UNIVERSIDAD SEÑOR DE SIPÁN

ESCUELA DE POSGRADO

TESIS

"ESTRATEGIA DE GESTIÓN EN LA REFERENCIA OPORTUNA DE PACIENTES EN PRE-DIÁLISIS DEL CENTRO ASISTENCIAL AL HOSPITAL NACIONAL ALMANZOR AGUINAGA ASENJO, 2016"

TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE MAESTRO EN GERENCIA DE SERVICOS DE SALUD

AUTOR

CHIRINOS HOYOS JORGE CESAR

ASESOR

Mg. Chirinos Ríos Carlos Alberto

Línea de Investigación
Ciencias de la Salud

Pimentel – Perú

2018

UNIVERSIDAD SEÑOR DE SIPÁN

ESCUELA DE POSGRADO

MAESTRÍA EN GERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD

"ESTRATEGIA DE GESTIÓN EN LA REFERENCIA OPORTUNA DE PACIENTES EN PRE-DIÁLISIS DEL CENTRO ASISTENCIAL AL HOSPITAL NACIONAL ALMANZOR AGUINAGA ASENJO, 2016"

AUTOR

Bach. JORGE CESAR CHIRINOS HOYOS

CHICLAYO – PERÚ

2018

“ESTRATEGIA DE GESTIÓN EN LA REFERENCIA OPORTUNA DE PACIENTES EN PRE-DIÁLISIS DEL CENTRO ASISTENCIAL AL HOSPITAL NACIONAL ALMANZOR AGUINAGA ASENJO, 2016”

APROBACIÓN DE LA TESIS

Dra. Cabrera Cabrera Xiomara

Asesora Metodológica

Mg Llontop Ynga Enrique Guillermo

Presidente del jurado de tesis

Mg Gonzales Carhuajulca Doris Bertha
Secretaria del jurado de tesis

Mg Chirinos Ríos Carlos Alberto
Vocal del jurado de tesis

Índice

Índice **3**
DEDICATORIA **5**
AGRADECIMIENTO **5**
RESUMEN **7**
INTRODUCCIÓN **9**
CAPÍTULO 1. CONSTRUCCIÓN DEL MARCO TEÓRICO **15**
1.1. Caracterización del proceso de referencia de pacientes en la red asistencial de EsSalud y su gestión. 15
1.2. Determinación los antecedentes históricos del proceso de referencia de pacientes en la red asistencial de EsSalud y su gestión. 26
CAPÍTULO 2. JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA Y CARACTERIZACIÓN DEL CAMPO DE ACCIÓN **28**
2.1. Justificación del Problema 28
2.2. Diagnóstico del estado actual de la gestión del proceso de referencia de pacientes en la red asistencial de EsSalud en el HNAAA. 31
CAPÍTULO 3. HIPÓTESIS Y DISEÑO DE LA EJECUCIÓN **52**
3.1. Definición de hipótesis 52
3.2. Determinación de las variables de la hipótesis 52
3.2.1. Definición de las variables. 52
3.2.2.Clasificación de las variables. 53
3.3.1. Universo. 54
3.3.2. Selección de técnicas, instrumentos e informantes o fuentes. 54
3.3.3. Selección de muestra. 56
3.4.4. Forma de tratamiento de los datos. 56
3.5.5. Forma de análisis de las informaciones. 57
CAPÍTULO 4. CONSTRUCCIÓN DEL APORTE PRÁCTICO **59**
4.1. Fundamentación del aporte práctico. 60
CAPÍTULO 5. VALORACIÓN Y CORROBORACIÓN DE LOS RESULTADOS **68**
5.1 Valoración de los resultados mediante criterio de expertos. 68
5.2 Ejemplificación de la aplicación del aporte práctico 69
CONCLUSIONES **76**
RECOMENDACIONES **77**
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS **78**
ANEXOS **82**

DEDICATORIA

A mi familia, a mi esposa y a mis hijos, por ser el motivo de seguir en el camino de cultivar la mente y el espíritu a través de la investigación y el aporte a nuestra sociedad.

AGRADECIMIENTO

A nuestros maestros y asesores que permitieron plasmar nuestras ideas en aportes de importancia a nuestra labor como profesionales de la salud.

RESUMEN

Las enfermedades renales suele desarrollarse silenciosamente hasta llegar a la etapa avanzada o insuficiencia renal crónica y tienen entre los factores de riesgo más frecuentes a la diabetes mellitus y la hipertensión arterial, que causan daño severo al riñón con requerimiento de tratamiento de diálisis o trasplante de riñón para poder sobrevivir; es por eso que los pacientes renales en pre-diálisis requieren atención oportuna para disminuir el tiempo de estancia hospitalaria y mejorar su acceso a los servicios especializados.

Este estudio tuvo como finalidad recoger la opinión de los médicos nefrólogos asistentes en los centros de salud de la Red asistencial de Lambayeque respecto a las referencias que son enviadas a los servicios de Hemodiálisis del HNAAA con el fin de tener elementos suficientes y elaborar una estrategia de gestión para la referencia oportuna de pacientes en pre-diálisis fue enmarcado en el diseño descriptivo analítico, porque busca caracterizar la situación problemática que viven los centros asistenciales de la red asistencial.

La población encuestada estuvo formada por 20 médicos especialistas que respondieron un cuestionario con preguntas de opción múltiple, preguntas abiertas y otras dicotómicas, obteniéndose que el 70% de los médicos que refieren a los pacientes carecen de una adecuada capacitación con respecto al manejo de la norma técnica; el 50% de los médicos manifiesta su constante insatisfacción respecto al sistema; sin embargo, la calidad se afecta porque un porcentaje importante de médicos afirma que si realizan una referencia en forma correcta, por lo cual existe una importante inconsistencia en la percepción del servicio; en relación a la accesibilidad de las referencias, el 35% de pacientes renales son atendidos inicialmente por el personal de enfermería; un 30% de ellos son atendidos por otros profesionales de la salud (Nutricionista, Psicólogo, trabajador social y personal de laboratorio), retrasando el acceso al médico especialista; respecto a la oportunidad de coordinar con médicos especialistas, el 50% de los médicos en periferia confirman que no existe coordinación con los especialistas; finalmente, en relación a la continuidad para el seguimiento de los pacientes en pre-diálisis, el 45% de los médicos especialistas afirma que los pacientes no reciben una óptima evaluación pre-diálisis antes de ser referidos al centro referencial.

Entre las conclusiones se tiene que la gestión de las referencias para los pacientes en pre-diálisis hacia el HNAAA no es la adecuada y es necesaria la propuesta de un sistema de referencia oportuna hacia estos centros especializados.

Palabras Clave: Estrategia de gestión, Referencia, Pacientes y pre- diálisis.

ABSTRACT

Renal diseases usually develop quietly until they reach the advanced stage or chronic renal failure and are among the most frequent risk factors for diabetes mellitus and hypertension; Which cause severe damage to the kidney requiring dialysis treatment or kidney transplantation in order to survive, that is why kidney patients on pre-dialysis require timely attention to decrease hospital stay time and improve their access to specialized services

The purpose of this study was to gather the opinion of the attending nephrologists in the health centers of the Lambayeque care network regarding the references that are sent to the HNAAA Hemodialysis services in order to have sufficient elements and to develop a strategy of Management for the timely reference of pre-dialysis patients was framed in the analytical descriptive design, because it seeks to characterize the problematic situation that the health care centers of the health care network live in.

The sample consisted of 20 specialist doctors who answered a questionnaire with multiple-choice questions, open-ended questions and other dichotomous questions, with 70% of the referring physicians lacking adequate training regarding the management of the standard technique; 50% of physicians express their constant dissatisfaction with the system; However, the quality is affected because a significant percentage of physicians affirm that if they make a reference correctly, for which there is an important inconsistency in the perception of the service; In relation to the accessibility of the references, 35% of renal patients are initially treated by the nursing staff; 30% of them are attended by other health professionals (nutritionist, psychologist, social worker and laboratory staff); Delaying access to the specialist doctor; Regarding the opportunity to coordinate with medical specialists, 50% of physicians in periphery confirm that there is no coordination with the specialists; Finally, in relation to the continuity of follow - up of patients on pre - dialysis, 45% of medical specialists affirm that patients do not receive an optimal pre - dialysis evaluation before being referred to the referral center.

Among the conclusions is that the management of references for pre-dialysis patients to HNAAA is not adequate; and it is necessary to propose a timely referral system to these specialized centers.

Key words: Management strategy, Reference, Patients and pre-dialysis.

INTRODUCCIÓN

Sonis, A. y Paganini, J**.** define como enfermedad renal crónica (ERC) a aquella situación patológica en que existe presencia de indicadores de daño o lesión renal de ≥ 3 meses de duración, que pueden ser alteraciones estructurales o funcionales del riñón, y manifestados por anormalidades en estudios histopatológicos, estudios de imagen, o estudios de laboratorio (sangre u orina). Se acompañen o no de disminución de la Filtración Glomerular, pero que pueden resultar en una reducción progresiva de la Tasa de Filtración Glomerular (TFG). Por ejemplo: TFG < 60 ml/min/1.73m2 s.c. de ≥ 3 meses de duración, se acompañe o no de otros indicadores de daño renal. (Sociedad Latinoamericana de Nefrología e Hipertensión).[1]

No hay estudios previos a nivel nacional que hayan determinado con alguna precisión las tasas de prevalencia de la enfermedad renal crónica en sus diferentes estadios, sobre todo del estadio 5, siendo esta la población más vulnerable que demanda mayores servicios de atención sanitaria.

Tanto la prevalencia como la incidencia de la enfermedad renal crónica, así como sus factores de riego diabetes mellitus e hipertensión arterial, en nuestro país han aumentado sostenidamente llegando a ser un problema de salud pública tanto mundial como del Peru.[2]

Una de las consecuencias de mayor impacto en la salud de la población es la Enfermedad Renal Crónica en fase Terminal (ERC-T) o ERC estadio 5, siendo hoy un problema de salud pública global y devastador, por sus consecuencias médicas, sociales y económicas para los pacientes, sus familias y los sistemas de salud.[2]

En el Perú, la Institución EsSalud no es ajena a esta realidad, teniendo en cuenta que soporta la mayor cantidad de pacientes en diálisis de la población en general, a pesar que la cobertura en salud es del 30 %.

Es por lo cual urge la detección temprana de la ERC, llegando a convertirse en una necesidad prioritaria de salud pública.[1]

Frenk, J. refiere: Desafortunadamente, la referencia al nefrólogo frecuentemente ocurre en estadios avanzados de la ERC.[3]

Según la Paho/WHO, la entrada o ingreso del paciente a un hospital no programada en diálisis (sin acceso vascular maduro y funcionante a tiempo), se asocia a numerosos riesgos.[4]

Sin embargo, mediante un diagnóstico fáctico realizado a los médicos de los centros asistenciales, mediante la aplicación de instrumentos, se observan manifestaciones que se pueden resumir en [21]:

1. Retraso en la adecuada referencia del paciente al servicio de nefrología.
2. La falta de guías clínicas en el manejo de pacientes nefrológicos en los policlínicos.
3. Médicos poco capacitados en el manejo de pacientes nefrológicos.
4. Falta de procesos adecuados en admisión, laboratorio y atención de farmacia, psicología, asistenta social, nutrición y enfermería en los policlínicos y postas médicas.

El proceso de referencia de pacientes en la red asistencial de EsSalud es el objeto a investigar en la presente investigación y el campo es la gestión del proceso de referencia de pacientes en la red asistencial de EsSalud.

Estas manifestaciones se sintetizan en el problema de investigación: ¿De qué manera una estrategia de gestión mejorará la referencia oportuna de pacientes en pre-diálisis del centro asistencial al HNAAA, 2016?

Desde el diagnóstico aplicado se revelan como causas del problema:

- Falta de guías clínicas en el manejo de pacientes nefrológicos en los policlínicos.

- Insuficiente capacitación al personal médico en el manejo de pacientes nefrológicos.

- Falta de procesos adecuados en admisión, laboratorio y atención de farmacia, psicología, asistenta social, nutrición y enfermería en los policlínicos.

Estas manifestaciones causales sugieren profundizar la gestión de referencia oportuna ya que muchas veces el paciente ingresa por el servicio de emergencia originando una sobredemanda en la atención en este servicio, como también un retraso en la atención, por el tiempo de espera que transcurre desde su llegada hasta que es atendido por el servicio de nefrología.

Una vez ingresado en el servicio debe esperar la colocación de un catéter central para diálisis, en una unidad de emergencia, con complicaciones propias del implante de emergencia, espera prolongada para iniciar la diálisis por el diferimiento de cupos para la atención en hemodiálisis, originando además un tiempo de estancia prolongada por las complicaciones tanto en emergencia como en hospitalización, lo que conlleva a mayor gastos por parte de la institución.

En tal sentido, es necesario implementar una guía de manejo y referencia del paciente en pre diálisis en forma oportuna y adecuada al HNAAA - Nefrología en toda la Red Asistencial Lambayeque: Postas, centros médicos, policlínicos y hospitales de EsSalud en Lambayeque forma parte de la necesidad actual.

Inconsistencia teórica

Mena J**.** La estrategia de gestión, son acciones planificadas dirigidas a generar productos y servicios que satisfagan las necesidades de los clientes y que estos se los realice en términos de eficiencia –eficacia y economía, en definitiva gestionar bien para crecer todos.[7]

García J. La referencia de pacientes se entiende a la derivación del paciente entre un establecimiento de menor capacidad resolutiva hacia otro de mayor o igual complejidad en la asistencia, complementación diagnóstico terapéutico debido a que los recursos propios y disponibles de primera atención no permite dar respuesta a las necesidades del paciente, en especial cuando estas requieren la intervención de personal especializado y tecnología avanzada.[8]

Cuando los recursos de un centro asistencial no son lo suficientes a fin de resolver el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad de un paciente, y este es derivado, se le conoce referencia de un establecimiento de menor complejidad resolutiva a otro de mayor complejidad. [8]

Se plantea como Objetivo: Elaborar una estrategia de gestión para la referencia oportuna de pacientes en pre-diálisis del centro asistencial al HNAAA.

Hipótesis: Si se elabora una estrategia de gestión, entonces mejorará la referencia oportuna de pacientes en pre-diálisis del centro asistencial al HNAAA, 2016. El campo de acción se concreta, entonces, en la gestión de referencia oportuna de los pacientes de los centros asistenciales al HNAAA.

En la fundamentación epistemológica y metodológica del objeto y el campo de la investigación se revela la necesidad de concientizar a los médicos que laboran en el área de servicio de nefrología en los centros asistenciales a realizar un buen proceso de referencia del paciente cumpliendo con la norma técnica.

Para dar tratamiento tanto al objetivo como a la hipótesis presentados en esta investigación se han planteado las siguientes tareas en la etapa de fundamentación de elaboración teórica:

1. Caracterización del proceso de referencia de pacientes en la red asistencial de EsSalud y su gestión.
2. Determinación los antecedentes históricos del proceso de referencia de pacientes en la red asistencial de EsSalud y su gestión.
3. Diagnóstico del estado actual de la gestión del proceso de referencia de pacientes en la red asistencial de EsSalud en el HNAAA.
4. Construcción de la estrategia de gestión para la referencia oportuna de pacientes en pre-diálisis del centro asistencial al HNAAA.
5. Valoración de los resultados mediante criterio de expertos.

Los métodos del nivel teórico, empírico y estadístico que se utilizan en la investigación son los siguientes:

Histórico-lógico, en lo fundamental para caracterizar los antecedentes históricos del proceso de referencia de pacientes en la red asistencial de EsSalud y su gestión.

Análisis-síntesis en el estudio del proceso de referencia de pacientes en la red asistencial de EsSalud y su gestión, transitando por toda la lógica de investigación desarrollada.

Hipotético-deductivo, durante toda la investigación, en particular en el establecimiento de la hipótesis que se defiende, y en la determinación de las variables y dimensiones.

Abstracción-concreción, durante toda la investigación, fundamentalmente para considerar los elementos teóricos concretos del proceso de referencia de pacientes en la red asistencial de EsSalud.

Encuesta y entrevista a médicos para el diagnóstico del estado inicial del objeto y campo de la investigación

La significación práctica de los resultados se evidencia no sólo en la información obtenido por la aplicación de las estrategias elaboradas en la propuesta sino también en el contenido de la misma. La propuesta propiciará un cambio sustancial en la conciencia y percepción de los médicos para cumplir con la norma técnica y lograr que el paciente sea referido con todo el seguimiento de proceso a cumplir.

La novedad de la investigación se revela en el aporte, el cual está estructurado en una estrategia de cumplimiento que abarcará Capacitación sobre el sistema de Referencia y Contra Referencia y campaña masiva de difusión sobre el Sistema de Referencia y contrarreferencia.

CAPÍTULO 1. CONSTRUCCIÓN DEL MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO 1. CONSTRUCCIÓN DEL MARCO TEÓRICO

1.1.Caracterización del proceso de referencia de pacientes en la red asistencial de EsSalud y su gestión.

El objeto central de la presente investigación es la condición pre- diálisis renal; la cual es diagnosticada en los centros de salud del primer nivel de atención y luego los casos son derivados a través del sistema de referencias hacia un hospital de alta complejidad; en donde son atendidos por el personal especializado adscrito al Centro Nacional de Salud Renal, el cual es el órgano desconcentrado de EsSalud, integrante de la Red de Prestaciones de Salud de alta complejidad del III nivel de atención, que brinda prestaciones de diálisis a los asegurados y derecho habientes con Enfermedad Renal Crónica que les son transferidos de las Redes Asistenciales periféricas; controla y evalúa el desarrollo del sistema de atención integral de la Enfermedad Renal Crónica a nivel nacional y propone normas, estrategias e innovación científico tecnológica para dicha especialidad.

Está dirigido a todos los asegurados y derecho habientes que padecen de Enfermedad Renal Crónica, debidamente diagnosticada y que son transferidos por los Hospitales Nacionales de EsSalud.

Existe en función de las terapias dialíticas que son brindadas a los pacientes, un conjunto de procedimientos que le son explicados al paciente, en función a lo dispuesto por el profesional médico, luego de la revisión y análisis de cada caso.

Las terapias de reemplazo renal para los pacientes con Enfermedad Crónica Terminal, son:

a) Terapia de Hemodiálisis

b) Terapia de Diálisis Peritoneal

c) Trasplante Renal

El Centro Nacional de Salud Renal brinda de manera directa o a través de oferta contratada, la terapia de Hemodiálisis. A su vez, también brinda e instruye en la forma de efectuarse la terapia de Diálisis Peritoneal. En ambos casos, existe la atención de un equipo multidisciplinario al paciente.

La Terapia de Hemodiálisis permite a través de un dializador y una máquina de hemodiálisis que se efectúa en un establecimiento debidamente acondicionado para tal fin, efectuar el proceso de sustitución de la acción del riñón del paciente, que se encuentra con enfermedad renal crónica.

Por lo cual desarrollaremos las siguientes bases teóricas:

Sistema de atención de Salud.

Para este análisis se utilizó el concepto de Atención Médica, que la circunscribe a "la totalidad de los servicios que se prestan directamente a las personas para la atención de la salud, incluyendo a las tradicionales actividades de promoción, protección, diagnóstico, tratamiento, recuperación y rehabilitación. [1]

La investigación profundiza en el sistema de referencia y contrarreferencia entre el primer, segundo y tercer nivel de atención visto desde la óptica de la accesibilidad. Esto es considerar a la referencia-contrarreferencia como un proceso indispensable que se da al interior del establecimiento de salud una vez lograda la entrada al mismo. Esto limita el análisis al punto que va desde el inicio de la atención y la continuidad de la misma, abarcando una parte del dominio intermedio de la accesibilidad.

Para la organización, implementación y evaluación de un sistema de atención de la salud, se deberán tomar en cuenta las siguientes variables a saber:

La necesidad, demanda y utilización de los recursos como ya se ha visto, las características de la población son fundamentales para determinar el sistema de atención, ya que esas características expresan necesidades diferentes de atención.

En este punto se debe definir el concepto de necesidad de atención que tiene una población o un individuo, ya que ella puede ser erróneamente asociada a la demanda de salud que ejerce esa población o individuo. La demanda es solo una parte de esa necesidad que se traduce en voluntad de requerir atención y que cuando hace uso efectivo de los servicios se traduce en "Utilización".

Esto marca una clara diferencia entre utilización y necesidad de atención. [2]

Esta concepción de la necesidad como concepto epidemiológico incluye, además de la demanda espontánea, a la demanda potencial de la morbilidad percibida, a la morbilidad no percibida e incluso a la vulnerabilidad por presencia de factores de riesgo de una población aparentemente sana.

En relación con el concepto epidemiológico de necesidad surge una visión el proceso de atención de la salud que va más allá del momento en que se produce la interacción entre el paciente y el efector de salud, sino que incorpora al proceso al momento en que surge la necesidad, al momento en que esa necesidad se percibe y se traduce en deseo de atención y al momento en que comienza la búsqueda de esa atención. El siguiente es un esquema

que intenta graficar el proceso de atención de la salud con sus fases.

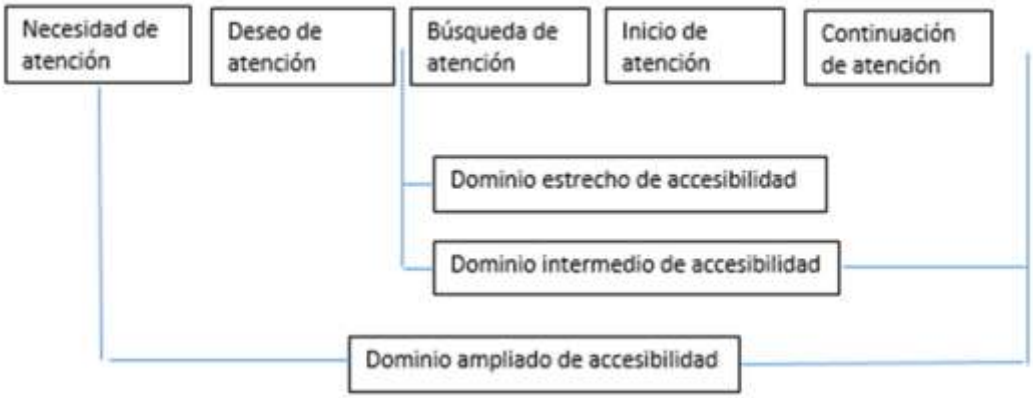

Figura 01. Frenk, J. Proceso de Atención de la Salud con sus dominios[3]

Sí es necesario para tener luego de iniciada la atención una continuidad de la misma.[3]

El análisis del presente trabajo se centró principalmente en este último dominio del proceso que va desde que se produce la atención hasta que el paciente accede a la continuidad de la misma, en el nivel superior de referencia. Para continuar el análisis del proceso de Atención de la salud, debemos diferenciar y definir claramente los conceptos de Cobertura y Accesibilidad.

Cobertura: cuando se lleva a cabo una efectiva y organizada oferta de servicios básicos de salud que cubren las necesidades de la totalidad de la población, de manera continua, en lugares accesibles y en una forma aceptable a la población. A si mismo facilitando el alcance a diferentes niveles del sistema de salud.[4]

Accesibilidad: se entiende así al “grado de ajuste entre las características de la población y las de los recursos de atención de la salud".[3]

Hay características de la oferta o de los recursos, que son estructurales que impiden o facilitan el acceso de la población al sistema de salud. Por otro lado hay características de la población (demográficas, epidemiológicas, socioculturales y económicas entre otras) que

también impactan en el acceso. Se presentan diferentes niveles de evaluación de la accesibilidad a la atención, ellos derivan de diferentes visiones de los alcances del concepto. Algunos se ocupan solamente del llamado Dominio Estrecho de la Accesibilidad, aquí el análisis se centra en los factores que obstaculizan o facilitan los procesos de búsqueda y obtención de la atención de la salud. Una ampliación sencilla es la de incluir en el dominio de la accesibilidad, no sólo al contacto inicial con el sistema de atención de la salud sino también los contactos continuados a lo largo de un episodio, Dominio Intermedio de la accesibilidad. Parte de este dominio intermedio de la accesibilidad es el que elegimos para analizar en nuestro trabajo. Cuando el paciente consiguió la atención en el primer nivel y requiere continuarla en el segundo, sea por la razón que fuera, ya que es en este donde se evalúa en detalle el proceso de referencia - contrarreferencia.

Donabedian, A**.** Se refiere que, de esta relación, entre la accesibilidad y la cobertura va a quedar determinada la calidad de la atención de la salud de la población[5].

Paganini, J. indica que la accesibilidad y la cobertura se pueden identificar a partir de la relación entre los eventos[6].

Por lo expuesto se puede decir que en un extremo se encuentra la disponibilidad, entendida como la presencia física de los recursos para la salud, teniendo en cuenta su capacidad de producir servicios. En el otro extremo se ubica la utilización de los servicios que es el consumo real de los mismos, ya que la sola disponibilidad no implica utilización. En el medio de estos dos extremos y determinándolos se encuentra la resistencia que es lo opuesto a la disponibilidad y se define como el conjunto de obstáculos a la búsqueda y obtención de la atención, que se originan en los recursos de atención. De esta relación surge un nuevo concepto denominado Disponibilidad efectiva (Figura 02) que es la disponibilidad corregida según la resistencia que oponen a la búsqueda y obtención de los servicios.

1. Recursos en calidad y cantidad.

2. Accesibilidad geográfica, económica, cultural, de esos recursos a la población.

3. Aceptabilidad por parte de la población.

4. Relevancia de esos recursos con las necesidades de la población.

5. Utilización adecuada de esos recursos.

Disponibilidad, Resistencia y Disponibilidad efectiva son todos atributos de los recursos de atención. Por otro lado, el acceso es la capacidad del usuario para buscar y obtener atención, también denominado poder de utilización.

Niveles de atención[7]

Primer Nivel se Atención

Todo paciente previamente sano a excepción de los casos de urgencias deberá acudir para su atención médica preferentemente a la unidad de primer nivel más cercana a su domicilio.

Segundo Nivel de Atención[7]

La forma preferente de ingreso a la unidad del segundo nivel será mediante la referencia ambulatoria y/u hospitalaria a partir de una unidad de primer nivel. En el primer caso, o sea por referencia del primer nivel, se recibirá al paciente acompañado con el formato de referencia –contrarreferencia, procurándole un trato preferencial que evite la repetición de acciones anteriormente realizadas en la unidad que refiere y que permita brindarle una atención oportuna y resolutiva. Se le indicará la necesidad de su regreso a la unidad de primer nivel, según el caso, con el propósito de continuar su manejo integral. En este nivel de atención se encuentran los hospitales que cuentan con especialidad de medicina interna.

Tercer Nivel de Atención[7]

Pacientes procedentes de ambos niveles de atención, que suelen ingresar por el servicio de emergencia en mayor proporción, al Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo, y otro grupo de pacientes que lo hacen en menor porcentaje por consulta externa de nefrología.

Estrategia Gestión[7]

a) Definición

Estrategia es el conjunto de acciones planificadas sistemáticamente en el tiempo que se llevas a cabo para lograr un determinado fin. [7]

b) Estrategia de Gestión

Son las acciones planificadas a fin de poder generar productos y servicios que satisfagan las necesidades de los clientes, en este caso de los pacientes, con eficacia y eficiencia.

c) Naturaleza y Características[7]

Chandler define una estrategia como "la determinación de los propósitos fundamentales a largo plazo y los objetivos de una empresa, y la adopción de los recursos de acción de los cursos de acción y distribución de los recursos necesarios para llevar adelante estos propósitos".

El propósito de las estrategias, entonces, es determinar y comunicar a través de un sistema de objetivos y políticas mayores, una descripción de lo que se desea que sea la empresa. Las estrategias muestran la dirección y el empleo general de recursos y de esfuerzos. No tratan de delinear exactamente cómo debe cumplir la empresa sus

objetivos, puesto que ésta es la tarea de un número enorme de programas de sustentación mayores y menores.

Pero son una referencia útil para guiar el pensamiento y la acción de la empresa. Esta utilidad en la práctica y su importancia como guía en los planes justifican su consideración por separado como un plan para fines analíticos. Las estrategias pueden ser:

Formuladas: Son planteadas con el propósito expreso de guiar las operaciones del personal a todo nivel.[7]

Consultadas: En la práctica, la mayor parte de las estrategias tienen su origen en consultas que hacen sobre casos específicos y especiales, que para su absolución suben a lo largo de la escala jerárquica.[7]

Implícitas: El personal de una empresa considerará lo que usualmente ocurre o se acostumbra dentro de ella, como política de la empresa.[7]

Impuestas externamente: Pueden ser planteadas externamente a la empresa, por el gobierno, los sindicatos y las sociedades comerciales.

Referencia de Pacientes

Aquellos referidos de un nivel asistencial de menor capacidad resolutiva a otro de mayor poder de resolución desde el punto de vista asistencial y tecnológico.[8]

Contrarreferencia [8]

La derivación de los pacientes en sentido inverso, es decir devolución del paciente del nivel superior al inferior que lo envió con la debida información en el formulario correspondiente. Traslado de pacientes con un sistema de información entre los niveles de atención que nos permita brindar continuidad en el manejo de los pacientes con el objetivo de mantener la calidad de atención.

Sistema de Referencia

Cualquier red de servicios de salud debe constar por lo menos de dos niveles: el de atención básica o primer nivel con puestos, sub centros y /o Centros del MSP y servicios de otros proveedores, y el de atención complementaria o segundo nivel con el Hospital del área y excepcionalmente el Centro de Salud, cuando la capacidad resolutiva los justifique. En la declaración de Alma Ata, se enuncia, la Atención Primaria de Salud debe estar asistida por sistemas de envío de casos integrados, funcionales y que se apoyen mutuamente a fin de llegar al mejoramiento progresivo de la asistencia sanitaria completa para todos.

Clasificación de obstáculos según su fuente

Ecológicos localización de la fuente (distancia, y tiempo de transporte). Obstáculos Financieros Precio que cobra el proveedor.

a) Obstáculos Organizativos

1. Obstáculos organizativos a la entrada, Propiedades que obstaculizan el contacto inicial con el sistema de atención de la salud (demoras para obtener el turno).
2. Obstáculos organizativos al interior del establecimiento.

   Obstáculos organizativos que interfieren con la recepción oportuna de atención una vez que el paciente está dentro de un establecimiento de salud (tiempo de espera para ver al médico u obtener servicios complementarios).
3. Dominio intermedio Obstáculos a la salida que impide la continuidad de la atención. Las diferentes formas de acercarnos a la medición de la accesibilidad son las siguientes:

   1º Medida de disponibilidad de los recursos (horas médico sobre población total).

   2º Disponibilidad efectiva: Disponibilidad de recursos/resistencia Accesibilidad = disponibilidad efectiva de recursos x poder de utilización.

Esta relación deja en claro que para aumentar la accesibilidad se puede aumentar la disponibilidad de los recursos, o aumentar el poder de utilización, o en su defecto disminuir la resistencia en términos de obstáculos a la atención de la salud.

Los mayores beneficios que se pueden alcanzar, de acuerdo con los recursos con los que se cuenta para proporcionar la atención y con la misma calidad a todos[9].
Para ello se describen las siguientes variables, componentes de la Calidad: Eficacia: grado en que se alcanzan las mejoras en el proceso de atención en relación con el actual desarrollo de la tecnología. Accesibilidad: como posibilidad de que un usuario obtenga los servicios que necesita, en el momento y lugar que los necesite, en suficiente cantidad y a un costo razonable.

Con un enfoque sistémico en la producción de servicios de salud, pueden reconocerse tres componentes para evaluar la calidad: estructura, proceso y resultados[11]. Es necesario evaluar los recursos y su organización, y se fundamenta en que, teniendo buenas condiciones previas es posible tener un proceso de atención más apropiada y con mejores resultados. En el planteo estructural se evalúan los recursos humanos, instalaciones, equipamiento y organización.

Los enfoques de proceso. Silberman M, explica que es necesario mantener un nivel de eficiencia óptimo en todas la etapas de atención, es probable que el resultado sea mejor que cuando estos son deficientes. Dentro de este enfoque deben diferenciarse las evaluaciones administrativas y las profesionales[12].

Enfoques de resultados[12] se basan en medir si se cumplen los objetivos de la atención de la salud en todos sus niveles, pre patogénico y post patogénico. El proceso comienza cuando el paciente logra la entrada al sistema de salud en el primer nivel, y el profesional que lo asiste requiere que este se traslade al segundo nivel por alguna consideración clínica que lo amerite, debiendo ser referido al tercer nivel para el tratamiento definitivo.

Marco Conceptual

Auto referencia.[8]

Cuando un paciente consulta a un nivel superior, sin referencia desde el nivel inferior.

Referencia Inversa. [8]

Cuando el nivel superior envía a un paciente a un nivel inferior, con la debida información, sin que este paciente haya pasado primero por el nivel inferior. Generalmente se da después de un auto referencia y sirve para corregir el funcionamiento del sistema de salud.

Transferencia.[8]

Se considera al transporte físico de un paciente desde un establecimiento a otro, es decir es el acto de trasladar al paciente de una unidad a otra de mayor complejidad.

Unidad Receptora.[8]

Es la unidad que recibe pacientes que le son enviados de las diferentes unidades de la red de servicios.

Unidad Referente.[8]

Es la unidad que envía pacientes que le fueron referidos, a las unidades del sistema.

1.2. Determinación los antecedentes históricos del proceso de referencia de pacientes en la red asistencial de EsSalud y su gestión.

Desde Abril de 1998 funciona el Registro Nacional de Hemodiálisis de EsSalud (RENDE) en el Centro de Hemodiálisis de EsSalud de Lima. El Sistema Integral del Registro Nacional de Diálisis es una aplicación o software desarrollado por el área de informática, cuya función es administrar la información de los pacientes en HD de EsSalud en el ámbito nacional y se constituye en el proceso fundamental del Registro Nacional de Diálisis de EsSalud.

Las mayores causas de Insuficiencia Renal Crónica Terminal son la Diabetes 44%, las Glomerulopatía 23%, la uropatía obstructiva 15%, nefropatía hipertensiva 12,4 %, etc. En la actualidad EsSalud, pese a cubrir sólo el 30% de la población de nuestro país, tiene a su cargo el 95% de los pacientes que reciben tratamiento de diálisis por Insuficiencia Renal Crónica Terminal.

Este tratamiento en los enfermos con insuficiencia renal crónica debe repetirse generalmente tres veces por semana. Se realiza en centros especializados que permiten atender simultáneamente a varios pacientes. Hay un grupo de pacientes que se dializan los días lunes, miércoles y viernes y otros que lo hacen los días martes, jueves y sábados.

Sin embargo, en los grandes Hospitales de EsSalud por la gran demanda se llega a hacer 4 o 5 turnos, trabajando inclusive toda la noche. También hay centros de hemodiálisis de EsSalud en el Hospital Nacional Alberto Sabogal del Callao, en los Hospitales de Piura, Chiclayo, Trujillo, Chimbote, Huacho, Ica, Huancayo, Cuzco, Arequipa y Tacna. Igualmente los Hospitales de las Fuerzas Armadas y del Ministerio del Interior; sin descontar la oferta privada que se encuentra en crecimiento constante.[24]

CAPÍTULO 2. JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA Y CARACTERIZACIÓN DEL CAMPO DE ACCIÓN

CAPÍTULO 2. JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA Y CARACTERIZACIÓN DEL CAMPO DE ACCIÓN

2.1. Justificación del Problema

Desde el inicio de la atención en el hospital Almanzor Aguinaga Asenjo, con la atención de los pacientes renales o nefrológicos se inicia una etapa nueva de especialidades médicas, originando que existan niveles en la atención especializada, de tal manera que hoy en día los pacientes que requieren un atención especializada deben pasar primero por la atención primaria en los centros periféricos de la seguridad social, en los centros periféricos son los médicos generales los que brindan la atención, y los centros de mediana complejidad como hospitales, luego de la cual el paciente es referido al centro de mayor complejidad en este caso el hospital Almanzor Aguinaga Asenjo, específicamente el servicio de nefrología, epidemiológicamente las enfermedades renales que requieren la atención especializada sea este hemodiálisis o diálisis peritoneal han aumentado exponencialmente, originando una mayor demanda de los servicios de alta especialidad y complejidad como es Nefrología.

La justificación se basa en mejorar la calidad de atención de los pacientes renales de la red asistencial Lambayeque. Al permitir disminuir el tiempo de llegada del paciente renal al centro referencial en este caso el Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo ESSALUD. Disminuyendo las comorbilidades asociadas, disminuyendo la estancia hospitalaria prolongada, permitiendo disminuir los costos hospitalarios, mejorando considerablemente la gestión hospitalaria.

La justificación del problema se basa en mejorar la calidad de atención de los pacientes nefrológicos de la red asistencial ESSALUD de Lambayeque.

a) **¿Desde cuándo existe o se tienen referencias sobre este tipo de problema?**

   Según la Pan American Health Organization; explica que la extensión de la cobertura de los servicios de salud para toda la población con equidad se logra a través del

incremento de la accesibilidad de los grupos humanos postergados[13]. Un Sistema de Salud Basado en la APS está conformado por un conjunto de elementos estructurales y funcionales que garantizan la cobertura universal y el acceso a servicios aceptables para la población y que promueven la equidad [14]. Presta atención integral, integrada y apropiada a lo largo del tiempo, hace énfasis en la prevención y en la promoción y garantiza el primer contacto del usuario con el sistema. Será necesario, por lo tanto, que el esfuerzo hacia la descentralización y el desarrollo del nivel local, como estrategia para lograr la reorganización y reorientación del sector, se acompañe de un movimiento científico-participativo de creación y renovación de políticas, conceptos y métodos[15]. Este es uno de los ejes de la estrategia de Atención Primaria de la salud (A.P.S.) y consecuentemente de los sistemas locales de salud (SiLoS)[16].

La falta de articulación entre los diferentes niveles de atención de salud, lo que provoca frecuentemente que los pacientes referidos por la unidad ambulatoria de primer nivel, no sean ingresados adecuadamente con los consiguientes riesgos para la salud y vida de los pacientes referenciados; adicionalmente existen problemas complementarios como son la falta de capacidad resolutiva por parte de los profesionales que laboran en el segundo nivel, al no dar atención al paciente referido, carencia de transporte para el traslado de pacientes, falta de comunicación e interrelación personal entre el personal que labora en el servicio de emergencia, todo esto ha hecho que la atención no sea de las mejores expectativas y tengas que sufrir las consecuencias el paciente.[7]

El sistema de referencias y contrarreferencias está diseñado para establecer una real articulación entre los niveles de atención, lo que contribuirá a definir las competencias y capacidad resolutiva de cada uno de los niveles, y por otro lado, contribuirá a mejorar

la satisfacción de la población y fortalecer la calidad de atención de los servicios de la red nacional. Sin embargo, los resultados de la aplicación del sistema de referencia y contrarreferencia han sido cuestionados, por especialistas y por el propio usuario. Por referencia se entiende, la derivación del paciente entre un establecimiento de menor capacidad hacia otro de mayor complejidad , y como contra referencia, la derivación de los pacientes en sentido inverso, en el cual se reenvía al establecimiento que refiere la información sobre los servicios prestados y las respuestas e indicaciones a las solicitudes de apoyo asistencial. Se ha determinado que muchos de los pacientes que lograron ingresar a los hospitales de segundo nivel ya no regresan a las áreas de salud ambulatoria y si lo hacen no cuentan con el informe de contrarreferencia; esta tendencia se explica pues se subestima la capacidad resolutiva de las áreas ambulatorias .[8]

Estudios o investigaciones anteriores del problema

En la revisión realizada por Remón, C. 2009, hace mención sobre la importancia de la referencia oportuna del paciente renal, pero identifica algunos aspectos importantes como determinantes de este proceso como la falta de comunicación entre profesionales. [17]

En la investigación efectuada por Loza C. y colaboradores publicaron: ¿Llegan oportunamente los pacientes con nefropatía diabética al servicio de Nefrología del Hospital Nacional Cayetano Heredia durante el periodo enero 2011- enero 2012?, en el que evalúa los procesos de referencia del paciente diabético con Enfermedad renal crónica en un hospital con características muy similares a la nuestras, con la diferencia de ser un hospital del Ministerio de salud, haciendo hincapié en la llegada inoportuna del paciente en estadios avanzados de enfermedad renal crónica.[18]

En la publicación de Manzano, C. 2009. Establece claramente que la intervención temprana asociada al diagnóstico precoz, permite disminuir las comorbilidades, evitando que el paciente como en los casos revisados por su investigación: diabéticos, lleguen al nefrólogo con enfermedad renal crónica avanzada. [19]

La derivación oportuna al nefrólogo de los pacientes con enfermedad renal crónica (ERC) retrasa la diálisis, reduce costos y morbimortalidad. La preparación para ingresar a tratamientos sustitutivos renales (TSR), requiere adaptación psicológica y elección de la modalidad de depuración extracorpórea apropiada; así como, la realización de un correcto acceso vascular. Este trabajo se realizó para determinar aspectos generales de la derivación de los enfermos renales al especialista [20].

En la revisión realizada por Soto, F. determina por ejemplo como detectar en forma temprana por la atención de centros de menor complejidad, determinando la frecuencia de ERC oculta así como los factores de riesgo asociados, disminuyendo la cantidad de pacientes a referir. [21]

2.2. Diagnóstico del estado actual de la gestión del proceso de referencia de pacientes en la red asistencial de EsSalud en el HNAAA.

El sistema de referencias y contrarreferencias de pacientes en los dos macrosistemas de salud (MINSA y ESSALUD) atraviesan una crisis estructural y funcional debido al aumento de la demanda de usuarios pacientes que necesitan atención especializada en hospitales de diferente nivel de complejidad; el caso del servicio de nefrología en el HNAAA recibe pacientes referidos de los policlínicos periféricos y generalmente existen problemas con formatos, exámenes de laboratorios, evaluaciones de imágenes y diagnósticos específicos; todo ello genera insatisfacción en el paciente y en el prestador de servicios. Motivo por el cual se aplicó una encuesta a los médicos especialistas y se reflejan de la siguiente manera:

Diagnóstico del Cuestionario

Tabla N° 1.

Porcentaje de Satisfacción con los formatos de referencia de pacientes que emite su institución.

	Frecuencia	Porcentaje
Totalmente Satisfecho	0	0,0%
Satisfecho	10	50,0%
Ni Satisfecho ni insatisfecho	5	25,0%
Insatisfecho	5	25,0%
Totalmente insatisfecho	0	0,0%
Total	20	100,0

Fuente: Encuesta aplicada a los médicos de los diversos centros asistenciales de EsSalud, 2016.

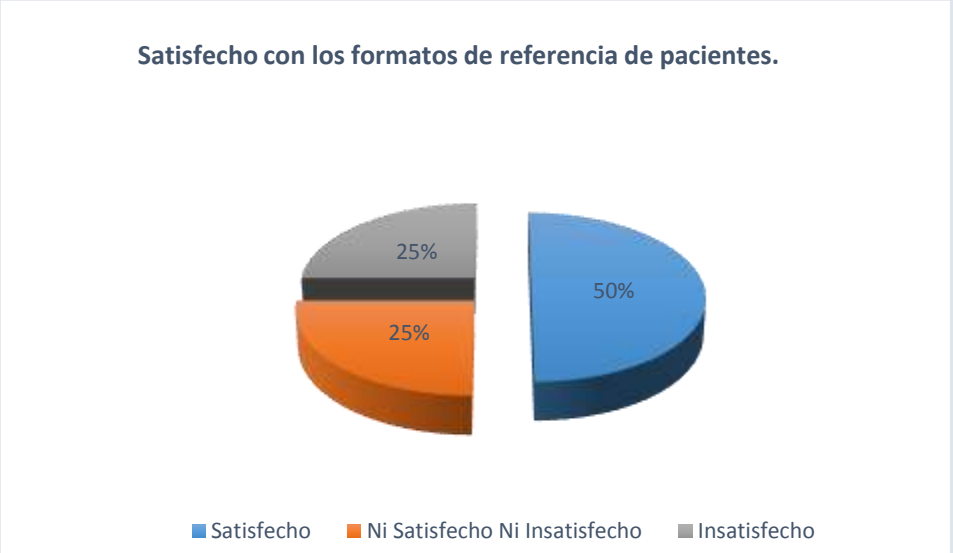

Figura 1. *Muestra que el 50,0% de los médicos encuestados indican que están satisfechos con los formatos de referencia mientras que el 25% está ni satisfecho ni insatisfecho y finalmente un 25% esta insatisfecho con los formatos de referencia. Esto demuestra que son poco prácticos probablemente par el uso cotidiano de los médicos.*

Fuente: Encuesta aplicada a los médicos de los diversos centros asistenciales de EsSalud, 2016.

Tabla N° 2.

Porcentaje de conocimiento sobre la norma técnica para el manejo del paciente con enfermedad renal crónica

	Frecuencia	Porcentaje
Sí, lo conozco completamente	4	10,0%
Sí, lo conozco pero se necesita más capacitación al respecto	14	70,0%
No, lo conozco en absoluto	2	25,0%
Total	20	100,0

Fuente: Encuesta aplicada a los médicos especialistas de los diversos centros asistenciales de EsSalud, 2016.

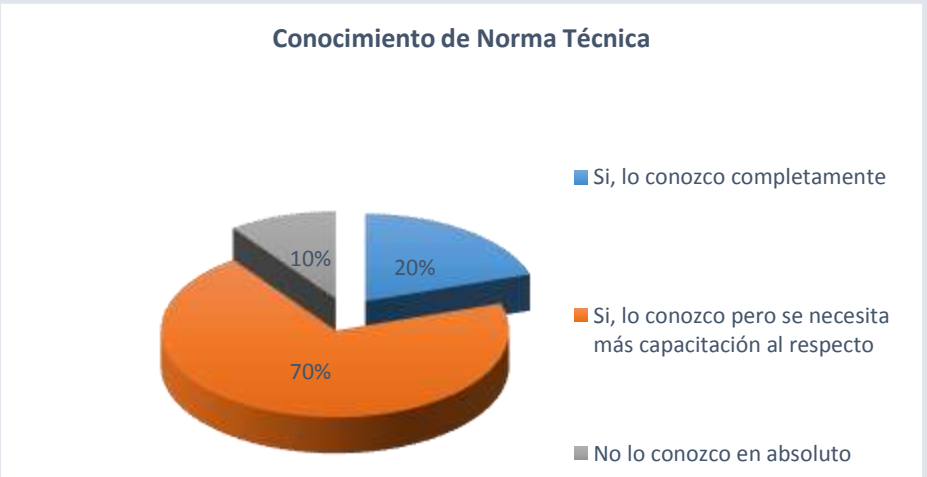

Figura 2. *Muestra que el 70,0% de los médicos encuestados indican que sí conocen el formato pero se necesita más capacitación, así como el 20,0% indican que sí lo conocen completamente; mientras que un 10% indican que no la conocen en absoluto. Si comparamos con el resultado del hospital Rebagliati donde un porcentaje similar tiene conocimiento sobre*

Fuente: Encuesta aplicada a los médicos especialistas de los diversos centros asistenciales de EsSalud, 2016.

Tabla N° 3.

Cumplimiento del proceso de atención en el paciente renal crónico

	Frecuencia	Porcentaje
Consulta Médica Integral	7	35,0%
Atención de enfermería	7	35,0%
Atención Nutricional, Psicología y trabajadora social	4	20,0%
Pruebas de Laboratorio	1	5,0%
Estudios de Imágenes	1	5,0%
Total	20	100,0

Fuente: Encuesta aplicada a los médicos especialistas de los diversos centros asistenciales de EsSalud, 2016.

Figura 3. *Muestra que el 35,0% de los médicos encuestados indican que cumplen con el proceso de Atención de enfermería y consulta integral, así como el 20,0% indican que cumplen con el proceso de atención nutricional, psicología y trabajo social; mientras que un 5% que solo cumplen con el proceso de estudio de imágenes.*

Fuente: Encuesta aplicada a los médicos especialistas de los diversos centros asistenciales de EsSalud, 2016.

Tabla N° 4.

Número de médicos que prescriben la referencia

	Frecuencia	Porcentaje
Uno	11	55,0%
Dos	7	35,0%
Más de tres	2	2,0%
Total	20	100,0

Fuente: Encuesta aplicada a los médicos especialistas de los diversos centros asistenciales de EsSalud, 2016.

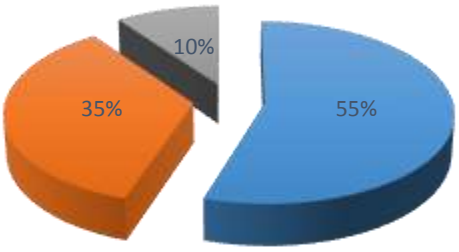

Figura 4. *Muestra que el 55,0% de los médicos encuestados afirman que sólo un médico prescribe la referencia, así como el 35,0% indican que dos médicos prescriben la referencia, mientras que un 10% indican que más de tres médicos prescriben la referencia. Siendo en esta encuesta incluidos los centros asistenciales de segundo nivel de atención, en realidad son pocos los médicos que prescriben referencias al tercer nivel de atención.*

Fuente: Encuesta aplicada a los médicos especialistas de los diversos centros asistenciales de EsSalud, 2016.

Tabla N° 5.

Porcentaje de acuerdo que existe coordinación con los médicos especialistas del HNAAA

	Frecuencia	Porcentaje
Totalmente de acuerdo	4	20,0%
De acuerdo	6	30,0%
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	6	30,0%
En desacuerdo	1	5,0%
Totalmente desacuerdo	3	15,0%
Total	20	100,0

Fuente: Encuesta aplicada a los médicos especialistas de los diversos centros asistenciales de EsSalud, 2016.

Figura 5. *Muestra que el 30,0% de los médicos encuestados afirman que están de acuerdo y en ni de acuerdo ni desacuerdo; que existe coordinación con los médicos especialistas del HNAAA respectivamente, así como el 20,0% indican que están de acuerdo que si existe coordinación con los médicos especialistas del HNAAA; como también 15,0% indica que está totalmente desacuerdo mientras que el 5,0% indica que está en desacuerdo.*

Fuente: Encuesta aplicada a los médicos especialistas de los diversos centros asistenciales de EsSalud, 2016.

Tabla N° 6.

Promedio mensual de pacientes se refieren al HNAAA

	Frecuencia	Porcentaje
Un paciente mensual	5	25,0%
Dos pacientes mensuales	6	30,0%
Más de tres pacientes mensuales	9	45,0%
Total	20	100,0

Fuente: Encuesta aplicada a los médicos especialistas de los diversos centros asistenciales de EsSalud, 2016.

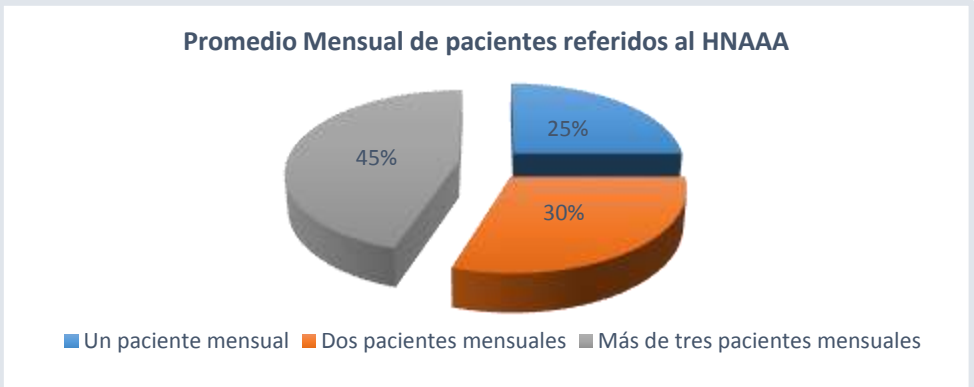

Figura 6. *Muestra que el 45,0% de los médicos encuestados afirman que se refieren un paciente mensual, así como el 30,0% indican que refieren dos pacientes mensuales; mientras que el 25,0% indica que refieren más de tres pacientes mensuales.*

Fuente: Encuesta aplicada a los médicos especialistas de los diversos centros asistenciales de EsSalud, 2016.

Tabla N° 7.

Porcentaje de los pacientes con ERC reciben un óptimo seguimiento de pre-diálisis antes de ser referidos al HNAAA.

	Frecuencia	Porcentaje
Totalmente de acuerdo	4	20,0%
De acuerdo	6	30,0%
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	4	20,0%
En desacuerdo	5	25,0%
Totalmente desacuerdo	1	5,0%
Total	20	100,0

Fuente: Encuesta aplicada a los médicos especialistas de los diversos centros asistenciales de EsSalud, 2016.

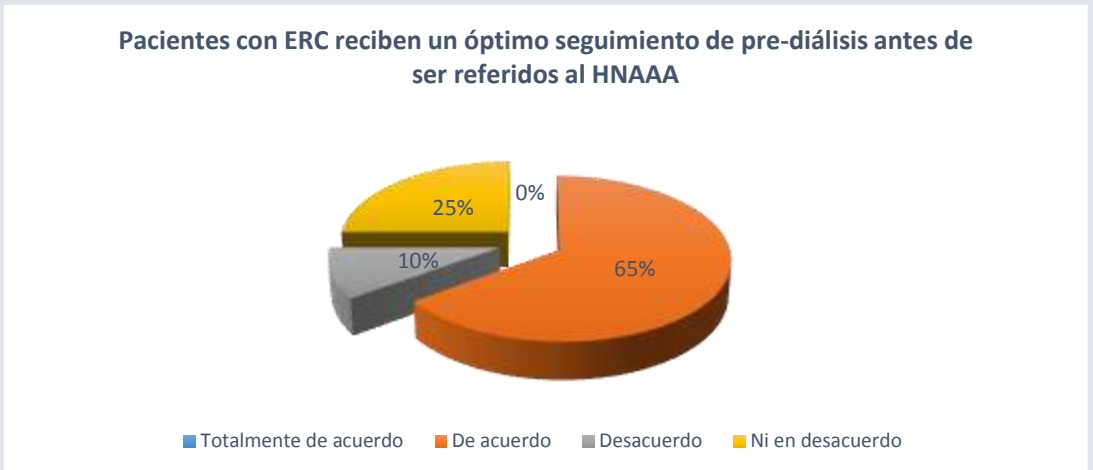

Figura 7. *Muestra que el 65,0% de los médicos encuestados indican que están de acuerdo en que los pacientes con ERC reciben un óptimo seguimiento de pre – diálisis antes de ser referidos al HNAAA, mientras el 25% de los médicos encuestados están en de acuerdo ni en desacuerdo. Esto coincide con lo hallado por Mafei, quien describe que existe en su investigación un tamizaje inadecuado por parte de los médicos no nefrólogos.* [22]

Fuente: Encuesta aplicada a los médicos especialistas de los diversos centros asistenciales de EsSalud, 2016.

Tabla N° 8.

Pacientes contra referidos son adecuadamente controlados en su establecimiento.

	Frecuencia	Porcentaje
Totalmente de acuerdo	0	0,0%
De acuerdo	13	65,0%
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	0	0,0%
En desacuerdo	2	10,0%
Totalmente desacuerdo	5	25,0%
Total	20	100,0

Fuente: Encuesta aplicada a los médicos especialistas de los diversos centros asistenciales de EsSalud, 2016.

Figura 8. *Muestra que el 65,0% de los médicos encuestados están de acuerdo que los pacientes contra referidos no son adecuadamente controlados en sus establecimientos, así como el 25,0% de los médicos encuestados están totalmente en desacuerdo que los pacientes contra referidos no son adecuadamente controlados en sus establecimientos; mientras que el 10% de los médicos encuestados está en desacuerdo. Así también lo menciona Huauy[23] en su investigación:* donde recomienda mejorar los procesos de atención a los pacientes con esta patología, para que tengan un tamizaje, diagnóstico y tratamiento oportuno.

Fuente: Encuesta aplicada a los médicos especialistas de los diversos centros asistenciales de EsSalud, 2016.

Tabla N° 9.

Porcentaje de médicos que registra los signos y síntomas del paciente en HC adecuadamente.

	Frecuencia	Porcentaje
SÍ	10	50,0%
NO	10	50,0%
Total	20	100,0

Fuente: Encuesta aplicada a los médicos especialistas de los diversos centros asistenciales de EsSalud, 2016.

Figura 9. *Muestra que el 50,0% de los médicos encuestados sí realiza un correcto registro de los signos y síntomas del paciente en la Historia clínica .Cabe señalar que los pacientes con ERC, requieren de un tiempo mayor a fin de ser evaluados correctamente, tiempo con el que no se cuenta sobre todo en el primer nivel de atención.*

Fuente: Encuesta aplicada a los médicos especialistas de los diversos centros asistenciales de EsSalud, 2016.

Tabla N° 10.

Porcentaje de médicos que registran los diagnósticos de referencia en forma correcta

	Frecuencia	Porcentaje
SÍ	20	100,0%
NO	0	0,0%
Total	20	100,0

Fuente: Encuesta aplicada a los médicos especialistas de los diversos centros asistenciales de EsSalud, 2016.

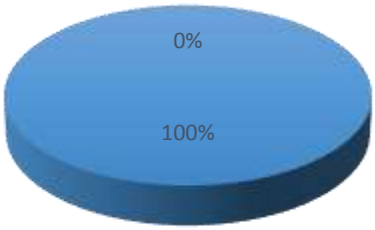

Figura 10. *Muestra que el 100,00% de los médicos encuestados sí realiza un correcto registro de los diagnósticos en la referencia. Estos datos se correlacionan con la tabla siguiente sobre CIE10, ya que su correcto diagnostico permitiría tener con gran aproximación el porcentaje de pacientes con distintos grados de ERC.*

Fuente: Encuesta aplicada a los médicos especialistas de los diversos centros asistenciales de EsSalud, 2016.

Tabla N° 11.

Porcentaje de médicos que registran el código CIE en cada patología.

	Frecuencia	Porcentaje
SÍ	20	100,0%
NO	0	0,0%
Total	20	100,0

Fuente: Encuesta aplicada a los médicos especialistas de los diversos centros asistenciales de EsSalud, 2016.

Figura 11. *Muestra que el 100,0% de los médicos encuestados sí realiza un correcto registro del código CIE en cada patología, no se cuenta con data sobre los grados de ERC, es decir se utiliza solo el CIE10 para ERC en general, mas no estandarizado de acuerdo estadio.*

Fuente: Encuesta aplicada a los médicos especialistas de los diversos centros asistenciales de EsSalud, 2016.

Tabla N° 12.

Porcentaje de médicos que registran el motivo de la referencia

	Frecuencia	Porcentaje
SÍ	20	100,0%
NO	0	0,0%
Total	20	100,0

Fuente: Encuesta aplicada a los médicos especialistas de los diversos centros asistenciales de EsSalud, 2016.

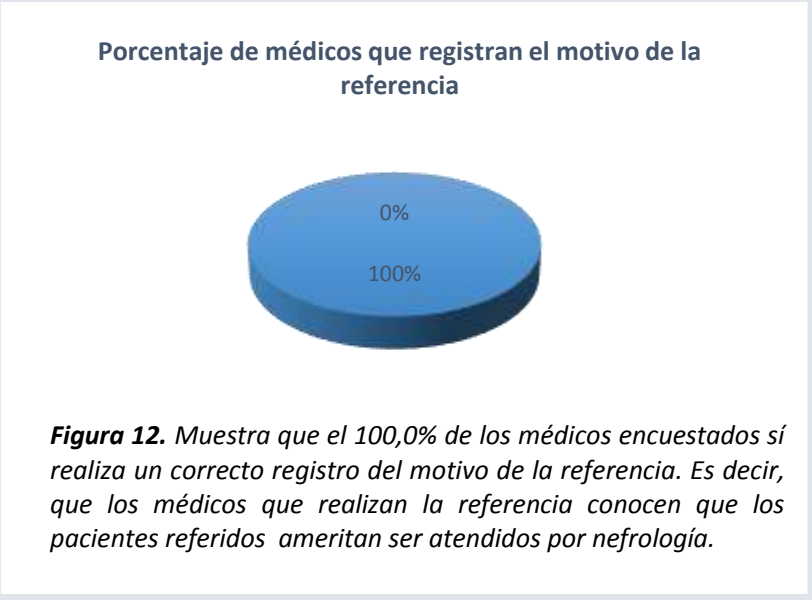

Figura 12. *Muestra que el 100,0% de los médicos encuestados sí realiza un correcto registro del motivo de la referencia. Es decir, que los médicos que realizan la referencia conocen que los pacientes referidos ameritan ser atendidos por nefrología.*

Fuente: Encuesta aplicada a los médicos especialistas de los diversos centros asistenciales de Es Salud, 2016.

Tabla N° 13.

Porcentaje de médicos coloca firma y sello en forma adecuada

	Frecuencia	Porcentaje
SÍ	20	100,0%
NO	0	0,0%
Total	20	100,0

Fuente: Encuesta aplicada a los médicos especialistas de los diversos centros asistenciales de EsSalud, 2016.

Figura 13. *Muestra que el 100,0% de los médicos encuestados sí coloca la firma y sello en forma adecuada. Lo que implica el grado de compromiso con la función desempeñada.*

Fuente: Encuesta aplicada a los médicos especialistas de los diversos centros asistenciales de EsSalud, 2016.

Tabla N° 14.

Porcentaje de médicos registra con claridad la identificación del paciente a referir.

	Frecuencia	Porcentaje
SÍ	20	100,0%
NO	0	0,0%
Total	20	100,0

Fuente: Encuesta aplicada a los médicos especialistas de los diversos centros asistenciales de Es Salud, 2016.

Figura 14. *Muestra que el 100,0% de los médicos encuestados sí registra con claridad la identificación del paciente a referir. Lo que permite la correcta identificación del paciente en el proceso de referencia.*

Fuente: Encuesta aplicada a los médicos especialistas de los diversos centros asistenciales de EsSalud, 2016.

Análisis

La situación negativa de referencias y contrarreferencias de pacientes es un problema nacional en donde se pone en riesgo de pérdidas de vidas de pacientes críticos, especialmente renales , al no contar con asistencia médica especializadas ni disponer de equipos mínimos de diálisis que aseguren tal atención.

Es por ello que esta investigación intenta contribuir con soluciones concretas a este problema.

La discusión se inicia con el análisis de la tabla 1 que mide la satisfacción con los formatos de referencia de pacientes que emite la institución; en la cual existen 50% de insatisfacción con ellos. Lo que evidencia que son poco prácticos para su uso en los centros asistenciales, debiendo buscar una estrategia respecto a esto podría tenerse en cuenta la creación de un formato virtual, sencillo, práctico y fácil de llenar y de hacer llegar.

Asimismo, en la tabla 2, con respecto al conocimiento sobre la norma técnica el 70% de médicos conoce el formato, pero afirman que necesitan capacitación para mejorar la referencia; sin embargo, el 10% de médicos afirma que no conoce dicho formato. Debiendo tener en cuenta que en postas, policlínicos y hospitales de nivel II el número de atenciones por hora medico es de 5, lo que origina poco tiempo en la atención debiendo llenar varios formatos, recetas y órdenes diversas.

En la tabla 3 en relación a los procesos de atención del paciente renal crónico el 35% de médicos refiere que los paciente consiguen una consulta médica integral y que sólo el 65% de ellos manifiesta que los pacientes consiguen otro tipo de atención complementaria como es (nutrición, psicología, laboratorio e imágenes). Resultados similar al encontrado por el hospital Rebagliati, donde el tamizaje y el seguimiento de pacientes llega al 30% en forma efectiva,

En la tabla 4, el 55,0% de los médicos encuestados afirman que solo un médico prescribe la referencia, así como el 35,0% indican que dos médicos prescriben la referencia,

mientras que un 10% indican que más de tres médicos prescriben la referencia. Siendo en esta encuesta incluidos los centros asistenciales de segundo nivel de atención, en realidad son pocos los médicos que prescriben referencias al tercer nivel de atención. Demostrando que la mayor de referencias que llegan al tercer nivel de atención no proceden preferentemente de consulta externa.

En la tabla 5, en relación a la coordinación que existe con los médicos especialistas del HNAA, solo el 50% de médicos refieren estar de acuerdo con dicha comunicación. Esto demuestra la poca comunicación con el centro especializado, lo que también ha sido reportado por el equipo de mejora continua del hospital Rebagliati. Al referir un paciente al hospital procedente de un centro asistencial del primer o segundo nivel, se cuenta en realidad con muy poca información de las condiciones médicas de la referencia en relación al tratamiento recibido previamente por el paciente llegando en su mayoría por el servicio de emergencia.

En la tabla 6, se describe el número de pacientes referidos, y que está en relación de la población del centro asistencial, y que independiente del nivel del mismo, no se sigue un orden de referencia en cuanto al nivel, ya que todos son referidos directamente al tercer nivel. En la estrategia de manejo de pacientes con ERC, en México, [25] deben ser derivados del primer al segundo nivel de atención donde son evaluados preferentemente por el médico internista antes de ser referidos al tercer nivel de atención.

Finalmente en la tabla 7 con respecto a que los pacientes con ERC; reciben un óptimo seguimiento de pre diálisis en los policlínicos, solo el 50% de los médicos especialistas refiere que si se realiza dicho seguimiento; sin embargo, un 50% de ellos afirma lo contrario.

Diagnóstico de la Entrevista
ENTREVISTA A LOS MÉDICOS GENERALES, ASISTENTES, NEFROLOGO

	Médicos Nefrólogos			Médico General	Médicos Asistentes		INTERPRETACIÓN FINAL
	1	**2**	**3**	**1**	**1**	**2**	**Resumen**
1. **¿Qué factores influyen para que la referencia de los pacientes con ERC sea tardía?**	Desconocimiento de personal médico. Disponibilidad de cupos.	Falta de evaluación preventiva en centros asistenciales periféricos. Falta de consultas nefrológicas oportuna.	Falta de capacitación en periféricos. Falta de cupos en el servicio. Falta de insumos en el diagnóstico.	Lista de espera mayor de 45 días. Falta de comunicación precisa.	Diagnóstico se hace tarde Las citas en consultorio de nefrología se dan tarde.	Falta de comunicación en policlínicos y nefrología (HNAAA). Falta de formatos Poca capacitación de Médicos de centros asistenciales.	Los médicos indican que el personal no está capacitado, carencia de cupos para el servicio de nefrología, carencia de formatos, falta de comunicación precisa de los centros asistenciales y HNAAA.
2. ¿Ud. Considera que el llenado del formato de referencia se ajusta a la norma técnica?	No. Es pobre la información; el motivo de la IC no es clara.	No, porque no traen la información clínica laboratorial del paciente.	No, porque falta evaluación con criterios adecuados para la referencia e incluso falta de datos del paciente.	No, deberá contener datos importantes como: Motivo de referencia, antecedentes, importantes, tiempo estimado en que debe ser	A veces; ya que no tiene la información completa.	Parcialmente. Depende del centro asistencial de referencia.	Los médicos entrevistados indican que el llenado de la referencia no se ajusta a la norma técnica e incluso falta datos del paciente, motivo de referencia, antecedentes

				atendido por la especialidad.			importantes, entre otros.
3. ¿Cuál es su opinión con respecto a la forma en la que son referidos los paciente al HNAAA?	Lo dicho en la pregunta 2, no envían los estudios realizados por ellos.	Algunos llegan tardíamente y otros son enviados sin justificación.	No adecuada porque no hay un sistema de referencias según prioridades de atención.	Falta de comunicación entre el paciente y el centro de origen. Falta de priorización de la referencia. Deberían de referirlos con análisis y estudios ecográficos acorde a una guía.	A veces, amerita y otras no. No se ajusta en algunos casos al protocolo.	Podría ser muy eficiente en algunos centros.	Los médicos indican que es la no adecuada ya que no existe comunicación y el centro de origen, además que no hay un sistema de referencias según prioridades de atención. Y que en algunos casos no se ajusta al protocolo.
4. En su opinión, ¿Cuáles son las complicaciones de los pacientes renales crónicos respectos a la referencia tardía?	Paciente llega en estadíos avanzados en donde nuestro papel es pobre.	Alteraciones nutricionales y desequilibrio en el aporte de minerales.	Llegar a la diálisis por emergencia. Elevada morbimortalidad por falta de atención especializada.	Generación de solicitudes de adicionales. Mala calidad de atención a los pacientes. Agravamiento de salud del paciente e incremento de ingresos por emergencia.	Infecciones recurrentes Llegar a la hemodiálisis.	Algunos pacientes llegan ya en estadíos 5 y necesitan iniciar su tratamiento.	Los médicos indican que las complicaciones se generan debido a la mala calidad de atención a los pacientes, paciente llega en estadíos avanzados generando muchas vecen el incremento de ingresos por

							emergencias. Otros casos.
5.¿Cree Ud. Que los médicos de periferie están en capacidad de referir oportunamente a los pacientes con ERC?	No, porque la capacidad para ello es pobre y los que están más o menos duchos los cambian.	Algunos sí a otros les falta capacitación.	No, porque deberían tener un programa de capacitación contínua.	Sí, se usan guías de manejo para pacientes del primer nivel de atención	Falta aún capacitación.	Cerca de 30% no están justificadas. Faltan análisis de laboratorio ecografía renal, etc.	Los médicos indican que no ya que no hay personal capacitado, otras veces faltan análisis de laboratorio, ecografía, etc. Y otros no tiene experiencia.

CAPÍTULO 3. HIPÓTESIS Y DISEÑO DE LA EJECUCIÓN

CAPÍTULO 3. HIPÓTESIS Y DISEÑO DE LA EJECUCIÓN

3.1. Definición de hipótesis

SI SE ELABORA UNA ESTRATEGIA DE GESTIÓN; ENTONCES MEJORARÁ LA REFERENCIA OPORTUNA DE PACIENTES EN PRE-DIÁLISIS DEL CENTRO ASISTENCIAL AL HNAAA, 2016

3.2. Determinación de las variables de la hipótesis

3.2.1. Definición de las variables.

a) Variable Independiente: Estrategia de Gestión.

Estrategia de gestión en la referencia oportuna de pacientes en pre-diálisis del centro asistencial AL HNAAA.

La estrategia es de tipo metodológica en tanto busca desde la referencia oportuna de pacientes en pre-diálisis elaborar metodológicamente los elementos necesarios para garantizar la calidad de vida de este tipo de pacientes, lo que sería el planteamiento conjunto de las directrices a seguir en cada una de las fases del proceso de referencia de pacientes en la red asistencial de EsSalud.

b) Variable Dependiente: Referencia de pacientes.

Se entiende a la derivación del paciente entre un establecimiento de menor capacidad resolutiva hacia otro de mayor menor o igual complejidad en la asistencia, complementación diagnóstico terapéutico debido a que los recursos propios y disponibles de primera atención no permite dar respuesta a las necesidades del paciente, en especial cuando estas requieren la intervención de personal especializado y tecnología avanzada.[8]

3.2.2. Clasificación de las variables.

VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	SUB-INDICADORES	ESCALA
V. INDEPENDIENTE Estrategia de Gestión.	**Planificación**	Norma Técnica Objetivos Estratégicos	1. En términos generales se encuentra Ud. satisfecho con los formatos de referencia de pacientes que emite su institución. 2. Ud. conoce la norma técnica para el manejo del paciente con enfermedad renal crónica, diagnostico en el establecimiento periférico.	Escala de Lickert Ordinal
	Organización	Tipos de Atención Nro. de Médico Prescriptores Trabajo en equipo	3. En relación a los proceso de atención en el paciente renal crónico, marque con un aspa (x) aquellos en lo que Ud. Cree que se cumple. 4. En su establecimiento de salud el número de médico que prescriben la referencia son. 5. Ud. está De acuerdo que existe coordinación con los médicos especialistas del HNAAA.	Ordinal Escala de Lickert
	Dirección	Nro. de referencias recibidas	6. Ud. refiere pacientes mensualmente al HNAAA un promedio:	Ordinal
	Control	Nro. de referencias aceptadas Nro. de Contrarreferencia	8. Ud. está de acuerdo en que los pacientes contra referidos son adecuadamente controlados en su establecimientos.	Escala de Lickert
V.DEPENDIENTE Referencia de pacientes	**Calidad**	Registro adecuado de HC Registro de diagnósticos	Se registra los signos y síntomas del paciente en la HC adecuadamente. Se registra los diagnósticos de referencia en forma correcta.	Dicotómica
	Accesibilidad	Datos de pacientes claros	Se registra con claridad la identificación del paciente a referir.	Dicotómica
	Oportunidad	Coordinación con médicos especialistas	Se registra el código CIE en cada patología. Se registra el motivo de la referencia Se coloca firma y sello del médico general en forma adecuada.	Dicotómica
	Continuidad	Seguimiento a paciente	7. Ud. Está de acuerdo que los pacientes con ERC reciben un óptimo seguimiento	Escala de Lickert

			de pre diálisis antes de ser referidos al HNAAA.	

3.3. Diseño de la ejecución

3.3.1. Universo.

La población. Las características demográficas, estadísticas, sociológicas, antropológicas, etc., deberán integrarse en un análisis global que permita observar y conocer a la población en su totalidad.

Todo sistema de atención de la salud deberá adquirir determinadas características de acuerdo con las particularidades de la población. A la vez, dada la fluidez y los cambios sociales que caracterizan a nuestra época, sobre todo en países en desarrollo, deben tener la flexibilidad suficiente para adaptarse a tales modificaciones.

En el trabajo de investigación la población será los médicos encargados del área de nefrología de los centros asistenciales y policlínicos que refieren pacientes al HNAAA; que son un total de 20 médicos, pero la muestra será de tipo censal; se cogerá toda la población para aplicar el instrumento.

3.3.2. Selección de técnicas, instrumentos e informantes o fuentes.

- **Métodos**

  El método que se empleará en el trabajo de investigación es del orden empírico ya que se utilizará en el proceso de recolección de datos la técnica de la observación, la entrevista y como instrumento de recolección el cuestionario, el cual fue aplicado los médicos especialistas del servicio de nefrología de los diversos centros asistenciales y policlínicos que refieren pacientes al HNAAA, los cuales se alinean a la perspectiva metodológica socio críticas o mixtas, según Hernández, R. y Mendoza (2008) consideran:

"Los métodos mixtos representan un conjunto de procesos sistemáticos, empíricos y críticos de investigación e implican la recolección y el análisis de datos cuantitativos y cualitativos, así como su integración y discusión conjunta, para realizar inferencias producto de toda la información recabada (meta inferencias) y lograr un mayor entendimiento del fenómeno bajo estudio".

Porque se va a combinar al menos un componente cuantitativo que en este caso será un cuestionario y dos componentes cualitativos los cuales será la entrevista en donde se podrá la opinión de los médicos especialistas en Nefrología del HNAAA.

- **Técnicas**

Las técnicas usadas en la recolección de datos es necesario el empleo de fuentes de información así como la observación de la problemática, (objeto y campo) de la investigación.

- **Instrumentos**

Por el tipo de estudio Mixto los instrumentos a utilizar son la encuesta y entrevista:

Encuesta

La encuesta es un procedimiento que permite explorar cuestiones que hacen a la subjetividad y al mismo tiempo obtener esa información de un número considerable de personas. La encuesta constará de 14 ítems y que los médicos que refieren pacientes al HNAAA responderán; obteniendo su opinión más cercana gracias a la convivencia del día a día.

Entrevista

El investigador formula preguntas a las personas capaces de aportarle datos de interés,

estableciendo un diálogo peculiar, asimétrico, donde una de las partes busca recoger informaciones y la otra es la fuente de esas informaciones. Por razones obvias sólo se emplea, salvo raras excepciones, en las ciencias humanas.

La ventaja esencial de la entrevista reside en que son los mismos actores sociales quienes proporcionan los datos relativos a sus conductas, opiniones, deseos, actitudes y expectativas, cosa que por su misma naturaleza es casi imposible de observar desde fuera. Nadie mejor que la misma persona involucrada para hablarnos acerca de todo aquello que piensa y siente, de lo que ha experimentado o proyecta hacer. La entrevista consta de 5 preguntas que se han aplicado a 6 médicos.

3.3.3. Selección de muestra.

Debido a que la población es pequeña se tomará la misma como muestra para aplicar los instrumentos. Según Hernández citado en Castro (2003), expresa que "si la población es menor a cincuenta (50) individuos, la población es igual a la muestra" (p.69).

n= 20 médicos.

3.4.4. Forma de tratamiento de los datos.

El proceso de tratamiento de datos se llevará a través de herramientas estadísticas del programa SPSS, el cual nos permite saber acertadamente la prueba de confiabilidad, la contratación de Hipótesis, tablas y gráficos que serán resultado de los instrumentos aplicados para posteriormente analizarlos e interpretarlos. Esta información obtenida será sumamente relevante para elaborar una estrategia de gestión en la referencia oportuna de pacientes en pre-diálisis del centro asistencial AL HNAAA, 2016.

3.5.5. Forma de análisis de las informaciones.

El procesamiento de la información "tiene como fin generar datos agrupados y ordenados que faciliten al investigador el análisis de la información según los objetivos, hipótesis y preguntas de la investigación construidas".

Por medio de datos numéricos que ya están procesados y analizados se llega a un determinado resultado.

El paso posterior al procesamiento de la información es el análisis, etapa en que se determina como analizar los datos y que herramientas de análisis serán las utilizadas.

El tipo de análisis de los datos depende de los siguientes factores.

a) El nivel de medición de las variables

b) El tipo de hipótesis formulada

c) El diseño de investigación utilizado indica el tipo de análisis requerido para la comprobación de hipótesis.

Las etapas que constituyen el Procesamiento de la Información son:

1.- Revisión y Organización de la Información

2.- Clasificación y Compilación de los datos.

3.- Presentación mediante gráficos y tablas.

- Para poder comparar el resultado de los diferentes instrumentos se ha decidido escoger el diseño explicativo, el cual es un diseño que se realiza en dos etapas define una primera fase que es cuantitativa, seguida de una fase cualitativa que permita la interpretación de los datos. En otras palabras, el propósito de este diseño es que los datos cualitativos ayuden a explicar o construir sobre los resultados de la fase cuantitativa (Creswell & Plano, 2007).

Diseño Explicativo.

Nota: Adaptado de Creswell y Plano (2007)

CAPÍTULO 4. CONSTRUCCIÓN DEL APORTE PRÁCTICO

CAPÍTULO 4. CONSTRUCCIÓN DEL APORTE PRÁCTICO

4.1.Fundamentación del aporte práctico.

I. Introducción

El presente aporte práctico pretende mejorar la gestión de referencia oportuna de pacientes en pre-diálisis y que esta permita brindar continuidad en el manejo de los pacientes, para lo cual se propone una serie de estrategias de gestión dirigidas a mejorar la coordinación entre centros asistenciales y policlínicos con el HNAAA.

Asimismo, se ha comprobado además que no se han gestionado las estrategias necesarias para repotenciar el sistema de atención de salud con los pacientes de nefrología.

Otros de los requerimientos es que no se ha realizado capacitación al personal en el manejo de normas y procedimientos del sistema de referencia y contra referencia, no se ha socializado al conjunto del personal médico, técnico y operativo de los centros de asistenciales, como tampoco se ha desarrollado campañas de difusión dirigidas a los usuarios en estos temas.

El problema fundamental es la desarticulación que existe entre los centros asistenciales y el HNAAA, por lo que se debe diseñar una estrategia de gestión para cubrir esta necesidad. La débil capacitación al personal que viene laborando para el sistema redunda en el conocimiento y aplicación de las nuevas estrategias en beneficio del paciente con el fin de aportar a solucionar la problemática planteada.

Por lo que se desarrollará la siguiente figura:

Que abarca una estrategia a desarrollar posteriormente en el desarrollo del aporte práctico.

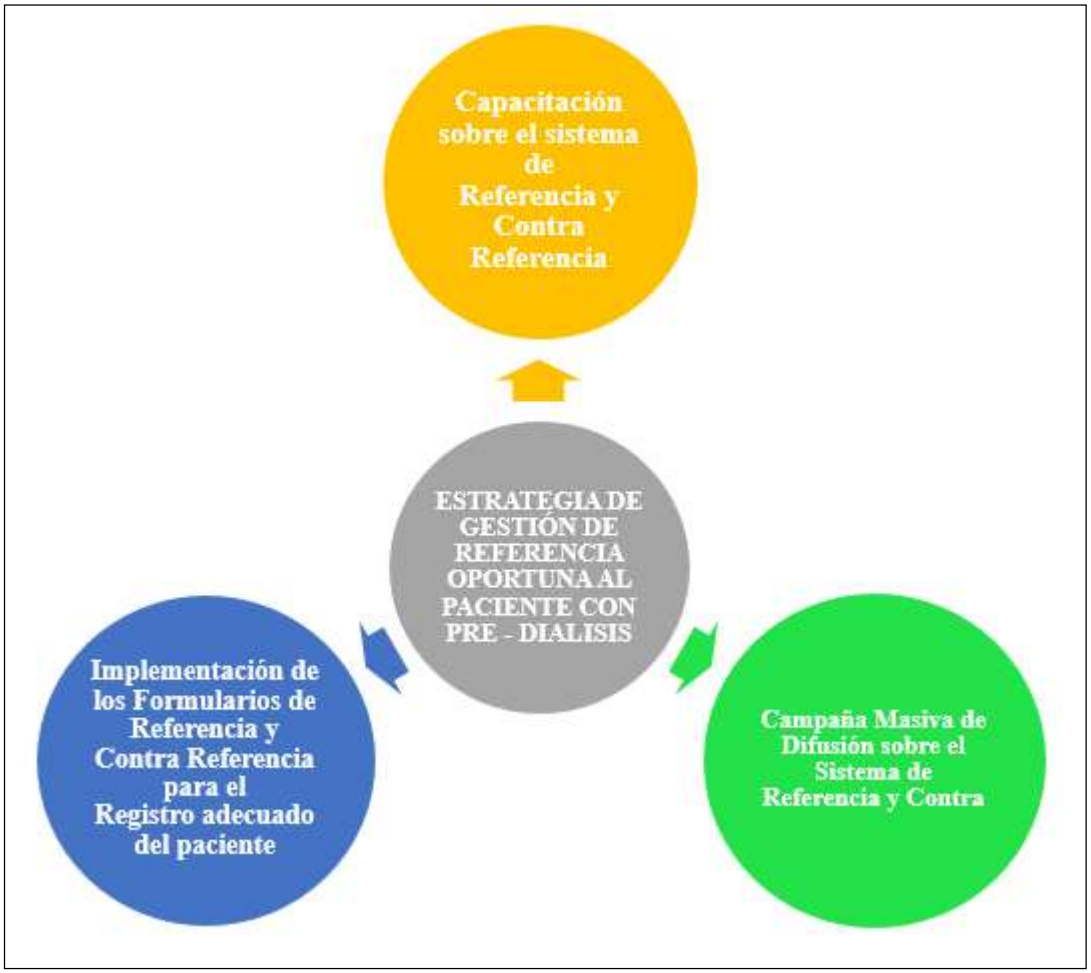

Figura 15. Modelo de estrategias a desarrollar.

Fuente: Elaboración propia.

II. Diagnóstico

En el Perú, y la Institución EsSalud, no es ajena a esta realidad, teniendo en cuenta que soporta la mayor cantidad de pacientes en diálisis de la población en general, a pesar que la cobertura en salud es del 30 %.

La prevalencia de la enfermedad renal crónica (ERC) ha aumentado progresivamente en las últimas décadas. Desafortunadamente, la referencia al nefrólogo frecuentemente ocurre en estadios avanzados de la ERC.[3]

El ingreso de la mayoría de pacientes al servicio de nefrología con necesidad de iniciar tratamiento sustituto renal, se lleva a cabo por el servicio de emergencia lo que disminuye significativamente la probabilidad de vida del paciente, aumentando su estancia hospitalaria, inclusive. [4]

III. Planteamiento del Objetivo General

Desarrollar programas de capacitación y socialización dirigidas al personal médico, paramédico, operativo y empleados en general de la institución, sobre el tema de la referencia y la contrarreferencia.

4.2 Construcción de la estrategia de gestión para la referencia oportuna de pacientes en pre-diálisis del centro asistencial al HNAAA.

FASES	OBJETIVOS	ACTIVIDADES	RECURSOS	RESPONSABLES	FECHAS
Capacitación sobre el sistema de Referencia y Contra Referencia	Capacitar al personal que se encuentra relacionado con el Sistema de Referencia y Contrarreferencia en los centros asistenciales de EsSalud; a fin de que tengan los conocimientos necesarios para desarrollar sus actividades de forma eficiente.	Socialización con el personal a cargo del traslado de pacientes	Material audio visual y recurso humano.	RRHH	Octubre - Diciembre
Campaña Masiva de Difusión sobre el Sistema de Referencia y Contrarreferencia.	Poner en conocimiento de la población que se habilita el Sistema de Referencia y Contrarreferencia para Pacientes en pre-diálisis.	Difusión de información	Recursos financieros y material didáctico	Área de Admisión RRHH Relaciones Públicas	Enero - Febrero
Implementación de los Formularios de Referencia y Contrarreferencia para el Registro adecuado del paciente	Disponer de Información útil y confiable de las Referencias y Contrarreferencias de pacientes atendidos	Implementación del Sistema de Registro para la Referencia y contrarreferencia de pacientes atendidos.	Recursos Financieros	Área de Admisión	Marzo - Mayo

ACTIVIDAD I

Objetivo: Capacitar al personal que se encuentra relacionado con el Sistema de Referencia y Contrarreferencia en los centros asistenciales de EsSalud; a fin de que tengan los conocimientos necesarios para desarrollar sus actividades de forma eficiente.

FASES	OBJETIVOS	ACTIVIDADES	RECURSOS	RESPONSABLES	FECHAS
Capacitación sobre el sistema de Referencia y Contrarreferencia	Capacitar al personal que se encuentra relacionado con el Sistema de Referencia y Contrarreferencia en los centros asistenciales de EsSalud; a fin de que tengan los conocimientos necesarios para desarrollar sus actividades de forma eficiente.	Socialización con el personal a cargo del traslado de pacientes.	Material audio visual y recurso humano.	RRHH	Octubre - Diciembre

Sistema de Referencia y Contra Referencia

Considerada como una herramienta clave para la articulación de un sistema de salud que al estar bien Implementada, permite el desplazamiento justificado del enfermo hacia establecimientos con mejor y mayor capacidad de respuesta a las necesidades del paciente.

Es decir que representa la transferencia o traslado de pacientes entre los distintos establecimientos de la Red Asistencial, que le permita garantizar la continuidad de la atención de los usuarios en los servicios de salud en los diferentes niveles de atención.

Concepto.- Traslado de pacientes con un sistema de información entre los niveles de atención, que nos permita brindar continuidad en el manejo de los pacientes con el objetivo de mantener la de atención.

Definición.

Referencia. Se entiende, la derivación del paciente entre un establecimiento de capacitación resolutiva hacia otro de mayor, menor o Igual complejidad de la asistencia, complementación diagnóstico o terapéutica.

Contra Referencia.- Es el inverso, es decir es decir la devolución del paciente del nivel superior al inferior que lo envió, con la debida información.

ACTIVIDAD II

Objetivo: Poner en conocimiento a la población que se habilita el Sistema de Referencia y Contra referencia para Pacientes en pre-diálisis.

FASES	OBJETIVOS	ACTIVIDADES	RECURSOS	RESPONSABLES	FECHAS
Campaña Masiva de Difusión sobre el Sistema de Referencia y Contrarreferencia	Poner en conocimiento a la población que se habilita el Sistema de Referencia y Contrarreferencia para Pacientes en pre-diálisis.	Difusión de información	Recursos financieros y material didáctico	Área de Admisión RRHH Relaciones Públicas	Enero - Febrero

Campaña Masiva de Difusión sobre el Sistema de Referencia y Contra

Planificar y organizar los recursos materiales, humanos y económicos, para la difusión de la campaña de Referencia y Contra Referencia alrededor de la zona de Influencia.

Las hojas volantes tienen un contenido de explicación sobre las bondades y beneficios que le presta el sistema en beneficio del paciente.

El presente trabajo trata de dar respuesta a las políticas implementadas en el Sector de la Salud, proponiendo hacer una efectiva atención como puerta de ingreso a la calidad de servicio de una salud.

El personal designado para esta estrategia entregó directamente a la comunidad las hojas volantes como medio de información sobre los servicios que presta esta casa de salud.

ACTIVIDAD III

Objetivo: Disponer de Información útil y confiable de las Referencias y Contrarreferencias de pacientes atendidos

FASES	OBJETIVOS	ACTIVIDADES	RECURSOS	RESPONSABLES	FECHAS
Implementación de los Formularios de	Disponer de Información útil y confiable de las Referencias y Contrarreferencias	Implementación del Sistema de Registro para la	Recursos Financieros	Área de Admisión	Marzo - Mayo

Referencia y Contrarreferencia para el Registro adecuado del paciente.	de pacientes atendidos	Referencia y contrarreferencia de pacientes atendidos.			

El Registro de los pacientes nos permite disponer de información actualizada en cuanto al número de pacientes atendidos, así como de las Referencias efectuadas esta unidad a un nivel superior de mayor complejidad.

La Información cualitativa que mantiene Emergencia nos permite hacer los análisis correspondientes a fin de poder tomar las acciones correspondientes.

Este Registro se fundamenta en la Información proporcionada por los diferentes departamentos, para el caso que nos compete será la hoja de Referencia y Contrarreferencia.

4.3. Evaluación de la Estrategia

Actividades	**Control a Mediano Plazo**	**Responsable**
Capacitación sobre el sistema de Referencia y Contrarreferencia.	Post test sobre elaboración de referencia de pacientes prediálisis.	Servicio de Nefrología del HNAAA.
Campaña Masiva de Difusión sobre el Sistema de Referencia y Contrarreferencia.	Campaña BTL (Bellow the line) que significa personalización de la actividad.	Relaciones Públicas del HNAAA.
Implementación de los Formularios de Referencia y Contrarreferencia para el Registro adecuado del paciente.	Número de referencias atendidas y número de Contrarreferencia de pacientes referidos.	Jefatura de los policlínicos periféricos de EsSalud.

CAPÍTULO 5. VALORACIÓN Y CORROBORACIÓN DE LOS RESULTADOS

CAPÍTULO 5. VALORACIÓN Y CORROBORACIÓN DE LOS RESULTADOS

5.1 Valoración de los resultados mediante criterio de expertos.

Tabla Nº15

ANÁLISIS DE FIABILIDAD

Resumen del procesamiento de los casos

		N	%
Casos	*Válidos*	*14*	*100,0*
	Excluidos[a]	*0*	*,0*
	Total	*14*	*100,0*

a. Eliminación por lista basada en todas las variables del procedimiento.

Tabla Nº16

Escala: TODAS LAS VARIABLES

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
.802	*20*

Se diseñó un cuestionario de 14 preguntas, se analizó la validez de contenido mediante la valoración de expertos; se evaluó la fiabilidad del cuestionario analizando la consistencia interna por el método del alfa de Cronbach:

Mediante la varianza de los ítems

$$\alpha = \frac{K}{K-1}\left[1 - \frac{\Sigma Vi}{Vt}\right]$$

Donde:

α = Alfa de Cronbach

K = Número de Ítems

V_i = Varianza de cada Ítem

V_t = Varianza total

Teniendo como resultado para este instrumento es de 0,802 indicando que es altamente confiable.

5.2 Ejemplificación de la aplicación del aporte práctico

Pre Test

La presente encuesta se realiza con la finalidad de determinar las estrategia de gestión en la referencia oportuna de pacientes en pre-diálisis del centro asistencial al HNAAA, 2016. Con la información que se obtenga de esta encuesta, se diseñará un programa de capacitación que se ajuste a los requerimientos de los Centros de Salud, Policlínicos entre otros.

Por favor, complete la encuesta cuidadosamente al leerla por completo primero, y luego señale sus respuestas con una "x" en el complete la frase respectiva con una respuesta apropiada.

Centro Asistencial de Origen: _____

Área de Destino del paciente: _____

Consulta Externa ☐ Hospitalización ☐ Emergencia ☐

1. **En términos generales se encuentra Ud. Satisfecho con los formatos de referencia de pacientes que emite su institución.**
    a) Totalmente Satisfecho
    b) Satisfecho
    c) Ni Satisfecho ni insatisfecho
    d) Insatisfecho
    e) Totalmente insatisfecho

2. **Ud. Conoce la norma técnica para el manejo del paciente con enfermedad renal crónica, diagnostico en el establecimiento periférico.**
   a) Sí, lo conozco completamente
   b) Sí, lo conozco pero se necesita más capacitación al respecto
   c) No, lo conozco en absoluto
3. **En relación a los proceso de atención en el paciente renal crónico, marque con un aspa (x) aquellos en lo que Ud. Cree que se cumple:**

   Consulta Médica Integral ( )

   Atención de enfermería ( )

   Atención Nutricional, Psicología y trabajadora social ( )

   Pruebas de Laboratorio ( )

   Estudios de Imágenes ( )
4. **En su establecimiento de salud el número de médico que prescriben la referencia son:**
   a) Uno
   b) Dos
   c) Más de tres
5. **Ud. está de acuerdo que existe coordinación con los médicos especialistas del HNAAA.**
   a) Totalmente de acuerdo
   b) De acuerdo
   c) Ni de acuerdo ni en desacuerdo
   d) En Desacuerdo
   e) Totalmente desacuerdo

6. **Ud. refiere en promedio mensual al HNAAA en promedio:**
   a) Un paciente mensual
   b) Dos pacientes mensuales
   c) Más de tres pacientes mensuales

7. **Ud. está de acuerdo que los pacientes con ERC reciben un óptimo seguimiento de pre-diálisis antes de ser referidos al HNAAA.**
   a) Totalmente de acuerdo
   b) De acuerdo
   c) Ni de acuerdo ni en desacuerdo
   d) En Desacuerdo
   e) Totalmente desacuerdo
8. **Ud. está de acuerdo en que los pacientes contra referidos son adecuadamente controlados en su establecimientos.**
   a) Totalmente de acuerdo.
   b) De acuerdo
   c) Ni de acuerdo ni en desacuerdo
   d) En desacuerdo
   e) Totalmente desacuerdo

9. **Con respecto al llenado del formato de la referencia:**
   a) Se Registra los signos y síntomas del paciente en la HC adecuadamente.
   ☐ SÍ NO ☐

   b) Se Registra los diagnósticos de referencia en forma correcta
   ☐ SÍ NO ☐

   c) Se registra el código CIE en cada patología
   ☐ SÍ NO ☐

   d) Se registra el motivo de la referencia
   ☐ SÍ NO ☐

   e) Se coloca firma y sello del médico general en forma adecuada
   ☐ SÍ NO ☐

f) Se registra con claridad la identificación del paciente a referir

☐ SÍ NO ☐

Se aplicará la estrategia que se muestra a continuación:

ACTIVIDAD III

Objetivo: Disponer de Información útil y confiable de las Referencias y Contrarreferencias de pacientes atendidos

FASES	OBJETIVOS	ACTIVIDADES	RECURSOS	RESPONSABLES	FECHAS
Implementación de los Formularios de Referencia y Contrarreferencia para el Registro adecuado del paciente	Disponer de Información útil y confiable de las Referencias y Contrarreferencias de pacientes atendidos.	Implementación del Sistema de Registro para la Referencia y contrarreferencia de pacientes atendidos.	Recursos Financieros	Área de Admisión	Marzo - Mayo

El Registro de los pacientes nos permite disponer de información actualizada en cuanto al número de pacientes atendidos, así como de las Referencias efectuadas esta unidad a un nivel superior de mayor complejidad.

La Información cualitativa que mantiene Emergencia nos permite hacer los análisis correspondientes a fin de poder tomar las acciones correspondientes.

Este Registro se fundamenta en la Información proporcionada por los diferentes departamentos, para el caso que nos compete será la hoja de Referencia y Contrarreferencia.

5.3 Corroboración estadística de las transformaciones logradas

5.3.1. Prueba de Hipótesis

Se plantea la hipótesis:

H_1: Si se elabora una estrategia de gestión en la referencia oportuna de pacientes en pre-diálisis del centro asistencial AL HNAAA, 2016, entonces se mejorará la calidad de atención de la institución.

Ahora probaremos que el modelo presentado se ajusta a las observaciones, para esto aplicaremos la distribución Chi cuadrada, con un nivel de significancia de 0,05; usaremos para esto el estadístico*:*

$$\chi^2_{calculado} = \frac{\sum(O-E)^2}{E}$$

O: Valor observado

E: Valor esperado

Con k -1 grados de libertad. Como sigue:

	Enseñanza
Chi-cuadrado	*0,250*
gl	*1*
Sig. asintót.	*,000*

En este estudio se considera 1 grado de libertad y con un nivel de significancia de 0,05 entonces al comparar los resultados se tiene que $0,250 < 3,84$, con un nivel de significancia de 0,000 < 0,05

Por lo tanto, se acepta la hipótesis propuesta. Concluyendo que si se elabora una estrategia de gestión en la referencia oportuna de pacientes en pre-diálisis del centro asistencial AL HNAAA, 2016, entonces se mejorará la calidad de atención de la institución.

FICHA TÉCNICA

1. Nombre :

Cuestionario para elaborar una estrategia de gestión en la referencia oportuna de pacientes en pre-diálisis del centro asistencial AL HNAAA, 2016.

2. Autores :

Jorge César Chirinos Hoyos

3. .Procedencia :

Chiclayo

4. Administración :

Individual

5. Duración :

20 minutos

6. Sujetos de Aplicación :

Personal que labora en los Centros Asistenciales de Es salud que refieren pacientes con pre–diálisis al HNAAA.

7. Significación :

Manejo de Información de Contenido

8. Administración y Calificación:

Se administró utilizando los siguientes materiales:

- Hoja de Respuesta
- Lápiz o lapicero

9. Consigna

El presente test que forma parte del trabajo de investigación, consta de 14 preguntas; conteste lo más honestamente posible todos y cada de los ítems o preguntas marcando el valor que crea conveniente.

10. Baremación : Autor

CONCLUSIONES

-La gestión de las referencias para los pacientes en pre-diálisis hacia el HNAAA no fue la adecuada; porque según el estudio el 70% de los gestores (Tabla 02) carece de una adecuada capacitación con respecto al manejo de la norma técnica para el manejo de este tipo de pacientes.

-En relación a la calidad de las referencias se puede concluir que el 50% de los médicos (Tabla 01) manifestó su constante insatisfacción respecto al sistema; sin embargo, la calidad se afecta porque un porcentaje importante de médicos afirmó que sí realizaron las referencias en forma correcta, entonces existe una importante inconsistencia en la percepción del servicio.

-En la accesibilidad de las referencias, el 35% de pacientes renales fueron atendidos inicialmente por el personal de enfermería (Tabla 03); un 30% de ellos fueron atendidos por otros profesionales de la salud (Nutricionista, Psicólogo, trabajador social y personal de laboratorio); finalmente el acceso al médico especialista se consigue muchas veces en forma tardía complicando la situación de salud del paciente renal.

-En la relación a la oportunidad de coordinar con médicos especialistas, el 50% de los médicos en periferia (Tabla 05) confirmaron que no existe coordinación con los especialistas; y que los primeros afirman que registran de manera clara el motivo de la referencia al hospital (Tabla 12).

-En relación a la continuidad para el seguimiento de los pacientes en pre – diálisis el 45% de los médicos especialistas (Tabla 07) afirmó que los pacientes no reciben una óptima evaluación pre - diálisis antes de ser referidos al hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo.

RECOMENDACIONES

- La Sub Gerencia de atención Primaria de EsSalud, Lambayeque, deberá:

- Promover un sistema de capacitación continua dirigida a todo el personal de salud involucrado en la gestión de referencias nefrológicas.

-Implementar sistemas de mejora continua de la calidad de las referencias con el objetivo de conseguir estándares más eficientes de atención a pacientes renales críticos.

-Llevar a cabo la conformación de equipos de trabajos multidisciplinarios que puedan atender de manera inmediata a los pacientes referidos y administrar de manera eficiente la Contrarreferencia a su policlínico de origen.

-Realizar de manera sostenida reuniones de coordinación permanente en periferia; con el fin de que los médicos especialistas puedan contribuir con la mejora del sistema de referencia capacitando de manera preferente a los médicos prescriptores.

-Implementar innovación tecnológica para los sistemas de Referencia y Contrarreferencia de tal manera de conseguir formatos más agiles y amigables con el fin de poder abreviar el trámite y generar mayor dinámica en la atención de los pacientes.

- Implementar un sistema integrado de gestión de referencias y contrarreferencias de pacientes renales de los policlínicos hacia los HNAAA.

- Implementar un sistema de reingeniería sobre las normas técnicas de referencia, especialmente diseñado para el paciente renal en pre – diálisis.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sonis A, Paganini, J. La atención de la salud: características, tendencias, problemas. Hacia sistemas integrales de atención. "Medicina Sanitaria y Administración de Salud", 3º edición, Tomo II, Cap 4. Ed. El ateneo. 1984
2. Mendoza S, R; Béria, J. Utilización de los servicios de salud: una revisión sistemática sobre los factores relacionados. Cuadernos de salud Pública 17(4): 819- 832. Julio - agosto 2001
3. Frenk, J. "El concepto y la Medición de Accesibilidad". Salud Pública de México 27(5):438-453, 1985.
4. Paho/WHO. Extension of Health service coverage using Primary Health care and Community Participation Strategies. P345. (en La evaluación de la accesibilidad, cobertura , calidad y equidad en salud, Paganini, J.M. Bulletin of the PAHO. Vol. XI, No.4, 1997.
5. Donabedian, A. "Evaluación de la calidad de la Atención Médica". Cap. 33, Investigaciones sobre servicios de salud, una antología. OPS/OMS, Kerr White Editor, Washington DC, 1992.
6. Paganini, J. "La evaluación de la accesibilidad, cobertura, calidad y equidad en salud". Exposición en la maestría en Salud Pública, UNLP, La Plata 2003.
7. Mena J. Estrategias de gestión para el cumplimiento del sistema de referencia y contrareferencia del área de Salud no. 9 comité del pueblo [Internet]. 2016 [cited 26 September 2016]. Available from: http://dspace.uniandes.edu.ec/bitstream/123456789/3318/1/TUAMGH001-2014.pdf
8. García J. Sistema de Referencia y Contra referencia de pacientes Año: 2001.

9. Paganini, J.M., Arrondo, F. La Autoevaluación de Establecimientos de Salud. Guía para su desarrollo. Segunda versión. CIDCAM 2004.
10. Vouri, H.V., El Conttrol de Calidad en los Servicios Sanitarios. Masson S.A. y SG Editores SA, Barcelona, 1988.
11. Donabedian, A. La Calidad de la atención Médica. Las Prensa Mexicana S.A. 1984.
12. Silberman, M. Optimización del proceso de Referencia –Contrarreferencia entre niveles de atención de la salud.2012. Acceso 27 de setiembre del 2016. Recuperado de: http://www.postgradofcm.edu.ar/ProduccionCientifica/TesisMagisters/7.pdf
13. Pan American Health Organization. Atención Primaria de Salud en las Américas: Las Enseñanzas Extraídas a lo Largo de 25 Anos y los Retos Futuros. Washington, DC: PAHO, 2003
14. Organización Panamericana de la Salud, DD46/13 (Esp.), La renovación de la Atención Primaria de la Salud en la Américas: Orientación estratégica y programática para la OPS. Washington DC, 2005.
15. Paganini, JM. Los sistemas Locales de Salud: Una estrategia para favorecer la cobertura y la equidad en salud. Versión digital hallado en: http://www.paho.org/Spanish/AD/DPC/CD/AIEPI4-2.pdf
16. Subsecretaría de Planificación de la Salud: Programa Pueblo de la provincia de Buenos Aires. “Una respuesta integral a la crisis del modelo de atención”. Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. 1998.
17. Remón C, Quirós PL, Portolés J, Selgas R. Consecuencias y factores relacionados con la remisión tardía en la enfermedad renal crónica. Nefrología 2009; 29 (Sup 5): 57-61

18. Loza C, et al. 2012. Llegan oportunamente los pacientes con nefropatía diabética al servicio de Nefrología del Hospital Nacional Cayetano Heredia durante el periodo enero 2011- enero 2012 ? *Acta Med Per 30(2) 2013*

19. Cueto-Manzano AM, Cortés-Sanabria L, Martínez-RamírezHR. Role of the primary care physician in diagnosis and treatment of early renal damage. Ethn Dis. 2009 Spring; 19 (Suppl 1): S1-68-72.

20. Meneguzzi M., Reznichenco A., et al. 2007. Hospital *Nacional de Clínicas, Córdoba, Argentina; Derivación* al nefrólogo. Resultados de una encuesta realizada a médicos no Especialistas. XV Congreso de Nefrología Argentino Categoría Educación en Nefrología.

21. Dra. Jessica Bravo Zúñiga , 2013. Equipo de Mejora Continua Red Asistencial Rebagliati "Detección y Manejo Oportuno de la Enfermedad Renal Crónica en pacientes con Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial de la Red Asistencial Rebagliati" XI encuentro nacional de experiencias en mejoramiento de la calidad en salud.

22. Maffei S, Savoldi S, Triolo G. When should commence dialysis: focusing on the predialysis condition. Nephrourol Mon. 2013 Spring;5(2):723-7.

23 Huauya C, 2016. Factores epidemiológicos asociados a la referencia temprana para hemodiálisis crónica en pacientes del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión 2009-2015. Para obtar el grado Maestro en Medicina USMP. LIma

24. Loza, C. 2015. Análisis de la situación de la enfermedad renal crónica en el Peru, Direccion General de epidemiologia. MINSA . http://www.spn.pe/archivos/analisis%20de%20la%20situacion%20de%20la%20enfermedad%20renal%20cronica%20en%20%20el%20peru%20(1).pdf

25. Subsecretaría de Innovación y Calidad: Red Estratégica de Servicios de Salud contra la Enfermedad Renal Crónica en México. Gobierno Federal de México 2010.

ANEXOS

Anexo Nº 1	PT-3	Matriz de Consistencia

DEFINICIÓN DEL PROBLEMA	OBJETIVOS	TÍTULO	VARIBLES	HIPÓTESIS
¿De qué manera una estrategia de gestión mejorará referencia oportuna de pacientes en pre – diálisis del centro asistencial al HNAAA, 2016?	**OBJETIVO GENERAL** Elaborar una estrategia de gestión para la referencia oportuna de pacientes en pre-diálisis del centro asistencial al HNAAA, 2016. **OBJETIVOSESPECÍFICOS** 1. Identificar la gestión actual de las referencias derivadas de las redes asistenciales para pacientes en pre-diálisis al HNAAA. 2. Determinar la calidad actual de las referencias derivadas de las redes asistenciales para pacientes en pre-diálisis al HNAAA. 3. Diagnosticar la accesibilidad de las referencias derivadas de las redes asistenciales para pacientes en pre-diálisis al HNAAA. 4. Evaluar la oportunidad de coordinación con médicos especialistas, las referencias derivadas de las redes asistenciales para pacientes en pre-diálisis al HNAAA. 5. Analizar la continuidad para el seguimiento de pacientes en pre – diálisis derivadas de las redes asistenciales al HNAAA.	"Estrategia de gestión en la referencia oportuna de pacientes en pre-diálisis del centro asistencial al HNAAA, 2016"	VARIABLE INDEPENDIENTE Estrategia de Gestión VARIABLE DEPENDIENTE Referencia de pacientes	Si se elabora una estrategia de gestión; entonces mejorará la referencia oportuna de pacientes en pre-diálisis del Centro Asistencial Al HNAAA, 2016

Anexo Nº 2	PT-4	Operacionalización de las Variables

VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	SUB-INDICADORES	ESCALA
V. INDEPENDIENTE Estrategia de Gestión.	**Planificación**	Norma Técnica Objetivos Estratégicos	1. En términos generales se encuentra Ud. satisfecho con los formatos de referencia de pacientes que emite su institución. 2. Ud. conoce la norma técnica para el manejo del paciente con enfermedad renal crónica, diagnostico en el establecimiento periférico.	Escala de Lickert Ordinal
	Organización	Tipos de Atención Nro. de Médico Prescriptores Trabajo en equipo	3. En relación a los proceso de atención en el paciente renal crónico, marque con un aspa (x) aquellos en lo que Ud. Cree que se cumple. 4. En su establecimiento de salud el número de médico que prescriben la referencia son. 5. Ud. está De acuerdo que existe coordinación con los médicos especialistas del HNAAA.	Ordinal Escala de Lickert
	Dirección	Nro. de referencias recibidas	6. Ud. refiere pacientes mensualmente al HNAAA un promedio:	Ordinal
	Control	Nro. de referencias aceptadas Nro. de Contrarreferencia	8. Ud. está de acuerdo en que los pacientes contra referidos son adecuadamente controlados en su establecimientos.	Escala de Lickert
V.DEPENDIENTE Referencia de pacientes	**Calidad**	Registro adecuado de HC Registro de diagnósticos	Se registra los signos y síntomas del paciente en la HC adecuadamente. Se registra los diagnósticos de referencia en forma correcta.	Dicotómica
	Accesibilidad	Datos de pacientes claros	Se registra con claridad la identificación del paciente a referir.	Dicotómica
	Oportunidad	Coordinación con médicos especialistas	Se registra el código CIE en cada patología. Se registra el motivo de la referencia Se coloca firma y sello del médico general en forma adecuada	Dicotómica
	Continuidad	Seguimiento a paciente	7. Ud. está de acuerdo que los pacientes con ERC reciben un óptimo seguimiento	Escala de Lickert

			de pre diálisis antes de ser referidos al HNAAA.	

Anexo Nº 3 Cuestionario

ENCUESTA APLICADA A LOS MÉDICOS

Introducción

La presente encuesta se realiza con la finalidad de determinar las estrategia de gestión en la referencia oportuna de pacientes en pre-diálisis del centro asistencial al HNAAA, 2016. Con la información que se obtenga de esta encuesta, se diseñará un programa de capacitación que se ajuste a los requerimientos de los Centros de Salud, Policlínicos entre otros.

Por favor complete la encuesta cuidadosamente al leerla por completo primero, y luego señale sus respuestas con una "x" en el complete la frase respectiva con una respuesta apropiada.

Centro Asistencial de Origen: _____

Área de Destino del paciente: _____

Consulta Externa ☐ Hospitalización ☐ Emergencia ☐

1. **En términos generales se encuentra Ud. Satisfecho con los formatos de referencia de pacientes que emite su institución.**
   f) Totalmente Satisfecho
   g) Satisfecho
   h) Ni Satisfecho ni insatisfecho
   i) Insatisfecho
   j) Totalmente insatisfecho

2. **Ud. Conoce la norma técnica para el manejo del paciente con enfermedad renal crónica, diagnostico en el establecimiento periférico.**
   d) Sí, lo conozco completamente
   e) Sí, lo conozco pero se necesita más capacitación al respecto

f) No, lo conozco en absoluto

3. **En relación a los proceso de atención en el paciente renal crónico, marque con un aspa (x) aquellos en lo que Ud. cree que se cumple:**

   Consulta Médica Integral ( )

   Atención de enfermería ( )

   Atención Nutricional, Psicología y trabajadora social ( )

   Pruebas de Laboratorio ( )

   Estudios de Imágenes ( )

4. **En su establecimiento de salud el número de médico que prescriben la referencia son:**

   d) Uno

   e) Dos

   f) Más de tres

5. **Ud. está de acuerdo que existe coordinación con los médicos especialistas del HNAAA.**

   f) Totalmente de acuerdo.

   g) De acuerdo

   h) Ni de acuerdo ni en desacuerdo

   i) En Desacuerdo

   j) Totalmente desacuerdo

6. **Ud. Refiere en promedio mensual al HNAAA en promedio:**

   d) Un paciente mensual

   e) Dos pacientes mensuales

   f) Más de tres pacientes mensuales

7. **Ud. está de acuerdo que los pacientes con ERC reciben un óptimo seguimiento de pre diálisis antes de ser referidos al HNAAA.**

   a) Totalmente de acuerdo.

   b) De acuerdo

   c) Ni de acuerdo ni en desacuerdo

d) En Desacuerdo

e) Totalmente desacuerdo

8. **Ud. está de acuerdo en que los pacientes contra referidos son adecuadamente controlados en su establecimientos.**

a) Totalmente de acuerdo.

b) De acuerdo

c) Ni de acuerdo ni en desacuerdo

d) En Desacuerdo

e) Totalmente desacuerdo

9. **Con respecto al llenado del formato de la referencia:**

g) Se Registra los signos y síntomas del paciente en la HC adecuadamente.

☐ SÍ ☐ NO

h) Se Registra los diagnósticos de referencia en forma correcta

☐ SÍ ☐ NO

i) Se registra el código CIE en cada patología

☐ SÍ ☐ NO

j) Se registra el motivo de la referencia

☐ SÍ ☐ NO

k) Se coloca firma y sello del médico general en forma adecuada

☐ SÍ ☐ NO

l) Se registra con claridad la identificación del paciente a referir

☐ SÍ ☐ NO

Anexo Nº 4 Entrevista

ENTREVISTA AL MÉDICO NEFRÓLOGO ACEPTANTE DE LA REFERENCIA

Responda las siguientes preguntas que servirá de referencia para elaborar estrategias de gestión de determinar las estrategia de gestión en la referencia oportuna de pacientes en pre-diálisis del centro asistencial al HNAAA, 2016.

Cargo: _____

Tiempo laborando:_____

1. **¿Qué factores influyen para que la referencia de los pacientes con ERC sea tardía?**

   _____

   _____

   _____

2. **¿Ud. Considera que el llenado del formato de referencia se ajusta a la norma técnica?**

   _____

   _____

   _____

3. **¿Cuál es su opinión con respecto a la forma en la forma en la que son referidos los paciente al HNAAA?**

   _____

   _____

   _____

4. **En su opinión, ¿Cuáles son las complicaciones de los pacientes renales crónicos respectos a la referencia tardía?**

   _____

   _____

5. **¿Cree Ud. que los médicos de periferie están en capacidad de referir oportunamente a los pacientes con ERC**

   _____

   _____