



UNIVERSIDAD ANDINA DEL CUSCO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



MANEJO DE LAS REFERENCIAS Y CONTRARREFERENCIAS DE
PACIENTES OBSTÉTRICAS ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD
OLLANTAYTAMBO CUSCO 2014-2015

TESIS PRESENTADA POR

BACH. MEZA BRAVO CYNTHIA

BACH. VARGAS FIGUEROA JESSY LIZBETH

PARA OPTAR EL TÍTULO DE:

LICENCIADAS EN OBSTETRICIA

ASESORA:

DRA .GLADIS ROJAS SALAS

CUSCO – PERÚ

2015



DEDICATORIA

Esta tesis se la dedicamos a Dios quien supo guiarnos por el buen camino, darnos fuerzas para seguir adelante y no desmayar en los problemas que se presentaban, enseñándonos a encarar las adversidades sin perder nunca la dignidad ni desfallecer en el intento

A nuestra familia quienes por ellos somos los que somos

Para nuestros padres por su apoyo, consejos, comprensión, amor, ayuda en los momentos más difíciles, y por ayudarnos 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 nuestros hermanos por estar siempre presentes, acompañándome para poder realizarme

Cynthia – Jessy



AGRADECIMIENTO

Agradecemos a Dios por iluminarnos en el buen camino de la vida, darnos sabiduría, fortaleza de seguir adelante para culminar nuestra carrera universitaria y superar los obstáculos que se nos presentaron en la vida.

A nuestros padres por todo el esfuerzo que hicieron para darnos una profesión y hacer de nosotras personas de bien, por su amor incondicional, paciencia y cariño que siempre nos dieron.

Gracias a nuestros hermanos y hermanas quienes nos apoyaron a seguir adelante a la Universidad Andina del Cusco, acogernos en sus aulas y brindarnos la implementación y tecnología necesaria para adquirir nuevos conocimientos pero en especial a nuestras maestras, por todas las experiencias y conocimientos que nos compartieron y nos enseñaron mucho.

Agradecemos a nuestra asesora de tesis Dra. Gladis Rojas Salas, quien con sus conocimientos y apoyo supo guiar en el desarrollo del presente estudio desde el inicio hasta su culminación.

A una persona especial para nosotras la Obst Luisa Mirtha Estrada Chiroque, quien nos apoyó y dio ánimos para seguir con nuestra meta.

A mis compañeros que de alguna u otra manera compartimos experiencias que serán inolvidables, gracias por todo y por la confianza que depositaron en nosotras.

Gracias a todas aquellas personas que de una u otra forma nos ayudaron a crecer como personas y como profesionales



PRESENTACIÓN

DRA. HERMINIA NAVEDA CAHUANA

DECANA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

SEÑORES MIEMBROS DEL JURADO.

Según el Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad Andina del Cusco ,presentamos el trabajo de investigación intitulado: **“MANEJO DE LAS REFERENCIAS Y CONTRARREFERENCIAS DE PACIENTES OBSTÉTRICAS ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD OLLANTAYTAMBO CUSCO 2014-2015”**, con la finalidad de optar el Grado Académico de Licenciadas en Obstetricia.

La presente investigación ha sido desarrollada por la inquietud que tuvimos de querer conocer el manejo de referencias y contrarreferencias de dicho Centro de Salud.

Se pone a disposición, esta investigación determinar el manejo de las referencias y contrarreferencias y poner en práctica la norma técnica 018, con respecto de las pacientes obstétricas atendidas en dicho Centro de Salud



INTRODUCCIÓN

La demanda creciente de atención médica en la población, la evidente transición epidemiológica, la necesidad de incrementar la calidad y cantidad de los servicios de atención médica que se ofertan a la población, la baja y deficiente dotación de recursos en muchos establecimientos de salud, han hecho de la referencia y contrarreferencia de pacientes un procedimiento, un modelo, un sistema o una estrategia administrativa asistencial de mucha importancia

Se ha comprobado que se presentan múltiples irregularidades en el sistema de transferencia que atenta contra la atención continuada a los pacientes partiendo de esta realidad se propuso, elaborar una propuesta de modo único para la referencia y la contrarreferencia que contribuya a homogenizar la información útil que se intercambia y facilite la comunicación entre los profesionales de los diferentes niveles de atención.

Se considera un problema generalizado en la mayoría de los hospitales del sector salud que no alcanzan los objetivos por la falta de aplicación de los lineamientos y normas

También a la falta de interés del personal y al desconocimiento de la aplicación del sistema. Se busca el fortalecimiento de las capacidades del personal de salud en el ámbito nacional, este trabajo de investigación puede serle útil para implementar los lineamientos, objetivos, metas, líneas estratégicas establecidas en el Plan Estratégico Nacional para la Reducción de la Mortalidad Materna y Perinatal 2009 - 2015; así como del Programa Presupuestal Estratégico de la Salud Materno Neonatal del Ministerio de Salud / Ministerio de Economía y Finanzas.



En consecución de los objetivos propuestos en este trabajo, se basan en la estructura del presente proyecto, el cual está dividido en:

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA: Que contiene la caracterización del problema, justificación del estudio, limitaciones y consideraciones éticas y objetivos.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO: Que contiene los estudios previos, base teórica, variables, operacionalización de variables

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA: En el que se considera el tipo de estudio, diseño de investigación, población, criterios de selección, técnica de instrumentos, procedimiento de recolección de datos, procedimiento de análisis de datos.

CAPÍTULO IV: RESULTADOS: Tablas y gráficos, interpretación de datos, discusión y conclusiones y sugerencias



RESUMEN

LA INVESTIGACIÓN “MANEJO DE LAS REFERENCIAS Y CONTRARREFERENCIAS DE PACIENTES OBSTÉTRICAS ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD OLLANTAYTAMBO CUSCO 2014 – 2015”. Formulación del problema: Es ¿Cómo es el manejo de las Referencias y Contrarreferencias de pacientes obstétricas atendidas en el Centro de Salud Ollantaytambo Cusco 2014-2015?; Determinar el manejo de las Referencias y Contrarreferencia de pacientes obstétricas atendidas en el Centro de Salud Ollantaytambo Cusco 2014-2015 (Junio). El tipo de investigación es con un enfoque cuantitativo, descriptivo transversal, con un diseño no experimental. Con características sociodemográficas la edad predominante es (21-35 años) con 44.6%; la desproporción céfalo pélvica es el principal motivo de la referencias con 17.78%; 59.6% si recibe tratamiento, el 73% son referidas a emergencia y utilizan el 44.4% de recurso de soporte a laboratorio, el responsable del mecanismo de atención es el medico 46.7% y coordinación del transporte 48.9%. Si cumple con los criterios de capacidad resolutive, atención oportuna 90.48%.

Se identifica el motivo de la contrarreferencia 82.3% a consultorio externo. El llenado de indicaciones 40%, envío de formatos 40% y el seguimiento de la unidad de seguros 100% en el año 2014, pero en el año 2015 el llenado de indicaciones y cuidados se cumplieron con un 90%, mientras que en el envío de formatos se dieron en un 40% y el 60% no por perdidas del documento o falta de datos, el seguimiento en la unidad de seguros se dio en un 100%.

En las condiciones del usuario en el año 2014 que son 4, se tienen en apoyo de diagnóstico, con informes y/o resultados 50%, la condición de mejorado con tratamiento un 25%, curado con problema solucionado un 75% .En el año 2015 con 10 contrarreferencias en la condición mejorado con tratamiento un 57.1 % curado con problema solucionado 75% .La supervisión monitoreo y evaluación en el año 2014 un 83.4% y en el año 2015 un 57%; mientras que en la evaluación se cumple con referencias efectivas con 100%,y la cobertura de contrarreferencias se da en un 16.6% en el año 2014 y 43% en el año 2015 siendo un óptimo un porcentaje mayor de 75%.

Conclusiones: El manejo de las referencias y contrarreferencias de pacientes obstétricas atendidas fueron significativamente regulares, con inadecuada información al usuario e ineficiente participación a nivel comunal

PALABRAS CLAVES: MANEJO, REFERENCIAS, CONTRARREFERENCIAS



SUMMARY

I DRIVE THE INVESTIGATION OF THE REFERENCES And CONTRARREFERENCIAS OF OBSTETRIC PATIENTS ATTENDED IN THE HEALTH CARE FACILITY OLLANTAYTAMBO CUSCO 2014 – 2015

Formulation of the problem: How is Ollantaytambo Cusco the handling of the References and Contrarreferencias of obstetric patients attended in the Health Care Facility 2014-2015?; Determining the handling of the References and Contrarreferencia of obstetric patients attended in the Health Care Facility Ollantaytambo Cusco 2014-2015 (June). The kind of investigation is with a quantitative, descriptive transverse focus, with a design not experimental. With characteristics sociodemográficas the prevailing age is (21-35 years) with 44,6 %; Disproportion striped mullet pelvic the main reason of her is references with 17,78 %; 59,6 % if you receive treatment, They are the 73 % referred to emergency and they utilize 44,4 % of resource of support to laboratory, the responsible one belonging to the mechanism of attention is the doctor 46,7 % and coordination of the transportation 48,9 %. If you do your job with the criteria of resolatory capability, opportune attention 90,48 %.

Identifies him the contrarreferencia's motive 82,3 % to external doctor's office. The filling of indications 40 %, shipment of formats 40 % and the tracking of the unit of insurances 100 % in the year 2014, but in the year 2015 the filling of indications and cares fulfilled with a 90 %, while in the shipment of formats they took place in a 40 % and the 60 % not for losses of the document or lack of data, the tracking in the unit of insurances themselves it took place in a 100 %.

In the conditions of the user in the year 2014 that are 4, have themselves in support of diagnosis, with reports and or once 50 % were proven to be, the condition of once a 25 % was improved with treatment, once a 75 % was cured with solved problem .En the year 2015 with 10 contrarreferencias in the condition once a 57,1 % cured with solved problem was improved with treatment 75 %.I monitor the supervision and evaluation in the year 2014 a 83,4 % and in the year 2015 a 57 %; While in the evaluation it comes true with effective references with 100 %, and contrarreferencias's coverage gives in a 16,6 % in the year 2014 and 43 % in the year itself 2015 being one optimal 75 %'s bigger percentage.

Findings: The handling of the references and obstetric attended patients' contrarreferencias were significantly not too bad not too good, with inadequate information to the user and inefficient participation to communal level

KEY WORDS: I DRIVE, REFERENCES, CONTRARREFERENCIAS



ÍNDICE

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTO

PRESENTACIÓN

INTRODUCCIÓN

RESUMEN

SUMMARY

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Caracterización del problema.....	1
1.2 Formulación del problema.....	2
1.3 Justificación e importancia del problema.....	2
1.4 Limitaciones del proyecto.....	5
1.5 Consideraciones éticas.....	5
1.6 Objetivos de la investigación.	
1.6.1 objetivo general.....	5
1.6.2 objetivos específicos.....	6

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 Aspectos teóricos pertinentes	
2.1.1 Estudios previos	7
2.1.2 Bases teóricas.....	12
2.1.3 Definición de términos.....	86
2.2 Definición de variables.....	88.
2.3 Operacionalización de variables.....	89



CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

3.1 Tipo de investigación.....95

3.2 Diseño de la investigación.....95

3.3 Población y muestra

 3.3.1 Descripción de la población.....95

 3.3.2 Muestra y método de muestreo.....95

 3.3.3 Criterios de selección (inclusión, exclusión).....96

3.4 Técnicas e instrumentos.....96

3.5 Procedimientos de recolección de datos.....96

3.6 Procedimientos de análisis de datos.....96

CAPÍTULO IV: RESULTADO

4.1 Resultado e interpretación.....98

DISCUSIÓN.....117

CONCLUSIONES.....123

SUGERENCIAS.....126

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA.....129

ANEXOS.....132



ÍNDICE DE TABLAS

CUADRO N°1: CATEGORIAS DE ESTABLECIMIENTO DEL SECTOR SALUD –NORMA TECNICA N°021Minsa.....42

CUADRO N°2:PLAZOS DE ENVIO DE LOS REPORTES SEGÚN EL NIVEL ORGANIZACIONAL ,SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA – 2004.....66

CUADRO N°3: SISTEMA DE TRANSPORTE DE AMBULANCIAS ,AUTOMOVILES ,ETC, NORMA DE AMBULANCIAS DE LA DGSP.....71

CUADRO N°4: SISTEMA DE COMUNICACIONES, GUIA DE LA OMS –CIE 10.....72

CUADRO N°5: GRUPO DE CAUSAS BÁSICAS DE MUERTE DURANTE EL EMBARAZO, EL PARTO Y PUERPERIO DE GRUPOS MUTUAMENTE EXCLUYENTES Y TOTALMENTE INCLUSIVOS.....76

CUADRO N°6: CATEGORIAS DE LOS ESTABLECIMIENTOS SEL SECTOR SALUD Y SU CORRESPONDENCIA CON LOS NIVELES DE ATENCION , NIVELES DE COMPLEJIDAD MINSA NORMA TÉCNICA N°021.....83



ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO N°1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LAS PACIENTES REFERIDAS DEL CENTRO DE SALUD OLLANTAYTAMBO 2014-2015 (JUNIO).....98

GRÁFICO N°2 CARACTERÍSTICAS REPRODUCTIVAS DE LAS PACIENTES REFERIDAS DEL CENTRO DE SALUD OLLANTAYTAMBO 2014-2015 (JUNIO).....99

GRÁFICO N°3 NIVEL DE ESTABLECIMIENTOS DEL CUAL SON REFERIDAS DEL CENTRO DE SALUD OLLANTAYTAMBO 2014-2015 (JUNIO).....100

GRÁFICO N°4 LAS PACIENTES IDENTIFICAN CUALQUIER PROBLEMA DE SALUD, SI VA ACOMPAÑADA Y QUE MEDIO DE TRANSPORTE UTILIZA PARA SER REFERIDAS DEL CENTRO DE SALUD OLLANTAYTAMBO 2014-2015 (JUNIO).....101

GRÁFICO N°5 TIPO DE DIAGNÓSTICO DE LAS PACIENTES REFERIDAS DEL CENTRO DE SALUD OLLANTAYTAMBO 2014-2015 (JUNIO).....102

GRÁFICO N°6 SI RECIBEN O NO TRATAMIENTO LAS PACIENTES QUE SON REFERIDAS DEL CENTRO DE SALUD OLLANTAYTAMBO 2014-2015 (JUNIO).....103

GRÁFICO N°7 IDENTIFICAR MOTIVO DE LA REFERENCIAS DE LAS PACIENTES REFERIDAS DEL CENTRO DE SALUD OLLANTAYTAMBO 2014-2015 (JUNIO).....104

GRÁFICO N°8 RECURSOS DE SOPORTE PARA LAS REFERENCIAS DE LAS PACIENTES SON REFERIDAS DEL CENTRO DE SALUD OLLANTAYTAMBO 2014-2015 (JUNIO).....105

GRÁFICO N°9 RESPONSABLES DEL MECANÍSMO DE ATENCIÓN Y COORDINACIÓN DE MEDIO DE TRANSPORTE DE LAS PACIENTES QUE SON REFERIDAS DEL CENTRO DE SALUD OLLANTAYTAMBO 2014-2015 (JUNIO).....106

GRÁFICO N°10 CRITERIOS DE SELECCIÓN DEL ESTABLECIMIENTO PARA LA REFERENCIA DEL CENTRO DE SALUD OLLANTAYTAMBO 2014-2015 (JUNIO).....107

GRÁFICO N°11 ACCESIBILIDAD DEL PACIENTE AL CENTRO DE SALUD OLLANTAYTAMBO 2014-2015 (JUNIO) PARA SER REFERIDO108

GRÁFICO N°12 CAPACIDAD DE PAGO Y ACEPTACION DEL SERVICIO POR PARTE DEL PACIENTE, CENTRO DE SALUD OLLANTAYTAMBO 2014-2015 (JUNIO).....109

GRÁFICO N°13 IDENTIFICAR EL MOTIVO DE LA CONTRARREFERENCIA DE LA PACIENTE, CENTRO DE SALUD OLLANTAYTAMBO 2014-2015(JUNIO).....110



GRÁFICO N°14 SI SE REALIZA O NO HOSPITALIZACIÓN O MANEJO AMBULATORIO DE LA CONTRARREFERENCIA DE LAS PACIENTES, CENTRO DE SALUD OLLANTAYTAMBO 2014-2015 (JUNIO).....111

GRÁFICO N°15 SI SE REALIZA O NO EL LLENADO, ENVIO DE FORMATOS CON LAS INDICACIONES, CUIDADOS DEL ESTABLECIMIENTO DESTINO DE LA REFERENCIA Y SEGUIMIENTO DE LA UNIDAD DE SEGUROS DEL ESTABLECIMIENTO ORIGEN DE LA REFERENCIA; CENTRO DE SALUD OLLANTAYTAMBO 2014-2015(JUNIO).....112

GRÁFICO N°16 CONDICIÓN DE LA PACIENTE CONTRARREFERIDA, CENTRO DE SALUD OLLANTAYTAMBO 2014-2015 (JUNIO).....113

GRÁFICO N°17 PERSONAL QUE ATENDIO LA CONTRARREFERENCIA, CENTRO DE SALUD OLLANTAYTAMBO 2014-2015(JUNIO).....114

GRÁFICO N°18 CONTROL DE LA REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA, DEL CENTRO DE SALUD OLLANTAYTAMBO 2014-2015(JUNIO).....115

GRÁFICO N°19 LAS REFERENCIAS Y CONTRARREFERENCIAS, CENTRO DE SALUD OLLANTAYTAMBO 2014-2015(JUNIO).....116



CAPÍTULO I

1.1 CARACTERIZACIÓN DEL PROBLEMA

Durante muchos años se trató de disminuir la mortalidad materna y con esto solucionar muchas de las barreras que hacen que el número de muertes materna disminuya dentro de este sistema de salud se encuentra el manejo de referencias y Contrarreferencia Orientado a las transferencias de la mujer con complicaciones obstétricas, ya que nos dimos cuenta en la práctica que es uno de los sistemas que requiere de mayor atención, pues involucra muchos aspectos calidad de atención.

Los beneficios más importantes en el manejo estandarizado de las Emergencias Obstétricas y Neonatales están en la mejora de la capacidad resolutive, el fortalecimiento del sistema de referencia –desde los establecimientos de primer nivel hasta los niveles de mayor complejidad– el trabajo coordinado entre los distintos establecimientos de salud; así como el reconocimiento y referencia oportuna de las gestantes que presentan señales de peligro y que contribuyen a reducir no sólo la



Mortalidad Materna y Perinatal, sino también las discapacidades atribuibles a tales complicaciones¹, siendo esta función importante en el manejo de transferencias de las mujeres con complicaciones, nos proponemos formularnos el siguiente problema de investigación.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1 PROBLEMA GENERAL

¿Cómo es el manejo de las Referencias y Contrarreferencias de pacientes obstétricas atendidas en el Centro de Salud Ollantaytambo, Cusco 2014-2015?

1.3 JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA

La Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) en su Informe sobre la Salud en el mundo 2003, exhorta a asentar el esfuerzo de los sistemas de salud en los principios básicos de atención primaria esbozados en Alma Ata en 1978. Entre otras acciones propone "acceso y cobertura universales en función de las necesidades. Asimismo propone como objetivo el acceso Universal con la perspectiva de desarrollar sistemas de atención sanitaria impulsados por la atención primaria. Estos esfuerzos deben apuntar a asegurar el acceso universal al total de la población a servicios de atención sanitaria de alta calidad. La aceleración del movimiento histórico hacia la cobertura

¹MINSA. Modelo de manejo estandarizado de emergencias obstétricas – modulo I-Perú



universal asegurará que las mejoras generales de los sistemas de salud no oculten las desigualdades, o contribuyan a un aumento de las mismas.²

Las líneas estratégicas establecidas en el Plan Estratégico Nacional para la reducción de la Mortalidad Materna y Perinatal 2009-2015, del Ministerio de Salud. Igualmente, las acciones deben ser desarrolladas en los establecimientos de salud para fortalecer la gestión sanitaria; así como para brindar calidad de atención con oportunidad, equidad y justicia social en el marco del Aseguramiento Universal (Ley N° 29334) y la descentralización en salud y de esta manera contribuir en la implementación del Programa Estratégico de Salud Materno Neonatal Ministerio de Salud/Ministerio de Economía y Finanzas.

Las Guías de Práctica Clínica constituyen una herramienta eficaz para el Sector Salud, porque facilitan la toma de decisiones y la elección con criterios definidos de la mejor intervención, basada en evidencias clínicas con la finalidad de conseguir óptimos resultados con criterios de eficiencia y uso racional de recursos³ Es por eso que esta investigación tiene sustento legal basándonos en la norma de MINSA (Ministerio de Salud) norma N°018, así mismo las guías que nos ayudara a ver el manejo en cada caso que se presente durante la atención de la gestante o puérpera; por eso queremos hacer accionen para que puedan implementar y fortalecer la calidad de los servicios de salud y que así puedan tratar de contribuir a reducir la mortalidad materna.

² Organización Mundial de la Salud. "Informe sobre la Salud en el Mundo 2003, Forjemos el Futuro". Año 2003.

³ MINSA PERÚ, Manejo estandarizado de las emergencias obstétricas y neonatales , modulo I , 2010



La mortalidad materna es considerada como un indicador de desarrollo social, en razón a que involucra aspectos relacionados con el grado y organización de los servicios de salud, la calidad de los mismos, la posibilidad de comunicación y transporte entre los lugares en que las mujeres viven y los centros en que se atenderán sus necesidades de salud y la posibilidad de recibir atención oportuna de las complicaciones derivadas de la maternidad, así mismo, del nivel educativo y de conocimiento de las mujeres, sus familias y las comunidades a las que pertenecen, sobre el proceso de gestación, sus signos de peligro y en general los medios para desarrollar acciones que promuevan y prevengan la enfermedad materna mediados factores demográficos, socioeconómicos y culturales.

La población en si tiene una participación importante nos ayudara a poder ver las barreras o las perspectivas, sabiendo que los agentes comunitarios serán aquellos que puedan difundir la información a los demás y ayudarlos en sus dudas.

Los sistemas de salud, cada vez más complejos requieren de profesionales competentes técnicamente, motivados, preparados para trabajar en equipo, capaces de aplicar el mejor conocimiento disponible, creativos, cumplidores, preocupados por la calidad asistencial de los servicios de salud , comprometidos en la mejora de la salud de los pacientes y de la población, con sentido común y con tiempo para desarrollar las cualidades mencionadas de forma eficiente, sabiendo que estos son los principales errores que se tienen en la actualidad y por lo tanto uno de los errores son en la



referencia y Contrarreferencia de las pacientes y éstas tienen varias barreras como la calidad de atención , las demoras , la capacidad resolutive, etc. ya que evitando o tratando de mejorar los servicios de salud evitaremos una muerte materna.

1.4 LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN.

- No se encontraron investigaciones realizadas a nivel regional: Nuestra investigación servirá como antecedente
- Historias clínicas incompletas: Se ajustara el periodo de tiempo de estudio de acuerdo a los datos completos
- Escaso tiempo para responder las encuestas del personal de salud: Se realizan visitas previas para concertar los horarios más adecuados

1.5 CONSIDERACIONES ÉTICAS

Según las consideraciones éticas que se mantendrá el anonimato en las encuestas, se solicitara autorización al Centro de Salud y a la Red Norte

1.6 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.

1.6.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar el manejo de las Referencias y Contrarreferencia de pacientes obstétricas atendidas en el Centro de Salud Ollantaytambo Cusco 2014-2015

1.6.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Describir las características sociodemográficas y reproductiva de las gestantes referidas



2. Describir el manejo de referencia de pacientes obstétricas desde el nivel de los Establecimientos de Salud
3. Describir el manejo de referencia de pacientes obstétricas desde el nivel de la comunidad
- 4.- Establecer la pertinencia del informe de la Contrarreferencia de las pacientes obstétricas referidas del Centro de Salud Ollantaytambo



CAPÍTULO II

2.1 ASPECTOS TEÓRICOS PERTINENTES

2.1.1 ESTUDIOS PREVIOS

ANTECEDENTES INTERNACIONALES

LOVADEZ F, SCHAB N; STRAATMAN H.Redes públicas, descentralizadas y comunitarias de salud en Bolivia, Año 2000. ⁴

El objetivo principal de este estudio piloto es mejorar la calidad y ampliar la cobertura de los servicios de salud mediante la descentralización. Bolivia es uno de los países con los mayores indicadores negativos de mortalidad 370 por 100000 nacidos vivos. Su reforma de salud presta atención a las políticas de desarrollo para reducir a muerte materna y busca estrategias 1) garantizar que las mujeres tengan

⁴ Lovadez F; Schab N; Straatman H .Redes públicas, descentralizadas y comunitarias de salud en Bolivia, Año 2000



acceso a la atención institucional en embarazo y parto, 2) reorganización de los servicios para la calidad,

Eficiencia ya que hay una ausencia de la integración de la red de los servicios y no tienen la autoridad, capacidad o reconocimiento suficiente para negociar con otros hospitales de mayor nivel de complejidad en el desarrollo de redes de referencia y contra - referencia eficaces.

La discusión del análisis de los datos en las tres fases, las consultas externas en la primera fase fue 55%, mientras que en la fase tres son 83% y 18% en los centros de salud. La población de estudio fue alta una población en la cual se tuvo como referencia los hospitales II y centros de salud (8)

MAZZA M; VALLEJO C; GONZÁLEZ M. Mortalidad materna: análisis de las tres demoras (2012) Venezuela.⁵

Objetivo: Analizar las características de la mortalidad materna ocurrida en el Distrito Capital durante los años 2008-2009, aplicando el modelo de las tres demoras.

Métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo y transversal de las muertes maternas ocurridas durante el período enero 2008 – diciembre 2009.

Resultados: Se registraron 78 muertes maternas. La razón de mortalidad materna fue de 98,97 por cada 100 000 nacidos vivos para 2008 y 103,9 por cada 100 000 nacidos vivos para 2009. Predominaron las muertes de causa obstétrica directa (57,7 %)

⁵ Mazza M; Vallejo C; González M. Mortalidad materna: análisis de las tres demoras (2012) Venezuela



representada por los trastornos hipertensivos del embarazo (40 %), hemorragias (31,1 %) y sepsis (26,7 %). La principal causa indirecta fue la sepsis (62,2 %). La demora 3 fue identificada mayormente en las historias clínicas registradas (69,2 %) seguida de la demora 1 (38,5 %). Treinta pacientes ameritaron referencia a otros centros para la atención médica definitiva, la mayoría (80 %) requirió una referencia y demoraron menos de seis horas en llegar al centro donde ocurrió la defunción (36,7 %). Los principales motivos de referencia fueron no contar con atención obstétrica (33,3 %) y no contar con terapia intensiva de adultos (26,6 %). Un gran número de muertes fue catalogado como evitable (59 %).

Conclusión: La tasa de mortalidad materna es elevada, y resulta más alta que las cifras presentadas en Venezuela para el año 2007 (56,6 %). Predomina la demora tres, por falta de personal médico especializado y necesidad de referencia a otro centro y en segundo lugar la demora 1 por identificación tardía de los síntomas.



ANTECEDENTES NACIONALES

MAYCA J; PALACIOS FLERES E; MEDINA A; VELASQUEZ J; CASTAÑEDA D. Revista Perú Med. Exp.Salud Publica 2009; 26(2); 145-60
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.⁶

El objetivo de este estudio es que explora las percepciones del personal de salud y la comunidad en relación con la adecuación cultural de servicios maternos perinatales observando aspectos críticos .Los materiales y métodos del estudio es exploratorio ,transversal cualitativo ,La población fue el personal de salud (15) se realizó la entrevista y la población de grupos focales (15).

Las complicaciones del embarazo son la primera causa materna, tener en cuenta el deficiente sistema de referencia y Contrarreferencia, el inadecuado trato e información el usuario, el limitado uso de manuales, protocolos y el control de calidad de las redes hacia los micros redes, se reflejan numerosos problemas de calidad de atención.

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

⁶ Mayca J; Palacios Fleres E; Medina A; Velasquez J; Castañeda D. Revista Perú Med. Exp.Salud Publica 2009; 26(2); 145-60 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.



establecimiento; 1) La baja capacidad resolutive, 2) Bajo nivel de demanda de gestantes y familia .Por eso es necesario conocer las percepciones y costumbre de la población.

Analizado los datos se procesaron en el Atlas; los servicios maternos no tienen acondicionamiento adecuado del servicio con relación a la cultura de la comunidad, necesitamos considerar propuestas elaboradas desde la comunidad

**TORRES M. "SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA
UNIDAD EJECUTORA DE SALUD EL CARMEN 2011 – HUANCAYO ⁷**

El objetivo principal es determinar los principales problemas del sistema de referencia y contra referencia de la unidad ejecutora de Salud El Carmen .Con un tipo de investigación de diseño fue descriptivo, no experimental transaccional y con enfoque cualicuantitativo. Materiales y métodos: la técnica fue la encuesta y el instrumento fue un cuestionario aplicado a los usuarios, personal asistencial y una lista de cotejo para evaluar el relleno de la hoja de referencia y Contrarreferencia institucional la muestra fue de 114 y los resultados han sido procesados en SPSS V. 15, hallándose lo siguiente:

La mayoría de las referencias en el hospital "El Carmen", son de pacientes obstétricas un número muy significativo acude por su cuenta o porque en otros hospitales no les atendieron, el usuario se siente satisfecho de la atención a pesar de algunas deficiencias, no existe una cultura de información adecuada con el usuario porque no

⁷ Torres M. "Sistema de referencia y contrarreferencia unidad ejecutora de salud el Carmen 2011 – Huancayo



se informa el porqué de la referencia y cuál es el trámite a seguir, el personal asistencial dice que las referencias no son oportunas y que el sistema de referencia y Contrarreferencia no tiene mucho apoyo de las autoridades en lo que se refiere a implementación. Las conclusiones son que Los principales problemas del sistema de referencia y Contrarreferencia son: 1) Poco compromiso de parte de las autoridades responsables del funcionamiento adecuado del sistema de referencia y Contrarreferencia 2) La comunicación no funciona adecuadamente entre la referencia y la Contrarreferencia. 3) Algunos problemas administrativos pueden solucionarse con sensibilización y capacitación permanente en el tema.

ANTECEDENTES REGIONALES

No se encontraron antecedentes regionales

2.1.2 BASES TEÓRICAS

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"⁸

1.- DEFINICIÓN

Es un conjunto ordenado de procedimientos administrativos y asistenciales que asegura la continuidad de la atención integral de la paciente, transfiriéndole a un establecimiento de mayor capacidad resolutive.⁹

2.- ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN DE SALUD MATERNA¹⁰

Dentro de las ocho estrategias de intervención en salud materna el objetivo dos es el que nos hace mención a la referencia y Contrarreferencia.

OBJETIVO ESTRATÉGICO 2: Garantizar la capacidad de respuesta del Sector Salud para la reducción de la mortalidad materna y perinatal.

- **Mejorar el sistema de referencia y Contrarreferencia**

Mejorar la capacidad y calidad para referir oportunamente las emergencias obstétricas y neonatales, con énfasis en la estabilización y según claves de

⁸ "RESOLUCIÓN MINISTERIAL N° 751-2004/MINSA disponible en: <ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2004/RM751-2004.pdf>

⁹ MINSA Norma técnica del sistema de referencia y Contrarreferencia de los establecimientos del ministerio de salud (RM N°751- 2004/MINSA-02/08/04)

¹⁰ DIGESA ; Estrategia sanitaria nacional de salud sexual y reproductiva ;Documento técnico: plan estratégico nacional para la reducción de la mortalidad materna y perinatal 2009-2015 pág. 41-42



atención: roja (Hemorragias), amarilla (Sepsis) y azul (Hipertensión inducida por el embarazo).

Implementar un sistema de comunicación permanente para el manejo de las emergencias obstétricas y neonatales, por nivel de complejidad y por redes.

Promover la ampliación del Centro Nacional de Referencia de Emergencias (CENAREM) en el nivel regional y local.

Fortalecer la operatividad de las redes obstétricas y neonatales, mejorando el sistema de transporte entre los establecimientos, de acuerdo a las necesidades y realidad local.

3.- **URGENCIA:** Es toda situación que se presenta imprevista, violenta o súbita, que altera el estado de salud de las personas y que requiere de atención médica inmediata, no existiendo riesgo inminente de muerte.¹¹

4.- **EMERGENCIA:** Es toda situación que se presenta en forma imprevista, violenta o súbita que pone en peligro la vida, alterando profundamente el estado de salud de la persona y por lo tanto exige atención médica o quirúrgica inmediata.¹²

5.- SISTEMA DE REFERENCIA SEGÚN NIVELES DE ORGANIZACIÓN

Es el conjunto ordenado y uniformizado proceso, recursos asistenciales y administrativos que permite articular diferentes niveles de los servicios de salud con

¹¹ MINSA, Norma técnica del sistema de referencia y Contrarreferencia de los establecimientos del ministerio de salud (RM N°751- 2004/MINSA-02/08/04)

¹² MINSA, Norma técnica del sistema de referencia y Contrarreferencia de los establecimientos del ministerio de salud (RM N°751- 2004/MINSA-02/08/04)



la finalidad de asegurar la continuidad de la atención, con la debida oportunidad, calidad, eficacia y eficiencia ¹³

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

5.1 Administrativa.- donde compromete a los organismos de nivel nacional al MINSA (Ministerio de Salud), las direcciones regionales de salud y las Micro redes de salud

5.2 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:

5.3 Comunal.- Relacionado con los actores sociales e integrantes de salud

5.1 A NIVEL ADMINISTRATIVO ¹⁴

5.1.1 Nivel Nacional:¹⁵

El Nivel Nacional, a través de la Dirección General de Salud de las Personas – Dirección Ejecutiva de Servicios de Salud, Coordinador Nacional del Sistema de Referencia y Contrarreferencia y el Comité Nacional de Referencia y Contrarreferencia.

¹³ Cavero Romaña Disponible en : http://issuu.com/gabo_castro/docs/src-cenarue

¹⁴ Cavero, A. Sistema de referencia y Contrarreferencia , Disponible en : http://issuu.com/gabo_castro/docs/src-cenarue

¹⁵ MINSA, Norma técnica del sistema de referencia y Contrarreferencia de los establecimientos del ministerio de salud (RM N°751- 2004/MINSA-02/08/04)



Es el órgano técnico-normativo y de control del SRC (Sistema de referencia y Contrarreferencia) en el nivel nacional.

- **FUNCIONES DE LA DIRECCIÓN DE SALUD DE LAS PERSONAS Y DIRECCIÓN EJECUTIVA DE SERVICIOS DE SALUD:**

- a. Establecer la normatividad técnica para la implantación y funcionamiento adecuado del SRC (Sistema de referencia y Contrarreferencia) en el ámbito nacional.
- b. Definir las competencias de los diferentes niveles funcionales que conforman el SRC (Sistema de referencia y Contrarreferencia).
- c. Firmar convenios de intercambio prestacional que considere la referencia y Contrarreferencia de pacientes entre el MINSA (Ministerio de Salud) y otras instituciones en el marco del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud.
- d. Emitir y aprobar normatividad modificatoria o complementaria en el campo de su competencia.



- **FUNCIONES DEL COORDINADOR NACIONAL REFERENCIAS Y CONTRAREFERENCIAS :**

- a. Controlar la implementación y funcionalidad del SRC (Sistema de referencia y Contrarreferencia) en el ámbito nacional.
- b. Asegurar la Implementación de los recursos tecnológicos e informáticos a las Unidades de Referencias asistenciales de acuerdo a su nivel de complejidad.
- c. Coordinación permanente entre los miembros del Comité Nacional del SRC (Sistema de referencia y Contrarreferencia) para fortalecer los procesos de funcionamiento del Sistema
- d. Asesorar y prestar apoyo técnico a las Direcciones de Salud en la organización, implementación, supervisión y evaluación de los SRC (Sistema de referencia y Contrarreferencia) al interior de las mismas.
- e. Difundir los documentos normativos relacionados al SRC (Sistema de referencia y Contrarreferencia), para mejorar el accionar del personal de salud en el ámbito nacional.
- f. Identificar y socializar en forma oportuna la capacidad resolutiva disponible de los Institutos Especializados y Hospitales a los establecimientos de salud del ámbito Nacional.



- g. Cogestionar con el Nivel regional aspectos Técnico- Financieros intra y Extra institucional que fortalezca el componente de soporte del SRC (Sistema de referencia y Contrarreferencia) a nivel Nacional.
- h. Establecer coordinaciones con los Gobiernos Regionales, y autoridades competentes, otras Instituciones y Establecimientos del Sector, para fortalecer el funcionamiento del SRC Sectorial en el ámbito Nacional.
- i. Presidir el Comité Nacional de Referencias y Contrarreferencias.
- j. Otras funciones que se le asignen.

- **FUNCIONES DEL COMITÉ NACIONAL DEL SRC:**

- a. Evaluar trimestralmente los indicadores del SRC (Sistema de referencia y Contrarreferencia) en el ámbito Nacional, proponiendo estrategias que optimicen el SRC (Sistema de referencia y Contrarreferencia) a nivel Nacional.
- b. Establecer mecanismos que integren los sistemas financieros a las actividades prestacionales originada en el SRC (Sistema de referencia y Contrarreferencia).
- c. Generar espacios de interacción interinstitucional, intersectorial e intersectorial para fortalecer la funcionalidad del SRC (Sistema de referencia y Contrarreferencia).



- d. Analizar y retroalimentar la información referente al SRC (Sistema de referencia y Contrarreferencia), a las Direcciones de Salud, proponiendo alternativas para la mejora del SRC (Sistema de referencia y Contrarreferencia).
- e. Las reuniones serán trimestrales y en forma extraordinaria cuando se requiera.
- f. Emitir propuestas de normatividad modificatoria o complementarias. Otras que el comité considere necesarias.

5.1.2 NIVEL REGIONAL (DIRECCIONES REGIONALES DE SALUD).

Constituido por 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 SRC (Sistema de referencia y Contrarreferencia) y el Comité Regional del SRC (Sistema de referencia y Contrarreferencia).

- **FUNCIONES DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD Y DIRECCIÓN EJECUTIVA DE SALUD DE LAS PERSONAS:**

- a. Complementar la normatividad nacional del SRC (Sistema de referencia y Contrarreferencia) para adecuar su operatividad y funcionalidad a la realidad sanitaria de su ámbito.
- b. Planificar, organizar y conducir de manera estratégica el SRC (Sistema de referencia y Contrarreferencia) dentro de su ámbito.



- c. Designar y formalizar a los responsables y/o comités de la conducción del SRC (Sistema de referencia y Contrarreferencia) en el ámbito regional.
- d. Establecer convenios con otras Direcciones de Salud, Institutos Especializados u Hospitales, para optimizar y complementar el funcionamiento del SRC (Sistema de referencia y Contrarreferencia), que permitan la utilización de las Capacidad Resolutiva de los Establecimientos de Salud a nivel Regional e Inter regional.
- e. Establecer coordinaciones con los Gobiernos Regionales, y autoridades competentes, otras Instituciones y Establecimientos del Sector, para fortalecer el funcionamiento del SRC (Sistema de referencia y Contrarreferencia) Sectorial en su ámbito.
- f. Definir las competencias de los diferentes niveles funcionales que conforman el SRC (Sistema de referencia y Contrarreferencia) a nivel regional.
- g. Firmar convenios de intercambio prestacional que considere la referencia y contrarreferencia de pacientes entre el MINSA (Ministerio de Salud) y otras instituciones en el marco del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud en el nivel regional y local.
- h. Garantizar mediante mecanismos técnicos-administrativos que los sistemas financieros reconozcan en forma oportuna y adecuada las actividades prestacionales originada en el SRC (Sistema de referencia y Contrarreferencia).



i. Emitir y aprobar normatividad modificatoria o complementaria en el campo de su competencia.

- **FUNCIONES DEL DIRECTOR DE SERVICIOS DE SALUD (COORDINADOR REGIONAL DE REFERENCIAS Y CONTRAREFERENCIAS):**

a. Brindar asistencia técnica a las Direcciones de Red y Micro redes y establecimientos de Salud para la conducción del SRC (Sistema de referencia y Contrarreferencia).

b. 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 SRC (Sistema de referencia y Contrarreferencia).

c. Realizar acciones de control para la conducción, operatividad y perfeccionamiento del SRC (Sistema de referencia y Contrarreferencia) en el ámbito de la región.

d. Controlar la implementación y funcionalidad del SRC (Sistema de referencia y Contrarreferencia) en el ámbito regional.

e. Coordinación permanente entre los miembros del Comité Regional del SRC (Sistema de referencia y Contrarreferencia) para fortalecer los procesos de funcionamiento del Sistema



- f. Difundir los documentos normativos relacionados al SRC (Sistema de referencia y Contrarreferencia), para mejorar el accionar del personal de salud en el ámbito regional.
- g. Cogestionar con el Nivel local, aspectos Técnico- Financieros intra y extra institucionales que fortalezcan el componente de soporte del SRC (Sistema de referencia y Contrarreferencia) a nivel Nacional.
- h. Establecer coordinaciones con los Gobiernos locales, instituciones y autoridades competentes, para fortalecer el funcionamiento del SRC (Sistema de referencia y Contrarreferencia) Sectorial en el ámbito regional.
- i. Presidir el Comité Regional de Referencias y Contrarreferencias.
- j. Otras funciones que se le asignen.

- **FUNCIONES DEL COMITÉ REGIONAL DEL SRC:**

- a. Evaluar bimensualmente los indicadores del SRC (Sistema de referencia y Contrarreferencia), proponiendo estrategias que optimicen el SRC (Sistema de referencia y Contrarreferencia) en el ámbito regional.
- b. Establecer mecanismos que integren los niveles de complejidad en los procesos de mejora continua de los servicios de salud del nivel Regional.
- c. 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.



d. Generar espacios de interacción interinstitucional, intersectorial e intersectorial para fortalecer la funcionalidad del SRC (Sistema de referencia y Contrarreferencia) en su ámbito regional.

e. Emitir y prepara propuestas de normatividad complementaria para que se optimice el SRC (Sistema de referencia y Contrarreferencia) en el ámbito Regional.

f. Otras que el comité considere necesarias y que permitan el desarrollo de las funciones asignadas al nivel regional.

5.2 NIVEL ASISTENCIAL

5.2.1 NIVEL DE DIRECCIÓN DE SALUD Y DIRECCIÓN DE RED DE SALUD:

Es el nivel responsable de la organización, coordinación, conducción y control del SRC (Sistema de referencia y Contrarreferencia) en su ámbito, a través de su Dirección Ejecutiva, Coordinador de Seguros y Referencias o de quién cumpla las veces, del ámbito respectivo y el Comité o Equipo de Gestión de la DISA (Dirección de Salud) o Red.

- **FUNCIONES DE LA DIRECCIÓN DE SALUD O DIRECCIÓN DE LA RED:**



- a. Velar el cumplimiento de la normatividad y disposiciones del SRC (Sistema de referencia y Contrarreferencia), emitidas por los niveles superiores, dentro de su ámbito.
- b. Designar y formalizar a los responsables del SRC (Sistema de referencia y Contrarreferencia) en los diferentes niveles organizacionales estructurales de su ámbito.
- c. Gestionar y asignar los recursos necesarios para la operatividad y funcionamiento del SRC (Sistema de referencia y Contrarreferencia) en su ámbito.
- d. Garantizar mediante mecanismos técnicos-administrativos que los sistemas financieros reconozcan en forma oportuna y adecuada las actividades prestacionales originada en el SRC (Sistema de referencia y Contrarreferencia).
- e. Otras funciones que se le asignen.

- **FUNCIONES DEL COORDINADOR DEL SIS Y/O**

- **REFERENCIAS DE LA DISA O RED.**

- a. Ejecutar el cumplimiento de la normatividad y disposiciones del SRC (Sistema de referencia y Contrarreferencia), emitidas por los niveles superiores, dentro de su ámbito.
- b. Planifica, organiza, conduce y controla la implementación del SRC (Sistema de referencia y Contrarreferencia) en su ámbito.



- c. Brindar asistencia técnica a las Micro redes y establecimientos de salud, para la organización, implementación, ejecución y control de la referencia y Contrarreferencia
- d. Obtener y mantener actualizada la información referente a los recursos de soporte del SRC (Sistema de referencia y Contrarreferencia) existente en las Micro redes y establecimientos de salud pertenecientes a su jurisdicción.
- e. Coordinar la referencia y Contrarreferencia de usuarios entre las Micro redes de salud de su jurisdicción y otros establecimientos del Sector e Instituciones, garantizando un flujo de comunicación oportuno y eficiente del SRC (Sistema de referencia y Contrarreferencia) de su ámbito.
- f. Acopiar, procesar, analizar y retroalimentar la información del SRC(Sistema de referencia y Contrarreferencia) a las Micro redes de Salud y Hospitales que le correspondan en coordinación con la Unidad Regional de Referencias, reportando información estratégica a los establecimientos de salud de su ámbito, para la optimización del SRC (Sistema de referencia y Contrarreferencia).
- g. Supervisar a los responsables de la conducción del SRC (Sistema de referencia y Contrarreferencia) al interior de la Micro redes y establecimientos de salud.
- h. Realizar actividades de capacitación continua a sus recursos humanos en temas relacionados al SRC (Sistema de referencia y Contrarreferencia).



- i. Monitorear la ejecución de las actividades del SRC (Sistema de referencia y Contrarreferencia) en las Micro redes y establecimientos de salud.
- j. Establecer coordinaciones con las autoridades locales competentes, otras Instituciones y Establecimientos del Sector, para fortalecer el funcionamiento del SRC (Sistema de referencia y Contrarreferencia) Sectorial en su ámbito.
- k. Elevar al Comité Regional las sugerencias o recomendaciones que el Equipo de gestión de la DISA (Dirección de Salud) o Red proponga.
- l. Otra funciones que se le asignen.
 - **FUNCIONES DEL EQUIPO TÉCNICO DE GESTIÓN DE LA DISA O RED EN RELACIÓN AL SRC** (Sistema de referencia y Contrarreferencia)
 - a. Evaluar mensualmente los resultados y metas del SRC (Sistema de referencia y Contrarreferencia) en su ámbito.
 - b. Evaluar mensualmente los indicadores del SRC (Sistema de referencia y Contrarreferencia) en el ámbito de la Red de Salud, proponer y establecer estrategias que optimicen el SRC (Sistema de referencia y Contrarreferencia) en el ámbito de la DISA (Dirección de Salud) o Red de Salud.
 - c. Establecer mecanismos que integren los niveles de complejidad en los procesos de mejora continua de los servicios de salud del ámbito de la DISA (Dirección de Salud) o Red.



- d. Generar espacios de intercambio de competencias entre los niveles de complejidad orientado a mejorar capacidades resolutivas a nivel de la DISA (Dirección de Salud) o Red.
- e. Generar espacios de interacción interinstitucional, intersectorial e intersectorial para fortalecer la funcionalidad del SRC (Sistema de referencia y Contrarreferencia) en su ámbito de la Red.
- f. Proponer recomendaciones para el mejoramiento del SRC (Sistema de referencia y Contrarreferencia) en su ámbito lo cual será canalizado por el coordinador correspondiente al Comité Regional.
- g. Otras funciones que se le asignen.

5.2.2 NIVEL DE MICRORED:

Nivel que coordina, facilita, asigna, prevea, recursos para las actividades de referencia y Contrarreferencia entre los establecimientos de salud de su ámbito.

- **FUNCIONES DE LA JEFATURA DE LA MICRORRED.**

- a. Velar el cumplimiento de la normatividad y disposiciones del SRC (Sistema de referencia y Contrarreferencia), emitidas por los niveles superiores, dentro de su ámbito.
- b. Designar y formalizar a los responsables del SRC (Sistema de referencia y Contrarreferencia) en los diferentes establecimientos de su ámbito.



- c. Gestionar y asignar los recursos necesarios para la operatividad y funcionamiento del SRC (Sistema de referencia y Contrarreferencia) en su ámbito.
- d. Garantizar mediante mecanismos técnicos-administrativos que los sistemas financieros reconozcan en forma oportuna y adecuada las actividades prestacionales originada en el SRC (Sistema de referencia y Contrarreferencia).
- e. Coordinar, asignar recursos y facilitar la referencia o Contrarreferencia, entre sus establecimientos y con otras Micro redes de salud.
- f. Otras funciones que se le asignen.

- **FUNCIONES DEL COORDINADOR SIS Y/O REFERENCIAS
DE LA MICRORED:**

- a. Planificar, organizar, implementar y conducir el SRC (Sistema de referencia y Contrarreferencia) dentro de su jurisdicción.
- b. Brindar asistencia técnica en los procesos y procedimientos del SRC (Sistema de referencia y Contrarreferencia) a los Establecimientos de salud.
- c. 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.
- d. Registrar, consolidar, procesar, analizar y retroalimentar la información del SRC de sus establecimientos de salud, remitiendo un consolidado de la



información procesada a la Dirección de Red o DISA (Dirección de Salud) correspondiente.

e. Supervisar, monitorear y evaluar el SRC (Sistema de referencia y Contrarreferencia) de sus establecimientos de salud.

f. Establecer y realizar el seguimiento de medidas correctivas para la mejora del SRC (Sistema de referencia y Contrarreferencia) mediante reuniones periódicas con los EESS (Establecimientos de Salud) de su ámbito.

g. Realizar actividades de capacitación continua a sus recursos humanos de los Establecimientos de salud en temas relacionados al SRC (Sistema de referencia y Contrarreferencia).

h. Establecer coordinaciones con las autoridades locales competentes, otras Instituciones y Establecimientos del Sector, para fortalecer el funcionamiento del SRC (Sistema de referencia y Contrarreferencia) Sectorial en su ámbito.

i. Ejecutar el cumplimiento de la normatividad y disposiciones del SRC (Sistema de referencia y Contrarreferencia), emitidas por los niveles superiores, dentro de su ámbito.

j. Elevar al Comité Regional a través de la DISA (Dirección de Salud) o Red correspondiente las sugerencias o recomendaciones que el Equipo de gestión de la Micro red proponga.

k. Otra funciones que se le asignen.



- **FUNCIONES DEL EQUIPO DE GESTIÓN DE LA MICRORRED EN RELACIÓN AL SRC (Sistema de referencia y Contrarreferencia):**

- a. Evaluar mensualmente los indicadores del SRC (Sistema de referencia y Contrarreferencia) en el ámbito de la Micro red de Salud y establecer estrategias que optimicen el SRC (Sistema de referencia y Contrarreferencia) en el ámbito de la Micro red de Salud.
- b. Establecer mecanismos que integren los niveles de complejidad en los procesos de mejora continua de los servicios de salud del ámbito de la Micro red.
- c. Generar espacios de intercambio de competencias entre los niveles de complejidad orientado a mejorar capacidades resolutivas a nivel de la Micro red.
- d. Proponer recomendaciones para el mejoramiento del SRC (Sistema de referencia y Contrarreferencia) en su ámbito lo cual será canalizado por el coordinador correspondiente al Comité Regional.
- e. Otras funciones que se le asignen.

5.3 NIVEL COMUNAL

Constituido por la comunidad organizada a través de sus organizaciones sociales y/o agentes comunitarios



- **ACTIVIDADES:**

- a. 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.
- b. Coordinar e informar al Puesto o Centro de Salud asignado, la referencia y Contrarreferencia de usuarios.
- c. Solicitar apoyo logístico al Puesto o Centro de Salud de referencia, en caso que la condición de salud del usuario así lo requiera.
- d. Organizar e implementar en la comunidad el transporte de usuarios del SRC (Sistema de referencia y Contrarreferencia).
- e. Usar los formatos aprobados para la referencia de usuarios.
- f. Vigilar e informar el cumplimiento de las indicaciones terapéuticas, en caso de usuarios dados de alta.
- g. Reportar problemas o limitaciones encontrados en la referencia de usuarios.

6.- SISTEMA DE REFERENCIA

6.1 NIVEL PRESTACIONAL:

Este nivel cuenta con establecimientos de salud de diferente complejidad y capacidad resolutoria 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:



6.1.1 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.

(*En cada Región, según el proceso de Categorización la autoridad regional competente designará el Hospital de Mayor Complejidad de la Región, en el cual se implementará la UNIDAD DE SEGUROS Y/O REFERENCIAS REGIONAL, para asumir funciones adicionales a las Unidades de Seguros y Referencias hospitalarias, tal como se explica en el siguiente ítem de la presente norma.



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

La Unidad de Seguros y Referencia Regional o De Hospitales Nacionales e Institutos Especializados, deberá contar como mínimo con:

- Un profesional de la salud, preferentemente a tiempo completo que será el jefe de la Unidad.
- Un personal técnico de salud a tiempo completo con conocimiento de informática y dominio del software de Referencias.
- Una PC Pentium IV, 2.4 GHZ, 256 RAM, 40 HD, tarjeta de MODEM con acceso a internet de banda ancha (256 Kbps)
- Un telefax de línea dedicada, que tenga opción de anexos y Red radio celular.
- Acceso a Radio HF con equipo de interface Radio – teléfono.
- Ubicado colindante o cerca de la Oficina de Admisión



- **FUNCIONES**

- a. Hacer cumplir la normatividad y disposiciones del SRC (Sistema de referencia y Contrarreferencia) emitidas por los niveles superiores, dentro del ámbito hospitalario y de los Institutos especializados.
- b. 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 SRC (Sistema de referencia y Contrarreferencia) en el ámbito regional y nacional.
- c. Designar las funciones específicas del personal de salud involucrado en el flujo de los pacientes manejados en el SRC (Sistema de referencia y Contrarreferencia).
- d. Brindar asistencia técnica complementaria a los servicios hospitalarios, para la organización, implementación, ejecución y control de la referencia y Contrarreferencia.
- e. 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.
- f. Coordinar la referencia y Contrarreferencia de usuarios (condiciones de traslado del paciente) fuera del Nivel Regional y en el ámbito nacional.



- g. Resolver los casos de referencias especiales y de emergencia que requieran una atención urgente y oportuna.
- h. 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.
- i. Realizar actividades de capacitación continua a los recursos humanos del hospital o Instituto en el SRC (Sistema de referencia y Contrarreferencia).
- j. Otras funciones que se le asigne.

- **ESTRUCTURA Y FUNCIONES DE LA OFICINA O UNIDAD DE SEGUROS Y/O REFERENCIAS DE LOS HOSPITALES DE MENOR COMPLEJIDAD:**

ESTRUCTURA

La Unidad de Seguros y Referencia de Hospitales de menor complejidad, deberá contar como mínimo con:

- Un profesional de la salud a tiempo completo o parcial que será el jefe de la Unidad.
- Un personal técnico de salud a tiempo completo con conocimiento de informática y dominio del software de Referencias.



- Una PC Pentium IV, 2.4 GHZ, 256 RAM, 40 HD, tarjeta de MODEM con acceso a internet de banda ancha (256 Kbps)
- Un telefax de línea dedicada, que tenga opción de anexos y Red radio celular.
- Acceso a Radio HF con equipo de interface Radio – teléfono.

FUNCIONES

- a. Hacer cumplir la normatividad y disposiciones del SRC (Sistema de referencia y Contrarreferencia), emitidas por los niveles superiores, dentro del ámbito hospitalario.
- b. Coordinar y resolver la referencia y Contrarreferencia de usuarios externos desde los establecimientos de menor complejidad.
- c. Designar las funciones específicas del personal de salud involucrado en el flujo de los pacientes manejados en el SRC (Sistema de referencia y Contrarreferencia) en su ámbito hospitalario.
- d. Brindar asistencia técnica complementaria a los servicios hospitalarios, para la organización, implementación, ejecución y control de la referencia y Contrarreferencia.
- e. 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 resolutive existente y disponible en los servicios.

f. 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 contrareferencias.

g. 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 SRC.

h. Realizar actividades de capacitación continua a los recursos humanos de su hospital en el tema del SRC.

i. Realizar la revisión de la calidad de las referencias recepcionadas en base a los criterios técnicos del SRC (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.

j. Otras funciones que se le asigne.



- **ESTRUCTURA Y FUNCIONES DEL SIS Y/O ADMISIÓN Y/O UNIDAD DE REFERENCIAS CENTROS Y PUESTOS DE SALUD EN RELACIÓN AL TEMA DEL SRC :**

ESTRUCTURA

Los Centros y Puestos de Salud, deberá contar como mínimo con:

- Un profesional o técnico de la salud a tiempo parcial que será el responsable del SRC, quién podrá ser a su vez el responsable del SIS y/o de admisión del establecimiento.
- Una PC Pentium IV, 2.4 GHZ, 256 RAM, 40 HD, tarjeta de MODEM con acceso a internet de banda ancha (256 Kbps) de uso no exclusivo (puede compartirse con otros procesos) en aquellos lugares en donde sea posible el uso.
- Un sistema de comunicación de acuerdo a las posibilidades técnicas del lugar (radio HF, telefonía fija, fax, Radio celular)
- Ubicado en alguna área específica o en Admisión.

FUNCIONES

- **SON FUNCIONES DEL RESPONSABLE DEL SRC EN LOS PUESTOS Y CENTROS DE SALUD:**
 - a. Implementar el SRC (Sistema de referencia y Contrarreferencia) en su establecimiento.



- b. El jefe del establecimiento de salud designará al responsable del SRC (Sistema de referencia y Contrarreferencia) que de preferencia será el personal del SIS y/o de Admisión.
- c. Capacitar en forma continúa al personal del establecimiento de salud y a los agentes comunitarios en los procesos y procedimientos del SRC (Sistema de referencia y Contrarreferencia).
- d. 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.
- e. Prestar el apoyo logístico necesario para la referencia de usuarios de la comunidad al establecimiento de salud.
- f. Coordinar con otros establecimientos de salud la referencia y Contrarreferencia de usuarios y la atención oportuna y eficaz de los mismos.
- g. Usar los formatos aprobados para la referencia y Contrarreferencia de usuarios.
- h. Realizar el seguimiento o control de los usuarios referidos y contra referidos.
- i. Registrar e Informar las referencias comunales.
- j. Gestionar los recursos necesarios para garantizar el manejo prestacional y la referencia oportunas.



- k. Participar mensualmente en el análisis de la referencia y Contrarreferencia de usuarios con la Micro red de Salud.
- l. Reportar los problemas o limitaciones encontrados al operar el sistema y proponer las medidas correctivas que correspondan.
- m. Supervisar periódicamente las acciones del personal con relación al SRC (Sistema de referencia y Contrarreferencia), para realizar las adecuaciones necesarias a los mecanismos establecidos.
- n. Otras funciones que se le asignen.

7.- DEFINICIÓN DE REFERENCIA¹⁶

La 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.

¹⁶ MINSA, Norma técnica del sistema de referencia y Contrarreferencia de los establecimientos del ministerio de salud (RM N°751- 2004/MINSA-02/08/04)



RESPONSABLE DE LA REFERENCIA

7.1 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.

7.2 A NIVEL ASISTENCIAL

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. A este le corresponde las siguientes obligaciones:

- a. 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.
- b. 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. La Unidad u Oficina de Referencias o la que haga sus veces, decidirá en última instancia el establecimiento destino hacia el cual se dirigirá la referencia, excepto en los casos de emergencia, en los cuales será el servicio de emergencia el que asuma dicha responsabilidad.



- c. Llenar correctamente la Hoja de Referencia.
- d. La comunicación de la necesidad e importancia de la referencia al usuario y/o familiares.
- e. La coordinación y confirmación de la referencia con el área de admisión de su establecimiento
- f. Indicar el cuidado necesario del usuario durante el traslado, especialmente en caso de emergencia o cuando la urgencia lo justifique por corresponderle.
- g. 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.
- h. Otras que se le asignen.

8.- NIVEL 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:¹⁷

8.1 Primer nivel de atención ¹⁸

Puerta de entrada de la población al sistema de salud, desarrolla la promoción de la salud, prevención de riesgos y control de daños a la salud, diagnóstico

¹⁷MINSA, Norma técnica del sistema de referencia y Contrarreferencia de los establecimientos del ministerio de salud (RM N°751- 2004/MINSA-02/08/04)

¹⁸ Cavero y Romaña –sistema de referencia y Contrarreferencia



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; además se constituye en el facilitador y coordinador del flujo del usuario dentro del sistema

8.2 Segundo nivel de atención

Complementa la atención integral iniciada en el nivel precedente , 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

8.3 Tercer nivel de atención

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

**Cuadro n° 1 CATEGORIAS DE ESTABLECIMIENTO DEL SECTOR
SALUD –NORMA TECNICA N°0021 MINSA**

CATEGORIAS	MINSA	EsSALUD	PNP	FAP	NAVAL	PRIVADO
I – 1	Puesto de Salud		Puesto Sanitario	Posta Médica	* Enfermería * Servicios de Sanidad	Consultorio
I – 2	Puesto de Salud con Médico	Posta Médica	Posta Médica	Departamento Sanitario	* Departamento de Sanidad * Posta Naval	Consultorio Médicos
I – 3	Centro de Salud	Centro Médico	Policlínico	-.-	Centro Médico	Policlínicos
I – 4	Centro de Salud Con Internamiento	Policlínico	Hospital Regional	Hospital Zonal	Policlínico Naval	Centros Médicos
II – 1	Hospital I	Hospital I y II		Hospital Regional	Clinica Naval	Clinicas
II – 2	Hospital II	Hospital III y IV				Clinicas
III – 1	Hospital III	Hospital Nacional	Hospital Nacional	Hospital Central FAP	Hospital Naval	Clinicas
III – 2	Instituto Especializado	Instituto				Institutos

9. ORIGEN DE LA REFERENCIA

La referencia de un usuario puede generarse en los siguientes

Niveles:

9.1 NIVEL COMUNAL:

Cuando un agente comunitario, organización social en atenciones de salud o cualquier poblador de la comunidad detecte en algún integrante o miembros de la comunidad signos de alarma, factores de riesgo o cualquier problema de salud que requiera atención en un establecimiento de salud.



9.2 A NIVEL DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD:

Cuando el problema de salud del usuario requiere de evaluación, tratamiento médico-quirúrgico y/o procedimientos de apoyo al diagnóstico, que no corresponden a la capacidad resolutive del establecimiento.

10.- 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.

10.1 UNIDAD PRODUCTORA DE LOS SERVICIOS DE LOS DESTINOS DE LA REFERENCIA

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

10.1.1 Consulta Externa: Cuando el problema de salud del usuario requiere de la atención en consulta externa de otro establecimiento de salud de mayor complejidad.

10.1.2 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.

10.1.3 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.

10.2 CRITERIOS PARA SELECCIÓN DEL ESTABLECIMIENTO DEL DESTINO DE LA REFERENCIA

10.2.1 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.

10.2.2 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 Micro red, Red o Dirección de Salud, sino puede acceder a otro ámbito de otra Dirección de Salud, Red o Micro red colindante.



10.2.3 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.

11.- PROCEDIMIENTO DE REFERENCIA

11.1 A NIVEL COMUNAL:

11.1.1 Del Establecimiento de Salud:

Las Micro redes, 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, ver Anexo).

El Responsable del SIS (Seguro Integral de Salud) y/o Referencias llevara el registro de las referencias de sus agentes comunitarios y otras organizaciones.



11.1.2 Del Agente Comunitario y otras organizaciones:

- a. Deberá identificar los signos de alarma, peligro y/o factores de riesgo y/o daños para la salud en las personas de su comunidad.
- b. Llenar la Hoja de Referencia Comunal, dirigido al establecimiento de salud más cercano.
- c. Informar a los familiares y coordinar con otros actores sociales y con el establecimiento de salud para el traslado del usuario al EESS (Establecimientos de Salud).
- d. Acompañar al usuario, durante su traslado al establecimiento de salud de destino, en caso de presentarse signos de alarma.
- e. Otras funciones que se consideren pertinentes.

12.- NIVEL DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD ORIGEN DE LAS REFERENCIAS

12.1 Actividades Generales

Son las actividades comunes que todo responsable de la prestación de un establecimiento de salud debe realizar para referir:

- a. Atiende al usuario e identifica la necesidad de la referencia y el establecimiento y servicio de destino.



- b. Selecciona, de acuerdo a los criterios de 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 coordinará la referencia con el establecimiento de Salud de destino, garantizando la recepción oportuna y adecuada del mismo excepto en los casos de Emergencia.
- c. Llena la Hoja de Referencia (original y 2 copias) en forma correcta. La vigencia de la hoja de referencia, para los destinos de consulta externa y servicios de apoyo al Diagnóstico, será de 60 días calendario a partir de su fecha de emisión renovable según la solicitud del médico tratante del motivo inicial que generó la referencia.
- d. 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.
- e. Entrega la Hoja de Referencia (original y 2 copias) a la Unidad/Oficina de Seguros, del SRC (Sistema de referencia y Contrarreferencia) o Admisión o quién haga sus veces, quienes son responsables de las siguientes actividades en relación al sistema de referencia y Contrarreferencia:
- Recibir la hoja de Referencia (original y 2 copias).
 - Coordina la referencia con el establecimiento de destino, en forma directa.



- Registra en la Hoja de Referencia los datos que consigna el formato sobre la coordinación de la cita, para la atención respectiva.
- 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 (Seguros de salud existentes, beneficios y tarifarios).
- Entrega al usuario o familiar responsable, el original de la Hoja de Referencia firmada y sellada excepto en los casos de emergencia que debe ser llevada por el personal de salud que acompañará al paciente.
- Archiva la hoja de Referencia en la Historia Clínica y hará llegar una copia al responsable del SRC (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.

El usuario y/o sus familiares asumirán los costos de traslado y del tratamiento y/o procedimientos, excepto aquellos que son cubiertos por los planes de los seguros



existentes, en caso de ser beneficiario de uno de ellos (si fueran seguros privados o de EsSalud, dichas instituciones tendrán que rembolsar los costos de la atención).

Considerando que en los casos de Emergencia no debe existir impedimento asistencial ni administrativo para su atención y traslado en ningún caso, los pacientes o usuarios que carecen de medios económicos y no están dentro de ningún seguro de atención de salud que asuma los gastos operativos de la atención y la referencia; las autoridades y personal de salud, autoridades locales y regionales deberán prever el traslado y los gastos que implique la atención y referencia del paciente y/o familiar (si en caso lo requiera), para lo cual deberá la autoridad de salud competente, liderar la formulación multisectorial e interinstitucional de un Plan de Contingencia para estos casos.

12.2 Actividades Específicas, del Establecimiento de origen cuando decide referir a un paciente son las siguientes:

- **Consulta Externa:**

a. El Personal responsable de la Unidad de seguros/admisión y/o referencias solicitará y coordinará con el responsable del SRC (Sistema de referencia y Contrarreferencia) 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.

b. 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:**

a. 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.

b. 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.

c. 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.

d. 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.

e. 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.

f. 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:

a. 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 (UTM).

b. Las Micro redes, 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 bio-seguridad y complejidad de los laboratorios.

c. 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.

d. El personal responsable de la atención del usuario y/o el responsable de la UTM (Unidades Tomadoras de Muestra) 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.

e. 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 bio seguridad.

f. 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.



g. En el caso que el personal del establecimiento de origen sea técnico, deberá realizar la consulta mediante radio y teléfono (Tele consulta) 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.

h. 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 Diagnóstico por Imágenes:

a. Los establecimientos de Salud que cuentan con servicios de diagnóstico por imágenes son centros de referencia de aquellos que no lo tienen.

b. 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.

c. 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.



d. 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.

13.- A NIVEL DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD DESTINO DE LAS REFERENCIAS.

13.1 Actividades Generales para la atención de las referencias:

Son las actividades comunes que todo establecimiento de salud que recibe una referencia debe realizar:

a. 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.
- b. 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.
- c. Realizar el monitoreo de las referencias recibidas hasta su Contrarreferencia.



13.2 Actividades Específicas de los Servicios de Atención de los Usuarios

Referidos:

- **Consulta Externa:**

- a. 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.
- b. El servicio de Admisión será la responsable de incluir la hoja de referencia en la historia clínica del usuario referido.
- c. Se Coordinará con el Médico de Consultorio externo para la atención preferencial del paciente referido.
- d. Se brinda la atención médica según protocolos establecidos, y se decide qué 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.
- e. Entrega la Hoja de Referencia y Contrarreferencia a admisión o Unidad de referencias para que realicen los trámites administrativos correspondientes.
- f. 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.

g. 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:**

a. Aceptada la referencia, el Jefe de Guardia o responsable de la atención de la emergencia comunicará al personal médico y de enfermería para la preparación del servicio en el que se dará atención inmediata al usuario referido, según protocolos establecidos.

b. 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.

c. 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 al Diagnóstico**

El responsable de la atención deberá:

- a. Recepcionar la Hoja de Referencia y las órdenes de exámenes de apoyo al diagnóstico que la Unidad de Referencia le pase para su atención.
- b. 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.
- d. Realizar los trámites administrativos correspondientes para la atención prioritaria del usuario referido.
- e. L Unidad de referencia o quien haga sus veces indicará al usuario el servicio donde recibirá la atención

14.- 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.



Las referencias injustificadas serán evaluadas por la Oficina o Unidad de Seguros y/o Referencias o quien haga sus veces y el Comité del SRC (Sistema de referencia y Contrarreferencia) de los niveles correspondientes, quién informa los resultados y propone las medidas correctivas pertinentes.

15.- DEFINICIÓN DE CONTRARREFERENCIA

La Contrarreferencia 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.

15.1 RESPONSABILIDAD DE LA CONTRAREFERENCIA

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.

Así mismo informará la condición del egreso del usuario auto dirigido al establecimiento que le corresponda y de acuerdo a la magnitud del daño.

15.2 CONDICIONES DEL USUARIO PARA LA CONTRAREFERENCIA:

Las condiciones que determinan la Contrarreferencia del usuario son:



- 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.
- 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 (una cada tres meses).
- Atendido por Apoyo al Diagnóstico: Cuando se han obtenido los resultados y/o informes de los exámenes de ayuda diagnóstica solicitadas.
- 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.
- 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.
- Fallecimiento. Cuando el usuario fallece durante su tratamiento en el establecimiento de referencia.



15.3 PROCESO DE CONTRARREFERENCIA

15.3.1 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.

- **Actividades Generales.**

Son las actividades comunes que todo médico, otro profesional de salud o técnico de salud capacitado debe realizar para ejecutar la Contrarreferencia:

- a. Determina la condición del usuario y decide la Contrarreferencia del mismo.
- b. 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.
- c. 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.
- d. Envía el original y 2 copias de la Hoja de Contrarreferencia a la Oficina o Unidad de Seguros y Referencias, Unidad de Admisión o al responsable del SRC (Sistema de referencia y Contrarreferencia) según corresponda, para que ésta realice las siguientes acciones:



- i. Recibe la Hoja de Contrarreferencia (original y copias).
- ii. Archiva la Contrarreferencia (copia) e ingresa los datos al software si lo tuviera.
- iii. Archiva el original de la Hoja de Contrarreferencia en la Historia clínica e informa y envía la segunda copia de la hoja de Contrarreferencia al establecimiento de origen.
- e. 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.
- f. 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.

Actividades Específicas

- **Contrarreferencia de la Emergencia:**

- a. 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.



- b. 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.
- c. 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.
- d. 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**

- a. En la hoja de Contrarreferencia deberá adjuntar la información correspondiente a los resultados de los exámenes de diagnóstico: formatos, gráficos, placas u otros correspondientes.
- b. 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.
- c. 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.



- **Del Establecimiento Origen de la Referencia**

Es el establecimiento de salud origen de la referencia, hacia el cual debe llegar la Contrarreferencia.

- **Oficina o Unidad de Seguros y/o Referencias o el Servicio de Admisión debe:**

- a. Recibir al usuario y solicitar la Hoja de Contrarreferencia o recepcionarla directamente de su contraparte del establecimiento de destino.
- b. Adjunta la Hoja de Contrarreferencia a la historia clínica.
- c. Indicar al usuario el servicio en el que será atendido si es necesario.
- d. Atender al usuario cumpliendo con las indicaciones consignadas en la Hoja de Contrarreferencia.
- e. Orientar al usuario sobre su seguimiento y/o control en el establecimiento y la importancia de la continuidad de la atención.
- f. Realizar la visita domiciliaria, en caso de inasistencia del usuario.
- g. 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



15.3 CONTRARREFERENCIA INJUSTIFICADA

Es aquella cuando el usuario es contra referido 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 contra refiere al paciente sin tener en cuenta la cartera de servicios y capacidad resolutive del establecimiento a contra referir para manejar el caso.

15.4 SISTEMA DE INFORMACIÓN

- Las Direcciones Regionales de Salud establecerán la Red de Informática haciendo uso de los puntos de entrega de Información existentes (Puntos de Digitación de las atenciones de Seguros, HIS-MIS) en el cual deberán procesar la información de las hojas de referencia y Contrarreferencia de los establecimientos de salud.
- Los establecimientos de Salud deberán enviar mensualmente la copia de los formatos de Referencia y Contrarreferencia realizadas a los Puntos de Digitación establecidos en las fechas correspondientes.
- Los Puntos de Entrega de Información deberán remitir un reporte impreso (Data) y la base de datos en medio magnético a cada establecimiento de salud, así como a la Micro red dentro de los 5 días posteriores a la recepción de información desde los establecimientos de salud.

- Los Puntos de entrega de información se articularán con la oficina de estadística de cada nivel organizacional, con el fin de integrar la información sanitaria para la toma de decisiones.

Cuadro n°2 Plazos de Envío de los reportes según Nivel Organizacional, SRC – 2004

Flujos de Envío por Nivel Organizacional	Plazos
De los Puestos y Centros de Salud a los puntos de digitación Micro redes.	Hasta el tercer día del mes siguiente remitirán los formatos de RF y CR.
De las Micro redes, Hospitales I y a las Direcciones de Red de Salud.	Hasta el octavo día del mes siguiente el punto de Digitación y/o la oficina de estadística del nivel respectivo, remitirán el reporte mensual (vía Internet y magnético)
De las Direcciones de Red, Institutos Especializados y Hospitales II, III a la Dirección Regional de Salud o a la DISA en el caso de Lima.	Hasta el noveno- día del mes siguiente , el punto de digitación y/o la oficina de estadística del nivel respectivo remitirá el reporte mensual (vía Internet, magnético)
De las Direcciones Regionales de Salud al Nivel Nacional	Hasta el décimo quinto día del mes siguiente punto de digitación y/o la oficina de estadística del nivel respectivo remitirá el reporte mensual (vía Internet, magnético)

16.- Plan de parto

El plan de Parto es una herramienta que busca movilizar y organizar a la familia y a la comunidad para el traslado oportuno de la gestante, puérpera y/o establecimiento de salud.

Es una herramienta efectiva que busca organizar y movilizar los recursos familiares y comunitarios para la atención oportuna de la gestante, la puérpera y recién nacido. El plan debe consignar la información precisa que permita organizar el proceso ¹⁴

17.- NORMA TÉCNICA DE LOS SERVICIOS DE EMERGENCIA

Existen procesos que favorecen la implementación del manejo estandarizado de las Emergencias Obstétricas y Neonatales en los servicios de salud, que son considerados como mínimos aceptables para conseguir mejores resultados e impactos y son los siguientes La categorización de los establecimientos de salud¹⁹, que incluye la base de datos en Archivo de Registros Informáticos (ARF). La implementación del aplicativo FON (Funciones Obstétricas Neonatales) con cumplimiento del 80% o más de las variables, según niveles de capacidad resolutive²⁰:

17.1.1 Función Obstétrica y Neonatal Primaria (FONP) el equipo FONB

17.1.2 Función Obstétrica y Neonatal Básica (FONB) la estandarización del manejo de las EMON (Emergencias Obstétricas Neonatales) deben ser aplicadas en todos los niveles. A nivel de redes y Micro redes pueden ser desarrolladas por los facilitadores locales identificados en los talleres regionales.

El CDC regional, organiza, apoya, facilita todo el proceso

17.1.3 Función Obstétrica y Neonatal Esencial (FONE) es el instituto nacional materno perinatal puede brindar asistencia técnica especializada en salud materna neonatal a los hospitales regionales que lo solicitan coordinando en el nivel central.

¹⁹ MINSa, Norma de Categorización de Establecimientos de Salud. R.M. N° 1142-2004/MINSa

²⁰ MINSa, Evaluación de las Funciones Obstétricas y Neonatales. R.M. N° 1001-2005/MINSa



La asistencia técnica se da en función de las necesidades identificadas en la evaluación dada por el equipo local y los facilitadores regionales , quienes brinda la capacitación de servicio de Obstetricia o Neonatología o para ambos según la necesidad

17.1.4 Función Obstétrica y Neonatal Intensiva (FONI)

La salud de la paciente gestante es considerada un riesgo

En cualquier momento del embarazo o el puerperio.

- Hígado graso agudo del embarazo
- Enfermedad tromboembolia venosa
- Trombosis pulmonar
- Hipertiroidismo con crisis hipertensiva
- Embarazo y cardiopatía funcional de NHA (por sus siglas en ingles New York Hearth Association) III , IV

1.- Primera mitad del embarazo.

- Aborto séptico
- Embarazo ectópico

2.- Segunda mitad del embarazo

- Pre eclampsia severa complicada con :
- Hemorragia cerebral



- Síndrome de hellp
- Hematoma o ruptura hepática
- Coagulación intravascular diseminada
- Insuficiencia Renal Aguda
- Eclampsia
- Hemorragia obstétrica

Desprendimiento de placenta normo inserta

Placenta previa

3.- complicaciones posteriores al evento obstétrico o quirúrgico

- Hemorragia obstétrica
 - Ruptura uterina
 - Atonía uterina
 - Hemorragia intra abdominal posquirúrgica de cesárea o histerectomía
- Sepsis puerperal variedades clínicas de la deciumiometritis o pelvi peritonitis
- Inversión uterina que requiera reducción quirúrgica
- Embolia de líquido amniótico
- ✓ **NIVEL DE ATENCIÓN DE REFERENCIA**

La calidad técnica de la atención presenta como atributos o características básicas, lo siguiente:

- Efectividad, está referida al logro de los mejores resultados (efectos) posibles;



- Eficacia, es la aplicación correcta de las normas de la prestación del servicio de salud;
- Eficiencia, es el uso adecuado de recursos para obtener los resultados esperados;
- Continuidad, es la prestación ininterrumpida del servicio, sin paralizaciones o repeticiones innecesarias;
- Seguridad, son las acciones para minimizar riesgos posibles;
- Integralidad, donde el usuario recibe las atenciones que su caso requiere en la red de atención de establecimientos²¹
- ✓ **PERSONAL DE SALUD O PROMOTOR DE SALUD QUE REFIERE**
- ESTABLECIMIENTO CON FONP

Identifica y refiere a las gestantes con factores de riesgo y signos de alarma, estabiliza y refiere todos los casos a nivel con capacidad resolutive

- ESTABLECIMIENTO CON FONB: funciones obstétricas neonatales básicas
- SIN PERSONAL CAPACITADO: Diagnostica, estabiliza y refiere todos los casos
- CON PERSONAL CAPACITADO: Refiere al establecimiento FONE (funciones obstétricas neonatales especializadas) todos los casos complicados
- ESTABLECIMIENTO CON FONE: Realiza los procedimientos quirúrgicos, maneja las complicaciones refiere al establecimiento con FONI (funciones obstétricas neonatales intensivas)²²

²¹ MINSA, Modelo de emergencia obstétricas estandarizado- MINSA modulo I

Condiciones del establecimiento de salud de referencia

✓ **MEDIO DE TRANSPORTE**

Debe establecerse un sistema de traslado de pacientes, en cada región de salud, el cual debe ser coordinado y adecuado a las realidades locales, pudiendo ser terrestre, aérea, fluvial o marítima.²³

SISTEMA DE TRANSPORTE²⁴

- Ambulancias Terrestres: Considerar las que existen y están operativas.

AMBULANCIAS TERRESTRES (4)			A U T O M Ó V	C A M I O N E T A	M O T O C A R R O	M O T O	B I C I C L E T A	CAMILLA DE TRANSPORTE MANUAL DE PACIENTES (10)	B O T E	OTRO (12)
Tipo 1	Tipo 2	Tipo 3								

⇒ Para la determinación del tipo de ambulancia considerar: (*)

Tipo 1: Con equipo mínimo para transportar pacientes estables: Camilla, Balón de oxígeno, tensiómetro, estetoscopio y equipo de partos.

²² MINSA, Guía de emergencia obstétricas -

²³ MINSA, Norma técnica del sistema de referencia y Contrarreferencia de los establecimientos del ministerio de salud (RM N°751- 2004/MINSA-02/08/04)

²⁴ MINSA, Norma técnica del sistema de referencia y Contrarreferencia de los establecimientos del ministerio de salud (RM N°751- 2004/MINSA-02/08/04)

Tipo 2: Con equipo para transportar pacientes complicados, como mínimo: el equipo del tipo 1 más electrocardiógrafo, resucitador.

Tipo 3: Equipo sofisticado para manejar pacientes graves, se adiciona al equipo del tipo 2 equipo de shock trauma.

(*)*Documento fuente: Normas de Ambulancias de la DGSP.* Colocar el número de ambulancias en el casillero correspondiente

- En la columna: automóvil, motocarro, moto, bote etc. Colocar el número de unidades operativas existentes en el EESS (Establecimiento de Salud).
- En la columna otros describir el tipo de transporte existente en la comunidad u en otra institución que puede ser usada para transportar paciente

II. SISTEMA DE COMUNICACIONES ²⁵

HORARIO DE ATENCION DEL ESTABLEC. (4)	RADIO (5)						TELÉFONO	FAX	DIRECCION DE CORREO ELECTRÓNICO	OTRO
	ESTABLECIMIENTO		SISTEMA DE COMUNICACIÓN EN AMBULANCIAS							
	FRECUENCIA	INDICATIVO	Tipo 1	Tipo 2	Tipo 3	FRECUENCIA				

(4) Colocar el Horario de atención considerando 6, 12 o 24 horas respectivamente

²⁵ OMS, 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.



(5) Colocar la frecuencia de la radio existente operativa a nivel del EESS (Establecimiento de Salud), si la ambulancia tiene radio consignar el tipo de ambulancia colocando una " X" y la frecuencia respectiva de la misma.

Otro: Consignar el número de teléfono, radio u otro medio de comunicación que exista en la comunidad u en otras instituciones y que puede ser usado por el EESS (Establecimientos de Salud).

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.

PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS

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



PROCESO

Secuencia lógica de actividades que permite que los elementos de entrada se transformen en los resultados esperados o elementos de salida²⁶

18.- MORTALIDAD MATERNA

La mortalidad materna es uno de los problemas prioritarios a nivel regional, nacional, latinoamericano y mundial. Siendo un problema de salud pública, las políticas de salud están orientadas a la reducción de la muerte materna; en América Latina, existen países con indicadores positivos de salud como Chile por ejemplo²⁷ y la razón es por la que se establecen diversas estrategias de intervención donde se involucran las instituciones de salud y la sociedad en general.

18.1 DEFINICION DE MUERTE MATERNA

La definición expuesta en la CIE 10 refiere que la muerte materna es, “ **la muerte de una mujer mientras que está embarazada o dentro de los 42 días de terminar un embarazo, independientemente de la duración y la localización del embarazo, por cualquier causa vinculada o agravada por el embarazo o su manejo, pero no por causas accidentales o incidentales**”²⁸. La OMS a la vez expresa que las

²⁶ MINSA, Manual de procesos y procedimientos. Dpto. de Pediatría. Hosp. María Auxiliadora Perú 2012 Disponible en :
http://www.minsa.gob.pe/hama/Informaci%C3%B3n_Hma/1%20DATOS%20GENERALES/instrumentos%20de%20gesti%C3%B3n%5Cmapro%5CMAPRO%20-%20PEDIATRIA.pdf

²⁷ Implantación de la política de salud materna en la república de Chile y Perú: Una observación desde la dimensión de gestión. Disponible en :
<http://repositorio.uchile.cl/handle/2250/115562>

²⁸ OMS, 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.



principales complicaciones de muerte materna son: la hemorragia post parto, infecciones, hipertensión y abortos peligrosos.²⁹

La muerte de una mujer durante la gestación o el puerperio, se clasifica en: Muerte materna directa, muerte materna indirecta e incidental o accidental (llamada también no materna).

18.1.1 Muerte materna directa

Es aquella producida como resultado de una complicación obstétrica del estado del embarazo, parto o puerperio y por intervenciones, omisiones, tratamientos incorrectos o una cadena de eventos que resultasen de cualquiera de los hechos mencionados.³⁰

18.1.2 Muerte materna indirecta desarrollar

Las muertes obstétricas indirectas son aquellas que derivan de enfermedad previamente existente o enfermedad que apareció durante el embarazo y que no fue debida a causas obstétricas directas, pero que se agravó por los efectos fisiológicos propios del embarazo.

18.1.3 Muerte materna tardía

La muerte materna tardía es la muerte de una mujer por causas directas o indirectas más de 42 días después pero antes de un año de haber terminado el embarazo.

file:///C:/Users/usuario/Downloads/CIE10MM.pdf

²⁹ Mortalidad Materna. Centro de prensa, Nota descriptiva N°304, Mayo 2014.

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/>

³⁰ MINSA ;mortalidad materna Perú

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

Cuadro n°5: grupo de causas básicas de muerte durante el embarazo, el parto y el puerperio en grupos mutuamente excluyentes y totalmente inclusivos

Tipo	Nombre/número del grupo	EJEMPLOS de potenciales causas de muerte
Muerte materna: directa	1. Embarazos que terminan en aborto	Aborto, pérdida de embarazo, embarazo ectópico y otras afecciones que llevan a la muerte materna y a un embarazo que termina en aborto
Muerte materna: directa	2. Trastornos hipertensivos en el embarazo, parto y puerperio	Edema, proteinuria y trastornos hipertensivos en el embarazo, parto y puerperio
Muerte materna: directa	3. Hemorragia obstétrica	Enfermedades obstétricas o afecciones directamente asociadas con hemorragia
Muerte materna: directa	4. Infección relacionada con el embarazo	Enfermedades o afecciones inducidas por infecciones, vinculadas al embarazo
Muerte materna: directa	5. Otras complicaciones obstétricas	Todas las demás afecciones obstétricas directas no incluidas en los grupos 1–4
Muerte materna: directa	6. Complicaciones imprevistas del manejo	Efectos adversos severos y otras complicaciones no previstas de los cuidados médicos y quirúrgicos brindados durante el embarazo, parto o puerperio
Muerte materna: indirecta	7. Complicaciones no obstétricas	Afecciones no obstétricas <ul style="list-style-type: none"> • Cardiopatías (incluyendo hipertensión pre-existente) • Afecciones endócrinas • Afecciones gastrointestinales • Afecciones del sistema nervioso central • Afecciones respiratorias • Afecciones genitourinarias • Trastornos autoinmunes • Afección esquelética • Trastornos psiquiátricos • Neoplasias • Infecciones que no derivan directamente del embarazo
Muerte materna: no especificada	Desconocida / indeterminada	Muerte materna que ocurre durante el embarazo, parto y puerperio en la que no se conoce o no se ha determinado la causa básica
Muerte durante el embarazo, parto y puerperio	Causas coincidentes	Muerte durante el embarazo, parto y puerperio debida a causas externas



18.1.4 Razón de muerte materna (RMM)

La reunión en las naciones Unidas, cuenta con alrededor de 60 indicadores establecidos para medir el avance de los objetivos del desarrollo del milenio, la razón de muerte materna es uno de ellos, la razón de muerte materna es considerado como, “el número anual de mujeres fallecidas por causas relacionadas con el embarazo y el parto por cada 100 000 nacidos vivos”.³¹

A nivel nacional, la oficina nacional de Epidemiología, cuenta con la información eventos de la muerte materna a través de la unidad de vigilancia epidemiológica de muerte materna, organizada en redes a nivel nacional de modo que permite tener información actualizada y oportuna para la mejora de la salud materna. La RMM (Razón de Muerte Materna) en los últimos años ha ido disminuyendo en el país, en el Perú estimándose para el año 2011 en 92.7 por cien mil nacidos vivos, observándose que es mayor en la selva (160.5 por diez mil nacidos vivos) y en el último quinquenio la RMM (Razón de Muerte Materna) es mayor en la sierra, predominando en la zona rural (177.4) en el quintil 2 de pobreza (237.3), en los distritos de procedencia cuya condición es pobre (222.0), en el grupo de edad 15 – 19 años (259.4) y la primera causa es la hemorragia obstétrica

En el departamento de Cusco, el número de muertes maternas para el año 2011, siendo la principal causa, las hemorragias obstétricas (52.9%), la segunda causa, los

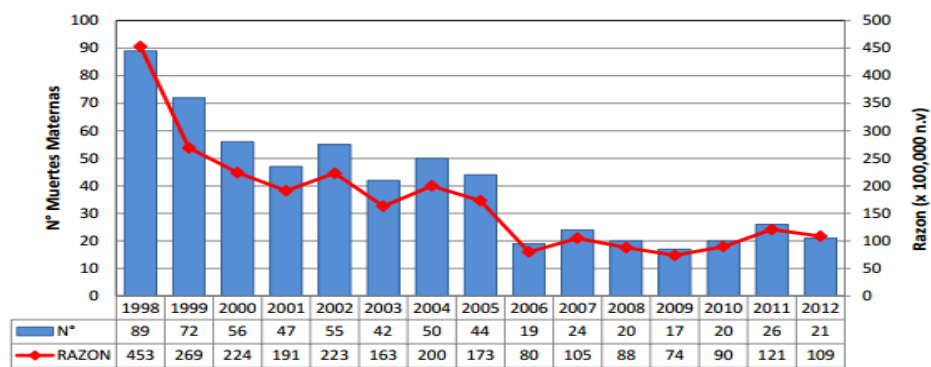
³¹ONU, Razón de muerte materna, tomado de: Indicadores de los objetivos del desarrollo del milenio . Portada oficial de la ONU. <http://mdgs.un.org/unsd/mdg/Home.aspx>
http://celade.cepal.org/redatam/PRYESP/cairo/WebHelp/Metalatina/razon_de_mortalidad_materna.htm

trastornos hipertensivos en el embarazo parto y puerperio, (20.2%) y en tercer lugar, el aborto con una RMM (Razón de muerte materna) de 14.9 muertes maternas por cada cien mil nacidos vivos.³²,

La razón de muerte materna, región cusco para el año 2012 es de 109 (número de muertes maternas es de 21), la razón de mortalidad materna a nivel de provincias en su mayoría supera el rango considerado de muy alto riesgo incluso el promedio regional, así tenemos que esto ocurre en las provincias de Acomayo (974), Paruro (402), Chumbivilcas (271), Canas (260), la Convención (203), Calca (131) y Espinar (128)³³

En el Departamento de Cusco, de acuerdo a los datos obtenidos en el ASIS 2013, muestran que la razón de muerte materna fue descendiendo desde el año 2005 con 173 x 100,000n.v a 109 x100, 000 n.v. al año 2012.

Grafico n°1: Razón de muerte materna 1998-2012



³² MINSA-UNFPA. La mortalidad materna en el Perú 2002-2011 -Perú.2013
<http://www.unfpa.org.pe/publicaciones/publicacionesperu/MINSA-Mortalidad-Materna-Peru.pdf>

³³ ASIS 2013- MINSA Razón de muerte materna en el Perú en el año 2013 por provincias

Grafico n° 2: Razón de mortalidad materna *1000,000n.v .DIRESA Cusco 2013-2014

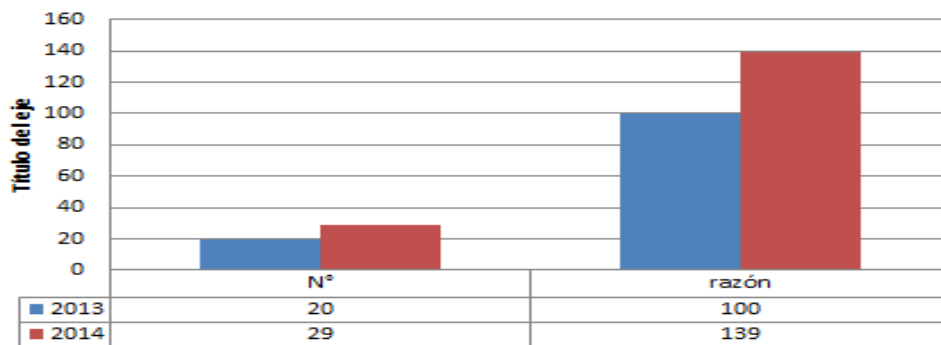


Grafico n°3 : Razón de Mortalidad Materna Provincias ,Región Cusco ,2012

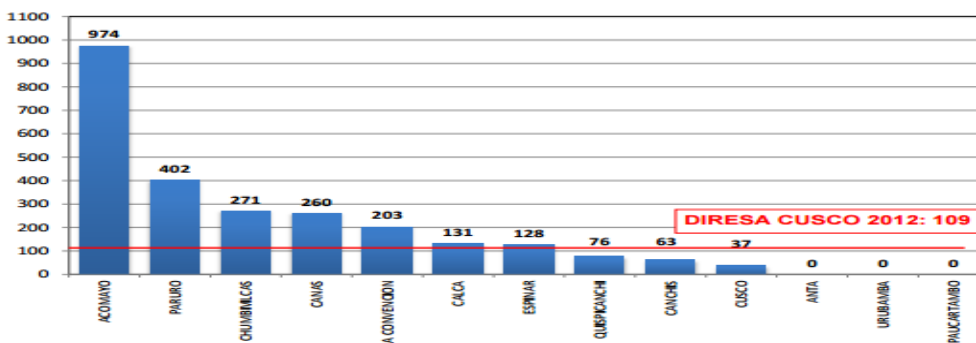
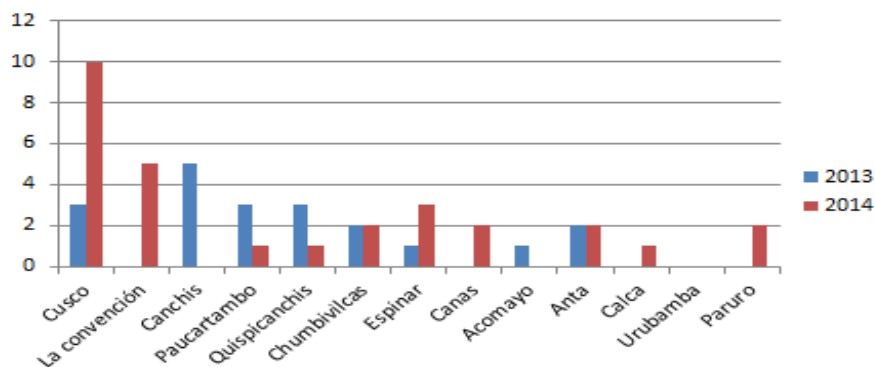


Grafico n°4: Número de muertes maternas según provincias DIRESA Cusco 2013-2014



18.2 CAUSAS DE MUERTE MATERNA

Las causas de muerte materna son similares en los países en vías de desarrollo. En el Perú, para el análisis de las causas surgen a partir del análisis de muerte materna desarrollado por el comité de prevención y tomando como referencia la guía descrita por las categorías del CIE-10

CAUSAS DE MUERTE MATERNA PARA LOS EFECTOS DEL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN⁶

La clasificación establecida para estos efectos se considera:

- ✓ **Causas básicas.-** Son las causas directas o indirectas que condujeron a la muerte de la gestante
- ✓ **Causas intermedias.-** Son las causas desencadenadas como resultado de la causa básico. Lo más importante es resaltar que en durante el proceso fisiopatológico ocurrido, este no es controlado lo que conduce a la muerte.
- ✓ **Causas terminales o finales.-** Son las causas que, originadas por la causa básica, conduce a la muerte de la paciente

18.3 ESTRATEGIAS MUNDIALES ORIENTADAS A LA PREVENCIÓN DE LA SALUD MATERNA

La OMS (Organización mundial de Salud), propone aplicar estrategias sanitarias para mejorar la salud materna, una de ellas es formular planes de intervención sobre todo en los países en desarrollo. Los planes considerados son:



- Implementación de recursos humanos, financieros y vigilancia en toda intervención que se va a realizar.
- Mejoramiento de los servicios de salud con la implementación adecuada orientada a la comunidad que requiere.
- Brindar respeto y cuidados a las mujeres gestantes y en edad reproductiva.
- Fortalecer la formación y/o capacitación al personal sanitario.
- Participación de la sociedad civil en la vigilancia de cada uno de los procesos e intervención.³⁴

18.4 ACCIONES APLICADAS AL MEJORAMIENTO DE LA SALUD

MATERNA EN EL PERÚ

Fueron diversas acciones aplicadas en la mejora de la salud materna, una de ellas fue el control prenatal, aplicada para prevenir riesgos e intervenir en complicaciones, sin embargo las estadísticas demuestran que es beneficiosa la intervención, pero una complicación materna muchas veces es impredecible, lo que implica que la gestante debe contar además con otras acciones como es, la atención de parto institucional y atención en casos de emergencias en establecimientos de capacidad resolutive de acuerdo a la complejidad del establecimiento y mecanismos de referencia .

³⁴ Ban Ki-Moon, Secretario General de las Naciones Unidas Estrategia de salud mundial de las mujeres y los niños Disponible en http://www.who.int/pmnch/activities/jointactionplan/201009_gswch_sp.pdf?ua=1

- **Capacidad resolutive**

Todo establecimiento de salud se categoriza de acuerdo al nivel de suficiencia para atender la demanda de salud en forma oportuna, integral y con calidad, aplicando herramientas como son las funciones obstétricas neonatales, determinación de redes funcionales de referencia según tiempos, acceso geográfico, comunicación, entre otros desarrollados a partir de las estrategias sanitarias de salud sexual y reproductiva.

- Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva viene desarrollando acciones de mejora continua de la calidad en la salud materna para los establecimientos de salud de acuerdo a los niveles de atención ,
- El establecimiento de las claves roja, azul y amarilla para la atención de emergencias obstétricas, fomentando entre varias actividades, el fortalecimiento del sistema de referencia.
- Capacitaciones permanentes a los profesionales de salud en emergencias obstétrica.
- Trabajo coordinado con los pobladores de la comunidad, participando en acciones derivadas de las casas de espera, el conocimiento y aplicación del Plan de Parto, la Vigilancia a las mujeres gestantes, el conocimiento del radar de gestantes y el mapeo de gestantes , de puérperas y finalmente las referencias comunal.³⁵

³⁵ MINSa, Avanzando hacia una maternidad segura en el Perú: Derecho de todas las mujeres 2006 – Perú <http://www.unfpa.org.pe/publicaciones/publicacionesperu/MINSA-Avanzando-Maternidad-Segura-Peru.pdf>

Cuadro n° 6: Categorías de los establecimientos del Sector Salud

Categorías de establecimientos del Sector Salud y su correspondencia con los niveles de atención - niveles de complejidad				
NIVELES DE ATENCIÓN	CATEGORÍAS DE ESTABLECIMIENTOS DEL SECTOR SALUD			NIVELES DE COMPLEJIDAD
	CATEGORÍA ESTABLECIDA	MINISTERIO DE SALUD	FONP	
PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN	I - 1	Puesto de Salud	FONP	1º Nivel de complejidad
	I - 2	Puesto de Salud con médico	FONP	2º Nivel de complejidad
	I - 3	Centro de Salud sin internamiento	FONP	3º Nivel de complejidad
	I - 4	Centro de Salud con internamiento	FONB	4º Nivel de complejidad
SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN	II - 1	Hospital I	FONE	5º Nivel de complejidad
	II - 2	Hospital II	FONE	6º Nivel de complejidad
TERCER NIVEL DE ATENCIÓN	III - 1	Hospital III	FONE	7º Nivel de complejidad
	III - 2	Instituto especializado	FONI	8º Nivel de complejidad

Fuente: N.T. N° 021-MINSA/DGSP V.01 Categorías de Establecimientos de Salud del Sector Salud

3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

MUERTE MATERNA : la muerte de una mujer mientras que está embarazada o dentro de los 42 días de terminar un embarazo, independientemente de la duración y la localización del embarazo, por cualquier causa vinculada o agravada por el embarazo o su manejo, pero no por causas accidentales o incidentales³⁶

SERVICIOS DE SALUD: Son servicios entregados por personal de salud en forma directa, o por otras personas bajo supervisión de estas con los propósitos de: Promover, mantener y /o recuperarla salud, Minimizar las disparidades tanto en accesos e los servicios de salud como en el nivel de salud ³⁷

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 mayor capacidad resolutive³⁸

CONTRAREFERENCIA: Es un proceso administrativo – asistencial mediante el cual, el establecimiento de salud de destino de la referencia devuelve o envía la responsabilidad del cuidado de salud del usuario³⁹

NIVEL DE ATENCIÓN: Es la organización de la atención en diferentes niveles de complejidad y tiene por objetivo conjugar en forma eficiente la necesidad de cumplir

³⁶ OMS, 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

³⁷ OPS/OMS ;2003 Modificado de IOM 1996

³⁸ MINSA, Norma técnica del sistema de referencia y Contrarreferencia de los establecimientos del ministerio de salud (RM N°751- 2004/MINSA-02/08/04)

³⁹ MINSA, Norma técnica del sistema de referencia y Contrarreferencia de los establecimientos del ministerio de salud (RM N°751- 2004/MINSA-02/08/04)



con un máximo de cobertura los servicios que se presten, con la mayor calidad posible y con una misma cantidad de recursos.⁴⁰

DIAGNÓSTICO: Es un juicio clínico sobre el estado psicofísico de una persona; representa una manifestación en respuesta a una demanda para determinar tal estado.⁴¹

CAPACIDAD RESOLUTIVA: Es la capacidad que tienen la oferta de servicios, para satisfacer las necesidades de salud de la población.⁴²

NIVEL DE ATENCIÓN: Conjunto de establecimientos de salud con niveles de complejidad necesaria para resolver con eficacia y eficiencia las necesidades de salud de diferente magnitud y severidad⁴³

UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS: Es la unidad básica de la oferta constituida por el conjunto de recursos humanos, físicos y tecnológicos, organizados para desarrollar funciones homogéneas y producir determinados productos de salud, en relación directa con su complejidad.⁴⁴

NIVEL DE COMPLEJIDAD: Es el grado de diferenciación y desarrollo de los servicios de salud, alcanzando merced a la especialización y tecnificación de sus recursos, va de la mano con la categorización de los servicios de salud⁴⁵

⁴⁰ Dr. Luis Rozas Villanueva Definición de nivel de atención

⁴¹ Gérvas J. Diagnóstico. Acta Sanitaria. 01/03/2010.

⁴² MINSA, Norma técnica n°0021- categorías de establecimientos del sector salud

⁴³ MINSA, Norma técnica n°0021- categorías de establecimientos del sector salud

⁴⁴ MINSA, Norma técnica n°0021- categorías de establecimientos del sector salud

⁴⁵ MINSA, Norma técnica n°0021- categorías de establecimientos del sector salud



2.2 Definición de variables

Variables de estudio

- Referencia de pacientes obstétricas atendidas en el establecimiento de salud
- Contrarreferencia de pacientes obstétricas atendidas en el establecimiento de salud

Variables intervinientes

- Características sociodemográficas y reproductivas de la población de estudio



Variable	Definiciones conceptuales	Definiciones operacionales	Dimensión	Indicadores	Índice	Expresión Final	Escala	Instrumento
Características sociodemográficas y reproductivas de la población de estudio	Son el conjunto de características biológicas , socioeconomicoculturales que están presentes en la población sujeta a estudio ,tomando aquellas que pueden ser medibles ⁴⁶	Son el conjunto de características biológicas , socioeconomicoculturales que están presentes en la población sujeta a estudio ,tomando aquellas que serán parte de nuestra investigación	Características sociodemográficas	Edad	Años cumplidos	Adolescente Adulto Añosa	intervalo	Hoja de recolección de datos
				Grado de instrucción	Analfabeta Primaria Secundaria Superior	Grado de instrucción	Ordinal	
				Estado civil	Soltera Casada Conviviente Viuda	Estado civil	Ordinal	
				Procedencia	Rural Urbana	Lugar de procedencia	nominal	
				Asegurada	SIS No asegurada	Asegurada No asegurada	nominal	
			Características reproductivas	Nº de embarazos	Numero	Primigesta Multigesta Gran Multigesta	intervalo	Hoja de recolección de datos
				Nº de hijos vivos y/o muertos	Numero	Nº de hijos	ordinal	
				Abortos	Numero	Nº abortos	ordinal	
				Partos a termino	Partos después de las 37 semanas.	Partos a termino	ordinal	
				Lugar de atención de partos	Número de Partos domiciliarios Y/O Institucionales	Lugar de atención de partos	Nominal	
				Métodos anticonceptivos	Uso de método	Uso No Uso	Nominal	

⁴⁶ Definición de características sociodemográficas <http://diccionario.leyderecho.org/contrarreferencia/>



					Tipo de Anticonceptivo	DIU Hormonal		
						Barrera		
						Quirúrgico Natural		

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensión	Indicadores	INDICE	INDICE	EXPRESION FINAL	Escala	Instrumento		
MANEJO DE LA REFERENCIA	Acto y consecuencia de señalar o referirse hacia algo o alguien. ⁴⁷	La 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 resolutoria 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 NO	SI NO	NOMINAL	HOJA DE RECOLECCION DE DATOS		
					Micro red						
				Prestacional	Hospitales	SI NO	EESS POR NIVEL	NOMINAL			
					Centros de salud						
				Puestos de salud							
			Usuario	Nivel comunal PROMOTOR DE SALUD	Identificación de cualquier problema de salud que requiera atención en el EE.SS	SI NO	Problema identificado Problema no identificado	NOMINAL			
										Llena la hoja de referencia comunal	SI NO
										Informa a familiares	SI NO
										Acompaña al usuario	SI NO
			PACIENTE	Identificación de cualquier problema de salud	SI NO	Problema de salud q requiere o no referencia	NOMINAL				
Compañía	Con /sin compañía										

⁴⁷ Definición de referencia - Qué es, Significado y Concepto <http://definicion.de/referencia/#ixzz3gMp0tqN6>



					Medios de transportes		Uso de medios de transporte			
			Nivel del establecimiento de salud	Unidad Productora de Servicios -Emergencia -Consultorio. Externo -Apoyo Diagnostico	Diagnostico	Diagnostico	Tipo de Diagnostico	NOMINAL		
						Tratamiento Y/O Procedimientos	SI NO			
						Recurso de soporte	-Laboratorio -Radiografías -Ecografías -Otros.			
						Fecha de la Referencia	DD/MM/AÑO			
						Responsable del Mecanismo de Atención.	- Medico - Obstetra - Enfermera - Técnico - Otros.			
						Coordinación del Medio de transporte e Informes	- Medico - Obstetra - Enfermera - Técnico - Otros.		NOMINAL	
						Consultorio externo. Apoyo diagnostico	- Medico - Obstetra - Enfermera - Técnico - Otros.		NOMINAL	
				CRITERIOS para la selección de referencia	EE.SS. con Capacidad resolutiva Accesibilidad	Con/ sin capacidad resolutiva		NOMINAL		
				Capacidad Resolutiva	-Solución del Problema	SI	NOMINAL		ENTREVISTA	
						NO				



						<ul style="list-style-type: none"> - Geográfica (Distancia) - Económica - Organizacional - Cultural 			
					Accesibilidad	-Hora de llegada -Hora de atención -Duración de los procedimientos	-Tiempo del domicilio al EESS. -Capacidad de pago -Horario del EE.SS (24 horas) -6-12 - 12-24 -Aceptación del servicio por parte del usuario	NOMINAL	
					Atención Oportuna		HH/MIN <2 HRS 2-6HRS >6HRS		
					Referencia injustificada	EESS cuenta con capacidad resolutive	Cuenta/no cuenta con capacidad resolutive	nominal	Hoja de recolección de datos y entrevista



Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensión	Indicadores	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 <u>calidad</u> .	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 de destino de la referencia	Contrarreferencia de la emergencia	Hospitalización	SI Cuenta con capacidad resolutiva	Nominal	HOJA DE RECOLECCION DE DATOS	
					Contrarreferencia de la Consulta externa	Manejo ambulatorio				
					Contrarreferencia de los resultados e informes de diagnostico	Llenado de formato Indicaciones y cuidados				
				establecimiento origen de la referencia	Envío de formato de Contrarreferencia	No Cuenta con capacidad resolutiva	Nominal			
					Unidad de seguros	Con seguimiento	Con seguimiento	Nominal		
					Sin seguimiento	Sin seguimiento	Nominal			
			Usuario	CONDICIONES DEL USUARIO	Condición del paciente	-Curado -Mejorado -Atendido por apoyo diagnostico	Problema solucionado	Problema no solucionado		Nominal
							Con/sin tratamiento			
							Con /sin informes y resultados			
					Personal que atendió	-Médico -Obstetra -Enfermera -Técnico -Otros				Nominal
							Retiro voluntario	si no		si No
					Deserción	Abandona No abandona	Abandona	Abandona		Nominal
							No abandona	No abandona		Nominal
					Fallecimiento	Extra institucional Interinstitucional	Extra institucional	Si		Nominal
Interinstitucional	no	Nominal								



				Contrarreferencia injustificada	Cuenta/no cuenta con capacidad resolutive	Si No	Cuenta/no cuenta con capacidad resolutive	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

El tipo de investigación que se realizara es con un enfoque cuantitativo, descriptivo transversal, con un diseño no experimental

3.2 Diseño de la investigación

Es no experimental descriptivo

3.3 Población y muestra

3.3.1 Descripción de la población

La población está constituida por el Universo que son los Centros de Salud de la red norte del cusco

3.3.2 Muestra y método de muestreo

Centro de Salud de Ollantaytambo y sus puestos (Chillca, Patacancha)



3.3.3 Criterios de selección (inclusión, exclusión)

Inclusión

Los Centros de salud que realicen referencias y Contrarreferencia

Exclusión

Los que no realicen referencias

3.4 Técnicas e instrumentos

- técnicas de observación directa del fenómeno que será recolectado a través de hojas de recolección de datos de las historias clínicas de los pacientes que han son referidos. El instrumento será el formulario de encuesta

3.5 Procedimientos de recolección de datos

La encuestadora debidamente capacitada con los permisos de norma se presentara a los establecimientos elegidos en los días en los que el personal tenga menos labor y se realizara el recojo de datos de las historias clínicas, libros de registro de (emergencias, materno, hojas de SIS) así como también al personal que labora

3.5 Procedimientos de análisis de datos

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



CAPÍTULO IV

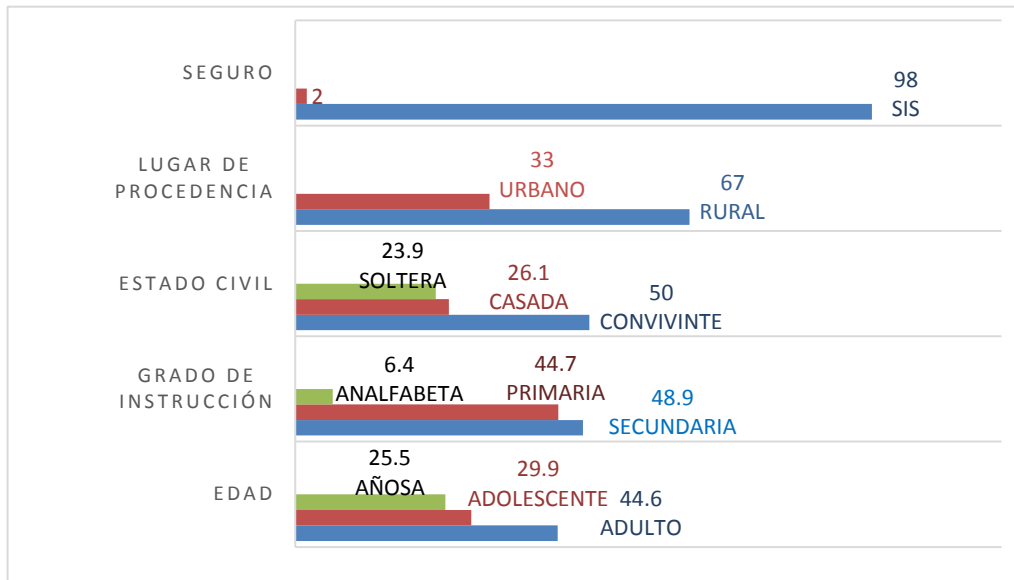
RESULTADO

4.1 Resultado e interpretación

I: DATOS GENERALES

GRÁFICO N°1

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LAS PACIENTES REFERIDAS DEL CENTRO DE SALUD OLLANTAYTAMBO 2014-2015 (JUNIO)

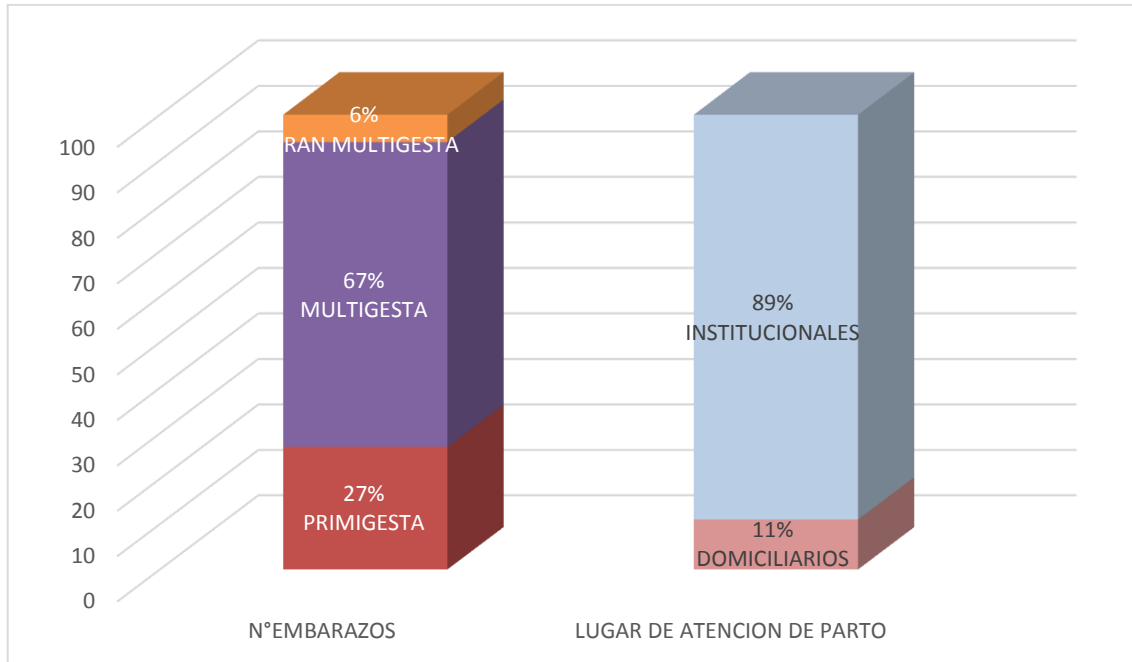


FUENTE: Ficha de recolección de datos de la historia clínica del Centro de Salud de Ollantaytambo 2014 – 2015

Interpretación: Las características sociodemográficas de las pacientes que han sido referidas con mayor frecuencia, nos muestra aquellas que están entre [21-35 años] son el 44.6% de gente adulta, cómo grado de instrucción se da con mayor frecuencia aquellas que tienen secundaria con 48.9%, el estado civil de las pacientes que predomina son las convivientes con 50%, como lugar de procedencia son las que vienen de zona rural 67% y que el 98% de las pacientes referidas tienen el seguro integral de salud (SIS)

GRÁFICO N°2

CARACTERÍSTICAS REPRODUCTIVAS DE LAS PACIENTES REFERIDAS DEL CENTRO DE SALUD OLLANTAYTAMBO 2014-2015 (JUNIO)



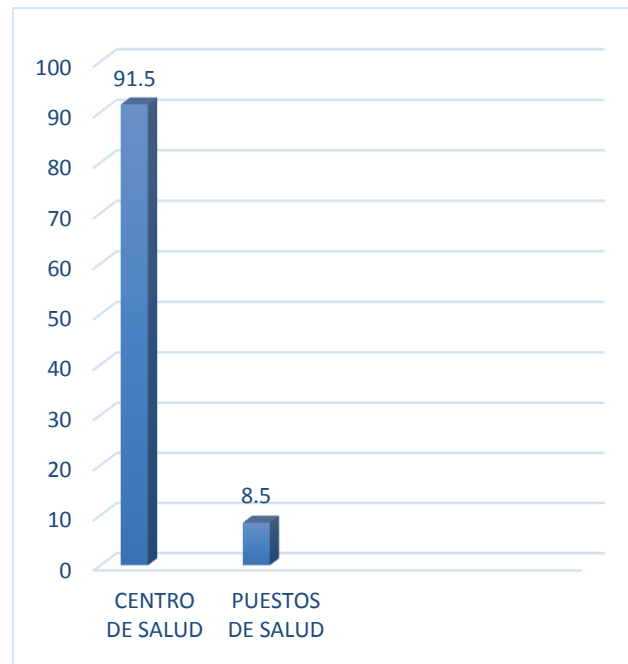
FUENTE: Ficha de recolección de datos de la historia clínica del Centro de Salud de Ollantaytambo 2014 – 2015

Interpretación: Como se aprecia en el gráfico, dentro de las características reproductivas, en paridad predominan aquellas multigestas (2-3) hijos con un 67%. En el lugar de atención de parto un 89% fueron de parto institucional (Centros de Salud u Hospitales) y 11% de parto domiciliario siendo un mínimo porcentaje pero sigue siendo un problema que ya se va controlando con medidas tomadas por el personal de salud que labora.

II.MANEJO DE LA REFERENCIA

GRÁFICO N°3

NIVEL DEL ESTABLECIMIENTO DEL CUAL SON REFERIDAS, CENTRO DE SALUD OLLANTAYTAMBO 2014-2015 (JUNIO)

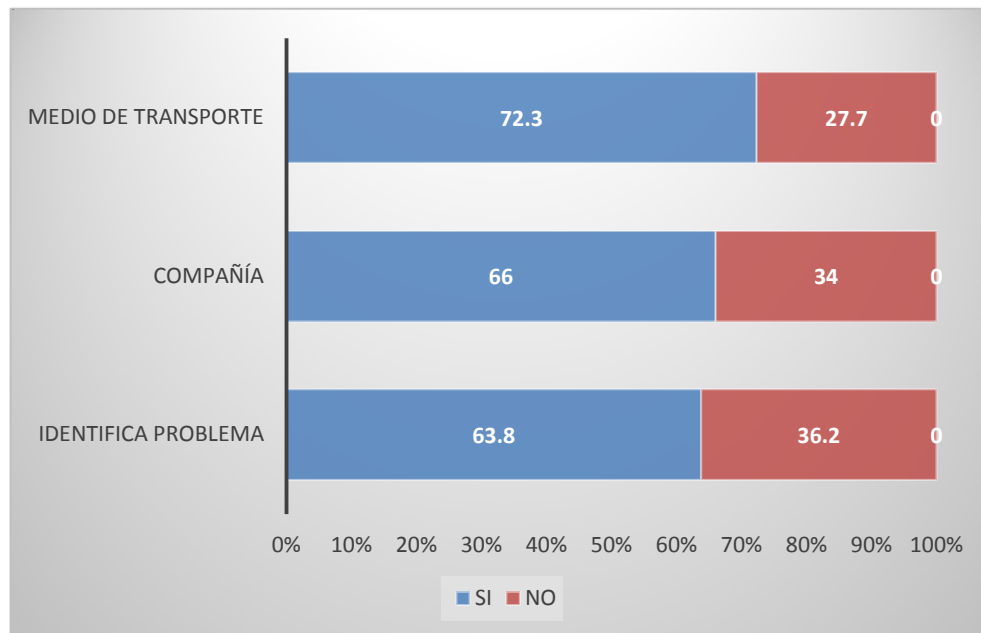


FUENTE: Ficha de recolección de datos de la historia clínica y registros del Centro de Salud de Ollantaytambo 2014 – 2015

Interpretación: A nivel administrativo nos dice que las referencias se dan con mayor frecuencia aquellas que son enviadas del Centro de Salud a otro establecimiento con mayor capacidad resolutoria con un 91.5%, siendo un 8.5% aquellas referencias que son enviadas de los puesto de salud como (Chilca y Patacancha) al Centro de Salud de Ollantaytambo; lo que nos quiere decir que más son las referencias enviadas que las recibidas

II.1 PACIENTE:**GRÁFICO N°4**

IDENTIFICAN CUALQUIER PROBLEMA DE SALUD, SI VA ACOMPAÑADA Y MEDIO DE TRANSPORTE PARA SER REFERIDAS DEL CENTRO DE SALUD OLLANTAYTAMBO 2014-2015 (JUNIO)



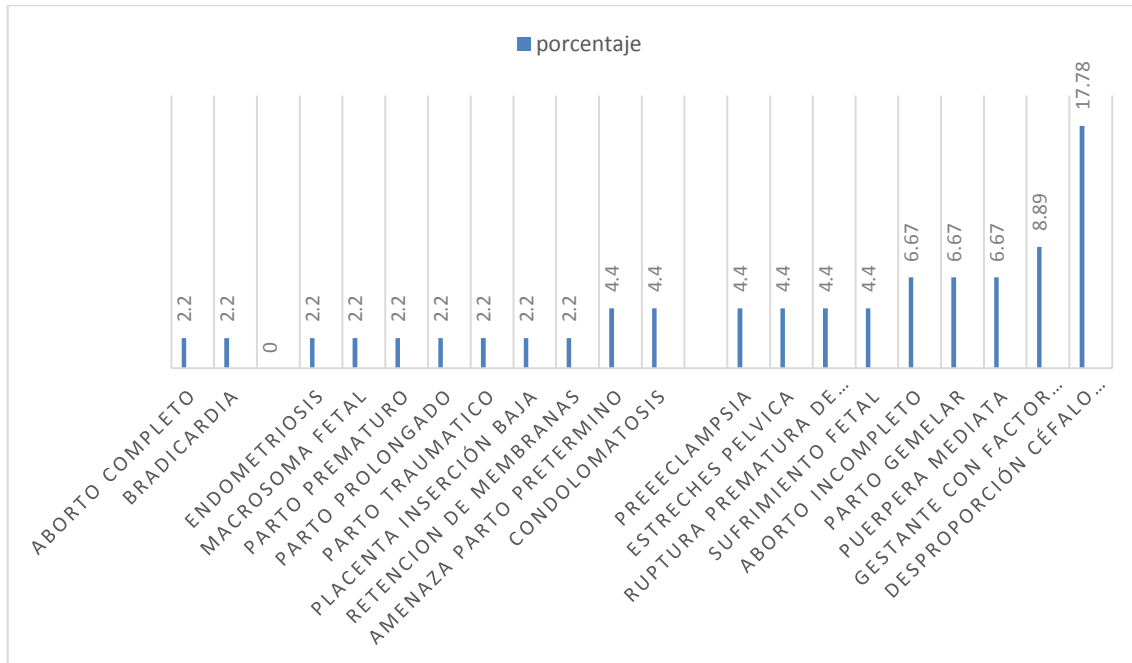
FUENTE: Ficha de recolección de datos de la historia clínica y registros del Centro de Salud de Ollantaytambo 2014 – 2015

Interpretación: La participación de la paciente es también importante se puede observar que el 69% identifica cualquier problema de salud (perdida de líquido, ausencia de movimientos fetales, sangrado vaginal, etc.), siendo un 70.5% que van acompañadas de algún familiar (esposo, madre, hijos, etc.) y personal de salud, que con mayor frecuencia si utilizan algún medio de transporte para llegar al establecimiento de salud con un 71.4%(carro, moto taxi, etc.)

II.II NIVEL DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD

GRÁFICO N°5

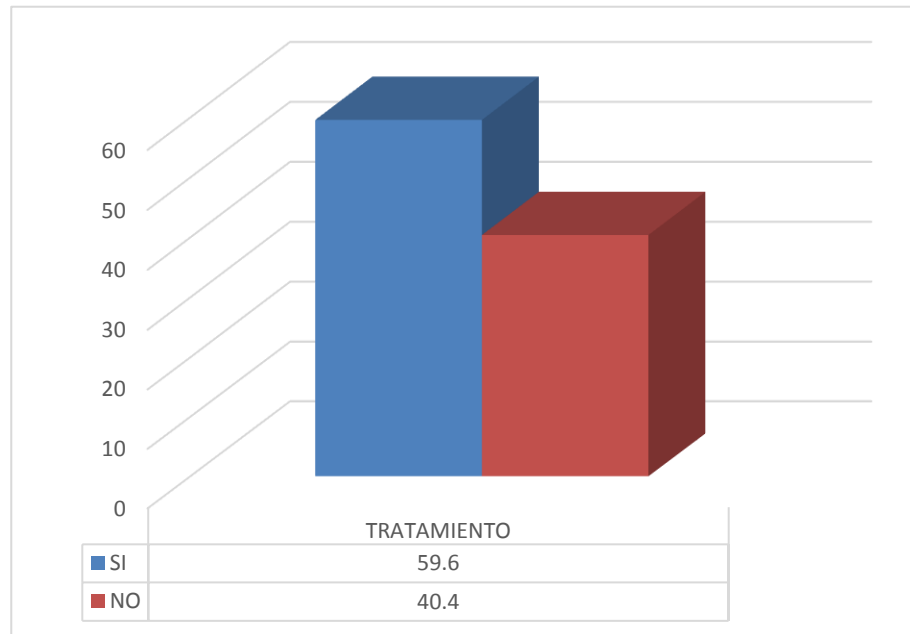
TÍPO DE DIAGNOSTICO DE LAS PACIENTES REFERIDAS DEL CENTRO DE SALUD OLLANTAYTAMBO 2014-2015 (JUNIO)



FUENTE: Ficha de recolección de datos de la historia clínica del Centro de Salud de Ollantaytambo 2014 – 2015

Interpretación: El tipo de diagnóstico con el que las pacientes son referidas es importante y con mayor frecuencia se da en aquellas que presentan desproporción céfalo pélvica con 17.78%, seguido de aquellas que presentan asociado a algún factor de riesgo que pueda tener la gestante con un 8.89%. Lo que nos quiere decir que puede o no ir el diagnóstico principal acompañado de otro diagnóstico que condicione a un más la vida materno fetal.

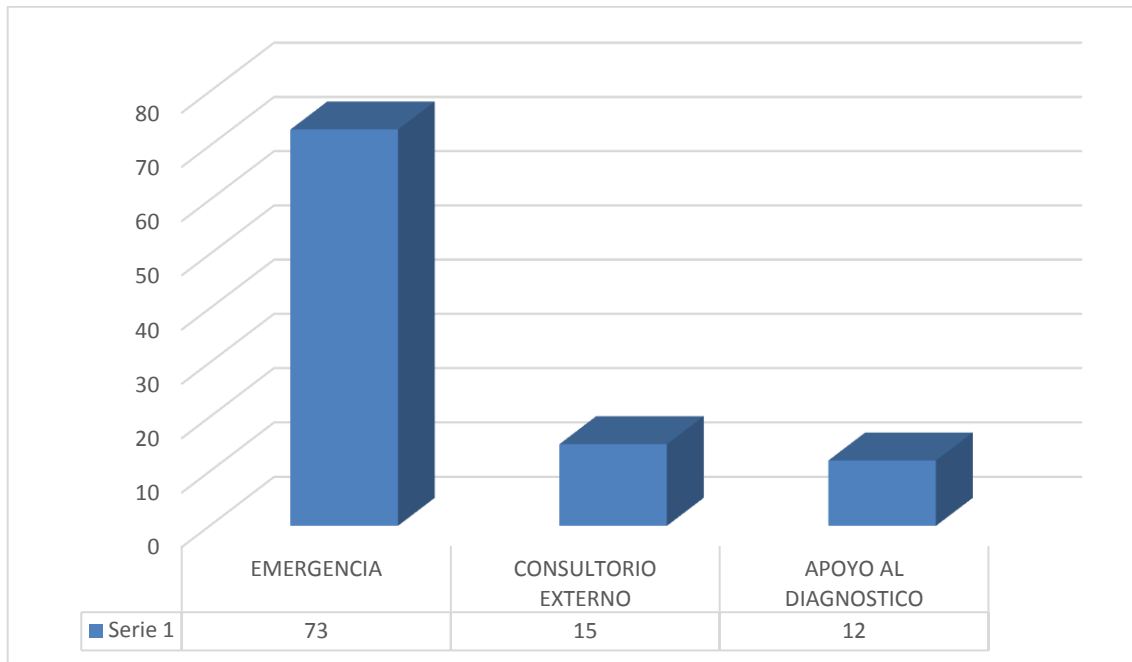
GRÁFICO N°6

TRATAMIENTO DE LAS PACIENTES REFERIDAS DEL CENTRO DE SALUD
OLLANTAYTAMBO 2014-2015 (JUNIO)

FUENTE: Ficha de recolección de datos de la historia clínica del Centro de Salud de Ollantaytambo 2014 – 2015

Interpretación: Las pacientes que son referidas con mayor frecuencia se les administra medicamentos (antibióticos, etc.) con un 59.6%, de estas un 7.41% son en dosis iniciales seguido de aquellas a las que se les coloca una vía con cloruro de sodio. El 40.74%. Son de aquellas del cual no es necesario administrar algún tipo de medicamento y solo será necesario el control de funciones vitales

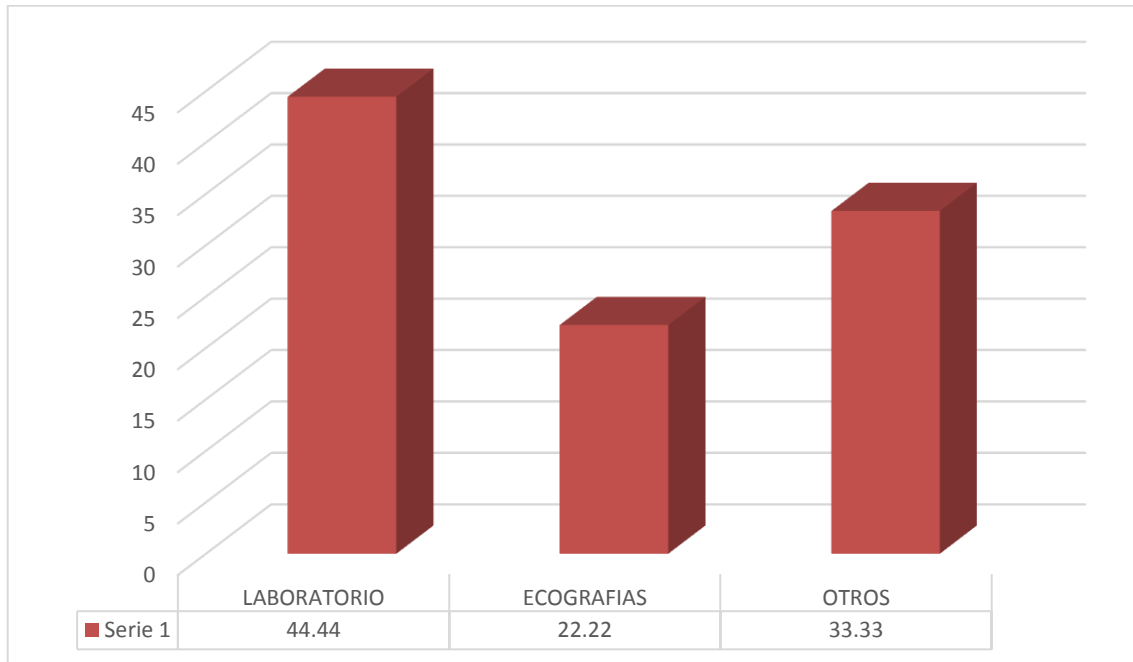
GRÁFICO N°7

IDENTIFICAR MOTIVO DE LA REFERENCIAS DE LAS PACIENTES REFERIDAS DEL CENTRO DE SALUD OLLANTAYTAMBO 2014-2015 (JUNIO)

FUENTE: Ficha de recolección de datos de la historia clínica del Centro de Salud de Ollantaytambo 2014 – 2015

Interpretación: De las pacientes que son referidas con mayor frecuencia son las que se van por emergencia con 73%, seguido por aquellas enviadas por consultorio externo, según LOVADEZ F, SCHAB N; STRAATMAN H. "Redes públicas, descentralizadas y comunitarias de salud en Bolivia, Año 2000" un 55% en consultas externas. La población de estudio fue alta una población en la cual se tuvo como referencia los hospitales II y centros de salud

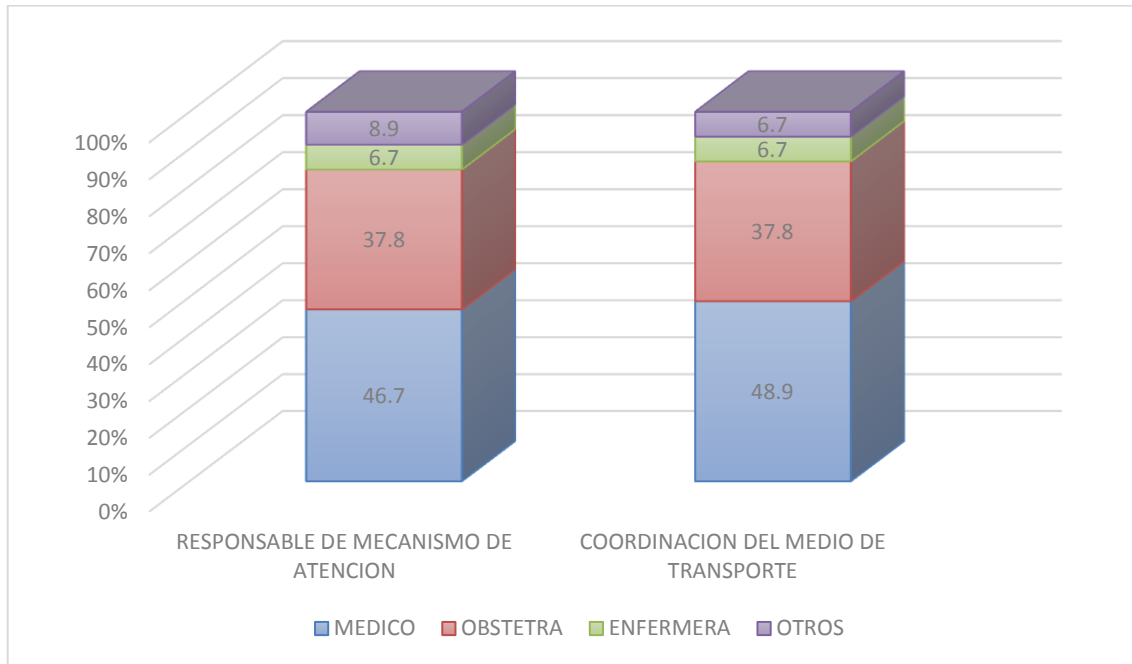
GRÁFICO N°8

RECURSOS DE SOPORTE PARA LAS REFERENCIAS DE LAS PACIENTES REFERIDAS DEL CENTRO DE SALUD OLLANTAYTAMBO 2014-2015 (JUNIO)

FUENTE: Ficha de recolección de datos de la historia clínica del Centro de Salud de Ollantaytambo 2014 – 2015

Interpretación: Se observa que las pacientes que son referidas cuentan para un mejor diagnóstico como recurso de soporte y que con mayor frecuencia se tiene con un 44.44% laboratorio, seguida de otros recursos con un 33.33% como (radiografías, etc.) y las ecografías con un 22.22%; ya que siendo estas las más utilizadas por el personal de salud que atiende para que la paciente pueda ser atendida en otro Establecimiento de Salud que tenga mayor capacidad resolutive para solucionar el problema.

GRÁFICO N°9

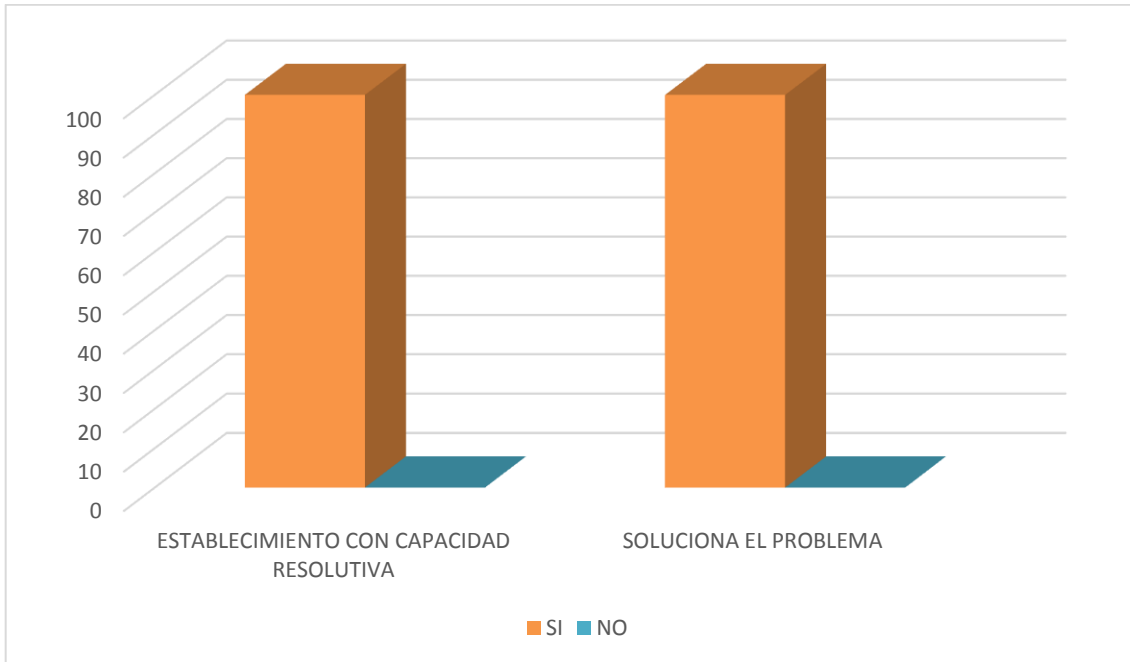
RESPONSABLES DEL MECANISMO DE ATENCIÓN Y COORDINACIÓN DE MEDIO DE TRANSPORTE DE PACIENTES REFERIDAS DEL CENTRO DE SALUD OLLANTAYTAMBO 2014-2015 (JUNIO)

FUENTE: Ficha de recolección de datos de la historia clínica del Centro de Salud de Ollantaytambo 2014 – 2015

Interpretación: Cuando la paciente es referida quien con mayor frecuencia se ocupa del mecanismo de atención 46.7% y coordinación del transporte 48.9% es el médico, seguido de la obstetra con un 37.8%.

Lo que nos da a entender que el medico tiene mayor participación ya sea porque el solamente firma y otro personal es el que atiende, o por varios motivos que tomen en cuenta el personal de salud para referir a la paciente.

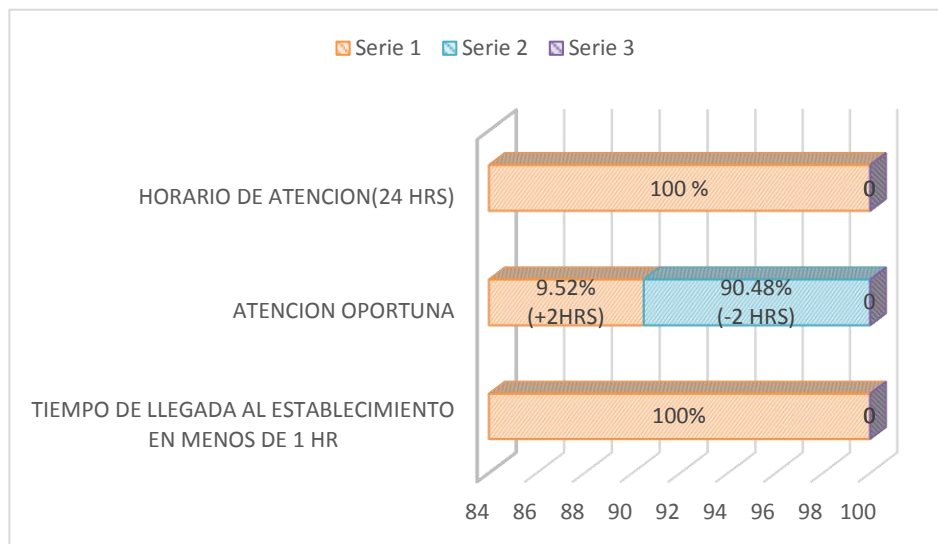
GRÁFICO N°10

CRITERIOS DE SELECCIÓN DEL ESTABLECIMIENTO PARA LA REFERENCIA DEL CENTRO DE SALUD OLLANTAYTAMBO 2014-2015 (JUNIO)

FUENTE: Ficha de recolección de datos de la historia clínica del Centro de Salud de Ollantaytambo 2014 – 2015

Interpretación: Los criterios de selección del establecimiento destino para la referencia es, si cuenta con capacidad resolutive necesaria para poder solucionar el problema al ser el establecimiento con un categoría I-3 se tienen que enviar a un Establecimiento con mayor capacidad resolutive, siendo el Hospital Lorena como primera opción para enviar las referencias ya que depende de varios motivo y también puede ser referida al Hospital Regional, lo cual se cumple en un 100%

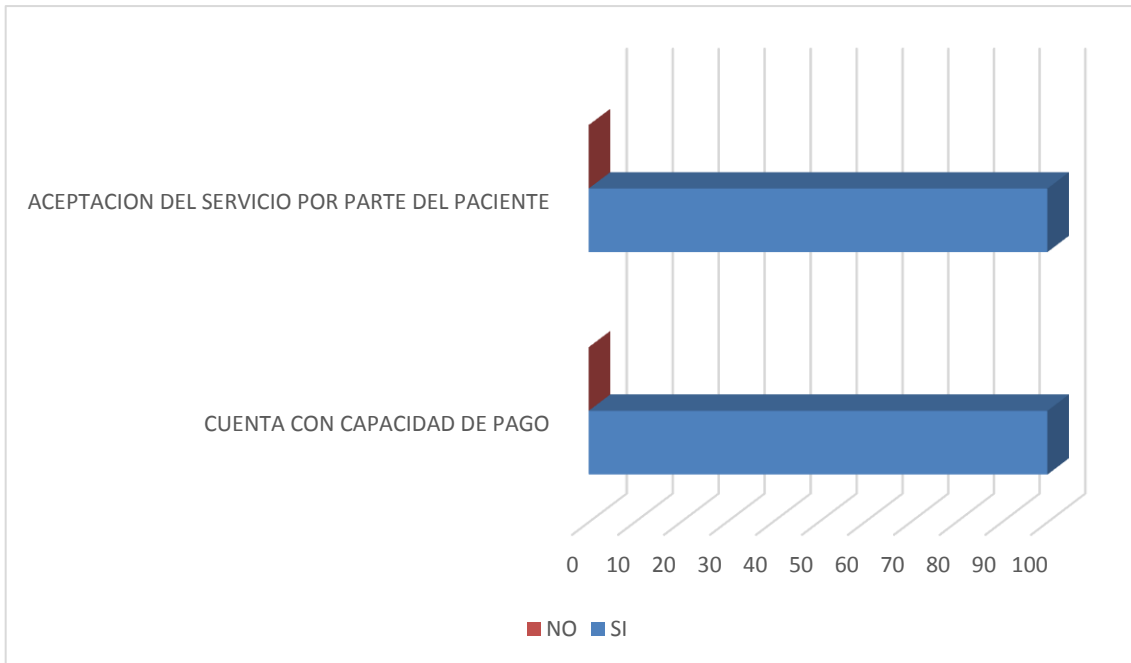
GRÁFICO N°11

ACCESIBILIDAD DEL PACIENTE AL CENTRO DE SALUD OLLANTAYTAMBO
2014-2015 (JUNIO) Y ATENCIÓN OPORTUNA

FUENTE: Ficha de recolección de datos de la historia clínica del Centro de Salud de Ollantaytambo 2014 – 2015

Interpretación: El establecimiento de Salud como es de nivel I-3 su atención es las 24 horas del día, la atención oportuna es que la paciente si recibe un atención de calidad, el 90.48% es enviado al establecimiento destino de la referencia en menos de dos horas y un 9.52% aquellas referencias que se dan en más de dos horas debido a el tipo de emergencia que se presente, también la paciente por lo general llega en menos de una hora al establecimiento origen de la referencia. MAZZA M; VALLEJO C; GONZÁLEZ M. “Mortalidad materna: análisis de las tres demoras (2012) Venezuela”, la demora 1, (80 %) requirió una referencia y demoraron menos de seis horas en llegar al centro donde ocurrió la defunción (36,7 %).

GRÁFICO N°12

CAPACIDAD DE PAGO DEL EE.SS EN LA REFERENCIA Y CONSENTIMIENTO
DEL PACIENTE, CENTRO DE SALUD OLLANTAYTAMBO 2014-2015 (JUNIO)

FUENTE: Ficha de recolección de datos de la historia clínica y personal del Centro de Salud de Ollantaytambo 2014 – 2015

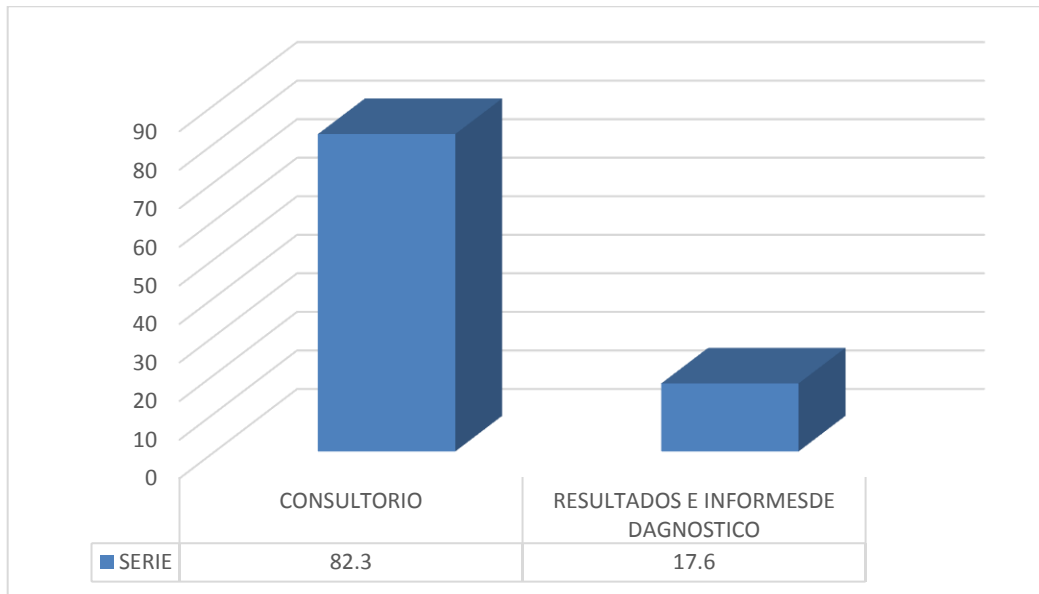
Interpretación: El paciente acepta el servicio que se le brinda, porque el Centro de Salud de Ollantaytambo tuvo una mejora no solo en la infraestructura, sino también en atención de calidad. Como Centro de Salud una forma de recaudar dinero para poder solventar gastos de algunos pacientes que tienen escasos recursos económicos o los que no cuentan SIS (Seguro Integral de Salud) y poder así cubrir por lo menos el transporte y otros gastos que sean necesarios para el traslado de las pacientes

III. MANEJO DE LA CONTRARREFERENCIA

III.I ESTABLECIMIENTO DESTINO DE LA REFERENCIA

GRÁFICO N°13

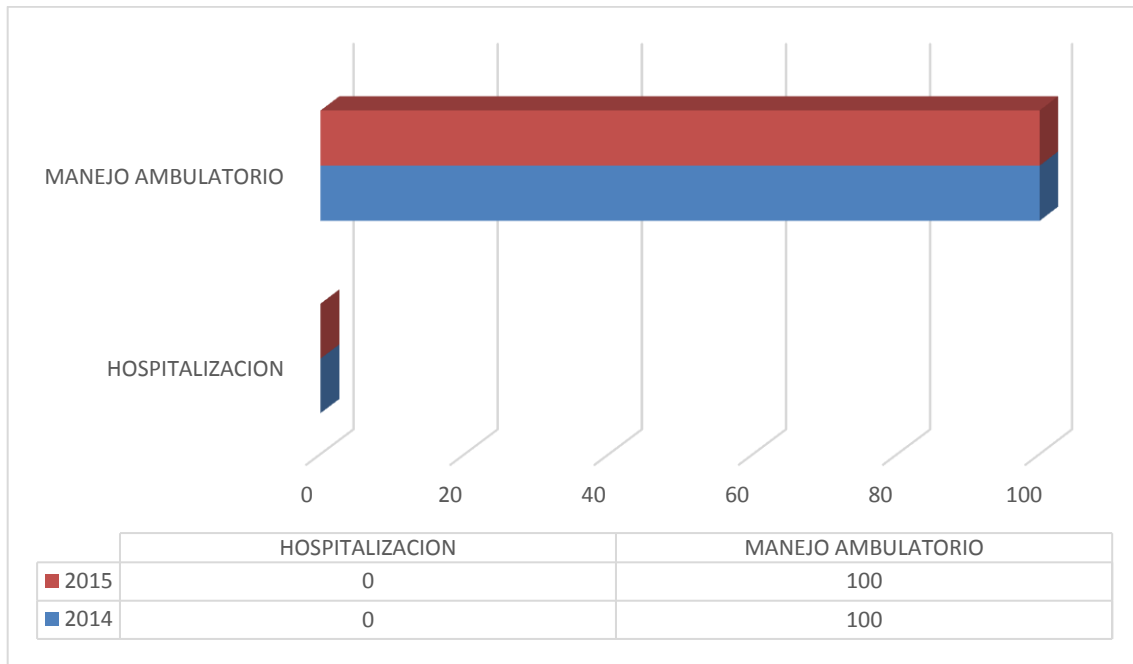
IDENTIFICAR EL MOTIVO DE LA CONTRARREFERENCIA DE LA PACIENTE, AL CENTRO DE SALUD OLLANTAYTAMBO 2014-2015(JUNIO)



FUENTE: Ficha de recolección de datos de la historia clínica y personal del Centro de Salud de Ollantaytambo 2014 – 2015

Interpretación: Como motivo de la contrarreferencia con mayor frecuencia en 82.3% son aquellas que son contrarreferidas a consultorio externo; porque ellas fueron enviadas al destino de la referencia a emergencia para poder ser atendidas , seguido por aquellas que son enviadas con resultado e informes de diagnóstico con 17.6%. Esto nos demuestra que si se solucionó el problema gracias a la capacidad resolutive

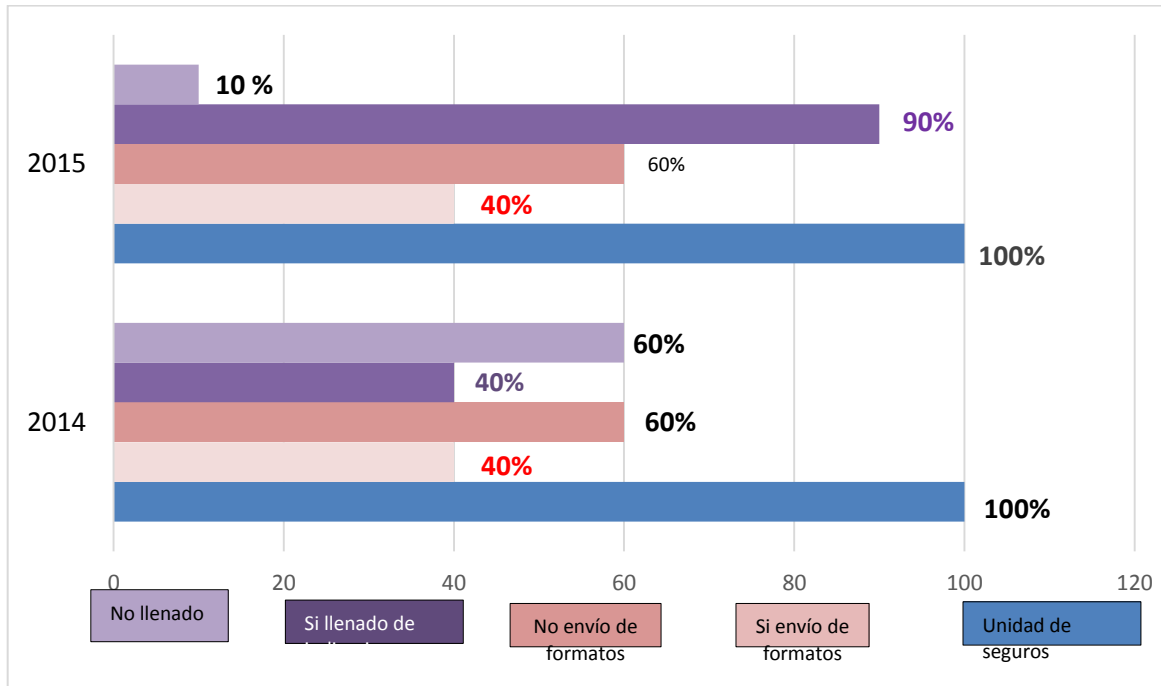
GRÁFICO N°14

HOSPITALIZACIÓN O MANEJO AMBULATORIO DE LA PACIENTE CONTRARREFERIDA, CENTRO DE SALUD OLLANTAYTAMBO 2014-2015 (JUNIO)

FUENTE: Ficha de recolección de datos de la historia clínica y personal del Centro de Salud de Ollantaytambo 2014 – 2015

Interpretación: La paciente que es contrarreferida al establecimiento origen de la referencia es enviada con mayor frecuencia a consultorio externo por lo cual tienen un manejo ambulatorio en un 100% ya sea para control o continuar con algún tratamiento, tanto en el año 2014 con 4 contrarreferencias y en el año 2015 con 10 contrarreferencias, siendo un 0% de personas que no regresaron al establecimiento origen de la referencia para seguir estando hospitalizadas

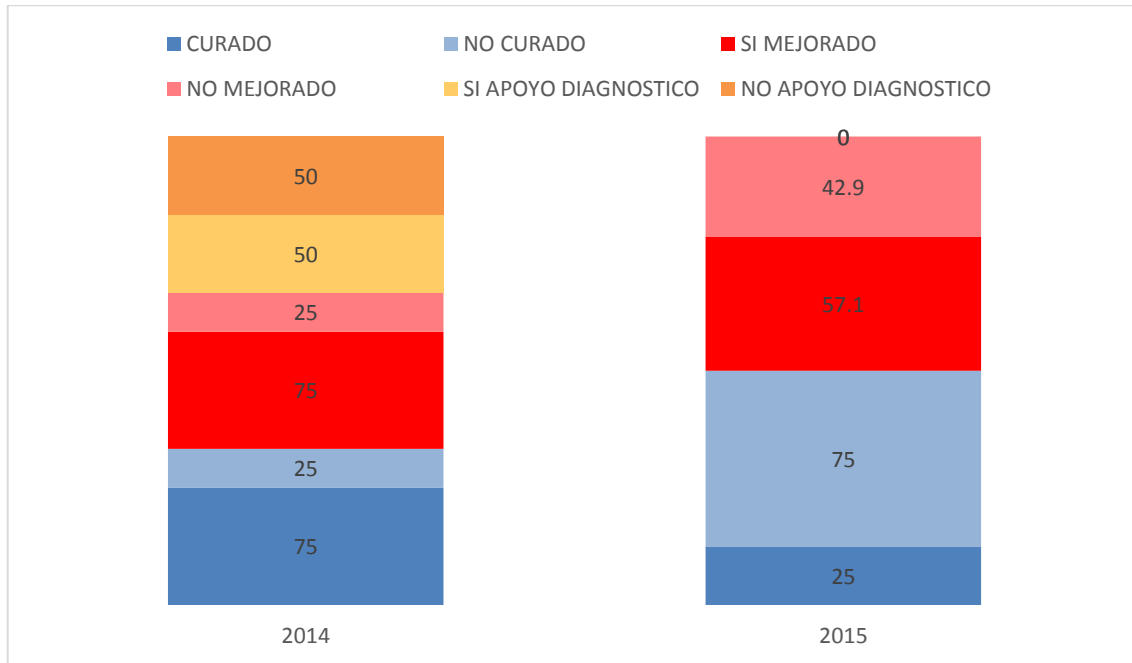
GRÁFICO N°15

LLENADO Y ENVIO DE FORMATOS CON LAS INDICACIONES Y UNIDAD DE SEGUROS DE LA CONTRARREFERENCIA, CENTRO DE SALUD OLLANTAYTAMBO 2014-2015(JUNIO)

FUENTE: Ficha de recolección de datos de la historia clínica y personal del Centro de Salud de Ollantaytambo 2014 – 2015

Interpretación: El llenado de cuidado e indicaciones un 40%, envío de formatos 40% y el seguimiento de la unidad de seguros 100%, se dieron en el año 2014, pero en el año 2015 el llenado de indicaciones y cuidados se cumplieron con un 90%, mientras que en el envío de formatos se dieron en un 40% y el 60% no por perdidas del documento o falta de datos, el seguimiento en la unidad de seguros se dio en un 100%. TORRES M. "SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA UNIDAD EJECUTORA DE SALUD EL CARMEN 2011 – HUANCAYO. La comunicación no funciona adecuadamente entre la referencia y la Contrarreferencia y Algunos problemas administrativos pueden solucionarse con sensibilización y capacitación permanente en el tema.

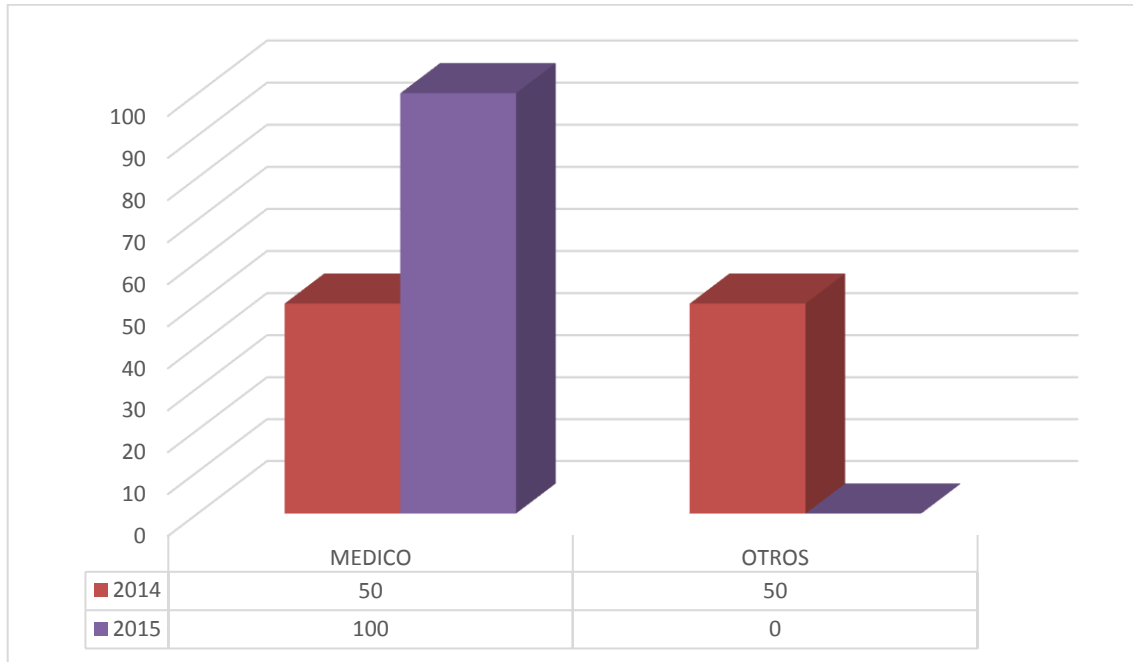
GRÁFICO N°16

CONDICIÓN DE LA PACIENTE CONTRARREFERIDA, CENTRO DE SALUD
OLLANTAYTAMBO 2014-2015 (JUNIO)

FUENTE: Ficha de recolección de datos de la historia clínica y personal del Centro de Salud de Ollantaytambo 2014 – 2015

Interpretación: En las condiciones del usuario teniendo en cuenta el número de contrarreferencias en el año 2014 que son 4, se tiene que las pacientes son contrarreferidas con problema solucionado y sin tratamiento en un 75% .En el año 2015 con 10 contrarreferencias en la condición mejorado con tratamiento un 57.1 y sin tratamiento un 42.9%; curado con problema solucionado 75% y sin solucionar un 25%.

GRÁFICO N°17

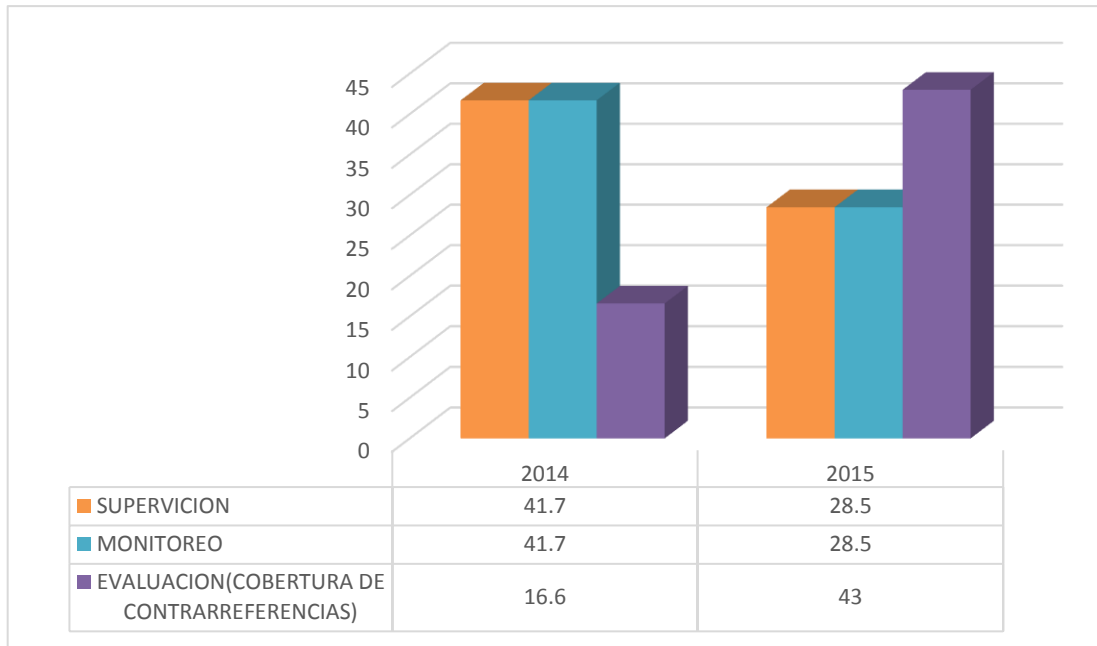
**PERSONAL QUE ATENDIO LA CONTRARREFERENCIA, CENTRO DE SALUD
OLLANTAYTAMBO 2014-2015(JUNIO)**

FUENTE: Ficha de recolección de datos de la historia clínica y personal del Centro de Salud de Ollantaytambo 2014 – 2015(junio)

Interpretación: Las pacientes que son contrarreferidas al establecimiento origen de la referencia son atendidas por medico con mayor frecuencia en el año 2014 con 50%, mientras que en el año 2015, 100%; el 50 % en el 2014 es por biólogo. Son contrarreferencias por los biólogos ya que son contrarreferencias del Centro de Salud envió a los Puestos de salud,

GRÁFICO N°18

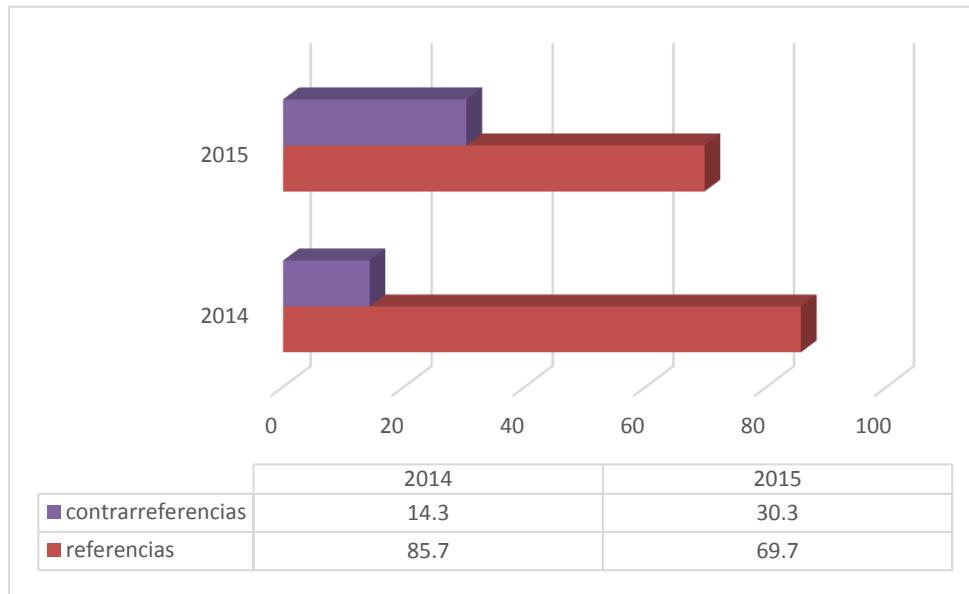
CONTROL DE LA REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA, CENTRO DE SALUD OLLANTAYTAMBO 2014-2015(JUNIO)



FUENTE: Ficha de recolección de datos de la historia clínica y personal del Centro de Salud de Ollantaytambo 2014 – 2015(junio)

Interpretación: El control de las referencias y contrarreferencias se da mediante la supervisión, monitoreo teniendo en cuenta (la organización, el flujo de referencia y contrarreferencia, conocimiento de información y registro) en el año 2014 un 41.7% y en el año 2015 un 28.5%; mientras que en la evaluación se cumple con referencias efectivas con 100%, y la cobertura de contrarreferencias se da en un 16.6% en el año 2014 y 43% en el año 2015 siendo un óptimo un porcentaje mayor de 75%. TORRES M. "SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA UNIDAD EJECUTORA DE SALUD EL CARMEN 2011 – HUANCAYO. El personal asistencial dice que las referencias no son oportunas y que el sistema de referencia y Contrarreferencia no tiene mucho apoyo de las autoridades en lo que se refiere a implementación

GRÁFICO N°19

LAS REFERENCIAS Y CONTRARREFERENCIAS, CENTRO DE SALUD
OLLANTAYTAMBO 2014-2015(JUNIO)

FUENTE: Ficha de recolección de datos de la historia clínica y personal del Centro de Salud de Ollantaytambo 2014 – 2015(junio)

Interpretación: Nos muestra que en el año 2014 las referencias solamente tienen su contrarreferencia un 14.3%, en cambio en el año 2015 con 23 referencias se tiene 68.7% y con 10 contrarreferencias se cumple un 30.3%, nos dice que en el año 2015 hay un mejor manejo de las referencias y contrarreferencias. MAYCA J; PALACIOS FLERES E; MEDINA A; VELASQUEZ J; CASTAÑEDA D. Revista Perú Med. Exp.Salud Publica 2009; 26(2); 145-60” 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”.Las complicaciones del embarazo son la primera causa materna, tener en cuenta el deficiente sistema de referencia y Contrarreferencia, el inadecuado trato e información el usuario, el limitado uso de manuales, protocolos y el control de calidad de las redes hacia los micros redes, se reflejan numerosos problemas de calidad de atención



DISCUSIÓN

En el Centro de Salud de Ollantaytambo se presentaron 47 referencias y 14 contrarreferencias en el año 2014 – 2015 (Junio), considerado como uno de los grandes problemas en la salud materna perinatal. El Sistema de Referencias y Contrarreferencias es uno de los ítems principales que tienen muchas deficiencias en todo su flujo y que puede ser el principal motivo de las muertes materno – perinatales y que también se considera las demoras. En esta investigación se tiene en cuenta a Lovadez F, Schab N; Straatman H. "Redes públicas, descentralizadas y comunitarias de salud en Bolivia, año 2000." Su reforma de salud presta atención a las políticas de desarrollo para reducir a muerte materna y busca estrategias 1) garantizar que las mujeres tengan acceso a la atención institucional en embarazo y parto, 2) reorganización de los servicios para la calidad.

Las características sociodemográficas de las pacientes que han sido referidas con mayor frecuencia, nos muestra aquellas que están entre los [21-35 años] son el 44.6 % de gente adulta, cómo grado de instrucción se da con mayor frecuencia se da son aquellas que tienen secundaria con 48.9%, el estado civil de las pacientes que predomina son las convivientes con 50%, como lugar de procedencia son las que vienen de zona rural 67% y que el 98% de las pacientes referidas tienen el seguro integral de salud (SIS).



Las características reproductivas en paridad predominan aquellas multigestas (2-3) hijos con un 67% y que un 89% de las pacientes fue de parto institucional, siendo las multigestas con alto factor de riesgo y 11% parto domiciliario.

A nivel administrativo nos dice que las referencias se dan con mayor frecuencia aquellas que son enviadas del Centro de Salud a otro establecimiento con mayor capacidad resolutive con un 91.5%, siendo un 8.5% aquellas referencias que son enviadas de los puesto de salud como (Chilca y Patacancha) al Centro de Salud de Ollantaytambo; lo que nos quiere decir que más son las referencias enviadas que las recibidas de los puestos de salud.

Como participación de la paciente se puede observar que el 69% identifica cualquier problema de salud (perdida de líquido, ausencia de movimientos fetales, sangrado vaginal, etc.), siendo un 70.5% que van acompañadas de algún familiar (esposo, madre, hijos, etc.) y personal de salud, que con mayor frecuencia si utilizan algún medio de transporte con un 71.4%.

El tipo de diagnóstico con el que las pacientes son referidas con mayor frecuencia se da en aquellas que presentan desproporción céfalo pélvica con 17.78%, seguido de algún factor de riesgo que pueda tener la gestante con un 8.89%, ya que otros diagnósticos también se dan pero no con mucha frecuencia como abortos, parto gemelares, etc. Mayca J; Palacios Fleres E; Medina A; Velasquez J; Castañeda D. Revista Perú Med. Exp.Salud Publica 2009; 26(2); 145-60 “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” Las complicaciones del embarazo son la primera causa materna, tener en cuenta el deficiente sistema de referencia y Contrarreferencia,

Las pacientes que son referidas con mayor frecuencia se les administra medicamentos (antibióticos, etc.) con un 59.6%, de estas un 7.41% son en dosis iniciales seguido de aquellas a las que se les coloca una vía con cloruro de sodio, 40.74% los que no es necesario . Esto depende del tipo de diagnóstico.

Las pacientes que fueron referidas con mayor frecuencia son las que se van por emergencia con 73%, seguido por aquellas que fueron enviadas por consultorio externo, según Lovadez F, Schab N; Straatman H.”Redes públicas, descentralizadas y comunitarias de salud en Bolivia, Año 2000” un 55% en consultas externas. La población de estudio fue alta una población en la cual se tuvo como referencia los hospitales II y centros de salud.

El recurso de soporte más utilizado en las referencias de las pacientes que son referidas con mayor frecuencia se la laboratorio 44.44%, seguido de las ecografías 22.22% que ayudaran a un mejor diagnóstico. Cuando la paciente es referida quien con mayor frecuencia se ocupó del mecanismo de atención 46.7% y coordinación del transporte 48.9% es el médico, seguido de la obstetra con un 37.8%. Mazza M; Vallejo C; González M. Mortalidad materna: “análisis de las tres demoras” (2012) Venezuela. Los principales motivos de referencia fueron no contar con atención obstétrica (33,3 %).



Para los criterios de selección de la referencia si se cumplió a un 100%, porque el establecimiento cuenta con capacidad resolutive y si soluciona el problema. En cambio según Mayca J; Palacios Fleres E; Medina A; Velasquez J; Castañeda D. Revista Perú Med. Exp.Salud Publica 2009; 26(2); 145-60 “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”. La baja capacidad resolutive.

El establecimiento de Salud como es de nivel I-3 su atención es las 24 horas del día, la atención oportuna es que la paciente si recibió una atención de calidad y oportuna por que el 90.48% fue enviado al establecimiento destino de la referencia en menos de dos horas y un 9.52% aquellas referencias que se dan en más de dos horas debido a el tipo de emergencia que se presente, también la paciente por lo general llega en menos de una hora al establecimiento origen de la referencia. Por otro lado Mazza M; Vallejo C; González M. “Mortalidad materna: análisis de las tres demoras (2012) Venezuela”, la demora 1, (80 %) requirió una referencia y demoraron menos de seis horas en llegar al centro donde ocurrió la defunción (36,7 %).

El Centro de Salud a un 100% cuenta con capacidad de pago por que los cobros que se hacen en emergencia cubre algunos gastos de pacientes con muy escasos recursos y hay un 100% de la población que hay una aceptación del servicio que se le brinda. Como manejo de la contrarreferencia con mayor frecuencia en 82.3% en aquellas que fueron enviadas del destino de la referencia a emergencia, y estas fueron contrarreferidas a consultorio externo seguido por aquellas que son enviadas con



resultado e informes de diagnóstico con 17.6%. La paciente que es contrarreferidas al establecimiento destino de la referencia es enviada con mayor frecuencia a consultorio externo por lo tanto es de manejo ambulatorio con un 100% en el 2014 teniendo en cuenta que son 4 contrarreferencias e igualmente en el año 2015 teniendo como contrarreferencias 10.

El llenado de cuidado e indicaciones 40%, envío de formatos 40% y el seguimiento de la unidad de seguros se dieron en el año 2014 con un 100%, pero en el año 2015 el llenado de indicaciones y cuidados se cumplieron con un 90%, mientras que el envío de formatos se dieron en un 40% y el 60% no por perdidas del documento o falta de datos, el seguimiento en la unidad de seguros se dio en un 100%.

Torres M. "Sistema de referencia y contrarreferencia unidad ejecutora de salud el Carmen 2011 – Huancayo. La comunicación no funciona adecuadamente entre la referencia y la Contrarreferencia y Algunos problemas administrativos pueden solucionarse con sensibilización y capacitación permanente en el tema.

En las condiciones del usuario teniendo en cuenta el número de contrarreferencias en el año 2014 que son 4, se tienen en apoyo de diagnóstico, sin tratamiento un 75%; curado con problema solucionado un 75% y sin solucionar un 25%. En el año 2015 con 10 contrarreferencias en la condición mejorado con tratamiento un 57.1 y sin tratamiento un 42.9%; curado con problema solucionado 75% y sin solucionar un 25%.



Las pacientes que fueron contrarreferidas al establecimiento origen de la referencia son atendidas por medico con mayor frecuencia en el año 2014 con 50%, mientras que en el año 2015, un 100%; el 50 % en el 2014 es por biólogo.

El control de las referencias y contrarreferencias se da mediante la supervisión, monitoreo teniendo en cuenta (la organización, el flujo de referencia y contrarreferencia, conocimiento de información y registro) en el año 2014 un 83.4% y en el año 2015 un 57%; mientras que en la evaluación se cumple con referencias efectivas con 100%,y la cobertura de contrarreferencias se da en un 16.6% en el año 2014 y 43% en el año 2015 siendo un óptimo un porcentaje mayor de 75%. En Torres M. "Sistema de referencia y contrarreferencia unidad ejecutora de salud el Carmen 2011 – Huancayo.

El personal asistencial dice que las referencias no son oportunas y que el sistema de referencia y Contrarreferencia no tiene mucho apoyo de las autoridades en lo que se refiere a implementación

Nos muestra que en el año 2014 las referencias solamente tienen su contrarreferencia un 14.3%, en cambio en el año 2015 con 23 referencias se tiene 68.7% y con 10 contrarreferencias se cumple un 30.3%, nos dice que en el año 2015 hay un mejor manejo de las referencias y contrarreferencias. En Mayca J; Palacios Fleres E; Medina A; Velasquez J; Castañeda D. Revista Perú Med. Exp.Salud Publica 2009; 26(2); 145-60” 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”.Las complicaciones del embarazo son la primera causa materna, tener en cuenta el deficiente sistema de referencia y Contrarreferencia, el inadecuado trato e información el usuario, el limitado uso de manuales, protocolos y el control de calidad de las redes hacia los micros redes, se reflejan numerosos problemas de calidad de atención



CONCLUSIONES

1.- Describir las características sociodemográficas y reproductiva de las gestantes referidas

Las características sociodemográficas de la pacientes que han sido referidas con mayor frecuencia, nos muestra aquellas que están entre [21-35 años] son el 44.6 de gente adulta, cómo grado de instrucción se dio con mayor frecuencia en aquellas que tienen secundaria con 48.9%, el estado civil de las pacientes que predomina son las convivientes con 50%, como lugar de procedencia son las que vienen de zona rural 67% y que el 98% de las pacientes referidas tienen el seguro integral de salud (SIS). Las características reproductivas de las pacientes nos indican que con mayor frecuencia se da en aquellas multigestas (2-3) hijos con un 67% y que un 89% de las pacientes fue de parto institucional

2.- Describir el manejo de referencia de pacientes obstétricas desde el nivel de los Establecimientos de Salud

A nivel administrativo las referencias se dieron con mayor frecuencia aquellas que fueron enviadas del Centro de Salud a otro establecimiento con mayor capacidad resolutive con un 91.5%, siendo un 8.5% aquellas referencias que fueron enviadas de los puesto de salud (Chillca y Patacancha) al Centro de Salud de Ollantaytambo; lo que nos quiere decir que más son las referencias enviadas que las recibidas. Como



participación de la paciente se puede observar que el 69% identifico cualquier problema de salud (perdida de líquido, ausencia de movimientos fetales, sangrado vaginal, etc.), siendo un 70.5% que van acompañadas de algún familiar (esposo, madre, hijos, etc.) y personal de salud, que con mayor frecuencia si utilizan algún medio de transporte con un 71.4%.

El tipo de diagnóstico con el que las pacientes fueron referidas con mayor frecuencia se da en aquellas que presentaron desproporción céfalo pélvica con 17.78%, seguido de algún factor de riesgo que pueda tener la gestante con un 8.89% y que Las pacientes que son referidas con mayor frecuencia se les administra medicamentos (antibióticos, etc) con un 59.6%, de estas un 7.41% son en dosis iniciales seguido de aquellas a las que se les coloca una vía con cloruro de sodio 40.74%.El motivo de las referencias se dieron por emergencia con 73%, seguido por aquellas que son enviadas por consultorio externo.

El recurso de soporte y con mayor frecuencia fue laboratorio 44.44% , seguido de las ecografías 22.22% que ayudaron a un mejor diagnóstico, el mecanismo de atención 46.7% y coordinación del transporte 48.9% el responsable se dio por el médico, seguido de la obstetra con un 37.8%. Para los criterios de selección de la referencia si se cumple a un 100%, sobre si el establecimiento cuenta con capacidad resolutive y si soluciona el problema.

El establecimiento de Salud como es de nivel I-3 su atención es las 24 horas del día, la atención oportuna es que la paciente si recibe un atención de calidad y oportuna



por que el 90.48% es enviado al establecimiento destino de la referencia en menos de dos horas y un 9.52% aquellas referencias que se dan en más de dos horas debido a el tipo de emergencia que se presente, también la paciente por lo general llega en menos de una hora al establecimiento origen de la referencia.

El Centro de Salud a un 100% cuenta con capacidad de pago y hay un 100% de la población que hay una aceptación del servicio que se le brinda

3.- Manejo de referencia de pacientes obstétricas desde el nivel de la comunidad

Dentro de la norma técnica del sistema de Referencias y Contrarreferencias el papel que tiene el promotor es muy importante y juega un papel indispensable; pero dentro del estudio se pudo observar que no hubo la participación del promotor ya que el debería identificar cualquier problema de salud, llenar la hoja de referencia comunal, informar a los familiares y acompañar al usuario, por lo que no es de esa manera

4.- Establecer la pertinencia del informe de la Contrarreferencia de las pacientes obstétricas referidas del Centro de Salud Ollantaytambo

Se identificó el motivo de la contrarreferencia con mayor frecuencia en 82.3% en aquellas que fueron enviadas del destino de la referencia de la emergencia, y estas fueron contrarreferidas a consultorio externo seguido por aquellas que son enviadas con resultado e informes de diagnóstico con 17.6%. La paciente que es contrarreferidas al establecimiento destino de la referencia es enviada con mayor



frecuencia a consultorio externo por lo tanto es de manejo ambulatorio con un 100% en el 2014 teniendo en cuenta que son 4 contrarreferencias e igualmente el año 2015 teniendo como contrarreferencias 10. El llenado de cuidado e indicaciones 40%, envío de formatos 40% y el seguimiento de la unidad de seguros 100% en el año 2014; pero en el año 2015 el llenado de indicaciones y cuidados se cumplieron con un 90%, mientras que en el envío de formatos se dieron en un 40% y el 60% no por perdidas del documento o falta de datos, el seguimiento en la unidad de seguros se dio en un 100%.



SUGERENCIAS

1.-Al saber que el sistema de referencias y contrarreferencias está organizado por niveles, conformar comités de gestiona nivel de micro redes, debidamente formalizados para que aborden temas exclusivos del manejo de referencias y contrarreferencias.

2.-La participación del personal de salud es importante así como que estos este capacitados a dedicación exclusiva y al equipamiento del Sistema de Referencia y Contrarreferencias, como es importante también el seguimiento, monitoreo y capacitación. Socializarla norma técnica y análisis de las brechas entre situación actual y la deseada, promoviendo el fortalecimiento, motive actitud, compromiso y responsabilidad por parte del personal de salud.

3.-La implementación y mejoramiento de la participación a nivel comunal del promotor de salud es una condición clave en la Red Obstétrica Neonatal según lo establecido en la N. T. N°018-2004 /MINSA del Sistema de Referencias y Contrarreferencias, con más charlas informativas y clases demostrativas en cada comunidad así mismo la implementación de los formatos necesarios para su manejo.

4.-Todo paciente debe ser contrarreferidas, lo que permitirá a los profesionales de salud saber si se resolvió el daño y continuar con el manejo o monitoreo, pero para esto los formatos de contrarreferencia será enviado al paciente pero el de implementar



y facilitar la comunicación entre establecimientos de salud con una central de telefonía para que se tenga en cuenta la condición de los pacientes.



BIBLIOGRAFÍA

- ¹ MINSA, Modelo de manejo estandarizado de emergencias obstétricas – modulo I
- ² Organización mundial de la salud. "informe sobre la salud en el mundo 2003, forjemos el futuro". Año 2003.
- ³ MINSA, Manejo estandarizado de las emergencias obstétricas y neonatales, modulo, MINSA Perú 2010
- ⁴ Lovadez F; Schab N; Straatman H .redes públicas, descentralizadas y comunitarias de salud en Bolivia, año 2000
- ⁵ Mazza M; Vallejo C; González M. mortalidad materna: análisis de las tres demoras (2012) Venezuela
- ⁶ Mayca J; Palacios E; Medina A; Velásquez J; Castañeda D. revista Perú med. exp.Salud Publica 2009; 26(2); 145-60 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 Torres M. "sistema de referencia y Contrarreferencia unidad ejecutora de salud el Carmen 2011 – Huancayo
- ⁸ MINSA, "resolución ministerial n° 751-2004/MINSA disponible en: <ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2004/rm751-2004.pdf>
- ⁹ MINSA, norma técnica del sistema de referencia y Contrarreferencia de los establecimientos del ministerio de salud (RM n°751- 2004/minsa-02/08/04)
- ¹⁰ DIGESA; Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva; documento técnico: plan estratégico nacional para la reducción de la mortalidad materna y perinatal 2009-2015 pág. 41-42
- ¹¹ MINSA, Norma técnica del sistema de referencia y Contrarreferencia de los establecimientos del ministerio de salud (RM n°751- 2004/minsa-02/08/04)
- ¹² MINSA, Norma técnica del sistema de referencia y Contrarreferencia de los establecimientos del ministerio de salud (RM n°751- 2004/minsa-02/08/04)
- ¹³ Cavero R; disponible en: http://issuu.com/gabo_castro/docs/src-cenarue
- ¹⁴ Cavero, a. sistema de referencia y Contrarreferencia, disponible en http://issuu.com/gabo_castro/docs/src-cenarue



- ¹⁵ MINSA, Norma técnica del sistema de referencia y Contrarreferencia de los establecimientos del ministerio de salud (RM n°751- 2004/minsa-02/08/04)
- ¹⁶ MINSA, Norma técnica del sistema de referencia y Contrarreferencia de los establecimientos del ministerio de salud (RM n°751- 2004/minsa-02/08/04)
- ¹⁷ MINSA, Norma técnica del sistema de referencia y Contrarreferencia de los establecimientos del ministerio de salud (RM n°751- 2004/minsa-02/08/04)
- ¹⁸ Cavero y romaña –sistema de referencia y Contrarreferencia
- ¹⁹ MINSA, Norma de categorización de establecimientos de salud. RM. n° 1142-2004/MINSA
- ²⁰ MINSA, Evaluación de las funciones obstétricas y neonatales. RM. n° 1001-2005/MINSA
- ²¹ MINSA, Modelo de emergencia obstétricas estandarizado- MINSA modulo I
- ²² MINSA, Guía de emergencia obstétricas – PERÚ
- ²³ MINSA, Norma técnica del sistema de referencia y Contrarreferencia de los establecimientos del ministerio de salud (RM n°751- 2004/minsa-02/08/04)
- ²⁴ MINSA, Norma técnica del sistema de referencia y Contrarreferencia de los establecimientos del ministerio de salud (RM n°751- 2004/minsa-02/08/04)
- 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.
- ²⁶ MINSA, Manual de procesos y procedimientos. Dpto. de pediatría. Hosp. María auxiliadora MINSa Perú 2012 disponible en: http://www.minsa.gob.pe/hama/informaci%20n_hma/1%20datos%20generales/instrumentos%20de%20gesti%20n%20cmapro%20-%20pediatria.pdf
- ²⁷ Implantación de la política de salud materna en la república de Chile y Perú: una observación desde la dimensión de gestión. Disponible en: <http://repositorio.uchile.cl/handle/2250/115562>
- ²⁸ OMS, 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. <file:///c:/users/usuario/downloads/cie10mm.pdf>
- ²⁹ Mortalidad materna. Centro de prensa, nota descriptiva n°304, mayo 2014. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/>



- ³⁰ MINSAs; mortalidad materna Perú
<http://www.unfpa.org.pe/publicaciones/publicacionesperu/minsa-mortalidad-materna-peru.pdf>
- ³¹ ONU, Razón de muerte materna, tomado de: indicadores de los objetivos del desarrollo del milenio. Portada oficial de la ONU.
<http://mdgs.un.org/unsd/mdg/home.aspx>
http://celade.cepal.org/redatam/pryesp/cairo/webhelp/metalatina/razon_de_mortalidad_materna.htm
- ³² MINSAs, La mortalidad materna en el Perú 2002-2011 UNFPA-MINSAs-Perú.2013
<http://www.unfpa.org.pe/publicaciones/publicacionesperu/minsa-mortalidad-materna-peru.pdf>
- ³³ AsíS 2013- MINSAs razón de muerte materna en el Perú en el año 2013 por provincias
- ³⁴ Ban ki-moon, secretario general de las naciones unidas estrategia de salud mundial de las mujeres y los niños disponible en:
http://www.who.int/pmnch/activities/jointactionplan/201009_gswch_sp.pdf?ua=1
- ³⁵ Avanzando hacia una maternidad segura en el Perú: derecho de todas las mujeres 2006 – MINSAs Perú
<http://www.unfpa.org.pe/publicaciones/publicacionesperu/minsa-avanzando-maternidad-segura-peru.pdf>
- ³⁶ 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
- ³⁷ OPS/OMS; 2003 modificado de IOM 1996
- ³⁸ MINSAs, Norma técnica del sistema de referencia y Contrarreferencia de los establecimientos del ministerio de salud (RM n°751- 2004/minsa-02/08/04)
- ³⁹ MINSAs, Norma técnica del sistema de referencia y Contrarreferencia de los establecimientos del ministerio de salud (RM n°751- 2004/minsa-02/08/04)
- ⁴⁰ Dr. Luis Rozas Villanueva definición de nivel de atención
- ⁴¹ Gérvas j. diagnóstico. Acta sanitaria. 01/03/2010.
- ⁴² MINSAs, Norma técnica n°0021-minsa categorías de establecimientos del sector salud



⁴³ MINSA, Norma técnica n°0021-minsa categorías de establecimientos del sector salud

⁴⁴ MINSA, Norma técnica n°0021-minsa categorías de establecimientos del sector salud

⁴⁵ MINSA, Norma técnica n°0021-minsa categorías de establecimientos del sector salud

⁴⁶ Definición de características sociodemográficas

<http://diccionario.leyderecho.org/contrarreferencia/>

⁴⁷ Definición de referencia - qué es, significado y concepto Disponible en:

<http://definicion.de/referencia/#ixzz3gmp0tqn6>



ANEXOS



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

Manejo de las Referencias y Contrarreferencias de pacientes obstétricas atendidas en el Centro de Salud de Ollantaytambo Cusco 2014-2015

Consentimiento informado: esta investigación será guardando la ética profesional, solo con información necesaria para la investigación, esperando su colaboración

FECHA: ... / ... / ... / Nª DE HOJA DE REFERENCIA: ... Nª HISTORIA CLINICA: ... ESTABLECIMIENTO DE SALUD DE REFERENCIA: ... MICRORED: ... RED: ... DISA: ...

DATOS GENERALES.

I. CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFIAS Y REPRODUCTIBAS DE LA POBLACION DE ESTUDIOS

I.I. CARACTERISTICAS SOCIO DEMOGRAFICAS.

1.1. EDAD (Años cumplidos)

1.2. GRADO DE INSTRUCCIÓN.

- Analfabeta. []
Primaria. []
Secundaria. []
Superior. []

1.3. ESTADO CIVIL.

- Soltera. []
Casada. []
Viuda. []
Conviviente. []
Divorciada. []

1.4. LUGAR DE PROCEDENCIA.

Rural [] Urbano. []

1.5. ASEGURADO

Seguro Integral de Salud. [] No Asegurada. []

II. CARACTERISTICAS REPRODUCTIVAS.

2.1. Número de embarazos []

2.2. Número de hijos vivos []

2.3. Número de hijos muertos []

2.4. Número de abortos []

2.5. Partos a término []

2.6. Lugar de atención de parto.

Partos Domiciliarios. [] Partos Institucionales. []



2.7. Uso de métodos anticonceptivos.

Sí. No

2.7.1 Tipo de método anticonceptivo

- ✓ Natural
- ✓ De Barrera
- ✓ Hormonal
- ✓ Dispositivo Intrauterino (DIU)
- ✓ Quirúrgico

III. MANEJO DE LA REFERENCIA.

3.1 ADMINISTRATIVO

III.I. *Administrativo.*

Red Micro red:

III.II.. *Prestacional.*

Hospital Centro de Salud Puesto de Salud

3.2 USUARIO.

Nivel comunal.

3.3 PROMOTOR DE SALUD.

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

Sí No

* Llena la hoja de referencia comunal.

Sí No

* Informa familiares

Sí No

* ACOMPAÑA AL USUARIO.

Sí (especificar)..... No

3.4. PACIENTE.

* Identificación de cualquier problema de salud

Sí (especificar)..... No

* Acompañante.

Sí (especificar)..... No

* Medios de transporte.

Sí (especificar)..... No

3.5 NIVEL DE ESTABLECIAMIENTO DE SALUD.

3.5.1. Unidad productora de servicios.

Tipo de diagnóstico (describir).....

3.5.2 Identificar motivo de la referencia:

- Emergencia
- Consultorio externo
- Apoyo al diagnóstico

3.5.3 Diagnostico

- TRATAMIENTO: si no



3.5.4 RECURSO DE SOPORTE

- ✓ Laboratorio
- ✓ Radiografías
- ✓ Ecografías
- ✓ Otros

Fecha:..... Día..... Mes..... Año.....

3.5.5 Responsables del mecanismo de atención.

- ✓ Medico
- ✓ Obstetra
- ✓ Enfermera
- ✓ Técnico
- ✓ Otros (especificar).....

3.5.6 Coordinación del medio de transporte e informes

- ✓ Medico
- ✓ Obstetra
- ✓ Enfermera
- ✓ Técnico
- ✓ Otros (especificar).....

3.6 CRITERIOS PARA LA SELECCION DE REFERENCIA.

3.6.1 Establecimiento con capacidad resolutive

Sí No

3.6.2 Soluciona el problema

Sí No

3.7 ACCESIBILIDAD AL ESTABLECIMIENTO DE SALUD.

3.7.1 Tiempo de llegada del domicilio al establecimiento de salud.....

3.7.2 Cuenta con capacidad de pago

Sí No

3.7.3 Horario de atención del establecimiento de salud.....

3.7.4 Aceptación del servicio por parte del paciente

Sí No

3.7.5 Atención oportuna al establecimiento referido

(minutos/horas).....

3.8 REFERENCIA INJUSTIFICADA.

3.8.1 Establecimiento de salud cuenta con capacidad resolutive

Sí No

IV. MANEJO DE LA CONTRA REFERENCIA.

4.1 ADMINISTRATIVO.

4.1.1 ESTABLECIMIENTO DESTINO DE LA REFERENCIA.

4.1.2 IDENTIFICAR MOTIVO DE LA CONTRAREFERENCIA:

- Emergencia
- Consultorio externo
- Resultados e informes de exámenes de diagnóstico



- * Hospitalización Manejo ambulatorio
- * Llenado de formatos, indicaciones y cuidados
 Sí No
- * Envío de formato de contra referencia
 Sí No

4.1.3 ESTABLECIMIENTO ORIGEN DE LA REFERENCIA.

4.1.4 UNIDAD DE SEGUROS.

- Con seguimiento Sin seguimiento

4.2 USUARIO.

4.2.1 CONDICIONES DEL USUARIO.

* CURADO:

- Problema solucionado Sí No

* MEJORADO:

- Con tratamiento Sin tratamiento

* ATENDIDO POR APOYO DIAGNOSTICO.

- Con informe y/o resultado sin informe y/o resultado

* RETIRO VOLUNTARIO:

- Sí. No.

* DECERCIÓN:

- Abandona No abandona

* FALLECIMIENTO.

- Extra institucional: Sí. No.

- Intra institucional: Sí. No.

Si es SI FUE:

- Muerte materna directa

- Muerte materna indirecta

V. CONTRA REFERENCIA INJUSTIFICADA.

5.1. Cuenta con capacidad resolutive

- Sí No

5.2. Control de referencia y contra referencia.

- ✓ Supervisión SI NO
- ✓ Monitoreo SI NO
- ✓ Evaluación SI NO

5.3. PARTICIPACIÓN DE OTRAS INSTITUCIONES O DIRECCIONES.

- ✓ Micro red Sí No
- ✓ Otras instituciones Sí No



**SOLICITUD: VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO DE
RECOLECCIÓN DE DATOS**

Estimado(a) Obstetra o Doctor (a)

Previa 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 PACIENTES OBSTÉTRICAS ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD DE OLLANTAYTAMBO, CUSCO 2014 - 2015”,esto a razón de ser requisito indispensable para poder hacer efectiva la realización de dicha investigación y así cumplir con el reglamentos 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 .

Agradezco por anticipado su aceptación razón por la cual quedamos infinitamente agradecidas

MEZA BRAVO CYNTHIA

VARGAS FIGUEROA JESSY LIZBETH



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 o 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.

N° ÍTEM	CRITERIO DE EXPERTOS					VALOR MAXIMO (X)	PROMEDIO (Y)	$(X^{\circ} - Y^{\circ})^2$
	A	B	C	D	E			
PRIMERO	4	4	5	4	4	5	4.2	0.64
SEGUNDO	5	5	4	5	5	5	4.8	0.04
TERCERO	5	5	4	4	5	5	4.8	0.04
CUARTO	4	5	5	5	5	5	4.8	0.04
QUINTO	5	4	5	4	5	5	4.6	0.16
SEXTO	5	5	5	5	5	5	5	0
SEPTIMO	4	5	4	5	4	5	4.4	0.36
OCTAVO	4	5	4	5	5	5	4.6	0.16
NOVENO	5	4	5	5	5	5	4.8	0.04

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

$$DPP = \sqrt{(X_1 - Y_1)^2 + (X_2 - Y_2)^2 + \dots + (X_9 - Y_9)^2}$$

$$DPP = 1.2$$

Donde:

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:

$$D_{m\acute{a}x.} = \sqrt{(X_1 - 1)^2 + (X_2 - 1)^2 + \dots + (X_9 - 1)^2}$$

$$D_{m\acute{a}x.} = 12$$

Donde:

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

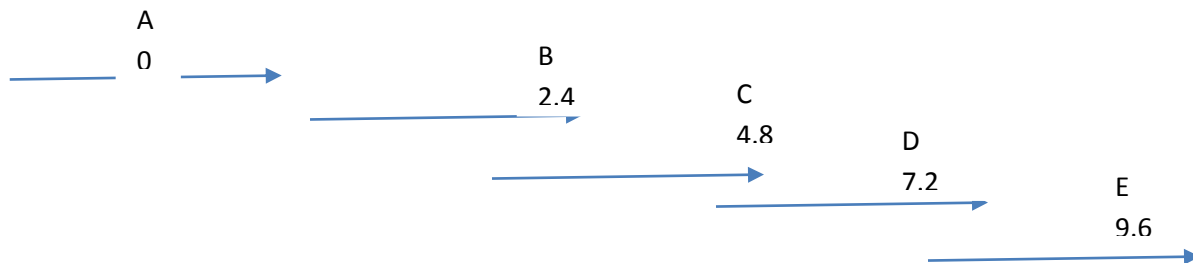
Y= Valor mínimos de la escala para cada ítem, es decir 1.

4.- La $D_{m\acute{a}x.} 12$. 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 $D_{m\acute{a}x.}$; Se dividió en intervalos iguales entre si y denominado con las letras A, B, C, D, E

Se debe tomar en cuenta que:

A = Adecuación total
B = Adecuación en gran medida
C = Adecuación promedio
D = Escasa adecuación
E = Inadecuación



6.- El punto DPP debe caer en las zonas A o B; en caso contrario, la secuencia 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 2.4, 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 fue aplicado