



UNIVERSIDAD ANDINA DEL CUSCO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



MANEJO DE LAS REFERENCIAS Y CONTRARREFERENCIAS DE LAS
PACIENTES OBSTETRICAS ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD DE
WANCHAQ, CUSCO 2014.

TESIS PRESENTADO POR LAS

BACHILLERES:

MONTAÑO CALDERON DANAE DIANI

MELLENDEZ GUEVARA LUZAIRA

PARA OPTAR AL TÍTULO PROFESIONAL DE:

LICENCIADAS EN OBSTETRICIA

ASESORA:

DRA. OBST. GLADIS ROJAS SALAS

CUSCO – PERÚ

2016



DEDICATORIA

A Dios, por haberme permitido llegar hasta este punto y haberme dado vida y salud para lograr mis objetivos, además de su infinita bondad y amor.

A mi mamá Carmen Calderón, por haberme apoyado en todo momento, por su ejemplo de perseverancia y constancia, por sus consejos, sus valores, por la motivación constante que me ha permitido ser una persona de bien, pero más que nada, por su amor incondicional.

A mi hija Ixchell Carmeli, por ser mi motivación ella trajo sentido a mi vida y fue causante de mi anhelo de salir adelante, progresar y culminar con éxito esta tesis, agradezco a Dios por darme tan hermosa compañía y motivación para cada día ser mejor. Gracias a mi hija por ser la mejor hija de todas y por hacer de mi la mamá más feliz del mundo.

A todos mis familiares, por su apoyo incondicional y su ejemplo de superación constante.

Danae D. Montaña Calderón.



DEDICATORIA

Esta tesis se la dedico a mi Dios y a la virgen María quiénes supieron guiarme por el buen camino, darme fuerzas para seguir adelante y no desmayar en los problemas que se presentaban.

A mis padres Abdón y Lourdes quienes por ellos soy lo que soy.

Por su apoyo, consejos, comprensión, amor, ayuda en los momentos difíciles, y por ayudarme con los recursos necesarios para estudiar. Me han dado todo lo que soy como persona, mis valores, mis principios, mi carácter, mi empeño, mi perseverancia, mi coraje para conseguir mis objetivos.

A mis hermanos por estar siempre presentes, acompañándome para poderme realizarme, quienes siempre estuvieron apoyándome.

Luzaira Melendez Guevara.



AGRADECIMIENTO

Agradecemos a los Docentes de la Universidad Andina del Cusco de la Escuela Profesional de Obstetricia por sus sabias enseñanzas que impartieron durante nuestra formación profesional.

A la Doctora Gladys Rojas Salas, por su apoyo y su asesoría.

Así mismo al personal del Centro de Salud de Wanchaq, por su apoyo incondicional, hicieron posible la realización de la presente investigación.

A la Dra. Yolanda León Villalobos y Dra. Alicia De la Cruz Galarza por su apoyo y dedicación como dictaminantes.



PRESENTACIÓN

DRA. HERMINIA NAVEDA CAHUANA

DECANA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

DOCTORAS DICTAMINANTES.

Según el reglamento de Grados y Títulos de la Escuela Profesional de Obstetricia de la Universidad Andina del Cusco, elevamos antes ustedes la tesis titulada “MANEJO DE LAS REFERENCIAS Y CONTRARREFERENCIAS DE LAS PACIENTES OBSTETRICAS ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD DE WANCHAQ, CUSCO 2014.” con la finalidad de optar el Grado Académico de Licenciadas en Obstetricia.

La presente investigación ha sido ejecutada con el propósito de conocer el manejo de las referencias y contrarreferencias de pacientes obstétricas.

Así mismo, es importante recalcar que la tesis que se presenta ha sido concluida con normas de investigación establecidas.



INTRODUCCIÓN

El Modelo de Atención Integral de salud del Ministerio de Salud se basa en principios de universalidad en el acceso, equidad, integridad de la atención, calidad, eficiencia, respecto a los derechos de las personas, descentralización y participación ciudadana.

Estos principios han exigido cambios y redefiniciones coherentes y complementarias en el modelo de prestación de los servicios de salud. El principio de integridad a su vez tiene varias dimensiones, siendo una de ellas, la continuidad de la atención, que supone que la atención de salud de una persona no puede darse en forma limitada o verse interrumpida por factores atribuibles a la limitada capacidad resolutoria de los Establecimientos de Salud, sino por el contrario, esta debe ser seguida y complementada hasta la resolución del daño o episodio de enfermedad específica.

Por lo tanto la continuidad de la atención se busca que el usuario sea captado, identificado, evaluado y seguido dentro de un sistema ordenado de atención de salud, integrando la atención promocional, preventiva y recuperativa, organizándola y articulándola por niveles de resolución y asegurándole adecuados procedimientos de relación entre ellas.

Los procesos de referencia y contrarreferencia son parte inherente del sistema prestacional de salud al que se denomina: Sistema de referencia y contrarreferencia que tiene como principio el integrar en forma técnica, asistencial, administrativa las capacidades resolutorias existentes en la oferta de servicios de los niveles locales, regionales y nacionales que el



problema de salud requiere para lograr la satisfacción del usuario como un derecho de la vida.

El objetivo principal de la investigación es determinar el manejo de la referencia y contrarreferencia de pacientes obstétricas atendidas en el Centro de Salud de Wanchaq, donde surge la necesidad de evaluar para poder reforzar y tomar decisiones que mejoren la salud de nuestra población, se basarán en la siguiente estructura dividido en:

CAPÍTULO I: Planteamiento del problema: que contiene la caracterización del problema, justificación del estudio, limitaciones, consideraciones éticas y objetivos.

CAPITULO II: Marco teórico: que contiene los estudios previos, bases teóricas, hipótesis, variables, operacionalización de variables.

CAPITULO III: Metodología: en el que se considera el tipo de estudio, diseño de investigación, población y muestra, criterios de selección de la muestra, técnica e instrumentos, procedimiento de recolección de datos, procedimiento de análisis de datos.

CAPÍTULO IV: Resultados: Donde se presenta los resultados encontrados con el análisis y con la discusión, conclusiones y recomendaciones que se dan.



RESUMEN

MANEJO DE LAS REFERENCIAS Y CONTRARREFERENCIAS DE LAS PACIENTES OBSTÉTRICAS ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD DE WANCHAQ, CUSCO 2014.

Estudio descriptivo, cuantitativo, retrospectivo, de diseño no experimental, transversal, cuyo objetivo es determinar el manejo de las referencias y contrarreferencias de las pacientes obstétricas atendidas en el Centro de Salud de Wanchaq, Cusco, durante el año 2014, donde se concluyó que las características sociodemográficas y reproductivas son: 83% de 19 a 34 años, la edad mínima 15, la máxima 40, mediana 27 y moda 32 años; el 73% estudio secundaria, 63% son convivientes, 87% vive en zona urbana, 100% cuentan con seguro, el 50% no tuvo hijos anteriores, 100% partos institucionales, 47% uso métodos hormonales; respecto al manejo de referencia a nivel del establecimiento, el 90% utilizan medios de transporte para acudir al centro de salud, 67% es acompañada, 60% identificó el problema de salud, el diagnóstico es 21% hipertensión inducida por el embarazo, 57% referidos por médicos, la condición fue estable en un 100%, 40% uso laboratorio como recurso de soporte, 98% no fueron coordinadas, 100% con seguro subsidiado, 100% sin tratamiento, a emergencia, a un establecimiento de mayor capacidad resolutive, y no uso medios de transporte propios del establecimiento, atención de 12 Hrs./día. Respecto al manejo de referencia de pacientes obstétricas desde el nivel de la comunidad, se concluye que no existe la conformación de estos agentes, por lo tanto no existen referencias de parte de agentes comunales. En cuanto a la pertinencia del informe de la contrarreferencia de las pacientes obstétricas referidas, se concluye que no se encontró ninguna hoja de contrarreferencia, las referencias fueron todas justificadas, 76% curadas, ningún caso de mortalidad materna, 94% atendidas por obstetras, el control respecto a monitoreo, supervisión y/o evaluación de las referencias no se efectúan.

PALABRAS CLAVE: Referencia, contrarreferencia, pacientes obstétricas.

**ABSTRAC****MANAGEMENT REFERENCES AND COUNTER OF OBSTETRIC PATIENTS TREATED AT THE WANCHAQ HEALTH CENTER, 2014 CUSCO**

Descriptive, quantitative, retrospective, not experimental, cross, aimed at determining management and cross-references of patients obstetric treated at the Health Center Wanchaq, Cusco, during 2014, which concluded that the sociodemographic and reproductive characteristics are: 83% of 19-34 years, the pussycat age 15, maximum 40, median 27 and fashion 32 years; 73% secondary study, 63% are cohabiting, 87% live in urban areas, 100% uninsured, 50% had no previous children, 100% institutional deliveries, 47% use hormonal methods; Reference regarding the management at the facility level, 90% use public transport to go to the health center, 67% is accompanied, 60% identified the health problem, the diagnosis is 21% pregnancy-induced hypertension, 57% referred by doctors, the condition was stable at 100%, 40% use laboratory support resource, 98% were not coordinated, 100% with subsidized insurance, 100% without treatment, emergency, an establishment of higher resolution capacity, and no use of own transport means of the establishment, care 12 hours / day. Regarding the management of obstetric referral from the patient community level, it is concluded that there is no formation of these agents, so there are no references from communal agents. Regarding the relevance of the report of the counter-obstetric patients referred, it is concluded that no sheet counter- was not found, the references were all justified, 76% healed, no case of maternal mortality, 94% attended by obstetricians, the control with respect to monitoring, supervision and / or evaluation of the references are not made.

KEY WORDS: Reference, counterreferral, obstetric patients.



INDICE GENERAL

PRESENTACIÓN

INTRODUCCIÓN

RESUMEN

ABSTRAC

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 CARACTERIZACIÓN DEL PROBLEMA Pág. 1

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA Pág. 3

1.3 JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DEL PROBLEMA Pág. 4

1.4 LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN Pág. 5

1.5 CONSIDERACIONES ÉTICAS Pág. 5

1.6 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN Pág. 6

1.6.1 OBJETIVO GENERAL

1.6.2 OBJETIVO ESPECÍFICO

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 ASPECTOS TEÓRICOS PERTINENTES

2.1.1 ESTUDIOS PREVIOS Pág. 7

2.1.1.1 ESTUDIOS PREVIOS INTERNACIONALES

2.1.1.2 ESTUDIOS PREVIOS NACIONALES

2.2 BASES TEÓRICAS Pág.15



2.2.1 SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA	Pág.15
2.2.1.1 SISTEMA DE REFERENCIA SEGÚN NIVELES DE ORGANIZACIÓN	Pág.15
2.2.1.2 PROCESO DE LA REFERENCIA	Pág.38
2.2.1.3 PROCESO DE LA CONTRARREFERENCIA	Pág.50
2.2.1.4 CONTROL DE LA REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA	Pág.55
2.2.1.5 PARTICIPACIÓN DE OTRAS DIRECCIONES	Pág.56
2.2.1.6 SISTEMA DE INFORMACIÓN	Pág.57
2.2.1.7 NIVELES DE ATENCION DE REFERENCIA	Pág.57
2.2.1.8 CONDICIONES DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD DE REFERENCIA	Pág.59
2.2.2 DIAGNÓSTICO DE LA CONDICIÓN MATERNA	Pág.61
2.3 DEFINICIÓN DE TERMINOS BASICOS	Pág.68
2.4 DEFINICION DE VARIABLES	Pág.70
2.5 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	Pág.70
CAPITULO III: METODOLOGÍA	
3.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN	Pág.78
3.2 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	Pág.78
3.3 POBLACIÓN Y MUESTRA	Pág.79
3.3.1 DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN	Pág.79
3.3.2 MUESTRA Y MÉTODO DE MUESTREO	Pág.79



3.3.3 CRITERIOS DE SELECCIÓN (INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN)	Pág.79
3.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS	Pág.79
3.5 PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	Pág.79
3.6 PROCEDIMIENTOS DE ANÁLISIS DE DATOS	Pág.80

CAPITULO IV: RESULTADOS

RESULTADOS	Pág.81
------------	--------

DISCUSIÓN

CONCLUSIONES

RECOMENDACIONES

BIBLIOGRAFIA

ANEXOS



ÍNDICE DE GRÁFICOS Y CUADROS

GRÁFICO N° 1	
CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LAS PACIENTES OBSTÉTRICAS REFERIDAS DEL CENTRO DE SALUD DE WANCHAQ	Pág.82
GRÁFICO N° 2	
CARACTERÍSTICAS REPRODUCTIVAS DE LA POBLACIÓN EN ESTUDIO EN EL CENTRO DE SALUD DE WANCHAQ	Pág.84
GRÁFICO N° 3	
PACIENTE ACUDE AL CENTRO DE SALUD DE WANCHAQ	Pág.86
GRÁFICO N° 4	
DIAGNÓSTICO DE PACIENTES REFERIDAS DEL CENTRO DE SALUD DE WANCHAQ	Pág.88
GRÁFICO N° 5	
DIAGNÓSTICO DE PACIENTES REFERIDAS VS PERSONAL RESPONSABLE DE LA REFERENCIA	Pág.90
GRÁFICO N° 6	
MANEJO PARA LA REFERENCIA EN PACIENTES OBSTÉTRICAS DEL CENTRO DE SALUD DE WANCHAQ	Pág.92
GRÁFICO N° 7	
UNIDAD PRODUCTORA DESTINO DE REFERENCIA DE PACIENTES REFERIDAS DEL CENTRO DE SALUD DE WANCHAQ	Pág.94
GRÁFICO N° 8	
ACCESIBILIDAD PARA LA REFERENCIA DE PACIENTES REFERIDAS DEL CENTRO DE SALUD DE WANCHAQ	Pág.95
GRÁFICO N° 9	
PACIENTE OBSTÉTRICA REFERIDA EN EL ESTABLECIMIENTO DE DESTINO	Pág.98
GRÁFICO N° 10	
CONDICIÓN DE LA PACIENTE OBSTÉTRICA CONTRARREFERIDA EN EL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN	Pág.99



GRÁFICO N° 11

PERSONAL DE SALUD QUE ATIENDIO EN EL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN
EN LA CONTRARREFERENCIA

Pág.100

CUADRO N° 1

CONTROL DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

Pág.101



CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. CARACTERIZACIÓN DEL PROBLEMA

En el lanzamiento de la iniciativa Alianza Mundial por la Seguridad del Paciente, realizado en Washington, Octubre 2012, la Organización Mundial de la Salud ¹ exhorta en realizar la referencia entendiendo esta como el traslado de un paciente a otro lugar para que reciban cuidados que no pueden ser brindados en el lugar de origen, donde debería ser hecha siempre después de una comunicación con el lugar al cual se va a derivar al paciente, y la contrarreferencia es la devolución del paciente al lugar de origen, lo que a su vez requiere que sea acompañada de otro cuidadoso informe hecho en el lugar donde estuvo, que incluya todos los estudios que se hicieron, eventuales tratamientos, complicaciones probables, guía de seguimiento y otros.

¹ Enciso A. Mortalidad Materna, Grave problema de salud y justicia social, Coneva, Sociedad y justicia en La Librería Jornada. 11 de setiembre de 2012 Disponible en:
<http://www.jornada.unam.mx/2012/09/11/sociedad/047n1soc>.



La mortalidad materna constituye un grave problema para la salud pública, los derechos humanos, el desarrollo social, la equidad de género y la justicia social. La mortalidad materna se redujo un 40% entre 1990 y 2013 en la región. Sin embargo, alrededor de 9.300 mujeres murieron por causas maternas en 2013. La mortalidad materna pone en manifiesto la violación de un conjunto de derechos de la mujer, principios básicos como el derecho a la vida y el acceso a información de calidad y al máximo nivel posible de salud.

La necesidad de un constante seguimiento y estudio de los diferentes instrumentos, mecanismos, procesos y servicios en salud, coadyuvara a una mejora de la calidad en la prestación de este servicio, garantizando al mismo tiempo el acceso al derecho a la salud, en especial en madres gestantes.

Considerando la elevada demanda de los servicios de obstetricia en el Centro de Salud de Wanchaq, se hace necesario conocer a profundidad el manejo del Sistema de Referencias y Contrarreferencias de pacientes obstétricas con la finalidad, en primer lugar, de "Constatar el cumplimiento de la Norma Técnica del Sistema de Referencia y Contrarreferencia de los Establecimientos del Ministerio de Salud - NT N° 018 MINSA / DGSP – V.01 - RM N°751- 2004/MINSA-02/08/04).²

En segundo lugar está la importancia de conocer detalladamente y desde un caso específico, cual es el caso del Centro de Salud de Wanchaq, los puntos de fortaleza y así como los puntos débiles en el manejo del sistema de referencias y contrarreferencias de pacientes

² Ministerio de Salud, Norma Técnica del Sistema de Referencia y Contrarreferencia de los Establecimientos del Ministerio de Salud N° 018 del 2004 RM N°751- 2004.



obstétricas que nos permita construir un cuadro de análisis para entender este caso en específico y, en el mejor de los casos, para el estudio de otros casos similares.

Finalmente es importante delimitar los alcances y pertinencia del informe de contrarreferencia con el que las pacientes obstétricas regresan al Centro de Salud de Wanchaq.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1. PROBLEMA GENERAL

¿Cómo es el manejo de las referencias y contrarreferencias de las pacientes obstétricas atendidas en el Centro de Salud de Wanchaq, Cusco 2014?

1.2.2. PROBLEMAS ESPECÍFICOS

1. ¿Cuáles son las características sociodemográficas y reproductivas de las pacientes obstétricas referidas del Centro de Salud de Wanchaq?
2. ¿Cuál es el manejo de las referencias de las pacientes obstétricas desde el nivel del Establecimiento de Salud?
3. ¿Cuál es el manejo de las referencias de las pacientes obstétricas desde el nivel de la comunidad?
4. ¿Cuál es la pertinencia del informe de la contrarreferencia de las pacientes obstétricas referidas del Centro de Salud de Wanchaq?



1.3. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DEL PROBLEMA.

La presente investigación busca determinar el nivel de cumplimiento de la norma, de referencia y contrarreferencia, en beneficio de las pacientes obstétricas desde el estudio del caso específico del Centro de Salud de Wanchaq, Cusco.

Es viable porque ciertas normas y los ajustes que al margen de esta hace el personal de salud, desde la práctica, en casos específicos, como en el Centro de Salud de Wanchaq, con la finalidad no solo de identificar ciertos vacíos legales, sino también de poder retroalimentar la legislación existente, complementarla y enriquecerla, desde una confrontación con una experiencia concreta.

La presente investigación es importante porque es un estudio profundo con la finalidad de determinar el manejo de las referencias y contrarreferencias de las pacientes obstétricas atendidas en el caso específico del Centro de Salud de Wanchaq – Cusco en el año 2014, que podrá servir como un instrumento de análisis de casos similares.

Es relevante porque este estudio recaen en el aspecto metodológico de estudio de casos concretos, de considerar muestras en la que se considerarán variables como niveles socioeconómicos y de procedencia de las pacientes, en modo tal de tener un cuadro lo más completo posible de la población usuaria, y de la calidad misma del servicio, sus puntos débiles y sus fortalezas.

Es Pertinente porque un estudio de esta naturaleza busca entre otras cosas, desde el estudio de un caso específico, aportar para la mejora del sistema de referencias y contrarreferencias de pacientes obstétricas a nivel nacional.



1.4. LIMITACIONES

- Bibliográficas: Existe escasa fuente de información, elaboraciones teóricas y/o publicaciones al respecto (antecedentes de estudios previos) a nivel regional, sin embargo a nivel nacional e internacional si existen.
- Disponibilidad de tiempo limitado del personal de salud por la demanda de pacientes, motivo por el cual se tuvo que acordar horarios acorde a su labor en la institución.
- El inadecuado llenado de historias clínicas o datos faltantes en ellas, que se superarán al revisar documentos secundarios como cuaderno de registros y/o seguimientos.

1.5. CONSIDERACIONES ÉTICAS.

Para la realización del presente trabajo de investigación, se cumplirá con las normas bioéticas de la investigación, con énfasis en los siguientes aspectos:

- Se informará previamente y se solicitará la autorización para la aplicación del instrumento.
- Este estudio de investigación respetará los derechos de la persona, en el sentido de que no se divulgara el secreto profesional.
- Se manejará con veracidad la información obtenida de las fuentes documentales, sin modificarla, limitarla, sesgarla. La información no se prestará a manipulaciones que busquen justificar los objetivos de la investigación.



- Los datos recogidos serán usados exclusivamente para responder a los objetivos de la investigación planteada.

1.6. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.6.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar el manejo de las referencias y contrarreferencias de las pacientes obstétricas atendidas en el Centro de Salud de Wanchaq, Cusco 2014.

1.6.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir las características sociodemográficas y reproductivas de las pacientes obstétricas referidas del Centro de Salud de Wanchaq.
- Describir el manejo de las referencias de pacientes obstétricas desde el nivel del establecimiento de salud.
- Describir el manejo de las referencias de pacientes obstétricas desde el nivel de la comunidad.
- Establecer la pertinencia del informe de la contrarreferencia de las pacientes obstétricas referidas del Centro de Salud de Wanchaq.



CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 ASPECTOS TEÓRICOS PERTINENTES

2.1.1 ESTUDIOS PREVIOS

ANTECEDENTES INTERNACIONALES

LAVADENZ, F.; SCHAB, N.; STRAATMAN, H. (2000) “REDES PÚBLICAS, DESCENTRALIZADAS Y COMUNITARIAS DE SALUD EN BOLIVIA”³

El objetivo principal de este estudio es mejorar la calidad y ampliar la cobertura de los servicios de salud mediante la descentralización, encontrando que existen referencia de pacientes a Centro de Salud y Hospitales de nivel II.

El seguro básico de salud fue un factor muy importante para el aumento de cobertura en El Alto y en el Distrito I, pero se combinó de forma directa con un nuevo modelo de gestión

³ Lovadez, F.; Schab, N.; Straatman, H. Redes públicas, descentralizadas y comunitarias de salud en Bolivia 2000



que incrementó aún más la demanda de servicios. Los cambios en la gestión de la red, por medio de instrumentos como el contrato de gestión, han permitido introducir cambios e incentivos para mejorar la eficiencia y calidad de los servicios y conseguir un aumento real de la producción. Esto llevó al aumento de las tasas de ocupación de camas, que indica que en el hospital se están resolviendo ciertas necesidades previamente insatisfechas, y al aumento del número de consultas externas y de partos institucionales en la red, que refleja un aumento de la demanda de servicios de salud en la red. La actual organización de la red ha permitido disminuir la “competencia” entre el primer y el segundo nivel de atención y desarrollar un enfoque de “complementariedad” con niveles de integración crecientes.

TENA, A. (2012) “CAUSAS DE REFERENCIA PARA RESOLUCIÓN OBSTÉTRICA EN MUJERES EMBARAZADAS ATENDIDAS EN EL CENTRO ESPECIALIZADO DE ATENCIÓN PRIMARIA A LA SALUD DE SAN MIGUEL CHAPULTEPEC”⁴

Tesis para obtener el título de médico cirujana, donde el objetivo fue identificar las causas más frecuentes de referencia para resolución obstétrica de mujeres embarazadas, estudio observacional, transversal y retrospectivo, cuyos resultados fueron que durante el año 2012 se realizaron un total 207 referencias a segundo y tercer nivel de atención de mujeres embarazadas. Respecto a la edad mínima esta es de 14 años, la máxima es de 42 con una media de 23 años, el 60% estudio secundaria, el 96.3% tiene pareja estable y el 89.8% tiene como ocupación su hogar; se observó que el grupo de pacientes referidas con mayor

⁴ Tena, A. Causas de referencia para resolución obstétrica en mujeres embarazadas atendidas en el Centro Especializado de atención primaria a la Salud de San Miguel Chapultepec. México 2012.



frecuencia fueron las segundigestas, los diagnósticos de envío más frecuentes fueron: amenaza de aborto (12.56%), cesárea previa (9.18%), edad gestacional mayor a 40 semanas (8.70%), amenaza de parto pretérmino (8.21%), ruptura prematura de membranas (5.31%), preeclampsia (4.83%) y sufrimiento fetal agudo (3.86%). De los 73 registros que se encontraron para resolución obstétrica, el 57.53% fueron partos, el 24.66% cesáreas y el 13.70% legrados.

**HOSPITAL DE GINECO PEDIATRÍA DEL INSTITUTO MEXICANO DE SEGURO SOCIAL – UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA (2012)
“COORDINACIÓN DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA”⁵**

El objetivo de esta investigación fue evaluar como es la calidad de atención y manejo de una paciente gestante referida a un Centro de Salud en México.

Se exploró el proceso por el cual un grupo de 35 mujeres gestantes de alto riesgo accedió para su referencia y atención obstétrica a una institución hospitalaria de segundo nivel de atención para población abierta de la ciudad de México. Siendo el siguiente resultado. El 57% de las mujeres tuvieron que buscar más de un sitio para su resolución obstétrica: 25% visitó dos, 17% tres, 15% a más de tres. La mujer que más hospitales visitó, acudió a nueve nosocomios a lo largo de 24 horas. No fueron debidamente valoradas en todos los casos antes de ser enviadas por sus propios medios a buscar otros sitios de atención. También fue posible identificar que las complicaciones que presentaron algunas de las mujeres que

⁵ Hospital de Gineco Peditria del Instituto Mexicano de Seguro Social – Universidad Autónoma Metropolitana Coordinación de Referencia y Contrarreferencia Ginecología y Obstetricia 2012



participaron en esta investigación así como las de sus bebés, se debieron a la demora en la atención que se generó a través de la referencia y contra referencia de la que fueron objeto. Conclusiones. Este estudio permitió observar que debido a las condiciones actuales bajo las que opera, el sistema de referencia y contra referencia representa un obstáculo para el acceso a la atención obstétrica hospitalaria oportuna, al enmascarar un fenómeno de multi-rechazo hospitalario que, a su vez, tiene un impacto negativo en la buena resolución del embarazo y finalmente en la salud de las mujer gestante.

SANSO, S. (1999) "PROPUESTA DE MODELO DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA" ⁶

Según Sanso Soberats F. Desde 1996 se orientó que las historias clínicas individuales en la atención primaria de salud dejaran de ser ambulatorias, no existe un modelo oficial para la transferencia de pacientes a través del sistema de salud. Desde la constitución del Sistema Nacional de Salud (SNS), los diferentes niveles de atención médica se han organizado de acuerdo con la complejidad de las acciones preventivo-curativas y de rehabilitación, con la mejor especialización de los servicios. Esta organización se ha efectuado basada en el principio de la "regionalización" (Escalona M. La regionalización en la gestión de la salud pública. Ciudad de La Habana: Instituto de Desarrollo de la Salud. 198:257-71), que implícitamente plantea el logro de una comunicación eficaz entre las diferentes unidades del sistema; y al que se suma el hecho de que "el concepto de la medicina familiar en Cuba no establece una relación de subordinación entre las partes o niveles sino, por el contrario,

⁶ Sanso F. Propuesta de Modelo de Referencia y Contrarreferencia Ciudad de la Habana Cuba 1999



una matriz de interrelaciones de apoyo y fortalecimiento". (Sanso Soberats F. propuesta de modelo de referencia y contrarreferencia en el sistema de salud cubano. 1999 Cuba).

Para relacionar los niveles de atención, los Sistemas de Salud acuden a la referencia y la contrarreferencia, que en los casos más eficientes, no llegan a satisfacer todas las expectativas de los usuarios ni las de los prestadores de servicios.

En nuestro país el complejo hospital policlínico- Médico de Familia debe coordinar tareas de atención médica (ambulatoria, de urgencia, hospitalización); medios diagnósticos, promoción de salud y prevención de enfermedades, trabajo social, docencia, investigación y monitoreo. Para ello es imprescindible trabajar en estrecha interrelación. Con la implementación del programa del Médico y la Enfermera de la Familia se introdujo una historia clínica individual ambulatoria en la atención primaria, y con ello se vislumbró la posibilidad de poder resolver los problemas de comunicación entre ésta y el nivel secundario de atención. Sin embargo, esta historia en manos del paciente, demostró tener tantas limitaciones que motivó en 1996, que el Ministerio de Salud Pública se pronunciara por mantenerlas bajo la custodia de los equipos de salud en la atención primaria de salud. Desde entonces no se cuenta con un modelo oficial para realizar la transferencia de pacientes a través del Sistema de Salud; por tanto, en estos momentos no existen garantías en cuanto a la uniformidad de la información que se emite hacia uno u otro nivel de atención. En los estudios realizados en este sentido, se ha comprobado que se presentan múltiples irregularidades en el sistema de transferencia. Este trabajo consiste en presentar un proyecto de modelo de referencia y contrarreferencias para ser utilizado en dicho sistema. Previo a la confección del modelo se examinaron la antigua historia clínica individual ambulatoria y la hoja de egreso hospitalario; y se tuvieron en cuenta los



resultados de investigaciones sobre el sistema de transferencia. La propuesta se confeccionó, procurando que cumpliera con los principios siguientes: único, práctico, integrador y se concibió para ser portado por el paciente durante la transferencia. Se expone el modelo y se recomienda su validación; así como normar y controlar el cumplimiento de las disposiciones relacionadas con el sistema de referencia y contrarreferencia.

ANTECEDENTES NACIONALES

MAYCA, J.; PALACIOS E.; MEDINA, A.; VELASQUEZ, J.; CASTAÑEDA, D. (2009) “PERCEPCIONES DEL PERSONAL DE SALUD Y LA COMUNIDAD SOBRE LA ADECUACIÓN CULTURAL DE LOS SERVICIOS MATERNOS PERINATALES EN ZONAS RURALES ANDINAS Y AMAZÓNICAS EN LA REGIÓN DE HUÁNUCO”⁷

El objetivo de este estudio es que explore las percepciones del personal de salud y la comunidad en relación con la adecuación cultural de servicios maternos perinatales observando aspectos críticos, las complicaciones del embarazo es la primera causa materna, tener en cuenta el deficiente sistema de referencia y contrarreferencia, el inadecuado trato e información al usuario. El modelo de las tres demoras identifica los puntos en los que pueden ocurrir demoras en el tratamiento de las complicaciones obstétricas a nivel de la comunidad y del establecimiento: baja capacidad resolutive, bajo nivel de demanda de gestantes y familia.

⁷ Mayca, J.; Palacios E.; Medina, A.; Velasquez, J.; Castañeda, D. Percepciones del personal de salud y la comunidad sobre la adecuación cultural de los servicios maternos perinatales en zonas rurales andinas y amazónicas en la región de Huánuco 2009



TORRES, M, (2011) “SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA EN LA UNIDAD EJECUTORA DE SALUD EL CARMEN” HUANCAYO. ⁸

Donde el objetivo fue determinar los principales problemas del sistema de referencia y contrarreferencia de la Unidad Ejecutora de Salud El Carmen, con un diseño descriptivo no experimental y con enfoque cualicuantitativo.

Los resultados fueron que la mayoría de las referencias en el Hospital el Carmen fueron pacientes obstétricas; donde las principales deficiencias del Sistema de Referencia y Contrarreferencia son: poco compromiso de parte de las autoridades responsables del funcionamiento adecuado del sistema, la comunidad no funciona adecuadamente entre la referencia.

ANTECEDENTES LOCALES.

DIRESA CUSCO (2010) “MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA” CUSCO. ⁹

El presente proyecto se origina como una respuesta integral a ayudar a disminuir las altas tasas de morbimortalidad Materno Perinatal e infantil por falta de un buen manejo de las referencias, en las zonas alejadas, pobres y extremadamente pobres, con difícil acceso geográfico, que por falta de un medio de transporte en forma inmediata y oportuna, de Recursos Humanos capacitados que puedan asistirlo durante su traslado, y de medios de

⁸ Torres, M. Sistema de referencia y contrarreferencia en la unidad ejecutora de salud El Carmen” Huancayo. servicios maternos perinatales en zonas rurales andinas y amazónicas en la región de Huánuco 2011

⁹ DIRESA Cusco Mejoramiento de la calidad de los servicios de salud del sistema de referencia y contra referencia” Cusco 2010



comunicación para poder facilitar el traslado, se encuentren más vulnerables a los problemas de Salud.

La Red de Servicios de Salud Canas – Canchis - Espinar, es una de las redes que pertenecen a la Dirección de Salud Cusco, está constituida por 48 Establecimientos de Salud del primer nivel de atención legalmente autorizados por el Ministerio de Salud (5 Centros y 43 Puestos de Salud) y un Hospital de Sicuani.

Como factores principales, viene determinando una problemática organizacional, que no permite una adecuada articulación funcional de los establecimientos a nuestro cargo, los que en su mayoría continúan funcionando con la carencia de un sistema integrado, siendo el componente de referencia y contrarreferencia de emergencias Gineco – Obstétricas y las médico quirúrgicas el más sensible a ésta situación y definitivamente en el que se refleja con mayor nitidez la problemática mencionada.

Consiguientemente la pobreza estructural, el analfabetismo, condiciones insalubres de las viviendas sin acceso a servicios básicos de agua potable, luz, desagüé desnutrición crónica y aguda, alcoholismo violencia social y doméstica, a esto se suma un limitado acceso geográfico, económico, social y cultural de estas poblaciones a servicios de atención de salud; también la desorganización de muchos servicios de atención de salud con deficiencias de la gestión de sus servicios, un factor que agrava aún más este problema es la falta de infraestructura y del equipamiento médico básico en esos servicios, la deficiencia de un sistema de referencia y contrarreferencia limitado enormemente su capacidad diagnóstica y resolutoria.



2.2. BASES TEÓRICAS.

A. SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA (SRC)

El cuidado de pacientes es responsabilidad de la institución, de los profesionales de salud y de la población comprometida, en este caso nos referimos a los promotores de salud. En el año 2001, se establece la norma del Sistema de Referencia y Contrarreferencia, refrendado mediante resolución ministerial N° 155-2001-SA/DM, para garantizar la continuidad de los servicios de cuidados de los Establecimientos de Salud del Ministerio de Salud del Perú.

En el año 2003 se establece la atención del Modelo de Atención Integral de Salud, razón por la que en el año de 2004, se fortalece el Sistema de Referencia mediante la "RESOLUCIÓN MINISTERIAL N° 751-2004/MINSA, en la que aprueba la norma técnica NT N° 018-MINSA/DGSP-V01

A.1 DEFINICIÓN

Es un conjunto ordenado de procedimientos administrativos y asistenciales que aseguran la continuidad de la atención integral de la paciente, transfiriéndola a un Establecimiento de mayor capacidad resolutive.²

A.2 SISTEMA DE REFERENCIA SEGÚN NIVELES DE ORGANIZACIÓN

Los niveles de organización del Sistema de Referencia y Contrarreferencia se identifican como:

- **Administrativo.-** Donde compromete a los organismos de nivel Nacional, al Ministerio de Salud, las Direcciones Regionales de Salud y las Microredes de Salud.



- **Asistencial.**- Referido a los Establecimientos de Salud: Institutos Especializados, Hospitales, Centros y Puestos de salud. Dentro del nivel asistencial, se ha involucrado a la comunidad , estableciéndose de ese modo el sub nivel:
- **Comunal.**- Relacionado con los actores sociales e integrantes de salud. ¹

A.2.1 A NIVEL ADMINISTRATIVO

A.2.1.1 A NIVEL NACIONAL

Son responsables funcionales del cumplimiento; la Dirección General de Salud de las personas, Coordinador Nacional de Referencias y Contrarreferencias, Comité Nacional del Sistema de Referencia y Contrarreferencias.

a. FUNCIONES DE LA DIRECCIÓN DE SALUD DE LAS PERSONAS Y DIRECCIÓN EJECUTIVA DE SERVICIOS DE SALUD

- Establecer la normatividad técnica para la implantación y funcionamiento adecuado del Sistema de Referencia y Contrarreferencia en el ámbito Nacional.
- Definir las competencias de los diferentes niveles funcionales que conforman el Sistema de Referencia y Contrarreferencia.
 - Firmar convenios de intercambio prestacional que considere la Referencia y Contrarreferencia de pacientes entre el Ministerio de Salud y otras instituciones.
 - Emitir y aprobar normatividad modificatoria o complementaria en el campo de su competencia.



b. FUNCIONES DEL COORDINADOR NACIONAL DE REFERENCIAS Y CONTRARREFERENCIAS

- Controlar la implementación y funcionalidad del Sistema de Referencia y Contrarreferencia en el ámbito Nacional.
- Asegurar la Implementación de los recursos tecnológicos e informáticos a las Unidades de Referencias asistenciales de acuerdo a su nivel de complejidad.
- Coordinación permanente entre los miembros del Comité Nacional del Sistema de Referencia y Contrarreferencia para fortalecer los procesos de funcionamiento del Sistema
- Asesorar y prestar apoyo técnico a las Direcciones de Salud en la organización, implementación, supervisión y evaluación de los Sistema de Referencia y Contrarreferencia al interior de las mismas.
- Difundir los documentos normativos relacionados al Sistema de Referencia y Contrarreferencia, para mejorar el accionar del personal de salud en el ámbito Nacional.
- Identificar y socializar en forma oportuna la capacidad resolutiva disponible de los Institutos Especializados y Hospitales a los Establecimientos de Salud del ámbito Nacional.
- Cogestionar con el Nivel Regional aspectos Técnico - Financieros intra y extrainstitucional que fortalezca el componente de soporte del Sistema de Referencia y Contrarreferencia a nivel Nacional.



- Establecer coordinaciones con los Gobiernos Regionales, y autoridades competentes, otras Instituciones y Establecimientos del Sector, para fortalecer el funcionamiento del Sistema de Referencia y Contrarreferencia Sectorial en el ámbito Nacional.
- Presidir el Comité Nacional de Referencias y Contrarreferencias.

c. FUNCIONES DEL COMITÉ NACIONAL DEL SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

- Evaluar trimestralmente los indicadores del Sistema de Referencia y Contrarreferencia en el ámbito Nacional, proponiendo estrategias que optimicen el Sistema de Referencia y Contrarreferencia a nivel Nacional.
- Establecer mecanismos que integren los sistemas financieros a las actividades prestacionales originada en el Sistema de Referencia y Contrarreferencia.
- Generar espacios de interacción intrainstitucional, intrasectorial e intersectorial para fortalecer la funcionalidad del Sistema de Referencia y Contrarreferencia.
- Analizar y retroalimentar la información referente al Sistema de Referencia y Contrarreferencia, a las Direcciones de Salud, proponiendo alternativas para la mejora del Sistema de Referencia y Contrarreferencia.
- Las reuniones serán trimestrales y en forma extraordinaria cuando se requiera.



A.2.1.2 A NIVEL REGIONAL

Son responsables funcionales la Dirección Regional de Salud, a través de la Dirección Ejecutiva de Salud de las Personas, la Dirección de Servicios de Salud quien será, preferentemente, el Coordinador Regional del Sistema de Referencia y Contrarreferencia y el Comité Regional del Sistema de Referencia y Contrarreferencia.

a. FUNCIONES DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD Y DIRECCIÓN EJECUTIVA DE SALUD DE LAS PERSONAS

- Complementar la normatividad nacional del Sistema de Referencia y Contrarreferencia para adecuar su operatividad y funcionalidad a la realidad sanitaria de su ámbito.
- Planificar, organizar y conducir de manera estratégica el Sistema de Referencia y Contrarreferencia dentro de su ámbito.
- Designar y formalizar a los responsables y/o comités de la conducción del Sistema de Referencia y Contrarreferencia en el ámbito Regional.
- Establecer convenios con otras Direcciones de Salud, Institutos Especializados u Hospitales, para optimizar y complementar el funcionamiento del Sistema de Referencia y Contrarreferencia, que permitan la utilización de la Capacidad Resolutiva de los Establecimientos de Salud a nivel Regional e Inter Regional.
- Establecer coordinaciones con los Gobiernos Regionales, y autoridades competentes, otras Instituciones y Establecimientos del Sector, para fortalecer el



funcionamiento del Sistema de Referencia y Contrarreferencia Sectorial en su ámbito.

- Definir las competencias de los diferentes niveles funcionales que conforman el Sistema de Referencia y Contrarreferencia a nivel Regional.
- Firmar convenios de intercambio prestacional que considere la referencia y contrarreferencia de pacientes entre el Ministerio de Salud y otras instituciones en el marco del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud en el nivel Regional y Local.
- Garantizar mediante mecanismos técnicos-administrativos que los sistemas financieros reconozcan en forma oportuna y adecuada las actividades prestacionales originada en el Sistema de Referencia y Contrarreferencia.
- Emitir y aprobar normatividad modificatoria o complementaria en el campo de su competencia.

b. FUNCIONES DEL DIRECTOR DE SERVICIOS DE SALUD (COORDINADOR REGIONAL DE REFERENCIAS Y CONTRARREFERENCIAS)

- Brindar asistencia técnica a las Direcciones de Red y Microredes y Establecimientos de Salud para la conducción del Sistema de Referencia y Contrarreferencia.
- Gestionar y concertar con los equipos de gestión de las Direcciones de Red de Salud la asignación de los recursos necesarios para la funcionalidad del Sistema de Referencia y Contrarreferencia.



- Realizar acciones de control para la conducción, operatividad y perfeccionamiento del Sistema de Referencia y Contrarreferencia en el ámbito de la Región.
- Controlar la implementación y funcionalidad del Sistema de Referencia y Contrarreferencia en el ámbito Regional.
- Coordinación permanente entre los miembros del Comité Regional del Sistema de Referencia y Contrarreferencia para fortalecer los procesos de funcionamiento del Sistema.
- Difundir los documentos normativos relacionados al Sistema de Referencia y Contrarreferencia, para mejorar el accionar del personal de salud en el ámbito Regional.
- Cogestionar con el Nivel local, aspectos Técnico- Financieros intra y extrainstitucionales que fortalezcan el componente de soporte del Sistema de Referencia y Contrarreferencia a nivel Nacional.
- Establecer coordinaciones con los Gobiernos locales, instituciones y autoridades competentes, para fortalecer el funcionamiento del Sistema de Referencia y Contrarreferencia Sectorial en el ámbito Regional.
- Presidir el Comité Regional de Referencias y Contrarreferencias.



c. FUNCIONES DEL COMITÉ REGIONAL DEL SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIAS

- Evaluar bimensualmente los indicadores del Sistema de Referencia y Contrarreferencia, proponiendo estrategias que optimicen el Sistema de Referencia y Contrarreferencia en el ámbito Regional.
- Establecer mecanismos que integren los niveles de complejidad en los procesos de mejora continua de los servicios de Salud del nivel Regional.
- Generar espacios de diálogo, intercambio de competencias entre los niveles de complejidad con el propósito de mejorar la utilización de la capacidad resolutive de los Establecimientos de Salud del ámbito Regional.
- Generar espacios de interacción intrainstitucional, intrasectorial e intersectorial para fortalecer la funcionalidad del Sistema de Referencia y Contrarreferencia en su ámbito Regional.
- Emitir y prepara propuestas de normatividad complementaria para que se optimice el Sistema de Referencia y Contrarreferencia en el ámbito Regional.
- Otras que el comité considere necesarias y que permitan el desarrollo de las funciones asignadas al nivel Regional.

A.2.1.3 A NIVEL DE MICRORED

Son responsables funcionales la Jefatura de la Microred, Coordinador del Seguro Integral de Salud y/o Referencias de la Microred y el Equipo de Gestión de la Microred.



Estos componentes son los que coordinan, facilitan, asignan, prevén, recursos para las actividades de Referencia y Contrarreferencia entre los Establecimientos de Salud de su ámbito.

a. FUNCIONES DE LA JEFATURA DE LA MICRORED

- Velar el cumplimiento de la normatividad y disposiciones del Sistema de Referencia y Contrarreferencia, emitidas por los niveles superiores, dentro de su ámbito.
- Designar y formalizar a los responsables del Sistema de Referencia y Contrarreferencia en los diferentes Establecimientos de su ámbito.
- Gestionar y asignar los recursos necesarios para la operatividad y funcionamiento del Sistema de Referencia y Contrarreferencia en su ámbito.
- Garantizar mediante mecanismos técnicos-administrativos que los sistemas financieros reconozcan en forma oportuna y adecuada las actividades prestacionales originadas en el Sistema de Referencia y Contrarreferencia.
- Coordinar, asignar recursos y facilitar la Referencia o Contrarreferencia, entre sus Establecimientos y con otras Microredes de salud.
- Otras funciones que se le asignen.



**b. FUNCIONES DEL COORDINADOR SEGURO INTEGRAL DE SALUD Y/O
REFERENCIAS DE LA MICRORED**

- Planificar, organizar, implementar y conducir el Sistema de Referencia y Contrarreferencia dentro de su jurisdicción.
- Brindar asistencia técnica en los procesos y procedimientos del Sistema de Referencia y Contrarreferencia a los Establecimientos de Salud.
- Socializar y mantener actualizada la información de los recursos de soporte y la Cartera de Servicios de sus Establecimientos de Salud en coordinación con la Unidad Regional de Referencias.
- Registrar, consolidar, procesar, analizar y retroalimentar la información del Sistema de Referencia y Contrarreferencia de sus Establecimientos de Salud, remitiendo un consolidado de la información procesada a la Dirección de Red o Dirección de Salud correspondiente.
- Supervisar, monitorear y evaluar el Sistema de Referencia y Contrarreferencia de sus Establecimientos de Salud.
- Establecer y realizar el seguimiento de medidas correctivas para la mejora del Sistema de Referencia y Contrarreferencia mediante reuniones periódicas con los Establecimientos de Salud de su ámbito.
- Realizar actividades de capacitación continua a sus recursos humanos de los Establecimientos de Salud en temas relacionados al Sistema de Referencia y Contrarreferencia.



- Establecer coordinaciones con las autoridades locales competentes, otras Instituciones y Establecimientos del Sector, para fortalecer el funcionamiento del Sistema de Referencia y Contrarreferencia Sectorial en su ámbito.
- Ejecutar el cumplimiento de la normatividad y disposiciones del Sistema de Referencia y Contrarreferencia, emitidas por los niveles superiores, dentro de su ámbito.
- Elevar al Comité Regional a través de la Dirección Salud o Red correspondiente las sugerencias o recomendaciones que el Equipo de gestión de la Microred proponga.
- Otra funciones que se le asignen.

c. FUNCIONES DEL EQUIPO DE GESTIÓN DE LA MICRORED EN RELACIÓN AL SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIAS

- Evaluar mensualmente los indicadores del Sistema de Referencia y Contrarreferencia en el ámbito de la Microred de Salud y establecer estrategias que optimicen el Sistema de Referencia y Contrarreferencia en el ámbito de la Microred de Salud.
- Establecer mecanismos que integren los niveles de complejidad en los procesos de mejora continua de los servicios de salud del ámbito de la Microred.
- Generar espacios de intercambio de competencias entre los niveles de complejidad orientado a mejorar capacidades resolutivas a nivel de la Microred.



- Proponer recomendaciones para el mejoramiento del Sistema de Referencia y Contrarreferencia en su ámbito lo cual será canalizado por el coordinador correspondiente al Comité Regional.

A.2.2 A NIVEL PRESTACIONAL

Este nivel cuenta con Establecimientos de Salud de diferente complejidad y capacidad resolutive como Institutos Especializados, Hospitales (I, II, III), Centros y Puestos de Salud. El Establecimiento de Salud es la unidad operativa prestacional, encargada de la ejecución de Referencias y Contrarreferencias, dentro de los cuales tenemos:

A.2.2.1 INSTITUTOS ESPECIALIZADOS Y HOSPITALES I, II Y III

Por ser los Establecimientos de Salud de mayor capacidad resolutive, recae en ellos la mayor responsabilidad el objetivo de complementar la continuidad de la atención de los usuarios del nivel Regional o Nacional, mediante la Unidad u Oficina de Seguros y/o Referencias.

Esta área se encargará de realizar coordinar y ejecutar en lo que corresponde los procesos de Referencia y Contrarreferencia de los usuarios y estará conformado por un equipo de personas, cuya cantidad y tipo variará de acuerdo a la complejidad del Establecimiento de Salud y será conducida por un Coordinador o Responsable que deberá ser un profesional de la salud a dedicación exclusiva, designado por la Dirección Ejecutiva y un técnico de salud con conocimiento de informática para el manejo del software de referencias.



A.2.2.2 RESPONSABLES

- Jefe de la Unidad de Seguros y/o de Referencias Regional y de Hospitales Nacionales e Institutos especializados.
- Jefe de la Unidad de Seguros y/o Referencias Hospitalarias de menor complejidad.
- Responsables del Sistema Integral de Salud y/o Referencias y/o Admisión de los Centros y Puestos de Salud.

a. FUNCIONES DE LAS UNIDADES DE SEGUROS Y/O REFERENCIAS REGIONALES Y DE HOSPITALES NACIONALES E INSTITUTOS ESPECIALIZADOS

- Hacer cumplir la normatividad y disposiciones del Sistema de Referencia y Contrarreferencia, emitidas por los niveles superiores, dentro del ámbito hospitalario y de los Institutos especializados.
- Coordinar y establecer la Referencia y Contrarreferencia de usuarios externos entre Establecimientos e Institutos Especializados y Hospitales, a través de los centros de comunicación permanentes instalados, que garantice la vinculación e integración del Sistema de Referencia y Contrarreferencia en el ámbito Regional y Nacional.
- Designar las funciones específicas del personal de salud involucrado en el flujo de los pacientes manejados en el Sistema de Referencia y Contrarreferencia.



- Brindar asistencia técnica complementaria a los servicios hospitalarios, para la organización, implementación, ejecución y control de la Referencia y Contrarreferencia.
- Mantener actualizada y disponible la cartera de servicios Regional y Nacional, de tal manera que cualquier Establecimiento de Salud acceda a dicha información en tiempo real, Identificado la capacidad resolutive existente y disponible en los servicios.
- Coordinar la Referencia y Contrarreferencia de usuarios (condiciones de traslado del paciente) fuera del Nivel Regional y en el ámbito Nacional.
- Resolver los casos de referencias especiales y de emergencia que requieran una atención urgente y oportuna.
- Retroalimentar mensualmente a todos los establecimientos información sobre procesos inadecuados o disfuncionales identificados del proceso de la Referencia y Contrarreferencia, con el propósito de contribuir al mejoramiento continuo.
- Realizar actividades de capacitación continua a los recursos humanos del Hospital o Instituto en el Sistema de Referencia y Contrarreferencia.
- Otras funciones que se le asigne.



**b. FUNCIONES DE LA OFICINA O UNIDAD DE SEGUROS Y/O
REFERENCIAS DE LOS HOSPITALES DE MENOR COMPLEJIDAD**

- Hacer cumplir la normatividad y disposiciones del Sistema de Referencia y Contrarreferencia, emitidas por los niveles superiores, dentro del ámbito hospitalario.
- Coordinar y resolver la Referencia y Contrarreferencia de usuarios externos desde los Establecimientos de menor complejidad.
- Designar las funciones específicas del personal de salud involucrado en el flujo de los pacientes manejados en el Sistema de Referencia y Contrarreferencia en su ámbito hospitalario.
- Brindar asistencia técnica complementaria a los servicios hospitalarios, para la organización, implementación, ejecución y control de la Referencia y Contrarreferencia.
- Mantener actualizada y disponible la cartera de servicios de su Hospital informando al nivel administrativo Regional y la Unidad de Seguros y Referencia Regional, de tal manera que cualquier Establecimiento de Salud acceda a dicha información en tiempo real, Identificado la capacidad resolutoria existente y disponible en los servicios.
- Resolver los casos de referencias especiales y de emergencia que requieran una atención urgente y oportuna, debiendo tener una actitud proactiva y de iniciativa en la solución de problemas administrativos y/o asistenciales que generen las Referencias y/o Contrarreferencias.



- Retroalimentar mensualmente a todos los Establecimientos información sobre procesos inadecuados o disfuncionales identificados del proceso de la Referencia y Contrarreferencia, con el propósito de contribuir al mejoramiento continuo de la calidad del Sistema de Referencia y Contrarreferencia.
- Realizar actividades de capacitación continua a los recursos humanos de su Hospital en el tema del Sistema de Referencia y Contrarreferencia.
- Realizar la revisión de la calidad de las referencias recepcionadas en base a los criterios técnicos del Sistema de Referencia y Contrarreferencia y del acto en salud, considerando el proceso en forma integral y articulándose con los Establecimientos de Salud del ámbito de la Red o de la Región.
- Otras funciones que se le asigne.

c. FUNCIONES DEL SISTEMA INTEGRAL DE SALUD Y/O ADMISIÓN Y/O UNIDAD DE REFERENCIAS CENTROS Y PUESTOS DE SALUD EN RELACIÓN AL TEMA DEL SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

- Implementar el Sistema de Referencia y Contrarreferencia en su Establecimiento.
- El jefe del Establecimiento de Salud designará al responsable del Sistema de Referencia y Contrarreferencia que de preferencia será el personal del Sistema Integral de Salud y/o de Admisión.



- Capacitar en forma continua al personal del Establecimiento de Salud y a los agentes comunitarios en los procesos y procedimientos del Sistema de Referencia y Contrarreferencia.
- Establecer relaciones con la comunidad y los agentes comunitarios para determinar la organización comunitaria y facilitar los procedimientos de las Referencias y Contrarreferencias entre la comunidad y el Establecimiento de Salud.
- Prestar el apoyo logístico necesario para la referencia de usuarios de la comunidad al Establecimiento de Salud.
- Coordinar con otros Establecimientos de Salud la Referencia y Contrarreferencia de usuarios y la atención oportuna y eficaz de los mismos.
- Usar los formatos aprobados para la Referencia y Contrarreferencia de usuarios.
- Realizar el seguimiento o control de los usuarios referidos y contrarreferidos.
- Registrar e Informar las referencias comunales.
- Gestionar los recursos necesarios para garantizar el manejo prestacional y la referencia oportunas.
- Participar mensualmente en el análisis de la Referencia y Contrarreferencia de usuarios con la Microred de Salud.
- Reportar los problemas o limitaciones encontrados al operar el sistema y proponer las medidas correctivas que correspondan.
- Supervisar periódicamente las acciones del personal con relación al Sistema de Referencia y Contrarreferencia, para realizar las adecuaciones necesarias a los mecanismos establecidos.



- Otras funciones que se le asignen.

A.2.3 A NIVEL COMUNAL

Constituido por Agente Comunitario de Salud (Promotoras, parteras etc.), Comités Comunales o Locales de Salud y las Organizaciones capacitadas en acciones preventivas y de promoción en salud (Bomberos, Defensa Civil, Cruz Roja etc.) u otros actores sociales.

a. FUNCIONES QUE REALIZA

- Enviar o acompañar al usuario al Establecimiento de Salud cuando presente signos de peligro y/o alarma, factores de riesgo y/o daño(s) en salud.
- Coordinar e informar al Puesto o Centro de Salud asignado, la Referencia y Contrarreferencia de usuarios.
- Solicitar apoyo logístico al Puesto o Centro de Salud de Referencia, en caso que la condición de salud del usuario así lo requiera.
- Organizar e implementar en la comunidad el transporte de usuarios del Sistema de Referencia y Contrarreferencia.
- Usar los formatos aprobados para la Referencia de usuarios.
- Vigilar e informar el cumplimiento de las indicaciones terapéuticas, en caso de usuarios dados de alta.
- Reportar problemas o limitaciones encontrados en la Referencia de usuarios.



A.3 PROCESO DE LA REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA ²

A.3.1 DEFINICIÓN DE REFERENCIA

Es un proceso administrativo-asistencial mediante el cual el personal de un establecimiento de salud, transfiere la responsabilidad de la atención de las necesidades de salud de un usuario a otro Establecimiento de Salud de mayor capacidad resolutive y cuando el agente comunitario o las organizaciones sociales, identifican signos de peligro o alarma o factores de riesgo en usuarios y su necesidad de traslado, desde su comunidad hacia un Establecimiento de Salud del primer nivel de atención para que sean atendidos.

A.3.2 RESPONSABLE DE LA REFERENCIA

a. A NIVEL COMUNAL.

El agente comunitario o la organización comunal, tendrá como deber identificar los signos de peligro, alarma y/o factores de riesgo para derivar o trasladar al usuario al Establecimiento de Salud más cercano.

b. A NIVEL DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD.

La responsabilidad de la referencia corresponde al personal de salud que brinda la atención (médico, profesional de la salud no médico o técnico de salud) la cual termina hasta que se inicie la atención en el Establecimiento de Destino de la Referencia. Considerando lo siguiente:

- Decidir la referencia del usuario, basándose en las guías de atención previamente establecidas en función de la capacidad resolutive del Establecimiento de acuerdo a su nivel de complejidad.



- Elegir el Establecimiento de Destino de la Referencia para lo cual utilizará los criterios de referencia, las tablas de información de los recursos de soporte, la cartera de servicios y los flujos de referencia de usuarios entre Establecimientos de Salud.
- Llenar correctamente la Hoja de Referencia.
- La comunicación de la necesidad e importancia de la referencia al usuario y/o familiares.
- La coordinación y confirmación de la referencia con el área de Admisión de su Establecimiento.
- Indicar el cuidado necesario del usuario durante el traslado, especialmente en caso de emergencia o cuando la urgencia lo justifique por corresponderle.
- Indicar y garantizar el traslado de una referencia de emergencia con el acompañamiento de un personal de salud profesional o no profesional de acuerdo al nivel de complejidad del caso.

A.3.3 NIVELES DE ATENCIÓN

La organización del Sistema de Salud del País, se identifican tres niveles de atención de acuerdo a la capacidad resolutive y la oferta de servicios:¹⁰

¹⁰ MINSA Sistema nacional de referencias y contrarreferencias 2013Lima.
http://issuu.com/gabo_castro/docs/c_03_referencias_y_contrarreferencia

**a. PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN**

Es considerada desde la Puerta de entrada de la población al Sistema de Salud, desarrolla promoción de la salud, prevención de riesgos y control de daños a la salud, diagnóstico precoz y tratamiento oportuno, teniendo como eje de intervención las necesidades de salud más frecuentes de la persona, familia y comunidad. Atención con una oferta de gran tamaño, y de baja complejidad.

b. SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN

Complementa la atención integral iniciada en el primer nivel de atención, agregando un grado de mayor especialización tanto en recursos humanos como tecnológicos, brindando un conjunto de servicios de salud dirigidos a solucionar los problemas de las personas referidas del primer nivel de atención o aquellas que por urgencia o emergencia acudan a los Establecimientos de Salud de este nivel.

c. TERCER NIVEL DE ATENCIÓN

Considerado como el mayor nivel de especialización y capacidad resolutive en cuanto a recursos humanos y tecnológicos dirigidos a la solución de las necesidades de salud que son referidas de los niveles de atención precedentes, así como aquellas personas que acudan a los Establecimientos de este nivel por razones de urgencia o emergencia. Además realiza actividades preventivas promocionales según corresponda.



A.3.4 ORIGEN DE LA REFERENCIA

La referencia de un usuario puede generarse en el Establecimiento de Salud o servicio médico de apoyo que transfiere la responsabilidad del cuidado de la salud del usuario o un requerimiento a otro Establecimiento de Salud o servicio médico de apoyo que cuente con la oferta de servicios de salud requerida.

A.3.5 DESTINO DE LA REFERENCIA

Es el Establecimiento de Salud a donde es referido el usuario para la atención de la necesidad y/o problema de salud identificado, a través de las unidades productora de servicios (Emergencia, Consultorios externos y Apoyo al Diagnóstico), el cual puede ser: Puesto de Salud, el Centro de Salud, el Hospital I, el Hospital II, el Hospital III y el Instituto Especializado. También se consideran los laboratorios referenciales de las Direcciones de Salud

A.3.6 UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS DESTINO DE LA REFERENCIA ²

Son las Unidades Productoras de Servicios del Establecimiento Destino de la Referencia, a las que podrán ser referidos los usuarios:

- a. **CONSULTA EXTERNA:** Cuando el problema de salud del usuario requiere de la atención en consulta externa de otro Establecimiento de Salud de mayor complejidad.
- b. **EMERGENCIA:** Cuando el usuario según criterios de clasificación de emergencia, presenta signos y síntomas que indican gravedad, riesgo de perder la vida o posibilidad



de quedar con secuelas invalidantes, y se requiere de la atención inmediata para estabilizarlo y/o luego referir en caso se complique y/o no se pueda manejar adecuadamente por escasa capacidad resolutive del Establecimiento de Salud. Así mismo, recepcionará algunos casos que requieran continuar con su hospitalización y manejo especializado así como aquellos que a criterio del personal de salud teniendo criterios de urgencia requiera ser referido.

- c. **APOYO AL DIAGNÓSTICO:** Cuando el usuario requiere para su confirmación diagnóstica, seguimiento o control, de una prueba o examen que no se practica en el Establecimiento de Salud de Origen y requiere ser enviado a una Unidad Productora de Servicio de apoyo al diagnóstico en un Establecimiento de mayor complejidad.

A.3.7 CRITERIOS PARA SELECCIÓN DEL ESTABLECIMIENTO DEL DESTINO DE LA REFERENCIA

- a. **CAPACIDAD RESOLUTIVA:** El usuario debe ser referido al Establecimiento de Salud que tenga la capacidad resolutive (cartera de servicios) para resolver el motivo de la referencia.
- b. **ACCESIBILIDAD:** El Establecimiento de Salud elegido para la referencia de acuerdo a su capacidad resolutive debe ser el más cercano y el más accesible a través de vías de comunicación y transportes convencionales. Esto significa que no necesariamente se va



a circunscribir dentro de los límites de su Microred, Red o Dirección de Salud, sino puede acceder a otro ámbito de otra Dirección de Salud, Red o Microred colindante.

- c. **OPORTUNIDAD:** El usuario debe ser referido en el momento y lugar adecuado, en forma correcta, tal como lo establezcan las guías de atención, evitando riesgos de complicación o muerte del paciente, garantizando los derechos que le asiste al paciente de recibir una atención de calidad y oportuna.

A.3.8 PROCEDIMIENTO DE LA REFERENCIA

A.3.8.1 A NIVEL COMUNAL

a. DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD

- Las Microredes, los Establecimientos de Salud y la comunidad organizada determinarán sus problemas de salud más importantes, de acuerdo al perfil epidemiológico de su ámbito, para elaborar un listado de los signos de alarma y/o factores de riesgo que los agentes comunitarios y otras organizaciones deben identificar en una persona para su atención y/o referencia.
- El listado de signos de alarma y factores de riesgo se complementará con las preguntas claves y las observaciones clínicas para su identificación.
- La Hoja de Referencia Comunal, se adecuara al nivel local que facilite su uso por los agentes comunitarios, (se presenta propuesta de la hoja de referencia comunal).



b. DEL AGENTE COMUNITARIO Y OTRAS ORGANIZACIONES

- Deberá identificar los signos de alarma, peligro y/o factores de riesgo y/o daños para la salud en las personas de su comunidad.
- Llenar la Hoja de Referencia Comunal, dirigido al Establecimiento de Salud más cercano.
- Informar a los familiares y coordinar con otros actores sociales y con el Establecimiento de Salud para el traslado del usuario a los Establecimientos de Salud.
- Acompañar al usuario, durante su traslado al Establecimiento de Salud de destino, en caso de presentarse signos de alarma.

A.3.8.2 A NIVEL DEL ESTABLECIMIENTO ORIGEN DE LA REFERENCIA

a. ACTIVIDADES GENERALES

- Atiende al usuario e identifica la necesidad de la referencia y el Establecimiento y Servicio de Destino.
- Selecciona, de acuerdo a los criterios de la referencia y al flujo establecido, el Establecimiento de Salud, función que será de responsabilidad de la Unidad u Oficina de Referencias o la que haga sus veces en el Establecimiento la cual también coordinara la referencia con el Establecimiento de Salud de Destino, garantizando la recepción oportuna y adecuada del mismo excepto en los casos de Emergencia.



- Llenado de la hoja de Referencia original en forma correcta. La vigencia de la hoja de referencia, para los destinos de consulta externa y servicios de apoyo al Diagnóstico, será en 60 días calendario a partir de su fecha de emisión renovable según la solicitud del médico tratante del motivo inicial que genero la referencia.
- Se informa al usuario y/o familiares sobre lo siguiente:
 - Su estado de salud y los riesgos que presenta.
 - Las razones para referirlo a otro Establecimiento.
 - La importancia de la misma.
- Entrega la hoja de referencia a la unidad de Oficina de Seguros, del Sistema de Referencia y Contrarreferencia o Admisión, quienes son responsables de las siguientes actividades en relación al sistema de Referencia y Contrarreferencia:
 - Entrega al usuario el ticket de atención conteniendo la información de su referencia al Establecimiento de Destino, la fecha y la hora de atención, el nombre del profesional que lo atenderá y el servicio en el que será atendido, como la información administrativa necesaria.
 - Entrega al usuario o familiar responsable, el original de la hoja de referencia firmada y sellada excepto de los casos de emergencia que debe ser llevada por el personal de salud que acompañara al paciente.
 - Archiva la hoja de referencia en la historia clínica y hará llegar una copia al responsable del Sistema de Referencia y Contrarreferencia para el consolidado respectivo.



- En caso de que existan dificultades durante la coordinación con el Establecimiento de Destino, se notificara al ente inmediato superior, según corresponda haciendo uso de la vía de comunicación establecida o disponible.
- Los Establecimientos de Salud deberán monitorear que el paciente llegue al Establecimiento de Destino.

b. ACTIVIDADES ESPECÍFICAS, DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN CUANDO DECIDE REFERIR A UN PACIENTE A:

CONSULTA EXTERNA

- El Personal responsable de la Unidad de Seguros/Admisión y/o referencias solicitará y coordinará con el responsable del SRC del Establecimiento de Salud de Destino, la fecha, hora y médico (u otro profesional de la salud) de la consulta externa, a fin de comunicárselo al usuario antes que abandone el Establecimiento.
- El personal responsable de la Unidad de Seguros/admisión o responsable de referencias, que coordinó la referencia entregará la hoja de la referencia para la atención (consignando los datos de la cita y/o ticket de cita) en el Establecimiento de Destino, dándole el original de la Hoja de Referencia al usuario o al familiar y la copia será adjuntada en su historia clínica.

EMERGENCIA

- La referencia de usuarios en situación de emergencia se ejecutará con la oportunidad necesaria para no agravar la situación de salud del paciente, así como



garantizar el cuidado durante su traslado, en caso contrario, el Establecimiento a través de sus directivos y/o jefe de guardia, asumirán la responsabilidad legal y administrativa por las consecuencias que devengan de un período mayor de observación.

- El Establecimiento de Salud que refiere debe coordinar detalles del cuidado durante el traslado del usuario con el Jefe de Emergencia / Urgencia o de Guardia del Establecimiento de Destino, a través de los medios de comunicación más rápidos y directos disponibles.
- Se deberá establecer las coordinaciones con la unidad de Referencias Regional o Nacional para la conformidad de la existencia y disponibilidad de la capacidad resolutive cuando el caso lo requiera.
- Durante el traslado del usuario al Establecimiento de Destino, el responsable de la referencia designará a un personal de salud competente según la gravedad del caso. También se solicitará a un miembro de la familia que acompañe al usuario en su traslado. Si no tuviera familiar, puede ser un responsable o un miembro de la comunidad según la pertinencia del caso.
- En el Establecimiento de Destino de la Referencia, el personal de salud acompañante del paciente hará firmar la Hoja de Referencia por el responsable de la Emergencia, dejando así constancia de la recepción del usuario. Luego una copia de esta será devuelta a la unidad de referencias o la que haga sus veces en el Establecimiento de Origen, para su archivo en la historia clínica y su registro respectivo.



- Si ocurriera el fallecimiento del usuario durante el traslado, éste será regresado al Establecimiento de Origen para los trámites legales y administrativos pertinentes. En caso que requiera necropsia de ley, el cadáver será remitido a la morgue, al médico legista o a la autoridad que haga sus veces.

APOYO AL DIAGNÓSTICO

LABORATORIO Y ANATOMÍA PATOLÓGICA.

- Los Establecimientos de Salud que cuentan con laboratorio clínico y/o de anatomía patológica son centros de referencia de aquellos que no cuentan con el procedimiento requerido. Estos últimos, se constituyen en Unidades Tomadoras de Muestras.
- Las Microredes, Direcciones de Red y Dirección de Salud organizarán y definirán los flujos de referencia de las muestras de laboratorio y anatomía patológica al interior de las mismas, según nivel de bío-seguridad y complejidad de los laboratorios.
- Las Direcciones de Red de Salud adecuarán sus protocolos y procedimientos para la obtención y envío de muestras, control de calidad y otros de su competencia de acuerdo a lo normado por el Instituto Nacional de Salud.
- El personal responsable de la atención del usuario y/o el responsable de la Unidades Tomadoras de Muestras del Establecimiento comunicará la referencia de muestras a la Unidad de Referencias o la que haga sus veces, a fin que coordine su envío al nivel de referencia de destino correspondiente.



- La Unidad de Referencia o la que haga sus veces en el Establecimiento de Origen, coordinará con la contraparte del Establecimiento Destino para confirmar la disponibilidad de la capacidad resolutive del procedimiento o examen requerido, procediendo luego a indicarle al usuario el procedimiento que debe seguir. En caso que se requiera la presencia del usuario en el Establecimiento Destino se procederá de manera similar a la referencia de consulta externa, es decir se le entregará el ticket de atención y la hoja de referencia, en caso de que esto no sea necesario, el servicio destino se encargará del transporte de la muestra cumpliendo las condiciones de calidad y bío seguridad.
- En los Establecimientos de Destino de la Referencia, no es necesaria la evaluación del usuario y/o formato de referencia por otro profesional para que se realice el examen solicitado por el Establecimiento de Origen de la Referencia.
- En el caso que el personal del Establecimiento de Origen sea técnico, deberá realizar la consulta mediante radio y teléfono (Teleconsulta) al médico del Establecimiento de referencia para decidir la pertinencia de que se realice una referencia de consulta externa en lugar de la referencia de muestra.
- El usuario que llegue al Establecimiento de Destino presentará su hoja de referencia al personal de la Unidad de Referencias o del área designada, quién a su vez instruirá adecuadamente al usuario y realizará los trámites correspondientes para la atención preferencial del referido.



SERVICIO DE DIAGNOSTICO POR IMÁGENES

- Los Establecimientos de Salud que cuentan con servicios de diagnóstico por imágenes son centros de referencia de aquellos que no lo tienen.
- El responsable de la atención del usuario procederá a llenar la orden del servicio de diagnóstico por imágenes requerido la que será adjuntada a la hoja de referencia.
- El usuario entregará la copia de la Hoja de Referencia a la Unidad de Referencias o la que haga sus veces para que coordine y confirme una cita con el Establecimiento de Destino de la Referencia la cual será entregada en un ticket de cita, el que contiene el día y horario de atención del usuario, lo cual le será comunicado antes que abandone el Establecimiento, adjuntando la hoja de referencia.
- El usuario al llegar al Establecimiento de Destino presentará su hoja de referencia y el ticket de atención al personal de la Unidad de Referencias o quien haga sus veces en el Establecimiento de Destino de la Referencia, quién a su vez realizará los trámites correspondientes para la atención del usuario y el procedimiento de la contrarreferencia.



A.3.8.3 A NIVEL DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD DESTINO DE LAS REFERENCIAS

a. ACTIVIDADES GENERALES PARA LA ATENCIÓN DE LAS REFERENCIAS

- La Unidad de Seguros y/o Referencias u otra área designada para dicho fin, debe realizar las siguientes actividades.
- Recibir al usuario y solicitar la Hoja de Referencia y el ticket de cita en el caso que corresponda.
- Verificar la coordinación de la referencia, en la hoja de referencia donde debe consignarse con quien se hizo la coordinación.
- Verificar la calidad de la hoja de referencia así como la pertinencia de la referencia, debiendo asumir la resolución de cualquier observación, evitando trasladar al usuario las consecuencias de algún problema administrativo.
- En el caso de usuarios asegurados, comprobar dicha condición y solicitar la documentación complementaria pertinente.
- Registrar la Referencia en el Registro o Software correspondiente.
- Adjuntar la Hoja de Referencia en la Historia Clínica.
- Realizar los trámites administrativos correspondientes para la atención prioritaria del usuario referido.
- Indicar al usuario el servicio donde recibirá la atención y brindarle todas las facilidades para recibir la atención correspondiente.
- Es el responsable administrativo de generar y hacer que las contrarreferencias lleguen al Establecimiento de Origen.



- Atender al usuario referido en forma preferencial, asegurando que cuando sea necesario, éste reciba todas las consultas, ínter consultas y exámenes de diagnóstico pertinentes hasta solucionar su problema de salud en el tiempo más corto posible, a fin de que retorne a su lugar de origen en el más breve plazo.
- Realizar el monitoreo de las referencias recibidas hasta su contrarreferencia.

b. ACTIVIDADES ESPECÍFICAS DE LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN DE LOS USUARIOS REFERIDOS

CONSULTA EXTERNA

- El encargado de la atención recepcionará la Historia clínica que el servicio de Admisión le entregue en la cual deberá estar incluida la hoja de referencia.
- El servicio de Admisión será la responsable de incluir la hoja de referencia en la historia clínica del usuario referido.
- Se coordinará con el Médico de Consultorio externo para la atención preferencial del paciente referido.
- Se brinda la atención médica según protocolos establecidos, y se decide que tipos de atención adicional necesita el paciente, para luego llenar la Hoja de Contrarreferencia en caso no se hospitalice, o refiera a otro Establecimiento de mayor complejidad o requiera su atención ambulatoria en el mismo Establecimiento de Destino.
- Entrega la Hoja de Referencia y contrarreferencia a Admisión o Unidad de Referencias para que realicen los trámites administrativos correspondientes.



- El responsable de la Unidad de Referencias, unidad de Admisión u otra área designada, coordinará la contrarreferencia al Establecimiento de Origen de la Referencia o la referencia a otro Establecimiento de mayor complejidad si lo requiere. Así mismo, archivara una copia de la referencia y otra hoja entregara al punto de digitación para su respectivo consolidado.
- Todo usuario referido que por opinión del profesional tratante (por escrito), requiera continuar con su tratamiento en el Establecimiento Destino, tendrá un periodo de 60 días renovables en los cuales podrá ser atendido en todos los servicios que solicite el profesional tratante, sin necesidad de tener una nueva hoja de referencia, excepto si se trata de otra patología diferente a la que generó la referencia inicial.

EMERGENCIA

- Aceptada la referencia, el Jefe de Guardia o responsable de la atención de la emergencia comunicará al personal médico y de enfermería para la preparación del servicio en el que se dará atención inmediata al usuario referido, según protocolos establecidos.
- Presentará la copia de la hoja de referencia a la Unidad de Referencias o quien haga sus veces cada 24 horas con el propósito de que la Unidad de Referencias actualice su base de datos de los casos de referencia recibida o de las referencias efectuadas.



- La Unidad de Referencias o quien haga sus veces coordinará con el Establecimiento de Origen, sobre el estado o situación de salud del paciente, así como su contrarreferencia.

DE LOS SERVICIOS DE EXÁMENES DE APOYO DIAGNÓSTICO

El responsable de la atención deberá:

- Recepcionar la Hoja de Referencia y las órdenes de exámenes de apoyo al diagnóstico que la Unidad de Referencia le pase para su atención.
- No es necesaria la evaluación del usuario y/o formato de referencia por otro profesional del Establecimiento de Destino, para que se realice el examen solicitado por el Establecimiento de Origen de la Referencia.
- Realizar los trámites administrativos correspondientes para la atención prioritaria del usuario referido.
- La unidad de referencia o quien haga sus veces indicará al usuario el servicio donde recibirá la atención.

A.3.9 REFERENCIAS INJUSTIFICADAS

Es aquella en la cual el usuario, no debió haber sido referido a otro Establecimiento de Salud de mayor capacidad de resolución. Se consideran los siguientes casos:

- Cuando el Establecimiento de Origen de la Referencia sí contaba con la capacidad resolutoria para solucionar el motivo de la referencia.
- Cuando el Establecimiento de Destino no cuenta con la capacidad resolutoria para resolver el motivo de la referencia.



A.4 PROCESO DE LA CONTRARREFERENCIA

A.4.1 DEFINICION DE CONTRARREFERENCIA ²

Es un procedimiento administrativo-asistencial mediante el cual, el Establecimiento de Salud de Destino de la Referencia devuelve o envía la responsabilidad del cuidado de la salud de un usuario o el resultado de la prueba diagnóstica, al Establecimiento de Salud de Origen de la Referencia o del ámbito de donde procede el paciente, porque cuentan con la capacidad de manejar o monitorizar el problema de salud integralmente.

A.4.2 RESPONSABILIDAD DE LA CONTRARREFERENCIA

Es del médico, otro profesional de la salud o técnico de salud capacitado, que atiende al usuario referido y que decide su contrarreferencia de acuerdo a los procedimientos normados.

A.4.3 CONDICIONES DEL USUARIO PARA LA CONTRARREFERENCIA

- a. CURADO:** Cuando se ha solucionado el problema de salud motivo de la referencia del usuario o se determina la situación del Alta Definitiva del usuario.
- b. MEJORADO:** Cuando se ha resuelto el problema de salud motivo de la referencia en forma parcial, siendo pertinente que el usuario continúe con tratamiento bajo control y supervisión en el Establecimiento que realizó la referencia, con baja frecuencia de atenciones.
- c. ATENDIDO POR APOYO AL DIAGNÓSTICO:** Cuando se han obtenido los resultados y/o informes de los exámenes de ayuda diagnóstica solicitadas.



- d. RETIRO VOLUNTARIO:** Cuando el usuario decide interrumpir la continuidad de su tratamiento en el Establecimiento de Destino de la Referencia, dejando constancia de ello en una Hoja de Exoneración de Responsabilidad. Frente a casos que vayan en contra de la vida del usuario, el responsable del Establecimiento comunicará al Ministerio Público la decisión del mismo.
- e. DESERCIÓN:** Cuando el usuario abandona o interrumpe la continuidad de su tratamiento en el Establecimiento de Destino de la Referencia, a pesar de los esfuerzos para localizar al usuario y para reiniciar su tratamiento.
- f. FALLECIMIENTO:** Cuando el usuario fallece durante su tratamiento en el Establecimiento de Referencia.

A.4.4 PROCEDIMIENTOS DE LA CONTRARREFERENCIA

A.4.4.1 DEL ESTABLECIMIENTO DESTINO DE LA REFERENCIA

Es el Establecimiento de Salud donde ha sido atendido el usuario referido y donde se origina la contrarreferencia hacia el Establecimiento de Origen.

a. ACTIVIDADES GENERALES

- Determina la condición del usuario y decide la contrarreferencia del mismo.
- Informa al usuario que su problema de salud ha sido solucionado total o parcialmente, las condiciones de su salud actual y la necesidad de retornar a su Establecimiento de Origen o de continuar con el tratamiento, seguimiento o control en dicho Establecimiento de Salud de la Red.



- Llena la Hoja de Contrarreferencia consignando todos los datos referidos al diagnóstico, tratamiento, prescripción, ínter consultas (si las hubiera), exámenes de laboratorio, de imágenes u otros según corresponda.
- Envía el original y 2 copias de la Hoja de Contrarreferencia a la Oficina Unidad de Seguros y Referencias, Unidad de Admisión o al responsable del Sistema de Referencia y Contrarreferencia.
- Educar al usuario sobre la importancia de la continuidad del tratamiento, su control y seguimiento en el Establecimiento de Destino de la Referencia, los aspectos Psico-Sociales y otros que sean necesarios para su auto cuidado.
- Se considera que la Contrarreferencia es oportuna cuando el Establecimiento de Salud de Origen, recibe la hoja de Contrarreferencia de un usuario hasta dentro de los primeros 7 días de emitida la Hoja de la Contrarreferencia en el Establecimiento de Salud de Destino.

b. ACTIVIDADES ESPECÍFICAS

CONTRARREFERENCIA DE LA EMERGENCIA

- Concluida la atención de emergencia de un usuario, pueden ocurrir las siguientes situaciones: Hospitalización del usuario, manejo ambulatorio del caso o referido cuando el caso se ha complicado y necesita una atención o procedimientos de mayor complejidad.



- La hoja de contrarreferencia de un usuario referido por emergencia y que ha sido resuelto el daño o controlado será responsabilidad del médico o personal de salud que atendió la emergencia.
- El Médico de guardia o personal de salud entregará diariamente las copias de las hojas de contrarreferencias a la Oficina o Unidad de Seguros y Referencias o a la Unidad o área que haga las veces.
- En algunas ocasiones recibirán las hojas de contrarreferencia de un nivel de atención superior, los cuales deberán presentarlo a la Oficina o Unidad de Seguros y Referencias, Admisión o a la oficina o área que se ha designado.

CONTRARREFERENCIA DE LOS RESULTADOS E INFORMES DE EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO ²

- En la hoja de contrarreferencia deberá adjuntar la información correspondiente a los resultados de los exámenes de diagnóstico: formatos, gráficos, placas u otros correspondientes.
- La hoja de contrarreferencia deberá ser llenada y suscrita por el profesional o responsable del laboratorio, anatomía patológica o servicio de imágenes que determinó la contrarreferencia.
- Entregará la hoja de contrarreferencia a la Oficina o Unidad de Seguros y Referencias para su trámite administrativo correspondiente, la cual se encargara de hacerla llegar a su contraparte del Establecimiento de Origen.



A.4.4.2 DEL ESTABLECIMIENTO ORIGEN DE LA REFERENCIA

Es el Establecimiento de Salud Origen de la referencia, hacia el cual debe llegar la contrarreferencia.

a. OFICINA O UNIDAD DE SEGUROS Y/O REFERENCIAS O EL SERVICIO DE ADMISIÓN DEBE:

- Recibir al usuario y solicitar la Hoja de o recepcionarla directamente de su contraparte del Establecimiento de Destino.
- Adjunta la hoja de contrarreferencia a la historia clínica.
- Indicar al usuario el servicio en el que será atendido si es necesario.
- Atender al usuario cumpliendo con las indicaciones consignadas en la Hoja de contrarreferencia.
- Orientar al usuario sobre su seguimiento y/o control en el Establecimiento y la importancia de la continuidad de la atención.
- En el caso de contrarreferencia de resultados de exámenes de apoyo diagnóstico (laboratorio e imágenes), el personal responsable del traslado de estos debe entregar las hojas de contrarreferencia al servicio de Admisión para su registro correspondiente y adjuntarlo en la Historia clínica.

A.4.5 CONTRARREFERENCIAS INJUSTIFICADAS

Es aquella cuando el usuario es contrarreferido sin tener en consideración las condiciones del usuario para la contrarreferencia. Puede ser en las siguientes situaciones.



- Aquella en la que todavía amerita seguir en el Establecimiento que lo refirió.
- Cuando se contrarrefiere al paciente sin tener en cuenta la cartera de servicios y capacidad resolutive del Establecimiento a contrarreferir para manejar el caso.

A.5 CONTROL DE LA REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA ²

a. SUPERVISIÓN

La supervisión será en las áreas: Organización, flujo de Referencia y Contrarreferencia, difusión y conocimiento de normas, capacitación, gestión logística, manejo del sistema de información y registro, sistema de comunicación y transporte. En el área asistencial se explorará la oportunidad y pertinencia de la referencia y contrarreferencia y el cumplimiento de las normas.

b. MONITOREO

El monitoreo es un proceso de control que será asumido por los responsables de las Unidades de Referencias o quien haga sus veces para informar a los comités de referencias y contrarreferencias según el nivel correspondiente.

c. EVALUACIÓN

La Evaluación del Sistema de Referencia y Contrarreferencia se incorporara dentro de la evaluación integral y descentralizada de la gestión sanitaria, incorporándose indicadores de estructura, resultados e impacto que midan los objetivos propuestos en



cada nivel organizacional, y que permita establecer estrategias integradas de intervención sanitaria.

A.6 PARTICIPACIÓN DE OTRAS DIRECCIONES

a. DIRECCIÓN GENERAL DE COMUNICACIONES

- Establecer las estrategias de imagen, prensa y comunicación social para posicionar en el contexto nacional de la población, el Sistema de Referencias y Contrarreferencias del Ministerio de Salud.
- Mantener relaciones interinstitucionales para lograr los objetivos de imagen, prensa y comunicación social en el tema de referencias y contrarreferencias.
- Investigar y analizar la información en los sistemas locales y nacionales para fortalecer la imagen y posicionar el Sistema de Referencias y Contrarreferencias del Ministerio de salud.

b. DEFENSA NACIONAL

- Mantener la disponibilidad de su servicio de comunicación para el Sistema de Referencia y Contrarreferencia durante las 24 horas del día y los siete días de la semana a fin de contribuir en la articulación de la comunicación entre las Regiones y los Niveles Macro regionales y Nacionales.
- Apoyar con recursos para el transporte y otros tipos de ayuda a los pacientes referidos y contrarreferidos cuando así lo amerite el caso, según los procesos del Sistema de Referencia y Contrarreferencia.



- Contar con un registro actualizado del número de los casos de referencia y contrarreferencia coordinados, generando reportes periódicamente al equipo técnico del Ministerio de Salud y otras Direcciones Generales.
- Ser el ente competente en el manejo de los eventos de emergencias y desastres masivos a nivel Nacional, articulándose al Sistema de Referencia y Contrarreferencia en forma oportuna.

A.7 SISTEMA DE INFORMACIÓN

NORMA TÉCNICA DE LOS SERVICIOS DE EMERGENCIA

Brinda prestaciones de salud en los Servicios de Emergencia de acuerdo a las normas establecidas, con criterios de calidad y oportunidad, fortalecer la organización y el funcionamiento de los servicios de emergencia, para la atención de los pacientes. Asegura el flujo adecuado de los recursos destinados al cuidado de los pacientes en los servicios de emergencia y promover el uso racional de los mismos.

La presente norma técnica de salud es de aplicación en todos los Establecimientos públicos y privados del sector salud que cuentan con los servicios de emergencia.

A.8 NIVELES DE ATENCIÓN DE REFERENCIA

La atención de la Salud de la Provincia se organiza en tres Niveles según el riesgo de la patología y la complejidad que poseen los efectores.

Los Hospitales de referencia de Área están ubicados estratégicamente por sus vías de comunicación y áreas de influencia, siendo sus objetivos la retención de la demanda de su área, y secundariamente como auxiliares a la derivación de los Hospitales centrales.



- a. **I NIVEL DE ATENCIÓN:** De competencia de los Gobiernos Locales (Municipios, Comunas) basado en la aplicación de la estrategia de la Atención Primaria de la Salud, dando prioridad a la cobertura de los problemas más comunes, con énfasis en la prevención y en la promoción de la Salud y adecuada a cada realidad local.

Comprende las Postas Sanitarias, Dispensarios, Centro de Salud y Hospitales de I Nivel de Atención de baja complejidad.

- b. **II NIVEL DE ATENCIÓN – 1° NIVEL DE REFERENCIA:** Los Hospitales de referencia de Atención Primaria de Salud de mediana complejidad son el primer escalón de referencia del I Nivel de Atención y actúan como nivel de derivación de los efectores Municipales.

El Hospital de Referencia de Atención Primaria de Salud orienta su servicio dando prioridad al diagnóstico precoz y al tratamiento o derivación oportuna, debiendo contar con especialidades permanentes o periódicas.

- c. **III NIVEL DE ATENCIÓN - 2° NIVEL DE REFERENCIA:** Los Hospitales de Referencia de Área, responsable de la alta complejidad en los sectores de Maternidad, Neonatología, Terapia Intensiva y Cirugía, es el segundo escalón de referencia del I Nivel de Atención y actúan como nivel de derivación de efectores de II Nivel.

Tienen una complejidad diferencial de infraestructura, equipamiento y Relaciones Humanas, que les posibilita cumplir con el rol de organizador y coordinador de su área de referencia, involucrando a todos los Hospitales de 1 Nivel de referencia.



d. IV NIVEL DE ATENCIÓN – 3° NIVEL DE REFERENCIA: Los Hospitales de referencia de especialidades son de máxima complejidad, de acuerdo a los perfiles hospitalarios.

Reciben la derivación de patologías que requieren de la máxima complejidad en la atención. Los Hospitales de referencia de especialidades, tienen la máxima excelencia en infraestructura, equipamiento y Relaciones Humanas para cada especialidad.

e. ESTABLECIMIENTOS ESPECIALES: Son los Hospitales dedicados a la atención de Enfermedades Crónicas e Invalidantes.¹¹

A.9 CONDICIONES DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD DE REFERENCIA

A.9.1 MEDIO DE TRASPORTE

Hace referencia genérica a los medios de traslado de personas o bienes de un lugar a otro.

Los medios de transporte se pueden clasificar como:

- Acuáticos, como: Barco, Submarino, Yate, Lancha, Humano
- Terrestres, como: Automóvil, Bicicleta, Motocicleta, Autobús, Tren, Pies, etc.
- Aéreos, como: Avión, Helicóptero, Globo de aire caliente, Aviones de combate, etc.
- Tracción animal: Carruajes, Trineos, Carretas, etc. y con ayuda de la tecnología existirán algunos híbridos es decir que pueden ser acuáticos y terrestres al mismo tiempo, o aéreos y acuáticos etc.

¹¹ Norma técnica N° 021 – MINSa – DGSP/V.01 Categorías de establecimientos de salud 2004.



A.9.2 PERSONAL DE SALUD O PROMOTOR DE SALUD QUE REFIERE

Proceso administrativo asistencial mediante el cual el personal de salud traslada la responsabilidad de la atención de un usuario a otro Establecimiento de Salud con oferta de servicios de salud requerida y disponible.¹²

A.9.3 HISTORIA CLÍNICA

Documento médico legal, obligatorio y confidencial en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los procedimientos ejecutados por el equipo de salud que intervienen en la atención del paciente.¹³

A.9.4 PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS

Es un conjunto de actos y diligencias tramitados ante el Hospital documentos a la emisión de un acto administrativo que produzca efectos jurídicos individuales o individualizables sobre intereses, obligaciones o derechos del administrado sea ésta persona.

A.9.5 PROCESO

Secuencia lógica de actividades que permite que los elementos de entrada se transformen en los resultados esperados o elementos de salida.¹⁴

¹² Sistema de referencia y contrareferencia Dra. Ángela Cavero Romaña Medicina Integran y Gestión en Salud citado el 20 de julio del 2015 disponible en: http://issuu.com/gabo_castro/docs/src-cenarue

¹³ Norma Técnica N° 022 – MINSA/DGSP – V.02 Norma Técnica de salud para la gestión de la Historia Clínica

¹⁴ Manual de procesos y procedimientos. Dpto de Pediatría. Hosp. María Auxiliadora MINSA Perú 2012 <http://www.minsa.gob.pe/hama/Informacion>



B. DIAGNÓSTICO DE LA CONDICIÓN MATERNA

La evaluación de la condición materna se inicia con una anamnesis personal y familiar, en busca de patologías médicas que puedan influir negativamente en la gestación. De igual forma se recopilarán antecedentes obstétricos previos, especialmente antecedentes de recién nacidos de bajo peso, macrosomía, mortalidad perinatal, malformaciones congénitas, etc.

Es importante obtener la información del nivel educacional materno, actividad laboral como trabajos con esfuerzo físico importante, contactos con tóxicos, radiaciones o material biológico, con fines de solicitar a su empleador una readecuación laboral o suspender su actividad.

Se practicará un examen físico general y segmentario con fines de diagnosticar patologías asintomáticas y derivar a especialistas. El examen físico incluye un examen ginecológico en el cual se hace una inspección perineal (descartar hemorroides, parásitos externos anales y pubianos, vulvovaginitis, condilomas, etc.) y vulvovaginal (tomar Papanicolaou).

Posteriormente, en cada control prenatal, se hará la evaluación nutricional según índice peso/talla, control de presión arterial, albuminuria, hematocrito y examen físico según síntomas maternos.¹⁵

¹⁵ Faundez, A. Publicaciones medicas 2010. Disponible en: <http://publicacionesmedicina.uc.cl/altoriesgo>.



PATOLOGIAS MÁS FRECUENTES EN EL EMBARAZO

B.1 INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS

Las infecciones de vías urinarias son causadas por bacterias que se establecen y multiplican en el tracto urinario, principalmente *Escherichia Coli*. Esta patología se ha asociado a pielonefritis, parto pretérmino, ruptura prematura de membranas y bajo peso al nacimiento.

¹⁶ Los factores de riesgo que se han asociado a la presentación de esta patología son: vaciamiento incompleto de la vejiga, deficiencia de estrógenos, mayor edad materna, nivel socioeconómico bajo y primigesta. ¹⁷ La presentación clínica puede variar desde bacteriuria asintomática, hasta disuria, tenesmo vesical y urgencia miccional. El método diagnóstico más utilizado es el examen general de orina, sin embargo el gold standard es el urocultivo. Se recomienda tratamiento antibiótico en un esquema de 3 a 7 días.

B.2 VAGINITIS

Los agentes responsables de las infecciones vaginales pueden ser hongos, bacterias, virus o parásitos. Se ha asociado a ruptura prematura de membranas, parto pretérmino, corioamnionitis y un incremento de riesgo de presentar endometritis postparto o post cesárea. ¹⁸

¹⁶ Tanagho A.; Mc Anich J. Urología General de Smith. 14ª ed México: Manual Moderno, 2011. Pp 197. 16.

¹⁷ Quiroga G, Robles R., Ruelas A., Gómez A. Bacteriuria asintomática en mujeres embarazadas, una amenaza subestimada. *Rev. Med. Inst. Mex Seguro Social*. 2011; 45 (2): 169-172.

¹⁸ Kimberlin DF, Andrews WW. Bacterial vaginosis association with adverse pregnancy outcome. *Semin perinatal* 2010.



B.3 AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO

Es la aparición de contracciones uterinas propias del trabajo de parto en pacientes con membranas íntegras, entre las 22 y 37 semanas de gestación, con pocas modificaciones del cuello uterino. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS); Parto pretérmino: Se denomina parto pretérmino al que ocurre antes de la semana 37 de gestación. Está asociado a discapacidades psicomotrices en el producto. Algunos factores de riesgo asociados son: edad materna menor de 20 años, edad materna mayor de 35 años, bajo peso materno, baja estatura materna. Dentro de los principales desencadenantes podemos destacar: historial de infecciones genitourinarias, insuficiencia cervical, causas inmunológicas, defectos en la implantación de placenta, traumatismos, etc. No existe un tratamiento eficaz.

B.4 HEMORRAGIA OBSTÉTRICA

La hemorragia obstétrica se divide en las que se presentan en la primera mitad del embarazo y en la segunda mitad del embarazo, parto y puerperio.¹⁹

B.4.1 HEMORRAGIA EN LA PRIMERA MITAD DEL EMBARAZO:

Aborto: según la OMS, es la terminación del embarazo a las 20 semanas de gestación o antes, o la expulsión de un producto de 500 gramos o menos. Pudiendo clasificarse en aborto precoz, el cual ocurre en el primer trimestre, y tardío cuando este ocurre en el segundo trimestre. Los principales factores de riesgo son: edad materna (menor a 19 años, mayor a 35), estrés, tabaquismo y alcoholismo. Las principales causas de aborto espontáneo

¹⁹ González JM, Vincens JM, Fabre EG, González EB. Obstetricia. Ed. Masson. 2010 (9) 131-142; (27) 435-450; (31) 499-509; (33) 529-535; (34) 541-547



son anomalías cromosómicas, dentro de éstas, las trisomías son las más frecuentes; anomalías genéticas, alteraciones del desarrollo del embrión o de la placenta, anomalías anatómicas o funcionales del útero, causas inmunológicas, endócrinas o infecciosas. Las formas clínicas de aborto son:

- a. **AMENAZA DE ABORTO:** presencia de hemorragia y/o contractilidad uterina en un embarazo de 20 semanas de gestación o menos, sin que el cérvix sufra modificaciones. El cual puede resolverse y continuar con la gestación o evolucionar a un aborto. No existe terapéutica efectiva para su manejo
- b. **ABORTO EN EVOLUCIÓN:** el proceso de la expulsión del embrión del útero se ha iniciado, las contracciones uterinas provocan cambios cervicales y empujan el embrión al conducto cervical.
- c. **ABORTO INMINENTE:** el huevo está completamente desprendido y se encuentra en el canal cervical.
- d. **ABORTO INCOMPLETO:** se caracteriza por la expulsión de parte del contenido uterino, sin embargo aún se encuentran restos embrionarios y/u ovulares dentro del útero.
- e. **ABORTO COMPLETO:** expulsión completa del huevo, sangrado escaso, la paciente no tiene dolor. Se corrobora por medio de ecografía.²⁰

**B.4.2 HEMORRAGIAS DE LA SEGUNDA MITAD DEL EMBARAZO** ²⁰

- a. **PLACENTA PREVIA:** Clínica; hemorragia indolora, inicio lento, intermitente, sangre roja, tono uterino normal; puede deberse a embarazo múltiple, cicatriz uterina, multiparidad, tabaco y edad avanzada; plan, cesárea.
- b. **DESPRENDIMIENTO DE PLACENTA NORMOINSERTA:** Clínica; hemorragia escasa, inicio brusco, sangre oscura, hipertonia uterina, dolor; puede deberse a preeclampsia, polihidramnios, déficit de ácido fólico, alcohol, tabaco, multiparidad; plan, cesárea urgente.
- c. **RUPTURA UTERINA:** Clínica; hemorragia interna, dolor, inicio brusco, atonía uterina Bradicardia fetal Cicatriz uterina; Plan, laparotomía urgente.
- d. **ATONÍA UTERINA:** Causa más frecuente de hemorragia obstétrica, falta de contracción del útero posterior al alumbramiento. Entre los factores de riesgo se han asociado los siguientes: sobre distensión uterina por gestación múltiple, hidramnios o macrosomía fetal, agotamiento muscular por parto prolongado, rápido y/o gran multiparidad, corioamnionitis por ruptura prematura de membranas. A la exploración física se encuentra un útero globoso, blando, aumentado de tamaño y que no se contrae, por lo que inmediatamente deben realizarse masajes uterinos compresivos y uniformes a través del abdomen materno, posteriormente deben administrarse oxitócicos. Si el sangrado continúa, se realiza taponaje y en casos graves se llega a histerectomía.
- e. **PLACENTA ACRETA:** Adherencia anormal de la placenta al miometrio, sin penetrar en él. Diagnóstico: ecográfico. Se puede intentar un manejo conservador mediante el



alumbramiento manual si existen pocas zonas de adherencia anormal con el riesgo de hemorragia posterior y perforación. El tratamiento definitivo es la histerectomía planificando la intervención para las semanas 35 o 36.

f. RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS: Se define como la solución de continuidad de las membranas corioamnióticas que se presenta antes del inicio del trabajo de parto. La ruptura de membranas pretérmino es la que sucede antes de la semana 37 de gestación. El pronóstico está relacionado inversamente con la edad gestacional. Entre los factores de riesgo asociados a ruptura prematura de membranas se encuentran infecciones urinarias y de transmisión sexual, índice de masa corporal bajo, tabaquismo, parto pretérmino previo, distensión uterina por polihidramnios o embarazo múltiple, nivel socioeconómico bajo, conización cervical previa, antecedente de cerclaje cervical, sangrado vaginal del segundo o tercer trimestre. Sin embargo, en muchos de los casos puede ocurrir sin un factor de riesgo identificable.

20

B.5 ESTADOS HIPERTENSIVOS EN EL EMBARAZO

La hipertensión en el embarazo puede ser clasificada en dos grandes grupos: mujeres que son ya hipertensas cuando se embarazan y aquellas que llegan a ser hipertensas por primera vez en la segunda mitad del embarazo. El National High Blood Pressure Education Program (NHBPEP) los ha clasificado de la siguiente manera:

²⁰ Carrasco, S. Medina JP, Desprendimiento prematuro de la placenta normalmente inserta. Otras anomalías de la implantación. Tratado de Ginecología, Obstetricia y Medicina de la Reproducción. Editorial Médica Panamericana, 2003; p 572-9.



- a. **HIPERTENSIÓN PREEXISTENTE:** (3-5% de los embarazos), hipertensión antes del embarazo o detectada antes de la semana 20 de gestación o que persiste después de que el embarazo termina. La mayoría de tales pacientes tienen hipertensión esencial, sin embargo, algunas tienen enfermedad renal u otros problemas médicos.
- b. **HIPERTENSIÓN ASOCIADA CON EL EMBARAZO:** (12% de los embarazos), hipertensión que aparece de nuevo después de la semana 20 de gestación. Esta categoría está dividida en dos grupos:

HIPERTENSIÓN GESTACIONAL (6-7%). Hipertensión sola, sin otros rasgos añadidos.

PREECLAMPSIA (5-6%). Hipertensión con proteinuria de cuando menos 0.3 g en 24 horas. La hipertensión se define como una presión arterial sistólica de más de 140 mm/Hg y una presión diastólica de más de 90 mm/Hg, en dos mediciones sucesivas con 4-8 horas de intervalo. En una mujer con hipertensión arterial esencial previa, se diagnostica si la presión sistólica se ha incrementado en 30 mm/Hg o la diastólica en 15 mm/Hg (29).

PREECLAMPSIA SOBREAÑADIDA (25% de las mujeres con hipertensión preexistente): Signos y síntomas de preeclampsia en mujeres con hipertensión preexistente. La preeclampsia sobreañadida (sobre hipertensión crónica) se caracteriza por: a) proteinuria de reciente aparición (mayor o igual a 0.3 g/24 hs.) en una mujer con hipertensión -pero sin proteinuria- antes de la semana 20 de gestación, y b) el incremento súbito en la proteinuria o la presión sanguínea, o una cuenta plaquetaria de menos de 100 000/mm³, en una mujer con hipertensión y proteinuria antes de la semana 20 de gestación. Es decir, la



aparición de signos y síntomas de preeclampsia en una mujer con hipertensión preexistente.

ECLAMPSIA: Convulsiones en cualquier mujer que tiene - o se presenta con hipertensión en el embarazo, por cualquier causa.

SÍNDROME HELLP: (hemólisis, elevación de enzimas hepáticas, plaquetas bajas) puede ser la consecuencia de la preeclampsia severa, aunque algunos autores consideran que tiene otra etiología. El síndrome se asocia particularmente con alta tasa en la morbilidad y mortalidad materna y perinatal, y puede presentarse sin hipertensión o, en algunos casos, sin proteinuria.^{21, 22}

2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

MUERTE MATERNA: La muerte de una mujer durante su embarazo, parto o dentro de los 42 días después de su terminación, por cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo, parto o puerperio o su manejo, pero no por causas accidentales o incidentales.²³

SERVICIOS DE SALUD: Son aquellos que están destinados a brindar prestaciones de salud, de promoción, de prevención, de recuperación y rehabilitación en forma ambulatoria, domiciliaria o internamiento, son clasificados de acuerdo a la capacidad resolutive, niveles de atención y complejidad.²⁸

²¹ Walker J. Pre-eclampsia, Lancet, 356:1260-1265, octubre 7, 2012.

²² Ronald M. Ramus, MD, Preeclampsia. Disponible en: <http://emedicine.medscape.com/article/1476919>

²³ La mortalidad materna en el Perú 2002 – 2011, Lima Mayo 2013 1° edición:

<http://www.unfpa.org.pe/publicaciones/publicacionesperu/MINSA-Mortalidad-Materna-Peru.pdf>



REFERENCIA: Es un proceso administrativo-asistencial mediante el cual un agente comunitario o el personal facultado de un establecimiento de salud, transfiere la responsabilidad de la atención de las necesidades de salud de un usuario, a otro establecimiento de salud de mayor capacidad resolutive.

CONTRARREFERENCIA: Es un procedimiento administrativo-asistencial mediante el cual, el establecimiento de salud de destino de la referencia devuelve la responsabilidad del cuidado de la salud de un usuario o el resultado de la prueba diagnóstica, al establecimiento de salud de origen de la referencia o a la comunidad.

NIVEL DE ATENCIÓN: Conjunto de unidades productoras de servicios de salud con recursos humanos y tecnologías apropiadas para resolver con eficacia y eficiencia problemas específicos de salud de diferente magnitud y severidad. Se sustenta en la comprobación empírica que los problemas de salud de menor severidad o gravedad tienen mayor frecuencia relativa que los más severos y viceversa. Se reconocen típicamente tres niveles de atención de salud.²⁸

DIAGNÓSTICO: El diagnóstico es la primera y más importante herramienta con la que cuenta un profesional de la salud de cualquier área para acercarse a la comprensión y posible tratamiento de las condiciones salubres de un individuo. Ese análisis diagnóstico se basa en la observación de síntomas existentes en el presente o en el pasado.²⁴

2.4 DEFINICIÓN DE VARIABLES

²⁴ Guía de la OMS para la aplicación de la CIE -10 a las muertes maternas ocurridas durante el embarazo, parto y puerperio: CIE-MM 2012 Ginebra Suiza. Disponible en: <file:///C:/Users/usuario/Downloads/CIE10MM.pdf>



VARIABLE PRINCIPAL

Referencia y contrarreferencia

VARIABLE IMPLICANTE

Características sociodemográficas

Características reproductivas

Manejo de referencia desde el Establecimiento

Manejo de referencia desde la comunidad

Pertinencia de la contrarreferencia

2.5 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES



VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSION	INDICADOR	ÍNDICE	EXPRESIÓN FINAL	ESCALA	INSTRUMENTO
Características sociodemográficas y reproductivas de la población de estudio.	Son el conjunto de características biológicas, socioeconómico, culturales que están presentes en la población sujeto de estudio, tomando aquellas que pueden ser medibles	Son el conjunto de características biológicas, socioeconómico, culturales que están presentes en la población sujeto de estudio, tomando aquellas que pueden ser medibles que serán parte de nuestra investigación	Características sociodemográficas	Edad	Años cumplidos	Adolescente Adulto Añosa	Intervalo	Hoja de recolección de datos
				Grado de instrucción	Grado de instrucción	Analfabeta Primaria Secundaria Superior	Ordinal	
				Estado civil	Estado civil	Soltera Casada Conviviente Viuda	Ordinal	
				Procedencia	Lugar de procedencia	Rural Urbana	Nominal	
				Asegurada	SIS No asegurada	Asegurada No asegurada	Nominal	
			Características reproductivas	Nº de embarazos	Número	Primigesta Multigesta Gran multigesta	Intervalo	Hoja de recolección de datos
				Nº de hijos vivos y/o muertos	Nº de hijos	Número	Ordinal	
				Abortos	Número	Nº abortos	Ordinal	
				Partos a termino	Partos después de las 37 semanas	Partos a término	Ordinal	
				Lugar de atención de partos	Número de partos domiciliarios y/o institucionales	Lugar de atención de partos	Nominal	
				Métodos	Uso de método	Uso	Nominal	



				anticonceptivos		No uso		
					Tipo de anticonceptivo	DIU Hormonal Barrera Quirúrgico Natural	Nominal	



VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIÓN	INDICADOR	INDICE	INDICE	EXPRESION FINAL	ESCALA	INSTRUMENTO	
Manejo de la referencia	Acto y consecuencia de señalar o referirse hacia algo o alguien.	Es un proceso administrativo-asistencial mediante el cual el personal de un establecimiento de salud, transfiere la responsabilidad de la atención de las necesidades de salud de un usuario a otro establecimiento de salud de mayor capacidad resolutive y cuando el agente comunitario o las organizaciones sociales, identifican signos de peligro o alarma o factores de riesgo en usuarios y su necesidad de traslado, desde su comunidad hacia un establecimiento de salud del primer nivel de atención para que sean atendidos.	Administrativo	Administrativo	Red de salud	Si	EE.SS por nivel	Nominal	Hoja de recolección de datos	
					Microred	No				
				Prestacional	Hospitales	Si				
					Centros de salud	No				
					Puestos de salud					
				Usuario	Nivel comunal	Identificación de cualquier problema de salud que requiera atención en el EE.SS				Si
			No				Problema no identificado			
			Promotor de salud			Llena la hoja de referencia comunal		Si		Nominal
						Informa a familiares	Si	Nominal		
			Paciente		Identificación de cualquier problema de salud	Si	Problema de salud que requiere o no referencia	Nominal		
						No				
					Compañía	Si	Con /sin compañía			
						No				
			Medios de transportes	Si	Uso de medios de transporte					
No										
Nivel del establecimiento de salud	Unidad productora de servicios	Diagnostico	Tipo de diagnostico	Nominal						
		Tratamiento y/o	Si No	Nominal						



					Emergencia	procedimien			
					Consultorio	tos			
					externo	Recurso de	Laboratorio	Nominal	
					Apoyo	soporte	Radiografías		
					diagnostico	Fecha de la	Ecografías		
						referencia	Otros		
						Responsable	Medico		
						del	Obstetra		
						mecanismo	Enfermera		
						de atención	Técnico		
							Otros		
						Coordinaci	Medico		
						n del	Obstetra		
						Medio de	Enfermera		
						transporte e	Técnico		
						Informes	Otros		
						Consultorio			
						externo			
						Apoyo			
						diagnostico			
					Criterios para	EE.SS con	Con/ sin	Nominal	
					la selección de	capacidad	capacidad		
					referencia	resolutiva	resolutiva		
						Accesibilidad			
					Capacidad	Solución del	Si	Nominal	
					resolutiva	problema	No		



					Accesibilidad	Geográfica (distancia) Económica Organización al Cultural	Tiempo del domicilio al C.S Capacidad de pago Horario del C.S (6-12 hrs. O 12-24 hrs.) Aceptación del servicio por parte del usuario	Nominal
						Hora de llegada Hora de atención Duración de los procedimientos		
					Atención oportuna	Horas	Menos de 2 hrs. De 2 a 6 hrs. Más de 6 hrs.	
					Referencia injustificada	Centro de salud cuenta con capacidad resolutiva	Cuenta o no cuenta con capacidad resolutiva	Nominal



VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIÓN	INDICADOR	ÍNDICE	ÍNDICE	EXPRESIÓN FINAL	ESCALA	INSTRUMENTO
Manejo de la contrarreferencia	Procedimiento médico administrativo entre unidades operativas de los tres niveles de atención, para facilitar el envío-recepción-regreso de pacientes, con el propósito de brindar atención médica oportuna, integral y de calidad.	Procedimiento administrativo-asistencial mediante el cual, el establecimiento de salud de destino de la referencia devuelve o envía la responsabilidad del cuidado de la salud	Administrativo	Establecimiento destino de la referencia	Contrarreferencia de la emergencia	Hospitalización Manejo ambulatorio	Si Cuenta con capacidad resolutive	Nominal	Hoja de recolección de datos
					Contrarreferencia de la Consulta externa	Llenado de formato Indicaciones y cuidados			
					Contrarreferencia de los resultados e informes de exámenes de diagnostico	Envío de formato de contrarreferencia			
				Establecimiento origen de la referencia	Unidad de seguros	Con seguimiento	Con seguimiento	Nominal	
						Sin seguimiento	Sin seguimiento	Nominal	
					Usuario	Condiciones del usuario	Condición del paciente	Curado	
			Mejorado	Con / Sin tratamiento					
			Atendido por apoyo diagnostico	Con / Sin informe					
			Personal que atendió	Medico Obstetra Enfermera Técnico Otros			Nominal		



					Retiro voluntario	Si No	Si No	Nominal	
					Deserción	Abandona No abandona	Abandona No abandona	Nominal	
					Fallecimiento	Extra institucional Intra institucional	Si No	Nominal	
				Contrarreferencia injustificada	Cuenta/no cuenta con capacidad resolutiva	Si No	Cuenta o no cuenta con capacidad resolutiva	Nominal	
				Control de referencia y contrarreferencia	Supervisión	Si No		Nominal	
					Monitoreo	Si No		Nominal	
					Evaluación	Si No		Nominal	
				Participación de otras direcciones o instituciones	Otra Micro red Otra Institución	Si No		Nominal	

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

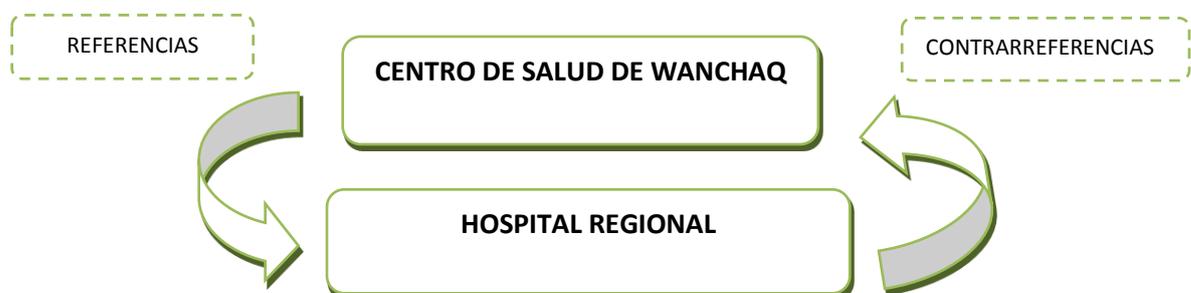
3.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

Es una investigación descriptiva por que permiten conocer como están las variables de estudio y como se encuentran en la realidad, cuantitativa, retrospectiva de datos por que se basa en la información anteriormente realizada.

3.2 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN:

La investigación es de diseño no experimental puesto que no se manipulo deliberadamente las variables, además es de corte transversal, ya que las variables se miden en una sola oportunidad y en un solo momento.

Observacional de acuerdo al flujo de referencia y contrarreferencia:





3.3 POBLACIÓN Y MUESTRA

DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN.

Pacientes referidas del Centro de Salud Wanchaq, perteneciente a la Red de Salud Cusco Norte de la Dirección Regional de Salud Cusco durante el año 2014.

MUESTRA Y MÉTODO DE MUESTREO

Pacientes obstétricas que fueron referidas del Centro de Salud de Wanchaq, durante el año 2014, siendo un total de 30.

3.4 CRITERIOS DE SELECCIÓN

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Pacientes obstétricas referidas del Centro de Salud de Wanchaq, durante el año 2014.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Pacientes no obstétricas referidas del Centro de Salud de Wanchaq, durante el año 2014.

3.5 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

Técnicas de observación directa del fenómeno que será recolectado a través de una ficha de recolección de datos. El instrumento será una ficha de recolección de datos.

- Ficha de recolección de datos
- Formularios de referencia
- Formulario de contrarreferencia



- Historia Clínica
- Cuaderno de registros

3.6 PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

Previa capacitación y con los permisos de norma se procedió a recolectar los datos mediante la ficha de recolección de datos y la revisión de registros, historias clínicas, hojas de referencias institucional.

3.7 PROCEDIMIENTOS DE ANÁLISIS DE DATOS

Para la variable manejo de la referencia y sus dimensiones, las dimensiones cuantitativas como edad, número de hijos, etc. fueron manejadas y presentadas con estadística descriptiva (medias, medianas, modas, promedios) las variables cualitativas como sexo, estado civil fueron presentadas con porcentajes simples.



CAPITULO IV

RESULTADOS

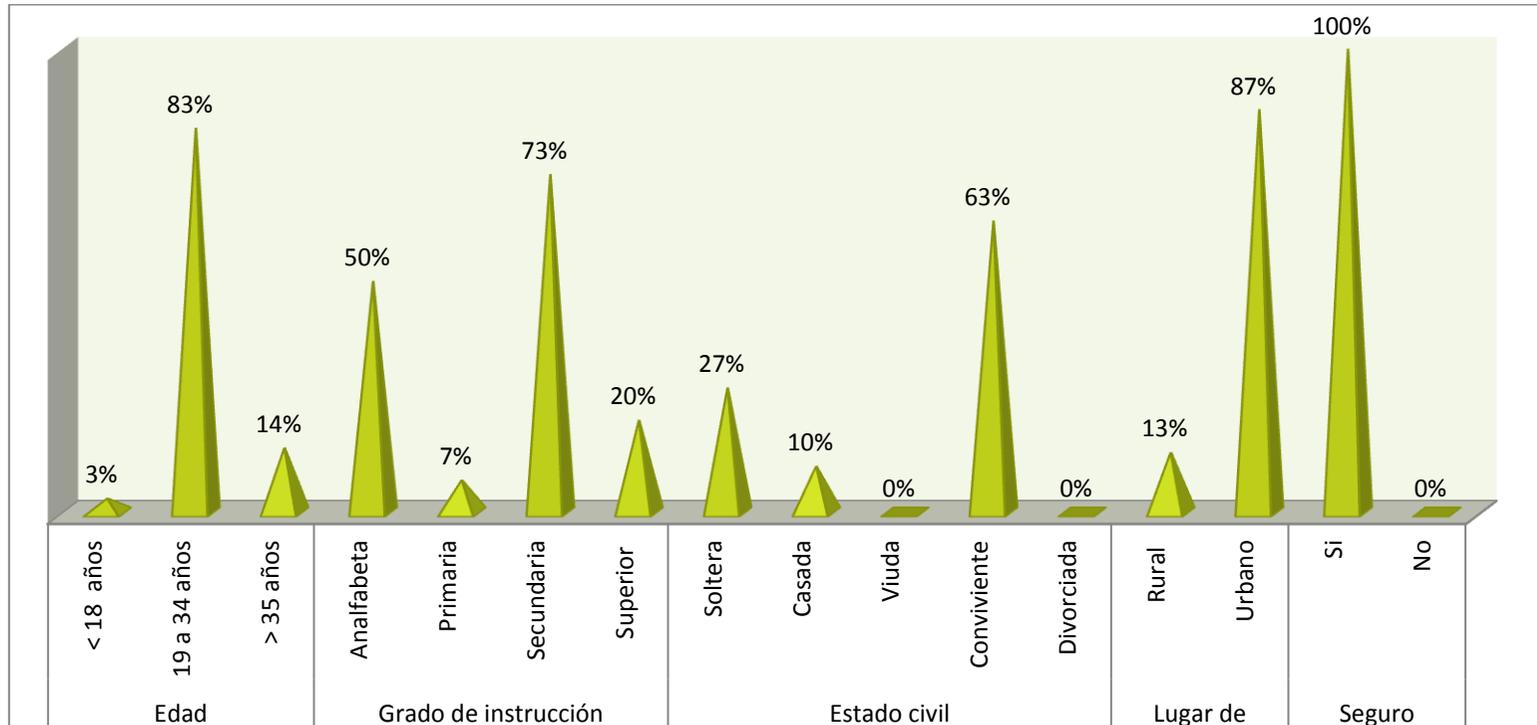
Los resultados se presentaran en:

- I- Características sociodemográficas y reproductivas
- II.- Manejo de referencia de pacientes obstétricas desde el nivel del Establecimiento de Salud
- III.- Manejo de referencia de pacientes obstétricas desde el nivel de la comunidad
- IV.- Pertinencia del informe de la contrarreferencia de las pacientes obstétricas referidas

I: CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y REPRODUCTIVAS

GRÁFICO N° 1

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LAS PACIENTES OBSTÉTRICAS REFERIDAS DEL CENTRO DE SALUD DE WANCHAQ



EDAD	
Datos	f
Mínimo	15
Máximo	40
Moda	32
Mediana	27
Desviación estándar	0.1

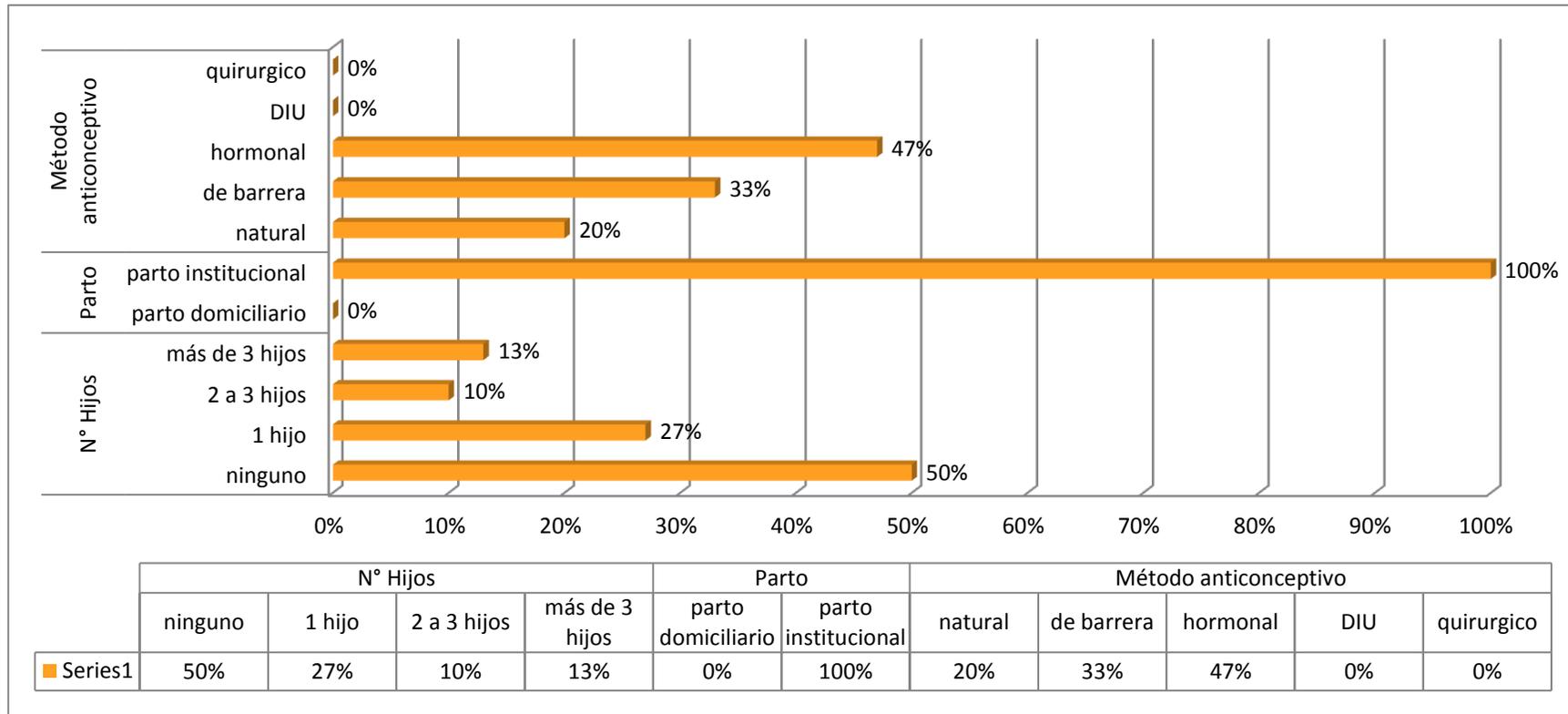
Fuente: Ficha de recolección de datos.



INTERPRETACIÓN: Las características sociodemográficas de las pacientes obstétricas referidas en el Centro de Salud de Wanchaq, son en un 83% entre 19 a 34 años de edad, seguido por el 14% de ≥ 35 años, la edad mínima encontrada fue de 15 años, y la máxima de 40, con una mediana de 27 y moda de 32 años; el 73% tuvo un grado de instrucción de secundaria, el 63% de las pacientes son convivientes, el 87% proviene de zona urbana, y el 100% de las pacientes cuentan con seguro integral de salud (SIS). Datos similares fueron encontrados por TENA, A., donde la edad mínima encontrada fue la de 14 años, la máxima de 42, con una media de 23 años, el 60% estudio secundaria, el 96.3% tiene pareja estable y el 89.8% tiene como ocupación su hogar.

GRÁFICO N° 2

CARACTERÍSTICAS REPRODUCTIVAS DE LA POBLACIÓN EN ESTUDIO EN EL CENTRO DE SALUD DE WANCHAQ



Fuente: Ficha de recolección de datos.

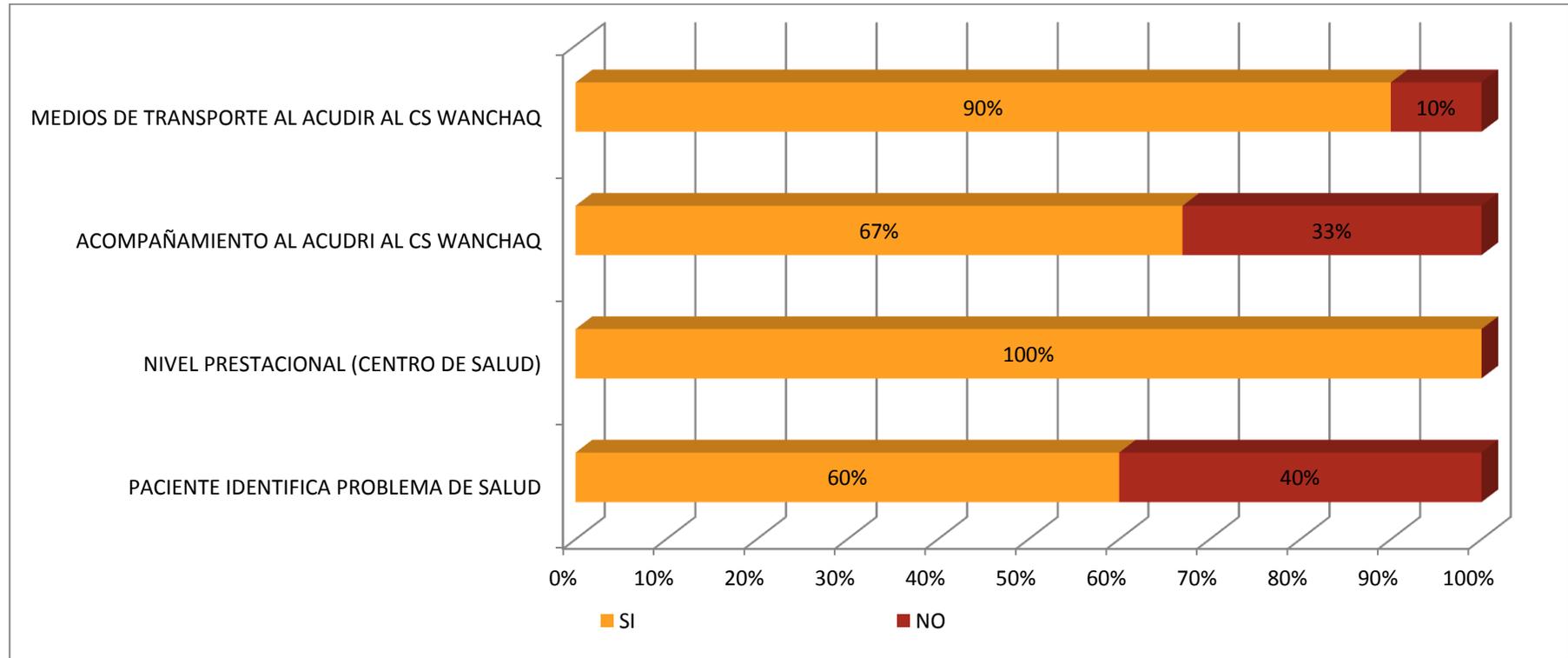


INTERPRETACIÓN: En cuanto a las características reproductivas, el 50% de las pacientes en estudio no tuvo hijos anteriores lo que nos refiere que son pacientes en su mayoría primigestas en el momento de la referencia, seguido por el 27% que si tuvo un hijo, así mismo el 100% de las pacientes que tuvieron hijos fueron atendidas en un Establecimiento de Salud, por lo tanto son partos institucionales. Respecto a métodos anticonceptivos se puede observar que el 47% uso métodos hormonales (inyectables u orales), seguido por el 33% que uso métodos de barrera (preservativos). Datos similares encontrados por TENA, A., donde se observó que el grupo de pacientes referidas con mayor frecuencia fueron las primigestas.

II.- MANEJO DE REFERENCIA A NIVEL DEL ESTABLECIMIENTO

GRÁFICO N° 3

PACIENTE ACUDE AL CENTRO DE SALUD DE WANCHAQ



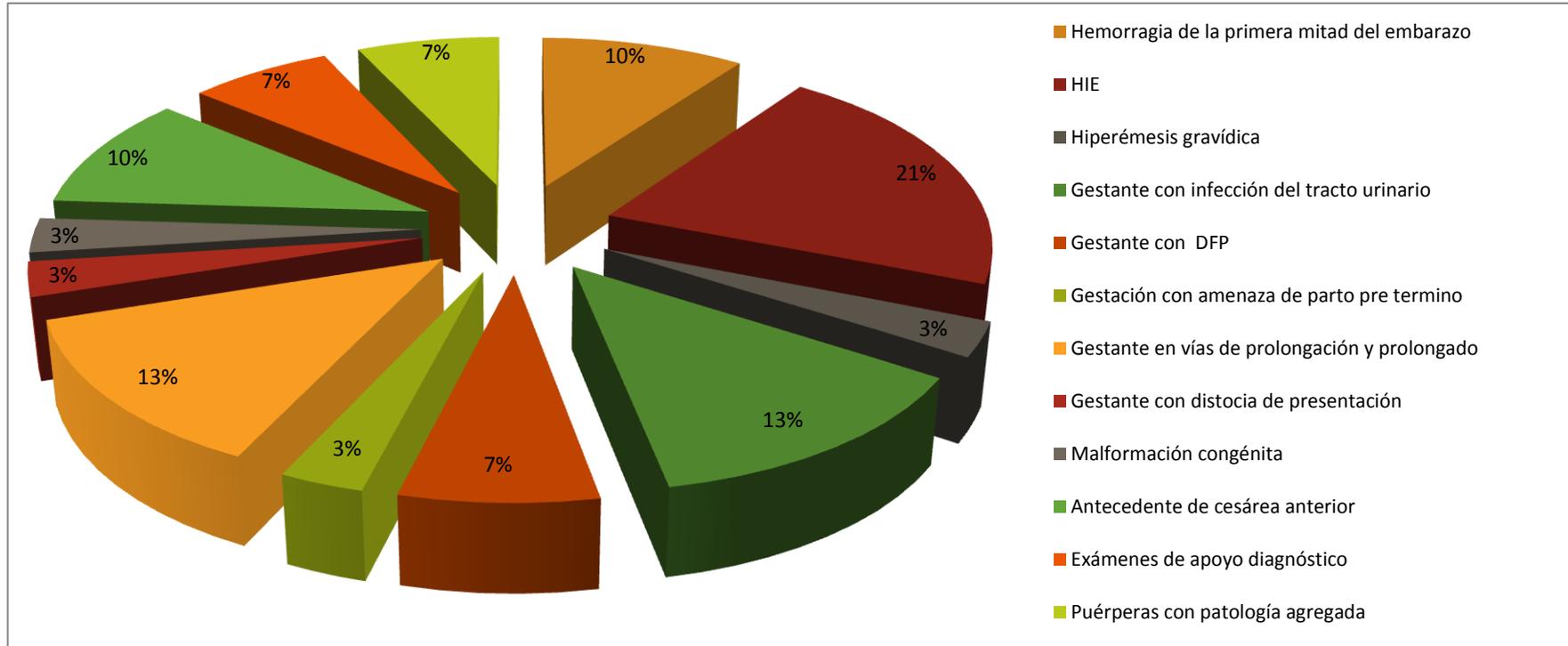
Fuente: Ficha de recolección de datos.



INTERPRETACIÓN: Respecto a las paciente podemos observar que el 90% utilizan medios de transporte para acudir al Centro de Salud de Wanchaq, el 67% acude con acompañamiento de un familiar y/o amigo, el 100% acudió a un nivel prestacional que es un centro de salud, y cabe mencionar que el 60% de las pacientes identificaron el problema de salud por ello acudieron al Establecimiento de Salud, pero el 40% no reconoció el problema de salud hasta que el personal de salud (médico u obstetra) observo algún signos y/o síntoma de alarma ameritando la referencia a un Establecimiento de mayor complejidad para solucionar su problema de salud.

GRÁFICO N° 4

DIAGNÓSTICO DE PACIENTES REFERIDAS DEL CENTRO DE SALUD DE WANCHAQ



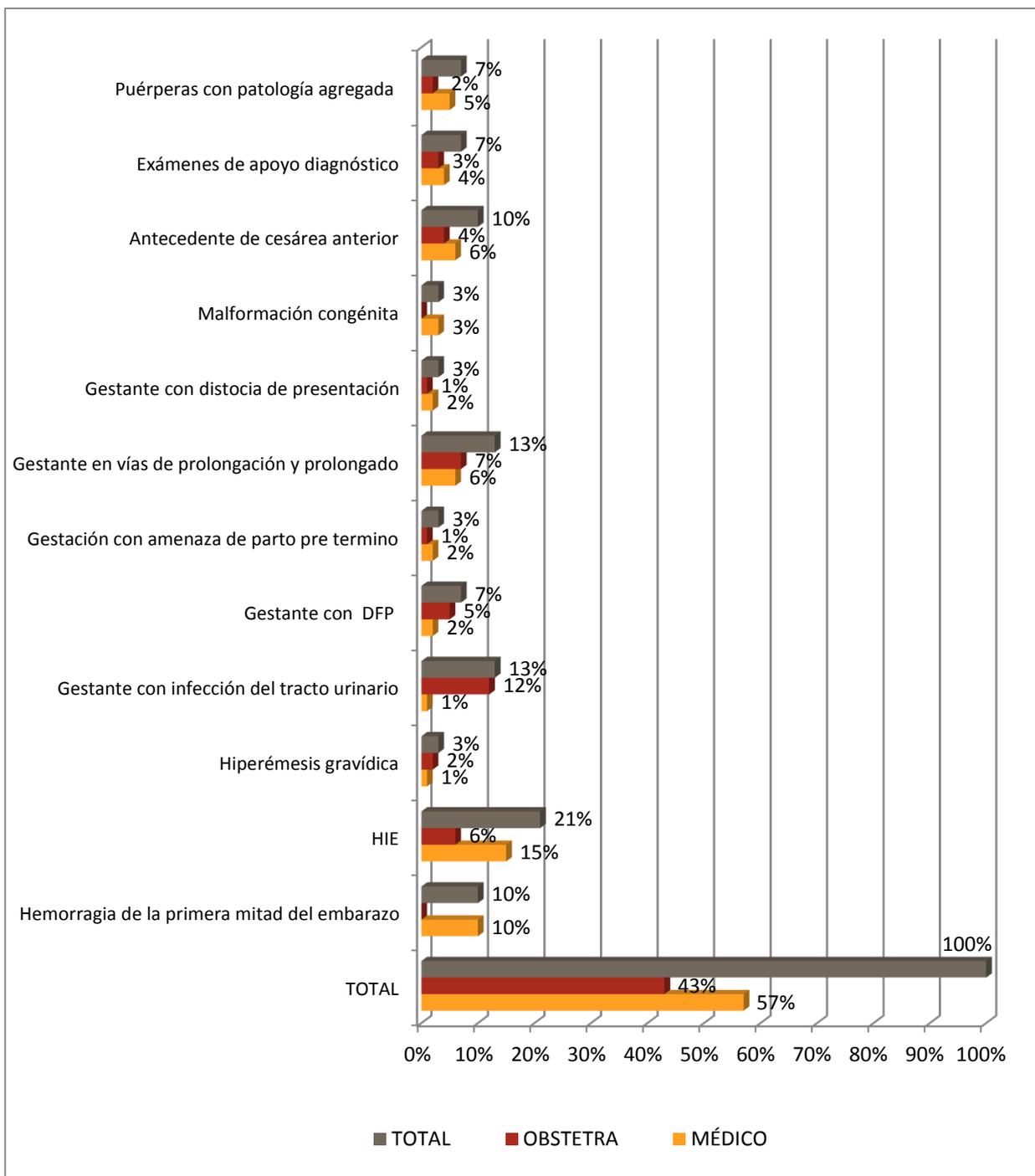
Fuente: Ficha de recolección de datos.



INTERPRETACIÓN: Respecto al diagnóstico de referencia, el 21% fue por hipertensión inducida por el embarazo (HIE, preeclampsia leve, severa), el 13% por una gestación en vías de prolongación, embarazo prolongado, de igual manera gestantes con infección del tracto urinario, el 10% por hemorragia de la primera mitad del embarazo (aborto incompleto, embarazo anembrionario, embarazo molar) así como por antecedente de cesárea anterior. Datos contrarios fueron encontrados por TENA, A., donde los diagnósticos de envío más frecuentes fueron: amenaza de aborto (12.56%), cesárea previa (9.18%), edad gestacional mayor a 40 semanas (8.70%), amenaza de parto pretérmino (8.21%), ruptura prematura de membranas (5.31%), preeclampsia (4.83%) y sufrimiento fetal agudo (3.86%).

GRÁFICO N° 5

DIAGNÓSTICO DE PACIENTES REFERIDAS VS. PERSONAL RESPONSABLE DE LA REFERENCIA



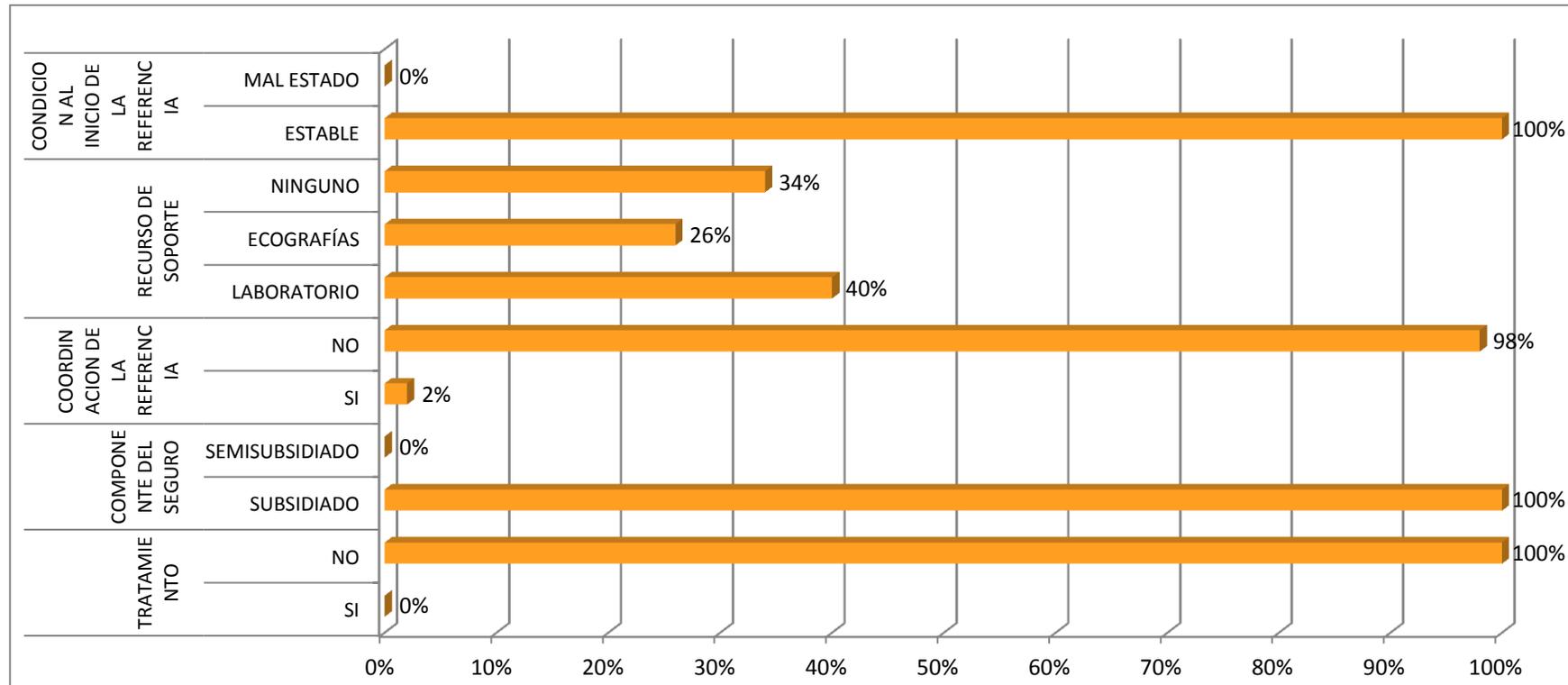
Fuente: Ficha de recolección de datos.



INTERPRETACIÓN: Respecto a la relación entre el diagnóstico de referencia y el personal responsable de la referencia se concluye que el 57% fueron referidos por médicos y el 43% por obstetras; las pacientes referidas por hipertensión inducida por el embarazo fueron en un 15% por médicos y el 6% por obstetras del total de 21%, del 13% referidas por vías en prolongación y embarazo prolongado el 7% fue por obstetras y el 6% por médicos; las gestantes con infección del tracto urinario (13%) el 12% fue referida por obstetras y solo el 1% por médicos, respecto a hemorragia de la primera mitad del embarazo (10%) el total fue referido por médicos.

GRÁFICO N° 6

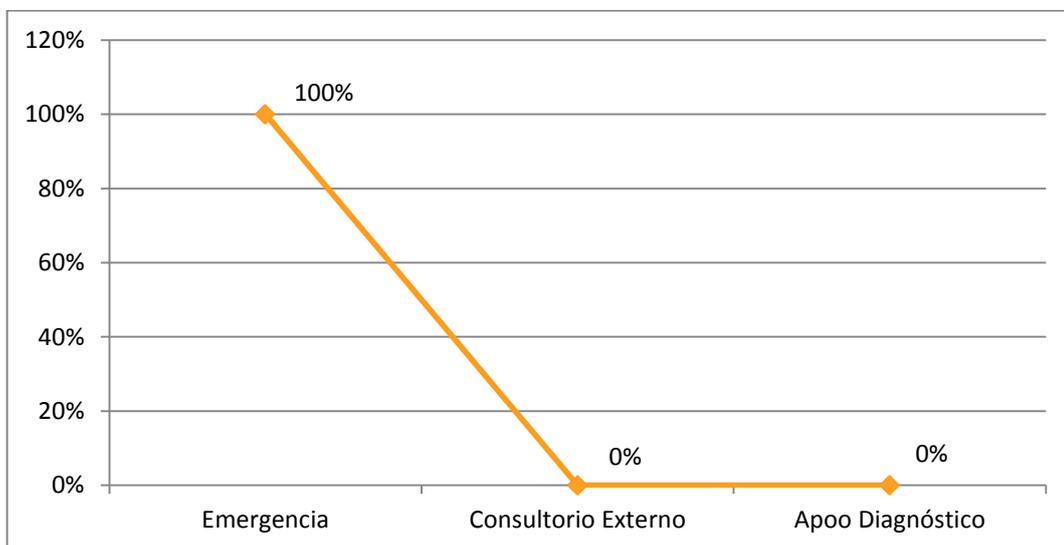
MANEJO PARA LA REFERENCIA EN PACIENTES OBSTÉTRICAS DEL CENTRO DE SALUD DE WANCHAQ



Fuente: Ficha de recolección de datos.

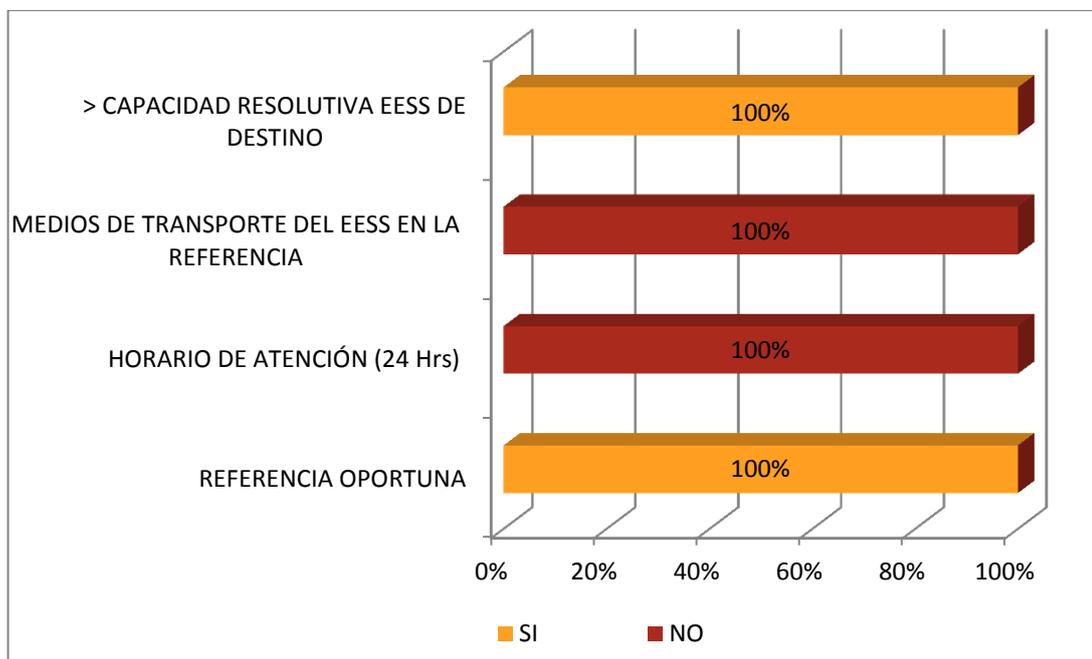


INTERPRETACIÓN: En lo referente a la condición de la paciente obstétrica en el momento de la referencia este fue en estable en un 100%, el 40% uso laboratorio como recurso de soporte, el 4% ninguno y el 26% uso ecografías, el 2% fueron referencias coordinadas previamente con el Establecimiento Destino de la Referencia, en este caso el Hospital Regional del Cusco en un 100%, el 98% no fue coordinado; respecto al componente del seguro en un 100% fue subsidiado, es decir, totalmente gratuito; al 100% de pacientes referidas se les envió sin tratamiento alguno pese a que según el diagnóstico necesitaban serlo.

GRÁFICO N° 7**UNIDAD PRODUCTORA DESTINO DE REFERENCIA DE PACIENTES
REFERIDAS DEL CENTRO DE SALUD DE WANCHAQ**

Fuente: Ficha de recolección de datos.

INTERPRETACIÓN: Respecto a la unidad productora destino de referencia, se evidencia en el gráfico que el 100% fue al servicio de emergencia en el Hospital Regional, si bien es cierto no fueron referencias coordinadas, con formatos, movilidad ni con acompañamiento, las referencias fueron orientadas en un 100% al servicio de emergencias, recurriendo a un Establecimiento con mayor capacidad resolutive, esto se evidenció con el cuaderno de registro en el Centro de Salud de Wanchaq.

GRÁFICO N° 8**ACCESIBILIDAD PARA LA REFERENCIA DE PACIENTES REFERIDAS
DEL CENTRO DE SALUD DE WANCHAQ**

Fuente: Ficha de recolección de datos.

INTERPRETACIÓN: De acuerdo a la accesibilidad para la referencia, se puede evidenciar que el 100% de las referencias fueron a un establecimiento de mayor capacidad resolutiva en este caso del Centro de Salud a un Hospital, el 100% no uso medios de transporte propios del Establecimiento ya que el Centro de Salud no cuenta con ningún medio de transporte y en casos de emergencia se usan transportes urbanos (taxis); el Centro de Salud de Wanchaq atiende solo 12 Hrs al día, se reporta como el 100% de pacientes que tuvieron referencia oportuna debido a que no hubo ningún caso de mortalidad materna.



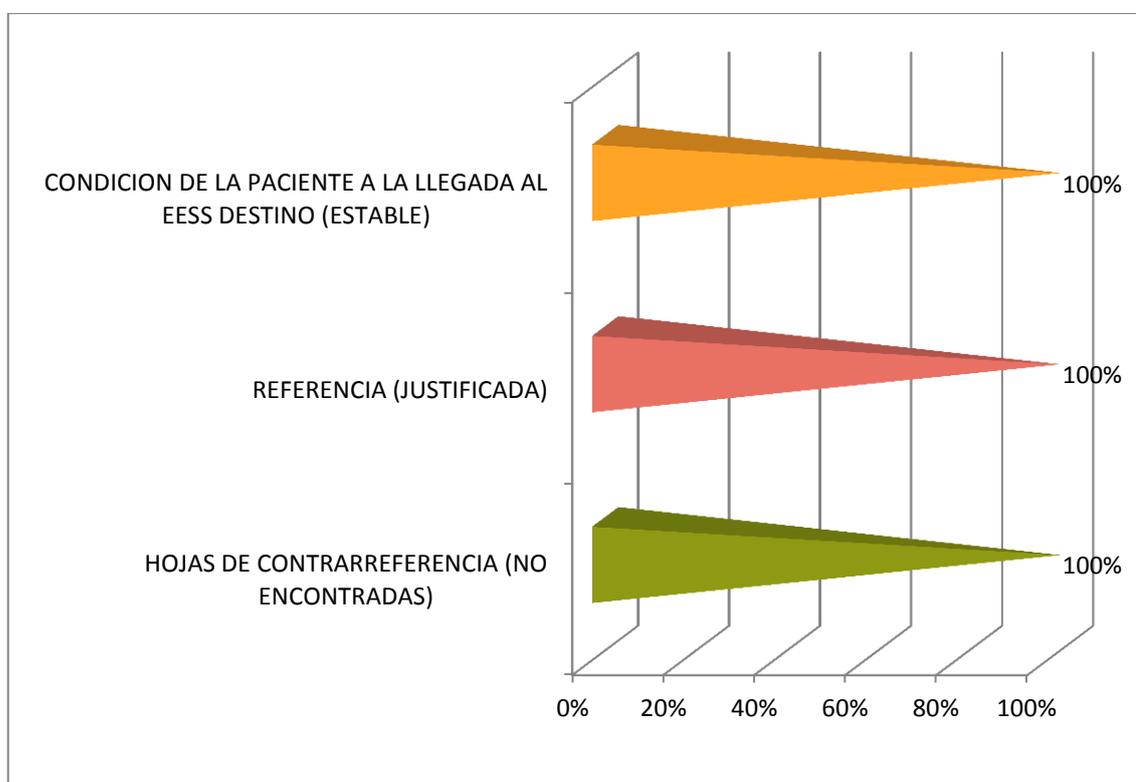
III: MANEJO DE REFERENCIA DE PACIENTES OBSTÉTRICAS DESDE EL NIVEL DE LA COMUNIDAD

Para fines operativos, se considera además, un Nivel Comunal, que se articulará con el nivel institucional del Ministerio de Salud (MINSA) a través de vínculos, que permitan el monitoreo de la referencia y contrarreferencia por los Establecimientos de Salud del primer nivel de atención y a la comunidad. En el caso del Centro de salud de Wanchaq, no existen estos responsables sociales, por ende no existen referencias de parte de agentes comunales.



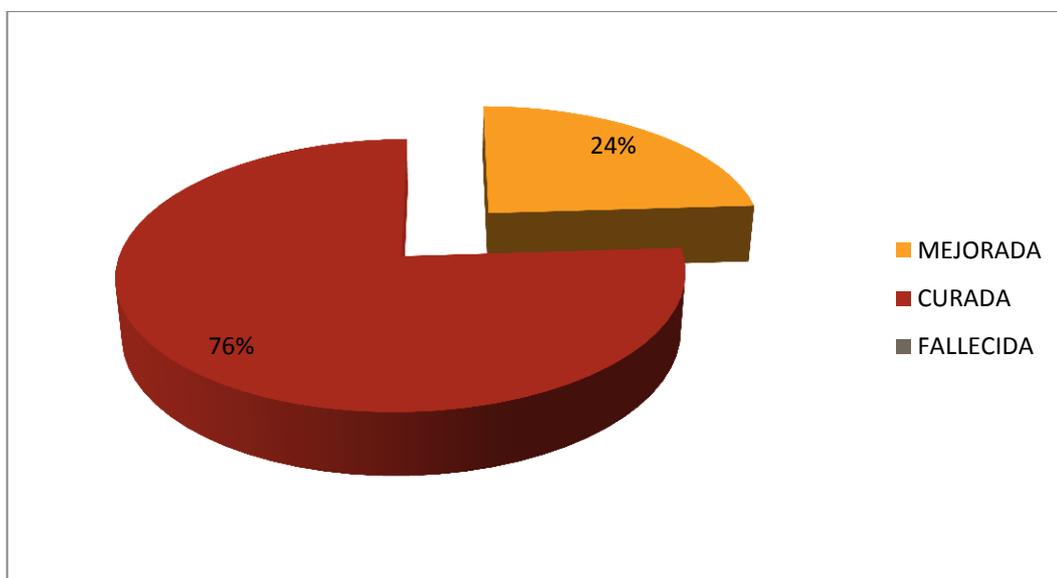
IV: PERTINENCIA DEL INFORME DE LA CONTRARREFERENCIA DE LAS PACIENTES OBSTÉTRICAS REFERIDAS

Según la norma técnica del Sistema de Referencia y Contrarreferencia de los Establecimientos del Ministerio de Salud - NT N° 018 MINSA / DGSP – V.01 - RM N°751- 2004/MINSA-02/08/04, el Establecimiento de Destino en este caso el Hospital Regional cumplió en realizar la hoja de contrarreferencia, según se evidencio en las atenciones actuales, el motivo por el cual no se cuenta con las hoja de contrarreferencia es que este no es solicitado en el Establecimiento de Origen al acudir las pacientes en consultas posteriores o de controles y también por el extravió por parte de ellas. Sin embargo en la presente investigación para fines de observar la pertinencia se consideró variables a las cuales se tuvo acceso mediante la hoja de referencia y seguimiento de estas pacientes en el Establecimiento de Destino (Hospital Regional)

GRÁFICO N° 9**PACIENTE OBSTÉTRICA REFERIDA EN EL ESTABLECIMIENTO DE DESTINO**

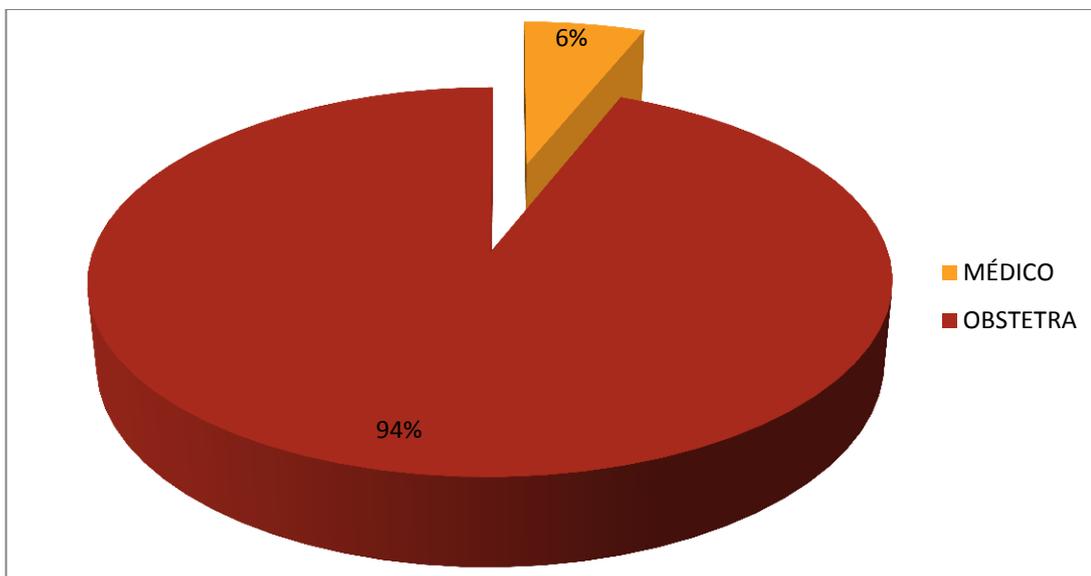
Fuente: Ficha de recolección de datos.

INTERPRETACIÓN: Todas las pacientes regresaron por consultorio externo al Centro de salud de Wanchaq, se evidencia en las historias clínicas, muchas de ellas ya como puérperas donde se les captó por método o por los controles en sus recién nacidos, observando que no fue necesariamente como un seguimiento o control a la referencia. Respecto a la condición de la paciente a la llegada al Establecimiento de Destino esta fue en condición de estable, así mismo las referencias fueron todas justificadas para continuar con la atención en salud de las pacientes obstétricas, las hojas de contrarreferencias no fueron encontradas.

GRÁFICO N° 10**CONDICIÓN DE LA PACIENTE OBSTÉTRICA CONTRARREFERIDA EN EL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN**

Fuente: Ficha de recolección de datos.

INTERPRETACIÓN: La condición de las pacientes obstétricas contrarreferidas en el Establecimiento de Origen (C.S. Wanchaq) fue en un 76% como curadas, sin embargo el 24% se consideró mejorada por cuanto se continuó con terapia indicada y controles posteriores hasta dar solución en su totalidad a su problema de salud, no hubo ningún caso de mortalidad materna en las pacientes referidas del Centro de Salud de Wanchaq.

GRÁFICO N° 11**PERSONAL DE SALUD QUE ATIENDIO EN EL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN EN LA CONTRARREFERENCIA**

Fuente: Ficha de recolección de datos.

INTERPRETACIÓN: Una vez que la paciente fue dada de alta médica en el Establecimiento de Destino de la referencia (Hospital Regional), ellas acuden a su Establecimiento de Origen (C.S. Wanchaq) para controles posteriores o por atención diferente como métodos de planificación familiar después de su parto, es así que podemos observar que el 94% de estas pacientes fueron atendidas por personal obstetra, y el 6% por médicos.



DISCUSIÓN

PRIMERO.- Las características sociodemográficas y reproductivas de las pacientes obstétricas referidas en el Centro de Salud de Wanchaq, son un 83% entre 19 a 34 años de edad, la edad mínima es de 15 años, la máxima de 40, con una mediana de 27 y moda de 32 años; el 73% tiene grado de instrucción secundaria, el 63% son convivientes, el 87% son de zona urbana, el 100% cuentan con seguro integral de salud (SIS), pese a que según refiere el personal de salud solo el 90% contaba con seguro previamente, el 10% restante fueron aseguradas como emergencia para poder ser referidos.

Datos similares fueron encontrados por TENA, A., donde la edad mínima encontrada fue la de 14 años, la máxima de 42, con una media de 23 años, el 60% estudio secundaria, el 96.3% tiene pareja estable y el 89.8% tiene como ocupación su hogar. En cuanto a las características reproductivas, el 50% de las pacientes en estudio no tuvo hijos anteriores lo que nos refiere que son pacientes en su mayoría segundigestas en el momento de la referencia, seguido por el 27% que si tuvo un hijo, así mismo el 100% de las pacientes que tuvieron hijos fueron atendidas en un Establecimiento de Salud, por lo tanto son partos institucionales. Respecto a métodos anticonceptivos se puede observar que el 47% uso métodos hormonales (inyectables u orales), seguido por el 33% que uso métodos de barrera (preservativos). Datos similares encontrados por TENA, A., donde se observó que el grupo de pacientes referidas con mayor frecuencia fueron las segundigestas.



SEGUNDO.- Respecto al manejo de referencia a nivel del establecimiento, el 90% utilizan medios de transporte para acudir al centro de salud de Wanchaq, el 67% acude con acompañamiento de un familiar y/o amigo, el 100% acudió a un nivel prestacional que es un centro de salud, y cabe mencionar que el 60% de las pacientes identificaron el problema de salud por ello acudieron al Establecimiento de Salud, pero el 40% no reconoció el problema de salud hasta que el personal de salud (médico u obstetra) observo algún signos y/o síntoma de alarma ameritando la referencia a un establecimiento de mayor complejidad para solucionar su problema de salud.

Respecto al diagnóstico de referencia, el 21% fue por hipertensión inducida por el embarazo (HIE, preeclampsia leve, severa), el 13% por una gestación en vías de prolongación, embarazo prolongado, de igual manera gestantes con infección del tracto urinario, el 10% por hemorragia de la primera mitad del embarazo (aborto incompleto, embarazo anembrionario, embarazo molar) así como por antecedente de cesárea anterior. Datos contrarios fueron encontrados por TENA, A., donde los diagnósticos de envío más frecuentes fueron: amenaza de aborto (12.56%), cesárea previa (9.18%), edad gestacional mayor a 40 semanas (8.70%), amenaza de parto pretérmino (8.21%), ruptura prematura de membranas (5.31%), preeclampsia (4.83%) y sufrimiento fetal agudo (3.86%), Respecto a la relación entre el diagnóstico de referencia y el personal responsable de la referencia se concluye que el 57% fueron referidos por médicos y el 43% por obstetras; las pacientes referidas por hipertensión inducida por el embarazo fueron en un 15% por médicos y el 6% por obstetras del total de 21%, del 13% referidas por vías en prolongación y embarazo prolongado el 7% fue por obstetras y el 6% por médicos; las gestantes con infección del tracto urinario (13%) el 12% fue referida por



obstetras y solo el 1% por médicos, respecto a hemorragia de la primera mitad del embarazo (10%) el total fue referido por médicos.

En lo referente a la condición de la paciente obstétrica en el momento de la referencia este fue en estable en un 100%, el 40% uso laboratorio como recurso de soporte, el 4% ninguno y el 26% uso ecografías, el 2% fueron referencias coordinadas previamente con el establecimiento destino de la referencia, en este caso el Hospital Regional del Cusco en un 100%, el 98% no fue coordinado; datos encontrados por el Hospital de Gineco Pediatría del Instituto Mexicano de Seguro Social y la Universidad Autónoma Metropolitana (2012), en su investigación titulada coordinación de referencia y contrarreferencia ginecología y obstetricia, encontraron que el 57% de las mujeres tuvieron que buscar más de un sitio para su resolución obstétrica: 25% visitó dos, 17% tres, 15% a más de tres, la mujer que más hospitales visitó, acudió a nueve nosocomios a lo largo de 24 horas. No fueron debidamente valoradas en todos los casos antes de ser enviadas por sus propios medios a buscar otros sitios de atención, este estudio permitió observar que debido a las condiciones actuales bajo las que opera, el sistema de referencia y contra referencia representa un obstáculo para el acceso a la atención obstétrica hospitalaria oportuna, al enmascarar un fenómeno de multirechazo hospitalario que, a su vez, tiene un impacto negativo en la buena resolución del embarazo y finalmente en la salud de las mujer gestante; respecto al componente del seguro en un 100% fue subsidiado, es decir, totalmente gratuito; al 100% de pacientes referidas se les envió sin tratamiento alguno pese a que según el diagnóstico necesitaban serlo. La unidad productora destino de referencia, en un 100% fue al servicio de emergencia en el Hospital Regional, si bien es cierto no fueron referencias coordinadas,



con formatos, movilidad ni con acompañamiento, las referencias fueron orientadas en un 100% al servicio de emergencias, recurriendo a un establecimiento con mayor capacidad resolutive, esto se evidencia con el cuaderno de registro en el Centro de Salud de Wanchaq. De acuerdo a la accesibilidad para la referencia, se puede evidenciar que el 100% de las referencias fueron a un establecimiento de mayor capacidad resolutive en este caso del Centro de Salud a un Hospital, el 100% no uso medios de transporte propios del establecimiento ya que el Centro de Salud no cuenta con ningún medio de transporte y en casos de emergencia se usan transportes urbanos (taxis).

La DIRESA Cusco (2010) en su investigación mejoramiento de la calidad de los servicios de salud del sistema de referencia y contrarreferencia Cusco, concluyo que por falta de un medio de transporte en forma inmediata y oportuna, de recursos Humanos capacitados que puedan asistirlo durante su traslado, y de medios de comunicación para poder facilitar el traslado, se encuentren más vulnerables a los problemas de Salud; el Centro de Salud de Wanchaq atiende solo 12 Hrs al día, se reporta como el 100% de pacientes que tuvieron referencia oportuna debido a que no hubo ningún caso del 100% de la población en estudio que se complicó o pereció.

TERCERO.- Respecto al manejo de referencia de pacientes obstétricas desde el nivel de la comunidad vemos que para fines operativos, se considera además, un Nivel Comunal, que se articulará con el nivel institucional del Ministerio de Salud (MINSA) a través de vínculos, que permitan el monitoreo de la referencia y contrarreferencia por los establecimientos de salud del primer nivel de atención y a la comunidad. En el caso del Centro de salud de Wanchaq, no existen estos responsables sociales, por ende no



existen referencias de parte de agentes comunales, Torres, M, (2011), en su investigación sistema de referencia y contrarreferencia en la Unidad Ejecutora de Salud el Carmen” Huancayo, donde los resultados fueron que existe poco compromiso de parte de las autoridades responsables del funcionamiento adecuado del sistema, la comunidad no funciona adecuadamente entre la referencia.

CUARTO.- La pertinencia del informe de la contrarreferencia de las pacientes obstétricas referidas, según la norma técnica del Sistema de Referencia y Contrarreferencia de los Establecimientos del Ministerio de Salud - NT N° 018 MINSA / DGSP – V.01 - RM N°751- 2004/MINSA-02/08/04, el establecimiento de destino en este caso el Hospital Regional cumplió en realizar la hoja de contrarreferencia, según se evidencio en las atenciones actuales, el motivo por el cual no se cuenta con las hoja de contrarreferencia es que este no es solicitado en el establecimiento de origen al acudir las pacientes en consultas posteriores o de controles y también por el extravió por parte de ellas. Sin embargo en la presente investigación para fines de observar la pertinencia se consideró variables a las cuales se tuvo acceso mediante la hoja de referencia y seguimiento de estas pacientes en el establecimiento de destino (Hospital Regional).

Todas las pacientes regresaron por consultorio externo al Centro de salud de Wanchaq, se evidencia en las historias clínicas, muchas de ellas ya como puérperas donde se les capto por método o por los controles en sus recién nacidos, observando que no fue necesariamente como un seguimiento o control a la referencia.

Respecto a la condición de la paciente a la llegada al establecimiento de destino esta fue en condición de estable, así mismo las referencias fueron todas justificadas para



continuar con la atención en salud de las pacientes obstétricas, las hojas de referencias no fueron encontradas.

La condición de las pacientes obstétricas contrarreferidas en el establecimiento de origen (C.S. Wanchaq) fue en un 76% como curadas, sin embargo el 24% se consideró mejorada por cuanto se continuo con terapia indicada y controles posteriores hasta dar solución en su totalidad a su problema de salud, no hubo ningún caso de mortalidad materna en las pacientes referidas del Centro de Salud de Wanchaq.

Una vez que la paciente fue dada de alta médica en el establecimiento de destino de la referencia (Hospital Regional), ellas acuden a su establecimiento de origen (C.S. Wanchaq) para controles posteriores o por atención diferente como métodos de planificación familiar después de su parto, es así que podemos observar que el 94% de estas pacientes fueron atendidas por personal obstetra, y el 6% por médicos.

El control respecto a monitoreo, supervisión y/o evaluación de las referencias efectuadas en el Centro de Salud de Wanchaq, estas no se efectúan.



CONCLUSIONES

PRIMERO.- Las características sociodemográficas y reproductivas de las pacientes obstétricas referidas en el Centro de Salud de Wanchaq, son un 83% entre 19 a 34 años de edad, la edad mínima es de 15 años, la máxima de 40, con una mediana de 27 y moda de 32 años; el 73% tiene grado de instrucción secundaria, el 63% son convivientes, el 87% son de zona urbana, el 100% cuentan con seguro integral de salud (SIS), el 50% no tuvo hijos anteriores, el 100% con partos institucionales, el 47% uso métodos hormonales.

SEGUNDO.- El manejo de referencia a nivel del establecimiento, el 90% utilizan medios de transporte para acudir al centro de salud, el 67% acude con acompañamiento de un familiar y/o amigo, el 60% de las pacientes identificaron el problema de salud, el diagnóstico de referencia es en un 21% hipertensión inducida por el embarazo, 13% gestación en vías de prolongación y embarazo prolongado, de igual manera gestantes con infección del tracto urinario, el 57% fueron referidos por médicos, las pacientes referidas por hipertensión inducida por el embarazo fueron en un 15% por médicos y el 6% por obstetras del total de 21%, la condición de la paciente obstétrica en el momento de la referencia fue estable en un 100%, el 40% uso laboratorio como recurso de soporte, el 98% fueron referencias no coordinadas previamente con el establecimiento destino de la referencia, en un 100% fue seguro subsidiado, al 100% de pacientes referidas se les envió sin tratamiento alguno, la unidad productora destino de referencia, 100% fue al servicio de emergencia, el 100% de las referencias fueron a un establecimiento de mayor capacidad resolutive, el 100% no uso medios de transporte propios del establecimiento, el Centro de Salud de Wanchaq atiende solo 12 Hrs al día,



se reporta como el 100% de pacientes que tuvieron referencia oportuna debido a que no hubo ningún caso del 100% de la población en estudio que se complicó o pereció.

TERCERO.- Respecto al manejo de referencia de pacientes obstétricas desde el nivel de la comunidad, se concluye que en el Centro de Salud de Wanchaq no existe la conformación de estos agentes, por lo tanto no existen referencias de parte de agentes comunales.

CUARTO.- En cuanto a la pertinencia del informe de la contrarreferencia de las pacientes obstétricas referidas, se concluye que en el Centro de Salud de Wanchaq no se encontró ninguna hoja de contrarreferencia, sin embargo en la presente investigación para fines de observar la pertinencia se consideró variables a las cuales se tuvo acceso mediante la hoja de referencia y seguimiento de estas pacientes en el establecimiento de destino, las referencias fueron todas justificadas, 76% como curadas, no hubo ningún caso de mortalidad materna, el 94% de estas pacientes fueron atendidas por personal obstetra, el control respecto a monitoreo, supervisión y/o evaluación de las referencias efectuadas en el Centro de Salud de Wanchaq, estas no se efectúan.



RECOMENDACIONES

Se recomienda implementar de manera urgente una oficina de referencia y contrarreferencia, donde se registre las referencias con datos completos, coordinando la atención en el lugar de destino y el traslado de pacientes con toda la seguridad del caso, así como un sistema de seguimiento.

Se recomienda cumplir con las normas de atención en pacientes obstétricas, siendo necesario según el diagnóstico la referencia con terapia, las cuales no se están cumpliendo, buscando la continuidad de la atención y así prevenir la morbilidad materno perinatal.

Se sugiere continuar con las investigaciones sobre nivel de satisfacción de los usuarios de los servicios de salud en los diferentes niveles de atención, en relación al uso oportuno, eficiente y efectivo del sistema de referencia y contrarreferencia.

Siendo el Centro de Salud de Wanchaq un establecimiento que va a referir pacientes, por no tener atención las 24 horas debe contar con ambulancia, por lo tanto se sugiere que se gestione la obtención de este.

**BIBLIOGRAFIA**

1. Enciso A. Mortalidad Materna, Grave problema de salud y justicia social, Coneva, Sociedad y justicia en La Librería Jornada.11 de setiembre de 2012 Disponible en: <http://www.jornada.unam.mx/2012/09/11/sociedad/047n1soc>.
2. Ministerio de Salud, Norma Técnica del Sistema de Referencia y Contrarreferencia de los Establecimientos del Ministerio de Salud N° 018 del 2004 RM N°751- 2004.
3. Lovadez, F.; Schab, N.; Straatman, H. Redes públicas, descentralizadas y comunitarias de salud en Bolivia 2000
4. Tena, A. Causas de referencia para resolución obstétrica en mujeres embarazadas atendidas en el Centro Especializado de atención primaria a la Salud de San Miguel Chapultepec. México 2012.
5. Hospital De Gineco Pediatría Del Instituto Mexicano De Seguro Social – Universidad Autónoma Metropolitana Coordinación de Referencia y Contrarreferencia Ginecología y Obstetricia 2012
6. Sanso Soberats F. Propuesta de Modelo de Referencia y Contrarreferencia Ciudad de la Habana Cuba 1999
7. Mayca, J.; Palacios E.; Medina, A.; Velasquez, J.; Castañeda, D. Percepciones del personal de salud y la comunidad sobre la adecuación cultural de los servicios maternos perinatales en zonas rurales andinas y amazónicas en la región de Huánuco 2009
8. Torres, M. Sistema de referencia y contrarreferencia en la unidad ejecutora de salud El Carmen” Huancayo. servicios maternos perinatales en zonas rurales andinas y amazónicas en la región de Huánuco 2011



9. DIRESA Cusco Mejoramiento de la calidad de los servicios de salud del sistema de referencia y contra referencia” Cusco 2010
10. Sistema nacional de referencias y contrareferencias 2013Lima. MINSA
http://issuu.com/gabo_castro/docs/c_03_referencias_y_contrarreferencia
11. Norma técnica N° 021 – MINSA – DGSP/V.01 Categorías de establecimientos de salud 2004.
12. Sistema de referencia y contrareferencia Dra. Ángela Cavero Romaña Medicina Integran y Gestión en Salud citado el 20 de julio del 2015 disponible en:
http://issuu.com/gabo_castro/docs/src-cenarue
13. Norma Técnica N° 022 – MINSA/DGSP – V.02 Norma Técnica de salud para la gestión de la Historia Clínica
14. Manual de procesos y procedimientos. Dpto de Pediatría. Hosp. María Auxiliadora MINSA Perú 2012
<http://www.minsa.gob.pe/hama/Informacion>
15. Faundez, A. Publicaciones medicas 2010. Disponible en:
<http://publicacionesmedicina.uc.cl/altoriesgo>.
16. Tanagho A.; Mc Anich J. Urología General de Smith. 14^a ed México: Manual Moderno, 2011. Pp 197. 16.
17. Quiroga G, Robles R., Ruelas A., Gómez A. Bacteriuria asintomática en mujeres embarazadas, una amenaza subestimada. Rev. Med. Inst. Mex Seguro Social. 2011; 45 (2): 169-172.
18. Kimberlin DF, Andrews WW. Bacterial vaginosis association with adverse pregnancy outcome. Semin perinatal 2010.



19. Ransom Ei, Yinger NV. Por una maternidad sin riesgos, cómo superar los obstáculos en la atención a la salud materna. Washington, D.C: Population Reference Bureau, 2012.
20. González JM, Vincens JM, Fabre EG, González EB. Obstetricia. Ed. Masson. 2010 (9) 131-142; (27) 435-450; (31) 499-509; (33) 529-535; (34) 541-547
21. Carrasco, S. Medina JP, Desprendimiento prematuro de la placenta normalmente inserta. Otras anomalías de la implantación. Tratado de Ginecología, Obstetricia y Medicina de la Reproducción. Editorial Médica Panamericana, 2003; p 572-9.
22. Walker J. Pre-eclampsia, Lancet, 356:1260-1265, octubre 7, 2012.
23. Ronald M. Ramus, MD, Preeclampsia. Disponible en: <http://emedicine.medscape.com/article/1476919>
24. La mortalidad materna en el Peru 2002 – 2011, Lima Mayo 2013 1° edición: <http://www.unfpa.org.pe/publicaciones/publicacionesperu/MINSA-Mortalidad-Materna-Peru.pdf>
25. Guía de la OMS para la aplicación de la CIE -10 a las muertes maternas ocurridas durante el embarazo, parto y puerperio: CIE-MM 2012 Ginebra Suiza. Disponible en: <file:///C:/Users/usuario/Downloads/CIE10MM.pdf>



ANEXOS



**SOLICITO: VALIDACION DE INSTRUMENTO
DE RECOLECCIO DE DATOS**

Estimada Doctora:

NORKA CONCHA RIOS

Previo un cordial saludo, la presente es para solicitar a su persona la validación y juicio de experto del instrumento de recolección de datos en el trabajo de investigación titulado “MANEJO DE LAS REFERENCIAS Y CONTRARREFERENCIAS DE LAS PACIENTES OBSTÉTRICAS ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD DE WANCHAQ CUSCO 2014.”, esto a razón de ser un requisito indispensable para poder hacer efectiva la realización de dicha investigación y así cumplir con el reglamento de grados y títulos vigentes en la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Andina del Cusco para optar el Título Profesional de Obstetra.

Agradecemos por anticipado su aceptación razón por la cual quedo infinitamente agradecida.

Atentamente



VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

MEDIANTE EL CRITERIO DE EXPERTOS

INSTRUCCIONES:

El presente documento tiene como objetivo el de recoger informaciones útiles de personas especializadas en el tema:

La validez del instrumento de recolección de datos se compone de 10 ítems, lo que se acompaña con su respectiva escala de estimación que significa lo siguiente:

1. Representa una ausencia de elementos que absuelven la interrogante planteada.
2. Representa una solución escasa de la interrogante.
3. Significa la absolución de ítem en términos intermedios.
4. Representa estimación que el trabajo de investigación absuelve en gran medida la interrogante planteada.
5. Representa el mayor valor de la escala y debe ser asignada cuando se aprecie que el ítem es absuelto por el trabajo de investigación de una manera total suficiente.

Marque con aspa (X) en la escala que figure a la derecha de cada ítem según la opinión que merezca el instrumento de investigación.

**PROCEDIMIENTO DE CALIFICACIÓN**

1. Se construyó una tabla donde se coloca los puntajes por ítems y sus respectivos promedios de acuerdo al número de expertos consultados.

Nº ÍTEM	CRITERIO DE EXPERTOS					VALOR MÁXIMO (X)	PROMEDIO (Y)	$(X^n - Y^n)^2$
	A	B	C	D	E			
PRIMERO	4	4	5	4	4	4	5	4.2
SEGUNDO	5	5	4	5	5	5	5	4.8
TERCERO	5	5	4	4	5	4	5	4.8
CUARTO	4	5	5	5	5	5	5	4.8
QUINTO	5	4	5	4	5	5	5	4.6
SEXTO	5	5	5	5	5	5	5	5
SÉPTIMO	4	5	4	5	4	5	5	4.4
OCTAVO	4	5	4	5	5	5	5	4.6
NOVENO	5	4	5	5	5	5	5	4.8



2. Con los promedios hallados se determina la distancia de punto múltiple (DPP) usando la siguiente ecuación:

$$DPP = \sqrt{(X1 - Y1)^2 + (X2 - Y2)^2 + \dots + (X9 - Y9)^2}$$

$$DPP = 1.21$$

Dónde:

X= Valor máximo de cada ítem

Y= Promedio de cada ítem

3. Se determinó la distancia del valor obtenido respecto al punto de referencia 0 (cero) con la ecuación siguiente:

$$Dmáx = \sqrt{(X1 - 1)^2 + (X2 - 1)^2 + \dots + (X9 - 1)^2}$$

$$Dmáx = 12$$

Donde:

X= Valor máximo para cada ítem en la escala, es decir 5.

Y= Valor mínimos de la escala para cada ítem, es decir 1.

4. La Dmáx. Se dividió entre el valor máximo de la escala, lo que nos da valor de 2.4

5. Con el valor hallado anteriormente (apartado 4) se construye una nueva escala valorativa a partir de cero, hasta llegar a Dmáx; se dividió en intervalos iguales entre si y denominado con letras A,B,C,D y E.



Se debe tener en cuenta que:

A=Adecuación total.

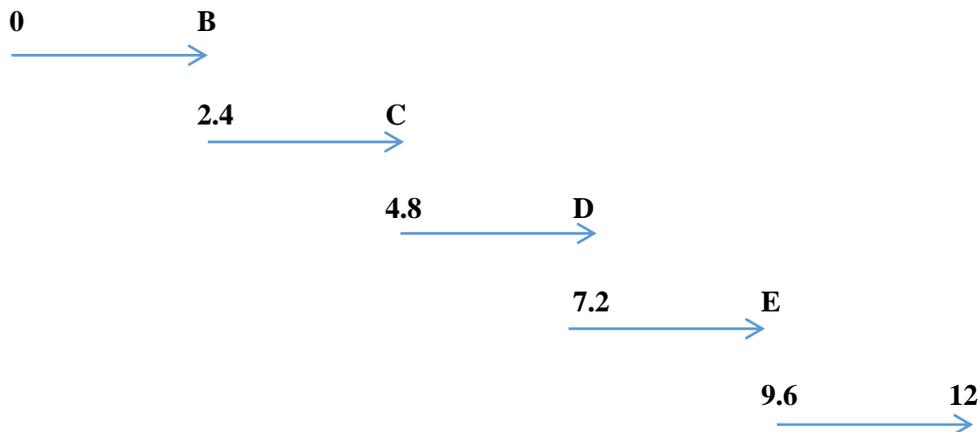
B=Adecuación en gran medida.

C=Adecuación promedio.

D=Escasa adecuación.

E=Inadecuación

A



6. El punto DPP debe caer en las zonas A o B; en caso contrario, la encuesta requiere reestructuración y/o modificación, luego de las cuales se somete nuevamente a juicio de expertos.

Podemos observar que el valor de DPP en el presente estudio fue de 2.6, el cual se encuentra en la zona B, lo que significa una adecuación en gran medida del instrumento, motivo por el cual el instrumento para el presente estudio fue aplicado.



UNIVERSIDAD ANDINA DEL CUSCO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

"Manejo de las Referencias y Contrarreferencias de las pacientes obstétricas atendidas en el Centro de Salud de Wanchaq, Cusco 2014"

Fecha:...../...../..... N° de Hoja de Referencia:..... N° Historia Clínica:.....
ESTABLECIMIENTO DE SALUD DE REFERENCIA: MICRORRED:..... RED:.....

DATOS GENERALES

I. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y REPRODUCTIVAS DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIOS

EDAD:..... (Años cumplidos)

GRADO DE INSTRUCCIÓN

Analfabeta, Primaria, Secundaria, Superior

ESTADO CIVIL

Soltera, Casada, Viuda, Conviviente, Divorciada

LUGAR DE PROCEDENCIA

Rural: [] Urbano: []

CUENTA CON SEGURO

SI [] NO []

ESPECIFICAR:.....

II. CARACTERÍSTICAS REPRODUCTIVAS

Número de embarazos, Número de hijos vivos, Número de hijos muertos, Número de abortos, Partos Atérmino, Partos Pretérmino

LUGAR DE ATENCIÓN DE PARTO

Partos Domiciliarios, Partos Institucionales

TIPO DE MÉTODO ANTICONCEPTIVO

Natural, De Barrera, Hormonal, Dispositivo Intrauterino (DIU), Quirúrgico

III. MANEJO DE LA REFERENCIA

ADMINISTRATIVO

I. Administrativo

Red: [] Micro red: []

II. Prestacional

Hospital [] Centro de Salud []
Puesto de Salud []

PROMOTOR DE SALUD

* Identifica cualquier problema de salud que requiera atención en el establecimiento de salud

SI [] NO []

* Llena la hoja de referencia comunal.

SI [] NO []

* Informa familiares.

SI [] NO []

* Acompaña al usuario

SI [] (Especificar).....
NO []

PACIENTE

* Identificación de cualquier problema de salud.

SI [] (Especificar).....
NO []

* Acompañante.

SI [] (Especificar).....
NO []

* Medios de transporte

SI [] (Especificar).....
NO []



NIVEL DE ESTABLECIAMIENTO DE SALUD

UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS

Tipo de diagnóstico (describir).....
.....

Identificar motivo de la referencia:

Emergencia
Consultorio Externo
Apoyo Diagnostico

DIAGNOSTICO

TRATAMIENTO

TÍpo de Medicaméntos
Dosís
Dosís Iniciales
Via de Administración
Procedimiento Realizado

RECURSO DE SOPORTE

Laboratório
Radiografías
Ecografías
Otros
Fecha:...../...../.....

RESPONSABLES DEL MECANISMO DE

ATENCIÓN

Médico
Obstetra
Enferméra
Técnico
Otros

(Especificar).....

COORDINACIÓN DEL MEDIO DE

TRANSPORTE E INFORMES

Médico
Obstetra
Enferméra
Técnico
Otros

(Especificar).....

CRITERIOS PARA LA SELECCIÓN DE

REFERENCIA

Establecimiento con capacidad resolutive
SI NO
Soluciona el problema
SI NO

ACCESIBILIDAD AL ESTABLECIMIENTO DE SALUD

* Tiempo de llegada del Domicilio
al Establecimiento de Salud:.....

* Cuenta con Capacidad de Pago
SI NO

* Horario de Atención del Establecimiento de Salud
.....

* Aceptación del Servicio por parte del Paciente
SI NO

* Atención Oportuna al Establecimiento Referido
(minutos/horas).....

REFERENCIA INJUSTIFICADA

Establecimiento de salud cuenta con capacidad resolutive
SI NO

IV. MANEJO DE LA CONTRARREFERENCIA

ADMINISTRATIVO:

ESTABLECIMIENTO DESTINO DE LA REFERENCIA

*** Identificar el Motivo de la Contrarreferencia:**

Emergencia
Consultorio Externo
Resultados e Informes de
Exámenes de Diagnostico

* Hospitalización
* Manejo Ambulatorio

* Llenado de formatos, Indicaciones y Cuidados
SI NO

* Envío de formato de contra referencia
SI NO

ESTABLECIMIENTO ORIGEN DE LA REFERENCIA

UNIDAD DE SEGUROS
Con Seguimiento
Sin seguimiento

USUARIO:

CONDICIONES DEL USUARIO

* **CURADO**
Problema Solucionado
SI NO

* **MEJORADO**
Con Tratamiento: SI NO
Sin Tratamiento: SI NO

* **ATENDIDO POR APOYO DIAGNÓSTICO**
Con Informe y/o Resultado
Sin Informe y/o Resultado



*** RETIRO VOLUNTARIO**

SI NO

*** DESERCIÓN**

Abandona No Abandona

*** FALLECIMIENTO**

Extra Institucional	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Intra Institucional	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>

Si es Si, Fue:

Muerte Materna Directa	<input type="checkbox"/>
Muerte Materna Indirecta	<input type="checkbox"/>

V. CONTRARREFERENCIA INJUSTIFICADA

Cuenta con capacidad resolutive

SI NO

Control de referencia y contra referencia

Supervisión	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Monitoreo	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Evaluación	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>

PARTICIPACION DE OTRAS INSTITUCIONES

O DIRECCIONES

SI NO

(Especificar).....