



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

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**MAESTRÍA EN GESTIÓN DE LA CALIDAD Y AUDITORÍA EN  
SALUD**

**Evaluación de la Calidad del subsistema de referencia,  
derivación, contrareferencia, referencia inversa y  
transferencia del sistema nacional de salud en la atención  
de los usuarios del centro de salud Guadalupe durante el  
año 2022**

Trabajo de titulación previo a la obtención del título de:

**MAGISTER EN GESTIÓN DE LA CALIDAD Y AUDITORÍA  
EN SALUD**

**Autor:** Macas Segovia, Michelle Viviana

**Director:** Carrión Figueroa, Gloria Alexandra

LOJA

2023



*Esta versión digital, ha sido acreditada bajo la licencia Creative Commons 4.0, CC BY-NY-SA: Reconocimiento-No comercial-Compartir igual; la cual permite copiar, distribuir y comunicar públicamente la obra, mientras se reconozca la autoría original, no se utilice con fines comerciales y se permiten obras derivadas, siempre que mantenga la misma licencia al ser divulgada. <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/deed.es>*

2023

## Aprobación del director del Trabajo de Titulación

Loja, 1 de Agosto del 2023

Magister,

Cristina Elisabeth Urgilés Barahona.

**Director de la maestría de Gestión de la Calidad y Auditoría en Salud.**

Ciudad.-

De mi consideración:

Me permito comunicar que, en calidad de Director del presente Trabajo de Titulación denominado: Evaluación de la Calidad del Subsistema de referencia, derivación, contrareferencia, referencia inversa y transferencia del sistema nacional de salud en la atención de los usuarios del centro de salud Guadalupe durante el año 2022, realizado por Michelle Viviana Macas Segovia ha sido orientado y revisado durante su ejecución, así mismo ha sido verificado a través de la herramienta de similitud académica institucional, y cuenta con un porcentaje de coincidencia aceptable. En virtud de ello, y por considerar que el mismo cumple con todos los parámetros establecidos por la Universidad, doy mi aprobación a fin de continuar con el proceso académico correspondiente.

Particular que comunico para los fines pertinentes.

Atentamente,

Director: Dra. Gloria Alexandra Carrión Figueroa.

C.I.: 1103360010

Correo electrónico: gacarrionx@utpl.edu.ec

### **Declaración de autoría y cesión de derechos**

Yo, Michelle Viviana Macas Segovia, declaro y acepto en forma expresa lo siguiente:

Ser autor (a) del Trabajo de Titulación denominado: Evaluación de la Calidad del Subsistema de referencia, derivación, contrareferencia, referencia inversa y transferencia del sistema nacional de salud en la atención de los usuarios del centro de salud Guadalupe durante el año 2022, de la maestría de gestión de la calidad y auditoría en salud, específicamente de los contenidos comprendidos en: (se debe colocar los nombres de los capítulos elaborados en el Trabajo de Titulación), siendo la Dra. Gloria Alexandra Carrion Figueroa, directora del presente trabajo; también declaro que la presente investigación no vulnera derechos de terceros ni utiliza fraudulentamente obras preexistentes. Además, ratifico que las ideas, criterios, opiniones, procedimientos y resultados vertidos en el presente trabajo investigativo, son de mi exclusiva responsabilidad. Eximo expresamente a la Universidad Técnica Particular de Loja y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones judiciales o administrativas, en relación a la propiedad intelectual de este trabajo.

Que la presente obra, producto de mis actividades académicas y de investigación, forma parte del patrimonio de la Universidad Técnica Particular de Loja, de conformidad con el artículo 20, literal j), de la Ley Orgánica de Educación Superior; y, artículo 91 del Estatuto Orgánico de la UTPL, que establece: "Forman parte del patrimonio de la Universidad la propiedad intelectual de investigaciones, trabajos científicos o técnicos y tesis de grado que se realicen a través, o con el apoyo financiero, académico o institucional (operativo) de la Universidad", en tal virtud, cedo a favor de la Universidad Técnica Particular de Loja la titularidad de los derechos patrimoniales que me corresponden en calidad de autor/a, de forma incondicional, completa, exclusiva y por todo el tiempo de su vigencia.

La Universidad Técnica Particular de Loja queda facultada para ingresar el presente trabajo al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública, en cumplimiento del artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Autora: Michelle Viviana Macas Segovia.

C.I.: 1105218349

Correo electrónico: [mvmacas1@utpl.edu.ec](mailto:mvmacas1@utpl.edu.ec)

### **Dedicatoria**

A mis padres, Ober y Mercedes por ser mi pilar y soporte durante todo el proceso, por inculcarme perseverancia y dedicación desde mis tempranos años de vida.

A mis hermanos, Ober y Nathalia por ser mi compañía durante mis largas noches de estudio.

Michelle Macas Segovia.

## **Agradecimiento**

Primeramente a Dios por ser quien guía mis pasos.

A mis padres Ober y Mercedes por ser mi fortaleza y apoyo diario.

A mis hermanos por ser mi compañía constante.

A mi directora de tesis por la paciencia, sus consejos y conocimientos que han servido para guiar la realización del presente proyecto.

Michelle Macas Segovia.

## Índice de contenido

<b><i>Aprobación del director del Trabajo de Titulación .....</i></b>	<b><i>II</i></b>
<b><i>Declaración de autoría y cesión de derechos.....</i></b>	<b><i>III</i></b>
<b><i>Dedicatoria .....</i></b>	<b><i>V</i></b>
<b><i>Agradecimiento.....</i></b>	<b><i>VI</i></b>
<b><i>Índice de contenido .....</i></b>	<b><i>VII</i></b>
<b><i>Resumen.....</i></b>	<b><i>1</i></b>
<b><i>Abstract .....</i></b>	<b><i>2</i></b>
<b><i>Introducción .....</i></b>	<b><i>3</i></b>
<b><i>Capítulo uno.....</i></b>	<b><i>5</i></b>
<b><i>Marco Problemático.....</i></b>	<b><i>5</i></b>
<b><i>1.1 Problema de investigación .....</i></b>	<b><i>5</i></b>
<b><i>1.2 Justificación .....</i></b>	<b><i>7</i></b>
<b><i>1.3 Objetivos.....</i></b>	<b><i>9</i></b>
<b><i>1.3.1 General .....</i></b>	<b><i>9</i></b>
<b><i>1.3.2 Específicos.....</i></b>	<b><i>9</i></b>
<b><i>1.4 Hipótesis.....</i></b>	<b><i>10</i></b>
<b><i>Capítulo dos .....</i></b>	<b><i>11</i></b>
<b><i>Marco Teórico .....</i></b>	<b><i>11</i></b>
<b><i>2.1 Calidad.....</i></b>	<b><i>11</i></b>
<b><i>2.1.1 Calidad en Salud.....</i></b>	<b><i>11</i></b>
<b><i>2.1.2 Elementos de la calidad .....</i></b>	<b><i>12</i></b>
<b><i>2.1.3 Principios de la gestión de calidad en salud .....</i></b>	<b><i>13</i></b>

2.1.4	<i>Tipos de calidad:</i> .....	14
2.1.5	<i>Evaluación de la calidad en salud</i> .....	15
2.1.6	<i>Ciclos de mejora continua de la calidad</i> .....	16
<b>2.2</b>	<b>Sistema Nacional de Salud</b> .....	<b>17</b>
2.2.1	<i>Red Pública Integral de Salud</i> .....	17
2.2.2	<i>Modelo de Atención de Salud</i> .....	17
2.2.3	<i>Niveles de Atención</i> .....	18
2.2.3.1	Primer Nivel de Atención .....	18
2.2.3.2	Segundo Nivel de Atención .....	18
2.2.3.3	Tercer Nivel de Atención .....	19
2.2.3.4	Cuarto Nivel de Atención .....	19
2.2.4	<i>Niveles de complejidad</i> .....	19
2.2.5	<i>Subsistema de referencia, derivación, contrareferencia, referencia inversa y transferencia.</i>	21
2.2.5.1	Referencia .....	22
2.2.5.2	Referencia cumplida .....	22
2.2.5.3	Referencia no cumplida .....	22
2.2.5.4	Referencia cumplida efectiva.....	22
2.2.5.5	Referencia cumplida no efectiva.....	22
2.2.5.6	Referencia bien llenada .....	22
2.2.5.7	Referencia mal llenada .....	23
2.2.5.8	Referencia justificada .....	23
2.2.5.9	Referencia injustificada.....	23
2.2.5.10	Contrareferencia.....	23
2.2.5.11	Contrareferencia cumplida.....	23
2.2.5.12	Contrareferencia no cumplida.....	23
2.2.5.13	Contrareferencia cumplida efectiva.....	23

2.2.5.14	Contrareferencia cumplida no efectiva.....	24
2.2.5.15	Contrareferencia bien llenada.....	24
2.2.5.16	Contrareferencia mal llenada.....	24
2.2.5.17	Contrareferencia justificada .....	24
2.2.5.18	Contrareferencia injustificada .....	24
2.2.5.19	Referencia Inversa .....	24
2.2.5.20	Autorreferencia .....	24
2.2.6	<i>Proceso de Referencia</i> .....	25
2.2.6.1	Responsable de la referencia .....	25
2.2.6.2	Entidad receptora de la referencia .....	25
2.2.7	<i>Proceso de Contrareferencia</i> .....	25
2.2.7.1	Responsable de la contrareferencia .....	25
2.2.7.2	Recepción de la contrareferencia .....	25
2.2.8	<i>Indicadores que miden el funcionamiento del subsistema de referencia, derivación, contrareferencia, referencia inversa y transferencia</i> .....	26
2.2.8.1	Porcentaje de referencias solicitadas .....	26
2.2.8.2	Porcentaje de cumplimiento de las referencias.....	26
2.2.8.3	Porcentaje de la referencia cumplida efectiva.....	26
2.2.8.4	Porcentaje de referencias justificadas (pertinentes).....	26
2.2.8.5	Porcentaje de contrareferencias .....	27
2.2.8.6	Porcentaje de contrareferencias bien llenadas .....	27
2.2.8.7	Porcentaje de ausentismos .....	27
2.2.9	<i>Normas Técnicas para la referencia y/o derivación</i> .....	27
2.2.10	<i>Normas Técnicas para la contrareferencia</i> .....	30
<b>Capítulo tres</b> .....		<b>31</b>
<b>Diseño Metodológico</b> .....		<b>31</b>

3.1	Tipo de estudio.....	31
3.2	Población estudiada .....	31
3.3	Muestra.....	31
3.4	Criterios de Inclusión y Exclusión .....	31
3.4.1	Criterios de Inclusión .....	31
3.5	Procedimiento de recolección de información .....	32
3.6	Recursos Humanos.....	32
3.7	Recursos Materiales .....	33
3.8	Aspectos bioéticos .....	33
	<b>Capítulo cuatro.....</b>	<b>34</b>
	<b>Análisis y discusión de resultados.....</b>	<b>34</b>
	<b>Capítulo cinco .....</b>	<b>46</b>
	<b>Propuesta de mejora para el funcionamiento del subsistema de referencia, derivación, contrareferencia, referencia inversa, transferencia en la atención de los usuarios del Centro de Salud Guadalupe. ....</b>	<b>46</b>
	<b>Conclusiones .....</b>	<b>51</b>
	<b>Recomendaciones .....</b>	<b>52</b>
	<b>Referencias .....</b>	<b>53</b>
	<b>Apéndice.....</b>	<b>56</b>
	<b>Apéndice A. Solicitud para realizar investigación. ....</b>	<b>56</b>
	<b>Apéndice B. Autorización para realizar investigación .....</b>	<b>57</b>
	<b>Apéndice C. Acuerdo mutuo de confidencialidad y entrega de la información. ....</b>	<b>58</b>
	<b>Apéndice D. Aprobación del CEISH.....</b>	<b>62</b>

<b>Apéndice E. Formulario de seguimiento de referencias y contrarreferencias. ....</b>	<b>63</b>
--	-----------

### Índice de tablas

<b>Tabla 1 .....</b>	<b>20</b>
<b>Tabla 2 .....</b>	<b>34</b>
<b>Tabla 3 .....</b>	<b>37</b>
<b>Tabla 4 .....</b>	<b>38</b>
<b>Tabla 5 .....</b>	<b>40</b>
<b>Tabla 6 .....</b>	<b>46</b>

## Resumen

La presente investigación tuvo como objetivo general, evaluar la calidad del subsistema de referencia, derivación, contrareferencia, referencia inversa y transferencia en la atención de los usuarios del centro de salud Guadalupe durante el año 2022.

Se realizó un estudio cuantitativo, descriptivo y de corte retrospectivo en una población constituida por 224 pacientes. Se realizó la revisión de las historias clínicas y formularios 053 en las cuales se evaluó la calidad haciendo uso de un instrumento previamente validado.

Analizados los indicadores que rigen el funcionamiento del subsistema, se obtuvieron los siguientes resultados: porcentaje de referencias solicitadas 8.1%, porcentaje de cumplimiento de las referencias 94.6%, porcentaje de la referencia cumplida efectiva 100%, porcentaje de las referencias justificadas 100%, porcentaje de contrareferencias 97.6%, porcentaje de contrareferencias bien llenadas 99.5%, porcentaje de ausentismos 96.2%.

En cuanto al llenado del formulario 053, en la sección de los datos del usuario, se evidenció un porcentaje bajo de cumplimiento del llenado del número telefónico y dirección del domicilio del paciente con un 52% y 50% respectivamente.

En la sección de referencia se evidenció un bajo cumplimiento del número de historia clínica 52%, justificación de la referencia 79% y el adjunto de la copia de los resultados de los exámenes realizados con un 0%. En la sección de contrareferencias se observó un bajo cumplimiento del llenado del número de historia clínica 51%, adjunto de la copia de los resultados de los exámenes realizados con un 0% y el tratamiento recomendado por especialista con un 74%.

*Palabras clave:* calidad, subsistema, referencia, contrareferencia.

### **Abstract**

The present investigation had as a general objective, to evaluate the quality of the referral, referral, counter-referral, reverse reference and transfer subsystem in the care of users of the Guadalupe health center during the year 2022.

A quantitative, descriptive and retrospective study was carried out in a population made up of 224 patients. The review of the clinical histories and 053 forms was carried out in which the quality was evaluated using a previously validated instrument.

After analyzing the indicators that govern the operation of the subsystem, the following results were obtained: percentage of requested references 8.1%, percentage of compliance with references 94.6%, percentage of effective reference fulfilled 100%, percentage of justified references 100%, percentage of counter-references 97.6%, percentage of counter-references correctly filled out 99.5%, percentage of absenteeism 96.2%.

Regarding the filling of the 053 form, in the user data section, a low percentage of compliance with filling in the patient's telephone number and home address was evidenced with 52% and 50% respectively.

In the reference section, there was evidence of low compliance with the clinical history number 52%, justification of the reference 79% and the attachment of the copy of the results of the tests carried out with 0%. In the counter-references section, low compliance with filling in the clinical history number was observed with 51%, attached with the copy of the results of the tests performed with 0% and the treatment recommended by a specialist with 74%.

Keywords: quality, subsystem, reference, contrareference.

## Introducción

El sistema de referencia y contrareferencia es un conjunto de procesos, procedimientos y actividades técnicas y administrativas que permiten brindar de manera adecuada los servicios de salud a los pacientes, garantizando de esta manera la calidad, accesibilidad, oportunidad, continuidad e integralidad de los servicios de la salud (Ministerio de Salud Pública , 2014).

El objetivo que persigue la investigación es evaluar la calidad del subsistema de referencia, derivación, contrareferencia, referencia inversa y transferencia en el Centro de Salud Guadalupe durante el año 2022.

En cuanto a la metodología utilizada, el estudio fue cuantitativo, descriptivo y de corte retrospectivo en una población constituida por 224 pacientes, en la cual se realizó la revisión de las historias clínicas y formularios 053 para evaluar su calidad haciendo uso de un instrumento previamente validado, adicionalmente se realizó el análisis de los indicadores que rigen el funcionamiento de subsistema para determinar la situación del mismo.

El trabajo de investigación consta de cinco capítulos, en el primero se hace referencia al marco problemático haciendo énfasis en el problema de investigación, su justificación y la pregunta de investigación, el capítulo dos contiene el marco teórico, en donde se engloba las principales referencias teóricas pertinentes al tema de investigación, en el capítulo tres se describe la metodología con la que se llevo a cabo la investigación, el capítulo cuatro esta conformado por los principales resultados que se han obtenido y el análisis y discusión de los mismos, finalmente en el quinto capítulo se diseña una propuesta de mejora para el subsistema de referencia-contrareferencia en el Centro de Salud Guadalupe.

Se obtuvieron todas las facilidades por parte del Centro de Salud Guadalupe y el distrito de salud 19D01 al momento de realizar la revisión de las historias clínicas y formularios 053.

Esta investigación será de beneficio para la sociedad ya que mediante la misma se busca mejorar la calidad de los servicios de salud y promover la atención médica continua

e integral, será beneficioso para los profesionales ya que se tendrá una visión ampliada de la situación actual del subsistema con lo cual se hará un análisis integral, se identificarán nudos críticos y esto propiciará la capacitación continua y un mejor uso de la normativa técnica y llenado del formulario 053.

## Capítulo uno

### Marco Problemático

#### 1.1 Problema de investigación

El Modelo de Atención Integral en Salud MAIS indica que “El primer nivel de atención se constituye en la puerta de entrada al sistema nacional de salud y tiene la capacidad resolutoria del 80% de las necesidades de salud de la población, a través del sistema de referencia-contrareferencia se garantiza el acceso a unidades y servicios de mayor complejidad hasta la resolución de la necesidad o problema” (Ministerio de Salud Pública , 2018) en tal virtud en el año 2014 se crea la Norma Técnica del subsistema de referencia, derivación, contrareferencia, referencia inversa y transferencia, con el objetivo de contribuir a garantizar la calidad, continuidad e integralidad de la atención en los establecimientos del sistema nacional de salud (Ministerio de Salud Pública , 2014).

La calidad de la atención consiste en la aplicación de la ciencia y tecnología médica de forma que maximice sus beneficios para la salud sin aumentar en forma proporcionada sus riesgos (Pavón Rosero & García Salazar, 2017). Implica la satisfacción de los pacientes, familia y la comunidad para con estos servicios.

Al lograrse optimizarse la calidad de los servicios de salud se lograría la disminución de los costos de producción, mejor uso de los recursos y aumento de la cobertura de atención, de manera que se obtenga un mayor beneficio para toda la comunidad (Alvarez Heredia , 2017).

La ausencia de la calidad en la atención tiene repercusiones no solamente sobre la eficiencia del sistema de salud o la percepción de los usuarios sobre el mismo, también incide sobre la mortalidad de la población, ya que, en América Latina y el Caribe mueren más de 8 millones de personas por enfermedades que pudieran ser perfectamente tratables por los sistemas de salud. Según el reporte del Lancet Global Health, los sistemas de salud de alta calidad tienen el potencial de prevenir al año: más de 1 millón de muertes de

neonatos, más del 50% de muertes maternas, más de 2.5 millones de muertes por enfermedades cardiovasculares (Peñaherrera Yáñez, 2015).

Se entiende como referencia al procedimiento por el cual el prestador de salud envía al usuario de un establecimiento de menor complejidad a uno de mayor complejidad o al mismo nivel de atención, cuando la capacidad instalada no permite resolver el problema de salud, mientras que, la contrareferencia es el envío de los pacientes en sentido inverso luego de haber recibido la atención (ESE Hospital de Rosario, 2018).

Según la Organización Panamericana de la Salud (2016) la falta de continuidad de la atención se traduce en atenciones fragmentadas, competitivas, haciendo que exista una duplicación de los esfuerzos y que resultan en problemas de accesibilidad de atención.

En el centro de Salud Guadalupe, perteneciente al Distrito de Salud 19D01 de la provincia de Zamora Chinchipe, cantón Zamora, parroquia Guadalupe, en el proceso actual de referencias y contrareferencias, se evidencian varios nudos críticos relacionados a la falta de conocimiento de los médicos rurales en la norma técnica, el llenado incorrecto del formulario 053, proceso de agendamiento y notificación de la fecha y hora de la consulta al paciente, cuando este es referido al servicio de consulta externa del Hospital Julius Doepfner que es el hospital de segundo nivel de la provincia de Zamora Chinchipe ubicado en la cabecera cantonal de la misma.

Por otro lado, la contrareferencia retorna de manera tardía por las siguientes razones: el paciente no acude al centro de salud, olvida o pierde el formulario de contrareferencia, razón por la cual no se realiza el seguimiento correspondiente, ocasionando un posible aumento de la morbilidad y mortalidad por enfermedades prevenibles con una efectiva continuidad de la atención en salud, y produciendo además insatisfacción de los usuarios con la atención.

Peñaherrera (2015) en su investigación sobre esta problemática indica que no existe confianza en el uso del formulario 053 puesto que implica mucho tiempo llenarlo y por esta razón no se registra el llenado completo, la copia del formulario no se entrega al paciente o

no se adjunta a la historia clínica. Además, según el mismo autor, uno de los problemas de la contrareferencia es que llenarla es un trámite inútil ya que no se describe información relevante, tiene letra ilegible y se toma mucho tiempo de la consulta escribirla, además se archivan en la historia clínica del paciente y muchas veces no es entregada ni al paciente ni a la unidad donde fue referido.

Por su parte, Chávez (2019) en su investigación menciona que dentro de los factores que intervienen en un adecuado sistema de referencias y contrareferencias es la falta de resolución del primer nivel de atención, falta de ordenamiento de atención y acceso directo al segundo nivel de atención, generando insatisfacción tanto en del usuario externo como en el interno ya que se sienten frustrados y en enfrentamiento con el paciente.

Sánchez (2017) en su investigación obtuvo que el 69% de los profesionales objeto de estudio desconoce sobre el Manual del Sistema de referencia y contrareferencias y que por ende no se da cumplimiento a la norma técnica, razón por la que no existe un adecuado llenado del formulario 053.

Córdova (2016) en su estudio realizado en el Hospital Básico de Playas menciona que, la ausencia de reportes de contrareferencias realizadas y del direccionamiento de los usuarios auto referidos con la respectiva referencia inversa influyen en que el paciente pueda establecer la continuidad de su atención en el primer nivel.

### **Pregunta de investigación:**

¿Cómo es la calidad del subsistema de referencia, derivación, contrareferencia, referencia inversa y transferencia del sistema nacional de salud para la atención de los usuarios del Centro de Salud Guadalupe durante el año 2022?

### **1.2 Justificación**

Para que exista un correcto funcionamiento del sistema de referencia-contrareferencia en los establecimientos de salud, se deben ejecutar de manera correcta tareas administrativas como: agendamiento, recepción de formularios, registro, devolución de formularios y manejo e informe estadístico con sus indicadores y seguimiento del proceso

de referencia, derivación, contrareferencia y referencia inversa hasta que se dé la finalización efectiva. Es responsabilidad de los establecimientos de salud enviar ya sea en físico o electrónico el formulario 053, ya que por medio del envío del mismo se puede realizar el seguimiento respectivo (Zurita, Bedoya , & Villamar, 2022).

Son responsables del envío de la contrareferencia, los profesionales de salud que atienden al usuario que es referido o derivado y que deben llenar de manera correcta el formulario 053 con letra legible, hacia nivel de atención de menor complejidad, es por ello que es muy importante que los profesionales de salud tengan conocimiento de la aplicación de normas, protocolos, guías de práctica clínica emitidas por la autoridad sanitaria (Zapana , 2015).

El interés en el desarrollo de la presente investigación surge a raíz de la observación diaria como médico rural de un establecimiento de salud de primer nivel de atención, este nivel es considerado como la puerta de entrada hacia el sistema de salud y es el encargado de resolver el 80% de las necesidades de la población, en donde en su mayoría, no se cuenta con los medios para poder resolver las patologías por las que acuden frecuentemente la población, realizándose la referencia hacia el segundo nivel de atención, es en este proceso donde se evidencia el deficiente conocimiento del personal de salud sobre la norma técnica, llenado inadecuado del formulario 053, deficiencia en el agendamiento y notificación de fecha y hora de consulta al paciente, retorno de la contrareferencia de manera oportuna.

La investigación propuesta pretende describir la situación actual y evaluar la calidad del subsistema de referencia, derivación, contrareferencia, referencia inversa y transferencia del sistema nacional de salud en el centro de salud Guadalupe haciendo uso de la norma técnica, posteriormente se planteará una propuesta de mejoramiento.

Se está contribuyendo a la política de salud ya que, en la constitución de la república del Ecuador en su artículo 32 se menciona a la salud como un derecho que garantiza el estado, la prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de

equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética (Asamblea Nacional Constituyente , 2008).

Por otro lado, uno de los objetivos del Modelo de Atención Integral (MAIS) es acercar los servicios de salud a la comunidad reduciendo así las barreras de acceso, disminuyendo la inequidad y fortaleciendo la capacidad resolutoria del primer nivel de atención, se busca además la excelencia de la prestación de los servicios en los tres niveles de atención con talento humano capacitado, motivado y comprometido garantizando el cumplimiento de estándares de calidad en la atención y gestión (Ministerio de Salud Pública , 2018).

De la misma manera, dentro de los principios del MAIS se encuentra la garantía de los derechos de los ciudadanos, la cual implica garantizar el acceso universal a los servicios de salud, los cuales deben ser integrales y de calidad, brindando continuidad y seguimiento al estado de salud de las personas, control de riesgos y factores determinantes para su salud, brindándole atención hasta su resolución o rehabilitación (Ministerio de Salud Pública , 2018). Todo esto concuerda con el objetivo principal de la investigación la cual pretende evaluar la calidad y diseñar una propuesta de mejora para el subsistema de referencia, derivación, contrareferencia, referencia inversa y transferencia, con el único fin de brindar atención de salud de calidad a la población.

### **1.3 Objetivos**

#### **1.3.1 General**

Evaluar la calidad del subsistema de referencia, derivación, contrareferencia, referencia inversa y transferencia del sistema nacional de salud en la atención de los usuarios del centro de salud Guadalupe durante el año 2022.

#### **1.3.2 Específicos**

Describir la situación actual del subsistema de referencia, derivación, contrareferencia, referencia inversa y transferencia en el centro de salud Guadalupe durante el año 2022.

Determinar la calidad del subsistema de referencia, derivación, contrareferencia, referencia inversa y transferencia mediante el uso de la norma técnica.

Diseñar una propuesta de mejora para el sistema de referencia-contrareferencia en el centro de Salud Guadalupe durante el año 2022.

#### **1.4 Hipótesis**

Al tratarse de un estudio descriptivo y al no existir estudios realizados históricamente, no es posible formular hipótesis.

## Capítulo dos

### Marco Teórico

#### 2.1 Calidad

Se la define como la capacidad que posee un objeto, producto o servicio para satisfacer las necesidades implícitas o explícitas según un parámetro, cumplimiento de requisitos de calidad, está relacionada con la percepción de cada individuo sobre un producto o servicio (Izquierdo Espinoza, 2021).

##### 2.1.1 *Calidad en Salud*

Según la Organización Mundial de la Salud (2016) la calidad de la asistencia sanitaria, consiste en asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuado para conseguir una atención sanitaria óptima.

Existe calidad en salud, cuando, se logra que la prestación de los servicios de salud sea oportuna, personalizada, humanizada, integral y se cumpla con los estándares de calidad

Avedis Donabedian define la calidad como el logro de los mayores beneficios posibles de la atención médica, con los menores riesgos para el paciente en función de los recursos disponibles y de los valores sociales imperantes (Bautista-Rodriguez , 2016).

La Joint Commission International define la calidad en la atención médica como el grado en que los servicios de atención aumentan la probabilidad de resultados deseados y se entregan de manera coherente con las preferencias de los pacientes y los conocimientos actuales en el campo de la atención médica, destaca además la importancia de la mejora continua, lo cual significa que los proveedores de salud deben monitorear su desempeño, identificar áreas de mejora y tomar medidas para mejorar la calidad y seguridad de los servicios que se brindan (Joint Commission International Accreditation Standards for Hospitals, 2021).

### **2.1.2 Elementos de la calidad**

Se refieren a los componentes esenciales que contribuyen a la mejora y garantía de la calidad en la prestación de los servicios de salud, se detallan a continuación:

- Efectividad
- Oportunidad
- Seguridad
- Eficiencia
- Equidad
- Atención centrada en el paciente (Alvarez Heredia , 2017).

Efectividad: Implica el conocimiento y experiencia de los profesionales que prestan los servicios de salud, capacidad para relacionarse con los pacientes y otros profesionales entre sí, además del conocimiento de las guías de práctica clínica, protocolos y normativas de salud (Alvarez Heredia , 2017).

Oportunidad: Hace referencia a que el paciente reciba la atención médica de forma oportuna, en el momento que este lo requiera, sea cual fuese su patología o terapéutica (Alvarez Heredia , 2017).

Eficiencia: Hace referencia a que el paciente reciba la atención médica que precise al menor costo posible y haciéndose un uso eficaz de los recursos disponibles, etc (Pavón Rosero & García Salazar, 2017).

Equidad: Que la atención en salud sea en igualdad de condiciones sin importar el sexo, raza, creencias religiosas, ideología política, ubicación geográfica, nivel socioeconómico (Pavón Rosero & García Salazar, 2017).

Atención centrada en el paciente: La atención médica debe ser respetuosa destinada a satisfacer las necesidades de cada usuario con igualdad de condiciones en busca del bienestar del paciente (Pavón Rosero & García Salazar, 2017).

### **2.1.3 Principios de la gestión de calidad en salud**

La gestión de calidad en salud se rige por una serie de principios fundamentales que orientan los esfuerzos para mejorar la calidad de los servicios de salud, estos son:

1. **Enfoque centrado en el paciente:** Pone al paciente en el centro del sistema, implica comprender y satisfacer las necesidades y expectativas de los pacientes, garantizando el respeto a su autonomía y promoviendo la comunicación efectiva entre los proveedores de atención y los pacientes.
2. **Enfoque basado en la evidencia:** Se basa en la utilización de la mejor evidencia científica disponible para guiar la toma de decisiones clínicas y organizativas, esto implica la aplicación de guías de práctica clínica basadas en la evidencia, protocolos clínicos actualizados, promoción de la investigación y mejora continua en el ámbito de la salud.
3. **Participación y colaboración:** Fomenta la participación activa y la colaboración de todos los actores involucrados en la atención médica, incluyendo pacientes, proveedores, administradores y reguladores, el trabajo en equipo es multidisciplinario.
4. **Enfoque de la prevención:** Se enfatiza la importancia de la prevención de enfermedades, esto implica la promoción de medidas preventivas como la vacunación, educación en salud, detección temprana de enfermedades y promoción de estilos de vida saludables.
5. **Mejora continua:** Se busca constantemente mejorar los resultados, seguridad del paciente, eficacia de los servicios y la experiencia del paciente, implica la recopilación y el análisis de datos, establecimiento de metas de mejora, la implementación de cambios y la evaluación periódica de los resultados.
6. **Liderazgo y compromiso:** El liderazgo y el compromiso son fundamentales para promover una cultura de calidad en salud, los líderes son los encargados de establecer metas y objetivos, asignar recursos adecuados, fomentar la participación

y promover la rendición de cuentas en todos los niveles de la organización (Sirvent Asensi , Gisbert Soler , & Pérez Bernabeu, 2017).

#### **2.1.4 Tipos de calidad:**

**Calidad técnica:** Es la medida en que los servicios de salud son ofrecidos de acuerdo a los conocimientos, habilidades y tecnologías actualizadas y efectivas, para lograr los mejores resultados posibles en la salud del paciente, esto implica la aplicación adecuada y efectiva de los diagnósticos, tratamientos y procedimientos médicos. En la evaluación de la calidad técnica se deben tener en cuenta aspectos como la precisión en el diagnóstico, la efectividad del tratamiento, la seguridad del paciente antes y después del procedimiento, la prevención de complicaciones y de posibles errores (Cabadas , 2016).

**Calidad percibida:** Es una medida subjetiva de la calidad de los servicios de salud la cual se basa en la experiencia y percepción de los usuarios, como estos perciben la calidad incluyendo aspectos como son: accesibilidad, eficacia, seguridad, empatía, comunicación, continuidad de la atención y la satisfacción general. Puede ser un indicador importante de la calidad de los servicios de salud en si mismos y puede ser utilizada por los proveedores de salud para la mejora continua de la calidad (Rodríguez Pérez & Grande Arnesto, 2016).

**Calidad total:** Es un enfoque que busca mejorar continuamente los servicios de salud ofrecidos a los pacientes, abarcando todos los aspectos de la atención, incluyendo la calidad técnica, calidad percibida, accesibilidad, eficiencia y seguridad del paciente. Se trata de un enfoque integral que involucra a todo el personal de salud, incluyendo médicos, enfermeros, administradores y otros profesionales. Se centra en la mejora continua de la atención en salud, a través de la identificación y eliminación de los problemas y obstáculos que afectan la calidad de los servicios de salud. El objetivo de la calidad total es mejorar la satisfacción del paciente, la eficiencia de los servicios de salud, la seguridad del paciente, la accesibilidad y la efectividad de la atención (Cabadas , 2016).

### **2.1.5 Evaluación de la calidad en salud**

La evaluación de la calidad en el sector de la salud es un proceso crucial para garantizar la prestación de los servicios de salud seguros, efectivos y centrados en el paciente, existen diferentes enfoques y métodos de evaluación, entre los más utilizados tenemos:

**Indicadores de calidad:** Son medidas cuantitativas o cualitativas que proporcionan información sobre el desempeño de los servicios de salud, pueden incluir factores clínicos, indicadores de seguridad del paciente, indicadores de accesibilidad, entre otros (Noriero, Avalos, & Priego, 2020).

**Evaluación de procesos:** La evaluación de procesos analiza como se llevan a cabo las actividades clínicas y administrativas en un entorno de atención médica, se revisan protocolos, guías de práctica clínica, diagramas de flujo de trabajo y otra documentación para identificar posibles brechas que puedan afectar la calidad de la atención. Puede incluir la revisión de registros médicos, observación directa de los procedimientos y entrevistas con el personal médico y de enfermería (Luna Domínguez, Moreno Treviño, & Zurita Garza, 2021).

**Encuestas de satisfacción al paciente:** Las encuestas son herramientas importantes para evaluar la calidad percibida por los pacientes, estas recopilan información sobre la experiencia del paciente, accesibilidad de los servicios, atención médica recibida y la satisfacción general. Los resultados de las encuestas nos pueden ayudar a identificar áreas de mejora y fortalezas en la atención en salud (Luna Domínguez, Moreno Treviño, & Zurita Garza, 2021).

**Auditorías clínicas:** Son revisiones sistematicas de los registros médicos y los procesos de atención para evaluar el cumplimiento de los estándares y normas de calidad. Se revisa la calidad de la documentación médica, se verifica el cumplimiento de las pautas clínicas y se identifican oportunidades de mejora (Noriero, Avalos, & Priego, 2020).

**Evaluaciones externas:** Los organismos reguladores y acreditadores pueden llevar a cabo evaluaciones o auditorías externas para verificar el cumplimiento de los estándares y

normativas de calidad, los resultados pueden tener implicaciones en la acreditación de las instituciones de salud (Noriero, Avalos, & Priego, 2020).

La evaluación de calidad es un proceso continuo y participativo, involucra a los pacientes, personal de salud, administradores y reguladores, su objetivo es la mejora continua de la calidad y garantizar los resultados óptimos para los pacientes (Noriero, Avalos, & Priego, 2020).

### **2.1.6 Ciclos de mejora continua de la calidad**

El ciclo de mejora continua es el centro de cualquier acción de mejora de la calidad, permite abordar actividades desde la más sencilla a la más compleja. También se conoce como el ciclo de Deming o ciclo PDCA (planificar, hacer, verificar, actuar), el ciclo consta de cuatro etapas que se repiten de forma continua (Cabadas , 2016).

- Planificar (Plan): En esta etapa, se establecen los objetivos de mejora y se identifican los problemas o áreas que necesitan atención. Se debe recopilar la información importante y se analizan los datos para comprender las causas subyacentes de los problemas.
- Hacer (Do): En esta etapa, se implementan las soluciones propuestas durante la etapa de planificación, se llevan a cabo las acciones necesarias para abordar los problemas identificados y se recopilan datos para su posterior análisis.
- Verificar (Check): En esta etapa, se evalúan los resultados obtenidos después de implementar soluciones. Se comparan los datos recopilados durante la etapa de planificación con los datos obtenidos durante la implementación para determinar si se han logrado las mejoras deseadas. Se realizan mediciones y se analizan los indicadores de rendimiento.
- Actuar (Act): En esta etapa, se toman medidas en función de los resultados obtenidos en la etapa de verificación. Si se lograron los objetivos de mejora, se consolidan las soluciones implementadas, si no se alcanzan los resultados esperados, se identifican

las razones y se ajustan los enfoques o acciones de mejora (Rodríguez Pérez & Grande Arnesto, 2016).

## **2.2 Sistema Nacional de Salud**

El sistema nacional de salud en el Ecuador se caracteriza por estar fragmentado, desarticulado y centralizado en la provisión de los servicios de salud, se caracteriza por la presencia de un enfoque biologista-curativo, centrado en la enfermedad y la atención hospitalaria con programas de salud pública de corte vertical que van a limitar la posibilidad de una atención integral a la población (Ministerio de Salud Pública, 2018).

### **2.2.1 Red Pública Integral de Salud**

Está conformada por: Ministerio de Salud Pública (MSP), Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), Fuerzas Armadas (ISSFA), Policía Nacional (ISSPOL) y los establecimientos de salud privados que son complementarios a la red pública y forman juntos una red integrada de servicios de la salud (Ministerio de Salud Pública, 2018).

El funcionamiento de la RPIS está orientada a superar la fragmentación del actual sistema de salud con el objetivo de ampliar coberturas y homogenizar el acceso a los servicios de salud por parte de la población (Ministerio de Salud Pública, 2018).

### **2.2.2 Modelo de Atención de Salud**

El modelo de atención integral de salud Familiar, comunitario e intercultural (MAIS-FCI) se define como un conjunto de normas, procedimientos, estrategias y herramientas que se complementan con el objetivo de organizar el sistema nacional de salud para así poder cumplir con las necesidades de la población, mediante la integración de todos los niveles de atención (Ministerio de Salud Pública , 2014).

El objetivo del MAIS es la reorientación del enfoque curativo que se centra en la enfermedad y en el individuo hacia un enfoque centrado en el cuidado de la salud de la población mediante la estrategia de la Atención Primaria en Salud (APS) fortaleciendo la promoción, prevención garantizando una atención en salud eficaz, con calidad y calidez (Ministerio de Salud Pública , 2014).

Los principios del MAIS-FCI son: la garantía de los derechos de las y los ciudadanos, universalidad, equidad, integralidad, continuidad, participativo, desconcentrado, eficiente y eficaz (Ministerio de Salud Pública , 2014).

Los enfoques del MAIS son:

- La atención primaria de salud renovada.
- Epidemiología comunitaria.
- La participación social.
- Enfoque de interculturalidad.
- Integrar la salud mental.
- Integrar la investigación, formación y capacitación del talento humano.
- Los cuidados paliativos (Ministerio de Salud Pública , 2018).

### **2.2.3 Niveles de Atención**

Es una forma ordenada y estratificada que permite la organización de los recursos para poder satisfacer las necesidades de la población. El sistema de salud, de acuerdo a los niveles de atención y capacidad, se encuentran distribuidos de la siguiente forma (ESE Hospital de Rosario, 2018):

- Primer nivel
- Segundo nivel
- Tercer nivel
- Cuarto nivel

#### **2.2.3.1 Primer Nivel de Atención**

Este nivel es considerado como la puerta de entrada al sistema nacional de salud, en el cual se resuelven hasta el 85% de las necesidades de la población (Aburto, 2016).

#### **2.2.3.2 Segundo Nivel de Atención**

En este nivel se encuentran los servicios de atención ambulatoria especializada y aquellas que requieran hospitalización. Corresponde al escalón de referencia inmediata del primer nivel de atención. Se ha estimado que entre el primer y segundo nivel de atención se

resuelvan hasta un 95% de las necesidades de la población (Ministerio de Salud Pública , 2014).

### **2.2.3.3 Tercer Nivel de Atención**

Este nivel hace referencia a establecimientos ambulatorios y hospitalarios de especialidad y especializados, en este nivel se resuelven problemas de alta complejidad y que son pocos prevalentes, se realizan trasplantes, cuidados intensivos, entre otros (Ministerio de Salud Pública , 2014).

### **2.2.3.4 Cuarto Nivel de Atención**

En este nivel se brinda la atención de más alta complejidad en donde además se combina la investigación, en los cuales se concentran casos complejos, para poder llevar a cabo su funcionamiento requiere la más alta tecnología (Ministerio de Salud Pública , 2014).

## **2.2.4 Niveles de complejidad**

Se diferencian de acuerdo a la cartera de servicios que tiene cada una y la capacidad resolutoria de la demanda. Cada nivel de atención condiciona el nivel de complejidad que debe tener cada establecimiento, de acuerdo con el nivel de complejidad se establece el tipo de recursos, humanos, físicos y tecnológicos que son necesarios para el cumplimiento de los objetivos de acuerdo a la unidad asistencial y su organización (Ministerio de Salud Pública , 2014).

I Nivel: El I nivel supone una complejidad baja, se encuentran los puestos de salud, centros de salud, los cuales ofrecen atención ambulatoria, promoción, prevención y recuperación de la salud, se promueven acciones de saneamiento ambiental y participación comunitaria (Ministerio de Salud Pública , 2018).

II Nivel: El II nivel supone una complejidad intermedia, conformado por hospitales básicos y generales. El hospital básico ofrece atención ambulatoria y hospitalaria de medicina general, gineco-obstetricia, pediatría y cirugía general, el hospital general adicionalmente ofrece especialidades de acuerdo a su perfil epidemiológico, auxiliares

diagnósticos y tratamientos de mayor complejidad, los hospitales del día son parte de este nivel (Ministerio de Salud Pública , 2018).

III Nivel: El III nivel supone una complejidad alta, formado por los hospitales especializados y de especialidad que ofrecen hospitalización en una especialidad o subespecialidad, brinda atención a todo el país por medio de referencia, se realiza además docencia e investigación, están ubicados en ciudades de mayor concentración poblacional (Ministerio de Salud Pública, 2018).

**Tabla 1**

*Niveles de Atención, Complejidad y Establecimientos de Salud*

<b>Niveles de atención, niveles de complejidad, categoría y nombres de los establecimientos de salud.</b>			
<b>Niveles de Atención</b>	<b>Niveles de Complejidad</b>	<b>Categoría de establecimientos de Salud</b>	<b>Nombre</b>
<b>Primer Nivel de Atención</b>	1° Nivel de complejidad	I-1	Puesto de salud
	2° Nivel de Complejidad	I-2	Consultorio General
	3° Nivel de Complejidad	I-3	Centro de Salud Tipo A
	4° Nivel de Complejidad	I-4	Centro de Salud Tipo B
	5° Nivel de Complejidad	I-5	Centro de Salud Tipo C
<b>Segundo Nivel de Atención</b>	<b>AMBULATORIO</b>		
	1° Nivel de Complejidad	II-1	Consultorio de especialidad clínico-quirúrgica.
		II-2	Centro de especialidades.
	2° Nivel de Complejidad	II-3	Centro clínico-quirúrgico ambulatorio (Hospital del Día)
<b>HOSPITALARIO</b>			

	3° Nivel de Complejidad	II-4	Hospital básico
	4° Nivel de Complejidad	II-5	Hospital general
<b>Tercer Nivel de Atención</b>	<b>AMBULATORIO</b>		
	1° Nivel de Complejidad	III-1	Centros especializados
	<b>HOSPITALARIO</b>		
	2° Nivel de Complejidad	III-2	Hospital especializado
	3° Nivel de Complejidad	III-3	Hospital de especialidades
<b>Cuarto Nivel de Atención</b>	1° Nivel de Complejidad	IV-1	Centros de experimentación pre-registro clínico.
	3° Nivel de Complejidad	IV-2	Centros de alta subespecialidad.
<b>Nivel de Atención Prehospitalaria</b>	1° Nivel de Complejidad	APH-1	Unidad de atención prehospitalaria de transporte y soporte vital básico.
	2° Nivel de Complejidad	APH-2	Unidad de atención prehospitalaria de transporte y soporte vital avanzado.
	3° Nivel de Complejidad	APH-3	Unidad de atención prehospitalaria de transporte y soporte vital especializado.

*Nota.* La tabla representa los niveles de atención, complejidad y establecimientos de salud. Tomado de la Norma técnica del subsistema de referencia, derivación, contrareferencia, referencia inversa y transferencia del sistema nacional de salud.

### **2.2.5 Subsistema de referencia, derivación, contrareferencia, referencia inversa y transferencia.**

Se lo define como el conjunto de procesos, procedimientos y actividades técnicas y administrativas que tienen como objetivo proporcionar los servicios que cubran las

necesidades de la población, logrando garantizar la calidad, accesibilidad, oportunidad, continuidad y la integralidad de los servicios de la salud (Ministerio de Salud Pública , 2014).

#### **2.2.5.1 Referencia**

Es el proceso mediante el cual se deriva a un paciente de una institución de menor capacidad resolutive a una de mayor complejidad. Para realizar la referencia entre establecimientos de salud de una misma entidad dentro del sistema se hace uso del formulario 053 (ESE Hospital de Rosario, 2018).

#### **2.2.5.2 Referencia cumplida**

Se produce cuando el usuario asistió correctamente al servicio de admisión, consulta externa o emergencia del establecimiento al cual fue referido (Ministerio de Salud Pública , 2014).

#### **2.2.5.3 Referencia no cumplida**

Se da cuando el usuario no asistió al servicio de admisión, consulta externa o emergencia del establecimiento al cual fue referido (Ministerio de Salud Pública , 2014).

#### **2.2.5.4 Referencia cumplida efectiva**

Se produce cuando el usuario asistió correctamente al servicio de admisión, consulta externa o emergencia del establecimiento al cual fue referido y además fue atendido por el profesional de salud (Ministerio de Salud Pública , 2014).

#### **2.2.5.5 Referencia cumplida no efectiva**

Se produce cuando el usuario asistió correctamente al servicio de admisión, consulta externa o emergencia del establecimiento al cual fue referido y además no fue atendido por el profesional de salud (Ministerio de Salud Pública , 2014).

#### **2.2.5.6 Referencia bien llenada**

Es cuando los datos del usuario y la referencia del formulario 053 cuenta con todos los datos completos y es escrito con letra que es legible (Ministerio de Salud Pública , 2014).

#### **2.2.5.7 Referencia mal llenada**

Es cuando los datos del usuario y la referencia del formulario 53 no cuenta con todos los datos completos o no se encuentra escrito con letra legible (Ministerio de Salud Pública , 2014).

#### **2.2.5.8 Referencia justificada**

Se da cuando la hoja de referencia ha sido realizada conforme a las normas de atención y guías de práctica clínica emitidas por la autoridad sanitaria y tiene evaluación positiva por el especialista (Ministerio de Salud Pública , 2014).

#### **2.2.5.9 Referencia injustificada**

Se da cuando la hoja de referencia no ha sido realizada conforme a las normas de atención y guías de práctica clínica emitidas por la autoridad sanitaria y tiene evaluación negativa por el especialista (Ministerio de Salud Pública , 2014).

#### **2.2.5.10 Contrareferencia**

Es el proceso mediante el cual el paciente retorna una vez a recibido la atención con la información correspondiente al establecimiento de salud de menor nivel de atención, garantizando de esta manera la continuidad de la atención en salud (Ministerio de Salud Pública , 2014).

#### **2.2.5.11 Contrareferencia cumplida**

Cuando el usuario asiste al establecimiento de menor nivel de atención el cual lo refirió (ESE Hospital de Rosario, 2018).

#### **2.2.5.12 Contrareferencia no cumplida**

Cuando el usuario no asiste al establecimiento de menor nivel de atención el cual lo refirió (ESE Hospital de Rosario, 2018).

#### **2.2.5.13 Contrareferencia cumplida efectiva**

Cuando el profesional de salud registra la contrareferencia y continúa con el plan de tratamiento recomendado por el especialista (ESE Hospital de Rosario, 2018).

#### **2.2.5.14 Contrareferencia cumplida no efectiva**

Cuando el profesional de salud no registra la contrareferencia y no continúa con el plan de tratamiento recomendado por el especialista (ESE Hospital de Rosario, 2018).

#### **2.2.5.15 Contrareferencia bien llenada**

Cuando la sección de los datos del usuario y la de la contrareferencia tiene todos los datos completos y está escrito con letra legible (Ministerio de Salud Pública , 2014).

#### **2.2.5.16 Contrareferencia mal llenada**

Cuando la sección de los datos del usuario y la de la contrareferencia no tiene todos los datos completos y está escrito con letra ilegible (Ministerio de Salud Pública , 2014).

#### **2.2.5.17 Contrareferencia justificada**

El prestador de salud realiza la contrareferencia tomándose en cuenta la capacidad resolutive del establecimiento del destino (Ministerio de Salud Pública , 2014).

#### **2.2.5.18 Contrareferencia injustificada**

El profesional de salud há realizado la contrareferencia sin haber tomado en cuenta la capacidad resolutive del establecimiento del destino (Ministerio de Salud Pública , 2014).

#### **2.2.5.19 Referencia Inversa**

Se da cuando el nivel de atención superior envía a una persona a un nivel de atención inferior con la información debida, sin que este usuario haya pasado primero por un nivel inferior, generalmente ocurre después de una autoreferencia (Ministerio de Salud Pública , 2014).

#### **2.2.5.20 Autorreferencia**

Se da cuando un usuario/a acude directamente a un nivel de atención superior, sin haber sido referido de un nivel inferior. Por lo general ocurre en casos de emergencia (Ministerio de Salud Pública , 2014).

## **2.2.6 Proceso de Referencia.**

### **2.2.6.1 Responsable de la referencia**

Es responsabilidad de los profesionales de los establecimientos de salud referir a los usuarios al nivel de atención o complejidad que le corresponde, de acuerdo a la capacidad resolutive y pertinencia, es de competencia del profesional desde el momento que inicia la atención en el establecimiento hasta cuando recibe la contrareferencia (Peñaherrera Yáñez, 2015).

### **2.2.6.2 Entidad receptora de la referencia**

El establecimiento de salud del mismo o mayor nivel de atención o complejidad que tenga la capacidad resolutive que se requiere, recibirá al usuario con el formulario 053 y brindará la atención. La referencia se realiza entre establecimientos de salud de una misma entidad del sistema utilizando el formulario 053 (Peñaherrera Yáñez, 2015).

## **2.2.7 Proceso de Contrareferencia.**

### **2.2.7.1 Responsable de la contrareferencia**

Es responsabilidad de los profesionales de salud que atendieron al usuario referido/derivado y que deben contrareferir al menor nivel de atención o complejidad, utilizando el formulario 053 en la sección de contrareferencia (Peñaherrera Yáñez, 2015).

### **2.2.7.2 Recepción de la contrareferencia**

El profesional de salud del establecimiento de menor nivel de atención y complejidad recibe al usuario y solicita el formulario 053 que contiene diagnóstico definitivo y tratamiento de especialidad para continuar con la atención, se debe adjuntar una copia del formulario a la historia clínica, además se debe indicar al usuario y sus familiares la importancia de continuar con la atención (Peñaherrera Yáñez, 2015).

## **2.2.8 Indicadores que miden el funcionamiento del subsistema de referencia, derivación, contrareferencia, referencia inversa y transferencia**

### **2.2.8.1 Porcentaje de referencias solicitadas**

Es la relación entre las referencias solicitadas por el profesional de salud entre el total de las consultas (primera y subsecuente) de morbilidad por 100. El valor que se acepta es un rango entre 5-10% (Ministerio de Salud Pública , 2014).

$$\text{Porcentaje de referencias solicitadas} = \frac{\text{Total de referencias solicitadas por el personal de salud}}{\text{Total de consultas de morbilidad}} \times 100$$

### **2.2.8.2 Porcentaje de cumplimiento de las referencias**

Es la relación entre el total de referencias cumplidas dividido para el total de referencias solicitadas por 100. Se acepta un valor de 70% (Ministerio de Salud Pública , 2014).

$$\text{Porcentaje de cumplimiento de las referencias} = \frac{\text{Total de referencias cumplidas}}{\text{Total de referencias solicitadas}} \times 100$$

### **2.2.8.3 Porcentaje de la referencia cumplida efectiva**

Es la relación entre el total de referencias cumplidas efectivas dividido para el total de referencias cumplidas por 100. La meta es el 100% (Ministerio de Salud Pública , 2014).

$$\text{Porcentaje de referencia cumplida efectiva} = \frac{\text{Total de referencias cumplidas efectivas}}{\text{Total de referencias cumplidas}} \times 100$$

### **2.2.8.4 Porcentaje de referencias justificadas (pertinentes)**

Es la relación entre el total de referencias cumplidas efectivas justificadas dividido para el total de contrareferencias. La meta es mayor a 90% (Ministerio de Salud Pública , 2014).

$$\text{Porcentaje de referencia justificadas} = \frac{\text{Total de referencias cumplidas efectivas}}{\text{Total de contrareferencias}} \times 100$$

### 2.2.8.5 Porcentaje de contrareferencias

Es la relación entre el total de las contrareferencias dividido para el total de referencias cumplidas por 100. La meta es superior al 90% (Ministerio de Salud Pública , 2014).

$$\text{Porcentaje de contrareferencias} = \frac{\text{Total de contrareferencias}}{\text{Total de referencias cumplidas}} \times 100$$

### 2.2.8.6 Porcentaje de contrareferencias bien llenadas

Es la relación entre el total de contrareferencias bien llenadas dividido para el total de contrareferencias por 100. La meta es el 100% (Ministerio de Salud Pública , 2014).

$$\text{Porcentaje de contrareferencias bien llenadas} = \frac{\text{Total de contrareferencias bien llenadas}}{\text{Total de contrareferencias}} \times 100$$

### 2.2.8.7 Porcentaje de ausentismos

Es la relación entre el total de las contrareferencias cumplidas dividido para el total de referencias cumplidas por 100. La meta es hasta 100% (Ministerio de Salud Pública , 2014).

$$\text{Porcentaje de ausentismos} = \frac{\text{Total de contrareferencias cumplidas}}{\text{Total de referencias cumplidas}} \times 100$$

### 2.2.9 Normas Técnicas para la referencia y/o derivación

1. Las referencias y/o derivaciones deben ser solicitadas por profesionales de la salud; en su ausencia y sólo en condiciones de emergencia, la realizará otro personal de salud.
2. Los profesionales de salud que refieran o deriven a usuarios, ya sea para consultas de especialidad, tratamientos complementarios u hospitalización, deberán llenar el formulario 053 con datos completos y letra legible.
3. Se debe utilizar un formulario 053 por cada consulta de especialidad que requiera el usuario.
4. Para referencia o derivación de usuarios, deben aplicar las normas, guías, manuales, protocolos de atención y guías de práctica clínica (GPC) establecidas por el Ministerio de Salud Pública.
5. Realizar el registro completo de datos en la historia clínica, que permitan justificar el proceso de referencia o derivación.

6. Se debe establecer el nivel de atención al que es referido el usuario utilizando los criterios de capacidad resolutive, accesibilidad y oportunidad, incluyendo los casos de emergencia.
7. El personal administrativo debe coordinar con el servicio de admisión del establecimiento al cual se refiere o deriva para agendar la cita del usuario.
8. En caso de emergencia, el personal administrativo comunicará al establecimiento de referencia o derivación para brindar toda la información pertinente del usuario garantizando su atención inmediata.
9. En caso de emergencia, si el nivel receptor no dispone de espacio físico para la recepción definitiva del usuario, debe estabilizarlo antes del envío a otro establecimiento de salud.
10. El personal administrativo que agendó la cita no puede rechazar las referencias o derivaciones establecidas.
11. El establecimiento de salud deberá contar con el personal administrativo y equipamiento necesario para agendar las citas.
12. El establecimiento de salud receptor atenderá las referencias o derivaciones solicitadas desde el nivel inferior o del mismo nivel de atención; el usuario no podrá acudir al establecimiento de salud de referencia o derivación correspondiente sin tener agendada una cita con hora y fecha. Excepto en casos de emergencia.
13. Para todo usuario que vaya a recibir atención de especialidad y/o hospitalización, se debe abrir una historia clínica.
14. El personal administrativo que agendó la cita debe informar al usuario y familiares sobre el lugar, consultorio, especialidad y hora de consulta del establecimiento de salud al que es referido o derivado.
15. En caso de que un usuario sea agendado a un especialista que no le corresponde a su especialidad, el profesional tiene la obligación de realizar la interconsulta respectiva al especialista que considere necesario.

16. Los profesionales de salud que reciben a los usuarios referidos son los responsables del llenado de la contrareferencia al nivel de atención que corresponde, independientemente de las interconsultas que se realicen con los diferentes especialistas.
17. Se debe incluir una copia del formulario 053 en la historia clínica del usuario, una vez concluido el proceso.
18. Los profesionales de salud deben enviar el formulario 053 original con el usuario al establecimiento de salud de referencia y una copia se guardará en la historia clínica.
19. El personal del primer nivel de atención deberá realizar la búsqueda para el seguimiento del usuario referido o derivado, en caso de que el mismo no retorne con la contrareferencia al establecimiento de salud, a través de la visita domiciliaria u otras formas de comunicación.
20. El profesional de salud debe coordinar con el sistema de ambulancias y con los sistemas comunitarios de transporte, en caso de requerir derivación o referencia de emergencia.
21. El equipo de salud de los establecimientos que refieren o derivan emergencias debe aplicar las normas, Guías de Práctica Clínica (GPC), manuales y otros documentos normativos emitidos por el Ministerio de Salud Pública.
22. El profesional del establecimiento de salud derivará o referirá al usuario al nivel de atención correspondiente para la realización de exámenes complementarios al diagnóstico, cuando el establecimiento de salud no cuente con dichas prestaciones.
23. Todos los profesionales de salud que realicen referencias y contrareferencias deben aplicar la codificación CIE-10 en sus diagnósticos.
24. Para los usuarios que son atendidos en los consultorios de los establecimientos educativos que requieren ser referidos o derivados a un establecimiento de salud de mayor nivel de atención, el profesional de salud que los atendió debe coordinar con

el establecimiento de salud del primer nivel de atención para el agendamiento de la cita (Ministerio de Salud Pública , 2014).

#### **2.2.10 Normas Técnicas para la contrareferencia**

1. El profesional de salud de los establecimientos de mayor nivel de atención, una vez proporcionado el servicio, obligatoriamente tiene que realizar la contrareferencia al establecimiento de origen, usando el formulario No. 053 con datos completos y letra legible.
2. Se debe informar al usuario y familia sobre su condición de salud actual y la importancia de retornar al establecimiento de salud de origen para la continuidad del tratamiento, seguimiento y control.
3. Se debe llenar el formulario de contrareferencia No. 053, una copia envía con el usuario al establecimiento de salud correspondiente.
4. Se debe brindar recomendaciones generales al usuario y familiares sobre aspecto psicosociales y de autocuidado (Ministerio de Salud Pública , 2014).

## **Capítulo tres**

### **Diseño Metodológico**

#### **3.1 Tipo de estudio**

El presente estudio posee un enfoque cuantitativo, con diseño descriptivo y de corte retrospectivo.

*Cuantitativo:* Por que se realizó la medición de la calidad del subsistema, mediante la medición de sus indicadores además de hacer la revisión y determinar la cantidad de historias clínicas y formularios 053 llenados correctamente.

*Descriptivo:* Por que se describió la situación actual y se realizó la evaluación de la calidad del subsistema de referencia, derivación, contrareferencia, referencia inversa y transferencia en el Centro de Salud Guadalupe durante el año 2022.

*Retrospectivo:* Por que se tomaron datos de los pacientes referidos y contrareferidos en el Centro de Salud Guadalupe desde el mes de enero a diciembre del año 2022.

#### **3.2 Población estudiada**

Está conformado por los pacientes que han sido referidos y contrareferidos en el Centro de Salud Guadalupe. El periodo de la investigación incluye desde el mes de enero a diciembre del año 2022.

#### **3.3 Muestra**

En el presente estudio se trabajó con el total de la población, por lo que, no fue necesario realizar un cálculo muestral. Obteniéndose como tamaño total de la muestra 224 pacientes.

#### **3.4 Criterios de Inclusión y Exclusión**

##### **3.4.1 Criterios de Inclusión**

- Formularios 053 de usuarios pertenecientes al área de influencia del Centro de Salud Guadalupe, que han sido referidos desde el centro de salud Guadalupe hacia el hospital Julius Doepfner durante el año 2022

- Usuarios que han sido contrareferidos desde el Hospital Julius Doephner hacia el Centro de Salud Guadalupe durante el año 2022.

### **3.4.2 Criterios de Exclusión**

- Historias clínicas de los pacientes que han sido referidos y contrareferidos, que no se encuentren disponibles de forma física al momento de la recolección de los datos.
- Formularios 053 que no se encuentren disponibles de forma física al momento de la recolección de los datos.

### **3.5 Procedimiento de recolección de información**

#### **Primera fase:**

Haciendo uso de la información proporcionada por el departamento de estadística del Distrito de Salud 19D01 a través de su matriz en línea, se realizó el levantamiento de información con el análisis de los indicadores que miden el funcionamiento del subsistema de referencia, derivación, contrareferencia, referencia inversa y transferencia.

#### **Segunda fase:**

Con la ayuda de un instrumento previamente validado y de la norma técnica que rige al subsistema, se realiza la evaluación de la calidad mediante la revisión de las historias clínicas y formularios 053 de las/os pacientes referidos y contrareferidos en el CS. Guadalupe durante el año 2022.

Para la tabulación y análisis de los datos obtenidos se crea una base de datos en Microsoft Excel 2019.

Finalmente, se analiza los resultados obtenidos, se busca identificar las causas con los responsables del proceso de atención, se diseña una propuesta de mejora, compuesta por cuatro estrategias.

### **3.6 Recursos Humanos**

- Directora de tesis: encargada de la revisión y seguimiento de los avances del proyecto de investigación.

- Alumno: encargada de la recolección de los datos, análisis y cumplimiento de los objetivos planteados en la investigación.
- Pacientes referidos y contrareferidos en el Centro de Salud Guadalupe durante el año 2022: a partir de los cuales se realizó el análisis y cumplimiento de los objetivos del proyecto de investigación.

### **3.7 Recursos Materiales**

- Computadora, la cual fue un elemento clave para el desarrollo del proyecto de investigación, en esta se elaborará el análisis e informe final del proyecto.
- Internet, el cual permitió acceder a la información sobre el tema que se está investigando.
- Hojas, para la impresión y redacción física de elementos de la investigación.
- Impresiones, la cuales nos permitió la digitalización de la investigación.
- Luz, servicio básico que nos ayudó al desarrollo de la investigación.
- Transporte, el cual nos permitió acudir al centro de salud en donde se realizó la revisión de las historias clínicas y recolección de los datos.
- Refrigerios que se brindaran durante la elaboración de la investigación.
- Honorarios del investigador, los cuales fueron destinados por concepto de recolección de los datos y elaboración del proyecto final de investigación.

### **3.8 Aspectos bioéticos**

Al tratarse de un estudio que no requiere la aplicación de un instrumento para la recolección de los datos, si no la revisión de historias clínicas y formularios 053 no es necesario la aplicación de un consentimiento informado.

Se firma un acuerdo mutuo de confidencialidad de la información entre la institución y los investigadores (Apéndice C).

Se envía protocolo para aprobación por CEISH externo (Apéndice D).

## Capítulo cuatro

### Análisis y discusión de resultados

#### 4.1 Resultados del objetivo 1

Tabla 2

*Pacientes referidos y contrareferidos del Centro de Salud Guadalupe durante el año 2022*

MES	REFERENCIAS SOLICITADAS	REFERENCIAS CUMPLIDAS	REFERENCIAS CUMPLIDAS EFECTIVAS	REFERENCIAS CUMPLIDAS EFECTIVAS JUSTIFICADAS	CONTRAREFERENCIAS	CONTRAREFERENCIAS CUMPLIDAS	CONTRAREFERENCIAS CUMPLIDAS EFECTIVAS	CONTRAREFERENCIAS BIEN LLENADAS	CONTRAREFERENCIAS OPORTUNAS	TOTAL DE CONSULTAS
Enero	9	8	8	8	8	8	8	8	6	238
Febrero	14	12	12	11	11	11	11	11	10	177
Marzo	18	18	18	17	17	17	17	17	15	238
Abril	16	14	14	14	14	14	14	14	14	211
Mayo	16	15	15	14	12	12	12	12	10	292
Junio	9	8	8	7	7	7	7	7	5	246
Julio	17	17	17	17	17	17	17	17	15	203
Agosto	15	12	12	11	12	12	12	12	10	238
Septiembre	33	33	33	32	32	32	32	32	30	264
Octubre	29	28	26	26	27	26	26	26	25	280
Noviembre	27	26	26	26	27	27	27	27	25	220
Diciembre	21	21	21	21	21	21	21	21	19	140
<b>TOTAL</b>	<b>224</b>	<b>212</b>	<b>210</b>	<b>204</b>	<b>205</b>	<b>204</b>	<b>204</b>	<b>204</b>	<b>184</b>	<b>2747</b>

Fuente: Matriz en línea departamento de estadística del distrito 19D01.

**1. Porcentaje de referencias solicitadas**

$224/2747 * 100 = 8.1\%$  (*Valor aceptable 5-10%*)

**2. Porcentaje de cumplimiento de las referencias**

$212/224 * 100 = 94.6\%$  (*Valor aceptable 70%*)

**3. Porcentaje de la referencia cumplida efectiva**

$210/212 * 100 = 100\%$  (*Meta de 100%*)

**4. Porcentaje de referencias justificadas (pertinentes)**

$204/205 * 100 = 99.5\%$  (*Meta es mayor a 90%*)

**5. Porcentaje de contrareferencias**

$205/210 * 100 = 97.6\%$  (*Meta superior al 90%*)

**6. Porcentaje de contrareferencias bien llenadas**

$204/205 * 100 = 99.5\%$  (*Meta es del 100%*)

**7. Porcentaje de ausentismos**

$204/212 * 100 = 96.2\%$  (*Meta es del 100%*)

De acuerdo al análisis de los indicadores que rigen el funcionamiento del subsistema podemos demostrar que en el Centro de Salud Guadalupe se cumple con la meta establecida por la norma técnica en la mayoría de los indicadores, sin embargo, en el indicador porcentaje de ausentismos se alcanzó el 96.2% teniendo como meta el 100%, así mismo podemos observar que existe un total de 184 contrareferencias oportunas es decir, que han llegado dentro de los siete días posteriores a la atención del especialista, lo cual corresponde al 90% del total de las contrareferencias, es decir que el 10% restante no han sido oportunas. Por otro lado, se evidencia un total de 224 referencias solicitadas por los profesionales de salud, de las cuales solo 204 son justificadas, es decir que 20 referencias no fueron correctamente justificadas.

En cuanto al indicador porcentaje de referencias solicitadas pese a que se observa un valor dentro del rango aceptable 8.1%, es importante mencionar que del total de referencias solicitadas 224, 219 correspondiente al 97.7% fueron referencias por falta de capacidad resolutive y no ser competencia del primer nivel de atención ya que ameritaba atención por especialidad, mientras que las 5 restantes que corresponden al 2.3% fueron referencias debido a falta de insumos (suturas) y medicación (medicación antihipertensiva) en el centro de salud, es decir que es mayor el porcentaje de referencias enviadas justificadas por el criterio clínico de los pacientes, que por la falta de recursos e insumos en la unidad operativa.

## 4.2 Resultados del objetivo 2

**Tabla 3**

*Datos del usuario en el formulario 053*

<b>Datos del usuario</b>	<b>Cumple</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>No cumple</b>	<b>Porcentaje</b>
Nombres y apellidos completos	179	80	45	20
Cédula	220	98	4	2
Edad	186	83	38	17
Número de teléfono	116	52	108	48
Dirección	112	50	112	50
Nacionalidad	218	97	6	3

Fuente: Base de datos Microsoft Excel.

En la tabla 3 se observa sobre los datos del usuario en el formulario 053 que existe un cumplimiento del 52% del correcto llenado del número telefónico, el incumplimiento se ocasiona por estar incompleto o escrito erróneamente, con respecto a la dirección del paciente el cumplimiento fue del 50% de los formularios porque solo se registra el nombre del barrio en el que vive, sin anotar el nombre de las calles o referencia de la misma. El resto de parámetros tiene un cumplimiento aceptable que oscila entre el 80% al 98%.

**Tabla 4***Datos de la referencia en el formulario 053*

<b>Datos de la referencia</b>	<b>Cumple</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>No cumple</b>	<b>Porcentaje</b>
Se anota número de historia clínica	117	52	107	48
Nombre del establecimiento que refiere	224	100	0	-
Tipo	220	98	4	2
Distrito	218	97	6	3
Nombre del establecimiento al que se refiere	224	100	0	-
Servicio	219	98	5	2
Especialidad	220	98	4	2
Fecha de la referencia	224	100	0	-
Justifica el motivo de la referencia	176	79	48	21
Cuadro clínico del paciente de forma resumida	215	96	9	4
Hallazgos reelevantes de exámenes y procedimientos	219	98	5	2
Se adjunta copia de los resultados	0	-	100	100
Se coloca diagnóstico utilizando CIE-10	216	96	8	2
Se especifica si el diagnóstico es presuntivo o definitivo	218	97	6	3

Fuente: Base de datos Microsoft Excel

En la tabla 4 se observan los siguientes resultados en la sección de referencia del formulario 053, llama la atención que en el 52% de los formularios se registra el número de historia clínica del paciente, por otro lado en el 79% se justifica el motivo de la referencia, así mismo en ninguno de los formularios se adjunta copia de los resultados de exámenes de laboratorio o imagen que han sido realizados, solo se anota manualmente en la sección de hallazgos reelevantes, el resto de parámetros posee un cumplimiento aceptable con valores que oscilan entre el 96% al 100%.

Tabla 5

*Datos de la contrareferencia en el formulario 053*

<b>Contrareferencia</b>	<b>Cumple</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>No cumple</b>	<b>Porcentaje</b>
Nombre de la institución a la que se contrarefiere.	224	100	0	-
Se anota número de historia clínica	115	51	109	49
Tipo de establecimiento	218	97	6	3
Distrito	223	99	1	1
Fecha de contrareferencia	224	100	0	-
Cuadro clínico del paciente de forma resumida	220	98	4	2
Hallazgos reelevantes de exámenes y procedimientos	188	84	36	16
Se adjunta copia de los resultados	0	-	100	100
Se coloca diagnóstico definitivo utilizando CIE-10	224	100	0	-
Se coloca en forma clara el tratamiento recomendado por especialista	166	74	58	26
Se coloca nombre del profesional encargado del llenado, código MSP, firma y sello	220	98	4	2
Se indica si la referencia fue justificada o injustificada.	224	100	0	-

Fuente: Base de datos Microsoft Excel

En la tabla 5 se observa que en la sección de contrareferencia en el formulario 053, en el 51% de los formularios se anota el número de la historia clínica, en ninguno de los formularios se adjunta la copia de los resultados de laboratorio o de imagen que han sido realizados, solo se los anota manualmente en la sección de hallazgos reelevantes, por otro existe un cumplimiento del 74% de la prescripción del tratamiento recomendado por el especialista, el resto de parámetros tiene un cumplimiento aceptable con valores que oscilan entre el 84% al 100%.

## Discusión

Durante el desarrollo del estudio analizamos el cumplimiento de los indicadores que rigen el funcionamiento del subsistema de referencia, derivación, contrareferencia, referencia inversa y transferencia en el Centro de Salud Guadalupe durante el año 2022, en el cual podemos evidenciar que en su mayoría cumplen la meta establecida por la normativa técnica, es así que se observa un porcentaje de referencias solicitadas del 8.1% siendo el valor aceptable hasta el 10%, el porcentaje de cumplimiento de las referencias alcanza el valor de 94.6% siendo el valor aceptable a partir del 70%, el porcentaje de referencia cumplida efectiva es del 100% siendo la meta el 100%, por otro lado el porcentaje de referencias justificadas alcanza el 99.5% siendo la meta mayor al 90%, en cuanto al porcentaje de contrareferencias se evidencia el cumplimiento del 97.6%, siendo la meta un valor superior al 90%, el porcentaje de contrareferencias bien llenadas ha tenido un cumplimiento del 99.5% siendo su meta el 100%, finalmente en lo referente al porcentaje de ausentismos se observa un cumplimiento del 96.2% siendo la meta el 100%, por lo que es un indicador que no se ha logrado cumplir en su totalidad.

En lo que respecta al porcentaje de referencias solicitadas, a pesar de estar dentro del rango aceptable, se puede observar que no todas las referencias solicitadas por los profesionales de salud, se deben a la falta de capacidad resolutive del primer nivel de atención, si no también a la falta de insumos y medicamentos en el centro de salud, razón por la que es importante por parte del director del establecimiento realizar las gestiones necesarias hacia el nivel distrital para que se puedan proporcionar los recursos, insumos y medicamentos necesarios y de esta manera se refieran a los pacientes que cumplan con los criterios clínicos de referencia y ameriten atención por especialidad y no por la falta de insumos y recursos en la unidad operativa.

Estos resultados concuerdan con los expuesto por Ortega (2016) en su estudio denominado "Cumplimiento del sistema de referencia y contrareferencia entre el Hospital General Puyo y el subcentro de salud Santa Clara" en donde indica que se observó a 160

pacientes de los cuales el 84.6% cumplieron con las referencia hacia el nivel superior, de los cuales sólo 92 pacientes que corresponde al 57.5% volvieron con la contrareferencia, mientras que el 42.5% no regresa con la contrareferencia al primer nivel por diversos factores, entre los que se mencionan la falta de tiempo y desconocimiento.

Los resultados también concuerdan con el estudio realizado por Zurita, Bedoya & Villamar (2022) denominado "Evaluación del sistema de referencia y contrarreferencia en el Hospital Básico de la ciudad de Quevedo "Sagrado Corazón de Jesús" en donde se evidenció que sólo el 75% de la población del estudio regresa al primer nivel de atención con la contrarreferencia, el 25% no regresó por diferentes motivos indicados por los mismos pacientes mediante una encuesta, entre ellos el desconocimiento y pérdida del formulario de contrareferencia, así mismo se evidenció en el estudio un porcentaje de ausentismo del 97% es decir que no cumplió con la meta del indicador del 100%.

Para evaluar la calidad del subsistema se realizó la revisión de 224 formularios 053 correspondientes a los pacientes que fueron referidos y contrareferidos del Centro de Salud Guadalupe durante el año 2022.

De acuerdo a los resultados obtenidos se evidencia que en lo referente a los datos de usuario existe un bajo cumplimiento en el llenado del número telefónico y a dirección del usuario con un 52% y 50% respectivamente, lo cual puede tener incidencia sobre el seguimiento que se debe realizar al paciente cuando vuelve con la contrareferencia así como también al momento de contactar al paciente para indicarle la fecha y hora de su cita con el especialista.

Lo cual concuerda con el estudio de Chávez (2019) denominado "Evaluación del sistema de referencia y satisfacción de los pacientes con cáncer de tiroides atendidos en el servicio de medicina nuclear del hospital nacional Guillermo Almenara" quien realizó la revisión de 130 referencias de las cuales sólo 68 fueron observadas debido a que en su mayoría tienen un incorrecto llenado de los formularios o llenado incompleto por el médico encargado de la referencia.

De la misma manera, Peñaherrera (2015) en su investigación denominada “Comparación de la funcionalidad del sistema de referencia y contrareferencia antes y después de restaurar al primer nivel de atención como puerta de entrada obligatoria al sistema de salud, en el Distrito de Salud 17D01 - Nanegalito, período 2011-2013” sobre esta problemática indica que no existe confianza en el uso del formulario 053 puesto que implica mucho tiempo llenarlo y por esta razón no se registra el llenado completo, la copia del formulario no se entrega al paciente o no se adjunta a la historia clínica.

En lo que respecta a la sección de referencia del formulario 053 se ha podido evidenciar que los principales parámetros que tienen un deficiente llenado son los correspondientes al número de historia clínica del paciente que va a ser referido con un 52%, la justificación del motivo de la referencia con un 79% y el no adjuntarse la copia de los resultados de exámenes de laboratorio o de imagen con un 0%.

Lo cual contrasta con el estudio realizado por Mendoza-Villanueva (2022) denominado “Sistema de referencia y contrareferencia en las Redes de Salud Corea y Red 5 Sur de los municipios de El Alto y La Paz 2018-2019” quien indica que tras la revisión de los formularios de referencia y contrareferencia que fueron 350 en su estudio, se pudo determinar que el 80.3% justifica correctamente el motivo por el cual se realizó la referencia además en el 82% se anota correctamente el número de historia clínica y número de cédula del paciente.

En la sección de la contrareferencia dentro del formulario 053 de acuerdo a los resultados obtenidos se ha podido evidenciar que los parámetros en los cuales se presentó un menor cumplimiento del llenado fueron el número de historia clínica con un 51%, el adjunto de la copia de los resultados de exámenes de laboratorio e imagen con un 0%, el tratamiento recomendado por el médico especialista con un 74%, lo cual podría tener repercusión en el correcto seguimiento que se le da al paciente en el primer nivel de atención.

Segun Córdova (2016) en su estudio denominado “Subsistema de referencia, derivación, contrareferencia, referencia inversa y transferencia del sistema nacional de salud, factores que inciden en la demanda de usuarios del área de emergencia del Hospital Básico Playas” menciona que, la ausencia de reportes de contrareferencias realizadas y del direccionamiento de los usuarios auto referidos con la respectiva referencia inversa influyen en que el paciente pueda establecer la continuidad de su atención en el primer nivel.

Por otro lado Peñaherrera (2015) indica que, uno de los problemas de la contrareferencia es que llenarla es un trámite inútil ya que no se describe información relevante, tiene letra ilegible y se toma mucho tiempo de la consulta escribirla, además se archivan en la historia clínica del paciente y muchas veces no es entregada ni al paciente ni a la unidad donde fue referido.

Los resultados contrastan con lo expuesto por Zurita, Bedoya & Villamar (2022) quienes indican que en su estudio que el 90% de las contrareferencias se encuentran bien llenadas, con letra legible y se hace un resumen del cuadro del paciente y del tratamiento sugerido por el especialista para su seguimiento en el primer nivel de atención.

## Capítulo cinco

### Propuesta de mejora para el funcionamiento del subsistema de referencia, derivación, contrareferencia, referencia inversa, transferencia en la atención de los usuarios del Centro de Salud Guadalupe.

**Tabla 6**

*Implementación de propuesta de mejora*

<b>Estrategia 1:</b> Conocimiento y comprensión de la norma técnica.				
<b>Objetivo:</b> Capacitar al personal de salud que labora en el Centro de Salud Guadalupe sobre la norma técnica y llenado correcto de los formularios 053, en base a los errores encontrados.				
<b>Actividades</b>	<b>Plazo de ejecución y lugar</b>	<b>Recursos necesarios</b>	<b>Plazo de tiempo en el que se esperan los resultados deseados.</b>	<b>Responsable de la actividad</b>
Taller de capacitación que abarque la siguiente temática:  1. Norma técnica que rige el funcionamiento del subsistema de referencia, derivación, contrareferencia, referencia	Octubre del 2023/  Sala de espera  del CS.  Guadalupe.	-Computadora  -Proyector  -Material audiovisual  -Formularios 053  en los que se	Seis meses	-Médico Familiar  -Médico General  -Médico Rural

<p>inversa y transferencia del sistema nacional de salud, conceptos básicos.</p> <p>2. Indicadores que miden el funcionamiento del subsistema, resultados del año 2022.</p> <p>3. Revisión de los formularios en los que se encontraron errores de llenado, realizando ejercicio de corrección.</p> <p>4. Revisión de guías de práctica clínica del MSP sobre las enfermedades más frecuentes tratadas en el centro de salud y los criterios de referencia.</p>		<p>encontraron errores.</p> <p>-Norma técnica.</p> <p>-Guías de práctica clínica del MSP.</p>		
<p><b>Estrategia 2:</b> Creación de formulario de seguimiento para pacientes que no regresan con la contrareferencia.</p>				
<p><b>Objetivo:</b> Fortalecer la búsqueda y seguimiento de los usuarios, evaluar la efectividad de la contrareferencia.</p>				

<b>Actividades</b>	<b>Plazo de ejecución y lugar</b>	<b>Recursos necesarios</b>	<b>Plazo de tiempo en el que se esperan los resultados deseados.</b>	<b>Responsable de la actividad</b>
Elaboración de formulario de seguimiento para los pacientes que incumplen y no regresan con la contrareferencia, para realizar seguimiento mediante visitas domiciliarias. (Apéndice E)	Octubre del 2023 / CS. Guadalupe.	-Computadora -Impresora -Formulario de seguimiento.	Seis meses.	-Médico Rural -Enfermera Rural -TAPS
<b>Estrategia 3:</b> Designación mensual de responsable de notificación de turnos (fecha y hora) a los pacientes que son referidos desde el Centro de Salud Guadalupe.				
<b>Objetivo:</b> Garantizar el cumplimiento de las referencias y de esta manera el correcto funcionamiento del subsistema de referencia-contrareferencia en el Centro de Salud Guadalupe.				
<b>Actividades</b>	<b>Plazo de ejecución y lugar</b>	<b>Recursos necesarios</b>	<b>Plazo de tiempo en el que se esperan los resultados deseados.</b>	<b>Responsable de la actividad</b>
-Designación mensual de responsable de la notificación de los turnos	Octubre del 2023 / CS. Guadalupe.	-Computadora -Internet	Seis meses.	-Médico General -Médico Rural

<p>asignados a los pacientes que son referidos desde el Centro de Salud.</p> <p>-Elaboración de cronograma de designación de responsabilidades colocado en la estafeta del Centro de Salud.</p>		<p>- Impresora</p> <p>-Telefonía móvil</p>		<p>-Odontólogo Rural</p> <p>-Enfermero Rural</p> <p>-TAPS</p>
<b>Estrategia 4:</b> Fortalecer la comunicación interna y externa del personal de salud.				
<b>Objetivo:</b> Mejorar la coordinación y comunicación entre los profesionales de salud dentro del establecimiento y con el segundo nivel de atención, para lograr la atención oportuna y el seguimiento estricto del usuario que es referido o contrareferido.				
<b>Actividades</b>	<b>Plazo de ejecución y lugar</b>	<b>Recursos necesarios</b>	<b>Plazo de tiempo en el que se esperan los resultados deseados.</b>	<b>Responsable de la actividad</b>
-Programar reuniones mensuales con el equipo de trabajo, en donde se analice el seguimiento de los pacientes que son referidos, así como las principales falencias presentadas durante el mes, fortaleciendo la	Noviembre del 2023 / CS. Guadalupe.	-Computadora -Internet -Impresora	Seis meses	-Médico General -Médico Rural -Odontólogo Rural -Enfermera Rural -Enfermera -TAPS

<p>comunicación interna y la mejora continua.</p> <p>-Creación de directorio telefónico y electrónico en donde consten los números de teléfono y correo electrónico del Hospital Julius Doepnher de Zamora Chinchipe. Se entregará un ejemplar del directorio emplasticado a cada uno de los médicos del Centro de Salud Guadalupe.</p>				
---	--	--	--	--

## Conclusiones

De acuerdo con los objetivos planteados en el presente trabajo de investigación se concluye:

En la actualidad en el centro de Salud Guadalupe, de acuerdo a los indicadores que rigen el funcionamiento del subsistema, se puede evidenciar el cumplimiento de la mayoría de los indicadores a excepción del indicador porcentaje de ausentismos con un 96.2% siendo la meta del 100%.

Pese a que el indicador porcentaje de referencias solicitadas presenta un valor dentro del rango normal, se evidencia que entre las referencias solicitadas se encuentran referencias por falta de capacidad resolutive así como referencias por falta de insumos y medicación en la unidad operativa con un 97.7% y 2.3% respectivamente.

En la revisión de los formularios 053 se pudo observar que los principales errores encontrados fueron: llenado correcto del número telefónico con un cumplimiento del 52%, dirección del paciente con un 50%, número de historia clínica en la referencia 52%, justificación de la referencia 79%, adjunto de copia de los resultados de los exámenes realizados 0%, número de historia clínica en la contrareferencia 51% y tratamiento recomendado por el especialista con un 74%.

Se planteó una propuesta de mejora en base a cuatro estrategias de fácil y práctica aplicación para poder subsanar las falencias encontradas, con el objetivo de lograr un subsistema de referencias-contrareferencias de calidad en el Centro de Salud Guadalupe y fortalecer la mejora continua.

### **Recomendaciones**

De acuerdo a las conclusiones antes mencionadas, se recomienda:

Se debería Incluir dentro de la norma técnica que rige el funcionamiento del subsistema de referencias-contrareferencias estrategias para determinar la efectividad de la contrareferencia y el seguimiento oportuno de los pacientes referidos y contrareferidos.

Realizar capacitaciones continuas al personal que labora en el Centro de Salud Guadalupe sobre el conocimiento de la norma técnica y los indicadores que rigen el funcionamiento del subsistema, tanto en el personal de planta como en el de nuevo ingreso.

Planificar reuniones mensuales en donde el personal de salud socialice las principales falencias en lo que refiere al llenado correcto del formulario, haciendo uso de formularios en donde se han identificado errores previamente.

Plantear estrategias de seguimiento a los usuarios que son referidos y contrareferidos para determinar la efectividad del subsistema y garantizar recuperar la salud del paciente.

Plantear propuestas de mejora continua de fácil y corto plazo para su implementación, para así trabajar intensificadamente sobre las falencias encontradas, a fin de poder subsanarlas.

## Referencias

- Aburto, C. (2016). *Evaluación del sistema de referencia y contrareferencia de la atención obstétrica en el hospital general del Altiplano de Apan Hidalgo*. Obtenido de <https://catalogoinsp.mx/files/tes/055073.pdf>
- Alvarez Heredia . (2017). *Calidad y Auditoria en Salud*. Bogota: ECOE.
- Asamblea Nacional Constituyente . (2008). *Constitución de la República del Ecuador* . Quito, Ecuador .
- Bautista-Rodriguez , L. M. (2016). La calidad en salud un concepto histórico vigente. *Revista Ciencia y cuidado* , 5-8.
- Cabadas , R. (2016). La calidad asistencial ¿ de qué estamos hablando? *CMA*, 79-82.
- Chávez, P. (2019). *Evaluación del sistema de referencia y satisfacción de los pacientes con cáncer de tiroides atendidos en el servicio de medicina nuclear del hospital nacional Guillermo Almenara* . Lima, Perú.
- Córdova , C. (2016). Fuente: Subsistema de referencia, derivación, contrareferencia, referencia inversa y transferencia del sistema nacional de salud, factores que inciden en la demanda de usuarios del área de emergencia del Hospital Básico Playas 2014: <http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/5920/1/T-UCSG-POS- MGSS-89.pdf>.
- ESE Hospital de Rosario. (2018). Fuente: Manual de Referencia y Contrareferencia : [https://www.hospitaldelrosario.gov.co/portal/wp-content/uploads/2020/09/manuales/GUR-MN-02V3Manual\\_referencia\\_contrarreferencia.pdf](https://www.hospitaldelrosario.gov.co/portal/wp-content/uploads/2020/09/manuales/GUR-MN-02V3Manual_referencia_contrarreferencia.pdf)
- Izquierdo Espinoza, J. (2021). La calidad de servicio en la administración pública . *Horizonte Empresarial* , 425-437.
- Joint Commission International Accreditation Standards for Hospitals. (2021). Fuente: <https://visorweb.utpl.edu.ec/reader/joint-commission-international-accreditation-standards-for-hospitals-location=1>

- Luna Domínguez, E., Moreno Treviño, J., & Zurita Garza, D. (2021). Evaluación de calidad en los servicios de salud: análisis desde la percepción del usuario . *Horizonte Sanitario*, 329-339.
- Mendoza - Villanueva, H. (2022). *Sistema de referencia y contrareferencia en las Redes de Salud Corea y Red 5 Sur de los municipios de El Alto y La Paz 2018-2019* . Fonte: <https://repositorio.umsa.bo/xmlui/handle/123456789/29310>
- Ministerio de Salud Pública . (2014). *Norma técnica del subsistema de referencia, derivación, contrareferencia, referencia inversa y tranferencia del sistema nacional de salud*. Quito, Ecuador .
- Ministerio de Salud Pública . (2018). *Manual del Modelo de Atención Integral en Salud MAIS* (Tercera edición ed.). Quito.
- Noriero, S., Avalos, M., & Priego, H. (2020). La evaluación de la calidad en salud desde la óptica de los pacientes . *Ecimed*, 1-16.
- Organización Mundial de la Salud. (2016). *Redes Integradas de Servicios de Salud: conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las américas*. Obtenido de <https://www.paho.org/uru/dmdocuments/RISS%202010-Doc%20Posicion%20revisado%20pos%20CD.pdf>
- Pavón Rosero, & García Salazar. (2017). *Auditoría médica como herramienta de control en la administración hospitalaria en el Ecuador* . Quito, Ecuador.
- Peñaherrera Yáñez, J. L. (2015). *Comparación de la funcionalidad del sistema de referencia y contrareferencia antes y después de restaurar al primer nivel de atención como puerta de entrada obligatoria al sistema de salud, en el Distrito de Salud 17D01 - Nanegalito, período 2011-2013*. Fonte: <http://repositorio.puce.edu.ec/handle/22000/7641>
- Rodríguez Pérez , M. P., & Grande Arnesto, M. (2016). Calidad asistencial: concepto, dimensiones y desarrollo operativo. *Escuela Nacional de Sanidad* , 1-34.

- Sánchez , B. (2017). Fuente: . Factores influyentes en la referencia y contrareferencia en el centro de salud Tipo C- Rioverde.: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/47736/1/CD%20150-%20SANCHEZ%20CANCHINGRE%20BETTY%20AMELIA.pdf>
- Sirvent Asensi , S., Gisbert Soler , V., & Pérez Bernabeu, E. (2017). Los 7 principios de gestion de la calidad. *3C Empresa: investigacion y pensamiento crítico*, 10-18. doi:<http://dx.doi.org/10.17993/3cemp.2017.especial.10-18/>
- Zapana , R. (2015). Fuente: Análisis de la oficina de referencia y contrareferencia en el centro de atención primaria CAP III metropolitano Puno ESSALUD 2015.: <http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/2152/HSzapir.pdf?sequence=1>
- Zurita, M., Bedoya , M., & Villamar, Y. (2022). Evaluación del sistema de referencia y contrareferencia en el Hospital básico de la ciudad de Quevedo "Sagrado Corazón de Jesús". . *Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades* (479-492).

## Apéndice

### Apéndice A. Solicitud para realizar investigación.

En atención al Memorando N° MSP-CZ7-DDS-19D01-C-S-GU-2022-0452-M, pongo en su conocimiento la factibilidad de ejecutar el proyecto de investigación titulado: *“Evaluación del sistema de referencia – contrareferencia y calidad del llenado del formulario 053 para la atención de los usuarios que acuden al Centro de Salud Guadalupe durante el año 2022”*

---

En referencia al presente documento emitido por la Md. Rural Michelle Macas me permito solicitar su debida autorización.

---

Yo, Michelle Viviana Macas Segovia con CI 1105218349 Médico Rural del Centro de Salud de Guadalupe y actual estudiante de la maestría “Gestión de Calidad y Auditoría Médica” de la Universidad Técnica Particular de Loja, por medio de la presente me dirijo a usted para solicitarle de la manera más comedida autorice a quien corresponda, para que se me permita el acceso a datos estadísticos y la revisión de historias clínicas, esto con el objetivo de ejecutar el proyecto de investigación titulado: *“Evaluación del sistema de referencia – contrareferencia y calidad del llenado del formulario 053 para la atención de los usuarios que acuden al Centro de Salud Guadalupe durante el año 2022”* cabe recalcar que se guardará la confidencialidad del caso y que el propósito de la recopilación de datos es netamente con fines educativos.

El proyecto de investigación antes referido contempla una propuesta de plan de mejora que será puesta a su conocimiento y del Centro de Salud para su posterior ejecución en caso de estimarlo conveniente.

Dirección: Av. Alonso de Mercadillo y calle 24 de Mayo Código postal: 190102 / Zamora Ecuador  
Teléfono: 593-2-607802 – [www.salud.gob.ec](http://www.salud.gob.ec)

» electrónicamente por Quito



## Apéndice B. Autorización para realizar investigación



**Ministerio de Salud Pública**  
Coordinación Zonal 7 Salud  
Dirección Distrital 19D01 Zamora Yacuambi Salud  
Provisión y Calidad en los Servicios de Salud

**Memorando Nro. MSP-CZ7-DDS-19D01-PCSS-2022-1708-M**

**Yacuambi, 27 de octubre de 2022**

**PARA:** Sra. Lcda. Silvana Maribel Ordóñez Cuenca  
**Responsable (E) - Enfermera del Centro de Salud de Guadalupe**

**ASUNTO:** AUTORIZACIÓN / PARA EJECUTAR PROYECTO DE  
INVESTIGACIÓN.

De mi consideración:

Mediante el presente remito la respuesta al memorando MSP-CZ7-DDS-19D01-2022-7279-M, donde la máxima autoridad distrital da visto bueno a la solicitud de Evaluación del sistema de referencia – contrareferencia y calidad del llenado del formulario 053 para la atención de los usuarios que acuden al Centro de Salud Guadalupe durante el año 2022' para su conocimiento y que se brinde las facilidades a la profesional que realiza el estudio.

**Apéndice C. Acuerdo mutuo de confidencialidad y entrega de la información.**

Comparecen a la suscripción del presente ACUERDO, por una parte el Distrito de Salud 19D01 Zamora-Yacuambi, representado por el Dr. Otto Enrique Castillo Bustamante, en calidad de Director distrital; y, por otra la Dra. Michelle Viviana Macas Segovia, con número de cédula 1105218349 en calidad de Investigador Principal, parte a la que para estos efectos se le podrá denominar "INVESTIGADOR"; quienes manifiestan por este documento su acuerdo de entrega de información y de confidencialidad, el cual se regirá por las siguientes cláusulas:

**PRIMERA. - ANTECEDENTES:**

El Distrito de Salud 19D01 Zamora-Yacuambi, tiene como ámbito de acción revisar y aprobar todo proyecto de investigación en salud previo al acceso de datos.

El "INVESTIGADOR", es un profesional de Medicina, que ha manifestado su interés de realizar la siguiente investigación "Evaluación de la calidad del subsistema de referencia, derivación, contrareferencia, referencia inversa y transferencia del sistema nacional de salud en la atención de los usuarios del centro de salud Guadalupe durante el año 2022".

Para proceder con el objeto de la investigación, el "INVESTIGADOR", requerirá información relacionada con el proceso científico/académico a realizarse.

La información requerida por el "INVESTIGADOR" para el cumplimiento de sus objetivos y con los fines descritos estará sujeta al presente ACUERDO.

**SEGUNDA. - OBJETO:**

El presente ACUERDO, busca preservar la confidencialidad de todo lo relativo al suministro de información y documentación relacionada con el proceso científico/académico aprobado, además proteger la propiedad intelectual.

**TERCERA. - INFORMACIÓN CONFIDENCIAL:**

Para efectos del presente ACUERDO se entenderá por INFORMACIÓN CONFIDENCIAL, la información o documentación referida al caso clínico, estudio observacional, operativo, experimental o cualitativo, según fuere necesario, y en general toda clase de datos entregados al “INVESTIGADOR”, en cualquier formato y por cualquier medio, y que no sean de conocimiento público.

Las partes protegerán la confidencialidad y el carácter secreto de la misma, comprometiéndose a NO divulgar o reproducir, en forma parcial o total, la información proporcionada, proteger la identidad, garantizar el rigor científico y ético, y conservar los estándares de comunicación científica. En caso de violación de las anteriores prevenciones, se podrá deducir responsabilidades conforme a la ley.

La divulgación de la información en medios académicos – científicos protegerá siempre la integridad institucional, de casos individuales y, de terceros participantes en el proceso de investigación.

#### **CUARTA. - EXCEPCIONES:**

No forman parte del presente ACUERDO: la información que sea entregada a terceros sin restricciones o para fines diferentes de este ACUERDO; la que sea legalmente entregada al “INVESTIGADOR”, a otras personas naturales o jurídicas sin obligación de observar un acuerdo de confidencialidad; la que sea de conocimiento público.

#### **QUINTA. - PROHIBICIONES:**

El “INVESTIGADOR”, no podrá sin consentimiento previo y autorización escrita del Dr. Otto Enrique Castillo Bustamante, entregar o revelar, permitir o autorizar a cualquier persona natural o jurídica, que no sean parte del ACUERDO, acceso a la totalidad o parte de la INFORMACIÓN CONFIDENCIAL.

**SEXTA. - OBLIGACIÓN EXPRESA DE DEVOLVER LA INFORMACIÓN:**

Al final de la vigencia del presente ACUERDO, el "INVESTIGADOR", se compromete a devolver toda la INFORMACIÓN CONFIDENCIAL dada, a entregar los documentos finales e intermedios obtenidos, sean reportes de caso, artículos científicos, posters, memorias, etc., resultado del trabajo investigativo, de tal forma que se dé por concluido el proceso investigativo solicitado, tomando en cuenta que de acuerdo a la ley deberá respaldar y motivar sus actuaciones.

El investigador se compromete a utilizar la información que le es entregada exclusivamente para el proyecto de investigación explícitamente expresado y autorizado. La utilización de esa información para otro proyecto o para otros fines requerirá imperativamente nueva autorización.

**SÉPTIMA. - PROPIEDAD INTELECTUAL:**

Las partes manifiestan que el presente ACUERDO no constituye transferencia a la otra parte de los derechos que cada una de ellas posea o sea titular sobre marcas, nombres comerciales, patentes u otro derecho cualquiera; amparado por las distintas reglamentaciones legales de derechos de autor y/o de propiedad intelectual.

**OCTAVA. - DURACIÓN:**

El presente ACUERDO tiene una duración de 12 meses, contados a partir de la suscripción del presente documento.

**NOVENA. - INCUMPLIMIENTO:**

En el caso de incumplimiento del presente ACUERDO, las partes se comprometen, a responder legalmente ante la Agencia Nacional de Regulación, Control y Vigilancia Sanitaria ARCSA, al Ministerio de Salud Pública, Instituto Ecuatoriano de Propiedad Intelectual IEPI y

otras instancias de control a nivel nacional según la Constitución y el Código de la Salud vigentes.

Las partes manifiestan que entienden y aceptan este Acuerdo de Confidencialidad, asumiendo su responsabilidad y, para constancia, firman el presente documento por duplicado.



**Institución**



**Investigador Principal**

## Apéndice D. Aprobación del CEISH.



INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL  
HOSPITAL GENERAL SAN FRANCISCO

### ANEXO 6b. FORMATO DE RESPUESTA A LA EVALUACIÓN DE ESTUDIOS OBSERVACIONALES

Quito, 20 de junio del 2023

Doctora  
Michelle Viviana Macas Segovia.  
Investigadora principal

Título del Protocolo: “Evaluación de la Calidad del Subsistema de referencia, derivación, contrareferencia, referencia inversa y transferencia del Sistema Nacional de Salud en la atención de los usuarios del Centro de Salud Guadalupe durante el año 2022.”

Código asignado: CEISH-HGSF-2023-008  
Versión: 2  
Fecha de revisión: 20/06/2023

Por medio de la presente se certifica que el estudio de investigación “Evaluación de la Calidad del Subsistema de referencia, derivación, contrareferencia, referencia inversa y transferencia del Sistema Nacional de Salud en la atención de los usuarios del Centro de Salud Guadalupe durante el año 2022.” fue revisado por el Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos del Hospital General San Francisco (CEISH-HGSF), con la siguiente resolución:

El protocolo ha sido **APROBADO**.

Atentamente,



Doctor Ronnal Vargas  
**Presidente del CEISH-HGSF**

Apéndice E. Formulario de seguimiento de referencias y contrarreferencias.

 <b>MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA</b> <b>CENTRO DE SALUD GUADALUPE</b> <b>FORMULARIO DE SEGUIMIENTO DE REFERENCIAS Y CONTRAREFERENCIAS</b>					
<b>Usuario:</b>			<b>Edad:</b>		
<b>Dirección:</b>			<b>HCL:</b>		
<b>Motivo o diagnóstico de la referencia:</b>					
<b>Motivo de la visita domiciliaria:</b> incumplimiento de la referencia ( ) incumplimiento de la contrarreferencia ( ) seguimiento ( )					
<b>Fecha de la visita domiciliaria:</b>					
Signos Vitales	Diagnóstico Final	Condición del paciente	Tratamiento	Problemas encontrados	Actividades realizadas
FC: FR: T°: TA:  Peso: Talla: IMC: Perímetro abdominal:					
<b>Fecha de la próxima visita:</b>					
<b>Responsables de la visita domiciliaria:</b>					