

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



TESIS

**“EVALUACION DE REFERENCIAS Y PERTINENCIA DE PACIENTES ATENDIDOS
EN CONSULTORIO EXTERNO DE NEUROLOGIA, HOSPITAL REGIONAL DEL
CUSCO, AGOSTO – OCTUBRE 2023”**

Presentado por: Bach. Ingrid Eliana Holguino Rivas
Para Optar al Título Profesional de Médico Cirujano

Asesor: M.C. Marizabel Rozas Latorre

CUSCO – PERÚ

2023

INFORME DE ORIGINALIDAD

(Aprobado por Resolución Nro.CU-303-2020-UNSAAC)

El que suscribe, asesor del trabajo de investigación/tesis titulado: EVALUACION DE REFERENCIAS Y PERTINENCIA DE PACIENTES ATENDIDOS EN CONSULTORIO EXTERNO DE NEUROLOGIA, HOSPITAL REGIONAL DEL CUSCO, AGOSTO - OCTUBRE 2023 presentado por: INGRID ELIANA HOLGUINO RIVAS con Nro. De DNI: 71471441, para optar el título profesional/grado académico de MEDICO CIRUJANO Informo que el trabajo de investigación ha sido sometido a revisión por 2 veces, mediante el Software Antiplagio, conforme al Art. 6° del *Reglamento para Uso de Sistema Antiplagio de la UNSAAC* y de la evaluación de originalidad se tiene un porcentaje de 47.....

Evaluación y acciones del reporte de coincidencia para trabajos de investigación conducentes a grado académico o título profesional, tesis

Porcentaje	Evaluación y Acciones	Marque con una (X)
Del 1 al 10%	No se considera plagio.	X
Del 11 al 30 %	Devolver al usuario para las correcciones.	
Mayor a 31%	El responsable de la revisión del documento emite un informe al inmediato jerárquico, quien a su vez eleva el informe a la autoridad académica para que tome las acciones correspondientes. Sin perjuicio de las sanciones administrativas que correspondan de acuerdo a Ley.	

Por tanto, en mi condición de asesor, firmo el presente informe en señal de conformidad y **adjunto** la primera hoja del reporte del Sistema Antiplagio.

Cusco, 11 de DICIEMBRE de 2023.....


Firma

Post firma Marizabel Rozas Latorre.....

Nro. De DNI 23951213.....

ORCID del Asesor 0009 - 0004 - 2038 - 5851.....

Se adjunta:

1. Reporte generado por el Sistema Antiplagio.
2. Enlace del Reporte Generado por el Sistema Antiplagio: oid-27259:294320347

NOMBRE DEL TRABAJO

TESIS - Evaluacion de referencias y Pertinencia.pdf

AUTOR

Ingrid Holguino

RECUENTO DE PALABRAS

29097 Words

RECUENTO DE CARACTERES

155358 Characters

RECUENTO DE PÁGINAS

115 Pages

TAMAÑO DEL ARCHIVO

3.2MB

FECHA DE ENTREGA

Dec 10, 2023 8:21 PM GMT-5

FECHA DEL INFORME

Dec 10, 2023 8:23 PM GMT-5**● 4% de similitud general**

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para cada base de datos

- 4% Base de datos de Internet
- 0% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de Crossref
- Base de datos de contenido publicado de Crossref
- 3% Base de datos de trabajos entregados

● Excluir del Reporte de Similitud

- Material bibliográfico
- Material citado
- Material citado
- Coincidencia baja (menos de 16 palabras)



Mariangel Rojas Llerena
NEUROLOGA
C.M. 3021 R.N.E. 15556

AGRADECIMIENTOS

Primeramente, agradezco a Dios, al Señor de Qoyllurit'i y a la Santísima Virgen de Copacabana por protegerme y guiarme durante mi trayecto personal y profesional.

Deseo expresar un agradecimiento infinito a mi familia, por ser mi apoyo absoluto en todas las etapas de mi vida, alentándome a superarme y cumplir mis metas con valentía y perseverancia.

Además, quiero agradecer al Hospital Regional del Cusco y al equipo de salud del área de neurología, por abrirme sus puertas aceptando la ejecución del presente trabajo de investigación, y que con su participación activa permitieron que se llevara a cabo sin ningún impedimento.

Finalmente me gustaría agradecer a mi asesora y a mi jurado dictaminador, por su amabilidad, compromiso, motivación y predisposición continua para el desarrollo del presente trabajo, cuyo conocimiento servirá como aporte para el planteamiento de estrategias, con el fin de mejorar del sistema de salud y la calidad de atención de los pacientes.

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a mis padres, Lucio y Eliana quienes me inculcaron valores y me apoyaron en perseguir mis sueños a lo largo de toda mi vida. A mis hermanos Ruddy, Licette e Ivette, de quienes aprendí muchas cosas y fueron mi inspiración durante mi época de formación personal y académica.

A mis grandes maestros y amigos, maravillosas personas que conocí durante mi época universitaria y de internado clínico. A la Dra. Marizabel Rozas Latorre, por su compromiso y apoyo constante para la realización del presente trabajo.

A la futura generación de médicos, para quienes realizó esta investigación con el objetivo de darles a conocer la importancia de mejorar las condiciones de salud de la población, además de alentarlos en perseguir sus sueños, porque nada es imposible si confías en ti mismo.

Y por último a Giggio, quien me acompañó en mis momentos de desvelo, en toda mi época universitaria y durante la elaboración del presente trabajo, que partió al cielo y siempre lo tendré en el mejor de mis recuerdos.

ASESOR:

DRA. MARIZABEL ROZAS LATORRE

JURADO A DE TESIS:

MGT. LUISA DIAZ GUADALUPE

DRA. GLADYS SUSANA OBLITAS ZANABRIA

MED. CIRUJ. JOSE ANTONIO FUENTES VEGA

JURADO B DE TESIS:

DR. RAMON FIGUEROA MUJICA

MGT. SAMUEL CRUZ PAREDES CALCINA

MED. CIRUJ. FRANK FRED CARRILLO PINO

CONTENIDO	Pág.
CONTENIDO	5
INDICE DE TABLAS	7
INDICE DE GRÁFICOS	9
INTRODUCCION	10
RESUMEN	12
ABSTRACT	13
CAPITULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACION	14
1.1. Fundamentación del problema.....	14
1.2. Antecedentes teóricos.....	16
1.3. Formulación del problema.....	23
1.3.1. Problema general.....	23
1.3.2. Problemas específicos.....	23
1.4. Objetivos de la investigación.....	24
1.4.1. Objetivo general.....	24
1.4.2. Objetivos específicos.....	24
1.5. Justificación de la Investigación.....	25
1.6. Limitaciones de la investigación.....	26
1.7. Aspectos éticos.....	26
CAPITULO II: MARCO TEORICO CONCEPTUAL	28
2.1. Marco teórico.....	29
2.2. Definición de términos básicos.....	43
2.3. Hipótesis.....	45
2.3.1. Hipótesis general.....	45
2.3.2. Hipótesis específicas.....	45
2.4. Variables.....	46
2.5. Definiciones operacionales.....	47
CAPITULO III: METODOS DE INVESTIGACIÓN	54
3.1. Tipo de investigación.....	54
3.2. Diseño de investigación.....	54
3.3. Población y muestra.....	55

3.3.1. Descripción de la población.....	55
3.3.2. Criterios de inclusión y exclusión.....	55
3.3.3. Muestra: Tamaño de muestra y método de muestreo.....	56
3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	57
3.5. Plan de análisis de datos.....	58
CAPITULO IV: RESULTADOS, DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	
.....	59
4.1. Resultados.....	59
4.2. Discusión.....	83
4.3. Conclusiones.....	90
4.4. Sugerencias.....	92
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	94
ANEXOS.....	99
Anexo 1.- Matriz de consistencia.....	99
Anexo 2.- Instrumento de investigación.....	101
Anexo 3.- Cuadernillo de validación.....	102
Anexo 4.- Validación del instrumento de investigación.....	107
Anexo 5.- Autorización Hospital Regional del Cusco para aplicación de instrumento de investigación.....	114
Anexo 6.- Constancia.....	115

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Registro de referencias y contrarreferencias HRC.....	41
Tabla 2. Estadísticos de la edad.....	59
Tabla 3. Descripción por grupo etario.....	60
Tabla 4. Descripción del sexo.....	60
Tabla 5. Descripción del lugar de procedencia.....	61
Tabla 6. Descripción de la zona de origen.....	61
Tabla 7. Descripción del EESS de origen.....	61
Tabla 8. Categoría del EESS de origen.....	62
Tabla 9. Estadísticos del tiempo.....	63
Tabla 10. Motivo de referencia de pacientes que acuden a consulta neurológica.....	64
Tabla 11. Características del llenado de hoja de referencia.....	65
Tabla 12. Tipos de diagnóstico identificados en la referencia, según CIE-10.....	66
Tabla 13. Diagnósticos en el FUA coincidentes con la referencia.....	67
Tabla 14. Tabla de 2x2, de interpretación para el diagnóstico X.....	67
Tabla 15. Definición de los valores hallados en la tabla 14.....	68
Tabla 16. Tabla 2x2 del diagnóstico 1, para la referencia y el FUA.....	68
Tabla 17. Parámetros del diagnóstico 1.....	69
Tabla 18. Tabla 2x2 del diagnóstico 2, para la referencia y el FUA.....	69
Tabla 19. Parámetros del diagnóstico 2.....	69
Tabla 20. Tabla 2x2 del diagnóstico 3, para la referencia y el FUA.....	70
Tabla 21. Parámetros del diagnóstico 3.....	70
Tabla 22. Tabla 2x2 del diagnóstico 4, para la referencia y el FUA.....	71
Tabla 23. Parámetros del diagnóstico 4.....	71
Tabla 24. Tabla 2x2 del diagnóstico 5, para la referencia y el FUA.....	72
Tabla 25. Parámetros del diagnóstico 5.....	72
Tabla 26. Tabla 2x2 del diagnóstico 6, para la referencia y el FUA.....	73
Tabla 27. Parámetros del diagnóstico 6.....	73
Tabla 28. Tabla 2x2 del diagnóstico 7, para la referencia y el FUA.....	73
Tabla 29. Parámetros del diagnóstico 7.....	74

Tabla 30. Tabla 2x2 del diagnóstico 8, para la referencia y el FUA.....	74
Tabla 31. Parámetros del diagnóstico 8.....	74
Tabla 32. Tabla 2x2 del diagnóstico 9, para la referencia y el FUA.....	75
Tabla 33. Parámetros del diagnóstico 9.....	75
Tabla 34. Capacidad resolutive según la categoría del EESS de referencia.....	76
Tabla 35. Prueba Chi cuadrado para la capacidad resolutive y categoría EESS.....	76
Tabla 36. Pertinencia y zona origen.....	77
Tabla 37. Prueba Chi cuadrado para la pertinencia y zona de origen.....	77
Tabla 38. Razón de prevalencia para la pertinencia y zona de origen.....	77
Tabla 39. Pertinencia y categoría del EESS.....	78
Tabla 40. Prueba Chi cuadrado para la pertinencia y categoría del EESS.....	78
Tabla 41. Pertinencia y diagnóstico en el formato único de atención.....	79
Tabla 42. Prueba de Chi cuadrado para la pertinencia y el diagnóstico en el FUA.....	79
Tabla 43. Pertinencia y llenado de la hoja de referencia.....	80
Tabla 44. Prueba Chi cuadrado para la pertinencia y llenado de la referencia.....	80
Tabla 45. Razón de prevalencia para la pertinencia y llenado de la referencia.....	80
Tabla 46. Pertinencia y concordancia diagnóstica.....	81
Tabla 47. Prueba Chi cuadrado para la pertinencia y concordancia diagnóstica.....	81
Tabla 48. Razón de prevalencia para la pertinencia y concordancia diagnóstica.....	81
Tabla 49. Pertinencia y capacidad resolutive del EESS de origen.....	82
Tabla 50. Prueba Chi cuadrado para la pertinencia y capacidad resolutive.....	82
Tabla 51. Razón de prevalencia para la pertinencia y capacidad resolutive.....	82

INDICE DE FIGURAS

Figura 01. Histograma para la edad.....	59
Figura 02. Categoría del EESS de origen.....	63
Figura 03. Histograma entre el tiempo entre referencia y consulta.....	64
Figura 04. Motivo de referencia de pacientes que acuden a consulta.....	65

INTRODUCCION

A nivel mundial, los sistemas de salud están experimentando procesos de modernización y reforma con el propósito de adaptar sus capacidades según las necesidades de los pacientes. Debido a que los gobiernos tienen la responsabilidad de garantizar el acceso de todos los ciudadanos al sistema de salud, es fundamental que las autoridades de salud aprovechen al máximo los recursos y, al mismo tiempo, se aseguren de proporcionar servicios de salud adecuados. En este contexto, la estructura y gestión del sistema de salud son elementos claves para lograr este objetivo. Cada país diseña la organización de la oferta de servicios de salud de acuerdo con los niveles de complejidad, con el fin de garantizar la continuidad de la atención.

Según señala la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en gran parte de países las atenciones hospitalarias se encuentran saturadas, debido a que la mayoría de pacientes no presenta criterios que requieran evaluación hospitalaria de urgencia, lo que provoca un aumento en la demanda y por tanto saturación de los hospitales. Razón por la que la implementación del sistema de referencia constituye una herramienta clave en la integración de las capacidades resolutivas existentes en la oferta de servicios de acuerdo al establecimiento de salud, esto para canalizar la demanda de servicios en salud y hacer uso eficiente del sistema de atención, logrando la satisfacción del usuario.

En ese sentido el sistema de referencia es un proceso administrativo asistencial mediante el cual el personal responsable transfiere a un usuario de un establecimiento de menor a uno de mayor capacidad resolutiva, garantizando la continuidad de atención en los servicios de salud, haciendo su uso oportuno, eficiente y efectivo. A fin de asegurar que se brinde una atención adecuada y oportuna a los pacientes según el nivel de complejidad es imperativo evaluar y valorar la pertinencia de las referencias, lo que indica evaluar si se realizaron al establecimiento apropiado o si el proceso fue oportuno desde su indicación hasta su recepción, todo ello aplicado al servicio de neurología, la misma que se cataloga según las estadísticas regionales y locales como una de las especialidades con alta demanda de atención, lo que en conjunto motiva a realizar la presente investigación.

Este estudio es de tipo transversal, observacional que tiene como fin evaluar las referencias y la pertinencia de las mismas, este estudio será realizado en los pacientes que acudan con su hoja de referencia dirigida al servicio de consulta externa de neurología del Hospital Regional del Cusco, durante un periodo determinado.

Para lo cual en el CAPÍTULO I se muestra para que, y porque se realiza el trabajo, así como sus objetivos, limitaciones y aspectos éticos. En el CAPÍTULO II se reunió información necesaria para nuestro tema de investigación. En el CAPÍTULO III se define el tipo y diseño de investigación, la población de estudio, el muestreo, así como el análisis de estos. En el CAPÍTULO IV se muestran los resultados, discusión, conclusiones y sugerencias del tema. También se presentan los anexos donde se incluye nuestro instrumento de estudio.

RESUMEN

“EVALUACION DE REFERENCIAS Y PERTINENCIA DE PACIENTES ATENDIDOS EN CONSULTORIO EXTERNO DE NEUROLOGIA, HOSPITAL REGIONAL DEL CUSCO, AGOSTO – OCTUBRE 2023”

Antecedentes: El sistema de referencia es un proceso administrativo asistencial cuyo objetivo es garantizar la continuidad de atención en salud mediante la derivación del paciente de un establecimiento de menor capacidad resolutive a uno mayor. Actualmente, existe una saturación en la atención hospitalaria, siendo el servicio de neurología una de las especialidades con alta demanda en la atención.

Objetivos: Evaluar las referencias y su pertinencia de pacientes atendidos en consultorio externo de neurología, Hospital Regional del Cusco, agosto – octubre 2023.

Métodos: Estudio observacional, transversal, de enfoque cuantitativo, que consideró una muestra de 270 pacientes con Seguro Integral de Salud que acudieron con su referencia dirigida al consultorio externo de neurología, entre agosto y octubre del 2023.

Resultados: La edad media fue de 33.6 años, 59.3% correspondieron al sexo femenino, el tiempo transcurrido entre la indicación de la referencia y la consulta tuvo una media igual a 38 días; el principal motivo de consulta fue la necesidad de evaluación por el especialista (41.5%); 51.5% de referencias se catalogaron como completas; dentro de los grupos diagnósticos que tuvieron concordancia diagnóstica se halló al Síndrome convulsivo, Cefalea y a las Enfermedades del Sistema Nervioso Periférico con un 71.7% del total; un 61.5% de referencias no pudieron resolverse en su establecimiento de origen; y un 59.6% de referencias fue etiquetada como no pertinente.

Conclusiones: Durante la evaluación de las referencias se identificaron problemas a nivel prestacional. En cuanto a la pertinencia de las referencias, se encontró una asociación estadísticamente significativa con el diagnóstico emitido en la consulta, la concordancia diagnóstica y la capacidad resolutive, con un p-valor menor a 0.05. Estos hallazgos resaltan la importancia de abordar en aspectos específicos para optimizar parte del sistema de referencia, mejorando la calidad de atención en los pacientes.

Palabras claves: Sistema de referencia, atención primaria, referencias, pertinencia, consultorio externo de neurología.

ABSTRACT

"EVALUATION OF REFERENCES AND RELEVANCE IN OUTPATIENTS SEEN AT EXTERNAL NEUROLOGY OFFICE, CUSCO REGIONAL HOSPITAL, AUGUST – OCTOBER 2023"

Background: The referral system is an administrative care process whose objective is to guarantee the continuity of health care by referring the patient from an establishment with less problem-solving capacity to a greater one. Currently, there is saturation in hospital care, being the neurology service one of the specialties with the greatest demand in care.

Objectives: Evaluate the references and its relevance in patients who attend the outpatient neurology clinic at Cusco Regional Hospital, August – October 2023.

Methods: Observational, cross-sectional study, with a quantitative approach, considering a sample of 270 patients with Comprehensive Health Insurance who came with their referral to the outpatient neurology clinic, between August and October 2023.

Results: The mean age was 33.6 years, 59.3% were female, the mean time elapsed between the time elapsed between the indication of the referral and the consultation had an average of 38 days; the main reason for consultation was the need for evaluation by specialist (41.5%); 51.5% of references were classified as complete; within the diagnostic groups that had diagnostic agreement: seizure syndrome, Headache and Peripheral Nervous System Diseases were found with 71.7% of total; 61.5% of referrals couldn't be resolved at their original establishment; and 59.6% of references were labeled as not relevant.

Conclusions: During the evaluation of references problems at the performance level were identified. Regarding the relevance of references, a statistically significant association was found with the diagnosis issued in the consultation, diagnostic agreement and resolution capacity, with a value less than 0.05. These findings highlight the importance of addressing specific aspects to optimize part of the reference system, improving the quality of patient care.

Key words: Referral system, primary care, references, relevance, outpatient neurology clinic.

CAPITULO I

EL PROBLEMA DE INVESTIGACION

1.1. Fundamentación del problema

A nivel mundial los sistemas de salud se han basado en la atención hospitalaria y de urgencias, en base a la tecnología y atención especializada, lo que es percibido por la población en general, demostrando con ello un aumento en la demanda y por tanto saturación de los hospitales, que en la mayoría de casos pudiesen resolverse en el primer nivel de atención. Razón por la que la implementación del sistema de referencia constituye un punto clave en la integración de las capacidades resolutorias existentes en la oferta de servicios de acuerdo al centro de salud, esto con el objetivo de lograr la satisfacción del usuario (1,2).

De acuerdo al Compendio Estadístico Perú 2022, elaborado por el Instituto Nacional de Estadística e Informática, para el 2020 se registró en el Departamento de Cusco encontrar 458 habitantes por cada médico. Asimismo, según el ámbito geográfico, para el 2021 se consignó en el Departamento de Cusco que un 71.5% se encontraba afiliada al Seguro Integral de Salud, a diferencia del año 2010, donde era un 52.5% (3).

Según el Análisis situacional de salud (ASIS) Cusco 2021, a nivel regional se registran 723 establecimientos de salud, los cuales están administrados por el Gobierno Regional en un 48% seguido por el sector privado en un 46.5%. En relación a la afiliación al Seguro Integral de Salud se registra una tendencia creciente desde el 2017, consignándose en el 2020 a 1,125,082 usuarios (4).

El Hospital Regional del Cusco es un establecimiento de salud con categoría nivel III-1, el cual, en el contexto de la Macro Región Sur, depende de la Dirección Regional de Salud Cusco, constituyendo un "Hospital Referencial" que se encuentra en comunicación permanente con 5 Redes de servicios de salud: Cusco Norte, Cusco Sur, Canas-Canchis-Espinar, La Convención y Chumbivilcas; a excepción de la Red Kimbiri Pichari (5).

A finales del 2020 el Hospital Regional del Cusco hizo público su análisis situacional, donde detalla la cantidad de atenciones médicas recibidas según

especialidad desde el 2006 al 2019; en relación a la Unidad Prestadora de Salud (UPS) de consulta externa se muestra una tendencia al aumento en las atenciones médicas y una tendencia a la disminución de atendidos, registrándose en el año 2019 a 29 618 pacientes atendidos; lo que señalan debería ser analizado, siendo el servicio de consulta externa de neurología una de las principales especialidades con alta demanda en atenciones, anotándose 6725 para el 2019. Asimismo, el Instituto Nacional de Estadística e Informática describió para el 2021 haber registrado 512 157 atenciones por enfermedades del sistema nervioso central, presentándose mayormente entre las edades de 25 a 49 años (200 276), y con mayor predominancia en mujeres (340 565) (3,5).

La oficina de referencias y contrarreferencias del Hospital Regional del Cusco registra un reporte operacional mensual de referencias efectuadas y recibidas según la unidad prestadora de salud, para la consulta externa del mes de julio de 2023 se registró 8298 referencias, considerable cantidad que también se describe en meses pasados; aun así, no se tiene un reporte detallado según especialidad, esto puede deberse a que la oficina de referencias y contrarreferencias prima la coordinación y atención de pacientes de emergencia (6).

En relación a las patologías del sistema nervioso, según se muestra en las estadísticas regionales, se registran a estas enfermedades dentro de las 10 primeras causas de mortalidad con una tasa de 19.5 por cada 100 000 habitantes registrado el año 2018; el Hospital Regional del Cusco considera al servicio de consulta externa de neurología dentro de las principales demandas de atención luego del servicio de gastroenterología, lo que denota la importancia de realizar esta investigación en dicho servicio (4,5).

A nivel de Cusco no se registra información sobre este tema, lo que impulsa a realizar la presente investigación con el objetivo de evaluar las referencias y la pertinencia de pacientes que acuden al servicio de consulta externa de neurología, desde el documento emitido del establecimiento de salud de origen, y en contraste con el especialista determinar si esta es pertinente o no.

1.2. Antecedentes teóricos

Antecedentes internacionales

Santos A, Crail D, Sebastián M, et al. (Ciudad de México – México, 2021), en su estudio titulado “Descripción de los centros de referencia de pacientes con epilepsia para la implementación del Proyecto TeleECHO en un instituto nacional de salud”, cuyos objetivos fueron describir los centros de procedencia y las características de la referencia de los pacientes con epilepsia. Es un estudio observacional descriptivo y transversal, que incluyó un total de 4866 pacientes referidos por consulta externa al Centro de Atención Integral de Epilepsia 1 (CAIE 1) entre enero y diciembre de 2017. Los resultados muestran que 857 pacientes (17.6%) indicaban en la referencia solo diagnóstico de “valoración” sin especificar la patología neurológica, 4009 pacientes (82.4%) fueron referidos por diversas patologías neurológicas siendo los principales: epilepsia [n=627, 12.9%], cefalea [n=551, 11.3%] y tumores del sistema nervioso central [n=378, 7.8%]; del grupo de epilepsia predominó el sexo femenino [n=331, 52.8%], la media de edad de pacientes referidos fue 33.34 ± 15.33 años [rango=15-88], la referencia provino de médicos particulares [182/627, 29%] y médicos del sector público, según el nivel de atención de origen de la referencia fue mayor del primer nivel [201/627, 32%] seguido por el tercer nivel [178/627, 28.3%]; entre los estados que refirieron más se encontró la Ciudad de México [376/627, 60%] y Estado de México [175/627, 27.9%]. El estudio concluye demostrando que se requiere mejorar el sistema de referencia y contrarreferencia mediante la implementación de estrategias futuras de telemedicina y descentralizar la atención de los pacientes, de tal manera que se pueda disminuir la brecha de tratamiento (7).

Inta F, Ríos J (La Paz – Bolivia, 2021), en su estudio titulado “Nivel de calidad de la referencia gineco-obstétrica en el centro de salud Franz Tamayo primer semestre 2019”, cuyos objetivos fueron determinar la calidad y llenado de referencias gineco-obstétricas que se realizan desde el centro de salud Franz Tamayo a los Hospitales de segundo y tercer nivel, e identificar si cumplen con los criterios de adecuado, justificado y oportuno. Es un estudio cuantitativo, no

experimental, transversal descriptivo, que recopiló datos de 83 referencias que se realizaron desde el centro de salud Franz Tamayo en el primer semestre de 2019. Entre los resultados principales se muestra que un 83.1% registra un excelente llenado, 15.7% bueno y 1.2% deficiente; según la Norma Nacional de Atención Clínica considero diagnóstico muy pertinente un 69.9%, diagnóstico pertinente un 3.6% y poco pertinente un 26.5%; en relación al cumplimiento según criterios se consideró referencia poco adecuada un 85.5%; al realizar la valoración del nivel de calidad de la referencia se valoró que un 58% se encuentra dentro de los parámetros de aceptable [50 a 74%]. El estudio concluye mostrando que el nivel de calidad de referencia es aceptable, sin embargo, el 26.5% con diagnósticos poco pertinentes contribuye a la saturación del sistema de referencia, se cumplen los criterios mínimos de llenado (8).

Ruiz D, Ñañez J, Russi D, Fernández A (Cauca – Colombia, 2020), en su estudio titulado “Pertinencia de las remisiones en la atención de partos de Empresa Social del Estado Centro 1, Punto de atención Piendamó”, cuyo objetivo fue caracterizar el sistema de referencia, evaluar la adherencia a la norma técnica existente y determinar la pertinencia de las remisiones según coincidencia entre el diagnóstico de referencia y el diagnóstico de recepción. Es un estudio descriptivo, transversal, observacional y con enfoque cuantitativo, que incluyó un total de 338 remisiones en la atención de partos del Centro 1, punto de atención Piendamó durante el 2018 y primer semestre de 2019. Entre los resultados principales se muestra que hubo 117 remisiones en el 2018 (65%), del total de historias clínicas en su mayoría tuvieron anamnesis adecuada [n=120, 66%], y examen físico adecuado y suficiente [n=131, 72%]; en cuanto a la pertinencia de las remisiones según diagnóstico de remisión y diagnóstico de recepción se determinó que existió mayor coincidencia [n=142, 78%]; según la causa de remisión solicitada se calificó en orden de importancia: requiere intervención quirúrgica [n=34, 20%], requiere tratamiento [n=23, 13%], requiere ayuda diagnóstica de mayor complejidad [n=22, 13%], requiere actividad o procedimiento [n=20, 12%] y requiere interconsulta [n=20, 12%]. El estudio concluye indicando que aún persiste un considerable porcentaje de anamnesis y examen físico

incompletos, los mismos que son pilares para definir el diagnóstico, lo que da lugar a que la pertinencia de la remisión no sea siempre necesaria; según los motivos de referencia se asocian a remisiones no pertinentes mayormente por: intervención quirúrgica, solicitud de interconsulta y valoración especializada (9).

Ortega K, Rodríguez T (Santa Ana – El Salvador, 2019), en su estudio titulado “Cumplimiento de los lineamientos técnicos para la referencia y retorno de médicos de las unidades comunitarias de salud familiar y la consulta externa de medicina interna del Hospital San Juan de Dios”, cuyo objetivo fue evaluar el nivel de cumplimiento de los Lineamientos Técnicos para la referencia y retorno de los médicos de las unidades comunitarias de salud familiar hacia la consulta externa de medicina interna. Es un estudio descriptivo transversal, que incluyó un total de 140 referencias dirigidas al consultorio externo de medicina interna del Hospital San Juan de Dios de Santa Ana de enero a junio de 2018. Entre los resultados se encontró en relación al centro de procedencia que mayormente refiere a: Tomas Pineda Martínez [n=35, 25%] el mismo que se encuentra frente al hospital y es la única unidad que cuenta con 2 médicos internistas, seguido por Natividad [n=28, 20%] y de la Casa del Niño [n=19, 14%]; en cuanto al tiempo oportuno de las referencias se encontró que en su mayoría fueron catalogadas como no oportunas [n=112, 80%]; también se encontró que fueron no pertinentes [n=98, 70%]; en cuanto al registro de anamnesis 84 (60%) cumplen con el lineamiento; en cuanto al uso de la hoja de referencia la mayoría cumplió con este indicador [n=112, 80%]; dentro de la hoja de referencia solo un 20% registra el tratamiento; 126 referencias fueron clasificadas sobre la oportunidad y pertinencia de la misma. El estudio concluye mostrando que los lineamientos de referencia y retorno son aplicados, pero existe muy poca adherencia en la práctica clínica (10).

Astudillo E, Sola J (Quito – Ecuador, 2018), en su estudio titulado “Fortalecimiento del sistema de referencia y contrarreferencia a través de la implementación de criterios de derivación en la consulta externa de las especialidades clínico-quirúrgicas para la atención nutricional”, cuyos objetivos fueron analizar el funcionamiento del sistema de referencia y contrarreferencia,

definir criterios de referencia nutricional adecuados, evaluar el tiempo de agendamiento e implantar estrategias de mejora. Es un estudio observacional, que incluyó una población total de 1400 pacientes (muestra = 148) que acudieron a consulta externa de nutrición y dietética del Hospital Provincial General Pablo Arturo Suárez en dos periodos de tiempo: enero-abril y julio-octubre de 2018 con la aplicación de estrategias dentro del proceso. Los resultados registraron en relación a las citas subsecuentes en el primer periodo primaba frente a la primera cita en un 70%, disminuyendo en el segundo periodo a 40%, aumentando la proporción de pacientes que requerían una atención pertinente; según la cantidad de referencias emitidas del primer nivel es mínima al compararla con las interconsultas [n=98, 16%] que aumento en el segundo periodo en un 4%, en relación al tiempo de espera entre la fecha de solicitud y día de la consulta mayor igual a 45 días: hubo una disminución del 9% entre el primer periodo [n=70, 47%] y segundo periodo [n=56, 38%], por lo que un 29% esperó 30 días para cita subsecuente y 33% espero 15 días para control; en relación a la pertinencia de agendamiento en el primer periodo un 30% era pertinente y en el segundo periodo la pertinencia fue de 80%. El estudio concluye mostrando que se puede mejorar el tiempo de espera, calidad de atención, el flujo de pacientes evitando atenciones innecesarias, garantizando una atención pertinente (11).

Ayala G, Acosta P (Quito – Ecuador, 2018), en su estudio titulado “Reducción de los tiempos de espera para la atención del servicio de endocrinología, a través de investigación operativa en el proceso de agendamiento en el Hospital General Docente de Calderón”, cuyo objetivo fue analizar el proceso de agendamiento e identificar los cuellos de botella que afectan la implementación del proceso, identificar estrategias de mejora y monitorizar los resultados de la implementación. Es un estudio observacional analítico, en relación a las atenciones provenientes del primer nivel se incluyeron 556 atenciones para el periodo abril a septiembre de 2017 y 889 atenciones para el periodo abril a septiembre de 2018, las cuales fueron agendadas mediante el sistema de agendamiento de turnos para referencias y contrarreferencias (SAT-REC) del Hospital General Docente de Calderón. Entre los resultados denotan un total de turnos asignados durante el

primer periodo de 354, que en mayor parte fueron rechazados [n=254, 71.8%], a diferencia de los 551 turnos asignados en segundo periodo de los cuales hubo menos rechazos [n=96, 17.5%]; durante el primer periodo se realizaron 2158 atenciones de las cuales menos provenían del primer nivel que de las interconsultas [n=1003, 46.5%]; en relación a la pertinencia de agendamiento del primer nivel se consideraron mayormente durante el primer periodo no pertinentes [n=455, 81.8%] a diferencia del segundo periodo [n=183 no pertinentes, 20.5%]; en relación al tiempo de espera durante el primer periodo hubo un promedio de 22 días [R=7-40d, M=20d, DS=11.5d] y 12 días durante el segundo periodo [R=3-20d, M=12.5d, DS=5.4d]. El estudio concluye identificando que al implementar estrategias en relación a los cuellos de botella de los sistemas de agendamiento se legro mejorar el tiempo de espera y disminuir las consultas no pertinentes (12).

Antecedentes nacionales

Durand F, Lescano F, Mari A, Ricse J (Lima – Perú, 2022), en su estudio titulado “Frecuencia de referencias injustificadas en base a diagnósticos no pertinentes, realizadas al servicio de consulta externa adultos del Hospital Cayetano Heredia, Lima – abril a diciembre del 2019”, tuvo por objetivo determinar el porcentaje de referencias injustificadas, en base a diagnósticos no pertinentes, enviadas al servicio de consulta externa adultos del Hospital Cayetano Heredia y describir sus características. Este fue un estudio transversal, observacional, descriptivo donde se utilizó datos del aplicativo REFCON del 1 de abril al 31 de diciembre de 2019, donde se obtuvo como población 99891 referencias aptas. Los resultados revelaron un 8.36% en la frecuencia de referencias injustificadas, 67% eran mujeres y el distrito de origen más frecuente fue San Martín de Porres en un 39.9%; de las 27 especialidades se encontró que las referencias injustificadas mayormente iban dirigidas a: Cardiología, Geriátrica, Medicina Interna, Medicina Familiar y Neurología conformando un 67.2%; entre los diagnósticos no pertinentes más frecuentes se detalla hipertensión esencial, lumbago no especificado y cefalea; el motivo de referencia más frecuente fue la falta de capacidad resolutoria en un 57.67%. El estudio concluye evidenciando que un

8.36% de referencias fueron injustificadas pese al envío de una lista de diagnósticos que no deberían derivarse, siendo los establecimientos I-3 los que más realizaron referencias injustificadas (13).

Soria M, Cabrera M (Abancay – Perú, 2022), en su estudio titulado “Calidad de historia clínica y concordancia diagnóstica de referencia y contrarreferencia en dos establecimientos de salud”, cuyo objetivo principal fue establecer la relación de concordancia diagnóstica entre la referencia y contrarreferencia. Es un estudio descriptivo, transversal, correlacional, con enfoque cuantitativo y diseño no experimental, que incluyó una población de 291 referencias efectuadas desde el primer nivel de atención, en dos establecimientos de salud de Abancay, considerando una muestra de 106, se recopiló información de las historias clínicas, hojas de referencia y contrarreferencia, de enero a junio del 2021. Entre los resultados se muestra que, de las 106 atenciones realizadas, se encontró en relación al registro de la historia clínica que un 13.2% era de buena calidad, 31.1% de regular calidad y 55.7% de mala calidad. En lo referente a concordancia diagnóstica en el registro de referencias y contrarreferencias se muestra una coincidencia en un 54.7%, teniendo un 45.3% de casos discordantes; de acuerdo a la prueba de Chi cuadrado se encontró una asociación estadísticamente significativa entre la calidad de historia clínica y la concordancia diagnóstica [p-valor=0.001], detallando según dimensiones se encuentra una asociación significativa entre las dimensiones disponibilidad [p-valor=0.042], y veraz [p-valor=0.020]; contrario a lo que se ve en las dimensiones: único [p-valor=0.362], completo [p-valor=0.313] y legible [p-valor=0.788]. El estudio concluye constatando que existe una relación significativa entre la calidad de la historia clínica y la concordancia diagnóstica (14).

Llanos L, Orellana A, Aguado H (Lima – Perú, 2021), en su estudio titulado “Evaluación inicial del Sistema de Referencia y Contrarreferencia ambulatoria en la DIRIS Lima Norte, desde los centros materno infantiles”, cuyos objetivos fueron caracterizar las referencias emitidas en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) I-4 a los hospitales de la Dirección de Redes Integradas de

Salud (DIRIS) Lima Norte, y el tiempo de cita de las mismas. Es un estudio cuantitativo, observacional, transversal retrospectivo, que incluyó un total de 19 951 referencias de 7 Centros Materno Infantiles (CMI) entre mayo y octubre del 2019. Entre los resultados se evidencia que la población más referida según etapas de vida se encontraba entre 30-59 años ($n=7\ 824$; 39.22%), seguido de la población mayor igual a 60 años ($n=5\ 225$; 26.19%), hubo predominancia por mujeres ($n=13\ 375$; 67.04%), se encontró 2 714 referencias con información incompleta, 1 605 fueron rechazadas y 1 109 estuvieron pendientes de ser evaluadas o se encontraban observadas. En relación al tiempo de programación de cita se encontró al CMI Rímac con una duración ≥ 7 días [$n=1811$, 99.5%, RIQ=51 y 110], CMI Tahuantinsuyo bajo con una duración ≥ 7 días [$n=1274$, 99.1%, RIQ=56 y 115], CMI Piedra Liza con una duración ≥ 7 días [$n=540$, 98.5%, RIQ=52 y 113] y CMI Juan Pablo II con una duración ≥ 7 días [$n=1117$, 97%, RIQ=45 y 109]. El estudio concluye evidenciando una ausencia de normatividad actualizada, tiempos mayores de 80 días desde el registro de la referencia hasta la cita, lo que denota la nula interoperabilidad entre el Aplicativo Informático de Referencias y Contrarreferencias (REFCON) de las IPRESS del primer nivel y los sistemas informáticos de los hospitales (15).

Ascasibar Y (Lima – Perú, 2019), en su estudio titulado “Factores que influyen en sistema de referencia y contrarreferencia en el servicio de gineco-obstetricia”, tuvo como objetivo determinar la influencia de los factores en el desarrollo del Sistema de referencia y contrarreferencia. Es un estudio descriptivo, transversal y correlacional que empleó el método hipotético-deductivo con enfoque cuantitativo, que incluyó una población de 42 profesionales de salud del servicio de obstetricia y centros periféricos, además de 837 pacientes referidos al servicio de gineco-obstetricia del Hospital de Chancay entre enero y diciembre de 2016. Los resultados muestran que de los 264 pacientes encuestados mayormente pertenecían al grupo etario de 26-32 años [$n=91$, 34.5%], seguido de 19-25 años [$n=85$, 32.2%]; se refirieron 202 pacientes a consultorio externo (76.5%); según el orden mayor de establecimiento de referencia se encontró a CS Peralvillo [$n=67$, 25.4%], seguido por el PS Pampa libre [$n=42$, 15.9%]; según los profesionales de

salud sobre el nivel de referencias y contrarreferencias que manejan, se cataloga más como: regularmente adecuado [n=24, 57.1%] e inadecuado [n=12, 28.6%]; al evaluar la correlación entre factores y el sistema de referencias y contrarreferencias aplicando la prueba Rho de Spearman se obtuvo un coeficiente de correlación $r=0.585$ y valor de $\text{sig.}=0.0$ lo que es menor al valor de alfa 0.05, con el cual se rechaza hipótesis nula. El estudio concluye confirmando que si los factores influyen en el sistema de referencia y contrarreferencia son adecuados entonces es óptimo el desarrollo del servicio de gineco-obstetricia (16).

1.3. Formulación del problema

1.3.1. Problema general

¿Cuáles serían los resultados de la evaluación de la pertinencia de las referencias de pacientes atendidos en consultorio externo de neurología, Hospital Regional del Cusco, agosto – octubre 2023?

1.3.2. Problemas específicos

- 1) ¿Qué problemas se podría evidenciar al evaluar las referencias de los pacientes que acuden al consultorio externo de neurología, Hospital Regional del Cusco, agosto – octubre 2023?
- 2) ¿Cuánto es el tiempo transcurrido desde la indicación de la referencia hasta la consulta de los pacientes que acuden al consultorio externo de neurología, Hospital Regional del Cusco, agosto – octubre 2023?
- 3) ¿Cuál es el motivo de consulta de las referencias de los pacientes que acuden al consultorio externo de neurología, Hospital Regional del Cusco, agosto – octubre 2023?
- 4) ¿De qué modo comprobar el correcto llenado de las referencias de los pacientes que acuden al consultorio externo de neurología, Hospital Regional del Cusco, agosto – octubre 2023?
- 5) ¿Cómo reconocer los diagnósticos que presenten concordancia diagnóstica según lo emitido en las referencias y la atención especializada de los pacientes que acuden al consultorio externo de neurología, Hospital Regional del Cusco, agosto – octubre 2023?

- 6) ¿Cuál es la cantidad de referencias cuyo diagnóstico podría haberse manejado en el establecimiento de referencia de origen de los pacientes que acuden al consultorio externo de neurología, Hospital Regional del Cusco, agosto – octubre 2023?
- 7) ¿Cómo encontramos la pertinencia y asociación con la valoración de las referencias de los pacientes que acuden al consultorio externo de neurología, Hospital Regional del Cusco, agosto – octubre 2023?

1.4. Objetivos de la investigación

1.4.1. Objetivo general

Identificar los resultados de la evaluación de las referencias y su pertinencia de pacientes atendidos en consultorio externo de neurología, Hospital Regional del Cusco, agosto – octubre 2023.

1.4.2. Objetivos específicos

- 1) Evidenciar los problemas que podría encontrarse al evaluar las referencias de los pacientes que acuden al consultorio externo de neurología, Hospital Regional del Cusco, agosto – octubre 2023.
- 2) Describir el tiempo transcurrido entre la indicación de la referencia y la consulta de los pacientes que acuden al consultorio externo de neurología, Hospital Regional del Cusco, agosto – octubre 2023.
- 3) Precisar el motivo de consulta de las referencias de los pacientes que acuden al consultorio externo de neurología, Hospital Regional del Cusco, agosto – octubre 2023.
- 4) Comprobar el correcto llenado de las referencias de los pacientes que acuden al consultorio externo de neurología, Hospital Regional del Cusco, agosto – octubre 2023.
- 5) Reconocer los diagnósticos que presenten concordancia diagnóstica según lo emitido en las referencias y la atención especializada de los pacientes que acuden al consultorio externo de neurología, Hospital Regional del Cusco, agosto – octubre 2023.

- 6) Conocer la cantidad de referencias cuyo diagnóstico podría haberse manejado en el establecimiento de referencia de origen de los pacientes que acuden al consultorio externo de neurología, Hospital Regional del Cusco, agosto – octubre 2023.
- 7) Determinar la pertinencia y su asociación con la valoración de las referencias de los pacientes que acuden al consultorio externo de neurología, Hospital Regional del Cusco, agosto – octubre 2023.

1.5. Justificación de la investigación

Actualmente, uno de los problemas descritos en el sistema de salud está relacionado al aumento en la demanda en la atención hospitalaria, esto se debe a la percepción de los usuarios en las facilidades de encontrar en establecimientos de mayor complejidad exámenes más avanzados además de poder recibir atención por un especialista. En relación a este último, según las estadísticas una de las especialidades con alta demanda en la atención descritos es el servicio de neurología.

La sobresaturación del sistema aumenta los tiempos de espera, lo que es un limitante en la atención de pacientes que realmente requieren de ella, disminuyendo así la eficiencia del servicio y la calidad de atención del paciente. El no poder recibir una atención oportuna y satisfactoria es un limitante en relación a la oportunidad de atención.

Motivo por el que la investigación planteada contribuirá a generar un modelo para conocer si dentro del proceso de derivación las referencias indicadas son pertinentes o no, además de entender la importancia del mismo. Asimismo, la investigación realizada será de utilidad para el Hospital Regional del Cusco, ya que a través de ella se impulsará a las autoridades a tomar medidas estratégicas con el objetivo de la mejora en la calidad de atención de los pacientes que acuden al servicio de la manera más óptima, fomentando la teleinterconsulta, la actualización de guías de práctica clínica y elaboración de documentos normativos como por ejemplo: lista de diagnósticos que no deberían ser referidos al Hospital Regional y pueden manejarse en Establecimiento de Salud de origen; evitando la

sobrecarga del mismo, y el uso inadecuado de recursos del Hospital y gastos propios del paciente, además de ser una base para realizar futuras investigaciones.

1.6. Limitaciones de la investigación

Dentro de nuestro estudio, una limitación importante radica en la falta de un seguimiento diagnóstico detallado de los pacientes, no se realizó una distinción entre los diagnósticos presuntivos o confirmatorios; en lugar de ello generalizamos las categorías médicas de acuerdo a lo indicado en nuestro periodo de tiempo establecido. Pese a esta limitación, este estudio contribuirá a conocer como se elaboran las referencias dirigidas a una de las especialidades con alta demanda de atención en el Hospital en estudio y a partir de ello plantear estrategias de mejora para la eficiencia del servicio y la calidad de atención del paciente. Además de que en futuras investigaciones se sugiera implementar un enfoque más minucioso en el seguimiento diagnóstico, lo que permitiría una clasificación precisa, así como una comprensión más profunda de la evolución de los pacientes a lo largo del tiempo.

1.7. Aspectos éticos

La presente investigación se realizó contemplando los principios éticos establecidos en la Declaración de Helsinki, de la Asociación Médica Mundial, y el Informe de Belmont; los cuales son necesarios para todo trabajo de investigación. El principio básico es el respeto por el paciente, protegiendo su autonomía durante la recolección de datos, al combinar la investigación médica con la atención médica se justifica la investigación por su valor potencial preventivo y diagnóstico; en caso el paciente tenía objeciones o dudas durante la consulta médica se le brindó la información pertinente, siendo tratado con igualdad y respetando su opinión en caso desee ser atendido únicamente por el especialista, no emitiendo opinión sobre la misma, todo esto último aplica el principio de justicia (17,18).

Durante la recolección de datos se respetó el derecho a la confidencialidad de la información; indicando que todos los datos obtenidos fueron estrictamente confidenciales, solo la autora y la asesora del estudio tuvieron acceso a todos los datos recabados de las hojas de referencia, así como de los registros de las historias clínicas. La codificación individual, según el número de historia clínica evitó la filtración de datos personales de los pacientes.

Aunque el objetivo de la investigación médica es generar nuevos conocimientos, no se debe primar a este último por sobre el bienestar y derecho del paciente, lo que involucra el principio de beneficencia; nuestro estudio tiene un diseño que no significó un riesgo en la vida de los pacientes involucrados durante su aplicación, maximizando los beneficios posibles. La información recopilada será usada únicamente con fines de investigación, los resultados serán entregados a las autoridades del Hospital Regional de Cusco, esto con la finalidad de que puedan servir para la mejora en la gestión y calidad de la atención, a partir de las referencias recibidas (18,19).

CAPITULO II

MARCO TEORICO CONCEPTUAL

2.1. Marco teórico

2.1.1. Sistema de salud

La Organización Panamericana de la Salud se dedica a fortalecer los sistemas de salud basados en la Atención Primaria de Salud y respaldar la transformación de los sistemas nacionales de salud. Su enfoque abarca áreas como la prestación de servicios integrados, la gobernanza y la dirección en los sistemas de salud (20).

El acceso universal a la salud (AUS) y la cobertura universal de salud (CUS) son esenciales para garantizar que las personas dispongan de servicios de salud integrales sin discriminación. Esto implica servicios adecuados, oportunos y de calidad; para lo cual requieren la implementación de acciones multisectoriales que aborden los determinantes sociales de la salud y promuevan la participación de toda la sociedad. Según datos de los países de las Américas, alrededor de un tercio de las personas (29,3%) informaron no buscar atención médica cuando la necesitaron debido a diversas barreras relacionadas con la organización de los servicios, financiamiento, disponibilidad de recursos y aceptabilidad (21).

El sistema de salud peruano comprende proveedores de servicios públicos y privados, que se organizan en 5 segmentos: Gobierno (estructurado en 3 subsistemas, el nacional: MINSA, regional: DIRESA y local: municipalidades según la jurisdicción), Seguro Social de Salud, las Sanidades de las Fuerzas Armadas, Sanidad de la Policía Nacional de Perú y las instituciones del sector privado. En consecuencia, éste presenta un grado elevado de fragmentación, una importante proporción de población no cubierta y grandes diferencias de cobertura entre los individuos (22).

Con respecto al crecimiento poblacional registrado en el CENSO del 2017, realizado por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) se señala que durante el periodo 2007-2017 a nivel de Cusco la población

femenina incrementó en 22 467 (3,8%), y la población masculina en 11 657 (2%), lo que muestra una tendencia creciente y puede explicar porque año tras año aumenta la demanda en los servicios de salud, perdiéndose la prioridad de atención (4,23).

A diferencia de 1990, el perfil demográfico de la población peruana para el 2017 mostró una tendencia a una población más envejecida. Y comparando el impacto de las principales enfermedades como problema de salud, en 1990 se atribuían más a causas transmisibles, maternas, neonatales y nutricionales; mientras que para el 2017 hubo una inclinación hacia las enfermedades no transmisibles (24).

La atención primaria debería ser capaz de atender la mayoría de los servicios necesarios y derivar a los pacientes a hospitales solo cuando sea estrictamente necesario. No obstante, en el Perú, el nivel de atención primaria aún prioriza los servicios relacionados con enfermedades transmisibles, maternas, neonatales y nutricionales. Según el reporte del Ministerio Nacional de Salud (MINSA) en el 2010 dentro del grupo de enfermedades no transmisibles se encontró a las enfermedades cerebrovasculares dentro de las que produjeron mayor mortalidad (22,24). Para hacer frente a estos desafíos en salud, la OMS propone la implementación de la cobertura universal de salud, que abarca tres dimensiones: prestacional (servicios de salud cubiertos), poblacional (proporción de personas cubiertas) y financiera (proporción de gastos cubiertos); a partir de las cuales se deben tomar decisiones para determinar si se prioriza ampliar la cobertura a más personas, aumentar los servicios disponibles o garantizar una cobertura financiera más completa (24).

En el Perú, en respuesta a la fragmentación del sector Salud se promulgó la Ley de Aseguramiento Universal de Salud (AUS) en 2009, con el objetivo de asegurar el pleno derecho de todas las personas a la seguridad social en salud. Diez años después, mediante el Decreto de Urgencia (DU) N.º 017-2019, se cerró la brecha de cobertura poblacional al afiliarse al Seguro

Integral de Salud a todos los residentes en el Perú que carecían de un seguro de salud, independientemente de su clasificación económica (24). Según señala el INEI en el 2017, más de 20 millones de peruanos están afiliados a algún seguro, dentro de los cuales 13'039,920 usuarios pertenecen al Sistema Integral de Salud (SIS) y 7'299,949 al Seguro Social de Salud (EsSalud), en contraparte 7'208,221 peruanos (25%) no cuentan con ningún seguro (23).

El Ministerio de Salud otorga atención integral de salud a la población que no tienen posibilidad de acceso a otros regímenes de aseguramiento mediante el Seguro Integral de Salud (SIS), siendo contribuyente en la mejora de salud y calidad de vida de la población peruana (NT 2005). Dentro de los principios del aseguramiento universal en salud se encuentran: universalidad, solidaridad, unidad, integralidad, equidad, irreversibilidad, y sistema participativo (22).

Los Comités Locales de Administración de Salud (CLAS) son órganos de gestión de la salud sin fines de lucro, integradas por representantes de la comunidad donde el Estado comparte recursos con este último con el fin de administrar y brindar un servicio de salud más eficiente. Existen 763 Asociaciones CLAS a nivel nacional que administran 2,152 centros de salud, lo que representa el 33% de los establecimientos de primer nivel, las cuales brindan servicios de salud a 8.5 millones de habitantes que se encuentran en los estratos de mayor pobreza (22).

2.1.2. Sistema de referencia

Según la Norma Técnica N° 018-MINSA/DGSP-V.01 (2005) es definida como el conjunto de procedimientos asistenciales y administrativos por el cual se asegura la constancia de atención del usuario, de acuerdo a sus necesidades, tiene el objetivo de transferir al paciente a un establecimiento de mayor capacidad resolutoria que la de su origen (2).

Como concepto específico podemos definir la referencia a neurología como el documento por el que el médico o personal de salud solicita la evaluación especializada al cual se le atribuye una enfermedad neurológica.

2.1.2.1. Importancia del sistema de referencia

Según señala el Ministerio de Salud podemos resumir que con el fin en la mejora de la atención del usuario el Sistema de Referencia es fundamental porque:

- Fomenta la eficiencia en el sistema de salud, en los países en desarrollo, es común que establecimientos de segundo y tercer nivel con recursos especializados atiendan problemas de salud simples, lo cual afecta la eficiencia del sistema.
- Garantiza un acceso equitativo a los servicios de salud. Sin un sistema de referencia adecuado, se dificulta la atención oportuna de casos complejos, lo que puede dar lugar a listas de espera, corrupción, insatisfacción del usuario y mayores costos para el sistema. Esto afecta más a los residentes de zonas rurales, ya que no tienen acceso a proveedores de segundo y tercer nivel ubicados en áreas urbanas.
- Previene la generación de costos innecesarios tanto para el sistema de salud como para los usuarios, evitando gastos superfluos al dirigir a los pacientes al nivel de atención adecuado desde el principio (25).

2.1.2.2. Hoja de referencia

Formato aplicado a nivel nacional que se usa para anotar la información correspondiente al proceso de referencia. 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 (2,25).

Para un correcto llenado debe de seguirse el instructivo propuesto por la Norma Técnica del Sistema de Referencia, el mismo que explica los ítems que deben de anotarse en el formato para considerar que esta llenada adecuadamente:

- Datos generales: fecha en el que se realiza la referencia, tipo de seguro, establecimiento de origen y de destino.
- Identificación del afiliado: código de afiliación, la historia clínica, y datos personales del paciente
- Resumen de la Historia clínica: anamnesis, examen médico, diagnóstico, responsable de la referencia, etc. (26).

La vigencia de la hoja de referencia tanto para consulta externa como apoyo al diagnóstico es de 60 días, considerando desde la solicitud del médico tratante, el cual se especifica dentro de los datos generales de la misma (26).

2.1.2.3. Organización del Sistema de Referencia

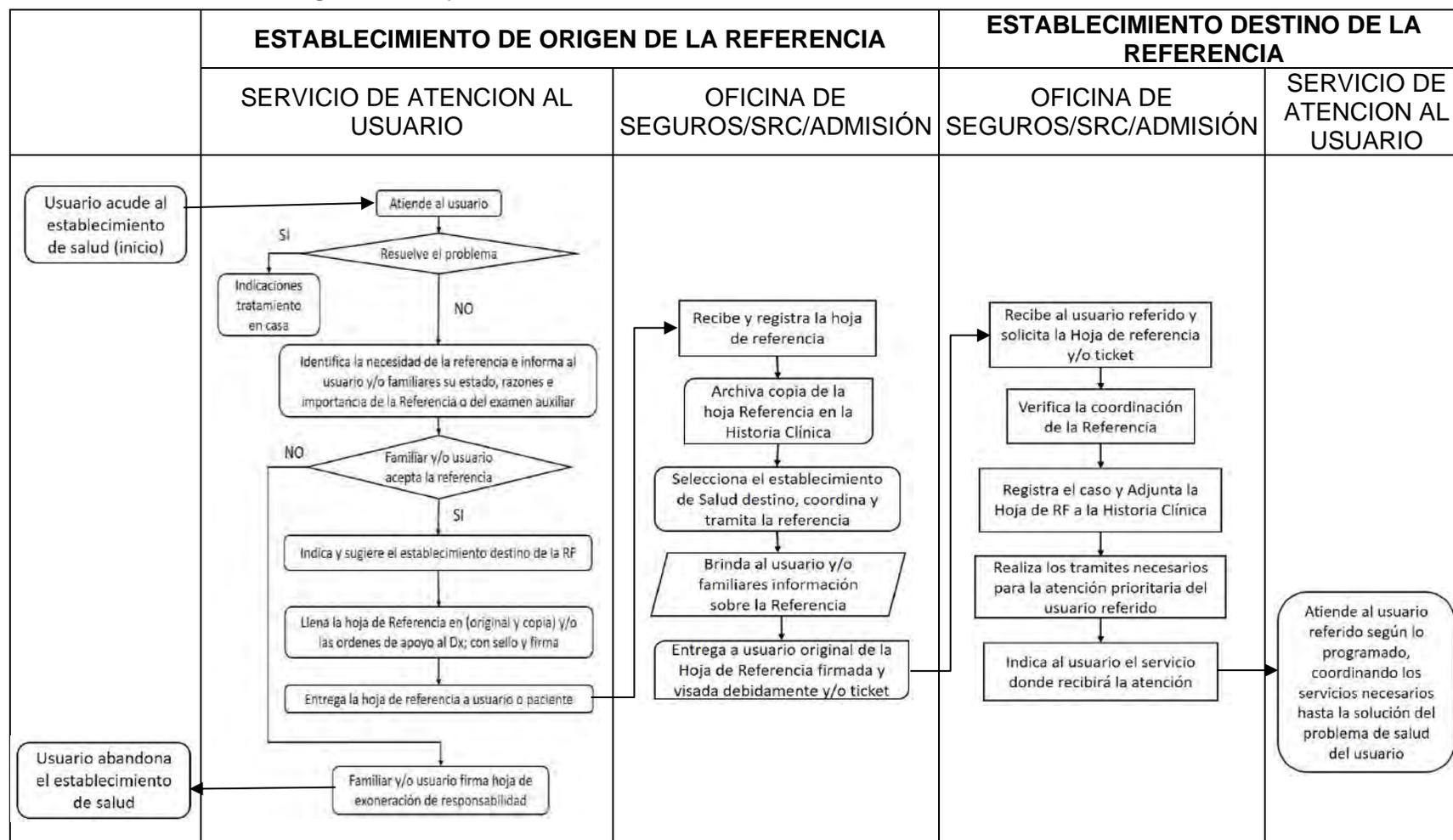
Este sistema involucra a los actores del proceso de salud y autoridades sectoriales que conforman el nivel administrativo, nivel prestacional y el nivel comunal:

- Nivel administrativo: se subdivide a nivel Nacional, Regional, Dirección de Red de Salud y Microred
- Nivel prestacional: establecimientos de salud de diferente complejidad encargadas de la ejecución de referencias.
- Nivel comunal: constituye los agentes comunitarios responsables de acompañar e informar al Establecimiento de Salud los signos que presente el usuario (2).

2.1.2.4. Criterios para la selección del Establecimiento de destino de la Referencia

- Capacidad resolutive: se refiere a la selección del centro de salud que cuente con los medios técnicos o especializados que requiera el usuario referido para su atención.
- Accesibilidad: se refiere al establecimiento de mejor acceso a las vías de comunicación y transportes convencionales.
- Oportunidad: la referencia debe hacerse de forma correcta según las guías, evitando complicaciones del paciente (2).

El proceso de referencia, de consultorios externos y apoyo al diagnóstico, según la Unidad Productora de Servicios de destino se detalla en el siguiente esquema:



FUENTE: Elaboración propia, reproducido del “Mapa global del proceso de referencia en consultorios externos y apoyo al diagnóstico” según la NT N° 018 MINSA del Sistema de Referencia y Contrarreferencia de los Establecimientos del Ministerio de Salud

2.1.2.5. Disfunciones o limitaciones del sistema de referencia

Según la Norma Técnica 018-MINSA/DGSP-V.01 se describe:

- Consulta directa por el usuario a otros Establecimientos de Salud, sin previa evaluación por un centro de primer nivel.
- Sub-utilización de servicios: se refiere a la falta de indicación a otro establecimiento de mayor complejidad en caso el usuario lo requiera, esto a causa de desconocimiento, dificultad de accesibilidad o desconfianza.
- Sobre-utilización de servicios: o referencias innecesarias.
- Escasa información brindada a los establecimientos de mayor complejidad por personal del primer nivel (2).

Según la Encuesta Nacional de Hogares (Enaho) 2020, el 17% de mujeres y 18.4% de varones con problemas de salud antepuso acudir a una botica o farmacia en lugar de un establecimiento de salud, y comparándolo con el 2019 la búsqueda de atención en establecimientos MINSA disminuyó en 8.4% en mujeres y 6.5% en varones. Las razones por las que no se busca atención en un centro de salud son porque: el 44.8% no consideraba necesario recibir atención, el 30% denotaba mayor preferencia por remedios caseros o automedicación, y un 15.7% señaló que el establecimiento se encontraba lejos, había falta de confianza o había demora en la atención (23).

2.1.2.6. Evaluación del sistema de referencia

La evaluación sistemática del sistema de referencia es un mecanismo importante que permite:

- Identificar a los profesionales que cumplen y que no cumplen con el correcto llenado de instrumentos.
- Determinar si direccionamiento de la referencia fue correcto.
- Actualizar la cartera de servicios de salud.
- Actualizar los criterios para referencias (25).

2.1.2.7. Factores asociados al proceso de referencia

2.1.2.7.1. Establecimiento de Salud de origen

Son las IPRESS que refieren al paciente a un centro donde las prestaciones asistenciales superen su capacidad resolutive, el mismo que se detalla dentro de los datos generales de la hoja de referencia (26,27)

2.1.2.7.2. Niveles de atención

En el contexto de la referencia para la continuidad de la atención de las necesidades de salud debe diferenciarse a las categorías según complejidad:

- Primer nivel de atención: Centros de Salud enfocados en la atención de problemas de salud de baja complejidad. Se realizan actividades preventivo promocionales, se ofrece diagnostico precoz y tratamiento de patologías frecuentes.
- Hospital nivel III: Establecimientos de Salud con ámbito referencial nacional y regional, enfocados en la atención ambulatoria, de emergencia y hospitalaria altamente especializada (2,28).

2.1.2.7.3. Tiempo transcurrido entre la indicación de la referencia y la consulta

Tiempo que pasa desde la fecha de emisión de la referencia hasta la cita con el especialista, en la Norma Técnica 018-MINSA/DGSP-V.01 2005 no se describe un periodo concreto; sin embargo, en el mismo indica que para pacientes referidos para consulta externa se debe respetar una vigencia de la hoja de referencia hasta 60 días calendario, posterior al cual se invalida o puede renovarse de acuerdo a la solicitud del médico tratante. El tiempo para la derivación pueden afectar la satisfacción, calidad de

vida y progresión o curso clínico del paciente; razón por la que garantizar que los pacientes correctos sean atendidos por el personal de salud adecuado dentro del marco de tiempo apropiado es clave para un buen sistema de referencia (27).

2.1.2.7.4. Llenado de la hoja de referencia

Se debe evaluar el llenado de la hoja de referencia desde su calidad. Según la OMS, la calidad es una cualidad de la atención sanitaria esencial para la mejora de la salud de la población (29).

Para garantizar la calidad de información y el cumplimiento de las normas y procedimientos establecidos, descritos en el Sistema de Referencia es esencial contar con un equipo encargado de monitorear y supervisar los procesos de referencia. Además de mejorar la calidad de la información y la gestión de la demanda de servicios de salud brinda capacitación al personal, lo cual tiene efectos positivos en la gestión futura del Sistema de Referencia. Del mismo modo, en la institución que recibe la referencia, idealmente también se debe designar a un responsable para revisar la información de los formularios y garantizar la coherencia entre las distintas registros (25).

2.1.2.7.5. Diagnóstico de la referencia

Expresión que se utiliza a nivel mundial para describir el estado de salud de la persona en términos de enfermedades, con el que el paciente es enviado desde su establecimiento de origen al establecimiento de destino, ello tomando en cuenta la Clasificación Internacional de Enfermedades en la terminología

médica usada por la Organización Mundial de la Salud (OMS); este último puede definirse como el sistema integrado de categorías donde se asignan enfermedades, lesiones y motivos de consulta, según sus criterios establecidos. Además en la hoja de referencia se debe especificar si es definitivo, presuntivo o repetitivo (26,30).

2.1.2.7.6. Motivo de referencia

Causa por la cual el problema de salud del usuario supera la capacidad resolutoria del EESS o cuando se requiere opinión especializada, confirmación diagnóstica, necesidad de procedimiento y/o continuidad de tratamiento especializado. Este puede darse según los criterios la selección del establecimiento de destino de la referencia (capacidad resolutoria, accesibilidad, oportunidad), mismas que detallamos líneas atrás. En la hoja de referencia este puede encontrarse detallado en el resumen de la historia clínica o anamnesis (26,31).

2.1.2.8. Pertinencia de la referencia

Se considera referencia pertinente cuando:

- Cumple con las reglas de derivación establecidas en los Protocolos de Referencia y Contrarreferencia del Establecimiento o especialidad indicada.
- Respeta los criterios clínicos inclusivos o exclusivos del problema de salud causante de la derivación (32).

En nuestra investigación, la pertinencia puede considerarse una variable medible tomando en cuenta la valoración de la evaluación de las referencias, sumado a los criterios clínicos dados por el especialista.

Dentro de las causas atribuibles a la IPRESS de origen por la que una referencia es observada es por: datos inconsistentes del paciente; mal proceso/área de referencia, diagnóstico o motivo; no cumple con el requisito de protocolo del servicio; o referencia puede ser resuelta en su red o IPRESS de origen (27).

Según la NT-018-MINSA del Sistema de Referencia y Contrarreferencia, la referencia injustificada es aquella en la que el centro de salud si contaba con la capacidad para solucionar el motivo de referencia o el establecimiento de destino no contaba con la capacidad resolutive. Estas deben ser evaluadas por la Oficina de Referencias y Comité del Sistema de Referencia Contrarreferencia, quien informa los resultados y propone medidas correctivas (2).

2.1.2.9. Optimización del sistema de referencia

Según señala el metaanálisis de Arab & cols. las admisiones inadecuadas y la infrautilización de los servicios de atención médica imponen una carga financiera en todos los sistemas de salud. Indicando que al adaptar medidas estándar de admisión, tratar a los pacientes en centros de salud adecuados y establecer un sistema de referencia adecuado puede reducirse la tasa de admisiones inoportunas, lo que a largo plazo brindaría beneficios para el personal de salud y pacientes, mejorando así la productividad del hospital (33).

La Iniciativa Regional de Reforma del Sector Salud en América Latina y el Caribe (RSS ALC) es una sociedad establecida con el fin de mejorar el acceso equitativo a los servicios de salud, mediante la implementación de nuevos proyectos, uno de ellos es el proyecto PHRplus (Socios para la Reforma Sanitaria plus), que trabaja conjuntamente con los gobiernos y organismos no gubernamentales para fortalecer las políticas y los sistemas de salud. Con dicho proyecto Bitrán & Asociados elaboraron un

informe sobre la implementación del Sistema de Referencia y Contrarreferencia (SRC) como herramienta de gestión, donde indica que debe tenerse en cuenta que no se trata simplemente de cumplir con procedimientos y normas, sino de lograr los resultados deseados, como dirigir la demanda de servicios de salud a los niveles adecuados según su complejidad. Por un lado, los costos asociados al mal funcionamiento del Sistema de Referencia recaen en los usuarios (tiempo perdido) y en la institución financiadora (uso ineficiente de recursos). Estos costos no se trasladan al profesional encargado de generar las referencias, lo que puede resultar en una falta de pertinencia, calidad y oportunidad en las referencias (25).

Hacer un seguimiento de las referencias recibidas permite comparar las normas y procedimientos con la realidad. De aquí que pueden elaborarse incentivos que influyan en el comportamiento de los actores y logren los diferentes intereses asociados al cumplimiento de los objetivos institucionales (25).

2.1.3. Sistema de referencia en el Hospital Regional del Cusco

La oficina de Referencias y Contrarreferencias se considera dependencia de la Oficina de Seguros y Convenios, la cual actualmente está a cargo de la Dra. Erika Farfán (34).

La última actualización del Reglamento de Organización y Funciones (ROF) del Hospital Regional del Cusco, publicado el año 2014, señala en su artículo 36 y 37 las funciones que cumple la oficina de Seguros, Referencias y Contrarreferencias, las mismas que incluyen coordinar la referencia y contrarreferencia de los usuarios entre establecimientos de salud, mediante centros de comunicación que permitan la integración del sistema, tanto a nivel regional y nacional; y evaluar las mejoras en la atención de los pacientes asegurados. La oficina de seguros mantiene líneas de interrelación, estas son:

- De dependencia: depende de la Dirección ejecutiva del Hospital.

- De autoridad: sobre el personal asignado a estas áreas.
- De responsabilidad: cumplimiento de funciones y logro de objetivos.
- De coordinación: establece relaciones con los órganos del Hospital Regional del Cusco, Dirección Regional, Hospitales de Referencia, y organismos públicos y privados relacionados a su materia (35).

La oficina de Referencias y Contrarreferencias del Hospital Regional del Cusco opera en base a tres niveles de atención: primer nivel (centros y puestos de salud), segundo nivel (hospitales generales y clínicas), y tercer nivel (institutos nacionales de salud y centros médicos especializados). Desde julio de 2018 para la coordinación de referencias se implementó el Sistema REFCON-MINSA, el mismo que utiliza un sistema online que permite una mayor organización en la derivación de pacientes según su diagnóstico y capacidad resolutive. Si bien uno de los objetivos es el seguimiento oportuno de las referencias y contrarreferencias en el aplicativo REFCON, la oficina del Hospital Regional del Cusco prima la atención de pacientes de emergencia. Para el cumplimiento de metas atención, la Oficina de Referencias y Contrarreferencias toma como base la Norma Técnica N° 018-MINSA/DGSP-V.01 (2005), para la referencia de emergencia, consultorio externo y apoyo al diagnóstico. A partir de ésta se elaboró un plan de trabajo 2022, en el cual se detalla como objetivos el cumplimiento y seguimiento oportuno de referencias y contrarreferencias en el aplicativo REFCON para ver el estado en la que se encuentran (aceptada, citada y recibida). Para cada actividad se asignó un personal de salud, entre licenciadas de enfermería y obstetras, actualmente vienen siendo un total de 6 personas encargadas de la oficina de referencias y contrarreferencias; y el personal a cargo de que se cumplan las funciones del servicio es la Lic. Evelin Santisteban Quispe (36).

2.1.3.1. Funciones de la Oficina de Referencias y Contrarreferencias

- Coordinación de referencias de centros de salud y hospitales se realiza por medio de celular, WhatsApp y correo.

- Registro detallado de las referencias coordinadas, no coordinadas y no aceptadas en el programa Microsoft Excel.
- Registro de referencias de emergencia y consulta externa en el aplicativo REFCON y levantamiento de observaciones.
- Seguimiento de referencias de emergencia materna, ginecológicas y niños menores de 5 años.
- Recojo de hojas de referencia de triaje de emergencia de todo paciente, para su digitación en Excel.
- Brindar información y orientación a pacientes referidos por consulta externa a Hospitales o Institutos fuera de Cusco.
- Elaboración de un informe mensual operacional de referencias y contrarreferencias, además del informe mensual de REFCON de las referencias por ley de emergencias, informe de referencias injustificadas (36).

2.1.3.2. Informe operacional del sistema de referencias y contrarreferencias

La Oficina de Referencias y Contrarreferencias del Hospital Regional del Cusco cuenta con un reporte operacional detallado por meses, del mismo que se realizó un resumen (6):

Tabla 1. Registro de referencias y Contrarreferencias por año

	Referencias recibidas	Contrarreferencias emitidas
2020	35 703	8 037
2021	22 598	8 266
2022	51 771	7 888
2023 (enero a julio)	58 664	5 978

FUENTE: Elaboración propia

En relación al año 2022, el informe emitido para Sala Situacional contó con los datos registrados entre los meses enero a setiembre, de donde podemos mencionar:

- Según la categoría del establecimiento de salud, reportándose la mayor cantidad en el mes de setiembre con 5184/12779 referencias (40.6%), dentro de este 1029 proceden de puestos de salud, 3868 de centros de salud, 266 de hospitales nivel II y 21 de hospitales nivel III.
- Ante la unidad productora de servicios (UPS) de destino de referencias muestra una mayor cantidad para el último mes de 4711 referencias a consulta externa, 704 emergencia y 310 apoyo al diagnóstico, con un total de 5725/29091 (19.68%).
- De acuerdo a las referencias por emergencia se describe según sexo en mayor cantidad el mes de enero 2022 [944/6384, 14.79%, 356 varones y 588 mujeres] (6)

Para el 2023, se obtuvo el informe consolidado de referencias y contrarreferencias de enero a julio; donde se detalla que:

- Hubo 216 referencias efectuadas, de las cuales 213 contaban con SIS; según el servicio de mayor referencia se registra 164 derivados a especialidades diferentes a pediatría, ginecoobstetricia, medicina, cirugía, laboratorio e imágenes.
- Las referencias recibidas según UPSS fueron 58 664: 5193 por consultorio externo y 53 471 por emergencia.
- El diagnóstico de las referencias para julio 2023 según etapas de vida registra más en niños, adolescentes, adultos y adultos mayores insuficiencia respiratoria aguda; mientras que en jóvenes denota preeclampsia no especificada.
- La cantidad de contrarreferencias efectuadas fue de 5978, siendo mayor del área de hospitalización del servicio de ginecoobstetricia, seguida por cirugía y medicina interna

Se tiene un reporte detallado mensual de las referencias injustificadas desde 2022 hasta julio 2023, las mismas que se registran según el criterio de cada especialista. Para julio de 2023 se muestra 18 referencias injustificadas tanto de

establecimientos de área urbana como rural, siendo los motivos principales que pudieron ser atendidas por consulta de primer nivel y/o el paciente se encontraba estable (6).

2.1.4. Situación de las afecciones neurológicas

La transición sociodemográfica y epidemiológica en los países en desarrollo ha cambiado la morbilidad y patrón de mortalidad, lo que ha traído a las enfermedades no transmisibles a la vanguardia del sistema de prestación de atención de salud. Dentro de este grupo, las afecciones neurológicas constituyen una proporción importante que afecta la morbilidad, la mortalidad, la discapacidad y la calidad de vida. Según el Análisis Situacional Cusco 2021 se registran a las enfermedades del sistema nervioso dentro de las 10 primeras causas de mortalidad con una tasa de 19.5 por cada 100 000 habitantes registrado el 2018. Asimismo, el Análisis Situacional 2020 del Hospital Regional del Cusco señala a la UPSS de consulta externa con una tendencia al aumento en las atenciones médicas y una tendencia a la disminución de atendidos, registrándose en el año 2019 a 29 618 pacientes atendidos, considerando al consultorio externo de neurología una de las principales especialidades con alta demanda en atenciones luego de gastroenterología (6725 en el 2019) (4,5).

2.2. Definición de términos básicos

- **Sistema de referencia.-** Proceso administrativo asistencial que es parte inherente del sistema prestacional, tiene el fin de garantizar la continuidad de atención de los usuarios en los servicios de salud e integrar de manera técnica-asistencial-administrativa las capacidades resolutivas existentes en la oferta de servicios según las necesidades del usuario, transfiriendo al paciente de un centro de salud de menor a otro de mayor capacidad resolutiva (2).
- **Referencia a neurología.-** Procedimiento administrativo por el que un personal médico facultado transfiere la responsabilidad de atención de un usuario a otro centro de mayor capacidad resolutiva, solicitando la evaluación especializada porque se le atribuye una enfermedad neurológica.(2,37).

- **Motivo de la referencia.-** Causa por la cual el problema de salud del usuario supera la capacidad resolutoria del EESS o cuando se requiere opinión especializada, confirmación diagnóstica, necesidad de procedimiento y/o continuidad de tratamiento especializado (31).
- **Concordancia diagnóstica:** Hace referencia a la coincidencia existente entre el diagnóstico emitido en la hoja de referencia por el médico de establecimiento de salud de origen y el diagnóstico indicado durante la consulta por el neurólogo.
- **Diagnóstico positivo en la referencia:** Se refiere al grupo diagnóstico específico mencionado en la hoja de referencia, que se examina al evaluar cada grupo de enfermedades.
- **Diagnóstico negativo en la referencia:** Alude a los otros grupos diagnósticos que difieren del grupo de enfermedad principal que se está valorando durante el análisis.
- **Referencia injustificada.-** Documento que no cumple con los criterios de la normativa del Sistema de Referencia y Contrarreferencia; el centro de derivación si contaba con la capacidad resolutoria para solucionar el motivo de la referencia, hay una sobreutilización del sistema o el diagnóstico del centro de destino no guarda relación con el motivo de la referencia (2).
- **Pertinencia de la referencia.-** Medida que comprueba si se cumple los criterios normativos de referencia y contrarreferencia, así como que también se respeten los criterios clínicos establecidos por el especialista acerca del problema de salud causante de la referencia (32).
- **Primer nivel de atención.-** Establecimientos de salud donde se ven los problemas de salud de baja complejidad con una oferta de gran tamaño y menor especialización; su fin es brindar actividades preventivo promocionales, diagnosticar y tratar oportunamente las necesidades de salud frecuentes (28).
- **Hospital nivel III.-** Establecimiento de salud responsable de satisfacer las necesidades de salud de la población en su ámbito referencial nacional y regional, brinda atención integral ambulatoria, de emergencia y hospitalaria altamente especializada, enfatizando la recuperación y rehabilitación (28).

2.3. Hipótesis

2.3.1. Hipótesis general

De la evaluación de las referencias los problemas a nivel prestacional podrían estar relacionadas con la pertinencia de las mismas, afectando en el correcto funcionamiento del servicio.

2.3.2. Hipótesis específicas

- 1) Se esperaría que al evaluar las referencias encontremos problemas a nivel prestacional, en los pacientes que acuden al consultorio externo de neurología, Hospital Regional del Cusco, agosto – octubre 2023
- 2) El tiempo transcurrido entre la indicación de la referencia y consulta no superaría los 60 días, que está relacionado a la vigencia del formato de referencia, en los pacientes que acuden al consultorio externo de neurología, Hospital Regional del Cusco, agosto – octubre 2023.
- 3) La falta de capacidad resolutive y necesidad de evaluación por especialista podrían ser los motivos más frecuentes de referencia de los pacientes que acuden al consultorio externo de neurología, Hospital Regional del Cusco, agosto – octubre 2023.
- 4) Se espera encontrar una proporción considerable de referencias incompletas en los pacientes que acuden al consultorio externo de neurología, Hospital Regional del Cusco, agosto – octubre 2023.
- 5) Se propone que la convulsión y cefalea representan las patologías neurológicas con mayor concordancia entre el diagnóstico indicado en la referencia con el de la consulta especializada, en los pacientes que acuden al consultorio externo de neurología, Hospital Regional del Cusco, agosto – octubre 2023
- 6) La cantidad de referencias injustificadas que podrían haberse manejado en el establecimiento de derivación de origen superarían al grupo de referencias pertinentes, en los pacientes que acuden al consultorio externo de neurología, Hospital Regional del Cusco, agosto – octubre 2023.

- 7) Las referencias dirigidas al servicio de neurología serían consideradas pertinentes si cumplen con los criterios normativos y clínicos del proceso de referencia, esperando hallar una correlación significativa entre la valoración de las referencias y su pertinencia.

2.4. Variables

2.4.1. Variables implicadas

2.4.1.1. Variable independiente

- Evaluación de las referencias:
 - Tiempo transcurrido entre la indicación de la referencia y consulta
 - Motivo de la referencia
 - Llenado de la hoja de referencia
 - Concordancia diagnóstica
 - Diagnóstico pudo haberse resuelto en la atención primaria

2.4.1.2. Variable dependiente

- Pertinencia de las referencias

2.4.1.3. Variables intervinientes

- Edad
- Grupo etario
- Sexo
- Lugar de procedencia
- Zona de referencia (urbana o rural)
- EESS de origen
- Categoría del EESS de origen

2.5. Definiciones operacionales

Variable	Definición Conceptual	Naturaleza de variable	Forma de medida	Indicador	Escala de medición	Instrumento y procedimiento de medición	Expresión final de la variable	Ítem	Definición Operacional de la variable	
V. I N T E R V I N I E N T E S	Edad	Tiempo que ha transcurrido desde el nacimiento de un ser vivo (38).	Cuantitativa	Indirecta	Fecha de nacimiento	De razón	Mediante datos consignados en la ficha de observación	Edad: ___ en años cumplidos	1	Tiempo que ha vivido una persona expresada en años desde su nacimiento hasta la fecha de atención en el servicio.
	Grupo etario	Grupo de personas clasificadas por la edad que presentan (39).	Cualitativa	Indirecta	Periodo de vida en el que se encuentra una persona según su natalicio	Nominal	Mediante datos consignados en la ficha de observación	Grupo etario: 1) Niño (0-11 años) 2) Adolescente (12-18 años) 3) Joven (19-30 años) 4) Adulto (30-60 años) 5) Adulto mayor (>60 años)	2	Etapas específicas del ciclo vital humano a la que pertenece el paciente desde su natalicio.
	Sexo	Variable biológica y genética que divide a los seres humanos en dos	Cualitativa	Indirecta	Características sexuales externas	Nominal	Mediante datos consignados en la ficha de observación	Sexo: 1) Masculino 2) Femenino	3	La variable sexo se expresará como la condición orgánica 1) Masculino y 2) Femenino

V. I N T E R V I E N T E S		posibilidades: mujer u hombre (40).								
	Lugar de procedencia	Lugar de origen de una persona (41).	Cualitativa	Indirecta	Distrito donde reside actualmente el usuario	Nominal	Mediante datos consignados en la ficha de observación	Lugar de procedencia: _____	4	El lugar de residencia actual de la persona y se expresara como el distrito de donde es referido el paciente.
	Zona de referencia	Agrupaciones de entidades singulares de población respecto a una serie de características concernientes a su modo de vida (42).	Cualitativa	Indirecta	Según la cantidad de habitantes de los municipios	Nominal	Mediante datos consignados en la ficha de observación	Zona de referencia: 1) Urbano 2) Rural	5	Describe el lugar de donde fue referido el paciente, considerando la cantidad de habitantes en la zona.

V. I N T E R V I E N T E S	EESS de origen	Unidad operativa que oferta los servicios de salud, está encargada de realizar actividades asistenciales y administrativas (28).	Cualitativa	Indirecta	Establecimiento de salud que indica la referencia del paciente	Nominal	Mediante datos consignados en la ficha de observación	EESS de donde procede la referencia: _____	6	El nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPRESS) con menor capacidad resolutiva, desde donde se indica la referencia del paciente.
	Categoría del EESS de origen	Atributo de los establecimientos de salud que comparten niveles de complejidad comunes, considera el tamaño, nivel tecnológico y la capacidad resolutiva (28).	Cualitativa	Indirecta	De acuerdo a la Norma Técnica N° 021 – MINSA – Categorías de Establecimientos del Sector Salud	Nominal	Mediante datos consignados en la ficha de observación	Categoría del EESS de donde procede la referencia: 1) Nivel I-1 2) Nivel I-2 3) Nivel I-3 4) Nivel I-4 5) Nivel II-1 6) Nivel II-2 7) Nivel II-E 8) Nivel III-1	7	Indica la IPRESS de donde el paciente es referido considerando su categoría, nivel de complejidad y características funcionales comunes

EVALUACION DE LAS REFERENCIAS: Análisis sistemático de varios componentes en el proceso de referencia de pacientes atendidos en el consultorio externo de neurología. Incluye la medición del tiempo transcurrido entre la indicación de la referencia hasta la consulta, la revisión del motivo de referencia, la valoración del llenado de la referencia, la verificación de la concordancia diagnóstica entre la referencia y el diagnóstico posterior a la consulta especializada, y la evaluación según resolutivez diagnóstica. Las mismas que se resumirán a continuación:

E V A L U A C I O N D E L A S R E F E R E N C I A S	Tiempo transcurrido entre la indicación de la referencia y la consulta	Tiempo que transcurre desde que se le otorga la referencia al paciente hasta la fecha de la cita en el establecimiento o de destino (33).	Cuantitativa	Indirecta	Tiempo en días desde la fecha de indicación de la referencia hasta la fecha de cita con el especialista	De razón	Mediante datos consignados en la ficha de observación	Tiempo transcurrido entre la indicación de la referencia y la consulta: _____ días	8	Es el tiempo que pasa desde la indicación de la referencia en su establecimiento de origen hasta la consulta con el especialista.
	Motivo de referencia	Causa por la cual el problema de salud del usuario supera la capacidad resolutivez del EESS o cuando se requiere opinión diagnóstica, procedimiento y/o continuidad de tratamiento especializado (31).	Cualitativa	Indirecta	Distintas causas por la que el paciente es referido de su establecimiento de salud de origen	Nominal	Mediante datos consignados en la ficha de observación	¿Cuál fue el motivo de referencia? 1) No capacidad resolutivez por el nivel del EESS 2) Necesidad de evaluación por especialista 3) Por carecer de determinado insumo 4) Por carecer de determinado equipo 5) Por servicio saturado 6) Otro: _____	9	Razón o causante por la que el Establecimiento de Salud de origen definió la necesidad de referencia a otro Establecimiento de Salud de mayor complejidad, esto se encuentra en la hoja de referencia.

E V A L U A C I O N D E L A S R E F E R E N C I A S	Llenado de la hoja de referencia		Cualidad que evalúa si se encuentran los datos según el instructivo para el llenado de la hoja de referencia del MINSA (datos generales, identificación del afiliado, resumen de la historia clínica).	Cualitativa	Indirecta	Incompleto (nota vacía/ilegible/nada o poco entendible) Completo (nota completa/legible/entendible)	Nominal	Mediante datos consignados en la ficha de observación	¿Cómo se encuentra el llenado de la hoja de referencia? 1) Incompleto 2) Completo	10	Nos indica la particularidad con la que es enviada la hoja de referencia, la cual se califica durante la consulta con el especialista.
	Concordancia diagnóstica: Variable que mide la relación entre el diagnóstico indicado en la referencia, y el diagnóstico señalado en el Formato único de Atención según el neurólogo. Definimos cada una por separado:										
CONCORDANCIA		Definición propia de dicha	Es la coincidencia entre el diagnóstico que se indica durante la consulta con el especialista y comparado con el indicado en la hoja de referencia.	Cualitativa	Indirecta	Comparación entre el diagnóstico de la hoja de referencia y el diagnóstico del Formato Único de Atención	Nominal	Mediante datos consignados en la ficha de observación	¿Existe concordancia diagnóstica entre el diagnóstico de la consulta con el diagnóstico emitido en la referencia? 1) No existe concordancia 2) Si existe concordancia	11	Compara si el diagnóstico emitido en la hoja de referencia coincide con el diagnóstico del Formato Único de Atención, el cual es dado por el especialista durante la consulta externa.

E V A L U A C I O N D E L A S R E F E R E N C I A S	D I A G N O S T I C A	Diagnóstico en la referencia	Expresión que describe el estado de salud de la persona en términos de enfermedades, con el que el paciente es enviado desde su centro de origen al establecimiento o de destino (30).	Cualitativa	Indirecta	Diagnóstico según CIE-10 con el cual el paciente es referido al servicio de neurología	Nominal	Mediante datos consignados en la ficha de observación	Diagnóstico en la referencia (CIE-10): _____	12	Describe el diagnóstico por el cual el paciente es referido a un Establecimiento de Salud de mayor complejidad, el cual se encuentra detallado en la hoja de referencia.
		Diagnóstico en el Formato Único de Atención (FUA) según neurólogo	Es la expresión que se utiliza a nivel mundial para describir el estado de salud de la persona en términos de enfermedades, con el que el paciente es diagnosticado durante la consulta con especialista (27).	Cualitativa	Indirecta	Diagnóstico neurológico o con CIE-10 que se describe en el Formato Único de Atención (FUA) del hospital	Nominal	Mediante datos consignados en la ficha de observación	Diagnóstico en el FUA según neurólogo _____	13	Diagnóstico según el especialista, que se detalla en el Formato Único de Atención del paciente al final de la consulta neurológica.

E V A L. R E F E R E N C I A S	Diagnóstico pudo resolverse en la atención primaria	Inferencia acerca de si la patología atendida en la consulta con el especialista pudo ser resuelta en el establecimiento de origen o de menor capacidad resolutive (27).	Cualitativa	Indirecta	Evaluación del especialista sobre el diagnóstico o dado al final de la consulta	Nominal	Mediante datos consignados en la ficha de observación	¿El diagnóstico pudo haberse resuelto en la atención primaria? 1) No pudo resolverse 2) Si pudo resolverse	14	Precisa si el diagnóstico al final de la consulta con el especialista pudo haberse resuelto en la atención primaria sin necesidad de una referencia.
Pertinencia de la referencia	Cualidad que cataloga a la referencia según el cumplimiento de los criterios regidos en los Protocolos de Referencia y el respeto de los criterios clínicos del problema de salud causante de la derivación (32).	Cualitativa	Indirecta	Valoración resultante de la evaluación de los indicadores de las referencias, sumado al criterio clínico del especialista.	Nominal	Mediante datos consignados en la ficha de observación	¿La referencia es pertinente? 1) No es pertinente 2) Si es pertinente	15	Indica si la referencia es pertinente o no según el cumplimiento de los Protocolos de referencia recabado de la hoja de referencia y la historia clínica, sumado al criterio clínico del especialista. Se determina al final de la consulta neurológica.	

CAPITULO III

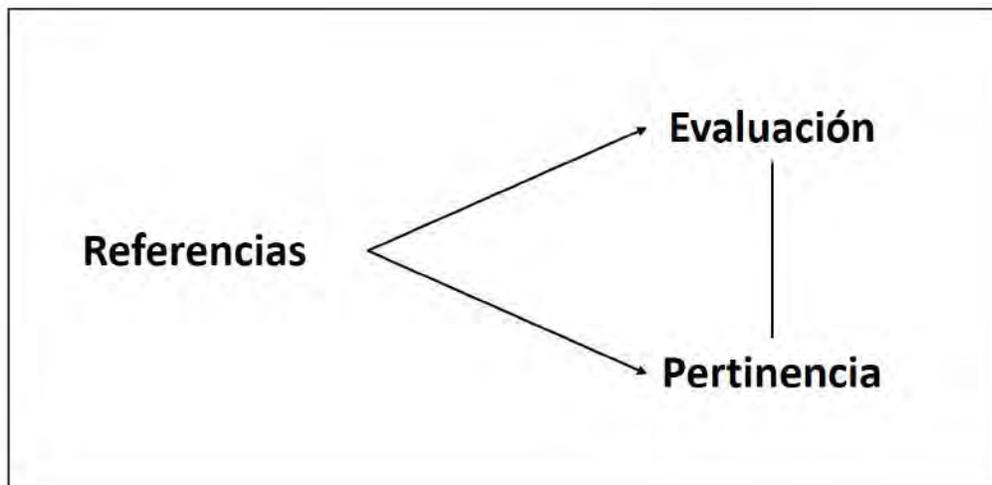
METODOS DE INVESTIGACION

3.1. Tipo de investigación

La investigación correspondió a un estudio transversal dirigido a los pacientes que acuden a consultorio externo de neurología del Hospital Regional del Cusco; es transversal porque recolectó datos durante un periodo determinado, entre agosto y octubre de 2023. Es de carácter observacional, porque no existió intervención del investigador. Se emplea un método hipotético deductivo, porque tomó como premisa una hipótesis inferida de principios teóricos o fue sugerida por el conjunto de datos empíricos y a partir de la cual se generan conclusiones. Asimismo, este estudio fue de enfoque cuantitativo, porque para probar las hipótesis se midieron las variables en un determinado contexto, analizando las mediciones obtenidas por métodos estadísticos y a partir de ellas se extrajeron las conclusiones (43,44)

3.2. Diseño de investigación

El diseño de investigación correspondió a un diseño no experimental porque como investigadores no intervenimos en esta; es de tipo asociativo porque generamos hipótesis y examinamos la relación entre la evaluación de las referencias y la pertinencia (43).



3.3. Población y muestra

3.3.1. Descripción de la población:

Para este estudio el universo estuvo representado por el total de pacientes que acudieron con su hoja de referencia indicada por un establecimiento de salud de menor capacidad resolutive, dirigida al servicio de consulta externa de neurología del Hospital Regional del Cusco, durante un periodo determinado, entre agosto y octubre de 2023. Considerando un promedio diario de 12 pacientes atendidos en el consultorio externo de neurología.

3.3.2. Criterios de inclusión y exclusión

3.3.2.1. Criterios de inclusión

- Pacientes que acudieron al Hospital Regional del Cusco con hoja de referencia indicada en el centro de referencia de origen por personal médico que labore en el mismo, dirigida al consultorio externo de neurología.
- Pacientes que cuentan con Seguro Integral de Salud (SIS) activo.
- Referencias con datos completos e incompletos, que tengan mínimamente el diagnóstico en la referencia.

3.3.2.2. Criterios de exclusión

- Pacientes que acudieron con hoja de referencia dirigida a otra especialidad que no sea neurología o fueron derivados de otra especialidad, o aquellos que acudieron sin hoja de referencia.
- Pacientes que fueron referidos por su establecimiento de referencia de origen por personal de salud que no era médico (enfermera, obstetra, odontólogo, psicólogo, etc.).
- Pacientes que no se hayan encontrado afiliados al Seguro Integral de Salud (SIS).

3.3.3. Muestra: Tamaño de muestra y método de muestreo

3.3.3.1. Muestra: La muestra estuvo conformada por el total de pacientes asegurados al SIS que acudieron con su hoja de referencia al servicio de consulta externa de neurología del Hospital Regional del Cusco, entre agosto y octubre del presente año 2023.

3.3.3.2. Tamaño de muestra: Para calcular el tamaño de muestra se tomó como referencia el documento emitido por el Hospital Regional del Cusco el año 2020, el cual titula “Análisis Situacional de los Servicios Hospitalarios – 2020”, el cual señala que para el año 2019 registra 6725 (22.7%) atenciones en el servicio de consulta externa de neurología, de un total general de 29 618 pacientes (5).

Para el cálculo del tamaño de muestra se usó la calculadora EPIDAT creada por la Dirección Xeral de Saúde Pública, Xunta de Galicia (España) en conjunto con la Organización Panamericana de la Salud (OMS-OPS), la Universidad CES (Colombia) y el Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas (Cuba), obteniendo como resultado (45):

[1] Tamaños de muestra y precisión para estimación de una proporción poblacional	
Proporción esperada:	22.700%
Nivel de confianza:	95.0%
Efecto de diseño:	1.0
Precisión (%)	Tamaño de muestra
-----	-----
5.000	270

Para nuestra investigación seleccionamos de la población total de pacientes que acudieron con su hoja de referencia dirigida al servicio de consulta externa de neurología del Hospital Regional

del Cusco, una muestra de 270 pacientes considerando un intervalo de confianza del 95% y un error estándar del 5%.

3.3.3.3. Tipo de muestreo: El tipo de muestreo es no probabilístico por conveniencia debido a que este muestreo nos resulta conveniente y consideramos que esta muestra es representativa de toda nuestra población (43).

3.4. Técnicas, instrumentos y procedimientos de recolección de datos

Para la presente investigación se empleó la observación, la cual nos permitió conocer la realidad a partir del objetivo planteado; se aplicó el método hipotético deductivo porque a partir de la formulación de hipótesis se recolectaron los datos tanto de las hojas de referencia del paciente como los de la historia clínica que sucedió durante la consulta con el especialista, todo ello permitió explicar los eventos, confirmando la veracidad de las hipótesis propuestas.

Esta investigación se llevó a cabo a través de una ficha de observación personalizada, la misma que consta de 15 ítems, los cuales fueron aplicados en los pacientes asegurados que acudieron con la hoja de referencia indicada por su Establecimiento de Salud de origen, dirigida al consultorio externo de neurología, con la finalidad de evaluar las referencias y su pertinencia; este instrumento registró los datos del paciente, tanto de la hoja de referencia y la historia clínica, así como de la consulta con el especialista entre agosto y octubre de 2023, que tuvo un periodo aproximado de 6 semanas.

Previa a su aplicación el instrumento fue sometido a validación en la semana próxima a la aprobación del proyecto, el cual estuvo a cargo de 5 profesionales expertos en el tema. De la evaluación obtenida se rediseñó el instrumento según las recomendaciones de los expertos

Ya validado el instrumento, previa a su aplicación se solicitó al Director del Hospital Regional del Cusco y a la oficina de Capacitación la autorización para la ejecución del presente trabajo, emitida la autorización la recolección de datos se llevó a cabo en el consultorio externo de neurología durante la atención de cada

paciente, recabando datos tanto de la hoja de referencia como de la historia clínica durante la consulta con el especialista.

3.5. Plan de análisis de datos

Para el plan de análisis de datos se elaboró una base de datos en Microsoft Excel considerando los registros obtenidos de la ficha de observación para cada paciente, el cual registró las variables del estudio tanto de la hoja de referencia como de las historias clínicas durante la atención del paciente en el consultorio externo de neurología, posteriormente los datos fueron transferidos al Paquete Estadístico de Ciencias Sociales IBM SPSS Statistics, para generar las estadísticas y gráficos correspondientes según el objetivo general y específicos de la investigación.

- **Análisis univariado:** Se empleó este análisis para calcular las medidas de tendencia central para las variables cuantitativas, para el caso de las variables cualitativas se expresó en frecuencias y porcentajes.
- **Análisis bivariado:** se empleó para determinar si existe relación significativa entre 2 variables, en nuestra investigación hablamos de la evaluación de las de referencias como variable independiente y la pertinencia como la variable resultado o dependiente

CAPITULO IV

RESULTADOS, DISCUSION Y CONCLUSIONES

4.1. Resultados

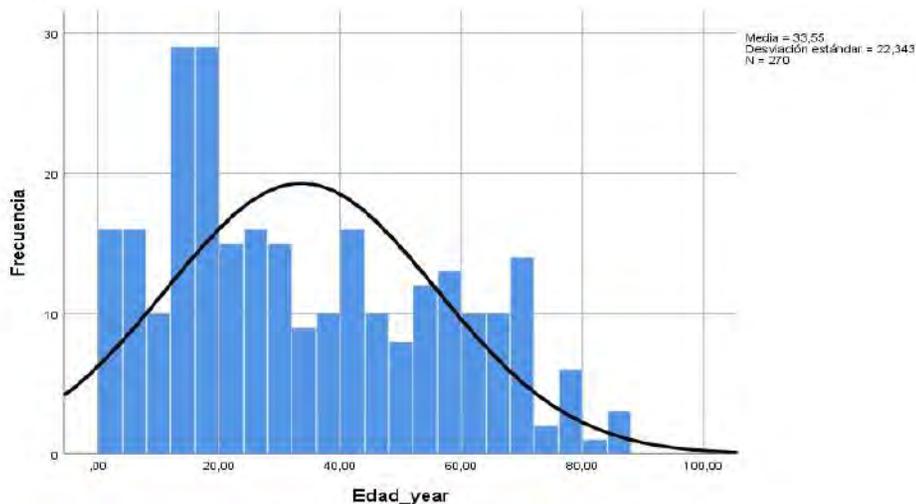
En el presente estudio se recolectaron datos de 270 pacientes con SIS activo, que acudieron al consultorio externo de neurología del Hospital Regional del Cusco, entre el 24 de agosto y 7 de octubre del 2023. Los resultados obtenidos en nuestra investigación se colocaron en tablas y gráficos de frecuencias para una mejor visualización y entendimiento del mismo. En primer lugar, se describió los datos generales del paciente, y posteriormente se indicaron los resultados de acuerdo a los problemas y objetivos planteados en nuestra investigación.

Tabla 2. Estadísticos de la edad (indicado en años)

	Edad
Nro. de observaciones	270
Media	33.6
Mediana	28.5
Desviación estándar	22.3
Mínimo	0.250
Máximo	87.0

FUENTE: Ficha de recolección de datos

Figura 1. Histograma para la edad



Se observa que la edad media de los informantes es de 33.6 años, con una edad mínima de 3 meses y una edad máxima de 87 años. En cuanto a la distribución de edad, se observa que esta distribución es asimétrica, donde los casos más frecuentes se dan antes de los 20 años de edad.

Tabla 3. Descripción por grupo etario

Grupo etario	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Niño	41	15.2%	15.2%
Adolescente	54	20.0 %	35.2 %
Joven	43	15.9%	51.1 %
Adulto	86	31.9 %	83.0 %
Adulto mayor	46	17.0 %	100.0%
Total	270	100.00%	

FUENTE: Ficha de recolección de datos

De acuerdo al grupo etario se observa que se tienen 41 niños (15.2%), 54 adolescentes (20%), 43 jóvenes (15.9%), 86 adultos (31.9%) y 46 adultos mayores (17%). Por lo tanto, se puede observar que la mayoría de referencias examinadas corresponde a jóvenes menores de 29 años.

Tabla 4. Descripción del sexo

Sexo	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Femenino	160	59,3%	59,3%
Masculino	110	40,7%	100,0%
Total	270	100,0%	

FUENTE: Ficha de recolección de datos

En relación al sexo del paciente, se han identificado 160 pacientes femeninas (59.3%) y 110 pacientes masculinos (40.7%), por lo tanto, se observa que existe una ligera diferencia, donde las mujeres acuden mayormente a consulta con respecto a los varones.

Tabla 5. Descripción del lugar de procedencia

Nro.	Distrito	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
1	San Sebastián	47	17,4%	17,4%
2	Santiago	38	14,1%	31,5%
3	Cusco	34	12,6%	44,1%
4	Wánchaq	32	11,9%	55,9%
5	San Jerónimo	24	8,9%	64,8%
6	Sicuani	8	3,0%	67,8%
7	Otros distritos	87	32,2%	100%
Total		270	100,0%	

FUENTE: Ficha de recolección de datos

De manera general se encontró pacientes provenientes de 53 distritos del Cusco, donde se observó que provenían principalmente de San Sebastián (47 casos), constituyendo un 17.4% del total. En segundo lugar, se halló al distrito de Santiago con 38 referencias (14.1%). En tercer lugar, se tuvo al distrito del Cusco con 34 referencias (12.6%). En cuarto lugar, estaba al distrito de Wanchaq con 32 referencias (11.9%). Por lo tanto, se puede afirmar que Cusco es la provincia que concentra la mayor cantidad de referencias dirigidas al servicio de neurología.

Tabla 6. Descripción de la zona de origen

Zona	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Urbano	206	76,3%	76,3%
Rural	64	23,7%	100,0%
Total	270	100,0%	

FUENTE: Ficha de recolección de datos

Se puede observar que se tienen 206 pacientes de zonas urbanas (76.3%) y se tiene 64 pacientes (23.7%) referidos de zonas rurales. Por lo cual, se puede afirmar que, dentro de las observaciones recopiladas, la mayoría corresponde a la zona urbana.

Tabla 7. Descripción del EESS de origen

N°	Redes y Hospitales	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
1	Red Cusco Sur	T=89		
	• CS San Sebastián	26		
	• CS San Jerónimo	22	32.9%	32.9%
	• Otros	41		

2	Red Cusco Norte	T=144		
	• CS Belepampa	20		
	• CS Ttio	18	53.3%	86.2%
	• Otros	106		
3	Red La Convención	7	2.6%	88.8%
4	Red Canas-Canchis-Espinar	5	1.9%	90.7%
5	Red Chumbivilcas	1	0.4%	91.1%
6	Otras redes y hospitales	24	8.9%	100%
	Total	270	100,0%	

FUENTE: Ficha de recolección de datos

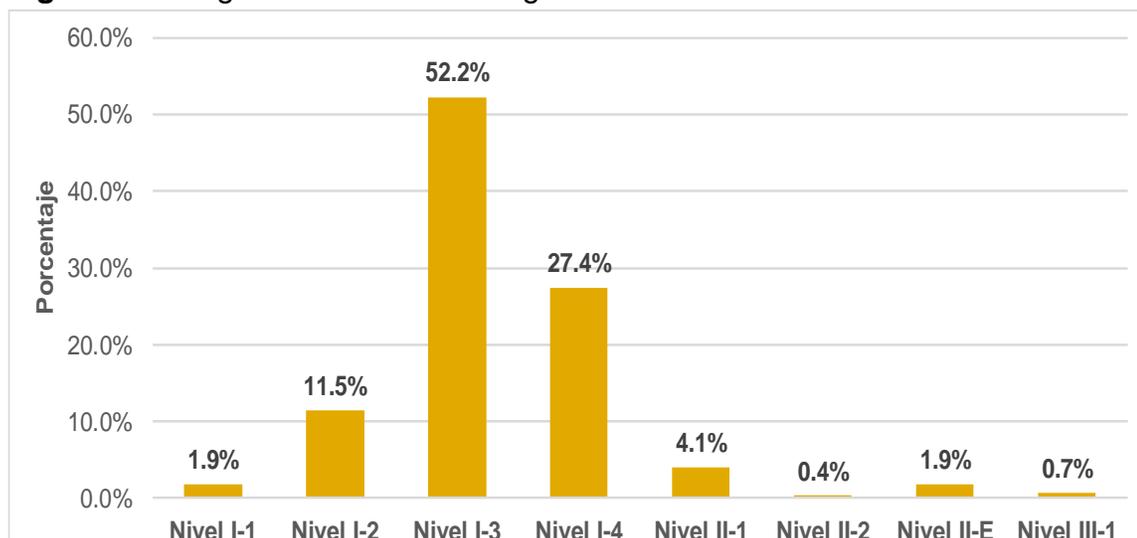
En total se identificaron referencias de 69 establecimientos de salud, que se decidió agrupar de acuerdo a las Redes de Salud y Hospitales. Se puede observar que lo EESS urbanos son los que generan mayor número de referencias. En primer lugar, se tiene al CS San Sebastián con 26 referencias, seguido por el CS San Jerónimo con 22 referencias, ambos pertenecientes a la Red de Salud Cusco Sur (n=89, 32.9%). Posteriormente se tiene al CS. Belepampa con 20 referencias, seguido por el CS de Ttio con 18 referencias, ambos pertenecientes a la Red de Salud Cusco Norte (n= 144, 53.3%). Por lo tanto, se puede observar una gran variedad de EESS, principalmente dentro de la región, que otorgan referencias al servicio de neurología del Hospital Regional del Cusco.

Tabla 8. Categoría del EESS de origen

Categoría del EESS	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
Nivel I-1	5	1.9%	1.9%
Nivel I-2	31	11.5%	13.3%
Nivel I-3	141	52.2%	65.6%
Nivel I-4	74	27.4%	93.0%
Nivel II-1	11	4.1%	97.0%
Nivel II-2	1	0.4%	97.4%
Nivel II-E	5	1.9%	99.3%
Nivel III-1	2	0.7%	100.0%
Total	270	100.0%	

FUENTE: Ficha de recolección de datos

Figura 2. Categoría del EESS de origen



Se clasificaron los EESS de origen de acuerdo a su categoría, donde encontramos que los EESS de Nivel I-3 son los que otorgan referencias con mayor frecuencia (141), lo que representa un 52.2% del total. En segundo lugar, se encuentran los EESS de Nivel I-4 con 74 referencias (27.4%). En tercer lugar, los EESS de Nivel I-2 otorgaron 31 referencias (11.5%). Por lo tanto, se puede afirmar que las referencias son emitidas principalmente por establecimientos de salud de nivel I, siendo particularmente de los centros I-2, I-3 y I-4.

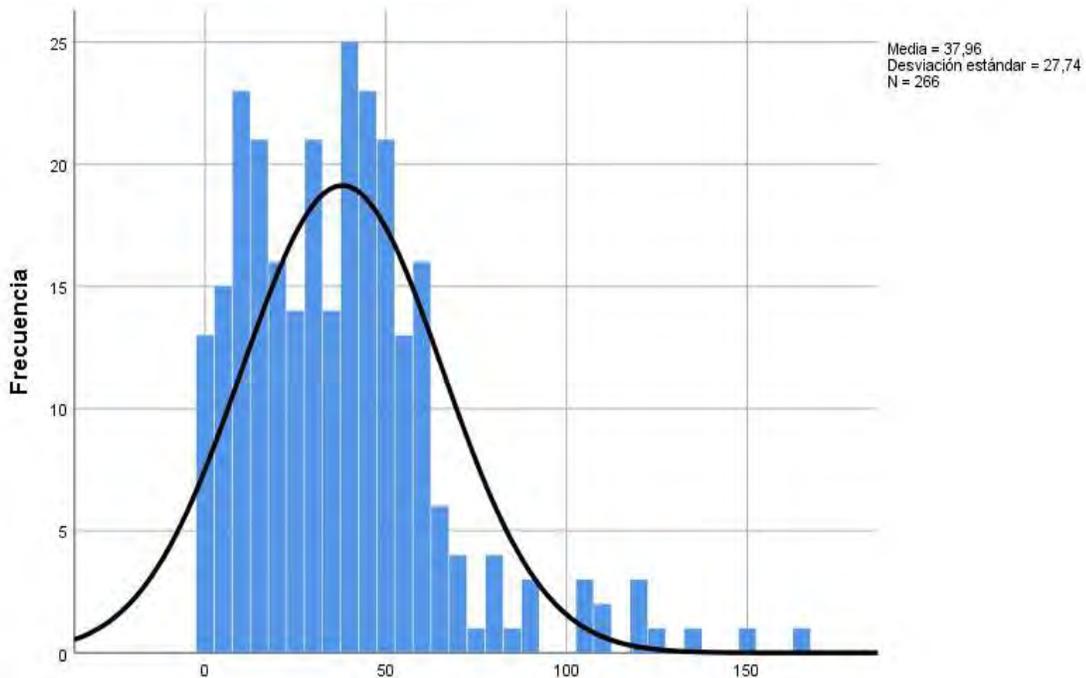
4.1.1. Tiempo transcurrido entre la indicación de la referencia y consulta

Tabla 9. Estadísticos del tiempo (expresado en días)

	Tiempo transcurrido entre la referencia y consulta
Nro. Observaciones	266
Valores perdidos	4
Media	38.0
Límite inferior, IC de la media al 95%	34.6
Límite superior, IC de la media al 95%	41.3
Mediana	36.0
Desviación estándar	27.7
Mínimo	0.00
Máximo	164

FUENTE: Ficha de recolección de datos

Figura 3. Histograma entre el tiempo entre referencia y consulta



En relación a los principales estadísticos del tiempo transcurrido entre la indicación de la referencia y consulta, se observa una media de 38 días, con un intervalo de confianza de la media al 95% de (34.6;41.3). Además, el menor tiempo transcurrido fue 0 días y el mayor tiempo fue 164 días. En el histograma podemos identificar un sesgo hacia la derecha, además de dos picos, lo que indica que en la mayoría de casos las referencias tienen un tiempo transcurrido menor a 38 días.

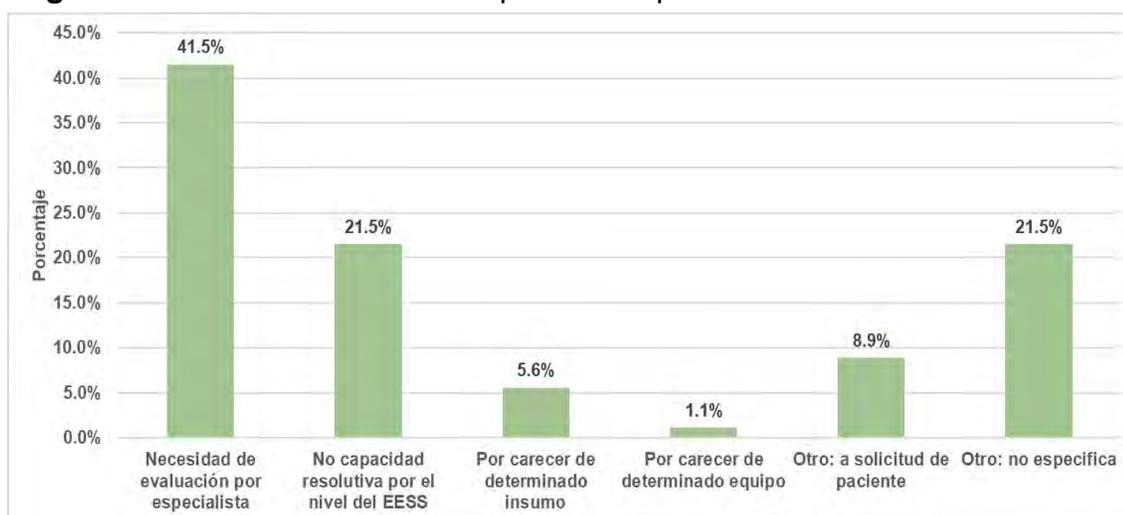
4.1.2. Motivo de referencia de los pacientes que acuden a consultorio externo de neurología

Tabla 10. Motivo de referencia de pacientes que acuden a consulta neurológica

Motivo de referencia	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Necesidad de evaluación por especialista	112	41.5%	41.5%
No capacidad resolutoria por el nivel del EESS	58	21.5%	63.0%
Por carecer de determinado insumo	15	5.6%	68.5%
Por carecer de determinado equipo	3	1.1%	69.6%
Otro: a solicitud de paciente	24	8.9%	78.5%
Otro: no especifica	58	21.5%	100.0%
Total	270	100%	

FUENTE: Ficha de recolección de datos

Figura 4. Motivo de referencia de pacientes que acuden a consulta



Con respecto al motivo de consulta indicado en las referencias de los pacientes que acuden al consultorio externo de neurología, se observa como principal causa a la necesidad de evaluación por especialista, con 112 casos (41.5%). El segundo motivo de referencia más frecuente es la no capacidad resolutoria por el nivel del EESS, con 58 casos (21.5%). De la misma forma, se encuentran las causas no especificadas, con un total de 58 casos (21.5%). Por lo tanto, se puede afirmar que los principales motivos de referencia de los pacientes fueron la necesidad de evaluación por un especialista, así como la no capacidad resolutoria del EESS y otros no especificados.

4.1.3. Llenado de la hoja de referencia

Tabla 11. Características del llenado de hoja de referencia

Llenado de la hoja de referencia	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Completa	139	51,5%	51,5%
Incompleta	131	48,5%	100,0%
Total	270	100,0%	

FUENTE: Ficha de recolección de datos

En relación al llenado de la hoja de referencia, se encontraron que en 139 casos (51.5%) la hoja de referencia estaba llena completamente. Por otra parte, en 131 casos (48.5%) el formato estaba llenado de forma incompleta. Por lo tanto, se

puede afirmar que el llenado de la hoja de referencia aún presenta ciertas deficiencias.

4.1.4. Concordancia diagnóstica

Primeramente, se decidió agrupar las patologías señaladas por las que acudían los pacientes a consulta especializada en 9 grupos, tomando en consideración lo que se señalaba en las hojas de referencia, así como la coincidencia encontrada durante la evaluación con el neurólogo especialista. Se agregó como último grupo a las enfermedades no neurológicas.

4.1.4.1. Diagnóstico en referencia según CIE-10

Tabla 12. Tipos de diagnóstico identificados en la referencia, según CIE-10

N°	Diagnóstico	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
1	Síndromes convulsivos	94	34.8%	34.8%
2	Enfermedades del SNP	52	19.3%	54.1%
3	Cefalea	50	18.5%	72.6%
4	Trastornos del neurodesarrollo	15	5.6%	78.1%
5	Infecciones del SNC	14	5.2%	83.3%
6	Mareos, Vértigo, Sincope	11	4.1%	87.4%
7	Enfermedades neurovasculares	9	3.3%	90.7%
8	Otras enfermedades neurológicas	17	6.3%	97.0%
9	Enfermedades no neurológicas	8	3.0%	100.0%
Total		270	100.0%	

FUENTE: Ficha de recolección de datos

Según de los tipos de diagnóstico que figuran en la referencia, se puede observar que el diagnóstico más común son los síndromes convulsivos, con un total de 94 casos (34.8%). En segundo lugar, se tiene al grupo de enfermedades del sistema nervioso periférico con 52 casos (19.3%). En tercer lugar, se ubica la cefalea con 50 casos (18.5%). En cuarto lugar, se tiene el diagnóstico de trastornos del neurodesarrollo con 15 casos (5.6%). Con lo cual afirmamos que el síndrome convulsivo, las enfermedades del sistema nervioso periférico y la cefalea son los 3 diagnósticos más comunes, conforme a las referencias de los pacientes que acudieron al consultorio externo de neurología del Hospital Regional del Cusco.

4.1.4.2. Diagnóstico en el FUA según neurólogo, coincidente con la referencia

Tabla 13. Diagnósticos en el FUA coincidentes con la referencia

N°	Diagnóstico	Frecuencia
1	Síndromes convulsivos	83
2	Cefalea	45
3	Enfermedades del SNP	36
4	Trastornos del neurodesarrollo	7
5	Mareos, Vértigo, Sincope	7
6	Infecciones del SNC	7
7	Enfermedades neurovasculares	3
8	Otras enfermedades neurológicas	13
9	Enfermedades no neurológicas	1

FUENTE: Ficha de recolección de datos

La tabla 13 describe la cantidad de diagnósticos indicados en la consulta por el neurólogo, que coincidieron con lo indicado en la referencia, encontramos dentro de los grupos diagnósticos a los síndromes convulsivos (83 casos de 94), seguido por la cefalea (45 casos de 50) y las enfermedades del SNP (36 casos de 52) como las 3 principales categorías concordantes.

4.1.4.3. Evaluación para cada grupo diagnóstico

Se decidió estudiar a cada grupo diagnóstico por separado para evaluar los parámetros de evaluación diagnóstica.

Para una mejor interpretación se elaboró la siguiente tabla, que describe la asociación entre los diagnósticos emitidos en la referencia, así como los detallados en el FUA, para un diagnóstico X:

Tabla 14. Tabla 2x2, de interpretación para diagnóstico X

	Diagnóstico positivo en el FUA	Diagnóstico negativo en el FUA	Total
Diagnóstico positivo en la referencia	a	b	a+b
Diagnóstico negativo en la referencia	c	d	c+d
Total	a+c	b+d	a+b+c+d

FUENTE: Elaboración propia

El término “positivo” incluye a los pacientes que se encontraban dentro de dicha categoría, y el término “negativo” se refiere a las otras categorías diferentes al diagnóstico X.

Tabla 15. Definición de los valores hallados en tabla 14

a	Casos señalados como diagnóstico X en el FUA, que coincidieron con lo indicado en la referencia
b	Falsos positivos (el paciente no presenta el diagnóstico X en la consulta, sin embargo, fue derivado dentro de esa categoría)
c	Falsos negativos (el paciente tiene el diagnóstico X en la consulta, pero fue derivado con otro diagnóstico diferente)
d	Indica los diagnósticos diferentes a la categoría X, señalados tanto en la referencia como en el FUA
a+b	Total de casos indicados en la referencia como diagnóstico X
c+d	Total de casos indicados en la referencia diferentes al diagnóstico X
a+c	Total de casos descritos en el FUA como diagnóstico X
b+d	Total de casos descritos en el FUA con un diagnóstico diferente al diagnóstico X

De los resultados expuestos en las siguientes tablas, se identificó que tanto los valores de especificidad como valor predictivo negativo fueron mayores a 90%, esto porque al estudiar cada grupo se considera como diagnóstico negativo a las patologías encontradas en los 8 grupos restantes, motivo por el cual nos enfocamos en describir la sensibilidad y valor predictivo positivo.

4.1.4.3.1. Síndrome convulsivo

Tabla 16. Tabla 2x2 del diagnóstico 1, para la referencia y el FUA

	Diagnóstico positivo en el FUA	Diagnóstico negativo en el FUA	Total
Diagnóstico positivo en la referencia	83	11	94
Diagnóstico negativo en la referencia	16	160	176
Total	99	171	270

FUENTE: Ficha de recolección de datos

Tabla 17. Parámetros del diagnóstico 1

Nro.	Parámetros	Valor	I.C. al 95%
1	Sensibilidad	0.84	(0.75; 0.90)
2	Especificidad	0.94	(0.89; 0.97)
3	Valor predictivo positivo	0.88	(0.80, 0.94)
4	Valor predictivo negativo	0.91	(0.86, 0.95)
5	% Falsos negativos	0.16	(0.10, 0.25)
6	% Falsos positivos	0.06	(0.03, 0.11)
7	Exactitud	0.90	(0.86, 0.93)

FUENTE: Ficha de recolección de datos

Se calculó los principales parámetros asociados al diagnóstico 1, donde se puede inferir que el grupo de “Síndromes convulsivos” presenta una sensibilidad moderada (84%). Es decir, las referencias derivadas del EESS de origen como parte del diagnóstico 1 tienen mayor probabilidad de diagnosticarse como tal en la consulta neurológica, dado que 17% de los sujetos tuvieron resultados falsos negativos. El valor predictivo positivo de 88% indica que el diagnóstico de síndrome convulsivo en el EESS de origen asegura con una alta probabilidad que sea igual en el consultorio externo de neurología. Por lo tanto, se concluye que el diagnóstico de síndrome convulsivo en la referencia tiene una alta posibilidad de coincidir con el diagnóstico dado en el consultorio externo de neurología.

4.1.4.3.2. Cefalea

Tabla 18. Tabla 2x2 del diagnóstico 2, para la referencia y el FUA

	Diagnóstico positivo en el FUA	Diagnóstico negativo en el FUA	Total
Diagnóstico positivo en la referencia	45	5	50
Diagnóstico negativo en la referencia	8	212	220
Total	53	217	270

FUENTE: Ficha de recolección de datos

Tabla 19. Parámetros del diagnóstico 2

Nro.	Parámetros	Valor	I.C. al 95%
1	Sensibilidad	0.85	(0.72, 0.93)
2	Especificidad	0.98	(0.95, 0.99)
3	Valor predictivo positivo	0.90	(0.78, 0.97)
4	Valor predictivo negativo	0.96	(0.93, 0.98)
5	% Falsos negativos	0.15	(0.07, 0.28)

6	% Falsos positivos	0.02	(0.01, 0.05)
7	Exactitud	0.95	(0.92, 0.97)

FUENTE: Ficha de recolección de datos

Con respecto al diagnóstico de “Cefalea”, vemos que este presenta una sensibilidad moderada de 85%, lo que se traduce en que es muy poco probable encontrar en la consulta a un paciente con la enfermedad que haya sido diagnosticado con otra patología diferente al grupo 2 en su establecimiento de referencia de origen. Dicho de otra forma, 15% de los sujetos obtuvieron resultados falsos negativos. El valor predictivo positivo igual a 90% indica que la evaluación dada por el médico de primer nivel como diagnóstico 2 tiene una alta probabilidad de coincidir con el diagnóstico dado por el especialista. En conclusión, el diagnóstico de cefalea en la referencia se determina como parte de la misma condición, con alta probabilidad, en el consultorio externo de neurología.

4.1.4.3.3. Mareos, vértigo y síncope

Tabla 20. Tabla 2x2 del diagnóstico 3, para la referencia y el FUA

	Diagnóstico positivo en el FUA	Diagnóstico negativo en el FUA	Total
Diagnóstico positivo en la referencia	7	4	11
Diagnóstico negativo en la referencia	3	256	259
Total	10	260	270

FUENTE: Ficha de recolección de datos

Tabla 21. Parámetros del diagnóstico 3

Nro.	Parámetros	Valor	I.C. al 95%
1	Sensibilidad	0.70	(0.35, 0.93)
2	Especificidad	0.98	(0.96, 1.00)
3	Valor predictivo positivo	0.64	(0.31, 0.89)
4	Valor predictivo negativo	0.99	(0.97, 1.00)
5	% Falsos negativos	0.30	(0.07, 0.65)
6	% Falsos positivos	0.02	(0.00, 0.04)
7	Exactitud	0.97	(0.95, 0.99)

FUENTE: Ficha de recolección de datos

En relación al grupo diagnóstico 3 (mareos, vértigo y síncope) vemos que presenta una sensibilidad moderada (70%). Es decir, 30% de los sujetos obtuvieron

resultados falsos negativos, lo que indica que existe una considerable proporción de pacientes que, si bien se identificaron en la consulta especializada, no fueron evaluados bien en el primer nivel y fueron derivados con un diagnóstico diferente al grupo 3. El valor predictivo positivo de 64% indica que un diagnóstico positivo en la referencia no asegura con alta probabilidad que sea también positivo en el consultorio externo de neurología. En conclusión, para el diagnóstico de mareos, vértigo y síncope, se encontró 10 casos indicados por el neurólogo como mareos/vértigo/síncope, donde se halló una coincidencia en 7 de los pacientes, pero aún persiste parte de pacientes donde no se encuentra concordancia diagnóstica.

4.1.4.3.4. Enfermedades del Sistema Nervioso Periférico

Tabla 22. Tabla 2x2 del diagnóstico 4, para la referencia y el FUA

	Diagnóstico positivo en el FUA	Diagnóstico negativo en el FUA	Total
Diagnóstico positivo en la referencia	36	16	52
Diagnóstico negativo en la referencia	5	213	218
Total	41	229	270

FUENTE: Ficha de recolección de datos

Tabla 23. Parámetros del diagnóstico 4

Nro.	Parámetros	Valor	I.C. al 95%
1	Sensibilidad	0.88	(0.74, 0.96)
2	Especificidad	0.93	(0.89, 0.96)
3	Valor predictivo positivo	0.69	(0.55, 0.81)
4	Valor predictivo negativo	0.98	(0.95, 0.99)
5	% Falsos negativos	0.12	(0.04, 0.26)
6	% Falsos positivos	0.07	(0.04, 0.11)
7	Exactitud	0.92	(0.88, 0.95)

FUENTE: Ficha de recolección de datos

Referente al grupo diagnóstico de “Enfermedades del Sistema Nervioso Periférico”, vemos que esta presenta una sensibilidad moderada (88%), con 12% de casos identificados como falsos negativos. Por otra parte, el valor predictivo positivo es de 69% lo que indica que un diagnóstico positivo en la referencia tiene moderada a baja probabilidad de coincidir con el diagnóstico dado en el

consultorio. Concluyendo que, en relación a este grupo 36 de 41 pacientes tuvieron concordancia diagnóstica en la referencia y el FUA, no obstante, existe un bajo valor predictivo positivo, lo que indica que hubo poca probabilidad de que sean diagnosticados como enfermedades del SNP, como lo indicaba su referencia. Si desglosamos este grupo podríamos encontrar resultados más específicos en cuanto a concordancia para los subgrupos indicados como trastornos de disco lumbar, dolores neuromusculares y trastornos de los nervios y raíces nerviosas.

4.1.4.3.5. Trastornos del neurodesarrollo

Tabla 24. Tabla 2x2 del diagnóstico 5, para la referencia y el FUA

	Diagnóstico positivo en el FUA	Diagnóstico negativo en el FUA	Total
Diagnóstico positivo en la referencia	7	8	15
Diagnóstico negativo en la referencia	5	250	255
Total	12	258	270

FUENTE: Ficha de recolección de datos

Tabla 25. Parámetros del diagnóstico 5

Nro.	Parámetros	Valor	I.C. al 95%
1	Sensibilidad	0.58	(0.28, 0.85)
2	Especificidad	0.97	(0.94, 0.99)
3	Valor predictivo positivo	0.47	(0.21, 0.73)
4	Valor predictivo negativo	0.98	(0.95, 0.99)
5	% Falsos negativos	0.42	(0.15, 0.72)
6	% Falsos positivos	0.03	(0.01, 0.06)
7	Exactitud	0.95	(0.92, 0.97)

FUENTE: Ficha de recolección de datos

El grupo de “Trastornos del neurodesarrollo” como evaluación en las referencias presenta una sensibilidad baja (58%), donde el número de resultados falsos negativos es 42%. Es decir, cerca de la mitad de pacientes fue diagnosticado en la referencia con otra condición diferente al diagnóstico 5. Asimismo, el valor predictivo positivo es bajo (47%), esto indica que un diagnóstico positivo indicado por el médico del EESS de origen de la referencia, no asegura que sea también positivo en el consultorio externo de neurología.

4.1.4.3.6. Enfermedades neurovasculares

Tabla 26. Tabla 2x2 del diagnóstico 6, para la referencia y el FUA

	Diagnóstico positivo en el FUA	Diagnóstico negativo en el FUA	Total
Diagnóstico positivo en la referencia	3	6	9
Diagnóstico negativo en la referencia	2	259	261
Total	5	265	270

FUENTE: Ficha de recolección de datos

Tabla 27. Parámetros del diagnóstico 6

Nro.	Parámetros	Valor	I.C. al 95%
1	Sensibilidad	0.60	(0.15, 0.95)
2	Especificidad	0.98	(0.95, 0.99)
3	Valor predictivo positivo	0.33	(0.07, 0.70)
4	Valor predictivo negativo	0.99	(0.97, 1.00)
5	% Falsos negativos	0.40	(0.05, 0.85)
6	% Falsos positivos	0.02	(0.01, 0.05)
7	Exactitud	0.97	(0.94, 0.99)

FUENTE: Ficha de recolección de datos

El grupo diagnóstico de “Enfermedades neurovasculares” en la referencia presenta una sensibilidad baja (60%), donde el número de resultados falsos negativos es de 40%. Es decir, un 40% fue diagnosticado en la consulta con otra condición diferente a lo indicado en su centro de referencia. El valor predictivo positivo es bajo (33%), esto indica que un diagnóstico positivo en la referencia tiene poca probabilidad de diagnosticarse igual en la consulta neurológica. Concluyendo en encontrar menor probabilidad de presentar el mismo diagnóstico en la consulta, en las referencias enviadas como enfermedades neurovasculares.

4.1.4.3.7. Infecciones del SNC

Tabla 28. Tabla 2x2 del diagnóstico 7, para la referencia y el FUA

	Diagnóstico positivo en el FUA	Diagnóstico negativo en el FUA	Total
Diagnóstico positivo en la referencia	7	7	14
Diagnóstico negativo en la referencia	3	253	256
Total	10	260	270

FUENTE: Ficha de recolección de datos

Tabla 29. Parámetros del diagnóstico 7

Nro.	Parámetros	Valor	I.C. al 95%
1	Sensibilidad	0.70	(0.35, 0.93)
2	Especificidad	0.97	(0.95, 0.99)
3	Valor predictivo positivo	0.50	(0.23, 0.77)
4	Valor predictivo negativo	0.99	(0.97, 1.00)
5	% Falsos negativos	0.30	(0.07, 0.65)
6	% Falsos positivos	0.03	(0.01, 0.05)
7	Exactitud	0.96	(0.93, 0.98)

FUENTE: Ficha de recolección de datos

En relación al grupo diagnóstico de “Infecciones del SNC”, vemos que este presenta una sensibilidad baja (70%), donde el número de resultados falsos negativos es de 30%. Es decir, 30% de los pacientes con infecciones del SNC fueron diagnosticados con otra condición en la referencia. Por otra parte, el valor predictivo positivo es bajo (50%), esto indica que un diagnóstico positivo en la referencia no asegura tener el mismo diagnóstico en el consultorio externo de neurología. Por lo expuesto se puede inferir que, para el diagnóstico de infecciones del SNC, 7 de 10 casos positivos coincidieron con lo indicado en la referencia, además que en la mitad de casos enviados del centro de referencia presentaron un diagnóstico diferente, infiriendo que aún se presenta déficit en la valoración de este diagnóstico.

4.1.4.3.8. Otras enfermedades neurológicas

Tabla 30. Tabla 2x2 del diagnóstico 8, para la referencia y el FUA

	Diagnóstico positivo en el FUA	Diagnóstico negativo en el FUA	Total
Diagnóstico positivo en la referencia	13	4	17
Diagnóstico negativo en la referencia	8	245	253
Total	21	258	270

FUENTE: Ficha de recolección de datos

Tabla 31. Parámetros del diagnóstico 8

Nro.	Parámetros	Valor	I.C. al 95%
1	Sensibilidad	0.62	(0.38, 0.82)
2	Especificidad	0.98	(0.96, 1.00)
3	Valor predictivo positivo	0.76	(0.50, 0.93)
4	Valor predictivo negativo	0.97	(0.94, 0.99)

5	% Falsos negativos	0.38	(0.18, 0.62)
6	% Falsos positivos	0.02	(0.00, 0.04)
7	Exactitud	0.96	(0.92, 0.98)

FUENTE: Ficha de recolección de datos

Para el grupo diagnóstico 8, de “Otras enfermedades neurológicas”, vemos que presenta una sensibilidad baja (62%), es decir, se cuenta con 38% de falsos negativos. En otras palabras, 38% de los pacientes con otras enfermedades neurológicas en el FUA fueron diagnosticados con otra condición en la referencia. El valor predictivo positivo es moderado (76%). Esto indica que, ser diagnosticado como parte del grupo 8 en la referencia no asegura que sea positivo en el consultorio externo de neurología. Por lo tanto, para el diagnóstico de otras enfermedades neurológicas en el EESS, no se puede determinar de manera conclusiva que encontremos con alta probabilidad el mismo diagnóstico en el consultorio externo de neurología.

4.1.4.3.9. Enfermedades no neurológicas

Tabla 32. Tabla 2x2 del diagnóstico 9, para la referencia y el FUA

	Diagnóstico positivo en el FUA	Diagnóstico negativo en el FUA	Total
Diagnóstico positivo en la referencia	1	7	8
Diagnóstico negativo en la referencia	18	244	262
Total	19	251	270

FUENTE: Ficha de recolección de datos

Tabla 33. Parámetros del diagnóstico 9

Nro.	Parámetros	Valor	I.C. al 95%
1	Sensibilidad	0.05	(0.00, 0.26)
2	Especificidad	0.97	(0.94, 0.99)
3	Valor predictivo positivo	0.12	(0.00, 0.53)
4	Valor predictivo negativo	0.93	(0.89, 0.96)
5	% Falsos negativos	0.95	(0.74, 1.00)
6	% Falsos positivos	0.03	(0.01, 0.06)
7	Exactitud	0.91	(0.87, 0.94)

FUENTE: Ficha de recolección de datos

El grupo diagnóstico de “Enfermedades no neurológicas” en la referencia presenta una sensibilidad baja (5%), es decir, se cuenta con 95% de falsos negativos. Lo

que es de esperarse, puesto que la categoría de "enfermedades no neurológicas" indica solo encontrar un diagnóstico concordante, y no es necesario mayor análisis.

4.1.5. Diagnóstico pudo resolverse en la atención primaria

Tabla 34. Capacidad resolutive según la categoría del EESS de referencia

Categoría del EESS de referencia	Capacidad resolutive		Total
	No pudo resolverse	Si pudo resolverse	
Nivel I-1	2	2	4
Nivel I-2	19	12	31
Nivel I-3	81	60	141
Nivel I-4	53	21	74
Nivel II-1	6	6	12
Nivel II-2	1	0	1
Nivel II-E	2	3	5
Nivel III-1	2	0	2
Total	166	104	270

FUENTE: Ficha de recolección de datos

Tabla 35. Prueba Chi cuadrado para la capacidad resolutive y categoría EESS

	Valor	df	p
χ^2	7.93	7	0.339
n	270		

FUENTE: Ficha de recolección de datos

En relación a la capacidad resolutive según categoría de establecimiento, vemos que el nivel I-3 viene a ser el principal EESS con la mayor cantidad de referencias, que deriva diagnósticos que pudieron haberse resuelto en su centro de salud como los que no pudieron resolverse, seguida en segundo lugar por el nivel I-4. De acuerdo a la prueba de Chi Cuadrado, se ha obtenido un p-valor mayor a 0.05, lo que indica que no se puede afirmar que exista una relación significativa entre la capacidad resolutive y el nivel del EESS de origen. Esta baja significancia se debe a las pocas observaciones obtenidas para los centros de nivel II.

4.1.6. Pertinencia de la referencia

4.1.6.1. Pertinencia y zona de referencia

Tabla 36. Pertinencia y zona origen

Zona	Pertinencia de la referencia		Total
	Si es pertinente	No es pertinente	
Rural	23	41	64
Urbano	86	120	206
Total	109	161	270

FUENTE: Ficha de recolección de datos

Tabla 37. Prueba Chi cuadrado para la pertinencia y zona de origen

	Valor	df	p
χ^2	0.685	1	0.408
n	270		

FUENTE: Ficha de recolección de datos

Tabla 38. Razón de prevalencia para la pertinencia y zona de origen

	Valor	I.C. al 95%	
		Inferior	Superior
Razón de prevalencia	0.861	0.598	1.24

FUENTE: Ficha de recolección de datos

De acuerdo a la tabla de 2x2 entre la zona de origen de la referencia y la pertinencia de la referencia, se observa que la mayor cantidad de referencias no pertinentes provienen de la zona urbana (120). De acuerdo a la prueba de Chi cuadrado, se ha determinado un p-valor mayor a 0.05, por lo tanto, no se puede afirmar que exista una relación estadísticamente significativa entre la zona de origen de la referencia y la pertinencia. Finalmente, si analizamos la razón de prevalencia entre ambas variables, nos encontramos con un valor igual 1, contenido en el intervalo de confianza al 95%, lo que demuestra que tanto la zona urbana como rural tienen la misma probabilidad de ser pertinentes.

4.1.6.2. Pertinencia y categoría del EESS de origen

Tabla 39. Pertinencia y categoría del EESS

Categoría del EESS de referencia	Pertinencia de la referencia		Total
	Si es pertinente	No es pertinente	
Nivel I-1	2	2	4
Nivel I-2	8	23	31
Nivel I-3	58	83	141
Nivel I-4	33	41	74
Nivel II-1	4	8	12
Nivel II-2	1	0	1
Nivel II-E	1	4	5
Nivel III-1	2	0	2
Total	109	161	270

FUENTE: Ficha de recolección de datos

Tabla 40. Prueba Chi cuadrado para la pertinencia y categoría del EESS

	Valor	df	p
χ^2	9.01	7	0.252
n	270		

FUENTE: Ficha de recolección de datos

En relación a la pertinencia de la referencia de acuerdo a la categoría del EESS de origen, podemos señalar que el nivel I-3 es el establecimiento con mayor cantidad de referencias no pertinentes por encima de las referencias pertinentes, seguida por el nivel I-4. De acuerdo a la prueba de Chi cuadrado, se ha encontrado un p-valor mayor a 0.05, por lo tanto, no se puede afirmar que exista una relación estadísticamente significativa entre la categoría de el EESS y la pertinencia de la referencia. Esta ausencia de significancia puede deberse al poco número de observaciones para los EESS de nivel II y III.

4.1.6.3. Pertinencia y diagnóstico en el FUA

Tabla 41. Pertinencia y diagnóstico en el formato único de atención

Diagnóstico en el FUA	Pertinencia de la referencia		Total
	Si es pertinente	No es pertinente	
1. Síndromes convulsivos	67	32	99
2. Cefalea	0	53	53
3. Mareos, vértigo, síncope	1	9	10
4. Enfermedades del SNP	12	29	41
5. Trastornos del neurodesarrollo	4	8	12
6. Enfermedades neurovasculares	3	2	5
7. Infecciones del SNC	8	2	10
8. Otras enfermedades neurológicas	12	9	21
9. Enfermedades no neurológicas	2	17	19
Total	109	161	270

FUENTE: Ficha de recolección de datos

Tabla 42. Prueba de Chi cuadrado para la pertinencia y el diagnóstico en el formato único de atención

	Valor	df	p
χ^2	89.533	8	< 0.05
n	270		

FUENTE: Ficha de recolección de datos

De acuerdo al diagnóstico en el FUA según el neurólogo, podemos describir que la cefalea es el principal diagnóstico catalogado en la consulta como no pertinente. De acuerdo a la prueba de Chi cuadrado, se ha encontrado un p-valor menor a 0.05, por lo tanto, se puede afirmar que existe una relación estadísticamente significativa entre el diagnóstico asignado en el FUA durante la consulta neurológica y la pertinencia de la referencia.

4.1.6.4. Pertinencia y llenado de la referencia

Tabla 43. Pertinencia y llenado de la hoja de referencia

Llenado de la hoja de referencia	Pertinencia de la referencia		Total
	Si es pertinente	No es pertinente	
Completa	59	80	139
Incompleta	50	81	131
Total	109	161	270

FUENTE: Ficha de recolección de datos

Tabla 44. Prueba Chi cuadrado para la pertinencia y llenado de la referencia

	Valor	df	p
χ^2	0.513	1	0.474
n	270		

FUENTE: Ficha de recolección de datos

Tabla 45. Razón de prevalencia para la pertinencia y llenado de la referencia

	Valor	I.C. Al 95%	
		Inferior	Superior
Razón de Prevalencia	1.11	0.831	1.49

FUENTE: Ficha de recolección de datos

De acuerdo a la tabla de contingencia 2x2 entre el llenado de la hoja de referencia y la pertinencia de la referencia, se observa que la mayor cantidad de referencias no pertinentes estaban incompletas (81/270), seguida en segundo lugar por las referencias no pertinentes y completas (80/270). De acuerdo a la prueba de Chi cuadrado, se ha determinado un p-valor mayor a 0.05, por lo tanto, no se puede afirmar que exista una relación estadísticamente significativa entre el correcto llenado de la hoja de referencia y la pertinencia del mismo. Finalmente, al calcular la razón de prevalencia entre ambas variables, este valor es igual a 1.11, con lo cual se puede deducir que las referencias completas tienen alta probabilidad de ser pertinentes, a comparación de las hojas de referencia incompletas.

4.1.6.5. Pertinencia y concordancia diagnóstica

Tabla 46. Pertinencia y concordancia diagnóstica

Concordancia dx	Pertinencia de la Referencia		Total
	Si es pertinente	No es pertinente	
Si existe concordancia	75	53	128
No existe concordancia	34	108	142
Total	109	161	270

FUENTE: Ficha de recolección de datos

Tabla 47. Prueba Chi cuadrado para la pertinencia y concordancia diagnóstica

	Valor	df	p
χ^2	33.6	1	< .001
n	270		

FUENTE: Ficha de recolección de datos

Tabla 48. Razón de prevalencia para la pertinencia y concordancia diagnóstica

	Valor	I.C. al 95%	
		Inferior	Superior
Razón de Prevalencia	2.45	1.76	3.39

FUENTE: Ficha de recolección de datos

En relación a la concordancia diagnóstica y la pertinencia de la referencia, podemos describir que las referencias no pertinentes se asocian principalmente a los diagnósticos no concordantes (108/270). De acuerdo a la prueba de Chi cuadrado, se encontró un p-valor menor a 0.05, lo que permite afirmar que si existe una relación estadísticamente significativa entre la concordancia diagnóstica y la pertinencia de la referencia. Finalmente, se ha obtenido una Razón de Prevalencia de 2.45, del resultado podemos inferir que al tener un valor mayor a 1 demuestra que los diagnósticos concordantes tienen una probabilidad 2.45 veces mayor a ser pertinentes, comparándola con los diagnósticos no concordantes.

4.1.6.6. Pertinencia y capacidad resolutive

Tabla 49. Pertinencia y capacidad resolutive del EESS de origen

Capacidad resolutive	Pertinencia de la referencia		Total
	Es pertinente	No es pertinente	
Si pudo resolverse	3	101	104
No pudo resolverse	106	60	166
Total	109	161	270

FUENTE: Ficha de recolección de datos

Tabla 50. Prueba Chi cuadrado para la pertinencia y capacidad resolutive

	Valor	df	p
χ^2	98.7	1	< .001
n	270		

FUENTE: Ficha de recolección de datos

Tabla 51. Razón de prevalencia para la pertinencia y capacidad resolutive

	Valor	I.C. al 95%	
		Inferior	Superior
Razón de prevalencia	0.0452	0.0147	0.139

FUENTE: Ficha de recolección de datos

Podemos describir de lo observado entre la capacidad resolutive del EESS de referencia y la pertinencia de la referencia, una mayor cantidad de referencias pertinentes asociadas con los diagnósticos que no pudieron resolverse en su centro de referencia (106/270), seguida por las referencias no pertinentes con los diagnósticos que sí pudieron resolverse en su establecimiento de origen (101/270). De acuerdo a la prueba de Chi cuadrado, se determinó un p-valor menor a 0.05, lo que permite concluir que existe una relación estadísticamente significativa entre la capacidad resolutive del EESS de referencia y la pertinencia de la referencia, con un 95% de confianza. Finalmente, se ha obtenido una Razón de Prevalencia (RP) de 0.045, la cual indica que las referencias con diagnósticos que no pudieron resolverse en su centro de referencia tienen mayor probabilidad de ser pertinentes, a diferencia de las referencias que sí pudieron resolverse en su centro de referencia.

4.2. Discusión

El presente estudio se realizó con el objetivo de evaluar las referencias y su pertinencia en los pacientes con Seguro Integral de Salud que acudieron al consultorio externo de neurología, la misma que es considerada una de las especialidades con alta demanda en la atención, para que, a partir de ello, además de generar una base de datos, se pueda aportar en algún cambio o estrategia en beneficio de la mejora de la calidad de atención de los pacientes, los centros que la indican y los que la recepcionan.

En primer lugar, en relación a los datos generales, encontramos una edad media en los pacientes igual a 33.6 años, hallazgo similar a lo encontrado por Santos & cols. donde detalla que se encontró una edad media de 33.34 años. Asimismo, al agruparse a los pacientes según etapas de vida, los pacientes adultos (30 a 59 años) fueron la población más referida en un 31.9%; lo que es semejante a lo mencionado por Llanos & cols. quienes evidenciaron que la población más referida se encontraba entre 30 a 59 años (7,15).

En la atención se observó que había un mayor número de pacientes mujeres, representado por el 59.3%. Llanos & cols. señalaron en su estudio que dentro de las referencias enviadas hubo una predominancia por mujeres (67.04%), así como en la observación de Santos & cols. donde en el grupo de epilepsia predominó el sexo femenino (52.8%), y la investigación de Durand & cols. en el que indicaron que un 67% de pacientes eran mujeres (7,13,15).

Respecto a los Establecimientos de Salud principales de donde procede la referencia, encontramos que la zona de donde mayormente acuden los pacientes es la zona urbana (76.3%), en contraste con la zona rural. Lo que es similar al estudio de Ortega, donde se identificó que el establecimiento de procedencia que mayormente deriva se encuentra en zonas urbanas cercanas al Hospital de referencia. Según la opinión de los neurólogos del Hospital Regional del Cusco, encontrar menor población procedente de zonas rurales podría deberse

principalmente a las barreras de accesibilidad (transporte, financiamiento o barreras lingüísticas) (10).

En nuestra investigación encontramos que los establecimientos nivel I-3 (52.2%), I-4 (27.4%) y I-2 (11.5%) eran los principales centros de origen de referencias. Parecido a lo hallado en el estudio de Santos & cols. donde se observó que según el nivel de atención las referencias provinieron mayormente del nivel I (32%). Al igual que en el estudio de Durand & cols., donde reveló que, según la frecuencia de las categorías de los EESS de origen, se encontró a los centros de nivel I-3 como los establecimientos que realizaron más referencias (78.8%). Demostrándose con esto que no se cumple con el escalón del proceso de referencia, es decir se refiere de nivel I al nivel III, sin haber pasado por el nivel II; esto puede deberse a la insuficiencia de Centros de atención intermedios (nivel II), como demuestran nuestros resultados, lo que provoca una sobredemanda de atención en el tercer nivel (7,13).

Encontramos un tiempo promedio entre la indicación de la referencia y la consulta con el especialista igual a 38 días, el estudio de Ayala se asemeja a lo señalado, donde mostraron un tiempo de espera promedio de 22 días y una mediana de 20 días. En la observación de Astudillo, el tiempo de espera entre la fecha de solicitud y día de la consulta fue mayor igual a 45 días. Asimismo, Llanos & cols., señalaron que el tiempo que demoró desde el registro hasta la cita oscilo entre 83 y 88 días en la mitad de pacientes referidos. Como vemos, tanto Astudillo y Llanos observaron mayor tiempo de espera desde la indicación de la referencia hasta la cita, en nuestra investigación encontramos referencias que tardaron hasta 164 días, lo que es un limitante en la atención. Actualmente el Hospital Regional del Cusco cuenta con 3 neurólogos para consulta externa, hospitalización, emergencias e interconsultas, lo que en opinión de los mismos debería ser el doble para poder ajustarse a las demandas de la población.(11,12,15).

Los principales motivos de referencia que encontramos fue la necesidad de evaluación por especialista (41.5%), seguida con un 21.5% a la no capacidad resolutive, al igual que un 21.5% de referencias donde no se especificaba el

motivo. Lo que es casi similar a lo explicado en el estudio de Durand & cols. donde menciona que los principales motivos de referencia fueron la falta de capacidad resolutoria en un 57.67%, seguida por la no capacidad resolutoria por carecer de determinado especialista en un 39.17% (13).

El análisis del llenado de las referencias muestra una proporción equitativa entre referencias completas (51.5%) e incompletas (48.5%). Estos resultados se acercan a lo descrito en la observación de Ortega donde señala que un 60% de referencias cumplieron con el registro de anamnesis. Igual a lo que detalla Ruiz & cols. donde indica que un 66% tuvo anamnesis adecuada y suficiente. En la investigación de Inta se observó que un 83.1% de referencias fueron catalogadas como llenado excelente; y también Llanos & cols., donde encontraron solo 13.6% referencias incompletas. Vemos que aún persisten serias deficiencias con respecto al correcto llenado de la referencia; la falta de una anamnesis y examen neurológico completo, como pilares básicos, resalta la necesidad urgente de intervenciones formativas con el fin de garantizar el íntegro registro de la información en las referencias, mejorando la comunicación entre el médico de primer nivel y el médico especialista (8–10,15)

Los diagnósticos neurológicos indicados en la referencia, fueron correspondientes principalmente al grupo de síndromes convulsivos (34.8%), seguido por las enfermedades del sistema nervioso periférico (19.3%) y cefaleas (18.5%). De lo expuesto se puede señalar el estudio de Santos & cols., donde describieron que del total, 82.4% casos fueron referidos por diversas patologías neurológicas, dentro de los principales se encontró a la epilepsia (12.9%) y en segundo lugar la cefalea (11.3%); lo que se relaciona equitativamente a lo encontrado en nuestra investigación (7).

Ahora, según la valoración de la concordancia diagnóstica en la consulta con el diagnóstico emitido en la referencia se encontró principalmente 3 grupos que presentan una concordancia diagnóstica importante según la evaluación e interpretación de los parámetros estadísticos, los mismos que son: el Síndrome convulsivo, la cefalea y las enfermedades del sistema nervioso periférico; los

mismos que suman un 71.7% del total. Además, durante la evaluación con el especialista se señaló, como diagnósticos predominantemente discordantes, a los: Trastornos del neurodesarrollo, enfermedades neurovasculares, y enfermedades no neurológicas; los cuales suman un 13.3% del total. No se obtuvo un antecedente que detallara la concordancia diagnóstica para cada grupo de enfermedades neurológicas, como señala nuestro estudio, sin embargo, el análisis de Ruiz & cols., señaló encontrar un 78% de pacientes con coincidencia diagnóstica entre la remisión inicial y el diagnóstico de recepción final. A lo mismo, se puede sumar la observación de Santos & cols., donde indican a la epilepsia y cefalea como los principales diagnósticos mostrados en las referencias, que en nuestro estudio también coinciden dentro de los principales resultados descritos, con lo cual podemos inferir que estas 2 patologías por su frecuencia, tienen mayor probabilidad de coincidir en la evaluación del especialista con la evaluación del médico encargado de la referencia (7,9).

En nuestra investigación encontramos que 166 casos no pudieron resolverse en su centro de origen (61.5%), frente a 104 diagnósticos que sí pudieron resolverse (38.5%). Lo descrito es similar al estudio de Ayala, quien halló que, del total de atenciones agendadas según su diagnóstico, un 37% pudieron ser resueltos en el primer nivel de atención (12).

Los resultados obtenidos muestran una proporción preocupante de referencias no pertinentes, representadas por el 59.6% del total, en comparación con el 40.4%. Astudillo encontró un 30% de referencias pertinentes dirigidas a consultorio externo, mientras que Ortega describió un 70% de referencias no pertinentes. Generar expectativas en los pacientes de poder recibir exámenes complejos en centros hospitalarios para conocer su patología, solo provoca mayor demanda de usuarios, que como vemos, en su gran mayoría carecen de criterios pertinentes y podrían haber sido tratados en su establecimiento de origen. Todo ello sugiere la necesidad de un planteamiento estratégico que canalice adecuadamente la demanda en la atención, evitando la saturación de hospitales y garantizando una distribución más eficiente de los recursos de salud (10,11).

Evaluamos la correlación entre la valoración de las referencias y la pertinencia, que describiremos a continuación, comparándola con estudios anteriores:

- En relación a la zona de referencia prima la zona urbana con atenciones no pertinentes; donde no hallamos una relación estadísticamente significativa; una razón de prevalencia igual a 1 nos indica que tanto la zona urbana como rural tienen la misma probabilidad de tener la misma condición (ser pertinentes). Ascasibar en su investigación evaluó la relación entre los factores que influyen en el sistema de referencia (comunicación, identificación y accesibilidad) y su adecuación para el óptimo desarrollo del servicio, para lo cual utiliza el parámetro estadístico de Spearman, donde muestran un Sig.=0.008 (menor al valor α 0.05), con lo que se afirma que si hay una relación estadísticamente significativa entre estas variables. Al evaluar la significancia estadística entre accesibilidad y adecuación se encontró un Sig.=0.001 con lo que se confirma que la accesibilidad se relaciona significativamente en el sistema de referencia, contrario a lo que hallamos en nuestro estudio. En nuestro estudio usamos el Chi cuadrado y razón de prevalencia porque son medidas que se utilizan en variables categóricas y facilitan la comprensión al momento de la interpretación (16).
- De acuerdo a la categoría del EESS se encuentra al nivel I-3 con referencias no pertinentes, seguida por el nivel I-4; no encontramos una relación significativa entre la categoría del EESS y la pertinencia de la referencia, esto puede deberse a las pocas observaciones encontradas en los EESS de nivel II y III. Similar al informe de Ayala, donde muestra que, del total de consultas provenientes del primer nivel, un 81.8% se catalogaron como no pertinentes para el servicio, en contraste con un 18.2% (101/556) etiquetadas como pertinentes (12).
- Según el diagnóstico dado en la consulta por el especialista, encontramos que la mayor cantidad de referencias no pertinentes se asocian con el diagnóstico de cefalea, seguida por el síndrome convulsivo. Además, los resultados revelaron una asociación significativa con la pertinencia de las

referencias, lo que destaca la necesidad de una mayor atención al momento de referir pacientes. Según Inta, en relación a la pertinencia y diagnóstico halló en su estudio que un 69% presento un diagnóstico muy pertinente, exclusivo para segundo nivel; un 3.6% fueron catalogadas como diagnóstico pertinente, que era parte para el primer y segundo nivel; y un 26.5% fueron descritas como diagnóstico poco pertinente, visto para primer nivel. Del mismo modo, en el estudio de Durand & cols., se encontró dentro de los diagnósticos no pertinentes más frecuentes a la Hipertensión arterial (68.4%), Lumbago no especificado (7.89%) y Cefalea (3%). Todo lo expuesto resalta la importancia de brindar capacitación adicional a los médicos del primer nivel en la identificación de casos que requieren una referencia especializada, contribuyendo a mejorar la pertinencia de las referencias (8,13).

- Resaltemos que la mayor cantidad de referencias incompletas se catalogaron como no pertinentes. Además, de encontrar una razón de prevalencia igual a 1, indica que tanto las referencias completas como incompletas tienen la misma probabilidad de ser pertinentes. Según el análisis de Ruiz & cols., en relación al estudio de la pertinencia y la anamnesis adecuada/suficiente, encontraron que un 51% fueron pertinentes. Evaluación contraria a lo hallado en nuestro estudio, lo que destaca la necesidad de una investigación más profunda en este tema para comprender la relación entre el llenado de las referencias y su pertinencia, que podría contribuir en estrategias de mejora más efectivas (9).
- La falta de coincidencia diagnóstica entre lo descrito en el establecimiento de origen y la atención especializada contribuye significativamente a la falta de pertinencia de las referencias. Igualmente, la razón de prevalencia mayor a 1, refleja que los diagnósticos concordantes tienen 2.45 veces mayor probabilidad de ser pertinentes. Ruiz reveló que un 78% presentó coincidencia diagnóstica entre el diagnóstico de remisión y el de recepción, las mismas que se consideraron pertinentes. Asimismo, en la indagación

de Soria & Cabrera, al evaluar la relación entre la calidad de la referencia y la concordancia diagnóstica, se usó el parámetro estadístico Chi cuadrado, donde resultó un p-valor igual a 0.001 lo que afirma que existe una asociación significativa, similar a lo hallado en nuestro estudio. Motivos por los que se subraya la relevancia de realizar una correcta identificación en los problemas de salud de los pacientes, lo que influiría en la efectividad del proceso de referencia neurológica (9,14).

- En nuestra investigación encontramos una asociación significativa entre los diagnósticos que sí pudieron resolverse en su centro de origen y la pertinencia de las referencias. De la misma manera, nuestra razón de prevalencia menor a 1, interpreta que los diagnósticos que sí pudieron resolverse tienen menor probabilidad de ser pertinentes, a diferencia de los que no pudieron resolverse. Aunque no encontramos un antecedente cercano que evaluara su relación, es importante denotar la necesidad de abordar los desafíos y tener una correcta definición sobre la capacidad resolutoria, ello para optimizar el sistema de referencia y garantizar que los pacientes sean derivados de manera pertinente al servicio de neurología.

Como vemos, los trabajos que se ha podido encontrar como antecedentes muestran planteamientos metodológicos diferentes, y están enfocados en otros servicios diferentes a nuestro estudio, con lo que se puede inferir que nuestra investigación es una de las primeras que aborda una evaluación prospectiva detallada de uno de los servicios con alta demanda en la atención. Y es necesario su conocimiento para que las autoridades pongan solución a este problema.

4.3. Conclusiones

- De acuerdo a la valoración de la pertinencia de la referencia, tomando en cuenta los criterios establecidos por el Sistema de Referencia y los criterios clínicos del especialista, se encontró que un 59.6% fue etiquetada como referencia no pertinente. Además, se encontró una asociación significativa entre la pertinencia con el diagnóstico emitido en la consulta (p-valor < 0.05), con la concordancia diagnóstica (p-valor < .001) y con la capacidad resolutoria (p-valor < .001); lo que en conjunto nos permite identificar que, si se perfecciona estas variables, habrá una mejora en la pertinencia de las referencias.
- El tiempo transcurrido entre la indicación de la referencia y la consulta con el especialista presentó una media igual a 38 días, con un intervalo de confianza al 95% de (34.6;41.3), lo cual no supera los 60 días de vigencia indicado en la Norma Técnica MINSa del Sistema de Referencia y Contrarreferencia. Sin embargo, al evaluar el rango de tiempo, este se encontró con un mínimo y máximo de entre 0 y 164 días respectivamente, lo que expresa que aún persisten referencias que demoran ser atendidas.
- Dentro de los principales motivos de consulta por el que fue referido el paciente a la consulta neurológica, se encontró en primer lugar a la necesidad de evaluación por el especialista (41.5%), seguido en segundo lugar la falta de capacidad resolutoria (21.5%), este último comparte el mismo porcentaje con las referencias que no especifican el motivo de la derivación (21.5%).
- Al evaluar los formatos de referencia se identificó que un 51.5% se catalogaron como referencias completas, y el restante 48.5% como incompletas, de lo expuesto se evidencia que todavía persiste ciertas deficiencias en el correcto llenado.
- En relación a la concordancia diagnóstica se identificó al síndrome convulsivo, cefalea y a las enfermedades del sistema nervioso periférico

dentro de las principales agrupaciones que presentaron mayor coincidencia entre el diagnóstico de derivación y el diagnóstico final dado por el especialista, que sumaron en conjunto un 71.7% del total; en contraste a los diagnósticos discordantes vistos principalmente en los grupos de trastornos del neurodesarrollo, enfermedades neurovasculares y enfermedades no neurológicas, los cuales sumaron un 13.3% del total; con lo que aún se evidencia un déficit en la correcta evaluación por parte de los médicos de atención primaria.

- Se presentan en primer lugar, con un 61.5%, los diagnósticos que no pudieron resolverse en su establecimiento de origen; aunque no se supera la cantidad de diagnósticos que pudieron resolverse, podemos mencionar que en los niveles I-3 (60/104) y I-4 (21/104) aún persiste un déficit en la valoración de referencias que podrían haberse resuelto en su centro de origen, sin necesidad de haberse referido.
- Las referencias dirigidas al servicio de neurología del Hospital Regional del Cusco, muestran problemas relacionados con el nivel prestacional, parte importante en la organización del sistema de referencia, lo que influye en encontrar una alta cantidad de referencias no pertinentes, repercutiendo en la atención del paciente que realmente la requiere.

4.4. Sugerencias

A la Escuela profesional de Medicina Humana

- Se sugiere la realización de trabajos de investigación futuros que empleen un enfoque estratégico o comparativo, dirigido para otras especialidades con alto nivel de referencias, tomando como base el presente trabajo, con el fin de mejorar parte del sistema de referencia.
- Concientizar a los alumnos de pregrado sobre la importancia de realizar una adecuada anamnesis y examen físico neurológico básico, ya que serán la futura generación de médicos que atiendan en un primer nivel de atención.

Al Hospital Regional del Cusco

- Promover el consecuente empleo del Sistema REFCON para consultorios externos, que nos permita ver el seguimiento y control de las referencias (observada, aceptada, rechazada), y a partir de ello elaborar un reporte operacional exclusivo que evidencie el continuo progreso de la valoración de las referencias.
- Se incita la actualización constante de normas y guías institucionales, dirigidas a cualquier nivel de atención, con el objetivo de reconocer los criterios de derivación adecuados y el manejo que debe realizarse en el establecimiento de origen, previo a optar por elaborar una referencia.

Al Ministerio de Salud

- Se recomienda implementar acciones orientadas a la valuación de referencias dirigidas del primer nivel a los consultorios externos previa a su aceptación, con el fin de catalogar si la referencia es adecuada.
- Se sugiere la elaboración de un documento dirigido a los Establecimientos de primer nivel sobre los diagnósticos que no deberían ser referidos a un Hospital Nivel III, para ser considerado previo a la derivación del paciente.
- Se exhorta la promoción de la teleinterconsulta en neurología y demás especialidades, como sistema interactivo de reforzamiento, con programas

de capacitación a médicos de primer nivel, esto con el objetivo de entablar una comunicación técnica entre el médico de primer nivel y el médico especialista, lo que sería beneficioso tanto para el paciente como para el Establecimiento de Salud, mejorando la pertinencia de las referencias.

- Mantener una actualización constante, con el personal de salud que labora en el primer nivel de atención en relación a la evaluación y manejo de las principales patologías por las que acude el usuario, de tal manera se evite la sobresaturación de los hospitales, haya mejor aprovechamiento de recursos, y mejorando así la calidad de atención de los pacientes.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Organización Panamericana de la Salud. Lineamientos generales del sistema de referencia y contrarreferencia [Internet]. OPS; 2015. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52857>
2. Norma Técnica N° 018 - Ministerio de Salud. Sistema de Referencia y Contrarreferencia de los establecimientos del Ministerio de Salud [Internet]. Lima - Perú: Ministerio de Salud; 2005 abr p. 95. Disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/417278/-317076566557805742420191106-32001-ccqwcq.pdf?v=1573077096>
3. Instituto Nacional de Estadística e Informática - INEI. Compendio Estadístico - Perú. Sistema estadístico nacional [Internet]. 2022. Disponible en: https://www.inei.gov.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1872/COMPENDIO2022.html
4. Gerencia Regional de Salud Cusco. ANÁLISIS DE LA SITUACION DE SALUD CUSCO 2021 [Internet]. Cusco-Perú; 2021 jul p. 320. Disponible en: <http://www.diresacusco.gob.pe/asis-2021.pdf>
5. Ministerio de Salud - Hospital Regional del Cusco. ANALISIS SITUACIONAL DE LOS SERVICIOS HOSPITALARIOS (ASISHO) [Internet]. Cusco-Perú; 2020 p. 341. Disponible en: <https://hrcusco.gob.pe/wp-content/uploads/2021/12/R.D.-478-2020-MINSA-HRC-UGRH-ASISHO.pdf>
6. Hospital Regional del Cusco. Reporte operacional de referencias y contrarreferencias. 2022.
7. Santos A, Crail D, Sebastián M, Velasco C, Del Rio M, Gómez E, et al. Archivos de Neurociencias. 2022. Descripción de los centros de referencia de pacientes con epilepsia para la implementación del Proyecto TeleECHO en un instituto nacional de salud. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=105066>
8. Inta Espejo FF. Nivel de calidad de la referencia Gineco-obstétrica en el Centro de Salud Franz Tamayo primer semestre 2019 [Internet]. 2021 [citado 7 de septiembre de 2023]. Disponible en: <http://repositorio.umsa.bo/xmlui/handle/123456789/28947>
9. Ruiz DM, Ñañez JJ, Russi DS, Fernández AM. Pertinencia de las remisiones en la atención de partos de Empresa Social del Estado Centro 1, Punto de atención Piendamó, 2018 - 2019. 2018; Disponible en: <https://repositorio.ucm.edu.co/bitstream/10839/2841/1/Diana%20Milena%20Ruiz%20Sotelo.pdf>
10. Ortega Ramírez KE. Cumplimiento de los lineamientos técnicos para la referencia y retorno de los médicos de las Unidades Comunitarias de Salud Familiar

(UCSF) municipio de Santa Ana y la consulta externa de medicina interna del Hospital San Juan de Dios, Santa Ana, El Salvador. Enero a Junio 2018. 2019;68-68.

11. Astudillo Rosero EP. Fortalecimiento del sistema de referencia y contrarreferencia al primer nivel de atención, a través de la implementación de criterios de derivación en la consulta externa de las especialidades clínico-quirúrgicas para la atención nutricional de pacientes del Hospital Pablo Arturo Suárez del año 2018. 2019.
12. Ayala Narváez GM. Reducción de los tiempos de espera para la atención del servicio de endocrinología, a través de investigación operativa en el proceso de agendamiento en el Hospital General Docente de Calderón en el período de abril-septiembre del 2017-2018 [Internet]. PUCE-Quito; 2018. Disponible en: <http://repositorio.puce.edu.ec:80/handle/22000/16116>
13. Durand FE, Lescano FL, Mari AK, Ricse JM. FRECUENCIA DE REFERENCIAS INJUSTIFICADAS, EN BASE A DIAGNÓSTICOS NO PERTINENTES, REALIZADAS AL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA ADULTOS DEL HOSPITAL CAYETANO HEREDIA, LIMA - ABRIL A DICIEMBRE DEL 2019, Y SUS CARACTERÍSTICAS. Facultad de Medicina. 14 de junio de 2021;205770-205770.
14. Soria M, Cabrera M. Calidad de historia clínica y concordancia diagnóstica de referencia y contrarreferencia en dos establecimientos de salud, Abancay 2021. 2022.
15. Llanos Zavalaga LF, Orellana Vásquez AT, Aguado Taquire HF, Llanos Zavalaga LF, Orellana Vásquez AT, Aguado Taquire HF. Evaluación inicial del Sistema de Referencia y Contrarreferencia ambulatoria en la DIRIS Lima Norte, desde los centros materno infantiles. Revista Medica Herediana. abril de 2021;32(2):91-102.
16. Ascasibar Andrade YM. Factores que influyen el sistema de referencia y contrarreferencia en el servicio de Gineco-obstetricia, Hospital de Chancay, enero-diciembre, 2016. 2019.
17. Asamblea Médica Mundial. WMA - The World Medical Association-Declaración de Helsinki de la AMM – Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos [Internet]. Asociación Médica Mundial. 2023. Disponible en: <https://www.wma.net/es/polices-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>
18. Observatori de Bioètica i Dret. PRINCIPIOS Y GUÍAS ÉTICOS PARA LA PROTECCIÓN DE LOS SUJETOS HUMANOS DE INVESTIGACIÓN COMISIÓN NACIONAL PARA LA PROTECCIÓN DE LOS SUJETOS HUMANOS DE INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA Y DEL COMPORTAMIENTO [Internet]. U.S.A.: Parc Científic de Barcelona; 1979 abr p. 11. Disponible en: <https://www.bioeticayderecho.ub.edu/archivos/norm/InformeBelmont.pdf>

19. Morales OB. Sitio Web del Comité de ética en investigación. 2017 [citado 9 de agosto de 2023]. Informe Belmont. Disponible en:
<https://www.incmnsz.mx/opencms/contenido/investigacion/>
20. OPS-OMS. Organización Panamericana de la Salud. Sistemas y Servicios de Salud - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud. Disponible en:
<https://www.paho.org/es/sistemas-servicios-salud>
21. OPS-OMS. Organización Panamericana de la Salud. Salud Universal - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud. Disponible en:
<https://www.paho.org/es/temas/salud-universal>
22. Cetrángolo O, Bertranou F, Casanova L, Casalí P. EL SISTEMA DE SALUD DEL PERÚ: situación actual y estrategias para orientar la extensión de la cobertura. Organización Internacional del Trabajo. :186.
23. Instituto Nacional de Estadística e Informática - INEI. INEI. 2020. Encuesta Nacional de Hogares (ENAH) 2020. Disponible en:
<https://m.inei.gob.pe/prensa/noticias/mas-mujeres-que-hombres-presentaron-problemas-de-salud-de-manera-permanente-12792/> y
<https://m.inei.gob.pe/prensa/noticias/el-30-de-personas-con-problemas-de-salud-utilizan/>
24. Videnza. SISTEMA DE SALUD EN EL PERÚ [Internet]. Perú; 2020 nov p. 14. (Marco general del sistema de salud). Disponible en: <https://videnza.org/wp-content/uploads/2020/11/Nota-de-Poli%CC%81tica-Sistema-de-salud.pdf>
25. Má de Bitrán C, Hussmann K. Sistemas de Referencia y Contrarreferencia en los Servicios de Salud [Internet]. Bethesda-USA; (Resúmenes Ejecutivos de PHRplus). Disponible en: <http://cdi.mecon.gov.ar/bases/doc/phr/sre3-04.pdf>
26. Podesta L, Huacoto A, Aguirre O, Almeyda J. NORMA TÉCNICA DEL SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA DE LOS ESTABLECIMIENTOS DEL MINISTERIO DE SALUD. MINISTERIO DE SALUD. :85.
27. Seguro social de Salud - ESSALUD. NORMAS PARA EL PROCESO DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA EN ESSALUD [Internet]. Lima-Perú: ESSALUD; 2015 dic p. 56. Disponible en:
https://ww1.essalud.gob.pe/compendio/pdf/0000003164_pdf.pdf
28. Norma Técnica N° 021 - Ministerio de Salud. Categorías de Establecimientos del Sector Salud [Internet]. Lima-Perú: Ministerio de Salud; p. 99. Disponible en:
http://bvs.minsa.gob.pe/local/dgsp/103_N.T.021Categoria.pdf
29. Organización Mundial de la Salud. Calidad de la atención [Internet]. Disponible en: <https://www.who.int/es/health-topics/quality-of-care>

30. World Health Organization, editor. Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud. Décima revisión. [10a rev.]. Washington, D.C: OPS, Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud; 1995. 179 p. (Publicación científica; vol. 2).
31. Dorich J, Repetto F, Valdivia L. Normas del Sistema de Referencia y Contrarreferencia de los Establecimientos del Ministerio de Salud [Internet]. Lima-Perú: Ministerio de Salud; p. 23. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/1463.pdf>
32. Fluxa M, Jofre A, Cea M, Pizarro E, Navarro E, Hernandez C, et al. PROTOCOLO DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA [Internet]. Coquimbo-Chile; 2019 feb p. 38. Disponible en: https://www.sscoquimbo.cl/gob-cl/procesos/files/21-04-2020/INFORMACION%20DE%20REFERENCIA%20Y%20CONTRAREFERENCIA/M anual%20Protocolo%20SRC_v04-convertido.pdf
33. Arab-Zozani M, Pezeshki MZ, Khodayari-Zarnaq R, Janati A. Inappropriate Rate of Admission and Hospitalization in the Iranian Hospitals: A Systematic Review and Meta-Analysis. Value in Health Regional Issues. 1 de mayo de 2020;21:105-12.
34. HOSPITAL REGIONAL DEL CUSCO. Portal de transparencia - Información HRCUSCO [Internet]. Disponible en: https://hrcusco.gob.pe/formulario_solicitud_acceso_informacion/
35. Hospital Regional del Cusco. Reglamento de Organización y Funciones HRC - Gobierno Regional del Cusco. 2014; Disponible en: <http://www.diresacusco.gob.pe/planeamiento/docgest/ROF-Vigente/ROF.%20HOSPITAL%20REGIONAL%202014.pdf>
36. HOSPITAL DE APOYO DEPARTAMENTAL DEL, Hospital Regional del Cusco. PLAN DE TRABAJO «REFERENCIAS DE PACIENTES ATENDIDAS EN CONSULTORIO DE ARO ESTEN INGRESADAS EN EL APLICATIVO DE REFCON».
37. Buttaró TM, Trybulski J, Polgar-Bailey P, Sandberg-Cook J. Primary Care E-Book: Primary Care E-Book: Neurology referral [Internet]. sexta. China: Elsevier Health Sciences; 2019. 1514 p. Disponible en: https://books.google.com.pe/books?hl=es&lr=&id=RDy8DwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=referral+to+neurology+from+general+doctor+or+primary+care&ots=1CUzQRMUWv&sig=2zPjw8MyntK4tPWmHu_UtsTajzY#v=onepage&q=referral%20to%20neurology&f=false
38. Pérez J, Gardey A. Definición.de. 2021. Edad - Qué es, definición, usos e historia. Disponible en: <https://definicion.de/edad/>

39. Equipo editorial, Etecé. Grupo etario - Qué es, concepto y significado en cada disciplina [Internet]. Concepto. 2022 [citado 9 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://concepto.de/grupo-etario/>
40. Girondella L. ¿Qué son sexo y género? Definiciones [Internet]. Contrapeso.info. 2012. Disponible en: <https://contrapeso.info/sexo-y-genero-definiciones/>
41. Real Academia Española, Asociación de academias de la lengua española. «Diccionario de la lengua española» - Edición del Tricentenario. 2022. Procedencia | Diccionario de la lengua española. Disponible en: <https://dle.rae.es/procedencia>
42. Instituto Vasco de Estadística. Eustat. [citado 9 de agosto de 2023]. Lugar de residencia, Definición. Disponible en: https://www.eustat.eus/documentos/opt_0/tema_159/elem_15397/definicion.html
43. Hernández R, Fernandez C, Baptista P. Metodología de la investigación. sexta. Santa Fé - México: McGrawHill; 2014. 600 p.
44. Niño JS, Mendoza ML. La investigación científica en el contexto académico [Internet]. primera. Lima-Perú: Infinite Study; 2021. 168 p. Disponible en: https://www.google.com.pe/books/edition/La_investigaci%C3%B3n_cient%C3%ADfica_en_el_cont/B7koEAAAQBAJ?hl=es-419&gbpv=0
45. Dirección Xeral de Saúde Pública, Xunta de Galicia, Organización Panamericana de la Salud, Universidad CES - Colombia, Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas. sergas. 2023. EPIDAT - Consellería de Sanidade - Servizo Galego de Saúde. Disponible en: <https://www.sergas.es/Saude-publica/EPIDAT-4-2>

ANEXO 1.- MATRIZ DE CONSISTENCIA

TITULO DE LA INVESTIGACIÓN: “Evaluación de referencias y pertinencia de pacientes atendidos en consultorio externo de neurología, Hospital Regional del Cusco, agosto – octubre 2023”

PRESENTADO POR: Holguino Rivas, Ingrid Eliana

PROBLEMA	OBJETIVO	HIPÓTESIS	VARIABLES	INDICADORES	METODOLOGÍA	RECOLECCIÓN DE DATOS Y PLAN DE
<p>PG: ¿Cuáles serían los resultados de la evaluación de la pertinencia de las referencias de pacientes atendidos en consultorio externo de neurología, Hospital Regional del Cusco, agosto – octubre 2023?</p> <p>PE1: ¿Qué problemas se podría evidenciar al evaluar las referencias de los pacientes que acuden al consultorio externo de neurología, Hospital Regional del Cusco, agosto – octubre 2023?</p> <p>PE2: ¿Cuánto es el tiempo transcurrido entre la indicación de la referencia y la consulta de los pacientes que acuden al consultorio externo de neurología, Hospital Regional del Cusco, agosto – octubre 2023?</p> <p>PE3: ¿Cuál es el motivo de consulta de las referencias de los pacientes que acuden al consultorio externo de neurología, Hospital Regional del Cusco, agosto – octubre 2023?</p>	<p>OG: Identificar los resultados de la evaluación de las referencias y su pertinencia de pacientes atendidos en consultorio externo de neurología, Hospital Regional del Cusco, agosto – octubre 2023.</p> <p>OE1: Evidenciar los problemas que podría encontrarse al evaluar las referencias de los pacientes que acuden al consultorio externo de neurología, Hospital Regional del Cusco, agosto – octubre 2023</p> <p>OE2: Describir el tiempo transcurrido entre la indicación de la referencia y la consulta de los pacientes que acuden al consultorio externo de neurología, Hospital Regional del Cusco, agosto – octubre 2023</p> <p>OE3: Precisar el motivo de consulta de las referencias de los pacientes que acuden al consultorio externo de neurología, Hospital Regional del Cusco, agosto – octubre 2023</p> <p>OE4: Comprobar el correcto llenado de las referencias de</p>	<p>HG: De la evaluación de las referencias los problemas a nivel prestacional podrían estar relacionadas con la pertinencia de las mismas, afectando en el correcto funcionamiento del servicio.</p> <p>HE1: Se esperaría que al evaluar las referencias encontremos problemas a nivel prestacional, en los pacientes que acuden al consultorio externo de neurología, Hospital Regional del Cusco, agosto – octubre 2023.</p> <p>HE2: El tiempo transcurrido entre la indicación de la referencia y consulta no superaría los 60 días, que está relacionado a la vigencia del formato de referencia, en los pacientes que acuden al consultorio externo de neurología, Hospital Regional del Cusco, agosto – octubre 2023</p> <p>HE3: La falta de capacidad resolutive y necesidad de evaluación por especialista podrían ser los motivos más frecuentes de referencia de los pacientes que acuden al consultorio externo de neurología, Hospital Regional del Cusco, agosto – octubre 2023.</p>	<p>Variable independiente Evaluación de las referencias</p> <p>Variable dependiente Pertinencia de las referencias</p> <p>Variable s intervinientes</p> <ul style="list-style-type: none"> • Edad • Grupo etario • Sexo • Lugar de procedencia • Zona de referencia • EESS de origen • Categoría del EESS de origen 	<p>Edad En años cumplidos</p> <p>Grupo etario: periodo de vida en el que se encuentra una persona</p> <p>Sexo: Masculino - Femenino</p> <p>Lugar de procedencia: Distintos lugares de donde procede</p> <p>Zona de referencia: - Urbano - Rural</p> <p>EESS de origen: Distintos lugares de donde el paciente se refiere</p> <p>Categoría del EESS de origen - Nivel I-1 - Nivel I-2 - Nivel I-3 - Nivel I-4 - Nivel II-1 - Nivel II-2 - Nivel II-E - Nivel III-1</p> <p>Tiempo transcurrido entre la indicación de la referencia y consulta: Tiempo en días desde la elaboración de la referencia hasta la atención por el especialista. En caso supere los 60 días se indica motivo: - Dificultad de accesibilidad - Dificultad en el tramite documentario - Dificultad en registrar cita - Otro</p> <p>Diagnóstico en la referencia: Diagnóstico con el cual el paciente es referido</p> <p>Motivo de referencia - No capacidad resolutive por el nivel del EESS - Necesidad de evaluación por especialista</p>	<p>Tipo de investigación Es un estudio de tipo transversal, observacional, aplicando el método hipotético-deductivo y con enfoque cuantitativo</p> <p>Diseño de investigación Diseño no experimental, asociativo</p> <p>Población y muestra Para este estudio el universo estará representado por el total de pacientes que acuden con su hoja de referencia dirigida al servicio de consulta externa de neurología del Hospital Regional del Cusco. Realizando el cálculo de tamaño de muestra usando el programa EPIDAT nos resulta una muestra de 270 pacientes</p> <p>Criterios de</p>	<p>Se recolectarán datos tanto de las hojas de referencia como los de la historia clínica de cada paciente que acuda a la consulta neurológica con el especialista entre agosto y octubre del presente año teniendo una duración máxima estimada de 7 semanas. Para lo cual se aplicará como instrumento una ficha de recolección de datos, que constará de 15 ítems.</p> <p>Prevía su aplicación se solicitará al Director del Hospital Regional del Cusco y a la oficina de Capacitación la autorización para la ejecución del presente trabajo.</p> <p>Se elaborará una base de datos en Microsoft Excel considerando los registros obtenidos de la ficha de observación para cada paciente, posterior al cual los datos serán transferidos al</p>

<p>PE4: ¿De qué modo comprobar el correcto llenado de las referencias de los pacientes que acuden al consultorio externo de neurología, Hospital Regional del Cusco, agosto – octubre 2023?</p> <p>PE5: ¿Cómo reconocer los diagnósticos que presenten concordancia diagnóstica según lo emitido en las referencias y la atención especializada de los pacientes que acuden al consultorio externo de neurología, Hospital Regional del Cusco, agosto – octubre 2023?</p> <p>PE6: ¿Cuál es la cantidad de referencias cuyo diagnóstico podría haberse manejado en el establecimiento de referencia de origen de los pacientes que acuden al consultorio externo de neurología, Hospital Regional del Cusco, agosto – octubre 2023?</p> <p>PE7: ¿Cómo encontramos la pertinencia y asociación con la valoración de las referencias de los pacientes que acuden al consultorio externo de neurología, Hospital Regional del Cusco, agosto – octubre 2023?</p>	<p>los pacientes que acuden al consultorio externo de neurología, Hospital Regional del Cusco, agosto – octubre 2023</p> <p>OE5: Reconocer los diagnósticos que presenten concordancia diagnóstica según lo emitido en las referencias y la atención especializada de los pacientes que acuden al consultorio externo de neurología, Hospital Regional del Cusco, agosto – octubre 2023</p> <p>OE6: Conocer la cantidad de referencias cuyo diagnóstico podría haberse manejado en el establecimiento de referencia de origen de los pacientes que acuden al consultorio externo de neurología, Hospital Regional del Cusco, agosto – octubre 2023</p> <p>OE7: Determinar la pertinencia y su asociación con la valoración de las referencias de los pacientes que acuden al consultorio externo de neurología, Hospital Regional del Cusco, agosto – octubre 2023.</p>	<p>HE4: Se espera encontrar una proporción considerable de referencias incompletas en los pacientes que acuden al consultorio externo de neurología, Hospital Regional del Cusco, agosto – octubre 2023.</p> <p>HE5: Se propone que la convulsión y cefalea representan las patologías neurológicas con mayor concordancia entre el diagnóstico indicado en la referencia con el de la consulta especializada, en los pacientes que acuden al consultorio externo de neurología, Hospital Regional del Cusco, agosto – octubre 2023.</p> <p>HE6: La cantidad de referencias injustificadas que podrían haberse manejado en el establecimiento de derivación de origen superarían al grupo de referencias pertinentes, en los pacientes que acuden al consultorio externo de neurología, Hospital Regional del Cusco, agosto – octubre 2023.</p> <p>HE7: Las referencias dirigidas al servicio de neurología serían consideradas pertinentes si cumplen con los criterios normativos y clínicos del proceso de referencia, esperando hallar una correlación significativa entre la valoración de las referencias y su pertinencia.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Por carecer de determinado insumo - Por carecer de determinado equipo - Por servicio saturado - Otro <p>Llenado de la hoja de referencia</p> <ul style="list-style-type: none"> - Incompleto - Completo <p>Diagnóstico en el Formato Único de Atención según neurólogo: Diagnóstico con el cual el paciente es valorado por especialista.</p> <p>Concordancia de diagnóstico en consultorio externo de neurología</p> <ul style="list-style-type: none"> - No concuerda - Si concuerda <p>Diagnóstico pudo resolverse en la atención primaria:</p> <ul style="list-style-type: none"> - No pudo resolverse - Si pudo resolverse <p>Pertinencia de referencia</p> <ul style="list-style-type: none"> - No es pertinente - Si es pertinente 	<p>Inclusión</p> <p>Pacientes que acuden al Hospital Regional del Cusco con hoja de referencia indicada por médico del establecimiento de referencia de origen, dirigida al consultorio externo de neurología con diagnóstico neurológico.</p> <p>Pacientes que cuenten con Seguro Integral de Salud.</p> <p>Referencias con datos completos e incompletos, que tengan mínimamente el diagnóstico en la referencia</p>	<p>Paquete Estadístico de Ciencias Sociales IBM SPSS Statistics para generar las estadísticas y gráficos correspondientes según el objetivo general y específicos de la investigación. Para este estudio se aplicará el análisis univariado y bivariado.</p>
---	--	---	---	---	--

ANEXO 2.- INSTRUMENTO DE INVESTIGACION

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

N° ficha: _____

N° HCL: _____

1. DATOS DE PACIENTE

1.1. Edad del paciente: _____ años

1.2. Grupo etario:

- 1) Niño (0-11 años)
- 2) Adolescente (12-18 años)
- 3) Joven (19-30 años)
- 4) Adulto (30-60 años)
- 5) Adulto mayor (>60 años)

1.3. Sexo:

- 1) Masculino
- 2) Femenino

1.4. Lugar de procedencia:

2. DATOS DEL PROCESO DE REFERENCIA

2.1. Zona de referencia:

- 1) Urbano
- 2) Rural

2.2. EESS de donde procede la referencia:

2.3. Categoría del EESS de donde procede la referencia:

- 1) Nivel I-1
- 2) Nivel I-2
- 3) Nivel I-3
- 4) Nivel I-4
- 5) Nivel II-1
- 6) Nivel II-2
- 7) Nivel II-E
- 8) Nivel III-1

2.4. Tiempo transcurrido entre la indicación de la referencia y la consulta: _____ días

En caso de tiempo ≥ 60 días indicar motivo:

- 1) Dificultad de accesibilidad (transporte, demografía, economía)
- 2) Dificultad en el trámite documentario
- 3) Dificultad en registrar cita

4) Otro: _____

2.5. Diagnóstico en la referencia (CIE-10):

2.6. ¿Cuál fue el motivo de la referencia?

- 1) No capacidad resolutive por el nivel del EESS
- 2) Necesidad de evaluación por especialista
- 3) Por carecer de determinado insumo
- 4) Por carecer de determinado equipo
- 5) Por servicio saturado
- 6) Otro: _____

3. EVALUACION DE LA HOJA DE REFERENCIA EN LA CONSULTA NEUROLOGICA

3.1. ¿Cómo se encuentra el llenado de la hoja de referencia?

- 1) Incompleta
- 2) Completa

3.2. Diagnóstico neurológico en el Formato Único de Atención según neurólogo:

3.3. ¿Existe concordancia de diagnóstico de la consulta con el diagnóstico emitido en la referencia?

- 1) No existe concordancia
- 2) Si existe concordancia

3.4. ¿El diagnóstico pudo haberse resuelto en la atención primaria?

- 1) No pudo resolverse
- 2) Si pudo resolverse

3.5. ¿La referencia es pertinente?

- 1) No es pertinente
- 2) Si es pertinente

ANEXO 3.- CUADERNILLO DE VALIDACION DEL INSTRUMENTO MEDIANTE EL CRITERIO DE EXPERTOS

Previo un cordial saludo a su estimada persona.

Me dirijo a Ud. solicitando su colaboración para validar el instrumento, el cual tiene como objetivo recoger información útil para el siguiente tema de investigación:

“Evaluación de referencias y pertinencia de pacientes atendidos en consultorio externo de neurología, Hospital Regional del Cusco, agosto – octubre 2023”

Agradeciendo su valiosa colaboración en el desarrollo e impulso de la investigación suscribe.

Ingrid Eliana Holguino Rivas

Para la validación del instrumento se plantearon 10 interrogantes, las que serán acompañadas con una escala de estimación que describe lo siguiente:

5 → Representará el mayor valor de la escala y se deberá asignar cuando se aprecia que la interrogante es absuelta por el trabajo de investigación de una manera totalmente suficiente.

4 → Representa la estimación de que el trabajo de investigación absuelve en gran medida la interrogante planteada.

3 → Significará una absolución de la interrogante en términos intermedios de la interrogante planteada.

2 → Representará una absolución escasa de la interrogante planteada.

1 → Representarán una ausencia de elementos que absuelven la interrogante planteada.

Marque con un aspa (X) en la escala de valoración que figura a la derecha de cada interrogante según la opinión que le merezca el instrumento de investigación.

Evaluación de referencias y pertinencia de pacientes atendidos en consultorio externo de neurología, Hospital Regional del Cusco, agosto – octubre 2023

Presentado por: Holguino Rivas, Ingrid Eliana

Problema general

¿De qué manera evaluar las referencias y pertinencia de pacientes atendidos en consultorio externo de neurología, Hospital Regional del Cusco, agosto – octubre 2023?

Objetivos de la investigación

Objetivo general. - Evaluar las referencias y pertinencia de pacientes atendidos en consultorio externo de neurología, Hospital Regional del Cusco, 2023

Objetivos específicos

- 1) Valorar las referencias de los pacientes que acuden al consultorio externo de neurología, Hospital Regional del Cusco, agosto – octubre 2023.
- 2) Identificar el tiempo transcurrido entre la indicación de la referencia y la consulta de los pacientes que acuden al consultorio externo de neurología, Hospital Regional del Cusco, agosto – octubre 2023.
- 3) Precisar el motivo de consulta de las referencias de los pacientes que acuden al consultorio externo de neurología, Hospital Regional del Cusco, agosto – octubre 2023.
- 4) Comprobar el correcto llenado de las referencias de los pacientes que acuden al consultorio externo de neurología, Hospital Regional del Cusco, agosto – octubre 2023.
- 5) Reconocer la concordancia diagnóstica entre los diagnósticos emitidos en las referencias con la atención especializada de los pacientes que acuden al consultorio externo de neurología, Hospital Regional del Cusco, agosto – octubre 2023.
- 6) Conocer la cantidad de referencias que podrían haberse manejado en el establecimiento de referencia de origen de los pacientes que acuden al consultorio externo de neurología, Hospital Regional del Cusco, agosto – octubre 2023.
- 7) Determinar la pertinencia de las referencias de los pacientes que acuden al consultorio externo de neurología, Hospital Regional del Cusco, agosto – octubre 2023.

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

N° ficha: _____

N° HCL: _____

1. DATOS DE PACIENTE

1.1. Edad del paciente: _____ años

1.2. Grupo etario:

- 1) Niño (0-11 años)
- 2) Adolescente (12-18 años)
- 3) Joven (19-30 años)
- 4) Adulto (30-60 años)
- 5) Adulto mayor (>60 años)

1.3. Sexo:

- 1) Masculino
- 2) Femenino

1.4. Lugar de procedencia: _____

2. DATOS DEL PROCESO DE REFERENCIA

2.1. Zona de referencia:

- 1) Urbano
- 2) Rural

2.2. EESS de donde procede la referencia: _____

2.3. Categoría del EESS de donde procede la referencia:

- 1) Nivel I-1
- 2) Nivel I-2
- 3) Nivel I-3
- 4) Nivel I-4
- 5) Nivel II-1
- 6) Nivel II-2
- 7) Nivel II-E
- 8) Nivel III-1

2.4. Tiempo transcurrido entre la indicación de la referencia y la consulta:

_____ días

En caso de tiempo ≥ 60 días indicar motivo:

- 1) Dificultad de accesibilidad (transporte, demografía, economía)
- 2) Dificultad en el tramite documentario
- 3) Dificultad en registrar la cita
- 4) Otro: _____

2.5. Diagnóstico en la referencia (CIE-10):

2.6. ¿Cuál fue el motivo de la referencia?

- 1) No capacidad resolutive por el nivel del EESS
- 2) Necesidad de evaluación por especialista
- 3) Por carecer de determinado insumo
- 4) Por carecer de determinado equipo
- 5) Por servicio saturado
- 6) Otro: _____

3. EVALUACIÓN DE LA HOJA DE REFERENCIA EN LA CONSULTA NEUROLOGICA

3.1. ¿Cómo se encuentra el llenado de la hoja de referencia?

- 1) Incompleto
- 2) Completo

3.2. Diagnóstico en el Formato Único de Atención según neurólogo:

3.3. ¿Existe concordancia de diagnóstico en la consulta con el diagnóstico emitido en la referencia?

- 1) No existe concordancia
- 2) Si existe concordancia

3.4. ¿El diagnóstico pudo haberse resuelto en la atención primaria?

- 1) No pudo resolverse
- 2) Si pudo resolverse

3.5. ¿La referencia es pertinente?

- 1) No es pertinente
- 2) Si es pertinente

HOJA DE PREGUNTAS PARA LA VALIDACIÓN SOBRE “EVALUACION DE REFERENCIAS Y PERTINENCIA DE PACIENTES ATENDIDOS EN CONSULTORIO EXTERNO DE NEUROLOGIA, HOSPITAL REGIONAL DEL CUSCO, AGOSTO – OCTUBRE 2023”

1. ¿Considera Ud. que la cantidad de preguntas registradas en esta versión son suficientes para tener comprensión de la materia en estudio?	1	2	3	4	5
2. ¿Considera Ud. que las preguntas contenidas en este instrumento, son una muestra representativa del universo materia de estudio?	1	2	3	4	5
3. ¿Considera Ud. si aplicamos en reiteradas oportunidades este instrumento a muestras similares, obtendremos también datos similares?	1	2	3	4	5
4. ¿Considera Ud. que, los conceptos utilizados en este instrumento, son todos y cada uno de ellos propios de las variables de estudio?	1	2	3	4	5
5. ¿Considera Ud. que todos y cada una de las preguntas contenidos en este instrumento tienen los mismos objetivos?	1	2	3	4	5
6. ¿Considera Ud que el lenguaje utilizado en el presente instrumento es claro, sencillo y no da lugares a diversas interpretaciones?	1	2	3	4	5
7. ¿Considera Ud. que la estructura del presente instrumento es adecuado al tipo de usuario a quien se dirige el instrumento?	1	2	3	4	5
8. ¿Estima Ud. que las escalas de medición utilizadas son pertinentes a los objetivos materia de estudio?	1	2	3	4	5
9. ¿Considera Ud. que las preguntas del instrumento, miden lo que pretenden medir?	1	2	3	4	5

10. ¿Qué aspecto habría que modificar o que aspectos tendrían que incrementarse o suprimirse?

.....

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN.

Ingrid Eliana Holguino Rivas

ANEXO 4.- VALIDACION DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

HOJA DE PREGUNTAS PARA LA VALIDACIÓN SOBRE “EVALUACION DE REFERENCIAS Y PERTINENCIA DE PACIENTES ATENDIDOS EN CONSULTORIO EXTERNO DE NEUROLOGIA, HOSPITAL REGIONAL DEL CUSCO, AGOSTO – OCTUBRE 2023”

1. ¿Considera Ud. que la cantidad de preguntas registradas en esta versión son suficientes para tener comprensión de la materia en estudio?	1	2	3	4	5
2. ¿Considera Ud. que las preguntas contenidas en este instrumento, son una muestra representativa del universo materia de estudio?	1	2	3	4	5
3. ¿Considera Ud. si aplicamos en reiteradas oportunidades este instrumento a muestras similares, obtendremos también datos similares?	1	2	3	4	5
4. ¿Considera Ud. que, los conceptos utilizados en este instrumento, son todos y cada uno de ellos propios de las variables de estudio?	1	2	3	4	5
5. ¿Considera Ud. que todos y cada una de las preguntas contenidos en este instrumento tienen los mismos objetivos?	1	2	3	4	5
6. ¿Considera Ud que el lenguaje utilizado en el presente instrumento es claro, sencillo y no da lugares a diversas interpretaciones?	1	2	3	4	5
7. ¿Considera Ud. que la estructura del presente instrumento es adecuado al tipo de usuario a quien se dirige el instrumento?	1	2	3	4	5
8. ¿Estima Ud. que las escalas de medición utilizadas son pertinentes a los objetivos materia de estudio?	1	2	3	4	5
9. ¿Considera Ud. que las preguntas del instrumento, miden lo que pretenden medir?	1	2	3	4	5

10. ¿Qué aspecto habría que modificar o que aspectos tendrían que incrementarse o suprimirse?

.....

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN.

Ingrid Eliana Holguino Rivas


 Rafael Velarde Hilares
 MEDICO NEUROLOGO
 C.O.P. 13347 RNE 20203

HOJA DE PREGUNTAS PARA LA VALIDACIÓN SOBRE “EVALUACION DE REFERENCIAS Y PERTINENCIA DE PACIENTES ATENDIDOS EN CONSULTORIO EXTERNO DE NEUROLOGIA, HOSPITAL REGIONAL DEL CUSCO, AGOSTO – OCTUBRE 2023”

1. ¿Considera Ud. que la cantidad de preguntas registradas en esta versión son suficientes para tener comprensión de la materia en estudio?	1	2	3	4	5
2. ¿Considera Ud. que las preguntas contenidas en este instrumento, son una muestra representativa del universo materia de estudio?	1	2	3	4	5
3. ¿Considera Ud. si aplicamos en reiteradas oportunidades este instrumento a muestras similares, obtendremos también datos similares?	1	2	3	4	5
4. ¿Considera Ud. que, los conceptos utilizados en este instrumento, son todos y cada uno de ellos propios de las variables de estudio?	1	2	3	4	5
5. ¿Considera Ud. que todos y cada una de las preguntas contenidos en este instrumento tienen los mismos objetivos?	1	2	3	4	5
6. ¿Considera Ud que el lenguaje utilizado en el presente instrumento es claro, sencillo y no da lugares a diversas interpretaciones?	1	2	3	4	5
7. ¿Considera Ud. que la estructura del presente instrumento es adecuado al tipo de usuario a quien se dirige el instrumento?	1	2	3	4	5
8. ¿Estima Ud. que las escalas de medición utilizadas son pertinentes a los objetivos materia de estudio?	1	2	3	4	5
9. ¿Considera Ud. que las preguntas del instrumento, miden lo que pretenden medir?	1	2	3	4	5

10. ¿Qué aspecto habría que modificar o que aspectos tendrían que incrementarse o suprimirse?

.....

.....

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN.

Ingrid Eliana Holguino Rivas



HOJA DE PREGUNTAS PARA LA VALIDACIÓN SOBRE "EVALUACION DE REFERENCIAS Y PERTINENCIA DE PACIENTES ATENDIDOS EN CONSULTORIO EXTERNO DE NEUROLOGIA, HOSPITAL REGIONAL DEL CUSCO, AGOSTO – OCTUBRE 2023"

1. ¿Considera Ud. que la cantidad de preguntas registradas en esta versión son suficientes para tener comprensión de la materia en estudio?	1	2	3	4	<input checked="" type="checkbox"/>
2. ¿Considera Ud. que las preguntas contenidas en este instrumento, son una muestra representativa del universo materia de estudio?	1	2	3	4	<input checked="" type="checkbox"/>
3. ¿Considera Ud. si aplicamos en reiteradas oportunidades este instrumento a muestras similares, obtendremos también datos similares?	1	2	3	<input checked="" type="checkbox"/>	5
4. ¿Considera Ud. que, los conceptos utilizados en este instrumento, son todos y cada uno de ellos propios de las variables de estudio?	1	2	3	4	<input checked="" type="checkbox"/>
5. ¿Considera Ud. que todos y cada una de las preguntas contenidos en este instrumento tienen los mismos objetivos?	1	2	3	4	<input checked="" type="checkbox"/>
6. ¿Considera Ud que el lenguaje utilizado en el presente instrumento es claro, sencillo y no da lugares a diversas interpretaciones?	1	2	3	4	<input checked="" type="checkbox"/>
7. ¿Considera Ud. que la estructura del presente instrumento es adecuado al tipo de usuario a quien se dirige el instrumento?	1	2	3	4	<input checked="" type="checkbox"/>
8. ¿Estima Ud. que las escalas de medición utilizadas son pertinentes a los objetivos materia de estudio?	1	2	3	<input checked="" type="checkbox"/>	5
9. ¿Considera Ud. que las preguntas del instrumento, miden lo que pretenden medir?	1	2	3	4	<input checked="" type="checkbox"/>

10. ¿Qué aspecto habría que modificar o que aspectos tendrían que incrementarse o suprimirse?

.....

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN.

Ingrid Eliana Holguino Rivas

HOSPITAL REGIONAL DEL CUSCO

 Dr. Roosevelt
 M.C. 11545
 CMP-24344 - RNE: 11545

HOJA DE PREGUNTAS PARA LA VALIDACIÓN SOBRE "EVALUACION DE REFERENCIAS Y PERTINENCIA DE PACIENTES ATENDIDOS EN CONSULTORIO EXTERNO DE NEUROLOGIA, HOSPITAL REGIONAL DEL CUSCO, AGOSTO - OCTUBRE 2023"

1. ¿Considera Ud. que la cantidad de preguntas registradas en esta versión son suficientes para tener comprensión de la materia en estudio?	1	2	3	4	<input checked="" type="checkbox"/>
2. ¿Considera Ud. que las preguntas contenidas en este instrumento, son una muestra representativa del universo materia de estudio?	1	2	3	4	<input checked="" type="checkbox"/>
3. ¿Considera Ud. si aplicamos en reiteradas oportunidades este instrumento a muestras similares, obtendremos también datos similares?	1	2	3	4	<input checked="" type="checkbox"/>
4. ¿Considera Ud. que, los conceptos utilizados en este instrumento, son todos y cada uno de ellos propios de las variables de estudio?	1	2	3	4	<input checked="" type="checkbox"/>
5. ¿Considera Ud. que todos y cada una de las preguntas contenidas en este instrumento tienen los mismos objetivos?	1	2	3	4	<input checked="" type="checkbox"/>
6. ¿Considera Ud que el lenguaje utilizado en el presente instrumento es claro, sencillo y no da lugares a diversas interpretaciones?	1	2	3	4	<input checked="" type="checkbox"/>
7. ¿Considera Ud. que la estructura del presente instrumento es adecuado al tipo de usuario a quien se dirige el instrumento?	1	2	3	4	<input checked="" type="checkbox"/>
8. ¿Estima Ud. que las escalas de medición utilizadas son pertinentes a los objetivos materia de estudio?	1	2	3	4	5
9. ¿Considera Ud. que las preguntas del instrumento, miden lo que pretenden medir?	1	2	3	4	<input checked="" type="checkbox"/>

10. ¿Qué aspecto habría que modificar o que aspectos tendrían que incrementarse o suprimirse?

.....

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN.

Ingrid Eliana Holguino Rivas


 Dr. Victor E. Guillot Torres
 MEDICO CIRUJANO
 ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA
 CMP. 45812 - RNE. 46826

VALIDACION DEL INSTRUMENTO MEDIANTE CRITERIO DE EXPERTOS

Se encuentra en la tabla presentada la calificación de cada ítem y el promedio dado por 5 médicos especialistas, dos especialistas en Neurología del Hospital Regional del Cusco y tres especialistas en Medicina Interna del Hospital Regional del Cusco. Se brindó a cada evaluador la matriz de consistencia del presente estudio junto a la ficha de recolección de datos con las instrucciones de calificación para su respectiva valoración.

ITEMS	EXPERTOS					PROMEDIO
	A	B	C	D	E	
1	5	4	5	5	5	4.8
2	4	4	5	5	5	4.6
3	4	4	5	4	5	4.4
4	4	4	4	5	5	4.4
5	5	4	5	5	5	4.8
6	5	4	5	5	5	4.8
7	5	4	5	5	5	4.8
8	4	4	4	4	4	4
9	5	4	5	5	5	4.8

En base a los promedios hallados se calculó la distancia del punto medio (DPP), gracias a esta ecuación:

$$DPP = \sqrt{(x - y_1)^2 + (x - y_2)^2 + (x - y_3)^2 + \dots + (x - y_9)^2}$$

Donde:

x = Valor máximo en la escala concedida para cada ítem.

y = Promedio de cada ítem

$$DPP = \sqrt{(5-4.8)^2 + (5-4.6)^2 + (5-4.4)^2 + (5-4.4)^2 + (5-4.8)^2 + (5-4.8)^2 + (5-4.8)^2 + (4-4)^2 + (5-4.8)^2}$$

$$DPP = \sqrt{1.08}$$

$$DPP = 1.04$$

Posteriormente se procedió a evaluar la distancia máxima (D. máx.) del valor obtenido, en base al punto de referencia cero, utilizando la siguiente ecuación:

$$D \text{ máx.} = \sqrt{(x_1 - 1)^2 + (x_2 - 1)^2 + (x_3 - 1)^2 + \dots + (x_9 - 1)^2}$$

Donde:

x = Valor máximo en la escala concedida para cada ítem.

$$D \text{ máx.} = \sqrt{(5-1)^2 + (5-1)^2 + (5-1)^2 + (5-1)^2 + (5-1)^2 + (5-1)^2 + (5-1)^2 + (4-1)^2 + (5-1)^2}$$

$$D \text{ máx.} = \sqrt{137}$$

$$D \text{ máx.} = 11.7$$

Posteriormente se dividió el valor obtenido para D máx. entre el valor máximo de cada ítem.

$$\text{Valor} = 11.7/5 = 2.34$$

Con el valor obtenido se construyó una escala valorativa a partir de 0 hasta un máximo de 11.7, se obtuvo la siguiente tabla:

A	Adecuación total	0 – 2.34
B	Adecuación en gran medida	2.35 – 4.68
C	Adecuación promedio	4.69 – 7.02
D	Escasa adecuación	7.03 – 9.36
E	Inadecuación	9.37 – 11.7

El DPP debe caer entre las zonas A o B para afirmar su validez y confiabilidad, en caso contrario el instrumento debe ser reestructurado y/o modificado.

Conclusión: En el presente estudio el DPP es de 1.04 que sería determinado como adecuación total, lo que significa que el instrumento es válido y confiable.

ANEXO 5.- AUTORIZACIÓN DEL HOSPITAL REGIONAL DEL CUSCO PARA LA APLICACIÓN DE INSTRUMENTO DE INVESTIGACION



"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año de la Unidad la Paz y el Desarrollo"

Cusco, 07 de Setiembre del 2023

PROVEIDO N° 221 -GR CUSCO/GERESA-HRC-DE-OCDI.

Visto, el Expediente N° seguido por la Bach.: **Ingrid Eliana HOLGUINO RIVAS** estudiante de la Escuela Profesional de Medicina Humana, de la Facultad de Medicina Humana, de la Universidad Nacional de San Antonio abad del Cusco, Solicita aplicar Instrumento de Investigación, para optar el título profesional de Médico Cirujano.

El presente Proyecto de Investigación titulado, "**EVALUACION DE REFERENCIAS Y PERTINENCIA DE ENVIO EN PACIENTES ATENDIDOS EN CONSULTORIOS EXTERNOS DE NEUROLOGIA, HOSPITAL DEL CUSCO, 2023**" conforme al informe emitido por el Jefe del Área de Investigación de la Oficina de Capacitación Docencia e Investigación, la Petición formulado por la citada Bachiller, se encuentra apto para realizar la correspondiente investigación, por las características de Investigación es de Estudio de tipo Transversa prospectivo ,observacional, y con enfoque Cuantitativo, diseño no experimental ,asociativo lo cual se empleara en la recolección de información de historias clínicas asi mismo se hará uso de las hojas de referencia que serán datos Transferidos al Paquete Estadístico de Ciencias Sociales IBM SPSS Statistics para generar los informes estadísticos y gráficos correspondientes de la Investigación en el Hospital Regional del Cusco.

En tal sentido, esta dirección AUTORIZA la Aplicación de Instrumento de la Investigación, para lo cual se le brinde las facilidades correspondientes exhortando a la Investigadora que todo material para la aplicación de Instrumento es a cuenta de la Interesada y no genere gasto en el hospital.

RECOMENDACIÓN: Se recomienda a la Investigadora ingresar al Hospital con los EPPs y material correspondientes y presentara la presente autorización identificándose con el documento de Identidad Nacional correspondiente.

Recibo N°0014346

Atentamente



[Handwritten signature]
Mód. CAPACITACIÓN Y DOCENCIA
Dirección Ejecutiva
CAMP ARBOI RNE 21300

[Handwritten signature]
Abg. **Rafael Arturo Salazar Sánchez**
JEFE DE LA UNIDAD DE CAPACITACIÓN

c.c Archivo
RASS/cav



Av. La Cultura 5/N Cusco - Perú
Teléfonos (084) 227661 / (084) 231131 Emergencia (084) 223691
hrc@hospitalregionalcusco.gob.pe / www.hrcusco.gob.pe

ANEXO 6.- CONSTANCIA

CONSTANCIA

Por la presente, siendo las 9 de la mañana, del mes de junio, del año 2023, se deja constancia que la estudiante Univ. **Ingrid Eliana Holguino Rivas**, identificada con DNI N° 71471441 y código de estudiante 150555, que actualmente concluyó el 7mo año de Medicina Humana en la Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco, dio conocimiento y alcances a los especialistas de neurología sobre el proyecto de **TESIS: "PERTINENCIA DE LAS REFERENCIAS AL SERVICIO DE NEUROLOGIA EN UN HOSPITAL NIVEL III, CUSCO, 2023"**, el cual será desarrollado en el consultorio externo de neurología del Hospital Regional del Cusco durante un periodo determinado del presente año, haciendo uso de un instrumento previamente validado. Los resultados hallados al final del estudio serán entregados a las autoridades pertinentes del Hospital Regional del Cusco, esto con la finalidad de que puedan servir para la mejora en la gestión y calidad de la atención del servicio.

Sin más que agregar, se expide la presente constancia a solicitud del interesado para fines que estime conveniente.

Cusco, 19 de junio del 2023


Mercedes Rojas Latorre
NEURÓLOGA
C.M.P. 36221 R.N.E. 19698


Rafael Velarde Hilarés
MÉDICO NEURÓLOGO
C.M.P. 26342 R.N.E. 20292


Diva Elizabeth Candia Rivera
MÉDICO NEURÓLOGO
R.N.E. 29685
C.M.P. 57661