

Universidad Católica de Santa María
Facultad de Obstetricia y Puericultura
Escuela Profesional de Obstetricia y Puericultura



**PROCESO DE REFERENCIAS Y CONTRARREFERENCIAS DE GESTANTES
EN TIEMPOS DE COVID-19, QUE ACUDIERON AL CENTRO DE SALUD
CIUDAD DE DIOS. AREQUIPA. 2020-2021**

Tesis presentada por el Bachiller:

Alarcon Mamani, Fanny Paola

para optar el Título Profesional de:

Licenciada en Obstetricia

Asesora:

Dra. Oviedo Tejada Verónica
Florencia.

Arequipa- Perú
2023

UCSM-ERP

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

OBSTETRICIA Y PUERICULTURA

TITULACIÓN CON TESIS

DICTAMEN APROBACIÓN DE BORRADOR

Arequipa, 28 de Agosto del 2023

Dictamen: 007451-C-EPOYP-2023

Visto el borrador del expediente 007451, presentado por:

2007192172 - ALARCON MAMANI FANNY PAOLA

Titulado:

PROCESO DE REFERENCIAS Y CONTRARREFERENCIAS DE GESTANTES EN TIEMPOS DE COVID-19, QUE ACUDIERON AL CENTRO DE SALUD CIUDAD DE DIOS. AREQUIPA. 2020-2021

Nuestro dictamen es:

APROBADO

**29203672 - ESCOBEDO VARGAS JANNET MARIA
DICTAMINADOR**



**29218350 - MEDINA LUQUE MARIA ROSARIO
DICTAMINADOR**



**29677873 - HERRERA CARDENAS MARCOS ERVETH
DICTAMINADOR**



PROCESO DE REFERENCIAS Y CONTRARREFERENCIAS DE GESTANTES EN TIEMPOS DE COVID-19, QUE ACUDIERON AL CENTRO DE SALUD CIUDAD DE DIOS. AREQUIPA. 2020-2021

INFORME DE ORIGINALIDAD

4%

INDICE DE SIMILITUD

5%

FUENTES DE INTERNET

1%

PUBLICACIONES

2%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1

hdl.handle.net

Fuente de Internet

2%

2

tesis.ucsm.edu.pe

Fuente de Internet

1%

3

repositorioacademico.upc.edu.pe

Fuente de Internet

1%

4

www.fundacionneumologica.org

Fuente de Internet

1%

Excluir citas

Apagado

Excluir coincidencias < 1%

Excluir bibliografía

Apagado

DEDICATORIA

Quiero dedicar este logro a DIOS, ya que me está mostrando que no hay límites para cuando te propones y quieres lograr algo. DIOS siempre nos da tiempo y oportunidad, solo es cuestión de atreverse a tomar la misma.

DIOS, padre, amigo fiel e incondicional.

A mi hijo, Job, por ser mi motor, con su sola presencia me hace ser mejor persona. Por ser la mamá más orgullosa y agradecida por cada acto de amor que día a día me lo demuestra.

A mi madre Basilia Asunta, a mi padre Edgardo, por estar siempre presentes en este camino para alcanzar mi meta.

AGRADECIMIENTO

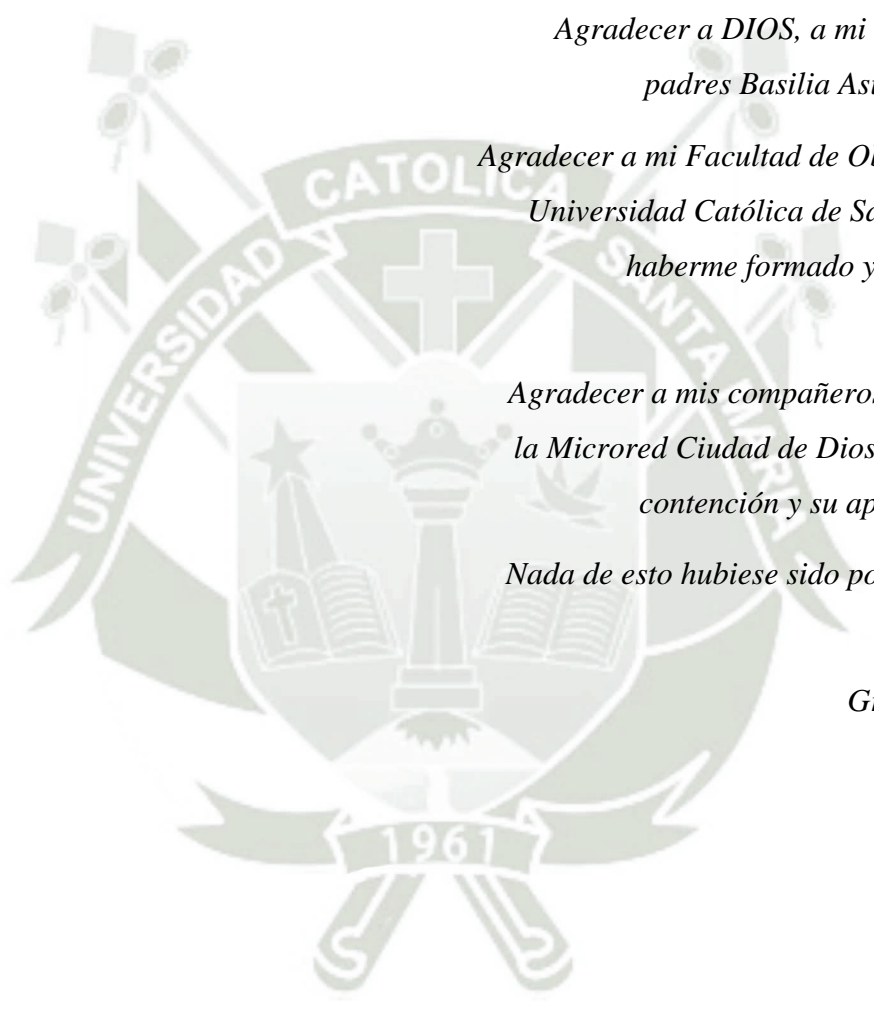
*Agradecer a DIOS, a mi hijo Job, a mis
padres Basilia Asunta, Edgardo.*

*Agradecer a mi Facultad de Obstetricia, a mi
Universidad Católica de Santa María por
haberme formado y logrado como
profesional.*

*Agradecer a mis compañeros de trabajo de
la Microred Ciudad de Dios, por darme su
contención y su apoyo constante.*

*Nada de esto hubiese sido posible sin todos
ustedes.*

Gracias infinitas



EPÍGRAFE

*“Nunca pares, nunca te conformes, hasta que lo bueno sea
mejor y lo mejor excelente”.*

Gym Rizo



RESUMEN

Objetivo: Describir el proceso de las referencias y contrarreferencias en gestantes, en tiempos de COVID -19, que acudieron al Centro de Salud Ciudad de Dios Arequipa 2020-2021.

Material y método: El presente estudio fue de campo, cualitativo, de corte transversal y descriptivo, de diseño progresivo no experimental, en el cual se utilizó un instrumento, como guía de revisión documental, a la par se empleó también el sistema de REFCON, dicha ficha estuvo constituida por las características sociodemográficas, las características reproductivas, el manejo de referencia y de contrarreferencias. Así mismo, se realizó un muestreo estadístico, en el cual se estimó que la población de estudio serían 392 gestantes que fueron atendidas en el Centro de Salud Ciudad de Dios y que cumplirían con los criterios de inclusión.

Resultados: La mayor parte de las referencias realizadas son direccionadas al servicio de radiodiagnóstico en el centro de salud Maritza Campos Diaz, siendo esta la más solicitada por las gestantes para la realización de chequeos de rutina, se observó que la totalidad de las referencias fue justificada. La mayor parte de las contrarreferencias fueron recibidas desde el hospital Goyeneche del servicio de emergencia, reportando gran cantidad de pacientes curados y otros en estado de mejoría, la mayor parte de las contrarreferencias fueron evaluadas por el medico gineco – obstetra y se determinó que la totalidad de las referencias fueron justificadas.

Conclusiones: La aplicación de las referencias es adecuada pues se consignan datos importantes como el servicio que realiza la referencia, el motivo de la referencia, la justificación del uso de la referencia y la condición médica del paciente y el destino de la referencia, respecto a las contrarreferencias se encontró un proceso adecuado de llenado, mencionando el servicio que realizó la atención médica y el motivo de la misma, brindando seguimiento al paciente y un informe explicando los resultados de la atención médica, considerando el estado del paciente y la justificación de la contrarreferencia.

Palabras clave: Referencias, contrarreferencias, gestantes, patología.

ABSTRACT

Objective: To describe the process of referrals and counter-referrals in pregnant women, in times of COVID -19, who attended the Ciudad de Dios Arequipa Health Center 2020-2021.

Material and method: The present study was field, qualitative, cross-sectional and descriptive, of a non-experimental progressive design, in which an instrument was used, as a guide for documentary review, at the same time the REFCON system was also used. Said file consisted of sociodemographic characteristics, reproductive characteristics, reference and counter-reference management. Likewise, a statistical sampling was carried out, in which it was estimated that the study population would be 392 pregnant women who were treated at the Ciudad de Dios Health Center and who would meet the inclusion criteria.

Results: The most of the references were sending to radio diagnostic service in Maritza Campos Diaz health center which was the nearest to make routine checkups it was observed too that all the references were justified. The most of the counter references were received since Goyeneche hospital from the emergency service and it reported so much cured and getting better patients. The most of the counter references were evaluated for obstetrician gynecologist and it was determined that all references were justified.

Conclusions: The application of the references was appropriated because it had important information like the medical service which made the reference, the reason of it, and the justification, the patient condition and the destiny of the reference. Taking about counter references. It had an appropriated fill. It talks about the service who made the medical attention and the reason of it. It gives an inform explaining the results of medical attention considering the patient condition and it justify.

Keywords: References, counter-references, pregnant women, pathology.

ÍNDICE

DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
EPÍGRAFE	iv
RESUMEN	v
ABSTRACT	vi
INTRODUCCION	1
CAPÍTULO I	2
PLANTEAMIENTO TEÓRICO	2
1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	3
1.1. ENUNCIADO DEL PROBLEMA	3
1.2. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA	3
1.3. JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA.....	6
2. OBJETIVOS	7
3. MARCO TEÓRICO	8
3.1. MARCO CONCEPTUAL.....	8
4. ANÁLISIS DE ANTECEDENTES DE INVESTIGACIÓN	28
4.1. ANTECEDENTES LOCALES.....	28
4.2. ANTECEDENTES NACIONALES	29
4.3. ANTECEDENTES INTERNACIONALES	32
CAPÍTULO II	35
PLANTEAMIENTO OPERACIONAL	35
1. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS	36
1.1. Técnica:	36
1.2. Instrumento:	36
2. CAMPO DE VERIFICACIÓN	37
2.1. UBICACIÓN ESPACIAL	37

2.2. UBICACIÓN TEMPORAL.....	38
2.3. UNIDADES DE ESTUDIO.....	38
3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	40
3.1. ORGANIZACIÓN.....	40
3.2. RECURSOS.....	40
3.3. RECURSOS ECONÓMICOS.....	41
3.4. CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	41
4. ESTRATEGIA PARA MANEJAR LOS RESULTADOS.....	41
4.1. PLAN DE PROCESAMIENTO.....	41
CAPÍTULO III.....	43
RESULTADOS.....	44
Frecuencias y porcentajes de los datos de hojas de referencia.....	44
Frecuencias y porcentajes de los datos de hojas de contrarreferencia.....	61
DISCUSIÓN.....	89
CONCLUSIONES.....	91
RECOMENDACIONES.....	92
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	93
ANEXOS.....	97
FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS DE REFERENCIA.....	98
FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS DE CONTRAREFERENCIA.....	99
DELIMITACIÓN GEOGRÁFICA.....	100
CARTA DE ACEPTACIÓN PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS.....	101
BASE DE DATOS CONTRARREFERENCIAS.....	102
BASE DE DATOS DE REFERENCIAS.....	104

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Establecimiento de destino de referencia.	44
Tabla 2 Unidad productora destino de la referencia.	46
Tabla 3 Criterios de selección del establecimiento de destino.	48
Tabla 4 Procedimiento de la referencia.	50
Tabla 5 Referencias injustificadas.	52
Tabla 6 Motivo de la referencia parte de la dimensión datos de la referencia.	54
Tabla 7 Condición del paciente parte de la dimensión datos de la referencia.	57
Tabla 8 Especialidad de destino parte de la dimensión datos de la referencia.	59
Tabla 9 Establecimiento de origen.	61
Tabla 10 Origen de la contrarreferencia.	63
Tabla 11 Servicio de destino contrarreferencia.	65
Tabla 12 Identificación del motivo de la contrarreferencia.	67
Tabla 13 Estado de la contrarreferencia.	69
Tabla 14 Atendido por apoyo diagnóstico parte de la dimensión de condiciones del usuario.	71
Tabla 15 Condición del usuario al término de la contrarreferencia.	73
Tabla 16 Diagnóstico de origen parte de la dimensión de condiciones del usuario.	75
Tabla 17 Diagnóstico de ingreso parte de la dimensión de condiciones del usuario.	78
Tabla 18 Diagnóstico de egreso parte de la dimensión de condiciones del usuario.	81
Tabla 19 Calificación de referencia parte de la dimensión datos de la contrarreferencia.	83
Tabla 20 Contrarreferencia injustificada parte de la dimensión datos de la contrarreferencia.	85
Tabla 21 Responsable de la contrarreferencia parte de la dimensión datos de la contrarreferencia.	87

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 Establecimiento destino de referencia.....	45
Figura 2 Unidad productora destino de la referencia.	47
Figura 3 <i>Criterios de selección del establecimiento de destino.</i>	49
Figura 4 <i>Procedimiento de la referencia.</i>	51
Figura 5 <i>Referencias injustificadas.</i>	53
Figura 6 <i>Motivo de la referencia</i> parte de la dimensión datos de la referencia.....	56
Figura 7 <i>Condición del paciente</i> parte de la dimensión datos de la referencia.	58
Figura 8 <i>Especialidad de destino</i> parte de la dimensión datos de la referencia.	60
Figura 9 <i>Establecimiento de origen.</i>	62
Figura 10 <i>Origen de la contrarreferencia.</i>	64
Figura 11 <i>Servicio de destino de la contrarreferencia.</i>	66
Figura 12 <i>Identificación del motivo de la contrarreferencia.</i>	68
Figura 13 Estado de la contrarreferencia.....	70
Figura 14 <i>Atendido por apoyo diagnóstico</i> parte de la dimensión de condiciones del usuario	72
Figura 15 <i>Condición del usuario al término de la contrarreferencia</i>	74
Figura 16 <i>Diagnóstico de origen</i> parte de la dimensión de condiciones del usuario.	77
Figura 17 <i>Diagnóstico de ingreso</i> parte de la dimensión de condiciones del usuario.	80
Figura 18 <i>Diagnóstico de egreso</i> parte de la dimensión de condiciones del usuario.....	82
Figura 19 <i>Calificación de referencia</i> parte de la dimensión datos de la contrarreferencia.....	84
Figura 20 <i>Contrarreferencia injustificada</i> parte de la dimensión datos de la contrarreferencia.....	86

Figura 21 Responsable de la Contrarreferencia parte de la dimensión datos de la
contrarreferencia.....88



INTRODUCCION

A nivel nacional el proceso de referencias y contrarreferencias, ha permitido establecer una mejor atención en los pacientes o usuarios que son atendidos dentro de los servicios de salud, y que se le conoce como el conjunto de actividades de ámbito administrativo y asistencial. Por un lado, el sistema de referencia es un proceso por el cual se transfiere la responsabilidad de atención de un paciente a un establecimiento con mayor capacidad resolutive, con la finalidad de poder asegurar la continuidad de la prestación de servicio, así como buscar la seguridad e integridad del usuario referido (1). Por otro lado, la contrarreferencia vendría a ser el proceso por el cual el paciente regresa a su establecimiento de salud, en el que fue atendido inicialmente; esto se llevaría a cabo si el paciente logra mejorar, o en este caso continuar con un tratamiento una vez ya diagnosticado en el centro al cual fue referido (1).

Por ello, estos procesos van a depender de la capacidad resolutive y el escalonamiento de los niveles de atención; en el cual es necesario cumplir con las normativas brindadas para poder otorgar más oportunidad de atención requerida a la paciente obstétrica, que está acudiendo al centro de salud; de tal forma que se le brinde una atención rápida y oportuna en caso de que exista algún problema de riesgo que puede implicar un mayor riesgo de pérdida, tanto de la madre como del feto (2). Así mismo, la pandemia generada por la COVID-19, reforzó el manejo del programa REFCON, para el proceso de las referencias y contrarreferencias en pacientes contagiados, de tal manera que resultó ser un programa rápido y eficiente, en cuanto a la recolección de los datos necesarios para establecer el estado de gravedad y poder ser referido de manera correcta a un establecimiento de salud, de acuerdo a sus necesidades; y es que, si bien dicha plataforma ya existía años anteriores, no se le tomó la importancia necesaria en su debido momento (3). Por ende, y al no conocer dicho sistema como se debería, pudo desencadenar múltiples problemas en el ámbito administrativo, poniendo en riesgo también la vida del paciente o en este caso el de la gestante referida.

Por consiguiente, el presente trabajo de investigación, buscó evaluar mediante el sistema REFCON, como se llevó a cabo el proceso de las referencias y contrarreferencias de las pacientes gestantes en tiempos de COVID-19, que acudieron al Centro de Salud Ciudad de Dios en el año 2020-2021.



CAPÍTULO I
PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. ENUNCIADO DEL PROBLEMA

Proceso de referencias y contrarreferencias de gestantes en tiempos de COVID-19, que acudieron al Centro de Salud Ciudad de Dios, Arequipa 2020 - 2021.

1.2. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1. ÁREA DE CONOCIMIENTO

- Área General: Ciencias de la Salud
- Área Específica: Salud Materno Perinatal
- Campo o Especialidad: Obstetricia
- Línea de investigación: Referencias y Contrarreferencias

1.2.2. ANÁLISIS DE LAS VARIABLES

VARIABLES	INDICADORES	SUBINDICADORES
Proceso de Referencias	Origen de la referencia.	- Nivel comunal - Nivel de establecimiento de salud
	Establecimiento destino de la referencia.	- Puesto de Salud - Centro de Salud - Hospital II-I - Hospital II-II - Hospital III-I - Instituto especializado
	Unidad productora destino de la referencia	- Consulta externa - Emergencia - Apoyo al Diagnóstico
	Criterios de selección del establecimiento de destino	- Capacidad Resolutiva - Accesibilidad - Oportunidad

	Procedimientos de la referencia	- Se identifica la necesidad de la referencia según los criterios y el flujo establecido por su nivel de origen.
	Referencia injustificada	- El establecimiento destino no cuenta con la capacidad resolutive
	Datos de la referencia	- Motivo de referencia - Observaciones - Condición del paciente - Coordinación de la referencia - Especialidad de destino
Proceso de contrarreferencias	Establecimiento de origen	- Origen de contrarreferencia
	Establecimiento de contrarreferencia	- Puesto de Salud - Centro de Salud - Hospital II-I - Hospital II-II - Hospital III-I - Instituto especializado
	Identificación del motivo de contrarreferencia	- Emergencia - Consultorio externo - Apoyo al diagnóstico
	Origen de contrarreferencia	- Con seguimiento - Sin seguimiento
	Condiciones del usuario	- Curado - Mejorado - Atendido por apoyo diagnóstico. - Retiro Voluntario

		<ul style="list-style-type: none"> - Deserción - Fallecimiento - Diagnóstico
	Datos de la contrareferencia	<ul style="list-style-type: none"> - Origen y calificación de la referencia - Contrareferencia injustificada - Responsable de la contrareferencia

1.2.3. INTERROGANTES BÁSICAS

- ¿Cómo se llevó el proceso de referencias de gestantes en tiempos de pandemia COVID-19, que acudieron al Centro de Salud Ciudad de Dios, Arequipa 2020-2021?
- ¿Cómo se llevó el proceso de contrarreferencias en gestantes en tiempos de pandemia COVID-19 que acudieron al Centro de Salud Ciudad de Dios, Arequipa 2020-2021?

1.2.4. TIPO DE INVESTIGACIÓN

- **Cuantitativa:** El objetivo principal de la investigación es determinar el proceso y conocimiento de las referencias y contrarreferencias, así como también determinar la calidad del proceso de sistema de referencias y contrarreferencias.
- **No experimental:** Se basa fundamentalmente en la observación de los datos recolectados por el sistema REFCON, que es parte fundamental de las variables propuestas.

1.2.5. NIVEL DE INVESTIGACIÓN

- **Descriptivo:** El estudio es de nivel descriptivo, ya que se describen los datos y las características de la población a estudiar, en el cual veremos cómo es el proceso de las referencias y contrarreferencias en gestantes.

1.2.6. TAXONOMÍA

Abordaje	Tipo de estudio	Diseño	Nivel
Cualitativo	Transversal	Progresivo No experimental	Descriptivo

1.3. JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

- Por su originalidad, debido a que no existen investigaciones que se hayan realizado dentro del Centro de Salud Ciudad de Dios, sobre el proceso de referencias y contrarreferencias en gestantes en tiempos de COVID-19, por lo que la realización de dicho estudio, aportará de manera significativa a dicho centro de salud buscando la mejora del proceso de referencias y contrarreferencias; además de ello se busca beneficiar al área local y regional, para mejorar el nivel de atención de sus pacientes, y el uso correcto del sistema REFCON, para una correcta intervención.
- Por ser de interés y motivación personal para la autora, debido a que, dentro del campo profesional, es importante saber cómo se realizan las referencias y contrarreferencias en cuanto a la población en general, sin embargo se hace hincapié en las madres gestantes, ya que ellas son las que están en constante riesgo de poder sufrir algún malestar, por lo que suelen acudir al centro de salud de manera frecuente, por lo que dicho establecimiento deberá estar correctamente preparado para recibir cualquier tipo de emergencia, y poder saber manejar de manera correcta dicho sistema, para una rápida acción y salvaguardar la seguridad e integridad de

la paciente, es por ello que se busca mejorar la calidad de atención de las gestantes, de tal manera que puedan ser intervenidas de manera adecuada.

- Por ser factible ya que, se contó con el apoyo de la Gerente del CLAS Ciudad de Dios y Jefe de dicha Microred, permitiendo el acceso a las historias clínicas de cada una de las gestantes que se encontraban dentro de la unidad de estudio con el propósito de facilitar su evaluación y análisis para sustentar dicho proyecto. Del mismo modo, se contaron con los recursos necesarios para llevar a cabo la investigación.
- Por tener relevancia científica, debido a que se investigaron tanto conocimientos teóricos como prácticos, en cuanto al proceso de referencias y contrarreferencias en gestantes. Por ende, la recopilación de los datos, nos ayudarán a entender de manera directa la variable del estudio; con la finalidad de aportar al área profesional de obstetricia, con una investigación que sirva de base para otros estudios que puedan estar relacionados con el tema del presente proyecto.

2. OBJETIVOS

- Describir el proceso de las referencias de gestantes en tiempos de COVID-19, que acudieron Centro de Salud Ciudad de Dios, Arequipa 2020-2021.
- Describir el proceso de las contrarreferencias de gestantes en tiempos de COVID-19, que acudieron al Centro de Salud Ciudad de Dios, Arequipa 2020-2021.

3. MARCO TEÓRICO

3.1. MARCO CONCEPTUAL

3.1.1. SISTEMA DE REFERENCIAS Y CONTRARREFERENCIAS

3.1.1.1. DEFINICIÓN

El sistema de referencias y contrarreferencias (SRC) es un conjunto ordenado en el cual se generan procesos asistenciales y administrativos, que tienen como objetivo asegurar la constancia de la atención en cuanto a las necesidades de salud de los usuarios, manteniendo su eficacia y eficiencia, transfiriéndolo de la comunidad o establecimiento de salud de menor capacidad resolutive a otro centro de salud con mayor capacidad resolutive, que intervenga al paciente de manera directa y satisfactoria (4).

Dicho modelo pretende solucionar las necesidades que surgen en la atención de la salud de la población en general, basándose en los principios de integralidad, universalidad en el acceso, eficiencia, descentralización, equidad y promoción de la ciudadanía. Es por ello, que el usuario debe ser identificado, calificado y asistido mediante un sistema ordenado de atención de salud en los establecimientos adecuados y calificados por niveles de resolución, implementando en ellos adecuados procedimientos de intervención; dependiendo del nivel de complejidad y con el uso de tecnología adecuada acorde a sus necesidades (4).

3.1.1.2. SISTEMA DE REFERENCIA SEGÚN NIVELES DE ORGANIZACIÓN.

Los niveles de atención vienen a ser un conjunto de unidades básicas funcionales dentro del establecimiento de salud que viene a ser formada por el conjunto de recursos humanos y tecnológicos respecto a la salud, como lo es la estructura del establecimiento, funcionalidad y formación de los espacios de atención tanto al usuario externo como interno, equipamiento adecuado de tal manera que pueda existir una intervención óptima y eficaz al paciente, medicamentos, procedimientos clínicos entre otros; todo ello dependiendo de la magnitud y severidad de la situación. Para el ministerio de salud, el

alcance que conlleva este sistema se realiza de acuerdo a los siguientes niveles de organización (4).

- **Administrativa**

Dentro del campo administrativo, podemos encontrar a la institución del MINSA, a las direcciones regionales de salud, como también la Red de Salud y Microrredes.

- **Asistencial**

En cuanto al nivel asistencial, se encuentran aquellas que se ubican a de manera nacional por medio de regiones, provincias o comunidades, como lo son los establecimientos de salud (instituciones especializadas, hospitales, centros y puestos de salud).

- **Comunal**

Por otro lado, dentro de este nivel, se considera únicamente para fines operativos, que trabajará en conjunto con el nivel institucional (MINSA), a través de vínculos, que puedan permitir el monitoreo de la referencia y contrarreferencia por los establecimientos de salud del primer nivel de atención.

3.1.1.3.A NIVEL ADMINISTRATIVO

En cuanto al nivel administrativo en el proceso de la referencia se da de la siguiente manera (4).

- **Nivel Nacional**

Se encargan de establecer, controlar y evaluar la normatividad técnica para la implantación y funcionamiento adecuado del SRC en el ámbito nacional.

- **Nivel Regional**

Está constituido por las Direcciones Regionales de Salud, y se encargan de complementar la normativa nacional del SRC, brindar asistencia técnica a las Direcciones de Red, Microrredes y E.S, con el objetivo de concientizar y concertar

con los equipos de gestión, evaluar bimensualmente los indicadores de SRC, entre otros.

- **Nivel De Redes**

Es el nivel responsable que está a cargo de la organización, coordinación, conducción y control del SRC en dicho ámbito, este a su vez se da a través de su Dirección ejecutiva, Coordinador de Seguros y Referencias, junto con el equipo técnico de Gestión de DISA o Red.

- **Nivel De Micro Red**

En cuanto a este nivel, se encargan de coordinar, facilitar, proveer y asignar los recursos necesarios para realizar las actividades de referencia y contrarreferencia, que se da entre los establecimientos de salud dentro de su ámbito o área.

3.1.1.4.A NIVEL ASISTENCIAL

- **Establecimientos De Mayor Categoría**

Dichos establecimientos deben de completar la atención que se le brinda a los usuarios mediante la unidad de referencia y contrarreferencia, puesto que es de esta manera como pueden ser atendidas aquellas personas que necesitan un establecimiento de atención de mayor complejidad, que el de lugar de origen, siempre y cuando este sea evaluado anteriormente, determinando que el usuario necesita una atención más completa debido a la complejidad de su estado de salud, lo que generará que se implemente dicha unidad hacia un hospital de mayor capacidad resolutive (4).

- **Establecimientos De Salud**

Todos los establecimientos de salud, deben de contar con un correcto manejo de proceso y procedimientos del sistema de referencia y contrarreferencia, de tal manera que puedan mantener actualizada y disponible la lista de la cartera de

servicios para esta acción. Por otro lado, se debe retroalimentar y capacitar a todos los establecimientos acerca de cuáles son los procesos que se deben y no seguir en cuanto a la unidad de referencias y contrarreferencias, con la finalidad de mejorar la calidad de servicio hacia los usuarios dentro del establecimiento (1).

- **A Nivel Nacional**

Por otro lado, a nivel nacional encontramos a la dirección general de salud, al coordinador nacional de referencias y contrarreferencias, y finalmente al comité nacional; por lo que cada uno de ellos cumple una función específica dentro de cada área, así como también, se busca mejorar el sistema y manejo de referencias y contrarreferencias en los establecimientos nacionales de salud, en todo el país (1).

- **A Nivel Regional**

Del mismo modo, a nivel regional encontramos al director general de la región de salud, al director de servicios de salud de la región y al comité regional del sistema de referencias y contrarreferencias; estos estarán más centrados en los establecimientos dentro de su ubicación geográfica de tal manera que puedan ofrecer información de manera más detallada y basada en los problemas que se puedan encontrar dentro de dicho sistema en sus establecimientos de salud (1).

- **A Nivel De Micro Redes**

Así mismo, dentro de este punto encontramos como representantes al jefe de la Micro Red de Salud, a coordinador del seguro integral de salud y/o referencias y el comité de equipo técnico de gestión; estos son los responsables de la organización y gestión de la prestación de servicios de salud en cuanto al primer nivel de atención hacia los usuarios (1).

- **A Nivel Comunal**

Finalmente, dentro de este punto están aquellos constituidos por la comunidad organizada a través de sus diferentes organizaciones sociales, como pueden ser su agentes comunitarios, comités comunales u asociaciones capacitadas en acciones preventivas en cuanto a la salud, dentro de sus actividades principales es brindar a las personas una atención de calidad y poder referenciar de manera correcto a los usuarios a los centros de salud (1).

3.1.2. SISTEMA DE REFERENCIAS

Viene a ser un proceso de ámbito administrativo-asistencial mediante el cual el personal que labora dentro del establecimiento de salud, transfiere la responsabilidad de la atención que se le brinda al paciente de acuerdo al nivel de demanda que manifieste y lo refiere hacia otro establecimiento de salud con mayor capacidad resolutive, el cual se encargará de identificar signos de peligro, alarma o factores de riesgo que puede presentar los usuarios y su necesidad de traslado, desde su comunidad hacia un establecimiento de salud del primer nivel de atención para que puedan ser atendidos de forma directa (4).

Las referencias se realizan siempre y cuando el establecimiento de salud (E.S.) no cuenta con la debida capacidad resolutive o capacidad de oferta, para brindar la debida atención que el usuario en ese momento necesita, debiendo ser referidos a una E.S. que tenga todos los servicios disponibles que este necesita (4).

3.1.2.1. DE LA REFERENCIA

- **A Nivel Comunal**

Las organizaciones o agentes comunitarios, tienen como objetivo identificar los signos de peligro, alarma y/o factores de riesgo para derivar o trasladar al usuario a un establecimiento cercano, con la finalidad de garantizar su salud de manera óptima y eficaz. Por lo que deberán estar en constante capacitación para poder

reconocer los signos de alarma de manera rápida y directa, de tal manera que se pueda hacer una rápida intervención y una referencia clara y objetiva (4).

- **A Nivel Asistencial**

La responsabilidad de la referencia recae en el personal de salud que brinda la atención necesaria para contrarrestar, los primeros síntomas de riesgo que pueda presentar el usuario, el cual se verá por finalizada una vez se haya iniciado la atención en el establecimiento que se ha elegido como destino de la referencia (4).

- **Nivel De Atención**

En cuanto a nivel de atención, hablamos acerca de la calidad de servicio que recibe el usuario al momento de ser referido a otro establecimiento de salud, dentro de estos encontraremos centro de primer nivel, segundo nivel y de tercer nivel (4).

3.1.2.2. ESTABLECIMIENTO DE DESTINO

Viene a ser el establecimiento de salud a donde es referido el usuario para la atención de la necesidad o problema identificado, a través de las unidades productoras de servicios como lo son los lugares de emergencia, consultores externos y apoyo al diagnóstico, el cual puede ser el puesto o centro de salud, Hospital I, II o III y el instituto especializado, considerándose también de igual manera los laboratorios referencias de las direcciones de salud (4).

- **Consulta externa**

Cuando se requiere la consulta externa de un establecimiento de mayor complejidad.

- **Emergencia**

Cuando se requiere la atención inmediata para la estabilización del paciente, de acuerdo a los criterios de evaluación por los que fue enviados.

- **Apoyo al diagnóstico**

Cuando se requieran exámenes auxiliares o pruebas para confirmación de un diagnóstico.

3.1.2.3.CATEGORÍAS SEGÚN EL NIVEL DE ATENCIÓN

En este aspecto, se constituyen diferentes formas de organización de la oferta de los servicios de salud, en el cual se relacionan la magnitud y también la severidad, de las necesidades de salud de la población, con alta capacidad resolutive, las cuales se reconocen a través de tres niveles de atención (5).

PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN		Categoría I – 1
		Categoría I – 2
		Categoría I – 3
		Categoría I – 4
SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN	Establecimientos de salud de Atención General	Categoría II – 1
	Establecimientos de Salud de Atención Especializada	Categoría II – 2
		Categoría II – E
TERCER NIVEL DE ATENCIÓN	Establecimiento de salud de Atención General	Categoría III – 1
	Establecimiento de salud de Atención Especializada	Categoría III-E
		Categoría III-2

Tomado de: Ministerio de Salud (MINSA) (2)

- **Primer nivel de atención**

En este nivel, encontramos puestos de salud, que se encargan de desarrollar principalmente actividades de la promoción en cuanto a la prevención de riesgos, promoción de la salud y control de daños, diagnóstico y tratamiento oportuno; teniendo como base la intervención de las necesidades en cuanto al ámbito de la salud, que se presentan de manera frecuente, a nivel personal, familiar o comunal. Este a su vez representa una atención con una oferta de gran tamaño, pero de baja complejidad.

- **Segundo nivel de atención**

Se complementa la atención integral del primer nivel, agregando un grado mayor especialización, tanto en el área de recursos humanos como también en aspectos tecnológicos, brindando diferentes servicios de salud dirigidos a solucionar los problemas de las personas referidas del primer nivel de atención o aquellas que por una situación de emergencia hayan acudido a dicho establecimiento de salud.

- **Tercer nivel de atención**

Es el nivel de mayor especialización y capacidad resolutive en cuanto a que tiene un mejor alcance sobre los recursos humanos y tecnológicos dirigidos a la solución de las necesidades de salud, que pueden ser referidas desde establecimientos de salud ya sea de primer nivel o segundo nivel, dependiendo siempre de la situación del usuario, ya sea de riesgo o emergencia, por lo cual son atendidos de manera eficaz, y garantizando la seguridad en cuanto a la salud de la persona.

3.1.2.4. CRITERIOS PARA SELECCIÓN DEL ESTABLECIMIENTO DEL DESTINO DE LA REFERENCIA

Debido a que dicho procedimiento, se realiza al momento de evaluar y derivar al paciente a un establecimiento de salud con mayor capacidad resolutive, se deben de tener en cuenta los siguientes criterios, para poder garantizar la pronta recuperación del usuario (1).

- **Capacidad Resolutiva**

Se basa en que el usuario debe de ser referido inmediatamente al establecimiento de salud con mayor nivel de capacidad resolutive de tal manera que puedan velarse por la seguridad del paciente y pues resolver el motivo por el cual está siendo referido.

- **Accesibilidad**

Hace referencia al establecimiento más cercano que se pueda tener desde el establecimiento de salud del cual está siendo referido ya sea a través de vías de comunicación o transportes convencionales. Lo que significa que no necesariamente se va ceñir únicamente a los establecimientos dentro de su microrred, red o dirección de salud; sino que también puede acceder a otro establecimiento de salud ajena a la suya, dependiendo de la magnitud del problema que se ha diagnosticado.

- **Oportunidad**

El usuario debe ser referido en el momento y lugar adecuado, de manera correcta y tal como están establecidas las guías de atención, evitando de esta manera riesgos de complicación o muerte del paciente; garantizando los derechos que pertenecen al paciente y poder recibir una atención cálida y oportuna.

3.1.2.5. PROCEDIMIENTO DE REFERENCIA

Entre las disposiciones generales presentes en el establecimiento de salud que planea referenciar encontramos que (1):

- Antes de decidir el establecimiento de salud al cual ira dirigida la referencia es necesario distinguir que servicios esta brinda, y si puede o tiene la capacidad de satisfacer las demandas del usuario sobre su afección.
- El profesional encargado de decidir la institución de destino de la referencia deberá contar con el criterio adecuado para saber cuál establecimiento podrá ayudar de la mejor forma al paciente, pudiendo ser capaz, de ser necesario, brindar una referencia a instituciones de segundo nivel, así como de tercer o cuarto nivel si la situación lo permite.

- Toda referencia y contrarreferencia, debe estar ingresado en el sistema REFCON se requiere de ser discutida y coordinada con la institución de destino, dando uso de los medios pertinentes de comunicación entre áreas de salud.
- Toda referencia deberá pasar por el área de admisión del servicio de emergencia o de su equivalente en otra institución, donde se procederá con las acciones administrativas concernientes, además del llenado de la hoja de registro de referencia.
- Los gastos asociados al proceso de referencia deberán de ser asumidos por el usuario si este es particular, en caso de contar con un seguro los gastos irán dirigido a dicha organización. Cabe destacar que los pagos nunca serán un impedimento para el tratamiento del paciente, ya que en casos como las emergencias se prima la salud del mismo.
- El servicio de salud está en la obligación de dar conocimiento al paciente sobre su eventual referencia y los costos pertinentes de esta.
- Respecto al servicio de consulta ambulatoria, se describen las siguientes disposiciones específicas (1):
- El profesional de salud encargado de la referencia deberá de ingresar al sistema REFCON, el formato de dicho procedimiento.
- El personal administrativo, en la brevedad posible, deberá de confirmar la posibilidad y respuesta positiva del establecimiento de destino para consignarlo en el registro de referencia.

Respecto al servicio de hospitalización, se describen las siguientes disposiciones específicas (1):

- Todo traslado del paciente deberá contar con una solicitud y aprobación respectivas de parte de los jefes o responsables del servicio o departamento de origen, así como del área de trabajo social en determinados casos.
- El profesional médico responsable del traslado deberá de asumir la responsabilidad de la referencia.
- El jefe del servicio o responsable del departamento será quien asuma la coordinación sobre el traslado del paciente al lugar de destino.
- Respecto al servicio de emergencia, se describen las siguientes disposiciones específicas (1):
- El personal de salud encargado, ya sea jefe de guardia o responsable del establecimiento, tendrá que hacer uso de todos los recursos y estrategias disponibles con las que cuenta la institución de origen antes de recurrir al proceso de referencia.
- Toda referencia en emergencia deberá ser solicitada por el responsable de atención, jefe de guarda o superior inmediato de acuerdo a premura de la situación.
- El registro de referencia en el sistema REFCON es un proceso fundamental en emergencia.
- El proceso de referencia en emergencia se acompañará de los resultados de los exámenes preliminares realizados, además del material que se considera pertinente para el análisis del paciente.
- El paciente que será referido a otro servicio deberá de ser acompañado por un profesional de salud calificado, así como de sus familiares y equipos de apoyo si es necesario.
- La referencia en emergencia deberá de ser solicitada dentro de las primeras seis horas desde el ingreso del paciente, y de no ser así, la institución contará con toda la responsabilidad administrativa y legal de las posibles consecuencias asociadas.

- De haber fallecido el paciente durante el proceso de traslado, este deberá ser regresado a la institución de origen donde se iniciarán los trámites administrativos y legales concernientes.

3.1.2.6. NIVEL DE ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN DE LA REFERENCIA

Las categorías o niveles de atención que hacen referencia las instituciones de salud del Perú son (6) :

En el primer nivel de atención:

- Categoría I-1. Puesto de salud, posta de salud o consultorio con profesionales de salud no médicos.
- Categoría I-2. Puesto de salud o posta de salud (con médico). Además de los consultorios médicos (con médicos con o sin especialidad).
- Categoría I-3. Corresponde a los centros de salud, centros médicos, centros médicos especializados y policlínicos.
- Categoría I-4. Agrupan los centros de salud y los centros médicos con camas de internamiento

En el segundo nivel de atención:

- Categoría II-1. El conjunto de hospitales y clínicas de atención general.
- Categoría II-2. Corresponde a los hospitales y clínicas con mayor especialización.
- Categoría II-E. Agrupan a los hospitales y clínicas dedicados a la atención especializada.

Tercer nivel de atención:

- Categoría III-1. Agrupan los hospitales y clínicas de atención general con mayores unidades productoras de servicios de salud.
- Categoría III-E. Agrupan los hospitales y clínicas de atención general con mayores unidades productoras de servicios de salud y servicios en general.

- Categoría III-2. Corresponden a los institutos especializados.

3.1.3. PROCESO DE CONTRARREFERENCIAS

La contrarreferencia es un proceso administrativo de tipo asistencial por el cual un establecimiento de salud de destino renvía o devuelve la responsabilidad del cuidado del paciente a una institución de origen donde se gestó la referencia, esto debido a que dicho establecimiento cuenta con la capacidad de poder monitorizar o vigilar el problema de salud del paciente de manera oportuna, velando por la seguridad integral del usuario (7).

En cuanto a la responsabilidad de la contrarreferencia; es el médico u otro profesional de la salud, quien atiende al usuario referido y decide si es necesario que permanezca dentro del establecimiento de salud o pueda ser referido de acuerdo a los procedimientos normados (7).

3.1.3.1. CONDICIONES DEL PACIENTE AL MOMENTO DEL EGRESO

Las condiciones que determinan la contrarreferencia son las siguientes (4).

- **Curado**

Se da cuando el paciente ha solucionado el problema de salud o se determina el alta definitiva.

- **Mejorado**

Cuando se ha resuelto el problema de salud de forma parcial, de modo que el usuario continúe le tratamiento bajo control en el centro de salud de origen.

- **Atendido por apoyo diagnóstico**

Cuando se obtienen los resultados de los exámenes, en los cuales se pidió ayuda diagnosticada.

- **Retiro Voluntario**

Cuando el usuario decide interrumpir el proceso de tratamiento en el establecimiento de destino, dejando constancia de ello una Hoja de Exoneración de Responsabilidad.

- **Deserción**

Cuando el usuario abandona el tratamiento, pese a los esfuerzos por localizar al paciente y para reiniciar su tratamiento.

- **Fallecimiento**

Cuando el usuario fallece durante el tratamiento.

3.1.3.2. ACTIVIDADES GENERALES

Para que se efectúe un proceso de contrarreferencia primero es necesario resolver la referencia de origen, las cuales, en su ejecución, poseen las siguientes disposiciones generales (1):

- Toda referencia que llegue a la institución de destino deberá ser atendida de manera preferencial por el área de administración, caja, para posteriormente pasar al servicio requerido.
- Para permitir el ingreso del paciente toda referencia necesariamente tendrá que ser aceptada por el jefe de guardia o responsable de la institución de salud, previa coordinación con el médico a cargo de la especialidad o servicio.
- Una vez ubicado el paciente, estos deberán de contar con la mayor cantidad de consultas e interconsultas necesarias para el cuidado de su salud.
- La atención hacia el paciente referido a consulta ambulatoria requerirá de ser efectuada el mismo día de recepción, y deberá realizarse de forma preferente.
- El responsable de atención o jefe de guardia una vez aceptada la referencia tendrá que brindar las directivas respectivas al personal de salud perteneciente al servicio

sobre el paciente referido, así como incidir en su intervención si esta se trata de una emergencia.

- Las referencias destinadas al servicio de emergencia siempre deberán de ser de pleno conocimiento del jefe de guardia.
- En caso de cumplir con todos los requerimientos del paciente en el servicio de destino, se procederá a elaborar la contrarreferencia, la cual cuenta con las siguientes características o procedimientos:
- La contrarreferencia únicamente podrá ser solicitada cuando se haya dado solución al problema específico del paciente o se haya dado alta definitiva.
- Una vez resuelta las dificultades del paciente, se deberá de consignar todos los datos en el formato de contrarreferencia, dando especial hincapié en las indicaciones y recomendaciones pertinentes.
- Los profesionales de salud responsables de la atención de la referencia deberán de explicar al paciente los motivos que hayan suscitado la solución de su problema, al igual que la razones por las que este es devuelto a su institución de origen.
- El personal de salud que determinó el alta del paciente deberá de suscribir el formato de contrarreferencia, incluyendo en este, todos los datos referidos al tratamiento de la afección, tales como diagnóstico, tratamiento, prescripción, etc.
- En caso de contrarreferencias sobre los resultados de radiología o laboratorial estos deben realizarse de manera oportuna con el objetivo de permitir el diagnóstico, instalación, o continuidad del tratamiento.
- El formato de contrarreferencia, una vez registrado por los encargados, deberá ser remitido al servicio de admisión para posteriormente derivarlo a la institución de origen.

- Antes de partir, la contrarreferencia tendrá que ser ingresada y registrada en el sistema REFCON, el cual deberá ser aceptada por el establecimiento de destino.

3.1.3.3. ACTIVIDADES ESPECÍFICAS

Se realiza mediante la contrarreferencia de emergencia (1):

- Se da cuando ocurren situaciones de emergencia como hospitalización del usuario, manejo ambulatorio del caso o referido cuando dicho caso se ha complicado y se necesita una atención de mayor complejidad que no se tiene en su establecimiento de origen.
- El médico de guardia o personal de salud deberá de entregar diariamente las hojas de contrarreferencias a la unidad de seguros y referencias cada vez que atienda uno de los casos de algún paciente referido.

Se realiza en base a los resultados e informes de diagnóstica en la contrarreferencia (1):

- Se deberá adjuntar la información correspondiente a los resultados de los exámenes de diagnóstico como formatos, gráficos, placas entre otros.
- La hoja deberá de ser llenada y suscrita por el profesional de salud del laboratorio, de tal manera que se evidencia o determine el motivo de la contrarreferencia.

3.1.3.4. CONTRARREFERENCIA INJUSTIFICADA

Se da cuando el usuario es contrarreferido sin un motivo alguno o sin presentar de manera adecuada el documento en el cual se justifique el motivo de la contrarreferencia, por lo que se deberá de evaluar el caso para poder investigar por qué el paciente ha regresado a su establecimiento de origen (1).

3.1.4. CONTROL DEL SRC

3.1.4.1. SUPERVISIÓN

La supervisión del sistema de referencia y contrarreferencia se ejecuta dentro del enfoque integral y descentralizado en cada uno de los niveles organizacionales de supervisión, siendo parte de la responsabilidad del equipo de conducción del SRC, de tal manera que se busque incorporar criterios de supervisión inherentes al sistema (1).

Dichas supervisiones deben ser planificadas de manera periódica en los diversos niveles de organización, especialmente en aquellos sectores donde se evidencien problemas en cuanto al manejo sanitario o cuando el mismo equipo de supervisión lo considere necesario (1).

Las áreas a explorar mediante la supervisión son las siguientes:

- Organización
- Flujo de referencia y contrarreferencia
- Gestión de logística
- Manejo del sistema de información y registro
- Sistema de comunicación y transporte

3.1.4.2. MONITOREO

Se incorpora dentro del enfoque integral y descentralizado del monitoreo de la gestión sanitaria, por lo que, el equipo encargado deberá de establecer aquellos procesos que resultan ser esenciales en el sistema de referencias y contrarreferencias, siendo incorporados y monitorizados de tal manera que puedan ser evaluados, buscando la mejora de dicho proceso de forma continua (1).

El monitoreo viene a ser un proceso de control, el cual es asumido por los responsables de las unidades de referencias que puedan informar al comité de referencias y contrarreferencias de acuerdo al nivel que corresponde (1).

Por otro lado, los indicadores utilizados para el monitoreo del sistema pueden vear de acuerdo a las indicaciones adicionales o complementarias de acuerdo a las necesidades de cada gestión (1).

3.1.4.3. EVALUACIÓN

La evaluación del sistema de referencias y contrarreferencias es incorporada dentro de la evaluación integral y descentralizada de la gestión sanitaria, por el cual, se deben incluir indicadores de estructura, resultados y el impacto el cual puedan medir los objetivos propuestos en cada nivel organizacional, lo que permita también establecer nuevas estrategias o programas de intervención adecuadas y relacionadas a las deficiencias encontradas durante el proceso de la evaluación, de igual manera, estas pueden cambian o adaptarse de acuerdo al nivel del sistema y según la necesidad local (1).

3.1.5. CORONAVIRUS (COVID-19)

Según la OMS (8), la enfermedad por coronavirus (COVID-19), es una enfermedad infecciosa que es causada por el virus SARS-CoV-2; a su vez la mayoría de las personas infectadas experimentan cambios en cuando a la respiración de leve a moderada, presentado diferentes signos y síntomas, que aparecen durante el contagio.

Un acuerdo entre naciones ha etiquetado la enfermedad causada por este nuevo virus como COVID-19. Las pruebas indican que el periodo entre la exposición y el inicio de los síntomas es probablemente de 5 días (con un intervalo de 2-14 días) (9).

La enfermedad afecta principalmente a individuos de 30 a 79 años, siendo excepcionalmente infrecuente en los menores de 20; el 80% de los casos presentaba indicios leves, mientras que el resto del 20% tenía indicios clínicos graves. Muchas de estas personas tenían afecciones médicas previas, como hipertensión, cardiopatías, diabetes o enfermedades respiratorias de larga duración (9).

Las vías de transmisión más directas suelen ser por contacto con otra paciente por COVID-19, si bien no puede detectarse o descartarse completamente, el contacto prolongado con personas que tengan dichas enfermedad, aumenta las probabilidades de contagio y afecciones que puede afectar al individuo (9).

3.1.5.1.SÍNTOMAS Y SIGNOS

- Síntomas más comunes: Tos, fiebre, cansancio y pérdida del gusto o del olfato.
- Síntomas menos comunes: Dolor de garganta, dolor de cabeza, dolores y molestias, diarrea, erupción de piel.
- Síntomas graves: Dificultad de respiración, pérdida del habla, dolor de pecho.

3.1.5.2.REPERCUSIÓN DE LA COVID 19 EN EL SECTOR DE SALUD

En la lucha contra la pandemia, el sector salud ha implementado cuatro estrategias las cuales se dividen de la siguiente manera (10):

- **Promoción y prevención social**

Implementación de programas que inciten a la población al aislamiento de los casos positivos, uso de mascarillas, lavado de manos entre otros; buscando concientizar a la población para evitar el contagio masivo.

- **Atención especializada**

Seguimiento epidemiológico y de ampliación de la salud mediante la virtualidad y priorización de la atención hacia grupos vulnerables que se encuentran más propensos a poder contagiarse del virus y presentar complicaciones que puedan afectar el estado de salud de la persona.

- **Fortalecimiento de la atención**

Implementación de la telemedicina, para la orientación y atención de las personas de forma rápida mediante la virtualidad, ofreciendo una calidad de atención similar a la que se es recibida de forma presencial.

- **Estrategia de inmunización masiva**

Implementación de los programas realizados por el estado, en la población peruana; mediante estrategias de reducción de grupo y priorización de aquellos sectores que se encuentran en contacto directo con las personas infectadas y los sectores que se encuentren dentro de poblaciones vulnerables.

3.1.5.3.REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA DE PACIENTES POR COVID-19

- La referencia se realiza cuando el establecimiento de salud, no cuenta con capacidad resolutive, para poder brindar de manera óptima la prestación de salud, que se requiere en ese momento por el usuario con infección por COVID-19, por lo que, debe ser referido a un establecimiento que si pueda cubrir la necesidades del usuario y pueda brindar los servicios de salud adecuados (3).
- Las prestaciones tanto administrativas como de salud, deben estar relacionadas al proceso de referencia y contrarreferencias del usuario, deben ser cubiertas por el IAFAS ya sea pública, privada o mixta (3).
- La referencia que realiza el establecimiento de salud debe garantizar la continuidad de la atención del usuario que acude por COVID-19, que debe ser registrada mediante la aplicación informática del REFCON (3).
- El establecimiento de salud de origen debe coordinar con la IPRESS de destino para una correcta referencia del paciente con la unidad central de Referencias MINSA, quien se encargará de comunicarse con otras centrales de referencia (IAFAS o IPRESS), para coordinar el transporte asistido del paciente (3).

- El establecimiento de salud de destino deberá elaborar la hoja de contrarreferencia o llenar el REFCON, para retornar la responsabilidad del manejo del usuario con infección por COVID-19, al establecimiento de origen con las indicaciones y tratamiento correspondiente (3).

4. ANÁLISIS DE ANTECEDENTES DE INVESTIGACIÓN

4.1. ANTECEDENTES LOCALES

- a) **Autor:** Espinoza Linares, J. (11)

Título: “Sistema de referencias y contrarreferencias de pacientes atendidos en el hospital regional Julio Pinto Manrique de la policía nacional del Perú, Arequipa 2010”

Fuente: Repositorio Universidad Católica de Santa María 2012.

Resumen: La investigación consideró que tanto las referencias como contrarreferencias de los pacientes que acuden al establecimiento de salud requieren de un intercambio y apoyo técnico para el manejo de la información, esto a todo nivel como es el administrativo, técnico, la administración y gerencia, para que el funcionamiento a nivel de la red asistencial sea de forma dinámica lo cual permita demostrar la capacidad resolutoria conjunta en búsqueda de la satisfacción a la atención de la población, y las oportunidades de mejora.

Resultados: Los resultados de la investigación permitieron observar que una característica resaltante fue que los pacientes referidos en un 51.6% fueron de grado de dependencia II, y un 53% fueron referidos debido a su complejidad a las diferentes áreas críticas del MINSA y EsSalud. También se observó que del total de contrarreferencias se subdividen en condición de curado en 38.6%, en un 37.5% en condición de paciente mejorado, en 19% como apoyo al diagnóstico y solo un 4.8% como resultado de paciente fallecido.

Conclusiones: El sistema de referencias del hospital de la Policía Nacional del Perú, refiere en gran porcentaje a pacientes de grado de dependencia II a las diferentes áreas críticas del establecimiento de EsSalud y Minsa. Su sistema de contrareferencia muestra que sus resultados son muy positivos en diagnóstico de paciente curado y paciente mejorado.

4.2. ANTECEDENTES NACIONALES

a) **Autor:** Paz Vargas, J. (12)

Título: “Caracterización de las estrategias de las referencias del hospital de emergencias pediátricas, Lima 2018”

Fuente: Repositorio Universidad Ricardo Palma 2021.

Resumen: La investigación tuvo como finalidad determinar las estrategias de las referencias de un centro de salud. Para el desarrollo, se utilizó el método cualitativo descriptivo, donde la población fue todas las referencias pediátricas del Hospital contempladas durante el año 2018.

Resultados: Los resultados de la investigación permitieron observar del total de referencias que el 53.6% de ellos eran del sexo femenino, siendo la edad más frecuente de 1 a 4 años de edad con un 33.3%, predominando las referencias al EESS-Ministerio de Salud (59.8%), siendo el motivo de referencia falta de cama (79.2%), falta de especialista (9.6%), no contar con capacidad resolutive (7.5%) y un 3.7% contaban con atención en otros sistemas de salud. Por otro lado, el 99.2% de las referencias fueron justificadas siendo el 91.6% referido por prioridad. Así mismo las especialidades requeridas fueron pediatría (72.5%), cirugía pediátrica (3.7%), gastroenterología (3.4%), traumatología (2.9%), radiología (2.7%), cardiología (2.4%), y neurología (2.3%).

Conclusiones: Existió una afluencia masiva de referencias del sexo femenino, con edades de 1 a 4 años, teniendo por motivo de las referencias la falta de cama y el requerimiento de la atención por las especialidades de pediátrica, cirugía pediátrica y gastroenterología.

b) **Autores:** Cárdenas, G.; Sánchez, K.; Delgado, J.; Arévalo, L. (13)

Título: “Sistema de referencias y contrarreferencias con el manejo de las emergencias obstétricas del Hospital II-1 Moyobamba, 2020”.

Fuente: Revista Internacional de Salud Materno Fetal

Resumen: Su estudio tuvo por objetivo el poder conocer el vínculo existente entre las referencias y contrarreferencias del Hospital, con el manejo de las emergencias obstétricas; por ende, la metodología utilizada fue de tipo cuantitativo, descriptivo correlacional, teniendo por muestra a 61 referencias; asimismo, para el recojo de información fue por medio de un análisis documental, siendo el instrumento la ficha de recojo de datos.

Resultados: Entre los resultados se destacó el cumplimiento del sistema de referencia y contrarreferencia en el nivel “regular” con un 42%, el manejo asistencial de pacientes obstétricas fue “regular” con 44%, manejo administrativo 50% “regular” y con diagnóstico más frecuente de las referencias fue la hipertensión severa causada por el embarazo con un 23%.

Conclusiones: Los resultados obtenidos en el estudio mencionaron la existencia de relación entre las variables de estudio en el Hospital; sin embargo, de las referencias más comunes son las dadas por hipertensión severa.

c) **Autor:** Ascasibar Andrade, Y. (14)

Título: “Factores que influyen el sistema de referencia y contrarreferencia en el servicio de gineco-obstetricia, hospital de chancay, enero- diciembre, 2016”

Fuente: Repositorio de la Universidad Nacional Federico Villarreal

Resumen: Realizado en Lima y publicado en el año 2019, tuvo por objetivo principal establecer la influencia de los factores en el desarrollo del Sistema de Referencias y Contrarreferencias dentro del Hospital. Así, la metodología utilizada fue de enfoque cuantitativo, hipotético-deductivo, correlacional; adicionalmente. Se utilizó encuestas para recabar la información, que fueron aplicados a dos poblaciones distintas, una a 42 profesionales de la salud y otro a 264 pacientes que fueron referidos al Hospital de distintos establecimientos de salud.

Resultados: Los resultados del estudio demostraron la influencia entre las variables, aplicándose la prueba de estadística de Rho de Spearman, obteniendo una correlación de $r = 0.585$, interpretándose como una correlación moderada.

Conclusiones: El sistema de referencias y contrarreferencias son adecuados, siendo uno de los principales factores la comunicación realizada por el personal en el horario de trabajo, lo que permite el desarrollo óptimo en la calidad de servicio.

d) **Autor:** Reyna Méndez, E. (15)

Título: “Calidad del proceso de atención y satisfacción en el asegurado con el servicio de referencia y contrarreferencia. Hospital- III ESSALUD Víctor Lazarte Echegaray”

Fuente: Repositorio Universidad César Vallejo

Resumen: Realizado en Trujillo en el 2021, tuvo como propósito determinar si existe relación entre la calidad del proceso de atención y satisfacción del asegurado, fue de tipo descriptivo correlacional, y tuvo una muestra de 112 asegurados a

quienes se les aplico los cuestionarios valorativos de la calidad del proceso de atención al servicio de referencia y contrarreferencia.

Resultados: Sus resultados determinaron que el proceso generalmente es bueno y que se relaciona significativamente con la satisfacción del asegurado

Conclusiones: Relación significativa entre el proceso de atención con la satisfacción del asegurado en el servicio de referencia y contrarreferencia.

e) **Autor:** Shuña Pérez, R. (16)

Título: “Gestión de la información y toma de decisiones en las referencias y contrarreferencias del Hospital II -2, Tarapoto 2020”

Fuente: Repositorio Universidad César Vallejo

Resumen: Tuvo como propósito, determinar la relación entre la gestión de la información y toma de decisiones en las referencias y contrarreferencias en dicho establecimiento, fue de tipo correlacional de corte transversal, con una muestra conformada por 30 funcionarios a los cuales se les aplico una encuesta y el instrumento del cuestionario.

Resultados: Se observó una significancia bilateral de los datos siendo mayor que el nivel p , valor propuesto ($p=0.617 < 0.05$), además de ello, el Rho Spearman obtuvo un valor de ($Rho=0.095$) siendo una correlación positiva muy baja.

Conclusiones: No existió una correlación entre gestión de la información y toma de decisiones.

4.3. ANTECEDENTES INTERNACIONALES

a) **Autores:** Mendoza, C. y Vélez, V. (17)

Título: “Contribución de la medicina familiar y comunitaria a la optimización del sistema de referencia y contrarreferencia de los pacientes con diabetes mellitus tipo

2 en las unidades de los Esteros de Manta y los Ángeles de Colón de Portoviejo, entre el 2017 y el 2019”

Fuente: Repositorio Pontificia Universidad Católica de Ecuador

Resumen: Realizado en Quito, tuvo como finalidad realizar una caracterización del aporte de la medicina familiar y comunitaria para la optimización del sistema de referencias y contrarreferencias de pacientes que padecen diabetes. El método utilizado en la investigación fue descriptivo; teniendo una población de 1.230 pacientes de los años 2017 a 2019.

Resultados: Dentro de los resultados encontrados en el estudio, se estableció que, la contribución de la medicina familiar y comunitaria han influido positivamente en el sistema de referencias y contrarreferencias presentes en los pacientes de diabetes.

Conclusiones: Se halló que la satisfacción de los pacientes está dada por la seguridad en el tratamiento de la enfermedad

b) **Autores:** Díaz, M.; González, Y.; Rivera, V. (18)

Título: “Fallas en el proceso de referencia y contrarreferencia en el servicio de urgencia de instituciones de salud en Montería, en los últimos dos años”

Fuente: Repositorio Universidad de Córdoba.

Resumen: Realizado en Córdoba en el año 2020, tuvo por finalidad conocer las principales fallas que tiene el sistema de salud en Montería, en relación a las referencias y contrarreferencias del área de urgencias. Para la recolección de datos los autores elaboraron una ficha de análisis documental, el mismo que estuvo enfocado a la recolección de documentos de los últimos dos años previos a la investigación.

Resultados: Los resultados demostraron que las fallas más frecuentes experimentadas por los usuarios, se daban desde la preparación del proceso de remisión, en tal sentido que el servicio de atención que remite al paciente no cumplía con los pasos del proceso de la norma, lo que implicaba que el paciente recibido en dicha entidad, debía esperar a que complete la información, siendo vulnerable hacia riesgos potenciales en cuanto a las alteraciones en su estado de salud.

Conclusiones: Se encontró que las principales fallas dadas en los actores que realizan el trámite documentario de los pacientes, formándose cuellos de botella en todo el trámite documentario

c) **Autores:** Alvarado, O.; Combita, M.; Martínez, A. (19)

Título: “Análisis al proceso de referencia y contrarreferencia de una EPS en Bogotá” 2018.

Fuente: Repositorio Fundación Universitaria Compensar

Resumen: Tuvo por propósito realizar un análisis de la base de datos de referencias y contrarreferencias de una entidad prestadora de servicios de la salud, establecida en la ciudad de Bogotá. Por ende, la metodología empleada en el estudio fue cualitativo, descriptivo; asimismo, se tomó como muestra a 36 archivos referentes a los años 2015 al 2017.

Resultados: Los principales resultados de la investigación fueron que, dentro de las referencias y contrarreferencias encontradas la enfermedad de mayor afluencia dentro de los archivos son las referentes a problemas respiratorios.

Conclusiones: Se observó que uno de los factores determinantes en el proceso de remisión fue la falta de contratación de red por parte de la entidad promotora.



1. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

1.1. Técnica:

La técnica que se utilizó para el presente trabajo de investigación fue la Revisión documental, en el cual se buscó recolectar toda la información posible en base al proceso de referencias y contrarreferencias en las gestantes atendidas en dicho establecimiento.

1.2. Instrumento:

El instrumento que se aplicó fue la Ficha de recolección de datos, creado por la propia autora, tomando como base la información brindada dentro del Sistema REFCON, utilizado de manera virtual para tomar los datos de los pacientes, en cuanto a las referencias y contrarreferencias dadas desde su establecimiento de origen hacia otro de mayor complejidad y viceversa, propiciando de esta manera un mayor grado de confiabilidad y veracidad del presente trabajo de investigación.

VARIABLES	INDICADORES	TÉCNICA	INSTRUMENTO
Proceso de Referencias	<ul style="list-style-type: none"> - Origen de la referencia. - Establecimiento destino de la referencia. - Unidad productora destino de la referencia - Criterios de selección del establecimiento de destino - Procedimientos de la referencia - Referencia injustificada - Datos de la referencia 	Revisión documental	Ficha de recolección de datos creado por la autora en base al Sistema REFCON
Proceso de Contrarreferencia	<ul style="list-style-type: none"> - Establecimiento de origen - Establecimiento de contrarreferencia 		

	<ul style="list-style-type: none"> - Identificación del motivo de contrarreferencia - Origen de contrarreferencia - Condiciones del usuario - Datos de la contrarreferencia 		
--	---	--	--

El instrumento que se utilizó para el trabajo de investigación de Fanny Paola Alarcón Mamani, para su estudio fue la Ficha de Datos creados por la propia autora en base al Sistema REFCON de referencias y contrarreferencias, para el estudio de “Proceso de referencias y contrarreferencias en gestantes en tiempos de COVID-19 que acudieron al Centro de Salud Ciudad de Dios, Arequipa 2020 - 2021.”.

2. CAMPO DE VERIFICACIÓN

2.1. UBICACIÓN ESPACIAL

El trabajo de investigación se llevó a cabo en el Centro de Salud Ciudad de Dios, ubicado en el distrito de Yura de la ciudad de Arequipa.

2.1.1. ÁMBITO GENERAL

- Departamento: Arequipa.
- Provincia: Arequipa.
- Distritos: Yura.

2.1.2. ÁMBITO ESPECÍFICO

- Centro de Salud Ciudad de Dios, consultorios de atención al que tiene acceso la gestante.

2.1.3. CARACTERÍSTICAS DEL LUGAR

- La presente investigación se realizó en el Centro de Salud Ciudad de Dios, perteneciente a la Gerencias Regional de Salud Arequipa, es de categoría I-3, y se

encuentra en la provincia de Arequipa, distrito de Yura, en el centro poblado Ciudad de Dios, ubicado en el KM 14 Comité 10, Manzana F Lote 1, perteneciente a la Red Arequipa Caylloma.

2.1.4. DELIMITACIÓN GRÁFICA DEL LUGAR

- Se realizó en el Centro de Salud Ciudad de Dios (ANEXO N° 3)

2.2. UBICACIÓN TEMPORAL

2.2.1. CRONOLOGÍA

- El proceso investigativo se basó en los años 2020-2021.

2.2.2. VISIÓN TEMPORAL

- Retrospectivo

2.2.3. CORTE TEMPORAL

- Transversal

2.3. UNIDADES DE ESTUDIO

La unidad de estudio estuvo conformada por el registro del sistema REFCON, de las pacientes gestantes que acudieron en tiempos de COVID-19 al Centro de Salud Ciudad de Dios.

2.3.1. UNIVERSO

- Pacientes gestantes que fueron atendidas en tiempos de COVID-19, en el Centro de Salud Ciudad de Dios en el 2020 – 2021.

2.3.2. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Pacientes gestantes atendidas en dicho establecimiento que fueron referidas, durante los años 2020-2021.
- Pacientes gestantes retornadas con Contrarreferencias, durante los años 2020-2021.

2.3.3. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Pacientes gestantes que no fueron atendidas en dicho establecimiento.

- Pacientes gestantes que no fueron retornadas con Contrarreferencias.
- Pacientes gestantes que no fueron atendidas durante los años 2020-2021.

2.3.4. MUESTRA

2.3.4.1. CRITERIOS ESTADÍSTICOS

- **Tamaño de muestra por formula**

$N = (\text{universo} \times 400) / (\text{universo} + 400)$

$N = (19056 \times 400) / (\text{universo} + 400)$

N: 391,77

Por lo que la muestra estuvo conformada por un total de 392 pacientes gestantes atendidas en el Centro de Salud Ciudad de Dios.

- **Por tablas de Arkin y Colton**

Confiabilidad: 95.5%

Margen de error: 5 %, 10%

Probabilidad: 50%

Población: 19056

TABLA QUE NOS INDICA EL TAMAÑO DE LA MUESTRA PARA QUE SEA REPRESENTATIVA DE POBLACIONES FINITAS PARA MARGENES DE ERROR DESDE +1% A +10% EN LA HIPÓTESIS DE P=50% Y CON UNA CONFIABILIDAD DEL 95% (ÓPTIMA)

% error	+ - 1%	+ - 2%	+ - 3%	+ - 4%	+ - 5%	+ - 10%
Población total	N ₁	N ₂	N ₃	N ₄	N ₅	N ₁₀
N _p	N ₁	N ₂	N ₃	N ₄	N ₅	N ₁₀
500	-	-	-	-	222	83
1000	-	-	-	385	286	91
1500	-	-	638	441	316	94
2000	-	-	714	476	333	95
2500	-	1250	769	500	345	96
3000	-	1364	811	520	353	97
3500	-	1458	843	530	359	98
4000	-	1538	870	541	364	98
4500	-	1607	891	546	367	98
5000	-	1667	909	556	370	98
6000	-	1765	938	566	375	99
7000	-	1842	959	574	378	99
8000	-	1905	976	580	381	99
9000	-	1957	989	584	383	99
10000	5000	2000	1000	588	385	99
15000	6000	2143	1034	600	390	100
20000	6667	2222	1053	606	392	100
25000	7143	2273	1064	610	394	100
50000	8333	2381	1087	617	397	100
100000	9091	2439	1099	621	398	100
+ de 100000	10000	2500	1111	625	400	100

Tamaño de muestra con 5% de margen de error: 392

Tamaño de muestra con margen de error de 10%: 100

Se recomienda trabajar con un margen de error de 5%, a un nivel muestral de 392.

2.3.4.2. TAMAÑO DE LA MUESTRA

- **Universo:** Pacientes gestantes referidas y contra referidas.
- **Muestra:** Muestra conformada por un total de 376 pacientes gestantes.

2.3.4.3. FORMALIZACIÓN DE LA MUESTRA

- Pacientes gestantes que acudieron por atención al Centro de Salud Ciudad de Dios.

2.3.4.4. TIPO DE MUESTREO

- Muestreo Aleatorio

3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.1. ORGANIZACIÓN

En primer lugar, se solicitó el permiso al Jefe del Centro de Salud Ciudad de Dios, para tener acceso al sistema REFCON, y fichas de referencias y contrarreferencias de los años 2020-2021. Una vez que se obtuvo el permiso, se pasó a recolectar la información de cada una de las gestantes que formaban parte de la investigación. Después de la obtención de este se comenzó a llenar la guía de revisión documental, anotando todos los datos necesarios de cada paciente. Luego, se pasaron los datos a una matriz de datos, y fueron analizados en el programa SPSS versión 25, presentando los hallazgos obtenidos mediante tablas de frecuencias para su interpretación.

3.2. RECURSOS

3.2.1. RECURSOS HUMANOS

- Investigadora: Bachiller en Obstetricia Fanny Paola Alarcón Mamani.
- Asesora: Obst. Dra. Verónica Florencia Oviedo Tejada.

3.2.2. RECURSOS FÍSICOS

- Materiales de escritorio y de recolección de datos: Hojas, lapicero, archivadores, engrapadoras entre otros.
- Tecnológicos: Computadora/ laptop e impresora.

3.3. RECURSOS ECONÓMICOS

- Autofinanciado por la investigadora

3.4. CONSIDERACIONES ÉTICAS

- Se realizó la investigación previo consentimiento al Jefe del Centro de Salud Ciudad de Dios.
- Se respetó y se mantuvo el anonimato de cada una de las pacientes de las cuales fueron accedidas las fichas de referencia y contrareferencia, en la plataforma REFCON.
- Se respetó cada uno de los datos obtenidos de las fichas, sin alterar las descripciones de las mismas.

4. ESTRATEGIA PARA MANEJAR LOS RESULTADOS

4.1. PLAN DE PROCESAMIENTO

4.1.1. TIPO DE SISTEMATIZACIÓN

El procesamiento de los datos fue de manera manual, luego de ello estos fueron tabulados en una matriz de datos de doble entrada, caracterizados por consignas de datos nominales y numéricos.

4.1.2. PLAN DE OPERACIÓN

- Plan de clasificación: Sistematización
- Plan de codificación: Números o dígitos.
- Plan de graficación: Gráficos.
- Plan de tabulación: Cuadros, tablas, etc.

- Plan de recuento: Manual.

4.1.3. PLAN DE ANÁLISIS

El análisis que se utilizó fue la estadística descriptiva, el cual estuvo caracterizado por contar con una distribución de frecuencias porcentuales. Además, se hizo uso de tablas univariadas y de contingencia para mostrar frecuencias absolutas y relativas porcentuales.





RESULTADOS

Frecuencias y porcentajes de los datos de hojas de referencia.

Tabla 1

Establecimiento de destino de referencia.

	fi	%
Centro de Salud Maritza Campos Diaz	208	72.5
Hospital Regional Honorio Delgado	79	27.5
Total	287	100.0

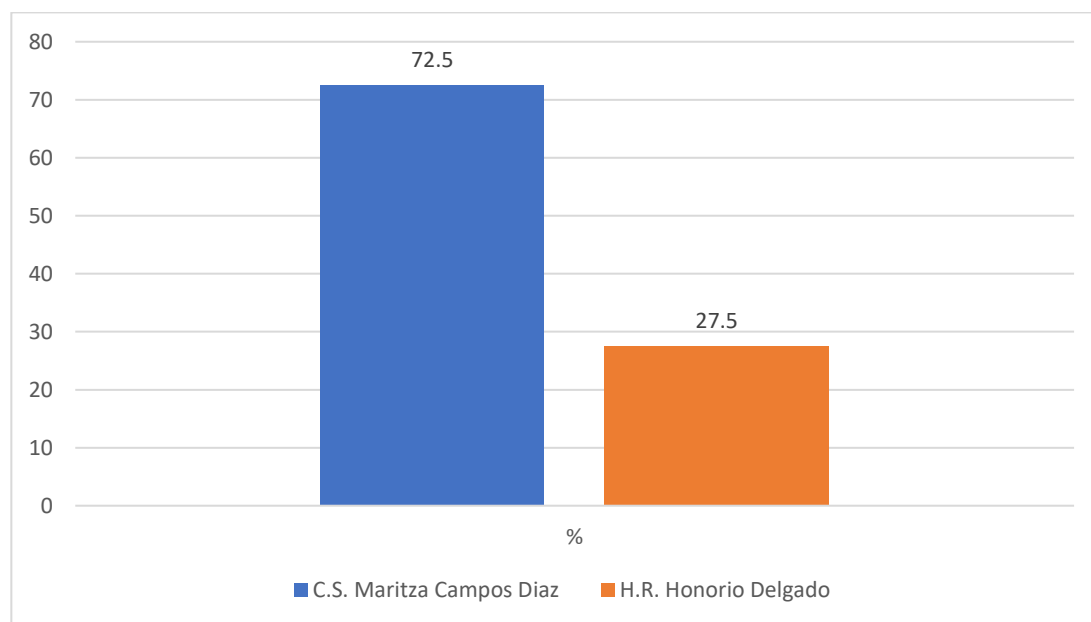
Fuente: Elaboración propia.

Al observar la tabla acerca de los establecimientos a los cuales se derivan las referencias, se pudo encontrar que, el 72.5% de las mujeres atendidas en el consultorio de obstetricia son referidas al centro de salud Maritza Campos Diaz y el 27.5% son referidas al Hospital Regional Honorio Delgado.

De lo observado se puede inferir que, hay mayor presencia de casos de menor gravedad, los cuales pueden ser manejados con el material e instrumentos de los que dispone el centro de salud, por ello, más de la mitad de la muestra es referida a ese establecimiento, mientras que una mínima parte es referida al hospital por problemas más graves.

Figura 1

Establecimiento destino de referencia.



Fuente: Elaboración propia.



Tabla 2*Unidad productora destino de la referencia.*

	fi	%
Apoyo al diagnóstico	177	61.7
Emergencia	67	23.3
Consultorio externo	40	13.9
No refiere	3	1
Total	287	100.0

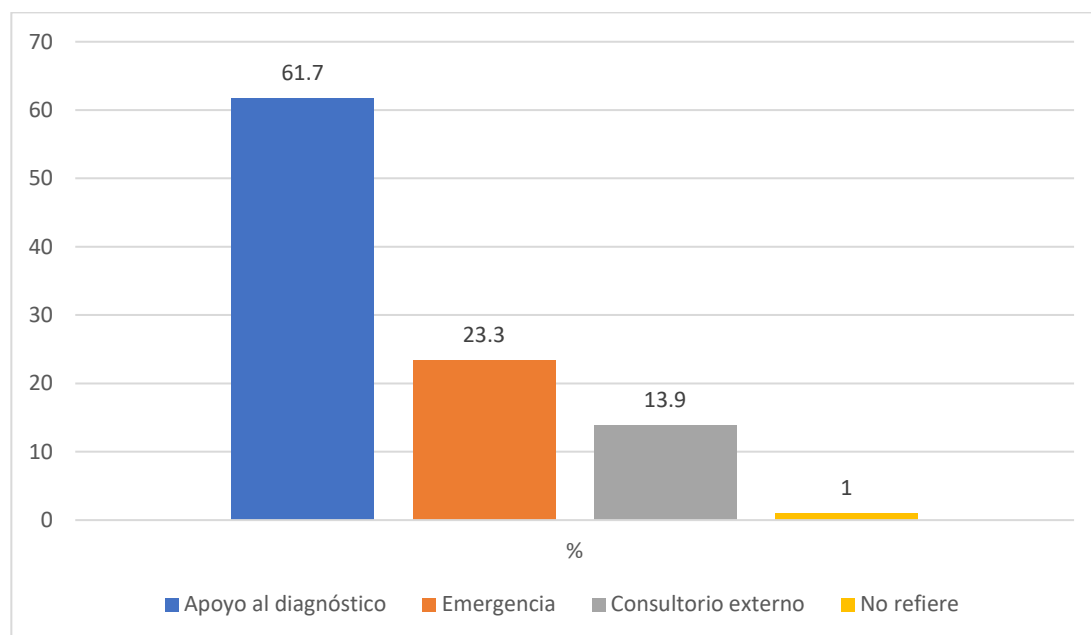
Fuente: Elaboración propia.

Al observar a que unidad productora del servicio genera en el centro de salud Ciudad de Dios sus referencias, se encontró que el 61.7% de las referencias fueron enviadas al servicio de apoyo al diagnóstico, el 23.3% al área de emergencia, el 13.9% al área de consultorio externo y el 1.0% no refiere a que área se generó la referencia.

Esta tabla nos lleva a inferir que, más de la mitad de las mujeres que se hacen atender en el servicio de obstetricia recibieron su referencia para el servicio de apoyo al diagnóstico, esto podría deberse a que el centro de salud no cuenta con el servicio de apoyo al diagnóstico de ecografía específicamente.

Figura 2

Unidad productora destino de la referencia.



Fuente: Elaboración propia.



Tabla 3*Criterios de selección del establecimiento de destino.*

	fi	%
Capacidad resolutive	286	99.7
No refiere	1	0.3
Accesibilidad	0	0
Oportunidad	0	0
Total	287	100.0

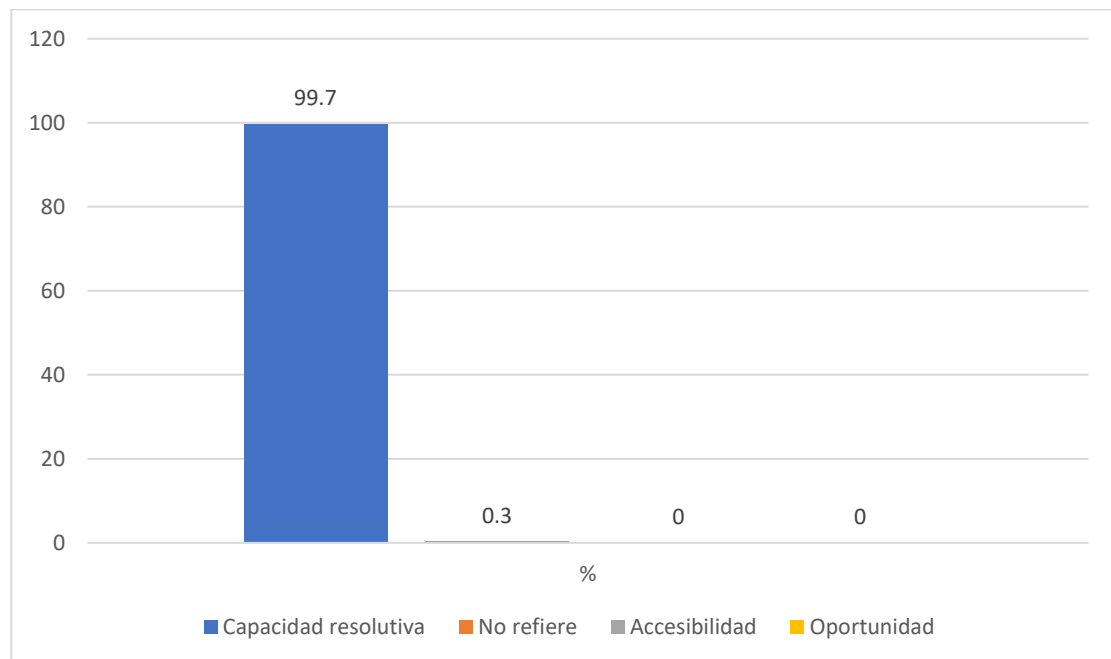
Fuente: Elaboración propia.

Al determinar qué criterios utiliza el servicio de obstetricia para determinar el lugar al que serán referidas las pacientes se pudo observar que, el 99.7% de las referencias escogieron el establecimiento determinado por su capacidad resolutive y el 0.3% no refirió el motivo de la elección.

Esta información nos permite inferir que poco menos de la totalidad de la muestra determina el lugar al que se refiere a la paciente por la capacidad resolutive, esto podría deberse a la experiencia del personal que labora en el área de obstetricia o al conocimiento minucioso de las competencias de cada nosocomio disponible para referir.

Figura 3

Criterios de selección del establecimiento de destino.



Fuente: Elaboración propia.



Tabla 4*Procedimiento de la referencia.*

	fi	%
Nivel de establecimiento origen de la referencia	285	99.3
No refiere	1	0.3
Nivel comunal	1	0.3
Total	287	100.0

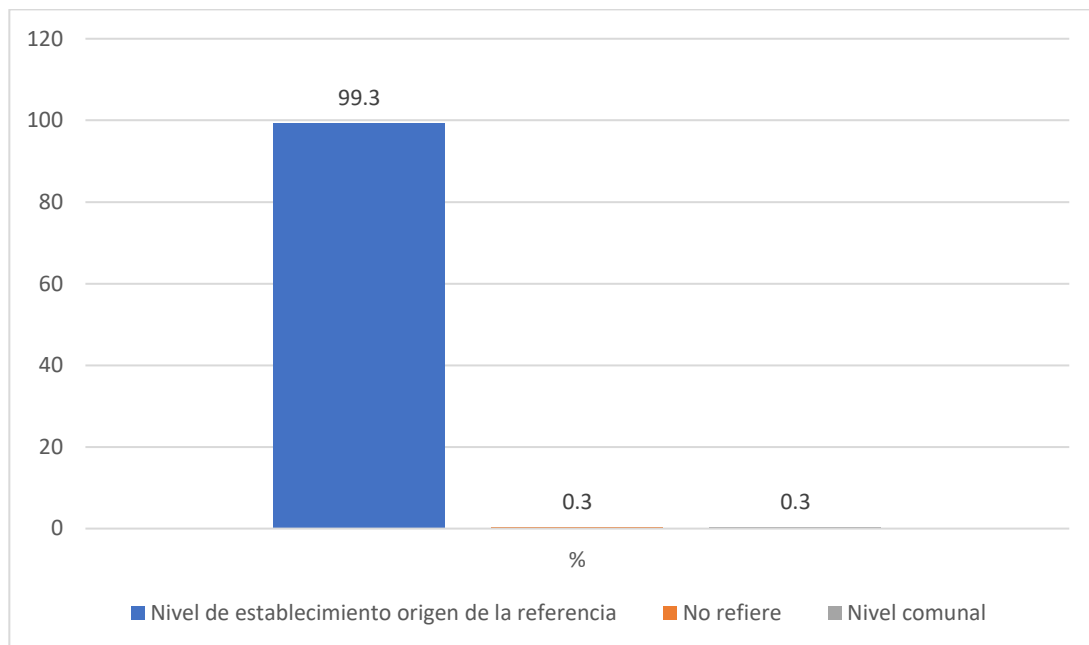
Fuente: Elaboración propia.

Al indagar acerca del procedimiento de referencia realizado por el servicio de obstetricia en el centro de salud Ciudad de Dios, se encontró que, el 99.3% de las referencias se hicieron de acuerdo al nivel de establecimiento origen de la referencia, el 0.3% refirió a nivel comunal y de igual modo, no refiere.

De lo observado podemos inferir que poco menos de la totalidad de la muestra genera documentos de referencia de acuerdo al nivel del establecimiento de origen de la referencia, esto podría deberse a que, de acuerdo con los protocolos establecidos para realizar referencias solo se puede referenciar pacientes a centros de salud de niveles más elevados.

Figura 4

Procedimiento de la referencia.



Fuente: Elaboración propia.



Tabla 5
Referencias injustificadas.

	fi	%
No injustificadas	287	100.0
El establecimiento si contaba con la capacidad resolutive	0	0.0
El establecimiento destino no cuenta con la capacidad resolutive	0	0.0
Total	287	100.0

Fuente: Elaboración propia.

Al observar la información con respecto a referencias injustificadas, podemos observar que el 100.0% de las referencias fueron no injustificadas.

Se puede deducir de la información que todas las referencias fueron realizadas de modo satisfactorio.

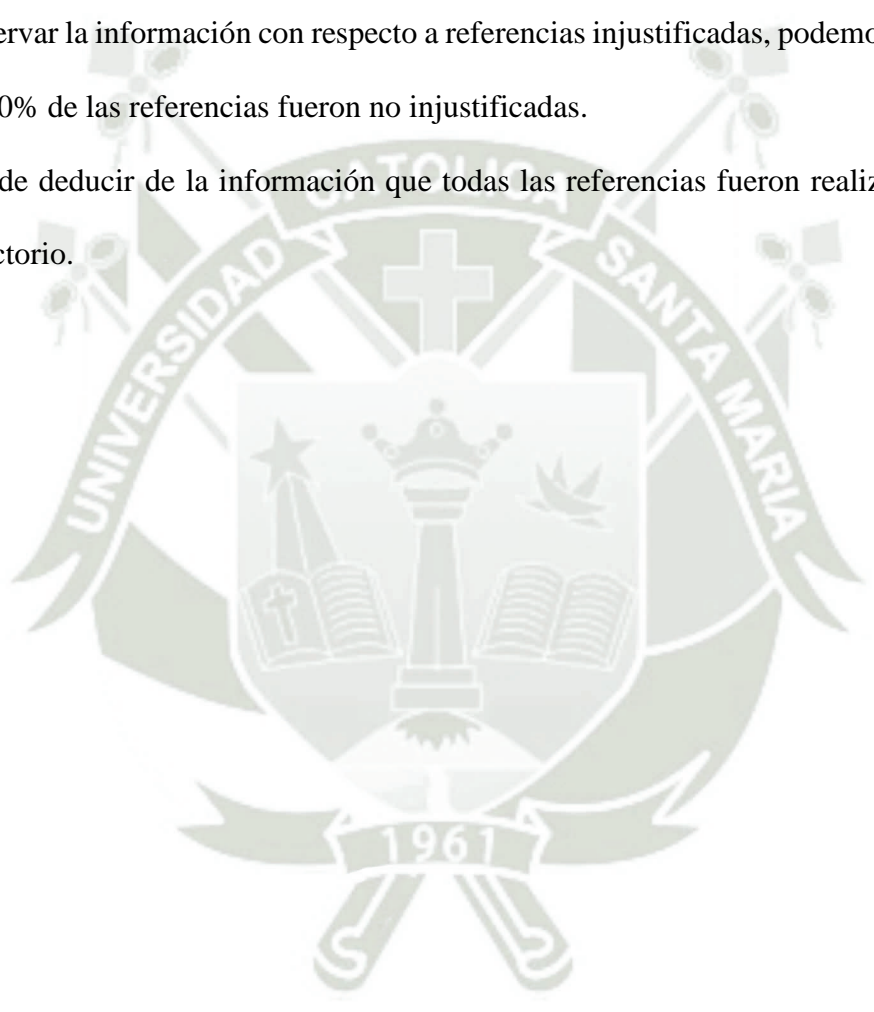
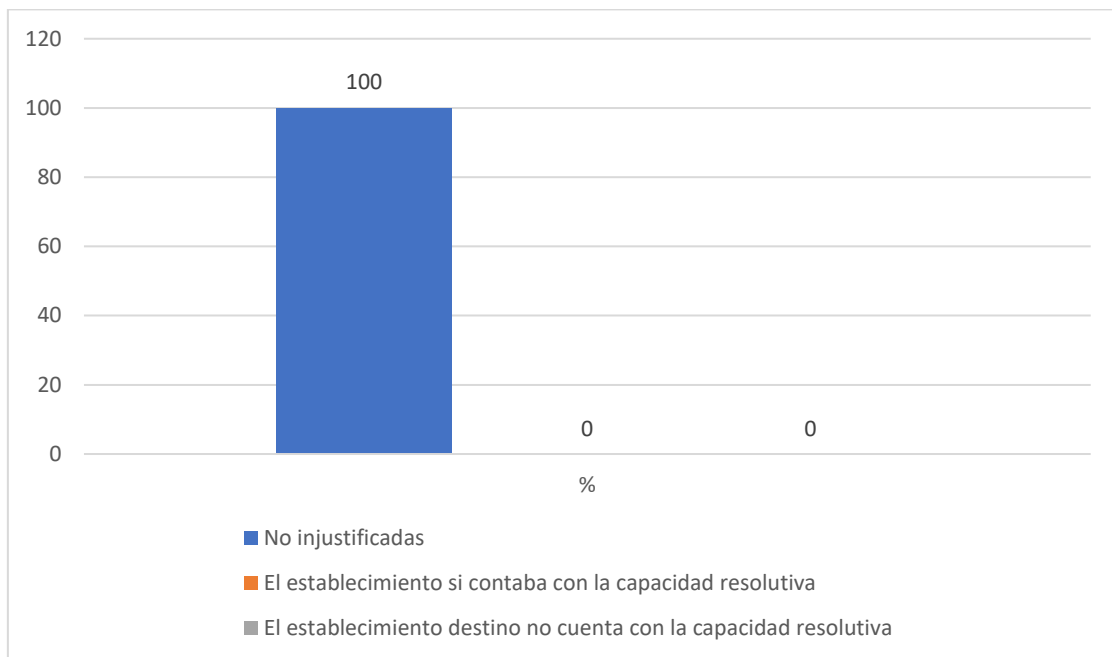


Figura 5

Referencias injustificadas.



Fuente: Elaboración propia.



Tabla 6

Motivo de la referencia parte de la dimensión datos de la referencia.

	fi	%
Ecografía de control	168	58.5
Gestante de riesgo	22	7.7
Embarazo prolongado	13	4.5
Batería gestante	11	3.8
Cicatriz uterina	8	2.8
Preeclampsia	6	2.1
Evaluación pélvica	6	2.1
Infección genital y embarazo de riesgo	5	1.7
Amenaza de aborto	4	1.4
Crecimiento fetal excesivo	3	1
Problemas fetales específicos	3	1
Falso trabajo de parto antes de 37 semanas	3	1
Parto prematuro	2	0.7
Batería de control	2	0.7
Aborto espontaneo incompleto	2	0.7
Embarazo prolongado y crecimiento excesivo de feto	2	0.7
Hemorragia post parto	2	0.7
Atención materna por hipoxia fetal	2	0.7
Atención materna por presentación de nalgas	2	0.7
Embarazo ectópico	1	0.3
Gestante añosa	1	0.3
Atención materna	1	0.3
Embarazo prolongado de riesgo	1	0.3
Incompatibilidad RH del feto o recién nacido	1	0.3
Anomalía congénita del útero	1	0.3
Trabajo de parto por deformación de pelvis	1	0.3
Retención de placenta o membrana	1	0.3
Embarazo abdominal	1	0.3
Ruptura prematura de placenta o membrana	1	0.3
Aumento excesivo de peso en embarazo	1	0.3
Feto o recién nacido afectado por otras complicaciones maternas	1	0.3
Oligohidramnios	1	0.3
Embarazo con gran multiparidad	1	0.3
Parto obstruido	1	0.3
Atención materna por estrechez pélvica	1	0.3
Sepsis puerperal	1	0.3
Parto con prolapso del cordón umbilical	1	0.3
Feto afectado por compresión del cordón umbilical	1	0.3
Placenta previa	1	0.3
Polihidramnios	1	0.3
Total	287	100.0

Fuente: Elaboración propia.

Al analizar la información con respecto al motivo de la referencia se encontró que, la mayor proporción de gestantes corresponde a una atención por una ecografía de control (58.5%), seguido por aquellas que fueron atendidas como gestantes de riesgo (7.7%), el 4.5% de las gestantes fue referida por embarazo prolongado, el 3.8% fue referida por la realización de batería de gestante, el 2.8% fue referida por cicatriz uterina y el 2.1% fue referida tanto por preeclampsia como por evaluación pélvica, el 1.7% fue referido por infección genital y embarazo de riesgo, el 1.4% se refirió por amenaza de aborto, el 1.0% fue referida tanto por crecimiento fetal excesivo, problemas fetales específicos y falso trabajo de parto antes de las 37 semanas, de acuerdo con la información, el 0.7% de las gestantes fue referida por diversas razones como, parto prematuro, batería de control, aborto espontaneo incompleto, embarazo prolongado y crecimiento excesivo de feto, hemorragia post parto, atención materna por hipoxia fetal y atención materna por presentación de nalgas, finalmente, el 0.3% de las pacientes fueron referidas por razones como: embarazo ectópico, gestante añosa, atención materna, embarazo prolongado de riesgo, incompatibilidad RH del feto o recién nacido, anomalía congénita del útero, trabajo de parto por deformación de pelvis, retención de placenta o membrana, embarazo abdominal, ruptura prematura de placenta o membrana, aumento excesivo de peso en embarazo, feto o recién nacido afectado por otras complicaciones maternas, oligohidramnios, embarazo con gran multiparidad, parto obstruido, atención materna por estrechez pélvica, sepsis puerperal, parto con prolapso del cordón umbilical, placenta previa y polihidramnios.

Tabla 7*Condición del paciente parte de la dimensión datos de la referencia.*

	fi	%
Estable	287	100.0
Mal estado	0	0.0
Grave	0	0.0
Total	287	100.0

Fuente: Elaboración propia.

Al observar la información recolectada con respecto a la condición del paciente al ser referido, se encontró que, el 100.0% de las gestantes se encontraba estable.

Se deduce que, la totalidad de las gestantes recibieron sus referencias en condiciones óptimas.

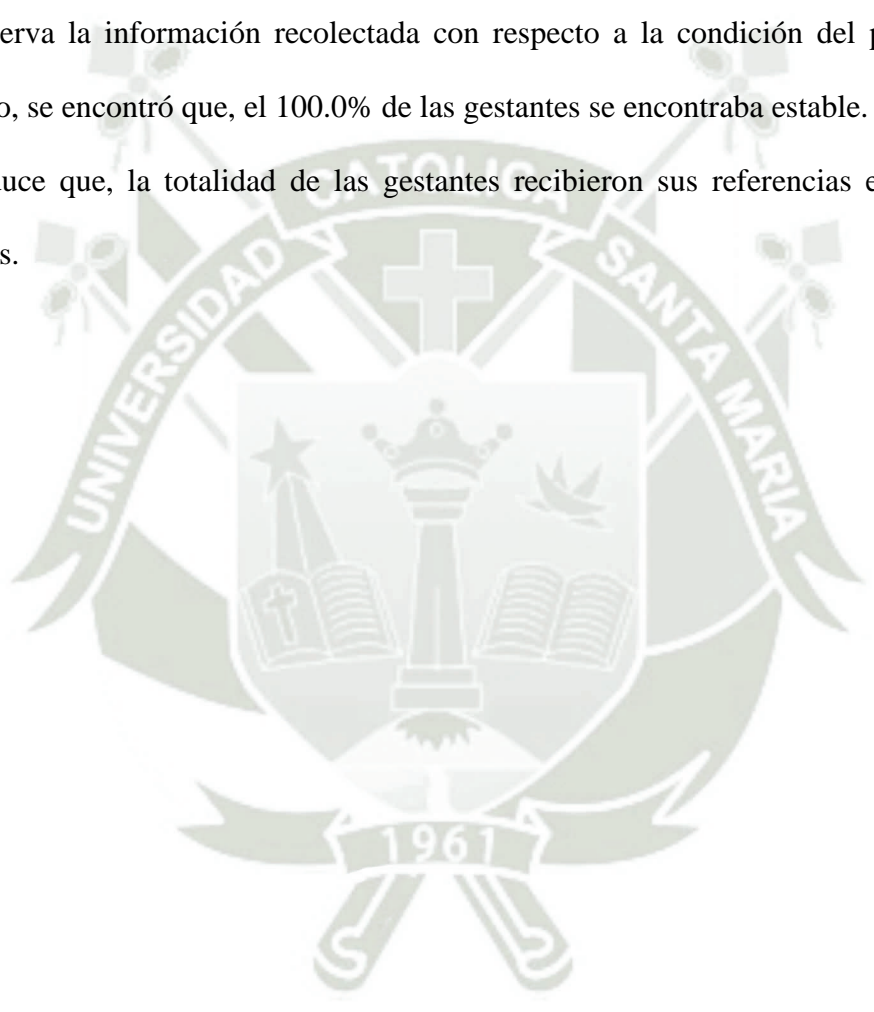
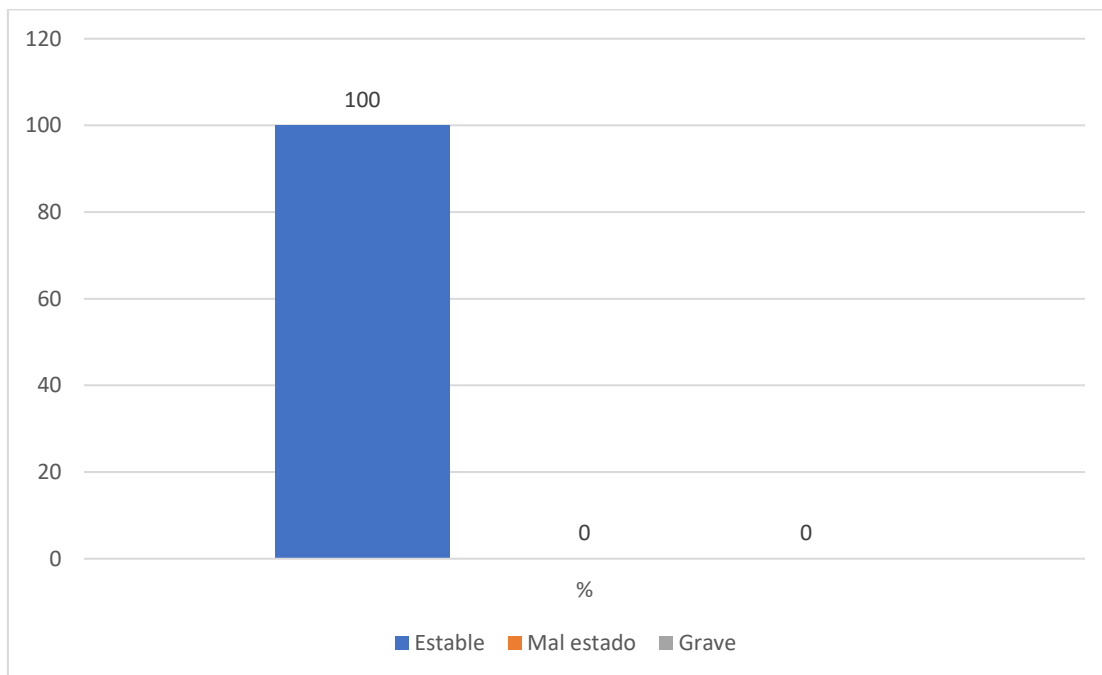


Figura 7

Condición del paciente parte de la dimensión datos de la referencia.



Fuente: Elaboración propia.



Tabla 8*Especialidad de destino parte de la dimensión datos de la referencia.*

	fi	%
Radiodiagnóstico	169	58.9
Emergencia	53	18.5
Ginecología	51	17.8
Laboratorio	13	4.5
Gineco - Obstetricia	1	0.3
Total	287	100.0

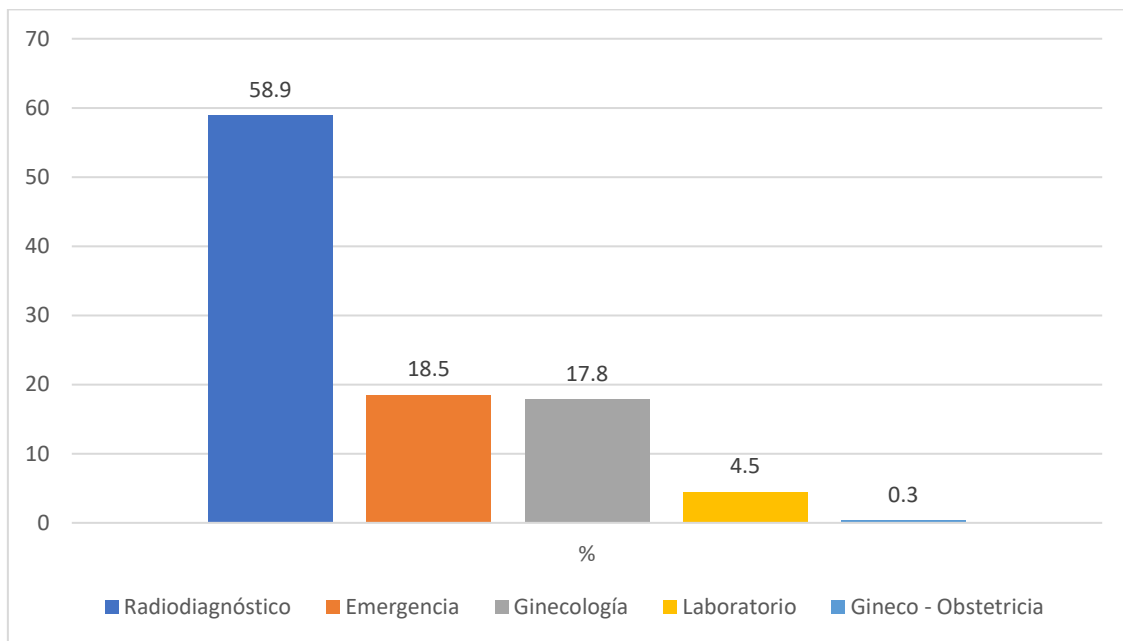
Fuente: Elaboración propia.

Al analizar la información con respecto a la especialidad a la cual se destinó la referencia, se encontró que, el 58.9% de las gestantes fue referida a la especialidad de radiodiagnóstico, el 18.5% fue referido a emergencia, el 17.8% fue referido a ginecología, el 4.5% fue referido a laboratorio y el 0.3% fue referido a gineco – obstetricia.

Se deduce que, más de la mitad de las gestantes son referidas a la especialidad de radiodiagnóstico para poder realizar chequeos durante la gestación y menos de un cuarto de las referencias es realizada con carácter de emergencia.

Figura 8

Especialidad de destino parte de la dimensión datos de la referencia.



Fuente: Elaboración propia.



Frecuencias y porcentajes de los datos de hojas de contrarreferencia.**Tabla 9***Establecimiento de origen.*

	fi	%
Hospital Goyeneche	43	48.3
Centro de Salud Maritza Campos Díaz	42	47.2
Hospital Honorio Delgado	4	4.5
Total	89	100.0

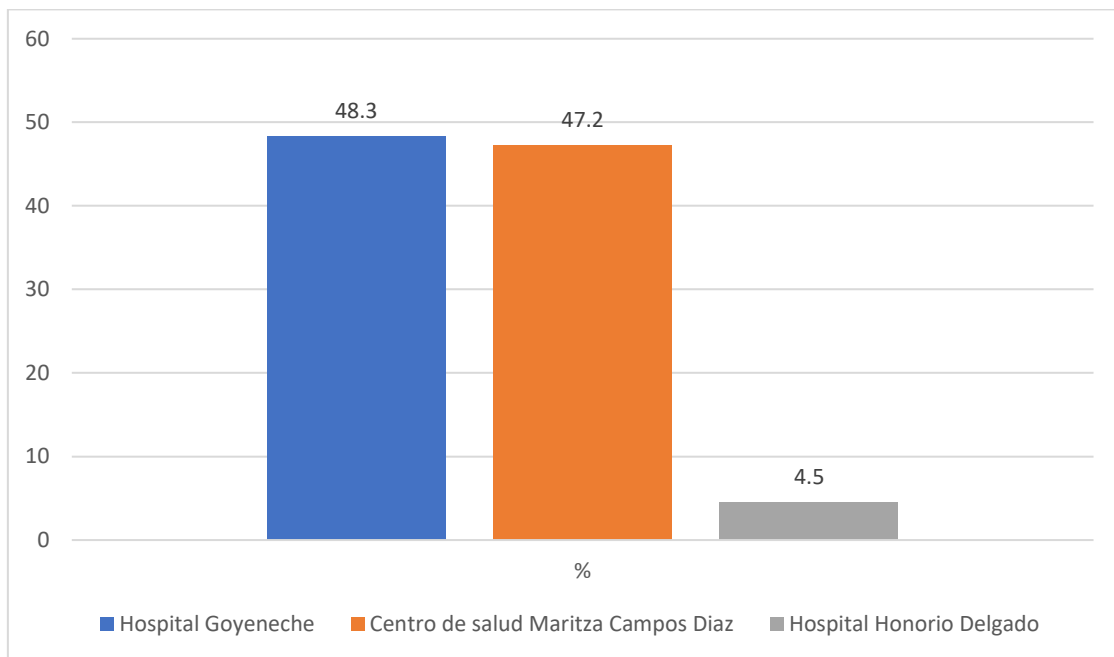
Fuente: Elaboración propia.

Al analizar los datos en las fichas de contrarreferencia, podemos observar con respecto al establecimiento de origen que, el 48.3% provienen del hospital Goyeneche, el 47.2% provienen del centro de salud Maritza Campos Díaz y el 4.5% provienen del hospital Honorio Delgado.

Se deduce que, poco menos de la mitad de la muestra fue atendida por su problema médico en el hospital Goyeneche, así como en el centro de salud Maritza Campos Díaz.

Figura 9

Establecimiento de origen.



Fuente: Elaboración propia.



Tabla 10*Origen de la contrarreferencia.*

	fi	%
Emergencia	45	50.6
Radiodiagnóstico	31	34.8
Laboratorio	11	12.4
Ginecología	2	2.2
Total	89	100.0

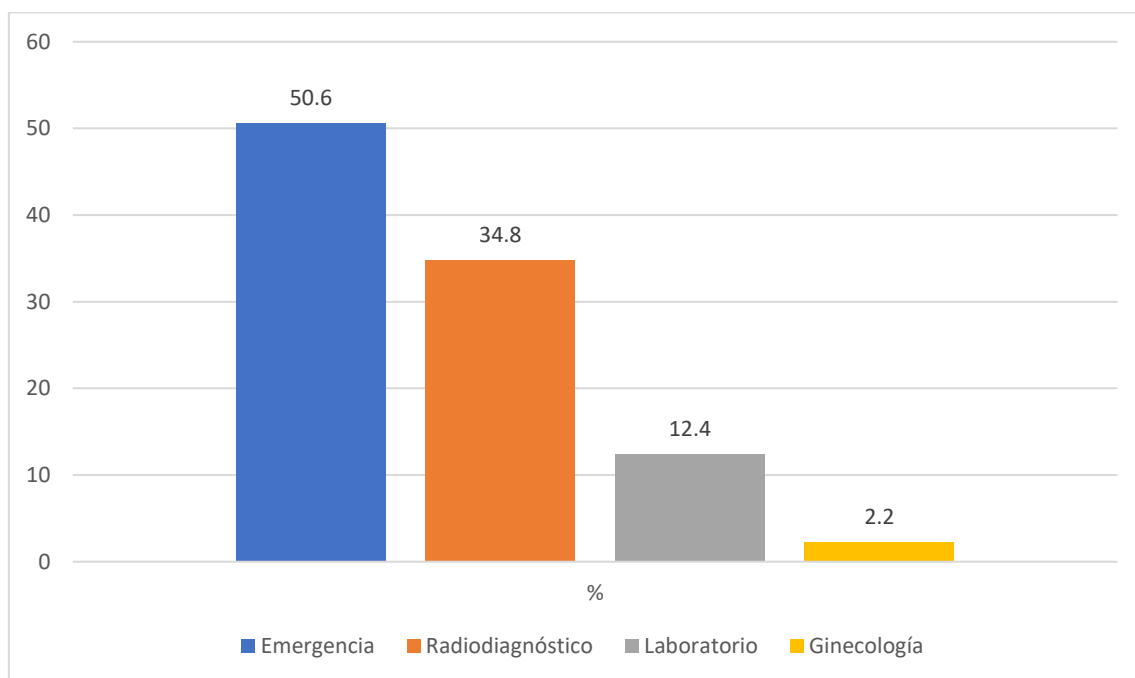
Fuente: Elaboración propia.

Al analizar la información con respecto al servicio de origen de la contrarreferencia, se encontró que, el 50.6% genero la contrarreferencia en el servicio de emergencia, el 34.8% en el servicio de radiodiagnóstico, el 12.4% en el servicio de laboratorio y el 2.2% en el servicio de ginecología.

Se deduce que la mitad de las mujeres gestantes enviadas con referencias fueron atendidas en el servicio de emergencia del nosocomio de destino.

Figura 10

Origen de la contrarreferencia.



Fuente: Elaboración propia.



Tabla 11*Servicio de destino contrarreferencia.*

	fi	%
Obstetricia	53	59.6
Medicina	36	40.4
Total	89	100.0

Fuente: Elaboración propia.

Al revisar la información de acuerdo con el servicio de destino de la contrarreferencia, se encontró que, el 59.6% de las gestantes con contrarreferencia retornaron al servicio de obstetricia y el 40.4% retorno al servicio de medicina.

Se deduce que, poco más de la mitad de las personas atendidas con referencias, volvieron al consultorio de obstetricia con una contrarreferencia del servicio del cual fue atendido.

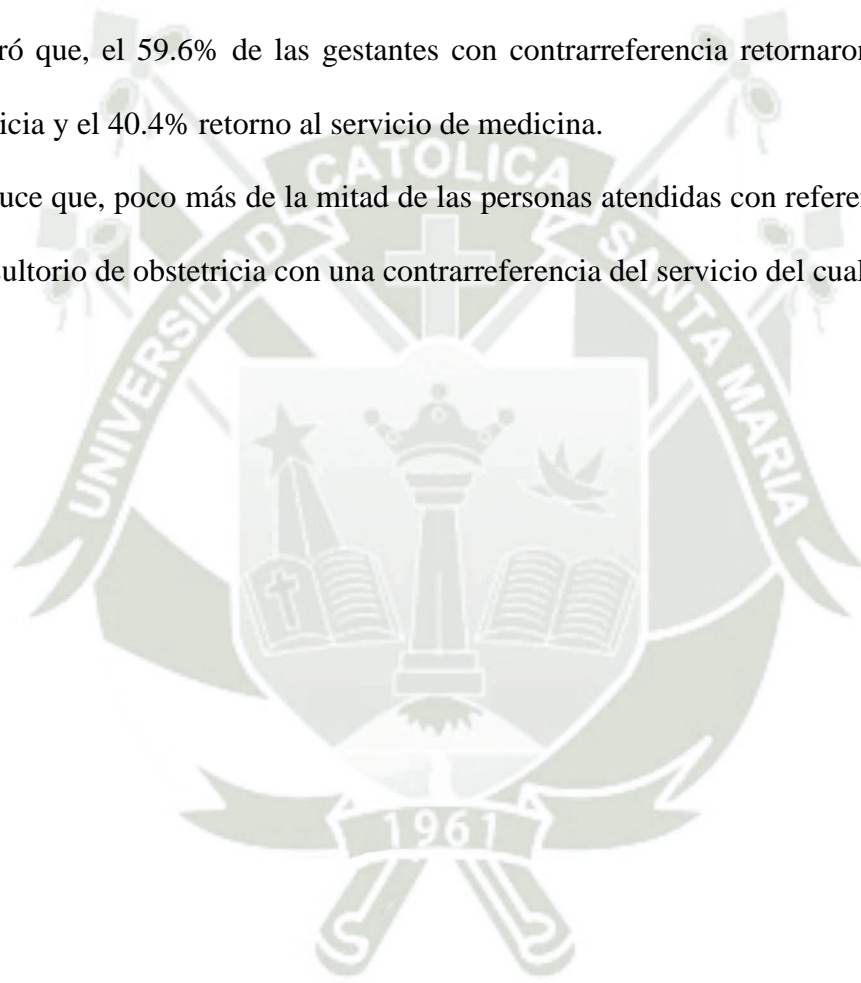
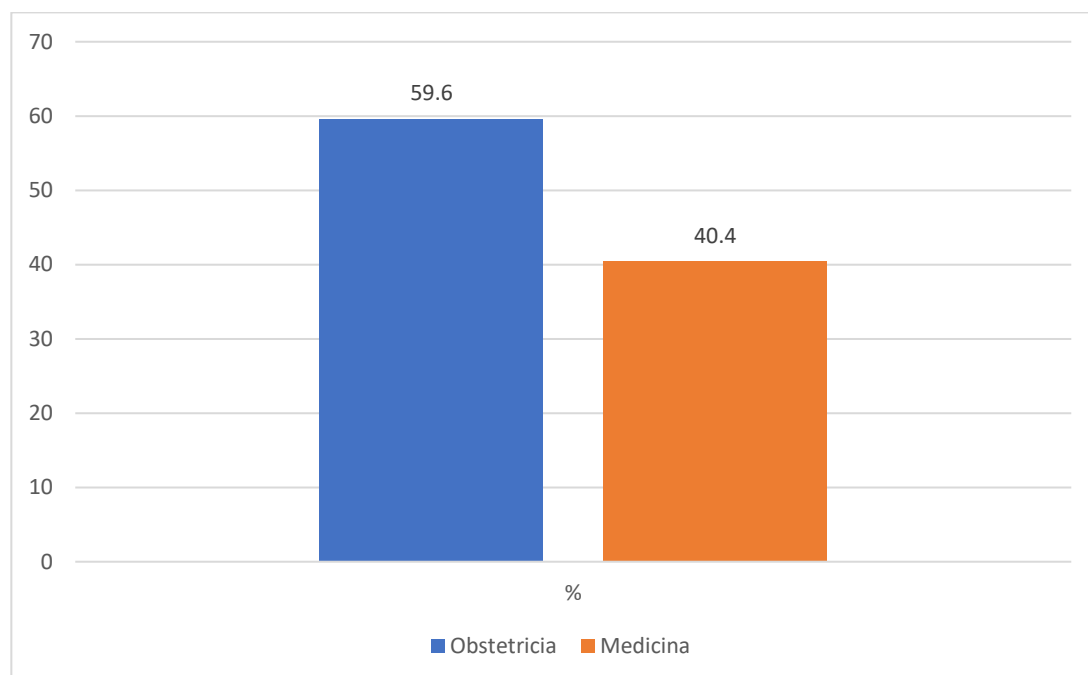


Figura 11

Servicio de destino de la contrarreferencia.



Fuente: Elaboración propia.



Tabla 12*Identificación del motivo de la contrarreferencia.*

	fi	%
Emergencia	45	50.6
Apoyo al diagnóstico	42	47.2
Consultorio externo	2	2.2
Total	89	100.0

Fuente: Elaboración propia.

Al revisar la información con respecto a la identificación del motivo de la contrarreferencia, se encontró que, el 50.6% de las gestantes fueron enviadas por el servicio de emergencia, el 47.2% fueron enviadas por el servicio de apoyo al diagnóstico y el 2.2% fueron enviadas por el servicio de consultorio externo.

Se deduce que más de la mitad de las mujeres enviadas con una contrarreferencia fueron derivadas del servicio de emergencia.

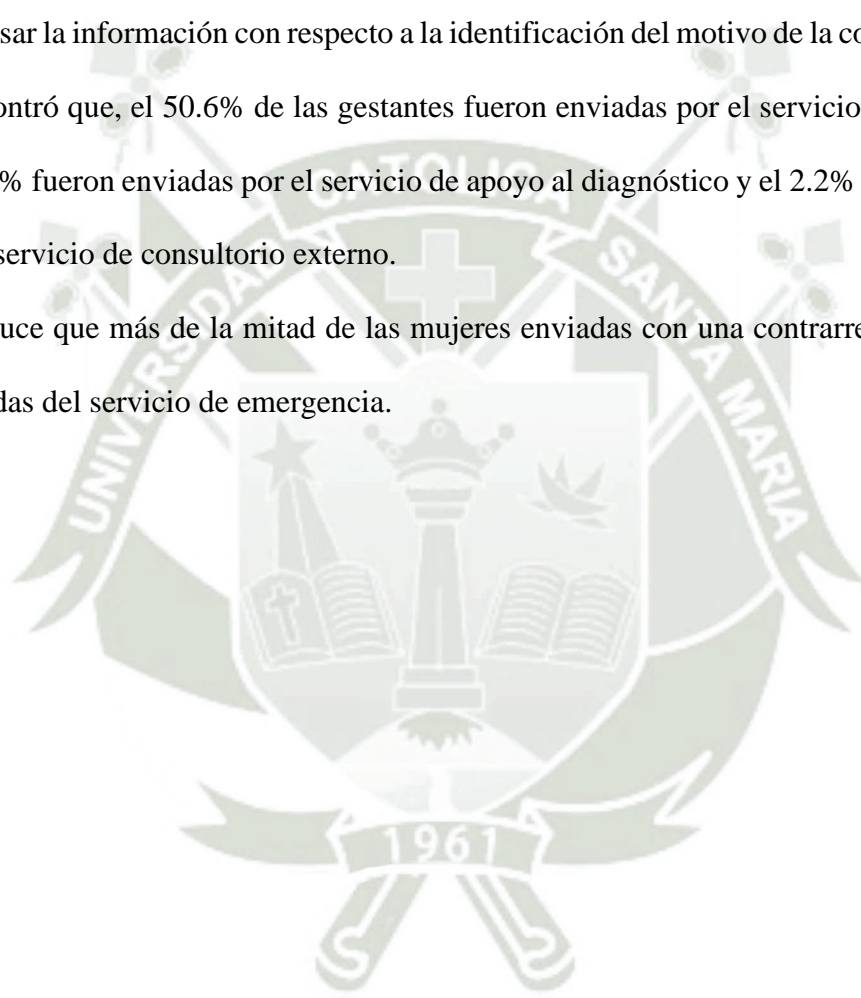
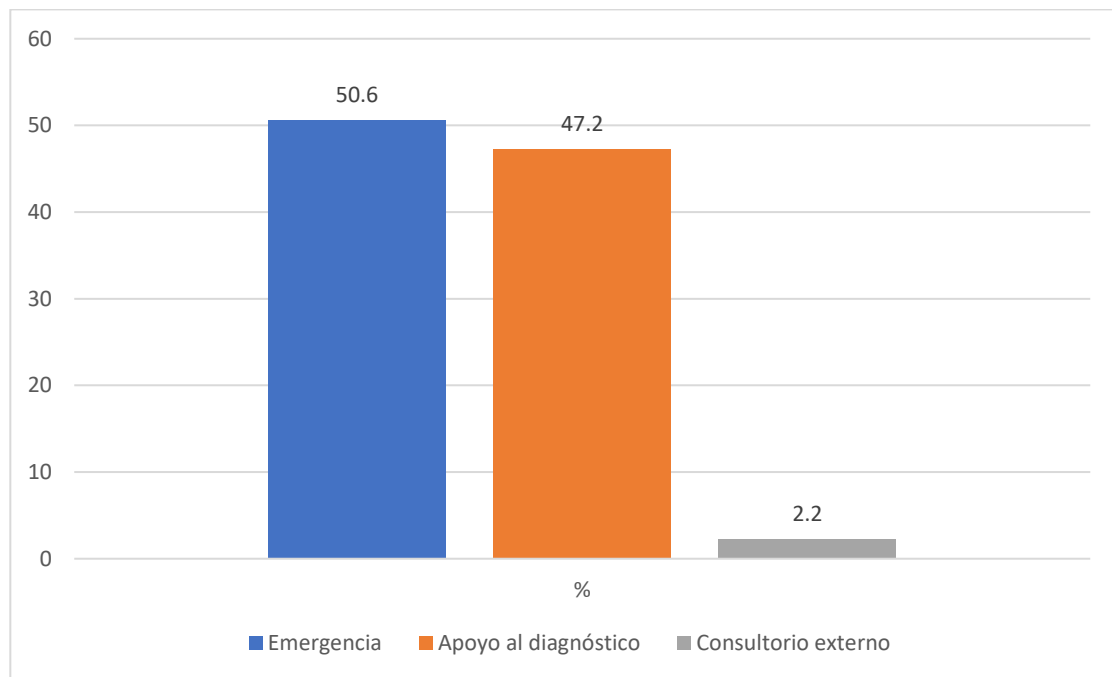


Figura 12

Identificación del motivo de la contrarreferencia.



Fuente: Elaboración propia.



Tabla 13*Estado de la contrarreferencia*

	fi	%
Con seguimiento	89	100
No refiere	0	0
Sin seguimiento	0	0
Total	0	0.0

Fuente: Elaboración propia.

Al analizar acerca del origen de la contrarreferencia, se encontró que, el 100.0% de las contrarreferencias cuenta con seguimiento.

Se deduce que la totalidad de las referencias se encuentran con seguimiento, lo cual indica que se le brinda atención a la paciente con respecto al diagnóstico de la referencia.

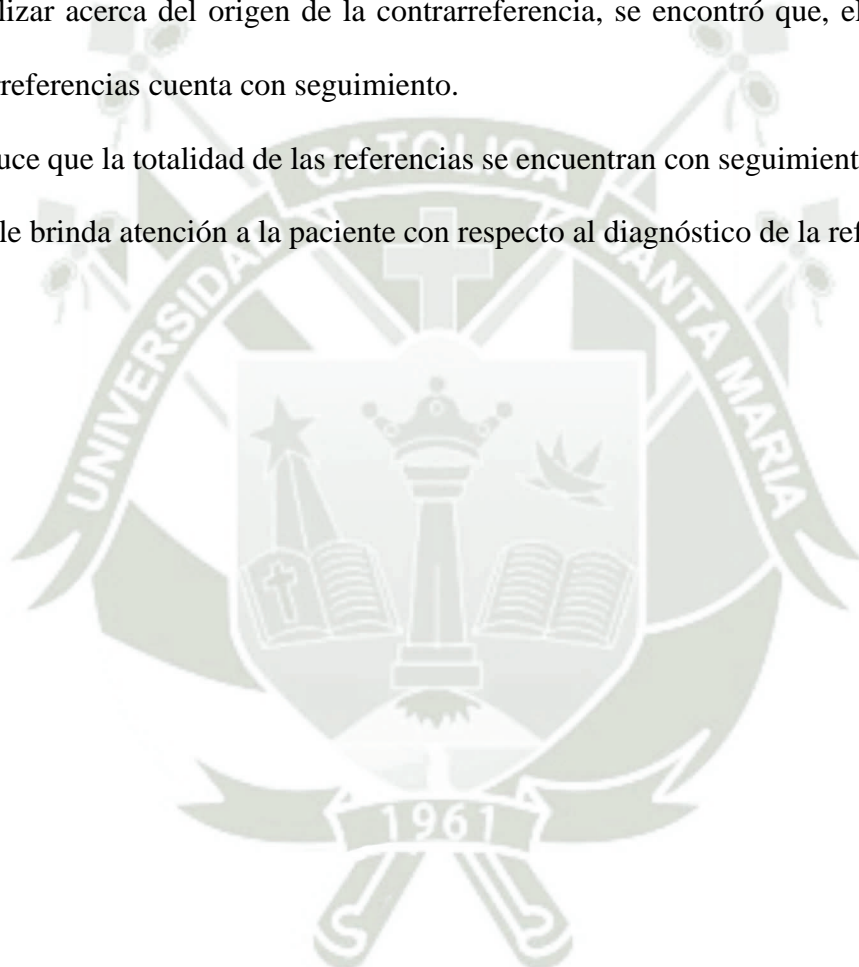
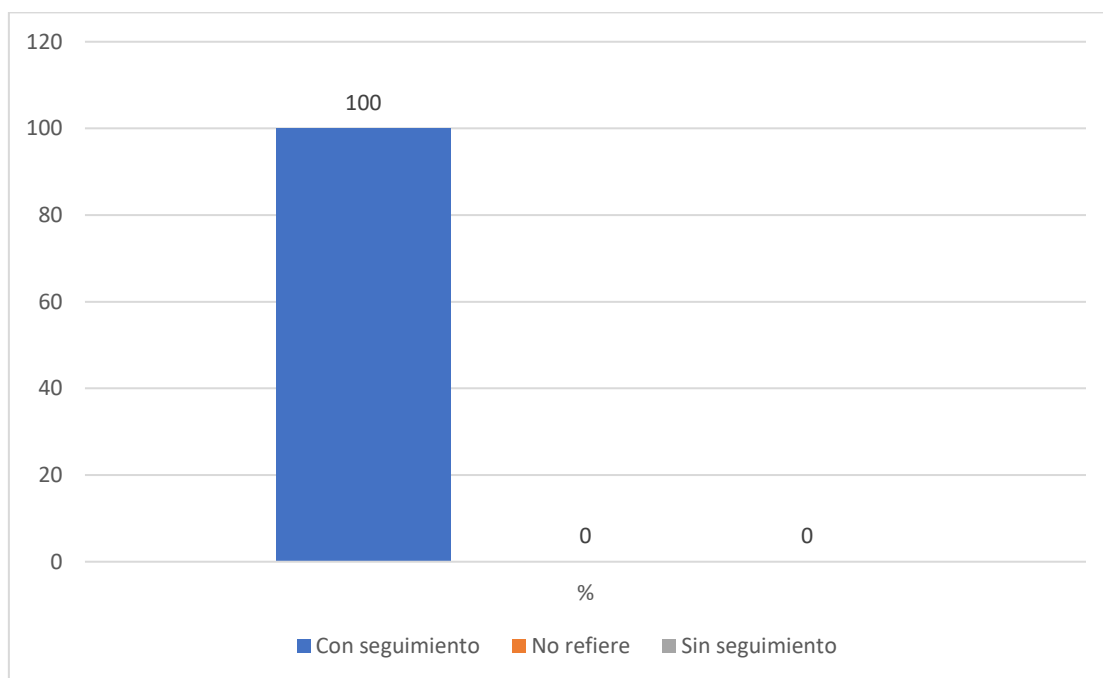


Figura 13

Estado de la contrarreferencia.



Fuente: Elaboración propia.

Tabla 14*Atendido por apoyo diagnóstico parte de la dimensión de condiciones del usuario*

	fi	%
Resultados de apoyo al diagnóstico	42	47.2
Con informe y/o resultado	36	40.4
Sin informe y/o resultado	11	12.4
Total	89	100.0

Fuente: Elaboración propia.

Al revisar la información con respecto a las gestantes atendidas por apoyo diagnóstico, se encontró que, el 47.2% conto con resultados apoyo al diagnóstico, el 40.4% conto con un informe y/o resultado y el 12.4% no conto con un informe y/o resultado.

Se deduce que poco menos de la mitad de la muestra recibió un informe o un resultado por parte del apoyo de diagnóstico.

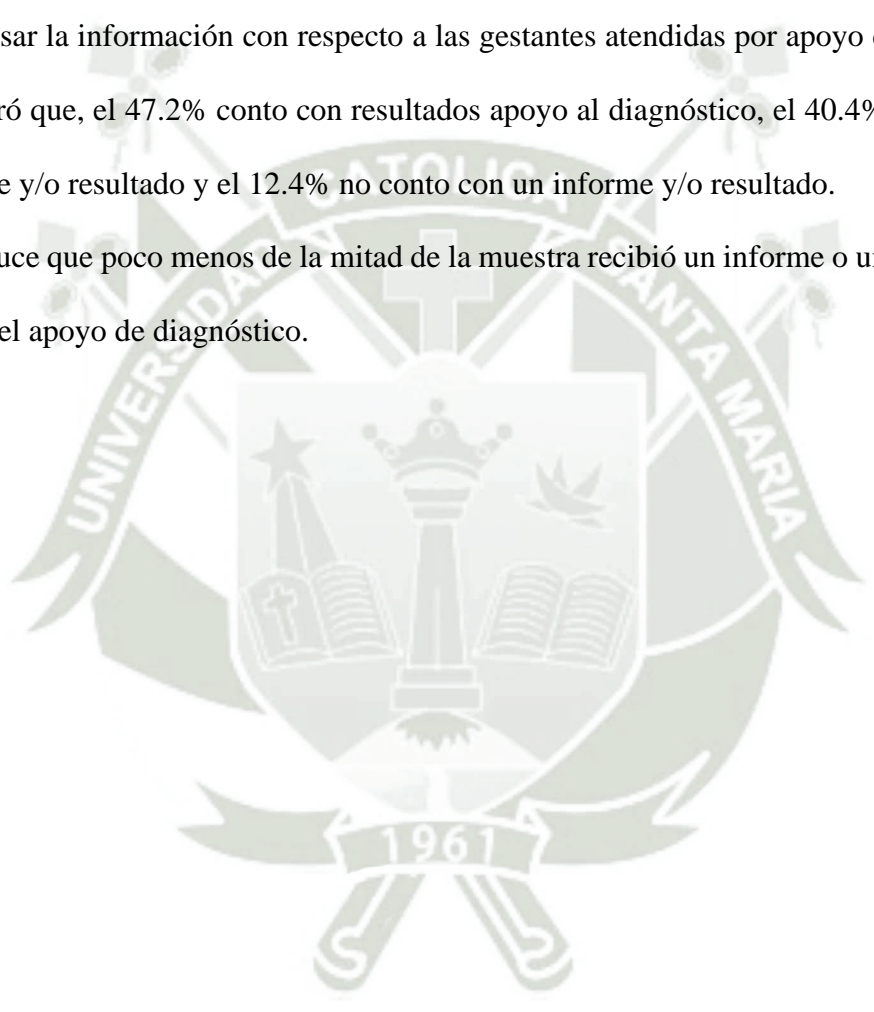
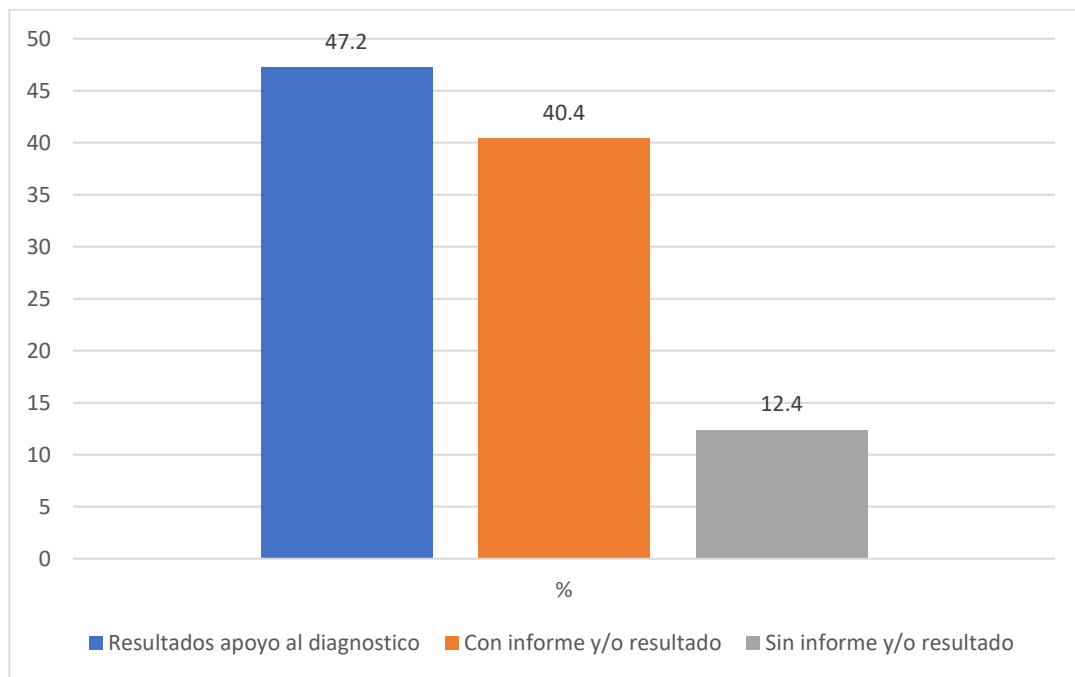


Figura 14

Atendido por apoyo diagnóstico parte de la dimensión de condiciones del usuario



Fuente: Elaboración propia.



Tabla 15*Condición del usuario al término de la contrarreferencia.*

	fi	%
Resultados apoyo al diagnostico	43	48.3
Mejorado	26	29.2
Curado	20	22.5
Deserción	0	0
Retiro voluntario	0	0
Fallecimiento	0	0
Total	89	100.0

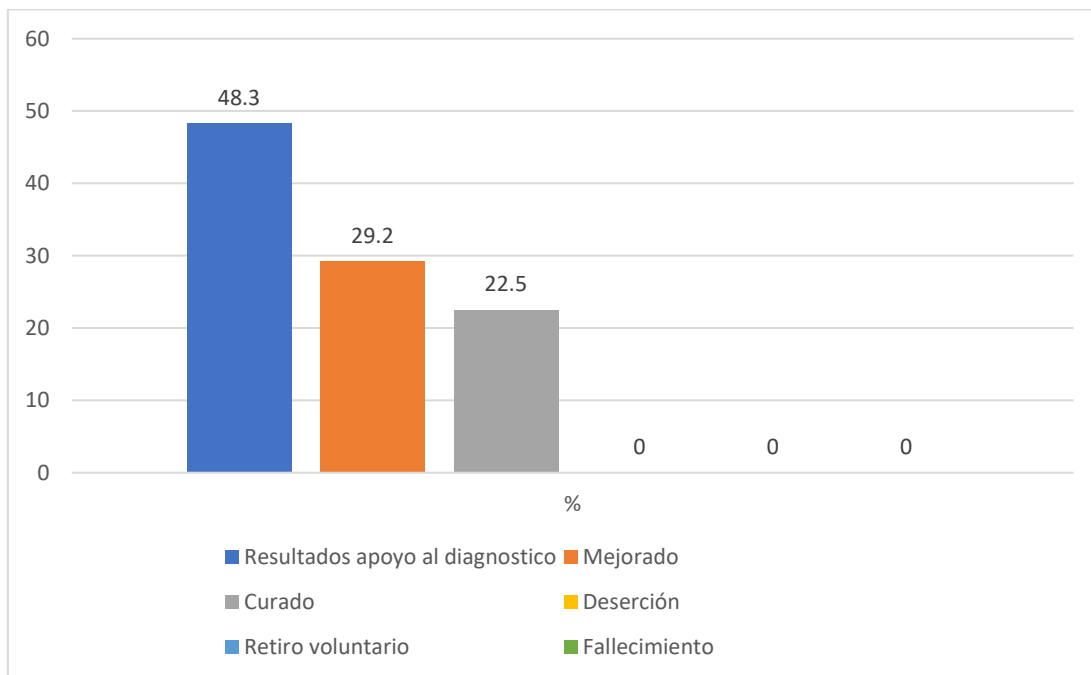
Fuente: Elaboración propia.

Al revisar la información con respecto a la condición médica de las gestantes, se encontró que, el 48.3% no refirió, el 29.2% se encuentra en estado de mejora y el 22.5% se encuentra curado.

Se deduce que poco menos de la mitad de la muestra no refirió cual es la condición médica de las gestantes después de haber sido atendidas.

Figura 15

Condición del usuario al término de la contrarreferencia



Fuente: Elaboración propia.

Tabla 16

Diagnóstico de origen parte de la dimensión de condiciones del usuario.

	fi	%
Ecografía de control	30	33.7
Batería de gestante	11	12.4
Embarazo prolongado	10	11.2
Embarazo de riesgo	9	10.1
Cicatriz uterina	4	4.5
Preeclampsia	3	3.4
Crecimiento excesivo del feto	2	2.2
Amenaza de aborto	2	2.2
Hemorragia post parto	2	2.2
Signos de hipoxia fetal	2	2.2
Falso trabajo de parto antes de las 37 semanas	2	2.2
Feto y recién nacido por compresión del cordón umbilical	2	2.2
Batería de control	1	1.1
Incompatibilidad RH del feto y del recién nacido	1	1.1
Parto complicado por prolapso de cordón umbilical	1	1.1
Atención materna por otros problemas fetales	1	1.1
Aumento excesivo de peso	1	1.1
Embarazo con multiparidad	1	1.1
Parto obstruido	1	1.1
Estrechez general de la pelvis	1	1.1
Presentación de nalgas	1	1.1
Placenta previa	1	1.1
Total	89	100

Fuente: Elaboración propia.

Al analizar la información respecto al diagnóstico de origen en las fichas de contrarreferencia, se observa una mayor prevalencia de mujeres gestantes atendidas por ecografía de control (33.7%), el 12.4% tuvo un diagnóstico de origen de practica de batería de gestante, el 11.2% tuvo diagnóstico de origen de embarazo prolongado, el 10.1% tuvo un diagnóstico de origen de embarazo de riesgo, el 4.5% de las gestantes tuvo un diagnóstico de origen de cicatriz uterina, el 3.4% tuvo un diagnóstico de preeclampsia, el 2.2% tuvo diagnósticos de origen diversos, como crecimiento excesivo del feto, amenaza de aborto, hemorragia post parto, signos de hipoxia fetal, falso trabajo de parto antes de las 37 semanas o feto y recién nacido por compresión del cordón umbilical, del mismo modo,

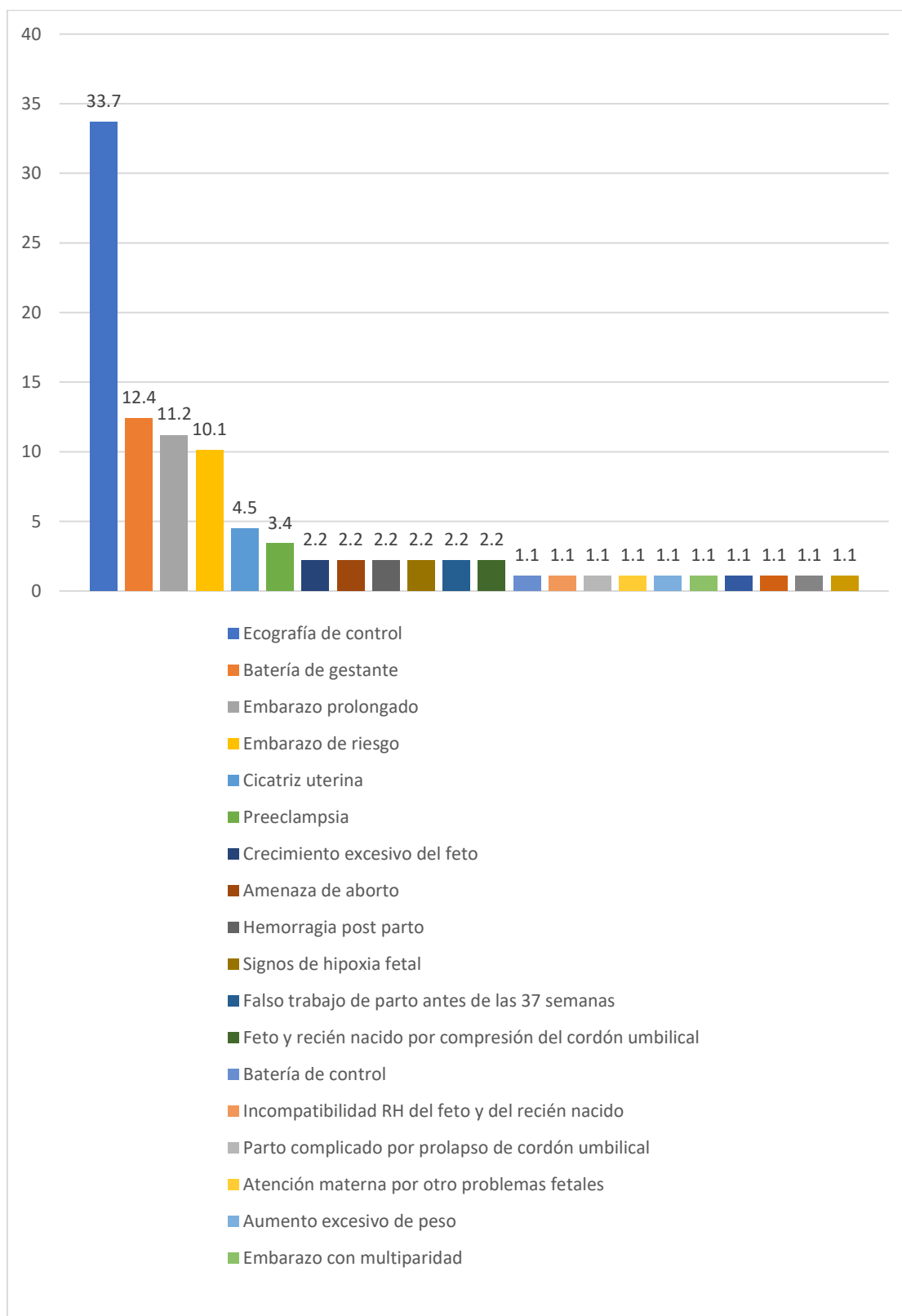
el 1.1% tuvo diagnósticos de origen variados como, batería de control, incompatibilidad RH del feto y el recién nacido, parto complicado por prolapso de cordón umbilical, atención materna por otros problemas fetales, aumento excesivo de peso, embarazo con multiparidad, parto obstruido, estrechez general de la pelvis, presentación de nalgas y placenta previa.

Se deduce que, más de un cuarto de las mujeres gestantes llegan al lugar de referencia con un diagnóstico de ecografía de origen.



Figura 16

Diagnóstico de origen parte de la dimensión de condiciones del usuario.



Fuente: Elaboración propia.

Tabla 17

Diagnóstico de ingreso parte de la dimensión de condiciones del usuario.

	fi	%
Ecografía de control	30	33.7
No refiere	12	13.5
Embarazo prolongado	10	11.2
Embarazo de riesgo	9	10.1
Cicatriz uterina	4	4.5
Preeclampsia	3	3.4
Crecimiento excesivo del feto	2	2.2
Amenaza de aborto	2	2.2
Hemorragia post parto	2	2.2
Signos de hipoxia fetal	2	2.2
Falso trabajo de parto antes de las 37 semanas	2	2.2
Feto y recién nacido por compresión umbilical	2	2.2
Incompatibilidad RH del feto y del recién nacido	1	1.1
Parto complicado por prolapso de cordón umbilical	1	1.1
Atención materna por otros problemas fetales	1	1.1
Aumento excesivo de peso	1	1.1
Embarazo con multiparidad	1	1.1
Parto obstruido	1	1.1
Estrechez general de la pelvis	1	1.1
Presentación de nalgas	1	1.1
Placenta previa	1	1.1
Total	89	100.0

Fuente: Elaboración propia.

Tras analizar la información acerca del diagnóstico de ingreso, se encontró que, el 33.7% de las madres gestantes ingresaron por diagnóstico de ecografía de control, el 13.5% no refiere algún diagnóstico al ingresar, el 11.2% ingreso con el diagnóstico de embarazo prolongado, el 10.1% de las gestantes ingresaron con el diagnóstico de embarazo de riesgo, el 4.5% tuvo un diagnóstico de ingreso de cicatriz uterina, el 3.4% ingreso con un diagnóstico de preeclampsia, el 2.2% ingreso con diagnósticos tanto de crecimiento excesivo del feto, amenaza de aborto, hemorragia post parto, signos de hipoxia fetal, falso trabajo de parto antes de las 37 semanas y feto y recién nacido por compresión umbilical, el 1.1% tuvo un diagnóstico de ingreso de incompatibilidad RH del feto y del recién nacido, como también de parto complicado por prolapso de cordón umbilical, atención materna por

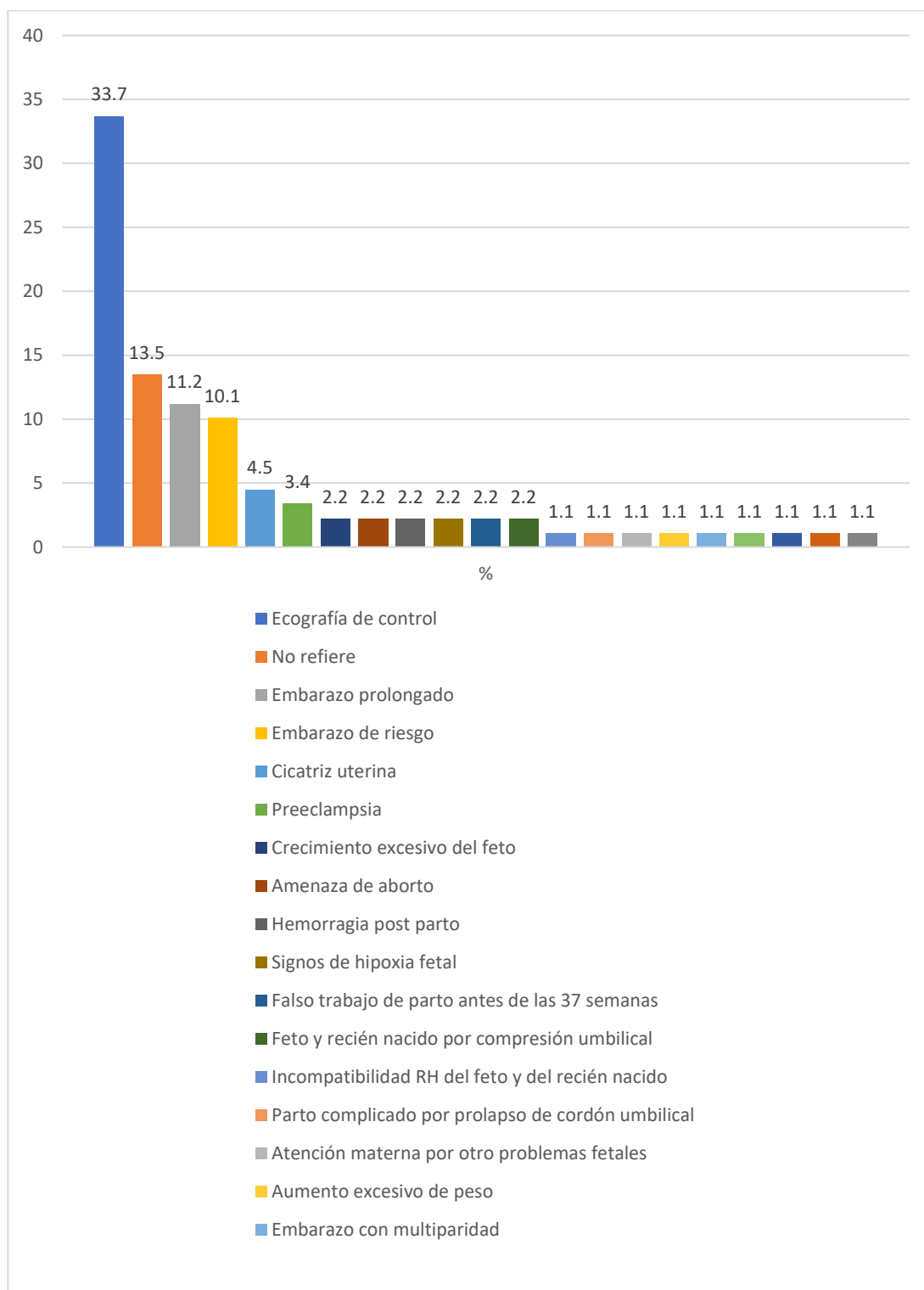
otros problemas fetales, aumento excesivo de peso, embarazo con multiparidad, parto obstruido, estrechez general de la pelvis, presentación de nalgas y placenta previa.

Se deduce que más de un cuarto de la muestra ingresa a ser atendida con el diagnóstico de ecografía de control a diferencia de otras pacientes.



Figura 17

Diagnóstico de ingreso parte de la dimensión de condiciones del usuario.



Fuente: Elaboración propia.

Tabla 18*Diagnóstico de egreso parte de la dimensión de condiciones del usuario.*

	fi	%
Ecografía de control	30	33.7
Parto por cesárea	21	23.6
Parto único espontaneo	17	19.1
Exámenes de laboratorio	12	13.5
Falso trabajo de parto antes de la semana 37	2	2.2
Otras formas de desprendimiento y hemorragia	1	1.1
Amenaza de aborto	1	1.1
Hiperplasia de la glándula del endometrio	1	1.1
Parto normal	1	1.1
Examen ginecológico de rutina	1	1.1
Aborto espontaneo incompleto	1	1.1
Gestante de riesgo	1	1.1
Total	89	100.0

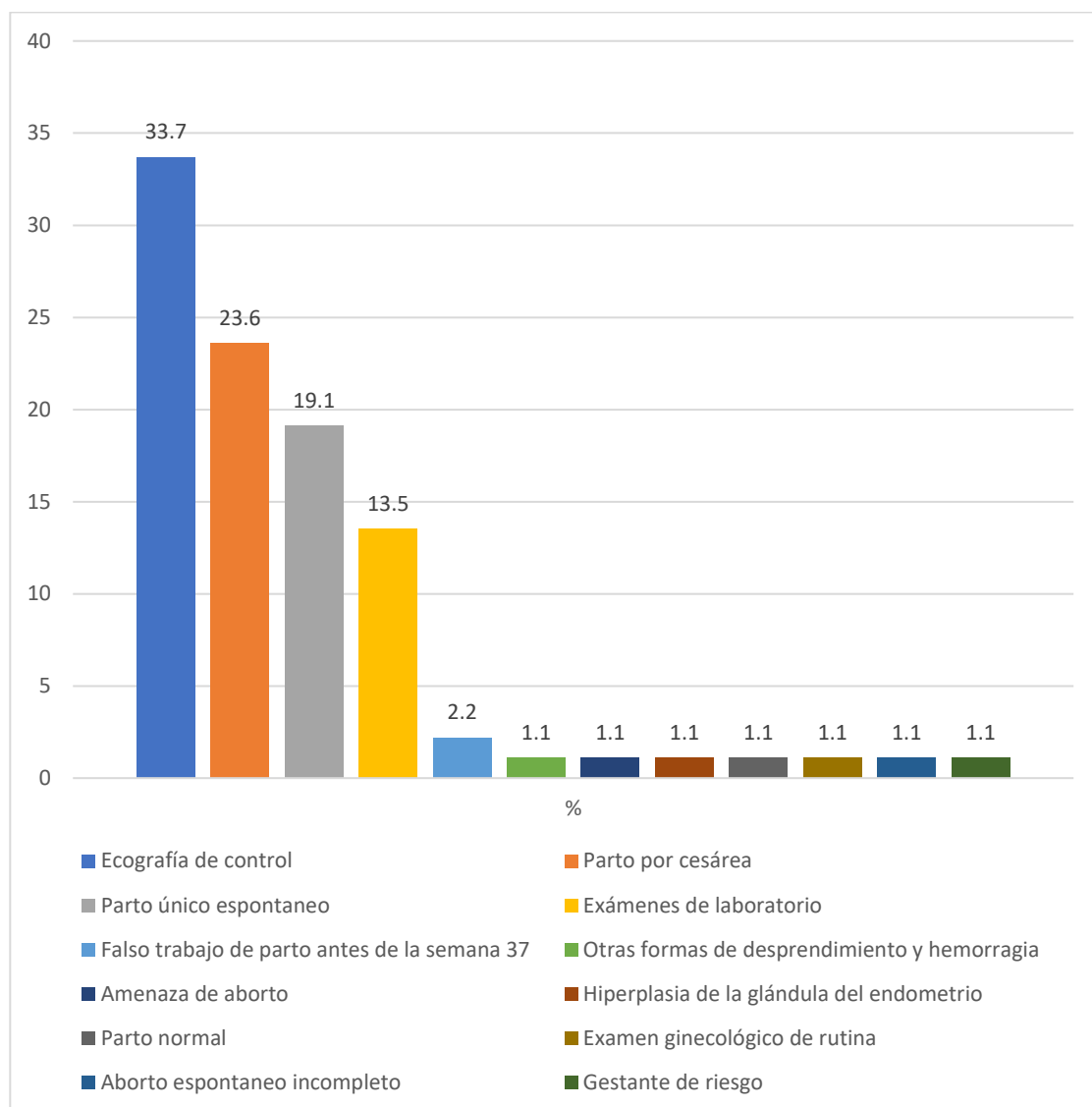
Fuente: Elaboración propia.

Con respecto al diagnóstico de egreso de las madres gestantes, se encontró que, el 33.7% egreso con el diagnóstico de ecografía de control, el 23.6% egreso con el diagnóstico de parto por cesárea, el 19.1% egreso con el diagnóstico de parto único espontaneo, el 13.5% egreso con el diagnóstico de exámenes de laboratorio, el 2.2% egreso con un diagnóstico de falso trabajo de parto de la semana 37 y el 1.1% tuvo diagnostico tanto de amenaza de aborto, otras formas de desprendimiento y hemorragia, amenaza de aborto, hiperplasia de la glándula del endometrio, parto normal, examen ginecológico de rutina, aborto espontaneo incompleto como de gestante de riesgo.

Se deduce que más de un cuarto de las gestantes atendidas por referencia egresaron con un diagnóstico de ecografía de control, por lo tanto, no presentaron complicaciones durante su periodo de gestación.

Figura 18

Diagnóstico de egreso parte de la dimensión de condiciones del usuario.



Fuente: Elaboración propia.

Tabla 19

Calificación de referencia parte de la dimensión datos de la contrarreferencia.

	fi	%
Justificada	89	100
Injustificada	0	0
Total	89	100.0

Fuente: Elaboración propia.

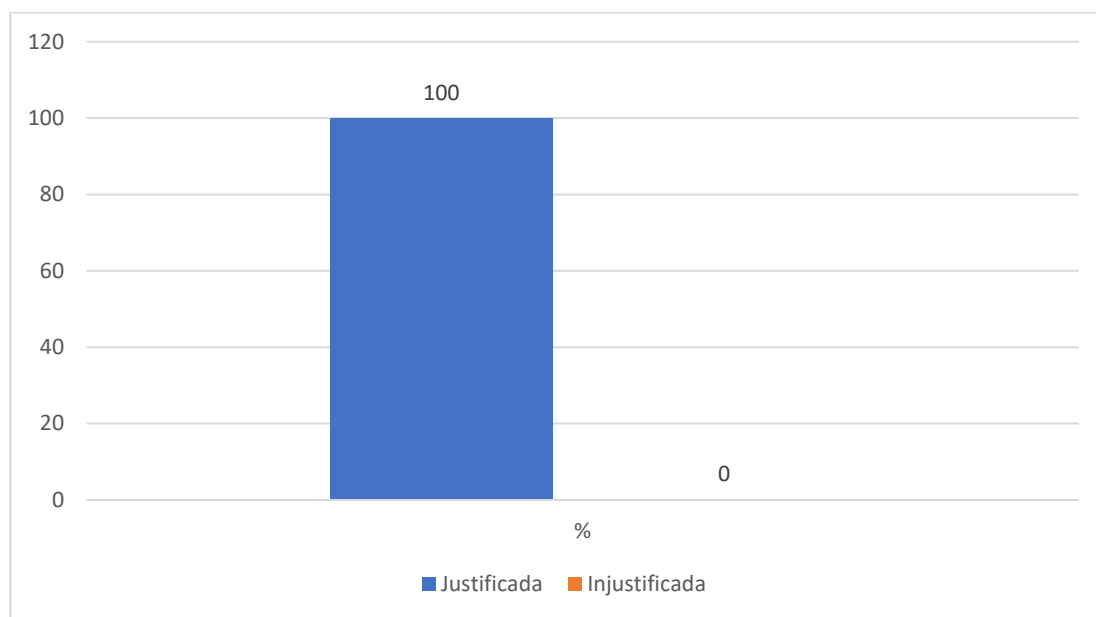
Al analizar la información con respecto a la calificación de las referencias, se encontró que, el 100.0% de las referencias fueron calificadas como justificadas.

Se deduce que la totalidad de las referencias realizadas fueron justificadas.



Figura 19

Calificación de referencia parte de la dimensión datos de la contrarreferencia.



Fuente: Elaboración propia.



Tabla 20

Contrarreferencia injustificada parte de la dimensión datos de la contrarreferencia.

	fi	%
No fueron injustificadas	89	100.0
El usuario amerita seguir en el establecimiento que lo refirió	0	0.0
Se contra refiere al paciente sin tener en cuenta la cartera de servicios	0	0.0
Total	89	100.0

Fuente: Elaboración propia.

Con respecto a la información obtenida acerca de las contrarreferencias injustificadas, se encontró que, el 100.0% no refiere que haya contrarreferencias injustificadas.

Se deduce que la totalidad de las contrarreferencias están justificadas.

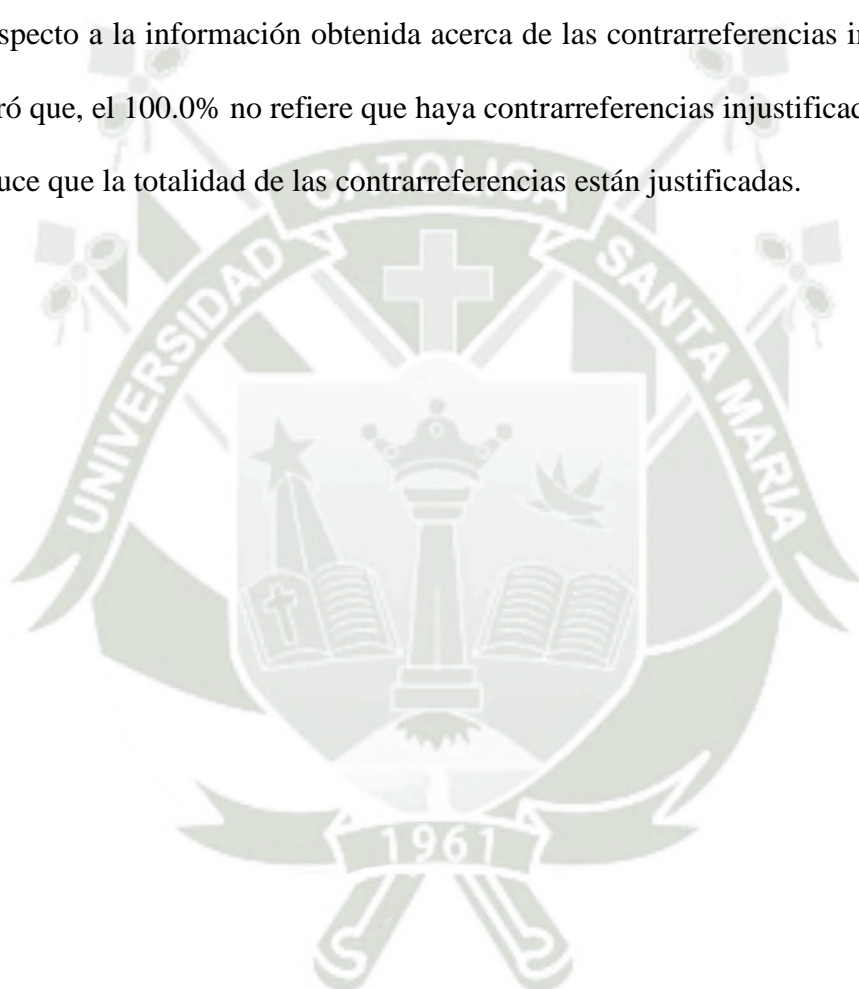
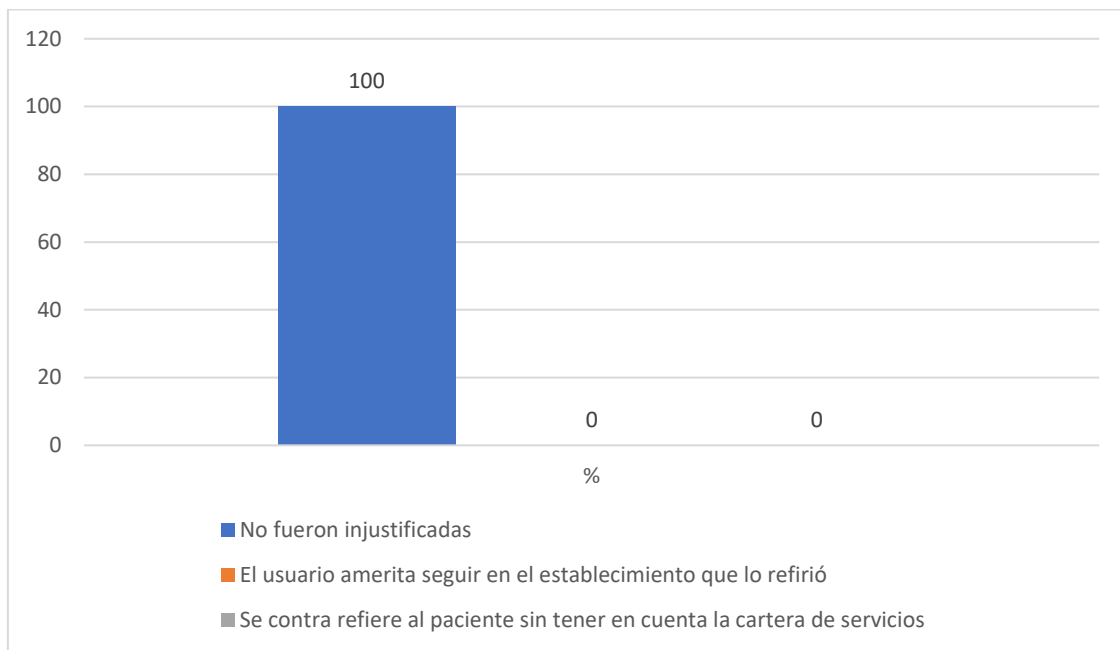


Figura 20

Contrarreferencia injustificada parte de la dimensión datos de la contrarreferencia.



Fuente: Elaboración propia.



Tabla 21*Responsable de la contrarreferencia parte de la dimensión datos de la contrarreferencia.*

	fi	%
Médico Gineco - Obstetra	45	50.6
Médico general	42	47.2
No refiere	1	1.1
Médico residente	1	1.1
Total	89	100.0

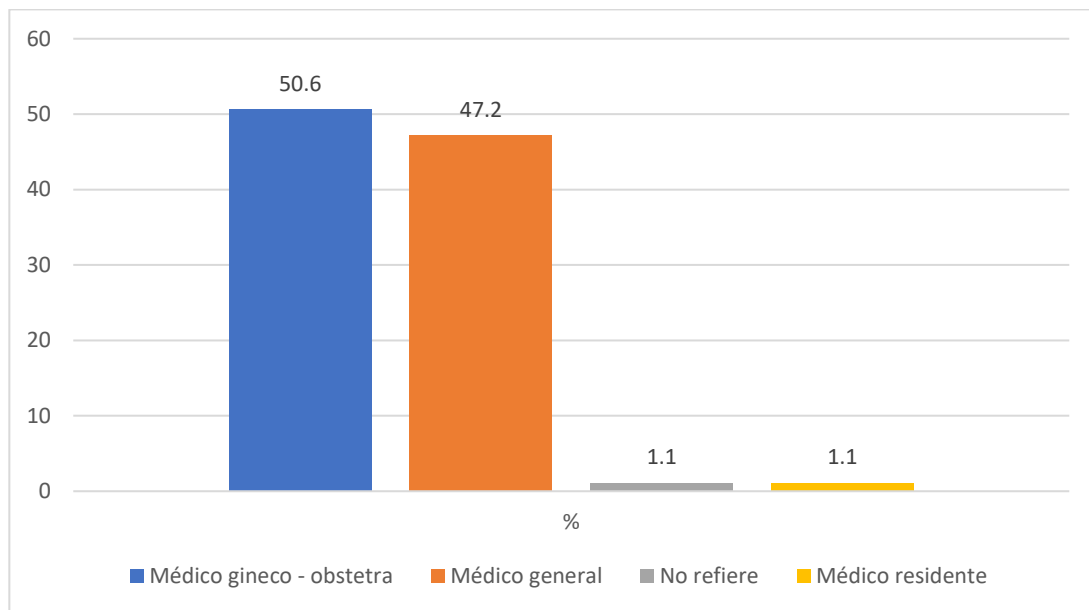
Fuente: Elaboración propia.

Al analizar la información con respecto al responsable de la contrarreferencia, se encontró que, el 50.6% de las contrarreferencias fueron responsabilidad del médico gineco – obstetra, el 47.2% fueron responsabilidad del médico general, el 1.1% fue responsabilidad del médico residente y el mismo porcentaje no refirió quien fue el responsable.

Se deduce que la mitad de las contrarreferencias son responsabilidad del médico gineco – obstetra, pues las pacientes son mujeres gestantes.

Figura 21

Responsable de la Contrarreferencia parte de la dimensión datos de la contrarreferencia.



Fuente: Elaboración propia.



DISCUSIÓN

El primer objetivo de la investigación se centró en describir el proceso de referencias de gestantes en tiempos de COVID – 19 que acudieron al Centro de Salud Ciudad de Dios, Arequipa 2020 – 2021. Siendo denominada el sistema de referencia como aquel conjunto de recursos humanos y tecnológicos que influyen directamente en el estado de salud del usuario, sin embargo, dicha función ocurre cuando el paciente necesita ser referido hacia otro establecimiento de salud con mayor capacidad resolutoria, lo cual dependerá del estado de su salud (4). Relacionado a ello, se encontró que las referencias fueron llenadas casi en su integridad, brindando datos de importancia con respecto al lugar de destino, la especialidad a la cual se deriva al paciente y el motivo por el cual se le deriva, se considera también, la condición del paciente y al verificar la información respecto a referencias injustificadas, se encontró que la totalidad de las fichas de referencias no refieren estar injustificadas, por ello, se puede determinar que las hojas de referencias fueron correctamente llenadas y aceptadas por los lugares a los cuales se derivó al paciente. Esta información es similar a la encontrada por Cárdenas et al. (13) los cuales encontraron dentro de su población de estudio que la mayoría de pacientes obstétricas contaban con un buen llenado de la ficha de referencias hacia otros establecimientos de salud, al igual que Ascabir (14) quien determinó que el sistema de referencias y contrarreferencias era adecuado, pues existía buena comunicación entre el personal de salud, por lo tanto, se manejaba una correcta información en cuanto a la proporción de datos de los pacientes atendidos lo cual también puede haber sido influido por la óptima calidad de servicio que se brindaba a los usuarios; sin embargo, autores como Díaz et al. (18) encontraron casos de mala atención, debido a que no existía un correcto proceso de llenado de referencia y rapidez en cuanto al accionar del personal, por lo que, se infiere que no existía un correcto monitoreo. Así mismo, se entiende que el monitoreo es aquel proceso de control que se da por parte de los responsables de las unidades de referencias (1).

De acuerdo con el segundo objetivo de la investigación el cual está orientado a describir el proceso de las contrarreferencias de gestantes en tiempos de COVID – 19 que acudieron al centro de salud Ciudad de Dios, Arequipa 2020 – 2021. El cual se entiende como aquel proceso administrativo de tipo asistencial que consiste en el reenvío o devolución de la responsabilidad del cuidado del paciente, hacia su establecimiento de origen (7). Por ello, en concordancia con lo propuesto por el objetivo de la investigación, se observó que, casi en su totalidad, las hojas de contrarreferencia brindaron información

acerca del lugar y especialidad, adicionalmente se consideró la condición del paciente, el motivo de la contrarreferencia y el estado de la misma, siendo lo más importante de esta la consideración de justificación de la contrarreferencia, el responsable de ella y el estado de salud con el cual el paciente está dejando el nosocomio. Estos resultados son similares a los encontrados por Espinoza (11) quien refirió que el sistema de contrarreferencias del hospital regional Julio Pinto Manrique de la policía nacional demostró resultados positivos en pacientes curados y pacientes mejorados, ya que existía un correcto manejo del sistema de referencias y contrarreferencias en dicho establecimiento de salud; igualmente, Reyna (15) refirió que la atención derivada del servicio de referencias y contrarreferencias es generalmente bueno, guardando una relación significativa con la satisfacción del asegurado; por el contrario, Paz (12) explicó que hubo exceso de referencias hacia el hospital de emergencias pediátricas de Lima, las mismas que debieron ser contrarreferidas de manera inmediata, por falta de camas y atención especializada, esto es considerado un factor importante para el llenado correcto de contrarreferencias dentro de aquellos establecimientos en donde se excede la capacidad de atención; de igual modo, Díaz et al. (18) demostraron fallas durante el proceso de referencia por el incumplimiento de pasos, solicitados por la norma, la cual, generaba vulnerabilidades adicionales adyacentes al paciente.

CONCLUSIONES

Primera. El proceso de referencias utilizada en gestantes en tiempos de COVID – 19 se realizó de forma adecuada, pues, consideró datos necesarios para la atención en otros establecimientos, el 72.5% de las gestantes fueron referidas al centro de salud Maritza Campos Díaz, al servicio de radiodiagnóstico (58.9%) por un chequeo de control, las referencias fueron brindadas prevalentemente por el servicio de obstetricia para apoyo al diagnóstico (61.7%), consideró que, el destino al cual esta emitida la referencia guarde capacidad resolutive con respecto al problema del paciente (99.7), determinó el nivel de establecimiento origen de la referencia (99.3%), el 100.0% de las referencias fueron justificadas y en su mayoría (58.5%) se dieron por tratamientos de control de las gestantes, la totalidad de las pacientes (100.0%) tuvo una condición médica estable, la especialidad más solicitada fue el servicio de radiodiagnóstico (58.9%), al cual se presentaron las pacientes en condiciones médicas estables (99.7%).

Segunda. También se encontró datos no especificados que fueron ocasionados aparentemente por falla humana al momento de ingresar la información al sistema REFCON y también falla del sistema que se muestra al terminar el registro de la referencia y obtener la hoja digital de referencia.

Tercera. El proceso de contrarreferencias utilizada en gestantes en tiempos de COVID – 19 fue adecuado, la mayoría de contrarreferencias recepcionadas fueron del hospital Goyeneche (48.3%), predominantemente del servicio de emergencia (50.6%), las cuales en su mayoría fueron dirigidas al servicio de obstetricia (59.6%) y se identificó el motivo de la contrarreferencia (emergencia, 50.6%), contaban con seguimiento (100.0%), se indicó también si contaba con informe o resultado (40.4%) o no contaba con el mismo (12.4%), el 22.5% de las pacientes fueron curadas y 29.2% estaban en estado de mejora, la mayor parte de las gestantes tuvieron un diagnóstico de origen, ingreso y egreso de ecografía de control (33.7), al calificar las referencias, se encontró que la totalidad (100.0%) es justificada, evaluadas por el médico responsable, el cual, en la mayoría de casos fue el medico gineco – obstetra (50.6%).

Cuarta. Se encontró que a pesar de contar con las hojas de contrarreferencias, con lo cual se cumple con el reingreso de nuestros pacientes, estas hojas no contenían la información completa de los tratamientos brindados en dichos establecimientos.

RECOMENDACIONES

Primera. Se recomienda al responsable del sistema REFCON del centro de salud, habilitar usuarios personales a cada profesional responsable de elaborar referencias.

Segunda. Capacitar constantemente a todo el personal de salud que tengan acceso al sistema REFCON, de tal manera que el mismo pueda hacer uso correcto del sistema, correcto llenado de las referencias, levantamiento de observaciones, lo cual permitirá que no haya demora en la atención de los pacientes en los establecimientos de referencia.

Tercera. Se recomienda al responsable del sistema REFCON coordinar con quien corresponda ver la posibilidad de que las hojas de Contrareferencia contengan información detallada del tratamiento que fue brindado en sus establecimientos, ya que las hojas solo contienen el diagnóstico de egreso.

Cuarta. Se recomienda evaluar las hojas de contrarreferencias obtenidas de los establecimientos de salud, de tal forma que se pueda trabajar en conjunto con el personal de salud y así obtener la mayor información para el seguimiento del paciente.

Quinta. Se recomienda todo a todo el personal de salud responsable de generar Referencias y Contrareferencias, estar pendiente a las actualizaciones del sistema REFCON y si surgiera alguna novedad o inconveniente comunicarse con su responsable del sistema REFCON de su Microred.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministerio de Salud. Norma técnica del sistema de referencia y contrarreferencia de los establecimientos del ministerio de salud. Lima: Gobierno del Perú; 2005.
2. Ministerio de Salud. “Resolución Ministerial N° 546-2011/MINSA NTS N° 021-MINSA/dgsp-v-03 Norma Técnica de Salud Categorías de Establecimientos del Sector Salud”. 2011..
3. MINSA. Norma técnica de salud para la adecuación de la organización de los servicios de salud con énfasis en el primer nivel de atención de salud frente a la pandemia por COVID-19 en el Perú. 2020..
4. Ministerio de Salud. Norma técnica del sistema de referencia y contrarreferencia de los establecimientos del Ministerio de Salud Lima; 2004.
5. Ministerio de Salud. Resolución Ministerial N° 546-2011-MINSA. 2011. Normatividad sobre las inversiones del sector de salud.
6. Ministerio de Salud. Monitoreo del desempeño de la gestión de establecimientos de salud I, II y III Nivel de atención. Dirección General de Salud; 2011.
7. Ministerio de Salud. Referencia y contrarreferencia de las emergencias obstétricas y neonatales. Dirección General de Salud de las Personas; 2010.
8. Organización Mundial de la Salud. OMS. [Online].; 2021 [cited 2022 Septiembre 7. Available from: https://www.who.int/es/health-topics/coronavirus#tab=tab_1.
9. Wang D, Hu B, Hu C, Zhu F, Liu X, Zhang J. Clinical characteristics of 138 hospitalized patients with 2019 novel coronavirus-infected pneumonia in Wuhan, China. JAMA. 2020; 323(11).
10. Castro A, Villena A. La Pandemia del COVID-19 y su repercusión en la salud pública en Perú. Acta méd. Peru. 2021; 38(3).

11. Espinoza Linares J. Sistema de Referencias y Contrarreferencias de Pacientes Atendidos en el Hospital Regional Julio Pinto Manrique de la Policía Nacional del Perú. Arequipa – 2010. Tesis de postgrado. Arequipa: Universidad Católica Santa María, Escuela de postgrado; 2012.
12. Paz Vargas JC. Caracterización de las referencias del Hospital de Emergencias Pediátricas, Lima 2018. Tesis de Licenciatura. Lima: Universidad Ricardo Palma, Facultad de Medicina Humana; 2021.
13. Cardenas Macedo GG, Sánchez Davila K, Delgado Bardales , Arévalo Fasanando L. Sistema de referencias y contrarreferencias con el manejo de las Emergencias Obstétricas del Hospital II-1 Moyobamba, 2020. Revista Internacional de Salud Materno Fetal. 2021 Octubre; 6(1).
14. Ascasibar Andrade YM. Factores que influyen en Sistema de Referencias y Contrarreferencias en el Servicio de Gineco-Obstetricia, Hospital de Chancay, Enero- Diciembre, 2016. Tesis de Maestría. Lima: Universidad Nacional Federico Villarreal, Escuela Universitaria de Posgrado; 2019.
15. Reyna Méndez de Mera E. Calidad del proceso de atención y satisfacción en el asegurado con el servicio de referencia y contrarreferencia. Hospital-III EsSalud Víctor Lazarte Echegaray. Tesis de posgrado. Trujillo: Universidad César Vallejo, Escuela de posgrado; 2021.
16. Shuña Pérez R. Gestión de la información y toma de decisiones en las referencias y contrarreferencias del Hospital II – 2, Tarapoto, 2020. Tesis de posgrado. Tarapoto: Universidad César Vallejo, Escuela de posgrado; 2021.
17. Mendoza Coello CH, Vélez Silva VA. Contribución de la medicina familiar y comunitaria a la optimización del sistema de referencia y contrarreferencia de los pacientes con diabetes Mellitus tipo 2 en las unidades de los esteros de Manta y los Ángeles de Colón de Portoviejo. Tesis de Segunda Especialidad. Quito: Pontifica Universidad Católica de Ecuador, Facultad de Medicina; 2021.
18. Díaz Muskus MC, González Ruíz YE, Rivera Mieles VI. Fallas en el proceso de referencias y contrarreferencias en el servicio de urgencias de instituciones

- de salud en Montería, en los últimos dos años. Tesis de Pos-Grado. Montería: Universidad de Córdoba, Facultad de Ciencias de la Salud; 2020.
19. Alvarado Carrillo OY, Combita Combita M, Martínez Rivas ÁJ. Análisis al proceso de referencia y contrarreferencia de una EPS en Bogotá. Tesis de Licenciatura. Bogotá: Fundación Universitaria Compensar, Facultad de Ciencias Empresariales; 2018.
 20. Pérez AF, Roche M, Larrañaga C. Patología médica y embarazo. Trastornos gastrointestinales, neurológicos, cardiovasculares y dermatológicos. An. Sist. Sanit. Navar. 2009; 32(1): p. 135-157.
 21. Carrillo-Mora P, García A, Soto M, Rodríguez G, Pérez J, Martínez D. Cambios fisiológicos durante el embarazo normal. Rev. Fac. Med. 2021 Jul; 64(1).
 22. Carrillo P, García A, Soto M, Rodríguez G, Pérez J, Martínez D. Cambios fisiológicos durante el embarazo normal. Rev. Fac. Med. 2021; 64(1).
 23. Bernstein H, VanBuren G. Capítulo 6: Embarazo normal y cuidados prenatales. In DeCherney A, Nathan L, Laurfer N, Roman A. Diagnóstico y tratamiento ginecoobstétricos, 11e.: McGraw Hill.; 2023.
 24. Feito J. Cambios fisiológicos en el embarazo y sus implicaciones anestésicas: Esquema. Revista electrónica de anestesiar. 2021; 13(5).
 25. Caparrós R. Consecuencias de la activación del eje hipotalámico-hipofisario-adrenal sobre la salud materno-fetal durante el embarazo, parto y puerperio. Tesis doctoral. Universidad de Granada; 2018.
 26. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Control prenatal del embarazo normal. Prog Obstet Ginecol. 2018; 61(5).
 27. Guevara Ríos E. La atención prenatal en tiempos de COVID-19. Revista Peruana de Investigación Materno Perinatal. 2020; 9(3).
 28. Quiao J. What are the risks of COVID-19 infection in pregnant women? Lancet. 2020; 395.

29. Ibarra J, León L. COVID-19 y embarazo: Complicaciones y mortalidad. *Revista Saludem Scientia Spiritus*. 2022; 8(3).
30. Schwartz D.. An analysis of 38 pregnant women with COVID-19, their newborn infants, and maternal-fetal transmission of SARS-CoV-2: Maternal coronavirus infections and pregnancy outcomes. *Arch Pathol Lab Med*. 2020; 144(7).





FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS DE REFERENCIA

DATOS GENERALES						
N° de hoja de Referencia				N° de historia clínica		
Fecha		Hora		Entidad aseguradora		Código
Establecimiento de origen			Establecimiento de referencia			
Servicio de origen			Servicio de destino			
USUARIO						
Nombre y apellidos				DNI		Edad
Unidad productora destino de la referencia		<input type="checkbox"/> Emergencia <input type="checkbox"/> Consultorio Externo <input type="checkbox"/> Apoyo al diagnóstico		Criterios de selección del establecimiento de destino		<input type="checkbox"/> Capacidad Resolutiva <input type="checkbox"/> Accesibilidad <input type="checkbox"/> Oportunidad
Procedimiento de la referencia				Referencia injustificada	<input type="checkbox"/> El establecimiento destino no cuenta con la capacidad resolutiva Otros:	
DATOS DE LA REFERENCIA						
Motivo de la referencia			Observaciones			
Condición del paciente	<input type="checkbox"/> Estable <input type="checkbox"/> Mal estado <input type="checkbox"/> Grave	Tipo de transporte	<input type="checkbox"/> Terrestre <input type="checkbox"/> Aéreo <input type="checkbox"/> Fluvial <input type="checkbox"/> Marítimo	Coordinación de la referencia	*Fecha *Hora *Nombre de quien lo atenderá *Nombre con quien coordino la atención *Nombre con quien coordinó la referencia	
Especialidad de destino					Condición en la que llega el paciente	

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS DE CONTRARREFERENCIA

DATOS GENERALES									
Fecha		Hora		N° de Hoja de Referencia					
Establecimiento de origen				Establecimiento de referencia					
Servicio de origen de la contrarreferencia				Servicio de destino contrarreferencia					
USUARIO									
Nombre y apellidos				DNI				Edad	
Identificación del motivo de la contrarreferencia		<input type="checkbox"/> Emergencia <input type="checkbox"/> Consultorio Externo <input type="checkbox"/> Apoyo al diagnóstico		Origen de la contrarreferencia		<input type="checkbox"/> Con seguimiento <input type="checkbox"/> Sin seguimiento			
CONDICIONES DEL USUARIO									
Atendido por apoyo diagnóstico		<input type="checkbox"/> Con informe y/o resultado <input type="checkbox"/> Sin informe y/o resultado		Curado		Deserción		Fallecimiento:	
				Mejorado		Retiro voluntario			
Diagnóstico de origen				Diagnóstico de ingreso				Diagnóstico de egreso	
DATOS DE LA CONTRARREFERENCIA									
Origen de la referencia				Contrarreferencia injustificada			<input type="checkbox"/> El usuario amerita seguir en el establecimiento que lo refirió <input type="checkbox"/> Se contra refiere al paciente sin tener en cuenta la cartera de servicios Otros:		
Calificación de referencia									
Responsable de contrarreferencia		*Nombres y apellidos *Profesión *Colegio Prof.							

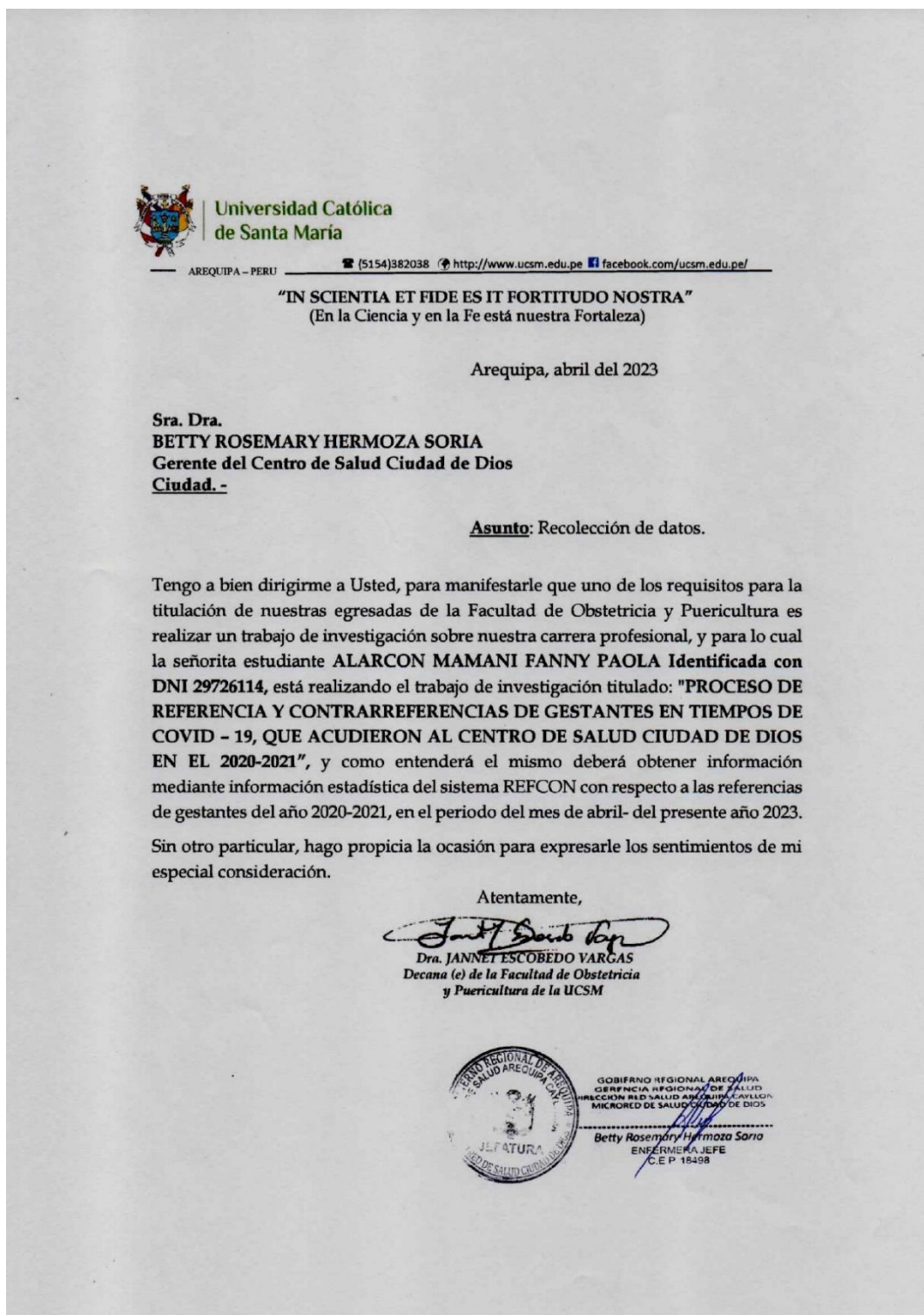
ANEXO N° 3 DELIMITACIÓN GEOGRÁFICA


Ubicación del Centro de salud Ciudad de Dios



ANEXO 4:

CARTA DE ACEPTACIÓN PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS



 **Universidad Católica
de Santa María**

AREQUIPA - PERU ☎ (5154)382038 🌐 <http://www.ucsm.edu.pe> 📘 facebook.com/ucsm.edu.pe/

"IN SCIENTIA ET FIDE ES IT FORTITUDO NOSTRA"
(En la Ciencia y en la Fe está nuestra Fortaleza)

Arequipa, abril del 2023

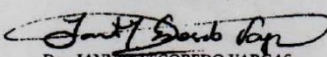
**Sra. Dra.
BETTY ROSEMARY HERMOZA SORIA
Gerente del Centro de Salud Ciudad de Dios
Ciudad. -**


Asunto: Recolección de datos.


Tengo a bien dirigirme a Usted, para manifestarle que uno de los requisitos para la titulación de nuestras egresadas de la Facultad de Obstetricia y Puericultura es realizar un trabajo de investigación sobre nuestra carrera profesional, y para lo cual la señorita estudiante **ALARCON MAMANI FANNY PAOLA Identificada con DNI 29726114**, está realizando el trabajo de investigación titulado: **"PROCESO DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIAS DE GESTANTES EN TIEMPOS DE COVID - 19, QUE ACUDIERON AL CENTRO DE SALUD CIUDAD DE DIOS EN EL 2020-2021"**, y como entenderá el mismo deberá obtener información mediante información estadística del sistema REFCON con respecto a las referencias de gestantes del año 2020-2021, en el periodo del mes de abril- del presente año 2023.

Sin otro particular, hago propicia la ocasión para expresarle los sentimientos de mi especial consideración.

Atentamente,


Dra. JANNET ESCOBEDO VARGAS
Decana (e) de la Facultad de Obstetricia
y Puericultura de la UCSM

 **GOBIERNO REGIONAL AREQUIPA
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
DIRECCIÓN DE SALUD ASISTENCIAL CAYLLO
MICRORED DE SALUD CIUDAD DE DIOS**


Betty Rosemary Hermoza Soria
ENFERMERA JEFE
C.E.P. 18498

