



# Frecuencia de referencias ambulatorias injustificadas, en base a diagnósticos no pertinentes, enviadas a un hospital peruano de tercer nivel

## Frequency of unjustified ambulatory referrals bases on no pertinent diagnosis sent to a third level Peruvian hospital

Fiorella Lescano-Osorio <sup>1,a</sup> , Adriana Mari-Nakasone <sup>1,a</sup> , Jenny Ricse-Osorio <sup>1,2,b,d</sup> , Fernando Durand-Concha <sup>1,2,c,d</sup> 

### RESUMEN

**Objetivo:** Determinar la frecuencia y describir las características de referencias injustificadas, en base a diagnósticos no pertinentes, enviadas al servicio de consulta externa adultos de un hospital de tercer nivel. **Material y métodos:** Estudio transversal, observacional y descriptivo, realizado en el Hospital Cayetano Heredia (HCH) en el periodo abril a diciembre del 2019. Se utilizaron los datos del aplicativo “REFCON” con una población de 99 891 referencias. Para la variable “justificación de la referencia”, se utilizó un listado de diagnósticos que no deberían derivarse a hospitales de la DIRIS Lima Norte. Adicionalmente, se estudiaron las variables de edad, sexo, grupo etario, especialidad de destino, categoría del establecimiento de salud de origen, distrito de origen, y diagnóstico del grupo de referencias injustificadas. Se utilizó estadística descriptiva. **Resultados:** La frecuencia de referencias injustificadas fue de 8,4 %. El 34,2 % fue de pacientes adultos; el 65,8 %, de adultos mayores; y el 67 %, de pacientes mujeres. Las especialidades con más referencias injustificadas fueron cardiología, geriatría, medicina interna, medicina familiar y neurología. Los diagnósticos injustificados más frecuentes fueron hipertensión esencial, lumbago no especificado y cefalea. **Conclusiones:** La frecuencia de referencias injustificadas al HCH por diagnósticos no pertinentes fue 8,4 %, tasa similar a otros dos estudios, pese a la emisión de una lista de diagnósticos que no deberían derivarse a hospitales de la DIRIS Lima Norte.

**PALABRAS CLAVE:** Derivación y consulta; atención primaria de salud; centros de atención terciaria.

### SUMMARY

**Objective:** To determine the frequency and to describe the characteristics of unjustified ambulatory referrals based on no pertinent diagnosis done at an adult outpatient clinic of a third level Peruvian hospital. **Methods:** A cross-sectional study was carried-out from April to December 2019 at Hospital Cayetano Heredia. Data were extracted from REFCON with a population of 99 891 referrals. To justify the reference, a list of diagnosis that does not require referral was used. In addition, variables such as age, sex, specialty of destination, category of the health center

<sup>1</sup> Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima, Perú.

<sup>2</sup> Hospital Cayetano Heredia, Lima, Perú.

<sup>a</sup> Médico cirujano,

<sup>b</sup> Médico especialista en Medicina Familiar,

<sup>c</sup> Médico especialista en Administración de Salud,

<sup>d</sup> Magister en Gerencia de Servicios de Salud.

Esta investigación es parte del Trabajo de Investigación para optar el Título Profesional de Médico Cirujano de Lescano Osorio FL, Mari Nakasone AK. <sup>(1)</sup>

of origin, district of origin and diagnosis of the unjustified referral. Descriptive statistics was used. **Results:** the frequency of unjustified referrals was 8.4%; 34.2% comprised the adult population; 65.8% were elder and 67% were female. Specialties with more unjustified referrals were cardiology, geriatrics, internal medicine, family medicine and neurology. The most common unjustified diagnosis were essential hypertension, nonspecific low back pain and headache. **Conclusions:** Despite of socializing a list of unjustified referral diagnosis a frequency of 8,4% remain in this category, which is like results from two previous studies.

**KEYWORDS:** Referral and Consultation; primary health care; tertiary care centers.

## INTRODUCCIÓN

Los establecimientos de salud (EESS) del Ministerio de Salud (MINSA) del Perú están organizados en ocho categorías; cada una con diferentes funciones, características y capacidad resolutoria (CR). Esta última es la capacidad que tiene la oferta de servicios para satisfacer las demandas de la población. También, se pueden agrupar en base al nivel de atención. El primer nivel de atención (PNA) debería atender al 70-80 % de la demanda y casos de baja complejidad. El segundo nivel, al 12-22 % de la demanda y casos de complejidad intermedia; y, el tercer nivel, al 5-10 % de la demanda y casos de alta complejidad <sup>(1,2)</sup>.

Las referencias son procesos administrativos asistenciales mediante los cuales se deriva a usuarios y solicitudes de apoyo al diagnóstico de un EESS de menor CR a otro de mayor capacidad, para asegurar que se sigan prestando los servicios requeridos <sup>(3,4)</sup>. Actualmente, se administran mediante el aplicativo informático de referencia y contrarreferencia “REFCON-MINSA” <sup>(4,5)</sup>.

Varios estudios peruanos han evidenciado múltiples problemas relacionados a las referencias, como no pertenecer a la jurisdicción del EESS de destino, demora en la aceptación, falta de coordinación, diagnósticos de referencia incongruentes con los de ingreso, y referencias tardías <sup>(6-9)</sup>.

Una “referencia injustificada es aquella en la cual el usuario no debió haber sido referido a otro EESS, ya sea porque el establecimiento de origen sí contaba con la CR para solucionar el motivo de la referencia, o porque el establecimiento de destino no cuenta con la CR para resolverlo” <sup>(3)</sup>. Pero, más allá de la definición, no existen guías que especifiquen qué referencias podrían considerarse injustificadas y cuáles no, el criterio es subjetivo. En esa misma línea, son casi inexistentes los estudios nacionales e internacionales que investiguen la justificación de las referencias <sup>(7,10,11)</sup>.

En el 2019, EESS de la Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Norte (DIRIS-LN) validaron un listado de diagnósticos, y sus códigos CIE-10, que no deberán referirse a la consulta externa de hospitales <sup>(12)</sup>. En base a ello, en esta investigación se definirán como “diagnósticos no pertinentes” a aquellos de dicho listado. Y, se utilizará la frase “referencia injustificada en base a diagnósticos no pertinentes”, pues estos deberían ser resueltos en el PNA.

La justificación del estudio radica en que, con los resultados, tanto la DIRIS-LN como el HCH podrán verificar si la lista emitida por la primera ayudó a reducir el porcentaje de referencias injustificadas y que el hospital se acerque al porcentaje de demanda que debería atender.

El objetivo del estudio fue determinar la frecuencia de referencias injustificadas, en base a diagnósticos no pertinentes, al servicio de consulta externa (CE) adultos de un hospital general de tercer nivel de la DIRIS-LN <sup>(13)</sup>. Además, conocer sus características demográficas, las especialidades más referidas y los diagnósticos no pertinentes más frecuentes.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional descriptivo transversal. Se utilizaron los datos de las referencias realizadas al servicio de CE del Hospital Cayetano Heredia (HCH) registradas en el aplicativo “REFCON”, y recibidas entre el 01 de abril del 2019 al 31 de diciembre del 2019; independientemente de si habían sido aceptadas, rechazadas u observadas.

Se descargaron tablas de recolección de datos del “REFCON” en Microsoft Excel. En un inicio se obtuvieron 149 289 referencias, de las cuales se excluyeron 20 997 por ser de pacientes menores de 18 años. Posteriormente, se eliminaron 13 063 referencias que no provenían de los distritos de Independencia, Rímac, Los Olivos y San Martín de Porres (SMP).

Estos últimos pertenecen a la jurisdicción del HCH y albergan a 47 EESS del PNA <sup>(4)</sup>.

Después, se revisó la cartera de servicios del HCH, estipulada en la Resolución Directoral N° 1158-2019-MINSA/DIRIS.LN/1<sup>(14)</sup>. Se tomaron en cuenta sólo las 27 especialidades médicas correspondientes al servicio de CE adultos, excluyendo la atención por otros profesionales de la salud y los consultorios de atención de procedimientos ambulatorios. Es así como se descartaron 15 338 referencias. De tal manera, se obtuvo una población objetivo de 99 891 referencias aptas. Por la facilidad para la obtención de la base de datos, no se recurrió a un muestreo.

**Variables:** La variable principal, justificación de la referencia, permitió delimitar a las referencias injustificadas en base a un diagnóstico no pertinente, pues esta se clasificó como “justificada” o “injustificada” (dicotómica). Lo anterior se determinó comparando los códigos CIE-10 de cada referencia con los del listado de diagnósticos de la DIRIS-LN <sup>(12)</sup>. Otras variables estudiadas fueron edad, sexo y grupo etario. La última se dividió en adultos (18 a 59 años) y adultos mayores (60 años a más). El dato del EESS de origen fue utilizado para definir su categoría (I-1, I-2, I-3 o I-4) y el distrito de origen (Independencia, Rímac, Los Olivos y San Martín de Porres). Con respecto al ámbito clínico se analizaron dos variables: la especialidad de destino y el diagnóstico de las referencias injustificadas; dividiendo esta última variable por grupo etario.

Para el análisis estadístico se utilizó el programa SPSS, exportando la base de datos desde Microsoft Excel. Se utilizó estadística descriptiva mediante distribución de frecuencias y medidas de tendencia central.

### *Aspectos éticos*

El protocolo de investigación fue revisado y aprobado por el Comité de Ética de la Universidad Peruana Cayetano Heredia (Constancia 244-01-21) y por el Comité de Ética del HCH (N.º 8 492) quienes autorizaron el acceso a la base de datos del REFCON de la institución. Solo los autores tuvieron acceso a esta. La codificación de variables ayudó a evitar la filtración de datos personales de los pacientes.

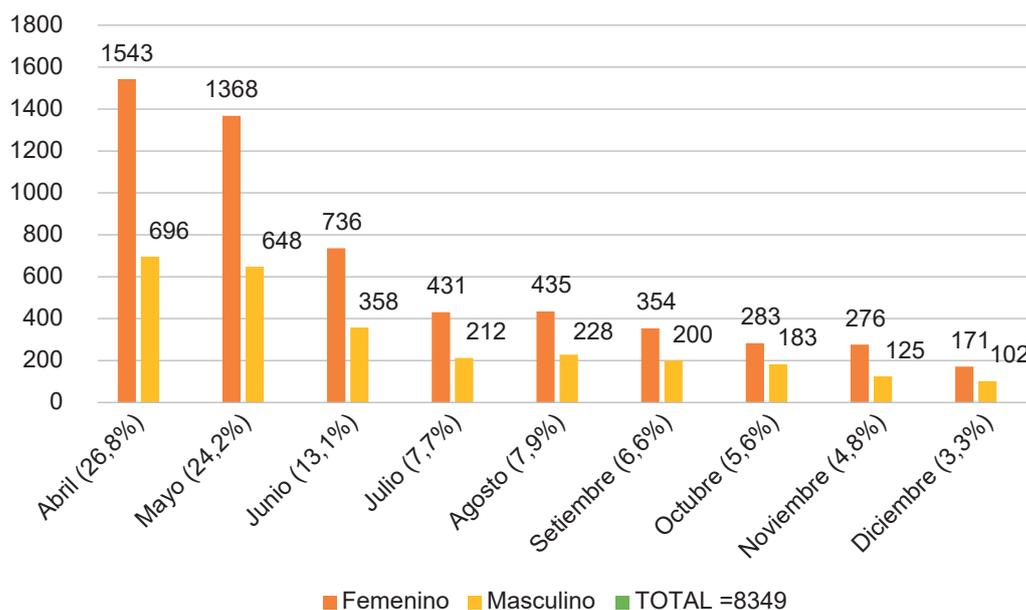
### **RESULTADOS**

La frecuencia de referencias injustificadas, en base a diagnósticos no pertinentes, realizadas al servicio de CE del HCH fue del 8,4% (N: 8 349). En el gráfico 1, se muestra la frecuencia de referencias injustificadas según el mes.

Las características demográficas de los pacientes referidos injustificadamente se encuentran en la tabla 1. La mayoría corresponde al grupo etario de adultos mayores (65,8%), las más referidas fueron las mujeres (67%), y el distrito origen más frecuente fue SMP (39,9%). Por otro lado, en cuanto a los niveles de los EESS de origen, ninguna referencia provino de un nivel I-1. Mientras que los niveles I-2, I-3 y I-4 realizaron 847 (10,1%), 6583 (78,9%) y 919 (11%) referencias injustificadas, respectivamente.

Las especialidades de destino más frecuentes fueron cardiología, geriatría, medicina interna, medicina familiar y neurología, conformando el 67,2% del total (tabla 2). Mientras que los diagnósticos no pertinentes más frecuentes en ambos grupos etarios fueron “Hipertensión esencial”, “Lumbago no especificado” y “Cefalea” (tablas 3 y 4). El diagnóstico de “Hipertensión esencial” se encontraba en el 68,4% de las referencias del grupo de adultos mayores.

**INVESTIGACIÓN ORIGINAL / ORIGINAL RESEARCH**



**Gráfico 1.** Frecuencia de referencias injustificadas por mes.

**Tabla 1.** Características demográficas y de establecimiento de salud de origen de las referencias injustificadas.

Características	TOTAL		Femenino		Masculino	
	n	%	n	%	n	%
<b>Grupo Etario</b>						
Adulto	2 858	34,2%	2 047	36,6%	811	29,5%
Adulto Mayor	5 491	65,8%	3 550	63,4%	1 941	70,5%
<b>Distrito de procedencia</b>						
Independencia	1 692	20,3%	1 131	20,2%	561	20,4%
Rímac	1 427	17,1%	911	16,3%	516	18,7%
Los Olivos	1 897	22,7%	1 344	24,0%	553	20,1%
San Martín de Porres	3 333	39,9%	2 211	39,5%	1 122	40,8%

**INVESTIGACIÓN ORIGINAL / ORIGINAL RESEARCH**

**Tabla 2.** Especialidades de destino de las referencias injustificadas.

Especialidades	TOTAL		Femenino		Masculino	
	n	%	n	%	n	%
Cardiología	1 662	19,9%	1 023	18,3%	639	23,2%
Geriatría	1 419	17,0%	948	16,9%	471	17,1%
Medicina interna	1 075	12,9%	718	12,8%	357	13,0%
Medicina familiar	897	10,7%	636	11,4%	261	9,5%
Neurología	558	6,7%	362	6,5%	196	7,1%
Gastroenterología	395	4,7%	282	5,0%	113	4,1%
Endocrinología	347	4,2%	263	4,7%	84	3,1%
Medicina de rehabilitación	261	3,1%	187	3,3%	74	2,7%
Reumatología	247	3,0%	211	3,8%	36	1,3%
Traumatología y ortopedia	251	3,0%	169	3,0%	82	3,0%
Dermatología	206	2,5%	124	2,2%	82	3,0%
Urología	209	2,5%	98	1,8%	111	4,0%
Ginecología y obstetricia	167	2,0%	167	3,0%	0	0,0%
Otros (14)*	655	1,6%	409	7,3%	246	8,9%
<b>TOTAL</b>	<b>8 349</b>	<b>100%</b>	<b>5597</b>		<b>2752</b>	

\*Otras especialidades (porcentajes menores a 2%): Nefrología; oftalmología; cirugía general; neumología; otorrinolaringología; cirugía torácica, cardiovascular y angiología; medicina de enfermedades infecciosas y tropicales; oncología; psiquiatría; neurocirugía; hematología clínica; cirugía oncológica; cirugía plástica; anestesiología.

**Tabla 3.** Diagnósticos no pertinentes referidos en adultos.

CIE 10	Diagnóstico	TOTAL		Femenino		Masculino	
		n	%	n	%	n	%
I10X	Hipertensión esencial (primaria)	814	28,5%	528	25,8%	286	35,3%
M545	Lumbago no especificado	475	16,6%	356	17,4%	119	14,7%
R51X	Cefalea	262	9,2%	205	10,0%	57	7,0%
K30X	Dispepsia	170	6,0%	131	6,4%	39	4,8%
N390	Infección de las vías urinarias, sitio no especificado	132	4,6%	108	5,3%	24	3,0%
M255	Dolor en articulación	127	4,4%	104	5,1%	23	2,8%
M542	Cervicalgia	91	3,2%	70	3,4%	21	2,6%
L709	Acné, no especificado	68	2,4%	38	1,9%	30	3,7%
R101	Dolor abdominal localizado en parte superior	59	2,1%	44	2,1%	15	1,8%
B351	Tiña de las uñas	49	1,7%	30	1,5%	19	2,3%
	Otros (65 diagnósticos)	611	21,3%	433	21,1%	178	22,0%
	<b>TOTAL</b>	<b>2 858</b>	<b>100,0%</b>	<b>2 047</b>		<b>811</b>	

INVESTIGACIÓN ORIGINAL / ORIGINAL RESEARCH

Tabla 4. Diagnósticos no pertinentes referidos en adultos mayores.

CIE 10	Diagnóstico	TOTAL		Femenino		Masculino	
		n	%	n	%	n	%
I10X	Hipertensión esencial (primaria)	3 756	68,4%	2 372	66,8%	1 384	71,3%
M545	Lumbago no especificado	433	7,9%	293	8,2%	140	7,2%
R51X	Cefalea	165	3,0%	127	3,6%	38	2,0%
M255	Dolor en articulación	163	3,0%	119	3,4%	44	2,3%
N390	Infección de las vías urinarias, sitio no especificado	143	2,6%	107	3,0%	36	1,9%
K30X	Dispepsia	125	2,3%	93	2,6%	32	1,6%
M542	Cervicalgia	89	1,6%	60	1,7%	29	1,5%
R54X	Senilidad	75	1,4%	40	1,1%	35	1,8%
B351	Tiña de las uñas	59	1,1%	38	1,1%	21	1,1%
R101	Dolor abdominal localizado en parte superior	55	1,0%	41	1,2%	14	0,7%
	Otros (55 diagnósticos)	428	7,7%	260	7,3%	168	8,6%
	<b>TOTAL</b>	<b>5 491</b>	<b>100,0%</b>	<b>3 550</b>		<b>1 941</b>	

DISCUSIÓN

Esta investigación buscó estudiar un problema del Sistema de Referencias y Contrarreferencias: la referencia de diagnósticos que se deberían solucionar en el PNA, generando la saturación del segundo y tercer nivel.

Es el primer estudio peruano que utiliza una lista de diagnósticos para considerar a una referencia “injustificada”, y de los primeros en estudiar referencias hechas sólo a CE. Se han estudiado referencias a emergencia de un hospital de Lambayeque por motivos obstétricos, siendo 12% las injustificadas<sup>(7)</sup>. En Bolivia, encontraron 49% de referencias injustificadas, pero no mencionan en base a qué las consideraron así<sup>(10)</sup>. En cambio, en Uruguay, utilizaron una lista de casos a ser referidos, encontrándose 11% de injustificadas a especialistas<sup>(11)</sup>. Estos estudios extranjeros fueron realizados en hospitales pediátricos de tercer nivel. Por otro lado, si bien el porcentaje obtenido en este estudio no es elevado, se debe considerar que la población estudiada es mucho mayor y no se recurrió a un muestreo.

La disminución en el porcentaje de referencias injustificadas desde junio del 2 019 podría deberse a que el listado usado para esta investigación fue aprobado el 11 de junio de dicho año<sup>(12)</sup>. En diciembre, llegó a 3,3%, traduciendo una probable adaptación de su uso.

Sobre las características demográficas, Llave y Rodríguez<sup>(15)</sup> analizaron todas las referencias hechas en la Región La Libertad en el año 2 012 encontrando que el 56% de referencias eran de pacientes adultos y, 16%, de adultos mayores. Sin embargo, incluyeron todos los servicios y no sólo CE. En España, Franquelo et al.<sup>(16)</sup>, hallaron que el 27,6% de derivaciones hacia especialistas desde atención primaria, fueron de adultos mayores. Cabe resaltar que, en Perú, la etapa de vida adulto mayor comprende desde los 60 años<sup>(17)</sup>, lo que podría contribuir al elevado porcentaje obtenido. Adicionalmente, el predominio del sexo femenino en las referencias se repite en estudios similares<sup>(9,16,18)</sup>.

El distrito de SMP, al cual pertenecen 16 de los 47 EESS incluidos en el estudio, representa el mayor porcentaje de referencias injustificadas. Con respecto a las categorías, el 78,9% de referencias provinieron de EESS I-3, los cuales, según normativa del MINSA, deberían resolver los diagnósticos incluidos en el listado de la DIRIS-LN<sup>(2)</sup>.

En cuanto a las especialidades de destino más frecuentes, Llanos et al.<sup>(9)</sup>, encontraron que las especialidades más referidas a hospitales de la DIRIS-LN fueron Gineco-Obstetricia y Oftalmología. Mientras que, en estudios españoles, fueron Traumatología, Oftalmología y Ginecología en uno<sup>(16)</sup>; y Ginecología, Oftalmología, Dermatología y Otorrinolaringología en otro<sup>(18)</sup>. Los tres estudios mencionados no tuvieron en cuenta la justificación de las referencias.

Los tres diagnósticos no pertinentes más frecuentes fueron “Hipertensión Esencial”, “Lumbago no especificado”, y “Cefalea”. De Prado *et al.* encontraron que los diagnósticos más frecuentes derivados a especialistas desde atención primaria fueron “Revisión ginecológica”, “Disminución de la agudeza visual/ceguera” y “Otras enfermedades de la piel y tejido celular subcutáneo”<sup>(18)</sup>. No obstante, en este último estudio se analizaron todas las referencias, independientemente de si fueron justificadas o no.

En la Guía de Práctica Clínica de Enfermedad Hipertensiva del MINSA -donde se explica el manejo de la hipertensión arterial según nivel de complejidad-, se indica que los hipertensos con riesgo cardiovascular (RCV) bajo o moderado e incluso con riesgo alto pero controlados, deberían manejarse en el PNA. Sólo en casos con RCV alto y no controlados, o riesgo muy alto, deberían referirse<sup>(19)</sup>. En España, Martell-Claros *et al.*, buscaron valorar la derivación del hipertenso desde atención primaria a atención especializada, obteniendo un 25,3 % de derivaciones incorrectas<sup>(20)</sup>. A pesar de que sus criterios son similares con los planteados en nuestro país, se evidencia la falta de manejo de la patología en nuestro PNA.

En el caso de lumbago, no existe una guía clínica del MINSA. Sin embargo, en la literatura peruana, se encuentra la del Seguro Social del Perú (EsSalud). En ella sugieren referir a centros más complejos y especializados a aquellas lumbalgias que presenten signos de alarma<sup>(21)</sup>. Sobre el diagnóstico de Cefalea, según la guía clínica del MINSA del 2006, se deberían manejar en el PNA: cefaleas agudas recurrentes, cefalea tensional, y cefalea por procesos infecciosos leves. En ausencia de respuesta al tratamiento o que la clínica oriente a otras patologías no descritas anteriormente, su referencia estaría justificada<sup>(22)</sup>. En las referencias analizadas por este estudio, no se puede definir si las cefaleas o lumbalgias contaban con signos de alarma. Pero, de haber sido así, pudieron haber sido derivadas con una presunción diagnóstica más clara y, por ende, otro código CIE-10.

Dentro de las limitaciones está que, al no haber estudiado la condición final de las referencias injustificadas, no se puede saber si fueron finalmente rechazadas u observadas, pero se sabe que en el HCH prima el criterio médico al momento de aceptarlas o no. Además, existen diferentes motivos para rechazar una referencia; un diagnóstico no pertinente es solo uno de ellos.

Se utilizó la data de un año previo a la pandemia de la Covid-19; esta última generó que el servicio de CE del HCH estuviese inhabilitado en varios periodos de tiempo, por lo que se consideró que la información de los últimos dos años no sería la ideal para estudiar.

A partir de lo obtenido, consideramos pertinente recomendar: a nivel de otras DIRIS, realizar listados parecidos pues, con el de la DIRIS-LN, se evidenció una disminución de referencias injustificadas al HCH. A nivel del PNA, el poder contar con las especialidades de Geriátrica o Cardiología sería idóneo, al ser especialidades con alta demanda. A su vez, actualizar y elaborar guías de práctica clínica de los problemas de salud más frecuentes, enfatizando el manejo en base a la complejidad de los EESS. Esto último debido a que algunas guías, como la de cefalea, datan del 2006. Finalmente, animamos a la realización de un estudio a mayor escala para saber si el panorama evidenciado en el presente estudio es la realidad de otras DIRIS o regiones.

En conclusión, el 8,4% de las referencias realizadas desde el PNA al servicio de CE adultos del HCH fueron injustificadas de derivarse a hospitales de la DIRIS-LN. Este porcentaje se aproxima a los estudios de Sayago Granda<sup>(7)</sup> y Pardo *et al.*<sup>(11)</sup>. El diagnóstico no pertinente más frecuente fue Hipertensión Esencial, evidenciando su falta de manejo en nuestro PNA (sobre todo en adultos mayores).

#### **Declaración de financiamiento y de conflictos de interés:**

El estudio fue financiado por los autores. Los autores declaran que no tienen conflictos de interés.

#### **Contribución de autoría:**

**FLO y AMN:** Participaron en la concepción y diseño del trabajo de investigación; conducción y gestión de las actividades de la investigación; análisis e interpretación de datos; redacción del artículo; e intervinieron en la aprobación de la versión final para publicación. **JRO y FDC:** Participaron en la concepción y diseño del trabajo de investigación; la adquisición de datos; revisión crítica del contenido intelectual; e intervinieron en la aprobación de la versión final para publicación.

#### **Correspondencia:**

Fiorella Lescano Osorio  
Correo electrónico: fiorella.lescano.o@upch.pe

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lescano F, Mari A. 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. [Tesis de pregrado]. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2022:1-58. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12866/11937>
2. Ministerio de Salud. NTN.º021-MINSA/DGSP-V.01. Norma Técnica Categorías de Establecimientos del Sector Salud [Internet]. Lima: Dirección General de Salud de las Personas, MINSA; 2005 [citado el 12 de julio del 2022]. Disponible en: [http://bvs.minsa.gob.pe/local/dgsp/103\\_N.T.021Categoria.pdf](http://bvs.minsa.gob.pe/local/dgsp/103_N.T.021Categoria.pdf)
3. Ministerio de Salud. NTN.º018-MINSA/DGSP-V.01. Norma Técnica del Sistema de Referencia y Contrarreferencia de los Establecimientos del Ministerio de Salud [Internet]. Lima: Dirección General de Salud de las Personas, MINSA; 2005 [citado el 12 de julio del 2022]. Disponible en: [http://bvs.minsa.gob.pe/local/dgsp/115\\_NTREFYCON.pdf](http://bvs.minsa.gob.pe/local/dgsp/115_NTREFYCON.pdf)
4. Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Norte. Directiva Sanitaria N° 001-DIRIS LN/2018/DMGS: Para el proceso del Sistema de Referencia y Contrarreferencia [Internet]. Lima: Dirección Ejecutiva de Monitoreo y Gestión Sanitaria, DIRIS LN; 2018 [citado el 12 de julio del 2022]. Disponible en: <http://app3.dirislmanorte.gob.pe:2007/img/2018/RD/RD20180461.pdf>
5. Ministerio de Salud. Manual de Usuario Referencias y Contrarreferencias Evaluador de Referencia [Internet]. 2019 [citado el 12 de julio del 2022]. Disponible en: <https://cloud.minsa.gob.pe/apps/onlyoffice/s/QGL55ETmazEtAKf?fileId=288401>
6. Huaco CG. Sistema de Referencia y Contrarreferencia en el Departamento de Emergencia del Hospital Nacional Dos de Mayo. Propuesta para su mejoramiento. Rev Med Carriónica [Internet]. 2019 [citado el 12 de julio del 2022];1(3):26-33. Disponible en: <http://cuerpomédico.hdosdemayo.gob.pe/index.php/revistamedicacarrionica/article/view/303/206>
7. Sayago Granda LA. Características de las referencias y diagnósticos de egreso de emergencia del Servicio de Obstetricia del Hospital Provincial Docente Belén-Lambayeque [Tesis de pregrado]. Lambayeque: Facultad de Medicina Humana, Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo; 2018:1-69. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12893/1802>
8. Huauya-Leuyacc C, Palacios-Guillén AM, Benites-Zapata VA. Factores epidemiológicos asociados a la referencia temprana al nefrólogo para hemodiálisis crónica en pacientes de un Hospital Público de Perú. Rev Nefrol Dial Traspl. [Internet]. 2018 [citado el 12 de julio del 2022];38(2):126-33. Disponible en: <https://www.revistarenal.org.ar/index.php/rndt/article/view/312>
9. Llanos LF, Orellana AT, Aguado HF. Evaluación inicial del Sistema de Referencia y Contrarreferencia ambulatoria en la DIRIS Lima Norte, desde los centros materno-infantiles. Rev Med Hered [Internet]. 2021 [citado el 16 de julio del 2022]; 32:91-102. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1018-130X2021000200091](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2021000200091)
10. Quimbert R, Mejía H. Análisis de la referencia de pacientes a un hospital de tercer nivel pediátrico. Rev Soc Bol Ped [Internet]. 2013 [citado el 12 de julio del 2022];52(1):8-12. Disponible en: [http://www.scielo.org.bo/pdf/rbp/v52n1/v52n1\\_a03.pdf](http://www.scielo.org.bo/pdf/rbp/v52n1/v52n1_a03.pdf)
11. Pardo L, Zabala C, Gutiérrez S, Pastorini J, Ramirez Y, Otero S, *et al.* Sistema de referencia-contrarreferencia en pediatría. Análisis de la situación en el Hospital Pediátrico del Centro Hospitalario Pereira Rossell. Rev Med Urug [Internet]. 2008 [citado el 12 de julio del 2022];24(2):69-82. Disponible en: <http://www.scielo.edu.uy/pdf/rmu/v24n2/v24n2a02.pdf>
12. Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Norte. Circular N° 412-2019-MINSA/DIRIS.LN/1. DIRIS LN; 2019.
13. Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Norte. Plan Operativo Institucional 2018 [Internet]. Lima: Oficina de Planeamiento y Modernización, DIRIS LN; 2018 [citado el 12 de julio del 2022]. Disponible en: <http://www.dirislmanorte.gob.pe/wp-content/uploads/2018/05/POI-2018-R.D.-Nº-132-DIRIS-LN-Plan-Operativo-Institucional-DIRIS-LN-2018.pdf>
14. Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Norte. Resolución Directoral N°1158-2019-MINSA/DIRIS.LN/1 [Internet]. Lima: Dirección General, DIRIS LN; 2019 [citado el 12 de julio del 2022]. Disponible en: [https://www.hospitalcayetano.gob.pe/PortalWeb/wp-content/uploads/resoluciones/2021/RD/RD\\_1158-2019-MINSA-DIRIS\\_LN1\\_CARTERA\\_DE\\_SERVICIO\\_HCH2019.pdf](https://www.hospitalcayetano.gob.pe/PortalWeb/wp-content/uploads/resoluciones/2021/RD/RD_1158-2019-MINSA-DIRIS_LN1_CARTERA_DE_SERVICIO_HCH2019.pdf)
15. Llave R, Rodríguez E. Plan de referencia y contrarreferencia para mejorar la oferta de servicios de salud en la consulta externa de los hospitales II-1 en la provincia de Trujillo: 2014-2016. Rev CyT [Internet]. 2015 [citado el 12 de julio del 2022];11(4):85-103. Disponible en: <https://revistas.unitru.edu.pe/index.php/PGM/article/view/1152>
16. Franquelo P, García D, Moya P, Lema J, Buendía J, Sáiz S. Tasa de Derivación y factores asociados a la Calidad de la Hoja de Derivación en Atención Primaria. Rev Clin Med Fam [Internet]. 2008 [citado el 13 de julio del 2022];2(5):199-205. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=169614506002>
17. Ministerio de Salud. NTS N° 043-MINSA/DGSP-V.01. Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud de las Personas Adultas Mayores [Internet]. Lima: Dirección General de

## INVESTIGACIÓN ORIGINAL / ORIGINAL RESEARCH

- Salud de las Personas, MINSA; 2010 [citado el 13 de julio del 2022]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3132.pdf>
18. De Prado L, García L, Rodríguez F, Otero A. Evaluación de la demanda derivada en atención primaria. *Aten Primaria*. 2005;35(3):146-51. doi: 10.1157/13071940
19. Ministerio de Salud. Guía Técnica: Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico, Tratamiento y Control de la Enfermedad Hipertensiva [Internet]. Lima: Dirección General de Salud de las Personas, MINSA; 2015 [citado el 13 de julio del 2022]. Disponible en: [https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/196970/195692\\_RM031-2015-MINSA.pdf20180904-20266-1d55na4.pdf](https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/196970/195692_RM031-2015-MINSA.pdf20180904-20266-1d55na4.pdf)
20. Martell-Claros N, Abad-Cardiel M, Álvarez-Álvarez B, García-Donaire JA, Galgo-Nafría A. Análisis del proceso de derivación del paciente hipertenso en España: Estudio DERIVA. *Aten Primaria*. 2015;47(10):636-43. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2015.01.001>
21. Carpio R, Goicochea-Lugo S, Chávez J, Santayana N, Collins JA, Robles J, *et al.* Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de lumbalgia aguda y subaguda en el Seguro Social del Perú (EsSalud). *An Fac med*. 2018;79(4):351-9. doi: <https://doi.org/10.15381/anales.v79i4.15643>
22. Ministerio de Salud. Guía Técnica: Guía de Práctica Clínica Cefalea [Internet]. Lima: Dirección General de Salud de las Personas, MINSA; 2006 [citado el 13 de julio del 2022]. Disponible en: [http://www.diresacusco.gob.pe/salud\\_individual/servicios/Gu%C3%ADas%20de%20Pr%C3%A1ctica%20C1%C3%ADnica%20MINSA/RM692-2006%20GPC%205%20Neurolog%C3%ADa.pdf](http://www.diresacusco.gob.pe/salud_individual/servicios/Gu%C3%ADas%20de%20Pr%C3%A1ctica%20C1%C3%ADnica%20MINSA/RM692-2006%20GPC%205%20Neurolog%C3%ADa.pdf)

**Recibido:** 04/10/2022

**Aceptado:** 09/02/2023