



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



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

**TESIS PRESENTADO POR LAS  
BACHILLERES:**

SANCHEZ MANTILLA ROSA CARMEN  
QUISPE CHUIZO MARIZET

**PARA OPTAR EL TÍTULO DE:**  
LICENCIADAS EN OBSTETRICIA

**ASESORA:**  
DRA. OBST. YOLANDA LEÓN VILLALOBOS

**CUSCO – PERÚ**  
**2016**



## DEDICATORIA

*A Dios por permitirme llegar hasta este momento tan importante, quien supo guiarme dándome fuerzas para seguir adelante y no desmayar ante los problemas y carencias que se presentaban, por darme salud y vida para lograr mis objetivos.*

*A mis padres Teresa Mantilla y Crisologo Sánchez, por ser ellos el principal apoyo, por su ejemplo de perseverancia y ganas de superación, por su amor, comprensión y consejos, dándome así la fuerza para seguir adelante y lograr alcanzar esta meta anhelada.*

*A mi hermano Alex y en especial a mis hermanos menores Franklin, Luis y Diego por ser mi mayor motivo, por estar siempre a mi lado llenándome de alegrías*

*A mi hermano José que junto a su esposa Karem e hijos Rodrigo y Esther quienes son una segunda familia por darme amor comprensión y sobre todo fuerzas y los mejores consejos para seguir adelante.*

*A todos mis familiares y amigos por su apoyo moral y ejemplo de perseverancia y superación.*

**ROSA CARMEN SÁNCHEZ MANTILLA**



## DEDICATORIA

*A mis padres Juliana Chuizo de Quispe y Mateo Quispe Cochán, quienes por ellos soy lo que soy, por ser el principal apoyo incondicional dándome así la fuerza, amor, comprensión y sobre todo motivación para seguir adelante y lograr alcanzar esta meta anhelada.*

*A Dios todo poderoso por haberme permitido llegar hasta este momento tan importante de mi formación profesional, y por haberme dado salud y vida para lograr alcanzar mis metas y tener a mis padres y mis hermanos con vida, quienes son las personas que amo más en este mundo.*

*A mis hermanos José Ángel Quispe y Nilder Quispe por ser el ejemplo a seguir en mi vida, los cuales me han dado aliento y motivación constante para continuar y concluir con esta meta.*

*A mi abuelita por darme felicidad y motivación, constante Para poder concluir con esta meta.*

**MARIZET QUISPE CHUIZO**



## AGRADECIMIENTO

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

A la Doctora Yolanda León Villalobos, por su apoyo y su asesoría

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

A la Dra. Gladys Rojas Salas y Dra. Alicia de la Cruz Galarza por su apoyo y dedicación como dictaminantes.

A dos personas en especial para nosotras la Obst. Mirtha Estrada Quispe Chiroque y la Mgt. Magaly Arrayan quienes nos apoyaron y dieron ánimos para seguir adelante.



## PRESENTACIÓN

**DRA. HERMINIA NAVEDA CAHUANA**

**DECANA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**DOCTORAS DICTAMINANTES.**

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

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

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



## INTRODUCCIÓN

Los principios de universalidad en el acceso a servicios de salud, equidad, integridad de la atención, calidad, eficiencia, respecto a los derechos de las personas, descentralización y participación ciudadana, está dentro del modelo de atención integral de salud del Ministerio de Salud.

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

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

Los procesos de referencia y contrarreferencia son parte inherente del sistema prestacional de salud al que se denomina: Sistema de referencia y contrarreferencia que tiene como



principio el integrar en forma técnica, asistencial, administrativa las capacidades resolutivas existentes en la oferta de servicios de los niveles locales, regionales y nacionales que el problema de salud requiere para lograr la satisfacción del usuario como un derecho de la vida.

La consecución de los objetivos propuestos en este trabajo, se basarán en la estructura de la presente investigación, 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.

Capitulo II: marco teórico: que contiene los estudios previos, base teórica, hipótesis, variables, operacionalización de variables.

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

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



## RESUMEN

MANEJO DE LAS REFERENCIAS Y CONTRARREFERENCIAS DE LAS PACIENTES OBSTÉTRICAS ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD DE URUBAMBA, CUSCO 2014. Investigación descriptiva, cuantitativa, retrospectiva, de diseño no experimental, de corte transversal, observacional de acuerdo al flujo de referencia y contrarreferencia. Objetivo: Determinar el manejo de las referencias y contrarreferencias de las pacientes obstétricas atendidas en el Centro de Salud de Urubamba, Cusco 2014. Resultados: Las características sociodemográficas y reproductivas son: edad 19 a 34 (47%), edad mínima 14, máxima 41, media 55 y moda 33; grado de instrucción primaria (54%), estado civil conviviente (60%), residencia área rural (70%), seguro integral de salud (100%); el método anticonceptivo es la abstinencia periódica (40%), son multíparas (52%), con partos institucionales (92%); 50% tuvo hijos anteriores; (72%) utilizan medios de transporte para acudir al Centro de Salud Urubamba, 56% de pacientes identificó problema de salud, el diagnóstico es sufrimiento fetal agudo (23%), personal responsable de la referencia es el médico (62%), con exámenes de laboratorio (39%), la condición de llegada estable (100%), la unidad productora destino es emergencia (82%), tratamiento con cloruro de sodio al 9%, utilizo ambulancia (82%), horario de atención de 24 horas, no hubo mortalidad materna, y fueron oportunas; Respecto al manejo desde el nivel de la comunidad, no existen estos responsables sociales, por ende no existen referencias de parte de agentes comunales; se encontró seis contrarreferencias como curada (85%), el control respecto a monitoreo, supervisión y/o evaluación de las referencias efectuadas no se realizan.

**PALABRAS CLAVE:** referencia, contrarreferencia, pacientes obstétricas





## ABSTRAC

Management References And Counter Of Obstetric Patients Served in the Center of Health Urubamba, Cusco 2014.

Descriptive research, quantitative, retrospective, not experimental design, transversal, observational cut according to reference and counter flow.

To determine management and cross-references of obstetric patients treated at the Health Center Urubamba, Cusco 2014.

Results: The sociodemographic and reproductive characteristics are: age 19-34 (47%), minimum age 14, maximum 41, average 55 and 33 fashion; grade instruction (54%), common law marriage (60%), rural residence (70%), comprehensive health insurance (100%); the contraceptive method is periodic abstinence (40%) are multiparous (52%), with institutional deliveries (92%); 50% had previous children; (72%) use public transport to go to CS Urubamba, 56% of patients identified health problem, the diagnosis is acute fetal distress (23%), personnel responsible for the reference is the doctor (62%), with laboratory tests (39%), the arrival condition stable (100%), the production target is emergency unit (82%), treatment with sodium chloride 9%, ambulance use (82%), hours of 24 hours, no maternal mortality, and were appropriate; Regarding the management from the level of the community, there are no such social responsibility, thus there are no references from communal agents; six contrarreferencias as cured (85%) was found, control regarding monitoring, supervision and / or evaluation of any reference is not made.

**KEY WORDS:** reference counterreferral obstetric patient



## ÍNDICE GENERAL

**PRESENTACIÓN**

**INTRODUCCIÓN**

**RESUMEN**

**ABSTRAC**

### **CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

1.1 CARACTERIZACIÓN DEL PROBLEMA Pág. 1

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA Pág. 2

1.3 JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DEL PROBLEMA Pág. 3

1.4 LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN Pág. 4

1.5 CONSIDERACIONES ÉTICAS Pág. 4

1.6 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN Pág. 5

1.6.1 OBJETIVO GENERAL

1.6.2 OBJETIVO ESPECÍFICO

### **CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO**

2.1 ASPECTOS TEÓRICOS PERTINENTES

2.1.1 ESTUDIOS PREVIOS Pág. 6

2.1.1.1 ESTUDIOS PREVIOS INTERNACIONALES Pág. 6

2.1.1.2 ESTUDIOS PREVIOS NACIONALES Pág.11

2..1.1.3 ESTUDIOS PREVIOS LOCALES Pág. .12



2.2 BASES TEÓRICAS	Pág.14
2.3 DEFINICION DE TERMINOS	Pág.78
2.4 DEFINICIÓN DE VARIABLES	Pag.80
2.5 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	Pag.80
<b>CAPÍTULO III: METODOLOGÍA</b>	
3.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN	Pág.88
3.2 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	Pág.88
3.3 POBLACIÓN Y MUESTRA	Pág.89
3.3.1 DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN	Pág.89
3.3.2 MUESTRA Y MÉTODO DE MUESTREO	Pág.89
3.3.3 CRITERIOS DE SELECCIÓN (INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN)	Pág.89
3.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS	Pág.89
3.5 PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	Pág.90
3.6 PROCEDIMIENTOS DE ANÁLISIS DE DATOS	Pág.90
<b>CAPÍTULO IV: RESULTADOS</b>	
RESULTADOS	Pág.91
DISCUSIÓN	
CONCLUSIONES	
RECOMENDACIONES	
BIBLIOGRAFÍA	
ANEXOS	



## ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO N° 1: CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LAS PACIENTES OBSTÉTRICAS REFERIDAS DEL CENTRO DE SALUD DE URUBAMBA.....	Pág.92
GRÁFICO N° 2 : ANTECEDENTE DE USO DE MÉTODO ANTICONCEPTIVO Y LUGAR DE PARTO DE LA POBLACIÓN EN ESTUDIO EN EL CENTRO DE SALUD DE URUBAMBA.....	Pág. 93
GRÁFICO N° 3: PACIENTE ACUDE AL CENTRO DE SALUD DE URUBAMBA.....	Pág.94
GRÁFICO N° 4 : DIAGNÓSTICO DE PACIENTES REFERIDAS DEL CENTRO DE SALUD DE URUBAMBA.....	Pág.95
GRÁFICO N° 5: PERSONAL DE SALUD RESPONSABLE DE LAS PACIENTES REFERIDAS DEL CENTRO DE SALUD DE URUBAMBA.....	Pág.96
GRÁFICO N° 6 : REFERENCIA DE PACIENTES OBSTÉTRICAS DEL CENTRO DE SALUD DE URUBAMBA.....	Pág.97
GRÁFICO N° 7: CONDICIÓN DE LLEGADA DE PACIENTE REFERIDA DEL CENTRO DE SALUD DE URUBAMBA.....	Pág.98
GRÁFICO N° 8: UNIDAD PRODUCTORA DESTINO DE REFERENCIA DE PACIENTES REFERIDAS DEL CENTRO DE SALUD DE URUBAMBA.....	Pág.99



GRÁFICO N° 9: TRATAMIENTO EN PACIENTES OBSTÉTRICAS REFERIDAS  
SEGÚN DIAGNÓSTICO EN EL CENTRO DE SALUD DE URUBAMBA.....Pág.100

GRÁFICO N° 10: MEDIOS DE TRANSPORTE, HORARIO DE ATENCIÓN Y  
REFERENCIA OPORTUNA EN LAS REFERENCIAS DE PACIENTES OBSTÉTRICAS  
EN EL CENTRO DE SALUD DE URUBAMBA.....Pág.102

GRÁFICO N° 11: CONDICIÓN DE LA PACIENTE OBSTÉTRICA  
CONTRARREFERIDA.....Pág.104

GRÁFICO N° 12:CONTRARREFERENCIAS ENCONTRADAS SEGÚN EL  
DIAGNÓSTICO DE REFERENCIAS EFECTUADAS EN PACIENTES OBSTETRICAS  
DEL CENTRO DE SALUD DE URUBAMBA 2014.....Pág.106

GRÁFICO N° 13: CONTROL DE REFERENCIAS Y CONTRARREFERENCIAS EN  
EL CENTRO DE SALUD DE URUBAMBA.....Pág.107



## CAPÍTULO I

### PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

#### 1.1. CARACTERIZACIÓN DEL PROBLEMA

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

---

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



El sistema de referencia y contrarreferencia siendo el conjunto de procedimientos asistenciales y administrativos, a través del cual se asegura la continuidad de la atención de las necesidades de salud de los usuarios, con la debida oportunidad, eficacia y eficiencia, se diseña y organiza de tal manera que involucre a todos los actores del proceso en salud, incorporando a la comunidad organizada, puestos, centros, hospitales, así como a las autoridades locales, regionales y nacionales de otros sectores que permitan la optimización de este sistema y sobre todo la viabilidad en su ámbito local, regional y nacional.

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

## **1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

### **1.2.1. PROBLEMA GENERAL**

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

### **1.2.2. PROBLEMAS ESPECÍFICOS**

1. ¿Cuáles son las características sociodemográficas y reproductivas de las pacientes obstétricas referidas del Centro de Salud de Urubamba?



2. ¿Cuál es el manejo de las referencias de las pacientes obstétricas desde el nivel del Establecimiento de Salud de Urubamba?
3. ¿Cuál es el manejo de las referencias de las pacientes obstétricas desde el nivel de la comunidad?
4. ¿Cuál es la pertinencia del informe de la contrarreferencia de las pacientes obstétricas referidas del Centro de Salud de Urubamba?

### **1.3. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DEL PROBLEMA.**

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

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

La presente investigación servirá como un instrumento de análisis de casos similares, para futuros estudios de investigación.

Es relevante al recaer en el aspecto metodológico de estudio de casos concretos, de considerar muestras en la que se considerarán variables como características sociodemográficas, en modo tal de tener un cuadro lo más completo posible de la población usuaria, y de la calidad misma del servicio, sus puntos débiles y sus fortalezas.





Siendo pertinente porque busca entre otras cosas, desde el estudio de un caso específico, aportar para la mejora del sistema de referencias y contrarreferencias de pacientes obstétricas a nivel nacional, y así mejorar la calidad de vida de nuestra población.

#### **1.4. LIMITACIONES**

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

#### **1.5. CONSIDERACIONES ÉTICAS.**

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

- Se informará previamente y se solicitará la autorización para la aplicación del instrumento.



- Este estudio de investigación respetará los derechos de la persona, en el sentido de que no se divulgará el secreto profesional.
- Se manejará con veracidad la información obtenida de las fuentes documentales, sin modificarla, limitarla, sesgarla. La información no se prestará a manipulaciones que busquen justificar los objetivos de la investigación.
- Los datos recogidos serán usados exclusivamente para responder a los objetivos de la investigación planteada.

## **1.6. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN**

### **1.6.1. OBJETIVO GENERAL**

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

### **1.6.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

1. Describir las características sociodemográficas y reproductivas de las pacientes obstétricas referidas del Centro de Salud de Urubamba.
2. Describir el manejo de las referencias de pacientes obstétricas desde el nivel del establecimiento de salud de Urubamba.
3. Describir el manejo de las referencias 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 de Urubamba.



## CAPÍTULO II

### MARCO TEÓRICO

#### 2.1 ASPECTOS TEÓRICOS PERTINENTES

##### 2.1.1 ESTUDIOS PREVIOS

##### ANTECEDENTES INTERNACIONALES

**LAVADENZ, F.; SCHAB, N.; STRAATMAN, H. (2000) “REDES PÚBLICAS, DESCENTRALIZADAS Y COMUNITARIAS DE SALUD EN BOLIVIA”<sup>2</sup>**

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

El seguro básico de salud fue un factor muy importante para el aumento de cobertura en El Alto y en el Distrito I, pero se combinó de forma directa con un nuevo modelo de gestión que incrementó aún más la demanda de servicios. Los cambios en la gestión de la red, por medio de instrumentos como el contrato de gestión, han permitido introducir cambios e

---

<sup>2</sup> Lovadez, F.; Schab, N.; Straatman, H. Redes públicas, descentralizadas y comunitarias de salud en Bolivia 2000



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

**TENA, A. (2012) “CAUSAS DE REFERENCIA PARA RESOLUCIÓN OBSTÉTRICA EN MUJERES EMBARAZADAS ATENDIDAS EN EL CENTRO ESPECIALIZADO DE ATENCIÓN PRIMARIA A LA SALUD DE SAN MIGUEL CHAPULTEPEC”<sup>3</sup>**

Tesis para obtener el título de médico cirujana, donde el objetivo fue identificar las causas más frecuentes de referencia para resolución obstétrica de mujeres embarazadas, estudio observacional, transversal y retrospectivo, cuyos resultados fueron que durante el año 2012 se realizaron un total 207 referencias a segundo y tercer nivel de atención de mujeres embarazadas. Respecto a la edad mínima esta es de 14 años, la máxima es de 42 con una media de 23 años, el 60% estudio secundaria, el 96.3% tiene pareja estable y el 89.8% tiene como ocupación su hogar; se observó que el grupo de pacientes referidas con mayor frecuencia fueron las segundigestas, los diagnósticos de envío más frecuentes fueron: amenaza de aborto (12.56%), cesárea previa (9.18%), edad gestacional mayor a 40 semanas

---

<sup>3</sup> Tena, A. Causas de referencia para resolución obstétrica en mujeres embarazadas atendidas en el Centro Especializado de atención primaria a la Salud de San Miguel Chapultepec. México 2012.



(8.70%), amenaza de parto pretérmino (8.21%), ruptura prematura de membranas (5.31%), preeclampsia (4.83%) y sufrimiento fetal agudo (3.86%). De los 73 registros que se encontraron para resolución obstétrica, el 57.53% fueron partos, el 24.66% cesáreas y el 13.70% legrados.

**HOSPITAL DE GINECO PEDIATRÍA DEL INSTITUTO MEXICANO DE SEGURO SOCIAL – UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA (2012)  
“COORDINACIÓN DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA”<sup>4</sup>**

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

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

---

<sup>4</sup> Hospital De Gineco Pediatría Del Instituto Mexicano De Seguro Social – Universidad Autónoma Metropolitana Coordinación de Referencia y Contrarreferencia Ginecología y Obstetricia 2012



Conclusiones. Este estudio permitió observar que debido a las condiciones actuales bajo las que opera, el sistema de referencia y contra referencia representa un obstáculo para el acceso a la atención obstétrica hospitalaria oportuna, al enmascarar un fenómeno de multi-rechazo hospitalario que, a su vez, tiene un impacto negativo en la buena resolución del embarazo y finalmente en la salud de las mujer gestante.

**SANSO, S. (1999) "PROPUESTA DE MODELO DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA" <sup>5</sup>**

Según Sanso Soberats F. Desde 1996 se orientó que las historias clínicas individuales en la atención primaria de salud dejaran de ser ambulatorias, no existe un modelo oficial para la transferencia de pacientes a través del sistema de salud. Desde la constitución del Sistema Nacional de Salud (SNS), los diferentes niveles de atención médica se han organizado de acuerdo con la complejidad de las acciones preventivo-curativas y de rehabilitación, con la mejor especialización de los servicios. Esta organización se ha efectuado basada en el principio de la "regionalización" (Escalona M. La regionalización en la gestión de la salud pública. Ciudad de La Habana: Instituto de Desarrollo de la Salud. 198:257-71), que implícitamente plantea el logro de una comunicación eficaz entre las diferentes unidades del sistema; y al que se suma el hecho de que "el concepto de la medicina familiar en Cuba no establece una relación de subordinación entre las partes o niveles sino, por el contrario, una matriz de interrelaciones de apoyo y fortalecimiento". (Sanso Soberats F. propuesta de modelo de referencia y contrarreferencia en el sistema de salud cubano. 1999 Cuba).

---

<sup>5</sup> Sanso Soberats F. Propuesta de Modelo de Referencia y Contrarreferencia Ciudad de la Habana Cuba 1999



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

En nuestro país el complejo hospital policlínico- Médico de Familia debe coordinar tareas de atención médica (ambulatoria, de urgencia, hospitalización); medios diagnósticos, promoción de salud y prevención de enfermedades, trabajo social, docencia, investigación y monitoreo. Para ello es imprescindible trabajar en estrecha interrelación. Con la implementación del programa del Médico y la Enfermera de la Familia se introdujo una historia clínica individual ambulatoria en la atención primaria, y con ello se vislumbró la posibilidad de poder resolver los problemas de comunicación entre ésta y el nivel secundario de atención.

Sin embargo, esta historia en manos del paciente, demostró tener tantas limitaciones que motivó en 1996, que el Ministerio de Salud Pública se pronunciara por mantenerlas bajo la custodia de los equipos de salud en la atención primaria de salud. Desde entonces no se cuenta con un modelo oficial para realizar la transferencia de pacientes a través del Sistema de Salud; por tanto, en estos momentos no existen garantías en cuanto a la uniformidad de la información que se emite hacia uno u otro nivel de atención. En los estudios realizados en este sentido, se ha comprobado que se presentan múltiples irregularidades en el sistema de transferencia. Este trabajo consiste en presentar un proyecto de modelo de referencia y contrarreferencias para ser utilizado en dicho sistema. Previo a la confección del modelo se examinaron la antigua historia clínica individual ambulatoria y la hoja de egreso



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

### **ANTECEDENTES NACIONALES**

**MAYCA, J.; PALACIOS E.; MEDINA, A.; VELASQUEZ, J.; CASTAÑEDA, D. (2009) “PERCEPCIONES DEL PERSONAL DE SALUD Y LA COMUNIDAD SOBRE LA ADECUACIÓN CULTURAL DE LOS SERVICIOS MATERNOS PERINATALES EN ZONAS RURALES ANDINAS Y AMAZÓNICAS EN LA REGIÓN DE HUÁNUCO”<sup>6</sup>**

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

---

<sup>6</sup> Mayca, J.; Palacios E.; Medina, A.; Velasquez, J.; Castañeda, D. Percepciones del personal de salud y la comunidad sobre la adecuación cultural de los servicios maternos perinatales en zonas rurales andinas y amazónicas en la región de Huánuco 2009





**TORRES, M, (2011) “SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA EN LA UNIDAD EJECUTORA DE SALUD EL CARMEN” HUANCAYO. <sup>7</sup>**

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

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

**ANTECEDENTES LOCALES.**

**DIRESA CUSCO (2010) “MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA” CUSCO. <sup>8</sup>**

El presente proyecto se origina como una respuesta integral a ayudar a disminuir las altas tasas de morbilidad Materno Perinatal e infantil por falta de un buen manejo de las referencias, en las zonas alejadas, pobres y extremadamente pobres, con difícil acceso geográfico, que por falta de un medio de transporte en forma inmediata y oportuna, de

---

<sup>7</sup> Torres, M. Sistema de referencia y contrarreferencia en la unidad ejecutora de salud El Carmen” Huancayo. servicios maternos perinatales en zonas rurales andinas y amazónicas en la región de Huánuco 2011

<sup>8</sup> DIRESA Cusco Mejoramiento de la calidad de los servicios de salud del sistema de referencia y contra referencia” Cusco 2010



Recursos Humanos capacitados que puedan asistirlo durante su traslado, y de medios de comunicación para poder facilitar el traslado, se encuentren más vulnerables a los problemas de Salud.

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

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

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



de un sistema de referencia y contrarreferencia limitado enormemente su capacidad diagnóstica y resolutoria.

## **2.2. BASES TEÓRICAS.**

### **A. SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA (SRC)**

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

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

#### **A.1 DEFINICIÓN**

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

#### **A.2 SISTEMA DE REFERENCIA SEGÚN NIVELES DE ORGANIZACIÓN**

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



- **Administrativo.-** Donde compromete a los organismos de nivel Nacional, al Ministerio de Salud, las Direcciones Regionales de Salud y las Microredes de Salud.
- **Asistencial.-** Referido a los Establecimientos de Salud: Institutos Especializados, Hospitales, Centros y Puestos de salud. Dentro del nivel asistencial, se ha involucrado a la comunidad , estableciéndose de ese modo el sub nivel:
- **Comunal.-** Relacionado con los actores sociales e integrantes de salud. <sup>1</sup>

## **A.2.1 A NIVEL ADMINISTRATIVO**

### **A.2.1.1 A NIVEL NACIONAL**

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

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

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



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

**b. FUNCIONES DEL COORDINADOR NACIONAL DE REFERENCIAS Y CONTRARREFERENCIAS**

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



- Cogestionar con el Nivel Regional aspectos Técnico - Financieros intra y extrainstitucional que fortalezca el componente de soporte del Sistema de Referencia y Contrarreferencia a nivel Nacional.
- Establecer coordinaciones con los Gobiernos Regionales, y autoridades competentes, otras Instituciones y Establecimientos del Sector, para fortalecer el funcionamiento del Sistema de Referencia y Contrarreferencia Sectorial en el ámbito Nacional.
- Presidir el Comité Nacional de Referencias y Contrarreferencias.

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

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



### **A.2.1.2 A NIVEL REGIONAL**

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

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

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



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

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

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

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





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



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

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

**A.2.1.3 A NIVEL DE MICRORED**

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



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

**a. FUNCIONES DE LA JEFATURA DE LA MICRORED**

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



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

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



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

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

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



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

## **A.2.2 A NIVEL PRESTACIONAL**

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

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

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

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



#### **A.2.2.2 RESPONSABLES**

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

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

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



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





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

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



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

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

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



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



- Otras funciones que se le asignen.

### **A.2.3 A NIVEL COMUNAL**

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

#### **a. FUNCIONES QUE REALIZA**

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



### **A.3 PROCESO DE LA REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA <sup>2</sup>**

#### **A.3.1 DEFINICIÓN DE REFERENCIA**

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

#### **A.3.2 RESPONSABLE DE LA REFERENCIA**

##### **a. A NIVEL COMUNAL.**

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

##### **b. A NIVEL DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD.**

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

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



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

### **A.3.3 NIVELES DE ATENCIÓN**

La organización del Sistema de Salud del País, se identifican tres niveles de atención de acuerdo a la capacidad resolutive y la oferta de servicios:<sup>9</sup>

---

<sup>9</sup> Sistema nacional de referencias y contrareferencias 2013Lima. MINSA  
[http://issuu.com/gabo\\_castro/docs/c\\_03\\_referencias\\_y\\_contrarreferencia](http://issuu.com/gabo_castro/docs/c_03_referencias_y_contrarreferencia)



**a. PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN**

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

**b. SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN**

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

**c. TERCER NIVEL DE ATENCIÓN**

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

CUADRO N° 1 NIVELES DE ATENCION, NIVELES DE COMPLEJIDAD Y CATEGORIAS DE ESTABLECIMIENTOS DEL SECTOR SALUD

NIVELES DE ATENCION	NIVELES DE COMPLEJIDAD	CATEGORIAS DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD
Primer Nivel de Atención	1° Nivel de Complejidad	I - 1
	2° Nivel de Complejidad	I - 2
	3° Nivel de Complejidad	I - 3
	4° Nivel de Complejidad	I - 4
Segundo Nivel de Atención	5° Nivel de Complejidad	II - 1
	6° Nivel de Complejidad	II - 2
Tercer Nivel de Atención	7° Nivel de Complejidad	III - 1
	8° Nivel de Complejidad	III - 2

#### A.3.4 ORIGEN DE LA REFERENCIA

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

#### A.3.5 DESTINO DE LA REFERENCIA

Es el Establecimiento de Salud a donde es referido el usuario para la atención de la necesidad y/o problema de salud identificado, a través de las unidades productora de





servicios (Emergencia, Consultorios externos y Apoyo al Diagnóstico), el cual puede ser: Puesto de Salud, el Centro de Salud, el Hospital I, el Hospital II, el Hospital III y el Instituto Especializado. También se consideran los laboratorios referenciales de las Direcciones de Salud

### **A.3.6 UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS DESTINO DE LA REFERENCIA <sup>2</sup>**

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

- a. **CONSULTA EXTERNA:** Cuando el problema de salud del usuario requiere de la atención en consulta externa de otro Establecimiento de Salud de mayor complejidad.
  
- b. **EMERGENCIA:** Cuando el usuario según criterios de clasificación de emergencia, presenta signos y síntomas que indican gravedad, riesgo de perder la vida o posibilidad de quedar con secuelas invalidantes, y se requiere de la atención inmediata para estabilizarlo y/o luego referir en caso se complique y/o no se pueda manejar adecuadamente por escasa capacidad resolutive del Establecimiento de Salud. Así mismo, recepcionará algunos casos que requieran continuar con su hospitalización y manejo especializado así como aquellos que a criterio del personal de salud teniendo criterios de urgencia requiera ser referido.
  
- c. **APOYO AL DIAGNÓSTICO:** Cuando el usuario requiere para su confirmación diagnóstica, seguimiento o control, de una prueba o examen que no se practica en el



Establecimiento de Salud de Origen y requiere ser enviado a una Unidad Productora de Servicio de apoyo al diagnóstico en un Establecimiento de mayor complejidad.

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

- a. **CAPACIDAD RESOLUTIVA:** El usuario debe ser referido al Establecimiento de Salud que tenga la capacidad resolutive (cartera de servicios) para resolver el motivo de la referencia.
  
- b. **ACCESIBILIDAD:** El Establecimiento de Salud elegido para la referencia de acuerdo a su capacidad resolutive debe ser el más cercano y el más accesible a través de vías de comunicación y transportes convencionales. Esto significa que no necesariamente se va a circunscribir dentro de los límites de su Microred, Red o Dirección de Salud, sino puede acceder a otro ámbito de otra Dirección de Salud, Red o Microred colindante.
  
- c. **OPORTUNIDAD:** El usuario debe ser referido en el momento y lugar adecuado, en forma correcta, tal como lo establezcan las guías de atención, evitando riesgos de complicación o muerte del paciente, garantizando los derechos que le asiste al paciente de recibir una atención de calidad y oportuna.



### **A.3.8 PROCEDIMIENTO DE LA REFERENCIA**

#### **A.3.8.1 A NIVEL COMUNAL**

##### **a. DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD**

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

##### **b. DEL AGENTE COMUNITARIO Y OTRAS ORGANIZACIONES**

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



- Acompañar al usuario, durante su traslado al Establecimiento de Salud de destino, en caso de presentarse signos de alarma.

### **A.3.8.2 A NIVEL DEL ESTABLECIMIENTO ORIGEN DE LA REFERENCIA**

#### **a. ACTIVIDADES GENERALES**

- Atiende al usuario e identifica la necesidad de la referencia y el Establecimiento y Servicio de Destino.
- Selecciona, de acuerdo a los criterios de la referencia y al flujo establecido, el Establecimiento de Salud, función que será de responsabilidad de la Unidad u Oficina de Referencias o la que haga sus veces en el Establecimiento la cual también coordinara la referencia con el Establecimiento de Salud de Destino, garantizando la recepción oportuna y adecuada del mismo excepto en los casos de Emergencia.
- Llenado de la hoja de Referencia original en forma correcta. La vigencia de la hoja de referencia, para los destinos de consulta externa y servicios de apoyo al Diagnóstico, será en 60 días calendario a partir de su fecha de emisión renovable según la solicitud del médico tratante del motivo inicial que genero la referencia.
- Se informa al usuario y/o familiares sobre lo siguiente:
  - Su estado de salud y los riesgos que presenta.
  - Las razones para referirlo a otro Establecimiento.
  - La importancia de la misma.



- Entrega la hoja de referencia a la unidad de Oficina de Seguros, del Sistema de Referencia y Contrarreferencia o Admisión, quienes son responsables de las siguientes actividades en relación al sistema de Referencia y Contrarreferencia:
  - Entrega al usuario el ticket de atención conteniendo la información de su referencia al Establecimiento de Destino, la fecha y la hora de atención, el nombre del profesional que lo atenderá y el servicio en el que será atendido, como la información administrativa necesaria.
  - Entrega al usuario o familiar responsable, el original de la hoja de referencia firmada y sellada excepto de los casos de emergencia que debe ser llevada por el personal de salud que acompañara al paciente.
  - Archiva la hoja de referencia en la historia clínica y hará llegar una copia al responsable del Sistema de Referencia y Contrarreferencia para el consolidado respectivo.
  - En caso de que existan dificultades durante la coordinación con el Establecimiento de Destino, se notificara al ente inmediato superior, según corresponda haciendo uso de la vía de comunicación establecida o disponible.
  - Los Establecimientos de Salud deberán monitorear que el paciente llegue al Establecimiento de Destino.



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

**CONSULTA EXTERNA**

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

**EMERGENCIA**

- La referencia de usuarios en situación de emergencia se ejecutará con la oportunidad necesaria para no agravar la situación de salud del paciente, así como garantizar el cuidado durante su traslado, en caso contrario, el Establecimiento a través de sus directivos y/o jefe de guardia, asumirán la responsabilidad legal y administrativa por las consecuencias que devengan de un período mayor de observación.
- El Establecimiento de Salud que refiere debe coordinar detalles del cuidado durante el traslado del usuario con el Jefe de Emergencia / Urgencia o de Guardia



del Establecimiento de Destino, a través de los medios de comunicación más rápidos y directos disponibles.

- Se deberá establecer las coordinaciones con la unidad de Referencias Regional o Nacional para la conformidad de la existencia y disponibilidad de la capacidad resolutive cuando el caso lo requiera.
- Durante el traslado del usuario al Establecimiento de Destino, el responsable de la referencia designará a un personal de salud competente según la gravedad del caso. También se solicitará a un miembro de la familia que acompañe al usuario en su traslado. Si no tuviera familiar, puede ser un responsable o un miembro de la comunidad según la pertinencia del caso.
- En el Establecimiento de Destino de la Referencia, el personal de salud acompañante del paciente hará firmar la Hoja de Referencia por el responsable de la Emergencia, dejando así constancia de la recepción del usuario. Luego una copia de esta será devuelta a la unidad de referencias o la que haga sus veces en el Establecimiento de Origen, para su archivo en la historia clínica y su registro respectivo.
- Si ocurriera el fallecimiento del usuario durante el traslado, éste será regresado al Establecimiento de Origen para los trámites legales y administrativos pertinentes. En caso que requiera necropsia de ley, el cadáver será remitido a la morgue, al médico legista o a la autoridad que haga sus veces.



## APOYO AL DIAGNÓSTICO

### LABORATORIO Y ANATOMÍA PATOLÓGICA.

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





Establecimiento Destino se procederá de manera similar a la referencia de consulta externa, es decir se le entregará el ticket de atención y la hoja de referencia, en caso de que esto no sea necesario, el servicio destino se encargará del transporte de la muestra cumpliendo las condiciones de calidad y bío seguridad.

- En los Establecimientos de Destino de la Referencia, no es necesaria la evaluación del usuario y/o formato de referencia por otro profesional para que se realice el examen solicitado por el Establecimiento de Origen de la Referencia.
- En el caso que el personal del Establecimiento de Origen sea técnico, deberá realizar la consulta mediante radio y teléfono (Teleconsulta) al médico del Establecimiento de referencia para decidir la pertinencia de que se realice una referencia de consulta externa en lugar de la referencia de muestra.
- El usuario que llegue al Establecimiento de Destino presentará su hoja de referencia al personal de la Unidad de Referencias o del área designada, quién a su vez instruirá adecuadamente al usuario y realizará los trámites correspondientes para la atención preferencial del referido.

### **SERVICIO DE DIAGNOSTICO POR IMÁGENES**

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



- El responsable de la atención del usuario procederá a llenar la orden del servicio de diagnóstico por imágenes requerido la que será adjuntada a la hoja de referencia.
- El usuario entregará la copia de la Hoja de Referencia a la Unidad de Referencias o la que haga sus veces para que coordine y confirme una cita con el Establecimiento de Destino de la Referencia la cual será entregada en un ticket de cita, el que contiene el día y horario de atención del usuario, lo cual le será comunicado antes que abandone el Establecimiento, adjuntando la hoja de referencia.
- El usuario al llegar al Establecimiento de Destino presentará su hoja de referencia y el ticket de atención al personal de la Unidad de Referencias o quien haga sus veces en el Establecimiento de Destino de la Referencia, quién a su vez realizará los trámites correspondientes para la atención del usuario y el procedimiento de la contrarreferencia.

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

#### **a. ACTIVIDADES GENERALES PARA LA ATENCIÓN DE LAS REFERENCIAS**

- La Unidad de Seguros y/o Referencias u otra área designada para dicho fin, debe realizar las siguientes actividades.
- Recibir al usuario y solicitar la Hoja de Referencia y el ticket de cita en el caso que corresponda.



- Verificar la coordinación de la referencia, en la hoja de referencia donde debe consignarse con quien se hizo la coordinación.
- Verificar la calidad de la hoja de referencia así como la pertinencia de la referencia, debiendo asumir la resolución de cualquier observación, evitando trasladar al usuario las consecuencias de algún problema administrativo.
- En el caso de usuarios asegurados, comprobar dicha condición y solicitar la documentación complementaria pertinente.
- Registrar la Referencia en el Registro o Software correspondiente.
- Adjuntar la Hoja de Referencia en la Historia Clínica.
- Realizar los trámites administrativos correspondientes para la atención prioritaria del usuario referido.
- Indicar al usuario el servicio donde recibirá la atención y brindarle todas las facilidades para recibir la atención correspondiente.
- Es el responsable administrativo de generar y hacer que las contrarreferencias lleguen al Establecimiento de Origen.
- Atender al usuario referido en forma preferencial, asegurando que cuando sea necesario, éste reciba todas las consultas, ínter consultas y exámenes de diagnóstico pertinentes hasta solucionar su problema de salud en el tiempo más corto posible, a fin de que retorne a su lugar de origen en el más breve plazo.
- Realizar el monitoreo de las referencias recibidas hasta su contrarreferencia.



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

### **CONSULTA EXTERNA**

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



- Todo usuario referido que por opinión del profesional tratante (por escrito), requiera continuar con su tratamiento en el Establecimiento Destino, tendrá un periodo de 60 días renovables en los cuales podrá ser atendido en todos los servicios que solicite el profesional tratante, sin necesidad de tener una nueva hoja de referencia, excepto si se trata de otra patología diferente a la que generó la referencia inicial.

### **EMERGENCIA**

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

### **DE LOS SERVICIOS DE EXÁMENES DE APOYO DIAGNÓSTICO**

El responsable de la atención deberá:

- Recepcionar la Hoja de Referencia y las órdenes de exámenes de apoyo al diagnóstico que la Unidad de Referencia le pase para su atención.



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

### **A.3.9 REFERENCIAS INJUSTIFICADAS**

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

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

## **A.4 PROCESO DE LA CONTRARREFERENCIA**

### **A.4.1 DEFINICION DE CONTRARREFERENCIA <sup>2</sup>**

Es un procedimiento administrativo-asistencial mediante el cual, el Establecimiento de Salud de Destino de la Referencia devuelve o envía la responsabilidad del cuidado de la salud de un usuario o el resultado de la prueba diagnóstica, al Establecimiento de Salud de



Origen de la Referencia o del ámbito de donde procede el paciente, porque cuentan con la capacidad de manejar o monitorizar el problema de salud integralmente.

#### **A.4.2 RESPONSABILIDAD DE LA CONTRARREFERENCIA**

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

#### **A.4.3 CONDICIONES DEL USUARIO PARA LA CONTRARREFERENCIA**

- a. CURADO:** Cuando se ha solucionado el problema de salud motivo de la referencia del usuario o se determina la situación del Alta Definitiva del usuario.
- b. MEJORADO:** Cuando se ha resuelto el problema de salud motivo de la referencia en forma parcial, siendo pertinente que el usuario continúe con tratamiento bajo control y supervisión en el Establecimiento que realizó la referencia, con baja frecuencia de atenciones.
- c. ATENDIDO POR APOYO AL DIAGNÓSTICO:** Cuando se han obtenido los resultados y/o informes de los exámenes de ayuda diagnóstica solicitadas.
- d. RETIRO VOLUNTARIO:** Cuando el usuario decide interrumpir la continuidad de su tratamiento en el Establecimiento de Destino de la Referencia, dejando constancia de ello en una Hoja de Exoneración de Responsabilidad. Frente a casos que vayan en contra de la vida del usuario, el responsable del Establecimiento comunicará al Ministerio Público la decisión del mismo.



- e. **DESERCIÓN:** Cuando el usuario abandona o interrumpe la continuidad de su tratamiento en el Establecimiento de Destino de la Referencia, a pesar de los esfuerzos para localizar al usuario y para reiniciar su tratamiento.
- f. **FALLECIMIENTO:** Cuando el usuario fallece durante su tratamiento en el Establecimiento de Referencia.

#### **A.4.4 PROCEDIMIENTOS DE LA CONTRARREFERENCIA**

##### **A.4.4.1 DEL ESTABLECIMIENTO DESTINO DE LA REFERENCIA**

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

##### **a. ACTIVIDADES GENERALES**

- Determina la condición del usuario y decide la contrarreferencia del mismo.
- Informa al usuario que su problema de salud ha sido solucionado total o parcialmente, las condiciones de su salud actual y la necesidad de retornar a su Establecimiento de Origen o de continuar con el tratamiento, seguimiento o control en dicho Establecimiento de Salud de la Red.
- Llena la Hoja de Contrarreferencia consignando todos los datos referidos al diagnóstico, tratamiento, prescripción, ínter consultas (si las hubiera), exámenes de laboratorio, de imágenes u otros según corresponda.
- Envía el original y 2 copias de la Hoja de Contrarreferencia a la Oficina Unidad de Seguros y Referencias, Unidad de Admisión o al responsable del Sistema de Referencia y Contrarreferencia.





- Educar al usuario sobre la importancia de la continuidad del tratamiento, su control y seguimiento en el Establecimiento de Destino de la Referencia, los aspectos Psico-Sociales y otros que sean necesarios para su auto cuidado.
- Se considera que la Contrarreferencia es oportuna cuando el Establecimiento de Salud de Origen, recibe la hoja de Contrarreferencia de un usuario hasta dentro de los primeros 7 días de emitida la Hoja de la Contrarreferencia en el Establecimiento de Salud de Destino.

#### **b. ACTIVIDADES ESPECÍFICAS**

##### **CONTRARREFERENCIA DE LA EMERGENCIA**

- Concluida la atención de emergencia de un usuario, pueden ocurrir las siguientes situaciones: Hospitalización del usuario, manejo ambulatorio del caso o referido cuando el caso se ha complicado y necesita una atención o procedimientos de mayor complejidad.
- La hoja de contrarreferencia de un usuario referido por emergencia y que ha sido resuelto el daño o controlado será responsabilidad del médico o personal de salud que atendió la emergencia.
- El Médico de guardia o personal de salud entregará diariamente las copias de las hojas de contrarreferencias a la Oficina o Unidad de Seguros y Referencias o a la Unidad o área que haga las veces.



- En algunas ocasiones recibirán las hojas de contrarreferencia de un nivel de atención superior, los cuales deberán presentarlo a la Oficina o Unidad de Seguros y Referencias, Admisión o a la oficina o área que se ha designado.

#### **CONTRARREFERENCIA DE LOS RESULTADOS E INFORMES DE EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO <sup>2</sup>**

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

#### **A.4.4.2 DEL ESTABLECIMIENTO ORIGEN DE LA REFERENCIA**

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



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

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

**A.4.5 CONTRARREFERENCIAS INJUSTIFICADAS**

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

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



## **A.5 CONTROL DE LA REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA <sup>2</sup>**

### **a. SUPERVISIÓN**

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

### **b. MONITOREO**

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

### **c. EVALUACIÓN**

La Evaluación del Sistema de Referencia y Contrarreferencia se incorporara dentro de la evaluación integral y descentralizada de la gestión sanitaria, incorporándose indicadores de estructura, resultados e impacto que midan los objetivos propuestos en cada nivel organizacional, y que permita establecer estrategias integradas de intervención sanitaria.



## **A.6 PARTICIPACIÓN DE OTRAS DIRECCIONES**

### **a. DIRECCIÓN GENERAL DE COMUNICACIONES**

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

### **b. DEFENSA NACIONAL**

- Mantener la disponibilidad de su servicio de comunicación para el Sistema de Referencia y Contrarreferencia durante las 24 horas del día y los siete días de la semana a fin de contribuir en la articulación de la comunicación entre las Regiones y los Niveles Macro regionales y Nacionales.
- Apoyar con recursos para el transporte y otros tipos de ayuda a los pacientes referidos y contrarreferidos cuando así lo amerite el caso, según los procesos del Sistema de Referencia y Contrarreferencia.
- Contar con un registro actualizado del número de los casos de referencia y contrarreferencia coordinados, generando reportes periódicamente al equipo técnico del Ministerio de Salud y otras Direcciones Generales.

- Ser el ente competente en el manejo de los eventos de emergencias y desastres masivos a nivel Nacional, articulándose al Sistema de Referencia y Contrarreferencia en forma oportuna.

## **A.7 SISTEMA DE INFORMACIÓN**

### **NORMA TÉCNICA DE LOS SERVICIOS DE EMERGENCIA**

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

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

## **A.8 NIVELES DE ATENCIÓN DE REFERENCIA**

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

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

- a. I NIVEL DE ATENCIÓN:** De competencia de los Gobiernos Locales (Municipios, Comunas) basado en la aplicación de la estrategia de la Atención Primaria de la Salud, dando prioridad a la cobertura de los problemas más comunes,



con énfasis en la prevención y en la promoción de la Salud y adecuada a cada realidad local.

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

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

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

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

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

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

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

- e. **ESTABLECIMIENTOS ESPECIALES:** Son los Hospitales dedicados a la atención de Enfermedades Crónicas e Invalidantes.<sup>10</sup>

## CUADRO N° 2 CATEGORÍAS DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE ACUERDO A LAS INSTITUCIONES DEL SECTOR SALUD

CATEGORIAS DEL SECTOR SALUD	MINISTERIO DE SALUD
I – 1	Puesto de Salud
I – 2	Puesto de Salud con Médico
I – 3	Centro de Salud sin Internamiento
I – 4	Centro de Salud con Internamiento
II – 1	Hospital I
II – 2	Hospital II
III – 1	Hospital III
III – 2	Instituto especializado

### A.9 CONDICIONES DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD DE REFERENCIA

#### A.9.1 MEDIO DE TRANSPORTE

<sup>10</sup> Norma técnica N° 021 – MINSA – DGSP/V.01 Categorías de establecimientos de salud 2004.





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

Los medios de transporte se pueden clasificar como:

- Acuáticos, como: barco, submarino, yate, lancha, humano
- Terrestres, como: automóvil, bicicleta, motocicleta, autobús, tren, pies, etc.
- Aéreos, como: avión, helicóptero, globo de aire caliente, aviones de combate, etc.
- Tracción animal: carruajes, trineos, carretas, etc. y con ayuda de la tecnología existirán algunos híbridos es decir que pueden ser acuáticos y terrestres al mismo tiempo, o aéreos y acuáticos etc.

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

Proceso administrativo asistencial mediante el cual el personal de salud traslada la responsabilidad de la atención de un usuario a otro Establecimiento de Salud con oferta de servicios de salud requerida y disponible.<sup>11</sup>

### **A.9.3 HISTORIA CLÍNICA**

Documento médico legal, obligatorio y confidencial en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los procedimientos ejecutados por el equipo de salud que intervienen en la atención del paciente.<sup>12</sup>

---

<sup>11</sup> Sistema de referencia y contrareferencia Dra. Ángela Cavero Romaña Medicina Integran y Gestión en Salud citado el 20 de julio del 2015 disponible en: [http://issuu.com/gabo\\_castro/docs/src-cenarue](http://issuu.com/gabo_castro/docs/src-cenarue)

<sup>12</sup> Norma Técnica N° 022 – MINSA/DGSP – V.02 Norma Técnica de salud para la gestión de la Historia Clínica



#### **A.9.4 PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS**

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

#### **A.9.5 PROCESO**

Secuencia lógica de actividades que permite que los elementos de entrada se transformen en los resultados esperados o elementos de salida. <sup>13</sup>

### **B. DIAGNÓSTICO DE LA CONDICIÓN MATERNA**

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

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

Se practicará un examen físico general y segmentario con fines de diagnosticar patologías asintomáticas y derivar a especialistas. El examen físico incluye un examen ginecológico

---

<sup>13</sup> Manual de procesos y procedimientos. Dpto de Pediatría. Hosp. María Auxiliadora MINSA Perú 2012  
<http://www.minsa.gob.pe/hama/Informacion>



en el cual se hace una inspección perineal (descartar hemorroides, parásitos externos anales y pubianos, vulvovaginitis, condilomas, etc.) y vulvovaginal (tomar Papanicolaou).

Posteriormente, en cada control prenatal, se hará la evaluación nutricional según índice peso/talla, control de presión arterial, albuminuria, hematocrito y examen físico según síntomas maternos.<sup>14</sup>

## **PATOLOGIAS MÁS FRECUENTES EN EL EMBARAZO**

### **B.1 INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS**

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

<sup>15</sup> Los factores de riesgo que se han asociado a la presentación de esta patología son: vaciamiento incompleto de la vejiga, deficiencia de estrógenos, mayor edad materna, nivel socioeconómico bajo y primigesta. <sup>16</sup> La presentación clínica puede variar desde bacteriuria asintomática, hasta disuria, tenesmo vesical y urgencia miccional. El método diagnóstico más utilizado es el examen general de orina, sin embargo el gold standard es el urocultivo. Se recomienda tratamiento antibiótico en un esquema de 3 a 7 días.

---

<sup>14</sup> Faundez, A. Publicaciones medicas 2010. Disponible en: <http://publicacionesmedicina.uc.cl/altoriesgo>.

<sup>15</sup> Tanagho A.; Mc Anich J. Urología General de Smith. 14ª ed México: Manual Moderno, 2011. Pp 197. 16.

<sup>16</sup> Quiroga G, Robles R., Ruelas A., Gómez A. Bacteriuria asintomática en mujeres embarazadas, una amenaza subestimada. Rev. Med. Inst. Mex Seguro Social. 2011; 45 (2): 169-172.

## **B.2 VAGINITIS**

Los agentes responsables de las infecciones vaginales pueden ser hongos, bacterias, virus o parásitos. Se ha asociado a ruptura prematura de membranas, parto pretérmino, corioamnionitis y un incremento de riesgo de presentar endometritis postparto o post cesárea.<sup>17</sup>

## **B.3 AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO**

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

## **B.4 HEMORRAGIA OBSTÉTRICA**

La hemorragia obstétrica se divide en las que se presentan en la primera mitad del embarazo y en la segunda mitad del embarazo, parto y puerperio.<sup>18</sup>

---

<sup>17</sup> Kimberlin DF, Andrews WW. Bacterial vaginosis association with adverse pregnancy outcome. *Semin perinatal* 2010.

<sup>18</sup> González JM, Vincens JM, Fabre EG, González EB. *Obstetricia*. Ed. Masson. 2010 (9) 131-142; (27) 435-450; (31) 499-509; (33) 529-535; (34) 541-547

**B.4.1 HEMORRAGIA EN LA PRIMERA MITAD DEL EMBARAZO:**

Aborto: según la Organización Mundial de la Salud, es la terminación del embarazo a las 20 semanas de gestación o antes, o la expulsión de un producto de 500 gramos o menos. Pudiendo clasificarse en aborto precoz, el cual ocurre en el primer trimestre, y tardío cuando este ocurre en el segundo trimestre. Los principales factores de riesgo son: edad materna (menor a 19 años, mayor a 35), estrés, tabaquismo y alcoholismo. Las principales causas de aborto espontáneo son anomalías cromosómicas, dentro de éstas, las trisomías son las más frecuentes; anomalías genéticas, alteraciones del desarrollo del embrión o de la placenta, anomalías anatómicas o funcionales del útero, causas inmunológicas, endócrinas o infecciosas. Las formas clínicas de aborto son:

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



- e. **ABORTO COMPLETO:** expulsión completa del huevo, sangrado escaso, la paciente no tiene dolor. Se corrobora por medio de ecografía. <sup>20</sup>

#### **B.4.2 HEMORRAGIAS DE LA SEGUNDA MITAD DEL EMBARAZO <sup>20</sup>**

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



oxitócicos. Si el sangrado continúa, se realiza taponaje y en casos graves se llega a histerectomía.

- e. **PLACENTA ACRETA:** Adherencia anormal de la placenta al miometrio, sin penetrar en él. Diagnóstico: ecográfico. Se puede intentar un manejo conservador mediante el alumbramiento manual si existen pocas zonas de adherencia anormal con el riesgo de hemorragia posterior y perforación. El tratamiento definitivo es la histerectomía planificando la intervención para las semanas 35 o 36.
- f. **RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS:** Se define como la solución de continuidad de las membranas corioamnióticas que se presenta antes del inicio del trabajo de parto. La ruptura de membranas pretérmino es la que sucede antes de la semana 37 de gestación. El pronóstico está relacionado inversamente con la edad gestacional. Entre los factores de riesgo asociados a ruptura prematura de membranas se encuentran infecciones urinarias y de transmisión sexual, índice de masa corporal bajo, tabaquismo, parto pretérmino previo, distensión uterina por polihidramnios o embarazo múltiple, nivel socioeconómico bajo, conización cervical previa, antecedente de cerclaje cervical, sangrado vaginal del segundo o tercer trimestre. Sin embargo, en muchos de los casos puede ocurrir sin un factor de riesgo identificable.

19

---

<sup>19</sup> Carrasco, S. Medina JP, Desprendimiento prematuro de la placenta normalmente inserta. Otras anomalías de la implantación. Tratado de Ginecología, Obstetricia y Medicina de la Reproducción. Editorial Médica Panamericana, 2003; p 572-9.



## B.5 ESTADOS HIPERTENSIVOS EN EL EMBARAZO

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

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

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

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

**PREECLAMPSIA SOBREAÑADIDA** (25% de las mujeres con hipertensión preexistente): Signos y síntomas de preeclampsia en mujeres con hipertensión





preexistente. La preeclampsia sobreañadida (sobre hipertensión crónica) se caracteriza por: a) proteinuria de reciente aparición (mayor o igual a 0.3 g/24 hs.) en una mujer con hipertensión -pero sin proteinuria- antes de la semana 20 de gestación, y b) el incremento súbito en la proteinuria o la presión sanguínea, o una cuenta plaquetaria de menos de 100 000/mm<sup>3</sup>, en una mujer con hipertensión y proteinuria antes de la semana 20 de gestación. Es decir, la aparición de signos y síntomas de preeclampsia en una mujer con hipertensión preexistente.

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

**SÍNDROME HELLP:** (hemólisis, elevación de enzimas hepáticas, plaquetas bajas) puede ser la consecuencia de la preeclampsia severa, aunque algunos autores consideran que tiene otra etiología. El síndrome se asocia particularmente con alta tasa en la morbilidad y mortalidad materna y perinatal, y puede presentarse sin hipertensión o, en algunos casos, sin proteinuria.<sup>20, 21</sup>

## ATENCIÓN DE LAS EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS

La emergencia obstétrica es la aparición de una complicación que pone en peligro la vida de la mujer durante el embarazo, parto o puerperio y que requiere atención inmediata.

---

<sup>20</sup> Walker J. Pre-eclampsia, Lancet, 356:1260-1265, octubre 7, 2012.

<sup>21</sup> Ronald M. Ramus, MD, Preeclampsia. Disponible en: <http://emedicine.medscape.com/article/1476919>



Durante la emergencia obstétrica la mujer luce agudamente enferma, o refiere por ejemplo sangrado vaginal, sensación febril, feto que no se mueve, convulsiones, dolor abdominal, dolor de cabeza, zumbidos en los oídos, visión borrosa o escotomas.<sup>22</sup>

Medidas generales y terapéutica:

Es importante poder conseguir:

- Presión sistólica  $> 90$  mmHg.
- Volumen urinario  $> 0.5$  ml/Kg/hora.
- Piel con temperatura normal.
- Estado mental normal.
- Control del foco de la hemorragia.

Establecimiento con Funciones Obstétricas y Neonatales Primarias

– FONP (Categorías I-1, I-2, I-3)

- Mantener vía aérea permeable.
- Reposición del volumen circulante:
  - Canalizar 2 vías EV seguras con catéter intravenoso N° 18.

---

<sup>22</sup> Ministerio de Salud Dirección General de Salud de las personas “Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva” Lima-Perú 2004.



- Infusión de 1 a 2 litros de C1Na 9‰, iniciar con 200cc a

chorro, luego regular a 60 gotas por minuto.

- No administrar líquidos por vía oral.
- Usar expansores plasmáticos si se cuenta con profesional capacitado.
- Colocar a la paciente en decúbito dorsal abrigada (si es gestante de la segunda mitad del embarazo, en decúbito lateral izquierdo).
- Colocar sonda Foley y bolsa colectora preferentemente.
- Referir inmediatamente a establecimiento con FONE.

Establecimiento con Funciones Obstétricas y Neonatales Básicas

-FONB (Categoría I-4)

Actuar según establecimiento con FONP, además:

- Asegurar oxigenación adecuada: Oxigenoterapia por máscara de Venturi 6 a 8 litros por minuto por mascarilla o catéter nasal 3 litros por minuto.
- Si después de 2000 cc de C1Na 9‰ persisten signos de hipovolemia, valorar el uso de expansores plasmáticos (Poligelina, Haemacel



o Dextran al 5%), pasar a chorro los primeros 15 a 20 minutos y luego de 40 a 60 gotas por minuto. Referir inmediatamente a establecimiento con FONE.

- Comunicar la referencia a establecimiento con FONE.

Establecimiento con Funciones Obstétricas y Neonatales Esenciales

- FONE (Categorías II-1, II-2)

Actuar según establecimiento con FONB, además:

- Solicitar hematocrito o hemoglobina, Grupo sanguíneo y factor Rh, perfil de coagulación, pruebas cruzadas, bioquímica (urea y creatinina), examen de orina, electrolitos y gases en sangre arterial.
- Manejo interdisciplinario especializado.
- Instalar presión venosa central.
- Realizar consentimiento informado a la paciente y/o familiares de la intervención a realizar y sus posibles complicaciones.
- Realizar reto de fluidos según la regla 2 con 5 de la PVC:
  - Si la presión venosa central (PVC) es menor de 5 cm H<sub>2</sub>O iniciar reto con 5-10 ml/Kg peso de ClNa 9‰.
  - Medir PVC a los 10 minutos.
  - Si PVC es menor de 2 cm H<sub>2</sub>O continuar con cargas cada 10 minutos hasta llevar PVC mayor de 5 cm H<sub>2</sub>O.
  - Si PVC aumenta entre 2 y 5 cm H<sub>2</sub>O esperar 10 minutos y repetir medición si la PVC no disminuye suspender el reto; si disminuye actuar según el paso anterior.



- Si PVC aumenta más de 5 cm H<sub>2</sub>O o se estabilizan bruscamente los parámetros hemodinámicos, suspender el reto.
- Continuar con oxigenación, mantener si saturación de O<sub>2</sub> < 90% y PaO<sub>2</sub> < 60 mmHg.
- Trasfusión de sangre fresca total si Hb es menor a 7 g%, o la anemia es sintomática (taquicardia, hipotensión, alteración del estado de conciencia), independientemente del valor de la Hb. Tomar en cuenta los niveles de hemoglobina según altitud. (Ver ANEXO N° 1)
- Identificar y corregir la causa básica de la disminución del flujo sanguíneo. Considerar necesidad quirúrgica.
- Hospitalizar en unidad de cuidados intensivos.

#### CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

En todos los casos la presunción de un cuadro de este tipo amerita un manejo rápido y en centros de referencia, con implementación y personal capacitado para brindar la atención especializada y de urgencia.

Establecimiento con FONP: Identifica los casos y los refiere inmediatamente con dos vías endovenosas seguras con ClNa al 9‰ ó al establecimiento con FONE.

Establecimiento con FONB: Confirma el diagnóstico, evalúa la aplicación de expansores plasmáticos o sangre completa, identifica la etiología del shock y refiere sin pérdida de tiempo con



dos vías seguras canalizadas al  
establecimiento con FONE.

Establecimiento con FONE: Realiza exámenes auxiliares para precisar  
el diagnóstico, diagnostica la etiología del  
caso y determina la resolución del mismo,  
sea quirúrgico o no. Realiza acciones de  
reposición de volemia para estabilizar a la  
paciente para su resolución definitiva en  
las mejores condiciones.

## **MEDIDAS PARA MEJORAR LA ATENCIÓN Y/O PREVENCIÓN DE LAS EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS**

La atención y/o prevención de las emergencias obstétricas debe ser realizada en toda la red  
de salud, desde la comunidad hasta el establecimiento con mayor capacidad resolutive.

*Medidas en el ámbito comunitario:*

Se define como las acciones que se debe realizar en la comunidad para la identificación de  
las emergencias obstétricas y la prevención de las complicaciones.

En la comunidad el personal de salud debe:

- Identificar redes de apoyo comunitarias: organizaciones de base, agentes comunitarios,  
así como medios de comunicación y transporte.



- Contar con un radar de gestantes actualizado que incluya complicaciones identificadas.
  
- Realizar actividades periódicas (mensuales o semanales) de captación de gestantes e identificar complicaciones con la colaboración de los agentes comunitarios y las organizaciones de mujeres de la comunidad.
  
- Realizar campañas para identificar mujeres con riesgo reproductivo, promoviendo el uso de métodos anticonceptivos más adecuados para cada mujer.
  
- Promover estilos de vida saludable con enfoque de género.
  
- Elaborar un plan de emergencia comunitario que considere:
  - La organización de la comunidad para poder transferir y transportar a la gestante, parturienta, puérpera y/o recién nacido que presente una emergencia.
  
  - Realizar las coordinaciones para que toda mujer y/o recién nacido tenga acceso a un establecimiento de salud con capacidad resolutive.
  
  - Coordinar con el gobierno local y regional para que su establecimiento de salud disponga de los medicamentos básicos y el instrumental apropiado para realizar el manejo de las emergencias obstétricas y neonatales.
  
  - Empadronamiento de la población, previa sensibilización, para disponer de donantes de sangre adecuadamente identificados y tipificados

*Medidas en los establecimientos de salud:*



- Prevenir los embarazos no deseados, especialmente en las mujeres con riesgo reproductivo:
  - Difundir el concepto de riesgo reproductivo en todos los servicios que brinda el establecimiento
  - Brindar información sobre los métodos anticonceptivos
  - Proveer el método que desee la mujer y/o su pareja
- Realizar la atención prenatal.
- Promover el parto institucional.
- Identificar y manejar oportunamente las complicaciones obstétricas.<sup>17</sup>

### **2.2.8 PRESCRIPCIÓN DEL MÉTODO ANTICONCEPTIVO**<sup>23</sup>

Para la aplicación o entrega del método anticonceptivo elegido por el o la usuaria debe proveerse en forma reservada en el consultorio o en los diferentes espacios de atención en planificación familiar. También se debe registrar apropiadamente en la historia clínica y otros formularios pertinentes (formato HIS, SIS 240).

---

<sup>23</sup> Ministerio de Salud Dirección General de Salud de las personas “Norma Técnica N° 032/MINSA-DGSP-V.01” Lima-Perú 2004.





## MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

El proveedor de salud realizará una evaluación integral de la persona, enfatizando el descarte de embarazo y búsqueda de factores de riesgo que contraindiquen el uso de cualquier método.

De acuerdo al nivel de complejidad o calificación del establecimiento, se derivará a la persona usuaria a otro nivel de atención dentro de la red de servicios, cuando no exista capacidad resolutive de proporcionar el método elegido, en los casos de AQV en establecimientos no calificados o la imposibilidad de colocar DIU por no contar con personal capacitado para ello.

### A. ABSTINENCIA PERIÓDICA

Abstención de relaciones sexuales por un periodo de tiempo del ciclo menstrual para evitar un embarazo

- Método del ritmo, Ogino Knaus, de la regla o del calendario: método de abstinencia periódica basado en la abstinencia sexual durante la fase fértil del ciclo menstrual para evitar un embarazo.
- Método del moco cervical (Billigs): abstinencia de relaciones sexuales en el periodo fértil del ciclo menstrual determinado por la presencia de moco cervical o sensación de humedad en genitales.
- Método de los días fijos o método del collar: método de abstinencia periódica que se apoya en perlas de colores (marrón, blanco y rojo) para determinar los días fértiles del ciclo menstrual



## **B. MÉTODO DE LA LACTANCIA MATERNA Y AMENORREA**

Único método natural basado en la infecundidad temporal de la mujer durante la lactancia

## **C. MÉTODOS DE BARRERA**

- Condón: fundad delgada de caucho (látex) lubricada sin nonoxinol – 9
- Espermicidas: Productos químicos que se presentan en forma de óvulos o tabletas vaginales, crema, jalea, gel y espuma que destruyen los espermatozoides.

## **D. ANTICONCEPTIVOS ORALES (AOC)**

- Anticonceptivos orales combinados: son aquellos que contienen estrógeno y progestágeno, 28 píldoras de las cuales 21 contienen 30 microgramos de etinilestradiol y 150 microgramos de levonorgestrel y 7 píldoras de sulfato ferroso.
- Anticonceptivos orales de solo progestágenos: son aquellos que poseen sólo progestágenos.

## **E. INYECTABLES**

- Inyectables de solo progestágenos: son aquellos que poseen sólo progestágenos, con acetato de medroxiprogesterona de 150 mg.
- Inyectable combinado: son aquellos que poseen estrógenos y progestágenos, 5mg de valerato de estradiol y 50 mg de enantato de noretisterona, 5mg de cipionato de estradiol y 25 mg de acetato de medroxiprogesterona.



## F. IMPLANTES

Consiste en cápsulas delgadas, flexibles no biodegradables, cada una contienen progestágenos que son insertadas justo por debajo de la piel en el brazo de la mujer. Existen dos, uno contiene 68 mg de levonogestrel para tres años, y otro contiene dos capsulas.

## G. DISPOSITIVOS INTRAUTERINOS LIBERADOR DE COBRE

Son dispositivos que se insertan en la cavidad uterina y liberan cobre, contiene T de Cobre 380-A con una duración de 10 años.

## H. ANTICONCEPCIÓN QUIRURGICA VOLUNTARIA

- Anticoncepción quirúrgica voluntaria femenina: es un método anticonceptivo permanente que se realiza mediante una intervención quirúrgica electiva de complejidad intermedia cuyo objetivo es ocluir y seccionar las trompas de Falopio.
- Anticoncepción quirúrgica voluntaria masculina: la vasectomía es una intervención quirúrgica electiva, considerada cirugía menor, destinada a ligar y seccionar los conductos diferentes en el hombre.

## 2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

**MUERTE MATERNA:** La muerte de una mujer durante su embarazo, parto o dentro de los 42 días después de su terminación, por cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo, parto o puerperio o su manejo, pero no por causas accidentales o incidentales.<sup>24</sup>

---

<sup>24</sup> La mortalidad materna en el Peru 2002 – 2011, Lima Mayo 2013 1° edición:  
<http://www.unfpa.org.pe/publicaciones/publicacionesperu/MINSA-Mortalidad-Materna-Peru.pdf>



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

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

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

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

**DIAGNÓSTICO:** El diagnóstico es la primera y más importante herramienta con la que cuenta un profesional de la salud de cualquier área para acercarse a la comprensión y



posible tratamiento de las condiciones salubres de un individuo. Ese análisis diagnóstico se basa en la observación de síntomas existentes en el presente o en el pasado.<sup>25</sup>

## 2.4 DEFINICIÓN DE VARIABLES

### VARIABLE PRINCIPAL

Referencia y contrarreferencia

### VARIABLE IMPLICANTE

Características sociodemográficas

Características reproductivas

Manejo de referencia desde el Establecimiento

Manejo de referencia desde la comunidad

Pertinencia de la contrarreferencia

## 2.5 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

---

<sup>25</sup> Guía de la OMS para la aplicación de la CIE -10 a las muertes maternas ocurridas durante el embarazo, parto y puerperio: CIE-MM 2012 Ginebra Suiza. Disponible en: <file:///C:/Users/usuario/Downloads/CIE10MM.pdf>



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



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



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





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



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



VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIÓN	INDICADOR	ÍNDICE	ÍNDICE	EXPRESIÓN FINAL	ESCALA	INSTRUMENTO	
Manejo de la contrarreferencia	Procedimiento médico administrativo entre unidades operativas de los tres niveles de atención, para facilitar el envío-recepción-regreso de pacientes, con el propósito de brindar atención médica oportuna, integral y de calidad.	Procedimiento administrativo-asistencial mediante el cual, el establecimiento de salud de destino de la referencia devuelve o envía la responsabilidad del cuidado de la salud	Administrativo	Establecimiento destino de la referencia	Contrarreferencia de la emergencia	Hospitalización Manejo ambulatorio	Si Cuenta con capacidad resolutive	Nominal	Hoja de recolección de datos	
					Contrarreferencia de la Consulta externa	Llenado de formato Indicaciones y cuidados				
					Contrarreferencia de los resultados e informes de exámenes de diagnostico	Envío de formato de contrarreferencia				No Cuenta con capacidad resolutive
				Establecimiento origen de la referencia	Unidad de seguros	Con seguimiento	Con seguimiento			Nominal
						Sin seguimiento	Sin seguimiento			Nominal
					Usuario	Condiciones del usuario	Condición del paciente			Curado
			Mejorado	Con / Sin tratamiento						
			Atendido por apoyo diagnostico	Con / Sin informe						
			Personal que atendió	Medico Obstetra Enfermera Técnico Otros			Nominal			



					Retiro voluntario	Si No	Si No	Nominal	
					Deserción	Abandona No abandona	Abandona No abandona	Nominal	
					Fallecimiento	Extra institucional Intra institucional	Si No	Nominal	
				Contrarreferencia injustificada	Cuenta/no cuenta con capacidad resolutive	Si No	Cuenta o 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

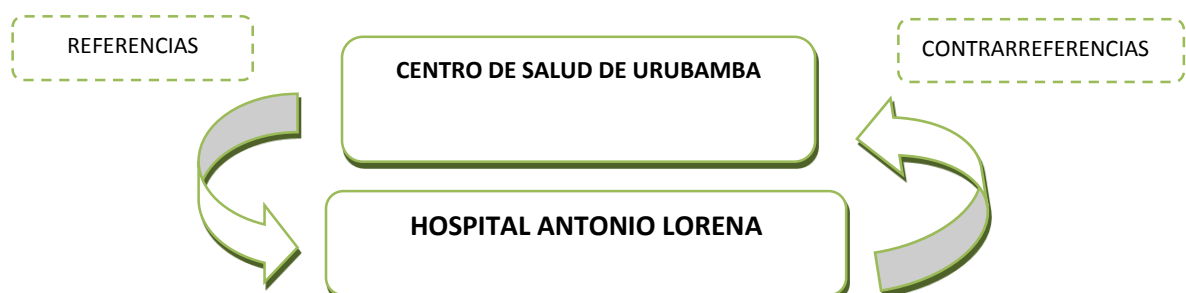
#### 3.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

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

#### 3.2 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN:

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

Observacional de acuerdo al flujo de referencia y contrarreferencia:



### **3.3 POBLACIÓN Y MUESTRA**

#### **DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN.**

Pacientes referidas del Centro de Salud Urubamba - Red de Servicios de Salud Cusco Norte - Dirección Regional de Salud Cusco, durante el año 2014.

#### **MUESTRA Y MÉTODO DE MUESTREO**

Pacientes obstétricas referidas del Centro de Salud Urubamba - Red de Servicios de Salud Cusco Norte - Dirección Regional de Salud Cusco, durante el año 2014, siendo un total de 43 referencias efectuadas dentro de estas solo 6 contaban con contrareferencia.

### **3.4 CRITERIOS DE SELECCIÓN**

#### **CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

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

#### **CRITERIOS DE EXCLUSIÓN**

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

### **3.5 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS**

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

- Ficha de recolección de datos



- Formularios de referencia
- Formulario de contrarreferencia
- Historia Clínica
- Cuaderno de registros

### **3.6 PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.**

Se recolectó los datos de las historias clínicas en la ficha de recolección previa autorización del gerente de la institución y con el apoyo del personal administrativo y asistencial, se corroboró algunos datos al revisar los registros, hojas de referencias institucional, entre otros.

### **3.7 PROCEDIMIENTOS DE ANÁLISIS DE DATOS**

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



## **CAPÍTULO IV**

### **RESULTADOS**

Los resultados se presentan en:

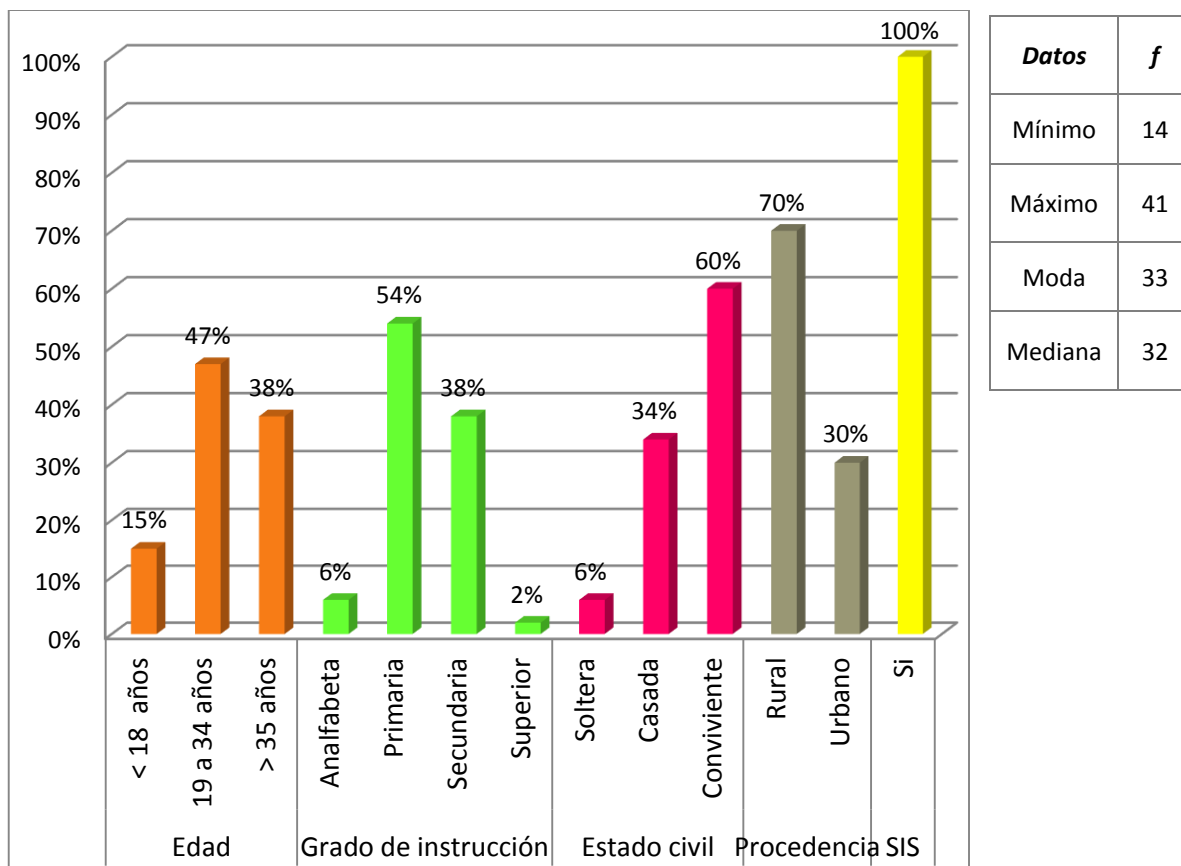
- I- Características sociodemográficas y reproductivas
- II.- Manejo de referencia de pacientes obstétricas desde el nivel del establecimiento de salud
- III.- Manejo de referencia de pacientes obstétricas desde el nivel de la comunidad
- IV.- Pertinencia del informe de la contrarreferencia de las pacientes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



**I: CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y REPRODUCTIVAS**

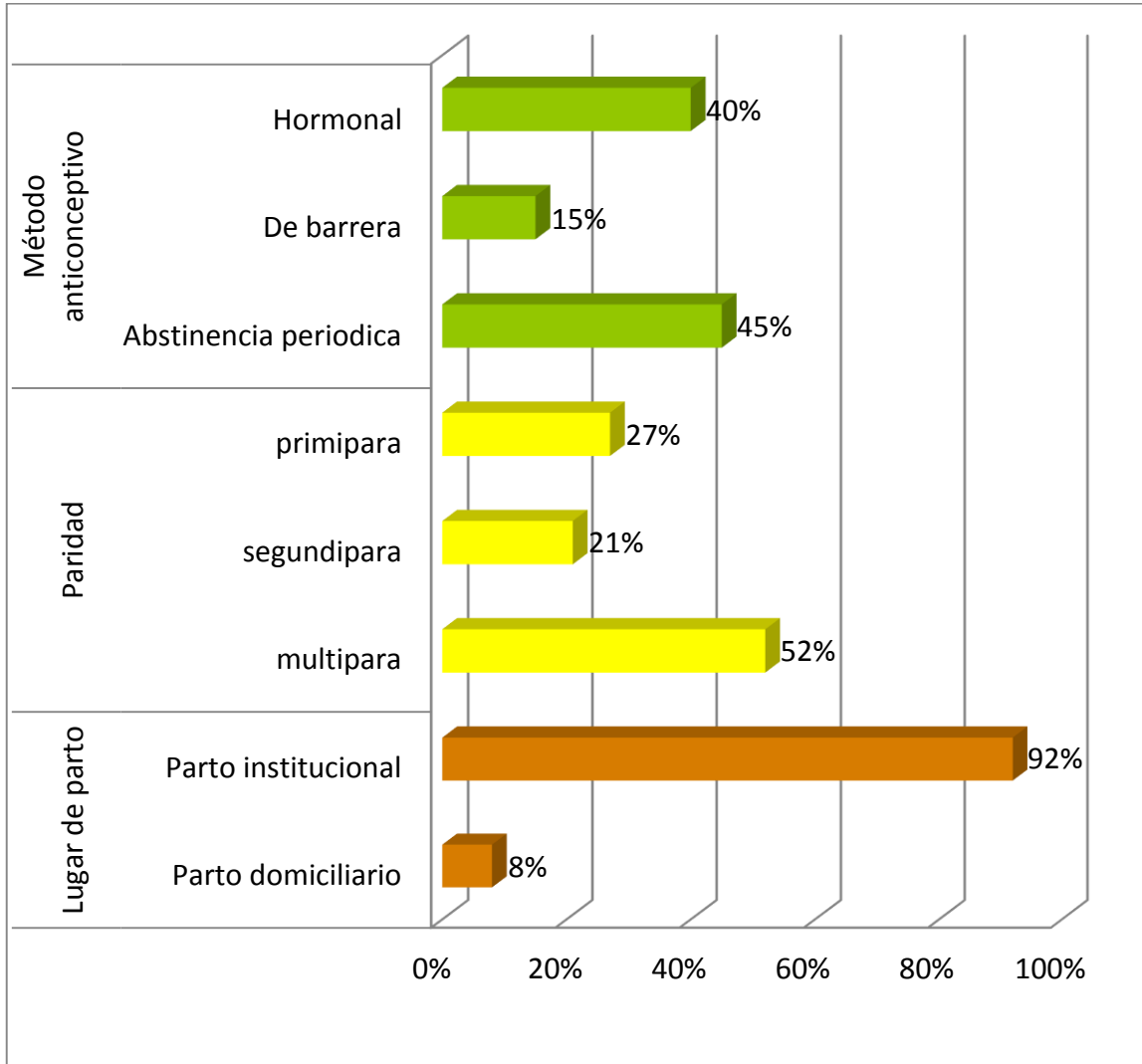
**GRÁFICO N° 1**

**CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LAS PACIENTES OBSTÉTRICAS REFERIDAS DEL CENTRO DE SALUD DE URUBAMBA**



**Fuente:** Ficha de recolección de datos.

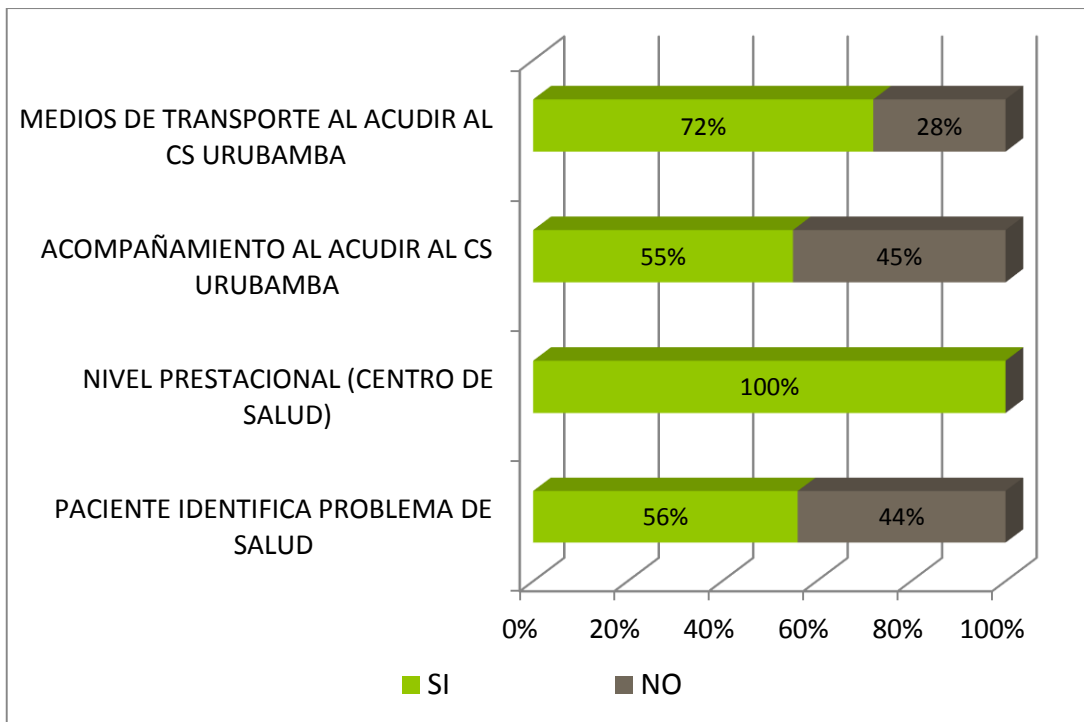
**INTERPRETACIÓN:** Las características sociodemográficas de las pacientes obstétricas referidas en el Centro de Salud de Urubamba, son en su mayor parte entre 19 a 34 años de edad, siendo la edad mínima encontrada la de 14 años, la edad máxima de 41, la media es de 33 y la moda de 33 años; más de la mitad estudio primaria, son convivientes, la mayoría residen en área rural y todas cuentan con el sistema de salud integral (SIS). Datos similares fueron encontrados por TENA, A., donde la edad mínima encontrada fue la de 14 años, la máxima de 42, con una media de 23 años, por el contrario el 60% estudio secundaria, el 96.3% tiene pareja estable.

**GRÁFICO N° 2****ANTECEDENTE DE USO DE MÉTODO ANTICONCEPTIVO , PARIDAD Y LUGAR DE PARTO DE LA POBLACIÓN EN ESTUDIO EN EL CENTRO DE SALUD DE URUBAMBA**

**Fuente:** Ficha de recolección de datos.

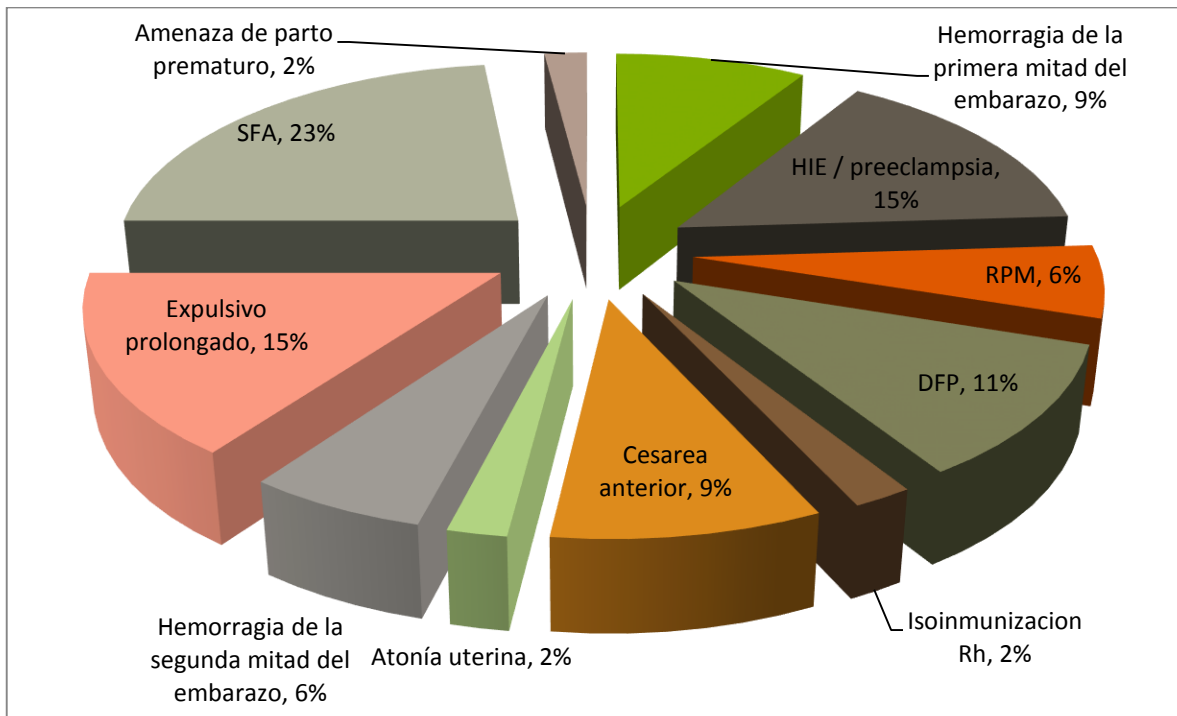
**INTERPRETACIÓN:** En cuanto a las características reproductivas, los antecedentes de uso de método anticonceptivo son en su mayor parte métodos de abstinencia periódica en la cual resalta el método del ritmo, más de la mitad de las pacientes referidas son multíparas, al igual que tuvo partos institucionales tanto en Centro de Salud Urubamba o en los Hospitales del Cusco. Tena, A. encontró datos diferentes al concluir que el 50% de las pacientes en estudio tuvo hijos anteriores lo que nos refiere que son pacientes en su mayoría segundigestas en el momento de la referencia

## II.- MANEJO DE REFERENCIA A NIVEL DEL ESTABLECIMIENTO

**GRÁFICO N° 3****MEDIOS DE TRANSPORTE, ACOMPAÑAMIENTO, NIVEL PRESTACIONAL  
E IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA AL ACUDIR LA PACIENTE AL  
CENTRO DE SALUD DE URUBAMBA**

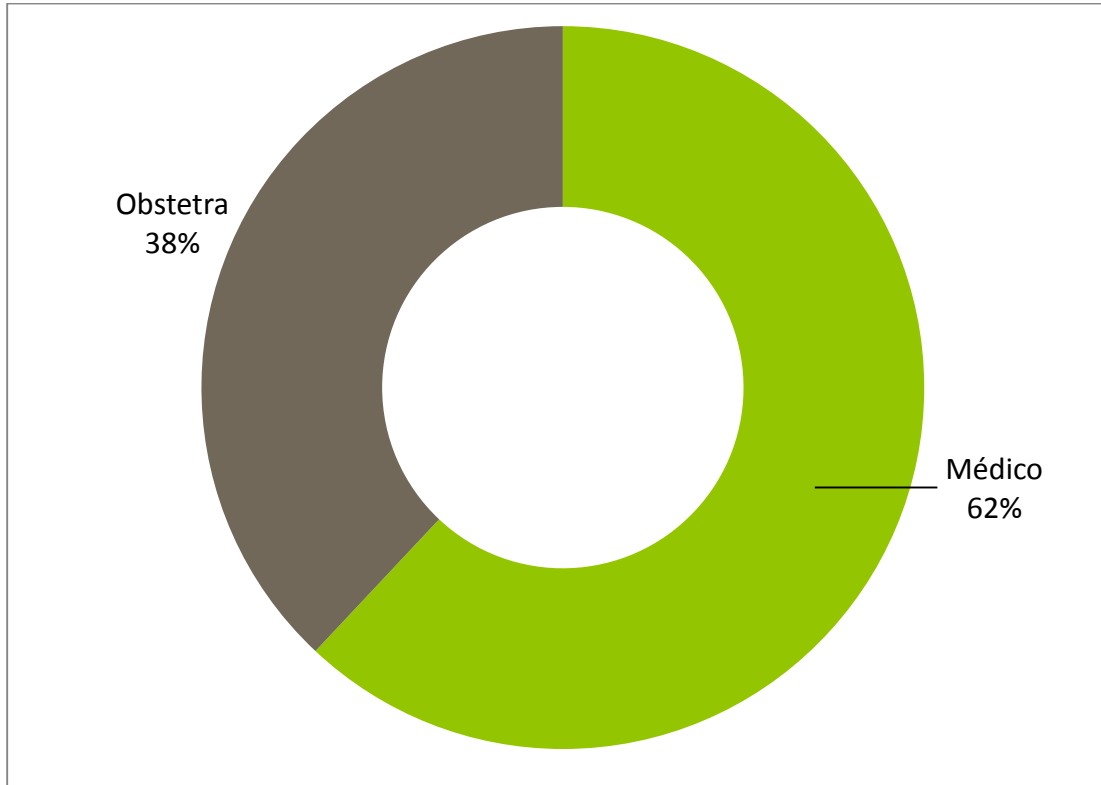
**Fuente:** Ficha de recolección de datos.

**INTERPRETACIÓN:** Respecto a las pacientes referidas la mayoría utilizan medios de transporte para acudir al Centro de Salud de Urubamba, más de la mitad acude con acompañamiento de un familiar y/o amigo, el 100% acudió a un nivel prestacional que es un centro de salud, y cabe mencionar que el 56% de las pacientes identificaron el problema de salud por ello acudieron al establecimiento de salud, pero el 44% no reconoció el problema de salud hasta que el personal de salud (médico u obstetra) observó algún signo y/o síntoma de alarma, lo cual procedió a la referencia a un establecimiento de mayor complejidad para solucionar su problema de salud.

**GRÁFICO N° 4****DIAGNÓSTICO DE PACIENTES REFERIDAS DEL CENTRO DE SALUD DE URUBAMBA**

**Fuente:** Ficha de recolección de datos.

**INTERPRETACIÓN:** Respecto al diagnóstico de referencia, el primero es por sufrimiento fetal agudo, según las historias clínicas más del 50% de estas presento líquido sanguinolento y/o meconial, a parte de la disminución o incremento de los látidos cardiacos fetales, el segundo diagnóstico por el cual se refiere a las pacientes del centro de salud Urubamba es Hipertensión inducida por el embarazo y/o preeclampsia. Para TENA, A., donde los diagnósticos de envío más frecuentes fueron: amenaza de aborto (12.56%), cesárea previa (9.18%), edad gestacional mayor a 40 semanas (8.70%), amenaza de parto pretérmino (8.21%), ruptura prematura de membranas (5.31%), preeclampsia (4.83%) y sufrimiento fetal agudo (3.86%).

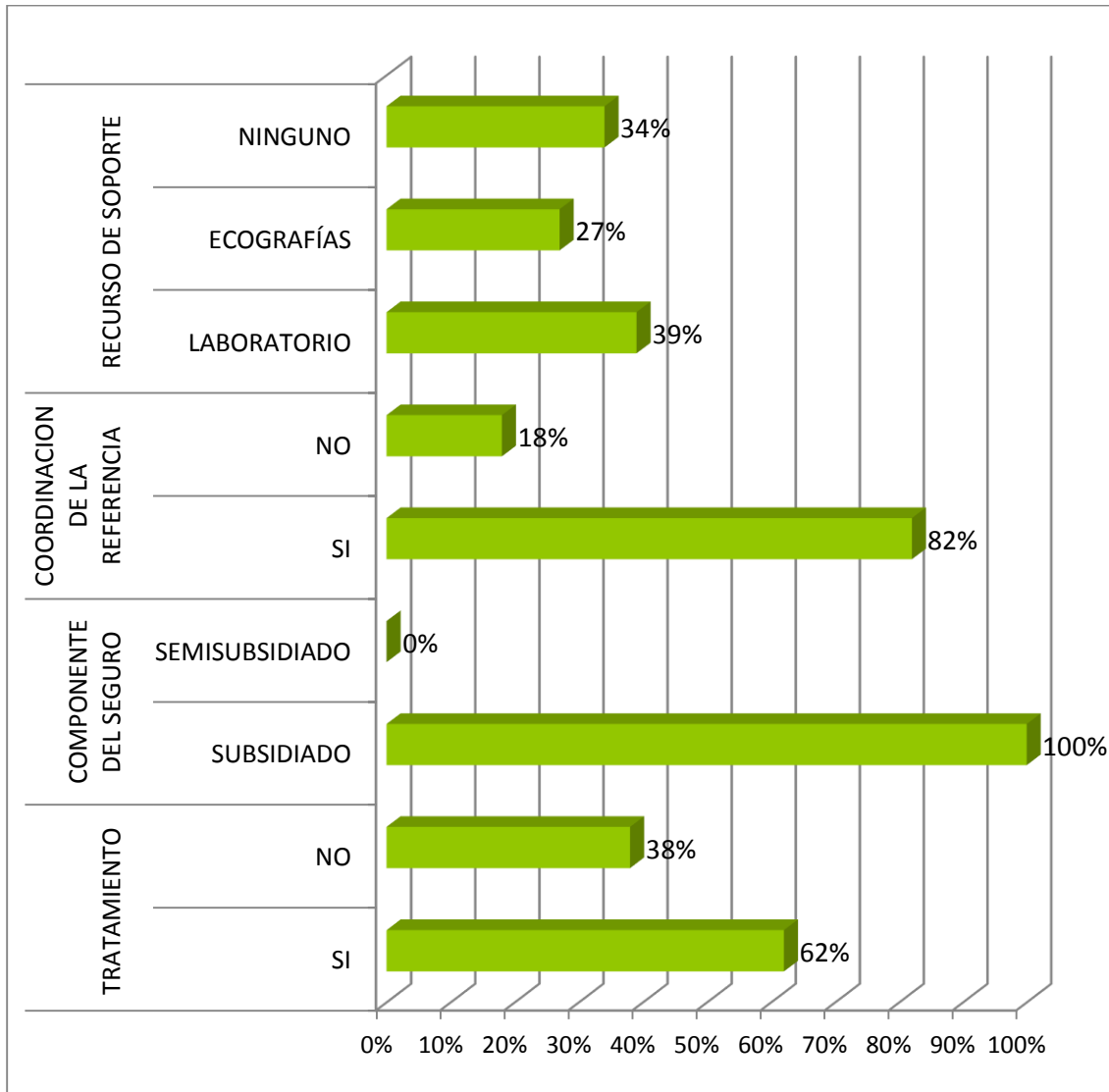
**GRÁFICO N° 5****PERSONAL DE SALUD RESPONSABLE DE LAS PACIENTES REFERIDAS  
DEL CENTRO DE SALUD DE URUBAMBA**

**Fuente:** Ficha de recolección de datos.

**INTERPRETACIÓN:** El personal de salud responsable de la referencia en el Centro de Salud de Urubamba en su mayor porcentaje es el médico, seguido por el personal obstetra, cabe mencionar que el personal responsable es el que brinda la atención y al referir a la paciente termina cuando el personal de salud recepciona a la paciente en el lugar de destino.

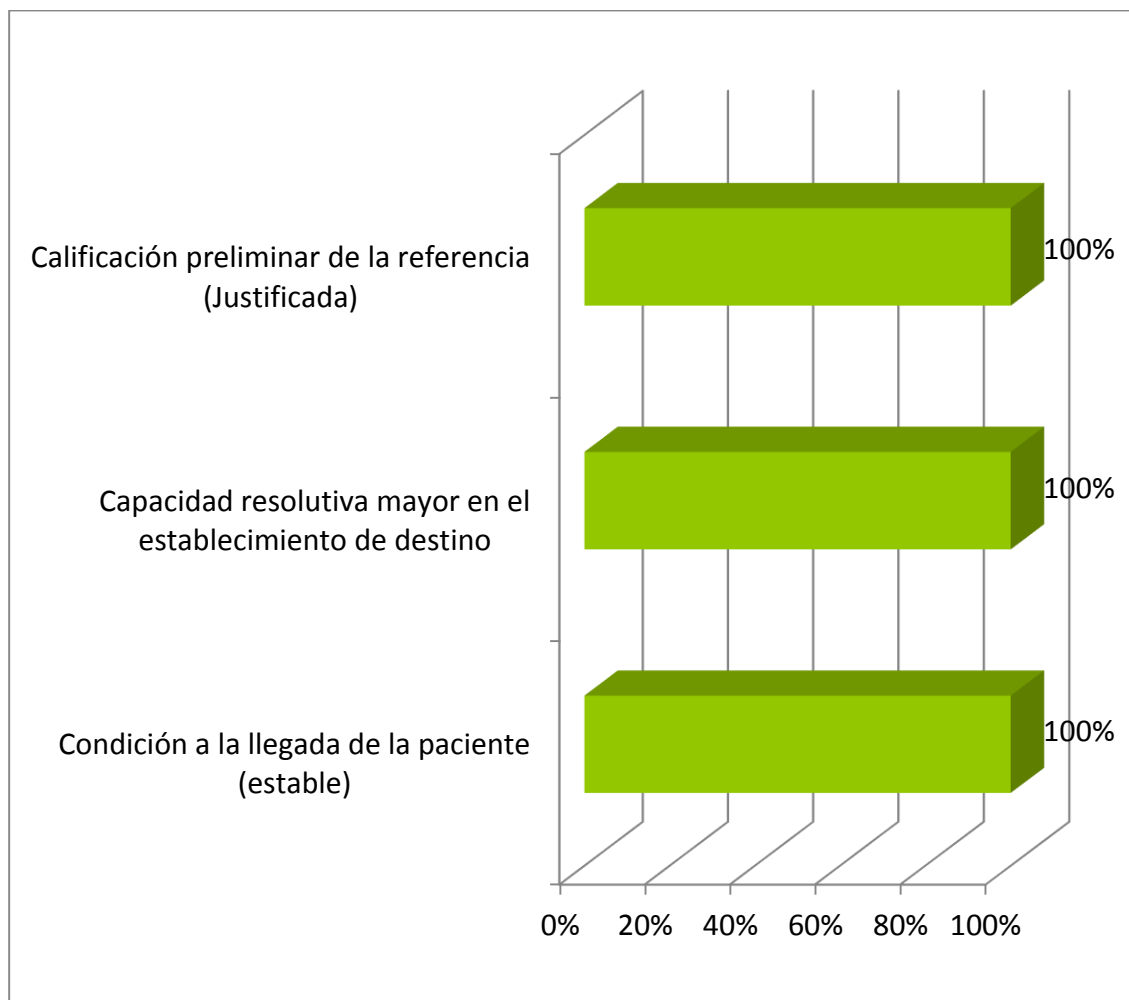
**GRÁFICO N° 6**

**RECURSO DE SOPORTE, COORDINACIÓN, COMPONENTE DEL SEGURO Y TRATAMIENTO EN PACIENTES REFERIDAS DEL CENTRO DE SALUD DE URUBAMBA**



**Fuente:** Ficha de recolección de datos.

**INTERPRETACIÓN:** Las referencias son con la utilización de algún recurso de soporte como exámenes de laboratorio en un 39%, dependiendo del diagnóstico de la paciente, con ecografía en un 27%, sin embargo también hay referencias en las cuales no se utilizó ningún recurso de soporte un 34%.

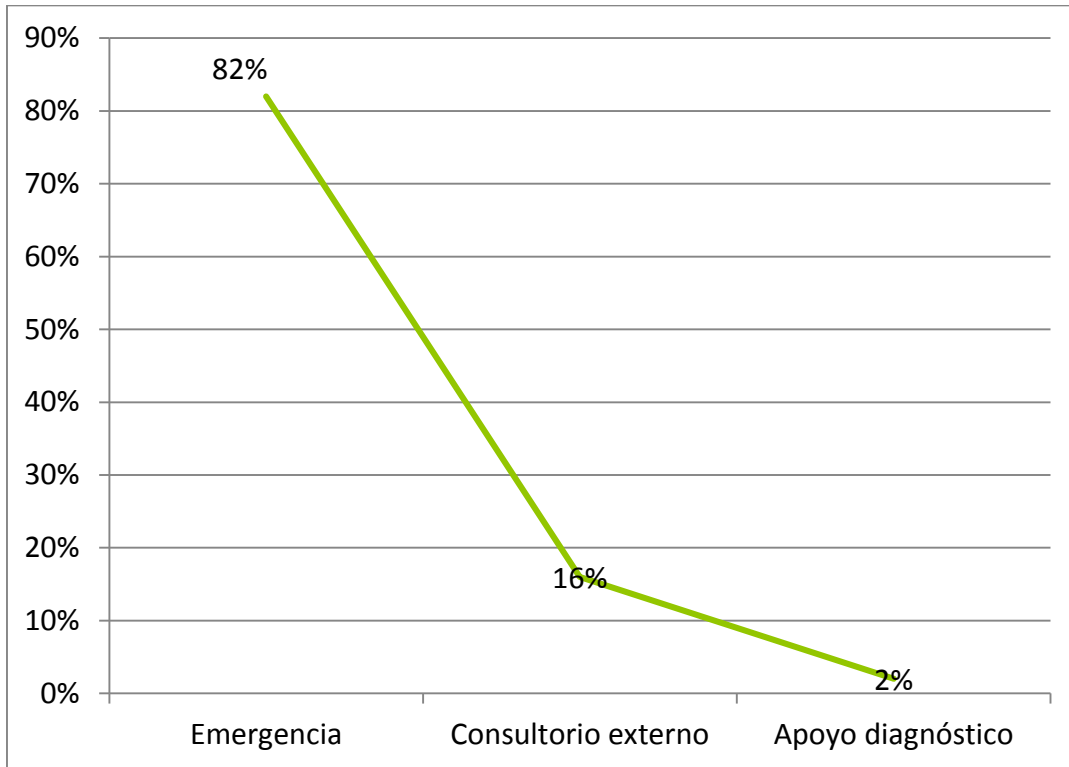
**GRÁFICO N° 7****CALIFICACIÓN PRELIMINAR, CAPACIDAD RESOLUTIVA Y CONDICION A LA LLEGADA DE PACEINTES REFERIDAS AL CENTRO DE SALUD DE URUBAMBA**

**Fuente:** Ficha de recolección de datos.

**INTERPRETACIÓN:** La condición de llegada de las pacientes es en su totalidad es estable, siendo el lugar de destino un establecimiento de mayor capacidad resolutive Hospitales nivel III – 1 de la ciudad del Cusco, y fueron referencias justificadas en su totalidad, esto por la calificación preliminar que consta en la hoja de referencia por parte del personal médico en el establecimiento de destino.

**GRÁFICO N° 8**

**UNIDAD PRODUCTORA DESTINO DE REFERENCIA DE PACIENTES  
REFERIDAS DEL CENTRO DE SALUD DE URUBAMBA**



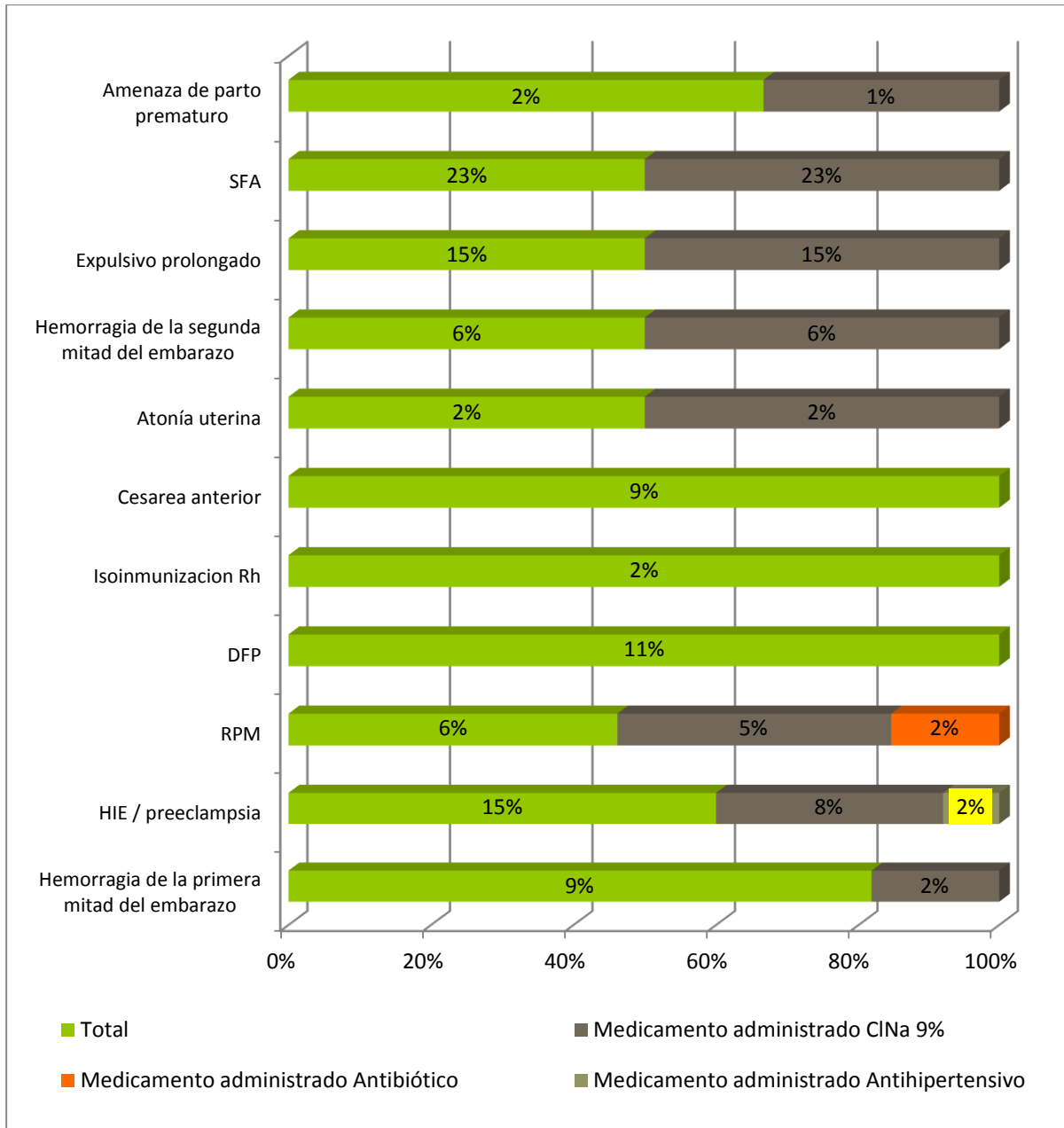
**Fuente:** Ficha de recolección de datos.

**INTERPRETACIÓN:** Respecto a la unidad productora destino de referencia, se evidencia en el gráfico que fue referida al servicio de emergencia en un 82% seguido por consultorio externo en un 16% y apoyo diagnóstico en un 2%.



**GRÁFICO N° 9**

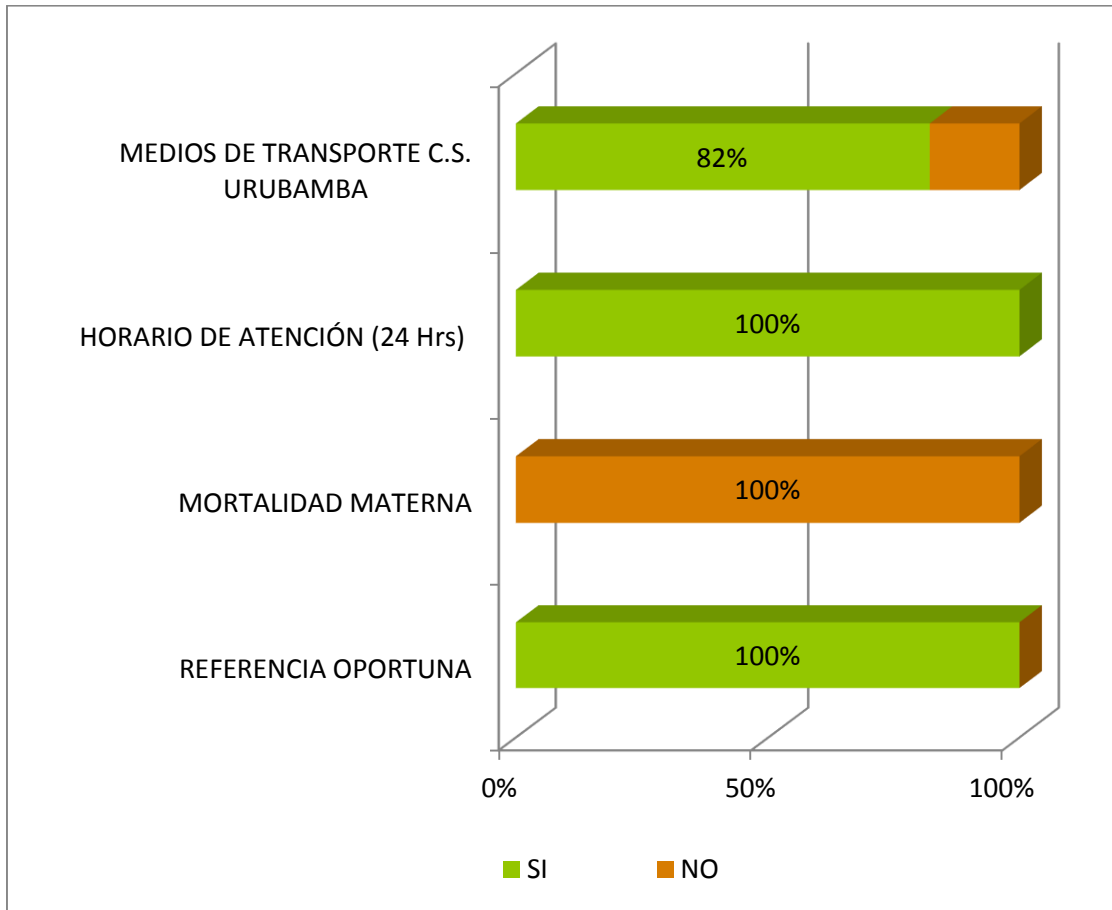
**TRATAMIENTO EN PACIENTES OBSTÉTRICAS REFERIDAS SEGÚN DIAGNÓSTICO EN EL CENTRO DE SALUD DE URUBAMBA**



**Fuente:** Ficha de recolección de datos.



**INTERPRETACIÓN:** El tratamiento en las pacientes obstétricas referidas son en su mayor parte cloruro de sodio al 9%, excepto patologías como cesárea anterior, isoimmunización Rh y desproporción feto pélvica, se evidencia también que pacientes con ruptura prematura de membranas son referidas con antibióticos, y con el diagnóstico de hipertensión inducida por el embarazo / preeclampsia fueron referidas con antihipertensivos.

**GRÁFICO N° 10****MEDIOS DE TRANSPORTE, HORARIO DE ATENCIÓN, MORTALIDAD MATERNA Y REFERENCIA OPORTUNA EN LAS REFERENCIAS DE PACIENTES OBSTÉTRICAS EN EL CENTRO DE SALUD DE URUBAMBA**

**Fuente:** Ficha de recolección de datos.

**INTERPRETACIÓN:** De acuerdo a la accesibilidad para la referencia se evidencia que un 82% de la población en estudio utilizó medios de transporte del Centro de Salud de Urubamba (ambulancia), se evidenció que solicitan el préstamo de la ambulancia de puesto de salud Yanahuara; el centro de salud Urubamba tiene horario de atención de 24 horas con hospitalización, no hubo ningún caso de mortalidad materna, todas las referencias fueron oportunas.



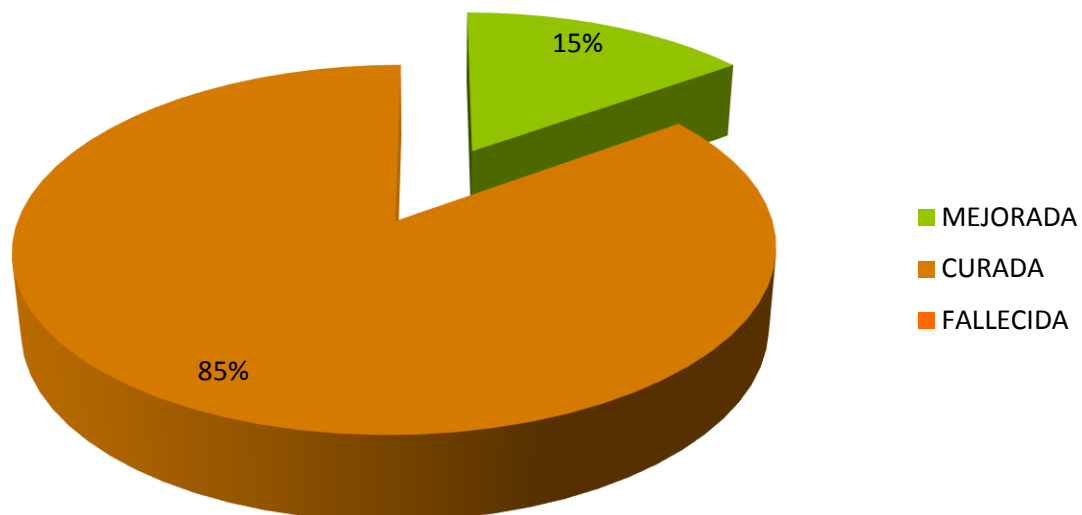
### **III: MANEJO DE REFERENCIA DE PACIENTES OBSTÉTRICAS DESDE EL NIVEL DE LA COMUNIDAD**

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

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

En el Centro de Salud de Urubamba, se encontró seis contrarreferencias de pacientes que fueron referidas en el año 2014, no se cuentan con más debido a que este no es solicitado en el establecimiento de origen al acudir las pacientes en consultas posteriores o de controles y también por el extravío por parte de las pacientes.

**GRÁFICO N° 11**  
**CONDICIÓN DE LA PACIENTE OBSTÉTRICA CONTRARREFERIDA**



**Fuente:** Ficha de recolección de datos.

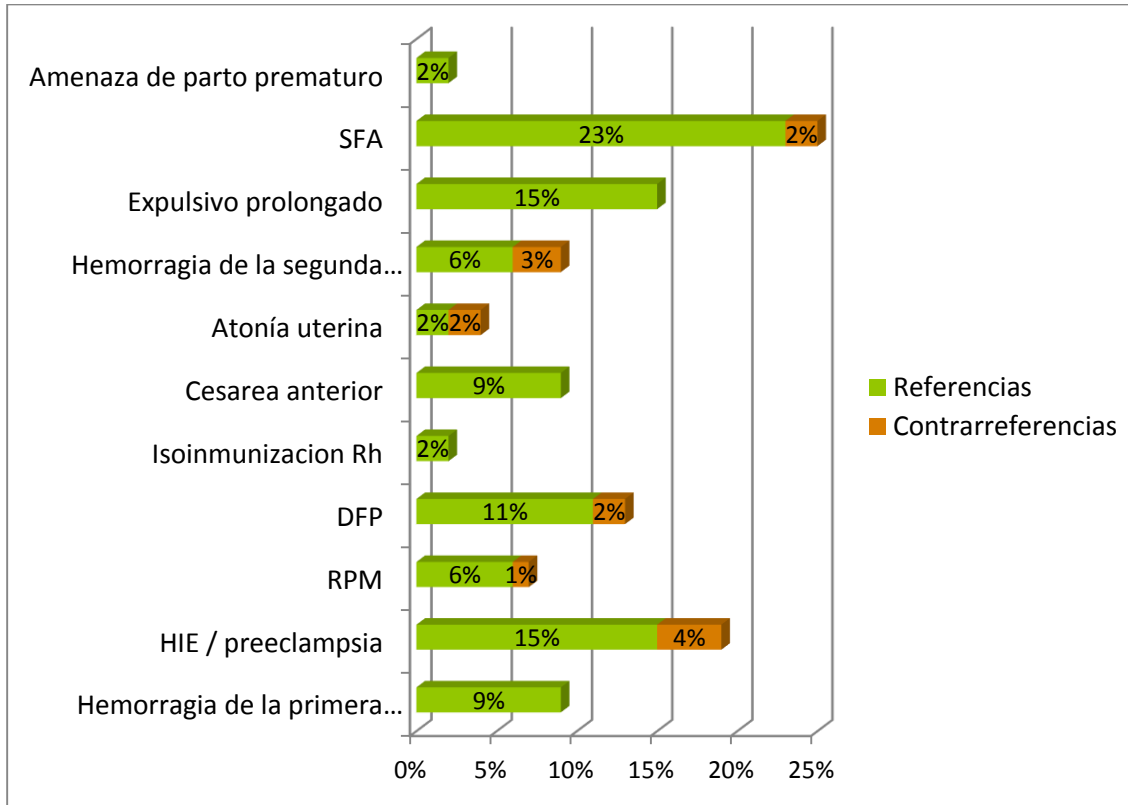


**INTERPRETACIÓN:** En el Centro de Salud de Urubamba, se encontró seis contrarreferencias de pacientes que fueron referidas en el año 2014, no se cuentan con más debido a que este no es solicitado en el establecimiento de origen al acudir las pacientes en consultas posteriores o de controles y también por el extravío por parte de las pacientes.

La condición de las pacientes obstétricas contrarreferidas desde los hospitales de la ciudad del Cusco como establecimiento de destino hacia el centro de salud de Urubamba como establecimiento de referencia fue el de curada en su mayor porcentaje, seguido por el de mejorada en cuyas pacientes se debía hacer controles posteriores y continuar con su terapia, cabe mencionar que no existió ningún caso de fallecimiento.

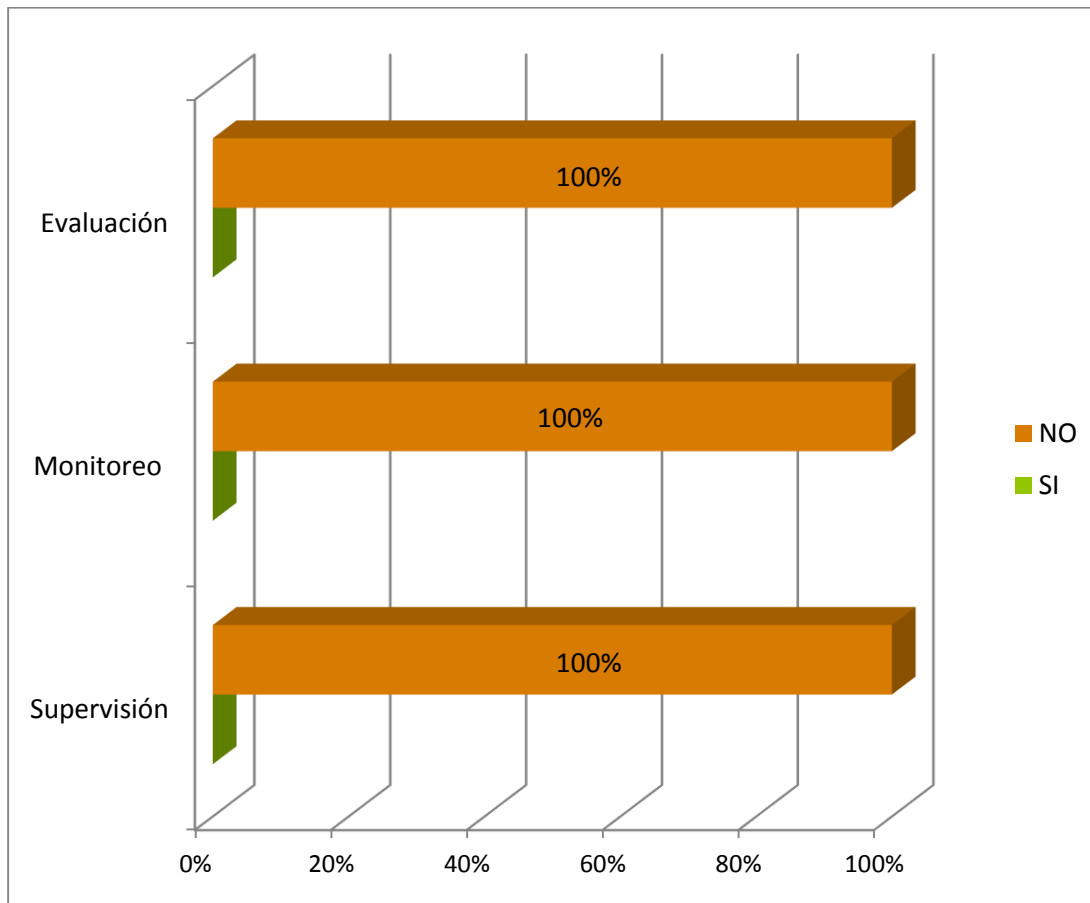
**GRÁFICO N° 12**

**CONTRARREFERENCIAS ENCONTRADAS SEGÚN EL DIAGNÓSTICO DE REFERENCIAS EFECTUADAS EN PACIENTES OBSTETRICAS DEL CENTRO DE SALUD DE URUBAMBA 2014**



**Fuente:** Ficha de recolección de datos.

**INTERPRETACIÓN:** Respecto a las contrarreferencias encontradas (seis), se evidencia que el 4 % son las que fueron referidas con el diagnóstico de hipertensión inducida por el embarazo / preeclampsia, así mismo seguido por los diagnósticos de sufrimiento fetal agudo y desproporción feto pélvicas, cabe resaltar que respecto a los diagnósticos tanto de referencia como de contrarreferencias están coincidentes y el 100% de estas contrarreferencias encontradas fueron de pacientes intervenidas quirúrgicamente (cesárea) quienes acudieron a sus controles posteriores en su establecimiento de origen.

**GRÁFICO N° 13****CONTROL DE REFERENCIAS Y CONTRARREFERENCIAS EN EL CENTRO  
DE SALUD DE URUBAMBA**

**Fuente:** Ficha de recolección de datos.

**INTERPRETACIÓN:** El control respecto a monitoreo, supervisión y/o evaluación de las referencias efectuadas no se realizan en el Centro de Salud de Urubamba, por cuanto no hay un personal responsable a exclusividad de estas actividades, y solo se realizan en caso del uso de ambulancia para la devolución del combustible.

Cabe mencionar que las referencias muchas veces son monitorizadas internamente por el personal obstetra en razón a informes estadísticos mensuales.





## DISCUSIÓN

**PRIMERO.-** Las características sociodemográficas y reproductivas de las pacientes obstétricas referidas en el Centro de Salud de Urubamba, son en su mayor parte entre 19 a 34 años de edad (47%), siendo la edad mínima encontrada la de 14 años, la edad máxima de 41, la media es de 25 y la moda de 33 años; más de la mitad estudio primaria (54%), son convivientes (60%), la mayoría residen en área rural (70%) y todas cuentan con el sistema de salud integral (100%); los antecedentes de uso de método anticonceptivo son en su mayor parte métodos de abstinencia periódica (40%) en la cual resalta el método del ritmo, más de la mitad de las pacientes referidas son multíparas (52%), al igual que tuvo partos institucionales tanto en el centro de salud Urubamba o en los Hospitales del Cusco (92%). Datos similares fueron encontrados por TENA, A., donde la edad mínima encontrada fue la de 14 años, la máxima de 42, con una media de 23 años, el 60% estudio secundaria, el 96.3% tiene pareja estable y el 89.8% tiene como ocupación su hogar.

**SEGUNDO.-** Respecto al manejo de referencia a nivel del establecimiento, el (72%) utilizan medios de transporte para acudir al Centro de Salud de Urubamba, más de la mitad acude con acompañamiento de un familiar y/o amigo, el 100% acudió a un nivel prestacional que es un centro de salud, y cabe mencionar que el 56% de las pacientes identificaron el problema de salud por ello acudieron al establecimiento de salud, pero el 44% no reconoció el problema de salud hasta que el personal de salud (médico u obstetra) observó algún signo y/o síntoma de alarma, lo cual procedió a la referencia a un establecimiento de mayor complejidad para solucionar su problema de salud. La



DIRESA Cusco (2010) en su investigación mejoramiento de la calidad de los servicios de salud del sistema de referencia y contrarreferencia Cusco, concluyo que por falta de un medio de transporte en forma inmediata y oportuna, de recursos Humanos capacitados que puedan asistirlo durante su traslado, y de medios de comunicación para poder facilitar el traslado, se encuentren más vulnerables a los problemas de Salud.

El diagnóstico de referencia, en primer lugar fue sufrimiento fetal agudo (23%), según las historias clínicas más del 50% de estas presento líquido sanguinolento y/o meconial, a parte de la disminución o incremento de los blátidos cardiacos fetales, el segundo diagnostico por el cual se refiere a las pacientes del Centro de Salud Urubamba es Hipertensión inducida por el embarazo y/o preeclampsia (15%), datos diferentes fueron encontrados por TENA, A., donde los diagnósticos de envío más frecuentes fueron: amenaza de aborto (12.56%), cesárea previa (9.18%), edad gestacional mayor a 40 semanas (8.70%), amenaza de parto pretérmino (8.21%), ruptura prematura de membranas (5.31%), preeclampsia (4.83%) y sufrimiento fetal agudo (3.86%).

El personal de salud responsable de la referencia en el Centro de Salud de Urubamba es en su mayor porcentaje el médico (62%), seguido por el personal obstetra (38%), cabe mencionar que el personal responsable es el que brinda la atención y al referir a la paciente termina cuando el personal de salud recepciona a la paciente en el lugar de destino; las referencias son con la utilización de algún recurso de soporte como exámenes de laboratorio en su mayoría (39%), dependiendo del diagnóstico de la paciente, otras con ecografía (27%), sin embargo también hay referencias en las cuales



no se utilizó ningún recurso de soporte (34%); la condición de llegada de las pacientes es en su totalidad es estable (100%), siendo el lugar de destino un establecimiento de mayor capacidad resolutive Hospitales nivel III – 1 de la ciudad del Cusco, y fueron referencias justificadas en su totalidad, esto por la calificación preliminar que consta en la hoja de referencia por parte del personal médico en el establecimiento de destino; respecto a la unidad productora destino de referencia, se evidencia en el gráfico que la mayor parte fue referida al servicio de emergencia (82%) seguido por consultorio externo (16%) y apoyo diagnóstico (2%);

el tratamiento en las pacientes obstétricas referidas son en su mayor parte cloruro de sodio al 9%, excepto patologías como cesárea anterior, isoimmunización Rh y desproporción feto pélvica, se evidencia también que pacientes con ruptura prematura de membranas son referidas con antibióticos (2%), y con el diagnóstico de hipertensión inducida por el embarazo / preeclampsia fueron referidas con antihipertensivos (2%); de acuerdo a la accesibilidad para la referencia se evidencia que la mayor parte de la población en estudio utilizó medios de transporte del C.S. Urubamba (82%), se evidenció que solicitan el préstamo de la ambulancia de P.S. Yanahuara; el C.S. Urubamba tiene horario de atención de 24 horas con hospitalización, no hubo ningún caso de mortalidad materna, todas las referencias fueron oportunas.

**TERCERO.-** Respecto al manejo de referencia de pacientes obstétricas desde el nivel de la comunidad, en el Centro de Salud de Urubamba, no existen estos responsables sociales, por ende no existen referencias de parte de agentes comunales



**CUARTO.-** Respecto a la pertinencia del informe de la contrarreferencia de las pacientes obstétricas referidas al Centro de Salud de Urubamba, se encontró seis contrarreferencias de pacientes que fueron referidas en el año 2014, no se cuentan con más debido a que este no es solicitado en el establecimiento de origen al acudir las pacientes en consultas posteriores o de controles y también por el extravío por parte de las pacientes; es así que la condición de las pacientes obstétricas contrarreferidas desde los hospitales de la ciudad del Cusco como establecimiento de destino hacia el centro de salud de Urubamba como establecimiento de referencia fue el de curada en su mayor porcentaje (85%), seguido por el de mejorada (15%) en cuyas pacientes se debía hacer controles posteriores y continuar con su terapia; de las contrarreferencias encontradas se evidencia que el mayor porcentaje de estas son las que fueron referidas con el diagnóstico de hipertensión inducida por el embarazo / preeclampsia, así mismo seguido por los diagnósticos de sufrimiento fetal agudo y desproporción feto pélvica, cabe resaltar que respecto a los diagnósticos tanto de referencia como de contrarreferencias están coincidentes y el 100% de estas contrarreferencias encontradas fueron de pacientes intervenidas quirúrgicamente (cesárea) quienes acudieron a sus controles posteriores en su establecimiento de origen, el control respecto a monitoreo, supervisión y/o evaluación de las referencias efectuadas no se realizan en el Centro de Salud de Urubamba, por cuanto no hay un personal responsable a exclusividad de estas actividades, y solo se realizan en caso del uso de ambulancia para la devolución del combustible, cabe mencionar que las referencias muchas veces son monitorizadas internamente por el personal obstetra en razón a informes estadísticos mensuales.



## CONCLUSIONES

**PRIMERO.-** Respecto a las características sociodemográficas y reproductivas de las pacientes obstétricas referidas en el Centro de Salud de Urubamba, es: edad de 19 a 34 (47%), edad mínima 14 años, la edad máxima 41, la media 55 y la moda de 33 años; grado de instrucción primaria (54%), estado civil convivientes (60%), residencia en área rural (70%) con seguro integral de salud (100%); el método anticonceptivo usado es la abstinencia periódica (40%), pacientes multíparas (52%), con partos institucionales (92%); las características reproductivas son 50% tuvo hijos anteriores

**SEGUNDO.-** Respecto al manejo de referencia a nivel del establecimiento, el (72%) utilizan medios de transporte para acudir al Centro de Salud de Urubamba, más de la mitad acude con acompañamiento de un familiar y/o amigo, el 100% acudió a un nivel prestacional que es un centro de salud, y cabe mencionar que el 56% de las pacientes identificaron el problema de salud por ello acudieron al establecimiento de salud, pero el 44% no reconoció el problema de salud hasta que el personal de salud (médico u obstetra) observó algún signo y/o síntoma de alarma, lo cual procedió a la referencia a un establecimiento de mayor complejidad para solucionar su problema de salud.

El diagnóstico de referencia, en primer lugar fue sufrimiento fetal agudo (23%), el segundo diagnóstico es Hipertensión inducida por el embarazo y/o preeclampsia (15%), el personal de salud responsable de la referencia en el Centro de Salud de Urubamba es en su mayor porcentaje el médico (62%), seguido por el personal obstetra (38%), las



referencias son con la utilización de algún recurso de soporte como exámenes de laboratorio en su mayoría (39%), dependiendo del diagnóstico de la paciente, otras con ecografía (27%), sin embargo también hay referencias en las cuales no se utilizó ningún recurso de soporte (34%); la condición de llegada de las pacientes es en su totalidad es estable (100%), respecto a la unidad productora destino de referencia, se evidencia en el gráfico que la mayor parte fue referida al servicio de emergencia (82%) seguido por consultorio externo (16%) y apoyo diagnóstico (2%); el tratamiento en las pacientes obstétricas referidas son en su mayor parte cloruro de sodio al 9%, excepto patologías como cesárea anterior, isoinmunización Rh y desproporción feto pélvica, se evidencia también que pacientes con ruptura prematura de membranas son referidas con antibióticos (2%), y con el diagnóstico de hipertensión inducida por el embarazo / preeclampsia fueron referidas con antihipertensivos (2%); de acuerdo a la accesibilidad para la referencia se evidencia que la mayor parte de la población en estudio utilizó medios de transporte del C.S. Urubamba (82%), se evidenció que solicitan el préstamo de la ambulancia de P.S. Yanahuara; el Centro de Salud Urubamba tiene horario de atención de 24 horas con hospitalización, no hubo ningún caso de mortalidad materna, todas las referencias fueron oportunas.

**TERCERO.-** Respecto al manejo de referencia de pacientes obstétricas desde el nivel de la comunidad, en el Centro de Salud de Urubamba, no existen estos responsables sociales, por ende no existen referencias de parte de agentes comunales



**CUARTO.-** Respecto a la pertinencia del informe de la contrarreferencia de las pacientes obstétricas referidas al centro de salud de Urubamba, se encontró seis contrarreferencias de pacientes que fueron referidas en el año 2014, la condición de las pacientes obstétricas contrarreferidas desde los hospitales de la ciudad del Cusco como establecimiento de destino hacia el centro de salud de Urubamba como establecimiento de referencia fue el de curada en su mayor porcentaje (85%), el control respecto a monitoreo, supervisión y/o evaluación de las referencias efectuadas no se realizan en el Centro de Salud de Urubamba.



## RECOMENDACIONES

Se recomienda implementar de manera urgente una oficina de referencia y contrarreferencia, donde se registre las referencias con datos completos, coordinando la atención en el lugar de destino y el traslado de pacientes con toda la seguridad del caso, así como un sistema de seguimiento, sean estas referencias al servicio de emergencia, consultorios externos o para apoyo diagnóstico.

Las normas de atención para pacientes obstétricas deben ser cumplidas, por ende concientizar al personal de salud para su cumplimiento bajo responsabilidad, buscando la continuidad de la atención y así no solo prevenir la morbilidad materno perinatal, sino mejorar la calidad de vida de las pacientes.

Se sugiere continuar con las investigaciones acerca del tema, pero sobre todo sobre la importancia de empoderar a la comunicar en decisiones de su salud.

Se recomienda implementar la supervisión de las hojas de contrarreferencia, ya que estas permitirán el control de las pacientes que en su condición de pacientes referidas fueron pacientes de alto riesgo, por lo tanto es necesario el seguimiento.





## BIBLIOGRAFÍA

- 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. (Organización Mundial de la Salud ISBN 978 92 4 154845 8 (Clasificación NLM: WQ 270) © Organización Mundial de la Salud 2012 Todos los. Citado el 05 de junio del 2015. Disponible en:  
<file:///C:/Users/usuario/Downloads/CIE10MM.pdf>
- Mortalidad Materna. Centro de prensa, Nota descriptiva N°304, Mayo 2014. Citado el 05 De junio del 2015. Disponible en  
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/>
- <http://www.unfpa.org.pe/publicaciones/publicacionesperu/MINSA-Mortalidad-Materna-Peru.pdf>
- 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> . Citado el 05 de junio del 2015.  
Disponible en:
- [http://celade.cepal.org/redatam/PRYESP/cairo/WebHelp/Metalatina/razon\\_de\\_mortalidad\\_materna.htm](http://celade.cepal.org/redatam/PRYESP/cairo/WebHelp/Metalatina/razon_de_mortalidad_materna.htm)
- Ben 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](http://www.who.int/pmnch/activities/jointactionplan/201009_gswch_sp.pdf?ua=1)



- Manual de procesos y procedimientos. Dpto de Pediatría. Hosp. María Auxiliadora MINSA Perú 2012. Citado el 05 de junio del 2015 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](http://www.minsa.gob.pe/hama/Informaci%C3%B3n_Hma/1%20DATOS%20GENERALES/instrumentos%20de%20gesti%C3%B3n%5Cmapro%5CMAPRO%20-%20PEDIATRIA.pdf)
- Avanzando hacia una maternidad segura en el Perú: Derecho de todas las mujeres 2006 – MINSA Perú  
<http://www.unfpa.org.pe/publicaciones/publicacionesperu/MINSA-Avanzando-Maternidad-Segura-Peru.pdf>
- "RESOLUCIÓN MINISTERIAL N° 751-2004/MINSA. Citado el 08 de junio del 2015. Disponible en : <ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2004/RM751-2004.pdf>
- Cavero, A. Sistema de referencia y contrarreferencia  
[http://issuu.com/gabo\\_castro/docs/src-cenarue](http://issuu.com/gabo_castro/docs/src-cenarue)
- Sistema nacional de referencias y contrarreferencias 2013 Lima. MINSA citado el 09 de junio del 2015. Disponible en  
[http://issuu.com/gabo\\_castro/docs/c\\_03\\_referencias\\_y\\_contrarreferencias](http://issuu.com/gabo_castro/docs/c_03_referencias_y_contrarreferencias)
- Lovadez, F.; Schab, N.; Straatman, H. Redes públicas, descentralizadas y comunitarias de salud en Bolivia 2000
- Tena, A. Causas de referencia para resolución obstétrica en mujeres embarazadas atendidas en el Centro Especializado de atención primaria a la Salud de San Miguel Chapultepec. México 2012.



- Mayca, J.; Palacios E.; Medina, A.; Velasquez, J.; Castañeda, D. Percepciones del personal de salud y la comunidad sobre la adecuación cultural de los servicios maternos perinatales en zonas rurales andinas y amazónicas en la región de Huánuco 2009
- Sanso Soberats F. Propuesta de Modelo de Referencia y Contrarreferencia Ciudad de la Habana Cuba 1999
- Faundez, A. Publicaciones medicas 2010. Disponible en:  
<http://publicacionesmedicina.uc.cl/altoriesgo>.
- Tanagho A.; Mc Anich J. Urología General de Smith. 14ª ed México: Manual Moderno, 2011. Pp 197. 16.
- Quiroga G, Robles R., Ruelas A., Gómez A. Bacteriuria asintomática en mujeres embarazadas, una amenaza subestimada. Rev. Med. Inst. Mex Seguro Social. 2011; 45 (2): 169-172
- Kimberlin DF, Andrews WW. Bacterial vaginosis association with adverse pregnancy outcome. Semin perinatal 2010.
- González JM, Vincens JM, Fabre EG, González EB. Obstetricia. Ed. Masson. 2010 (9) 131-142; (27) 435-450; (31) 499-509; (33) 529-535; (34) 541-547
- Walker J. Pre-eclampsia, Lancet, 356:1260-1265, octubre 7, 2012.
- Ronald M. Ramus, MD, Preeclampsia. Disponible en:  
<http://emedicine.medscape.com/article/1476919>



# ANEXOS



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

**FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

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

N<sup>a</sup> DE HOJA DE REFERENCIA: .....N<sup>o</sup> HC: .....

**I. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y REPRODUCTIVAS**

Edad:                    ≤ 18 años ( )    19 a 34 años ( )    ≥ 35 años ( )

*Grado de instrucción:* Analfabeta ( ) Primaria ( ) Secundaria ( ) Superior ( )

*Estado civil:* Soltera ( ) Casada ( ) Viuda ( ) Conviviente ( ) Divorciada ( )

*Lugar de procedencia:* Rural Urbano

*Seguro:* Si ( ) No ( )

*Número de hijos:* Ninguno 1 hijo 2 a 3 hijos Más de 3 hijos

*Lugar de atención de parto:* Parto domiciliario ( ) Parto institucional ( )

*Tipo de método anticonceptivo:* Natural De barrera Hormonal DIU Quirúrgico

**II: MANEJO DE REFERENCIA DE PACIENTES OBSTÉTRICAS DESDE EL NIVEL DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD**

Diagnóstico:

*Hemorragia de la primera mitad del embarazo:* amenazas de aborto, embarazos anembrionarios, embarazos ectópicos, embarazo molar ( )

*Hemorragia de la segunda mitad del embarazo:* placenta previa, desprendimiento prematuro de placenta, inminencia de ruptura uterina, ruptura uterina ( )



- Hipertensión inducida por el embarazo:* hipertensión, preeclampsia, eclampsia,  
síndrome HELLP ( )
- Gestante con ruptura prematura de membranas:* ruptura precoz de membranas, ruptura  
prematura de membranas prolongado ( )
- Gestante con alguna infección:* pielonefritis, candidiasis, otros ( )
- Gestación con amenaza de parto pre termino* ( )
- Gestante en vías de prolongación o embarazo prolongado* ( )
- Patologías ginecológicas en pacientes gestantes:* miomas, fibroma mamario, quiste  
ovárico ( )
- Gestantes para exámenes de apoyo diagnóstico:* laboratorio, ecografías ( )
- Puérperas con patología agregada:* endometritis, mastitis, otros ( )
- Otros* ( )
- Responsable de la atención:* médico ( ) obstetra ( ) enfermera ( ) otros( )
- Condición de pacientes referidas al inicio del traslado:* estable ( ) mal estado ( )
- Tipo de medicamento administrado:* analgésicos ( ) antiinflamatorios ( )  
antibióticos ( ) maduración pulmonar ( ) antihipertensivos ( ) infusión endovenosa ( )  
otros ( ) ninguna terapia ( )
- Coordinación de la referencia:* si ( ) no ( )
- Unidad productora destino de referencia:* emergencia ( ) consulta externa ( ) apoyo  
diagnóstico ( )
- Componente del seguro:* subsidiado ( ) semi subsidiado ( )
- Medios de transporte para referencia:* si ( ) no ( )



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

Organización del sistema de referencia y contrarreferencia: nivel comunal

Agente comunitario de salud ( )

Comité comunal o local de salud ( )

Organizaciones capacitadas en acciones preventivas y de promoción de salud ( )

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

*Condición del paciente a la llegada al establecimiento destino de la referencia:*

estable ( ) mal estado ( ) fallecido ( )

*Capacidad resolutive mayor en el establecimiento de destino:* si ( ) no ( )

*Calificación preliminar de la referencia:* Justificada ( ) no justificada ( )

*Mortalidad materna en pacientes referidas:* si ( ) no ( )



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

Estimado(a) Doctor(a):

---

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

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

Atentamente;

---





## VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

### MEDIANTE EL CRITERIO DE EXPERTOS

#### INSTRUCCIONES:

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

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

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

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

## HOJA DE PREGUNTAS PARA LA VALIDACIÓN

PREGUNTAS	ESCALAS DE MEDICIÓN				
1. ¿Considera Ud. que los ítems del instrumento miden lo que se pretende medir?	1	2	3	4	5
2. ¿Considera Ud. que la cantidad de ítems registrados en esta versión son suficientes para tener una comprensión de la materia de estudio?	1	2	3	4	5
3. ¿Considera Ud. que los ítems contenidos de este instrumento son una muestra representativa del universo materia de estudio?	1	2	3	4	5
4. ¿Considera Ud. que los conceptos utilizados en este instrumento son todos y cada uno de ellos propios de las variables de estudio?	1	2	3	4	5
5. ¿Considera Ud. que si aplicamos en reiteradas oportunidades este instrumento a nuestros similares, obtendremos también datos similares?	1	2	3	4	5
6. ¿Considera Ud. que todos y cada uno de los ítems contenidos en este instrumento tiene los mismos objetivos?	1	2	3	4	5
7. ¿Considera Ud. que el lenguaje utilizado en el presente instrumento es claro, sencillo, y no da lugar a diferentes interpretaciones?	1	2	3	4	5
8. ¿Considera Ud. que la estructura del presente instrumento es adecuado al tipo de usuarios a quien se dirige el instrumento?	1	2	3	4	5
9. ¿Considera Ud. que las escalas de medición utilizadas son pertinentes a los objetivos motivo de investigación?	1	2	3	4	5

10. ¿Qué aspectos habría que modificar o que aspectos tendría que incrementarse o qué aspectos habría de aumentarse?

---

Firma y sello del profesional

**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 MÁXIMO	PROMEDIO (Y)	$(X^n - Y^n)^2$
	A	B	C	D	E	(X)		
PRIMERO	4	4	5	4	4	4	5	4.2
SEGUNDO	5	5	4	5	5	5	5	4.8
TERCERO	5	5	4	4	5	4	5	4.8
CUARTO	4	5	5	5	5	5	5	4.8
QUINTO	5	4	5	4	5	5	5	4.6
SEXTO	5	5	5	5	5	5	5	5
SÉPTIMO	4	5	4	5	4	5	5	4.4
OCTAVO	4	5	4	5	5	5	5	4.6
NOVENO	5	4	5	5	5	5	5	4.8

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



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

$$DPP = 1.21$$

Dónde:

X= Valor máximo de cada ítem

Y= Promedio de cada ítem

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

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

$$Dmáx = 12$$

Donde:

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

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

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

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

Se debe tener en cuenta que:

A=Adecuación total.

B=Adecuación en gran medida.

C=Adecuación promedio.

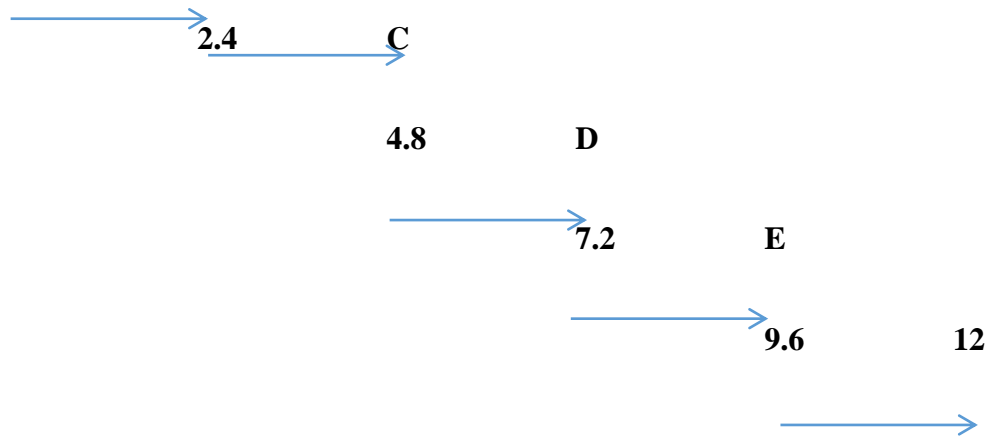
D=Escasa adecuación.

E=Inadecuación

A

0

B



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

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

HOJA DE PREGUNTAS PARA LA VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

PREGUNTAS	ESCALA DE VALIDACIÓN				
	1	2	3	4	5
1. ¿Considera Ud. Que los ítems del instrumento miden lo que se pretende medir?					<del>5</del>
2. ¿Considera Ud. Que la cantidad de ítems registrados en esta versión son suficientes para tener una comprensión de la materia de estudio?	1	2	3	<del>4</del>	5
3. ¿Considera Ud. Que los ítems contenidos en este instrumento son una muestra representativa del universo materia de estudio?	1	2	3	<del>4</del>	5
4. ¿Considera Ud. Que los conceptos utilizados en este instrumento son todos y cada uno de ellos propios de las variables de estudio?	1	2	3	4	<del>5</del>
5. ¿Considera Ud. Que si aplicamos en reiteradas oportunidades este instrumento a nuestras similares, obtendríamos datos también similares?	1	2	3	4	<del>5</del>
6. ¿Considera Ud. Que todos y cada uno de los ítems contenidos en este instrumento tienen los mismos objetivos?	1	2	3	<del>4</del>	5
7. ¿Considera Ud. Que el lenguaje utilizado en el presente instrumento es claro, sencillo y no da lugar a diferentes interpretaciones?	1	2	3	<del>4</del>	5
8. ¿Considera Ud. Que la estructura del presente instrumento es adecuada al tipo de usuario a quien se dirige el instrumento?	1	2	3	4	<del>5</del>
9. ¿Estima Ud. Que las escalas de medición utilizadas son pertinentes a los objetos materia de estudio?	1	2	3	4	<del>5</del>

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




*Hortensia Rivera Zúñiga*  
OBSTETRA  
COP: 25484  
UNIDAD DE SEGUROS

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL

HOJAS DE PREGUNTAS PARA LA VALIDACIÓN

PREGUNTAS	ESCALA DE MEDICION				
	1	2	3	4	5
1. ¿Considera Ud. que los ítems del instrumento miden lo que se pretende medir?				4	
2. ¿Considera Ud. que la cantidad de ítems registrados en esta versión son suficientes para tener una comprensión de la materia de estudio?				4	
3. ¿Considera Ud. que los ítems contenidos de este instrumento son una muestra representativa del universo materia de estudio?				4	
4. ¿Considera Ud. Que los conceptos utilizados en este instrumento son todos y cada uno de ellos propios de la variables de estudios?				4	
5. ¿Considera Ud. que si aplicamos en reiteradas oportunidades este instrumento a nuestros similares obtendremos también datos similares?				4	
6. ¿Considera Ud. que todos y cada uno de los ítems contenidos en este instrumento tiene los mismos objetivos?				4	
7. ¿Considera Ud. que el lenguaje utilizado en el presente instrumento es claro, sencillo, y no da lugar a diferentes interpretaciones?				4	5
8. ¿considera Ud. que la estructura del presente instrumentos adecuados al tipo de usuarios a quien se dirige el instrumento?				4	5
9. ¿considera Ud. que las escalas de medición utilizadas son pertinentes a los objetivos motivo de investigación?				4	

10. ¿Qué aspectos habría que modificar o que aspectos tendría que incrementarse o que aspectos habría de aumentarse?

  
 Isabel Cordero Medina  
 COLEGIO MEDICINA  
 CUSCO  
 Firma y sello del profesional

HOJAS DE PREGUNTAS PARA LA VALIDACIÓN

PREGUNTAS	ESCALA DE MEDICIÓN				
	1	2	3	4	5
1. ¿Considera Ud. que los ítems del instrumento miden lo que se pretende medir?	1	2	3	4	5
2. ¿Considera Ud. que la cantidad de ítems registrados en esta versión son suficientes para tener una comprensión de la materia de estudio?	1	2	3	4	5
3. ¿Considera Ud. que los ítems contenidos de este instrumento son una muestra representativa del universo materia de estudio?	1	2	3	4	5
4. ¿Considera Ud. Que los conceptos utilizados en este instrumento son todos y cada uno de ellos propios de la variables de estudios?	1	2	3	4	5
5. ¿Considera Ud. que si aplicamos en reiteradas oportunidades este instrumento a nuestros similares obtendremos también datos similares?	1	2	3	4	5
6. ¿Considera Ud. que todos y cada uno de los ítems contenidos en este instrumento tiene los mismos objetivos?	1	2	3	4	5
7. ¿Considera Ud. que el lenguaje utilizado en el presente instrumento es claro, sencillo, y no da lugar a diferentes interpretaciones?	1	2	3	4	5
8. ¿considera Ud. que la estructura del presente instrumentos adecuados al tipo de usuarios a quien se dirige el instrumento?	1	2	3	4	5
9. ¿considera Ud. que las escalas de medición utilizadas son pertinentes a los objetivos motivo de investigación?	1	2	3	4	5

10. ¿Qué aspectos habría que modificar o que aspectos tendría que incrementarse o que aspectos habría de aumentarse?

  
Germán A. Silva Rodríguez  
MÉDICO CIRUJANO  
C.M.P. 57167

Firma y sello del profesional



HOJAS DE PREGUNTAS PARA LA VALIDACIÓN

PREGUNTAS	ESCALA DE MEDICION				
	1	2	3	4	5
1. ¿Considera Ud. que los ítems del instrumento miden lo que se pretende medir?				4	
2. ¿Considera Ud. que la cantidad de ítems registrados en esta versión son suficientes para tener una comprensión de la materia de estudio?	1	2	3	4	5
3. ¿Considera Ud. que los ítems contenidos de este instrumento son una muestra representativa del universo materia de estudio?	1	2	3	4	5
4. ¿Considera Ud. Que los conceptos utilizados en este instrumento son todos y cada uno de ellos propios de la variables de estudios?	1	2	3	4	5
5. ¿Considera Ud. que si aplicamos en reiteradas oportunidades este instrumento a nuestros similares obtendremos también datos similares?	1	2	3	4	5
6. ¿Considera Ud. que todos y cada uno de los ítems contenidos en este instrumento tiene los mismos objetivos?	1	2	3	4	5
7. ¿Considera Ud. que el lenguaje utilizado en el presente instrumento es claro, sencillo, y no da lugar a diferentes interpretaciones?	1	2	3	4	5
8. ¿considera Ud. que la estructura del presente instrumentos adecuados al tipo de usuarios a quien se dirige el instrumento?	1	2	3	4	5
9. ¿considera Ud. que las escalas de medición utilizadas son pertinentes a los objetivos motivo de investigación?	1	2	3	4	5

10. ¿Qué aspectos habría que modificar o que aspectos tendría que incrementarse o que aspectos habría de aumentarse?

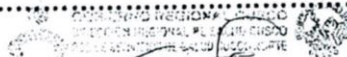
.....

*MAGALI ARRAYAN B.*  
 Firma y sello del profesional  
 MAGALI ARRAYAN B.  
 C.O.P. 4412

HOJA DE PREGUNTAS PARA LA VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

PREGUNTAS	ESCALA DE VALIDACIÓN				
	1	2	3	4	5
1. ¿Considera Ud. Que los ítems del instrumento miden lo que se pretende medir?	1	2	3	4	5
2. ¿Considera Ud. Que la cantidad de ítems registrados en esta versión son suficientes para tener una comprensión de la materia de estudio?	1	2	3	4	5
3. ¿Considera Ud. Que los ítems contenidos en este instrumento son una muestra representativa del universo materia de estudio?	1	2	3	4	5
4. ¿Considera Ud. Que los conceptos utilizados en este instrumento son todos y cada uno de ellos propios de las variables de estudio?	1	2	3	4	5
5. ¿Considera Ud. Que si aplicamos en reiteradas oportunidades este instrumento a nuestras similares, obtendríamos datos también similares?	1	2	3	4	5
6. ¿Considera Ud. Que todos y cada uno de los ítems contenidos en este instrumento tienen los mismos objetivos?	1	2	3	4	5
7. ¿Considera Ud. Que el lenguaje utilizado en el presente instrumento es claro, sencillo y no da lugar a diferentes interpretaciones?	1	2	3	4	5
8. ¿Considera Ud. Que la estructura del presente instrumento es adecuada al tipo de usuario a quien se dirige el instrumento?	1	2	3	4	5
9. ¿Estima Ud. Que las escalas de medición utilizadas son pertinentes a los objetos materia de estudio?	1	2	3	4	5

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



COEL. D. V. CÁCERES TORRES  
C.O.P. 0139

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL