

## Resumen Ejecutivo

Agosto de 2004

# Sistemas de Referencia y Contrarreferencia en los Servicios de Salud

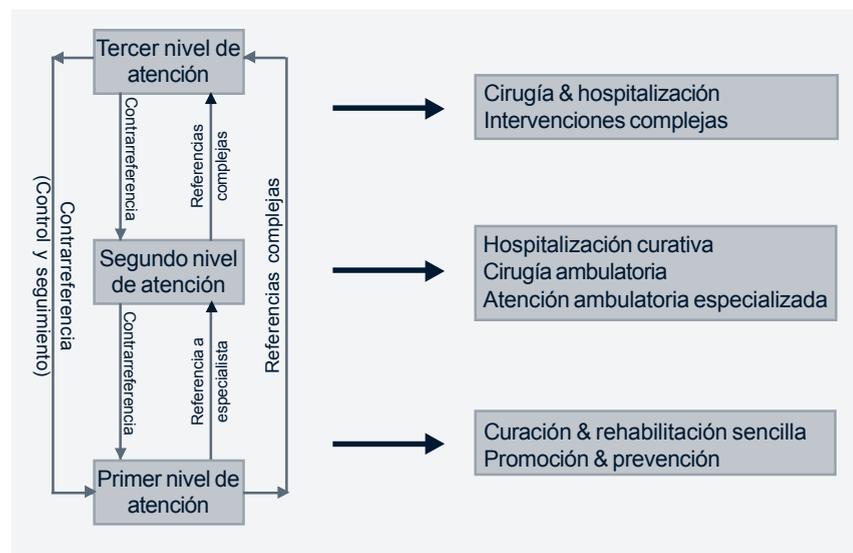
## Introducción

En todos los países del mundo los sistemas de salud están sometidos a procesos de modernización y reforma con el objetivo de adecuar sus capacidades tanto a las crecientes exigencias y demandas por parte de las personas como a las cada vez mayores restricciones de los fondos públicos. Dado que un mandato central de los gobiernos radica en asegurar el acceso al sistema de salud a todos sus ciudadanos, es crucial que las autoridades de salud hagan el mejor uso de los recursos y a la vez velen por la provisión de servicios de salud adecuados a las necesidades de las personas. En este contexto la estructura y gestión del sistema de salud son vehículos importantes para lograr este objetivo.

Generalmente, los países diseñan la organización de la oferta de servicios con la finalidad de asegurar la continuidad de la

atención, mejorando la organización de la atención según niveles de complejidad. Es así que para los distintos tipos de demanda se organizan establecimientos de salud con diferentes grados de resolución. En el primer nivel, incluyendo centros y puestos, se desarrollan principalmente actividades específicas de promoción y protección, diagnóstico precoz y tratamiento oportuno de las necesidades de salud más frecuentes. En el segundo nivel, abarcando a policlínicos para consultas especializadas y hospitales, se atienden necesidades de salud de complejidad intermedia. En el tercer nivel, referido a hospitales y establecimientos de salud con recursos más sofisticados en laboratorio, diagnóstico y cirugía, se atienden casos de alta complejidad que requieren de cirugía y hospitalización. Por último, en un cuarto nivel, los institutos, en muchos casos relacionados con universidades, en los que se atienden casos de extrema complejidad o enfermedades de alto costo (Ver Figura 1).

Figura 1: Esquema de un sistema de referencia y contrarreferencia



Fuente: los autores



### Cuadro 1: Glosario básico

**Referencia:** Transferencia formal mediante un instrumento uniforme y oficializado para la atención del usuario con una necesidad de salud que supera la capacidad de resolución del proveedor a otro proveedor de un nivel de mayor complejidad. Sinónimos: remisión (Colombia), interconsulta y derivación (Chile).

**Contrarreferencia:** Transferencia formal del proveedor de un mayor nivel de complejidad a un proveedor de menor complejidad para el seguimiento del caso, cuando ya no se requiere atención en el nivel de mayor complejidad. Sinónimos: retorno (El Salvador y Bolivia) y contrarremisión (Colombia).

**Causas de referencia:** i) Solicitud de procedimiento diagnóstico (Ej. Gastroduodenoscopia); ii) Solicitud de procedimiento terapéutico (Ej. Polipectomía colonoscópica); iii) Solicitud de exámenes auxiliares y de diagnóstico por imágenes (Ej. Tomografía axial computarizada); iv) Solicitud de hospitalización o internamiento (Ej. Celulitis); y v) Solicitud de cirugía ambulatoria o con internamiento (Ej. Hernioplastía).

**Causas de contrarreferencia:** Solicitud de seguimiento de casos, por ejemplo, control de hipertensión arterial; y solicitud para procedimientos, por ejemplo, retiro de yeso o de puntos de cirugía.

**Catálogo de prestaciones:** Lista de servicios disponibles por proveedor de salud; por tipo de servicios (hospitalización, laboratorio, consulta ambulatoria, etc.); y por tipo de complejidad de los casos (Ej. partos complicados o partos simples). Sinónimo: portafolio (Colombia), capacidad resolutive (Chile), cartera de servicios (Panamá).

**Instrumento de referencia o derivación:** Documento que registra la información para enviar al usuario a otro proveedor de salud con un resumen de historia clínica y exámenes auxiliares. Sinónimos: hoja de referencia y contrarreferencia (Panamá), hoja de interconsulta (Chile), y hoja de remisión (Colombia).

La gran mayoría de países cuenta formalmente con tal estructura de proveedores de salud. De acuerdo al volumen de la demanda por servicios, existe usualmente un gran número de proveedores de primer nivel y menor cantidad de proveedores de segundo y tercer nivel de atención. Por otro lado, la clasificación de lo que se presenta en esta Cartilla de políticas de PHR<sup>plus</sup> como cuarto nivel difiere mucho de país en país. En algunos efectivamente existe el cuarto nivel en la estructura formal, mientras que en otros se integra en el tercer nivel.

A fin de hacer buen uso de esta red de servicios, maximizando tanto su eficiencia como la equidad en el acceso a la salud, resulta crucial asegurar una buena coordinación entre los diferentes niveles de atención. Así se aspira a proveer atención a las distintas necesidades de salud en el establecimiento correspondiente a su grado de complejidad. Es decir, una persona con resfrío común no debe ser tratada en un hospital de tercer nivel y una persona con apendicitis no puede ser atendida adecuadamente en un puesto de salud.

Las personas no necesariamente pueden tomar la decisión correcta en cuanto al lugar que correspondería a su necesidad, y los trabajadores de salud que sí tienen esta capacidad requieren de

un marco de referencia con estándares y guías para tomar esta decisión de manera objetiva. Un sistema de referencia y contrarreferencia (SRC) constituye una herramienta que pone a disposición de los trabajadores de salud criterios y procedimientos homogéneos que permiten precisamente canalizar la demanda por servicios de salud y hacer uso eficiente del sistema de atención.

Con base a estos breves antecedentes, la presente Cartilla tiene los siguientes objetivos principales:

- ▲ Esbozar la lógica de un sistema de referencia y contrarreferencia en los servicios de salud con particular énfasis en su relación con los principios de la eficiencia y equidad,
- ▲ Delinear aspectos claves que debieran tomar en cuenta los formuladores de políticas públicas al diseñar semejantes sistemas y ponerlos en práctica,
- ▲ Advertir algunos desafíos para el funcionamiento de los SRC.

## ¿Por qué un sistema de referencia y contrarreferencia?

Los sistemas de salud alrededor del mundo se caracterizan por su enorme complejidad, la cual, hoy en día, se acentúa con el creciente nivel de especialización. Adicionalmente, en varios países se ha detectado que en lugar de proveer los servicios de manera integral y coordinada, los sistemas de salud muestran niveles de fragmentación preocupantes con diversas consecuencias negativas. Por un lado, se evidencia un enfoque sobre intervenciones puntuales en vez de buscar un tratamiento integrado con seguimiento continuo, y se revela una falta de encadenamiento en el tratamiento si las personas se mueven entre el segundo y primer nivel de atención. Además se genera una duplicidad de esfuerzos resultando en una pérdida importante de recursos, mientras que otras personas no reciben ningún tratamiento. Y por último, se producen

congestionamientos administrativos y se diluye la responsabilidad del prestador. Todo lo anterior, lleva a una erosión de la confianza en el sistema de salud sembrándose profundas dudas acerca de su equidad y eficiencia. En este contexto un sistema de referencia y contrarreferencia es una herramienta central a fin de lograr una integración vertical del sistema de salud y mejorar así su desempeño global.

En primer lugar, un sistema de referencia y contrarreferencia promueve la eficiencia en el sector de salud; tanto la eficiencia productiva como la eficiencia económica como se verá a continuación.

A fin de hacer buen uso de los recursos de un sistema de salud, es importante velar porque los problemas de salud se atiendan en el nivel que corresponde a su complejidad. No obstante, tomando la estructura de una red asistencial de salud como base (ver Tabla 1), es frecuente

**Tabla 1: Organización de redes de salud y tipo de servicios de salud**

Nivel de atención	Tipo de servicios de salud	Tipo de problemas de salud	Tipo de proveedor de salud	% de demanda que solucionar
Primer nivel	Promoción Prevención de riesgos y daños Recuperativo de menor complejidad Rehabilitación menos compleja	Controles de salud del niño y embarazadas Planificación familiar Control de enfermos crónicos Enfermedades no complicadas como infección respiratoria aguda, diarreas agudas, etc.	Puestos, centros de salud, con recursos limitados A veces cuentan con laboratorio, diagnóstico por imágenes, quirófanos y centro obstétrico.	70-80%
Segundo nivel	Promoción Prevención de riesgos y daños Recuperativo que requiere hospitalización y cirugía ambulatoria Rehabilitación	Enfermedades que se resuelven con especialistas en pediatría, gineco-obstetricia, cirugía general y medicina interna	Policlínicos para consulta especializada Hospitales con las cuatro especialidades básicas Cuenta con laboratorio, diagnóstico por imágenes y quirófanos	15-20%
Tercer nivel	Promoción Prevención de riesgos y daños Recuperativo que requiere hospitalización, cirugía y procedimientos complejos Rehabilitación	Enfermedades y complicaciones que requieren especialistas	Hospitales y centros con recursos sofisticados en laboratorio, diagnóstico por imágenes, quirófanos, etc.	5-10%
Cuarto nivel	Investigación y docencia	Casos muy complejos	Centros hospitalarios generalmente relacionados con centros docentes	1-2%

Nota: Algunos autores sólo mencionan hasta el tercer nivel de atención  
Fuente: Elaboración propia

## Cuadro 2: Principios claves de eficiencia y equidad en salud

En las políticas públicas de salud los dos principios básicos ampliamente reconocidos entre expertos y formuladores de tales políticas están relacionados con la producción de servicios lo más eficiente posibles y la generación de la máxima equidad posible. Ambos principios tienen varias dimensiones, de las cuales las más relevantes se describen brevemente a continuación y serán retomadas a lo largo de la Cartilla:

**Eficiencia técnica o productiva:** producir el máximo resultado con un nivel dado de recursos.

¿Cómo combinar recursos para generar la mayor cantidad de servicios ofrecidos? Generalmente existen varias alternativas técnicamente eficientes que no desperdician recursos.

**Eficiencia económica o asignativa:** producir un nivel dado de resultados al mínimo costo.

¿Qué tecnologías médicas y modelos de atención permiten producir los servicios ofrecidos a menor costo posible, dentro de estándares aceptables de calidad? Generalmente hay sólo una alternativa que es económicamente eficiente.

**Equidad vertical en el acceso a la provisión de servicios:** “Igual tratamiento de iguales necesidades de salud” – es decir todas las personas con problemas parecidos de salud tienen la misma probabilidad de obtener un tratamiento similar.

**Equidad vertical en el acceso a la salud:** “Más atención o recursos para las personas con mayores problemas de salud”. La dotación de los distintos niveles del sistema de salud con recursos cada vez más especializados es una expresión de este principio. De tal manera, un resfrío común requiere y, por ende, recibe menos recursos que una apendicitis.

observar, en países en vías de desarrollo, que los establecimientos de segundo y tercer nivel con recursos humanos y técnicos muy especializados, atienden problemas de salud sencillos. De esta manera los recursos del primer nivel son subutilizados, mientras que los establecimientos del segundo y tercer nivel se congestionan. A modo de ejemplo se podría dar la siguiente situación: una persona con una infección respiratoria va al hospital a tratarse en lugar de consultar en un puesto o centro de salud. Los resultados de este comportamiento son doblemente negativos. No sólo se pierde eficiencia productiva de manera importante, sino que la congestión de los establecimientos secundarios puede impedir la atención oportuna de casos más complejos, violando así, además, el principio de equidad vertical.

Por otro lado y desde el punto de vista de la eficiencia económica, es importante asegurar que el servicio médico se brinde en aquél establecimiento donde se pueda entregar a menor costo, siempre partiendo del supuesto que el servicio se entrega con el mismo grado de calidad. El siguiente ejemplo ayuda a visualizar este aspecto.

Tomando el control de embarazo del ejemplo en la Tabla 2, se puede constatar que este control

sería el mismo en los tres lugares. Pero la alternativa 1 es la más económica, es decir las otras dos alternativas generarían ineficiencias económicas.

En segundo lugar, un SRC promueve la equidad vertical y horizontal en el acceso a los servicios de salud. Si el SRC no existiese o no funcionase bien, la utilización de los recursos del segundo y tercer nivel de atención para resolver problemas sencillos, impediría una atención oportuna de casos complejos y originaría listas de espera, corrupción, insatisfacción de usuarios y mayores costos al sistema (sobre todo en los hospitales especializados). Además, las personas de zonas rurales serían las más afectadas ya que no tendrían acceso a proveedores de segundo y tercer nivel debido a la ubicación de éstos en zonas urbanas.

En tercer lugar, un SRC evita la generación de costos innecesarios, tanto para el sistema de salud como para los usuarios, como se resume en la Tabla 3.

Todo lo anterior hay que comprenderlo en un contexto en el que los gobiernos generalmente esperan que el permanente aumento en la demanda de salud se cubrirá con mejoras en la eficiencia del sistema en vez de aumentar los presupuestos.



**Tabla 2: Alternativas para la atención de un control de embarazo**

Recursos	Alternativa 1	Alternativa 2	Alternativa 3
Proveedor	Centro de salud	Hospital de segundo nivel	Hospital de tercer nivel
Personal	Médico general Costo= 10 u.m.	Gineco-obstetra Costo= 20 u.m.	Gineco-obstetra con subespecialización Costo= 30 u.m.
Costo administrativo	Una auxiliar y un administrativo Costo= 10 u.m.	Dos auxiliares y 5 administrativos Costo= 25 u.m.	Una enfermera y 15 administrativos Costo= 50 u.m.
Depreciación de infraestructura y equipo	Costo= 20 u.m.	Costo= 40 u.m.	Costo= 80 u.m.
	40 u.m.	85 u.m.	160 u.m.

Fuente: los autores

**Tabla 3: Costos evitables del sistema de salud cuando no existe SRC**

Clasificación de costos	Costos	Ejemplo
Primer nivel de atención	Recursos subutilizados por escasa demanda: personal, infraestructura y equipo	La productividad del trabajador de los centros y puestos de salud de atención primaria de salud promedio a nivel nacional era menor a dos consultas por día (Perú, 1999)
Segundo y tercer nivel de atención	Recursos utilizados por demanda inadecuada (casos leves atendidos por personal muy especializado)	El costo de atención de un parto normal en un hospital de tercer nivel es 2 veces más alto que en un hospital de segundo nivel (Panamá, 2000)
Costos para el usuario	Costos de transporte Costos de tiempo de espera Costos de complicaciones de la enfermedad Costos de riesgos innecesarios en exámenes y procedimientos Costos personales: angustia, dolor, etc.	El costo de atención (incluyendo tiempo de traslado, transporte y espera) para una persona del área rural en un hospital urbano representa dos veces el ingreso familiar semanal (Panamá, 2000)

Fuente: los autores con base en documentación de bibliografía

## Propósito del SRC

Las principales motivaciones de las autoridades de salud para promover la aplicación de un SRC se basan en tres grandes ámbitos de preocupación: garantizar la calidad, continuidad y seguimiento de los servicios; controlar los costos y el uso de recursos escasos; así como asegurar la satisfacción tanto de los pacientes como de los proveedores. De hecho, en la literatura se observa

un gran énfasis en los costos de salud, pero la perspectiva de la economía de salud es más amplia y abarca el uso eficaz de los recursos lo mismo que la creación de valor (Ver Figura 2).

En este escenario, el propósito del SRC es gestionar la demanda por los distintos servicios de salud de tal manera que los diferentes problemas de salud se resuelvan de acuerdo a su grado de complejidad en los distintos niveles de la red



asistencial. Es importante señalar que la demanda de servicios de salud se puede clasificar en demanda espontánea, es decir el usuario se dirige a cierto establecimiento por su propia iniciativa, y demanda inducida, que se origina por la derivación o referencia de un trabajador del sistema de salud. En ambos casos, el SRC ayuda a asegurar que el paciente sea atendido de acuerdo a su necesidad.

De esta manera el SRC constituye una herramienta de gestión importante que busca que se respeten y cumplan efectivamente los principios de eficiencia productiva y económica al igual que los principios de equidad vertical y horizontal en el acceso a los servicios de salud.

## Uso de la herramienta

Los SRC son herramientas útiles para ayudar a controlar el desempeño de la red de proveedores de salud. De tal modo, su aplicación permite disminuir la sobreutilización de ciertos establecimientos (en particular, los de mayor nivel de resolución) y evitar la subutilización de otros establecimientos (específicamente los de atención primaria), contribuyendo así a hacer todo el sistema más eficiente, ver ejemplo en Tabla 4.

En adición a lo anterior vale aclarar que las ineficiencias del sistema de salud incluyen también aquellas prestaciones que resultan ser inefectivas. Un ejemplo de esto sería la realización de ecografías mensuales durante un embarazo normal, pues con una o dos ecografías es posible controlar adecuadamente un embarazo de este tipo.

De hecho, el ejemplo de la atención de la infección respiratoria aguda (IRA) se presta para ilustrar la concepción de una atención integral que está en la base de un SRC, siempre procurando que las distintas necesidades de salud sean tratadas en el nivel de especialización correspondiente. Así, la atención de la IRA leve (resfrío) se debería hacer en los puestos y centros de salud del primer nivel de atención. En caso de detectar una IRA moderada o severa (neumonía) el tratamiento debe realizarse en un hospital de segundo nivel ya que se requiere hospitalización. Por último, sólo si ocurren complicaciones muy severas, como sepsis generalizada o insuficiencia respiratoria, en las que el paciente requiere respiración asistida, se referiría al paciente a un hospital de tercer nivel. De tal manera, el sistema de salud no solamente realiza la prestación de servicios sino que además resuelve los problemas efectiva y eficientemente.

Figura 2: Propósito de un SRC: Crear valor público



Fuente: los autores

**Tabla 4: Alteraciones de la utilización de servicios de salud por demanda inapropiada**

	<b>Ejemplo</b>	<b>Consecuencia</b>
Sobreutilización de servicios	Pacientes acuden a urgencias y emergencias para solucionar problemas de salud que se pueden resolver por consulta ambulatoria.	Sobreutilización de personal y recursos disponibles en emergencia.
Subutilización de los servicios disponibles	Médico refiere al paciente a hospital de tercer nivel en otra ciudad para un examen, en lugar de solicitarlo al hospital regional de segundo nivel (por falta de conocimiento de la cartera de servicios del hospital).	Subutilización del equipo del hospital regional de segundo nivel y sobreutilización con excesiva lista de espera del equipo del hospital de tercer nivel

Fuente: los autores

## Aspectos claves para la introducción de un SRC

Cómo se ha explicado en las secciones anteriores, los sistemas de referencia y contrarreferencia son un elemento crucial para el funcionamiento eficiente y el acceso equitativo a los servicios de salud, y existen formalmente en la gran mayoría de los países, incluyendo aquellos en vías de desarrollo. Sin embargo, en cuanto a su diseño e implementación, las autoridades se enfrentan aún con desafíos importantes debido a que el marco institucional en muchos países de bajos y medianos ingresos es débil, los sistemas de información son deficientes y el personal de los establecimientos carece de capacidad gerencial. A fin de ayudar a superar estos problemas se presentan a continuación los aspectos claves a ser tomados en cuenta cuando se trata de introducir y hacer funcionar un SRC (ver descripción del proceso de SRC en la Figura 4).

- ▲ Red de servicios de salud
- ▲ Carteras o catálogos de servicios
- ▲ Protocolos de atención para cada nivel
- ▲ Formularios del sistema de referencia y contrarreferencia
- ▲ Mecanismo de supervisión
- ▲ Sistemas de información
- ▲ Mecanismo de evaluación
- ▲ Mecanismo de incentivos para el cumplimiento del SRC

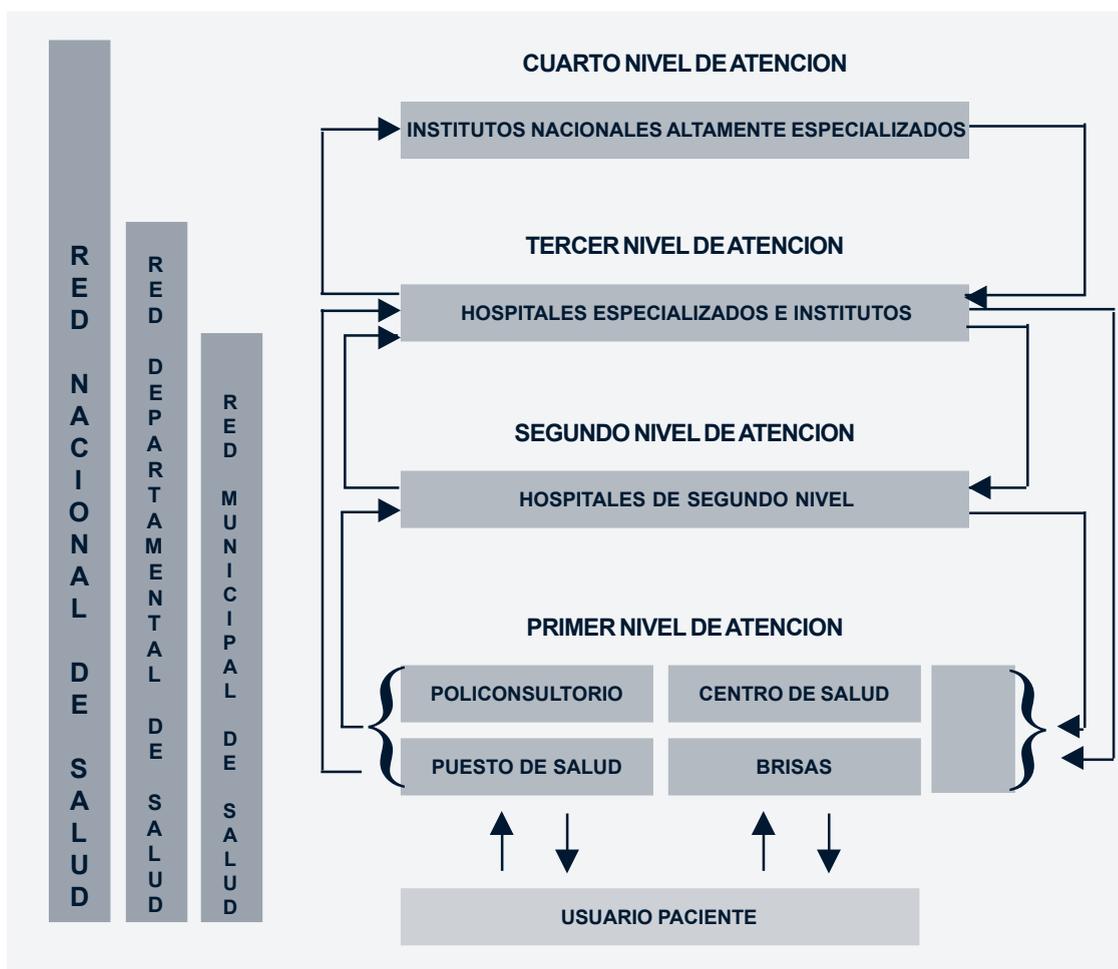
## Red de servicios de salud

Un sistema de referencia y contrarreferencia debe insertarse en la red de servicios de salud (ver Tabla 1) con sus distintos eslabones (establecimientos de distintos niveles) para poder atender las diferentes complejidades de los problemas de salud. De tal manera, la existencia o creación de esta red de servicios es una condición básica y fundamental para la operación de un SRC.

Las redes están estructuradas generalmente en tres o cuatro niveles de atención para lo cual se debe definir claramente qué proveedor pertenece a cada nivel, qué prestaciones deben tener disponibles y cuáles de ellos son financiadas y de qué manera. Algunos países como Chile, cuentan adicionalmente con un nivel intermedio de atención ambulatoria especializada entre el primer y el segundo nivel.

La definición de las redes de servicios de salud se puede dividir en dos etapas consecutivas. Primeramente, se identifican todos los proveedores de un municipio, una región o un país, y se agrupan, usualmente, con base a sus límites geográficos. En la segunda etapa, se ordenan los proveedores según sus capacidades de resolución, equipamiento y grado de preparación a fin de asignarlos al nivel de atención correspondiente. El ejemplo boliviano, Figura 3, ilustra la organización del sistema de salud en una red de servicios.

Figura 3: Organización de las redes de atención en Bolivia, 2003



Fuente: Ministerio de Salud y Previsión Social, Unidad de Redes y Tecnología, Bolivia, [www.sns.gov.bo](http://www.sns.gov.bo)

### Carteras o catálogos de servicios

El conjunto de servicios que cada nivel de atención y cada tipo de proveedor de la red brinda a la comunidad debe ser claramente definido y publicado. Este documento se llama generalmente cartera o catálogo de servicios y debe ser actualizado periódicamente. Es indispensable distribuirlo ampliamente a todo el personal de salud para que éste pueda informar a los pacientes acerca de los servicios que cada establecimiento puede entregar. Adicionalmente, deberían ser publicados de manera tal que los usuarios mismos puedan informarse por iniciativa propia.

Dichas carteras o catálogos de servicios son un elemento indispensable para el funcionamiento de un SRC, ya que indican las características de los servicios que se entregan en cada nivel de la red. De tal manera, en adición a su función informativa, el catálogo debe señalar los criterios de admisión al servicio, facilitando así la orientación de la demanda

a los establecimientos adecuados para cada problema de salud. A modo de ejemplo se presenta una muestra del catálogo de servicios del Hospital San Miguel Arcángel en Panamá (HISMA) en la Tabla 5.

### Protocolos de atención para cada nivel

Los protocolos de atención determinan el tipo y complejidad de las patologías que se atienden en los diferentes establecimientos de salud. Es decir, se definen los procedimientos mínimos que se deben realizar, el tipo de recurso humano requerido, los exámenes de laboratorio y el diagnóstico por imágenes necesario con relación a la patología y de acuerdo al nivel correspondiente.

Con base en lo anterior, los protocolos de atención establecen, a la vez, procedimientos y tratamientos homogéneos con el fin de garantizar una calidad similar en la producción de servicios de



**Tabla 5: Muestra del catálogo de servicios, Panama**

Servicio	Diagnóstico presuntivo	Disponibilidad del servicio	Instrumento	Criterios de admisión en el servicio
Hospitalización Medicina Interna	Colecistitis aguda K81 (CIE X)	24 horas	Hoja de RC	Clínicos: Clínica de proceso inflamatorio o infeccioso, presencia de deshidratación e intolerancia a vía oral, náusea y vómitos, abdomen agudo peritonítico, pancreatitis concomitante. Considerar ancianos inmunosuprimidos. Laboratorio y gabinete: Leucocitosis, hemocultivos, hiperbilirrubinemia, elevación de fosfatasa alcalina (todos o uno de los anteriores). En pacientes mayores de 50 años o en menores con patología asociada: Nitrógeno ureico, creatinina, glicemia, radiografía de tórax postero anterior y electrocardiograma.

Fuente: HISMA, Panamá

todos los proveedores. De tal forma se busca dos cosas: evitar variaciones en la calidad de los servicios y controlar la aplicación de exámenes y diagnósticos.

### Formularios de referencia y contrarreferencia

En el caso de que una persona deba ser referida a otro nivel de atención, este acto debe ser acompañado con la debida documentación del caso a fin de facilitar su tratamiento posterior. De tal manera, resulta importante dejar constancia de todo lo que se hizo en el establecimiento que recibió al paciente en primera instancia, incluyendo datos sobre su persona, el diagnóstico y tratamiento ordenado. En el lugar de referencia, esta información se debe complementar con datos acerca de los exámenes y diagnósticos por

imagen, igual que con las recomendaciones de tratamiento. Toda la información debería estar resumida en un solo documento con formato único. Para facilitar el proceso y evitar problemas de incongruencia, es recomendable que el mismo formulario con varias copias sirva para referencia y contrarreferencia. Un ejemplo de lo anterior se encuentra en el formulario del HISMA en Panamá, Tabla 6, que contiene los datos mínimos para el funcionamiento de los SRC.

El formato original debería manejarse en el servicio de destino, y una copia de él guardarse en el servicio de origen. Otras dos copias se dirigirían a las supervisiones del proveedor de origen y del proveedor de destino.

**Tabla 6: Información mínima de los formularios de referencia y contrarreferencia, Panama**

Datos del proveedor de origen	Proveedor de destino
Hora y fecha de la referencia Nombre del usuario (edad, sexo, dirección) Historia clínica resumida: Motivo de consulta y hallazgos Presunción diagnóstica Tratamiento ordenado Firma y sello del profesional Fecha y hora de contrarreferencia Diagnóstico Tratamiento ordenado	Servicio de destino (señalar si es consulta, laboratorio, etc.) Número de historia clínica, seguro social, etc. Funciones vitales: Presión arterial, pulso, temperatura, peso y talla Resultados de exámenes de laboratorio Resultados de diagnóstico por imágenes Proveedor de destino Recomendaciones Firma y sello del profesional

Fuente: Formulario de referencia y contrarreferencia HISMA, Panamá



## Sistemas de información

El corazón de un SRC es, sin duda, el sistema de información y para ello es indispensable contar con un soporte informático sólido junto con un equipo de personas bien entrenadas para procesar y actualizar la información adecuadamente. Los sistemas de información sirven para recolectar, guardar y actualizar los datos relacionados con el tratamiento de los pacientes, permitiendo identificar, monitorear y citar pacientes con necesidades específicas de tratamiento. Además proveen información sobre los resultados de los tratamientos y han mostrado en la práctica una mejora en la calidad de los servicios.

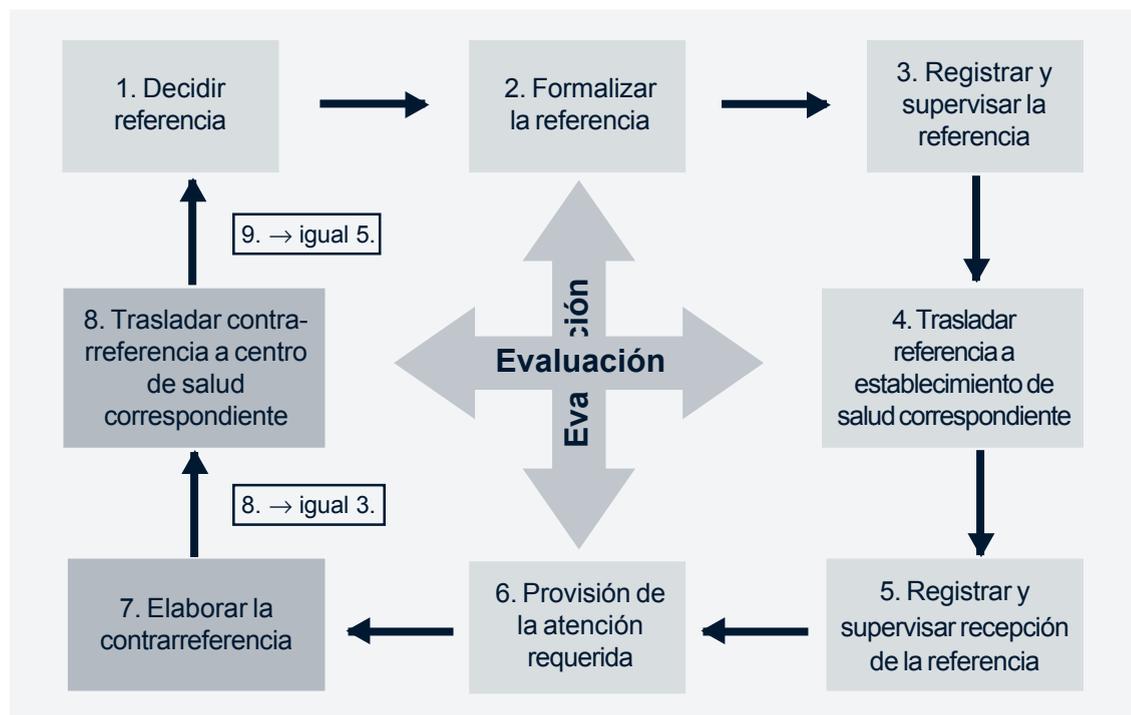
Un sistema de información debe permitir hacer el seguimiento al caso referido o contrarreferido según necesidad de cualquier trabajador del sistema de salud, incluyendo el acceso a su historia clínica, los exámenes, diagnósticos, tratamientos ordenados, etc. De esta forma se puede hacer frente a duplicaciones innecesarias de tratamientos; a las quejas del personal del primer nivel que no reciben noticia acerca de cuál respuesta les fue dada al paciente referido; e

interrupciones del tratamiento debido a los turnos o cambios del personal. Además si se acepta que el seguimiento de los casos es un aspecto importante para el tratamiento integral de los pacientes, los trabajadores de salud del primer nivel deben ser capaces de conocer la continuación del tratamiento de sus pacientes en otros niveles.

Además debe establecerse un sistema de información dirigido a los usuarios para que éstos puedan informarse sobre el sistema de salud, conocer los servicios disponibles, sus tarifas, formularios, etc. Esta información podría proveerse a través de Internet, panfletos y otros medios y tendría el efecto de reducir considerablemente la asimetría de información entre funcionarios y pacientes respecto de procedimientos, costos, derechos, etc.

Un sistema de información integrado también ayudaría a hacer el sistema de salud y a sus funcionarios y proveedores, más responsables hacia las autoridades del gobierno al igual que hacia la comunidad.

**Figura 4: Descripción del proceso de referencia y contrarreferencia**



Fuente: los autores

## Mecanismo de supervisión

Dado que la calidad de información es clave para que un SRC pueda lograr su objetivo, se debe establecer un equipo de profesionales responsable de monitorear y supervisar los procesos de referencia y contrarreferencia, con especial énfasis en la calidad de la información y el acatamiento a las normas y procedimientos.

En este contexto, es importante designar a un responsable por proveedor de salud para revisar la calidad de la información suministrada en los instrumentos (hoja de referencias y contrarreferencias, hoja de registro diario, semanal y mensual de referencias y contrarreferencias). En caso de que se presenten fallas o se detecten deficiencias en el almacenamiento de la información, el supervisor debe reunirse con el profesional que completó el instrumento para corregirlo junto con él. Así no solamente se logra mejorar la información y la gestión de la demanda por este servicio de salud, sino también se entrena al personal con efectos positivos para la gestión futura del SRC. De igual manera, en la institución que recibe la referencia debe designarse también a un responsable para revisar la información de los formularios lo mismo que la coherencia entre las distintas hojas de registro.

En ambos casos debe incluirse una revisión del comportamiento de los funcionarios orientada a determinar si se cumplieron o no las normas y procedimientos, más allá de posibles errores formales. En el fondo, los funcionarios deberían hacerse responsables de sus actos y rendir cuentas, lo cual alimentaría la decisión de sus superiores respecto de su elegibilidad para recibir incentivos a la vez que haría el sistema más transparente.

De hecho, hacer un seguimiento de las referencias recibidas y contrarreferencias realizadas permite comparar las normas y los procedimientos con lo que efectivamente pasa en la realidad. De aquí pueden elaborarse insumos importantes para diseñar incentivos dirigidos a mejorar el compromiso de los funcionarios con este instrumento.

## Mecanismo de evaluación

A fin de asegurar que el sistema de referencia y contrarreferencia esté operando acorde con las realidades de la red de servicios de salud lo mismo que con las necesidades de los pacientes, se requiere

un mecanismo de evaluación periódica. A partir de los resultados de tales evaluaciones pueden emanar luego propuestas de mejoramiento y ajuste.

Parte central de las evaluaciones es analizar y valorar la pertinencia de las referencias y contrarreferencias. Es decir, observar si las referencias se realizaron al establecimiento de atención apropiado, si el procedimiento fue oportuno, y si se recibieron y procesaron las referencias y contrarreferencias tal como fueron emitidas. Por otro lado, se evalúa si la referencia fue dirigida al nivel de atención correspondiente donde el proveedor se adecua por sus características de servicios a las necesidades de la atención.

El proceso más apropiado para efectuar estas evaluaciones consiste en realizar reuniones mensuales entre los distintos actores involucrados en el SRC, tales como los funcionarios que hacen referencias y los que las reciben. Estas reuniones tienen tanto carácter evaluativo como de aprendizaje. Los procedimientos se analizan fundamentalmente con el fin de mejorar la calidad de las referencias y contrarreferencias. En adición a éstas, se pueden organizar focus groups con los usuarios a fin de recibir su feedback sobre si las referencias y contrarreferencias fueron oportunas, adecuadas, bien recibidas, y si la información y orientación al respecto fue suficiente y útil.

Realizar una evaluación sistemática del SRC permite:

- ▲ Identificar a los profesionales que cumplen y que no cumplen con el correcto llenado de instrumentos,
- ▲ Determinar si el direccionamiento de la referencia fue correcto,
- ▲ Actualizar la cartera de servicios de salud,
- ▲ Actualizar los criterios para referencias y contrarreferencias.

Es evidente, entonces, que las evaluaciones son un mecanismo de enorme relevancia para el funcionamiento de todo el sistema generando insumos indispensables para su ajuste y actualización.

## Sistema de incentivos

En la mayoría de los países, la red de servicios y el SRC se establecen a través de leyes y normas, y se insertan, en América Latina, en una cultura burocrática con una fuerte tradición procedimental y legalista. Por otro lado, la experiencia internacional, lo mismo que la disciplina de desarrollo organizacional, revelan la importancia de orientar la gestión de los asuntos públicos hacia un desempeño basado en resultados (ver Cartilla Convenios de Gestión de PHR*plus*).

En el proceso de la implementación del SRC como herramienta de gestión, hay que tomar en cuenta entonces que no solamente se trata de cumplir con procedimientos y normas, sino que éstos deben estar relacionados con el logro de los resultados deseados: orientar la demanda por los distintos servicios de salud a los niveles correspondientes de acuerdo a su complejidad. A pesar de que esta recomendación suena obvia, la traducción de ella a la práctica no es tan fácil.

Por un lado, los costos generados por la ausencia o el mal funcionamiento de un SRC los pagan los usuarios (pérdida de tiempo) y la institución financiadora (utilización ineficiente de recursos). Estos costos no se trasladan al profesional que debe generar las referencias y contrarreferencias, y por ello la pertinencia, calidad y oportunidad de las referencias puede ser incumplida. Por otro lado, hay una serie de intereses contrapuestos entre los distintos actores que deben operar un SRC. De tal manera, un hospital de tercer nivel puede tener interés en atender un parto normal en vez de contrarreferirlo al segundo nivel, porque se lo pagan.

En este contexto resultan claves los incentivos que puedan incidir en el comportamiento de los actores de tal manera que converjan los distintos intereses hacia el cumplimiento de los objetivos institucionales. De hecho, los sistemas de incentivos explican buena parte de las diferencias en el desempeño de los SRC en distintos países.

Para el diseño de un sistema de incentivos hay que identificar, entonces, los intereses de los principales actores del SRC con el fin de poder establecer premios atractivos que permitan incidir positivamente en el comportamiento de los operadores, a fin de lograr el cumplimiento de los SRC.

Los actores principales del SRC son los profesionales que deciden la referencia y contrarreferencia de los usuarios, y en la mayoría de los casos estos profesionales son médicos. Ellos deben decidir a qué proveedor enviar al usuario y luego utilizar los instrumentos establecidos. Sin embargo, en estos pasos aparentemente sencillos, hay que tener especial cuidado para superar los siguientes problemas que aún persisten en muchos países:

- ▲ Falta de información de los servicios disponibles en los establecimientos de la red: no existen o no se actualizan los catálogos de servicios y los criterios de admisión.
- ▲ Desconfianza en el criterio de diagnóstico entre los médicos: por la falta de protocolos, los médicos tienen diferentes criterios para clasificar una dolencia como moderada o grave.
- ▲ Falta de supervisión del instrumento (instrumentos con letra ilegible, con exámenes auxiliares incompletos, etc.).

### (a) Incentivos ligados al control de la demanda espontánea

Como se mencionó anteriormente, el control o la gestión de la demanda espontánea es uno de los elementos centrales de un SRC, dado que las personas no siempre son capaces de saber dónde dirigirse (falta de información, conocimiento) o prefieren tratar problemas de salud sencillos en el nivel medio o superior de la red asistencial por falta de confianza en la atención primaria. De hecho, uno de los mayores problemas en los hospitales generales es precisamente el libre acceso de la demanda espontánea.

Éste fenómeno se puede contrarrestar a través de los siguientes incentivos:

- ▲ Crear barreras de acceso a los hospitales generales para los casos sencillos. Por ejemplo, se pueden establecer tarifas para consultas de mayor costo que en los centros de atención primaria (Perú), o se puede impedir la atención de la demanda espontánea por no tener consulta externa (HISMA, Panamá).
- ▲ Vincular el pago a la atención con el nivel correcto. En el caso de que se trate de un problema de salud en un nivel no-apropiado



según los protocolos, el proveedor no será reembolsado por sus gastos (SIS, Perú).

De todas maneras, hay que asegurar que este control de la demanda espontánea no incluya la atención de casos de urgencias/emergencias.

### (b) Incentivos ligados al control de la demanda inducida

La factibilidad del control de la demanda inducida está estrechamente relacionada con el mecanismo de pago a los proveedores institucionales de salud. De este modo, si existe el mecanismo para financiar sólo las prestaciones apropiadas a cada nivel de atención, los proveedores dejarán de realizar prestaciones que corresponden a otro nivel de atención.

- ▲ Ligar el financiamiento de los establecimientos proveedores a la calidad de la atención. Se evalúa tanto la calidad de la referencia como de la contrarreferencia. En el caso de que los proveedores no logren obtener un cierto umbral de calidad se les descuenta un porcentaje de sus pagos (un ejemplo de este mecanismo se encuentra en el HISMA en Panamá).
- ▲ Establecer las tarifas de tal manera que dirijan la demanda al nivel apropiado de atención. En el Distrito de Bogotá, por ejemplo, se paga la atención de un parto normal con una tarifa mayor en el hospital de segundo nivel que en el de tercer nivel.
- ▲ Generar redes de proveedores atendiendo todos los niveles del sistema de salud y pagarles sumas globales para esta atención. De tal manera, se generan incentivos para que los gestores de las mismas redes maximicen su eficiencia interna enviando a los usuarios a los establecimientos de mayor costo-beneficio.
- ▲ Vincular el pago de los servicios al segundo y tercer nivel a la existencia de una referencia, exceptuando la atención a urgencias. En Panamá, el HISMA promovió la formación de una comisión de referencia y contrarreferencia con representantes de la red de atención primaria, porque se le paga por caso referido atendido.

## Conclusiones y desafíos

Como ya se mencionó, la mayoría de los países en América Latina dispone formalmente de sistemas de referencia y contrarreferencia para gestionar la demanda por servicios de salud dentro de una red de proveedores divididos en distintos niveles de complejidad. Sin embargo, la introducción de esta herramienta de gestión, en un contexto de burocracias procedimentales y legalistas, ha sido lento y pedregoso. Además, se ha encontrado con problemas típicos de la institucionalidad pública aún débil en cuanto a su capacidad de generar buenos sistemas de información integrada, garantizar estándares de calidad y superar problemas de desinformación y desconfianza por parte de los usuarios y trabajadores de salud. En particular los médicos han mostrado resistencia a usar los SRC por desconfiar del criterio de sus pares o de la capacidad de resolución del nivel de atención inferior.

En este escenario, y dado que en muchos países de la región los crecientes recursos invertidos en el sector salud no han producido el aumento de productividad y eficiencia esperado, es aún más importante redoblar los esfuerzos para mejorar el funcionamiento de los SRC. Resulta crucial hacer de ellos una herramienta estándar en el quehacer diario de los trabajadores de salud y de los usuarios.

Los elementos claves para esta tarea se han explicitado a lo largo de la presente Cartilla, y para complementarlos se advierten en esta última sección algunos desafíos:

- ▲ Los mecanismos de **incentivos** suelen hacer la diferencia en el desempeño de los SRC, pero no siempre están bien enfocados; a menudo no están claramente formulados o carecen de estímulos económicos suficientes. Por lo tanto, hay que poner especial énfasis en el diseño, la aplicación y evaluación del sistema de incentivos. Es recomendable considerar incentivos personales dirigidos a los funcionarios claves responsables del SRC, lo mismo que incentivos grupales dirigidos a los proveedores como institución, con el fin de que éstos mejoren sus procesos internos de atención.
- ▲ La creación de un sistema de incentivos supone que existen y funcionan mecanismos de supervisión y evaluación, los cuales a su vez



requieren de **sistemas de información integrados**. Estos elementos aún muestran dificultades y deficiencias.

- ▲ Relacionado con los dos puntos anteriores resalta la necesidad de **hacer a los trabajadores de salud “responsable”** por su comportamiento dentro del sistema. Es decir que no solamente se requieren mecanismos que permitan supervisar y evaluar el sistema normativo, sino también exigir a los funcionarios rendir cuentas frente a los gestores de la salud y frente a la comunidad.
- ▲ En ciertos países, las autoridades de salud responsables de diseñar un SRC tienen el mandato regulador y rector, pero carecen de la capacidad de decidir sobre los aspectos financieros del sistema. Es precisamente esta **disociación de funciones y capacidades** la que en una serie de redes de salud impide el funcionamiento exitoso de un SRC.
- ▲ El funcionamiento de un SRC requiere de la colaboración de los usuarios, quienes deben apoyar el sistema exigiendo que se cumplan los protocolos de atención, incluyendo las referencias y contrarreferencias. Sin embargo, se han encontrado limitaciones en este contexto ya que los usuarios se caracterizan muchas veces por: i) una actitud pasiva, ii) escasa capacidad de pago para traslados y iii) desconocimiento de los procesos administrativos. Estas deficiencias se agravan por limitaciones institucionales, tales como: i) ausencia de áreas de información a usuarios y ii) supresión de servicios por cambio de la modalidad de pago. De tal manera, es muy importante que la implementación de los SRC preste mayor atención hacia el involucramiento del usuario.
- ▲ De hecho, uno de los grandes desafíos para los países en vías de desarrollo consiste en encontrar una **solución para los problemas de transporte y comunicación** de las personas de zonas remotas que dificultan el desarrollo efectivo de un SRC.
- ▲ La inadecuada calidad y cantidad de información al usuario y la desconfianza en el criterio de tratamiento entre los médicos hace que los

profesionales eviten retornar al usuario al primer nivel de atención para controles de salud más sencillos. Así se produce una **falta de contrarreferencias** en muchos países llevando a que se genere una falta de disponibilidad de citas para casos nuevos y más complejos.

- ▲ Otro de los grandes desafíos consiste en encontrar mecanismos para solucionar el problema de los **costos de la ineficiencia** generados por ausencia o malfuncionamiento del SRC ya que no los asumen los proveedores de salud, si no más bien el financiador y los usuarios. Tomando en cuenta que entre estos últimos los más afectados son los más pobres, se genera también un problema de equidad.
- ▲ Las redes de atención de salud son sistemas organizacionales complejos en los cuales participan e interactúan muchos actores. Reconociendo que cada uno de ellos tiene una serie de intereses específicos, sería extremadamente útil involucrarlos explícitamente en el diseño y la evaluación de los SRC. Por lo tanto, es recomendable evitar estrategias jerárquicas y más bien buscar un **enfoque participativo para el diseño e implementación de un SRC**.

## Bibliografía

- Bitran & Asociados. *Evaluación del diseño e implementación del modelo de gestión del Hospital Integrado San Miguel Arcángel (HISMA) y su comparación con dos hospitales tradicionales*. Informe de consultoría. Panamá. 2001.
- Centre for General Practice Integration Studies, University of New South Wales. *Integrated care*. University of New South Wales, Australia. 2000.
- Fundación FES y Medical Business Consulting. *Caracterización y evaluación de la pertinencia de las remisiones generadas en la red adscrita de la Secretaría Distrital de Salud de Santa Fé de Bogotá*. Informe de consultoría. 2000.

- Hospital Integrado San Miguel Arcángel. *Reportes de referencia y contrarreferencia 2000-2002*. Documento técnico. 2003.
- Hospital Integrado San Miguel Arcángel. *Sistema de evaluación de empresas contratistas Unidad de Calidad*. Documento técnico. 2003.
- Red Intrahospitalaria Malvinas. *Resultados Globales del Centro de Atención Integral*. [www.malvinassalud.com.ar/pn009.htm](http://www.malvinassalud.com.ar/pn009.htm). 2003.
- Región de Salud de San Miguelito, Las Cumbres y Chilibre. *Informe de Referencia y Contra Referencia 2001-2002*. Documento Técnico. Panamá. 2003.
- Secretaría de Salud de Bogotá. *Redes de servicios, una estrategia para aumentar la productividad en los hospitales distritales*. [www.saludcapital.gov.co/red](http://www.saludcapital.gov.co/red). 2003.
- Secretaría de Salud del Estado de Bahía, Organización Panamericana de la Salud. *Metodologías de Evaluación en Salud*. Documento técnico. Salvador, Brasil. 2000.
- Servicio de Salud Metropolitano Oriente. *Red de atención de salud Servicio Metropolitano Oriente*. Documento técnico. Chile. 2003.
- Sevilla, R. *Fortalecimiento del sistema de referencia y contrarreferencia a través de la ampliación de la red computarizada en 4 centros de salud de la jurisdicción sanitaria SILOS I*. Documento técnico. México. 2003.
- Universidad Autónoma de México. *Referencia y contrarreferencia*. [www.paidoteca.dgsca.unam.mx/paido\\_mat/cursots/ManejodeRecursos/recon.htm](http://www.paidoteca.dgsca.unam.mx/paido_mat/cursots/ManejodeRecursos/recon.htm)





**Socios para la reforma del sector salud (PHRplus)** es financiado por USAID en virtud del contrato N° HRN-C-00-00-00019-00 e implementado por Abt Associates Inc. y socios Development Associates, Inc.; Emory University Rollins School of Public Health; Program for Appropriate Technology in Health; Social Sectors Development Strategies, Inc.; Training Resources Group; Tulane University School of Public Health and Tropical Medicine; y University Research Co., LLC.



**La serie Resúmenes Ejecutivos de PHRplus** entrega resúmenes de publicaciones e informes técnicos más detallados de PHRplus al personal directivo, gerentes de programas, donantes y otras partes interesadas del sector salud. **Cartillas de políticas** están concebidas como referencias que buscan orientar a todas las partes interesadas en la terminología, conceptos y resultados de las reformas de la salud, a fin de permitirles una efectiva participación en el diálogo y toma de decisiones sobre el tema.

Este Resumen Ejecutivo se basa en un informe técnico de PHRplus/Perú, *Sistemas de Referencia y Contrarreferencia en los Servicios de Salud: Experiencia Internacional* de Cecilia Má de Bitrán & Asociados y fue redactado por Karen Hussmann también de Bitrán & Asociados. La serie es editada por Linda Moll y Zuheir Al-Faqih y diseñada y producida por Michelle Munro. Para obtener ejemplares adicionales, comuníquese con nosotros o visite el sitio Web del proyecto:

PHRplus Resource Center  
Abt Associates Inc.  
4800 Montgomery Lane, Suite 600  
Bethesda, Maryland 20814 USA  
Tel 301-913-0500  
Fax 301-652-3916  
Email [PHR-InfoCenter@abtassoc.com](mailto:PHR-InfoCenter@abtassoc.com)  
URL [www.PHRplus.org](http://www.PHRplus.org)

