecuada gestión de la atención, de tal forma que las personas reciban un continuo de servicios de promoción, prevención, diagnóstico y tratamiento, a la vez gestión de sus riesgos y enfermedades, así como también la rehabilitación y cuidados paliativos, a través de los diferentes niveles y sitios de atención de la red de servicios y del sistema nacional de salud, y de acuerdo a sus necesidades a lo largo del curso de vida.

Por otra parte, el concepto de continuidad de la atención se refiere a la percepción de las personas sobre la integración de los servicios cuando ocurren una serie de eventos discretos en el cuidado de su salud, los cuales son experimentados como coherentes y conectados entre sí en el tiempo, y responden a sus necesidades y preferencias en salud.[2].

El Sistema de referencia, retorno e interconsulta establece coordinaciones eficientes entre los diferentes niveles de atención de la RIISS, facilitando el continuo de la atención de las personas bajo los criterios de continuidad, oportunidad e integralidad, permite la toma de decisiones para la referencia, de la atención de las personas bajo los criterios de continuidad, oportunidad e integralidad, permite la toma de decisiones para la referencia, cuando las necesidades o complicaciones que presentan los usuarios sobrepasan la oferta de servicios definida para el nivel de atención correspondiente, así mismo el sistema de referencia, retorno e interconsulta se constituye en pieza fundamental para el trabajo en red.

Permite que el personal de los servicios de salud, brinde la atención a los usuarios de acuerdo a la oferta de servicios definida para cada uno de ellos, optimizando de esta manera la utilización de los mismos.

2-Ministerio de Salud Lineamientos técnicos para la referencia, retorno e interconsulta en las RIISS. ... Registro de referencia y retorno del establecimiento

La implementación del sistema de referencia, retorno e interconsulta, contribuye a la resolución efectiva de los problemas de salud de la población, inclusive aquellos que requieren hospitalización o atención especializada.

Para el funcionamiento del Sistema de referencia, retorno e interconsulta, se requiere la integración en red de los servicios de salud en los diferentes niveles de atención; para desarrollar la integración se vuelve necesaria la implementación de metodologías que permitan la discusión de casos, interconsultas y educación continua entre los diferentes niveles de la red de servicios, así como el control ejercido por los diferentes comités y consejos de la red. [3].

La referencia es el proceso a través del cual el personal de la RIISS, envía o acompaña a un paciente al nivel de atención indicado, cuando su condición clínica excede la capacidad resolutoria del establecimiento de salud inicial, por haber superado la oferta de servicios establecida o por pertenecer a otra área de responsabilidad, refiriéndose a la misma para la continuidad de los servicios de salud requeridos.

La referencia puede ser en el mismo nivel o bidireccional, desde el primer nivel de atención hasta el tercero y viceversa, en el caso de demanda espontánea. En ningún caso el personal de salud de los establecimientos de la red de servicios del MINSAL, negará la atención requerida por los ciudadanos, por el hecho de no pertenecer a la población asignada o al área de responsabilidad, debiendo darle la atención inicial y referirlo para la continuidad de la atención en el establecimiento correspondiente, cuando esté en condiciones adecuadas para ser trasladado o referido al mismo.

La referencia debe cumplir los requisitos de:

- Oportunidad, definido como el momento exacto en que el usuario debe ser referido de acuerdo a lo establecido en dichos lineamientos que plantea el Ministerio de Salud.

Pertinencia, definida como momento o circunstancia adecuada por lo que es necesario referir, a un nivel de mayor resolutiveidad, para el tratamiento de los usuarios que lo demanden.

Así como el grado de adecuación de los servicios a la satisfacción de necesidades de la población, basado en evidencia objetiva por medio de la cual se establecen prioridades, asumiendo que los problemas más importantes deben abordarse primero. El retorno es la fuente de retroalimentación para garantizar el continuo de la atención del paciente, para lo cual se vuelve imprescindible la información de la atención recibida. [4]

La interconsulta se genera cuando se necesita la opinión de uno o más profesionales especializados para el manejo integral de la persona, desde el primer nivel hasta el tercer nivel de atención, ya sea en la comunidad, unidades comunitarias de salud familiar, consulta externa o para pacientes hospitalizados.

Algunas de las razones fundamentales para la interconsulta son:

1. Mejorar el acceso brindando atención en el lugar y tiempo adecuados.
2. Necesidad de un diagnóstico o terapéutica de mayor complejidad.
3. Necesidad de un enfoque multidisciplinario.
4. Evolución no satisfactoria del paciente.
5. Enfermedades que se constituyen riesgo individual o para la Salud colectiva (epidemias, entre otros).
6. Necesidad de ampliar capacidades y competencias del equipo de salud, mediante la educación continuada en el servicio.
7. Oportunidad para mejorar la eficiencia y optimizar los recursos.

4-Ministerio de Salud de El Salvador. Lineamientos Operativos para el Desarrollo de Actividades en los ECOSF Familiares y ECOS Especializados. San Salvador, El Salvador: MINSAL; 2011.

Se debe construir un Sistema Nacional de Salud que, desde la concepción y el compromiso explícito del reconocimiento de la salud como un bien público y un derecho humano fundamental que debe ser garantizado por el Estado, que asume la tarea de la construcción colectiva, democrática y participativa de la misma, a partir de bases programáticas que incluyen: el enfoque de derechos humanos, el trabajo intersectorial para el abordaje de la determinación social de la salud, el desarrollo de un sistema nacional de salud equitativo, eficiente, solidario y universal y la integración, complementación y desarrollo de políticas de salud en el nivel subregional y regional. [5]

La construcción de un sistema con estas características constituye un desafío histórico para el sector salud, lo que debe complementarse con el fortalecimiento de la organización comunitaria y de la sociedad civil para que la población pueda ejercer plenamente su derecho a la salud y vigilar el cumplimiento del rol contralor hacia el Estado. Hay que recordar que este sistema se implementa con la Reforma de Salud que el Gobierno de El Salvador a través del Ministerio de Salud comienza en el año 2010 debido al prolongado y deterioro del sistema público. [6]

El Sistema Público de Salud sacrificó la extensión de la cobertura para propiciar, en un espacio con carencia o insuficiente regulación por parte del Estado, una mayor participación del sector privado con fines de lucro en todas las actividades médicas.

Esto se suma a la precariedad de las condiciones de trabajo de la población, los bajos ingresos y el crecimiento de la tensión y el conflicto social, condicionando el recrudecimiento de las epidemias nuevas y re emergentes y otras enfermedades relacionadas con la pobreza, así como los padecimientos propios de las sociedades modernas como enfermedades crónico degenerativas y las lesiones intencionales o accidentales, los problemas relacionados con la salud sexual y reproductiva.

5-República de El Salvador. Constitución de la República de El Salvador.

6-Política Nacional de Salud 2009-2014 Ministerio de Salud 4ª edición

La seguridad social y otros entes públicos autónomos, aunque históricamente han proporcionado mejores servicios que los del Ministerio de Salud Pública, cubren un porcentaje reducido del total de la población salvadoreña, lo que hacen utilizando un alto nivel de recursos económicos, con inadecuados niveles de solidaridad con el resto de la población, generando profundas inequidades que se suman a una distribución no solidaria de la riqueza nacional, a mecanismos de participación comunitaria débiles y también a un endeble sentido democrático del Estado. [7]

Hasta entonces, el Estado salvadoreño no había contado con una política de salud equitativa, eficiente, solidaria y universal que aborde los determinantes sociales de la salud. El sistema también adolecía de un virtual abandono de la promoción de la salud, un pobre énfasis en la prevención de la enfermedad y la rehabilitación, y un sistema de servicios de salud en proceso de privatización, segmentado, fragmentado, inadecuadamente financiado y con énfasis en las acciones curativas.

Importantes grupos de la población, especialmente las mujeres en edad fértil, los pobres y los niños, carecen de acceso a la atención de salud y en muchas ocasiones, cuando acceden deben costear de su bolsillo los procedimientos de gabinete y laboratorio para el diagnóstico y el tratamiento. La conflictividad sectorial está a la orden del día y el desabastecimiento crónico de medicamentos en el sector público viene a sumarse a los precios más altos del mundo en las farmacias privadas, para generar complicaciones y muerte en los hogares y golpear duramente su economía, siendo causa importante de mayor empobrecimiento.

El nuevo enfoque de Salud Pública concibe La Salud como un bien público, como un derecho humano fundamental y como la resultante de una interacción dinámica de determinantes socio-económicos, políticos, biológicos, culturales, demográficos y ambientales que permitan a la persona alcanzar su plena realización humana a través de vidas largas, saludables y productivas.

7- Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (ELS). Análisis de Avances en la Reforma de Salud en El Salvador. Periodo 2009-2011. Eje 1: RIIS (web: www.els.ops-oms.org).

El nuevo enfoque de Salud Pública concibe La Salud como un bien público, como un derecho humano fundamental y como la resultante de una interacción dinámica de determinantes socio-económicos, políticos, biológicos, culturales, demográficos y ambientales que permitan a la persona alcanzar su plena realización humana a través de vidas largas, saludables y productivas.

Esta concepción supera la mera ausencia de enfermedades. Requiere el fortalecimiento de la organización comunitaria y la participación social, a fin de que la sociedad se empodere y pueda enfrentar con éxito y tomar control de las determinantes de su salud, así como la organización y el desempeño eficiente de los servicios de atención a la salud-enfermedad y su adecuada atención y seguimiento de los pacientes.

Para responder a las necesidades, principios y valores citados, se reorientó el Sistema Nacional de Salud con base a la estrategia de Atención Primaria de Salud Integral. El resultado será un sistema que conciba la salud como un derecho humano fundamental, que busca permanentemente la equidad en salud y la solidaridad social, ajustando los servicios de salud hacia la promoción y la prevención.

El Sistema buscará que se asignen las funciones apropiadas a cada nivel gubernamental para hacer efectiva la intersectorialidad. También integrará las funciones de salud pública y de atención a la enfermedad y creará un marco institucional que incentive la mejoría de la calidad de los servicios a través del sistema de referencia retorno e interconsulta.

El Sistema de Referencia y Retorno es una actividad fundamental para la adecuada gestión de la atención y contribuye a la resolución efectiva de los problemas de salud de la población, es también un enlace entre la Unidad Comunitaria de Salud Familiar y el Hospital, para completar los servicios brindados a la población cuando se sobrepasan las competencias de un determinado nivel. El Retorno es el regreso del usuario del Hospital, a la unidad de salud o sitio de donde partió la Referencia, se

define así para indicar que el primer nivel tiene la responsabilidad total e indelegable de atención sobre las personas de su zona.

El Ministerio de Salud en el proceso de reforma del sistema de salud de El Salvador, ha dado pasos firmes para lograr el objetivo fundamental de su Política, garantizando el derecho a la salud a toda la población salvadoreña, a través de la construcción del Sistema Nacional Integrado de Salud. El proceso enunciado se inicia en el primer tramo de la gestión, comenzando 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. [8].

Los establecimientos de salud de primer nivel trabajarán en el espacio geopoblacional previamente definido, proporcionando a las personas, familia y comunidad los servicios de salud, articulando con los Hospitales de su territorio, para garantizar el continuo de la atención, coordinando con las comunidades, actores locales y otros agentes del Estado, con el propósito de buscar las soluciones oportuna a los problemas, con abordaje intersectorial, con el fin de modificar las determinantes sociales de la salud.

El fortalecimiento del primer nivel de atención con el modelo de Atención primaria de salud la aplicación de la ficha familiar para la detección temprana de riesgos y de morbilidad aguda y crónica, la dotación de infraestructura, RRHH y medicamentos y su vinculación con los niveles hospitalarios mediante la RIISS. Todo ello combinado con acciones intersectoriales para la promoción de la salud y con un activo proceso de organización y participación social en el desarrollo del modelo de reforma, como actores empoderados del derecho a la salud y en el marco de sus determinantes sociales

El enfoque de la Reforma de Salud es La atención primaria de salud:

Es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria.

La atención primaria en salud:

Se orienta hacia los principales problemas de salud de la comunidad y presta los servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación necesarios para resolver esos problemas.

Comprende, cuando menos, las siguientes actividades: la educación sobre los principales problemas de salud y sobre los métodos de prevención y de lucha correspondientes; la promoción del suministro de alimentos y de una nutrición apropiada, un abastecimiento adecuado de agua potable y saneamiento. básico; la asistencia materno infantil, con inclusión de la planificación de la familia; la inmunización contra las principales enfermedades infecciosas; la prevención y lucha contra las enfermedades endémicas locales; el tratamiento apropiado de las enfermedades y traumatismos comunes; y el suministro de medicamentos esenciales a la población.

Se incluye la participación, además del sector sanitario, de todos los sectores y campos de actividad conexos del desarrollo nacional y comunitario y exige los esfuerzos coordinados de todos esos sectores; fomenta la autorresponsabilidad y la

participación de la comunidad y del individuo en la planificación, la organización, el funcionamiento y el control de la atención primaria de salud, sacando el mayor partido posible de los recursos locales y nacionales y de otros recursos disponibles, y con tal fin. Desarrolla mediante la educación apropiada la capacidad de las comunidades para participar; se basa, tanto en el plano local como en el de referencia y consulta de casos, en personal de salud, con inclusión según proceda, de médicos, enfermeras, parteras, auxiliares y trabajadores de la comunidad, así como de personas que practican la medicina tradicional, en la medida que se necesiten, con el adiestramiento debido en lo social y en lo técnico, para trabajar como un equipo de salud y atender las necesidades de salud expresas de la comunidad. [9]

Promoción de la salud:

La promoción de la salud es una política que de acuerdo a la Carta de Ottawa 1986, consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social un individuo o grupo, debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente. La salud se percibe pues, no como el objetivo, sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana. Se trata por tanto de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales así como las aptitudes físicas. Por consiguiente, dado que el concepto de salud como bienestar trasciende la idea de formas de vida sanas, la promoción de la salud no concierne exclusivamente al sector sanitario, si no que abarca a toda la población, en una etapa de orientación a la comunidad, familia e individuo, cuya finalidad es satisfacer las necesidades de los usuarios en materia de salud.

9- Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2008: La atención primaria de salud, más necesaria que nunca. Suiza: OMS; 2008

Los sistemas de salud basados en la APS están conformados por elementos interrelacionados: La cobertura y el acceso universal: Requiere que los servicios sean aceptables para toda la población y ello implica tener en cuenta las necesidades en materia de salud, las preferencias, la cultura y los valores a nivel local. La aceptabilidad determina el uso real de los servicios influyendo en la percepción sobre el sistema de salud, incluyendo la satisfacción de las personas con los servicios prestados, su nivel de confianza con los proveedores, y el grado real de comprensión y seguimiento de las indicaciones médicas recibidas.

El primer contacto: La atención primaria debe ser la puerta principal de entrada al sistema de salud para la consulta de todos los nuevos problemas de salud y el lugar donde se resuelvan la mayoría de ellos, incluyendo los servicios sociales.

Atención integral, integrada continua y esto implica que prestación de servicios disponibles debe ser suficiente para responder a las necesidades de salud de la población, incluyendo la promoción, prevención, diagnóstico precoz, atención curativa, rehabilitadora y paliativa, y apoyo para el autocuidado.

La integralidad es una función de todo el sistema de salud e incluye la prevención, la atención primaria, secundaria, terciaria y paliativa. La atención integrada es complementaria de la integralidad porque exige la coordinación entre todas las partes del sistema para garantizar la satisfacción de las necesidades de salud y su atención a lo largo del tiempo, así como a través de los diferentes niveles y lugares de atención sin interrupción. Implica un enfoque que abarca todo el ciclo de vida con sistemas de referencia y contrareferencia a través de todos los niveles del sistema de salud, y en ocasiones, a otros servicios sociales. La orientación familiar y comunitaria: La APS no descansa exclusivamente en una perspectiva individual o clínica. La APS emplea la perspectiva de la salud pública al hacer uso de la información familiar y comunitaria para identificar riesgos y decidir el orden de prioridad de las intervenciones. Se considera que la familia y la comunidad son los ejes principales de la planificación y la intervención del sistema.

El énfasis en la promoción y en la prevención es de importancia para un sistema de salud basado en la APS. Se consideran sus acciones costo–efectivas, éticas, pueden empoderar a las comunidades y a los individuos para que ejerzan mayor control sobre su propia salud, y son esenciales para abordar la raíz de los determinantes sociales de la salud.

La atención no se limita simplemente a la atención de una enfermedad o de un órgano. Debe centrarse en la persona como un todo y en sus necesidades sociales y de salud, adecuando las respuestas a la comunidad local y a su contexto a lo largo de la vida, garantizando al mismo tiempo que las intervenciones son seguras y que la persona no sufrirá daños o perjuicios de ningún tipo.

Es necesario que se ajusten a las necesidades comunes de toda la población, al tiempo que atiendan necesidades específicas de determinados grupos de población, como las mujeres, los ancianos, los discapacitados, las poblaciones Indígenas o poblaciones de ascendencia africana, que quizá no estén recibiendo la atención apropiada debido a la manera en la que comúnmente ésta se organiza. [10]

Sistema de Salud antes del año 2009.

- Sistema de salud altamente fragmentado y segmentado.
- Distribución no equitativa de presupuestos y baja inversión pública en salud.
- Énfasis predominante en el área curativa/visión medicalizada.
- Baja cobertura y baja accesibilidad a los servicios de salud.
- Baja calidad y calidez en la prestación de los servicios.
- Escasa intersectorialidad en materia de salud.
- Participación comunitaria escasa en la toma de decisiones.
- Déficit de recursos humanos, con Escasa formación en APS-I.
- Cobro directo por la prestación de servicios de salud.

10- Mirta Roses, Directora, OPS. Informe Anual de la Directora. Avances en torno a la Atención Primaria de Salud en las Américas. OPS/OMS: Oficina Regional de la OMS; 2009

- Sistema de salud altamente excluyente, fragmentado y segmentado.
- Baja calidad y calidez en la atención de salud
- Obsolescencia en una importante parte del equipo médico quirúrgico.
- Desabastecimiento crónico de medicamentos, vacunas e insumos médicos en la red pública de salud y alto costo de medicamentos en el mercado
- Escasa participación social en salud
- Baja inversión pública en salud, Presupuesto del MINSAL en relación al PIB en 2008: 1.8% Baja inversión e inequidades en la distribución presupuestaria [11]

REFORMA DE SALUD EN EL SALVADOR.

El objetivo de la políticas es:

Garantizar el derecho a la salud a toda la población Salvadoreña a través de:

- Un Sistema Nacional Integrado de Salud que fortalezca sostenidamente lo público (incluyendo a la Seguridad Social) y regule efectivamente lo privado
- El acceso a la promoción, prevención, atención y rehabilitación de la salud
- Un ambiente sano y seguro
- Fortalecimiento de la organización comunitaria y participación social con el fin de que la sociedad tome control de las determinantes de la salud.
- La creación y el mantenimiento de un sistema de atención a la salud, eficiente, de alta resolutivez y con acceso equitativo a servicios de calidad para todas las personas.

Principios de la Reforma de Salud

Gratuidad, Acceso universal, Equidad, Participación Social Intersectorialidad, Solidaridad, Compromiso, Transparencia

11- Ministerio de Salud de El Salvador. Informe de Labores 2012- 2013. San Salvador, El Salvador: MINSAL; 2013.

FUNCIONAMIENTO EN RED SE DEBE A:

Es una respuesta a la fragmentación de los servicios de salud que es una causa importante del bajo desempeño de los servicios y sistemas de salud, y la baja satisfacción de los usuarios con los servicios recibidos. Contribuir al desarrollo de Sistemas de Salud Basados en la APS-I, que aseguren servicios de salud que sean más accesibles, equitativos, eficientes, de mejor calidad técnica, y que satisfagan mejor las expectativas de los ciudadanos.

EJES DE LA REFORMA DE SALUD

- ✚ EJE 1: Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud
- ✚ EJE 2: Sistema Nacional de Emergencias Médicas
- ✚ EJE 3: Medicamentos y Vacunas
- ✚ EJE 4: Instituto Nacional de Salud
- ✚ EJE 5: Foro Nacional de Salud
- ✚ EJE 6: Trabajo Intersectorial e intersectorial
- ✚ EJE 7: Planificación e Información Estratégica en Salud
- ✚ EJE 8: Desarrollo de Recursos Humanos en Salud

SERVICIOS DE SALUD INTEGRALES

Gestión y prestación de servicios de salud de forma tal que las personas reciban un continuo de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento de enfermedades, rehabilitación y cuidados paliativos a través de los diferentes niveles de atención del sistema de salud y de acuerdo a sus necesidades a lo largo del ciclo de la vida. El Ministerio de Salud en el proceso de reforma del sistema de salud de El Salvador, ha dado pasos firmes para lograr el objetivo fundamental de su Política, garantizando el derecho a la salud a toda la población salvadoreña, a través de la construcción del Sistema Nacional Integrado de Salud. El proceso enunciado se inicia en el primer tramo de la gestión, comenzando con la reorganización del sistema basado en la Atención Primaria en Salud Integral (APSI). Este gran cambio se realiza

progresivamente, partiendo de lo más importante, el trabajo directo con las personas, familias y comunidades.

La primera fase inició en julio 2010 en ochenta municipios, con 190 Equipos Comunitarios de Salud Familiar, en adelante Ecos Familiares y 14 Equipos Comunitarios de Salud Familiar Especializados, en adelante Ecos Especializados; la segunda fase en enero del 2011, llegando hasta ciento treinta y un municipios, con 380 Ecos Familiares y 28 Ecos especializados; en la tercera fase en agosto del 2011 en ciento cincuenta y tres municipios, con 422 Ecos Familiares y 28 Ecos Especializados, de esta manera funcionan a finales del año 2011 en su totalidad 450 Ecos. Éstos trabajarán en el espacio geo-poblacional previamente definido, proporcionando a las personas, familia y comunidad los servicios de salud, articulando con los Hospitales de su territorio, para garantizar el continuo de la atención, coordinando con las comunidades, actores locales y otros agentes del Estado, con el propósito de buscar las soluciones oportuna a los problemas, con abordaje intersectorial, con el fin de modificar las determinantes sociales de la salud.

[12]

REDES INTEGRALES E INTEGRADAS DE SERVICIOS DE SALUD.

□ Redes integrales e integradas de servicios de salud (RIISS): están conformadas por las diferentes dependencias del MINSAL, instituciones del Sistema Nacional de Salud (SNS) y otros prestadores de servicios de salud, que se incorporen gradualmente; los cuales desarrollan su trabajo en una población definida.

Servicios de Salud Integrales: “se refiere a la gestión y prestación de servicios de salud de forma tal que las personas reciban un continuo de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, gestión de enfermedades, rehabilitación y cuidados paliativos a través de los diferentes niveles de atención del sistema de salud y de acuerdo a sus necesidades a lo largo del ciclo de la vida.”

La implementación de los conceptos anteriores se define según la siguiente clasificación:

□ □ **Red (Nacional, Regional y Departamental):** es el conjunto de establecimientos y servicios integrados, que por poseer características de accesibilidad y capacidad instalada, proporcionan servicios de salud integrales e integrados, que se ofertan a la población, en el continuo de la atención en el ciclo de vida, en un territorio asignado, modificando las determinantes de la salud y que rinde cuentas por el estado de salud de la población y que contribuyen a conformar un sistema de atención a la salud eficiente, resolutivo, facilitando el acceso equitativo a servicios de calidad para todas las personas, los cuales para proporcionar una identificación territorial se han estructurado en micro - redes.

TRABAJAR EN REDES:

- Decisiones compartidas
- Referencia, retorno e interconsulta de pacientes
- Comunicación permanente
- Información compartida
- Evaluaciones conjuntas
- Acciones compartidas
- Programas coordinados-integrados
- Consistencia Centro - Periferia Objetivos Estrategias Recursos

LAS REDES PERMITEN:

- Crear sentido de pertenencia.
- Socializar conocimientos, experiencias y saberes
- Reconstituir la confianza social.
- Establecer relaciones de intercambio y reciprocidad.

Micro-red (Municipal o Intermunicipal): es el conjunto de establecimientos, articulados funcionalmente, que proporcionan servicios de salud integrales e integrados, que incluyen: promoción, educación, prevención, salud ambiental. Curación y rehabilitación, que se proporcionan a la población, en el continuo de la atención por ciclo de vida, en un territorio asignado, incidiendo en las determinantes de la salud, y que rinde cuentas por el estado de salud de la población bajo su responsabilidad. La integración de varias Micro redes, conforman la Red Departamental. [13]

ORGANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD DE LAS REDES

Para la implementación de las RISS, el MINSAL estructura los establecimientos y servicios de salud en tres niveles de atención:

1. PRIMER NIVEL DE ATENCION:

A. UNIDADES COMUNITARIAS DE SALUD FAMILIAR

Son los establecimientos del Primer Nivel de Atención, donde se prestan servicios de salud integrales de diferente complejidad y resolutivez, se clasifican en:

□ Unidad Comunitaria de Salud Familiar Básica: es la infraestructura técnica y administrativa, sede de los Ecos Familiares o donde se proveen servicios integrales de salud, cuya oferta es: promoción, prevención, curación y rehabilitación, así como procedimientos de: pequeña cirugía, inyecciones, curaciones y vacunación, entre otros.

13- Ministerio de Salud –Organización Panamericana de la Salud. Lineamientos para la Reforma de Salud en el Salvador (ppt)

□ **Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia:** es la infraestructura técnica y administrativa, sede de los Ecos Familiares o donde se proveen servicios integrales de salud y algunos servicios de apoyo, cuya oferta incluye los prestados en Unidad de Salud Básica y además odontología, y/o laboratorio clínico, saneamiento ambiental, entre otras.

□ **Unidad Comunitaria de Salud Familiar Especializada:** es la infraestructura técnica y administrativa, sede de los Ecos Familiares y Especializados, que proporcionan servicios integrales de salud básicos, especializados y servicios de apoyo, cuya oferta de servicios incluye los prestados por las UCSF Básica e Intermedia, más las consulta y atenciones especializadas de medicina interna, pediatría, gineco-obstetricia, así como nutrición, fisioterapia, psicología, entre otros.

El conjunto de UCSF conforman la Micro red (Municipal o Intermunicipal), de la misma forma el conjunto de Micro redes más el Hospital de referencia básico o departamental constituyen la Red Departamental.

B. EQUIPOS COMUNITARIOS DE SALUD FAMILIAR (Ecos Familiares)

Constituyen el componente básico y la puerta de entrada a las Redes integrales e integradas para la implementación del Modelo de atención integral en salud con enfoque familiar y comunitario, garantizando la continuidad de la atención integral, a través de la red de servicios de atención en el ciclo de vida en la persona, familia y comunidad, favoreciendo la participación comunitaria, la investigación y el abordaje intersectorial de los determinantes que afecten la equidad en salud.

Ecos Familiares: están integrados por, médico, personal de enfermería, promotores de salud y colaborador de servicios varios, con responsabilidad nominal de una población promedio de seiscientas familias para el área rural y mil ochocientas familias para el área urbana.

Ecoss Especializados: están conformados por especialistas de salud en pediatría, gineco-obstetricia, medicina interna / médico de familia, enfermería, odontología, nutrición, psicología, fisioterapia, laboratorio clínico, educación en salud y estadística. Estos contarán con capacidad diagnóstica y terapéutica especializada.

SEGUNDO Y TERCER NIVEL DE ATENCION.

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. El primer nivel es la puerta de entrada al Sistema Nacional de Salud y en sus establecimientos se tiene como objetivo dar respuesta, en promedio, al ochenta por ciento de la demanda de atención 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, al necesitar un mayor nivel de atención integral y complementaria.

En el año 2011, como respuesta a la implementación del Modelo de atención integral en salud con enfoque familiar y comunitario, el MINSAL ha categorizado a los hospitales de acuerdo a la capacidad instalada, perfil epidemiológico, área de responsabilidad y conjunto de prestaciones, siendo los siguientes:

Centros de Atención de Emergencia (CAE).

Hospitales básicos de segundo nivel.

Hospitales departamentales de segundo nivel.

Hospitales Regionales de segundo nivel.

Hospitales Nacionales de tercer nivel. [14]

14- Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud.(Chile). Redes Integradas de Servicios de Salud: El Desafío de los Hospitales (pp.104-107). Ed. Igd. Santiago Chile, 2011.

AVANCES Y LOGROS DE LAS REDES INTEGRALES E INTEGRADAS

- ❖ Diseño, estructuración e implementación de las RIISS en los diferentes niveles: Micro redes Municipales e Intermunicipales, Redes Departamentales y Regionales.
- ❖ Fortalecimiento de la comunicación, divulgación e intercambio entre el personal de salud de los diferentes niveles de atención.
- ❖ Visión sistémica de los SIBASI y los Hospitales lo cual permite el análisis y abordaje integral de problemáticas con énfasis en el Sistema de referencia, retorno e interconsulta, abastecimiento de medicamentos, optimización de recursos (humanos y materiales-transporte-), perfil epidemiológico de la zona, entre otros
- ❖ Implementación del modelo de atención integral basado en APS, con enfoque familiar y comunitarios en 153 de los 262 municipios del país.
- ❖ Diseño, estructuración e implementación de las RIISS en los diferentes niveles: Micro redes Municipales e Intermunicipales, Redes Departamentales y Regionales.
- ❖ Fortalecimiento de la comunicación, divulgación e intercambio entre el personal de salud de los diferentes niveles de atención. [15].

15- Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (ELS). Análisis de Avances en la Reforma de Salud en El Salvador. Periodo 2009-2011. Eje 1: RIISS (web: www.els.ops-oms.org).

Operativización del sistema de referencia, retorno e interconsulta.

En los establecimientos de la Redes Integrales e Integradas del ministerio de salud

La operativización de la referencia desde su elaboración en la unidad comunitaria de salud familiar (básica, intermedia y especializada) hacia el Hospital, dirigida a consulta externa o emergencia; se debe realizar mediante la “Hoja de Referencia, interconsulta y Retorno” en original y copia, debiendo plasmar en el expediente clínico individual dicha referencia, acto seguido debe anotarse en el registro de referencia, retorno e interconsulta del establecimiento de salud el responsable de entregar los documentos en su destino final.

Al referir al paciente hacia la consulta externa del Hospital, se podrán presentar tres escenarios.

1) Retorno sin cita de seguimiento: el médico del establecimiento que refiere, después de la evaluación, debe completar en la hoja de referencia, retorno e interconsulta, en original y copia, toda la información necesaria para un óptimo tratamiento, en la institución a la cual se refiere, entregándole la hoja original al Paciente para que la retorne al establecimiento de salud de su área de Responsabilidad, y conservando la copia para el proceso de análisis hospitalario Correspondiente en el comité donde se analice el sistema de referencia, Interconsulta y retorno.

2) Retorno con cita de seguimiento: se debe anotar la fecha y entregar la cita para el seguimiento posterior en el mismo servicio y elaborar la hoja de retorno, describiendo las recomendaciones y atenciones que se le deben prestar en el establecimiento de salud según su área de responsabilidad.

3) Ingreso: debe colocar la Hoja de referencia y retorno en la primera página del expediente clínico, con el objetivo de que al egreso se pueda completar y entregar al usuario efectivamente la hoja de retorno, junto con la copia de la hoja de egreso

El personal de salud y la comunidad, deben conocer la organización de las redes y micro redes de los servicios de salud, de acuerdo a las áreas de responsabilidad establecidas y a los diferentes niveles de atención.

La operativización del sistema de referencia, retorno e interconsulta se debe realizar considerando las necesidades del usuario y respetando la organización en redes y micro redes establecida.

Los Comités y Consejos de las redes deben incluir en sus evaluaciones el análisis del funcionamiento efectivo del sistema de referencia, retorno e interconsulta, que permita definirlo como parámetro de acceso oportuno a servicios de calidad en la red.

El personal del establecimiento de salud, debe elaborar la oferta de servicios y colocarla en un lugar visible en la comunidad, definiendo el horario de atención, especialidad o subespecialidad, entre otros.

Cuando la referencia se trate de una emergencia, se debe coordinar el traslado y comunicar previamente el estado clínico del paciente, al médico que lo recibirá en el establecimiento de destino y de acuerdo a la gravedad del caso. El personal de salud debe acompañar al paciente para mantener la estabilización durante el traslado cuando el usuario requiera atención por un especialista y el caso pueda ser resuelto en el primer nivel, el personal de la UCSF Intermedia y el Ecos Familiar, debe realizar las interconsultas al Ecos Especializado correspondiente, o a la UCSF Intermedia que cuente con la especialidad requerida. El profesional de salud debe atender las interconsultas de su red, previa planificación en el sistema de citas, asimismo debe indicar el manejo o seguimiento del paciente en la hoja de interconsulta, referencia y retorno, en el expediente clínico individual.

Cuando las personas que soliciten atención, en un establecimiento del Ministerio, sean beneficiarias de los servicios de salud de otros prestadores tales como; el Instituto Salvadoreño del Seguro Social, el Instituto de Bienestar Magisterial o Sanidad Militar, se debe brindar la atención inicial en el establecimiento y referir al servicio de salud del prestador correspondiente para el seguimiento de cada usuario, completando toda la información sobre el tratamiento proporcionado.

A fin de que se dé la continuidad efectiva al problema que motivó la atención. Cuando se realicen referencias o interconsultas entre diferentes prestadores de servicios del Sistema Nacional de Salud, el personal responsable debe llenar completamente los formularios correspondientes; para garantizar la continuidad de la atención, el adecuado funcionamiento de la red y para el registro en el sistema único de información en salud. Cuando el personal de los establecimientos del Instituto Salvadoreño del Seguro Social, Instituto Salvadoreño Bienestar Magisterial y Sanidad Militar, reciban a un paciente referido desde un establecimiento del Ministerio de Salud, deben elaborar el correspondiente retorno con la información. Del tratamiento realizado, a fin de garantizar la continuidad de la atención. Cuando una persona requiera la atención en emergencias en cualquier establecimiento del Sistema Nacional de Salud, se le debe proporcionar la atención requerida, posteriormente a su estabilización, se debe referir al servicio de salud correspondiente, para la continuidad de la atención.^[16]

NIVEL SUPERIOR:

1. Establecer el marco regulatorio del sistema de referencia, retorno e interconsulta.
2. Socializar los documentos normativos y lineamientos operativos de acuerdo a la red de servicios de salud.
3. Monitoreo, supervisión y evaluación del funcionamiento del sistema de referencia, retorno e interconsulta como eje conductor de la red de servicios.
4. Conformación y funcionamiento del Consejo Nacional de Redes Integrales e Integradas, asegurando una participación activa y asesoraría en las actividades que impulsen gestionar y asignar los recursos a las dependencias del MINSAL para la implementación y sostenibilidad del sistema de referencia, retorno e interconsulta en la Redes

¹⁶-Ministerio de Salud. Carta de derechos de los pacientes.

www.salud.gob.sv/archivos/pdf/unidad_derecho_salud/cartas_derechos/ de la atención de salud, cumpliendo los **Lineamientos** Técnicos **diferencia, retorno e interconsulta** con... **DE LA POBLACIÓN**

6. Establecer los lineamientos específicos para el manejo de la información estadística y documentos médicos generados en las Redes.
7. Establecer los mecanismos de coordinación con las otras instituciones prestadoras de servicios del Sistema Nacional Integrado de Salud, para impulsar el sistema de referencia interconsulta y retorno en los niveles locales de las Redes.
- 8 . Promover los procesos de investigación científica para evaluar el impacto del sistema de referencia, retorno e interconsulta en los servicios de la red.

NIVEL REGIONAL:

1. Conducir el cumplimiento del marco regulatorio, en el desarrollo del sistema de referencia, retorno e interconsulta.
2. Desarrollar los procesos de comunicación, difusión y orientación para la aplicación de las Políticas, Leyes, Reglamentos, Normas, Lineamientos; dirigidos a Sistemas Básicos de Salud, Tercer Nivel, Hospitales Departamentales y Municipales.
3. Monitoreo, supervisión y evaluación de forma sistemática y continua del funcionamiento del sistema de referencia, retorno e interconsulta en la Redes.
4. Conducir y asesorar a los Consejos y Comités de la Redes Integrales e Integradas.
5. Viabilizar el abastecimiento de los recursos a las redes y micro redes correspondientes.
6. Apoyar a la solución de los problemas surgidos en el sistema de referencia, retorno e interconsulta de las redes.
7. Conducir la aplicación de los Lineamientos para el manejo y la calidad de la información estadística y documentos médicos generados en la Redes.
8. Dar seguimiento a los mecanismos de coordinación con las otras instituciones prestadoras de servicios del Sistema Nacional Integrado de Salud a nivel de Redes, a fin de analizar y evaluar la eficiencia del sistema de referencia, interconsulta y retorno a nivel regional.

NIVEL LOCAL:

1. Dar cumplimiento a la Normativa técnica y Lineamientos, emitida por el Nivel Superior, relacionada con el sistema de referencia, retorno e interconsulta a nivel de la red y la micro red.
2. Promover, divulgar y socializar el sistema de referencia, retorno e interconsulta a implementarse en sus redes.
3. Ejecutar y participar en los procesos de monitoreo y evaluación del funcionamiento del sistema de referencia, retorno e interconsulta en la prestación de los servicios de salud, para intervenir Oportunamente.
4. Conducir mensualmente las reuniones del Comité de Gestión Departamental y generar los informes correspondientes.
5. Gestionar recursos humanos, materiales y transporte, a nivel regional e intersectorial para el funcionamiento del sistema de referencia, retorno e interconsulta de la red.
6. Realizar procesos de articulación interinstitucional e intersectorial, para el desarrollo de las intervenciones integrales, a fin de solucionar los problemas de salud según sus determinantes sociales.
7. Aplicar los Lineamientos para el manejo y la calidad de la información estadística y documentos médicos generados en el Sistema Básico de Salud.
8. Intervenir oportunamente en la resolución de los problemas surgidos en el sistema de referencia, retorno e interconsulta de las redes y dar seguimiento de los mismos.
9. Dar seguimiento y gestionar los mecanismos de coordinación con las otras instituciones prestadoras de servicios de salud del Sistema Nacional Integrado de Salud, presentes en ese nivel, a fin de la operativización de la referencia y principalmente el retorno en los niveles locales de las Redes.
10. Intercambiar y compartir las experiencias exitosas logradas en la implementación del sistema de referencia, retorno e interconsulta.

En las Unidades Comunitarias de Salud familiar, en general se debe:

1. Conocer y aplicar correctamente los protocolos de manejo y los criterios de referencia.
2. Conocer y aplicar el conjunto de prestaciones de la red de servicios.
3. Atender a todos (as) los usuarios que demanden servicios de salud, ya sea de su área de responsabilidad o no.
4. Referir para dar continuidad de tratamiento, a todos los (as) usuarios (as) atendidos, que no son de su área de responsabilidad, hacia el establecimiento de la Redes Integradas e Integrales correspondiente.
5. Participar en los procesos de monitoreo y evaluación del Consejo de Micro red de las Redes que analizan el sistema de referencia, retorno e interconsulta sistemáticamente.
6. Cumplir los lineamientos del sistema de referencia, retorno e interconsulta del Ministerio de Salud, para la atención de los miembros de las familias y la protección de la salud de la población a nivel territorial; planificando y organizando el proceso de implementación del sistema.
7. Desarrollar reuniones mensuales para analizar la efectividad del sistema y la calidad de los procesos de atención, el uso correcto de los instrumentos y otras que garanticen el continuo de la atención. Generar los informes y planes de acción correspondientes.
8. Gestionar los recursos humanos, materiales y transporte, a nivel de Sistema Básico de Salud e intersectorial para el funcionamiento del sistema de referencia, retorno e interconsulta de la red.
9. Realizar procesos de integración y coordinación interinstitucional e intersectorial, para la provisión de los servicios de salud a las familias y comunidades.
10. Coordinación con otras instituciones del Sistema Nacional Integrado de Salud, presentes en su área de responsabilidad, a fin de operativizar el sistema de referencia, interconsulta y principalmente el retorno. [17]

17- Lineamientos Metodológicos para la realización de Análisis Funcionales de las Redes de Servicios de Salud. Serie Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud N°3

11. Recepción y canalización de los Retornos recibidos de otros niveles hacia los Ecos Familiares.

Unidad Comunitaria de Salud Familiar Especializada/ Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia.

1. El médico de la Unidad Comunitaria intermedia o básica, debe interconsultar con el médico especialista, del Ecos Especializado o a la Unidad Comunitaria intermedia que cuente con la especialidad requerida.
2. En casos en que la condición del usuario exceda la capacidad resolutive del primer nivel, este se debe referir al nivel de atención que sea necesario con nivel resolutivo.
3. La Unidad Comunitaria de Salud Familiar debe llevar el registro de las referencias enviadas, interconsultas y retornos recibidos según formato establecido.
4. La Unidad Comunitaria de Salud Familiar debe realizar auto evaluación diaria, y participar en la reunión mensual de la red con el SIBASI según lo establecido en el Manual de Redes.

Unidad Comunitaria de Salud Familiar Básica.

1. En caso de emergencia y en ausencia del médico coordinador del Ecos Familiar, los miembros del equipo técnico (enfermera, auxiliar de enfermería o promotor) podrán realizar una referencia al nivel correspondiente y deben garantizar que el paciente llegue al destino final, previa coordinación telefónica.
2. Debe llevar el registro de las referencias enviadas y retornos recibidos según formato establecido
3. Debe realizar reuniones de evaluación semanal con los integrantes del equipo y asistir a la reunión mensual con su Unidad Comunitaria Familiar correspondiente.

Promotor de Salud

1. Es el encargado de divulgar en su área de responsabilidad los mecanismos establecidos para la referencia, así como detectar los retornos recibidos, para hacerlo del conocimiento del Ecos Familiar garantizando la continuidad de la atención.
2. Debe referir al usuario que requiera atención al Ecos Familiar o Unidad Comunitaria de Salud Intermedia correspondiente, utilizando la hoja de referencia comunitaria la cual debe generar el retorno.
3. Debe llevar el registro de las referencias enviadas y retorno.
4. Debe participar de las reuniones de evaluación semanal con el Ecos Familiar al que pertenece y mensualmente con su Unidad Comunitaria de Salud Familiar intermedia o especializada correspondiente.
5. En caso de emergencia, el promotor es el responsable de realizar la hoja de Referencia comunitaria y viabilizar el transporte del paciente hacia el lugar más cercano con capacidad resolutive, según el caso.

Monitoreo, supervisión y evaluación del sistema referencia retorno e interconsulta.

Los Consejos y Comités de la RISS, deben sistematizar el monitoreo, supervisión y la evaluación del sistema de referencia, retorno e interconsulta en cada establecimiento de salud, asimismo debe definir los tiempos de evaluación, que no deben sobrepasar el mes, a fin de que el proceso sea retroalimentado oportunamente, además en cada reunión de evaluación se deben desarrollar los siguientes aspectos:

- Agenda y lectura de acta anterior.
- Discusión de casos.

- Presentación de temas.
- Evaluación del funcionamiento en red.
- Acuerdos de seguimiento. Entre otros.

En la evaluación del sistema de referencia, retorno e interconsulta, el personal de los establecimientos de salud, debe de presentar el resumen clínico con enfoque de determinantes sociales de la salud, de las referencias, retornos e interconsultas realizados.

Los Consejos y Comités de la RIISS deben evaluar cada caso a partir de los siguientes criterios:

a. Oportunidad, donde es necesario detallar:

- Pacientes que fueron referidos de manera oportuna.
- Pacientes que fueron referidos tardíamente.

b. Pertinencia, es necesario tomar en cuenta:

- Pacientes que no fueron referidos al nivel de atención correspondiente de acuerdo al estado de salud – enfermedad.

c. Claridad en la información.

- Referencias, retornos e interconsultas con información insuficiente ilegible o inadecuadamente detallada.

d. Demanda espontánea.

Los indicadores para evaluar el sistema de referencia, retorno e interconsulta son los siguientes porcentajes:

- a) Referencias enviadas.
- b) Referencias recibidas.
- c) Referencias oportunas enviadas.
- d) Referencias pertinentes.
- e) Retornos enviados.
- f) Retornos recibidos. [18].

18- Lineamientos técnicos para la referencia, retorno e interconsulta del Ministerio de Salud

IV. DISEÑO METODOLOGICO

TIPO DE ESTUDIO

Es un estudio descriptivo de corte transversal, con enfoque cuantitativo, porque presenta la realidad tal como está, en un determinado momento, describe los factores que nos permiten relacionarlos, describiendo las características fundamentales utilizando criterios sistemáticos, permitiendo poner de manifiesto el comportamiento del sistema referencia retorno e interconsulta; sin embargo su nivel descriptivo puede constituir la base para su posterior profundización en un momento explicativo; y es de corte transversal porque el abordaje del problema se hace en un periodo de tiempo determinado.

UNIVERSO

63 Médicos y medicas de la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Periférica de San Vicente y del Hospital Nacional Santa Gertrudis.

MUESTRA

50 médicos y médicas.

$$n = \frac{Nz^2pq}{d^2(N-1) + z^2pq} : 50 \text{ Médicos.}$$

Así:

N=66 tamaño de la población.

1=95% constante.

Z= 1.96 constante.

P= 0.5 proporción de individuos que posee la población de estudio.

D= 0.06 proporción de individuos que no posee la población de estudio.

Q=0.5 constante

Sustituyendo:

$$n = \frac{66(1.96)^2(.05)(0.5)}{(0.06)^2(66-1) + (1.96)^2(0.5)(0.5)}$$

$$n = 66(3.84)(0.25)/0.0036(65) + 3.84(0.25)$$

$$n = 253(0.25)/0.234 + 0.96$$

$$n = 62/1.194$$

$$n = 50$$

METODO

En el desarrollo de la investigación se utilizó el método científico y el método lógico, los cuales permitirán la coherencia en el estudio, haciendo una comparación de los datos obtenidos con la realidad y enriquecer el conocimiento sobre el tema de investigación.

TECNICAS

Técnica de la entrevista estructurada y la revisión documental

INSTRUMENTOS

- La guía de entrevista estructurada
- La guía de revisión documental

FUENTES DE INFORMACION

Primaria: Médicos de Unidad Comunitaria de Salud Familiar Periférica San Vicente y de Hospital Nacional Santa Gertrudis Departamento de San Vicente

Secundaria: Expedientes clínicos, Registro Diario de Consulta y Libro de Referencia y retorno de los usuarios referidos de la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Periférica San Vicente y de Hospital Nacional Santa Gertrudis Departamento de San Vicente.

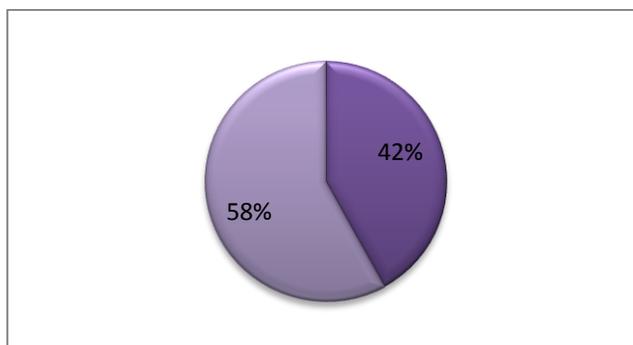
OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

VARIABLE	INDICADORES	FUENTE DE INFORMACION	TECNICA
Conocimiento de los lineamientos de referencia retorno e interconsulta	Conocimiento de la organización de las redes y micro redes de los servicios de salud	Primaria	Guía de entrevista
	Mecanismos de coordinación		
	Cumplimiento de la Normativa Técnica y Lineamientos	Secundaria	Revisión documental
Llenado correcto de la hoja de referencia, retorno e interconsulta	Conocer y aplicar correctamente los protocolos de manejo	Primaria	Guía de entrevista
	Criterios de referencia, retorno e interconsulta		
	Llenado completo del instrumento	Secundaria	Revisión documental
Referencia oportuna y pertinente emitida por médicos	Constancia en el expediente clínico	Secundaria	Revisión documental
	Registro en fuente primaria de referencia emitida		
	Criterio de oportunidad y pertinencia		
	Conocimiento de la evaluación del proceso	Primaria	Guía de entrevista
	Participación en el proceso de evaluación		

V. RESULTADOS

DATOS GENERALES

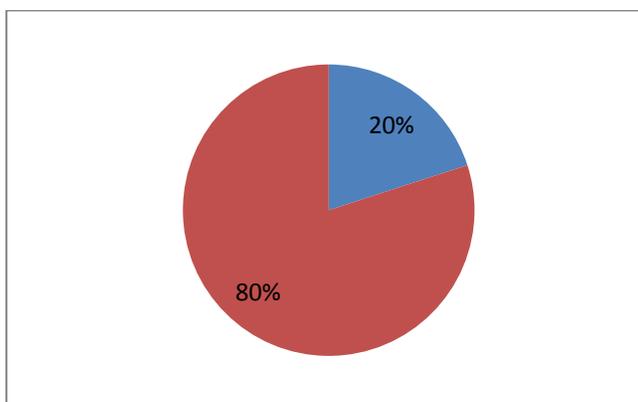
Gráfico 1. Distribución del sexo de los médicos que laboran en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Periférica San Vicente y Hospital Nacional Santa Gertrudis San Vicente.



Fuente: Médicos que laboran en UCSF Periférica San Vicente y HNSG

En el gráfico observamos que de los 50 médicos entrevistados el 58% son del sexo femenino y el 42% corresponde al sexo masculino

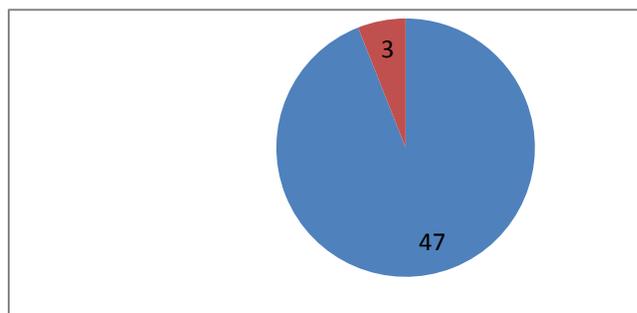
Gráfico 2. Institución donde laboran los médicos participantes en la evaluación del proceso del Sistema Referencia Retorno e Interconsulta



Fuente: Médicos que laboran en UCSF Periférica San Vicente y HNSG

El gráfico muestra que de los 50 médicos entrevistados el 20% laboran en UCSF Periférica San Vicente y el 80% en Hospital Nacional Santa Gertrudis San Vicente

Gráfico 3. Conocimiento de la organización de las redes y microredes de los servicios de salud de la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Periférica San Vicente y Hospital Nacional Santa Gertrudis del Departamento de San Vicente

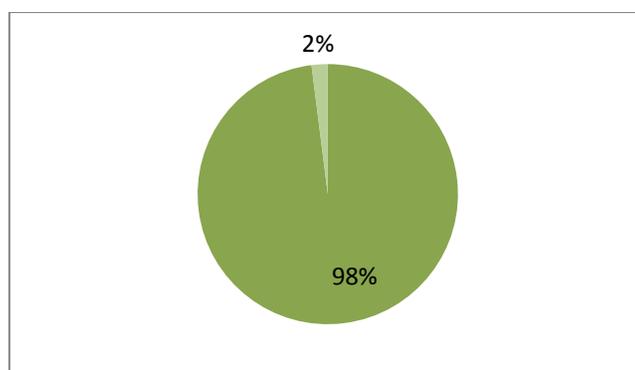


Fuente: Médicos que laboran en UCSF Periférica San Vicente y HNSG

En el gráfico se observa que del total de 50 médicos entrevistados el 94% refiere conocer la red de servicios de salud a la cual pertenece su institución y el 6% restante desconoce la red de servicios de salud a la cual pertenece su institución.

Conocimiento de los lineamientos de Referencia Retorno e Interconsulta

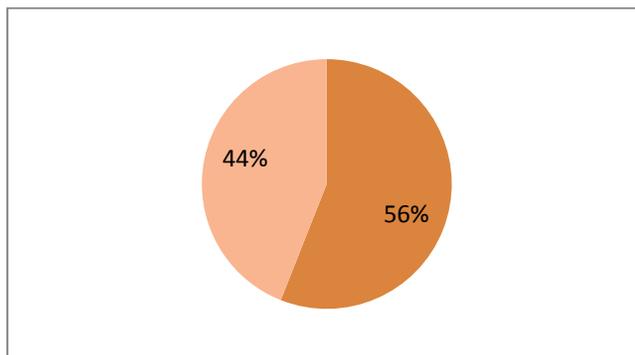
Gráfico 4. Conocimiento de los lineamientos de referencia retorno e interconsulta



Fuente: Médicos que laboran en UCSF Periférica San Vicente y HNSG

En el gráfico se observa que el 98% de los médicos entrevistados conocen los lineamientos de Referencia Retorno e Interconsulta, no así el 2% restante

Gráfico 5. Aplicación correcta los lineamientos de referencia retorno e interconsulta



Fuente: Médicos que laboran en UCSF Periférica San Vicente y HNSG

En el gráfico se observa que de los 50 médicos entrevistados el 56% refieren aplicar correctamente los lineamientos de Referencia Retorno e Interconsulta, no así el 44%.

Tabla 1. Conocimiento del instrumento oficial para la realización de una Referencia Retorno e Interconsulta

Conoce usted el instrumento oficial para la realización de una Referencia Retorno e Interconsulta?		
SI	NO	TOTAL
50	0	50
100	0	100

Fuente: Médicos que laboran en UCSF Periférica San Vicente y HNSG

En la tabla se observa que de los 50 médicos entrevistados el 100% conoce el instrumento oficial para la realización de una Referencia Retorno e Interconsulta.

Tabla 2. Mecanismos de coordinación entre los diferentes niveles de atención

¿Cuándo usted emite una referencia hacia un nivel superior, realiza las coordinaciones con la Institución a la cual refiere, para garantizar el seguimiento continuo de los usuarios?		
SI	NO	TOTAL
50	0	50
100	0	100

Fuente: Médicos que laboran en UCSF Periférica San Vicente y HNSG

Se observa en la tabla que de los 50 médicos entrevistados el 100% dice realizar coordinaciones con la Institución a la cual refiere.

Llenado correcto de la hoja de Referencia Retorno e Interconsulta

Tabla 3. Aplica correctamente los lineamientos de Referencia Retorno e Interconsulta

¿Aplica correctamente los lineamientos de Referencia Retorno e Interconsulta?		
SI	NO	TOTAL
50	0	50
100	0	100

Fuente: Médicos que laboran en UCSF Periférica San Vicente y HNSG

En la tabla se observa que el 100% de médicos entrevistados refieren aplicar correctamente los lineamientos de Referencia Retorno e Interconsulta.

Tabla 4. Llenado completo del instrumento

¿Al emitir una referencia, llena en original y copia el instrumento?		
SI	NO	TOTAL
50	0	50
100	0	100

Fuente: Médicos que laboran en UCSF Periférica San Vicente y HNSG

En la tabla se observa que el 100% de médicos entrevistados al emitir una referencia llena completamente todas las variables que posee el instrumento oficial.

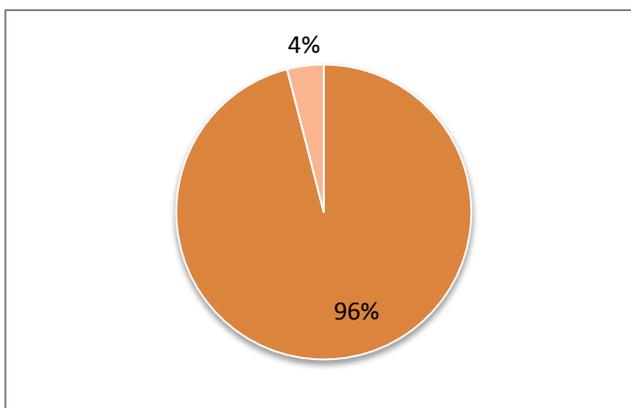
Tabla 5. Constancia en el expediente clínico de la referencia emitida

¿Deja constancia en el expediente clínico de la referencia emitida?		
SI	NO	TOTAL
50	0	50
100	0	100

Fuente: Médicos que laboran en UCSF Periférica San Vicente y HNSG

Se observa en la tabla que de los 50 médicos entrevistados el 100% Deja constancia en el expediente clínico de la referencia emitida.

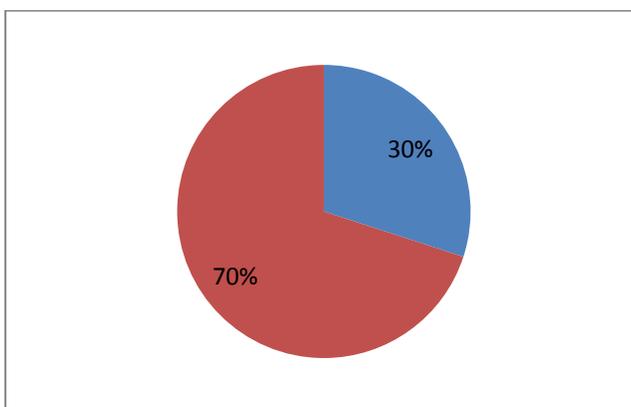
Grafico 6. Conocimiento si la referencia emitida es registrada en la fuente primaria (Libro de referencia retorno e interconsulta) para garantizar el continuo seguimiento de calidad a los usuarios



Fuente: Médicos que laboran en UCSF Periférica San Vicente y HNSG

En el gráfico se observa que de los 50 médicos entrevistados, el 96% de ellos deja registro de la referencia emitida, para garantizar el continuo seguimiento de calidad a los usuarios, mientras que el 4% no lo hace.

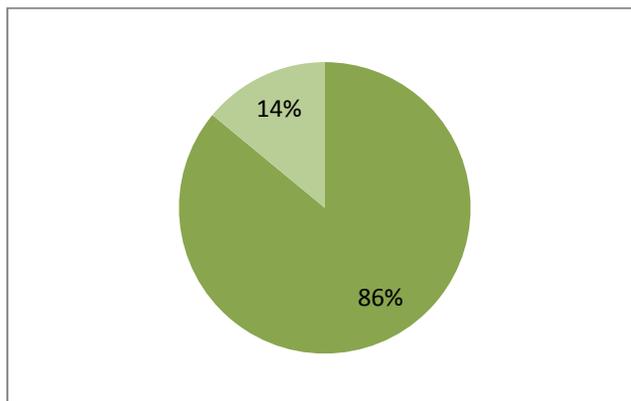
Grafico 7. Cumplimiento de los criterios de oportunidad y pertinencia



Fuente: Médicos que laboran en UCSF Periférica San Vicente y HNSG

Se observa en el gráfico que de los 50 médicos entrevistados el 70% de ellos refiere que de las referencias emitidas no cumplen con los criterios de oportunidad y pertinencia y solamente el 30% dicen cumplir con dichos criterios.

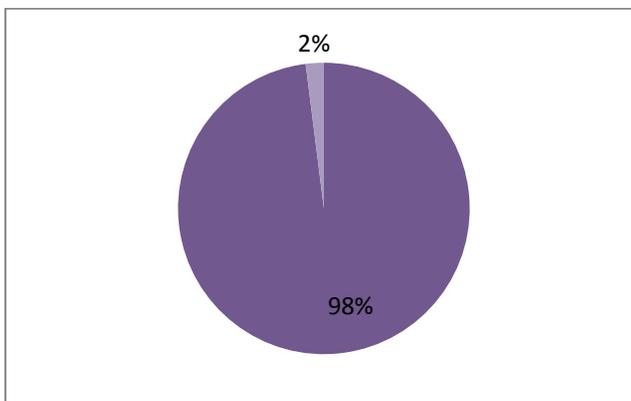
Grafico 9. Conocimiento de evaluación del proceso



Fuente: Médicos que laboran en UCSF Periférica San Vicente y HNSG

En el grafico se observa que de los 50 médicos entrevistados, el 86% de ellos refiere conocer que si se realiza evaluación del proceso de referencia retorno e interconsulta, no así el 14% que dice desconocer si se realiza evaluación.

Grafico 10. Participación del proceso de evaluación



Fuente: Médicos que laboran en UCSF Periférica San Vicente y HNSG

En el grafico se observa que de los 50 médicos entrevistados, el 98% refieren NO participar en el proceso de evaluación del sistema referencia retorno e interconsulta, y solamente el 2% refiere que sí.

VI. DISCUSION

La excesiva fragmentación de los servicios de salud genera dificultades de acceso y baja calidad técnica de la atención, por lo que en el Departamento de San Vicente se integran los servicios de salud a la Red Integrada e Integral de los Servicios de Salud de San Vicente, conformada por el Hospital Nacional Santa Gertrudis y las diferentes Unidades Comunitarias incluida la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Periférica San Vicente.

De los médicos entrevistados, el sexo femenino es el que más predomina representando un 58% y el sexo masculino un 42% de los médicos que laboran en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar y en el Hospital Nacional Santa Gertrudis del Departamento de San Vicente; siendo en el Hospital Nacional Santa Gertrudis donde labora la mayoría de ellos

Con la elaboración de los Lineamientos técnico operativos de Referencia Retorno e Interconsulta, el 94% de los médicos entrevistados conocen la red de servicios de salud a la cual pertenecen y un 3% restante manifestaron no conocerlos lo que traduce que con el conocimiento de la red de servicio de salud se está garantizando el mecanismo de enlace para la adecuada coordinación asistencial a lo largo de todo el continuo de atención de los servicios de salud entre el primer y segundo nivel de atención en salud. En relación al conocimiento de los Lineamientos técnicos para la Referencia Retorno e Interconsulta se observó que el 98% conoce los lineamientos de referencia retorno e interconsulta, esto permitirá garantizar así el acceso a los Servicios de salud y la adecuada atención continúa de calidad de los usuarios que consultan a la Red de Servicios Integral e Integrada de San Vicente. (Unidad Comunitaria de Salud Familiar Periférica San Vicente y Hospital Nacional Santa Gertrudis).

La implementación del sistema de referencia, retorno e interconsulta, contribuye a la resolución efectiva de los problemas de salud de la población inclusive aquellos que requieren hospitalización, por lo que para el funcionamiento adecuado del sistema de referencia retorno e interconsulta se requiere del conocimiento y aplicación correcta

de estos lineamientos, ya que si no se aplican correctamente no se garantiza el continuo de atención de calidad de los usuarios que son referidos o retornados, ya que la integración en red de los servicios de salud en los diferentes niveles de atención no se realizaría correctamente tal como lo indican los lineamientos.

En la entrevista realizada a los médicos de la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Periférica San Vicente y del Hospital Nacional Santa Gertrudis, se observa que el 56% aplica correctamente los lineamientos y un 44% no los aplica correctamente.

Para la operativización de la referencia desde su elaboración en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Periférica hacia el Hospital Nacional Santa Gertrudis, dirigida a consulta externa o emergencia se debe de realizar en la Hoja de referencia e interconsulta y en la entrevista realizada a médicos de ambas instituciones refiere el 100% conocer el instrumento oficial para ser utilizado en una referencia retorno e interconsulta.

El sistema de referencia retorno e interconsulta constituye una pieza fundamental, para la adecuada gestión de la atención, estableciendo coordinaciones eficientes entre ambos niveles de atención (primer y segundo nivel); en la entrevista realizada a médicos de la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Periférica San Vicente y el Hospital Nacional Santa Gertrudis el 100% refiere conocer los mecanismos de coordinación, facilitando así el continuo de atención de las personas permitiendo la toma de decisiones para la referencia cuando las necesidades o complicaciones sobrepasan la oferta de los servicios y su capacidad instalada.

Tanto la oferta como la capacidad están definida para cada nivel de atención, además con el conocimiento del 100% de los mecanismos de coordinación entre los niveles de atención constituye una pieza clave para el trabajo en red.

La operativización de los lineamientos se debe realizar mediante el instrumento oficial el cual es la hoja de referencia, interconsulta en original y copia, debiendo plasmar en el expediente clínico individual dicha referencia, retorno e interconsulta, del establecimiento de salud.

Siendo la referencia el proceso a través del cual el personal de la Red envía o acompaña a un paciente al nivel de atención indicado cuando su condición clínica excede la capacidad resolutoria del establecimiento de salud, y el retorno es la fuente de retroalimentación para garantizar el continuo de la atención del paciente a nivel personal familiar y comunitario; la interconsulta se genera cuando se necesita la opinión de uno o más profesionales especializados para el manejo integral de la persona; es por eso que es imprescindible la información de la atención recibida en cualesquiera de los casos, y en la entrevista realizada a médicos se observa que el 100% llena completa y correctamente el instrumento oficial con todas las variables requeridas, aplicando los protocolos de manejo y los criterios de referencia o retorno, para la atención y la protección de la salud de la población a nivel territorial planificando y organizando el plan de manejo a seguir. Por el resultado anteriormente obtenido se espera que todas las referencias, retornos e interconsultas se tengan con información suficiente, con letra legible, y adecuadamente detallada la información de referencia o de retorno en ambos niveles de atención.

El 100% de los médicos entrevistados refiere dejar constancia en el expediente clínico individual de la referencia emitida, garantizando así la operativización de los lineamientos de referencia, retorno e interconsulta; de igual manera el 100% de médicos entrevistados manifestaron registrar en la fuente primaria la referencia emitida, ya que en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar y en el Hospital se debe de llevar el registro de las referencias enviadas y retornos recibidos según el formato establecido, con el objetivo de garantizar el continuo seguimiento de la población, lo que permite tener mayor conocimiento si la población asistió a su referencia o no, y si asistió cual es el resultado final de la referencia atendida.

Retorno sin cita de seguimiento (usuarios que después de la evaluación son retornados a el nivel de atención de donde fue referido pero que no amerita seguimiento por nivel de mayor complejidad), Retorno con cita de seguimiento, (En aquellos casos que posterior a la evaluación amerita un seguimiento por el nivel de mayor complejidad), y en último caso que el paciente después de la evaluación amerite ingreso. En los tres casos anteriores, los médicos entrevistados manifestaron

llenar la hoja de referencia, retorno e interconsulta, en original y copia, registrándolas en la fuente primaria.

La referencia puede ser en el mismo nivel o bidireccional desde el primer nivel de atención hasta el tercero y viceversa, en el caso de demanda espontánea, la referencia debe cumplir con los criterios de oportunidad, el cual se define como el momento exacto en el que el usuario debe ser referido de acuerdo a lo establecido de las guías clínicas, protocolos, normativas y lineamientos establecidos; y pertinencia definida como momento o circunstancia adecuada por lo que es necesario referir a un nivel de mayor resolutivead para el tratamiento respectivo; de los médicos entrevistados el 70% refiere que las referencias emitidas no cumplen con los criterios de oportunidad y pertinencia, lo que traduce que los médicos no están aplicando los lineamientos y normativas vigentes del Ministerio de Salud, para cada uno de los programas que se brindan, haciendo que los usuarios sean referidos sin necesitar recibir atención de un nivel de mayor resolutivead, lo que hace que la población desconfíe y se generen expectativas negativas en relación del médico tratante quien emitió la referencia, generando insatisfacción en la población, lo que conlleva a la no optimización de recursos y de la capacidad instalada del servicio de salud, no garantizando el acceso a los servicios de salud, diagnóstico y tratamientos eficientes de acuerdo a las necesidades de las personas en un momento dado; por lo que no se cumple ni aplica la Reforma de Salud.

Es decir que se están refiriendo pacientes tardíamente y no de manera oportuna, y pacientes que no fueron referidos al nivel de atención correspondiente de acuerdo al estado de salud – enfermedad. En relación al proceso de evaluación del proceso de referencia retorno e interconsulta el 86% de los médicos entrevistados manifestaron conocer que si se realiza una evaluación del proceso, no así el 14% de médicos entrevistados no realizar procesos de evaluación.

Los concejos de Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud, a través del comité de referencia retorno e interconsulta, quienes son los encargados de sistematizar el monitoreo, supervisión y la evaluación del proceso de referencia,

retorno e interconsulta, dan a conocer a todo el equipo médico acerca de la evaluación realizada de dicho proceso, con el objetivo de mejorar las debilidades encontradas en el proceso, es por ello que el 86% de médicos quienes refieren conocer de la evaluación mejoran con el tiempo el proceso de referencia retorno e interconsulta, ya que en esta evaluación se revisan todos los aspectos anteriormente evaluados en la entrevista.

Además en la evaluación del proceso de referencia, retorno e interconsulta no todos los médicos participan en la evaluación, ya que el 98% de los médicos entrevistados no participan y solo el 2% participan en dicha evaluación. Esto es debido a que existe un comité de referencia, retorno e interconsulta el cual está conformado por un médico del Hospital Nacional Santa Gertrudis y uno de la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Periférica, y otros más de las diferentes cabezas de Micro red, del departamento de San Vicente.

Son estos que participan en la evaluación los encargados de socializar los resultados obtenidos en la evaluación del proceso para la mejora continua tanto del prestador de salud como del sistema mismo.

VII. CONCLUSIONES

1. Los médicos entrevistados conocen los lineamientos de referencia, retorno e interconsulta, facilitando así el acceso universal a la salud, haciendo una adecuada gestión de tal forma que las personas reciban un continuo de servicios de promoción, prevención, diagnóstico y tratamiento del proceso de salud – enfermedad.
2. Todos los médicos entrevistados conocen la red servicios de salud a la cual pertenecen favoreciendo los mecanismos de enlace para la adecuada coordinación asistencial a lo largo de todo el continuo de los servicios de salud entre los diferentes niveles de atención.
3. Los médicos entrevistados conocen los mecanismos de coordinación entre los diferentes niveles de atención dentro del proceso de referencia, retorno e interconsulta, lo que permite el continuo de atención de las personas bajo los criterios de oportunidad e integralidad.
4. A pesar de que todos los médicos entrevistados refieren conocer el instrumento oficial utilizado en el proceso de referencia, retorno e interconsulta, conocer los mecanismos de coordinación en ambos niveles, no todos aplican correctamente los lineamientos dentro del proceso de referencia, retorno e interconsulta, lo que genera insatisfacción en los usuarios y en el mismo personal de ambos niveles y de esta manera no se garantiza la calidad de los servicios de salud.
5. Se observa que el 100% de los médicos entrevistados llena completamente todas las variables requeridas en el instrumento oficial dentro del proceso de referencia, retorno e interconsulta, haciendo viable el seguimiento continuo de atención de los usuarios, llenando el instrumento en original y copia. Plasmando en el expediente clínico individual dicha referencia, retorno e interconsulta.

6. Todos los médicos entrevistados en ambos niveles registran la referencia, retorno e interconsulta emitida en una fuente primaria, llenando todas las variables que esta matriz contiene, garantizando el continuo de atención de los usuarios referidos y/o retornados, conociendo así si la población asistió a su referencia o no, y si asistió cual es el resultado final de la referencia atendida.

7. El no cumplir con los criterios de oportunidad ni pertinencia, según los médicos entrevistados en el proceso de referenciase concluye que no se cumplen las guías clínicas ni normativas ni protocolos ni lineamientos establecidos, refiriendo a los pacientes de manera tardía y/o refiriéndolos a un nivel de atención que no corresponde con el estado de salud- enfermedad no garantizando la calidad de atención a la población ya sea por desconocimiento o impericia de parte de los médicos.

8. A pesar de conocer de que se desarrolla la evaluación del proceso de referencia, retorno e interconsulta, no todos participan en dicha evaluación, concluyendo que el no participar influye en los resultados obtenidos en la evaluación ya que no se están socializando los resultados a todos los médicos de ambas instituciones de manera permanente y oportuna.

VIII. RECOMENDACIONES

UCSF Y HOSPITAL NACIONAL SANTA GERTRUDIS

1. En el presente trabajo se constata que debemos seguir retroalimentando los lineamientos de referencia, retorno e interconsulta en el personal, de manera permanente y oportuna para obtener resultados de calidad.
2. Se recomienda mejorar y hacer evaluaciones frecuentes con todo el personal involucrado para que de esta manera se pueda mejorar la oportunidad y la pertinencia del proceso de referencia, retorno e interconsulta.
3. Se recomienda sistematizar el monitoreo, supervisión y la evaluación del proceso de referencia, retorno e interconsulta con todo el personal involucrado en cada establecimiento y nivel de atención de salud.

MINSAL

4. Se recomienda retroalimentar las normativas, protocolos de manejo y lineamientos vigentes para los diferentes programas que MINSAL desarrolla, para mejorar la oportunidad y pertinencia de la referencia emitida en el proceso de referencia, retorno e interconsulta desarrollado en la Unidad Periférica San Vicente y Hospital Nacional Santa Gertrudis.
5. Mejorar los procesos de integración de la red de servicios de salud, para garantizar la atención oportuna, continua e integral de la población a través de los diferentes niveles

IX. BIBLIOGRAFIA

1-Acosta, M. et al. Sistema de Salud de El Salvador. Salud Pública México vol.53 supl.2 Cuernavaca 2011.

2-Asamblea Legislativa de la República de El Salvador. Decreto legislativo 442. Ley de creación del sistema nacional de salud. Diario Oficial 214. Tomo 377. San Salvador, El Salvador: 16 de noviembre de 2007.

3-Barten, F., Rovere, M. & Espinoza, E. Salud Para Todos: una meta posible. Pueblos Movilizados y Gobiernos Comprometidos. 2da. Ed. San Salvador, El Salvador: Editorial del Ministerio de Salud; 2010.

4-Castro, C. La Reforma del Sistema Nacional de Salud. Asesorías Organizacionales. Costa Rica, 1998.

5-Echeverría, R. El Proceso de Reforma del Sector Salud en el Ecuador 1994-2000. Ed. CEPAR, 2.000. Quito-Ecuador Familiares y Ecos Especializados. Ed. Ministerio Salud. San Salvador, 2011.

6-Fondo Solidario para la Salud. Informe de Labores y Rendición de Cuentas 2011-2012.

7-Foro Nacional de Salud. Encuesta de percepción sobre el trabajo de los ECOS familiares, 2011(ppt)

8-Fusades. Entrevista en Línea a Dr. Thomas Bossert sobre: “Los Desafíos de la Reforma de Salud en El Salvador” (transcripción), Junio, 2012

9-Gobierno de El Salvador. El Camino del Cambio en El Salvador. Ed. Impresos Múltiples. San Salvador, 2012.

10-Gobierno de El Salvador. Plan Quinquenal de Desarrollo 2010-2014. 2ª Edición. El Salvador; Noviembre 2010. Informe de labores 2014-2015

11-La lucha por el derecho a la Salud en América Latina, ALAMES, 30 años de lucha.

12-Lineamientos Metodológicos para la realización de Análisis Funcionales de las Redes de Servicios de Salud. Serie Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud N° 3.

13-López Puig, P., Morales Suárez, I. d., Lara Menchaca, S., Martínez Trujillo, López, S., & Soler Cárdenas, S. F. Las redes integradas de servicios de salud desde la realidad cubana. Revista Cubana de Salud Pública 2009: XXV (4), 34-43.

14-Ministerio de Salud de El Salvador. Informe de Labores 2012- 2013. San Salvador, El Salvador: MINSAL; 2013. 4ª edición 6ª edición 6ª edición

15-Metodología de la investigación científica, un enfoque integrador Ministerio de Salud Ministerio de Salud

16-Ministerio de Salud de El Salvador. Lineamientos Operativos para el Desarrollo de Actividades en los ECOSF Familiares y ECOS Especializados. San Salvador, El Salvador: MINSAL; 2011.

17-Ministerio de Salud de El Salvador. Política Nacional de Salud de El Salvador 2009-2014. Segunda edición. San Salvador, El Salvador: Editorial del Ministerio de Salud de El Salvador; octubre de 2009.

18-Ministerio de Salud El Salvador. Informe de Labores 2009-2010.San Salvador

19-Ministerio de salud El Salvador. Informe de Labores 2010-2011. San Salvador

20-Ministerio de Salud El salvador. Informe de Labores 2011-2012. San Salvador.

21-Ministerio de Salud Lineamientos técnicos para la referencia, retorno e interconsulta en las RIISS. ... Registro de referencia y retorno del establecimiento.

22-Ministerio de Salud –Organización Panamericana de la Salud. Lineamientos para la Reforma de Salud en el Salvador (ppt).

23-Ministerio de Salud –Organización Panamericana de la Salud. Memoria del Taller sobre la presentación de resultados del Análisis de los Avances de la Reforma de Salud en El Salvador. Julio, 2012

24-Ministerio de Salud –Organización Panamericana de la Salud. Sistematización de la experiencia de la Comisión Intersectorial de Salud (CISALUD). San Salvador, 2012. Ministerio de Salud y Asistencia Social

25-Ministerio de Salud. Carta de derechos de los pacientes. www.salud.gob.sv/archivos/pdf/unidad_derecho_salud/cartas_derechos/ d e la atención de salud, cumpliendo los Lineamientos Técnicos de referencia, retorno e interconsulta con... DE LA POBLACIÓN EN EL MINISTERIO DE SALUD

26-Ministerio de Salud. El Salvador. Metodología para la implementación del Sistema de Referencia Retorno e interconsulta

27-Ministerio de Salud. Lineamientos operativos para el desarrollo de actividades en Ecos

28-Mirta Roses, Directora, OPS. Informe Anual de la Directora. Avances en torno a la Atención Primaria de Salud en las Américas. OPS/OMS: Oficina Regional de la OMS; 2009.

29-Molina de Nuñez , P. Guia practica para elaborar el trabajo de grado en UNASA. Santa Ana. Universidad Autonoma de Santa Ana. 2013 Movimiento por la Salud, Dr. Salvador Allende

30- (Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (Argentina). Municipios Saludables: Una opción de política pública. (Serie N-55). Buenos Aires, Argentina, 2002.(SIBASI).

31-O'Connor, J.& McDermott, I. Introducción al Pensamiento Sistémico. Recursos esenciales para la creatividad y la resolución de problemas. Ed.Urano. SA. Barcelona-España. 2007.

32-Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2008: La atención primaria de salud, más necesaria que nunca. Suiza: OMS; 2008.

33-Organización Panamericana de la Salud. Salud de las américas 2003. Washington, D.C: OPS; 2002.

34-Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. (Chile). Redes Integradas de Servicios de Salud: El Desafío de los Hospitales (pp.104-107). Ed. Igd. Santiago Chile, 2011.

35-Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (ELS). Análisis de Avances en la Reforma de Salud en El Salvador. Periodo 2009-2011. Eje 1: RIISS (web: www.els.ops-oms.org).

36-Política Nacional de Salud 2009-2014.

37-Primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud. Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud: Ottawa; 21 de noviembre de 1986. Proyecto de gestión del tiempo y la demanda en las unidades comunitarias de salud familiar intermedia y especializada de las áreas urbanas en el salvador. Publicación del Ministerio de Salud en alianza con la Secretaría de la Cultura de la Presidencia

38-Referencia y Retorno de pacientes / usuarios en el Sistema Básico Integral (SIBASI).

39-República de El Salvador. Código de la Salud

40-República de El Salvador. Constitución de la República de El Salvador

41-República de El Salvador. Ley del Fondo Solidario de Salud (FOSALUD)

42-República de El Salvador. Ley del Seguro Social (ISSS)

43-República de El Salvador. Reglamento General de Hospitales.

44-República del El Salvador. Ley del Sistema Básico de Salud Integral

45-Rodríguez, M. I., Construyendo la Esperanza. Diario Oficial San Salvador, febrero 2010, No.33. (m).

45-Rojas Ochoa, F. Salud pública y medicina social. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2009.

46-Roses Periago, M. Informe anual de la directora 2009. Avances en torno a la atención primaria en salud en las Américas. OPS/OMS: Oficina Regional de la OPS; 2009.

47-Salud y equidad hasta el último rincón de El Salvador

48-SALUD, pensamiento crítico y dialogo Nacional en torno a la Salud

49-Sansó F., Propuesta de Modelo de Referencia y Contra referencia en el Sistema de Salud Cubano. Rev. Cubana Med. Gen. Integr, 15:613-20, 1999..

50-Terán, E. Planificación y Costeo de Prestaciones de Primer Nivel de Atención y Actualización de Alternativas de Organización de la Red de Servicios de Salud en El Salvador(Informe de Consultoría) San Salvador, 2011.

51-Ugalde, A. y Homedes, N. Descentralización del sector salud en América Latina. Gaceta Sanitaria. vol.16 No..1 Barcelona (ene.-feb). 2002.

52-Universidad El Salvador -OPPS-Memoria de Congreso: “La Reforma de Salud como Política de Salud en El Salvador: Un análisis de sus avances y desafíos desde el OPPS” (mimeo). 2012.

ANEXOS

Guía de entrevista a Médicos, para investigar el conocimiento y aplicación del proceso del Sistema Referencia Retorno e Interconsulta en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Periférica San Vicente y el Hospital Nacional Santa Gertrudis.

Indicaciones Generales:

Favor conteste según corresponda

Nombre: _____ Edad: _____

Institución _____

Tiempo de laborar en la Institución: _____

Área de trabajo: _____

Conocimiento de los Lineamientos de referencia, retorno e interconsulta

1. ¿Conoce usted la Red de Servicios de Salud a la cual pertenece su institución?

Si: _____ No: _____

2. ¿Conoce usted los lineamientos de Referencia Retorno e Interconsulta?

Si: _____ No: _____

3. ¿Ha sido capacitado en los Lineamientos de Referencia Retorno e Interconsulta?

Si: _____ No: _____

4. Conoce usted el instrumento oficial para la realización de una Referencia Retorno e Interconsulta?

Si: _____ No: _____

5. ¿Cuándo usted emite una referencia hacia un nivel superior, realiza las coordinaciones con la Institución a la cual refiere, para garantizar el seguimiento continuo de los usuarios?

Si: _____ No: _____

6. ¿Aplica correctamente los lineamientos de Referencia Retorno e Interconsulta?

Si: _____ No: _____

Llenado correcto de la hoja de referencia , retorno e interconsulta
--

7. ¿Al emitir una referencia llena completamente todas las variables que posee el instrumento oficial?

Si: _____ No: _____

8. ¿Al emitir una referencia, llena en original y copia el instrumento?

Si: _____ No: _____

9. ¿Deja constancia en el expediente clínico de la referencia emitida?

Si: _____ No: _____

10. ¿Sabe usted si la referencia emitida es registrada para garantizar el continuo seguimiento de calidad a los usuarios?

Si: _____ No: _____

Referencia oportuna y pertinente emitida por médicos

11. ¿Considera usted si la referencia emitida cumple con los criterios de oportunidad y pertinencia?

Si: _____ No: _____

12. ¿Sabe usted si se realiza evaluación del proceso de referencia retorno e interconsulta?

Si: _____ No: _____

13. ¿Participa usted en el proceso de evaluación del sistema referencia retorno e interconsulta?

Si: _____ No: _____

Guía de Revisión Documental

Objetivo: Obtener información documental que contribuya a sustentar el desarrollo en torno a la evaluación del Proceso de referencia, retorno e interconsulta, julio a diciembre 2015

Documentos a revisar:

- Registro diario de consulta
- Expediente clínico
- Libro de referencia, retorno e interconsulta

Documentos a Relevantes a revisar

- Usuarios referidos registrados en registro diario de consulta
- Constancia de referencia en expedientes
- Constancia de usuarios referidos en libro de referencia retorno e interconsulta

Nombre: _____

Institución: _____

Tipo de documento revisado: _____

Fecha de revisión: _____

Información relevante

--

Distribución del sexo de los médicos que laboran en UCSF Periférica San Vicente y HNSG		
Masculino	Femenino	TOTAL
21	29	50
42%	58%	100

Institución donde laboran los médicos participantes en la evaluación del proceso del Sistema Referencia Retorno e Interconsulta		
UCSF Periférica	HNSG	TOTAL
10	40	50
20%	80%	100

¿Conoce usted la organización de la Institución a la cual pertenece?		
SI	NO	TOTAL
47..	3..	50..
94%	6%	100%

¿Conoce usted los lineamientos de Referencia Retorno e Interconsulta?		
SI	NO	TOTAL
49	1	50
98%	2%	100%

¿Ha sido capacitado en los Lineamientos de Referencia Retorno e Interconsulta?		
SI	NO	TOTAL
28	32	50
56%	44%	100%

Conoce usted el instrumento oficial para la realización de una Referencia Retorno e Interconsulta?		
SI	NO	TOTAL
50	0	50
100%	0	100%

¿Cuándo usted emite una referencia hacia un nivel superior, realiza las coordinaciones con la Institución a la cual refiere, para garantizar el seguimiento continuo de los usuarios?		
SI	NO	TOTAL
50	0	50
100%	0	100%

¿Aplica correctamente los lineamientos de Referencia Retorno e Interconsulta?		
SI	NO	TOTAL
50	0	50
100%	0	100%

¿Al emitir una referencia, llena en original y copia el instrumento?		
SI	NO	TOTAL
50	0	50
100%	0	100%

¿Deja constancia en el expediente clínico de la referencia emitida?		
SI	NO	TOTAL
50	0	50
100%	0	100%

¿Sabe usted si la referencia emitida es registrada para garantizar el continuo seguimiento de calidad a los usuarios?		
SI	NO	TOTAL
48	2	50
96%	4%	100%

¿Considera usted si la referencia emitida cumple con los criterios de oportunidad y pertinencia?		
SI	NO	TOTAL
15	35	50
30%	70%	100%

¿Sabe usted si se realiza evaluación del proceso de referencia retorno e interconsulta?		
SI	NO	TOTAL
43	7	50
86%	14%	100%

¿Participa usted en el proceso de evaluación del sistema referencia retorno e interconsulta?		
SI	NO	TOTAL
1	49	50
2%	98%	100%