



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA
ESCUELA DE POSGRADO

FACTORES ASOCIADOS AL
RESULTADO DE LAS REFERENCIAS
DE EMERGENCIA A HOSPITALES DE
MAYOR COMPLEJIDAD EN EL
HOSPITAL SAN JUAN DE
LURIGANCHO.

JULIO – DICIEMBRE 2015.

TESIS PARA OPTAR EL GRADO DE
MAESTRO EN GERENCIA EN SALUD

AUTOR: JAIME ANTONIO RETAMOZO
ARIAS

LIMA - PERÚ

2017

Asesor:

Luis Fernando Llanos Zavalaga

MD, MSc (Econ)

A Soledad y Abigail.

Por ser apoyo permanente y razón para seguir adelante.

TABLA DE CONTENIDOS

I.	INTRODUCCIÓN	1
II.	PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN	3
III.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	5
IV.	MARCO TEÓRICO	7
V.	JUSTIFICACIÓN	21
VI.	OBJETIVOS	22
VII.	METODOLOGÍA	23
	1. Diseño del Estudio	23
	2. Población	23
	3. Muestra	24
	4. Operacionalización de Variables	24
	5. Procedimientos y Técnicas	31
	6. Consideraciones éticas	33
	7. Plan de Análisis	34
VIII.	RESULTADOS	35
IX.	DISCUSIÓN	42
X.	CONCLUSIONES	50
XI.	RECOMENDACIONES	52
XII.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	54

FACTORES ASOCIADOS AL RESULTADO DE LAS REFERENCIAS DE EMERGENCIA A HOSPITALES DE MAYOR COMPLEJIDAD EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO. JULIO – DICIEMBRE 2015.

RESUMEN

Objetivo: Caracterizar las Referencias de Emergencia del Hospital San Juan de Lurigancho e identificar los factores relacionados con el resultado de estas.

Metodología: Estudio descriptivo, transversal, analítico, en todos los pacientes con indicación de referencia de emergencia entre Julio y Diciembre del 2015.

Resultados: La edad media fue $31,96 \pm 26,64$ años, 50,26% fueron mujeres. 83,42% tenía Seguro Integral de Salud (SIS). La indicación de referencia fue principalmente por falta de especialidad (51,58%), siendo la más requerida Neurocirugía (23,95%). El 43,95% no se refirió; de éstos, 16,17% falleció en espera de referencia. Se encontró asociación significativa entre tener 60 años o más ($p = 0,006$; OR = 2,01 [IC95%: 1,21 – 3.33]), así como entre contar con SIS ($p = 0,045$; OR = 1,99 [IC95%: 1,00 – 3,96]) con la probabilidad de no referirse. Los que requirieron Cirugía Torácica tenían más probabilidades de referirse en comparación con otras especialidades ($p = 0,008$; OR = 5,93 [IC95%: 1,33 – 26,43]). *Conclusiones:* Las referencias indicadas son principalmente por falta de especialidad. Se encontró asociación significativa entre tener 60 años o más y contar con SIS con la probabilidad de no referirse. El requerimiento de Cirugía Torácica presentó mayor probabilidad de referencia.

Palabras Clave: Referencia, emergencia, factores.

***FACTORS ASSOCIATED WITH RESULTS OF EMERGENCY
REFERENCES TO HOSPITALS OF GREATER COMPLEXITY IN THE SAN
JUAN DE LURIGANCHO HOSPITAL. JULY - DECEMBER 2015.***

ABSTRACT

Objective: To characterize the Emergency References of the San Juan de Lurigancho Hospital and identify the factors related to the result of them.

Methods: Descriptive, cross-sectional, analytical study in all patients with an

emergency reference indication between July and December 2015. *Results:* The

mean age was 31.96 ± 26.64 years, 50.26% were women. 83,42% had Integral

Health Insurance (SIS). The indication for reference was mainly due to lack of

specialty (51.58%), being Neurosurgery the most required (23.95%). 43.95% of

the patients was not referred, of these, 16.17% died waiting for the reference. It

was found a significant association between being 60 years or older ($p = 0.006$,

OR = 2.01 [95% CI: 1.21 - 3.33]) and pertaining to SIS ($p = 0.045$, OR = 1.99

[95% CI: 1,00 - 3,96]) with the risk of not being referred. Those who required

Thoracic Surgery were more likely to be referred, compared to other specialties (p

= 0.008; OR = 5.93 [95% CI: 1.33 - 26.43]). *Conclusions:* The indicated

references are mainly due to lack of specialty. A significant association between

being 60 years old or older and pertaining to SIS was found with the risk of not

being referred. The requirement of Thoracic Surgery presented greater likelihood

of reference.

Keywords: Reference, emergency, factors.

I. INTRODUCCION

El Hospital San Juan de Lurigancho está ubicado en el distrito del mismo nombre y es el único centro hospitalario del MINSA en este distrito. Actualmente cuenta con la categoría II-2. En los últimos años se han venido realizando esfuerzos con el objetivo de mejorar su capacidad resolutive para afrontar la creciente demanda de servicios de salud del distrito. Es así que se han logrado ampliar los servicios que ofrece, de ser un centro de salud de categoría I-4, Centro Materno Infantil en el 2005, hasta la actualidad, en que no sólo se atiende en las 4 especialidades básicas, sino también en especialidades clínicas y quirúrgicas diversas.

Sin embargo, aún es necesario referir pacientes en situación de emergencia a hospitales de mayor complejidad, pues todavía se carece de algunas especialidades y de algunos procedimientos diagnósticos o terapéuticos. Es así que el Sistema de Referencias de Emergencia del hospital cumple su función coordinando la referencia de pacientes a hospitales de mayor complejidad en donde puedan continuar con la mejora de su estado de salud.

Pese a estos esfuerzos, aún hay un número de pacientes que no logra ser referido, y que por diversos motivos tiene que continuar su tratamiento en este hospital. Teniendo presente esta realidad, y como marco general la Norma Técnica del Sistema de Referencia y Contrarreferencia de los establecimientos del Ministerio de Salud, se planteó realizar una investigación transversal que permita caracterizar las referencias de emergencia de este centro hospitalario y encontrar factores asociados a que la

referencia sea aceptada o no por un hospital de mayor complejidad, para luego plantear sugerencias que ayuden a la solución de esta problemática.

II. PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACION

El Hospital San Juan de Lurigancho es un establecimiento de salud del MINSA ubicado en el distrito de San Juan de Lurigancho (población estimada a Junio del 2015 de 1, 091,303 habitantes – INEI)¹ que desde el 8 de julio del 2005 es reconocido como hospital, y está a cargo de atender a la población de este distrito por ser el único nosocomio de la zona. Actualmente cuenta con la categoría II-2, ofertando una capacidad resolutive acorde a la normatividad vigente. Cuenta con los siguientes profesionales médicos especialistas:

Médico Internista	Medicina	de	Psiquiatra
Pediatra	Rehabilitación		Oftalmólogo
Gineco-obstetra	Neurólogo		Otorrinolaringólogo
Cirujano general	Neumólogo		Traumatólogo
Anestesiólogo	Gastroenterólogo		Urólogo
Cardiólogo	Reumatólogo		Patólogo Clínico
Radiólogo	Anátomo-Patólogo		

El Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos del hospital atiende las 24 horas del día en las 4 especialidades básicas: medicina, cirugía, gineco-obstetricia y pediatría. Cuenta además con una Unidad de Cuidados Intensivos provista de 2 camas para cuidados de pacientes críticos, a cargo de médicos intensivistas y/o emergenciólogos.

El sistema de referencia de emergencias y urgencias del hospital tiene como función coordinar la referencia de los pacientes que, por

indicación de su médico tratante, requieran procedimientos diagnósticos y terapéuticos, así como evaluaciones por especialidades con las que no cuenta el hospital. También se encarga de coordinar la referencia de pacientes que requieran manejo y monitoreo de emergencia en una unidad especializada, que por motivos de alta demanda no cuenten con camas disponibles al momento de indicar la referencia.

Este hospital efectúa referencias de emergencia anualmente a hospitales de mayor complejidad. Estas se efectúan principalmente al hospital de mayor complejidad más cercano, el Hospital Nacional Hipólito Unanue. El 2011 se efectuaron 534 referencias de emergencia, 954 el 2012, y 796 el 2013.²

Dentro de la totalidad de pacientes a los que se indica referencia de emergencia a un hospital de mayor complejidad, existe un porcentaje en los que por diversos motivos no se logra la referencia de manera oportuna, lo cual conlleva a retraso en el tratamiento adecuado, riesgo de complicaciones en su estado de salud e incluso muerte de estos pacientes sin que se logre ofrecer el tratamiento óptimo, siendo lo ideal que el 100% de las referencias de emergencia indicadas por el médico tratante sean aceptadas en los hospitales de mayor complejidad con la oportunidad necesaria, para así garantizar la continuidad de la atención de cada uno de estos pacientes.

III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En el Hospital San Juan de Lurigancho, se llevan estadísticas con respecto a las referencias efectuadas, al hospital y servicio de destino, acerca de las patologías que requieren referencia, entre otros datos. Sin embargo, no se consolida la información acerca de cuanta es la demora en efectivizar estas referencias, así como los motivos de esta demora.² Tampoco se consolidan datos acerca de los pacientes en quien el médico tratante indico la referencia y esta no se logró. Solo se registran los datos en el cuaderno de referencias de emergencia que es manejado por los médicos encargados de estas referencias. Estas deficiencias no permiten realizar un análisis adecuado de la problemática de las referencias de emergencia, lo cual dificulta la adecuada toma de decisiones que posibiliten la mejora de los servicios prestados.

La importancia de esta investigación reside en que se aportará información de gran utilidad para los centros hospitalarios del MINSA con respecto a las referencias de emergencia, información que habitualmente no es consolidada en el hospital en estudio ni en otros centros hospitalarios similares. Además, aún existe un vacío en la información científica acerca de las referencias de emergencia en nuestro país. En conjunto, estos hechos dificultan la toma de decisiones para la mejora de estas. Con esta investigación se intenta colaborar con el incremento del conocimiento acerca de las referencias de emergencia, lo cual conlleve posteriormente a mejorarlas, no solo en el hospital donde se realizara este estudio, sino también en otras realidades similares.

En este marco la pregunta de estudio fue:

¿Cuáles son los factores asociados al logro de las referencias de emergencia a hospitales de mayor complejidad, en el Hospital San Juan de Lurigancho?

IV. MARCO TEÓRICO

Los Sistemas de Referencia y Contrarreferencia son un conjunto de procedimientos administrativo-asistenciales, que mediante una serie de procesos ordenados, intentan asegurar la continuidad de la atención de los pacientes, con oportunidad, eficacia y eficiencia, permitiendo su traslado desde un establecimiento de salud de menor capacidad resolutive a otro de mayor capacidad resolutive.³

Es el conjunto de mecanismos que permiten que se articulen y complementen las prestaciones de los establecimientos de salud, para así garantizar el acceso al establecimiento de salud de mayor capacidad resolutive en caso que el paciente lo requiera, para tratamientos, exámenes auxiliares, o atención de urgencia o emergencia. Una vez solucionado el problema de salud del paciente, el sistema garantiza que este sea contrarreferido a su establecimiento de origen con el objetivo de continuar con su seguimiento.⁴

Permiten que los centros del primer nivel de atención cumplan su rol de puerta de ingreso de los pacientes al sistema de salud, y que los centros hospitalarios cumplan con su función de complementar técnicamente al primer nivel.⁵

La Referencia es el proceso administrativo-asistencial mediante el cual se transfiere la responsabilidad de la atención de la salud de un paciente a otro establecimiento de mayor capacidad resolutive.³ Las referencias se necesitarán cuando en algún centro asistencial no se pueda completar la evaluación o tratamiento de un paciente, debido a la severidad de su

patología. Se deben tomar en cuenta para estas referencias la complejidad de los centros asistenciales y la severidad de la patología.

De acuerdo a las Unidades productoras de servicios del establecimiento de destino de la referencia estas podrán ser: Referencia a Consulta Externa, Referencia a Emergencia y Referencia para Apoyo al Diagnóstico.

Con respecto a las referencias de emergencia, estas son las referencias que se efectivizan en aquel paciente que presenta una emergencia médica o quirúrgica, es decir, cuando exista una condición repentina o inesperada en la que requiere atención inmediata, al poner en peligro inminente su vida, o que pudiera acarrear secuelas invalidantes en el paciente (Prioridad de Daño I y II).⁶

La referencia del paciente en situación de emergencia a otro centro hospitalario debe realizarse tomando en cuenta criterios de oportunidad, accesibilidad y capacidad resolutive del centro asistencial. La referencia debe ser coordinada entre centros asistenciales, teniendo en cuenta las redes local y regional de los Servicios de Emergencia.⁷

En el Perú, un esfuerzo para la organización de un sistema de referencias y contrarreferencias en el MINSA se dio con la aprobación del documento “Normas del Sistema de Referencia y Contrarreferencia de los Establecimientos del Ministerio de Salud”, de Marzo del 2001, cuyo objetivo general era regular dicho sistema. Con la finalidad de actualizar y complementar la referida norma, en Julio del 2004, se aprueba la “Norma

Técnica del Sistema de Referencia y Contrarreferencia de los Establecimientos del Ministerio de Salud”.⁸

En octubre del 2007, se conforma la Unidad Funcional Central Nacional de Regulación de la Referencias de Emergencia CENAREM en la Dirección de Servicios de Salud de la Dirección General de Salud de las Personas, encargada de diseñar, regular, organizar e implementar el proyecto piloto de la Referencias de Emergencia a nivel nacional, y brinde el soporte al Sistema de Referencia y Contrarreferencia.⁹ En abril del 2009, se modifica la denominación de "Central Nacional de Regulación de Referencias de Emergencias - CENAREM", por "Central Nacional de Referencias de Urgencias y Emergencias - CENARUE".¹⁰

En noviembre del 2011 se creó el programa nacional denominado “Sistema de Atención Móvil de Urgencia SAMU” con la finalidad de gestionar la atención de urgencias y emergencias pre-hospitalarias. En Marzo del 2012, se adscribe al CENARUE a la Dirección Ejecutiva del Programa Nacional SAMU.¹¹

Actualmente el Sistema de Referencia y Contrarreferencia en el MINSA se rige por la “Norma Técnica del Sistema de Referencia y Contrarreferencia de los Establecimientos del Ministerio de Salud, NT N° 018-MINSA/DGSP - V.01”, aprobada el 26 de Julio del 2004. Esta norma establece los procedimientos de referencia que se deben seguir tanto en el establecimiento origen como en el establecimiento destino de la referencia, dividiéndolo además en actividades generales y actividades específicas de cada unidad productora de servicios (Unidades Productoras de Servicios

destino de la referencia según esta norma técnica son: consulta externa, emergencia y apoyo al diagnóstico); esto permite que se describa los procedimientos a seguir para las referencias de emergencia.³

En comparación, la Directiva N° 018 – GG – EsSalud – 2008 “Normas para el proceso de referencias y contrarreferencias de EsSalud”, aprobada el 18 de agosto del 2008, que establece las normas y procedimientos que regulan el sistema de referencia y contrarreferencia en EsSalud y cuya finalidad es la uniformizar los criterios de este proceso, describe estos procedimientos con disposiciones generales y disposiciones específicas, pero de manera global para todo caso de referencia, sea a consulta, apoyo al diagnóstico o emergencia. Solo específica para este último caso, que las referencias de emergencia están bajo responsabilidad y coordinación de los jefes de guardia o jefe de servicio y que debe asegurarse previamente la estabilidad hemodinámica del paciente previo al traslado.¹²

Los pasos a seguir en las referencias de emergencia según la “Norma Técnica del Sistema de Referencia y Contrarreferencia de los Establecimientos del Ministerio de Salud”, se resume de la siguiente manera³:

- A nivel del establecimiento de salud origen de la referencia.
 - a. Atender al usuario e identificar la necesidad de la referencia y el establecimiento de salud y servicio de destino.
 - b. Llenar la hoja de referencia de forma correcta. Informar al usuario y/o familiares sobre el estado de salud y los riesgos que presenta, las razones para referirlo y la importancia de la misma.

- c. El establecimiento de salud que refiere debe coordinar detalles del cuidado durante el traslado del usuario con el Jefe de Emergencia/Urgencia o Jefe de Guardia del establecimiento de destino, a través de los medios de comunicación más rápidos y directos disponibles.
 - d. Se deberá establecer las coordinaciones con la unidad de Referencia Regional o Nacional para la evaluar la disponibilidad de la capacidad resolutive cuando el caso lo requiera.
 - e. Durante el traslado del usuario, el responsable de la referencia designara a un personal de salud competente según la gravedad del caso. También se solicitara a un miembro de la familia que acompañe al usuario en su traslado. Si no tuviera familiar, puede ser un responsable o un miembro de la comunidad según la pertinencia del caso.
- A nivel del establecimiento de salud destino de la referencia.
- a. Aceptada la referencia, el jefe de guardia o responsable de la atención de la emergencia comunicará al personal médico y de enfermería para la preparación del servicio en el que se dará atención inmediata al usuario, según protocolos establecidos.
 - b. Recibir al usuario y solicitar la hoja de referencia. Verificar la coordinación de la referencia en la hoja de referencia donde debe consignarse con quien se hizo la coordinación.

Del Sistema de Referencia y Contrarreferencia en el Hospital San Juan de Lurigancho

Este sistema es el encargado de la coordinación de las referencias de los pacientes hacia hospitales de mayor complejidad. Se refieren pacientes para consulta externa, apoyo al diagnóstico y para evaluación por emergencia. Al ser el más cercano geográficamente, se considera al Hospital Nacional Hipólito Unanue el centro hospitalario hacia donde se referirán los pacientes principalmente. Sin embargo, debido a múltiples factores como son la falta de camas disponibles o la falta de disponibilidad de especialistas y sub especialistas, se hace necesario referir a los pacientes a otros centros hospitalarios.

Con respecto a las referencias de emergencia, desde el año 2010 existe un equipo médico que se encarga en cada uno de los turnos, de la función de Jefe de Guardia y de médico coordinador de las referencias de emergencia, quienes utilizan los medios de comunicación más rápidos y directos disponibles para coordinar con los hospitales de mayor complejidad las referencias indicadas (teléfono, mail, mensajes multimedia, etc.).^{2,3}

Los criterios de referencia son los argumentos que orientan y sirven de guía para la referencia y contrarreferencia de un paciente. Habitualmente están incluidos en las normas y protocolos de atención.⁴ Se considera criterio de referencia de emergencia, según la Norma Técnica del Sistema de Referencias y Contrarreferencias de los establecimientos del Ministerio de Salud, cuando el paciente presenta signos y síntomas que indiquen gravedad, riesgo de perder la vida o posibilidad de quedar con secuelas invalidantes, y

no se pueda manejar adecuadamente por escasa capacidad resolutive del establecimiento de salud.³ En el Hospital San Juan de Lurigancho, según lo registrado en las fichas de referencia, habitualmente este criterio se cumple en los siguientes casos:

- Falta la especialidad médica necesaria.
- Falta el procedimiento diagnóstico requerido.
- Falta el procedimiento terapéutico requerido.
- Falta de camas disponibles en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).
- Falta de Unidad de Cuidados Especiales Neonatales.
- Falta de camas disponibles en emergencia.
- La emergencia médica o quirúrgica excede la capacidad resolutive de los servicios del hospital.

Según la Norma Técnica Categorías de Establecimientos del Sector Salud, los servicios de emergencia de los centros hospitalarios de categoría II-2, como lo es el hospital en estudio, deben tener una capacidad resolutive suficiente para poder brindar atenciones de emergencias por personal médico de las especialidades correspondientes.⁷ Con respecto a la Unidad de Cuidados Intensivos, ésta debe tener una capacidad resolutive suficiente para poder brindar terapia intensiva para el manejo de problemas críticos de mediana complejidad. Puede incluir una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal y además Unidad de Cuidados Intermedios según demanda.⁷

Hasta el año en el que se tomaron los datos para el estudio, el Hospital San Juan de Lurigancho no cuenta con una norma específica del hospital ni con un diagrama de flujo que oriente el desarrollo de las

referencias de emergencia. Para ejecutarlas se toma como base lo estipulado en la norma nacional de referencias, cumpliendo dicha norma acorde a la realidad del centro hospitalario.

Antecedentes

Sevilla Rodríguez JS¹³ estudió las características de las referencias y contrarreferencias de pacientes intervenidos quirúrgicamente en los establecimientos de la Red Asistencial La Libertad de EsSalud. Realizó un estudio descriptivo, de corte transversal, en una población de 233 pacientes intervenidos quirúrgicamente durante los años 2005-2006. La edad promedio fue 41,64 años en hombres y 43,56 años en mujeres; con predominio del sexo masculino (56%) ($p = 0,015$). Los diagnósticos más frecuentes de pacientes en quienes se aceptó su referencia fueron colelitiasis crónica, para cirugía electiva y apendicitis aguda para cirugía de emergencia. De los 233 pacientes estudiados, 25,7% fueron operaciones de alta complejidad, 35,1% de mediana complejidad y 39% fue baja complejidad. El Hospital de mayor nivel sigue realizando intervenciones quirúrgicas de mediana y baja complejidad que pueden resolverse en el nivel I y II. El costo promedio para colelitiasis crónica fue S/.4 118,62 y para apendicitis aguda S/.2 442,41. Se concluyó que el embalse de intervenciones quirúrgicas de pacientes referidos y contrarreferidos en la Red Asistencial La Libertad de EsSalud está en relación con el centralismo institucional y una capacidad resolutiva inadecuada. Se encontró variación significativa del costo unitario en el proceso de referencia y contrarreferencia de pacientes para intervención quirúrgica

electiva y de emergencia en los diferentes niveles de establecimientos de la región.

Acosta Castillo LM¹⁴ realizó un estudio descriptivo de las referencias en urgencias solicitadas en 20 de los 22 hospitales de la red pública del Distrito Capital de Bogotá, que incluyeron los tres niveles de complejidad que manejan (bajo, mediano y alto) durante los años de 2012, 2013 y primer semestre del 2014. La información fue solicitada mediante oficio haciendo hincapié que la investigación no era de carácter evaluativo. Dentro de los hallazgos principales se encontró que en los hospitales de bajo nivel de complejidad el promedio de horas entre la solicitud de la referencia y el egreso de la institución fue de 15,4 horas el 2012, 17,1 horas el 2013 y 15,3 horas el primer semestre del 2014. El porcentaje de pacientes que fallecieron sin recibir la referencia solicitada como urgencia vital para estos hospitales fue de 1% en cada uno de los tres periodos estudiados. En los hospitales de mediano nivel de complejidad el promedio de horas entre la solicitud de la referencia y el egreso de la institución fue de 10 horas, 136 horas y 143 horas para los periodos 2012, 2013 y primer semestre del 2014 respectivamente. Con respecto al porcentaje de pacientes que fallecieron sin recibir la referencia solicitada como urgencia vital fue de 1%, 1% y 2% para los periodos 2012, 2013 y primer semestre del 2014 respectivamente. Con respecto a los hospitales de alto nivel de complejidad el promedio de horas que demoro la referencia fue de 745, 110,5 y 56 horas para los periodos 2012, 2013 y primer semestre del 2014. Finalmente el porcentaje de pacientes que fallecieron sin recibir la referencia solicitada como urgencia vital fue de 13%,

13% y 25% para los periodos de tiempo mencionados respectivamente. La principal limitación del estudio fue que no se logró obtener todos los datos solicitados de todos los hospitales estudiados debido a que en algunos casos sus respuestas formales a los oficios enviados eran incompletas, incomprensibles o no guardaban relación con las definiciones de la reglamentación vigente. Se concluyó que era necesario mejorar el sistema de información para obtener datos reales del número de referencias que se presentan, hubo evidencia de una posible falta de oportunidad en el proceso de referencia de los pacientes en el servicio de urgencias, existen pacientes que mueren en la espera de ser trasladados a la unidad de servicio médico especializado que requiere para la atención de su patología.

Mojaki ME, et al¹⁵ realizaron un estudio transversal en Sudáfrica el año 2010, en el único centro hospitalario del sub distrito de Thaba Nchu, el cual era centro de referencia para 11 clínicas de atención primaria de ese sub distrito. Se evaluaron un total de 528 pacientes referidos de los cuales el 46% fue en consulta ambulatoria y el 54% fue en el servicio de urgencias. De estos pacientes, el 68% de la consulta ambulatoria y el 38% del servicio de emergencia requerirían atención hospitalaria, el resto pudo ser atendido en las instalaciones de atención primaria. Más del 50% de los pacientes en ambas unidades fueron auto-referidos (pacientes que acudieron por su propia iniciativa al centro de mayor complejidad, sin evaluación en el centro de atención primaria). Las ambulancias dirigieron a los pacientes directamente al servicio de urgencias de este centro hospitalario en un 31% de casos, sin acudir a los centros de atención primaria más cercanos. Las razones

comúnmente citadas para la auto-referencia fueron el deseo de ser visto por los médicos (47%) y los malos servicios percibidos en las clínicas de atención primaria (32%). Por estos hallazgos los autores concluyeron que el sistema de referencia evaluado no era efectivo.

Quimbert y Mejía¹⁶ realizaron un estudio descriptivo evaluando todas las referencias que llegaron al Hospital del Niño Ovidio Aliaga Uría en Bolivia, entre Julio y Setiembre del 2012 (300 casos) registrando las variables: de donde procede la referencia, el nivel de atención del que fue referido, justificación de las referencias, calidad de las mismas, diagnóstico establecido antes de la referencia, tratamiento recibido antes de la referencia y durante el traslado, el lugar de donde proceden con mayor frecuencia, personal de salud que acompañó al paciente referido, cómo se realizó el traslado del paciente, la coordinación de las referencias, la necesidad de internación de los pacientes referidos, y el fallecimientos en caso de haberlo existido. Del total de pacientes recibidos, el 52% fue referido desde el primer nivel, 33% desde el segundo nivel y 15% desde el tercer nivel de atención. Del total de las referencias, el 51% se consideraron justificadas y 49% injustificadas, independientemente del nivel de atención de donde llegaron; lamentablemente el estudio no describe los criterios para definir a que consideraron justificadas o no. Con respecto al personal que realizó la referencia, el 72% fueron realizadas por pediatras, el 15% por médicos generales, el 10% por enfermeras y los restantes por otro personal de salud. Solo el 61% de las hojas de referencia eran legibles. Según los autores, el 73% de los pacientes tenían un manejo pre-referencia errado (por ejemplo:

niños con neumonía sin oxígeno terapia o una EDA con deshidratación grave sin vía periférica, etc.). 40% registraron un diagnóstico que no coincidía con el diagnóstico establecido en el hospital. De las 157 referencias del primer nivel, ninguna fue coordinada, y el 59% fueron injustificadas, pudiendo haberse resuelto en el primer nivel de atención. Con respecto a la necesidad de hospitalización, de las que procedían del primer nivel de atención, 27% requirió internamiento, y en el 73% no se requirió internamiento. Se concluyó que la mayoría de las referencias que llegaron son del primer nivel de atención, siendo la mayor parte injustificadas, y saltan el segundo nivel de atención. Esto hizo que se saturen los servicios del hospital en estudio.

García Munitis, et al¹⁷ realizaron un estudio observacional y prospectivo en la Unidad de Cuidados Intermedios Pediátricos del Hospital de alta complejidad El Cruce, en Argentina, desde julio de 2008 hasta diciembre de 2010. El objetivo principal del estudio fue describir el sistema de referencia y contrarreferencia de este hospital. Se usó la historia clínica informatizada como herramienta para registro de los datos generados. Adicionalmente se realizó una encuesta ad hoc a todos los jefes de servicio de pediatría de los hospitales que integran la red que evaluó el "autoconocimiento" de la red pediátrica. La encuesta incluyó preguntas acerca del conocimiento del "Menú de prestaciones de la red pediátrica" (disponibilidad de subespecialidades pediátricas para la atención de pacientes en la red). Durante el tiempo de estudio, se evaluó un total de 1677 pacientes. 1053 (62,8%) fueron ingresados desde otros hospitales. El 71% de las derivaciones solicitadas a la UCIP fueron aceptadas. Se observó un

incremento significativo de referencias desde fuera de la red (2,3%; 18,5% y 16,3%) y un descenso relativo, no significativo, de las referencias desde hospitales de la red (53,1%; 47,8% y 44,9% para los años 2008, 2009 y 2010 respectivamente). Con respecto al autoconocimiento de la red, se encontró que el 61,5% de las respuestas de la encuesta fueron "no sabe". El nivel de conocimiento sobre la disponibilidad de recursos asistenciales de todos los centros alcanzó un 30% de respuestas correctas. Cuando se evaluó el nivel de conocimiento de los establecimientos de segundo nivel acerca de la disponibilidad de recursos asistenciales en el Hospital El Cruce, hubo 63,8% de respuestas correctas, 16,6% de incorrectas y 19,4% con la opción "no sabe". Se concluyó que el intercambio asistencial se basó en la aceptación de referencias por parte de la alta complejidad. Hubo escaso conocimiento de la disponibilidad de recursos humanos de la red.

Rengifo CA, et al¹⁸ evaluaron todos los documentos de referencias de los pacientes referidos al servicio de Toxicología del Hospital de Emergencias Dr. Leopoldo Manrique Terrero, entre los meses Enero a Diciembre del 2001. Las referencias se clasificaron en tres categorías: con tratamiento adecuado, con tratamiento no adecuado y sin tratamiento. Se tomó la hora de contacto con el agente químico o animal veneno, la hora de inicio de referencia y la hora de llegada al Servicio de Toxicología, de acuerdo a la historia clínica del paciente. Se evaluaron un total de 249 referencias. Los principales diagnósticos registrados en las referencias fueron: envenenamiento escorpiónico (16,1%), intoxicación por medicamentos (11,2%), intoxicación con productos químicos (10,7%) y etilismo agudo

(7,0%). En un 32,3% de casos no se colocó diagnóstico. Con respecto al tratamiento establecido, se encontró que este fue adecuado en un 10,8% de casos, no adecuado en un 27,7% de casos y sin especificar tratamiento en un 61,4%. El tiempo de demora hasta la llegada a el centro de toxicología fue menor a 1 hora en un 12,7% de casos, entre 1 a 2 horas en un 12,1%, entre 2 a 3 horas en un 3,0%, entre 3 a 4 horas en un 2,4%, y más de 4 horas 2,1%. No se registró hora de contacto con el tóxico en un 68,4% de casos. Además se encontró errores en el registro de la ficha de referencia como no registrar el nombre del médico que refiere en un 73,0% de casos, y el no tener fecha de elaboración de la ficha en un 22,4%.

V. JUSTIFICACIÓN

La investigación realizada será de utilidad al Hospital San Juan de Lurigancho debido a que en esta institución existe estadística sólo de las referencias de emergencias realizadas y efectivizadas, no habiendo estadísticas que registren el tiempo de demora que existe entre la indicación de la referencia y la ejecución de esta. Tampoco hay estadísticas acerca de los pacientes en quienes se indicó referencia de emergencia y esta no se logró concretar, ni de su evolución posterior. Se intenta dar relevancia a la importancia de llevar estadísticas acerca de estos puntos mencionados, y no sólo del número de referencias exitosamente realizadas.

Este estudio contribuirá a mejorar el conocimiento de las referencias de emergencia y hará énfasis en el resultado de estas. Además los resultados de este estudio podrían ser de utilidad en realidades e instituciones de salud similares.

Se realizó esta investigación porque en la búsqueda bibliográfica sólo se ha encontrado investigaciones nacionales acerca de las referencias para apoyo al diagnóstico o para consulta, y en lo concerniente a emergencia, investigaciones que evalúan solo un segmento de la población que acude a este servicio. Esto indica que existe un vacío en el conocimiento con respecto al sistema de referencias de emergencias en el Perú. De manera similar sucede con los estudios latinoamericanos. Los estudios mencionados solo evalúan las referencias efectuadas, mas no aquellas que no se logra efectivizar, ni describen cual es la evolución posterior de los pacientes en quienes no se logran o se retrasa las referencias.

VI. OBJETIVOS

Objetivo general:

- Caracterizar las referencias de emergencia del Hospital San Juan de Lurigancho e identificar los factores relacionados al paciente que puedan estar asociados al resultado de estas.

Objetivos específicos:

- Caracterizar las referencias de emergencia del Hospital San Juan de Lurigancho.
- Identificar los factores relacionados al paciente que puedan estar asociados al resultado de las referencias de emergencia a hospitales de mayor complejidad en el Hospital San Juan de Lurigancho.

VII. METODOLOGÍA

1. Diseño del estudio

El presente es un estudio observacional, de tipo transversal analítico.¹⁹

2. Población

Compuesta por todos los pacientes del Hospital San Juan de Lurigancho con indicación de referencia de emergencia a un hospital de mayor complejidad dada por su médico tratante, entre los meses de Julio a Diciembre del 2015. Se consideró que un paciente tenía indicación de referencia cuando su médico tratante comunicó la necesidad de referencia de emergencia al médico Jefe de Guardia.

Se consideraron como criterios de inclusión y exclusión los siguientes:

a. Criterios de inclusión

- ✓ Pacientes atendidos en el Hospital San Juan de Lurigancho, con indicación de referencia de emergencia a un hospital de mayor complejidad dada por su médico tratante.

b. Criterios de exclusión

- ✓ Pacientes que atendidos en el Hospital San Juan de Lurigancho sin indicación de referencia de emergencia a algún hospital de mayor complejidad.

- ✓ Pacientes atendidos en el Hospital San Juan de Lurigancho con indicación de referencia a consulta externa de algún hospital de mayor complejidad.
- ✓ Pacientes atendidos en el Hospital San Juan de Lurigancho con indicación de referencia para apoyo al diagnóstico.

3. Muestra

La Unidad de análisis estuvo conformada por cada uno de los pacientes con indicación de referencia de emergencia a hospitales de mayor complejidad en el Hospital San de Lurigancho en el periodo de estudio.

Como tamaño muestral se incluyó a todos los pacientes de la población. Se recolectaron los casos de manera consecutiva conforme se indicó la referencia a algún hospital de mayor complejidad. Se obtuvieron un total de 382 casos de pacientes con indicación de referencia de emergencia en el periodo de estudio que abarco el periodo de Julio a Diciembre del 2015.

4. Operacionalización de variables

<i>VARIABLE</i>	<i>DEFINICIÓN OPERATIVA</i>	<i>TIPO</i>	<i>MEDICIÓN</i>
Estado de la referencia del paciente.	Condición en que se encuentra la referencia del paciente.	Categoría nominal.	1) Paciente con indicación de referencia aceptada 2) Paciente con indicación de referencia no aceptada.

Edad	Años cumplidos al momento de la toma de datos.	Cuantitativa discreta de razón.	En años cronológicos.
Sexo	Según sexo biológico.	Categórica nominal.	1) Femenino 2) Masculino
Fecha de ingreso	Fecha de la primera atención registrada en la Historia Clínica (HC) de emergencia.	Cuantitativa continua.	Fecha según calendario y con la configuración DD/MM/YY.
Seguro del paciente	Seguro de salud con el que cuenta el paciente al momento de indicación de referencia.	Categórica nominal.	1) SIS 2) EsSalud 3) Sanidad Policial o Militar 4) Otros 5) Sin Seguro
Fecha y hora de indicación de la referencia	Fecha y hora de indicación de la referencia tomada y registrada por el médico de referencias.	Cuantitativa continua	Fecha según calendario y con la configuración DD/MM/YY Hora cronológica y con la configuración HH:MM.

Motivo de referencia	Motivo por el cual el médico tratante define la necesidad de la referencia.	Categoría nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1) Falta la especialidad médica necesaria. 2) Falta el procedimiento diagnóstico requerido. 3) Falta el procedimiento terapéutico requerido. 4) Falta de camas disponibles en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). 5) Falta de Unidad de Cuidados Especiales Neonatales. 6) Falta de camas disponibles en emergencia. 7) Emergencia médica o quirúrgica excede la capacidad resolutoria de los servicios del hospital. 8) Otros.
Diagnóstico del paciente	Diagnóstico con el cual se coordina la referencia.	Categoría nominal	Diagnostico según clasificación CIE 10.

<p>Institución destino de la referencia.</p>	<p>Institución que acepta la referencia y a la cual se traslada al paciente.</p>	<p>Categoría nominal</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1) Hospital Nacional Hipólito Unanue - HNHU 2) Hospital Nacional 2 de Mayo – HN2M 3) Hospital Nacional Arzobispo Loayza - HNAL 4) Hospital Nacional Cayetano Heredia - HNCH 5) Hospital de Emergencias Pediátricas - HEP 6) Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé 7) Instituto Nacional Materno Perinatal - INMP 8) Instituto Nacional de Salud del Niño - INSN 9) Hospital Aurelio Díaz Ufano – EsSalud 10) Hospital de Emergencias Grau - EsSalud 11) Hospital Guillermo Almenara Irigoyen – EsSalud 12) Otros
--	--	--------------------------	--

Especialidad requerida	Especialidad que, desde el punto de vista del médico que indica la referencia, debe evaluar al paciente con indicación de referencia en el hospital de destino.	Categoría nominal	Según corresponda
---------------------------	--	----------------------	-------------------

<p>Fecha y hora de inicio del traslado</p>	<p>Fecha y hora tomada y registrada por el médico de referencias en la cual se inicia el traslado al hospital de mayor complejidad (salida del paciente del HSJL)</p>	<p>Cuantitativa continua</p>	<p>Fecha según calendario y con la configuración DD/MM/YY Hora cronológica y con la configuración HH:MM</p>
<p>Tiempo de demora de la referencia</p>	<p>Tiempo que transcurre entre la indicación de la referencia y el momento del inicio el traslado del paciente hacia el hospital de destino</p>	<p>Cuantitativa continua de razón</p>	<p>Tiempo en horas y minutos con la configuración HH:MM</p>

<p>Motivo de no aceptación de la referencia</p>	<p>Motivo dado por instituciones de mayor complejidad por la cual no aceptan la referencia</p>	<p>Categoría nominal</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1) Falta de camas disponibles en emergencia. 2) Falta de camas disponibles en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) 3) Falta de camas disponibles en las Unidades de Cuidados Especiales Neonatales. 4) Falta de disponibilidad de la especialidad médica necesaria. 5) Falta de disponibilidad del procedimiento diagnóstico requerido. 6) Falta de disponibilidad del procedimiento terapéutico requerido. 7) Otros.
---	--	--------------------------	---

Condición de egreso del paciente con indicación de referencia no aceptada	Condición posterior al alta del paciente con indicación de referencia no aceptada	Catagórica nominal	1) Alta médica 2) Fallecido
Fecha de egreso del paciente con indicación de referencia no aceptada	Fecha de indicación de egreso del paciente registrada en la HC	Cuantitativa continua	Fecha según calendario

5. Procedimientos y técnicas

Tomando como base los datos que habitualmente se registran en la Hoja de Referencia estandarizada que provee la Norma Técnica de Referencia y Contrarreferencias, se elaboró una ficha ad-hoc para la recolección de la información. Además, para la elaboración de esta ficha se tomó en cuenta los motivos de referencia más frecuentes observados en el hospital estudiado y los hospitales de mayor complejidad a los que se refieren los pacientes con más frecuencia. Ver Anexo 1.

Los datos fueron recolectados en coordinación con los médicos de referencia (Jefe de Guardia), que son aquellos que coordinan las referencias indicadas por los médicos tratantes diariamente, así como por el investigador.

Se procedió de la siguiente manera:

- a. Se identificó a los pacientes con indicación de referencia de emergencia desde el momento en que su médico tratante comunicó la necesidad de referencia al Médico Jefe de Guardia/Médico que coordina las referencias en el Hospital San Juan de Lurigancho.
- b. Se verificó el cumplimiento de los criterios de inclusión. Se verificó que los pacientes no tengan ninguno de los criterios de exclusión definidos para el estudio. De cumplirse estos requisitos, se procedió a la toma de datos.
- c. Se tomaron los datos iniciales, necesarios para el estudio, de la historia clínica del paciente seleccionado y del cuaderno de registro de referencia de emergencia que es utilizado por los médicos que coordinan las referencias para registrar las coordinaciones realizadas.
- d. Se registraron los datos de los pacientes desde su identificación como caso que requiere referencia de emergencia a un hospital de mayor complejidad hasta el momento en que se inició su traslado al centro de mayor complejidad que aceptó su referencia.
- e. Se registraron los datos de los pacientes desde su identificación como caso que requiere referencia de emergencia a un hospital de mayor

complejidad hasta el momento en que se confirmó su no aceptación y posteriormente, hasta su alta o defunción.

- f. Se registró la fecha y hora del inicio de traslado del paciente referido según los datos registrados en la historia clínica del paciente, el cuaderno de registro de referencias de emergencia y/o el cuaderno de registro de salida de pacientes del servicio de seguridad del hospital.
- g. Se registró la fecha de egreso del paciente con indicación de referencia no aceptada, conforme los datos de su historia clínica y/o el cuaderno de registro de salida de pacientes del servicio de seguridad del hospital.
- h. Se tomaron los diagnósticos y criterios de referencia requeridos para el estudio, según el registro de la historia clínica del paciente, del cuaderno de registro de referencias de emergencia y/o de la Hoja de Referencia confeccionada por su médico tratante.
- i. Se procedió al registro de la información en el programa estadístico conforme se obtuvo los datos completos de cada uno de los pacientes.

6. Consideraciones éticas

El presente trabajo de investigación se realizó contemplando los aspectos éticos generales y necesarios para todo trabajo de investigación.

Se inició el estudio luego de su aprobación por el Comité Institucional de Ética de la UPCH y por el Comité de Ética del Hospital San Juan de Lurigancho.

Los resultados serán entregados a las autoridades del hospital con la finalidad de que puedan servir como insumo para la mejora de los resultados de las referencias de emergencia en el hospital.

7. Plan de análisis

Durante la recolección de la información se procedió al registro digital de los datos en el programa Excel 2010 para su posterior revisión y limpieza de base de datos. Se procedió posteriormente al procesamiento de los datos colectados. Se presentan las variables continuas en medidas de tendencia central (Media y Mediana) y medidas de dispersión (Desviación Estándar) y las variables categóricas como frecuencias absolutas y frecuencias relativas. Utilizando las variables del estudio se procedió a un análisis estadístico bivariado contrastando la presencia de asociación y su grado de efecto entre la condición de referido o no referido con las diversas variables que se estudió (sexo, edad, contar con un seguro de salud o no, con las especialidades que requirieron en la referencia) sirviéndonos para esto del programa informático Epi Info 7.1.5.2. Se utilizó la prueba de T de Student para comparar variables cuantitativas y la prueba Chi cuadrado para el contraste de variables categóricas. Se utilizó Regresión logística binaria para la evaluación de la edad como variable continua. Se obtuvo el Odds Ratio (OR) con un intervalo de confianza de IC 95%. Se estableció una significancia estadística si “p” era inferior a 0,05.

VIII. RESULTADOS

Se colectaron los datos de 382 pacientes con indicación de referencia de emergencia a hospitales de mayor complejidad dada por su médico tratante, en el Hospital San Juan de Lurigancho, entre julio y diciembre del 2015. En dos de estos casos no se pudo obtener los datos completos necesarios para el estudio, en el primer caso por ser un paciente en quien no se pudo conseguir sus datos personales (paciente considerado NN) y en el segundo porque la paciente no completó la evaluación médica, retirándose del hospital sin que se logren concluir las coordinaciones de referencia. Por esto, durante la limpieza de base de datos fueron excluidos. En los demás casos si se logró obtener todos los datos requeridos, por lo que finalmente ingresaron al estudio un total de 380 casos.

La edad media de los casos evaluados fue $31,96 \pm 26,64$ años. El 50,26% (n=191) del total de casos fueron mujeres. Un 83,42% (n=317) de los casos contaba con seguro SIS al momento de la indicación de referencia, y sólo 5,26% (n=20) no contaba con ningún seguro de salud. (Tabla N° 1)

Se registraron los motivos por los cuales el médico tratante definía la necesidad de referencia. En el 75% de casos (n=285) se solicitó el traslado arguyendo dos motivos de referencia, mientras que en el otro 25% (n=95) sólo un motivo. El motivo de referencia principal por el que esta fue requerida fue la falta de especialidad médica necesaria (51,58%). Se solicitó la evaluación y manejo por una especialidad en el hospital de destino en el 77,11% (n=293) de los casos con indicación de referencia, mientras que en el 22,89% (n=87) se solicitó dos especialidades. La especialidad requerida con

mayor frecuencia fue Neurocirugía, con 23,95% (n = 91), seguida por Neonatología con 23,42% (n = 89) y Ginecología con 19,73% (n = 75) (Tabla N° 2).

De los 380 casos que ingresaron al estudio, 56,05% (n = 213) lograron ser referidos a hospitales de mayor complejidad, mientras que 43,95% (n = 167) no fueron referidos y tuvieron que permanecer en el Hospital San Juan de Lurigancho. En relación a los pacientes que fueron referidos, 56,34% (n = 120) se refirió al Hospital Nacional Hipólito Unanue, el hospital de mayor complejidad más cercano (Tabla N° 3).

El tiempo total que demoró la coordinación de la referencia, desde su indicación hasta el inicio del traslado tuvo una media de 20 h 55 min 38 seg \pm 46h 37 min 46 seg, oscilando en un rango entre 10 min hasta 313h 45min. La mediana fue 3h 10 min. En el 61,50% se logró la referencia en menos de 6 horas desde su indicación hasta el inicio de su traslado, Sin embargo, en 19,72% (n = 42) la referencia se realizó en un tiempo mayor de 24 horas (Tabla N° 4).

Con respecto a los pacientes que no se logró la referencia, se registró que los hospitales de mayor complejidad dieron diversas razones por las que no aceptaban la referencia, predominando la falta de camas en emergencia (53,65%) seguido por la falta de camas en UCI neonatal (31,89%) (Tabla N° 5).

El 65,27% (n = 109) de los pacientes no referidos egresó del hospital con una alta médica por mejora de su patología, el 18,56% (n = 31) egresó

bajo la modalidad de retiro voluntario, mientras que el 16,17% (n = 27) falleció sin que se lograra referirlo (Tabla N° 6).

Se realizó un análisis bivariado para evaluar la presencia de asociación entre la condición final de paciente referido o no referido con las diversas variables que se estudió (edad, sexo, contar con un seguro de salud o no, motivos de referencia, etc.). Se encontró que una edad de 60 años a más, edad desde la cual una persona es considerada como adulto mayor²⁰, está asociada a una mayor probabilidad de no lograr la referencia del paciente (p = 0,006; OR = 2,01 [IC95%: 1,21 – 3,33]). Sin embargo, cuando se analizó la edad como variable continua, mediante una Regresión logística binaria, se encontró que no existe la probabilidad incrementada ni disminuida de que la referencia se dé con respecto a la edad del paciente (p = 0,06; OR = 0,99 [IC95%: 0,98 – 1,00]). Los pacientes que contaban con SIS tenían menores probabilidades de referirse en comparación a los pacientes que contaban con otros seguros (p = 0,045; OR = 1,99 [IC95%: 1,00 – 3,96]) (Tabla N° 1). También se encontró asociación significativa entre los pacientes referidos y los no referidos a la especialidad de Cirugía de tórax, teniendo éstos más probabilidad de referirse en comparación a las demás especialidades en conjunto (p = 0,008; OR = 5,93 [IC95%: 1,33 – 26,43]) (Tabla N° 2). Los demás factores analizados no mostraron asociación significativa con el resultado de la referencia.

Tabla 1: Características generales de los pacientes con indicación de referencia. Hospital SJL, Julio-Diciembre 2015

<i>Características</i>	<i>Total</i>		<i>Referidos</i>		<i>No referidos</i>		χ^2/t	<i>p</i>
	<i>n = 380</i>	<i>100%</i>	<i>n = 213</i>	<i>56,05%</i>	<i>n = 167</i>	<i>43,95%</i>		
<i>Edad en años</i>	31,96 ± 26,64		29,70 ± 24,82		34,84 ± 28,61		t = 1.87	0,06
<i>Edad en años</i>	27		26		28		-	.
<i>Grupo etáreo</i>								
<i>≥ 60 años</i>	78	20.53%	33	42,31%	45	57,69%	$\chi^2= 7,53$	0,006
<i>< 60 años</i>	302	79.47%	180	59,60%	122	40,40%		
<i>Sexo</i>								
<i>Femenino</i>	191	50.26%	113	59,16%	78	40,84%	$\chi^2= 1,51$	0,219
<i>Masculino</i>	189	49.74%	100	52,91%	89	47,09%		
<i>Seguro</i>								
<i>SIS</i>	317	83.42%	170	53,63%	147	43,37%	$\chi^2= 3,99$	0,045
<i>EsSalud</i>	17	4.47%	12	70,59%	5	29,41%	$\chi^2= 1,63$	0,201
<i>Sanidad</i>	5	1.32%	5	100,00%	0	0.00%	-	-
<i>Otros</i>	21	5.53%	13	61,90%	8	38,09%	-	-
<i>Sin seguro</i>	20	5.26%	13	65,00%	7	35,00%	$\chi^2= 0,69$	0,407

Tabla 2: Motivos de Referencia y Especialidad requerida de los pacientes con indicación de referencia. Hospital SJL, Julio-Diciembre 2015

<i>Características</i>	<i>Total</i>		<i>Referidos</i>		<i>No referidos</i>		χ^2	p
	<i>n = 380</i>	<i>100%</i>	<i>n = 213</i>	<i>56.05%</i>	<i>n = 167</i>	<i>43.95%</i>		
<i>Motivos de referencia</i>								
<i>Falta especialidad necesaria</i>	196	51.58%	112	57,14%	84	42,86%	$\chi^2= 0,01$	0,902
<i>Falta procedimiento diagnóstico</i>	1	0.26%	0	0.00%	1	100,00%	-	-
<i>Falta de procedimiento</i>	33	8.68%	19	57,58%	14	42,42%	$\chi^2= 0,00$	0,990
<i>Falta camas en UCI</i>	11	2.89%	8	72,73%	3	27,27%	$\chi^2= 0,53$	0,467
<i>Falta camas en UCI Neonatal</i>	81	21.32%	42	51,85%	39	48,15%	$\chi^2= 1,26$	0,261
<i>Falta camas en Emergencia</i>	3	0.79%	0	0.00%	3	100,00%	-	-
<i>Emergencia excede capacidad</i>	110	28.95%	61	55,45%	49	44,55%	$\chi^2= 0,24$	0,625
<i>Otros</i>	40	10.53%	31	77,50%	9	22,5%	-	-
<i>Especialidad requerida</i>								
<i>Neurocirugía</i>	91	23.95%	47	51,65%	44	48,35%	$\chi^2= 0,59$	0,441
<i>Neonatología</i>	89	23.42%	50	56,18%	39	43,82%	$\chi^2= 0,04$	0,843
<i>Ginecología</i>	75	19.74%	42	56,00%	33	44,00%	$\chi^2= 0,02$	0,886
<i>Cirugía General</i>	35	9.21%	15	42,86%	20	57,14%	$\chi^2= 2,35$	0,125
<i>UCI</i>	21	5.53%	11	52,38%	10	47,62%	$\chi^2= 0,07$	0,786
<i>Cirugía de Tórax</i>	16	4.21%	14	87,50%	2	12,50%	$\chi^2= 5,69$	0,017
<i>Otros</i>	140	36.84%	79	56,43%	61	43,57%	-	-

Tabla 3: Hospitales de mayor complejidad destino de las referencias de los pacientes referidos. Hospital SJL, Julio-Diciembre 2015

	n = 213	%
Hospital Nacional Hipólito Unanue	120	56,34%
Hospital de Emergencias Pediátricas	14	6,57%
Hospital Nacional Arzobispo Loayza	11	5,16%
Otros hospitales MINSA	59	27,70%
Hospitales EsSalud	9	4,23%

Tabla 4: Tiempo de demora de la referencia de los pacientes referidos. Hospital SJL, Julio-Diciembre 2015

	n = 213	%
Menos de 6 horas	131	61,50%
De 6 a 12 horas	16	7,51%
De 12 a 24 horas	24	11,27%
Más de 24 horas	42	19,72%

Tabla 5: Motivos de no aceptación de las referencias dados por los hospitales de mayor complejidad. Hospital SJL, Julio-Diciembre 2015

	%
Falta de camas disponibles en emergencia	53,65%
Falta de camas disponibles en UCI Neonatal	31,89%
Falta de camas disponibles en UCI	9,89%
Falta de especialidad médica necesaria	0,87%
Falta de procedimiento terapéutico requerido	0,62%
Otros	3,09%

Tabla 6: Condición de egreso del paciente con indicación de referencia no aceptada. Hospital SJL, Julio-Diciembre 2015

	n = 167	%
Alta médica	109	65,27%
Retiro Voluntario	31	18,56%
Fallecido	27	16,17%

IX. DISCUSIÓN

La atención en los servicios de urgencias y emergencias va ligada a los servicios de referencia, pues estos tienen como propósito asegurar la continuidad de la atención de los pacientes, logrando su traslado desde un establecimiento de salud de menor capacidad resolutive a otro de mayor capacidad. El adecuado trabajo en conjunto de estos dos servicios va a permitir que se articulen y complementen las prestaciones de los establecimientos de salud.

La normativa vigente estipula que la atención de los pacientes se dé con la debida oportunidad, eficacia y eficiencia. Además establece que para la selección del establecimiento destino de las referencias debe tomarse como criterios la capacidad resolutive y la accesibilidad de los establecimientos de salud, así como la adecuada oportunidad, es decir, el usuario debe ser referido en el momento y lugar adecuado. Sin embargo, no da más detalles en relación a los tiempos que deberán tomarse para considerar a las referencias como oportunas. Esto deja sin un marco de referencia a los establecimientos de salud para fijar objetivos y metas en relación a este tema y hace difícil valorar el real grado de oportunidad de las referencias evaluadas en este estudio.

Una opción válida para valorar el grado de oportunidad de las referencias en el estudio realizado es compararla con otros estudios realizados acerca del mismo tema. Para esto se realizó una búsqueda en diferentes bases de datos, sin embargo se encontraron pocos estudios en relación al tema de referencias y contrarreferencias tanto a nivel internacional como nacional, siendo el problema mayor en este último nivel. Los estudios encontrados

fueron principalmente de referencias aceptadas por hospitales de mayor complejidad, tanto en emergencia como en consulta externa, y no en el sentido inverso como en el presente estudio. Solo un estudio encontrado fue acerca de referencias solicitadas por hospitales de menor complejidad a hospitales de mayor complejidad, donde evaluaron la demora de las referencias y los pacientes fallecidos sin haber alcanzado su referencia. Ninguno de estos estudios evaluó posibles factores que influyen en el resultado de las referencias.

En la presente investigación se encontró que la población en estudio era joven. Se puede relacionar esto con la población del distrito donde está ubicado el hospital en estudio, pues según estadísticas del INEI para el distrito de San Juan de Lurigancho, los menores de 30 años son el 46,89%, y los menores de 40 años son el 62,74%.¹ Además, esto estuvo en relación con la necesidad de las referencias a especialidades con población de menor edad como lo son Neonatología y Ginecología, que en conjunto fue requerida en poco más del 40%.

Con respecto al sexo, se encontraron porcentajes similares de mujeres y de varones, lo que se puede explicar porque en el distrito de influencia del hospital en estudio, existe también un número similar entre sexos. Sin embargo, en el estudio se encontró una ligera predominancia de mujeres, mientras que en la población del distrito, según estadísticas del INEI, hay una mínima predominancia de varones (49,97% de mujeres y 50,03% de varones).¹ Esto puede ser explicado porque entre las

especialidades que más requirieron referencia estuvo ginecobstetricia, lo que incrementaría el número de mujeres en el estudio.

En lo concerniente a la afiliación a algún seguro de salud, se encontró que la gran mayoría de los pacientes tenía afiliación al SIS (83,42%). Esto puede explicarse debido a que el hospital en estudio es el único en el distrito de San Juan de Lurigancho, por lo tanto es el único hospital donde podrían acudir dentro del distrito; además esto se asocia a que su población afiliada a este seguro de salud es poco más del 45% (508 962 afiliados, según estadísticas del SIS de Julio del 2016).²¹ Llama la atención la presencia de pacientes asegurados a EsSalud, que aunque en bajo porcentaje, se atendieron en este hospital y se requirió su referencia a pesar de que existe un centro hospitalario de EsSalud de similar nivel de complejidad a pocos minutos del hospital sujeto a investigación, esto puede deberse a que en los hospitales de EsSalud los servicios de emergencia suelen estar aún más saturados de pacientes que los hospitales del MINSA, prefiriendo algunos pacientes asegurados en EsSalud acudir a centros hospitalarios del MINSA.

Dentro de los motivos por los que solicitó la referencia, la falta de especialidad en el hospital de origen fue el principal, con más del 50% de los requerimientos. Esto se explica porque las especialidades principalmente solicitadas fueron Neurocirugía especialidad con la que no cuenta el hospital evaluado y Neonatología, pues aunque se cuenta con una unidad de esta especialidad, no hay neonatólogos ni UCI neonatal, estando estos pacientes bajo el cuidado de pediatras. Según la Norma Técnica Categorías de los Establecimientos del Sector Salud⁶, dentro de los recursos humanos con los

que deben contar como mínimo los hospitales de Categoría II-2, no se encuentran las especialidades de Neurocirugía o Neonatología. Estas especialidades son indispensables como recurso humano mínimo recién desde los hospitales Categoría III-1. Además, según la norma mencionada, los servicios de neonatología funcionarán con pediatras y profesionales y técnicos de enfermería capacitados. Por esto, se puede considerar que el hospital en estudio si cuenta con el recurso humano mínimo en estos rubros, y debe apoyarse de los servicios de referencia y contrarreferencia para pacientes con patologías de mayor severidad como las neuroquirúrgicas y las neonatológicas especializadas.

Más del 50% de las referencias solicitadas fueron aceptadas por el Hospital Nacional Hipólito Unanue, lo cual es comprensible por ser el hospital de mayor complejidad más cercano. Sin embargo, con un óptimo manejo de redes asistenciales, los hospitales Categoría III-1 deberían recibir la gran mayoría de referencias de sus centros de salud y hospitales periféricos, requiriéndose de centros de referencia de otras redes solo en casos excepcionales. Esto refleja las limitaciones con las que aún se trabaja en el sector salud con respecto a las redes asistenciales de salud.

Con respecto a los motivos por los que no se aceptaron referencias en los diversos hospitales de mayor complejidad, se encontró una abrumadora mayoría de más del 90% de falta de camas disponibles, ya sea en emergencia, UCI o UCI neonatal. Esto refleja una conocida problemática general en Lima y en el Perú de número insuficiente de camas hospitalarias.

En relación al número de horas que demoró la referencia, desde el momento en que es solicitada hasta el inicio del traslado en ambulancia, más del 50% se refirió en menos de 6 horas. Lamentablemente esto no puede ser confirmado como una referencia oportuna al no haber tiempos límite o marcos de referencia establecidos en la norma técnica nacional vigente. Al otro extremo se encuentran referencias que demoraron más de 24 horas, en total fueron cerca del 20%, que al tratarse de referencias de emergencia, es difícil poder catalogarlas de oportunas. Sin embargo, volvemos a aludir a la deficiencia de las normas nacionales en relación a los tiempos de referencia, pues el no establecer tiempos límites para considerar oportunas a las referencias, se convierte en una deficiencia importante, que debería ser subsanada. Pese a esto, el tiempo de demora de las referencias (20 horas en promedio aproximadamente) fue menor al encontrado en el estudio realizado por Acosta Castillo¹⁴ en Bogotá, en donde, para los hospitales de mediana complejidad como el Hospital San Juan de Lurigancho, se evidenciaron tiempos mayores a las 100 horas en promedio, y esto se dio pese a que la legislación colombiana, según refiere la autora, si establece un tiempo límite para la atención en servicios adicionales, como las referencias, las cuales deben darse dentro de las 6 horas siguientes a su solicitud.

Es de resaltar el porcentaje de pacientes que fallecieron sin que se lograra efectivizar su referencia (16,17%). El fallecimiento de estos pacientes puede haberse debido a la severidad de sus patologías y no haber tenido relación directa con la falta de referencia, Sin embargo, se puede inferir que si el médico tratante solicitó la referencia, es porque consideró que el paciente

tenía mayores oportunidades de mejorar su salud en un centro de mayor complejidad. Es así que en estos casos, si la muerte se produjo por la severidad de la enfermedad, esta debió darse en el centro hospitalario que le brindara las mayores probabilidades de sobrevivir, en las condiciones óptimas para el cuidado de su salud.

Comparando los resultados de este estudio con los que se encontraron en el estudio de Acosta Castillo¹⁴ en Bogotá, se observó un mayor porcentaje de muertes en pacientes en quienes no se logró su referencia, en lo que respecta a hospitales de mediana complejidad como lo es el centro en estudio (16% vs. 1%). Lamentablemente no se encontró otros estudios que evalúen este punto tanto en la literatura nacional o internacional, por lo que se carece de otros puntos de comparación. En las normas técnicas vigentes no se especifican estándares o metas con respecto a este punto, por lo que tampoco puede ser utilizada para obtener conclusiones que ayuden en la mejora de estos procesos. Teniendo al estudio de Acosta Castillo como único dato para utilizarlo como referencia, se puede resaltar que el número de muertes en estos pacientes fue elevado en el hospital evaluado.

Se encontró asociación significativa con respecto a la edad en el resultado de las referencias. Los pacientes con 60 años o más, fueron referidos en un menor porcentaje que los menores a esta edad. Esto puede ser interpretado en relación al pronóstico de sobrevida de las patologías en pacientes ancianos y a las secuelas que estas puedan causar. Como se mencionó previamente, se puede estar evidenciando una falta considerable de camas hospitalarias, y en especial de camas en las unidades de cuidados

especiales. Esto puede estar obligando a los centros de mayor complejidad a seleccionar que pacientes aceptan como referencia de emergencia, prefiriendo aceptar a los pacientes con mayores probabilidades de sobrevivida y con menores posibilidades de secuelas severas.

Comparando a los pacientes que contaban con SIS con aquellos que contaban con otros seguros de salud como EsSalud, Sanidad, entre otros, se evidencio que estos últimos tenían mayores probabilidades de ser referidos. Es comprensible este hallazgo debido a que todos los pacientes asegurados en EsSalud y Sanidades policiales y militares deberían ser atendidos en los hospitales correspondientes a estas instituciones en la totalidad de ocasiones que requieran atención médica, por ende, sus referencias deberían ser aceptadas con mayor facilidad. Se encontró además asociación significativa en relación a las referencias de Cirugía de Tórax, evidenciándose que estos pacientes son aceptados en un mayor porcentaje. Estos últimos hallazgos se ven limitados por el bajo número de casos en estos rubros.

Limitaciones del estudio

Dentro de las principales limitaciones se pueden mencionar que no todos los pacientes con indicación de referencia ingresaron al estudio, pues en dos de estos no se lograron obtener todos los datos requeridos y por esto fueron excluidos. Así mismo, solo se incluyó un centro hospitalario en Lima, esto motivó a que se obtuvieran un limitado número de casos, siendo lo ideal que en el futuro se realicen estudios similares abarcando diversos hospitales limeños con un mayor número de casos.

No se tomaron en cuenta otras características de la población en estudio que pudieron estar asociados con el resultado de las referencias como son la raza, nivel socioeconómico, nivel de instrucción, entre otros. No se pudo realizar un análisis multivariado pues el limitado número de variables asociadas al resultado de las referencias no lo permitía.

Otra importante limitación es que no se realizó un seguimiento posterior al traslado de pacientes referidos. No se describe cual fue la condición de alta del paciente en los hospitales de mayor complejidad, es decir, no se describe si se logró o no mejora en su patología posterior a su referencia. Por esto, tampoco se pudieron realizar comparaciones entre el porcentaje de fallecidos entre los pacientes referidos y los no referidos.

Ligado a lo anterior, no es posible describir las patologías de los pacientes fallecidos. Relacionar a estos pacientes con cada una de sus patologías y con la severidad de estas nos hubiera permitido tener una mejor idea de cuánto pudo haber influido el rechazo o retraso de su referencia en su desenlace final.

Pese a estas limitaciones, este estudio puede servir para ayudar a mejorar el conocimiento acerca de las referencias de emergencia en el hospital en estudio.

X. CONCLUSIONES

- Los pacientes con indicación de referencia en el Hospital San Juan de Lurigancho son mayoritariamente personas jóvenes y aseguradas al SIS, acorde con la realidad poblacional del distrito de San Juan de Lurigancho.
- Las referencias se indicaron principalmente por la falta de especialidad necesaria y porque la emergencia excedió la capacidad resolutive del hospital, y en su mayoría fueron aceptadas por el Hospital Nacional Hipólito Unanue.
- Las especialidades de mayor requerimiento fueron Neurocirugía, Neonatología y Ginecología.
- Más de la mitad de las referencias se efectivizaron en menos de 6 horas y casi una quinta parte lo hizo en más de 24 horas.
- Cerca de la mitad de las referencias indicadas no se concretó, falleciendo el 16,17% de ellos.
- La razón principal de los hospitales de mayor complejidad para no aceptar las referencias fue la falta de camas disponibles en los diferentes servicios requeridos.
- Los pacientes de 60 años a más tuvieron una probabilidad 2 veces mayor de no ser referidos, existiendo una asociación estadísticamente significativa.
- Los pacientes asegurados a EsSalud y Sanidades policiales y militares tuvieron una probabilidad mayor de ser referidos en comparación con los pacientes asegurados al SIS.

- Los pacientes con indicación de referencia a Cirugía de Tórax tuvieron una probabilidad casi 6 veces mayor de ser referidos, existiendo una asociación estadísticamente significativa.

XI. RECOMENDACIONES

- En el futuro deben realizarse estudios similares en un mayor número de centros hospitalarios y con un mayor número de casos.
- Se deben realizar, en el futuro, estudios que abarquen otras características de la población que puedan estar asociadas al resultado de las referencias, como lo son la raza, nivel socioeconómico, nivel de instrucción, etc.
- Se deben realizar mejoras en el registro de las referencias en el hospital en estudio. No solo debería registrarse los datos de los pacientes referidos, deberían registrarse también datos importantes de los pacientes no referidos para así poder tomar medidas que ayuden a disminuir el número de estos últimos pacientes.
- Potenciar los servicios de Ginecología y Neonatología por ser estas dos de las especialidades más requeridas en las referencias. Al contar ya con estos servicios, el hospital debería centrar sus esfuerzos en mejorar su capacidad resolutive cualitativa y cuantitativa, pues esto podría lograrse con una menor inversión de recursos.
- Realizar coordinaciones o convenios con los hospitales de mayor complejidad, en especial con el Hospital Nacional Hipólito Unanue por ser este el hospital de mayor complejidad más cercano, para lograr que las referencias solicitadas a especialidades con las que no cuentan, sean aceptadas en su totalidad, en especial la especialidad de Neurocirugía, por ser esta la especialidad más requerida en las referencias.

- Establecer mecanismos de coordinación que permitan aumentar el número de referencias aceptadas, hasta que sea posible aumentar el número de camas hospitalarias del hospital en estudio.
- Debe optimizarse el trabajo en red, conforme lo establece las normas vigentes, para que los establecimientos de salud coordinen esfuerzos con el fin de reducir el tiempo de demora de las referencias.

XII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. INEI. (2016). PERÚ Instituto Nacional de Estadística e Informática. [en línea] Disponible en: <https://www.inei.gob.pe/> [Fecha de consulta: 10 Oct. 2016].
2. Hospital San Juan de Lurigancho. Unidad de Seguros. Evaluación del Sistema de Referencia y Contrarreferencia (SRC) anual-2013 del hospital. Lima: 2014.
3. Dirección General de Salud de las Personas. Dirección Ejecutiva de Servicios de Salud. Norma Técnica del Sistema de Referencia y Contrarreferencia de los establecimientos del Ministerio de Salud. Lima-Perú: MINSA; 2005. NT N° 018-MINSA/DGSP - V.01.
4. Ministerio de Salud y Deportes. Unidad de Redes de Servicios de Salud. Norma Nacional de Referencia y Contrarreferencia. La Paz - Bolivia: Dirección General de Servicios de Salud; 2013. Serie: Documentos Técnicos normativos N° 289.
5. Secretaria de Promoción y Programas Sanitarios. El proceso de Referencia y contrarreferencia en la Región VI. Buenos Aires: Ministerio de Salud; 2011. Documento I - Agosto 2011.
6. Dirección General de Salud de las Personas. Dirección de Servicios de Salud. Norma Técnica de Salud de los Servicios de Emergencia. Lima-Perú: MINSA; 2007. NT N° 042-MINSA/DGSP-V.01.
7. Dirección General de Salud de las Personas. Dirección Ejecutiva de Servicios de Salud. Norma Técnica Categorías de Establecimientos del

Sector Salud. Lima-Perú: MINSA; 2005. NT N° 021-MINSA/DGSP-V.01.

8. Ministerio de Salud. ¿QUÉ ES EL CENARUE? [online] 2007. Disponible en: http://www.minsa.gob.pe/portalweb/07profesionales/profesional_3.asp?s_ub5=1
9. Ministerio de Salud. Resolución Ministerial N° 866-2007/MINSA. Lima, 18 de Octubre de 2007. Conforman la Unidad Funcional Central Nacional de Regulación de las Referencias de Emergencia CENAREM en la Dirección de Servicios de Salud de la Dirección General de Salud de las personas. Normas Legales El Peruano, 22 de octubre del 2007.
10. Ministerio de Salud. Resolución Ministerial N° 266-2009/MINSA. Lima, 23 de Abril de 2009. Modifican denominación de «Central Nacional de Regulación de Referencias de Emergencias CENAREM» por «Central Nacional de Referencias de Urgencias y Emergencias - CENARUE» Normas Legales El Peruano, 25 de Abril del 2009.
11. Ministerio de Salud. Resolución Ministerial N° 228-2012/MINSA. Lima, 27 de Marzo del 2012. Adscriben a la Unidad Funcional denominada Central Nacional de Referencias de Urgencias y Emergencias CENARUE, a la Dirección Ejecutiva del Programa Nacional denominado Sistema de Atención Móvil de Urgencias SAMU. Normas Legales El Peruano, Marzo del 2012.
12. EsSalud. Gerencia General EsSalud. Gerencia Central de Prestaciones de Salud. Normas para el proceso de referencia y contrarreferencia de

EsSalud. Lima-Perú: EsSalud; 2008. Directiva N° 018 - GG - EsSalud – 2008.

13. Sevilla Rodríguez JS. Análisis situacional y factores que influyen en la referencia y contrarreferencia de pacientes intervenidos quirúrgicamente en los establecimientos de EsSalud La Libertad, 2005-2006. Lima: s.n; 2010. 60 p.
14. Acosta Castillo LM. Oportunidad de referencia en urgencias para la red pública del Distrito 2012, 2013 y de enero a julio de 2014. Bogotá: Universidad Santo Tomas; 2015.
15. Mokaji ME, Basu D, Letskokgohka ME, Govender M. Referral steps in district health system are side-stepped. SAMJ. 2011; 101(2): 109.
16. Quimbert Montes R, Mejía Salas H. Análisis de la referencia de pacientes a un hospital de tercer nivel pediátrico. Rev Soc Boliv Pediatría. 2013; 52(1): 8-12.
17. García Munitis P, de Abreu M, Antonietti L, Guillén M, Said M, Montali C, et al. Sistema de referencia-contrarreferencia entre el segundo y el tercer nivel de salud en una red hospitalaria pediátrica en el conurbano bonaerense. Arch Argent Pediatría. 2013; 111(5):404-10.
18. Rengifo CA. Navas C, Duarte I, Martinez MT. Responsabilidad ética y legal en la referencia médica, de pacientes trasladados al Servicio de Toxicología del Hospital de Coche. RFM. 2004; 27 (1): 69-73.
19. Briones G. Metodología de la Investigación Cuantitativa en las Ciencias Sociales. Bogotá: Instituto Colombiano para el fomento de la Educación, ICFES; 2002.

20. Dirección General de Salud de las Personas. Dirección de Atención Integral de Salud. Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud de las Personas Adultas Mayores. Lima-Perú: MINSA; 2006. NTS N° 043-MINSA/DGSP - V.01.
21. SIS. (2016). Seguro Integral de Salud. [en línea] Disponible en: <http://www.sis.gob.pe/portal/estadisticas/> [Fecha de consulta: 16 Oct. 2016].

3. Datos de las referencias aceptadas

3.1. Institución de destino de la referencia:

- 1) Hospital Nacional Hipólito Unanue - HNHU
- 2) Hospital Nacional 2 de Mayo – HN2M
- 3) Hospital Nacional Arzobispo Loayza - HNAL
- 4) Hospital Nacional Cayetano Heredia - HNCH
- 5) Hospital de Emergencias Pediátricas - HEP
- 6) Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé
- 7) Instituto Nacional Materno Perinatal - INMP
- 8) Instituto Nacional de Salud del Niño - INSN
- 9) Hospital Aurelio Díaz Ufano – EsSalud
- 10) Hospital de Emergencias Grau - EsSalud
- 11) Hospital Guillermo Almenara Irigoyen – EsSalud
- 12) Otro. Especifique:.....

3.2. Fecha y hora de inicio del traslado:.....

4. Datos de la evolución del paciente con indicación de referencia no aceptada

4.1. Motivo de no aceptación de la referencia (Marcar una o más):

	Falta de camas disponibles en emergencia.	Falta de camas disponibles en UCI	Falta de camas disponibles en las UCI Neonatal	Falta de especialidad médica necesaria	Falta del procedimiento diagnóstico requerido	Falta procedimiento terapéutico requerido	Otro: Especifique:
1) HNHU							
2) HN2M							
3) HNAL							
4) HNCH							
5) HEP							
6) San Bartolome							
7) INMP							
8) INSN							
Otro MINSA							

4.2. Condición de egreso del paciente con indicación de referencia no aceptada:

- 1) Alta médica
- 2) Fallecido

4.3. Fecha de egreso del paciente con indicación de referencia no aceptada:.....