



Instituto Nacional de
Salud Pública

**DESARROLLO DE UNA PROPUESTA DE MEJORA DEL
PROCESO DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA EN EL
ÁREA DE ATENCIÓN PRENATAL Y DEL PARTO EN UN
HOSPITAL GENERAL DEL ESTADO DE MÉXICO.**

**Proyecto Terminal Profesional para Obtener el Grado de
Maestro en Salud Pública con Área de Concentración en
Epidemiología**

Sustentante:

RUIZ MONTERO GONZÁLEZ SERGIO

Alumno de la Maestría en Salud Pública con Área
de Concentración en Epidemiología. Instituto Nacional de Salud
Pública.

Directora: Mtra. Alma Lucila Saucedo Valenzuela. Investigador en
Ciencias Médicas, CISS. Instituto Nacional de Salud Pública.

Asesor: Dr. Manuel Palacios Martínez. Profesor Investigador, CISEI.
Instituto Nacional de Salud Pública.

México, D.F. Julio 2014.

ÍNDICE

Introducción	4
Antecedentes	6
Marco Conceptual	10
Planteamiento del Problema	24
Justificación	27
Objetivos	29
Material y Métodos.....	30
Análisis de Factibilidad	34
Consideraciones Éticas	35
Cronograma de Actividades.....	36
Resultados preliminares	37

Resultados Esperados.....63

Referencias.....68

Anexos75

INTRODUCCIÓN

A lo largo de la historia las mujeres han sido afectadas por condiciones y problemas asociadas a su género tanto en las esferas biológicas, sociales y en salud. Problemas tales como violencia de género, inequidad en el acceso a los servicios de salud, “feminización” de la epidemia de VIH/SIDA, entre otros,¹ corresponden a algunos de dichos problemas abordados en las últimas décadas.

A pesar del desarrollo que se ha alcanzado en materia de salud a nivel mundial, el tema de salud sexual y reproductiva sigue siendo en muchos países - principalmente aquellos con poco desarrollo-, un apartado inconcluso en materia de salud pública.¹ Se estima que cada dos minutos muere una mujer de complicaciones prevenibles relacionadas con el embarazo.²

Los principios de equidad y justicia dentro de los servicios de salud han sido considerados en la mayoría de los proyectos y propuestas de mejora hacia los servicios de salud, teniendo como temas principales la accesibilidad de los servicios, la infraestructura física (hospitales, centros de salud, etc.), el adecuado surtimiento de insumos para su operación, la calidad de la atención percibida por los usuarios, la evaluación de la calidad técnica de los servicios de salud.³⁻⁵ Sin embargo, en escasas ocasiones, los estudios se han centrado en la atención de los procesos médico-administrativos, mismos que permiten la articulación entre los procesos médicos y los administrativos propiamente dichos. Tal es el caso del sistema de referencia y contrarreferencia (R-CR) de los usuarios de los servicios entre los diferentes niveles de atención médica.⁶⁻⁸

El sistema de R-CR desde sus inicios fue creado para facilitar la continuidad de cuidados de los usuarios y seguimiento de los mismos en todo tipo de patologías médicas,⁹ incluidos los cuidados relacionados con el embarazo, parto y puerperio. Sobre este último, existe vasta evidencia de propuestas de mejora orientada en la calidad de la atención, tanto técnica como de percepción de las usuarias, llegando a soluciones como la capacitación de personal en ciertas habilidades, mejora en el

trato, entre otros, pero existe escasa evidencia nacional que incorpore o se enfoque en el sistema de R-CR.

La mayor parte de los problemas de salud pueden verse afectados cuando falla el sistema de R-CR, siendo uno de los más importantes -dada su frecuencia e implicaciones sociales y políticas-, el control prenatal y atención del parto, principalmente por su complicación fatal: la muerte materna.

Con base en lo anterior, en el presente trabajo, se analizará el funcionamiento del sistema de R-CR en el control prenatal y atención del parto en un hospital general del Estado de México, para ello, se conformará un grupo de trabajo centrado en el análisis del proceso de R-CR, se detectaran oportunidades de intervención a partir de donde se generará una propuesta de mejora con su consecuente implementación dentro del área de adscripción del hospital general en estudio (trabajadores adscritos al Hospital General Valle de Bravo, perteneciente a la Red de Atención a la Salud 06 Valle de Bravo), con ello se pretende lograr a futuro un mejor funcionamiento del sistema descrito, así como contribuir a mejorar los indicadores de la atención prenatal y del parto en el Estado.

ANTECEDENTES

El incremento de la población en todos los niveles (mundial, nacional, estatal, local) trae consigo múltiples implicaciones económicas, ecológicas, sociales, políticas y, por supuesto, en salud. La referencia de pacientes desde el primer nivel de atención hacia una atención especializada es un proceso muy importante en cualquier sistema de salud.¹⁰ En México, en el sector público de salud la demanda de los diversos servicios que se ofrecen se ha incrementado, entre otros aspectos, por el aumento en los niveles de desempleo, así como por la elevación del empleo informal y su consecuente demanda de atención, esta población ha sido cubierta de manera gradual desde el 2004 por el Seguro Popular de Salud (SPS).¹¹

Por otro lado, existe entre los usuarios de los servicios públicos de salud poca información acerca de un uso “adecuado” del sistema de salud, con el incremento en la atención de patologías “simples” en niveles de atención de mayor complejidad, lo cual ha traído como consecuencia una distribución irregular de cargas de trabajo, subutilización de infraestructura y recursos en algunas unidades médicas y sobreocupación en otras, lo que genera gastos innecesarios así como el deterioro en la calidad de la atención.⁹

Además, la fragmentación propia de los servicios de salud en nuestro país, en instituciones públicas (de seguridad social y asistencial) y en el sector privado,¹² ha generado entre otras cosas, dificultad en la accesibilidad de los servicios, uso irracional e ineficiente de los recursos, incremento en los costos de producción y, por ende, baja calidad técnica e insatisfacción en los usuarios internos y externos.

En el Estado de México como respuesta a este entorno en salud, se presentó el 12 de mayo del 2012 el Modelo de operación del Instituto de Salud del Estado de México (ISEM) por “Redes Integradas de Atención a la Salud (RIAS) para el periodo 2012 – 2030”. El Modelo está compuesto por una Red integrada de 18 Subsistemas de Atención a la Salud, cada una de los cuales tiene como cabeza

de red un hospital de referencia, idealmente con una capacidad instalada capaz de soportar el flujo de referencias de pacientes, generado por las unidades de menor nivel de resolución del área de influencia y garantizar así su atención, incluidas las mujeres embarazadas y sus productos; con ello se pretende -entre otros aspectos- contribuir con la disminución de la muerte materno infantil en el Estado de México.¹³

Cada subsistema está coordinado por un *Gestor de Red*, quien se encarga de analizar el flujo de pacientes en la red, ayudar a la gestión de traslado de usuarias(os) a unidades resolutorias además de proponer proyectos de mejora.

En la atención prenatal, la prestación de servicios de salud a la mujer embarazada constituye desde hace varios años una prioridad en las políticas de salud tanto a nivel nacional como internacional.^{1,14} Durante la atención prenatal se pueden prevenir complicaciones que pueden tener consecuencias permanentes en la salud y calidad de vida del binomio madre-producto. En este sentido, la mejora de la salud materna es uno de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM)¹⁵ que adoptó la comunidad internacional con el compromiso de reducir 75% de la mortalidad materna para el año 2015. En México, la meta en relación a la Razón de Mortalidad Materna (RMM) incluye disminuir este indicador de 49.9 del 2011 a 22.2 para el 2015.¹⁶

En el Estado de México en el año 2011 se alcanzó el mayor número de muertes maternas (145), equivalente a 15.2% de las muertes a nivel nacional. En ese mismo año en la RIAS Valle de Bravo la RMM fue de 73.5 x 100,000 nacidos vivos, ubicándose por arriba de las medias nacional (50.7) y estatal (46.6),¹⁷ lo que refleja la dimensión de la problemática en relación a la salud de la mujer embarazada en la región, aunado a ello, en esta zona se observa mayor dispersión de los centros de salud, mayor complejidad en la accesibilidad física y económica, además de la situación negativa generada por la inseguridad en zonas específicas de la región.

Se ha documentado que el mayor riesgo de mortalidad materna por grupos de edad lo representan las mujeres menores de 15 años, en ellas las complicaciones del embarazo y parto representan la causa principal de mortalidad en países en desarrollo. En tanto que, el riesgo de muerte relacionado con el embarazo se estima de 1 en 150 en países en desarrollo en comparación de los países desarrollados donde se presenta en 1 en cada 3800.¹⁸

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) las principales complicaciones del embarazo y parto, que causan alrededor de 80% de las muertes maternas son:

- Hemorragias (principalmente postparto).
- Infecciones (principalmente puerperales).
- Estados hipertensivos en el embarazo (preeclampsia y eclampsia).
- Abortos (principalmente de riesgo o clandestinos).

Esto se corresponde a los números nacionales, donde las hemorragias son causantes de 23.1% de las muertes maternas, los estados hipertensivos 24.4%, aborto 7.6%, e infecciones 3.1%. En el estado de México el aborto tiene una mayor frecuencia (11.6%), al igual que los estados hipertensivos (29.9%), así como también existe un incremento de causas inespecíficas inherentes al embarazo y puerperio. Cabe destacar que del total de muertes maternas en el Estado de México en el año 2011 aproximadamente 60% inició control prenatal durante los primeros 3 meses y cerca de 50% recibió más de 3 consultas prenatales, mientras que solo 7% no tuvo control prenatal.¹⁶

Dentro de la RIAS Valle de Bravo se generan mensualmente cerca de 1000 referencias de todos los padecimientos, de las cuales 60% son enviadas al hospital ancla “el Hospital General Valle de Bravo” (HGVB), de ellas, 50% corresponden a pacientes obstétricas. Para dimensionar la importancia de la salud de la mujer embarazada en la región: los primeros 4 diagnósticos de referencia al HGVB están relacionados al control prenatal, atención del parto y embarazo de riesgo por probables complicaciones.¹⁹ El control prenatal es la primera causa de atención en consulta externa del HGVB, y la atención del parto y/o probables

complicaciones constituyen la tercera causa de atención por urgencias.¹⁹ De acuerdo al informe anual del Sistema de Información en Salud (SIS) 2012 del HGVB, se presentaron en dicho periodo 16 complicaciones obstétricas.²⁰

Los esfuerzos internacionales y nacionales en políticas y estrategias en salud orientados a mejorar la salud de las mujeres, principalmente en los rubros de salud sexual y reproductiva, no solo están reflejados en los ODM. El primer paso para mejorar el componente materno, de la anteriormente llamada “salud materno-infantil”, se da a mediados de los ochentas con el trabajo de Rosenfield y Maine titulado “*La invisibilidad del componente materno en los programas de salud materno-infantiles*”.²¹ De manera global, hay documentos que abordan el tema como la Iniciativa Maternidad Segura²² y se adoptan nuevos conceptos como los de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres en la *Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo* de 1994 en el Cairo y en la *Cuarta Conferencia Mundial para las Mujeres* de 1995 en Beijing.²³⁻²⁴

En los últimos años, las autoridades de salud de México han enfocado la política de salud sexual y reproductiva en la disminución de la mortalidad materna, mediante diversas acciones y Programas, por ejemplo, el Sistema de Protección Social en Salud (SSPS), inició en 2008, el programa *Embarazo Saludable para mejorar el acceso gratuito a la atención prenatal del embarazo, del parto y puerperio fisiológico y de cesárea y puerperio quirúrgico*, sobre todo en casos de emergencias obstétricas (EO).²⁵ En 2009, se impulsó en la Secretaría de Salud Federal (Ssa) la firma del *Convenio General de Colaboración para la Atención de la Emergencia Obstétrica* (AEO) entre las principales instituciones de atención a la salud.²⁶

Como se puede apreciar, la atención prenatal, del parto y sus complicaciones en la RIAS es un tema prioritario que requiere ser abordado en pro de mejorar la calidad de la atención de las usuarias de la región, así como contribuir a la reducción de la mortalidad materna estatal y nacional.

MARCO CONCEPTUAL

Dentro del presente trabajo se abordarán diversos temas y conceptos de importancia para el adecuado entendimiento y desarrollo del proyecto. La base la constituye el tema de calidad en los servicios de salud, para ello se revisará el concepto de calidad, la gestión de la calidad en los servicios de salud y los diferentes modelos propuestos para abordar la mejora continua en dichos servicios, a partir de ellos, se elegirá el modelo de mejora que se tomará en el desarrollo de este trabajo. Al enmarcarse esta propuesta en el sistema de referencia y contrarreferencia se describirá este apartado, así como la normatividad existente a nivel local, nacional e internacional en relación al mismo. Finalmente, referido a la población beneficiaria de las acciones del presente proyecto (mujeres embarazadas) se revisarán los aspectos básicos acerca de la atención prenatal, parto y puerperio, así como la normatividad vigente existente para tales efectos.

CALIDAD

El concepto de calidad tiene varias acepciones dependiendo del ángulo de enfoque. La calidad es definida por el Diccionario de la Lengua Española como “la propiedad o conjunto de propiedades inherente a una cosa que permite apreciarla como igual, mejor o peor que las restantes de su especie”.²⁷ Si nos enfocamos en la calidad en los servicios de salud es indispensable conocer el concepto de calidad de Donabedian, para quien la calidad es un atributo de la atención médica que puede obtenerse en diferentes grados, y es a la vez el logro de los mayores beneficios posibles de la atención médica con los menores riesgos para el paciente.²⁸ Según este mismo autor, la calidad debe interpretarse en dos dimensiones íntimamente relacionadas, una técnica (aplicación del conocimiento) y una interpersonal (relación entre el proveedor del servicio y el usuario).

En tanto que, según la ISO 9000, 2000 se define calidad como “el conjunto de características inherentes a un producto para que cumpla los requisitos para los cuales se elabora”.²⁹

Otro concepto de calidad se puede ver en términos de “calidad total”, el cual es un elemento organizacional basado en la visión y misión de la organización donde cada persona involucrada debe realizar sus funciones en tiempo y forma, con un enfoque en el “cliente”, tomando en cuenta sus necesidades sentidas, expectativas y otras opiniones acerca del servicio, en pocas palabras buscar la “satisfacción” del cliente o usuario.

El auge del tema de la calidad tiene un trasfondo: los costos. Ya sea en un país desarrollado donde se plantean la contención de costos, la mejora de calidad debida al incremento de demandas, tener ventajas en relación a otros prestadores de servicios, etc., o en un país en vías de desarrollo donde el presupuesto es más ajustado, las deficiencias de recurso material y personal son más acentuadas, todo termina en dirigir los esfuerzos de mejora en la calidad a su relación con los costos, productividad, eficiencia y efectividad.³⁰

La productividad se define según Scott como la relación entre insumos y productos.³¹ El mismo autor define a la eficiencia como la relación productos y costos y la efectividad como el cumplimiento exitoso de las metas establecidas.

Es importante también señalar la relación que existe entre “cantidad” y calidad y calidad de los servicios de salud. En esta relación podemos pensar que si la cantidad de servicios es insuficiente los resultados que esperamos no podrán producirse, así mismo si la cantidad de servicios es excesiva (como alargar una estancia hospitalaria sin justificación) se incrementa el riesgo hacia el usuario. Por tanto, se pueden producir servicios de alto costo los cuales pueden resultar dañinos o con un alto desperdicio al no corresponderse con los resultados esperados. Al incluirse los costos en la relación de riesgo-beneficio en calidad estamos hablando de lo que Donabedian definió como el modelo unificado de calidad: $\text{calidad} = \text{beneficios} - (\text{riesgos} + \text{costos})$.³²

Al no producirse los resultados esperados en calidad (en términos tanto de la dimensión técnica como interpersonal, así como de resultados políticos), surgen las propuestas de mejora en los servicios de salud.

Las propuestas de mejora se refieren a la necesidad de mejorar el nivel de calidad con que ciertos productos y servicios son entregados a los clientes o usuarios. Son la expresión escrita de una serie de ideas que justifican dicha necesidad en función de la visión y la misión de la organización y de las prioridades definidas por sus directivos. Contienen además información sobre el nivel de calidad logrado hasta el momento, donde se pone en evidencia el incumplimiento de uno o más estándares de calidad. Incluyen información sobre las causas que ocasionan tal incumplimiento. Describen las acciones y los cambios que se pretenden llevar a cabo para lograr el nivel de calidad deseado, y establecen el tipo de resultados con los cuales se pretende demostrar el efecto benéfico de tales acciones y cambios.

Para su funcionalidad, las propuestas de mejora deberán ser aprobadas por la autoridad inmediata superior del equipo que presenta la propuesta. Lo anterior se debe a dos razones principales:

1. El personal dedicará cierto tiempo a las actividades de mejoría, y lo deseable es que dicho tiempo se dedique a las prioridades institucionales.
2. Es una forma de asegurar el apoyo de los directivos”.³³

En México, la evaluación de la calidad de los servicios de salud inició en la década de los ochenta del siglo pasado, básicamente a partir de la introducción del concepto de garantía de calidad.³⁴ Algunos de los primeros ejemplos de este tipo de programas fueron desarrollados en el Instituto Nacional de Perinatología de la Secretaría de Salud de México³⁵ y en la Unidad de Estudios sobre la Calidad de la Atención a la Salud del Instituto Nacional de Salud Pública.³⁶

Existen varios modelos de calidad para aproximarse o tomar como referencia al momento de elaborar una propuesta de mejora. Cada uno provee un enfoque y metodología diferente pero todas tienen el mismo propósito. Entre estos modelos se encuentran los siguientes:

EFQM: corresponde al modelo de la Fundación Europea de Gestión de Calidad y tiene la misión de apoyar a las empresas de dicha fundación a implementar la calidad total para obtener ventaja competitiva.³⁷

El Modelo para la Gestión de Calidad Total el cual se fundamenta en la siguiente premisa:

*La Satisfacción de Clientes y Empleados y el Impacto en la Sociedad se consiguen mediante un Liderazgo que impulse la Política y Estrategia, las personas de la organización, las Alianzas y Recursos y los Procesos hacia la consecución de la Excelencia en los Resultados de la organización.*³⁸

Es el modelo utilizado por la Dirección General de Calidad y Educación en Salud de la SSA desde hace más de 10 años, que ha permitido sentar las bases de una cultura de calidad en los servicios públicos de salud de México.

Modelo ISO 9001:2000: Son un conjunto de normas que según su definición constituyen un modelo para el aseguramiento de la Calidad en el diseño, el desarrollo, la producción, la instalación y el servicio postventa. Esta norma permite desarrollar e implantar un sistema de gestión de la calidad en una organización.³⁹

Ruta de la Calidad: es una secuencia de actividades que permite desarrollar soluciones a problemas o llevar a cabo proyectos en cualquier área de trabajo de la empresa. Consta de 8 etapas. Cada una requiere de desarrollar algunas actividades básicas y hacerse algún tipo de preguntas, por esto la utilización de las 5w y 2H en cada una de ellas puede ser una metodología con excelentes resultados (**What, Why, Who, Where, When, How, How much**).⁴⁰

Y finalmente el modelo en el que se cimentará el presente estudio, que es el siguiente:

EPQI: El Mejoramiento Participativo de la Calidad Basada en Evidencias (EPQI, por sus siglas en inglés), se basa en el “KAIZEN”, concepto de mejoramiento de la calidad, originalmente desarrollado en la Industria del Japón. El EPQI se enfoca en

las necesidades de los clientes, y en el mejoramiento de procesos orientado a los resultados.⁴¹ El modelo EPQI consta de 7 pasos, que se esquematizan en la siguiente figura (Figura 1):

Figura 1
Pasos de la metodología EPQI



Fuente: Adaptado de Manual EPQI Urroz, Costa Rica 2005.

1.- **Selección del tema:** se puede definir en términos de un problema, la diferencia entre lo esperado y lo observado. El tema puede ser definido a nivel gerencial alto o a nivel focal por un equipo de trabajo definido y enfocado a la mejora continua de la calidad. Dentro del análisis para la selección del tema se deben tomar en cuenta la misión y visión institucional así como las necesidades de los clientes.

Dentro de las herramientas de trabajo para la selección del tema se pueden utilizar la lluvia de ideas, mencionando los procesos que se han identificado como “problemáticos” y, finalmente, utilizar una matriz de selección, donde con las evidencias disponibles, se prioriza el tema con base en la relevancia y factibilidad de mejora del tema (proceso).

2.- Valoración de la situación actual y clarificación de la meta a alcanzar: en otras palabras es un diagnóstico situacional, donde se recopilan datos para dar una idea general del tema elegido, nos permite evaluar cuantitativamente el estado actual del proceso. En este paso, para clarificar el problema se realizan flujogramas del proceso, cartas de proceso, identificación y creación de indicadores del proceso, estratificación, utilización de diagramas de Pareto, matriz 5W 2H.

3.- Establecimiento del equipo del proyecto y programa de trabajo: Se selecciona e integra el equipo con personas con base en una meta específica, se elabora un cronograma de trabajo, para que se trabaje en el cumplimiento de los pasos señalados. Se puede utilizar la gráfica de Gantt para estos fines.

4.- Identificación y análisis de causas: Se debe de analizar si los datos que se tienen son suficientes o es necesario realizar nuevas mediciones. Teniendo en cuenta esto debemos ser capaces de identificar la causa “raíz”, que es donde se debe de centrar el proceso de mejora.

En este paso, las herramientas de mejora recomendadas son los diagramas de análisis de causas como la de “espina de pescado” (Ishikawa), diagrama de árbol, mapeo de procesos, entre otros.

5.- Identificación e implementación de soluciones: se determinan las soluciones o resultados requeridos del proyecto, se desarrollan las medidas o

planes estratégicos para alcanzar las metas propuestas y se enlistan las tareas a ser realizadas en el proyecto.

6.- **Evaluación de resultados:** se deben evaluar los efectos de cada salida, realizar ajustes y correcciones, recolectar datos de los indicadores existentes o creados para tales efectos. Seleccionar las “soluciones” que fueron efectivas y, además evaluar o tomar en cuenta los efectos positivos y negativos.

7.- **Estandarización:** en este paso se debe crear el mecanismo por el cual se garantice que los resultados logrados se mantengan en el “sistema”. Proponer un modelo de evaluación continua, divulgación de los nuevos estándares, entre otros.⁴¹

REFERENCIA, CONTRARREFERENCIA Y PRESTACION DE SERVICIOS

El sistema de referencia y contrarreferencia según la NOM 004 SSA3 2012, se define como el procedimiento médico-administrativo entre establecimientos para la atención médica de los tres niveles de atención, para facilitar el envío-recepción-regreso de pacientes, con el propósito de brindar atención médica oportuna, integral y de calidad (Figura 2).⁴²

El proceso de referencia se puede componer de varias etapas basado en diversos eventos y tareas a realizar: 1) consideración y decisión de referir al paciente a un servicio “especializado”, 2) selección de especialista, envío y revisión de la referencia y 3) aceptación y atención del paciente por parte del especialista. No existen guías ni protocolos internacionales para referir a los pacientes a una atención médica especializada, sin embargo, en algunos países, existen guías nacionales de “priorización” para acceder a los servicios especializados de salud.

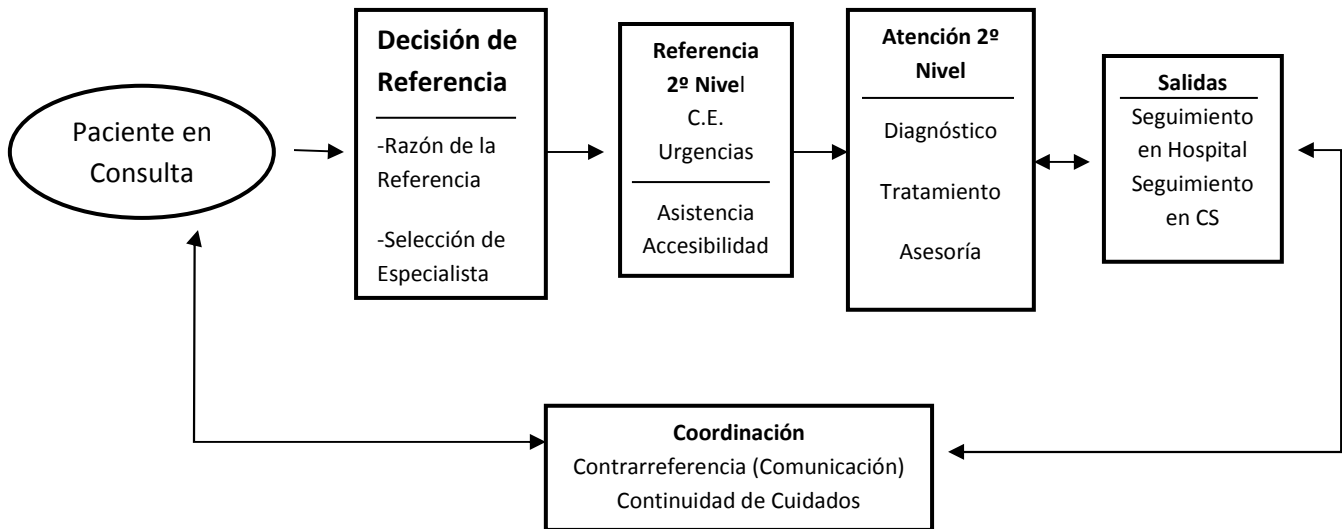
⁴³ En México existen diversos reglamentos y manuales de ámbito regional, sin haberse encontrado normatividad nacional al respecto; por ejemplo, en el Estado de México se cuenta con el *Manual de Procedimientos para la operación del*

Sistema de Referencia y contrarreferencia de Pacientes en unidades médicas de primero, segundo y tercer nivel de atención),⁴⁴ así mismo se encuentra contemplado en los lineamientos para la referencia y contrarreferencia de pacientes pediátricos de población abierta de la Ciudad de México y área conurbada del Estado de México.⁹

Estos elementos normativos médico-administrativos si se aplican correctamente permiten incidir en los problemas más comunes del sistema de referencia y contrarreferencia, tales como: retrasos de atención, duplicidad de recursos, incremento de costos, interrupción de tratamientos, continuidad de cuidados y traslados innecesarios de pacientes, lo que se reflejaría en la satisfacción tanto para el usuario externo como el interno.⁹ En el aspecto particular del control prenatal, atención del parto y seguimiento postnatal, estudios han encontrado que el uso de formatos más simples podría ser conveniente y adecuado.⁴⁵

El proceso de referencia y contrarreferencia se puede esquematizar como se muestra en la Figura 2, donde la entrada siempre va a ser el usuario (a) principalmente en la consulta de primer nivel de atención (pero no de manera exclusiva), donde el médico tratante identifica la necesidad de valoración médica en el siguiente nivel de atención de salud, debido principalmente a dos factores: 1) la capacidad resolutoria y 2) la complejidad del padecimiento. En dicha instancia, se debe elegir la especialidad idónea y el establecimiento que cubra las necesidades del usuario, además de priorizar la oportunidad de la atención, ya sea de urgencia o no. En este punto, existen factores que pueden afectar la continuidad del proceso, entre ellos, la atribuible al usuario, y la atribuible a la accesibilidad del establecimiento. Ya en el establecimiento de segundo. o tercer nivel de atención, se realiza el diagnóstico, tratamiento y/o asesoría, dependiendo de las necesidades particulares del paciente y su patología. Finalmente, se da el seguimiento en el primer nivel de atención (centros de salud) o un nivel de mayor complejidad (Hospitales Generales y/o Especialidad) de acuerdo al poder resolutorio de cada instancia.⁴²⁻⁴⁵

Figura 2
Esquema del proceso de Referencia y Contrarreferencia



Fuente: Adaptado de Guevara et al. BMC Health Services Research 2011, 11:168.

C.E. Consulta Externa

C.S. Centro de Salud

El concepto de **continuidad de la atención** se refiere a como las personas experimentan el nivel de integración de los servicios, y puede definirse como: “el grado en que una serie de eventos discretos del cuidado de la salud son experimentados por las personas como coherentes y conectados entre sí en el tiempo, y son congruentes con sus necesidades y preferencias en salud”.⁴⁶ Desde el punto de vista clínico, la continuidad asistencial se asociaría a mejoras en la efectividad clínica, en la capacidad de respuesta de los servicios, en la aceptabilidad de los servicios, y en la eficiencia del sistema de salud.

El favorecimiento hacia la continuidad de cuidados es lo que impulsó la creación del modelo de atención médica en el ISEM por medio de RIAS, pero obviamente esta experiencia no es nueva, por ejemplo, ya desde junio de 2007, “La Agenda de Salud para las Américas 2008-2017”, en su párrafo 49, señala la necesidad de “fortalecer los sistemas de referencia y contrarreferencia y mejorar los sistemas de

información a nivel nacional y local a modo de facilitar la prestación de servicios comprensivos y oportunos”.⁴⁷ En julio del mismo año, el Consenso de Iquique, logrado en la XVII Cumbre Iberoamericana de Ministros de Salud, señala en su párrafo 6 “la necesidad de desarrollar redes de servicios de salud basadas en la atención primaria, de financiamiento público y cobertura universal, dada su capacidad de aminorar los efectos de la segmentación y la fragmentación, articulándose con el conjunto de las redes sociales”.⁴⁸

Una red de atención a la salud se define como: “una red de organizaciones que presta, o hace los arreglos para prestar servicios de salud equitativos e integrales a una población definida, y que está dispuesta a rendir cuentas por sus resultados clínicos y económicos y por el estado de salud de la población a la que sirve”.⁴⁶

En el Programa Estatal de Salud del Estado de México 2005-2011 en la línea de acción 8.5 se hace mención de **Redes virtuales para la prestación de servicios de salud**, donde se refiere como objetivo la creación de redes virtuales de prestación de servicios de salud que hagan más eficiente la referencia y contrarreferencia de pacientes, garantizando la continuidad de la atención; evitando a futuro la duplicación de estudios y ampliando la oferta de servicios de salud y administrativos de la salud.⁴⁹

En el Programa Nacional de Salud 2007-2012 se describe a las **redes de servicios de salud** como una de las innovaciones que puede facilitar la adaptación de los servicios de salud a las nuevas y crecientes demandas de atención, así como permitir mejorar la capacidad resolutive de los servicios de salud, garantizar la continuidad del proceso de atención, y fortalecer la prestación complementaria y cruzada de servicios entre entidades federativas, instituciones y sectores.⁵⁰

En la Ley General de Salud se establece en el artículo 26 en materia de prestación de servicios de salud que: “*Para la organización y administración de los servicios*

de salud, se definirán criterios de distribución de universos de usuarios, de regionalización y de escalonamiento de los servicios, así como de universalización de cobertura”.⁵¹

En el mismo documento se define, en su artículo 32, a la atención médica como “el conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de proteger, promover y restaurar su salud la cual podrá apoyarse de medios electrónicos de acuerdo con las normas oficiales mexicanas que al efecto expida la Secretaría de Salud”.⁵¹

ATENCIÓN MATERNA

Como se expresa en la Ley General de Salud en el artículo 61, en México la atención a la mujer embarazada es una prioridad en salud, ya que las complicaciones obstétricas y muerte materna tienen un fuerte impacto negativo a nivel familiar, económico y social.

De acuerdo con la NOM 007 SSA2 1993, la muerte materna es la complicación última en la atención de la mujer embarazada y se define como *“el fallecimiento de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y el sitio del embarazo, debida a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo mismo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales”*.⁵²

La disminución de la muerte materna e infantil forman parte de los ODM, por los que los diversos países miembros de la OMS han intensificado los mecanismos para alcanzar dichas metas, pero las muertes que persisten aún nos muestran las inequidades en acceso y educación en salud y subrayan las diferencias entre ricos y pobres.¹⁸

Una de las piezas clave para la reducción de la muerte materna a nivel mundial ha sido el control prenatal, el cual se define como *“el conjunto de acciones y procedimientos, sistemáticos o periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico*

y tratamiento de los factores que puedan condicionar morbilidad y mortalidad materna perinatal".⁵³ Esta definición, nos deja ver la esencia del control prenatal: la detección oportuna e implementación de intervenciones específicas.

Los objetivos del control prenatal son:

1. Brindar contenidos educativos para la salud de la madre, la familia y del niño.
2. Vigilar el crecimiento y la vitalidad fetal.
3. Aliviar molestias y síntomas menores del embarazo.
4. Preparar a la embarazada para el nacimiento y la crianza del recién nacido.
5. Prevenir, diagnosticar y tratar las complicaciones del embarazo.
6. Detectar alteraciones en la salud materna y fetal.

Existen numerosas intervenciones para la disminución de la muerte materna, dentro de las cuales se pueden destacar: la planificación familiar, manejo y prevención de infecciones de transmisión sexual, administración de micronutrientes, manejo y tratamiento de estados hipertensivos durante el embarazo, detección y manejo de infecciones urinarias, inmunizaciones. Dentro del ámbito hospitalario se encuentran el uso específico de oxitocina, rompimiento de membranas, uso racional de la analgesia obstétrica, uso racional de antimicrobianos, establecimiento del equipo MATER.¹⁶

Sin embargo, existen factores que pueden modificar la probabilidad de utilizar en forma adecuada la atención prenatal, mismos que se pueden clasificar en dos componentes: 1) las características propias de la mujer embarazada y, 2) las características inherentes a los servicios de salud.

-Entre las primeras se ha considerado el nivel de escolaridad, el estrato socioeconómico, el ingreso, la edad, la ocupación, la paridad, la raza, el estado civil, el deseo de estar embarazada, el estrés y los problemas en el embarazo, la red de apoyo social, la falta de conocimiento sobre el estado del embarazo durante los primeros cuatro meses, el intervalo intergenésico, la motivación para demandar la atención, el estado de depresión, la disponibilidad de transporte, la

disponibilidad de personas para que cuiden a sus hijos, el idioma, y algunos factores culturales.⁵⁴

-Mientras que las características de los servicios de salud que mayormente se han estudiado son la accesibilidad, la disponibilidad y la calidad de la atención otorgada, la actitud del personal que recibe a los pacientes en los establecimientos médicos, la satisfacción del personal no médico que labora en las instituciones, y el esquema de financiamiento.⁵⁴

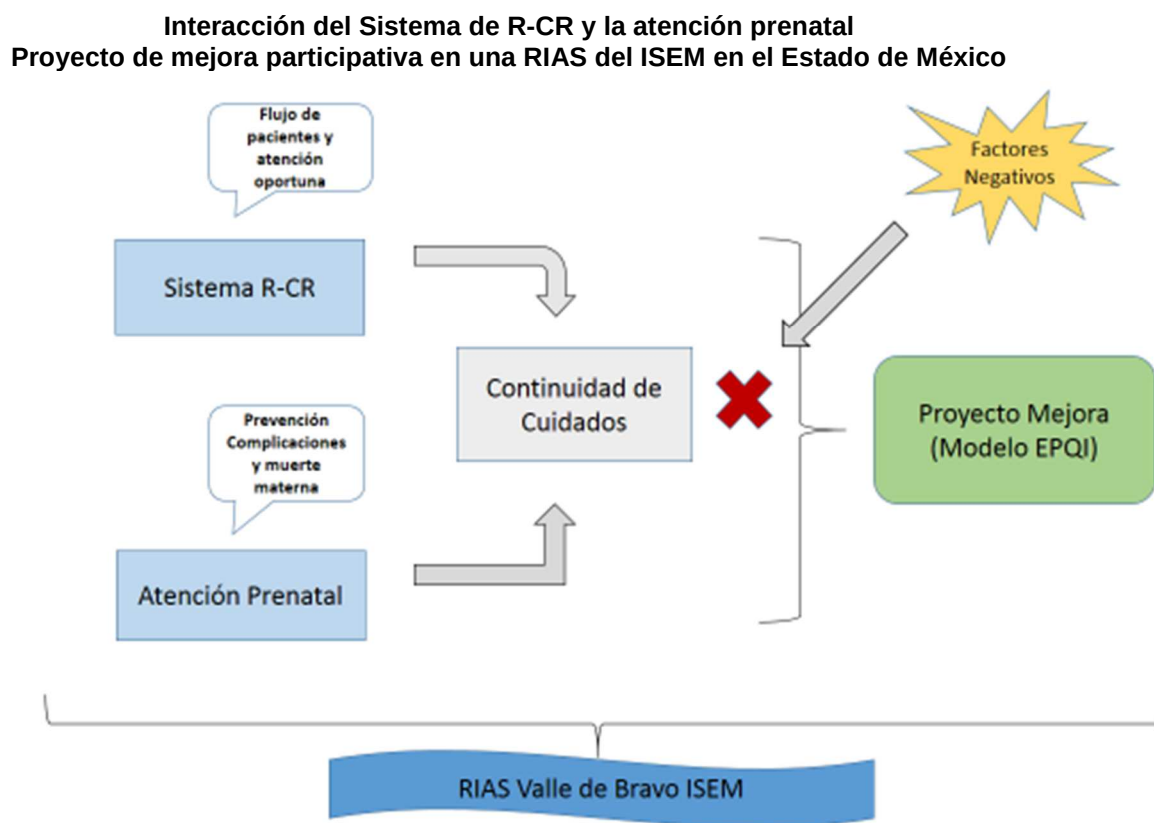
Entre las soluciones que se pueden aplicar para mitigar esta problemática, se encuentran: garantizar el acceso a la atención prenatal, otorgar atención especializada durante el parto y puerperio.

En general, se da por hecho que la coordinación y gestión en las instituciones de salud pública existe *per se*, y que funcionan de manera adecuada, sin embargo la realidad cotidiana dista de esta aseveración, tal es el caso del sistema R-CR, el cual puede aplicarse con diversos grados de funcionalidad.

En función de lo anterior, a partir de revisar la funcionalidad y problemática del sistema de R-CR en el área de atención prenatal y del parto en la RIAS 6 del Estado de México, se plantea la posibilidad de incidir de manera apropiada en este sistema y coadyuvar positivamente en algunos factores asociados (accesibilidad de los servicios, gasto innecesario de bolsillo entre otros), para el uso adecuado del control prenatal en primer y segundo nivel de atención. Potencializando con ello el beneficio descrito del control prenatal y contribuir en segunda instancia a la disminución de la mortalidad materna y otras complicaciones graves. Sin embargo, y a pesar de las bondades descritas, es importante también considerar la existencia de diversos factores que pueden dificultar la implementación de un sistema R-CR, entre ellos: cuestiones de infraestructura (el hospital de referencia no es resolutivo por limitaciones en este rubro), aspectos administrativo-gerenciales (poco interés en el sistema, falta de evaluación y retroalimentación), entre otros.⁵⁵

A partir de lo descrito, en el presente trabajo se pretende minimizar algunos de los factores negativos, principalmente los de tipo administrativo-gerenciales, que inciden en el sistema de R-CR, sensibilizando al personal involucrado sobre su importancia, sobre su aplicación práctica y a través de permitir el flujo de la retroalimentación operativa-gerencial tanto en el sistema como en las acciones de mejora a implementar, tal como se especifica en la figura 3.

Figura 3



Fuente: elaboración propia con base en lineamientos de Gestores de Red, ISEM (datos no publicados) y NOM-007-SSA2-1993.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El proceso de referencia y contrarreferencia, es una interacción compleja influenciada por diferentes factores y ha constituido desde el punto de vista gerencial un proceso médico-administrativo de difícil control,⁵⁶ ya que el registro de las actividades realizadas dependen en mucho de las acciones de seguimiento, monitoreo y control que adopten las autoridades regionales (jurisdicciones sanitarias) y hospitalarias.

La situación descrita no es exclusiva de México, dado que se han documentado diversos problemas en el sistema de R-CR a nivel mundial y en diversos tipos de poblaciones. Tal es el caso de estudios realizados en Argentina y Uruguay en población pediátrica, en donde se refieren problemas en el conocimiento en la cartera de servicios de los hospitales de referencia por los jefes de servicio, así como falta de unificación de criterios de referencia entre las unidades referentes y de referencia, lo que provoca un alto índice de referencia “no justificadas” y, por ende, un uso deficiente del sistema de atención médica.⁵⁷⁻⁵⁸ También está el caso de Japón, donde su sistema de salud no contempla un “primer nivel” de atención (puerta de entrada usual al sistema de salud) y siendo su principal problema una alta demanda sin referencia en hospitales de alta especialidad -aproximadamente 60% de los usuarios que demandan atención médica-, y un pobre seguimiento en los establecimientos de “cuidados posteriores”.⁵⁹

En cuanto a la calidad de la atención prenatal, algunos estudios se han enfocado mayormente en la satisfacción de las usuarias,⁶⁰ la cual está relacionada más con el trato en la atención recibida y con el tiempo de espera para su atención que con la capacidad de resolución clínica del personal médico.⁶¹

Otro aspecto importante en la calidad de la atención en salud es el “apego” o grado de cumplimiento de la normatividad en salud, existe evidencia nacional e internacional que respalda que hay una deficiencia generalizada en cuanto a conocimiento y cumplimiento de la normatividad en salud por parte de los trabajadores del sector público.⁶²⁻⁶⁵

En México el sistema de referencia y contrarreferencia ha sido poco abordado en estudios científicos y los estudios que evalúan la atención prenatal es inusual que evalúen el sistema de R-CR. A pesar de la existencia de manuales y lineamientos operativos del sistema de R-CR parecería que en algunos casos podrían resultar insuficientes para una aplicación adecuada y funcionamiento óptimo del sistema, probablemente debido a su falta de carácter obligatorio (como es el caso de las Normas Oficiales Mexicanas). En consecuencia, la falta de registros fidedignos conlleva a una ausencia de decisiones gerenciales al respecto y a la perpetuación del problema.

Un ejemplo de lo anterior, lo constituyen los datos preliminares encontrados en el HGVB, donde de las aproximadamente 600 referencias mensuales enviadas desde primer nivel (todos los diagnósticos), sólo se tiene registro de aproximadamente 25% de estas en el último trimestre del 2012 y primer trimestre del 2013.¹⁹ Debido a lo cual, solo se tienen datos aproximados de los usuarios que acuden al HGVB referidos desde el primer nivel de atención, lo que dificulta la continuidad de cuidados.

Asimismo, en atención prenatal durante el segundo semestre del 2012, aproximadamente 28% de las usuarias referidas con diagnóstico de embarazo normoevolutivo fueron enviadas después de las 34 semanas de gestación, lo que dificulta su acceso a una consulta con el médico gineco-obstetra. Aunado a esto, la contrarreferencia que genera el HGVB es prácticamente nula (3.7% del total de referencias enviadas), cuando la cifra estándar pide mínimo 80%.¹⁹

En seguimiento a esta problemática, se plantea lo siguiente: ¿en qué medida se podrá coadyuvar en la disminución de complicaciones obstétricas y muertes maternas mediante la implementación de una propuesta de mejora en el sistema de referencia y contrarreferencia de mujeres embarazadas para la atención prenatal, parto y puerperio? Esta propuesta de mejora ¿será capaz de incidir positivamente en el registro adecuado y en la capacitación correcta para la evaluación de riesgo obstétrico, así como en la capacitación para la continuidad de cuidados a través de la contrarreferencia, basados en la capacidad resolutive real

de la red para la referencia de pacientes? ¿En cuál dimensión dentro de la RIAS (jurisdiccional, hospitalaria) se tendrán los efectos esperados de la presente propuesta de mejora?

JUSTIFICACION

La cobertura y la calidad de la atención prenatal están relacionadas directamente con la mortalidad materna, siendo importante el control prenatal adecuado y lograr que las usuarias elijan la resolución de su embarazo de forma institucional y de esta manera lograr una mayor protección a su salud.⁶⁶

Un estudio publicado en el 2013 identificó y priorizó la problemática que limita la eficacia de la prevención de la muerte materna en estados con alta incidencia de la misma, entre ellos el Estado de México, enfocándose a la atención de la emergencia obstétrica. Es de notar que ningún estado participante tomó en cuenta al sistema de referencia y contrarreferencia como parte de la problemática ni de la solución.⁶⁷

El sistema de R-CR, es un elemento clave para darle cohesión y articulación a la atención médica por niveles de atención en cualquier sistema de salud regional o nacional, y más aún en temas prioritarios como lo es el embarazo.¹⁰ Sin embargo, no es un tema comúnmente abordado en la agenda de salud pública nacional e internacional.

Estudios en países de Europa y América han mostrado que la información que se vierte en las referencias y contrarreferencias es a menudo insuficiente para ser consideradas como “aceptables”, dado que el porcentaje de contrarreferencias es escaso y el sistema de información es deficiente en lo que respecta a los pacientes referidos.^{45,68}

El enfoque de trabajo del presente Proyecto Terminal, facilitará su realización, dado que las usuarias embarazadas corresponden a las poblaciones que mayormente utilizan los servicios de salud a nivel regional y estatal, además de la relevancia social y política que conllevan las complicaciones del embarazo, parto y puerperio.

Por otra parte, la propuesta de un proyecto de mejora con enfoque participativo – como el presente- tiene como fin tratar de sensibilizar al personal (operativo y administrativo) a modo de que se integren y comprometan en la aplicación del sistema de R-CR. El logro de esta sensibilización haría posible la implementación de acciones de mejora dentro de este sistema, mismas que posibilitarían el poder brindar una atención de mejor calidad a las usuarias, así como un seguimiento más efectivo a las mujeres con riesgo de complicaciones, para finalmente coadyuvar a disminuir los indicadores de muerte materna en la región tanto a mediano como a largo plazo.

OBJETIVOS

Objetivo General:

Desarrollar una propuesta de mejora en el proceso de referencia y contrarreferencia de atención prenatal y del parto en un Hospital General Público del Estado de México.

Objetivos Específicos:

1. Establecer un diagnóstico inicial de la Red Valle de Bravo, en específico del HGVB, en relación al sistema de referencia y contrarreferencia de atención prenatal y del parto.
2. Elaborar la propuesta de mejora de los procesos detectados como bloqueados o inexistentes del sistema mencionado.
3. Desarrollar el plan de evaluación de la propuesta de mejora.

MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo y Diseño general del Estudio

Estudio de Intervención multimodal, evaluado mediante un diseño cuasi experimental con mediciones de indicadores pre y post intervención y grupo de comparación.

Descripción del método

Se desarrollará un proyecto de mejora de la calidad orientado al sistema de referencia y contrarreferencia de las usuarias de control prenatal y atención del parto. La información se recolectará de fuentes primarias con formatos diseñados para el registro de las usuarias referidas del primer nivel de atención (Jurisdicción Sanitaria Valle de Bravo) hacia el hospital ancla (Hospital General Valle de Bravo).

Objeto del estudio: Mejora calidad / epidemiológico.

Fuente de datos: primaria (formatos de registro) y secundaria (registros hospitalarios, registros del observatorio muerte materna México, INEGI).

Temporalidad: de marzo a junio 2014.

Se aplicará la metodología de mejora continua de la calidad EPQI (Evidence Participative Quality Improvement), con un equipo conformado ex profeso para la mejora en el HGVB.

Pasos de la Metodología EPQI

1. Selección del tema.
2. Evaluación de la situación actual.
3. Definir un equipo de trabajo.
4. Análisis de causas.

5. Implementación del proyecto de mejora.
6. Evaluación del proyecto y correcciones.
7. Estandarización de procesos.

El equipo de mejora se formará con base en los integrantes del subcomité de referencia y contrarreferencia (se anexan listado de los integrantes conforme al acta constitutiva (Anexo 1).

Se realizará el análisis de la problemática y causas con base en la información obtenida de fuentes primarias y secundarias. Se desglosará en:

- Identificación de procesos y priorización de procesos.
- Realización de Cartas de Proceso y Flujogramas.
- Identificación de actividades críticas y análisis.
- Análisis de Causas.
- Elaboración de propuestas de mejora.

De manera adicional y como propuesta del equipo de mejora se realizará la metodología FODA con el fin de facilitar la visualización de las áreas de oportunidad y facilitar encontrar propuestas de mejora efectivas.

Para la calendarización del trabajo se tomará como base las sesiones de ambos subcomités arriba mencionados, además de actividades específicas con personal involucrado en días entre sesiones. (Se anexa calendario de sesiones del subcomité de referencia y contrarreferencia 2014 (Anexo 3).

Universo de Estudio

Personal médico y paramédico adscrito y eventual (médicos residentes, médicos pasantes del servicio social y contratos eventuales) que estén asignados a la atención de usuarias de los servicios de salud del ISEM de la Jurisdicción Sanitaria Valle de Bravo (JSVB) y del HGVB que acuden a control de embarazo y/o atención del parto.

Criterios de Inclusión

Personal médico y paramédico con contrato vigente y/o *comisión eventual* vigente al momento de la implementación del proyecto de mejora, que participen directamente en el proceso de referencia y contrarreferencia de las usuarias de los servicios médicos del ISEM para control prenatal y/o atención del parto que son canalizadas al HGVB.

Criterios de exclusión

Personal sin contrato o asignación vigente a la JSVB y HGVB al momento de la implementación del proceso de mejora, que no participen en el proceso de referencia y contrarreferencia de las usuarias de los servicios de control prenatal y/o atención del parto.

Hipótesis Estadística

Ho: mejora del proceso = 0

Ha: mejora del proceso $\neq$ 0

Plan de Análisis

Se realizará como primera etapa un análisis descriptivo para establecer el diagnóstico situacional del sistema de referencia y contrarreferencia, respecto a las usuarias de control de embarazo y del parto.

Se realizará un análisis descriptivo de los indicadores que se establezcan por el equipo de mejora en el apartado de plan de evaluación de la propuesta de mejora.

Se analizarán cambios en los indicadores entre la evaluación pre y post en el grupo intervenido, tales como:

Indicadores de Insumo: existencia de hojas de recomendaciones obstétricas.

Indicadores de producto: porcentaje realización de hojas de egreso hospitalario en obstetricia y hojas de contrarreferencia en urgencias obstétricas.

Indicadores de resultado: adecuada programación a consulta externa de usuarias de obstetricia y concordancia de registro de hojas de egreso hospitalario y contrarreferencia.

Indicadores de proceso: porcentaje de cumplimiento de capacitaciones y supervisiones.

Se realizará un comparativo con los indicadores del grupo control, el cual será otro hospital de 2do. nivel del ISEM, comparable por el número de camas censables y población, donde no se haya realizado la intervención, para darle validez a la misma. Cabe señalar que este comparativo se realizará como parte del proceso de mejora en el HGVB, pero no con el propósito del presente proyecto de titulación.

Se realizará el análisis descriptivo de la información con el programa estadístico STATA 11. De igual manera este análisis se realizará a priori como parte del proceso de mejora en el HGVB, sin que forme parte de los resultados del presente proyecto de titulación.

ANALISIS DE FACTIBILIDAD

- Factibilidad Legal: La propuesta de mejora se encuentra acorde con lo contenido en el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018, Ley General de Salud, la NOM 004 SSA3 2012 del expediente Clínico, NOM 007 SSA2 1993 Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido, Plan Estatal de Desarrollo Estado de México 2011-2017, Manual referencia y contrarreferencia de pacientes entre unidades médicas y servicios de atención primaria, atención hospitalaria y de especialidad.
- Factibilidad Técnica: Se cuenta en la estructura en el ISEM con subcomités de referencia y contrarreferencia, manuales operativos y tecnología de información suficiente para realizar la presente propuesta de mejora.
- Factibilidad Económica: Las actividades del equipo de mejora se realizarán dentro de los horarios y lineamientos de trabajo institucionales del ISEM, por lo que están contemplados en el pago de los participantes por parte de la institución y no generarán un costo extra en cuanto a personal y materiales, principalmente didácticos y de trabajo. En caso de que alguna (s) actividad (es) de la propuesta de mejora implique un gasto extra se hará el estimado y se tomará en cuenta la factibilidad económica para su implementación.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

El presente estudio no se contrapone con los puntos dados en el Código de Núremberg, la declaración de Helsinki, el informe de Belmont u otra normatividad nacional o internacional de proyectos de intervención. Se obtendrán oportunamente la autorización de parte de las autoridades a cargo de las unidades seleccionadas mediante un permiso por escrito para la realización del proyecto. (Anexo 4) Las intervenciones que se realizarán no implican riesgo alguno en seres humanos. No se modificará de ninguna manera protocolos de atención médica ni se hará diferencia en la atención otorgada entre una paciente u otra.

LIMITACIONES DEL PROYECTO

Dado que los datos sólo son representativos del HGVB, la propuesta de mejora del proyecto a realizar sólo será aplicable a dicho hospital, pero la metodología puede ser adaptada a otros entornos similares. Debido a las múltiples actividades de los integrantes del equipo de mejora, la programación de actividades podría verse afectada en algún punto, mismas que tratarán de ser minimizadas a modo de que se afecte lo menos posible la programación global de la propuesta.

Cronograma de Actividades

ACTIVIDADES PROGRAMADAS	FEBRERO				MARZO			
	Semana 1	Semana 2	Semana 3	Semana 4	Semana 1	Semana 2	Semana 3	Semana 4
Redacción Protocolo Hasta Objetivos								
Redacción Protocolo Metodología								
Revisión Protocolo General								
Identificación procesos								
Elaboración Cartas Procesos								
Flujogramas de Procesos								

ACTIVIDADES PROGRAMADAS	ABRIL				MAYO			
	Semana 1	Semana 2	Semana 3	Semana 4	Semana 1	Semana 2	Semana 3	Semana 4
Flujogramas de Procesos								
Matriz de Selección Procesos								
Identificación actividades críticas								
Análisis de Causas								
Elaboración de propuesta de mejora								
Elaboración propuesta evaluación								
Redacción Conclusiones y Discusión								

ACTIVIDADES PROGRAMADAS	JUNIO			
	Semana 1	Semana 2	Semana 3	Semana 4
Revisión Documento comité y jurado				

RESULTADOS PRELIMINARES

Diagnóstico Inicial

Dentro de las estadísticas de la RIAS de Valle de Bravo el primer nivel de atención en salud (Jurisdicción Sanitaria) genera aproximadamente 1100 referencias de manera mensual, de las cuales en promedio 65% son enviadas al HGVB. De estas referencias, 50% solicitan el área de ginecología y obstetricia siendo los diagnósticos más comunes los correspondientes al control prenatal y atención del parto, representando 85 a 90% de las referencias del servicio. De las referencias 90% son canalizadas por la consulta externa y 10% por el área de urgencias. El HGVB genera y/o registra en promedio entre 2% y 3% de contrarreferencias de todos los servicios, tomando en cuenta el indicador oficial cuyo denominador es el total de referencias enviadas por el primer nivel de atención en un mes. En específico el área de ginecología y obstetricia genera 0.5% de contrarreferencias.

Dentro del proceso de referencia y contrarreferencia en el HGVB, el registro de las hojas de referencia es heterogéneo, encontrándose mayor regularidad y homogeneidad en el área de consulta externa, debido a que existe un recurso destinado en específico para su registro y asignación de cita. Por su parte, en el área de urgencias gineco-obstétricas no existe un recurso destinado a su registro y el manejo de la hoja de referencia por los médicos no está estandarizado, siendo personal del archivo clínico quienes “recuperan” las hojas.

En el área de archivo clínico tampoco se encuentra estandarizado el manejo de las hojas de referencias provenientes de urgencias, ya que existe una carpeta específica para su resguardo, pero no se realiza una búsqueda orientada de las hojas de referencia, omitiendo en ocasiones el resguardo en la carpeta de referencias, contribuyendo a un sub-registro.

El área de trabajo social se enfoca primordialmente en las referencias generadas por el HGVB, los enlaces hospitalarios y la gestión de estudios paraclínicos y, de manera reciente, al registro de las contrarreferencias generadas por el HGVB.

En cuanto a los comités hospitalarios no hay un seguimiento en general del sistema de referencia y contrarreferencia, el subcomité de referencia no cuenta con actas de sesiones durante el 2013. No hay un plan anual de trabajo, no se cuenta con supervisiones internas por ningún área del HGVB hacia el sistema de referencia y contrarreferencia.

Desarrollo de la Propuesta de Mejora

Mediante una lluvia de ideas y posterior análisis se identificaron los “micro” procesos relacionadas a la referencia y contrarreferencia de las usuarias de control prenatal y atención del parto. Lo anterior con base al funcionamiento propio del HGVB y tomando en cuenta la normatividad del ISEM al respecto (Tabla 1).

Tabla 1

Procesos principales seguidos en la referencia y contrarreferencia de usuarias de control prenatal y atención del parto en el HGVB.

Procesos del Sistema de Referencia y Contrarreferencia de la RIAS Valle de Bravo en usuarias de atención prenatal y parto			
Entrada	Proceso	Salida	
1 Usuaría de primera vez que acude a valoración al centro de salud	Captación, consulta y valoración de riesgo	Usuaría valorada y estadificada en un nivel de riesgo obstétrico	
2 Usuaría con embarazo de bajo riesgo	Referencia a 2º nivel en usuarias bajo riesgo.	Usuaría canalizada a hospital ancla de la red a las 32 semanas de gestación.	
3 Usuaría con embarazo de alto riesgo	Referencia a 2º o 3er nivel en usuarias alto riesgo	Usuaría canalizada a hospital ancla de la red al momento de estadificar como alto riesgo	
4 Usuaría con urgencia obstétrica	Referencia a 2º o 3er nivel en usuarias urgencia obstétrica	Usuaría canalizada al área de urgencias de hospital ancla	
5 Usuaría con hoja de referencia para consulta externa	Asignación de cita a consulta externa	Usuaría con cita programada e información para la misma	
6 Usuaría con cita a consulta externa	Atención de usuarias en consulta externa	Usuaría valorada por ginecólogo y plan de atención y tratamiento.	
7 Usuarías con urgencia obstétrica y/o trabajo de parto con y sin hoja de referencia	Atención de usuarias en urgencias	Usuaría valorada y –dependiendo del caso- resolución del embarazo	
8 Usuaría atendida en Hospital General Valle de Bravo	Elaboración de Hoja de alta y/o contrarreferencia	Usuaría con indicaciones del puerperio y envío a centro de salud para seguimiento	
9 Usuaría a quien no se le puede resolver su padecimiento obstétrico	Traslado de usuarias a otra unidad de atención	Usuaría con resolución de la urgencia obstétrica y/o resolución del embarazo en otra unidad de 2do o 3er nivel	

Fuente: elaboración propia.

Posterior a la identificación, teóricamente procede la priorización de los procesos sin embargo, al ser tan específico el tema abordado, el grupo de mejora decidió en primera instancia, describir el proceso de referencia y contrarreferencia intrahospitalario y enfocar los esfuerzos en la identificación de las actividades críticas y los factores clave a controlar de este proceso. Lo anterior, con el fin de abordar de una manera más clara las “dificultades” de dicho proceso y así, poder generar alternativas de solución para contrarrestarlas. Este ejercicio se llevó a cabo mediante la elaboración de una “Carta de Procesos”, tal como se describe en la Tabla 2.

Tabla 2

Carta del proceso de la referencia y contrarreferencia de usuarias de control prenatal y atención del parto en el HGVB

NOMBRE DEL PROCESO: Referencia y contrarreferencia de usuarias de control prenatal del HGVB			
PROPIETARIO DEL PROCESO: Médico/ Trabajo Social/ Registros Hospitalarios			
CARTA DE PROCESO			
FACTORES A CONTROLAR	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	RESULTADOS
Conocimientos técnicos médicos para evaluar HR y carnet prenatal. Papelería, bolígrafo, equipo de cómputo, agendas. Habilidad clínica del médico, actualizaciones técnicas. Conocimiento de unidades hospitalarias y lugares disponibles, línea telefónica, personal hospitalaria. Papelería disponible en	<pre> graph TD Start([Usuaría Embarazada procedente de primer Nivel de atención con HR.]) --> Risk{Riesgo} Risk --> RiskBajo[Riesgo Bajo] Risk --> RiskAlto[Riesgo Alto] RiskBajo --> Urgencia{Urgencia} Urgencia -- NO --> Agenda[Se agenda cita a CE] Agenda --> Atencion[Atención en CE y Tratamiento médico] Atencion --> ResEmbarazo[Resolución del embarazo] ResEmbarazo --> Alta([Alta y se entrega hoja de CR para seguimiento en]) RiskAlto --> Urgencia Urgencia -- SI --> Triage[Triage y atención médica de urgencias] Triage --> ResUrgencia{Resolución de la urgencia} ResUrgencia -- SI --> Atencion ResUrgencia -- NO --> Transferencia[Transferencia o traslado] </pre>	Médico y Personal de Registro Hospitalario Médico Médico Gestor de Red y Trabajo Social	Conocimiento del médico sobre antecedentes y tratamiento para evaluar riesgo del embarazo. Conocimiento de lenguaje técnico médico y tiempos óptimos para agendar cita con oportunidad. Conocimiento objetivo del estado obstétrico de la paciente para toma de decisiones sobre tratamiento, e informar a la paciente sobre su condición. Apego a Normatividad para tener elementos objetivos y encontrar espacio en otra unidad hospitalaria Conocimiento explícito y por escrito para continuar el seguimiento médico en la unidad de primer nivel de atención de adscripción. Apego a la Normatividad referente al

stock, expediente clínico disponible y ordenado según NOM 004.	Fin		expediente clínico.
--	-----	--	---------------------

Para el siguiente paso de la metodología de mejora correspondiente a identificación de actividades críticas dentro del proceso, se realizó una lluvia de ideas lográndose un consenso de tres actividades, que fueron:

- 1) La realización de contrarreferencias,
- 2) El registro de contrarreferencias y
- 3) El análisis de las hojas de referencia para agendar las citas a consulta externa.

De manera complementaria a lo anterior, se analizó la carta proceso con la metodología FODA para visualizar las áreas de mejora (Tablas 3 y 4). En la Tabla 3 se presenta el listado de los factores “internos” del HGVB (fortalezas y debilidades) y de los factores “externos” (amenazas y oportunidades). En ambos casos de los factores internos y externos se realizó una lluvia de ideas entre los integrantes del equipo de mejora y se seleccionaron los más pertinentes en relación al sistema de referencia y contrarreferencia dentro del HGVB, a continuación una breve descripción:

- Fortalezas: el personal gerencial tiene capacitación respecto a administración en salud y calidad en salud, con el compromiso de realizar y apoyar acciones de mejora continua. Existe una comunicación constante con el personal operativo, lo que propicia un mejor ambiente de trabajo. Aunado a lo anterior la existencia de manual de procedimientos en referencia y contrarreferencia brinda bases normativas para dirigir la propuesta de mejora.
- Oportunidades: a nivel estatal existe apoyo en el tema de referencia y contrarreferencia así como un importante interés en la aplicación de acciones para la disminución de la mortalidad materna.
- Debilidades: Uno de los principales es la falta de seguridad en los turnos “seguros” (ginecólogo, anestesiólogo, pediatra) en la parte resolutive de

eventos obstétricos, en cuanto a la referencia y contrarreferencia se encuentra en el registro no estandarizado y falta de atención al momento de supervisar y dar seguimiento a las actividades de este proceso.

- Amenazas: el nivel educativo de los médicos pasantes del servicio social puede influir en una detección y orientación oportuna. La accesibilidad al HGVB es un punto constante e importante en varias comunidades del área que puede retrasar la atención médica.

Vale la pena mencionar las actividades críticas identificadas por el equipo de mejora pero que no dependen total o parcialmente del HGVB, entre ellas: la calidad de las hojas de referencia provenientes del primer nivel de atención y la aceptación de pacientes para traslado o transferencia en situaciones donde no se puede solucionar la condición médica de las usuarias, esto con el fin de resaltar la importancia de estas actividades en el proceso y tenerlas en cuenta para gestionar con las autoridades correspondientes, intervenciones en estas actividades, que se complementen con el proceso de mejora que se realiza en el HGVB.

Tabla 3

Lista Plana de factores FODA del proceso de mejora de referencia y contrarreferencia de usuarias de control prenatal y atención del parto en el HGVB.

LISTA PLANA FACTORES FODA



En la Tabla 4 se esquematiza la matriz FODA plenamente, donde el objetivo fue plasmar ideas concretas en áreas de oportunidad específicas derivadas de este ejercicio, con el fin de encontrar las acciones de mejora a implementar, tomando en cuenta su viabilidad y oportunidad para su aplicación.

Tabla 4

Matriz FODA del proceso de mejora de referencia y contrarreferencia de usuarias de control prenatal y atención del parto en el HGVB.

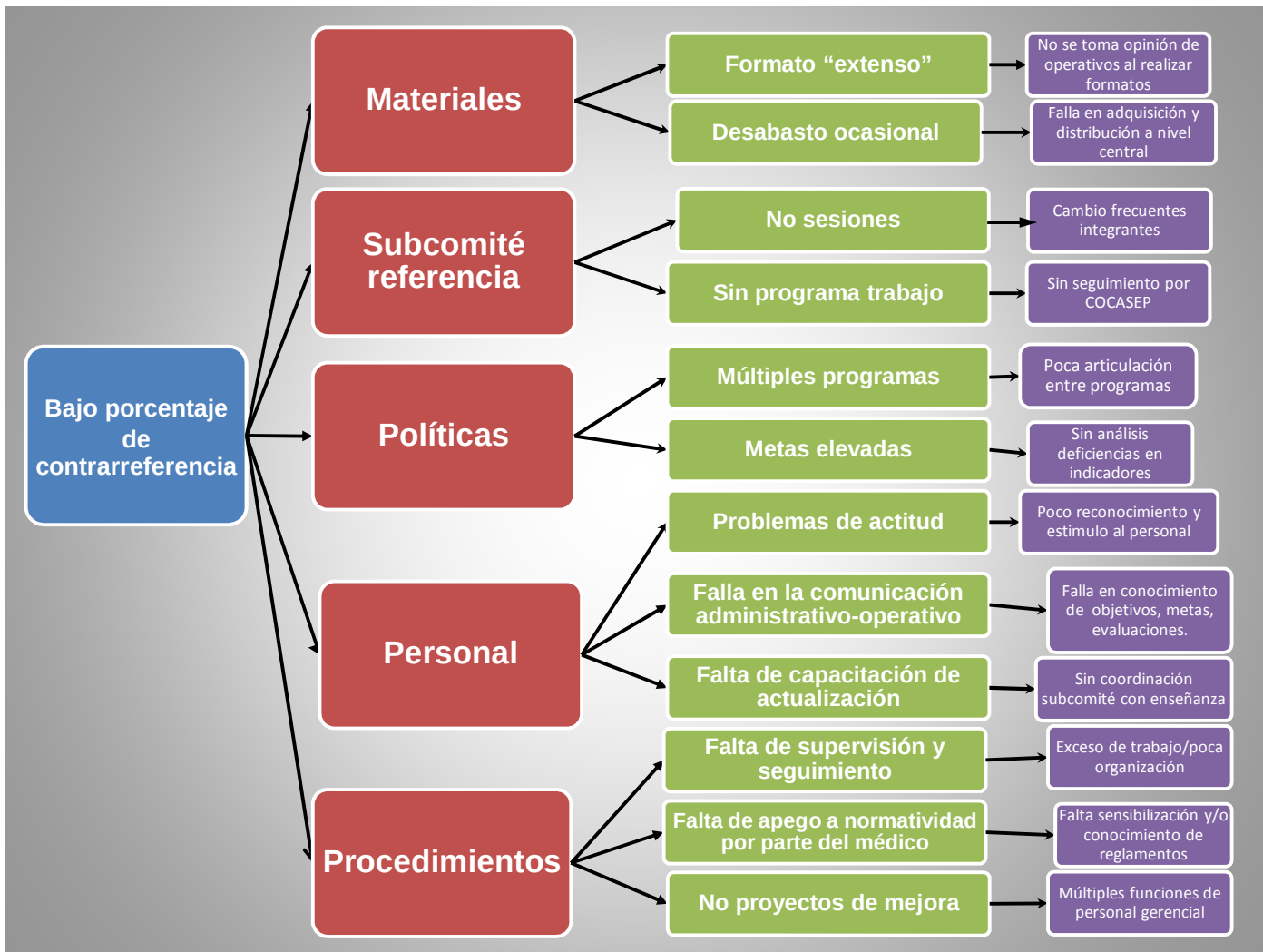
MATRIZ FODA

FACTORES INTERNOS FACTORES EXTERNOS	FORTALEZAS F1.Personal Calificado. F2.Personal Gerencial comprometido. F3.Lineamientos de Referencia y Contrarreferencia.	DEBILIDADES D1. Deficiente comunicación gerencial-operativo. D2. Sistemas Información deficiente. D3. Supervisión deficiente. D4. Actitud del personal heterogénea.
	OPORTUNIDADES O1. Apoyo estatal para supervisión y capacitación. O2. Política Estatal de Atención Médica en Redes y disminución de la muerte materna.	DO Gestionar programa apoyo para instalar un programa de supervisión y monitorización. (D2,D3,O3).
	AMENAZAS A1. Nivel educativo de MPSS. A2.Incremento en demanda de servicios. A3.Accesibilidad en muchos municipios. A4. Hospital ancla con deficiencias en recursos materiales y humanos.	DA Estandarizar los sistemas de registro y operación de todo el personal en el sistema R-CR. (D2,D3,A1,A2) Gestionar recursos humanos para completar plantillas (A41,D1)
	FA Generar nuevas estrategias integrales de implementación y articulación de los diversos programas referentes a R-CR. (F2,F3,A1,A2,A3)	

Para el análisis de causas se realizó una adaptación de diagrama de árbol (figura 4), dando un flujo del diagrama de manera horizontal. Según este diagrama, la problemática a analizar es el bajo porcentaje de contrarreferencias que se realizan en el HGVB, principalmente en el servicio de ginecología y obstetricia. Los 5 grandes apartados de causas identificadas se dividieron en: 1) Materiales, 2) Subcomité Referencia y contrarreferencia, 3) Políticas institucionales, 4) Personal del HGVB y 5) Procedimientos. 1) Dentro de los materiales (insumos) existen 2 formatos válidos para las contrarreferencias, el formato de egreso hospitalario y el de referencia y contrarreferencia. El formato de egreso hospitalario no es complejo, aunque podría representar una mayor inversión de tiempo en su llenado. El abasto de estos insumos por lo general es adecuado. 2) El subcomité de referencia y contrarreferencia ha tenido dentro del HGVB poca actividad y cambios frecuentes de integrantes, sin contar con un seguimiento de este subcomité por parte del Comité de Calidad y Seguridad del Paciente (COCASEP). 3) Dentro de las políticas institucionales no se profundizó, ya que es una variable que el equipo de mejora no puede controlar, se pudo identificar que existen varios programas existentes para mejorar el sistema de referencia y contrarreferencia sin una adecuada articulación entre ellos, además de una deficiencia en la medición debido a construcción de indicadores inadecuados. 4) Dentro del rubro del personal del HGVB es donde más “activo” estuvo el equipo de mejora, ya que se pudo identificar diversas variables, como actitud del personal al cual se le excluye de las decisiones y se dan poco reconocimiento, falla en la comunicación gerencial-operativa para conocer las necesidades y metas de ambos “lados”, inadecuado programa de actualización en cuanto a referencia y contrarreferencia. Esto último nos liga a la parte de 5) procedimientos en donde se conjuga una probable falta de conocimiento por parte del personal sobre los lineamientos de referencia y contrarreferencia y además una escasa supervisión de estos elementos por parte del personal directivo.

Figura 4

Diagrama de Causa- Efecto para el análisis de causas del proyecto de mejora referencia y contrarreferencia de usuarias de control prenatal y atención del parto en el HGVB.



En respuesta al análisis descrito, se procedió a analizar y discutir las probables acciones de mejora por los integrantes del Subcomité de referencia y contrarreferencia en la sesión ordinaria del 27 de mayo del 2014 (Anexo 5) y se llegó a las siguientes conclusiones:

En el rubro elaboración de contrarreferencias: Se diseñó un formato de egreso hospitalario para ginecología y obstetricia (Figura 5), para su elaboración se tomó en cuenta la NOM 004 del expediente clínico, la Guía de Práctica Clínica de Sepsis Puerperal, así como las observaciones hechas por los médicos adscritos al área de ginecología y obstetricia del HGVB. Se realizó esta acción con el fin de simplificar la hoja de egreso hospitalario existente y disminuir el tiempo de llenado, favoreciendo el aumento en la realización de hojas de egreso hospitalario en las usuarias que acuden por resolución de embarazo. Se analizó el formato de egreso hospitalario actual y la pertinencia y viabilidad de aplicarlo, se concluyó que ya existen muchos formatos “oficiales” y no es viable agregar otro no oficial, pero con base en las observaciones de los médicos ginecólogos, es conveniente conservar la sección de “recomendaciones” (recuadro en la figura 5) para reproducirla y anexarla al momento del egreso de las usuarias. La reproducción de las recomendaciones estará a cargo del HGVB.

Figura 5
Propuesta de Hoja de Egreso Hospitalario para el servicio de obstetricia del
HGVB

 GOBIERNO DEL ESTADO DE MÉXICO 	
HOJA DE ALTA HOSPITALARIA GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA HOSPITAL GENERAL VALLE DE BRAVO	
FECHA INGRESO:	FECHA EGRESO:
NOMBRE:	EDAD:
DIAGNÓSTICO INGRESO:	
DIAGNÓSTICO EGRESO:	
PROCEDIMIENTO REALIZADO:	MPF:
COMPLICACIONES:	
PRONÓSTICO:	
MEDICAMENTOS: VER RECETA ANEXA	
RECOMENDACIONES: 1.- BAÑO DIARIO, HIGIENE MANOS. 2.- BAÑO DIARIO CON AGUA Y JABON HERIDA QUIRURGICA (EN CASO DE CESÁREA). 3.- ACUDIR AL CENTRO DE SALUD A LOS 8 DÍAS PARA CONSULTA DE PUERPERIO Y CONTROL DEL RECIEN NACIDO. 4.- RETIRO DE PUNTOS EN EL CASO DE CESÁREA AL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL GENERAL VALLE DE BRAVO A LOS 8 DIAS A PARTIR DE REALIZACIÓN DE LA CESAREA. 5.- CITA ABIERTA A URGENCIAS EN CASO DE PRESENTAR SANGRADO VAGINAL, FIEBRE, FLUJO FÉTIDO, DOLOR PÉLVICO INTENSO, HINCHAZON EN PIERNAS. LACTANCIA MATERNA	
NOMBRE Y FIRMA DEL MÉDICO	

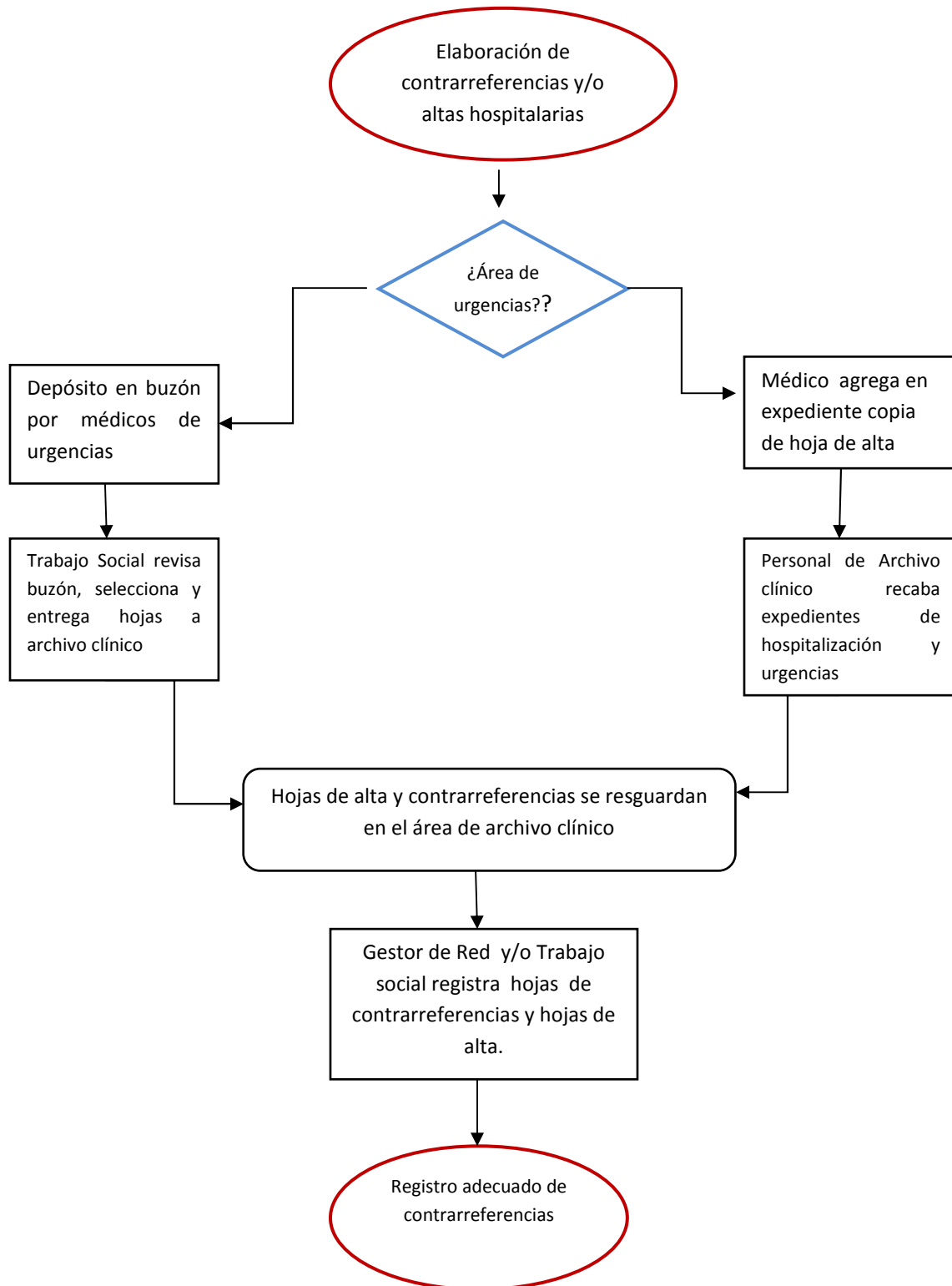
Acompañando a lo anterior se realizarán sesiones de “sensibilización” e información del sistema de referencia y contrarreferencia con médicos especialistas, generales, pasantes del servicio social de la especialidad así como personal de enfermería en todos los turnos. Se calendarizarán sesiones cada 4 meses con médicos residentes que realizan su pasantía de especialidad (intervalo de rotación de los médicos residentes) y cada 6 meses con el personal del HGVB. En dichas sesiones se resaltaré la importancia del sistema de referencia y contrarreferencia, se explicará paso a paso los responsables y las acciones a realizar. Los encargados de las sesiones serán el jefe de trabajo social y el gestor de red, coordinando con el jefe de enseñanza (Tabla 5).

Tabla 5 Calendario Anual de Sesiones de Referencia y Contrarreferencia del HGVB												
	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic
Personal HGVB		★						★				
Médicos Residentes			★				★				★	

En el rubro de registro de las contrarreferencias: Se realizará un monitoreo y registro a cargo de Trabajo Social y el Gestor de Red en el área de urgencias, hospitalización y archivo clínico con el fin de revisar $\geq 80\%$ de los expedientes y realizar el registro de los usuarios con hoja de egreso hospitalario y/o contrarreferencia. En el área administrativa el jefe de registros hospitalarios realizará el monitoreo y supervisión del registro en consulta externa y el proceso del personal de archivo clínico. En el área de urgencias se dispondrá de un buzón para el resguardo de papelería como: talones de referencias, hojas de referencia y contrarreferencia, con el objetivo de minimizar la pérdida o extravió de dicha papelería, el área encargada de revisar el buzón será trabajo social (Tabla 6).

Tabla 6

Flujograma de registro de contrarreferencias de acuerdo a acciones de mejora en el HGVB.



En el rubro de análisis de hojas de referencia para CE: Se elaboró una lista de diagnósticos para uso del personal de registro de citas, con el fin de orientar y ayudar a la programación oportuna de citas de primera vez en la consulta externa. Los diagnósticos se clasificaron en 4 grupos: 1) alto riesgo clínico, programar en máximo 1 semana, 2) alto riesgo por factores de riesgo, programar en máximo 2 semanas y 3) bajo riesgo programar en cuando haya disponibilidad (28 a 30 días de acuerdo al promedio mensual de tiempo de espera para consulta de especialidad de ginecología y obstetricia) (tabla 7). El gestor de red acudirá periódicamente durante la jornada laboral al módulo de citas para revisar y proponer una fecha de cita de las que se encuentran disponibles de acuerdo a la clasificación anterior, en caso de no tener disponibilidad y si la usuaria lo amerita, se presentará el caso al médico especialista quien autorizará o no una cita en una fecha previa a la disponible en la agenda. En caso de no encontrarse el gestor de red se canalizará, en caso de ser necesario, la hoja de referencia al médico especialista para su análisis.

Tabla 7 Clasificación de diagnósticos obstétricos para programar cita a consulta externa		
Alto Riesgo Clínico ≤ 1 semana	Alto riesgo por factores de riesgo ≤ 2 semanas	Bajo riesgo Según agenda
-Preeclampsia y enfermedad hipertensiva del embarazo. -Amenaza aborto (valorada en urgencias). -Amenaza parto prematuro y pretérmino (valorado en urgencias). -Diabetes Mellitus y diabetes gestacional.	-Embarazo gemelar. -Envío tardío al HGVB más: Periodo intergenésico corto. Cirugías uterinas previas. Edad materna <20 ó >34 años. Condilomatosis. -Anemia sin tratamiento.	Diagnósticos obstétricos que son enviados como de bajo riesgo y que no se encuentran listados como alto riesgo clínico o por factores de riesgo.

Para dar seguimiento y articulación a los procesos se enviará mediante oficio a la Jurisdicción Sanitaria Valle de Bravo la propuesta de realizar 2 sesiones conjuntas de referencia y contrarreferencia (1 sesión por semestre) así como incluir una capacitación con médicos pasantes del servicio social cada semestre en temas como la referencia y contrarreferencia y la atención de urgencias obstétricas, entre otros.

Plan de evaluación de la propuesta de mejora

La evaluación del presente proyecto de mejora va encaminada en dos vertientes, la primera para asegurar el cumplimiento de las acciones de mejora consensuadas y realizar los ajustes necesarios en caso de que se encuentren desviaciones que afecten el logro de las metas, así como también favorecer la comunicación entre el personal directivo y operativo.

Para realizar una adecuada evaluación es indispensable la construcción de indicadores que nos permitan tomar decisiones, en caso de ser necesario, para un adecuado seguimiento de las acciones de mejora y cumplir con los objetivos propuestos.

Dentro del presente trabajo de evaluación se construyeron indicadores que puedan medir la mayor parte de esta propuesta de mejora según las acciones a implementarse que fueron aprobadas tanto por el equipo de mejora como por las autoridades del HGVB. A continuación se describen dichos indicadores:

Indicadores de Insumo:

- Existencia de hojas de recomendaciones de egreso en servicio de obstetricia. Se realizarán en media carta y se iniciará con una reproducción de 200 hojas. Se verificará los días 26 de cada mes la existencia de las hojas en el área médica de hospitalización. Responsable del proceso: jefe de registros hospitalarios.

Fórmula: $\text{existencia al momento de supervisión} / \text{existencia proyectada} \times 100$.

Unidad: pieza (hoja de recomendaciones obstétricas).

Indicadores de producto:

- Hojas de egreso hospitalario realizadas. Se tomarán en cuenta los formatos institucionales destinados para este fin, se revisarán diariamente los expedientes de pacientes obstétricas de alta y se verificará la existencia de la hoja de egreso en el expediente correspondiente (Figura 6).
- Hojas de contrarreferencia realizadas en el área de urgencias obstétricas. Se tomarán en cuenta las hojas de referencia de usuarias que acudieron al área de urgencias que no fueron hospitalizadas y continuaran su seguimiento en su centro de salud y/o consulta externa del HGVB. Se revisará la carpeta de hojas de referencia existente en el área de archivo clínico (Figura 7).

Indicadores de resultado:

- Programación adecuada de usuarias a la consulta externa de obstetricia: Se obtendrá una muestra de manera aleatoria simple, con una **n** de 300, intervalo de confianza (IC) de 95%, una precisión de 3% que da un tamaño de muestra 121 expedientes. Se tomó en cuenta que en promedio 300 usuarias demandan el servicio. Se tomará en cuenta la tabla de clasificación para determinar si fue adecuada o inadecuada su programación de cita (Figura 8).
- Concordancia en el registro de hojas de egreso/contrarreferencia: el porcentaje entre el número existente en el reporte de registro de hojas (trabajo social) y las hojas existentes en archivo clínico (gestor de red). Nos permitirá evaluar un registro adecuado (Figura 9).

Indicadores de proceso:

- Capacitaciones realizadas: nos permitirá medir el cumplimiento con base en la programación hecha, se tomarán en cuenta las capacitaciones programadas para el personal del HGVB como a los médicos residentes. Las capacitaciones para médicos pasantes de servicio social (MPSS) se

tomarán en cuenta hasta que se tenga el permiso de la Jurisdicción Sanitaria (Figura 10).

- Supervisiones realizadas: se tomarán en cuenta las supervisiones programadas por el jefe de registros hospitalarios, el jefe de trabajo social y el gestor de red. Las supervisiones tienen el fin de detectar y aclarar dudas del proceso, propiciando una mejor comunicación entre el personal operativo y gerencial (Figura 11).

Los estándares de desempeño del indicador 2 y 3 son con base en lineamientos del ISEM, el resto de estándares se determinaron en consenso del equipo de mejora.

Figura 6

Descripción del Indicador 2

DESCRIPCIÓN DE INDICADORES

2	NOMBRE DEL INDICADOR: Porcentaje de hojas de egreso hospitalario realizadas en el servicio de ginecología y obstetricia		OBJETIVO DEL INDICADOR: Asegurar el cumplimiento de la normatividad vigente.	
	FÓRMULA DEL INDICADOR: $\frac{\text{\# hojas de egreso hospitalario realizadas de obstetricia}}{\text{\# total de expedientes de egresos hospitalarios de obstetricia}} \times 100$			
ESTÁNDAR DE DESEMPEÑO: 80%		FUENTES DE DATOS Expedientes clínicos.		TIPO DE MUESTRA Y ESTRATIFICACIÓN Reporte mensual de egresos hospitalarios, correspondientes al servicio de ginecología y obstetricia con diagnósticos obstétricos.
ORIGEN DEL INDICADOR: NOM 004 Del expediente Clínico, Procedimiento de referencia y contrarreferencia del ISEM.		INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN Hoja de Excel para recolección de datos		
DESCRIPCIÓN DE TÉRMINOS: En el numerador se tomarán en cuenta las hojas de egreso hospitalario que se encuentren en los expedientes clínicos de usuarias que se egresaron con diagnósticos obstétricos. En el denominador se tomarán los expedientes totales de las usuarias que se egresaron de hospitalización con diagnóstico obstétrico.		PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS: Gráfica de barras simples.		
ACTIVIDADES Identificación de expedientes. Recolección de expedientes. Revisión de expedientes. Registro de datos.		PERIODICIDAD Mensual	RESPONSABLE Jefe de Registros Hospitalarios Encargado Archivo Clínico. Jefe trabajo social/Gestor de Red-	
VALIDACIÓN Y ANÁLISIS Gestor de Red analizará el indicador y generará Reporte al director de la unidad.				

Figura 7 Descripción del Indicador 3

DESCRIPCIÓN DE INDICADORES

3	<u>NOMBRE DEL INDICADOR</u> Porcentaje de hojas de contrarreferencia realizadas en el área de urgencias obstétricas.	<u>OBJETIVO DEL INDICADOR:</u> Determina y asegurar el apego de los médicos a la normatividad de referencia y contrarreferencia
<u>FÓRMULA DEL INDICADOR:</u> $\frac{\text{Hojas de contrarreferencia realizadas en el área de urgencias obstétricas}}{\text{Total de hojas de referencia atendidas en urgencias obstétricas}} \times 100$		
<u>ESTÁNDAR DE DESEMPEÑO:</u> 80%	<u>FUENTES DE DATOS</u> Expedientes clínicos, carpeta de hojas de referencia de urgencias.	<u>TIPO DE MUESTRA Y ESTRATIFICACIÓN</u> Censo. Se revisarán todos los expedientes con hoja de referencia registrados en archivo clínico.
<u>ORIGEN DEL INDICADOR:</u> NOM 004 Del expediente Clínico, Procedimiento de referencia y contrarreferencia del ISEM.	<u>INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN</u> Hoja de Excel para recolección de datos	
<u>DESCRIPCIÓN DE TÉRMINOS:</u> Se considerarán en el numerador todas las hojas de contrarreferencia requisitadas por el servicio de urgencias obstétricas. En el denominador se incluirán el total de hojas de referencia atendidas en urgencias obstétricas que no requirieron hospitalización.		<u>CRITERIOS DE ESTRATIFICACIÓN Y PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS:</u> Gráfica de barras simples
<u>ACTIVIDADES</u> Identificación de casos atendidos Recopilación de expedientes y hojas de contrarreferencia. Revisión de expedientes y hojas de contrarreferencia. Registro.	<u>PERIODICIDAD</u> Mensual	
<u>RESPONSABLE</u> Jefe de Registros Hospitalarios Encargado Archivo Clínico. Jefe trabajo social/Gestor de Red		<u>VALIDACIÓN Y ANÁLISIS</u> Gestor de Red analizará el indicador y generará reporte al director de la unidad

Figura 8. Descripción del Indicador 4

DESCRIPCIÓN DE INDICADORES

4	NOMBRE DEL INDICADOR Porcentaje de usuarias con programación de cita adecuada a la consulta externa de obstetricia.	OBJETIVO DEL INDICADOR: Asegurar la programación de cita oportuno en control de embarazo en el HGVB.
FÓRMULA DEL INDICADOR: $\frac{\text{\# de hojas de referencia clasificadas como programadas adecuadamente.}}{\text{Tamaño de muestra estimado (169) de solicitudes a consulta externa}} \times 100$		
ESTÁNDAR DE DESEMPEÑO: 100%	FUENTES DE DATOS Expedientes clínicos y libreta de registro de referencias en consulta externa	TIPO DE MUESTRA Y ESTRATIFICACIÓN Se revisarán 169 expedientes, donde se analizará la hoja de referencia y su adecuada programación de acuerdo a la tabla generada los especialistas del HGVB.
ORIGEN DEL INDICADOR: GPC control prenatal con enfoque de riesgo. Hoja de evaluación riesgo obstétrico ISEM.	INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN Hoja de Excel para recolección de datos	
DESCRIPCIÓN DE TÉRMINOS: Se considerarán en el numerador las hojas de referencia clasificadas como programadas adecuadamente En el denominador se determina con el cálculo de muestra de hojas de referencia (169) que solicitan cita a CE de obstetricia, aproximadamente 300 mensual.	CRITERIOS DE ESTRATIFICACIÓN Y PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS: Gráfica de barras simple, comparativo por meses.	
ACTIVIDADES Identificación y selección de hojas de referencia registradas para CE. Revisión de expedientes y clasificación según tabla. Elaboración de concentrado	PERIODICIDAD Mensual	RESPONSABLE Gestor de Red
VALIDACIÓN Y ANÁLISIS Gestor de Red analizará el indicador y generará reporte al director de la unidad.		

Figura 9. Descripción del Indicador 5

DESCRIPCIÓN DE INDICADORES

5	<u>NOMBRE DEL INDICADOR</u> Porcentaje de concordancia en el registro de hojas de egreso/contrarreferencia.	<u>OBJETIVO DEL INDICADOR:</u> Evaluar la parte de registro y reporte del proceso de contrarreferencia en usuarias de control de parto en el HGVB
<u>FÓRMULA DEL INDICADOR:</u> # de hojas en el registro hospitalario reportado en SIS e informe colateral # total de hojas de referencia registradas en archivo clínico X 100		
<u>ESTÁNDAR DE DESEMPEÑO:</u>	95%	<u>FUENTES DE DATOS</u> Expediente clínico Informe Colateral Registros archivo clínico
<u>ORIGEN DEL INDICADOR:</u> NOM 004 Del expediente Clínico, Procedimiento de referencia y contrarreferencia del ISEM.		<u>INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN</u> Informe colateral contrarreferencias Registro archivo clínico
<u>DESCRIPCIÓN DE TÉRMINOS:</u> Colateral de referencias; informe realizado mensualmente por trabajo social, se basa en la revisión periódica de expedientes, hojas de urgencias. Registro de hojas de egreso archivo clínico: número entero que representa el número de hojas de egreso que se encuentran en los expedientes clínicos al momento de revisar el orden del mismo.		<u>CRITERIOS DE ESTRATIFICACIÓN Y PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS:</u> Gráfica de barras simple y apilada por meses de registro.
<u>ACTIVIDADES</u> Recopilación informes con trabajo social y archivo clínico. Revisión de informes y realización de informe.	<u>PERIODICIDAD</u> Mensual	<u>RESPONSABLE</u> Gestor de Red
<u>VALIDACIÓN Y ANÁLISIS</u> Gestor de Red analizará el indicador y generará reporte al director de la unidad.		

Figura 10. Descripción del Indicador 6

DESCRIPCIÓN DE INDICADORES

6	<u>NOMBRE DEL INDICADOR:</u> Porcentaje de capacitaciones realizadas		<u>OBJETIVO DEL INDICADOR:</u> Determinar el cumplimiento de la programación de capacitaciones con el personal del HGVB y médicos residentes.	
	<u>FÓRMULA DEL INDICADOR:</u> $\frac{\# \text{ de capacitaciones realizadas}}{\# \text{ total capacitaciones programadas en calendario}} \times 100$			
<u>ESTÁNDAR DE DESEMPEÑO:</u> 100%		<u>FUENTES DE DATOS</u> Carta descriptiva y listas de asistencia.		<u>TIPO DE MUESTRA Y ESTRATIFICACIÓN</u> Capacitaciones realizadas y programadas en el presente proyecto de mejora.
<u>ORIGEN DEL INDICADOR:</u> Proyecto mejora del proceso de referencia y contrarreferencia en el área de atención prenatal y del parto en un hospital general del Estado de México.		<u>INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN</u> Hoja de Excel para recolección de datos		
<u>DESCRIPCIÓN DE TÉRMINOS:</u> Capacitación realizada: es la cual donde existen evidencias de la misma, listas asistencia con firma del personal y cartas descriptivas recibidas por el jefe de enseñanza del HGVB. Capacitación programada: es la cual se encuentra calendarizada y aceptada por las autoridades hospitalarias.		<u>PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS:</u> Gráfica circular simple.		
<u>ACTIVIDADES</u> Recolección de evidencias de las capacitaciones realizadas. Realizar informe		<u>PERIODICIDAD</u> Semestral	<u>RESPONSABLE</u> Jefe de enseñanza	<u>VALIDACIÓN Y ANÁLISIS</u> Jefe de enseñanza valida la información e informa al gestor de Calidad y director.

Figura 11. Descripción del Indicador 7

DESCRIPCIÓN DE INDICADORES

7	NOMBRE DEL INDICADOR: Porcentaje de supervisiones realizadas		OBJETIVO DEL INDICADOR: Determinar el cumplimiento de la programación de supervisiones del personal gerencial involucrado en el proceso de referencia y contrarreferencia.	
	FÓRMULA DEL INDICADOR: $\frac{\# \text{ de supervisiones realizadas}}{\# \text{ total supervisiones programadas en plan anual de trabajo}} \times 100$			
ESTÁNDAR DE DESEMPEÑO: 100%		FUENTES DE DATOS Cedulas de supervisión		TIPO DE MUESTRA Y ESTRATIFICACIÓN Supervisiones realizadas por trabajo social, gestor de red y registros hospitalarios.
ORIGEN DEL INDICADOR: Proyecto mejora del proceso de referencia y contrarreferencia en el área de atención prenatal y del parto en un hospital general del Estado de México.		INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN Hoja de Excel para recolección de datos		
DESCRIPCIÓN DE TÉRMINOS: Supervisiones realizadas: son aquellas donde se genera cédula de supervisión firmada por supervisor y supervisado. Supervisiones programadas: son aquellas que se encuentran en el plan anual de trabajo de las áreas involucradas en el sistema de referencia y contrarreferencia que son autorizados por el director de la unidad.		PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS: Gráfica circular simple.		
ACTIVIDADES Recolección de evidencias de las supervisiones realizadas. Realizar informe	PERIODICIDAD Semestral	RESPONSABLE Gestor de Red Gestor de Calidad.	VALIDACIÓN Y ANÁLISIS Gestor de Calidad valida la información e informa al director.	

RESULTADOS ESPERADOS

El objetivo de este proyecto de titulación fue el desarrollar e implementar una propuesta de mejora encaminada a realizar acciones para mejorar el proceso de referencia y contrarreferencia para las usuarias de control del embarazo y resolución del parto en el HGVB.

El primer objetivo específico fue realizar una evaluación diagnóstica inicial que nos permitiera conocer el estado actual del sistema de referencia y contrarreferencia, con el fin de encontrar datos que correspondieran a la realidad prevaleciente de la zona. Se encontró que los diagnósticos principales de referencia (50%) en el HGVB son los relacionados al control del embarazo y resolución del embarazo, similar a lo que ocurre en el resto de la red de hospitales de segundo nivel de atención del ISEM. Al igual de lo que se menciona en el estudio de Thorsen,⁵⁶ el sistema R-CR dentro del HGVB está influenciado por diversos factores -con un grado de dificultad elevado para su control desde el punto de vista administrativo-, ya que en la actualidad en el HGVB se realiza un control y/o registro manual de la información por parte del personal operativo, cuando la tendencia global va encaminada hacia la “digitalización”, conllevando a un problema para la sistematización de las actividades dentro del proceso. Según estudios latinoamericanos revisados, también existe falta de conocimiento de la normatividad y la unificación de criterios, sin embargo, este no es el caso de lo que ocurre en el HGVB y la RIAS, y aunque no se llevaron a cabo mediciones para poder sustentar esta afirmación, la evidencia empírica lo corrobora, siendo más evidente la actitud heterogénea del personal hacia el conjunto de actividades del sistema de R-CR.

El segundo objetivo fue la realización de la propuesta de mejora con base en la evaluación diagnóstica del HGVB y la RIAS, tomando asimismo algunos aspectos de la experiencia nacional e internacional.

La metodología de mejora que se utilizó para este estudio fue la EPQI, por sus características implícitas de una participación de las áreas que integran el proceso

de R-CR en conjunto con los médicos especialistas en ginecología y obstetricia. Esta elección no significó que esta metodología fuera mejor o superior a otras, sino la que teóricamente se adapta mejor al entorno del HGVB y la RIAS, ya que al ser el sistema complejo y con múltiples participantes, se buscó realizar una propuesta de mejora donde, tanto directivos como operativos, aportaran sus ideas y experiencia dando mayor posibilidad a que la propuesta se implementara con mayor éxito.

Esta metodología de mejora no se contrapone con la metodología oficial a nivel federal (Dirección General de Calidad en Salud) donde promueve el modelo de gestión de calidad total y los círculos de mejora de la calidad. Todo esto enmarcado en el programa de acción de SICALIDAD del gobierno federal. Esto es de suma importancia porque la realización del presente proyecto se abordó dentro del COCASEP y se realizó como parte de las acciones del subcomité de referencia y contrarreferencia del HGVB. De esta manera, se garantiza el carácter oficial de la presente propuesta de mejora y se garantiza su seguimiento por parte de autoridades del HGVB.

En el trabajo de la propuesta de mejora se incluyó también la metodología FODA, por una parte porque es una metodología conocida por el equipo de mejora y, por otra, porque nos dio un panorama más amplio para seleccionar acciones de mejora específicas que se adaptaran al HGVB. Se utilizaron diversas herramientas de mejora que son de uso común entre las diferentes metodologías, tales como: identificación de procesos, carta proceso, diagrama causa efecto, lluvia de ideas, entre otros.

Los principales rubros abordados dentro de la propuesta de mejora son los relacionados al registro hospitalario, capacitación y sensibilización del personal de salud, supervisión por parte del área gerencial, la realización de la hoja de egreso hospitalario/contrarreferencia con el fin de coadyuvar a la continuidad de cuidados de las usuarias.

En el ámbito del registro hospitalario se mencionó anteriormente la limitación del uso de equipo de cómputo en algunas áreas que abarca el sistema de R-CR dentro del HGVB, por lo que se decidió no alterar la forma actual de trabajo y continuar con los registros manuales hasta que se implemente el sistema de gerencia médica que se está empezando a utilizar en el ISEM de manera gradual. Lo principal se ubicó en la estandarización del registro, el cual es un elemento esencial en cualquier metodología de mejora en salud y en otras áreas.

Las acciones acordadas por el equipo de mejora tienen como fin dar cohesión e incrementar la articulación de la atención médica de las usuarias de control de embarazo y atención del parto entre los diferentes niveles de atención del sistema de salud público del Estado de México en el área de Valle de Bravo, por medio del sistema de R-CR, tal como se hace mención en diversos artículos consultados para el presente proyecto.

Como parte del tercer objetivo específico se realizó la construcción de indicadores para poder tener una propuesta de evaluación integral, abarcando diferentes tipos de indicadores como de insumo, productos, resultados y de proceso. Por la naturaleza de la propuesta de mejora no fue posible construir indicadores de impacto, ya que se requeriría otro diseño de estudio, así como insumos materiales y humanos, sin embargo, con los indicadores elaborados fue por el momento suficiente para dar seguimiento y monitorización de las acciones de mejora, pudiendo hacer correcciones en las mismas y asegurar su cumplimiento.

En general, la propuesta de mejora propone una manera complementaria de coadyuvar a la disminución de la muerte materna, integrando elementos de normatividad en salud no específicos de la salud sexual y reproductiva pero que también intervienen en la atención de las usuarias y favoreciendo la mejora de la calidad de un área muy importante dentro del HGVB y de la RIAS correspondiente.

Cabe señalar que para el desarrollo de la presente propuesta de mejora, la reacción inicial por parte de todo el personal fue de cierta “apatía”, aunque no existieron actitudes de rechazo pero si de cierta resistencia a todo “tipo de

mejoras”, en el HGVB al parecer el personal está acostumbrado que las mejoras provengan del nivel directivo y, en la mayoría de las ocasiones no es tomada su opinión con suficiente importancia.

El sistema de R-CR es visto más como una carga que como una solución, principalmente porque nadie se había dedicado exclusivamente a trabajar en el sistema, por lo que el proyecto de mejora fue visto con “buenos ojos” tanto por operativos como por administrativos, siendo el articulador entre estas dos instancias la figura del gestor de red.

De inicio, por las diversas actividades resultó difícil empatar los horarios del personal administrativo y operativo, fuera de las reuniones de los subcomités del COCASEP, por lo que se realizaron reuniones informales por separado con ambas partes y se fueron planteando uno a uno los avances y propuestas, mismas que se sometieron a discusión y aprobación ya dentro de las reuniones del subcomité de referencia y contrarreferencia.

Al no ser una “prioridad” la propuesta de mejora, resulta en una tarea de cabildeo, insistencia y perseverancia fuerte para que el trabajo de la propuesta tenga una relevancia en todo el personal. En el personal administrativo involucrado tanto la propuesta como la figura del gestor de red resultó en un apoyo importante en algunas actividades en las que son necesarias conocimientos médicos, principalmente en la priorización, en los operativos ginecólogos es un elemento coadyuvante al desempeño de sus funciones pero sin ser esencial y, en el personal directivo del HGVB, cobró importancia posterior a supervisiones de contraloría interna. Esto resultó como catalizador para la realización de la propuesta y su implementación.

Dentro de las adecuaciones obligadas a futuro debe ser el ajuste de los procesos y sus responsables con el uso del sistema de gerencia médica del ISEM, un sistema web de expediente electrónico y gestión de estudios paraclínicos que teóricamente mejoraría la interacción entre los niveles de atención y favorecería la continuidad de cuidados de todos los usuarios del sistema de salud público en el Estado de México. Una limitante importante para su implementación y uso es la accesibilidad de internet, ya que la zona de Valle de Bravo incluye a diversas comunidades rurales con limitantes en este tema.

Otra de las principales acciones que se deben realizar es dar seguimiento a las acciones de mejora implementada en el mediano y largo plazo, independientemente de cambios de directivos y mediante los canales institucionales ya instaurados como lo son el COCASEP y los diversos subcomités, principalmente el de referencia y contrarreferencia y mortalidad materna, sesionando de manera periódica y seguir fomentando la elaboración de acciones de mejora.

Una recomendación es instalar mecanismos de reconocimiento y estímulos al interior del HGVB y de la RIAS para personal operativo por el adecuado desempeño. Así como, dentro de los límites de la normatividad, realizar acciones preventivas y correctivas hacia el personal con un mal desempeño de sus funciones.

A medida de lo posible extender las acciones de la presente propuesta de mejora a los diversos servicios del HGVB y de acuerdo a las necesidades y evaluación situacional de los mismos.

Como se hace mención en la propuesta de mejora, incluir al primer nivel de atención que depende de la Jurisdicción Sanitaria de Valle de Bravo para realizar propuestas de mejora específicas e incluyentes de este nivel de atención médica, incrementando así las probabilidades de éxito en la continuidad de cuidados de todos los usuarios del sistema de salud público del ISEM.

REFERENCIAS

- 1.- Frenk J, Gómez-Dantés O, Langer A. A comprehensive approach to women's health: lessons from the Mexican health reform. BMC Women's Health 2012, 12:42. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1472-6874/12/42>.
- 2.- Lozano R, Wang H, Foreman K, Knoll-Rajaratnam J, Naghavi M, Marcus JR, et al. Progress towards Millennium Development Goals 4 and 5 on maternal and child mortality: an updated systematic analysis. Lancet 2011, 378(9797):1139–1165.
- 3.- Ortiz Domínguez ME, Garrido Latorre F, Orozco R, Pineda-Pérez D, Rodríguez-Salgado M. Sistema de Protección Social en Salud y calidad de la atención de hipertensión arterial y diabetes mellitus en centros de salud. Salud Publica Mex 2011;53 supl 4:S436-S444.
- 4.- Navarrete-Navarro S, Gómez-Delgado A, Riebeling-Navarro C, López-García GA, Nava-Zavala A. La investigación sobre calidad de la atención en el Instituto Mexicano del Seguro Social. Estudio bibliométrico. Salud Publica Mex 2013;55:564-571.
- 5.- Puente Rosas E, Rincón K, Garrido Latorre F. Una propuesta para medir la calidad de la atención hospitalaria usando información sobre mortalidad. Salud Publica Mex 2011;53 supl 4:S480-S483.
- 6.- Ramírez STJ, Nájera AP, Nigenda LG. Percepción de la calidad de la atención de los servicios de salud en México: perspectiva de los usuarios. Salud Pública Mex 1998; 40:3-12.
- 7.- Rahmqvist M. Patient satisfaction in relation to age, health status and other background factors: A model for comparisons of care units. Int JQuality Health Care 2001; 13(5):385-390.
- 8.- Drain M. Quality improvement in primary care and the importance of patients perceptions. J Ambulatory Care Manag 2001; 24(2):30-46.
- 9.- Comité para la referencia y contrarreferencia Pediátrica del Distrito Federal y área conurbada del Estado de México. Lineamientos para la Referencia y

contrarreferencia de pacientes pediátricos de población abierta de la Ciudad de México y área conurbada del Estado de México. México 2002.

10.- Grumbach K, Selby JV, Damberg C, Bindman AB, Quesenberry CJ, Truman A, Uratsu C. Resolving the gatekeeper conundrum: what patients value in primary care and referrals to specialists. JAMA 1999, 282:261-266.

11.- Frenk J. Tender puentes: lecciones globales desde México sobre políticas de salud basadas en evidencias. Salud Publica Mex 2007; 49 supl 1: S14-S22.

12.- Gómez-Dantés O, Sesma S, Becerril VM, Knaul FM, Arreola H, Frenk J. Sistema de salud de México. Salud Publica Mex 2011; 53 supl 2: S220-S232.

13.- Instituto de Salud del Estado de México [monografía de internet] México: ISEM. [Actualizado 2012 noviembre 11; consultado 2013 noviembre 4]. Disponible en: <http://salud.edomex.gob.mx/html/RIAS2012.htm>.

14.- Garza ME, Rodríguez MS, Villareal E, Salinas AM, Núñez GM. Patrón de uso de los servicios de atención prenatal, parto y Puerperio en una institución de seguridad social mexicana. Rev Esp Salud Pública 2003; 77: 267-274.

15.- Organización de las Naciones Unidas [monografía de internet]. Objetivos de Desarrollo del Milenio. [Consultado 2013 noviembre 4]. Disponible en: <http://www.un.org/es/millenniumgoals/bkgd.shtml>.

16.- Observatorio de Mortalidad Materna en México [sitio de internet] 2011 [consultado 2013 noviembre 4]. Disponible en: <http://www.omm.org.mx/index.php/indicadores.html>.

17.- Dirección General de Epidemiología, Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, Secretaría de Salud. Informe semanal de vigilancia epidemiológica. [Actualizado 2011 diciembre 28; consultado 2013 febrero 15]. Disponible en: http://www.omm.org.mx/images/stories/MMaternas_sem52.pdf.

18.- Organización Mundial de la Salud [sitio de internet] OMS 2013. [Actualizado 2012 mayo; consultado 2013 noviembre 4]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/>.

19.- Instituto de Salud del Estado de México. Informe Gestor de Red Valle de Bravo 2012-13. Documento interno, datos no publicados.

- 20.- Instituto de Salud del Estado de México. Informe SIS 2012. Hospital General Valle de Bravo.
- 21.- Rosenfield A, Maine D. Maternal mortality-a neglected tragedy. Where is the M in MCH? Lancet 1985, 13;2(8446):83–85.
- 22.- Abou-Zahr C. Safe motherhood: a brief history of the global movement 1947–2002. Br Med Bull 2003, 67:13–25.
- 23.- Dixon R. The sexuality connection in reproductive health. JSTOR Studies Family Plann 1993, 24(5):269–282.
- 24.- World Health Organization. Reproductive health [sitio de internet] OMS 2013. [Consultado 2014 febrero 15]. Disponible en: http://www.who.int/topics/reproductive_health/en/. Accessed October 22, 2009.
- 25.- Seguro Popular de Salud. Embarazo Saludable. México: Secretaría de Salud, 2009. [Consultado 2014 febrero 15]. Disponible en: http://www.seguro-popular.salud.gob.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=25:embarazosaludable&catid=3:embarazosaludable&Itemid=190.
- 26.- Secretaría de Salud. Convenio general de colaboración para la atención de la emergencia obstétrica 2009. [Consultado 2014 febrero 15]. Disponible en: http://www.dgplades.salud.gob.mx/descargas/convenios_emergencias_obs/ceo_conv.pdf.
- 27.- Diccionario de la Lengua Española. Barcelona: Grupo Editorial Océano; 1987.
- 28.- Donabedian A. La calidad de la atención médica. México, DF: Ed La Prensa Médica Mexicana, 1984.
- 29.- NMX-CC-9000-IMNC-2000 (ISO 9000): Sistemas de Gestión de la Calidad. Fundamentos y vocabulario.
- 30.-Ruelas-Bajaras E. Calidad, productividad y costos. Salud Publica Mex 1993;35:298-304.
- 31.- Scott RW, Shortell SM. Organizational performance: Managing for efficiency and effectiveness. En: Shortell SM, Kaluzny A. Health care management: A text in organization theory and behavior. Segunda Edición. New York: Wiley Medical, 1988:418-457.

32. - Donabedian A. The definition of quality and approaches to its assessment. Ann Arbor, Mich.: Health Administration Press, 1980; vol. 1.
33. - Vertiz J .Documento de trabajo. INSP. México 2008.
- 34.- Ruelas-Barajas E, Zurita B. Nuevos horizontes de la calidad de la atención a la salud. Salud Pública Mex 1993; 35(3):235-237.
35. Ruelas-Barajas E, Reyes-Zapata H, Zurita B, Vidal LM, Karschmer S. Círculos de calidad como estrategia de un programa de la atención médica en el Instituto Nacional de Perinatología. Salud Publica Mex 1990;32:207-220.
36. Ruelas-Barajas E, Vidal LM. Unidad de garantía de calidad. Estrategia para asegurar niveles óptimos en la calidad de la atención médica. Salud Publica Mex 1990;32:225-231.
37. - European Foundation for Quality Management [sitio de internet] EFQM 2013. [consultado 2013 noviembre 4]. Disponible en: <http://www.efqm.org/efqm-model/fundamental-concepts>.
- 38.- Dirección General de Calidad y Educación en Salud. Modelo de Gestión de Calidad Total. México 2014.
- 39.- Organización Internacional de Normalización. Norma Internacional ISO 9001:2000. Ginebra, Suiza 2000.
40. - Hosotani K. The QC problem solving approach: solving workspace problems the japanese way. Tokio: 3A Corporation, 1992.
- 41.- Urroz O. Manual EPQI Costa Rica: Programa Nacional de Seguridad del Paciente, 2005.
- 42.- Secretaría de Salud de México. Norma Oficial Mexicana NOM-004-ssa3-2012, del expediente clínico. [sitio de internet] [consultado 2013 noviembre 15]. Disponible en:http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5272787&fecha=15/10/2012.
- 43.- Thorsen et al. The consultants' role in the referring process with general practitioners: partners or adjudicators? a qualitative study. BMC Family Practice 2013;14:153.
- 44.- Instituto de Salud del Estado de México. Manual de Procedimientos para la Operación del Sistema de Referencia y Contrarreferencia de Pacientes en

Unidades Médicas de Primero, Segundo y Tercer Nivel de Atención. Toluca, México, 2011.

45.- Omaha K, Melendez V, Uehara N. Study of a patient referral system in the Republic of Honduras Health Policy and Planning; 13(4): 433-445.

46.- Organización Panamericana de la Salud. Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas. Washington, D.C. 2010.

47.- Ministros y Secretarios de Salud de las Américas. Agenda de Salud para las Américas 2008-2017. Panamá 2007.

48.- Secretaría General Iberoamericana. Consenso de Iquique. Chile 2007.

49.- Instituto de Salud del Estado de México. Programa Estatal de Salud del Estado de México. 2005 – 2011. Toluca, Estado de México 2005.

50.- Secretaría de Salud de México. Programa Nacional de Salud 2007-2012. México 2007.

51.- Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. Ley General de Salud. México 2014.

52.- Secretaría de Salud de México. NOM-007-SSA2-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. [sitio de internet] [consultado 2013 noviembre 15]. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/007ssa23.html>.

53.- Instituto Mexicano del Seguro Social. GPC IMSS-028-08 Control Prenatal con Enfoque de Riesgo. México. [monografía internet] [consultado 2013 noviembre 15]. Disponible en: http://www.saludbc.gob.mx/wp-content/uploads/2011/02/IMSS_028_08_GRR.pdf.

54.- Martínez L, Reyes S, García MC. Utilización adecuada de la atención prenatal en el Instituto Mexicano del Seguro Social. Salud Publica Mex 1996; 38:341-351.

55. - Siddiqi S, Kielmann AA, Khan MS, Ali N, Ghaffar A, Sheikh U, Mumtaz Z. The Effectiveness of patient referral in Pakistan. Health Policy and Planning 16(2): 193 -198.

- 56- Thorsen O, Hartveit M, Baerheim A. General practitioners reflections on referring: An asymmetric or non-dialogical process? *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 2012; 30: 241–246.
- 57.- García P, de Abreu M, Antonietti L, Guillén M, Said M, Montaña C. Sistema de referencia-contrarreferencia entre el segundo y el tercer nivel de salud en una red hospitalaria pediátrica en el conurbano bonaerense. *Arch Argent Pediatr* 2013; 111(5):405-411.
- 58.- Pardo L, Zabala C, Gutiérrez S, Pastorini J, Ramírez Y, Otero S. Sistema de referencia-contrarreferencia en pediatría Análisis de la situación en el Hospital Pediátrico del Centro Hospitalario Pereira Rossell, *Rev Med Urug* 2008; 24: 69-82.
- 59.- Toyabe S, Kouhei A. Referral from secondary care and to aftercare in a tertiary care university hospital in Japan. *BMC Health Services Research* 2006, 6:11.
- 60.- Alexander G, Kotelchuck M. Quantifying the adequacy of prenatal care: a comparison of indices. *Public Health Reports* 1996; 111:408-18.
- 61.- Bronfman MN, López S, Magis C, More A, Rutstein S. Atención prenatal en el primer nivel de atención: características de los proveedores que influyen en la satisfacción de las usuarias. *Salud Pública Mex* 2003; 45:445-454.
- 62.- Pidal P, Lillo R. Motivos del pobre cumplimiento de la higiene de manos entre los trabajadores hospitalarios. *Rev Chil Infect* 2010; 27 (5): 435-436.
- 63.- Fajardo G, Santacruz J, Hernández F, Rodríguez J. Evaluación de la calidad de los servicios de salud en México desde una perspectiva de salud pública. *Rev CONAMED* 2011; 16(3):114-126.
- 64.- Hernández MA, Muñoz G. Conocimiento de la Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998 del Expediente Clínico en estudiantes del área de la salud. *Acta Científica Estudiantil* 2010;8(1):3-8.
- 65.- Chapagain K. Cumplimiento de las normas de la calidad de atención establecidas por el compromiso de gestión en los pacientes diabéticos del Área de Salud de Alajuelita, en el periodo de enero a julio de 2007. *Acta méd. Costarric.* Vol 54 (3), julio-setiembre 2012.

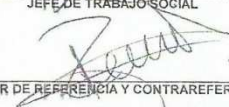
66.-Bobadilla JL. Quality of perinatal medical care in Mexico City. Cuernavaca, Morelos, México: Instituto Nacional de Salud Pública; Perspectivas en Salud Pública No. 3.

67.- Rouvier M, González MA, Sesia P, Becerril V. Problemas del sistema de salud en estados de México con alta incidencia de mortalidad materna. Salud Pública Mex 2013;55:185-192.

68.- Rokstad I, Rokstad K, Holmen S, Lehmann S, Assmus J. Scandinavian Journal of Primary Health Care 2013; 31:166–171.

ANEXO 1

Acta Constitutiva Subcomité Referencia y Contrarreferencia del HGVB

		GOBIERNO DEL ESTADO DE MÉXICO			
		SECRETARIA DE SALUD SUBSECRETARIA DE SALUD Y DIRECCION DEL INSTITUTO DE SALUD DEL ESTADO DE MEXICO COORDINACION DE SALUD SUBDIRECCION DE ATENCION MEDICA			
ACTA DE INSTALACIÓN DEL SUBCOMITE DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA					
EL DIA 10 DE MES DE FEBRERO DEL AÑO 2014, SIENDO LAS 12:00 HORAS, EN LAS INSTALACIONES DEL HOSPITAL GENERAL VALLE DE BRAVO CON CALIDAD DE LA ATENCION MEDICA A TRAVES DE MEJORAR CONTINUAMENTE LOS PROGRAMAS QUE OFRECE LA UNIDAD HOSPITALARIA LO ANTERIOR DE CONFORMIDAD CON LO MESTIPULADO EN EL MANUAL DE ORGANIZACIÓN DE LOS COMITÉS TÉCNICOS DE LOS HOSPITALES QUEDANDO INTEGRADO COMO SIGUE:					
DR. JORGE FEDERICO FLORES MORÓN PRESIDENTE DEL SUBCOMITÉ				DIRECTOR DE LA UNIDAD	
L.T.S. FRANCISCO RAMOS REYES SECRETARIO TÉCNICO DEL SUBCOMITÉ				JEFE DE TRABAJO SOCIAL	
DR. SERGIO RUIZ MONTERO VOCAL				GESTOR DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	
DR. VÍCTOR MANUEL DOMÍNGUEZ DE LA CRUZ VOCAL				JEFE DE ENSEÑANZA	
DRA. GUADALUPE GONZÁLEZ FRUTIS VOCAL DEL SUBCOMITÉ				MEDICO GINECOLOGO	
DRA. MARINA YAÑEZ SOLIS VOCAL DEL SUBCOMITÉ				JEFA DE NEONATOLOGIA	
DRA. NADIA ESTRADA RÍOS VOCAL DEL SUBCOMITÉ				MEDICO INTERNISTA	
L.E.O. MARIA ISABEL NOLASCO REBOLLAR VOCAL DEL SUBCOMITÉ				JEFE DE ENFERMERAS	
M.A.S.E. EDITH GARCIA RODRIGUEZ VOCAL DEL SUBCOMITÉ				GESTOR DE CALIDAD	
SE ESTABLECE EL COMPROMISO DE SESIONAR CADA MES Y LEVANTAR ACTA DE SESION DE CADA UNA DE LAS REUNIONES ORDINARIAS ORDINARIAS Y EN SU CASO DE LAS EXTRAORDINARIAS ENVIANDO COPIAS DE LAS MISMAS AL TITULAR DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN EL ESTADO EN UN PLAZO QUE NO SE EXCEDE DE LOS 3 DIAS POSTERIORES A SU LEVANTAMIENTO, PREVIA LECTURA DEL PRESENTE, Y NO HABIENDO MAS QUE HACER CONSTAR, SEDA POR CONCLUIDA A LAS 12:00. FIRMANDO POR CONSTANCIA EN TODAS SUS HOJAS AL MARGEN Y AL CALCE LOS QUE EN ELLA INTERVINIERON.					

ANEXO 2

Lista Asistencia y firma de acuerdos sesión ordinaria Subcomité Referencia y Contrarreferencia HGVB.



LISTA DE ASISTENCIA SUBCOMITE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA			
Fecha: 20/02/2014			
NOMBRE	CARGO	CORREO ELECTRONICO	FIRMA
Dr. Jorge Federico Flores Morón	Director	JorgeFedze@hotmail.com	[Firma]
Lic. TS Francisco Ramos Reyes	Secretario del comité	ts25rrf@gmail.com	[Firma]
M. A.S.E. Edith García Rodríguez	Vocal	monster_didi@hotmail.com	[Firma]
Dr. Sergio Ruiz Montero G.	Vocal	sergiaruzmd@gmail.com	[Firma]
Dra. Marina Yáñez Solís	Vocal		
Dr. Víctor Manuel Domínguez de la Cruz	Vocal	havalabrado-ensenanza@110e.com.mx	[Firma]
Dra. Nadia Estrada Ríos	Vocal	ts25rrf@gmail.com	[Firma]
L.E.O. María Isabel Nolasco Rebollar	Vocal		[Firma]
Dr. Roberto Ramírez Sánchez	Invitado		[Firma]
C. Jesús López	Invitado	Jefe de Reg. H.	[Firma]

FIRMA DEL ACTA DE SESION Y ACUERDOS			
NOMBRE	CARGO	CORREO ELECTRONICO Y TELÉFONO	FIRMA
DR. JORGE FEDERICO FLORES MORÓN	DIRECTOR	Jorge Fed 2@hotmail.com	
DR. VICTOR MANUEL DOMINGUEZ DE LA CRUZ	JEFE DE ENSEÑANZA	hgvalladolid@educacion.huc.com.mx	
DR. ROBERTO RAMIREZ	ENCARGADO CONSULTA EXTERNA		
LIC. TS FRANCISCO RAMOS REYES	JEFE DE TRABAJO SOCIAL	ts25rrf@gmail.com	
DR. SERGIO RUIZ MONTERO G	GESTOR DE RED		
MASE EDITH GARCIA RODRIGUEZ	GESTORA DE CALIDAD		
C. JESUS LOPEZ JAIMES	JEFE REGISTROS HOSPITALARIOS		
LIC. ENF. MARÍA ISABEL NOLASCO REBOLLAR	JEFA DE ENFERMERAS		
DRA NADIA ESTRADA RIOS	MEDICO INTERNISTA		
DRA. MARINA YAÑEZ SOLIS	NEONATOLOGA		


 DR. JORGE FEDERICO FLORES MORÓN
 PRESIDENTE DEL SUBCOMITÉ


 M.A.S.E. EDITH GARCIA RODRIGUEZ
 GESTOR DE CALIDAD

ANEXO 3

Calendario de Sesiones del Subcomité de Referencia y contrarreferencia del HGVB 2014



"2013. Año del Bicentenario de los Sentimientos de la Nación"

Subcomité de Referencia y Contrarreferencia

CALENDARIO DE SESIONES 2014

29 de abril 2014 13:00 hrs.
27 de mayo 2014 13:00 hrs.
24 de junio 2014 13:00 hrs.
29 de julio 2014 13:00 hrs.
23 de septiembre 2014 13:00 hrs.
28 de octubre 2014 13:00 hrs.
25 de noviembre 2014 13:00 hrs.

ATENTAMENTE


Lic. TS Francisco Ramos Reyes.
Secretario técnico del comité de Referencia y Contrarreferencia
del Hospital General de Valle de Bravo.

c.c.c. Calidad del Hospital General Valle de Bravo.

Anexo 4

Autorización del HGVB para realizar el proyecto de mejora



"2014. Año de los Tratados de Teoloyucan"

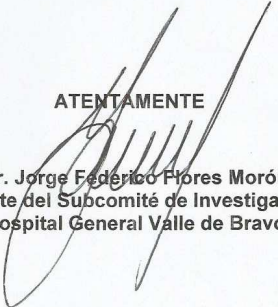
Valle de Bravo, Méx;
21 de mayo de 2014
Oficio No. 217B50038/ /2014

Dr.
Ruiz Montero González Sergio.
Gestor de Red del Hospital General Valle de Bravo.
PRESENTE

En base a la reunión realizada por el Subcomité de Investigación en el mes de marzo del presente año, con la finalidad de analizar su protocolo de investigación titulado: "Desarrollo de una propuesta de mejora del proceso de referencia y contrareferencia en el área de atención prenatal y de parto en un hospital del Estado de México " se le informa que este subcomité ha decidido **autorizar** la aplicación de su protocolo de investigación, con la condicionante de acatar las observaciones plasmadas en la carta compromiso. Se anexa carta.

Deseándole lo mejor, y esperando alcance su meta plasmada en este proyecto de investigación, me despido.

ATENTAMENTE


Dr. Jorge Federico Flores Morón
Presidente del Subcomité de Investigación del
Hospital General Valle de Bravo



SECRETARÍA DE SALUD
INSTITUTO DE SALUD DEL ESTADO DE MÉXICO

Nota: Secretario Técnico del Subcomité de Investigación.

INDEPENDENCIA 07E, 1009, COLONIA REFORMA TOLUCA, ESTADO DE MÉXICO, C.P. 50070 TEL: (01722) 226 25 00
<http://salud.edomexico.gob.mx>

**Anexo 5 Lista de Asistencia y acuerdos de 2ª sesión ordinaria del Subcomité
de referencia y contrarreferencia del HGVB**



**LISTA DE ASISTENCIA
SUBCOMITE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA**

Fecha: 27/05/2014

NOMBRE	CARGO	CORREO ELECTRONICO	FIRMA
Dr. Jorge Federico Flores Morón	Director		
Lic. TS Francisco Ramos Reyes	Secretario del comité		
M. A.S.E. Edith García Rodríguez	Vocal		
Dr. Sergio Ruiz Montero G.	Vocal		
Dra. Guadalupe González Frutis	Vocal		
Dr. Víctor Manuel Domínguez de la Cruz	Vocal		
L.E.O. María Isabel Nolasco Rebollar	Vocal		
Dr. Alejandro Morales Lechuga	Vocal		
Dr. Roberto Ramírez Sánchez	Invitado		
C. Jesús López	Invitado		
Dr. Leopoldo Velasco Iñiguez	Invitado		