



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 ANTA  
CUSCO 2014

**TESIS PRESENTADO POR LAS  
BACHILLERES:**

PALOMINO MARIQUE MARY CARMEN  
RAMOS CALDERÓN JESSY SILVANA

**PARA OPTAR AL TÍTULO DE:  
LICENCIADA EN OBSTETRICIA**

**ASESORA:**  
DRA. GLADIS ROJAS SALAS

CUSCO – PERÚ

2016



## **PRESENTACIÓN**

Señora

Dra. Herminia Naveda Cahuana

Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud, de la Universidad Andina del Cusco

Señores Miembros del Jurado, Dictaminantes y Replicantes de la Escuela Profesional de Obstetricia.

En cumplimiento al Reglamento de Grados y Títulos de la Escuela Profesional de Obstetricia pongo a vuestra consideración el presente proyecto de investigación titulado: “MANEJO DE LAS REFERENCIAS Y CONTRARREFERENCIAS DE LAS PACIENTES OBSTETRICAS ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD DE ANTA CUSCO 2014”, para optar el Título Profesional de Licenciada en Obstetricia.

Bachilleres

MARY CARMEN PALOMINO MANRIQUE

JESSY SILVANA RAMOS CALDERÓN



### **DEDICATORIA**

A Dios por ser el mentor principal de nuestras vidas, a quien le agradecemos vivir y respirar todos los días.

Dedicamos esta tesis a nuestros padres, Enrique Palomino Loaiza, María Manrique Estrada y Máximo Ramos Auccapure, Vilma Calderón Carbajal. Quienes son la razón de nuestras vidas y nos brindan su apoyo incondicional.

A nuestras familias y amigos que estuvieron presentes en este largo camino.



## AGRADECIMIENTO

Guardamos una enorme gratitud y reconocimiento a aquellas personas que nos acompañaron en este largo camino y fortalecieron el amor, la justicia, el respeto y el espíritu de superación.

Un especial agradecimiento a la Universidad Andina del Cusco y al a Escuela Profesional de Obstetricia por haber recibido una adecuada formación y preparación para el futuro desempeño de nuestra Escuela Profesional.

A nuestra asesora la Dra. Gladis Rojas Salas por haber tenido mucha paciencia y dedicación durante el desarrollo de nuestro trabajo de investigación, por darnos ánimos y seguir poniendo más empeño para lograr el objetivo trazado de graduarnos, a todos los docentes de la Escuela Profesional de Obstetricia por habernos formado como profesionales.

Agradecer a nuestros Dictaminantes que nos brindaron conocimientos que nos ayudó en el desarrollo de la tesis y la elaboración final de éste.

También va nuestro profundo agradecimiento a nuestra familia por su confianza, amor y comprensión que fueron el motivo para seguir adelante con nuestros logros y familiares quienes con su ayuda, cariño y comprensión han sido parte fundamental de este logro.

Al Centro de Salud de Anta por su apoyo incondicional y por ser parte fundamental en el desarrollo de nuestra tesis. En especial al Doctor Roberto Auca Chutas, Obstetra María Uñuruco Palomino y Obstetra Sara Delgado Tenorio por brindarnos su apoyo incondicional en el momento que más lo necesitamos.



También va nuestro agradecimiento al Doctor Peter Loayza por el apoyo brindado durante la realización de nuestra tesis.

A nuestros amigos quienes nos acompañaron y nos brindaron su apoyo incondicional.

Las Bachilleres



## INTRODUCCIÓN

A nivel de todo el Perú existe el Sistema de Referencia y Contrarreferencia el cual permite una atención adecuada a los pacientes o usuarios de los servicios de salud.

El Sistema de Referencia es un proceso mediante el cual se traslada a una paciente de un Establecimiento de Salud de menor capacidad resolutive a otro de mayor capacidad resolutive, donde el Personal de Salud es responsable del paciente referido hasta llegar al Establecimiento de Salud referido.<sup>(1)</sup>

Por otro lado la Contrarreferencia es un proceso mediante el cual el paciente regresara a su Establecimiento de origen ya sea mejorado, curado o con un tratamiento que deberá continuar en su Establecimiento de origen.

De acuerdo a la Norma N° 018 actualizado por el Ministerio de Salud, Sistema de Referencia y Contrarreferencia cuyo propósito es mejorar los servicios de salud, con equidad e igualdad para todos los pacientes, y así mismo los pacientes tengan una mejor calidad de vida. Para ello el Personal de Salud debe estar debidamente capacitado para poder realizar estos trámites de referir y contrarreferir de un Establecimiento de Salud.<sup>(2)</sup>

Hoy en día en Cusco no se encontró ningún trabajo de investigación referido al presente tema, es por ello que nosotras decidimos realizar la investigación para poder mejorar el Sistema de Referencia y Contrarreferencia en los Centros de Salud, Hospitales del Cusco.

**CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA** donde se subdivide en caracterización del problema, formulación del problema, justificación del problema, limitación, consideraciones éticas y objetivos de la investigación.



**CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO** y se subdivide en aspectos teóricos pertinentes, definición de variables y operacionalización de variables.

**CAPÍTULO III: METODOLOGÍA** en el que se considera el tipo de investigación, diseño de la investigación, población, técnicas e instrumentos, procedimientos de recolección de datos, procedimiento de análisis de datos.

**CAPÍTULO IV: RESULTADOS** presentación de resultados, gráficos análisis de los datos de las pacientes obstétricas para determinar el manejo de las referencias y contrarreferencias, discusión, conclusiones, sugerencias.

También se consigna la bibliografía y los anexos.



## RESUMEN

“Manejo de las referencias y contrarreferencias de las pacientes obstétricas atendidas en el Centro de Salud de Anta, Cusco 2014”

El objetivo es determinar el manejo de las referencias y contrarreferencias de las pacientes obstétricas atendidas en el Centro de Salud Anta, Cusco 2014.

Estudio de tipo retrospectivo; metodología cuantitativa y de alcance descriptivo.

La presente investigación se realizó en el Centro de Salud de Anta, donde se recolectaron datos de todas las historias clínicas de las pacientes que fueron referidas a un establecimiento de mayor capacidad resolutive y contrarreferidas al establecimiento de origen, según registro de Referencias y Contrarreferencias y el Cuaderno de Registro Gestantes. Para ello fue necesaria la definición de las características sociodemográficas de la población en estudio, manejo de referencia y contrarreferencia. El presente estudio se justificó por cuanto posee valor teórico, utilidad práctica, relevancia social y en base a los beneficios que genera. El procesamiento de datos permitió identificar, que en un 36% las pacientes son referidas por Hipertensión Inducia por la Gestación, por lo que en un 79% son referidas hacia emergencia. Con respecto a la contrarreferencia se obtuvo que en el 70% no lleguen los formatos hacia el Centro de Salud. Lo que nos permitió llegar a la siguiente conclusión que no existe un buen manejo de referencias y contrarreferencias en el Centro de Salud de Anta.

**PALABRAS CLAVES:** Características sociodemográficas, Referencia y Contrarreferencia





**SUMMARY**

“Management of references and counter – obstetric patients treated in the Health Center of Anta, Cusco 2014”

The objective is to determinate the management of referrals and cross of obstetric patients treated at the Health Center of Anta, Cusco 2014.

Retrospective study; quantitative descriptive scope and methodology.

This research was conducted at the Center of Health Anta, where data from all medical records of patients who were referred to an establishment of higher capacity, and contrarreferencias the establishment of origin were collected, according to record referrals and cross and pregnant notebook register. This required the definition of the sociodemographic characteristics of the study population, referral and management. This study was justified because it has theoretical value, practicality, social relevance and based on the profits generate. Data processing identified that 36% of patients are referred by hypertension induced by pregnancy, so 79% are referred to emergency. Whit regard to the counter was obtained in 70% do not reach formats to the Health Center Allowing us to reach this conclusion that there is not proper management of references and counter the Anta Health Center.

**WORDS FIX:** Sociodemographic characteristics, references and contrarreferencias.



**ÍNDICE GENERAL**

**DEDICATORIA**

**AGRADECIMIENTO**

**INTRODUCCIÓN**

**RESUMEN**

**SUMMARY**

**CAPÍTULO I**

**PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

<b>1.1 CARACTERIZACIÓN DEL PROBLEMA .....</b>	<b>1</b>
<b>1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....</b>	<b>2</b>
<b>1.2.1 PROBLEMA GENERAL .....</b>	<b>2</b>
<b>1.2.2 PROBLEMA ESPECÍFICO .....</b>	<b>2</b>
<b>1.3 JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DEL PROBLEMA.....</b>	<b>3</b>
<b>1.3.1. RELEVANCIA CIENTÍFICA .....</b>	<b>3</b>
<b>1.3.2. RELEVANCIA SOCIAL.....</b>	<b>3</b>
<b>1.3.3. RELEVANCIA CONTEMPORANEA .....</b>	<b>4</b>
<b>1.4 LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN. ....</b>	<b>4</b>
<b>1.5 CONSIDERACIONES ÉTICAS.....</b>	<b>4</b>
<b>1.6 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN. ....</b>	<b>4</b>
<b>1.6.1 OBJETIVO GENERAL .....</b>	<b>4</b>
<b>1.6.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....</b>	<b>4</b>

**CAPÍTULO II**

**MARCO TEÓRICO**

<b>2.1 ASPECTOS TEÓRICOS PERTINENTES.....</b>	<b>6</b>
<b>2.1.1 ANTECEDENTES .....</b>	<b>6</b>
<b>2.1.1.1 ANTECEDENTES INTERNACIONALES .....</b>	<b>6</b>



2.1.1.2 ANTECEDENTES NACIONALES .....8

2.1.1.3 ANTECEDENTES REGIONALES .....9

    2.1.2 BASES TEÓRICAS .....10

    2.1.2.1. SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA (SRC) .....10

    2.1.2.2. SISTEMA DE REFERENCIA .....15

    2.1.2.3. DEFINICIÓN DE CONTRARREFERENCIA.....37

    2.1.2.4. PLAN DE PARTO .....43

    2.1.2.5 NORMA TÉCNICA DE LOS SERVICIOS DE EMERGENCIA .....44

    2.1.2.6 LA SALUD DE LA PACIENTE GESTANTE ES CONSIDERADA UN RIESGO.....45

    2.1.2.7 NIVEL DE ATENCIÓN DE REFERENCIA.....47

    2.1.2.8 MEDIO DE TRASPORTE .....48

    2.1.2.9 PERSONAL DE SALUD O PROMOTOR DE SALUD QUE REFIERE.....51

    2.1.2.10. MORTALIDAD MATERNA .....52

2.2 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES ..... 58

**CAPÍTULO III**

**METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN**

3.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN..... 65

3.2 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN..... 65

3.3 POBLACIÓN Y MUESTRA ..... 65

    3.3.1 DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN. ....65

    3.3.2 MUESTRA Y MÉTODO DE MUESTREO .....65

    3.3.3 CRITERIOS DE SELECCIÓN (INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN).....66

3.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS ..... 66

3.5 PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS. .... 66

3.6 PROCEDIMIENTOS DE ANÁLISIS DE DATOS..... 66



**CAPÍTULO IV**

**RESULTADOS**

<b>RESULTADOS</b> .....	<b>67</b>
<b>DISCUSIÓN</b> .....	<b>90</b>
<b>CONCLUSIONES</b> .....	<b>98</b>
<b>SUGERENCIAS</b> .....	<b>100</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA</b> .....	<b>102</b>
<b>ANEXOS</b> .....	<b>106</b>



ÍNDICE DE GRAFICOS

**GRÁFICO 1** CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LAS PACIENTES REFERIDAS Y CONTRARREFERIDAS ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD DE ANTA - 2014 .....68

**GRÁFICO 2** NÚMERO DE GESTACIONES DE LAS PACIENTES REFERIDAS Y CONTRARREFERIDAS ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD ANTA - 2014 ....70

**GRÁFICO 3** MANEJO ADMINISTRATIVO Y PRESTACIONAL DE LAS REFERENCIAS DE PACIENTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD DE ANTA - 2014.....71

**GRÁFICO 4** IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA POR LAS GESTANTES REFERIDAS Y CONTRARREFERIDAS ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD DE ANTA - 2014.....72

**GRÁFICO 5** ACOMPAÑANTE DURANTE LA REFERENCIA A LA GESTANTE ATENDIDA EN EL CENTRO DE SALUD DE ANTA - 2014.....73

**GRÁFICO 6** TIPO DE DIAGNÓSTICO DE LAS GESTANTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD DE ANTA - 2014.....74

**GRÁFICO 7** PACIENTES QUE RECIBIERON TRATAMIENTO DURANTE LA REFERENCIA EN EL CENTRO DE SALUD DE ANTA - 2014.....75

**GRÁFICO 8** PACIENTES QUE FUERON REFERIDAS CON RECURSO DE SOPORTE BRINDADOS EN EL CENTRO DE SALUD DE ANTA - 2014 .....76

**GRÁFICO 9** RESPONSABLE DEL MECANISMO DE LA ATENCIÓN Y COORDINACIÓN DEL MEDIO DE TRANSPORTE DE LAS REFERENCIAS EN EL CENTRO DE SALUD DE ANTA - 2014 .....77

**GRÁFICO 10** MOTIVO DE LA REFERENCIA DE LAS GESTANTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD DE ANTA - 2014.....78

**GRÁFICO 11** CRITERIOS PARA LA SELECCIÓN DEL LUGAR DESTINO DE LA REFERENCIA DE LAS PACIENTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD DE ANTA - 2014.....79

**GRÁFICO 12** TIEMPO DE LLEGADA DEL DOMICILIO AL ESTABLECIMIENTO DE SALUD DE LAS GESTANTES REFERIDAS EN EL CENTRO DE SALUD DE ANTA - 2014 .....80

**GRÁFICO 13** ACEPTACIÓN DEL SERVICIO POR LA GESTANTE REFERIDA ATENDIDA EN EL CENTRO DE SALUD DE ANTA - 2014 .....81

**GRÁFICO 14** CAPACIDAD DE ATENCIÓN DEL CENTRO DE SALUD DE ANTA - 2014 .....82

**GRÁFICO 15** DESTINO DE LA CONTRARREFERENCIA ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD DE ANTA - 2014.....83



**GRÁFICO 16** MOTIVO DE LA CONTRARREFERENCIA ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD DE ANTA - 2014.....84

**GRÁFICO 17** ENVIO DEL FORMATO DE CONTRARREFERENCIA DE LAS GESTANTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD DE ANTA - 2014.....85

**GRÁFICO 18** SEGUIMIENTO DE LA CONTRARREFERENCIA DE LAS GESTANTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD DE ANTA - 2014.....86

**GRÁFICO 19** CONDICIÓN DE LAS PACIENTES EN EL MOMENTO DE LA CONTRARREFERENCIA DE LAS GESTANTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD DE ANTA - 2014 .....87

**GRÁFICO 20** ATENDIDOS POR APOYO DIAGNÓSTICO DE LAS GESTANTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD DE ANTA - 2014 .....88

**GRÁFICO 21** RESPONSABLE DEL MECANISMO DE ATENCIÓN DE LA CONTRARREFERENCIA DE LAS GESTANTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD DE ANTA - 2014 .....89

**GRÁFICO 22**.TOTAL DE REFERENCIAS Y CONTRARREFERENCIAS DE GESTANTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD DE ANTA - 2014.....90



## ÍNDICE DE TABLAS

<b>TABLA 1. CATEGORIAS SEGÚN EL NIVEL DE ATENCIÓN.....</b>	<b>24</b>
<b>TABLA 2. COMPLICACIONES DE LA II MITAD DEL EMBARAZO .....</b>	<b>46</b>



## CAPÍTULO I

### PLANEAMIENTO DEL PROBLEMA

#### 1.1 CARACTERIZACIÓN DEL PROBLEMA

La mortalidad materna en el Perú pasó de 457 en el año 2010 a 411 muertes maternas en el 2014, según cifras de la Dirección de Epidemiología del Ministerio de Salud (Minsa), lo que representa un descenso de 10% en éste índice.

La mortalidad materna en el Perú es de 93 x 100 mil nacidos vivos y según proyecciones al año 2015 el país debería presentar una mortalidad cercana a la meta de los Objetivos de Desarrollo del Milenio del Ministerio de Salud, establecida en 66 x 100 mil nacidos vivos.

A pesar de que la mortalidad materna ha ido disminuyendo aún no hemos llegado al objetivo que nos plantea la Organización de las Naciones Unidas una de las causas de mortalidad materna se da en el reconocimiento de signos de alarma o factores de riesgo lo cual retrasa el traslado del paciente a un Establecimiento de Salud de mayor complejidad. A lo que llamamos el Sistema de Referencia y Contrarreferencia.<sup>(3)</sup>





El Ministerio de Salud elaboró el documento “Normas del Sistema de Referencia y Contrarreferencia (SRC) de los Establecimientos del Ministerio de Salud” según RM N° 155-2001-SA/DM, del 07 de Marzo de 2001, el cual se ha visto por conveniente ampliar la mencionada norma, incluyendo además aspectos específicos sobre su organización, las funciones de los responsables, los procesos, procedimientos, actividades, los recursos necesarios para su operatividad y en el contexto de los actuales niveles de organización del Ministerio de Salud y el proceso de descentralización, a fin de brindar una atención integral continua en aquellos usuarios cuya necesidad de salud requiere de un mayor o menor nivel de capacidad resolutive.<sup>(2)</sup> En caso contrario de no cumplirse dicha norma el Manejo de Referencia y Contrarreferencia continuaran.

Hoy en día a nivel local no existen investigaciones relacionadas a nuestro tema; es por ello que decidimos investigar el Manejo de Referencias y Contrarreferencia de pacientes obstétricas atendidas en el Centro de Salud de Anta - Cusco 2014.

## **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 ANTA CUSCO 2014?

### **1.2.2 PROBLEMA ESPECÍFICO**

- ¿Cuáles son las características sociodemográficas y reproductiva de las gestantes referidas?



- ¿Cómo es el manejo de referencia de pacientes obstétricas desde el nivel de los Establecimientos de Salud?
- ¿Cómo es el manejo de referencia de pacientes obstétricas desde el nivel de la comunidad?
- ¿Cuál es la pertinencia del informe de la contrarreferencia de las pacientes obstétricas referidas del Centro de Salud Anta?

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

#### **1.3.1. RELEVANCIA CIENTÍFICA**

El presente trabajo será un aporte más a todos los estudios científicos preexistentes nivel internacional y nacional, el objetivo deseado es Determinar el manejo de las referencias y contra referencias de pacientes obstétricas atendidas en el Centro de Salud de Anta. Cusco 2014

Es el aporte al conocimiento científico o a dilucidar un problema que no está estudiado a nivel del Cusco.

#### **1.3.2. RELEVANCIA SOCIAL**

Aumentar el nivel de conocimiento sobre el sistema de referencia y contrarreferencia en el personal de salud ya que no todos (Personal de Salud) saben cómo referir a una paciente, debido a que no identifican las emergencias obstétricas al momento de referir al paciente. Lo que conlleva a una muerte materna, haciendo que aumente la tasa de mortalidad materna a nivel de la sociedad.



### **1.3.3. RELEVANCIA CONTEMPORANEA**

Actualmente el Personal de Salud refiere de manera poco adecuada las emergencias obstétricas por la mala información de cómo realizar una referencia y una contrarreferencia, es por ello que el trabajo pretende abarcar un tema de relevancia contemporánea ya que hasta la actualidad no se encontraron estudios a nivel local.

En la actualidad a nivel del Perú se conoce como uno de los principales problemas de salud.

### **1.4 LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN.**

- Falta de datos poco actualizados: Se ajustó esta limitación considerando solo el tiempo de estudio de acuerdo a los datos encontrados.
- Existencia de algunas historias clínicas incompletas : Se contó con las historias clínicas de acuerdo a la fecha de recolección de datos.

### **1.5 CONSIDERACIONES ÉTICAS**

Se mantuvo el anonimato utilizando las historias clínicas.

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

#### **1.6.1 OBJETIVO GENERAL**

- Determinar el manejo de las referencias y contrarreferencia de las pacientes obstétricas atendidas en el Centro de Salud de Anta, Cusco 2014

#### **1.6.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Describir las características sociodemográficas y reproductiva de las gestantes referidas
- Describir el manejo de referencia de pacientes obstétricas desde el nivel de los Establecimientos de Salud



- Describir el manejo de referencia de pacientes obstétricas desde el nivel de la comunidad
- Establecer la pertinencia del informe de la contrarreferencia de las pacientes obstétricas referidas del Centro de Salud Anta



## **CAPÍTULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

#### **2.1 ASPECTOS TEÓRICOS PERTINENTES**

##### **2.1.1 ANTECEDENTES**

###### **2.1.1.1 ANTECEDENTES INTERNACIONALES**

Fuertes, V. Tipaz A. realizaron una investigación sobre “IMPACTO DEL SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA, EN RELACIÓN A LA CALIDAD DE ATENCIÓN PRESTADA A LOS USUARIOS QUE UTILIZARON ESTE SISTEMA Y QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD N° 1, DE LA CIUDAD DE TULCÁN EN EL PERIODO MARZO – AGOSTO 2014” en el año 2014 en la ciudad de Tulcán – Ecuador. En conclusión el impacto que ha provocado el sistema de referencia y contra referencia es negativo en relación a la calidad de atención del usuario externo, porque no satisface las necesidades requeridas por parte de ellos.



También que es importante que haya una constante planificación de programas de capacitación continua al personal de salud integrando al primer y segundo nivel de atención con la finalidad de detectar falencias e ir corrigiendo las mismas en beneficio del usuario externo.

Que a pesar de la utilización del sistema de Referencia y Contrarreferencia aún sigue existiendo la aglomeración de los usuarios externos en el Centro de Salud debido a la falta de información por parte del personal para que ellos tomen conciencia de cómo utilizar mejor los servicios de salud.

Con este sistema se puede lograr más cobertura de pacientes, si se trabajara de una manera más organizada, para cumplir con sus necesidades, para lograr una atención de calidad integral.

Tena, A. realizó una investigación “CAUSAS DE REFERENCIA PARA RESOLUCIÓN OBSTÉTRICA EN MUJERES EMBARAZADAS ATENDIDAS EN EL CENTRO ESPECIALIZADO DE ATENCIÓN PRIMARIA A LA SALUD DE SAN MIGUEL CHAPULTEPEC (CEAPS) “BICENTENARIO” DURANTE EL 2012” en el año 2014 en la ciudad de Toluca – México. En sus resultados no indica que durante el 2012 se realizaron un total 207 referencias a segundo y tercer nivel de atención de mujeres embarazadas atendidas en el citado CEAPS. El promedio de consultas de atención prenatal fue de 7 y el grupo de pacientes referidas con mayor frecuencia fueron las segundigestas. Los diagnósticos de envío más frecuentes fueron: amenaza de aborto, cesárea previa, edad gestacional mayor a 40 semanas, amenaza de parto pre término, ruptura prematura de membranas, pre eclampsia y sufrimiento fetal agudo. De los 73 registros que se encontraron para resolución



obstétrica, el 57.53% fueron partos, el 24.66% cesáreas y el 13.70% legrados. El Hospital para la Mujer fue la unidad a la que se enviaron más pacientes, seguido por el Hospital Materno Perinatal.

Conclusión: Se debe reevaluar el Sistema de Referencia y Contrarreferencia, fortalecer la capacitación, supervisión y vigilancia del personal de salud y administrativo en materia de atención obstétrica, así como establecer las medidas correctivas pertinentes para que este sistema funcione adecuadamente y así generar estadísticas confiables que permitan el desarrollo de estrategias efectivas que contribuyan a la disminución de la morbilidad materno-infantil, ya que la presente investigación se vio limitada por cuestiones tales como registro incompleto de pacientes y un seguimiento inadecuado de las mismas lo que disminuyó el tamaño de la muestra generando estadísticas poco significativas.

#### **2.1.1.2 ANTECEDENTES NACIONALES**

Mayca, J. Palacios, E. Medina, A. Velásquez, J. Castañeda, D. realizaron una investigación de PERCEPCIONES DEL PERSONAL DE SALUD Y LA COMUNIDAD SOBRE LA ADECUACIÓN CULTURAL DE LOS SERVICIOS MATERNO PERINATALES EN ZONAS RURALES ANDINAS Y AMAZÓNICAS DE LA REGIÓN HUÁNUCO en el año 2009 en la Región de Huánuco. Resultados: Se realizó 15 entrevistas a profundidad y 15 grupos focales; en el primer caso el personal de salud refirió la poca adecuación de la infraestructura actual, mejora en la aceptación del servicio por la comunidad y la necesidad de tener ellos un mayor entendimiento del tema.



La población manifestó su opinión acerca de lo poco adecuado del servicio ofertado a su cultura, poco entendimiento a las indicaciones médicas y deseos que se incorpore más a su cultura en dichos procesos. Conclusiones: Nuestros servicios maternos no tienen acondicionamiento adecuado con relación a la cultura de la comunidad, pues es insuficiente lo que una gestante podría encontrar en un consultorio relacionado con sus costumbres. Necesitamos considerar propuestas elaboradas desde la comunidad, para disponer de una oferta identificada con aspectos sociales, culturales, y étnicos, que sea identificada por la población como suya.

Ministerios de Salud y el Hospital Cayetano Heredia realizaron un MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA aprobado en el año 2009 en la ciudad de Lima OBJETIVO :Establecer disposiciones y procedimientos para el funcionamiento del Sistema de Referencia y Contrarreferencia en el Hospital Nacional Cayetano Heredia, garantizando la continuidad en la atención especializada de diagnóstico y tratamiento, optimizando los recursos del sistema, mejorando así los niveles de satisfacción del usuario de los servicios de salud en los diferentes niveles de atención del Ministerio de Salud en relación al uso oportuno, eficiente y efectivo del sistema, ayudando a contribuir a solucionar los problemas de salud de la población

### **2.1.1.3 ANTECEDENTES REGIONALES**

No se encontró antecedentes regionales.





## 2.1.2 BASES TEÓRICAS

### 2.1.2.1. 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 <sup>(4)</sup>

#### DEFINICIÓN

Es un conjunto ordenado de procedimientos administrativos y asistenciales que asegura la continuidad de la atención integral de la paciente, transfiriéndole a un establecimiento de mayor capacidad resolutive. <sup>(2)</sup>

#### 2.1.2.1.1 SISTEMA DE REFERENCIA SEGÚN NIVELES DE ORGANIZACIÓN

Los niveles de organización del sistema de referencia y contrarreferencia se identifican como:

- **ADMINISTRATIVA** : Donde compromete a los organismos de nivel nacional al Ministerio de Salud, las Direcciones Regionales de Salud y las Micro Redes 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

#### **A NIVEL ADMINISTRATIVO**

- **NIVEL NACIONAL:**

Establecer la normatividad técnica para la implementación y funcionamiento 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.

- **NIVEL REGIONAL:**

- 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.
- Establecer convenios para optimizar y complementar el funcionamiento del Sistema de Referencia y Contrarreferencia.
- Garantizar mediante mecanismos técnicos administrativos que los sistemas financieros reconozcan en forma adecuada y oportuna las actividades prestacionales originadas por el Sistema de Referencia y Contrarreferencia.



▪ **NIVEL DE REDES**

- Ejecutar el cumplimiento de la normatividad y disposiciones del Sistema de Referencia y Contrarreferencia dentro de su ámbito.
- Planifica, organiza conduce y controla la implementación del Sistema de Referencia y Contrarreferencia en su ámbito.
- Obtener y mantener actualizados los recursos de soporte del Sistema de Referencia y Contrarreferencia de su jurisdicción.
- Gestionar y asignar recursos necesarios para la operatividad y funcionamiento del Sistema de Referencia y Contrarreferencia.

• **NIVEL DE MICRO RED**

- Velar por el cumplimiento de la normatividad y disposiciones del sistema de referencia y contrarreferencia.
- Designar y formalizar los responsables del Sistema de Referencia y Contrarreferencia en los diferentes establecimientos de su ámbito.
- Gestionar y asignar recursos necesarios para la operatividad y funcionamiento del Sistema de Referencia y Contrarreferencia.
- Registrar, consolidar, procesar, analizar y retroalimentar la información del Sistema de Referencia y Contrarreferencia de sus Establecimientos de Salud.
- Evaluar mensualmente los indicadores del Sistema de Referencia y Contrarreferencia.



**A NIVEL ASISTENCIAL**

• **ESTABLECIMIENTOS DE MAYOR CATEGORÍA**

- Los Establecimientos de Salud de mayor capacidad deben complementar la atención de los usuarios mediante la Unidad de Referencia y Contrarreferencia.
- La Unidad de Referencia y Contrarreferencia se encarga de realizar las coordinaciones para la referencia y contrarreferencia de los usuarios.
- En cada región la autoridad regional designara el Hospital de mayor capacidad resolutive en el cual se implementara la Unidad de Referencia y Contrarreferencia.

• **ESTABLECIMIENTOS DE SALUD**

- Cumplir con los procesos y procedimientos del Sistema de Referencia y Contrarreferencia.
- Coordinar y resolver la referencia y contrarreferencia de usuarios desde los Establecimientos de menor complejidad.
- Mantener actualizada y disponible la cartera de servicios informando a nivel administrativo correspondiente.
- Retroalimentar mensualmente a todos los Establecimientos acerca de información sobre los procesos inadecuados o disfuncionales identificados del proceso de la referencia y contrarreferencia.<sup>(1)</sup>

• **A NIVEL NACIONAL**

- Dirección General de Salud de las personas.
- Coordinador Nacional de referencias y contra referencias.



- Comité Nacional de sistema de referencia y contrarreferencia integrado por :
  - Coordinador Nacional de referencias y contra referencias.
  - Oficina general de comunicaciones.
  - Oficina general de defensa nacional.
  - Oficina general de epidemiología.
- **A NIVEL REGIONAL**
  - Director general de la región de salud.
  - Director de servicios de salud de la región (será el coordinador regional de referencias y contrarreferencia).
  - Comité regional del sistema de referencia y contrarreferencia integrado por :
    - Coordinador regional de referencias.
    - Coordinadores de referencias de Direcciones de Salud y redes.
    - Coordinadores de unidades u oficina de referencias o quien haga sus veces de hospitales e institutos.
    -
- **A NIVEL DE MICRO REDES**
  - Jefe de la Micro Red de Salud.
  - Coordinador del Seguro Integral de Salud y/o referencias.
  - Comité equipo técnico de gestión de la Micro Red.
- **A NIVEL COMUNAL**

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



Co-Responsables Sociales:

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

Actividades:

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

#### **2.1.2.2. SISTEMA DE REFERENCIA**

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 contrarreferencia, dentro de los cuales tenemos:

#### **A. 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.

#### **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 SIS y/o Referencias y/o Admisión de los Centros y Puestos de Salud.

En cada Región, según el proceso de Categorización la autoridad regional competente designará el Hospital de Mayor Complejidad de la Región, en el cual se implementará la Unidad De Seguros y/o Referencias Regional, para asumir funciones adicionales a las



Unidades de Seguros y Referencias hospitalarias, tal como se explica en el siguiente ítem de la presente norma.

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

**ESTRUCTURA**

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

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

**FUNCIONES**

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

**ESTRUCTURA**

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

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

**FUNCIONES**

- 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 resolutive 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 contrarreferencia.
- 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. ESTRUCTURA Y FUNCIONES DEL SEGURO 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:**

**ESTRUCTURA**

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

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

**FUNCIONES**

Son funciones del Responsable del Sistema de Referencia y Contrarreferencia en los Puestos y Centros de Salud:

- 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 Seguro 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 contrarreferencia 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 Micro Red 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.



#### **2.1.2.2.1. DEFINICIÓN DE REFERENCIA**

Proceso administrativo 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>(1)</sup>

#### **2.1.2.2.2. RESPONSABLE DE LA REFERENCIA 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.<sup>(2)</sup>

#### **A NIVEL ASISTENCIAL**

La responsabilidad de la referencia corresponde a personal de salud que brinda la atención (medico, profesional de salud no médico o técnico de la salud) la cual termina hasta que se inicie la atención en el Establecimiento de destino de la referencia.

#### **NIVEL DE ATENCIÓN**

La organización del sistema de salud del país, se identifican tres niveles de atención de acuerdo a la capacidad resolutive y la oferta de servicios:<sup>(5)</sup>

- Primer nivel de atención: Es el primer acceso de la población a los servicios de salud, en donde se realiza promoción, prevención, control, diagnostico precoz y tratamiento oportuno, teniendo en cuenta las necesidades de salud de más frecuentes de la

población, con una atención adecuada pero de baja complejidad. Siendo el encargado de si es que hubiera alguna complicación hacer la referencia correspondiente.

- Segundo nivel de atención: Dicho nivel de atención es el complemento de nivel anterior, donde encontramos un grado mayor de especialización tanto en recursos humanos como tecnológicos, se dedica a solucionar problemas de salud que fueron referidas de los Hospitales que pertenecen al primer nivel de atención o aquellas emergencias que se presentan por la población.
- Tercer nivel de atención: Es el nivel de mayor especialización y capacidad resolutive en cuanto a recursos humanos y tecnológicos, encargados para la solución de diversos problemas que son referidos de los niveles precedentes, como también solucionan problemas de la comunidad que acuden a este nivel de atención. Realiza actividades de promoción y prevención de la salud.

**Tabla 1. CATEGORIAS SEGÙN EL NIVEL DE ATENCIÒN**

NIVELES DE ATENCIÒN	CATEGORÍAS	MINISTERIO DE SALUD
PRIMER NIVEL DE ATENCIÒN	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
SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN	ATENCIÓN GENERAL	II – 1	HOSPITAL I
		II – 2	HOSPITAL II
	ATENCIÓN ESPECIALIZADA	II – E	-
TERCER NIVEL DE ATENCIÓN	ATENCIÓN GENERAL	III – 1	HOSPITAL III
		ATENCIÓN ESPECIALIZADA	III – 2
		III – E	-

FUENTE: Servicios de Salud Organización y Niveles de Atención

### 2.1.2.2.3. ORIGEN DE LA REFERENCIA

La referencia de un usuario puede generarse en diferentes niveles:

- A nivel comunal: cuando un agente comunitario organización social en atenciones de salud o cualquier poblador de la comunidad detecte en algún integrante o miembro de la comunidad signos de alarma, factores de riesgo o cualquier problema de salud que requiera admisión en un Establecimiento de Salud.
- A nivel de establecimientos de salud: cuando el problema de salud del usuario requiere de evaluación, tratamiento médico quirúrgico y/o procedimientos de apoyo al diagnóstico, que no corresponden a la capacidad resolutive del establecimiento.





#### **2.1.2.2.4. 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 productoras de servicio (emergencia, consultorios externos y apoyo al diagnóstico), el cual puede ser:

- Puestos de salud.
- Centros de salud.
- Hospital I
- Hospital II.
- Hospital III.
- Instituto especializado.

También se consideran los laboratorios referenciales de las direcciones de salud.

#### **2.1.2.2.5. UNIDAD PRODUCTORA DE LOS SERVICIOS DE LOS DESTINOS DE LA REFERENCIA**

Son las unidades productoras de servicios del establecimiento destino de la referencia, a las que podrán ser referidas los usuarios.

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

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 una atención inmediata para estabilizarlo y/o luego referir en el caso en que se complique y/o no se pueda manejar adecuadamente por escasa



capacidad resolutive del establecimiento de salud. Así mismo, recepcionara algunos casos que requiera continuar con su hospitalización y manejo especializado, así como aquellas que a criterio del personal de salud teniendo criterios de urgencia requiera ser referido.

Apoyo al diagnóstico: Cuando el usuario requiere para su confirmación diagnóstica, seguimiento o control de una prueba o exámen 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.

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

- **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)

- **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 transporte convencionales. Esto significa que no necesariamente se va a circunscribir dentro de los límites de su micro red, red o dirección de salud si no puede acceder a otro ámbito de otra dirección de salud, red, o micro red colindante.

- **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 asisten al paciente de recibir una atención de calidad y oportuna.



#### 2.1.2.2.7. PROCEDIMIENTO DE REFERENCIA

##### I. A NIVEL COMUNAL

###### a) Del Establecimiento de Salud:

- Las micro redes, los Establecimientos de Salud y la comunidad organizada determinaran 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 complementara con las preguntas claves y las observaciones clínicas para su identificación.
- La hoja de referencia comunal se adecuara a nivel local que facilite su uso por los agentes comunitario.
- El responsable del seguro integral de salud y/o referencias llevara el registro de las referencias de sus agentes comunitarios y otras organizaciones.

###### 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 Establecimiento de Salud para el traslado del usuario al Establecimiento de Salud.



- Acompañar al usuario durante su traslado al Establecimiento de Salud de destino en caso de presentar signos de alarma.
- Otras funciones que se consideren pertinentes.

## II. NIVEL DEL ESTABLECIMIENTO ORÍGEN DE LA REFERENCIA

### a) ACTIVIDADES GENERALES

Son todas aquellas actividades que el responsable del Establecimiento de Salud debe hacer para hacer una referencia.

- Atiende al usuario e identifica la necesidad de la referencia y el establecimiento y servicio de destino.
- Selecciona, de acuerdo a los criterios de referencia y al flujo establecido, el establecimiento de salud, función que será de responsabilidad de la Unidad u Oficina de Referencias o la que haga sus veces en el establecimiento la cual también coordinará la referencia con el Establecimiento de Salud de destino, garantizando la recepción oportuna y adecuada del mismo excepto en los casos de Emergencia.
- Llena la Hoja de Referencia en forma correcta. La vigencia de la hoja de referencia, para los destinos de consulta externa y servicios de apoyo al Diagnóstico, será de 60 días calendario a partir de su fecha de emisión renovable según la solicitud del médico tratante del motivo inicial que generó la referencia.
- 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 (original y 2 copias) a la Unidad/Oficina de Seguros, del Sistema de Referencia y Contrarreferencia o Admisión o quién haga sus veces, quienes son responsables de las siguientes actividades en relación al Sistema de Referencia y Contrarreferencia:
  - ✓ Recibir la hoja de Referencia (original y 2 copias).
  - ✓ Coordina la referencia con el Establecimiento de destino, en forma directa.
  - ✓ Registra en la Hoja de Referencia los datos que consigna el formato sobre la coordinación de la cita, para la atención respectiva.
  - ✓ Entrega al usuario el ticket de atención conteniendo la información de su referencia al Establecimiento de destino, la fecha y la hora de atención, el nombre del profesional que lo atenderá y el servicio en el que será atendido, como la información administrativa necesaria (Seguros de salud existentes, beneficios y tarifarios).
  - ✓ Entrega al usuario o familiar responsable, el original de la Hoja de Referencia firmada y sellada excepto en los casos de emergencia que debe ser llevada por el personal de salud que acompañará al paciente.
  - ✓ Archiva la hoja de Referencia en la Historia Clínica y hará llegar una copia al responsable del sistema de referencia y contrarreferencia para el consolidado respectivo.
  - ✓ En caso de que existan dificultades durante la coordinación con el Establecimiento de destino, se notificara al ente inmediato superior,



según corresponda, haciendo uso de la vía de comunicación establecida o disponible.

- ✓ Los Establecimientos de Salud deberán monitorear que el paciente llegue al Establecimiento de destino.

El usuario y/o sus familiares asumirán los costos de traslado y del tratamiento y/o procedimientos, excepto aquellos que son cubiertos por los planes de los seguros existentes, en caso de ser beneficiario de uno de ellos (si fueran seguros privados o de Es Salud, dichas instituciones tendrán que rembolsar los costos de la atención).

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

**b) ACTIVIDADES ESPECÍFICAS, DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN CUANDO DECIDE REFERIR A UN PACIENTE SON LAS SIGUIENTES:**

**CONSULTA EXTERNA:**

- El Personal responsable de la Unidad de seguros/admisión y/o referencias solicitará y coordinará con el responsable del Sistema de Referencia y Contrarreferencia del



Establecimiento de Salud de destino, la fecha, hora y médico (u otro profesional de la salud) de la consulta externa, a fin de comunicárselo al usuario antes que abandone el Establecimiento.

- 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 (UTM).
- Las Micro redes, Direcciones de Red y Dirección de Salud organizarán y definirán los flujos de referencia de las muestras de laboratorio y anatomía patológica al interior de las mismas, según nivel de 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 UTM 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 bioseguridad.
- 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 (Tele consulta) al médico del establecimiento de referencia para decidir la pertinencia de que se realice una referencia de consulta externa en lugar de la referencia de muestra.



- El usuario que llegue al establecimiento de destino presentará su hoja de referencia al personal de la Unidad de Referencias o del área designada, quién a su vez instruirá adecuadamente al usuario y realizará los trámites correspondientes para la atención preferencial del referido.

#### **SERVICIO DE DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES:**

- 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.



#### **2.1.2.2.8. NIVEL DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DESTINO DE LAS REFERENCIAS**

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

Son todas aquellas actividades que un establecimiento de salud que refiere debe realizar.

a) El Sistema Integral de Salud y/o referencias debe realizar diversas actividades como:

- Recibir al usuario, solicitar la hoja de referencia y la cita en el caso de que sea la referencia a consulta externa.
- Observar la coordinación de la referencia, en la hoja de referencia donde debe consignarse con quien se realizó 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 paciente las consecuencias de algún problema administrativo.
- En el caso de paciente que pertenezcan al SIS, se debe comprobar la condición y solicitar la documentación complementaria pendiente.
- Registrar la referencia en el registro.
- Realizar de manera prioritaria los trámites correspondientes del paciente referido.
- Informar al paciente acerca del lugar a donde se le refiere para que reciba la atención oportuna.
- El personal que recibe la referencia debe hacer la contrarreferencia y cerciorarse de que llegue al establecimiento de origen.

b) El paciente referido debe ser atendido de manera preferencial, asegurando que cuando sea necesario, reciba todas las consultas, interconsultas y exámenes de diagnóstico

pertinentes, para tratar de solucionar o aliviar el problema de salud en el tiempo más corto posible, con la finalidad de que regrese a su establecimiento de origen en el más breve plazo.

- c) Realizar el monitoreo de las referencias recibidas hasta su contrarreferencia.<sup>(2)</sup>

#### **2.1.2.2.9. REFERENCIAS INJUSTIFICADAS.**

Es cuando los pacientes no debieron haber sido referidos a otro Establecimiento de Salud de mayor capacidad de resolución. Esto se da en los siguientes casos:

- Cuando el establecimiento de origen contaba con la capacidad resolutoria para solucionar los motivos de la referencia.
- Cuando por lo contrario el establecimiento de origen no cuenta con la capacidad resolutoria para resolver los motivos de la referencia.

Dichas referencias injustificadas serán evaluadas por la Oficina o Unidad de Seguros y/o Referencias o quien haga sus veces y el Comité del SRC de los niveles correspondientes, quien informa los resultados y propone las medidas correctivas pertinentes.<sup>(2)</sup>

#### **2.1.2.3. DEFINICIÓN DE CONTRARREFERENCIA**

La contrarreferencia es un proceso administrativo – asistencial mediante el cual, el Establecimiento de Salud de destino de la referencia devuelve o envía la responsabilidad del ciudadano 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, ya que cuentan con la capacidad de manejar o monitorizar el problema de salud integralmente.<sup>(2)</sup>



### 2.1.2.3.1. CONDICIONES DEL USUARIO DE LA CONTRARREFERENCIA

#### I. LAS CONDICIONES QUE DETERMINAN LA CONTRARREFERENCIA DEL USUARIO SON:

- Curado: Cuando se ha solucionado el problema de salud motivo de la referencia del usuario o se determina la situación del Alta Definitiva del usuario.
- Mejorado: Cuando se ha resuelto el problema de salud motivo de la referencia en forma parcial, siendo pertinente que el usuario continúe con tratamiento bajo control y supervisión en el establecimiento que realizó la referencia, con baja frecuencia de atenciones (una cada tres meses).
- Atendido por Apoyo al Diagnóstico: Cuando se han obtenido los resultados y/o informes de los exámenes de ayuda diagnóstica solicitadas.
- Retiro Voluntario: Cuando el usuario decide interrumpir la continuidad de su tratamiento en el establecimiento de destino de la referencia, dejando constancia de ello en una Hoja de Exoneración de Responsabilidad. Frente a casos que vayan en contra de la vida del usuario, el responsable del establecimiento comunicará al ministerio público la decisión del mismo.
- Deserción: Cuando el usuario abandona o interrumpe la continuidad de su tratamiento en el establecimiento de destino de la referencia, a pesar de los esfuerzos para localizar al usuario y para reiniciar su tratamiento.
- Fallecimiento. Cuando el usuario fallece durante su tratamiento en el establecimiento de referencia.



## II. ACTIVIDADES ESPECÍFICAS DE LOS SERVICIOS DE ATENCION DE LOS USUARIOS REFERIDOS.

### a) CONSULTA EXTERNA

- El encargado del atención recepcionar la Historia Clínica que el servicio de Admisión le entregue en el cual deberá estar incluido la hoja de referencia.
- El personal de Admisión es el encargado de colocar la hoja de referencia a la Historia Clínica del usuario referido.
- Se coordinara con el Medico de consultorio externo para la atención preferencial del paciente referido.
- Se le atenderá al paciente de acuerdo a los protocolos, y se verá que tipos de atención adicionales necesite el paciente, para luego llenar la hoja de contrarreferencia en caso no se hospitalice o se refiera a otro Establecimiento de mayor complejidad o que su atención sea ambulatoria en el mismo Establecimiento de destino.
- Se entrega la hoja de Referencia y Contrarreferencia a admisión o Unidad de Referencia para que realicen los trámites correspondientes.
- El responsable de la Unidad de Referencia o el personal encargado será el responsable de coordinar la contrarreferencia al Establecimiento de origen de la referencia o en caso sea la referencia a otro Establecimiento de mayor complejidad si es necesario. Se archivara una hoja de la referencia y otra hoja se entregara al punto de digitación para su respectivo consolidado.
- Todo paciente referido que por opinión del profesional tratante requiera continuar su tratamiento en el Establecimiento de destino, tendrá un periodo de 60 días renovables donde podrá ser atendido en todos los servicios que solicite el profesional tratante.



**b) EMERGENCIA**

- Una vez aceptada la referencia el jefe de guardia, comunicara al médico y a la enfermería para la preparación del servicio en donde será atendido inmediatamente el paciente referido, según protocolos establecidos.
- Presentará la hoja de referencia a la Unidad de Referencias para que esta pueda actualizar sus datos de los casos de referencia recibidos o de las referencias realizadas.
- La unidad de referencia a quien haga sus veces coordinada con el establecimiento de origen, sobre el estado o situación de salud del paciente, así como su contrarreferencia.

**c) DE LOS SERVICIOS DE EXÁMENES DE APOYO AL 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 referencias le pase para su atención.
- No se necesita la evaluación del usuario y formato de referencia por otro profesional del Establecimiento de destino, para que se pueda realizar el examen requerido por el Establecimiento de origen.
- Realizar los trámites administrativos correspondientes para la atención prioritaria del usuario referido.
- La unidad de referencia o quien haga sus veces indicara al usuario el servicio donde recibirá la atención.



### **2.1.2.3.2. PROCESO DE CONTRARREFERENCIA DEL ESTABLECIMIENTO DESTINO DE LA CONTRARREFERENCIA**

“Es el Establecimiento de Salud donde ha sido atendido el usuario referido y donde se origina la contrarreferencia hacia el establecimiento de origen”<sup>(2)</sup>

#### **ACTIVIDADES GENERALES**

Son aquellas actividades que realiza todo personal de salud que se encuentre capacitado para realizar la contrarreferencia los cuales son:

- Determina la coordinación del paciente y decide la contrarreferencia del mismo.
- Informar al paciente 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.

### **2.1.2.3.3 SISTEMA DE INFORMACIÓN**

Los instrumentos de registro e información son:

#### **I. HOJA DE REFERENCIA COMUNAL**

Este formato debe tener la siguiente información mínima como:

- a) Información general del paciente.
  - Nombres y Apellidos del paciente.
  - Fecha y Hora que refiere.
  - Sexo y Edad.
  - Domicilio del paciente.





- Nombre del establecimiento al que refiere
  - Otros datos socio - económicos y culturales que se crea conveniente.
- b) Motivo de la referencia
- La molestia principal que el paciente refiere u observa.
  - Condiciones en la que se encuentra el paciente referido.
  - Causas probables relacionadas a la salud del paciente si cree conveniente.
- c) Información general del Agente comunitario
- Nombres y Apellidos.
  - Firma o Huella digital.

Los agentes comunitarios e integrantes de las organizaciones sociales llenaran un original y una copia de este formato. La copia y el original lo remitirán al Establecimiento de Salud de referencia, con el usuario.

Los indicadores para el manejo domiciliario del usuario deberán ser considerada en la hoja de epicrisis o informe de alta la cual debe ser correctamente llenado por duplicado por el responsable de la atención del usuario referido, y se entregara la copia a la Unidad de referencia o a la que haga sus veces, y el original lo remitirá al agente comunitario, con el usuario.

## **II. HOJA DE REFERENCIA INSTITUCIONAL**

El formato es único a nivel nacional y será usado en todos los Establecimientos de Salud del MINSA bajo la responsabilidad del técnico o profesional de la salud que requiera referir a un



usuario o solicitar exámenes de ayuda diagnóstica a un establecimiento de mayor capacidad resolutoria, este afiliado o no a algún tipo de seguro.

### **III. HOJA DE CONTRARREFERENCIA INSTITUCIONAL**

El formato es único a nivel nacional y será usado en todos los Establecimientos de Salud del MINSA bajo responsabilidad del profesional de salud responsable del tratamiento del usuario o por el profesional del laboratorio y diagnóstico por imágenes que envía los resultados e informes de los exámenes al establecimiento que realizó la referencia.

Los pacientes que sean referidos o contrarreferidos de un establecimiento y que lleguen a los servicios de emergencia o admisión, serán registrados en los libros o sistemas informáticos ya existentes del Establecimiento de Salud y si es necesario tendría que adecuarse para algunos datos adicionales si se cree conveniente, por tanto no se necesita de un libro especial de registro de las referencias y contrarreferencia.

#### **2.1.2.4. PLAN DE PARTO**

El plan de Parto es una herramienta y documento donde la mujer gestante puede expresar sus preferencias necesidades y deseos para el proceso de parto y nacimiento el cual busca movilizar y organizar a la familia y a la comunidad para el traslado oportuno de la gestante, puérpera y/o recién nacido al Establecimiento de Salud. Debe consignar en la información precisa que permita organizar el proceso de atención de la gestante, relevando los aspectos del parto y la referencia de ser necesaria. El plan de parto ayuda a los familiares de la gestante a estar preparados e informados acerca de los signos de alarma o acerca de las señales de parto.<sup>(2, 6)</sup>



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

#### **FUNCIONES OBSTETRICAS Y NEONATALES PRIMARIAS (FONP)**

Realiza las actividades en el área materna, perinatal y planificación familiar que no pueden dejar de realizarse en aquellos establecimientos que cuentan con personal técnico de salud, pueden o no contar con profesionales de salud. Estos establecimientos de salud generalmente brindan atención de 12 horas y eventualmente de 24 horas, no cuentan con sala de partos, laboratorio, área para la atención inmediata del recién nacido y tampoco con hospitalización. Nos referimos a los Puestos de Salud.

#### **FUNCIONES OBSTETRICAS Y NEONATALES BÁSICAS (FONB)**

Comprende las actividades en el área materna y perinatal que no pueden dejar de realizar los establecimientos de salud, generalmente brindan atención las 24 horas y cuentan con sala de partos, laboratorio, área de atención inmediata del recién nacido y hospitalización, no cuentan con centro quirúrgico. Mayormente estos son los Centros de Salud.

#### **FUNCIONES OBSTETRICAS Y NEONATALES ESENCIALES (FONE)**

Comprende las actividades en el área materna y perinatal que no pueden dejar de realizar los establecimientos de salud cuentan con personal profesional especializado. Estos Establecimientos de Salud brindan atención las 24 horas. Estos son los Hospitales.

#### **FUNCIONES OBSTETRICAS Y NEONATALES INTENSIVAS (FONI)**

Comprende las actividades en el área materno y perinatal que no pueden dejar de realizar los establecimientos de salud que brindan atención especializada las 24 horas, cuentan con sala



de partos, área para la atención inmediata del recién nacido, hospitalización, centros quirúrgicos y tienen implementada Unidad de Cuidados Intensivos.<sup>(7)</sup>

#### **2.1.2.6 LA SALUD DE LA PACIENTE GESTANTE ES CONSIDERADA UN RIESGO**

Una gestante es considerada como riesgo cuando presenta lo siguiente:

##### **COMPLICACIONES EN EL PRIMER TRIMESTRE DE EMBARAZO:**

- **Aborto:**

Interrupción del embarazo, con o sin expulsión, parcial o total del producto de la concepción, antes de las 22 semanas o con un peso fetal menor de 500 gr.

- a) **Aborto inevitable:**

Rotura de membranas, pérdida de líquido amniótico, con cuello uterino dilatado.

- b) **Aborto completo:**

Es la eliminación total del contenido uterino.

- c) **Aborto incompleto:**

Es la eliminación parcial del contenido uterino.

- d) **Aborto retenido o diferido:**

Es cuando el embrión o feto muere antes de las 22 semanas, pero el producto es retenido.

Su diagnóstico es por ecografía.

e) Aborto séptico:

Complicación infecciosa grave del aborto.

- Embarazo ectópico

Implantación del óvulo fecundado fuera de la cavidad uterina. Puede ser complicado cuando se rompe u origina hemorragia, y no complicado en el caso contrario.

#### COMPLICACIONES DE LA SEGUNDA MITAD DEL EMBARAZO:

Sangrado vaginal variable que puede estar acompañado o no de dolor en una mujer con más de 22 semanas de gestación, con o sin trabajo de parto.<sup>(8)</sup>

**Tabla 2. COMPLICACIONES DE LA II MITAD DEL EMBARAZO**

PLACENTA PREVIA	DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA	ROTURA UTERINA
Implantación anormal de la placenta por carencia de superficie inadecuada en el fondo uterino.	Aumento brusco de la presión venosa uterina en el espacio intervelloso, rotura, hematoma y desprendimiento placentario.	Rotura de las fibras musculares del útero, sujeto a estiramiento excesivo, que vence su capacidad de distensión.

FUENTE: Guía de emergencias obstétricas MINSA



### 2.1.2.7 NIVEL DE ATENCIÓN DE REFERENCIA

La atención de salud de la provincia se organiza en tres niveles, según la patología y la complejidad que posee:

- **I NIVEL DE ATENCIÓN:** Los gobiernos locales son los encargados de la aplicación de la estrategia de Atención Primaria en Salud, tomando en cuenta a los problemas más comunes, con énfasis en la prevención y a promoción de la Salud de acuerdo a cada realidad local.

Dentro de este nivel encontramos a las Postas Sanitarias, dispensarios, Centros de Salud y Hospitales de I nivel de atención de baja complejidad.

- **II NIVEL DE ATENCIÓN – 1ª NIVEL DE REFERENCIA:** Los hospitales Atención Primaria en Salud de mediana complejidad son el primer nivel de referencia del I nivel de atención y actúan como nivel de derivación de los efectores Municipales.

El hospital de referencia de Atención Primaria en Salud se dedica al diagnóstico precoz y al tratamiento y derivación oportuna en caso sea necesario, dicho sea deben contar con especialidades permanentes o periódicas.

- **III NIVEL DE ATENCIÓN – 2ª NIVEL DE REFERENCIA:** Los Hospitales de Referencia, responsables de los diferentes servicios de salud, como son Maternidad, Neonatología, Terapia Intensiva y Cirugía, es el segundo escalón de referencia del I nivel de atención y actúan como nivel de derivación de efectos de II nivel.

Los Hospitales que pertenecen a este nivel son con mayor complejidad y con equipamiento adecuado, recursos humanos, lo que les permita cumplir con sus referencias, estos involucran a los Hospitales de I nivel de referencia.



- **IV NIVEL DE ATENCIÓN – 3ª NIVEL DE REFERENCIA:** Son aquellos Hospitales donde encontramos especialidades de máxima complejidad, de acuerdo a los perfiles hospitalarios.  
Estos Hospitales reciben referencias de patologías que requieren la máxima complejidad de atención. Estos Hospitales tienen máxima excelencia en infraestructura, equipamiento y recursos humanos de acuerdo a cada especialidad.
- **ESTABLECIMIENTOS ESPECIALES:** Son Hospitales dedicados a la atención de Enfermedades Crónicas e Invalidantes.

#### 2.1.2.8 MEDIO DE TRANSPORTE

“Debe establecerse un sistema de traslado de pacientes, en cada región de salud, el cual debe ser coordinado y adecuado a las realidades locales, pudiendo ser terrestre, aérea, fluvial o marítima”.<sup>(9)</sup>

- La Dirección Regional de salud, deberá coordinar a todo nivel, sectorial e interinstitucional de la región la implementación de un sistema de transporte coordinado según un flujo de referencia y contrarreferencia previamente establecido de manera que se formen redes de transporte, para lo que definirán la ubicación de las unidades de transporte, a fin de mejorar la eficiencia del uso de los vehículos, que permitan el traslado oportuno y en óptimas condiciones de los usuarios del Sistema de Referencia y Contrarreferencia.
- El Jefe o Director del Establecimiento de Salud, es el responsable que las unidades de transporte se encuentren permanentemente operativas.



- Los Responsables del Sistema de Referencia y Contrarreferencia en cada nivel de organización funcional serán los encargados de coordinar el transporte en el ámbito de su jurisdicción y definirán la ubicación de las unidades de transporte o unidades equipadas.
- En la organización del transporte se tomará en cuenta las condiciones geográficas, climatológicas, viales, medios de transporte, idiosincrasia de la población y costos.
- El transporte se usará para la referencia de pacientes de emergencia y para la contrarreferencia de usuarios en caso que el estado de salud del usuario así lo amerite. El profesional tratante determinará el uso del transporte para la referencia o contrarreferencia de un usuario sobre la base del estado de salud del usuario y con autorización del Jefe / Director del Establecimiento de Salud.
- Las ambulancias constituyen el prototipo de vehículo para el transporte terrestre de usuarios, sin embargo, se debe considerar otras modalidades según vía de comunicación y las características geográficas de la jurisdicción.
- El uso de ambulancias es básicamente para el transporte de usuarios en estado crítico o postrado, que representan casos de emergencias de acuerdo a los criterios previamente establecidos.
- Se preferirá el uso de transportes menores para el traslado de elementos de diagnóstico y/o resultados.
- Para las referencias de pacientes críticos (emergencias individuales o masivas) de alcance nacional se coordinará con defensa Nacional y otras instituciones o autoridades locales, regionales y Nacionales para aspectos de comunicación y/o apoyo logístico, de acuerdo a la necesidad.





- En todo paciente que se decida su referencia por constituir una Emergencia; el personal de salud del Establecimiento asumirá la responsabilidad de transferir al paciente a un establecimiento de salud de mayor complejidad resolutive.
- Los costos que se generen en el traslado de un paciente para casos sólo de Emergencia, serán asumidos de la siguiente manera:
  - ✓ En caso de que el paciente sea asegurado (Es Salud, Seguro Integral de Salud, Privados, otros), entonces el seguro asumirá los gastos que ocasione el traslado del paciente.
  - ✓ En caso de que el paciente no sea asegurado, el Establecimiento de Salud ya sea con sus ingresos propios o los que pueda gestionar con las Autoridades Locales, asumirá los costos de traslado de dicho paciente, garantizando la oportunidad de la atención y la Vida del Paciente.
  - ✓ Los diferentes niveles de organización (La Micro Red, la Red, Direcciones de Salud y Dirección Regional de Salud) asumirán la responsabilidad de prever, a través de coordinaciones y gestiones necesarias; que los Establecimientos de Salud de su ámbito cuenten con las facilidades permanentes de poder transportar un paciente de emergencia a otro establecimiento de mayor capacidad resolutive.
  - ✓ Ningún paciente en caso de emergencia que necesite ser referido a un establecimiento de mayor capacidad resolutive tendrá que discontinuar su atención por limitaciones de índole administrativo y/o financiera; asumiendo la responsabilidad el establecimiento quién lo atiende así como los otros



niveles de organización, es decir, la Micro Red, Red, Direcciones de salud y Dirección regional de Salud .<sup>(2)</sup>

### **AMBULANCIA AÉREA**

Aeronave configurada para el transporte de personas que padecen lesiones orgánicas o enfermedades y que por su estado requieren de equipos, personal y atenciones especiales durante el traslado del paciente , los cuales no son ofrecidos por las empresas de transporte público regular las abulancias o no regular de forma particular . Una ambulancia aérea está equipada con equipos y materiales médicos y fármacos necesarios para dar soporte a los diferentes niveles de cuidado, personal médico capacitado y entrenado calificado en medicina aeronáutica y personal de enfermería y técnicos en procedimientos de evacuación aeronáutica.<sup>(10)</sup>

#### **2.1.2.9 PERSONAL DE SALUD O PROMOTOR DE SALUD QUE REFIERE**

El personal de salud que refiere al paciente deberá anotar su nombre N° de colegiatura en caso de que sea profesional. Además marcara con una X en el casillero correspondiente a su profesión, en otro anotara el nombre de su profesión o si es Técnico o Auxiliar de Enfermería. Por ultimo pondrá su sello y firmara la referencia.

El personal que acompaña al paciente deberá anotar su nombre, N° de colegiatura si es profesional. Marcará con una X en el casillero correspondiente a su profesión, en otro anotara el nombre de su profesión o si es Técnico o Auxiliar de Enfermería. Por ultimo pondrá su sello y firmara la referencia.<sup>(11)</sup>



### 2.1.2.10. MORTALIDAD MATERNA

La mortalidad materna es uno de los problemas prioritarios a nivel regional, nacional, latinoamericano y mundial. Siendo un problema de Salud Pública, las políticas de salud están orientadas a la reducción de la muerte materna; en América Latina, existen países con indicadores positivos de salud como Chile por ejemplo<sup>(12)</sup> y la razón es por la que se establecen diversas estrategias de intervención donde se involucran las instituciones de salud y la sociedad en general.

#### 2.1.2.10.1. DEFINICIÓN DE MUERTE MATERNA

La definición expuesta en la CIE 10 refiere que la muerte materna es, “ **la muerte de una mujer mientras que está embarazada o dentro de los 42 días de terminar un embarazo, independientemente de la duración y la localización del embarazo, por cualquier causa vinculada o agravada por el embarazo o su manejo, pero no por causas accidentales o incidentales**”<sup>(13)</sup>. La Organización de las Naciones Unidas a la vez expresa que las principales complicaciones de muerte materna son: la hemorragia post parto, infecciones, hipertensión y abortos peligrosos.<sup>(14)</sup>

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

##### a) MUERTE MATERNA DIRECTA

Es aquella producida como resultado de una complicación obstétrica del estado del embarazo, parto o puerperio y por intervenciones, omisiones, tratamientos incorrectos o una cadena de eventos que resultasen de cualquiera de los hechos mencionados.<sup>(15)</sup>

**b) MUERTE MATERNA INDIRECTA**

Denominada muerte obstétrica indirecta, son aquellas que se dan no directamente a una causa obstétrica, ya que es resultado de una enfermedad preexistente o de una enfermedad que apareció durante el embarazo parto o puerperio y que no fue debido a causas obstétricas, pero que se agravo por efectos fisiológicos propios del embarazo.<sup>(15)</sup>

Podemos agruparlas en:

- Enfermedades infecciosas: tuberculosis pulmonar, apendicitis aguda, pancreatitis aguda, hepatitis viral, etc.
- Enfermedad metabólica y endocrina: diabetes mellitus, hipertiroidismo, etc.
- Procesos tumorales: Cáncer, sarcoma, etc.
- Otras patologías: Enfermedad renal crónica, epilepsia, malaria, paludismo, etc.

**2.1.2.10.2. MORBILIDAD DE MUERTE MATERNA  
RAZÓN DE MUERTE MATERNA (RMM)**

La reunión en las Naciones Unidas, cuenta con alrededor de 60 indicadores establecidos para medir el avance de los objetivos del desarrollo del milenio, la razón de muerte materna es uno de ellos, la razón de muerte materna es considerado como, “el número anual de mujeres fallecidas por causas relacionadas con el embarazo y el parto por cada 100 000 nacidos vivos”.<sup>(16)</sup>

A nivel nacional, la Oficina Nacional de Epidemiología, cuenta con la información eventos de la muerte materna a través de la unidad de vigilancia epidemiológica de muerte materna, organizada en redes a nivel nacional de modo que permite tener información actualizada y



oportuna para la mejora de la salud materna. La razón de muerte materna en los últimos años ha ido disminuyendo en el país, en el Perú estimándose para el año 2011 en 92.7 por cien mil nacidos vivos, observándose que es mayor en la selva (160.5 por diez mil nacidos vivos) y en el último quinquenio la razón de muerte materna es mayor en la sierra, predominando en la zona rural (177.4) en el quintil 2 de pobreza (237.3), en los distritos de procedencia cuya condición es pobre (222.0), en el grupo de edad 15 – 19 años (259.4) y la primera causa es la hemorragia obstétrica

En el departamento de Cusco, el número de muertes maternas para el año 2011, siendo la principal causa, las hemorragias obstétricas (52.9%), la segunda causa, los trastornos hipertensivos en el embarazo parto y puerperio, (20.2%) y en tercer lugar, el aborto con una razón de muerte materna de 14.9 muertes maternas por cada cien mil nacidos vivos,<sup>(15)</sup> se estimó en 28, variando en los años 2012 a 21 muertes maternas por cien mil nacidos vivos y 2013 a 20 muertes maternas por cien mil nacidos vivos , predominando en las provincias de La Convención y Canchis con 5 muertes maternas en el año 2013.<sup>(17)</sup>

### **2.1.2.10.3 CAUSAS DE MUERTE MATERNA**

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



#### 2.1.2.10.4 CAUSAS DE MUERTE MATERNA PARA LOS EFECTOS DEL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

La clasificación establecida para estos efectos se considera<sup>(18)</sup>

**Causas básicas.-** Son las causas directas o indirectas que condujeron a la muerte de la gestante

**Causas intermedias.-** Son las causas desencadenadas como resultado de la causa básico. Lo más importante es resaltar que en durante el proceso fisiopatológico ocurrido, este no es controlado lo que conduce a la muerte.

**Causas terminales o finales.-** Son las causas que, originadas por la causa básica, conduce a la muerte de la paciente

#### 2.1.2.10.5. ESTRATEGIAS MUNDIALES ORIENTADAS A LA PREVENCION DE LA SALUD MATERNA

La Organización de las Naciones Unidas, propone aplicar estrategias sanitarias para mejorar la salud materna, una de ellas es formular planes de intervención sobre todo en los países en desarrollo. Los planes considerados son:

- Implementación de recursos humanos, financieros y vigilancia en toda intervención que se va a realizar.
- Mejoramiento de los servicios de salud con la implementación adecuada orientada a la comunidad que requiere.
- Brindar respeto y cuidados a las mujeres gestantes y en edad reproductiva.
- Fortalecer la formación y/o capacitación al personal sanitario.
- Participación de la sociedad civil en la vigilancia de cada uno de los procesos e intervención.<sup>(19)</sup>



#### 2.1.2.10.6. ACCIONES APLICADAS AL MEJORAMIENTO DE LA SALUD MATERNA EN EL PERÚ

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

- Capacidad resolutive

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

- Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva viene desarrollando acciones de mejora continua de la calidad en la salud materna para los Establecimientos de Salud de acuerdo a los niveles de atención ,
- El establecimiento de las claves roja, azul y amarilla para la atención de emergencias obstétricas, fomentando entre varias actividades, el fortalecimiento del sistema de referencia.
- Capacitaciones permanentes a los profesionales de salud en emergencias obstétrica.



- Trabajo coordinado con los pobladores de la comunidad, participando en acciones derivadas de las casas de espera, el conocimiento y aplicación del Plan de Parto, la Vigilancia a las mujeres gestantes, el conocimiento del radar de gestantes y el mapeo de gestantes, de puérperas y finalmente las referencias comunal.<sup>(20)</sup>

#### **2.1.2.10.7. ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN DE MUERTE MATERNA**

La mortalidad materna es el factor con mayor impacto social y la mortalidad perinatal la que más contribuye a la mortalidad infantil en América Latina y el Caribe lo que impide el logro del Objetivo de Desarrollo del Milenio. La mayoría de muertes de mujeres y de recién nacidos se pueden llegar a evitar si se le interviene de manera eficaz y oportuna.

Las líneas de acción estratégica permiten las intervenciones basadas en evidencias que comprometen no solo al sector salud, también a la participación multisectorial y promueven un ambiente favorable para la elaboración y la promoción de políticas eficaces en todos los niveles.

También se debe tomar en cuenta la atención de la salud de la madre y del recién nacido en tiempo y espacio, dando mayor importancia a las intervenciones de la comunidad a través de la familia, las organizaciones sociales de base y los gobiernos locales, los que deben asumir los cargos principales de los cuidados básicos de la salud.

Los Recursos Humanos deben verse involucrados y deben brindar educación, información académica y tecnología de acuerdo a las necesidades del país.

Establecer nexos entre los diferentes actores sociales, con el objetivo de mejorar la capacidad de respuesta y la calidad de los servicios de salud, para poder mejorar la atención de primer nivel, calidad y oportunidad de la referencia, proporcionando una adecuada atención,





fortalece las competencias de los proveedores de salud, lo que permite que toda la comunidad cree un sistema de vigilancia, seguimiento y evaluación permanente.

## **2.2 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES**



Variable	Definiciones conceptuales	Definiciones operacionales	Dimensión	Indicadores	Índice	Expresión Final	Escala	Instrumento
Características sociodemográficas y reproductivas de la población de estudio	Son el conjunto de características biológicas , socioeconomicoculturales que están presentes en la población sujeta a estudio ,tomando aquellas que pueden ser medibles <sup>(21)</sup>	Son el conjunto de características biológicas , socioeconomicoculturales que están presentes en la población sujeta a estudio ,tomando aquellas que serán parte de nuestra investigación	Características sociodemográficas	Edad	Años cumplidos	Adolescente Adulto Añosa	intervalo	Hoja de recolección de datos
				Grado de instrucción	Analfabeta Primaria Secundaria Superior	Grado de instrucción	Ordinal	
				Estado civil	Soltera Casada Conviviente Viuda	Estado civil	Ordinal	
				Procedencia	Rural Urbana	Lugar de procedencia	nominal	
				Asegurada	SIS No asegurada	Asegurada No asegurada	nominal	
			Características reproductivas	Nº de embarazos	Numero	Primigesta Segundigesta Multigesta Gran Multigesta	intervalo	Hoja de recolección de datos
				Nº de hijos vivos y/o muertos	Numero	Nº de hijos	ordinal	
				Abortos	Numero	Nº abortos	ordinal	
				Partos a termino	Partos después de las 37 semanas.	Partos a termino	ordinal	
				Lugar de atención de partos	Número de Partos domiciliarios Y/O Institucionales	Lugar de atención de partos	Nominal	
				Métodos anticonceptivos	Uso de método	Uso No Uso	Nominal	
					Tipo de Anticonceptivo	DIU Hormonal Barrera Quirúrgico Natural		



Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensión	Indicadores	INDICE	INDICE	EXPRESION FINAL	Escala	Instrumento	
MANEJO DE LA REFERENCIA	Acto y consecuencia de señalar o referirse hacia algo o alguien. <sup>(22)</sup>	La Referencia es un proceso administrativo-asistencial mediante el cual el personal de un establecimiento de salud, transfiere la responsabilidad de la atención de las necesidades de salud de un usuario a otro establecimiento de salud de mayor capacidad resolutiva 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	Red de salud	SI			NOMINAL	HOJA DE RECOLECCION DE DATOS	
				Micro red	NO					
				Prestacional	Hospitales					SI
					Centros de salud					NO
			Usuario	Nivel comunal PROMOTOR DE SALUD	Identificación de cualquier problema de salud que requiera atención en el EE.SS	SI NO	Problema identificado	NOMINAL		
					Llena la hoja de referencia comunal		SI NO			Problema no identificado
					Informa a familiares		SI NO			
					Acompaña al usuario		SI NO			
			PACIENTE	Identificación de cualquier problema de salud	SI NO	Problema de salud q requiere o no referencia	NOMINAL			
					Acompañante	Con /sin compañía				
					Medios de transportes	Uso de medios de transporte				
			Nivel del establecimiento de salud	Unidad Productora de Servicios -Emergencia -Consultorio. Externo -Apoyo Diagnostico	Diagnostico	Tipo de Diagnostico	NOMINAL			
Tratamiento Y/O Procedimientos	Si No									
Recurso de soporte	-Laboratorio -Radiografías -Ecografías -Otros.									
Fecha de la Referencia	DD/MM/AÑO									



						Responsable del Mecanismo de Atención.	- Medico - Obstetra - Enfermera - Técnico - Otros.		
						Coordinación del Medio de transporte e Informes	- Medico - Obstetra - Enfermera - Técnico - Otros.	NOMINAL	
						Emergencia Consultorio externo. Apoyo diagnostico	Emergencia Consultorio externo. Apoyo diagnostico		NOMINAL
					CRITERIOS para la selección de referencia	EE.SS. con Capacidad resolutiva Accesibilidad	Con/ sin capacidad resolutiva	NOMINAL	
					Capacidad Resolutiva	-Solución del Problema	SI NO	NOMINAL	ENTREVISTA
					Accesibilidad	- Geográfica (Distancia) - Económica - Organizacional - Cultural			





Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensión	Indicadores	Índice	Índice	Expresión final	Escala	Instrumento
MANEJO DE LA CONTRARREFERENCIA	Procedimiento médico administrativo entre unidades operativas de los tres niveles de atención, para facilitar el envío-recepción-regreso de pacientes, con el propósito de brindar atención médica oportuna, integral y de <u>calidad</u> <sup>(23)</sup>	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 RECOLECCION DE DATOS
					Contrarreferencia de la Consulta externa	Llenado de formato Indicaciones y cuidados	No Cuenta con capacidad resolutive	Nominal	
					Contrarreferencia de los resultados e informes de exámenes de diagnostico	Envío de formato de Contrarreferencia			
				establecimiento origen de la referencia	Unidad de seguros	Con seguimiento	Con seguimiento	Nominal	
					Sin seguimiento	Sin seguimiento	Sin seguimiento	Nominal	
				Usuario	CONDICIONES DEL USUARIO	Condición del paciente	-Curado	Si/no problema solucionado	
			-Mejorado				Con/sin tratamiento		
			-Atendido por apoyo diagnostico				Con/sin informe		
			Personal que atendió			-Medico	Nominal		
						-Obstetra			
			-Enfermera						
			-Técnico						
			-Otros						
			Especificar						
Retiro voluntario	si no	si No	Nominal Nominal						
Deserción	Abandona	Abandona	Nominal						
	No abandona	No abandona	Nominal						
Fallecimiento	Extra institucional	Si	Nominal						
	Interinstitucional	no	Nominal						
Contrarreferencia injustificada	Cuenta/no cuenta con capacidad resolutive	Si No	Nominal						
	control de referencia y Contrarreferencia	Supervisión	Si No	Nominal					



					Monitoreo	Si No	Cuenta/no cuenta con capacidad resolutiva	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**

- **DESCRIPTIVO:** Porque se describe la características de las variables, de acuerdo a la operacionalización de las variables.
- **RESTROSPECTIVO:** Porque el estudio se basa en hechos y fenómenos que se dieron en el pasado.

#### **3.2 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN**

- Enfoque: Cuantitativo
- Diseño: No experimental

#### **3.3 POBLACIÓN Y MUESTRA**

##### **3.3.1 DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN.**

- La población del siguiente trabajo está conformada por pacientes que fueron referidas y contrarreferidas del Centro de Salud de Anta de la Red Norte del Cusco

##### **3.3.2 MUESTRA Y MÉTODO DE MUESTREO**

- **UNIVERSO**

La población de estudio está conformada por pacientes que fueron referidas y contrarreferidas en el año 2014 en el Centro de Salud de Anta



### 3.3.3 CRITERIOS DE SELECCIÓN (INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN)

Inclusión:

- Gestantes que cuenten con historia clínica en el Centro de Salud de Anta
- Gestantes con historia clínica que cuenten con formatos de referencias y contrarreferencia

Exclusión:

- Los que no realicen referencias y contrarreferencia.

### 3.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

El instrumento será el formulario de encuesta

- Formularios de Referencia.
- Formulario de Contrarreferencia.
- Lápiz.
- Borrador.
- Esferográficos.
- Historia Clínica.

### 3.5 PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

La encuestadora debidamente capacitada y con los permisos de norma que se presentó a los establecimientos elegidos en los días en los que el personal tenga menos labor y en las hora en que las historias clínicas no sean utilizadas .

### 3.6 PROCEDIMIENTOS DE ANÁLISIS DE DATOS

Para el variable manejo de la referencia y sus dimensiones, las dimensiones cuantitativas como edad, número de hijos, etc. Se manejó y presentó con estadística descriptiva (medias, medianas, modas, promedios) las variables cualitativas como sexo, estado civil se presentaron con porcentajes simples.

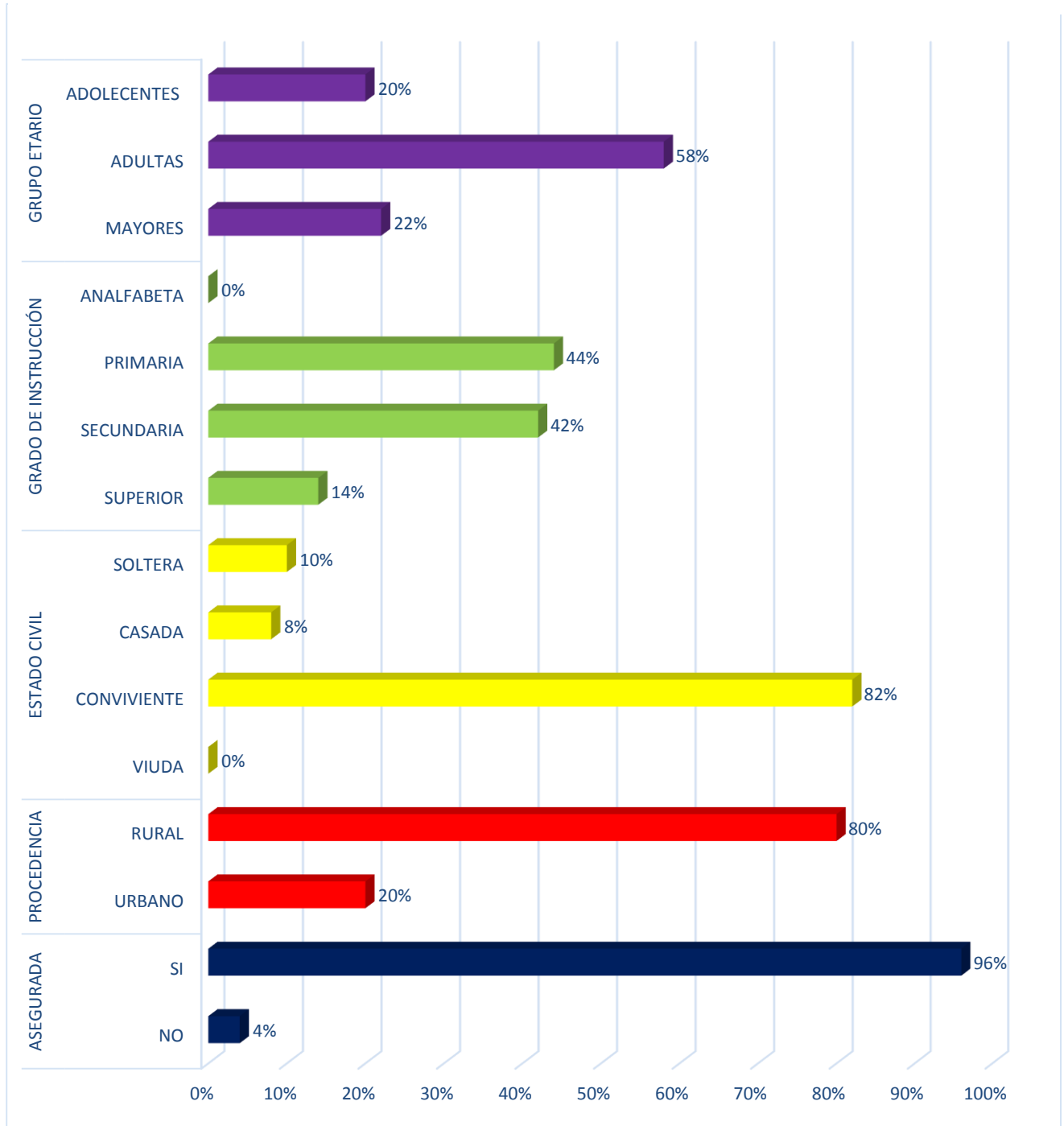


## **CAPÍTULO IV**

### **RESULTADOS**

**GRÁFICO 1**

**CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LAS PACIENTES REFERIDAS Y CONTRARREFERIDAS ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD DE ANTA - 2014**

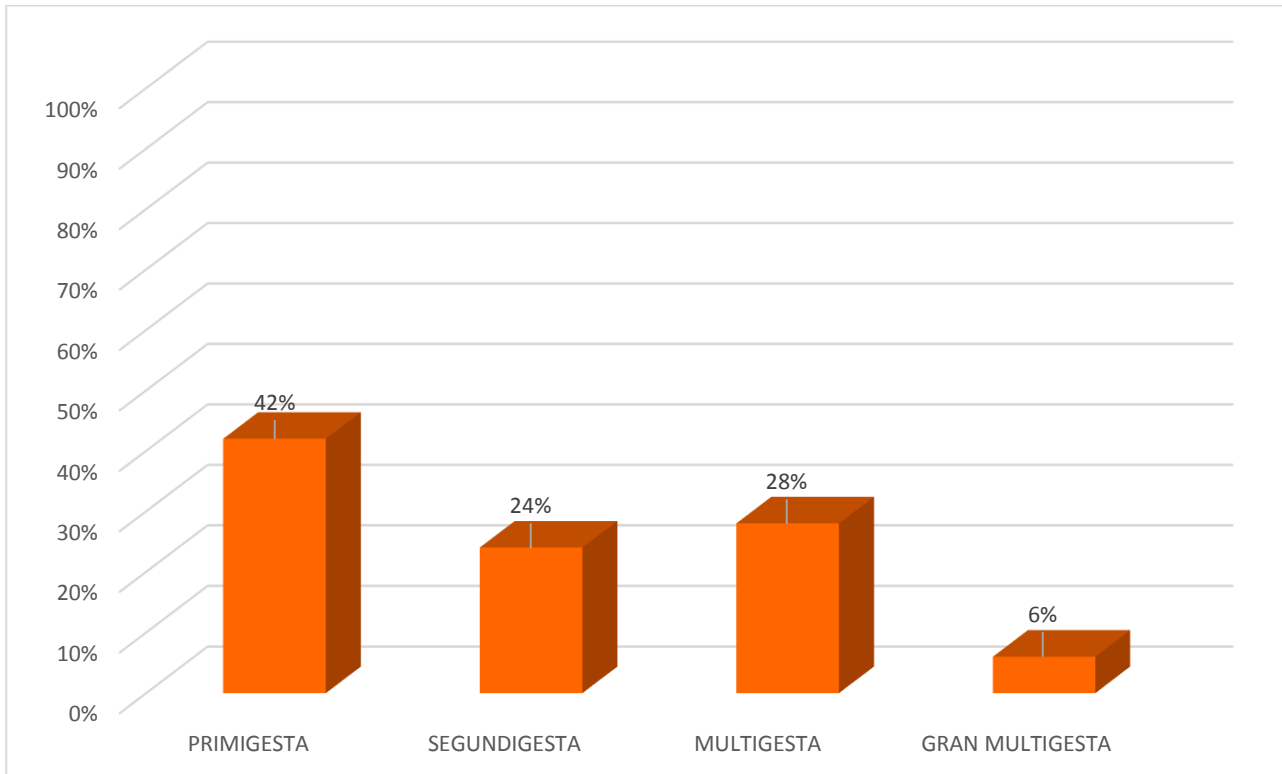


Fuente: Encuestas realizadas por las investigadoras



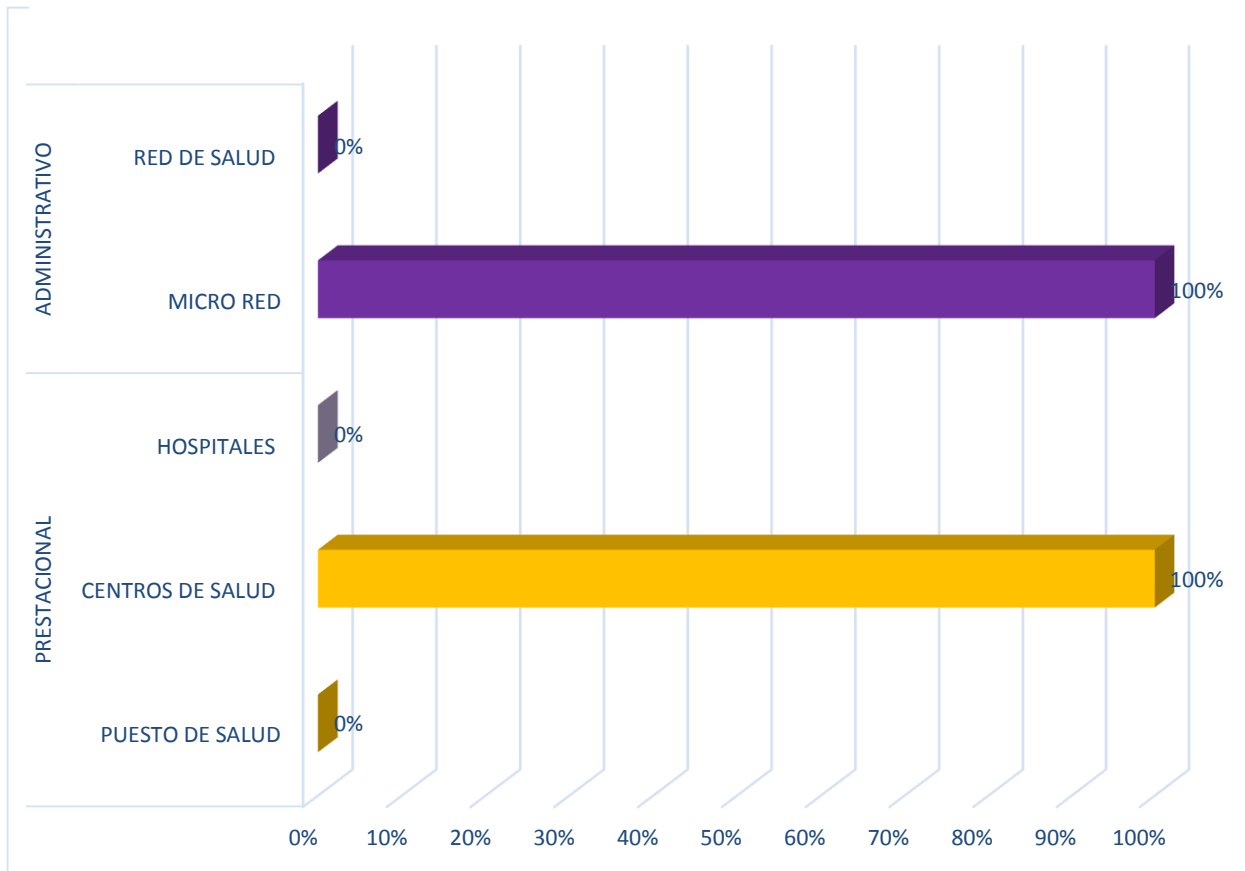
**INTERPRETACIÓN:** El presente grafico nos muestra predominio de gestantes adultas (58%); grado de instrucción los predominantes primaria (44%) y secundaria (42%); respecto al estado civil predomina la convivencia (82%); en cuanto a la procedencia, se aprecia que el 80% proviene de la zona rural y el 20% de la zona urbana, considerando como urbana las gestantes de la capital de la provincia; con relación al seguro de salud el 96% cuenta con este y el 4% que cuentan con ESSALUD Y FOSPOLI.

## GRÁFICO 2

NÚMERO DE GESTACIONES DE LAS PACIENTES REFERIDAS Y  
CONTRARREFERIDAS ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD ANTA - 2014

Fuente: Encuestas realizadas por las investigadoras

**INTERPRETACIÓN:** El 42%, de las pacientes referidas y contrarreferidas atendidas en el centro de salud de Anta son primigestas, el 28% son pacientes multigestas, el 24% son segundigestas y el 6% son gran multigestas. A diferencia del estudio realizado por TENA HUERTA en su estudio “CAUSAS DE REFERENCIAS PARA RESOLUCION OBSTETRICA EN MUJERES EMBARAZADAS ATENDIDAS EN EL CENTRO ESPECIALIZADO DE ATENCION PRIMARIA EN LA SALUD DE SAN MIGUEL CHAPULTEPEC BICENTENARIO DURANTE EL 2012” concluye que la mayoría de las pacientes eran segundigestas en un 33.33% siendo en frecuencia 31.58% multigestas y primigestas 28.07%.

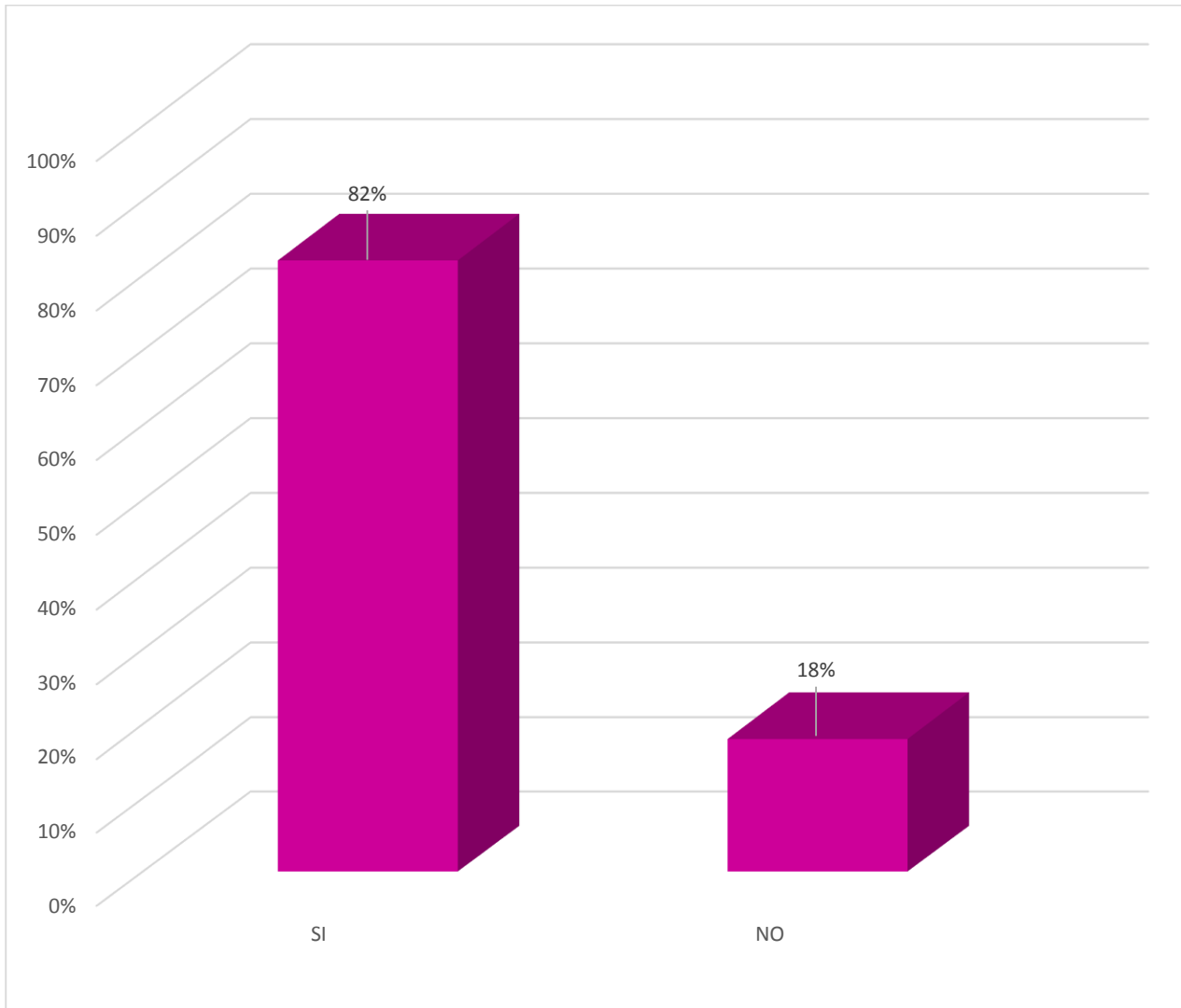
**GRÁFICO 3****MANEJO ADMINISTRATIVO Y PRESTACIONAL DE LAS REFERENCIAS DE PACIENTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD ANTA - 2014**

**Fuente:** Encuestas realizadas por las investigadoras

**INTERPRETACIÓN:** El 100% de las referencias de manejo administrativo y prestacional corresponden a la Micro Red Anta. Esto se debe a que el presente estudio de investigación se realizó en el Centro de Salud de Anta que a su vez es cabecera de la Micro Red Anta y no se consideraron las referencias de los otros Puestos y Centros de Salud de la Micro Red.

En la parte prestacional la solución de las patologías de referencia van en su mayoría directamente del Centro de Salud a los Hospitales debido a que las Micro Redes y Redes no tiene la capacidad resolutive correspondiente.

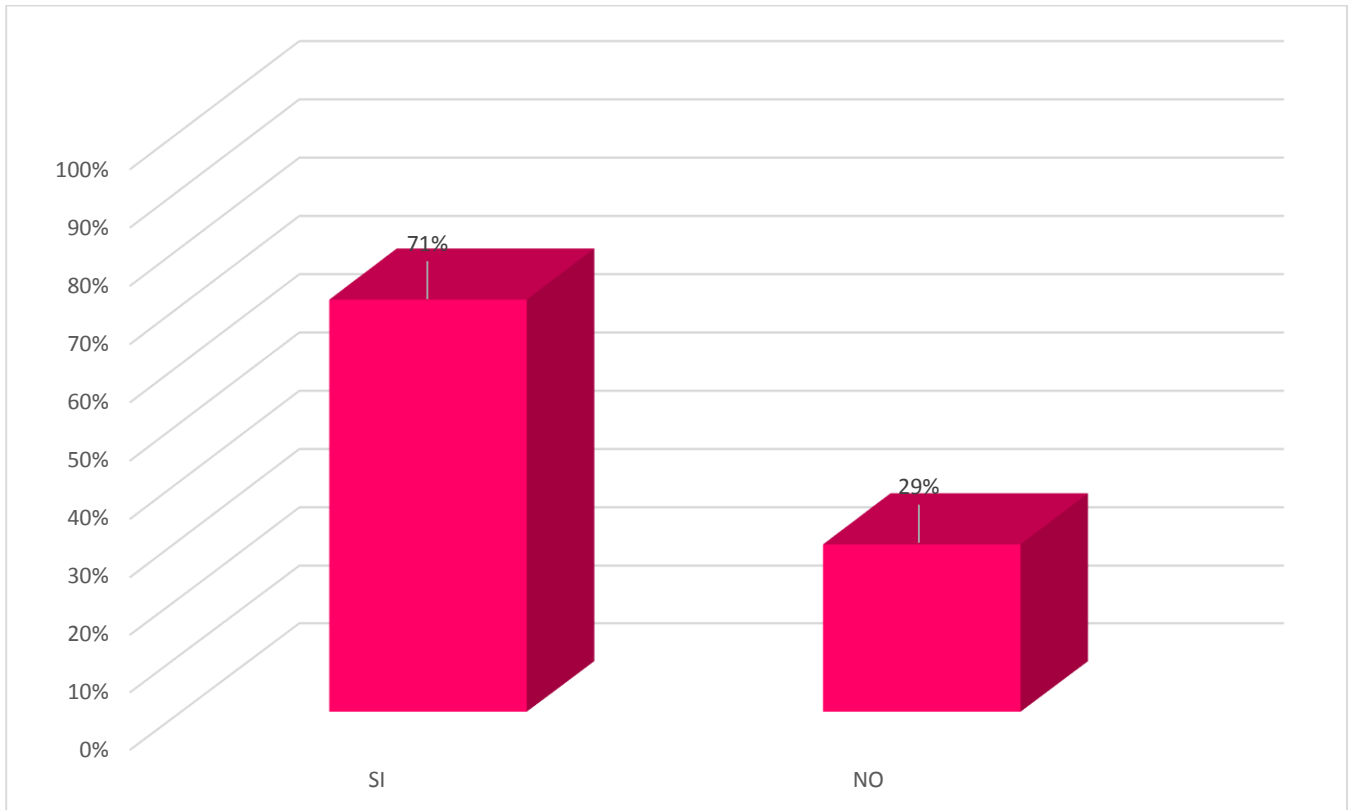
GRÁFICO 4

**IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA POR LAS GESTANTE REFERIDAS Y  
CONTRARREFERIDAS ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD ANTA - 2014**

**Fuente:** Encuestas realizadas por las investigadoras

**INTERPRETACIÓN:** El 82% de las pacientes referidas del Centro de Salud de Anta identificaron el problema de salud oportunamente. Datos hallados en la historia clínica, debido a que no existe ningún ítem en la hoja de referencia donde se consigne si la paciente identifico o no oportunamente su problema.

## GRÁFICO 5

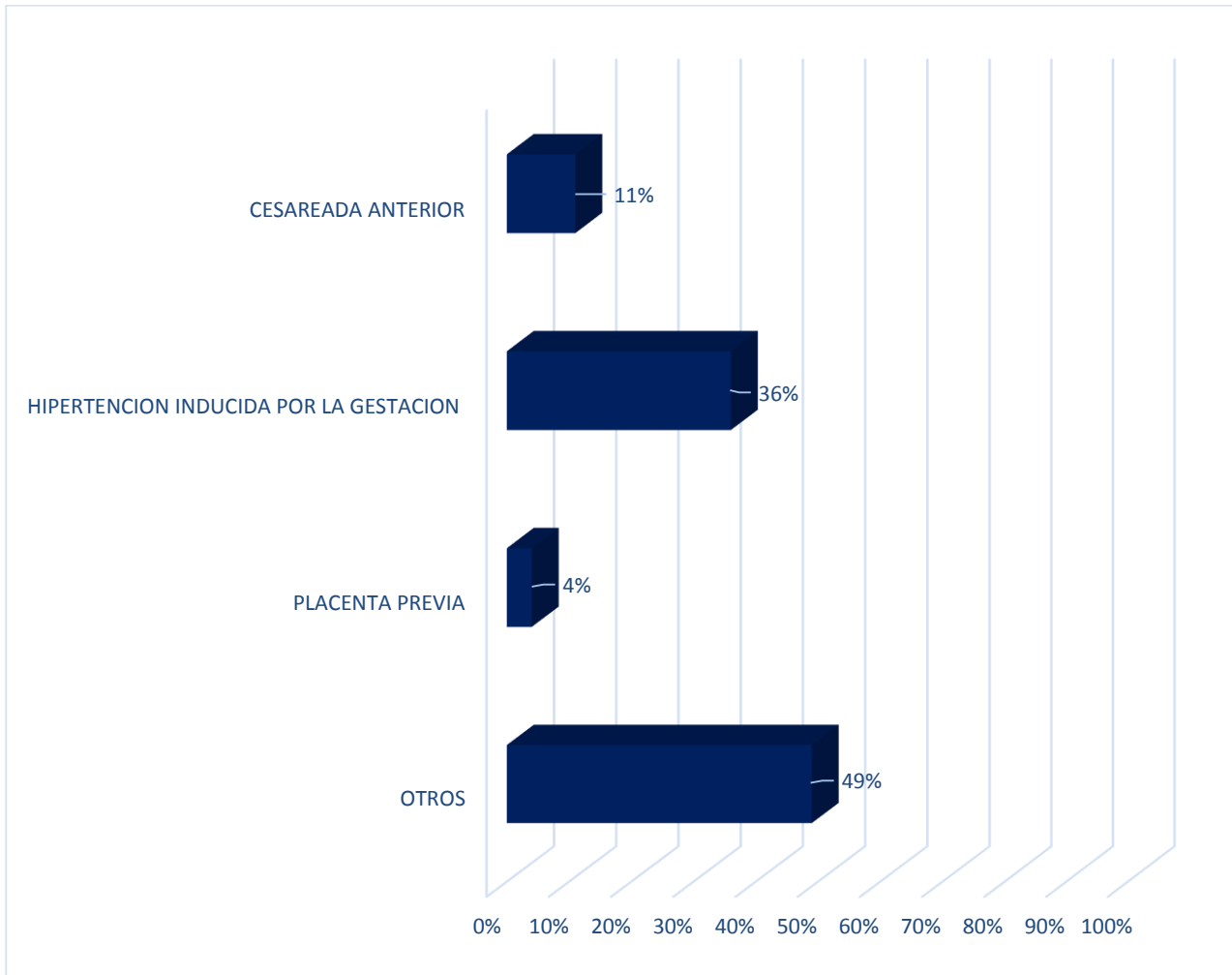
ACOMPAÑANTE DURANTE LA REFERENCIA A LA GESTANTE ATENDIDA EL  
CENTRO DE SALUD ANTA - 2014

**Fuente:** Encuestas realizadas por las investigadoras

**INTERPRETACIÓN:** El 71% de las pacientes referidas del Centro de Salud de Anta fueron acompañadas por un personal de salud y un familiar esto debido a que fueron referidas por emergencia. El 29% corresponde a gestantes sin acompañante debido a que fueron referidas por apoyo al diagnóstico y consultorio externo. Como indica la NORMA TÉCNICA DEL SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA DE LOS ESTABLECIMIENTOS DEL MINISTERIO DE SALUD que todo paciente que es referido a emergencia debe ser acompañado por un personal de salud y un familiar o miembro de la comunidad.



## GRÁFICO 6

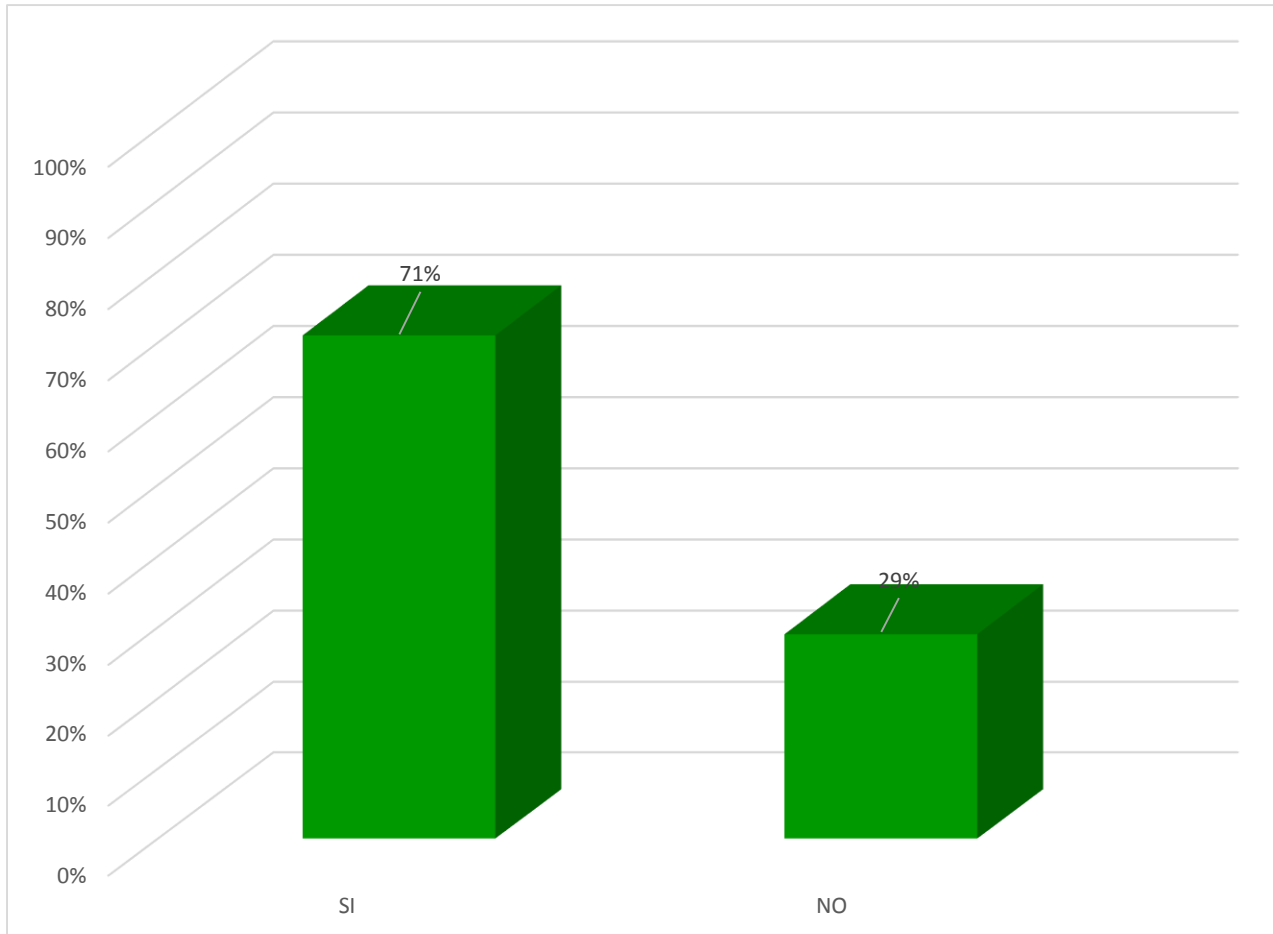
TIPO DE DIAGNÓSTICO DE LAS GESTANTES ATENDIDAS EN CENTRO DE SALUD  
ANTA - 2014

Fuente: Encuestas realizadas por las investigadoras

**INTERPRETACIÓN:** La principal patología motivo de referencia encontrada fue la Hipertensión Inducida por el Embarazo (36%) seguida de pacientes cesareadas anteriores (11%) y con placenta previa en menor porcentaje (4%).

El 49% de las gestantes referidas estén ubicadas en el rubro de otros, esto debido a que la mitad de estas pertenecen a referencias que se realizaron por apoyo diagnóstico y la otra mitad por patologías menos comunes como Infección del Tracto Urinario, Rotura Prematura de Membranas y Condilomatosis.

## GRÁFICO 7

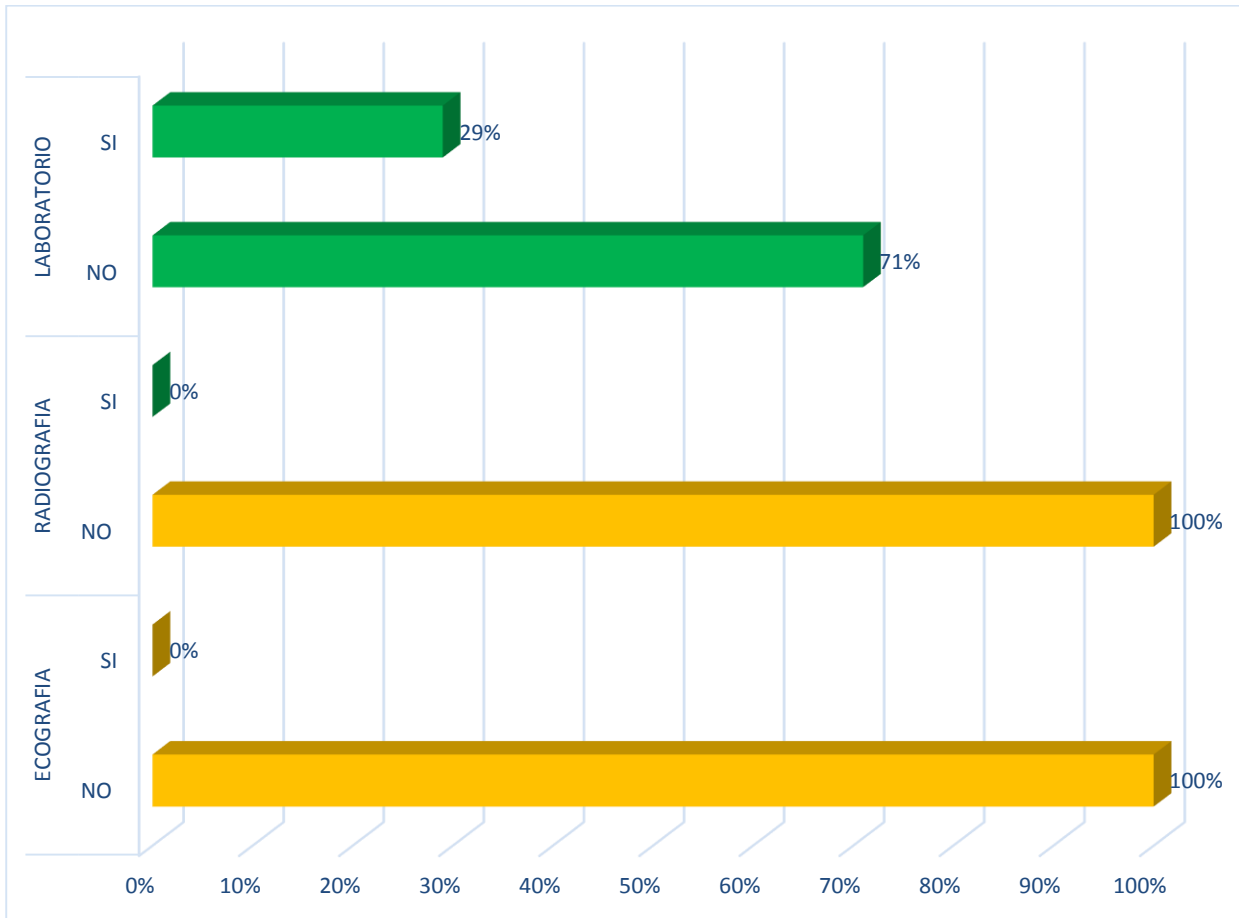
PACIENTES QUE RECIBIERON TRATAMIENTO DURANTE LA REFERENCIA EN EL  
CENTRO DE SALUD DE ANTA - 2014

**Fuente:** Encuestas realizadas por las investigadoras

**INTERPRETACIÓN:** El 71% del total de pacientes recibieron tratamiento durante la referencia y un 29% no.

Se consideró como tratamiento el hecho de haber tenido por lo menos una vía con solución salina al momento de la referencia y en pocos casos se inició una terapia específica como antibióticos, antihipertensivos u otros.

## GRÁFICO 8

PACIENTES QUE FUERON REFERIDAS CON RECURSO DE SOPORTE BRINDADOS  
EN EL CENTRO DE SALUD DE ANTA - 2014

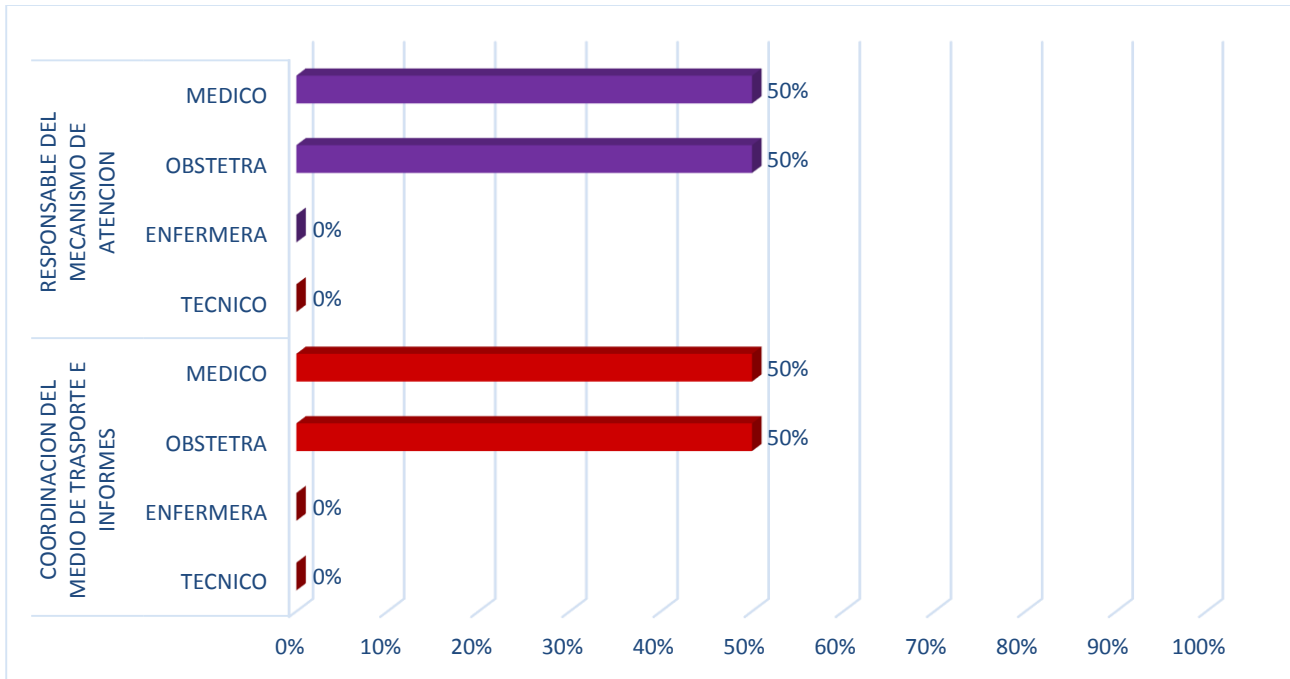
Fuente: Encuestas realizadas por las investigadoras

**INTERPRETACIÓN:** un 29% de las pacientes referidas recibió un recurso de soporte y este fue del servicio de laboratorio con algunas pruebas como proteinuria cualitativa y examen completo de orina.

En cuanto al recurso de soporte de radiografía no se hizo ninguna porque el Centro de Salud no cuenta con el equipo y lo consideramos en el cuadro porque la Norma Técnica la consigna.

En lo referente a ecografías tampoco se brindó a ninguna de las pacientes pese a contar con el equipo pero en este caso no se contaba con personal capacitado para su manejo.

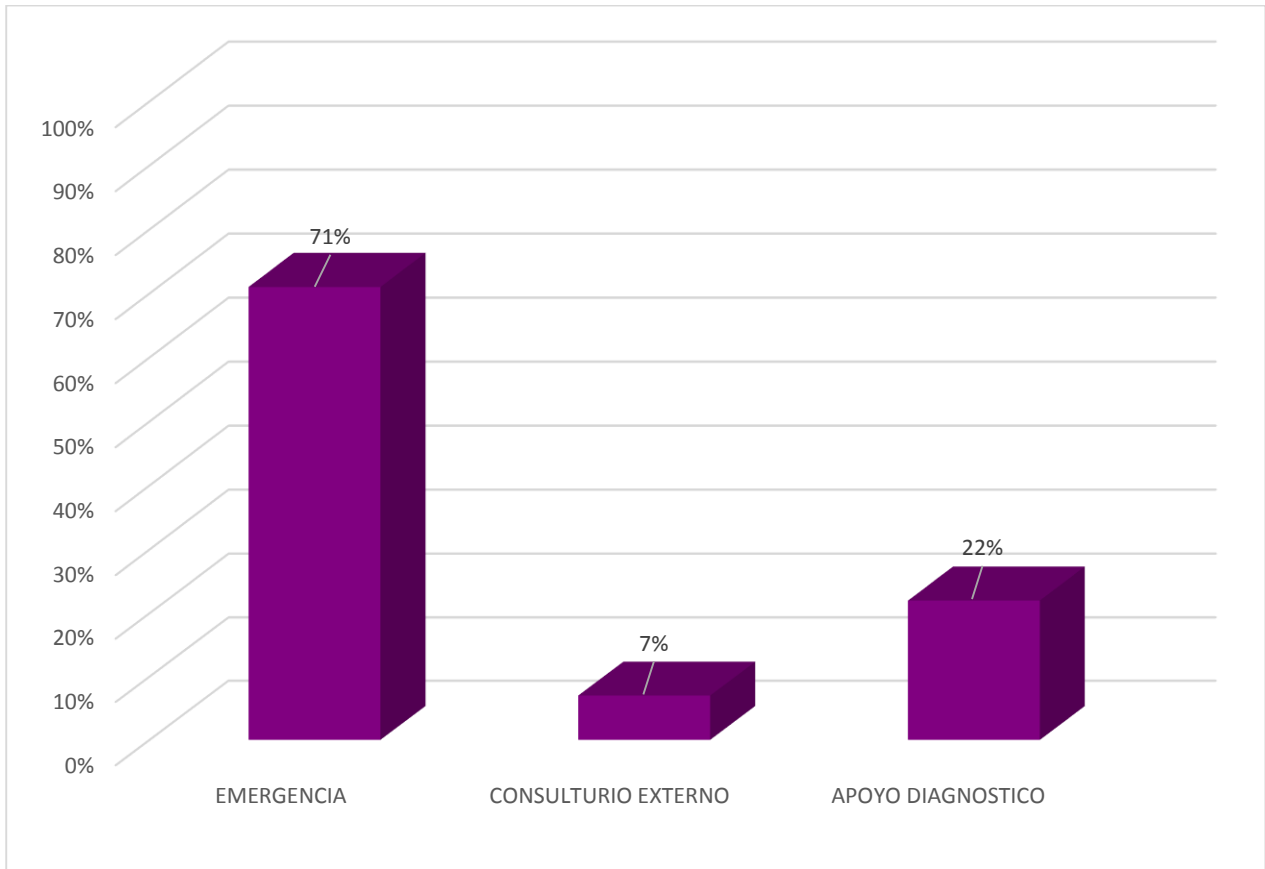
## GRÁFICO 9

**RESPONSABLES DEL MECANISMO DE LA ATENCIÓN Y COORDINACIÓN DEL MEDIO DE TRASPORTE DE LAS REFERENCIAS EN EL CENTRO DE SALUD DE ANTA - 2014**

Fuente: Encuestas realizadas por las investigadoras

**INTERPRETACIÓN:** las referencias son manejadas y coordinadas por médico (50%) u obstetra (50%). Esto debido a que siempre están programados de turno ambos profesionales o uno de ellos por lo menos. Siendo entonces los únicos responsables de realizar el manejo de las referencias a diferencia de un estudio realizado TENA HUERTA en su estudio “CAUSAS DE REFERENCIAS PARA RESOLUCION OBSTETRICA EN MUJERES EMBARAZADAS ATENDIDAS EN EL CENTRO ESPECIALIZADO DE ATENCION PRIMARIA EN LA SALUD DE SAN MIGUEL CHAPULTEPEC BICENTENARIO DURANTE EL 2012” el responsable de la referencia lo realiza médicos especialista en 43.96% y el 56.04% lo realizan los médicos generales.

GRÁFICO 10

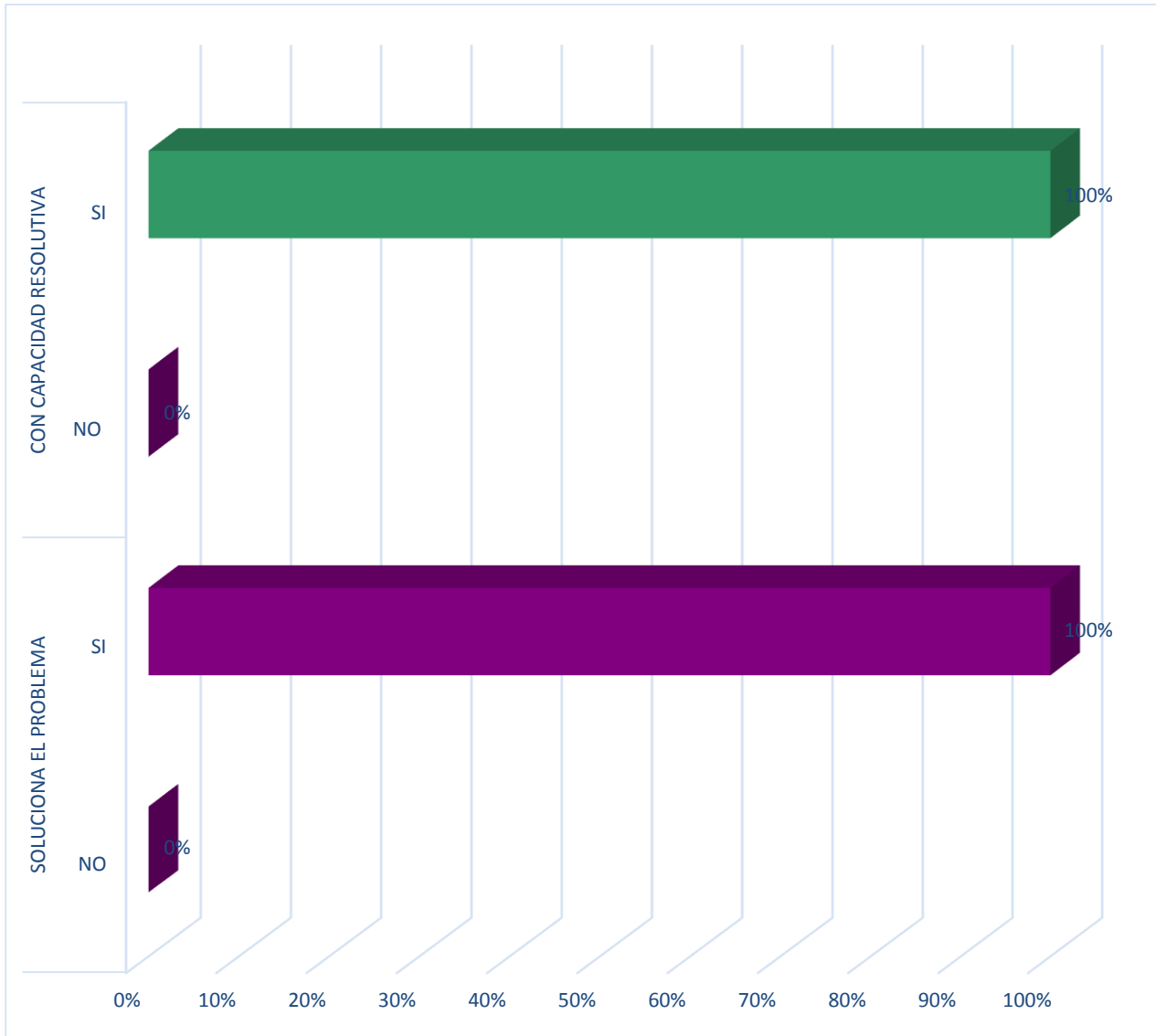
MOTIVO DE LA REFERENCIA DE LAS GESTANTES ATENDIDAS EN EL CENTRO  
DE SALUD ANTA - 2014

Fuente: Encuestas realizadas por las investigadoras

**INTERPRETACIÓN:** El principal motivo de referencia lo constituyen las gestantes en situación de emergencia (71%) ya que se identificaron signos y síntomas de peligro, seguido de gestantes referidas por apoyo al diagnóstico (22%) generalmente referidas para ecografías por no contar con un personal capacitado para realizarlas, además el centro de salud de Anta cuenta con un laboratorio implementado por ser de nivel 1 – 4 y en menor porcentaje referidas a consultorio externo (7%) en este último fueron tres casos por embarazo prolongado, condilomatosis genital y Papanicolaou anormal

GRÁFICO 11

CRITERIOS PARA LA SELECCIÓN DEL LUGAR DESTINO DE LA REFERENCIA DE LAS PACIENTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD DE ANTA - 2014

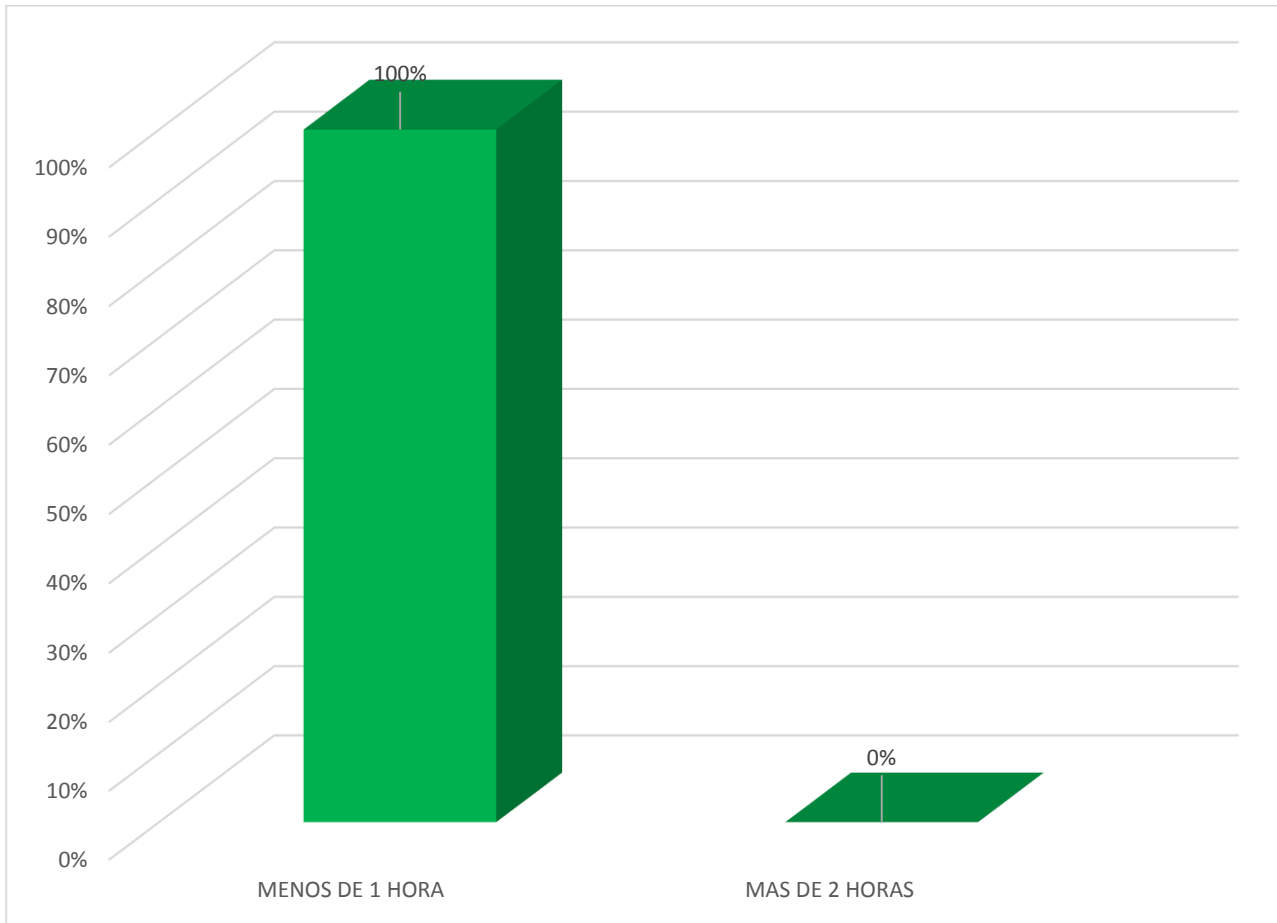


Fuente: Encuestas realizadas por las investigadoras

**INTERPRETACIÓN:** observamos que el 100% de las gestantes son referidas a centros con mejor capacidad resolutiva y que van a solucionar el problema, Siendo el principal destino el Hospital Antonio Lorena por accesibilidad geográfica y porque el Centro de Salud de Anta pertenece a esa jurisdicción.

GRÁFICO 12

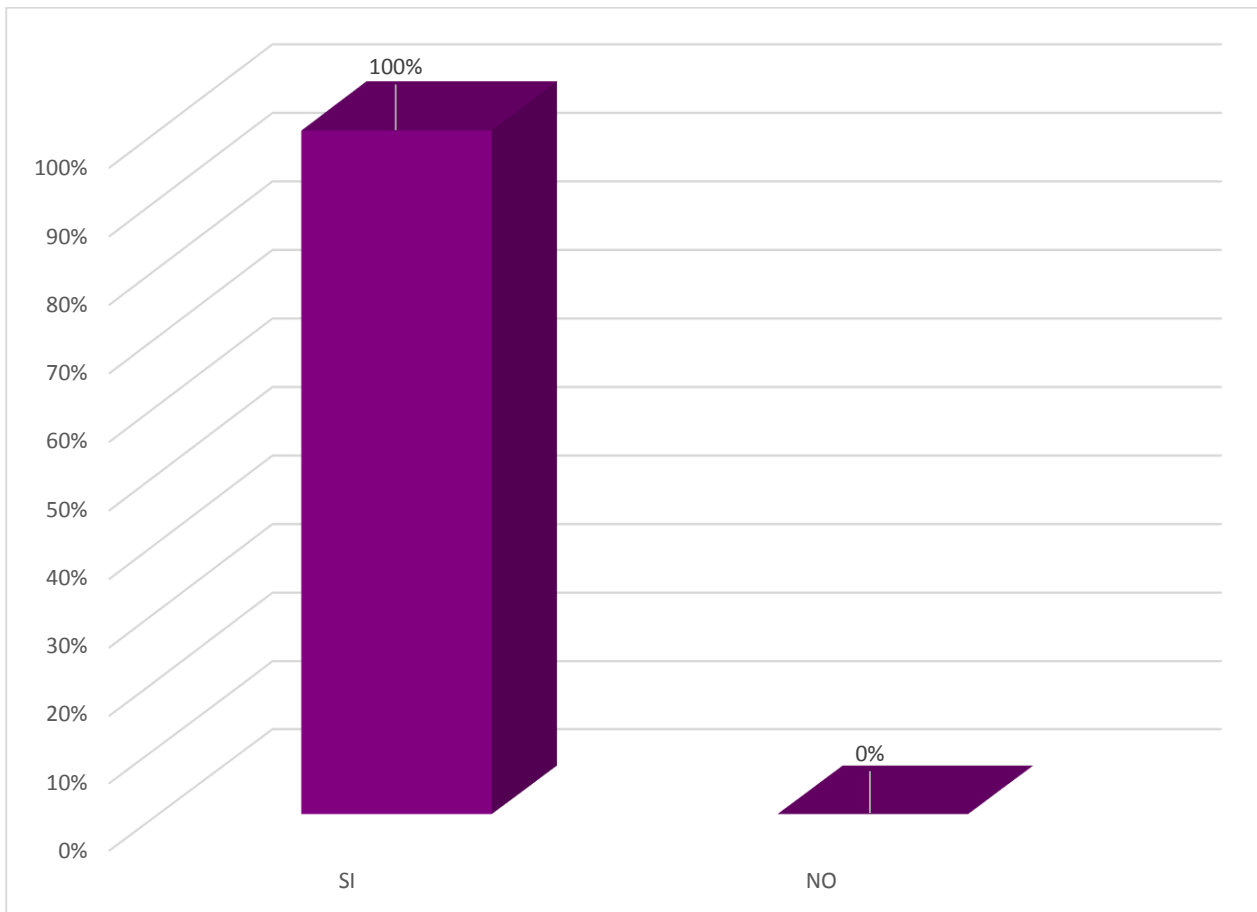
**TIEMPO DE LLEGADA DEL DOMICILIO AL ESTABLECIMIENTO DE SALUD DE LAS GESTANTES REFERIDAS ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD ANTA - 2014**



**Fuente:** Encuestas realizadas por las investigadoras

**INTERPRETACIÓN:** observamos que el 100% del tiempo de llegada al establecimiento de salud es menos de una hora, esto debido a que el poblado más lejano se encuentra a media hora del centro de salud de Anta.

GRÁFICO 13

ACEPTACIÓN DEL SERVICIO POR LA GESTANTE REFERIDA ATENDIDA EN EL  
CENTRO DE SALUD ANTA - 2014

**Fuente:** Encuestas realizadas por las investigadoras

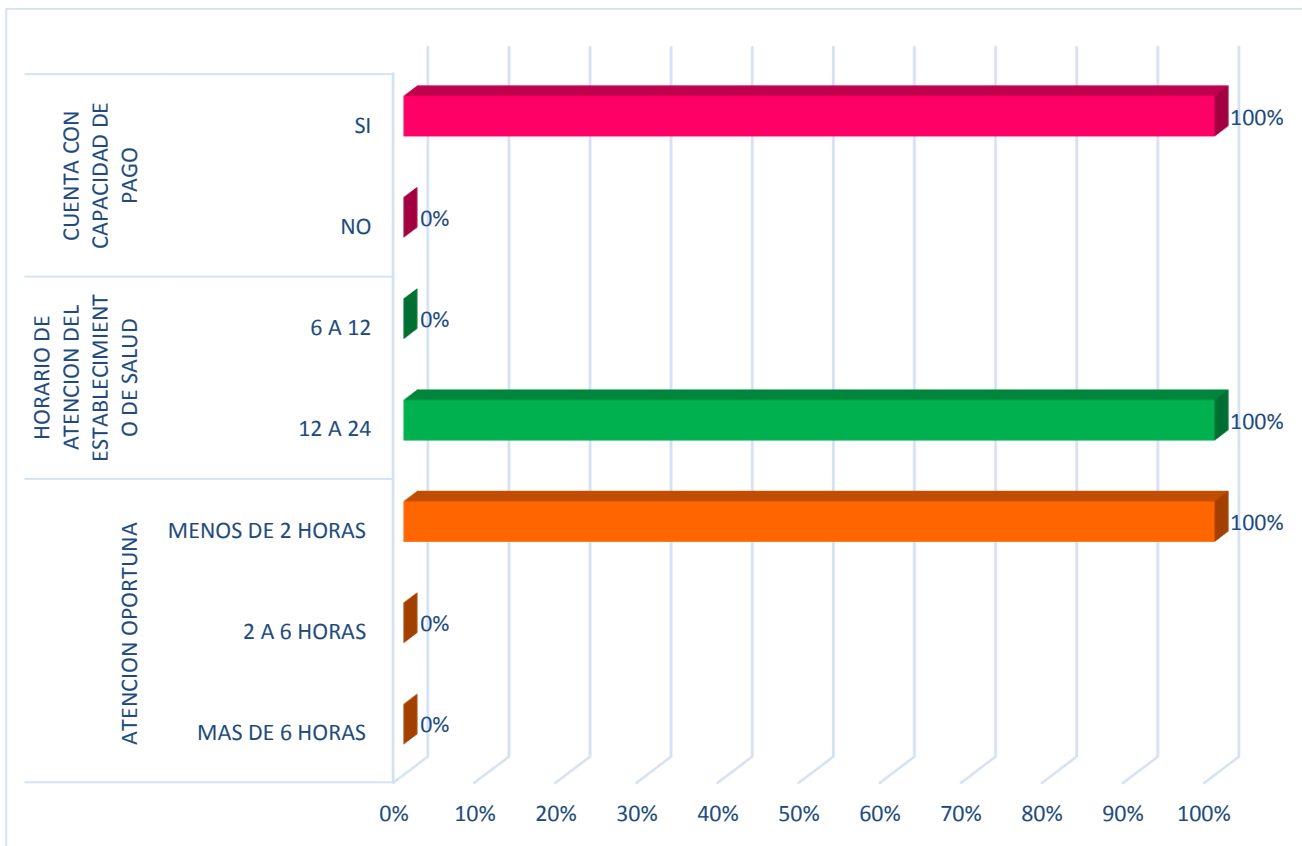
**INTERPRETACIÓN:** El 100% de las pacientes aceptan la referencia ya que el personal de salud explica previamente el estado de salud, los riesgos que presenta, las razones para referirlo a otro establecimiento y la importancia de la misma.

Sin embargo existe una pequeña cantidad de gestantes que no aceptan la referencia por miedo a la cesárea, desconfianza, el personal de salud convence a la paciente de aceptarla.



GRÁFICO 14

## CAPACIDAD DE ATENCIÓN DEL CENTRO DE SALUD DE ANTA - 2014



Fuente: Encuestas realizadas por las investigadoras

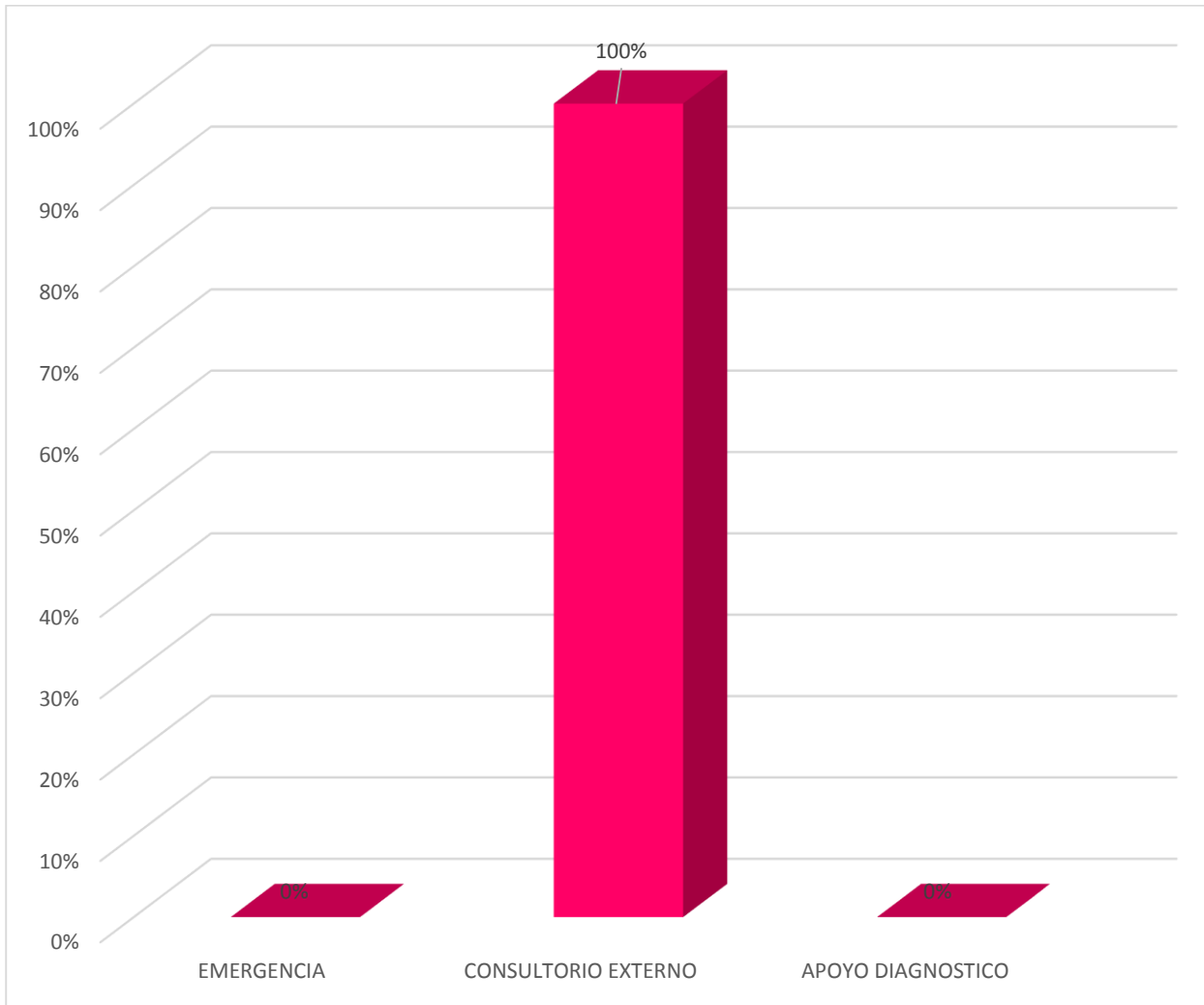
**INTERPRETACION:** se observa que al 100% el Centro de Salud de Anta cuenta con capacidad de pago, este se hace cargo de los gastos de referencia de las pacientes que no cuentan con recursos económicos o un plan de subvención en salud (seguros públicos en salud).

El horario de atención es al 100% durante las 24 horas. El Centro de Salud de Anta cuenta con el personal suficiente para cubrir las 24 horas ya que según capacidad resolutiva pertenece al nivel I-4.

En la parte de la atención oportuna vemos que el 100% de paciente es atendida dentro de las 2 horas debido a que el centro de salud se encuentra 30 – 40 minutos a la ciudad del Cusco. Sin embargo hay un tiempo de demora mayor en la coordinación de la referencia.

GRÁFICO 15

DESTINO DE LA CONTRARREFERENCIA ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD DE ANTA - 2014



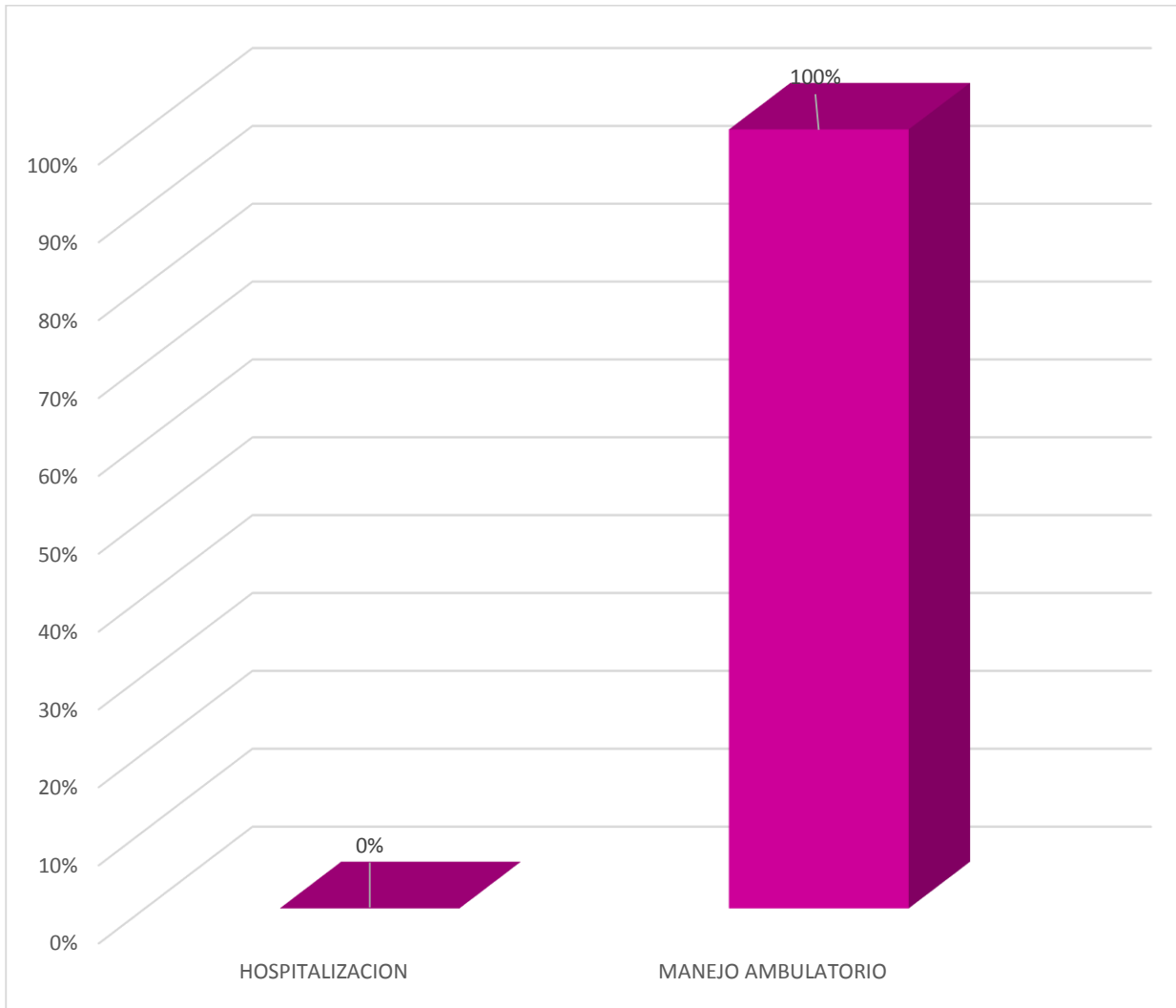
Fuente: Encuestas realizadas por las investigadoras

**INTERPRETACIÓN:** el 100% de las contrarreferencias son a consultorio externo debido a que el problema fue solucionado y se requiere de un menor seguimiento.

También acudieron las pacientes que regresaron con el informe de apoyo al diagnóstico.

GRÁFICO 16

MOTIVO DE LA CONTRARREFERENCIA ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD DE ANTA - 2014

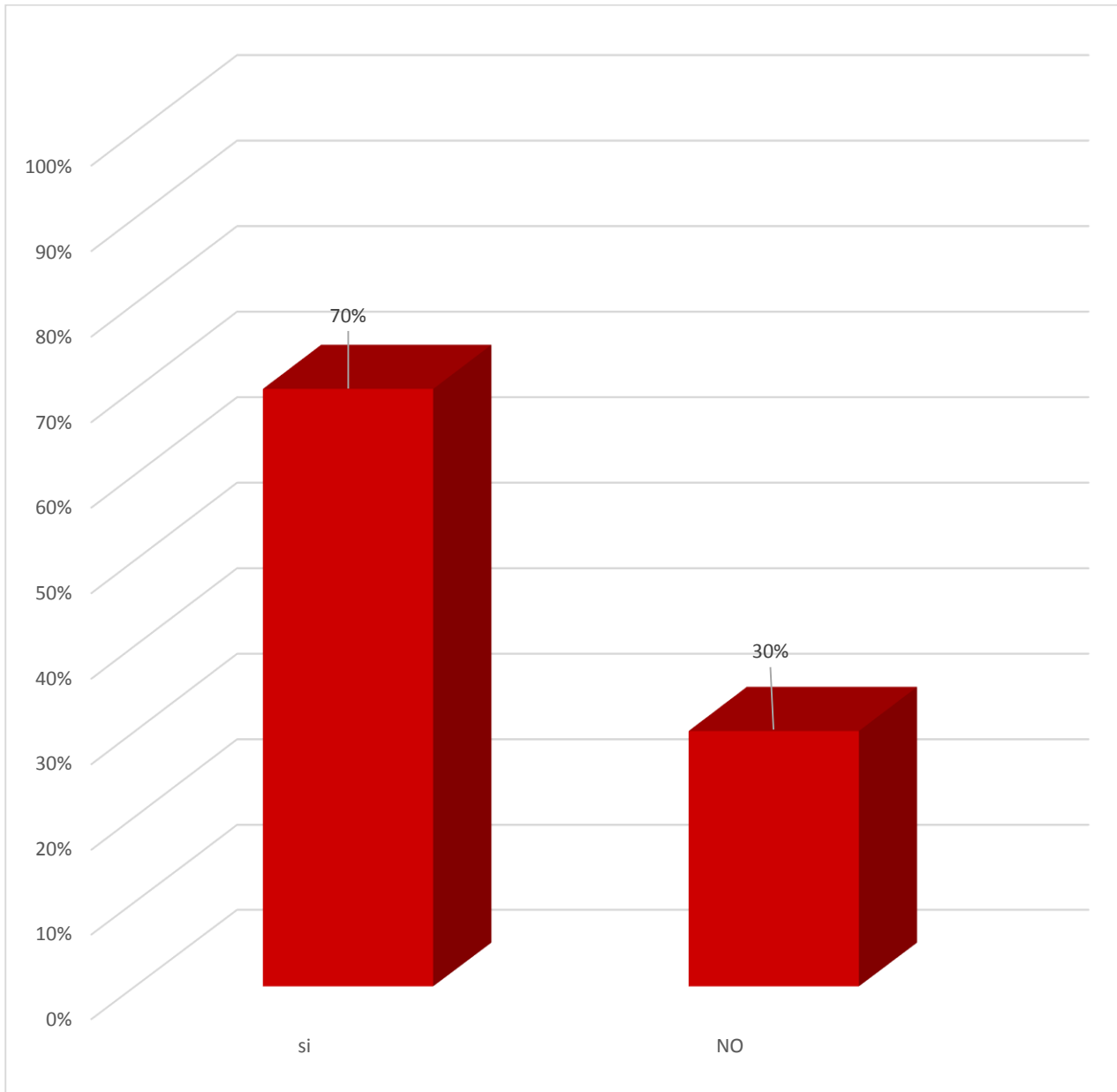


Fuente: Encuestas realizadas por las investigadoras

**INTERPRETACIÓN:** El 100% de las pacientes son contrarreferidas para manejo ambulatorio debido a que el hospital al cual ha fueron referidas soluciono el problema de salud.

También se encuentran las pacientes que regresaron con el informe para apoyo al diagnóstico ya que la gran mayoría fue enviada para ecografías y requirieron un menor seguimiento.

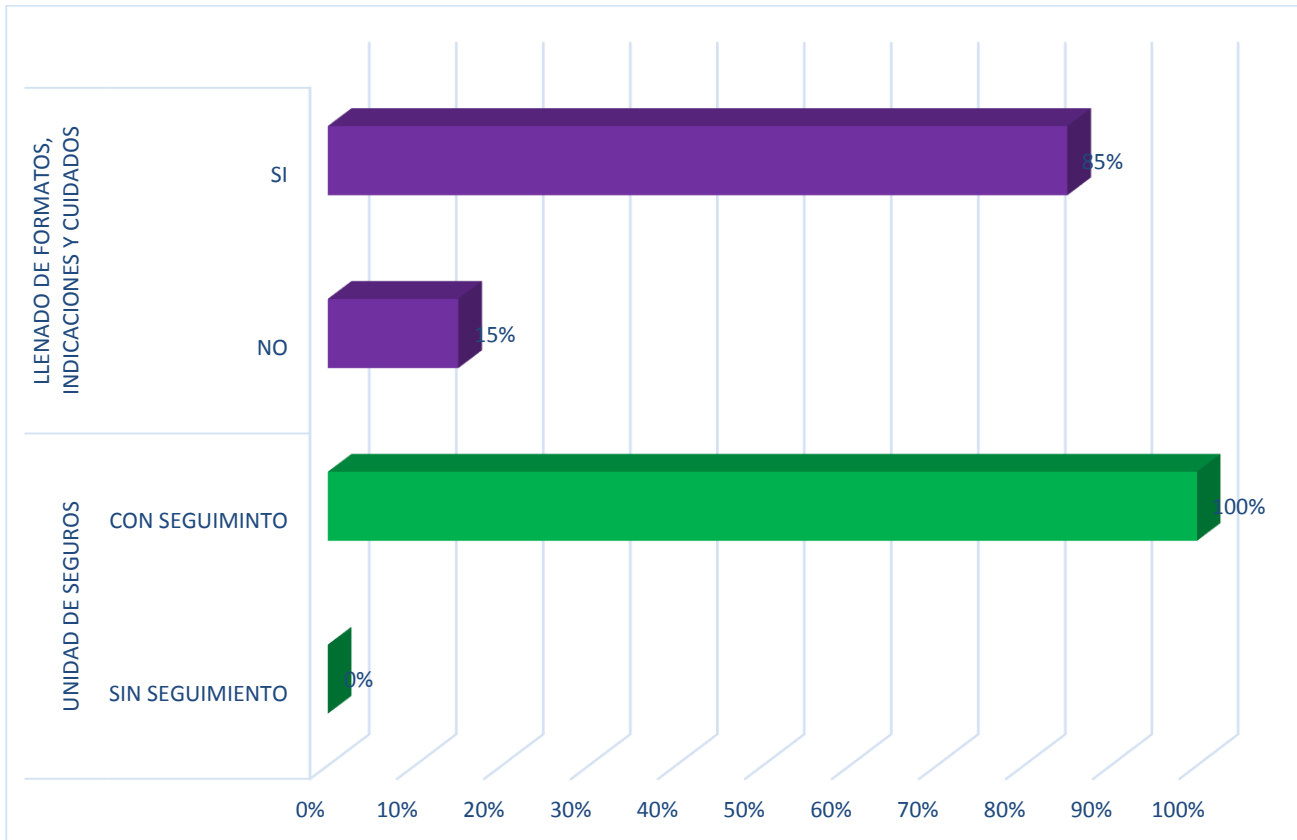
GRÁFICO 17

ENVIO DEL FORMATO DE CONTRARREFERENCIA ATENDIDAS EN EL CENTRO  
DE SALUD DE ANTA - 2014

**Fuente:** Encuestas realizadas por las investigadoras

**INTERPRETACIÓN:** observamos en un 70% fueron enviados los formatos de contrarreferencia, y un 30% que no se encontraron y no determinamos si los formatos se perdieron o no fueron enviados.

GRÁFICO 18

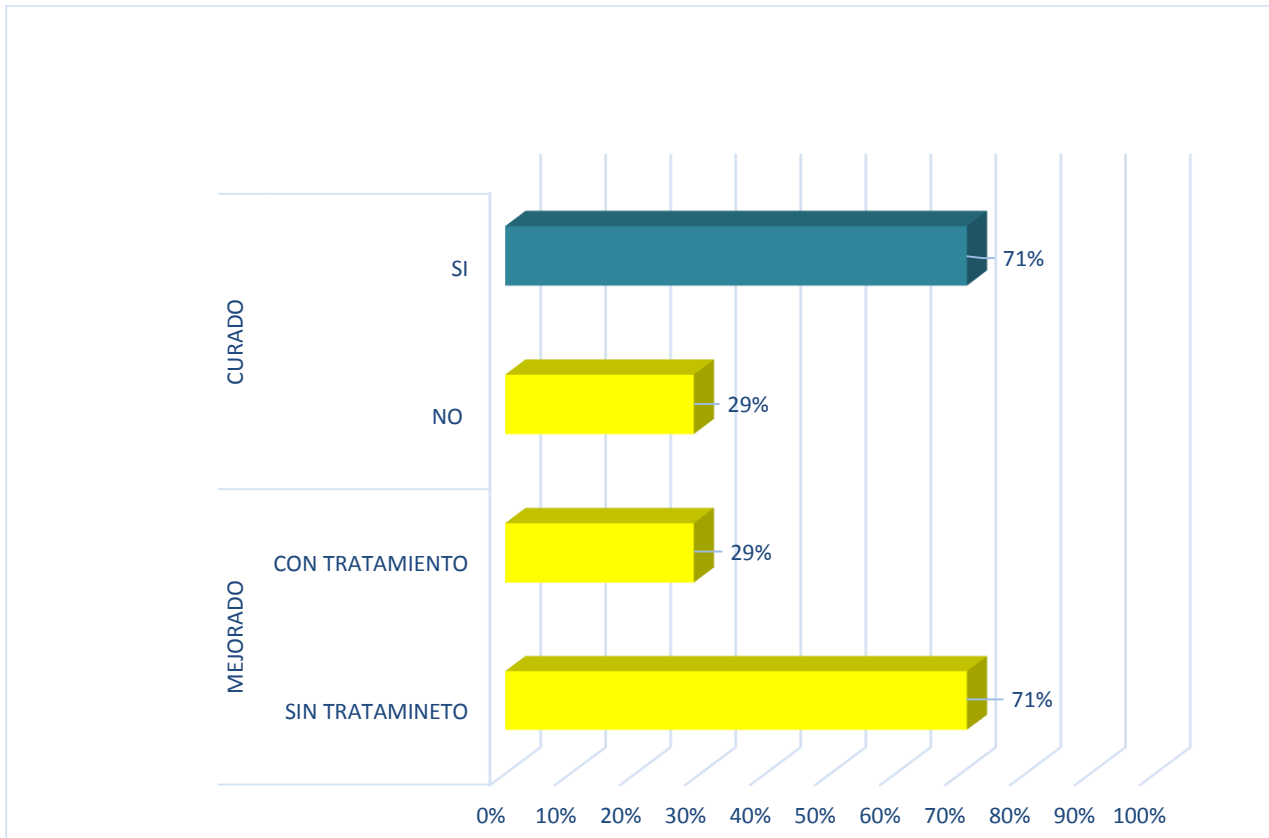
SEGUIMIENTO DE LA CONTRARREFERENCIA ATENDIDAS EN EL CENTRO DE  
SALUD DE ANTA – 2014

**Fuente:** Encuestas realizadas por las investigadoras

**INTERPRETACIÓN:** el 85% de los formatos de contrarreferencia están llenados, pero no siempre en forma adecuada sobre todo en la parte de las indicaciones y cuidados y en un 15% esta inadecuadamente llenado o no fueron llenados ya que en algunos casos no se podía entender bien lo escrito en el formato.

Al 100% de las pacientes se realizó seguimiento el cual generalmente coincide con el control de puerperio a los 7 días o con visita domiciliaria si no acudió al control de puerperio.

GRÁFICO 19

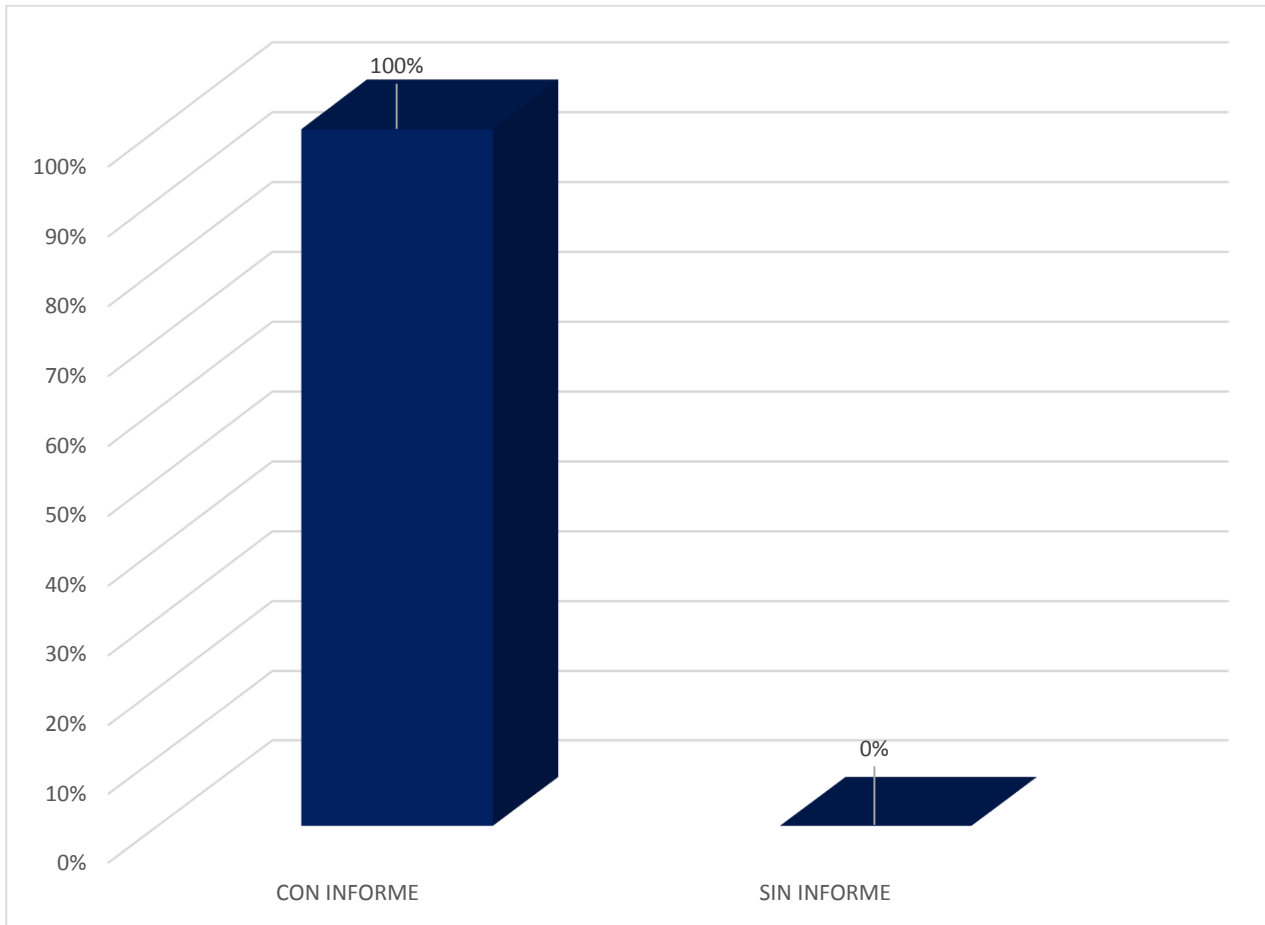
**CONDICIÓN DE LAS PACIENTES EN EL MOMENTO DE LA  
CONTRARREFERENCIA ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD DE ANTA - 2014**

**Fuente:** Encuestas realizadas por las investigadoras

**INTERPRETACIÓN:** el 71% de las pacientes contrarreferidas tienen una condición de curadas el 29% tienen una condición de mejorada ya que están recibiendo un tratamiento específico y requiere de un seguimiento.

GRÁFICO 20

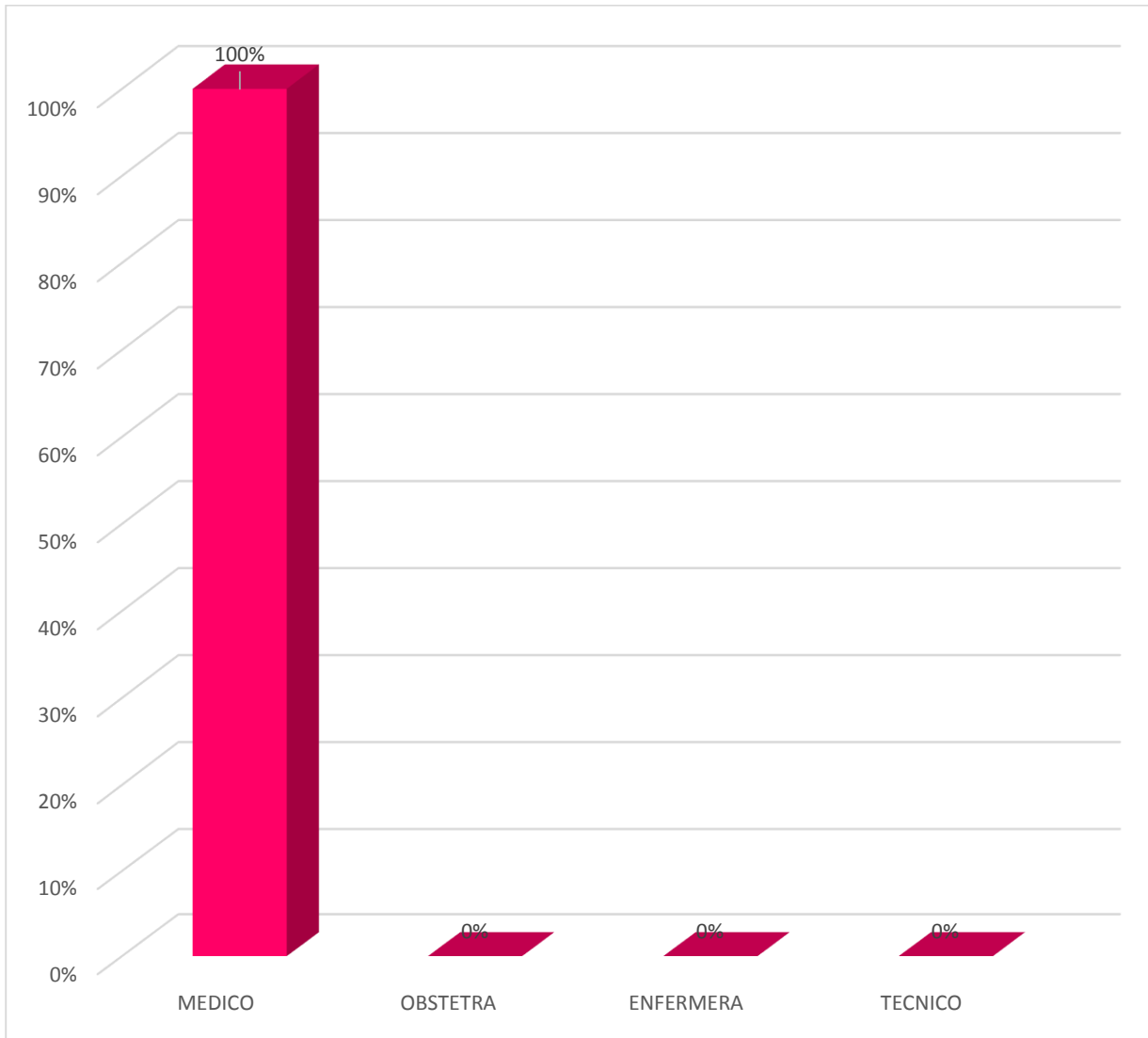
ATENDIDOS POR APOYO DIAGNÓSTICO ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD DE ANTA - 2014



Fuente: Encuestas realizadas por las investigadoras

**INTERPRETACIÓN:** El 22% de las pacientes que fueron referidas a apoyo diagnóstico en su totalidad equivalente al 100% de las pacientes contrarreferidas de apoyo al diagnóstico cuentan con los resultados de los exámenes de diagnóstico y un informe detallado.

GRÁFICO 21

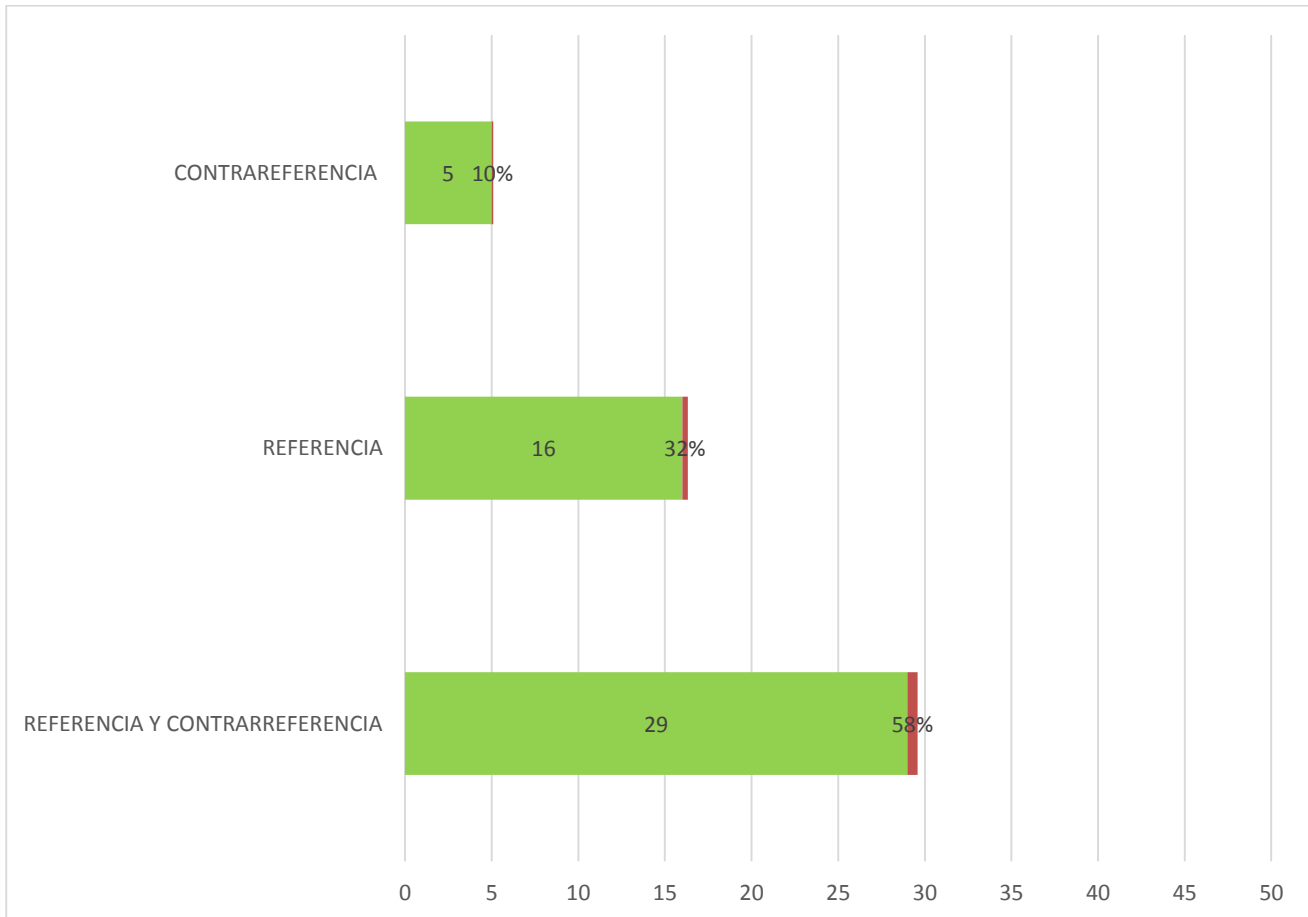
**RESPONSABLE DEL MECANISMO ATENCION DE LA CONTRARREFERENCIA  
ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD DE ANTA - 2014**

**Fuente:** Encuestas realizadas por las investigadoras

**INTERPRETACIÓN:** 100% de las contrarreferencias son elaboradas por el médico de guardia en el momento de alta de paciente, observamos que tanto la obstetra, enfermera y el personal técnico no elaboran la contrarreferencia ya que en un establecimiento de mayor complejidad se encuentran especialistas en este caso el ginecólogo – obstetra quien es el encargado del alta de las pacientes.



## GRÁFICO 22

TOTAL DE REFERENCIAS Y CONTRARREFERENCIAS DE GESTANTES  
ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD DE ANTA - 2014

**Fuente:** encuestas realizadas por las investigadoras

**INTERPRETACIÓN:** Observamos que del total de historias clínicas revisadas tenemos que 29 de ellas equivalentes al 58% cuentan con el formato de referencia y contrarreferencia, 16 de las historias clínicas equivalentes al 32% solo cuentan con el formato de referencia y las 5 historias restantes equivalentes al 10% solo cuentan solo con el formato de contrarreferencia.



## DISCUSIÓN

En países como el nuestro existe el manejo de referencias y contrarreferencia, las que hoy en día dichos formatos no son llenados adecuadamente por el personal de salud, en el presente trabajo de investigación podemos encontrar las características sociodemográficas de las pacientes que fueron referidas y contrarreferidas del Centro de Salud de Anta.

Con respecto al grupo etario predominan las gestantes adultas (58%), el grado de instrucción predomina en el 44% con primaria, con una mínima diferencia del nivel secundario que cuentan el 42%, respecto al estado civil predomina la convivencia (82%); en cuanto a la procedencia, se aprecia que el 80% proviene de la zona rural y el 20% de la zona urbana, considerando como urbana las gestantes de la capital de la provincia y; con relación al seguro de salud el 96% cuenta con este y el 4% cuentan con ESSALUD Y FOSPOLI.

El 42%, de las pacientes referidas y contrarreferidas atendidas en el centro de salud de Anta son primigestas, el 28% son pacientes multigestas con un aproximado de tres hijos por familia, el 24% son segundigestas y el 6% son gran multigestas. El mayor porcentaje de pacientes referidas es el grupo de primigestas y multigestas se debe a que la principal patología de referencia es la Hipertensión Inducida por la Gestación la misma que se da en grupos etarios extremos, de acuerdo a TENA HUERTA A. en su estudio “CAUSAS DE REFERENCIAS PARA RESOLUCION OBSTETRICA EN MUJERES EMBARAZADAS ATENDIDAS EN EL CENTRO ESPECIALIZADO DE ATENCION PRIMARIA A LA SALUD DE SAN MIGUEL CHAPULTEPEC BICENTENARIO DURANTE EL 2012”, concluye que la mayoría de pacientes eran segundigestas (33.33%), siguiendo en frecuencia



31.58% multigestas, el 28.07% de los casos las pacientes era primigestas y por último el 7.02% gran multigestas.

En cuanto a la parte administrativa de las referencias el 100% corresponde a la Micro Red Anta y en la parte prestacional ocurre lo mismo en lo referente al Centro de Salud de Anta (100%). Se debe a que el estudio de investigación se realizó en el Centro de Salud de Anta que a su vez es cabecera de la Micro Red Anta este a su vez coordina, facilita, asigna, prevé, recursos para las actividades de referencia y contrarreferencia entre los establecimientos de su ámbito. Lo que nos indica que a nivel prestacional cuenta con establecimientos de salud de diferente complejidad y capacidad resolutive como hospitales o institutos especializados. Se observa que en su mayoría el 82% las mujeres, familias y comunidad identifican los signos y señales de peligro que amenazan la vida de las mujeres durante el embarazo, 18% no identifican. Se consideró que la gestante identifico el problema del relato de la misma en la historia clínica del Centro de Salud no existiendo ningún ítem en la hoja de referencia donde se consigne si la paciente identifico o no oportunamente su problema.

El 71% de las pacientes referidas del Centro de Salud de Anta fueron acompañadas por algún familiar. El 29% corresponde a gestantes sin acompañante debido a que fueron referidas por apoyo al diagnóstico. Por otro lado según MINISTERIO DE SALUD “NORMA TECNICA DEL SISTEMA DE REFERENCIAS Y CONTRARREFERENCIAS DE LOS ESTABLECIMIENTOS DEL MINISTERIO DE SALUD – 2004”, nos indica que respecto al acompañante durante la referencia el personal de salud entrega el formato de referencia al familiar o al paciente siempre y cuando sea referido a un consultorio externo por lo contrario si es referido a emergencia el personal de salud es responsable y quien por obligación debe acompañar al paciente durante su referencia.



La principal patología motivo de referencia encontrada fue la Hipertensión Inducida por el Embarazo (36%) seguida de pacientes cesareadas anteriores (11%) y con placenta previa en menor porcentaje (4%). El 49% de las gestantes referidas estén ubicadas en el rubro de otros, esto debido a que la mitad de estas pertenecen a referencias que se realizaron por apoyo diagnóstico y la otra mitad por patologías menos comunes como Infección del Tracto Urinario, Rotura Prematura de Membranas y Condilomatosis. Se encontró en otro estudio que según TENA HUERTA A. en su estudio “CAUSAS DE REFERENCIAS PARA RESOLUCION OBSTETRICA EN MUJERES EMBARAZADAS ATENDIDAS EN EL CENTRO ESPECIALIZADO DE ATENCION PRIMARIA A LA SALUD DE SAN MIGUEL CHAPULTEPEC BICENTENARIO DURANTE EL 2012”, concluye que son referidas por: el 12.56% por amenaza de aborto, 9.18% por cesáreas previas, 8.70% por embarazo prolongado, 8.21% amenaza de parto pretermo, 5.31% ruptura prematura de membranas siendo estos los diagnósticos más frecuentes de referencia sin embargo se encontraron diagnósticos muy variables donde fueron referidas por 4.83% pre eclampsia 3.86% sufrimiento fetal agudo, 2.90% restricción de crecimiento intrauterino 2.42% edad materna menor a 18 años, 2.42% talla baja menor de 1.50 y 1.93 por probable pre eclampsia. El 71% del total de pacientes recibieron tratamiento durante la referencia y un 29% no. Se consideró como tratamiento el hecho de haber tenido por lo menos una vía con solución salina al momento de la referencia y en pocos casos se inició una terapia específica como antibióticos, antihipertensivos u otros. De acuerdo a el MINISTERIO DE SALUD “NORMA TECNICA DEL SISTEMA DE REFERENCIAS Y CONTRARREFERENCIAS DE LOS ESTABLECIMIENTOS DEL MINISTERIO DE SALUD – 2004” indica que una vez aceptada la referencia el jefe de guardia o responsable de la atención de la emergencia



comunicara al personal médico y de enfermería para la preparación del servicio en el que se dará atención inmediata al usuario referido, según protocolos establecidos.

Solo un 29% de las pacientes referidas recibió algún tipo de soporte y este fue específicamente del servicio de laboratorio con algunas pruebas como proteinuria cualitativa y examen completo de orina. En cuanto al recurso de soporte de radiografía no se hizo ninguna porque el Centro de Salud no cuenta con el equipo y lo consideramos en el cuadro porque la Norma Técnica la consigna. En lo referente a ecografías tampoco se brindó a ninguna de las pacientes pese a contar con el equipo pero en este caso no se contaba con personal capacitado para su manejo.

EL 100% de las referencias son manejadas y coordinadas por médico (50%) u obstetra (50%). Esto debido a que siempre están programados de turno ambos profesionales o uno de ellos por lo menos. Siendo entonces los únicos responsables de realizar el manejo de las referencias de las gestantes. TENA HUERTA A. en su estudio “CAUSAS DE REFERENCIAS PARA RESOLUCIÓN OBSTETRICA EN MUJERES EMBARAZADAS ATENDIDAS EN EL CENTRO ESPECIALIZADO DE ATENCION PRIMARIA A LA SALUD DE SAN MIGUEL CHAPULTEPEC BICENTENARIO DURANTE EL 2012”, el responsable de la referencia lo realiza médicos especialista en 43.96% y el 56.04% lo realizan los médicos generales.

El principal motivo de referencia lo constituyen las gestantes en situación de emergencia (71%) seguido de gestantes referidas por apoyo al diagnóstico (22%) y en menor porcentaje a consultorio externo (7%). Las referencias que no son por emergencia son generalmente para ecografías y a consultorio externo, en este último fueron tres casos por embarazo prolongado, condilomatosis genital y Papanicolaou anormal. Dentro de las pacientes



referidas por emergencia también se consideraron a las pacientes cesáreas anteriores que llegaban al centro de salud en trabajo de parto.

Observamos que en el 100% de los casos las gestantes se refieren a centros con mejor capacidad resolutive y que van a solucionar el problema, siendo en este caso estos centros los Hospitales. Siendo el principal destino el hospital Antonio Lorena por accesibilidad geográfica. Según FUERTES V. TIPAS A. “IMPACTO DEL SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA EN RELACIÓN A LA CALIDAD DE ATENCIÓN PRESTADA A LOS USUARIOS QUE UTILIZARON ESTE SISTEMA Y QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD NÚMERO 1, DE LA CIUDAD DE TULCÁN – ECUADOR EN EL PERIODO MARZO – AGOSTO 2014” referencia en un 84% los usuarios manifestaron que su problema si se solucionó porque el acceso fue más fácil al hospital en ese momento, sin embargo existió demora en la atención, el porcentaje restante manifiesta que no se solucionó su problema por la demanda de pacientes que no fueron atendidos.

El 100% del tiempo de llegada al establecimiento de salud es menos de una hora, el poblado más lejano se encuentra a media hora del centro de salud de Anta.

El 100% de las pacientes aceptan la referencia. A pesar de que el personal de salud encargado de la referencia explica previamente los motivos de la referencia hay un porcentaje significativo de pacientes que sin embargo no aceptan la referencia porque a veces no está el esposo quien tome la decisión familiar o porque tenían miedo a la cesárea.

En el grafico se observa 100% cuentan con capacidad de pago, refiriéndose este hecho no a la propia paciente si no a la capacidad del establecimiento de trasladar a la paciente ya que todas estas cuentan con seguro integral de salud.



Según el gráfico el horario de atención es al 100% durante las 24 horas de atención. El centro de salud de anta cuenta con el personal suficiente para cubrir las 24 horas ya que según capacidad resolutive pertenece al nivel I-4.

En la parte de la atención oportuna vemos que el 100% de paciente es atendida dentro de las 2 horas debido a que el centro de salud se encuentra 30 – 40 minutos a la ciudad del Cusco. Sin embargo hay un tiempo de demora mayor en la coordinación de la referencia.

El 100% de las contrarreferencias son a consultorio externo debido a que el problema está solucionado.

El 100% de las pacientes son contrarreferidas para manejo y seguimiento ambulatorio.

Las pacientes que son contrarreferidas son para manejo ambulatorio debido el hospital al cual ha fueron referidas ya solucionaron el problema de salud.

Observamos en un 70% fueron enviados los formatos de contrarreferencia, y un 30% que no se encontraron y no determinamos si los formatos se perdieron o no fueron enviados.

El 85% de los formatos de contrarreferencia están llenados, pero no siempre en forma adecuada sobre todo en la parte de las indicaciones y cuidados y en un 15% esta inadecuadamente llenado o no fueron llenados ya que en algunos casos no se podía entender bien lo escrito en el formato.

Al 100% de las pacientes se realizó seguimiento el cual generalmente coincide con el control de puerperio a los 7 días o con visita domiciliaria si no acudió al control de puerperio.

El 71% de las pacientes contrarreferidas tienen una condición de curadas el 29% tienen una condición de mejorada ya que están recibiendo un tratamiento específico y requiere de un seguimiento.



El 22% de las pacientes que fueron referidas a apoyo diagnóstico en su totalidad equivalente al 100% de las pacientes contrarreferidas de apoyo al diagnóstico cuentan con los resultados de los exámenes de diagnóstico y un informe detallado.

100% de las contrarreferencias son elaboradas por el médico de guardia en el momento de alta de paciente, observamos que tanto la obstetra, enfermera y el personal técnico no elaboran la contrarreferencia ya que en un establecimiento de mayor complejidad se encuentran especialistas en este caso el ginecólogo – obstetra quien es el encargado del alta de las pacientes.

Observamos que del total de historias clínicas revisadas el 29 de ellas equivalentes al 58% cuentan con el formato de referencia y contrarreferencia, 16 de las historias clínicas equivalentes al 32% solo cuentan con el formato de referencia y las 5 historias restantes que equivalen al 10% solo cuentan con el formato de contrarreferencia.





## CONCLUSIONES

1. Las características sociodemográficas que se identificó durante el trabajo de investigación de las referencias y contrarreferencias pertenecientes al Centro de Salud de Anta de la Red Norte Cusco, fue lo siguiente respecto al grupo etareo predominante es de mujer gestante adulta considerando a las gestantes mayores de 35 años de edad, el grado de instrucción primaria y secundaria, estado civil conviviente, procedencia rural, 48 gestantes que tiene un seguro integral de salud el restante cuentan con otros tipos de seguros ; respecto al número de gestas se encontró 21 pacientes primigestas seguido de 14 pacientes multigestas.
2. El Centro de Salud de Anta cumple con el manejo de las referencias casi en su totalidad establecido en la Norma Técnica Número 018; el responsable de la referencia a nivel del establecimiento de salud es realizada por un personal de salud en este caso fue realizado por un médico u obstetra ellos identificaron los problemas de salud de las pacientes según las guías establecidas por el Ministerio de Salud, identificaron la necesidad de referencia, el establecimiento y servicio destino de la referencia considerando que cuente con capacidad resolutive y que solucione el problema de salud según la Norma Técnica Número 018.
3. A nivel comunal no determinamos la participación del agente comunitario ya que no existe registro de la atención brindada; pero se observó que el Centro de Salud Anta trabaja en conjunto con los promotores de cada poblado a través de reuniones semanales y mensuales.
4. Concluimos que el manejo de la contrarreferencia no es pertinente debido a que 15 de las historias clínicas no se encontraron los formatos de contrarreferencia y no determinamos si se perdieron o no fueron enviados los formatos o si tuvieron el seguimiento adecuado; y 35 historias clínicas que contaban con formatos de contrarreferencia un 15% no son llenados



adecuadamente a pesar de ser llenados por un personal de salud en este caso los ginecólogos,  
y no se llega a entender lo llenado en la hoja de contrarreferencia.



## SUGERENCIAS

### PRIMERO

En Libro de Registros de las referencias y contrarreferencias existe en el Centro de Salud de Anta donde los encargados de llenar son los profesionales de salud que realizaen las referencias siendo el caso de los médicos y obstetras , donde se evidencio que no esta lleno de manera adecuada por lo tanto se sugiere al Centro de Salud de Anta llenar de forma adecuada el libro de referencias y contrarreferencias para tener un mejor control de las pacientes y tener un mejor seguimiento de los formatos de referencia y contrarreferencia.

### SEGUNDO

En el Centro de Salud de Anta no existe un personal encargado de la Unidad de Referencia y Contrarreferencia que pueda hacer un seguimiento continuo para lo cual sugerimos que haya un personal encargado de las referencias y contrarreferencias para que puedan realizar un mayor seguimiento a los formatos de contrarreferencia debido a que 15 de historias clínicas revisadas no se encontró dicho formato.

### TERCERO

Sugerimos al Centro de Salud de Anta elaborar un formato de referencia comunal para consignar de manera objetiva la participación del promotor de salud.

### CUARTO

Se sugiere a la Gerente del Centro de Salud de Anta realizar una capacitación sobre el manejo de referencias y contrarreferencia establecido en la norma técnica N° 018 para que



el personal de salud mejore su nivel de conocimiento sobre el sistema de referencia y contrarreferencia y a su vez mejore el manejo de las referencias y contrarreferencias del Centro de Salud de Anta.

Se debe dar a conocer al Centro de Salud de Anta de los resultados encontrados en el presente trabajo ya que es de suma importancia para que se pueda implementar un servicio de referencia y contrarreferencia con el personal capacitado que indica la Norma Técnica Número 018.

**BIBLIOGRAFÍA**

1. ISSUU, Perú (Internet): ISSUU Sistema de Referencia y Contrarreferencia. Cavero Romaña, Ángela. (citado el 12 de octubre del 2012) Disponible desde: [http://issuu.com/gabo\\_castro/docs/src-cenarue](http://issuu.com/gabo_castro/docs/src-cenarue)
2. Ministerio de Salud, Norma Técnica del Sistema de Referencia y Contrarreferencia de los Establecimientos del Ministerio de Salud, primera edición Lima, Perú; Ministerio de Salud 2005.
3. Ministerio de Salud, Perú (Internet): Mortalidad Materna se Redujo un 10% entre el 2010 y 2014. (Citado el 09 de Mayo del 2015). Disponible en: [www.minsa.gob.pe/?op=51&nota=16498](http://www.minsa.gob.pe/?op=51&nota=16498).
4. Ministerio de Salud, Lima - Perú (Internet) Resolución Ministerial N<sup>a</sup> 751 – 2004 / Ministerio de salud (citado el 26 de julio del 2004). Disponible en: [ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2004/RM751-2004.pdf](http://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2004/RM751-2004.pdf).
5. ISSUU, Perú (Internet), Ministerio de Salud Sistema nacional de referencias y contrarreferencia 2013 Lima. (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)
6. Ministerio de Salud, Referencia y Contrarreferencia de las Emergencias Obstetricas y Neonatales, Modulo 5 Lima, Peru Ministerio de Salud Setiembre 2010.
7. Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad, Plan de Parto y Nacimiento, Gobierno de España, Noviembre 2014 España
8. Ministerio de Salud, Lima – Perú (Internet) Resolución Ministerial Estándares e Indicadores de Calidad en la Atención Materna y Perinatal en los Establecimientos que Cumplen con



- Funciones Obstétricas y Neonatal (citado el 13 de febrero del 2007) Disponible desde:  
<ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2007/RM142-2007.pdf>
9. Ministerio de Salud, Guías de Práctica Clínica para la Atención de Atención de Emergencias Obstétricas Según Nivel de Capacidad Resolutiva, primera edición Lima – Perú; ministerio de salud 2007
  10. Ministerio de Salud, Peru (Internet) Norma Tecnica de Salud para el Transporte Asistido de Pacientes, Primera Edición (citado Diciembre 2009) Disponible en: [www.minsa.gob.pe](http://www.minsa.gob.pe)
  11. Ministerio de Salud, Perú (Internet) Norma Técnica de los servicios de emergencia de los hospitales del sector salud, Ministerio de Salud (citado en el 2004). Disponible en :  
[http://www.disasterinfo.net/PEDSudamerica/leyes/leyes/suramerica/peru/salud/NORMA\\_TECNICA.pdf](http://www.disasterinfo.net/PEDSudamerica/leyes/leyes/suramerica/peru/salud/NORMA_TECNICA.pdf)
  12. Ministerio de Salud, Norma Técnica del Sistema de Referencia y Contrarreferencia de los Establecimientos del Ministerio de Salud, primera edición Lima - Perú; Ministerio de Salud 2005.
  13. Repositorio Académico de la Universidad de Chile, Chile (Internet) Implantación de las políticas de salud materna en la república de Chile y Perú: Una observación desde la dimensión de gestión. (Citado el 05 de junio del 2015) Disponible en:  
<http://repositorio.uchile.cl/handle/2250/115562>
  14. Organización Mundial de Salud, Suiza (Internet) Guía de la Organización Mundial de Salud 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



- (Citado el 05 de junio del 2015). Disponible en:  
<file:///C:/Users/usuario/Downloads/CIE10MM.pdf>
15. Organización Mundial de Salud, 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/>
16. Ministerio de Salud, Perú (Internet) Mortalidad Materna en el Perú, 2002 – 2011. (Citado en Mayo2013). Disponible:  
<http://www.unfpa.org.pe/publicaciones/publicacionesperu/MINSA-Mortalidad-MaternaPeru.pdf>
17. Organización de Naciones Unidas, 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).
18. Ministerio de Salud, Oficina General de Epidemiología Lima - Perú :Protocolos de Vigilancia Epidemiológica Muerte Materna (Citado Enero 2008). Disponible en :  
[www.dge.gob.pe/buho/buho\\_mmaterna.pdf](http://www.dge.gob.pe/buho/buho_mmaterna.pdf).
19. Dirección Regional de Salud, Cusco (Internet) plan operativo institucional 2013 (citado en febrero 2013) Disponible en: <http://www.diresacusco.gob.pe/planeamiento/POI%20-%202015/Plan%20Operativo%20institucional-2015.pdf>
20. Organización de Naciones Unidas, Ban Ki-moon, Secretario General de las Naciones Unidas Estrategia de salud mundial de las mujeres y los niños (citado en el 2009). 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)



21. Ministerio de Salud, Perú (Internet) Avanzando hacia una maternidad segura en el Perú:  
Derecho de todas las mujeres 2006 – Ministerio de Salud (citado en julio del 2006)  
Disponible en: <http://www.unfpa.org.pe/publicaciones/publicacionesperu/MINSA-Avanzando-Maternidad-Segura-Peru.pdf>
22. Diccionario LAW, Definición de características sociodemográficas (citado el 5 de abril del 2014) Disponible en: <http://diccionario.leyderecho.org/contrarreferencia>
23. Diccionario LAW, Definición de referencia - Qué es, Significado y Concepto Disponible en: <http://definicion.de/referencia/#ixzz3gMp0tqN6>





## ANEXOS



CUSCO, 16 DE SETIEMBRE DEL 2015

SEÑORA:

LIC. BEHELINDA CAYO BACA

Gerente del Centro de Salud de Anta



**SOLICITO: REALIZAR EL INSTRUMENTO DE TESIS EN EL CENTRO DE SALUD DE ANTA**

Previo un cordial saludo, la presente es para solicitar a su persona poder realizar el instrumento de nuestra tesis titulada " MANEJO DE LAS REFERENCIAS Y CONTRARREFERENCIAS DE LAS PACIENTES OBSTETRICAS ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD DE ANTA CUSCO 2014".

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

Atentamente

BACHILLER OBST. MARY CARMEN

PALOMINO MANRIQUE

BACHILLER OBST. JESSY SILVANA

RAMOS CALDERON

DRA. OBST. GLADYS ROJAS SALAS

ASESORA



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

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

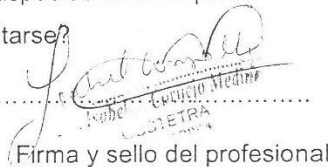
.....  
 .....

\_\_\_\_\_  
 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?	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?


  
 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 T. Silva Rodríguez  
MÉDICO CIRUJANO  
C.M.P. 57167

Firma y sello del profesional

HOJAS DE PREGUNTAS PARA LA VALIDACIÓN

PREGUNTAS	ESCALA DE MEDICION				
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?

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

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



Firma y sello del profesional

*Guilda Stefany Cárdenas Góngora*  
 OBSTETRA  
 COP 25736

**PROCEDIMIENTO DE CALIFICACION**

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

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

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

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

$$DPP = 3.08$$

Dónde:

X = Valor máximo de ítem



Y = Promedio de cada ítem

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

$$D_{max.} = \sqrt{(X_1 - 1)^2 + (X_2 - 1)^2 + \dots + (X_9 - 1)^2}$$

$$D_{max.} = 4.2304$$

Dónde:

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

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

4. La Dmax. Se dividió entre el valor máximo de la escala, lo que nos da valor de 0.84608.

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

Se debe tener en cuenta que:

A = Adecuación total.

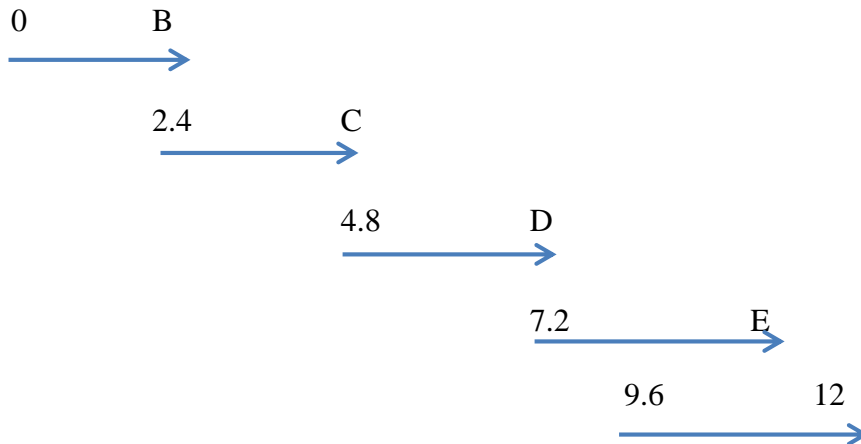
B = Adecuación en gran medida.

C = Adecuación promedio.

D = Escasa adecuación.

E = Inadecuación.

A



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

Podemos observar que el valor del DPP en el presente estudio fue de 0.84608, el cual se encuentra entre la zona A – B, lo que significa una adecuación total del instrumento motivo por el cual el instrumento para el presente estudio fue aplicado.



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

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

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

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

DATOS GENERALES

I. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y REPRODUCTIVAS DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIOS

EDAD:..... (Años cumplidos)

GRADO DE INSTRUCCIÓN

Analfabeta
Primaria
Secundaria
Superior

ESTADO CIVIL

Soltera
Casada
Viuda
Conviviente
Divorciada

LUGAR DE PROCEDENCIA

Rural:
Urbano:

CUENTA CON SEGURO

SI
NO

ESPECIFICAR:.....

II. CARACTERÍSTICAS REPRODUCTIVAS

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

LUGAR DE ATENCIÓN DE PARTO

Partos Domiciliarios
Partos Institucionales

TIPO DE MÉTODO ANTICONCEPTIVO

Natural
De Barrera
Hormonal
Dispositivo Intrauterino (DIU)
Quirúrgico

III. MANEJO DE LA REFERENCIA

ADMINISTRATIVO

I. Administrativo

Red:
Micro red:

II. Prestacional

Hospital
Puesto de Salud
Centro de Salud

PROMOTOR DE SALUD

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

SI
NO

\* Llena la hoja de referencia comunal.

SI
NO

\* Informa familiares.

SI
NO

\* Acompaña al usuario

SI (Especificar)
NO

PACIENTE

\* Identificación de cualquier problema de salud.

SI (Especificar)
NO

\* Acompañante.

SI (Especificar)
NO

\* Medios de transporte

SI (Especificar)
NO



NIVEL DE ESTABLECIEMIENTO DE SALUD UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS

Tipo de diagnóstico (describir).....

Identificar motivo de la referencia:

Emergency, Consultorio Externo, Apoyo Diagnostico

DIAGNOSTICO TRATAMIENTO

SI NO

RECURSO DE SOPORTE

Laboratorio, Radiografias, Ecografias, Otros

Fecha: / /

RESPONSABLES DEL MECANISMO DE ATENCIÓN

Medico, Obstetra, Enfermera, Tecnico, Otros

(Especificar).....

COORDINACIÓN DEL MEDIO DE TRANSPORTE E INFORMES

Medico, Obstetra, Enfermera, Tecnico, Otros

(Especificar).....

CRITERIOS PARA LA SELECCIÓN DE REFERENCIA

Establecimiento con capacidad resolutiva, Soluciona el problema

\* RETIRO VOLUNTARIO

SI NO

\* DESERCIÓN

Abandona No Abandona

ACCESIBILIDAD AL ESTABLECIMIENTO DE SALUD

\* Tiempo de llegada del Domicilio al Establecimiento de Salud, \* Cuenta con Capacidad de Pago, \* Horario de Atención del Establecimiento de Salud, \* Aceptación del Servicio por parte del Paciente, \* Atención Oportuna al Establecimiento Referido

REFERENCIA INJUSTIFICADA

Establecimiento de salud cuenta con capacidad resolutiva SI NO

IV. MANEJO DE LA CONTRA REFERENCIA

ADMINISTRATIVO:

ESTABLECIMIENTO DESTINO DE LA REFERENCIA

\* Identificar el Motivo de la Contrareferencia:

Emergency, Consultorio Externo, Resultados e Informes de Exámenes de Diagnostico

\* Hospitalización, \* Manejo Ambulatorio

\* Llenado de formatos, Indicaciones y Cuidados

SI NO

\* Envío de formato de contra referencia

SI NO

ESTABLECIMIENTO ORIGEN DE LA REFERENCIA

UNIDAD DE SEGUROS

Con Seguimiento, Sin seguimiento

USUARIO:

CONDICIONES DEL USUARIO

\* CURADO

Problema Solucionado SI NO

\* MEJORADO

Con Tratamiento: SI NO, Sin Tratamiento: SI NO

\* ATENDIDO POR APOYO DIAGNÓSTICO

Con Informe y/o Resultado, Sin Informe y/o Resultado



**\* FALLECIMIENTO**

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

*Si es Si, Fue:*

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

**V. CONTRA REFERENCIA INJUSTIFICADA**

Cuenta con capacidad resolutive

SI	<input type="text"/>	NO	<input type="text"/>
----	----------------------	----	----------------------

Control de referencia y contra referencia

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

**PARTICIPACION DE OTRAS INSTITUCIONES O DIRECCIONES**

SI	<input type="text"/>	NO	<input type="text"/>
----	----------------------	----	----------------------

(Especificar).....





