Instituto Nacional de Salud Pública

MAESTRIA EN SALUD PÚBLICA EN SERVICIO

2013 – 2015

“EVALUACIÓN DEL SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA DE LA ATENCIÓN OBSTÉTRICA EN EL HOSPITAL GENERAL DEL ALTIPLANO, DE APAN HIDALGO 2016.”

PROYECTO TERMINAL PARA OBTENER EL GRADO DE MAESTRA EN SALUD PÚBLICA

PRESENTA

ALUMNA: Citlalli Aburto Hernández
Citlalli2883@hotmail.com

DIRECTOR: M.C.S.S. Luis Mario Vigueras Aguilar
Coordinador de Programas Médicos, ISSSTE, Hidalgo.

ASESOR: M.S.P. Israel Mendoza López
Subdelegado Médico, Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Hidalgo y Profesor Titular de la asignatura Sistema de Vigilancia e Inteligencia Epidemiologia**,** Instituto Nacional de Salud Pública (INSP).

Cuernavaca Morelos, 27 de julio de 2016

ÍNDICE

Página

I. Resumen…… 3

II. Introducción…….. 5

III. Antecedentes…… 8

IV. Marco teórico o conceptual…….. 11

V. Planteamiento de problema…….. 15

VI. Justificación…….. 16

VII. Objetivos……... 17

VIII. Material y métodos……. 18

IX. Consideraciones éticas y de bioseguridad……. 22

X. Resultados…… 24

XI. Conclusiones…… 35

XII. Recomendaciones……... 36

XIII. Limitaciones del estudio…….. 37

XIV. Bibliografía……. 31

XV. Anexos…… 33

RESUMEN

La atención del usuario en el Sistema de Salud en sus tres niveles de atención, se estructura a través de un proceso de referencia y contrarreferencia, que de ser efectivo, eficaz y con base en la normativa, favorecerá la atención oportuna y seguimiento de la paciente. **Objetivo** Evaluar el proceso de referencia y contrarrefencia en materia de atención obstétrica en el Hospital General del Altiplano, de la Secretaria de Salud de Hidalgo, en el periodo enero – junio 2015, y proponer alternativas de solución. **Material y Métodos:** Se utilizaron los formatos de referencia y contrarreferencia de enero de 2015 a junio de 2015, existentes en el archivo del Hospital General del Altiplano. Respecto al Tipo de estudio correspondió a un estudio descriptivo, observacional y transversal. **Objeto de estudio** es el proceso de referencia y contrarreferencia de las pacientes obstétricas del Hospital General del Altiplano, para lo cual se utilizó la **Fuente** primaria, que consistió en revisar el formato de referencia y contrarreferencia. Durante un lapso de **Tiempo** que va del 01 enero de 2015 al 30 de junio del año 2015.

Descripción del método: La evaluación del proceso de referencia y contrarreferencia se realizó en cuatro tiempos: recolección de los formatos de referencia y contrarreferencia de enero a junio de 2015, en la que se incluyó una guía de cotejo; tabulación de la información mediante la revisión de las variables incluidas del formato de referencia y contrarreferencia; el análisis de datos fue a través de una base de Excel por medio del programa Epi Info, plasmando los resultados en tablas y gráficas y utilizando los programas Word y Power Point para la presentación de resultados y la propuesta de intervención. La población del estudio fueron las pacientes obstétricas registradas en el lapso del 01 de enero al 30 de junio del 2015 dentro del proceso de referencia y contrarreferencia. Los **criterios de selección** fueron los Formatos de referencia recibidos dentro del periodo de tiempo: Formatos de contrarreferencia otorgados en el periodo estudiado y los Formatos recibidos fuera de las fechas establecidas, referencias y contrarreferencia a otros servicios. El plan de análisis de datos, fue a través de una base de Excel y por medio del programa Epi Info, plasmando los resultados en tablas y gráficas y utilizando los programas de Word y Power Point.

Resultados: Se revisaron 853 referencias en el periodo estudiado 32.47% demando atención al servicio de ginecología y obstetricia y, a su vez en el 84.47% se otorgó atención obstétrica. El mayor número de referencias recibidas a la consulta externa del servicio de ginecología y obstetricia del Hospital General fue equivalente al 49.60% y pertenecieron a centros de salud del municipio de Apan; el 64.94% de las referencias recibidas fueron en formatos oficiales previamente impresos. En cuanto a su llenado, el 33.77% fue impreso, en cambio el 20.35% fue escrito a mano con letra ilegible y el resto de los formatos fueron llenados correctamente. En total el 50.85%de los

embarazos fueron de alto riesgo, ingresadas al servicio de urgencias en promedio a las 22 SDG, de las cuales el 46.90% eran mujeres menores de 18 años. En cuanto al tiempo entre la entrega de la referencia y la cita, el promedio fue de 7.16 días, siendo los municipios más cercanos los que más tardan en acudir en busca de la atención. En cuanto a la contrarreferencia posterior a un evento obstétrico, en el 82.02 %, se utilizó el formato previamente establecido (nota de egreso hospitalario y contrarreferencia). La referencia a otros niveles fue del 96%, por falta de algún elemento del equipo quirúrgico o pediatra necesario para la atención obstétrica, principalmente de los turnos vespertinos y guardia B (lunes, miércoles y viernes por las noches)

En consecuencia se puede concluir que al unificar el formato de referencia y contrarreferencia o hacer uso del Sistema Nominal en salud (SINOS) para el envío de pacientes en primero y segundo nivel de atención así como concientizar a la embarazada sobre la importancia de agendar su cita en corto tiempo y sobre todo indispensable contar con plantilla completa de recursos humanos necesarios para la atención obstétrica en los diferentes turnos, mejoraría la oportuna atención obstétrica

Introducción

La adecuada coordinación de la referencia y contrarreferencia entre los tres niveles de atención garantizará la atención integral que requiere la paciente obstétrica de forma oportuna, y así evitar posibles complicaciones en el periodo perinatal.

En el Sistema Nacional de Salud, el proceso de referencia y contrarreferencia se realiza de forma heterogénea al depender de factores como la regionalización, capacidad resolutiva y escalonamiento de los niveles de atención. De acuerdo a la normativa de cada institución la política es nombrar a un responsable de dicho proceso correspondiente al nivel de atención. De forma interna se agregan factores administrativos como personal insuficiente, falta de apego a las normas oficiales o guías de práctica clínica, en cuanto al momento y las características con las que se deberá de referir a la paciente, entre otros, situación que repercute en la valoración oportuna de la paciente obstétrica por parte del ginecólogo, y que en casos específicos, pueden implicar mayor riesgo de complicación a corto plazo.

De ahí la importancia del apego a la normativa con la perspectiva de otorgar con mayor oportunidad la atención requerida a la paciente obstétrica que acude al segundo nivel de atención, en este caso al Hospital General del Altiplano.

Por lo que se realizó una evaluación a todas las referencias registradas en la bitácora establecida por la unidad hospitalaria, y contrarreferencias emitidas posterior al evento obstétrico, para identificar las áreas de oportunidad en donde sea factible incidir y favorecer la oportunidad de atención de la paciente obstétrica, así como mejorar el seguimiento por parte de las unidades de primer nivel.

Para fines de interpretación de los términos usados en el documento se puntualizan algunos conceptos:

Sistema de Referencia y Contrarreferencia se define como el conjunto de procesos, procedimientos y actividades técnicas y administrativas que permiten prestar adecuadamente los servicios de salud a los pacientes, garantizando la calidad, accesibilidad, oportunidad, continuidad e integralidad de los servicios.

La **Referencia** es el envío de pacientes o elementos de ayuda diagnóstica por parte de un prestador de servicios de salud, a otro prestador para atención o complementación diagnóstica que, de acuerdo con el nivel de resolución, dé respuesta a las necesidades de salud.

La **Contrarreferencia** es la respuesta que el prestador de servicios de salud receptor de la referencia, da al prestador que remitió.

Primer nivel de atención: La conforman unidades que atienden a nivel ambulatorio, con médicos de primer contacto, su estructura cuenta con uno hasta 30 consultorios, farmacia, medicina preventiva y puede o no contar con laboratorio, es atendida por médicos generales, enfermeras y técnicos, así como pasantes en servicio social. Su objetivo principal son la promoción de la salud y la prevención de enfermedades donde se incluyen la vacunación y la educación para la salud, además de la detección temprana de enfermedades, como cáncer cervicouterino y de mama, de próstata o bien, enfermedades congénitas, diabetes, obesidad entre otras.

Segundo nivel de atención: Es una red de hospitales generales que dan atención a la mayor parte de necesidades y problemas de salud cuando se requiere hospitalización o atención de urgencias. Se organizan en cuatro especialidades: medicina interna, cirugía, pediatría y gineco-obstetricia; así como los servicios de urgencias, admisión, hospitalización, banco de sangre, central de esterilización y equipos, quirófanos, farmacia, consulta externa, entre otros.

Tercer nivel de atención: Son hospitales de alta especialidad, cuyas subespecialidades y equipos no se tienen en el segundo nivel de atención. Pueden estar especializados en un campo específico, como los Institutos Nacionales de Cancerología, Cardiología, Neurología y Neurocirugía, Pediatría, Perinatología, Enfermedades respiratorias, Geriatría y Rehabilitación. La atención de problemas de salud que requieren mayor conocimiento o tecnología específica sólo se encuentran en este nivel, por lo que, también desempeñan la función de la enseñanza e investigación.
Los Hospitales se clasifican atendiendo a su grado de complejidad y poder de resolución con base en la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Medica, Capítulo IV Disposiciones para la prestación de servicios de Hospitales en el artículo 70 clasifica atendiendo a su grado de complejidad y poder de resolución en:

Hospital General: Es el establecimiento de segundo o tercer nivel para la atención de pacientes, en las cuatro especialidades básicas de la medicina: Cirugía General, Gíneco-Obstetricia, Medicina Interna, Pediatría y otras especialidades complementarias y de apoyo derivadas de las mismas, que prestan servicios de urgencias, consulta externa y hospitalización.

El área de hospitalización contará en los hospitales generales con camas de Cirugía General, Gíneco-Obstetricia, Medicina Interna y Pediatría, donde se dará atención de las diferentes especialidades de rama.

Además deberá realizar actividades de prevención, curación y rehabilitación a los usuarios, así como de formación y desarrollo de personal para la salud e investigación científica.

Hospital de Especialidades: Es el establecimiento de segundo y tercer nivel para la atención de pacientes, de una o varias especialidades médicas, quirúrgicas o médico-quirúrgicas que presta servicios de urgencias, consulta externa, hospitalización y que deberá realizar actividades de prevención, curación, rehabilitación, formación y desarrollo de personal para la salud, así como de investigación científica.

Instituto: Es el establecimiento de tercer nivel, destinado principalmente a la investigación científica, la formación y el desarrollo de personal para la salud. Podrá prestar servicios de urgencias, consulta externa y de hospitalización, a personas que tengan una enfermedad específica, afección de un sistema o enfermedades que afecten a un grupo de edad.

Antecedentes

La Organización Mundial de la Salud (OMS) propone, después de treinta años de la Declaración de Alma – Ata, redefinir la atención primaria como un conjunto de acciones que llevan al desarrollo sanitario y la evolución de criterios para delimitar las necesidades y determinantes sanitarios de la salud de la población, intentando la equidad de acceso a la atención médica y eficacia en la prestación de servicios.[1] El sistema de atención en salud, requiere de una adecuada estructura organizativa, llamada ingeniería de procesos, dentro de esta requiere la atención medica efectiva, es decir del total de los servicios que se prestan a las personas para la atención de la salud y enfermedad como actividades de promoción a la salud, prevención y diagnóstico oportuno, tratamiento, referencia y contrarreferencia si lo requiere para su mejor tratamiento, recuperación y rehabilitación deberá ser accesible para el usuario.[2]

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) propuso en el 2012 la instauración de manuales de organización con modelos de atención integral de salud para la familia y la comunidad, para redirigir de forma favorable el proceso de referencia y contrarreferencia, basándose en la comunicación eficiente entre los establecimientos de la región y, que el profesional de salud que utilice de forma habitual derivaciones a servicios especiales, además de señalar la trascendencia de elaboración de protocolos de sistema de referencia y contrarrefencia con base en la morbilidad registrada, mejorables en todo momento de acuerdo a las necesidades perceptibles.

Proponen de forma general tomar en cuenta los siguientes pasos para un sistema efectivo:

1. Asignar un responsable del sistema de referencia y contrarreferencia para cada nivel de atención con comunicación efectiva entre ellos.
2. Integrar un equipo de responsable de la atención de primer nivel, con experiencia suficiente para la toma de decisiones y desarrollo de protocolos para la oportuna valoración de acuerdo al padecimiento del usuario.
3. Realizar reuniones entre primer y segundo nivel de atención para el desarrollo de protocolos en base a competencias.
4. Unificar el formato para la atención en los diferentes niveles, que responda a las necesidades administrativas de cada nivel de atención.
5. Aprobación de dicho formato por los actores involucrados (operativos).
6. Revisión periódica del protocolo de referencia en comité entre primer y segundo nivel de atención.

7. Publicación a todas las unidades de salud involucradas, de las decisiones o cambios discutidos durante la reunión del comité.[3]

México no cuenta con documentos oficiales exclusivos del proceso de referencia y contrarreferencia, sin embargo es mencionado en los diferentes documentos que norma la atención médica:

> Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012. Del expediente clínico. "(…) En su apartado 4.9 Define a la referencia y contrarrefencia como un proceso administrativo para facilitar él envió – recepción – regreso de pacientes con el propósito de brindar una atención integral oportuna (…)".[4]

Otro de los documentos que menciona al proceso de referencia y contrarreferencia es el Programa de Seguro Médico Siglo XXI que en sus reglas de operación para el ejercicio fiscal 2015, dentro de su apartado 5.6.2 acceso a los servicios de salud, indica:

> "El acceso de los beneficiarios a los establecimientos de primer nivel, se realizará de conformidad al programa de visitas médicas establecido en el apartado de Corresponsabilidades en materia de salud descrito en el punto 4.6.3 de las presentes Reglas, así como por indicaciones del médico tratante o por necesidad percibida por el padre o madre o tutor del beneficiario. Los padres o tutores deberán llevar al menor a la unidad de atención primaria con su médico responsable de la atención del niño y de la familia."
>
> "El acceso de los beneficiarios a los establecimientos de segundo y tercer niveles, deberá efectuarse mediante el sistema de referencia y contra-referencia, salvo en los casos de continuidad de un tratamiento previamente ordenado por el personal médico del establecimiento al que asistan, así como en los casos de urgencia médica real o percibida y cuando se ejerza el derecho a contar con una segunda opinión médica"[5]

En el Estado de Hidalgo en el Reglamento interior de los Servicios de Salud, emitido por la Dirección de Planeación cuya última validación se realizó el 21 de noviembre de 2011 y que se encuentra vigente a la fecha, en su capítulo Facultades, encuadra en el artículo 25:

"Artículo 25.- Corresponde a la Dirección de Salud Pública:(…) Fracción IX Dirigir y evaluar el Sistema de Referencia y Contrarreferencia para el primer nivel de atención;"

Posteriormente en el Artículo 27 indica:

"Corresponde a la Dirección de Atención Hospitalaria:(…) Fracción XVII a la dirección de atención hospitalaria coordinar el sistema de referencia y contrarrefencia en el segundo nivel de atención.[6]

La atención integral de la embarazada se deberá realizar con base en la norma oficial mexicana vigente NOM-007-SSA2-2016. PARA LA ATENCIÓN DE LA MUJER DURANTE EL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO, Y DE LA PERSONA RECIEN NACIDA:

> En el apartado 5.3 Consultas subsecuentes **5.3.1** Las actividades a realizar por parte del personal de salud en las consultas subsecuentes deben ser: (…) **5.3.1.5** Realizar interpretación y valoración de los resultados de exámenes de laboratorio y estudios de gabinete solicitados en la entrevista previa. En caso de cualquier anormalidad en los estudios, se debe referir a la paciente con el médico especialista de forma inmediata y en su caso, trasladar al servicio de atención obstétrica de urgencia. (…) **5.3.1.12** Proporcionar información completa a la embarazada y a sus familiares, sobre signos y síntomas de alarma que ameriten una atención inmediata en el establecimiento para la atención médica, la elaboración de un plan de seguridad para la atención del parto o ante una urgencia obstétrica, en el que se identifique el establecimiento que prestará la atención, el vehículo a utilizar en el traslado y la persona acompañante, considerando planes alternativos en caso de urgencia, debiéndose registrar dicha información en los formatos institucionales de traslado, el carnet perinatal o la guía básica para la mujer embarazada (ver Apéndice J Normativo, de esta Norma).**5.3.1.13** Trasladar oportunamente a las pacientes en situación de urgencia obstétrica a los establecimientos para la atención médica con la capacidad resolutiva adecuada, para tal efecto el personal de salud debe: **5.3.1.13.1** Conocer e informar a la mujer embarazada y a sus familiares, la ubicación del establecimiento para la atención médica de atención de urgencias obstétricas que le corresponda. **5.3.1.13.2** Definir el traslado, de acuerdo con los criterios establecidos, para atención de las gestantes a los establecimientos para la atención médica de primer, segundo y tercer nivel, empleando para ello los formatos que se establezcan con ese fin, como pueden ser formatos institucionales de traslado, el carnet perinatal o la guía básica para la mujer embarazada (ver Apéndice J Normativo, de esta Norma).[7]

En cuanto al Hospital General del Altiplano, con base en los reportes mensuales Sistema de Información en Salud de los años 2013,2014 y 2015 el primer motivo de atención en consulta externa es atención al embarazo. [8]

Marco teórico o Conceptual

En México la salud de la población está protegida por diversas leyes que norman la prestación de servicios, la principal es la Constitución Política de los Estado Unidos Mexicanos que establece:

> Artículo 4. […]Fracción III señala que toda persona tiene derecho a la protección de la salud. […]La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades Federativas en materia de salubridad general.[9]

Por su parte, La Ley General de Salud en el título tercero, capítulo I indica:

> Artículo 26 […] "Para la organización y administración de los servicios de salud, se definirán criterios de distribución del universo de usuarios, regionalización y escalonamiento de los servicios, así como la universalización de cobertura.
>
> Artículo 53 […] La Secretaria de Salud y los gobiernos de las entidades federativas en el ámbito de sus respectivas competencias, establecerán los procedimientos para regular las modalidades de acceso a los servicios públicos a la población en general y a los servicios sociales y privados.[10]

El Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica:

> CAPITULO I.- Disposiciones Generales.
>
> Artículo 15. En lo referente a la regionalización de los servicios médicos se tomara en cuenta el diagnostico de salud, la accesibilidad geográfica, otras unidades médicas instaladas y la aceptación de los usuarios, considerando los dictámenes técnicos de los órganos correspondientes de la Secretaria, con el fin de instalar unidades tendientes a la autosuficiencia regional así como el desarrollo del municipio.
>
> Artículo 16. La atención médica será otorgada conforme a un escalonamiento de los servicios de acuerdo a la clasificación del modelo que la Secretaria determine.
>
> CAPITULO II.-De los Derechos y Obligaciones De los Usuarios y Participación De la Comunidad.
>
> Artículo 46. Las autoridades sanitarias competentes y las propias instituciones de salud, establecerán procedimientos de orientación y asesoría a los demandantes y usuarios sobre el uso de los servicios que requieran.
>
> CAPITULO IV.- Disposiciones para la Prestación de Servicios de Hospitales.

> Artículo 74. […] Cuando los Recursos del establecimiento no permitan la resolución definitiva del problema se deberá transferir al usuario a otra institución del sector, que asegure su tratamiento y que estará obligado a recibirlo.
> Artículo 75.- El traslado se llevará a cabo con recursos propios de la unidad que hace el envío, bajo la responsabilidad de su encargado y conforme a las normas respectivas. De no contarse con los medios de transporte adecuados, se utilizarán los de la institución receptora.[11]

El proceso de referencia y contrarreferencia es la forma de descentralización de competencias y recursos, define estrategias que permiten garantizar a la población en general el acceso a los servicios de salud necesarios para su atención médica efectiva. Destacando este proceso administrativo como parte importante del modelo de salud para la población abierta.[12]

Las instituciones participantes en el proceso, evaluaran la operación de los procedimientos en forma periódica mediante reuniones con la calendarización acordada con líderes de los diferentes niveles de atención, manteniendo en todo momento comunicación mediante diferentes medios electrónicos de acuerdo a las eventualidades en un periodo de tiempo preestablecido; al responsable de cada unidad operativa, se le capacitara para coordinar y vigilar el adecuado desarrollo de actividades del proceso de referencia y contrarrefencia, sin perder de vista que la responsabilidad de la adecuada operación del proceso, recaerá en los jefes jurisdiccionales y los directores de unidades operativas o jefes de servicio en su caso.

Los criterios para la adecuada regionalización deberán sustentarse con base en las siguientes características:

- Ubicación geográfica de la unidad
- Tendencia y flujo natural del desplazamiento
- Capacidad instalada (equipamiento médico, recursos humanos)

El envió de las pacientes entre las diferentes unidades se hará considerando:

- La capacidad resolutiva de la unidad receptora
- Plantilla de personal médico y de paramédico así como insumos para la resolución del problema de salud.
- Lugar de residencia de la paciente
- Seguridad social de la paciente con la consiguiente referencia a la unidad que corresponde.[13]

Con base en la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012. Del expediente clínico

> […] En su apartado 4.9 define al proceso de referencia y contrarrefencia como un proceso administrativo para facilitar el envió – recepción – regreso de pacientes con el propósito de brindar una atención integral oportuna.

Como es sabido dicha norma rige a todo el sector salud, y en general es el proceso que deberá de seguirse cuando una unidad con médico general solicita una interconsulta con especialista. Por otra parte Instituciones como el ISSSTE, en su reglamento de las unidades médicas establece: CAPITULO I.- Disposiciones Generales.

Articulo 52.- Si el Médico Tratante, con base en la evaluación clínica, estima que el problema de salud del paciente requiere consulta de especialidad, éste será referido de conformidad con lo dispuesto en el procedimiento de referencia y contrarreferencia correspondiente. [14]

Posteriormente en el CAPITULO QUINTO.-Funcionamiento de los servicios de salud. Sección primera. Del escalonamiento de las unidades médicas y de la referencia y contrarreferencia.

Artículo 104.- El funcionamiento de los servicios médicos en las Unidades Médicas de menor a mayor complejidad, se realizará a través del escalonamiento de servicios, capacidad resolutiva, existencia de recursos y la definición de criterios de distribución del universo de usuarios y del esquema de regionalización.

Artículo 105.- Cuando a juicio del Médico Tratante la Atención Médica de un paciente requiera medios especializados y la unidad no cuente con ellos, se procederá a la Referencia del paciente a una Unidad Médica del siguiente nivel de atención, de conformidad con el esquema de regionalización y las disposiciones que al efecto emita la Dirección Médica.

Artículo 106.- La Referencia y Contrarreferencia de Pacientes se realizará invariablemente de conformidad con la normatividad aplicable y los sistemas que para tal efecto implemente la Dirección Médica.

Articulo 107.- Cuando la atención a un Derechohabiente, por la naturaleza de su padecimiento, requiera que ésta se proporcione en una Unidad Médica distinta a la de su adscripción, el Instituto a

través de la Unidad Médica y con base en las tarifas establecidas, cubrirá los gastos de traslado del paciente y los de un acompañante, cuando así se justifique por el Médico Tratante.

Articulo 108.- La Referencia de pacientes al Centro Médico Nacional “20 de Noviembre”, se efectuará por parte de los Hospitales Regionales y de las Unidades Médicas que establezca el esquema de regionalización.

Articulo 109.- En las Unidades Médicas Desconcentradas, la transferencia de pacientes entre servicios de la misma Unidad Médica, sólo podrá ser autorizada por los Jefes de división o de área médica del servicio a quienes se solicite la transferencia, excepto cuando ésta se gestione como apoyo al diagnóstico y tratamiento de la enfermedad que motivó la misma.

Articulo 110.- Corresponde a la Unidad Médica que refiere, realizar la gestión ante la unidad receptora y encaso de negativa de atención por saturación o por carecer de la infraestructura necesaria, se podrá subrogar la atención de acuerdo con la normatividad vigente.

ARTICULO 111.- Corresponde a la Unidad Médica receptora del paciente, proporcionar la Atención Médica que le haya sido solicitada por la Unidad Médica emisora, evitando diferir la atención, debiendo verificar la existencia del Expediente Clínico o en su caso la apertura del mismo para atender al paciente hasta por cuatro consultas subsecuentes por el mismo procedimiento y diagnóstico, excepto en los casos que se justifique y sustente en el Expediente Clínico. Para la contrarreferencia del paciente, la Unidad Médica deberá establecer mecanismos que permitan la supervisión, registro y seguimiento de los pacientes referidos y contrarreferidos.[14]

En otros casos como en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), se cuenta a partir de 2011 con la Norma para Otorgar la Atención Médica en Unidades Hospitalarias de Segundo Nivel del Instituto Mexicano del Seguro Social, dentro de dicha norma se regula la oportunidad, calidad y eficiencia en unidades médicas hospitalarias de segundo nivel perteneciente al IMSS, con el adecuado seguimiento de los procesos de consulta externa de especialidades, urgencias, cirugía, hospitalización y auxiliares de diagnóstico y tratamiento y servicios de apoyo, puntualiza el respeto y la ausencia de discriminación, la verificación de la comprensión por parte del paciente sobre su estado de salud y tratamiento vinculando al paciente con el resto de los niveles de atención según lo requiera, mas sin embargo el personal de salud de los hospitales de segundo nivel, deberán realizar

la referencia y contra referencia, de acuerdo a la regionalización y criterios de envió siempre con enfoque al usuario.[15]

Planteamiento del Problema

La extensión de la cobertura de los servicios de salud para toda la población con oportunidad en la atención dependerá entre otros factores del enlace efectivo del sistema de referencia y contra referencia. El servicio de consulta externa del Hospital General del Altiplano recibe mensualmente de 1000 a 1500 pacientes para su atención, provenientes de la Jurisdicción XI Apan, la cual en su regionalización incluye cinco municipios que son Apan, Almoloya, Emiliano Zapata, Tepeapulco y Tlanalapa, y que involucra tanto a unidades de los Servicios de Salud Hidalgo y del Programa IMSS – Prospera entre las cuales se incluyen 17 centros de salud, 3 unidades medicas rurales de IMSS prospera y por convenio personal de la Policia Industrial Bancaria, así como algunas localidades de los estados de Puebla y Tlaxcala que por cercanía acuden a dicho hospital. Por lo que la referencia oportuna de las pacientes obstétricas, garantiza al menos una revisión por parte del ginecólogo en busca de factores de riesgo obstétrico y de hallarlos dar atención oportuna y así evitar complicaciones en el periodo perinatal.

En 2014 el 40% de las referencias fue a ginecologia y obstetricia, el 35% al servicio de medicina interna, el 16% a pediatria y el 9% restante se repartio entre cirugia y traumatologia[16]; en cuanto a la contraferencia, en 2014 se obtuvo un porcentaje anual del 60% en conjunto de todos los servicios, [16]

Para 2015 del total de pacientes referidos se contrarrefirieron un 65%. En el servicio de ginecologia y obstetricia la primera causa de consulta es la atencion del embarazo, la cual por acuerdo del comité de mortalidad materna todas las mujeres con embarazo de mediano y bajo riesgo se deberan referir a partir de las 28 SDG y las mujeres con alto riesgo se deberan referir al momento de su deteccion, esperando que sean atendidas desde el primer trimestre.

En 2015 se ingresaron a hospitalización de ginecología y obstetricia 936 mujeres entre los 15 y 45 años de edad, de los cuales 744 fueron por algún evento obstétrico y a su vez un 20% presento algún tipo de complicación del embarazo y parto.

Considerando que el registro de referencias y contrarreferencia de las pacientes que ingresan al Hospital General del Altiplano se realiza en forma irregular, no se puede obtener un número preciso de cuántas de estas mujeres de las que tuvieron alguna complicación habían sido referidas a este hospital o si a su ingreso habían sido valoradas por alguna unidad de primer nivel de atención.

Motivo por el cual se plantea la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuáles son las áreas de oportunidad del sistema de referencia y contrarreferencia donde se puede incidir para mejorar la atención obstétrica?

Justificacion

El Hospital General del Altiplano inició operaciones en el año 2006, está acargo de la atencion de la poblacion de la jurisdiccion XI Apan, cuenta con 30 camas censables de las cuales 10 son para la atencion ginecoobstetra y las 20 camas restantes se dividen de acuerdo a las necesidades de los servicios de traumatologia y ortopedia, cirugia, medicina interna; 3 quirofanos y un area de tococirugia para otorgar servicio a los municipios que comprende la jurisdiccion, Almoloya, Apan, Emiliano Zapata, Tepeapulco y Tlanalapa.

En su mayoria las unidades de primer nivel son atendidas por medicos pasantes en servicio social, por lo que facilitarles los criterios de referencia y contrareferencia favoreceria la valoracion con oportunidad de las pacientes obstetricas y de esa forma evitar futuros ingresos por complicaciones.

En cuanto a las condiciones económicas de la poblacion de la región del altiplano se considera de nivel socioeconómico bajo, donde en la mayoria de los casos impera la desigualdad social, aunado a que ocupa el tercer lugar en casos de embarazos de mujeres menores de 18 años, por lo tanto son embarazos de alto riesgo.

Es de suma importancia destacar que 6 de cada 10 atenciones en urgencias es para la atencion de la mujer embarazada por algún evento obstétrico, de las cuales un gran porcentaje se resuelve dentro del Hospital y un bajo porcentaje se refiere a Hospitales con mayor capacidad de resolucion, ésto dependera del estado de salud de la paciente, factores internos, turno en que se presenta la atencion, dia y disponibildiad de medio de trasporte (ambulancia), asi como factores externos como son disponibilidad de espacios para su atencion en los hospitales con mayor capacidad de respuesta.(% de envios para otros hospitales)

Objetivo General

Evaluar el sistema de referencia y contrarrefencia en materia de la atención obstétrica en el Hospital General del Altiplano de la Secretaria de Salud de Hidalgo en el periodo enero – junio 2015 y proponer alternativas de solución.

Objetivos específicos

1. Medir la oportunidad de atención a la referencia obstétrica del primer nivel de atención al Hospital General del Altiplano.
2. Identificar las debilidades en la contrarreferencia del Hospital General del Altiplano hacia el primer nivel de atención.
3. Identificar las debilidades del proceso de referencia del servicio de urgencias a consulta externa del Hospital General del Altiplano.
4. Identificar las debilidades del Hospital General del Altiplano en la referencia para la atención obstétrica a otros hospitales ancla.
5. Proponer alternativas de solución para las debilidades del sistema de referencia y contrarreferencia.

Material y Métodos

Tipo de estudio: Descriptivo, observacional, transversal.

Objeto de estudio: El sistema de referencia y contrarreferencia de las pacientes obstétricas del Hospital General del Altiplano.

a) Fuente de datos: Primaria, formato de referencia y contrarreferencia.
b) Tiempo en que se estudiara el evento: De enero de 2015 a junio 2015.

Descripción del método:

Se diseñó la evaluación en cuatro tiempos:

1.- Recolección de los formatos de enero 2015 a junio 2015 mediante una guía de cotejo.

2.- Tabulación de la información mediante la revisión de las variables del formato de referencia y contrarreferencia.

3.- Análisis de datos y la propuesta de intervención.

4.- Presentación de resultados.

Población en estudio

- ✓ Referencias y contrarreferencias relativas a pacientes enviadas para su atención obstétrica.

Criterios de inclusión

- ✓ Formatos de referencia recibidos entre el 1 de enero 2015 y el 30 de junio de 2015
- ✓ Formatos de contrarreferencia otorgados en el periodo 1 de enero de 2015 al 30 de junio de 2015

Criterios de exclusión

- ✓ Formatos recibidos fuera de las fechas establecidas
- ✓ Referencias y contrarreferencia a otros servicios

PLAN DE ANALISIS:

Se realizara una base de datos en Excel y se correrá por medio del programa Epi Info para obtener medidas de frecuencia, posteriormente se plasmaran los resultados en tablas y gráficos en documentos de Word y PowerPoint para su presentación.

Métricas a utilizar:

- ✓ Medidas de frecuencia: Razones y proporciones

Operacionalización de variables

FORMATO DE REFERENCIA

Variable	Tipo	Escala	Medición	Fuente	Medidas de análisis
1. Edad	Cuantitativa	Discreta	**1.**Menor de 14 años o mayor de 46 años **2.** De 15 a 17 años **3.**De 18 a 35 años **4.** De 36 a 45 años	Formato de referencia y contrarreferencia	Proporciones
2. Numero de control	Cualitativa	Dicotómica	**1.** Si **2.** No	Formato de referencia y contrarreferencia	Razones y Proporciones
3. Nombre del paciente	Cualitativa	Politómica nominal	**1.** Si **2.** No **3.** Datos insuficientes	Formato de referencia y contrarreferencia	Razones y Proporciones
4. Domicilio del paciente	Cualitativa	Politómica nominal	**1.** Si **2.** No **3.** Datos insuficientes	Formato de referencia y contrarreferencia	Razones y Proporciones
5. Motivo de envío	Cualitativa	Politómica nominal	**1.** Si **2.** No **3.** Datos insuficientes	Formato de referencia y contrarreferencia	Razones y Proporciones
6.Diagnostico presuncional	Cualitativa	Politómica nominal	**1.** Si **2.** No **3.** Datos insuficientes	Formato de referencia y contrarreferencia	Razones y Proporciones
7. Unidad a la que se refiere	Cualitativa	Politómica nominal	**1.** Si **2.** No **3.** Datos insuficientes	Formato de referencia y contrarreferencia	Razones y Proporciones
8. Especialidad o servicio	Cualitativa	Politómica nominal	**1.** Si **2.** No **3.** Datos insuficientes	Formato de referencia y contrarreferencia	Razones y Proporciones
9. Médico que refiere	Cualitativa	Politómica nominal	**1.** Si **2.** No **3.** Datos insuficientes	Formato de referencia y contrarreferencia	Razones y Proporciones
10. Urgencia	Cualitativa	Dicotómica	**1.** Si **2.** No	Formato de referencia y contrarreferencia	Razones y Proporciones

Variable	Tipo	Escala	Medición	Fuente	Medidas de análisis
11. Unidad que refiere	Cualitativa	Politómica nominal	**1.** Apan **2.** Almoloya **3.** Emiliano Zapata **4.** Tepeapulco **5.** Tlanalapa **6.** sin registro **7.** Datos insuficientes	Formato de referencia y contrarreferencia	Razones y Proporciones
12. Unidad a la que se refiere	Cualitativa	Politomica nominal	**1.** Si **2.** No **3.** Datos insuficientes	Formato de referencia y contrarreferencia	Razones y Proporciones
13.Domicilio de la unidad	Cualitativa	Politómica nominal	**1.** Si **2.** No **3.** Datos insuficientes	Formato de referencia y contrarreferencia	Razones y Proporciones
14. servicio al que se envía	Cualitativa	Dicotómica	**1.** Si **2.** No	Formato de referencia y contrarreferencia	Razones y Proporciones
15. signos vitales	Cualitativa	Politómica nominal	**1.** Si **2.** No **3.** Datos insuficientes	Formato de referencia y contrarreferencia	Razones y Proporciones
16. Resumen	Cualitativa	Politómica nominal	**1.** Si **2.** No **3.** Datos insuficientes	Formato de referencia y contrarreferencia	Razones y Proporciones
17. Impresión diagnostica	Cualitativa	Politómica nominal	**1.** Si **2.** No **3.** Datos insuficientes	Formato de referencia y contrarreferencia	Razones y Proporciones
18. Nombre y firma	Cualitativa	Politómica nominal	**1.** Si **2.** No	Formato de referencia y contrarreferencia	Razones y Proporciones
19. Sello de unidad	Cualitativa	Dicotómica	**1.** Si **2.** No	Formato de referencia y contrarreferencia	Razones y Proporciones
20. Formato utilizado	Cualitativa	Politómica nominal	**1.** SINOS **2.** Formato Oficial **3.** Formato realizado por la unidad **4.** Hoja Blanca **5.** Formato de IMSS	Formato de referencia y contrarreferencia	Razones y Proporciones
21. Mecanismo de escritura	Cualitativo	Politómica nominal	**1.** Impreso **2.** Máquina de escribir **3.** Manuscrita legible **4.** Manuscrita ilegible	Formato de referencia y contrarreferencia	Razones y Proporciones

FORMATO DE CONTRARREFERENCIA

Variable	Tipo	Escala	Medición	Fuente	Medidas de análisis
20. Nombre	Cuantitativa	Politomica nominal	1. Si 2. No 3. Datos insuficientes	Formato de referencia y contrarreferencia	Proporciones
21. Servicio	Cualitativa	Dicotómica	1. Si 2. No 3. Datos insuficientes	Formato de referencia y contrarreferencia	Proporciones
MANEJO DE LA PACIENTE					
22. Resumen	Cualitativa	Politómica nominal	1. Si 2. No 3. Datos insuficientes	Formato de referencia y contrarreferencia	Proporciones
23. Diagnóstico de ingreso	Cualitativa	Politómica nominal	1. Si 2. No 3. Datos insuficientes	Formato de referencia y contrarreferencia	Proporciones
24. Diagnóstico de egreso	Cualitativa	Politómica nominal	1. Si 2. No 3. Datos insuficientes	Formato de referencia y contrarreferencia	Proporciones
25. Instrucciones y recomendaciones	Cualitativa	Politómica nominal	1. Si 2. No 3. Datos insuficientes	Formato de referencia y contrarreferencia	Proporciones
26. Nombre y firma del médico tratante	Cualitativa	Politómica nominal	1. Si 2. No 3. Datos insuficientes	Formato de referencia y contrarreferencia	Proporciones

CONSIDERACIONES ÈTICAS

Instituto Nacional de Salud Pública

Generación de conocimiento para el desarrollo de políticas de salud

CEI Comité de Ética en Investigación
Instituto Nacional de Salud Pública

Registro ante CONBIOÉTICA: 17CEI0012013042
Registro ante COFEPRIS: 13 CEI 17 007 36
FWA: 00015605

Cuernavaca, Morelos, a 10 de abril de 2016
PT: 182

CITLALLI ABURTO HERNANDEZ
Maestría en Salud Pública con énfasis en Administración y Epidemiología
Presente

En relación a su protocolo de Proyecto de Titulación ***"PROYECTO DE INTERVENCIÓN PARA EL FORTALECIMIENTO DEL SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA EN EL HOSPITAL GENERAL DEL ALTIPLANO"***, me permito informarle que los miembros de este Comité han acordado otorgarle el dictamen de:

Exento de Revisión

Lo anterior debido a que su investigación no incluye sujetos humanos y/o la base secundaria que está utilizando ya ha sido revisada y aprobada por este u otro Comité de Ética.

Le solicito atentamente que en caso de ocurrir algún cambio o actualización de datos que afecten el planteamiento actual de su protocolo de tesis, lo comunique oportunamente para someterlo a consideración de este Comité.

Atentamente

Angélica Ángeles Llerenas
Presidente

cp. – Mtra. Roseura Atrisco Olivos

Avenida Universidad 655
Cerrada Los Pinos y Caminera
Colonia Santa María Ahuacatitlán
62100 Cuernavaca, Morelos, México
conm.: (777) 329 3000

www.insp.mx

Estado Libre y Soberano de Hidalgo

¡Abróchate a la vida en vacaciones de semana Santa!

Dependencia:Secretaría de Salud
U. Administrativa:Hospital General del Altiplano
Área generadora: Dirección
No. de Oficio: D3092016.

Apan, Hgo., 14 de abril de 2016.

ASUNTO: AUTORIZACIÓN DE PROYECTO.

DRA. CITLALLI ABURTO HERNÁNDEZ
RESPONSABLE DEL PUESTO DE SANGRADO
P R E S E N T E.

En atención a su solicitud del pasado 13 del actual, me permito hacer de su conocimiento que no existe inconveniente para que lleve a cabo la realización de su proyecto terminal para obtener el grado de Maestra en Salud Pública , con el título "PROYECTO DE EVALUACIÓN DEL SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA DE LA ATENCIÓN OBSTÉTRICA", en ésta Unidad Hospitalaria.

SERVICIOS DE SALUD DE HIDALGO
HOSPITAL GENERAL DEL ALTIPLANO

Sin otro particular quedo de usted.

ATENTAMENTE
El Director

DR. B. EDUARDO TELLO SUÁREZ.

c.c.p.- DRA. O. LIZBETH OJEDA PEDRAZA.-Subdirectora Médica.

hospitalapan@gmail.com
Libramiento Vial, Calle Prol. Hidalgo, Colonia Ampliación San Rafael
Apan, Hgo.
Teléfonos 01748-91-272-77 y 91-272-51
www.hidalgo.gob.mx

BETS/ovs*

RESULTADOS

Se realizó la revisión de 853 referencias correspondientes al periodo enero-junio 2015 de las cuales 32 de cada 100 usuarias solicitaron atención en el servicio de ginecología y obstetricia, y de las cuales 27 de cada 100 requirieron atención obstétrica. (Cuadro I y II).

Cuadro I. Proporciones de referencias recibidas a los servicios de consulta externa en el periodo enero – junio 2015

Variable: Servicio	**No. de referencias**	**Proporcion**
Ginecologia y Obstetricia	277	32.47%
Otros servicios	576	67.52%
Total	853	100%

Fuente: Formatos archivados de referencia y contrarreferencia enero junio 2015

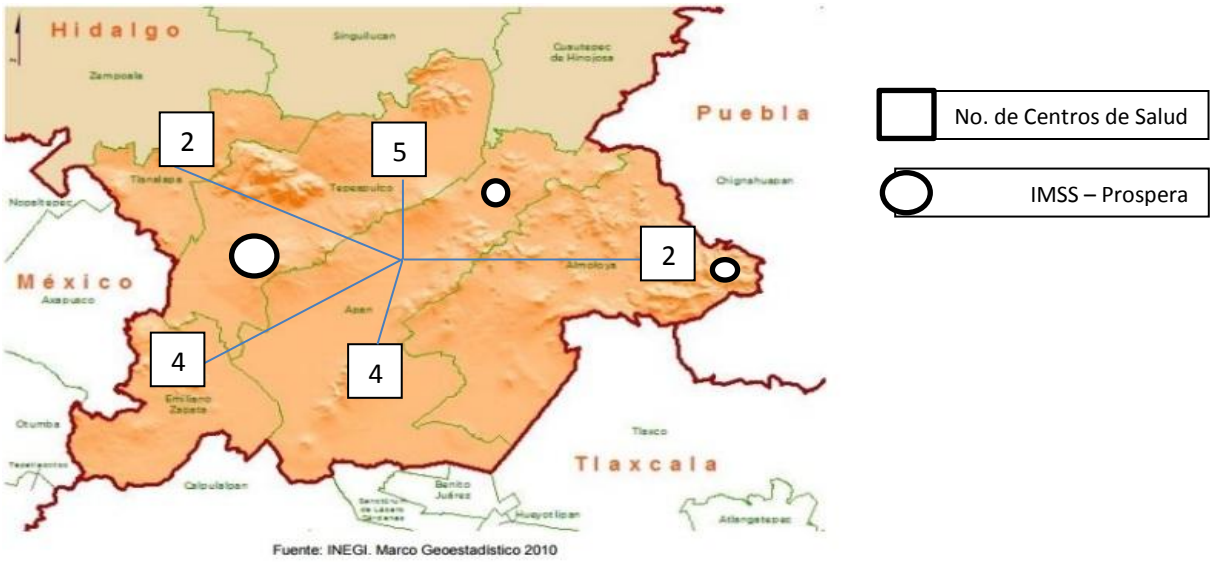
Cuadro II: Proporciones de las consultas otorgadas para atencion obstetrica y ginecologica.

Variable: Servicio	**No. de referencias**	**Proporcion**
Ginecologicas	43	15.55%
Obstetricas	234	84.47%
Total	277	100%

Fuente: Formatos archivados de referencia y contrarreferencia enero junio 2015

Es importante mencionar que la distancia entre el Centro de Salud de Apan y el Hospital General del Altiplano es de 500 metros aproximadamente, lo cual influye en el seguimiento de la referencia por parte de la paciente obstétrica, en la imagen 1 se pueden observar los municipios que conforman la Jurisdicción Sanitaria XI con lo que se puede analizar el cuadro III donde se observan la frecuencia con la que se atienden a las pacientes obstétricas en el área de ginecología y obstetricia, y en que el mayor número de pacientes provienen de Centros de Salud de Apan con el 49.60%, el 22.2% de centros de salud de Tepeapulco, el 17.09% de centros de salud de Almoloya, el 13.25% fueron de centros de salud de Emiliano Zapata y Tlanalapa, por último el 6.84% de las mujeres atendidas pertenecieron Unidad Medico Rural IMSS-Progresa de Lázaro Cárdenas perteneciente al municipio de Apan.

Municipios correspondientes a la Jurisdicción XI Apan.



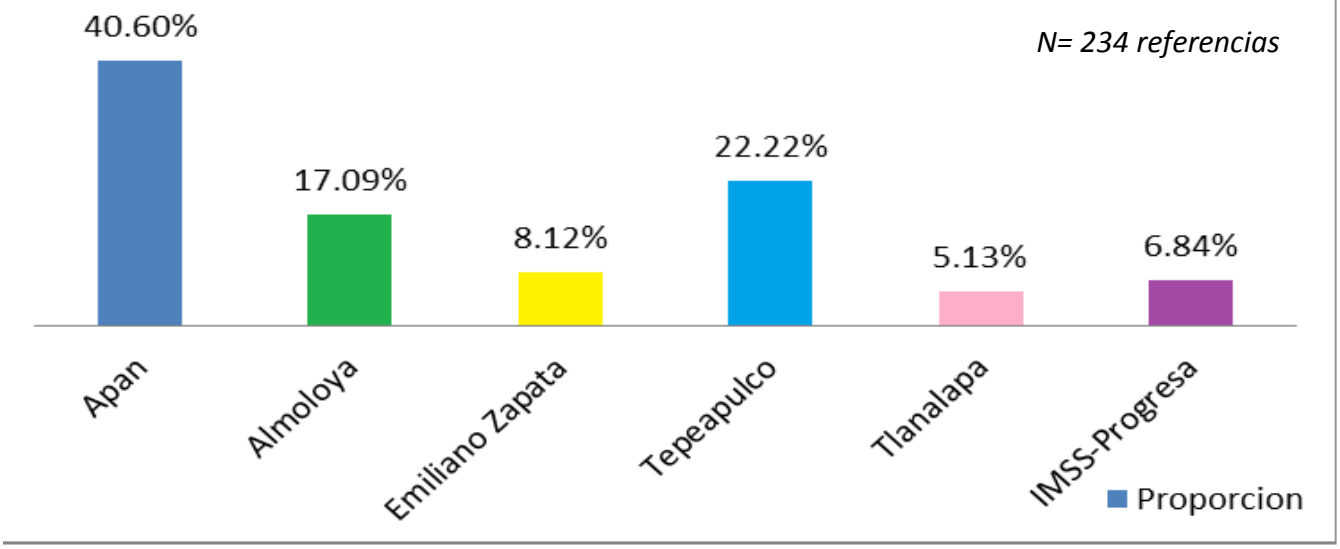
Fuente: INEGI. Marco Geoestadistico 2010

Cuadro III. Distribución de frecuencias del uso del sistema de referencia y contrarreferencia de las pacientes obstétricas atendidas en el área de consulta externa del Hospital del altiplano, en el periodo enero-junio de 2016.

Municipiode referencia	**No. de referencias**	**Proporcion**
Apan	**95**	**40.60%**
Almoloya	40	17.09%
Emiliano Zapata	19	8%
Tepeapulco	52	22.22%
Tlanalapa	12	5.13%
IMSS-Progresa	16	6.84%
TOTAL	234	100.00%

Fuente: Formatos archivados de referencia y contrarreferencia enero junio 2015

Figura 1. Proporcion de unidades de primer nivel que refirieron pacientes obstetricas en el periodo enero-junio 2015.



Fuente: Formatos archivados de referencia y contrarreferencia enero junio 2015

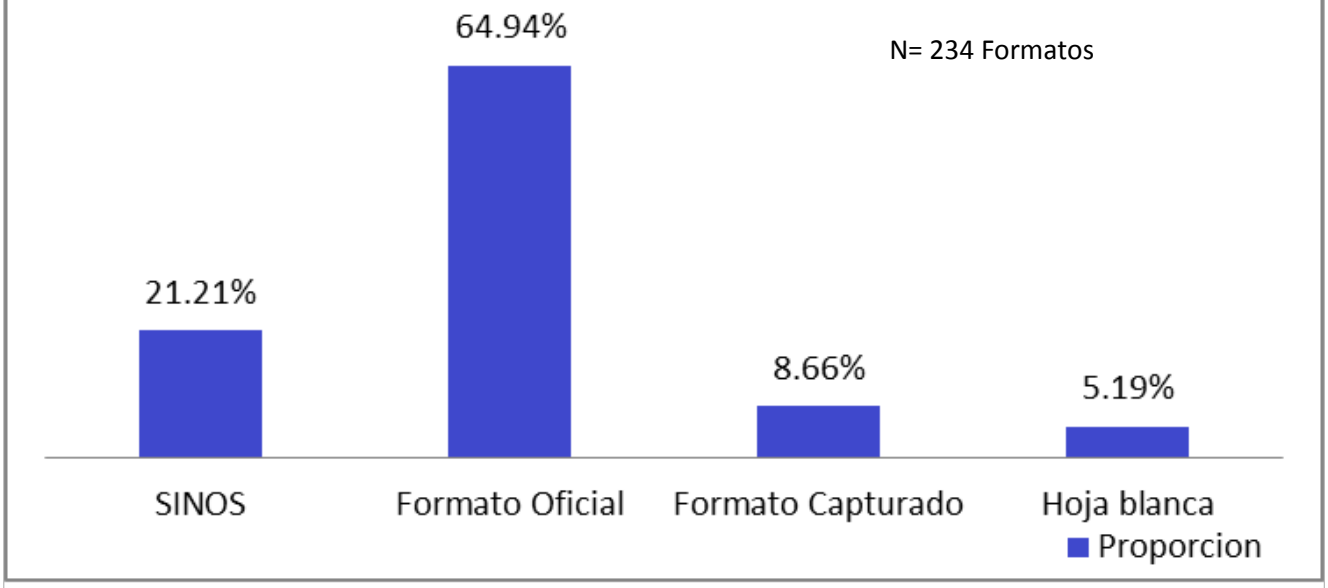
En cuanto al uso de los formatos de referencia, se observó (Cuadro IV) que son heterogéneos de acuerdo a cada unidad, el 64.94% utilizan el formato oficial que ha emitido los servicios de salud de Hidalgo, este en diferentes versiones sin cambiar su estructura, el 21.21% utilizo formato emitido por el programa SINOS el cual todas las unidades de salud de primer nivel cuentan con él, el 8.66% de los formatos fueron realizados por el personal de la unidad de salud, y el 5.19% utilizaron hojas blancas para la elaboración de sus referencias.

Cuadro IV. Formato utilizado por el médico de primer nivel de atención para emitir la referencia al Hospital General del Altiplano en el periodo enero – junio de 2016.

Formato utilizado	Frecuencia	Proporción
SINOS	49	21.21%
Formato Oficial	153	64.94%
Formato Capturado	20	8.66%
Hoja blanca	12	5.19%
TOTAL	234	100.00%

Fuente: Formatos archivados de referencia y contrarreferencia enero junio 2015

Figura 2. Proporcion de formatos con los que se recepcionaron a las pacientes obtetricas en el periodo enero - junio 2015



Fuente: Formatos archivados de referencia y contrarreferencia enero junio 2015

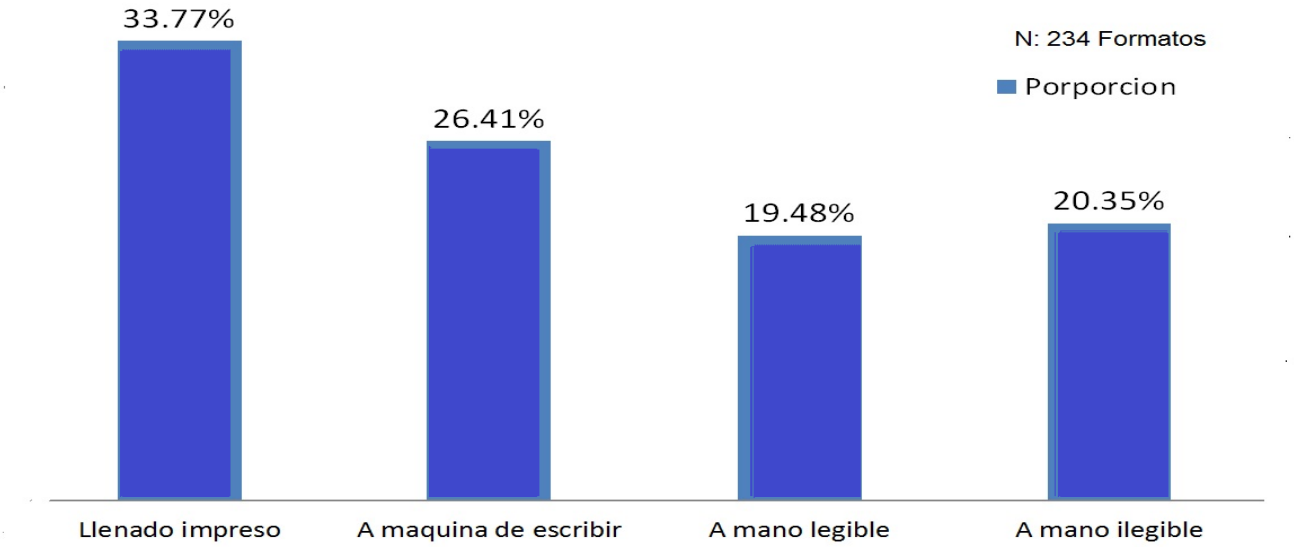
Derivado de la observación en cuanto al formato en el cual se envió la referencia, se encontraron las diversas formas de llenado de la referencia y sus combinaciones, impresiones sobre el formato oficial, impresiones en hoja blanca, llenados en formato oficial o en hoja blanca a mano legible o ilegible para el investigador, o llenados a máquina de escribir, con base en las frecuencias el 33.77% fueron enviadas impresas, el 26.41% se llenaron a máquina y el 20.35% fueron manuscritas ilegibles para el investigador, cabe señalar que toda unidad de salud cuenta con un equipo de cómputo y el programa SINOS de expediente clínico electrónico.

Cuadro V. Llenado de las referencias ingresadas al Hospital General del Altiplano en el periodo enero – junio de 2015.

Escritura	Frecuencia	Proporción
Impresa	79	33.77%
Máquina	62	26.41%
A mano legible	46	19.48%
a mano ilegible	47	20.35%
TOTAL	234	100.00%

Fuente: Formatos archivados de referencia y contrarreferencia enero junio 2015

Figura 3. Distribución del mecanismo de llenado de las referencias recibidas en el HGA de enero a junio de 2015.



Fuente: Formatos archivados de referencia y contrarreferencia enero junio 2015.

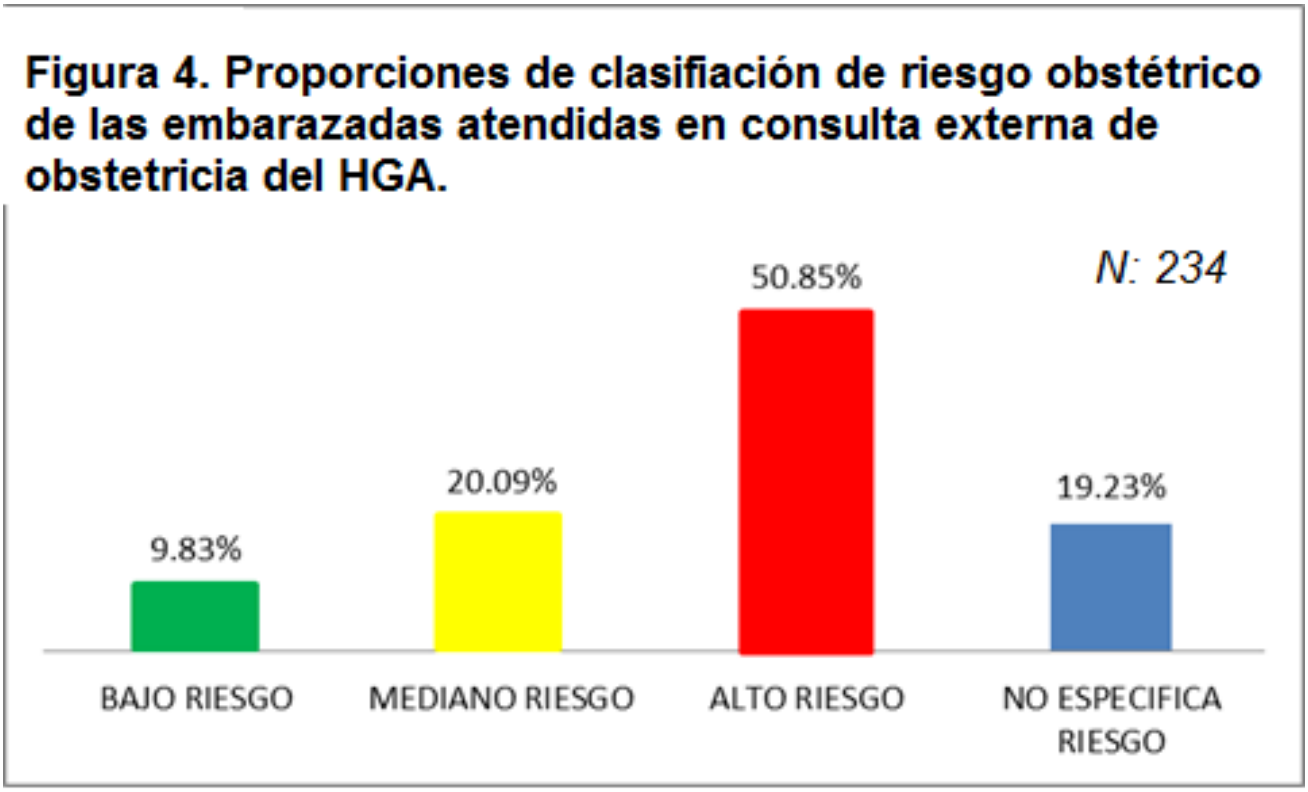
Como se mencionó en el marco teórico, las embarazadas de alto riesgo debieron ser enviadas de inmediato a su detección, las de mediano y bajo riesgo a las 28 SDG, para su valoración por el ginecólogo. En el periodo estudiado se recibieron 234 mujeres para consulta obstétrica de las cuales el 50.85% fueron de alto riesgo, el 20.09% mediano riesgo, el 9.83% bajo riesgo y el 19.23% no se especificaba riesgo o motivo de consulta, únicamente mencionaban las semanas de gestación. (Cuadro VI)

Cuadro VI. Clasificación de riesgo de las pacientes obstétricas que acudieron al Hospital General del Altiplano en el periodo Enero – Junio 2016

CLASIFICACIÓN DEL RIESGO OBSTÉTRICO	Frecuencia	Proporción
Bajo Riesgo	23	9.83%
Mediano Riesgo	47	20.09%
Alto Riesgo	119	50.85%
No especifica	45	19.23%
TOTAL	234	100.00%

Fuente: Formatos archivados de referencia y contrarreferencia enero junio 2015

Figura 4. Proporciones de clasifiación de riesgo obstétrico de las embarazadas atendidas en consulta externa de obstetricia del HGA.



Fuente: Formatos archivados de referencia y contrarreferencia enero junio 2015

Las media en semanas de gestación aplicable a todas las embarazadas que acudieron (N=234) fue de 24.6 SDG, con una mediana de 27.1 SDG y moda de 28 SDG con un desviación estándar de 8.67, con estos datos corroboramos que se están enviando a las pacientes entre el final del segundo trimestre y el inicio del tercer trimestre. (Cuadro VII)

Cuadro VII. Medidas de tendencia central de las semanas de gestación que cumplen cuando son enviadas para su valoración.

Variable	N	Media	Varianza	SD	Min	25%	Mediana	75%	Max	Moda
Semanas de Gestación	234	24.653	75.2039	8.672	5	16.4	27.1	32.4	37.4	28

Fuente: Formatos archivados de referencia y contrarreferencia enero junio 2015

Cuadro VIII.- Semanas de gestación en las que se enviaron a las embarazadas de alto riesgo en el periodo enero-junio 2016

Variable	n	Total	Media	Var	Std De	Min	25%	Median	75%	Max	Moda
SDG	119	2585.6	21.7277	79.5957	8.922	8	14.5	20.4	30.3	36	32.4

Fuente: Formatos archivados de referencia y contrarreferencia enero junio 2015

Llama la atención que en la medición general se están enviando dentro de las semanas de gestación acordadas previamente por el comité de mortalidad materna, en particular con las embarazadas de alto riesgo (n=119) la media de semanas de gestación es de 21 SDG, muy alejada de la moda de 32 SDG. En cuanto al diagnóstico de alto riesgo el 46.90% son menores de 18 años sin comorbilidad, el 15.96% son mayores de 35 años de edad sin comorbilidades y el restante 37.15% tienen que ver con comorbilidades de la madre como antecedente de preclampsia, purpura trombocitopenia idiopática y periodo intergenésico corto entre otros.

Cuadro X. Distribución de edades de las embarazadas de alto riesgo recibidas en el periodo enero – junio de 2016.

Variable	Obs	Total	Mean	Var	Std De	Min	25%	Median	75%	Max	Mode
Edad	119	2686	22.5714	73.8402	8.593	15	16	19	28	47	15

Fuente: Formatos archivados de referencia y contrarreferencia enero junio 2015

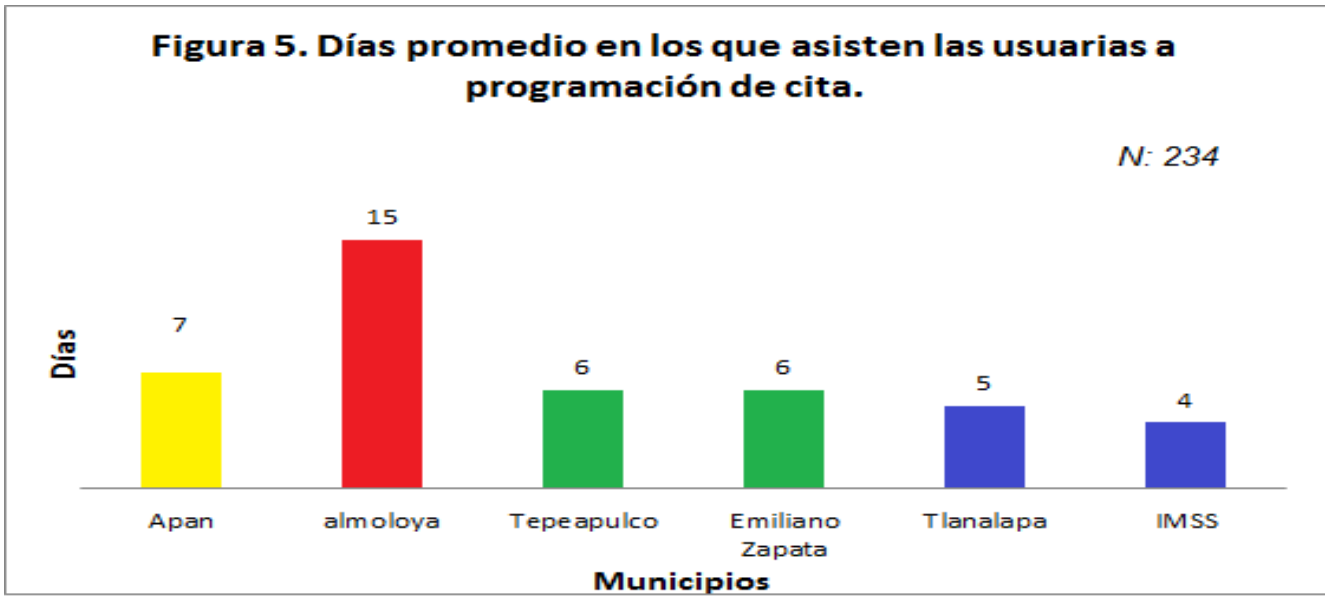
Cuadro IX. Distribución de la edad de las embarazadas recibidas en el periodo enero – junio 2016.

Variable	Obs	Total	Mean	Var	Std De	Min	25%	Mediana	75%	Max	Moda
Edad	234	5404	23.3939	53.1528	7.291	14	17	22	28	47	15

Fuente: Formatos archivados de referencia y contra

Al comparar la fecha en la que se otorgó la referencia y la fecha en cuanto se recibió a la paciente se observó que la distancia que existe desde el hospital y la unidad de salud no es factor determinante en cuanto a la fecha de solicitar la atención, y derivado del seguimiento aleatorio de fechas en que se otorgó la atención en promedio fue de 7 a 10 días hábiles, por lo que la valoración en general se estaría dando durante el tercer trimestre (Figura 5).

Figura 5. Días promedio en los que asisten las usuarias a programación de cita.



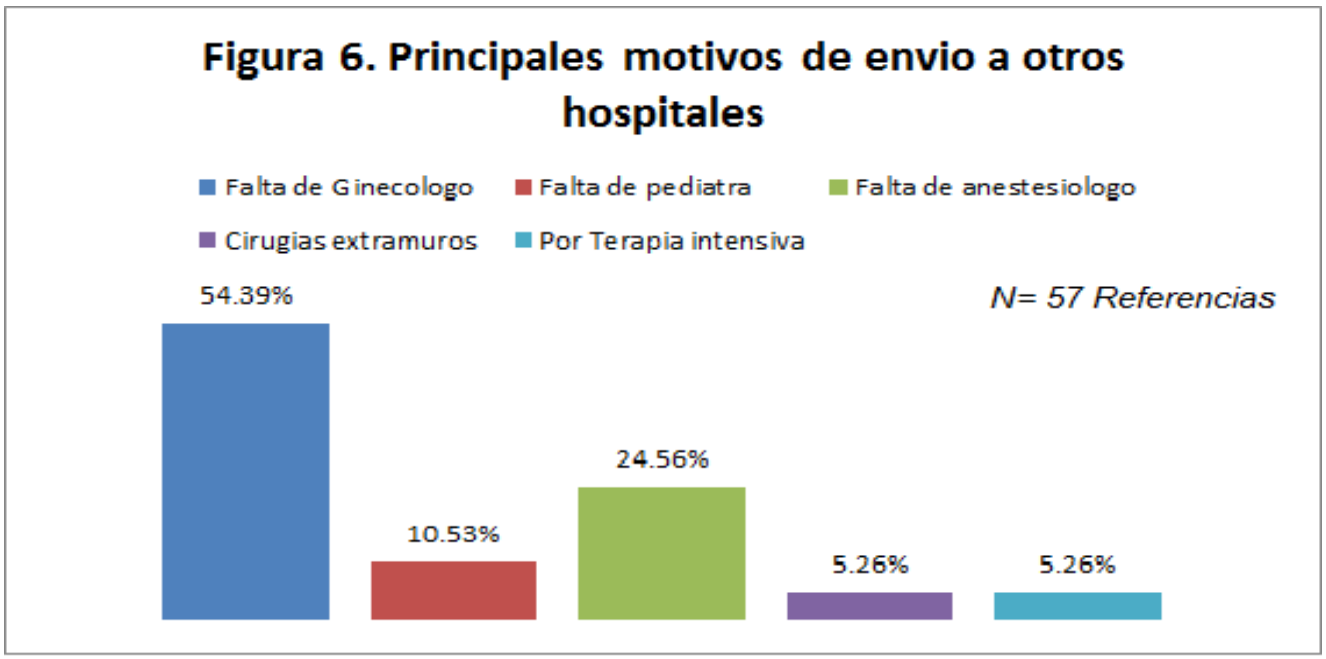
Fuente: Formatos archivados de referencia y contrarreferencia enero junio 2015

En cuanto a la contrarreferencia se realizó una muestra a conveniencia de 100 contrarreferencias entregadas a mujeres egresadas posterior a su evento obstétrico, de las cuales se obtuvieron los siguientes resultados, el 82.02% lo realizo en un formato previamente establecido llamado nota de egreso hospitalario y contrarreferencia, el 17.10 en el formato de contrarreferencia impreso detrás de la referencia, la cual se encuentra vacía, el 0.88 realizo un formato idéntico al de alta pero impreso con todas las especificaciones.

El formato de egreso hospitalario y contrarreferencia se encuentra conformado por cuatro apartados, en el primero es la cédula de identificación y signos vitales, cumpliendo al 100% con esta característica, el segundo apartado es el resumen de evolución, manejo hospitalario y estado actual, de los cuales el 100% se encuentra llenado, el 94% se llenó a máquina de escribir mecánica y el 6% imprimió la contrarreferencia, el tercer rubro llamado plan de manejo y tratamiento el 100% se encuentra con los datos básicos como son los datos de alarma, tratamiento médico a seguir y cita a revisión en 7 días, en el cuarto rubro que es diagnóstico se encuentra el diagnóstico de egreso y método de planificación con el que se egresa, dicho espacio fue llenado al 100%, de las cuales el 9% no incluía algún método de planificación familiar.

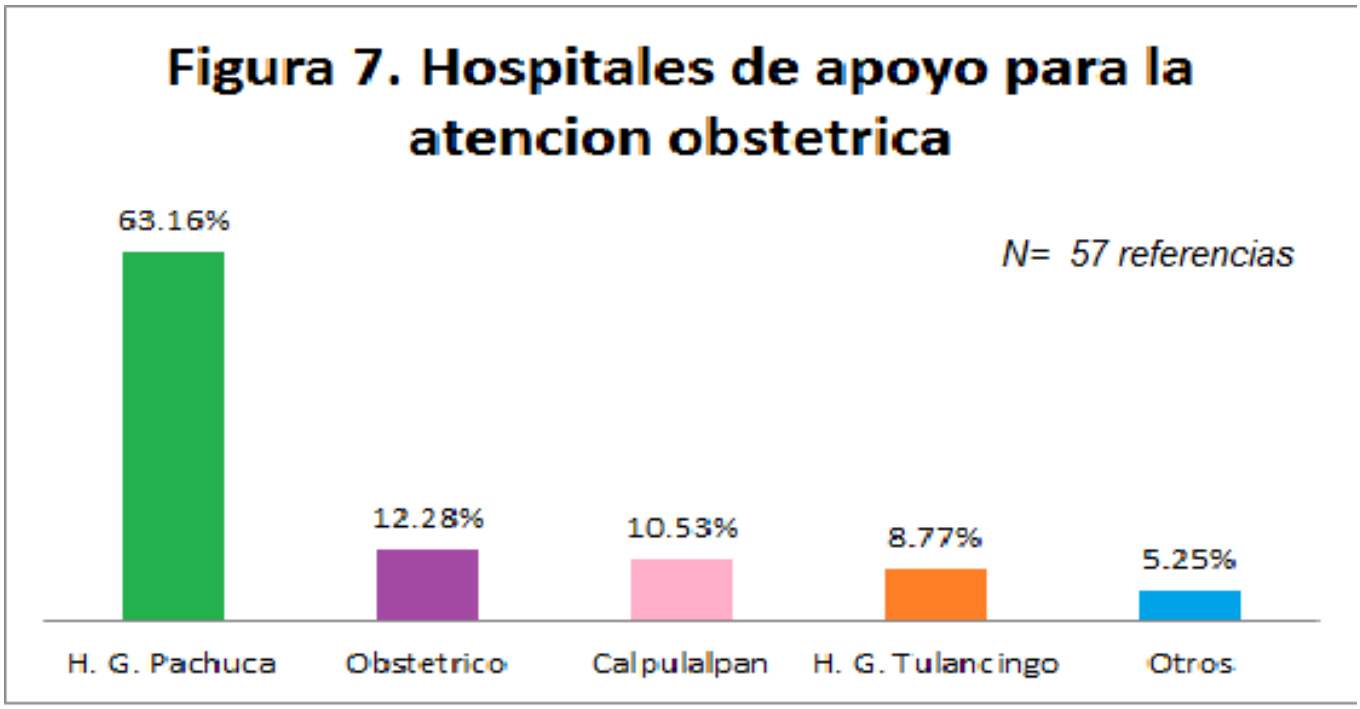
La referencia a otros niveles se realiza principalmente por el servicio de urgencias, a otros hospitales con mayor capacidad resolutiva, el 96% se refirió a otra unidad de mayor capacidad

Durante el periodo enero-junio 2015 se atendieron a 234 usuarias en consulta externa de gineoobstetricia del Hospital General del Altiplano, de las cuales el 50.8% equivalente a 119 embarazadas fue de alto riesgo, en el mismo periodo se atendieron se realizaron 1177 atenciones obstétricas, se ingresaron 245 embarazadas de las cuales únicamente el 12.24% portaban al momento del registro con referencia al servicio de urgencias, con base en el número de ingresos se a otros niveles el 23.26% (57 embarazadas) .(Figura 6)



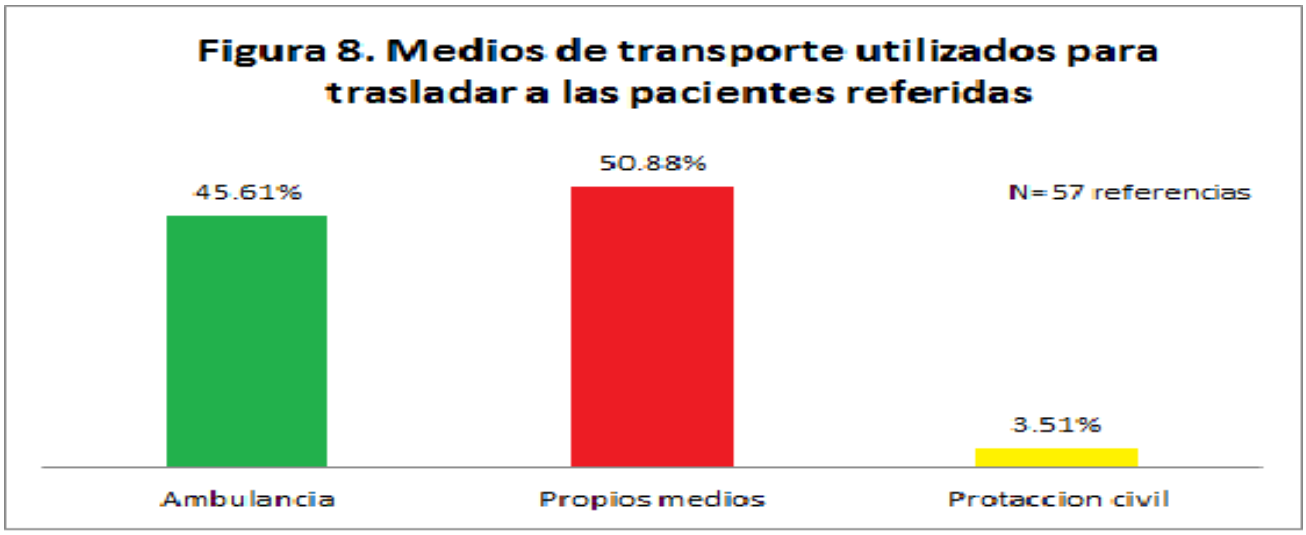
Fuente: Bitacora de referencias enero junio 2015.

El 89.48% de las referencias a otros hospitales se dio por no contar con algún elemento del equipo médico necesario para la atención obstétrica, con mayor proporción ginecólogo, lo cual con base en el modelo operativo emitido por planeación para hospitales de 30 camas censables, se deberá contar con recurso humano de las especialidades básicas en todos los turnos con contratos de 12 meses para asegurar la atención de la población, en mujeres referidas.

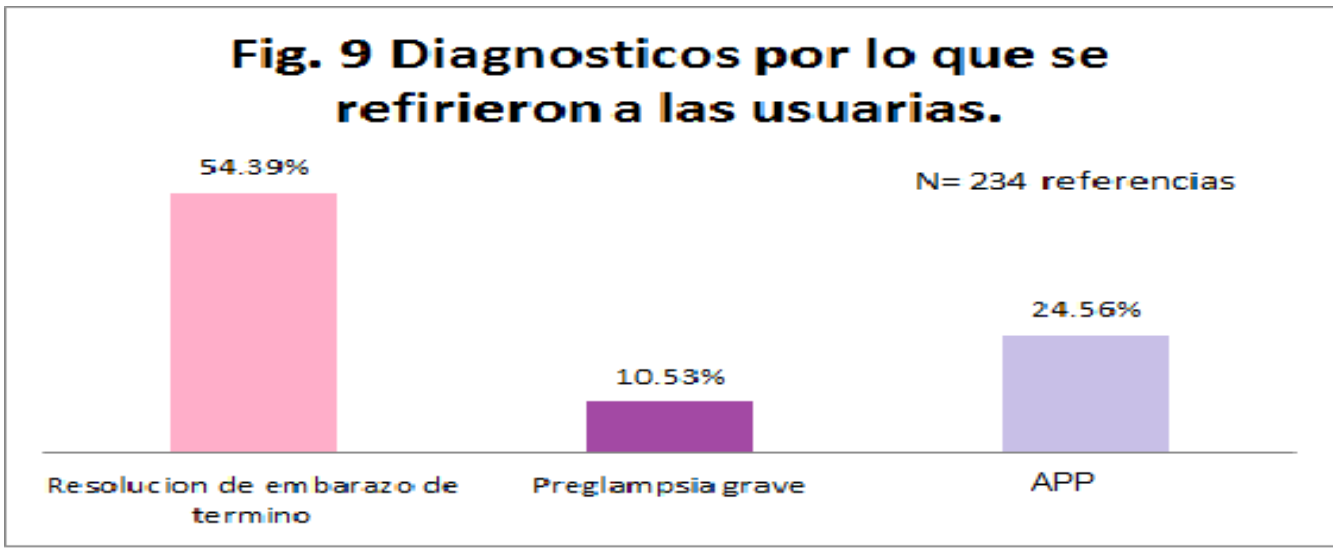


Fuente: Bitacora de envios HG Altiplano enero junio 2015

De las pacientes referidas a otros hospitales el 50.88% tuvo que trasladarse a otra institución por sus propios medios, afectando su economía familiar así como aumentado tiempos para la atención obstétrica.(Figura 8)



Fuente: Bitacora de envios enero junio 2015



Fuente: Bitacora de referencias enero junio 2015

CONCLUSIONES

Se realizó la evaluación de 234 referencias recibidas en el servicio de consulta externa, en las cuales se observó que la diferencia entre el día que se otorga la referencia para interconsulta con el servicio de ginecoobstetricia y el solicitado por la paciente a dicho servicio de acuerdo a la media obtenida fue de 7 días, independientemente de su lugar de origen, el centro de salud que emitió mayor número de referencias fue el CSU Apan y del que se recibió menor número de referencias fue el CSR Tlanalapa siendo este último el más lejano (5.13%) por lo que reforzar con los médicos de primer nivel la importancia de la valoración de la paciente obstétrica y el empoderamiento de la paciente embarazada en cuanto a la valoración por el servicio de gineco obstetricia, deberá mejorar la atención de la embarazada.

La referencia de urgencias a consulta externa tiene como debilidad el no poder dar seguimiento al no llenar el formato establecido y no ser agregadas a la evaluación por con contar con un registro.

En el periodo enero – junio de 2015 se registraron 1777 atenciones obstétricas de primera vez en urgencias, solo a 245 se les integro expediente al ingresarse para la atención del evento obstétrico y se refirieron a 57 embarazadas a otros hospitales, en el departamento de estadística se refirió subregistro de las referencias y del registro de los ingresos por evento obstétrico, con base en estos resultado podemos inferir que por cada mujer atendida por un evento obstétrico se valoraron a otras 7, pero se desconoce que sucedió con estas mujeres.

La principal causa de referencia a otro hospital fue la atención de embarazo de termino normo evolutivo por falta de algún miembro del equipo quirúrgico necesario para su atención, por lo que al no ser atendido en el Hospital implico en un 50.88% gasto de bolsillo para la usuaria.

Se observa discrepancia entre el número de referencias recibidas a consulta externa y el número de atenciones obstétricas en el periodo estudiado, puesto que de los ingresos por urgencias únicamente el 12% contaba con referencia de primer nivel, dichos datos fueron corroborarlos con la bitácora de envío, registro del Sistema Información en Salud (SIS) en el apartado de consulta externa de primera vez y urgencias correspondiente a enero – junio del año 2015.

Las contrarreferencias otorgadas a las pacientes obstétricas se encuentran dentro la normativa, con deficiencia en el llenado de la descripción individual del procedimiento al que se sometió, signos vitales e instrucciones a seguir.

Recomendaciones

Es primordial establecer un manual de procedimientos en el que se incluya un algoritmo que permita y facilite a las áreas técnicas y administrativas del Hospital, proceder adecuada y oportunamente en cada uno de los procesos de referencia y contrarreferencia de la paciente obstétrica.

Unificar el formato de referencia y contrarreferencia entre los dos niveles de atención de la Jurisdicción XI Apan y la homogenización del expediente electrónico.

Hacer uso interno del formato de referencia y contrarreferencia o en su caso del formato normado por el Hospital General del Altiplano, el envío de pacientes del servicio de urgencias al de consulta externa.

Establecer un vínculo que garantice entre los niveles de atención, el seguimiento de las pacientes con riesgo obstétrico.

Realizar una intervención educativa dirigida a los médicos de primer contacto para el mejoramiento de la referencia y contrarreferencia de las pacientes obstétricas, de acuerdo a tiempos establecidos: alto riesgo, al identificarse; bajo y mediano riesgo, a las 28 semanas de gestación; la calidad del resumen clínico como estudios de laboratorios y ultrasonido, recientes al momento de la consulta.

Establecer una agenda de trabajo con las autoridades de los niveles involucrados y del equipo de Respuesta rápida, para seguimiento y evaluación del proceso de referencia y contrarreferencia, identificando áreas de oportunidad y mejora de la calidad de la atención.

Limitaciones del estudio.

Por falta de control del proceso interno de referencia de pacientes de los servicios de urgencias al de consulta externa de Gineco - obstetricia, no se obtuvo el número de días que transcurrieron entre la fecha en que se solicitó la consulta y el día en que se otorgó.

No fue posible documentar el proceso del servicio de urgencias en cuanto al tiempo transcurrido entre la decisión de trasladar a una paciente, tiempo en que se realiza el enlace, tiempo que tarda en salir del hospital a partir del enlace y por lo tanto tiempo que transcurrió desde su llegada hasta su traslado y comparar con el riesgo de complicaciones derivado de este proceso administrativo.

Bibliografía

[1]OMS Directora General 15 de septiembre 2008 http://www.who.int/dg/20080915/es/ consultado 20 de junio de 2015.

[2]Paganini, José M., "La evaluación de la accesibilidad, cobertura, calidad y equidad en Salud". Exposición en la maestría en Salud Pública, UNLP, La Plata 2003.

[3] Orientaciones para la implementación del modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria, subsecretaria de redes asistenciales división de atención primaria OPS 2012 http://web.minsal.cl/portal/url/item/e7b24eef3e5cb5d1e0400101650128e9.pdf

[4]NORMA Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico. http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5272787&fecha=15/10/2012 (consultado junio 01,2015)

[5] Reglas de operación del programa Seguro Médico Siglo XXI, para el ejercicio fiscal 2015 http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5328353&fecha=28/12/2013(consultado junio 1,2015).

[6] Reglamento Interior de los Servicios de Salud de Hidalgo, artículos 22 al 47 Capítulo Facultades. http://transparencia.hidalgo.gob.mx/descargables/ENTIDADES/ServSaludH/2facultades.pdf(consultado junio 1,2015)

[7.] NORMA Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida. (Consultado Mayo 16,2016)

[8]Reporte gerencial SIS Hospital General del Altiplano de 2013,2014 y 2015.

[9.] Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/htm/1.htm(consultado junio 1,2015)

[10.] Ley General de Salud http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/legis/lgs/LEY_GENERAL_DE_SALUD.pdf(consultado junio 1,2015)

[11.]Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Atención Médica http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmpsam.html(consultado junio 1,2015)

[12.] Manual de procedimientos para la adecuada gestión del sistema de referencia y contrarreferencia 2008 http://www.crae.gob.mx/archivos/conocenos/Manual%20de%20procedimientos/133%20Proc%20para%20la%20adecuada%20gestion%20del%20sistema%20de%20referencia%20.pdf(consultado junio 1,2015)

[13] Lineamientos para la referencia y contrarreferencia de pacientes de población abierta de la Ciudad de México y área conurbada del Estado de México http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7455.pdf (consultado junio 1,2015)

[14]Reglamento de Servicios Médicos del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado Normateca Electrónica Institucional http://normateca.issste.gob.mx/webdocs/X12/20130612130912594 5.pdf?id=111050

[15]Norma que establece las disposiciones para otorgar Atención Médica en Unidades Médicas Hospitalarias de Segundo nivel del Instituto Mexicano del Seguro Social

[16] Bitácora de registro de referencia y contrarreferencia de Hospital General del Altiplano 2013,2014, 2015.