

**PERTINENCIA DE LAS REMISIONES EN LA ATENCIÓN DE PARTOS DE LA
ESE CENTRO 1, PUNTO DE ATENCIÓN PIENDAMÓ DURANTE 2018 Y
PRIMER SEMESTRE DE 2019**

**DIANA MILENA RUIZ SOTELO
JORGE JAVIER ÑAÑEZ HOYOS
DANIELA SOFÍA RUSSI MUÑOZ
ANA MARÍA FERNÁNDEZ PERDOMO**

**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE MANIZALES
ESPECIALIZACIÓN EN ADMINISTRACIÓN EN SALUD
CENTRO REGIONAL POPAYÁN
2020**

**PERTINENCIA DE LAS REMISIONES EN LA ATENCIÓN DE PARTOS DE LA
ESE CENTRO 1, PUNTO DE ATENCIÓN PIENDAMÓ DURANTE 2018 Y
PRIMER SEMESTRE DE 2019**

**DIANA MILENA RUIZ SOTELO
JORGE JAVIER ÑAÑEZ HOYOS
DANIELA SOFÍA RUSSI MUÑOZ
ANA MARÍA FERNÁNDEZ PERDOMO**

Trabajo de grado para optar al título de Especialista en Administración de la Salud.

Asesor.
RICHARD NELSON ROMAN MARIN

**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE MANIZALES
ESPECIALIZACIÓN EN ADMINISTRACIÓN EN SALUD
CENTRO REGIONAL POPAYÁN
2020**

TABLA DE CONTENIDO

1.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	9
1.1	DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA	9
1.2	FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	11
1.3	JUSTIFICACIÓN	11
1.4	OBJETIVOS	13
1.4.1	Objetivo general.....	13
1.4.2	Objetivos específicos.	13
1.5	HIPÓTESIS	13
2.	MARCO REFERENCIAL	14
2.1	ANTECEDENTES DE INVESTIGACIÓN	14
2.2	MARCO TEÓRICO	24
2.2.1	Sistema General de Seguridad Social en Salud	24
2.2.2	Actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud	24
2.2.3	Responsabilidades de los diferentes niveles de Complejidad	25
2.2.4	Sistema de Referencia	26
2.2.5	Red de prestación de servicios de salud.....	27
2.2.6	Norma técnica de atención de partos	28
2.2.7	Atributos de la Calidad en la Atención en Salud	34
2.3	MARCO NORMATIVO	35
3.	METODOLOGÍA.....	40
3.1	DISEÑO METODOLÓGICO	40
3.2	UNIVERSO DE ESTUDIO	40
3.2.1	Población	40
3.2.2	Muestra	40
3.2.2.1	Criterios de inclusión	41
3.2.2.2	Criterios de exclusión	41
3.3	INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN.....	41
3.4	PLAN DE ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN.....	41
3.5	CONSIDERACIONES ÉTICAS	42

3.6	VARIABLES	43
4.	RESULTADOS Y ANÁLISIS	44
4.1	CARACTERIZACIÓN DEL SISTEMA DE REFERENCIA DE LA ESE CENTRO 1, PUNTO DE ATENCIÓN PIENDAMÓ.	44
4.2	EVALUACIÓN DE LA ADHERENCIA A LA NORMA TÉCNICA EXISTENTE DE ATENCIÓN DE PARTO (LAS REMISIONES DE ATENCIONES DE PARTO CONTRA)	47
4.3	PERTINENCIA DE LAS REMISIONES SEGÚN COINCIDENCIA ENTRE EL DIAGNÓSTICO DE REMISIÓN Y EL DIAGNOSTICO DE RECEPCIÓN DE LAS PACIENTES REMITIDAS.....	52
4.4	ESTIMACIÓN DE LA REPERCUSIÓN FINANCIERA DE LAS POSIBLES REMISIONES NO PERTINENTES DEL SERVICIO DE ATENCIÓN DE PARTO	55
4.5	DISCUSIÓN.....	56
	CONCLUSIONES	59
	RECOMENDACIONES	61
	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	63
	ANEXOS	66

LISTA DE GRÁFICAS

Gráfica 1. Distribución de la pertinencia de las remisiones por año.....	47
Gráfica 2. Distribución según anamnesis de las historias clínicas	47
Gráfica 3. Distribución según examen físico de las historias clínicas	48
Gráfica 4. Distribución según solicitud de examen paraclínico-VDRL en las historias clínicas.....	49
Gráfica 5. Distribución según solicitud de examen paraclínico-Hemoclasificación en las historias clínicas	50
Gráfica 6. Distribución según presencia de factores psicosociales y enfermedades asociadas y propias de la gestación en las historias clínicas	51
Gráfica 7. Distribución de la pertinencia de las remisiones según la coincidencia en el diagnóstico de la remisión y la recepción.....	52

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Flujograma de atención de partos.	29
Figura 2. Subproceso de remisión atención a parto.	46

LISTA DE ANEXOS

Anexo A. Lista de chequeo	66
Anexo B. Anexo técnico # 9 Formato estandarizado de referencia de pacientes ..	68

RESUMEN

Objetivo: Determinar la pertinencia de las remisiones en la atención de partos de la ESE Centro 1, punto de atención Piendamó durante el 2018 y primer semestre de 2019.

Metodología: Estudio descriptivo, transversal, observacional realizado durante el 2020. La muestra estuvo constituida por 181 remisiones en la atención de partos y cumplieron con los criterios de inclusión previstos. La medición se realizó con una lista de chequeo fundamentada en la norma técnica existente de atención de parto determinada por el Ministerio de Salud Nacional

Resultados: la pertinencia encontrada en las remisiones en la atención de partos del ESE centro 1, Punto de Atención de Piendamó entre 2018 y 2019 fue del 78%, la cual se obtuvo mediante la comparación entre el diagnóstico de remisión inicial, con el diagnóstico de recepción o final de la remisión. De las remisiones donde no coincidió el diagnóstico de recepción con la remisión, en el 8 % (n=14) de los casos la causa también fue la solicitud de intervención quirúrgica. En las historias clínicas en las que hubo falla en cuanto a pertinencia de la remisión (n=39), 18 de ellas tuvieron un examen físico insuficiente. Más de 30 millones de pesos posiblemente dejó de percibir el punto de Atención de Piendamó ante una pertinente referencia de la paciente en trabajo de parto.

Conclusiones: Un alto porcentaje de las referencias evidenció coincidencia entre el diagnóstico inicial y final de las pacientes gestantes remitidas que es uno de los criterios de pertinencia. No obstante, el porcentaje no pertinente, que superó el 20%, se presentan por motivos como intervención quirúrgica urgente (cesárea), las solicitudes de interconsulta y la valoración especializada

Palabras clave: pertinencia, remisión, atención de partos, primer nivel de atención.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

En el país, el régimen de referencia está organizado y establecido por el decreto 2759 de 1991¹, el cual la define como “el envío de usuarios o elementos de ayuda diagnóstica por parte de las unidades prestatarias de servicios de salud, a otras instituciones de salud para atención o complementación diagnóstica, que de acuerdo con el grado de complejidad den respuesta a las necesidades de salud”.

Este régimen se introdujo en una propuesta de organización que trae otro concepto: atención primaria de salud, que es la estrategia de coordinación intersectorial que permite la atención integral e integrada, desde la salud pública, la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación del paciente en todos los niveles de complejidad, a fin de garantizar un mayor nivel de bienestar en los usuarios, sin perjuicio de las competencias legales de cada uno de los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud².

Poner en práctica este sistema de referencia que comienza en la unidad de salud básica, prestador primario, resulta en una asistencia más rápida, evitando acciones repetidas en los diferentes niveles de servicio. Con respecto a la asistencia de las mujeres embarazadas en proceso de parto, su objetivo es disminuir de manera significativa la morbilidad materna y perinatal.

En este sentido, el Ministerio de Protección Social ha definido una Norma Técnica de Atención del Parto³, en el cual se establecen los parámetros mínimos que garantizan una atención de calidad, con racionalidad científica, para el desarrollo de las actividades, procedimientos e intervenciones durante la atención del parto, con el propósito de dar respuesta a los derechos en salud de las mujeres y sus hijos.

En este caso, el equipo de salud es el encargado de garantizar este proceso de atención definido en esta norma técnica y las actividades, procedimientos e intervenciones incluidos. En este proceso, el profesional de la salud es el encargado de realizar la identificación de factores de riesgo y condiciones patológicas en la gestante, las cuales condicionan la necesidad de una remisión a un centro de complejidad mayor, si el momento del trabajo de parto lo permite.

No obstante, cuando esta evaluación de los factores de riesgo no se realiza de manera adecuada se termina por generar una referencia de la paciente de parto

¹ MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Decreto 2759 de 1991. (diciembre 11). Bogotá. Diario Oficial No.40.218, del 12 de diciembre de 1991

² CONGRESO DE COLOMBIA. Ley 1438 de 2011. Diario Oficial No. 47.957 de 19 de enero de 2011.

³ MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Norma Técnica de Atención del Parto. BOGOTÁ. EN: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/3Atencion%20del%20Parto.pdf>

injustificada, interfiriendo con el flujo correcto y oportuno entre los diferentes niveles prestadores de servicios de atención.

Cabe señalar que el proceso de referencias o remisiones médicas resulta relevante para garantizar el correcto funcionamiento e interrelación de los diferentes niveles de atención, en este sentido, la calidad de este proceso está sujeta a la correcta evaluación de cada caso, ya que de este depende que se remita al paciente de manera justificada cuando los criterios médicos o los elementos así lo exijan⁴.

Esta situación se ha generado en la ESE Centro 1 una institución prestadora de servicios de salud pública de primer nivel, con sede principal en el Municipio de Piendamó, Cauca. El punto de atención de Piendamó es la única entidad pública del sector salud que presta servicios de atención inicial de urgencias en el municipio, tiene un proceso de referencia y contrarreferencia para garantizar la remisión de pacientes al nivel de servicios requerido para su atención, dando cumplimiento al Decreto 2759 de diciembre 11 de 1991.

No obstante, en el punto de atención en periodos anteriores se ha demostrado una inadecuada referencia, en diversos servicios, pero de manera particular en la atención de partos. Según las estadísticas del año 2016 se realizaron 55 remisiones de partos a niveles de mayor complejidad de los cuales el 42% (23) no lo requerían, en 2017 de las 41 remisiones 12 (29%) fueron innecesarios y en 2018 de los 43 partos remitidos, 18 (42%) no lo requerían⁵.

Se ha indicado por parte de la auditoría del punto que las fallas corresponden a diversos problemas como la desactualización del personal asistencial y los protocolos internos, el desconocimiento de la normatividad en el tema, y en ocasiones, por factores externos como la presión que ejerce la usuaria y la familia para ser remitidos a la ciudad de Popayán para ser atendidos en otro nivel de atención.

Estos hechos producen a menudo negaciones por parte de la auditoría del punto, generando insatisfacción entre los usuarios que a su vez interponen quejas ante la superintendencia de salud. No obstante, las remisiones no pertinentes que se llevan a cabo tienen un menoscabo en la rentabilidad del servicio, poniendo en riesgo la sostenibilidad de la institución. Cabe señalar que como institución pública se encuentra sujeta al decreto 2193 de 2004⁶, la cual tiene como objeto realizar el seguimiento y evaluación de la gestión de las instituciones públicas prestadoras de servicios de salud, lo cual implica alcanzar indicadores financieros como mantener la evolución del gasto por unidad de valor relativo con una puntuación de <0,9 que

⁴ GARCÍA Carlos; RIVERO René; Rivero Rafael; NIETO Raúl. Efectividad del proceso de remisiones médicas en servicios de urgencia. Hospital Provincial. Cienfuegos, Cuba, 2004.

⁵ ESE CENTRO 1. Estadísticas punto de atención Piendamó. Julio 2019.

⁶ MINISTERIO DE SALUD Y LA PROTECCIÓN SOCIAL. Decreto 2193 de 2004. Diario Oficial 45604 de julio 9 de 2004

permita llevar un adecuado uso de los recursos y optimización de los procesos. De esta manera, un decrecimiento de la producción y facturación del servicio de partos no permitiría el alcance de este indicador.

Por consiguiente, este estudio buscar determinar la pertinencia de las remisiones en la atención de partos de la ESE Centro 1, punto de atención Piendamó durante el primer semestre de 2019, considerando que es el principal centro de referencia del municipio de Piendamó que cuenta con una población de más de 44.000 habitantes, y que se caracteriza por su riqueza cultural donde residen múltiples comunidades indígenas.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es la pertinencia de las remisiones en la atención de partos de la ESE Centro 1, punto de atención Piendamó durante 2018 y primer semestre de 2019?

1.3 JUSTIFICACIÓN

El punto de atención de Piendamó de la E.S.E. Centro 1 tiene como objeto la prestación de servicios de salud, entendidos como un servicio público a cargo del Departamento y como parte integrante del sistema de seguridad social en salud, en consecuencia, en desarrollo de este objeto, adelanta acciones de promoción de la salud y prevención, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad.

Para el logro de este propósito, la Empresa Social del Estado constituye una categoría especial de entidad pública, descentralizada, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, que de conformidad con lo establecido en el artículo 3 del Decreto 1876 de 1994, deben orientarse por los principios básicos existentes, entre los que se nombran:

La eficacia, definida como la mejor utilización de los recursos, técnicos, materiales, humanos y financieros con el fin de mejorar las condiciones de salud de la población atendida; y la calidad, relacionada con la atención efectiva, oportuna, personalizada, humanizada, continua, de acuerdo con estándares aceptados sobre procedimientos científico-técnicos y administrativos y mediante la utilización de la tecnología apropiada, de acuerdo con los requerimientos de los servicios de salud que ofrecen y de las normas vigentes sobre la materia⁷.

⁷ CONGRESO DE COLOMBIA. Decreto 1876 de 1994. Diario Oficial No. 41.480 de fecha 5 de agosto de 1994.

El orientarse bajo estos principios básicos implica que sus directivas realicen un manejo gerencial adecuado que garantice la rentabilidad social y financiera de la Empresa Social. En virtud de lo anterior, una de las principales funciones de la gerencia se centra en alcanzar la auto-sostenibilidad, la cual está sujeta a una adecuada gestión de los recursos, como una acertada contratación, facturación y óptimo recaudo de los servicios prestados, de tal manera que le permita desarrollar con éxito su objeto social y los fines sociales del Estado en cuanto a la salud.

De esta manera, todos los servicios asistenciales que ofertan deben orientarse bajo los principios mencionados⁸, de tal forma que cada uno aporte a la competitividad institucional permitiéndoles adquirir y gestionar sus propios recursos financieros a través de su comercialización. Lo anterior, en pro de la sostenibilidad financiera promoviendo siempre la satisfacción de las necesidades de los usuarios que demande los servicios de salud.

También se espera que los resultados apoyen la configuración de la atención de partos de la ESE Centro 1, evitando referir partos sin necesidad a otras instituciones de salud de mayor complejidad, lo cual permite optimizar los recursos a través de la red de servicios, aumentando la eficiencia del proceso y la calidad y adecuación en la atención a la usuaria.

Considerando lo anterior y teniendo en cuenta que el Punto de Atención de Piendamó es la única institución pública del municipio de Piendamó que ofrece los servicios de urgencias obstétricas, resulta importante realizar un estudio de los factores que inciden en la baja sostenibilidad financiera del servicio, lo cual incluye la pertinencia de la remisiones de la atención de partos, de tal manera que proporcione información valiosa para la gerencia institucional que permita una acertada toma de decisiones para reducir o eliminar esta situación en el mediano a largo plazo.

De la misma forma, este estudio proporcionará información beneficiosa para otras instituciones de primer nivel que cuenten con características contextuales similares, como por ejemplo, las E.S.E que operan en zonas de diversidad cultural indígena que son numerosas en el país, de tal forma que les permita identificarse con la problemática, y a su vez, con las causas que generan el deterioro financiero del

⁸ CONGRESO DE COLOMBIA. Decreto 1876 de 1994. Diario Oficial No. 41.480 de fecha 5 de agosto de 1994.

servicio de urgencias obstétricas permitiéndole ajustarlos a sus propias necesidades y de esta manera tomar las medidas correctivas pertinentes.

Por último, es de total interés para la institución continuar produciendo servicios de salud eficientes y efectivos que cumplan con las normas de calidad establecidas por el gobierno nacional, garantizando un manejo gerencial integro, rentable socialmente y sostenible financieramente, para que todos los habitantes del municipio de Piendamó continúen disfrutando de un servicio esencial como es la salud, a la medida de sus necesidades y expectativas.

1.4 OBJETIVOS

1.4.1 Objetivo general.

Determinar la pertinencia de las remisiones en la atención de partos de la ESE Centro 1, punto de atención Piendamó durante el 2018 y primer semestre de 2019

1.4.2 Objetivos específicos.

- Caracterizar el sistema de referencia de la ESE Centro 1, punto de atención Piendamó.
- Evaluar de adherencia a la norma técnica existente de atención de parto (las remisiones de atenciones de parto)
- Establecer la pertinencia de las remisiones según coincidencia entre el diagnóstico de referencia y el diagnóstico de recepción de las pacientes remitidas.
- Estimar la repercusión financiera de las posibles remisiones no pertinentes del servicio de atención de parto.

1.5 HIPÓTESIS

Las remisiones en la atención de partos de la ESE Centro 1 punto de atención Piendamó durante el 2018 y el primer semestre de 2019 presentan problemas en cuanto a su pertinencia, que deben ser identificados porque repercuten negativamente el funcionamiento del servicio de urgencias obstétricas.

2. MARCO REFERENCIAL

2.1 ANTECEDENTES DE INVESTIGACIÓN

Título: EVALUACION DEL SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRA-REFERENCIA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL LOCAL ARJONA ⁹
País, ciudad: Colombia, Cartagena
Autores: ERIKA RAMIREZ BUELVAS; NIRLIS VIANA GUZMÁN
Objetivo: evaluar la calidad del sistema de referencia y contrarreferencia en el servicio de urgencias en la ESE Hospital Local Arjona, durante el primer semestre del año 2010
Resultados: las actuaciones de los profesionales de la medicina durante la referencia y contrarreferencia de los pacientes, en ocasiones, no guarda correspondencia con los criterios de eficacia y efectividad de la atención para el logro de un resultado satisfactorio, incidiendo en una valoración restringida de la calidad por parte de los usuarios.

Título: SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA EN EL SERVICIO DE EMERGENCIAS DE LA MATERNIDAD ISIDRO AYORA EN EL PERIODO MAYOOCTUBRE DEL 2015 ¹⁰
País, ciudad: Ecuador, Ambato
Autores: MARIA TERESA PEÑAHERRERA RON
Objetivo: Evaluar la eficacia del sistema de referencia y contrarreferencia establecido en la Maternidad Isidro Ayora con respecto a la calidad de la atención médica y producción en el servicio de Emergencias
Resultados: Los resultados obtenidos evidencian falencias en la implementación del sistema de referencia y contrarreferencia, lo cual repercute negativamente en la calidad del servicio que se brinda y ocasiona una hiperfrecuentación al Servicio de Emergencias implicando una sobreproducción.

⁹ RAMÍREZ Erika; GUZMÁN Nirli Viana. Evaluación del sistema de referencia y contrarreferencia en el servicio de urgencias de la empresa social del estado hospital local Arjona [Tesis especialización gerencia en salud]. Universidad de Cartagena, Colombia, 2012.

¹⁰ PEÑAHERRERA, Teresa. Sistema de referencia y contrarreferencia en el servicio de emergencias de la maternidad Isidro Ayora en el período mayo - octubre del 2015 [Tesis Maestría en Gerencia de Servicios de Salud]. Universidad Regional Autónoma de los Andes, Ecuador, 2015.

Título: FALLAS DE PERTINENCIA EN REMISIONES EN LA ATENCIÓN MÉDICA DE AFILIADOS A SUSALUD, ASIGNADOS A LAS IPS's DE COMFAMA ¹¹
País, ciudad: Colombia, Medellín
Autores: MARTIN ALBERTO BAENA HENAO JAIME LEON CARDENAS CARMONA
Objetivo: determinar si los médicos generales del Centro de Integral de Salud de Bello de Comfama realizan adecuadamente las remisiones a las diferentes especialidades y si cumplen con todos los parámetros establecidos para una buena remisión.
Resultados: El 88.6% de las historias clínicas revisadas tenían una remisión pertinente y al realizar una revisión de la totalidad de las historias clínicas evaluadas, sin tener en cuenta que sean pertinentes o no se encontró que el 67.8% tenían anamnesis adecuada, el 65.1% tenían un examen físico adecuado con ayudas diagnósticas pertinentes el 80.1% El porcentaje de los diagnósticos adecuados encontrados en la totalidad de las historias clínicas fue del 87.3%.

Título: EVALUACIÓN DEL SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA DE LA ATENCIÓN OBSTÉTRICA EN EL HOSPITAL GENERAL DEL ALTIPLANO, DE APAN HIDALGO 2016 ¹²
País, ciudad: México, Cuernavaca
Autores: Citlalli Aburto Hernández
Objetivo: Evaluar el proceso de referencia y contrarreferencia 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.
Resultados: Se revisaron 853 referencias en el periodo estudiado 32.47% demandó 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. La referencia a otros niveles fue del 96%, por falta de algún elemento del equipo quirúrgico o

¹¹ BAENA Martín Alberto CÁRDENAS, Jaime. Fallas de pertinencia en remisiones en la atención médica de afiliados a SUSALUD, asignados a las IPS'S de COMFAMA. Arjona [Tesis grado en Medicina]. Universidad CES, Colombia, 2008.

¹² ABURTO HERNÁNDEZ Citlalli. Evaluación del sistema de referencia y contrarreferencia de la atención obstétrica en el hospital general del altiplano, de Apan Hidalgo 2016 [tesis maestría en salud pública]. Instituto Nacional de Salud Pública. México, 2016

pediatra necesario para la atención obstétrica, principalmente de los turnos vespertinos y guardia B (lunes, miércoles y viernes por las noches)

Título: EVALUACION DEL SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA DE LA CLINICA CARTAGENA DEL MAR SA DURANTE EL AÑO 2010 ¹³
País, ciudad:
Autores: Ricardo Acosta
Objetivo: Evaluar el sistema de referencia y contrarreferencia, en la clínica Cartagena del Mar SA durante el año 2010 y proponer acciones de mejora.
Resultados: el proceso de referencia y contrarreferencia de la Clínica Cartagena Del Mar posee dificultades de infraestructura, dotación tecnológica y de recurso humano si colocara en marcha un plan de calidad coherente y aterrizado podría lograr ser una institución líder en la prestación de este servicio, ya que posee recursos financieros suficientes para lograr mejorar en cada una de las actividades que se desarrollan en este proceso.

Título: EFECTIVIDAD DEL PROCESO DE REMISIONES MÉDICAS EN SERVICIOS DE URGENCIA
País, ciudad: Cuba, Cienfuegos
Autores: Dr. Carlos García Gómez; Dr. René Rivero Rodríguez; Dr. Rafael Rivero Ortega; Dr. Raúl Nieto Cabrera; Dra. Laidamí Rodríguez Amador
Objetivo: Evaluar la efectividad del proceso de remisiones médicas.
Resultados: El 78.74% de los pacientes presento coincidencia diagnóstica, la principal causa de remisión fue la Enfermedad cerebro vascular Aguda , , con un 15.67 del total de la muestra, el 28.91 de las remisiones fueron no pertinentes, mostrando el municipio de Abreu el mayor por ciento(48.14%), el 76.76% de los casos con criterio se valoraron por las Unidades de cuidados Intensivos Municipales(UCIEM), en el cien por ciento de los pacientes valorados por dichas unidades hubo coincidencia diagnostica y el cien por ciento de las remisiones que fueron valoradas por estas unidades fueron pertinentes(76 pacientes), se transportaron en Ambulancias de apoyo vital avanzado(AAVA), el 55.55% de los pacientes con criterio

Título: Sistema de referencia-contrarreferencia en pediatría. Análisis de la situación en el Hospital Pediátrico del Centro Hospitalario Pereira Rossell ¹⁴ .
País, ciudad: Uruguay, Montevideo

¹³ ACOSTA, Ricardo. Evaluación del sistema de referencia y contrarreferencia de la Clínica Cartagena del MarSA durante el año 2010. [Tesis especialización gerencia en salud]. Universidad de Cartagena, Colombia, 2011.

¹⁴ PARDO, Laura et al. Sistema de referencia-contrarreferencia en pediatría Análisis de la situación en el Hospital Pediátrico del Centro Hospitalario Pereira Rossell. Rev. Méd. Urug., Montevideo, v. 24, n. 2, p. 69-82, jun. 2008. Disponible en <http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-03902008000200002&lng=es&nrm=iso>.

Autores: Pardo, Laura, Zabala, Cristina, Gutiérrez, Stella, Pastorini, Jorge, Ramírez, Yelena, Otero, Silvia, Gil, Víctor, & Juchnewicz, Anahí.
Objetivo: analizar las derivaciones de pacientes al Hospital Pediátrico del Centro Hospitalario Pereira Rossell (HP-CHPR) a través del Departamento de Emergencia (DEP) y de la Policlínica Pediátrica General de Referencia (PPGR).
Resultados: El 69% de los casos procedía de Montevideo. Luego del triage, 69% del total de interconsultas fueron derivadas a la policlínica de referencia. Neuropediatría fue la especialidad más solicitada en 60% de los pases. Luego de realizado el triage del total de niños con pase a neuropediatría, 30% fue derivado a esta especialidad, a gastroenterología 0,05% y a neumología 0,03%. La calidad de los datos fue buena en 30% de los casos. La derivación fue oportuna en 89% de los casos. Evaluación de los pases al DEP. Del total de consultas en ese período, 24% concurren con pase. Se analizó 7,6%. El 73,2% provenía de Montevideo, 20% de Canelones. Los pacientes fueron derivados desde sistemas de emergencia móvil en 39% de casos. El 26% de los pases fue realizado por pediatra y el resto por médico general o de familia. El motivo de la derivación más frecuente fue por requerimiento de especialista, 29,6%. La calidad del pase fue buena en 64%. El 57% de los pacientes fue trasladado en ambulancia con médico; de éstos, 58,5% no requería tercer nivel de atención. Los resultados de este trabajo confirman el inadecuado uso de los recursos destinados a la atención a la salud en el hospital pediátrico de referencia nacional.

Título: Análisis de las derivaciones a la Atención Especializada desde la consulta de Atención Primaria ¹⁵
País, ciudad: España, Madrid
Autores: Contreras Balada, N., Gibert Agulló, A., Linares Muñoz, J. M., Ponce Villacreces, M. C., Casamada Humet, N., & Sauvalle Soler, M.
Objetivo: determinar, a partir de las derivaciones realizadas desde un equipo de Pediatría de Atención Primaria, los servicios a los que se derivan más pacientes y los motivos de las derivaciones.
Resultados: en este periodo se han realizado 1460 derivaciones en una población atendida de 3375 menores de 15 años de edad. Se presentan los resultados del análisis de 1422 derivaciones, ya que de las restantes no disponemos de todos los datos. La especialidad a la que se han derivado más casos es Oftalmología (27,65%), seguida de Traumatología (16,88%), Dermatología (14,84%) y Otorrinolaringología (12,52%).

¹⁵ CONTRERAS BALADA, N. et al. Análisis de las derivaciones a la Atención Especializada desde la consulta de Atención Primaria. Rev Pediatr Aten Primaria [online]. 2015, vol.17, n.65 [citado 2019-06-01], pp.e13-e20.

Título: Referencia y movilización de pacientes referidas, Unidad de Admisión y Emergencia Maternidad “Concepción Palacios” ¹⁶
País, ciudad: Venezuela, Caracas
Autores: Alfredo José Caraballo Mata
Objetivo: valorar las condiciones de referencia y movilización de las pacientes que acuden a la UAE de la MCP
Resultados: En 93 % de las observaciones se identifica la institución referente, pero detalles importantes se reconocen en menor proporción, como fecha/hora (68 %) y responsable (65 %); la descripción del caso clínico se considera adecuada en 76 %, pero sólo coincide con la evaluación en la MCP en 65%. La razón que justifica la referencia se identifica en 85 %, principalmente dada por cupo pediátrico, área quirúrgica, cupo materno y recursos humanos, que totaliza 80 %. El 48 % de las pacientes provienen del estado Miranda y asisten por sus propios medios (84 %). Las condiciones de traslado se catalogaron como inseguras, con posibilidad de repercutir negativamente en el pronóstico en un 56 %; no obstante, sólo en 19 % de los casos, se establece que hay progresión del estado que motivó la referencia. Los principales motivos que determinan la referencia de pacientes a la MCP son administrativos y no médicos, por lo cual, se recomienda considerar estas observaciones para el diseño e implementación de un plan metropolitano de referencia que garantice la atención adecuada para favorecer la salud de la madre y del recién nacido.

Título: EFICACIA DEL PROCESO DE REFERENCIAS EN CONSULTA EXTERNA POLICLÍNICO BARRANCO ESSALUD 2015 ¹⁷
País, ciudad: Perú, Lima
Autores: GIULIANA DEL CARMEN BAZÁN BARDALES
Objetivo: Evaluar la eficacia del sistema de referencias en consulta externa por el servicio de Medicina General, en los meses de mayo y junio del Policlínico Barranco- EsSalud, 2015
Resultados: Pacientes en estado citado y observado en el mes de mayo Policlínico Barranco – Essalud 2015, observados 7.4%, citados 92.52%, Pacientes con referencias elaboradas según prioridad, con diagnósticos complejos del Policlínico Barranco en el mes de mayo 2015, prioridad 1(58%), prioridad 2(34.7%), prioridad 3 (7.5%) Pacientes en estado citado y observado en el mes de junio Policlínico Barranco – Essalud 2015 observados 86%, citados 13.4%, Pacientes con referencias elaboradas según prioridad, con diagnósticos complejos del Policlínico Barranco en el mes de junio 2015 ,prioridad 1(61.4%), prioridad 2(32%), prioridad 3 (6%). El porcentaje de referencias observadas en el

¹⁶ CARABALLO Alfredo José. Referencia y movilización de pacientes referidas, Unidad de Admisión y Emergencia Maternidad Concepción Palacios. [Tesis Especialista en gerencia de servicios asistenciales de salud]. Universidad Católica Andrés Bello, Venezuela, 2006

¹⁷ BAZÁN. Giuliana Del Carmen. Eficacia del proceso de referencias en consulta externa Policlínico Barranco ESSALUD, 2015 [Tesis maestría en gerencia de servicios de salud]. Universidad San Martín de Porres, Perú,

mes de mayo (7.4%), causas: falta de conocimiento de los médicos en el proceso de referencia, personal administrativo cambia frecuentemente.

Título: REMISION DE PACIENTES EN UNA UNIDAD REGIONAL DE SALUD, COLOMBIA¹⁸

País, ciudad: Colombia

Autores: Rodrigo Bustamante Álvarez

Objetivo: Evaluar el sistema de regionalización, en su aspecto de remisión de pacientes, en una unidad regional de salud para posteriormente elaborar las normas que guíen al personal de las instituciones en el proceso de remitir pacientes.

Resultados: Para determinar el grado de eficiencia del proceso de remisión, se hizo un análisis del número y características de los pacientes que llegaron a su destino. De los 201 pacientes efectivamente remitidos, 70 llegaron a su destino, cifra que representa el 34,8% de las remisiones. Ese porcentaje, confrontado con el 66,4% de pacientes registrados como graves por los agentes remitentes, puede considerarse bajo. El análisis por niveles reveló que la mayor eficiencia fue demostrada en las remisiones internas del primer nivel (entre puestos de salud y hospitales locales), aunque el número de remisiones fue muy reducido. El proceso de remisión entre niveles fue poco eficiente, pues el máximo porcentaje alcanzado (entre el primer y el segundo nivel) fue de 39,8 %; los demás fueron inferiores a esta cifra. Es de destacar la ineficiencia total de la remisión entre los centros de salud y el Hospital Regional, ya que de los 14 pacientes remitidos ninguno llegó a su destino

Título: DISEÑO DE UNA ESTRATEGIA PARA REDUCIR LA DEMANDA DE ATENCIÓN MEDICA DE URGENCIAS EN EL HOSPITAL MILITAR CENTRAL POR PACIENTES ADULTOS, USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES, CON PATOLOGÍAS DE BAJA COMPLEJIDAD¹⁹

País, ciudad: Colombia, Bogotá

Autores: Yolima Araque Barbosa; Janneth Medina Murcia; Sara Edith Moreno Mazo Carlos Alberto Rincón Arango

Objetivo: Diseñar una estrategia que, mediante comunicación telefónica o electrónica centralizada, permita evaluar, orientar y/o referir las patologías consultadas por los usuarios del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares en la ciudad de Bogotá, al nivel de atención requerido con la oportunidad que su condición clínica amerita, optimizando la pertinencia de consulta para enfermedades críticas en el servicio de urgencias del Hospital Militar Central.

Resultados: La implementación de una estrategia para reducir la demanda de atención en el servicio de urgencias para pacientes adultos con patologías de baja

¹⁸ BUSTAMANTE, R. Remisión de pacientes en una unidad regional de salud, Colombia. Bol OfSanit Panam 99(I), 1985

¹⁹ ARAQUE Barbosa Yolima; MEDINA Murcia Janneth; MORENO Mazo Sara; ARANGO Carlos. Diseño de una estrategia para reducir la demanda de atención médica de urgencias en el hospital militar central por pacientes adultos, usuarios del subsistema de salud de las fuerzas militares, con patologías de baja complejidad. [Tesis especialización en gerencia en servicios de salud]. Universidad Sergio Arboleda Bogotá, 2014

complejidad, impactaría positivamente al Hospital Militar Central desde el punto de vista asistencial, mejorando calidad de atención y satisfacción de los usuarios al descongestionar las áreas de urgencias y mejorar la oportunidad de acceso a consulta de pacientes con patologías de mediana complejidad. Sin embargo, lo impactaría negativamente, desde el punto de vista financiero, porque reduciría sus ingresos anuales en la prestación de un servicio que le está generando aproximadamente \$1.400.000.000.

Título: Atención primaria: Interconsultas y Remisiones. “Por alcanzar mayor eficiencia y calidad en los servicios y aumentar la satisfacción de la población²⁰

País, ciudad: Cuba, La Habana

Autores: Yamilé Baganet Cobas; Alain M. Chaple Gil. Francisca Martínez.

Objetivo: analizar el comportamiento de las consultas de Periodoncia en los últimos 5 años en comparación con los planes trazados y estudiar sus causas, en el Municipio Playa.

Resultados: el 26.6% de pacientes examinados en el terreno presentan lesiones periodontales. En el estudio realizado a las historias clínicas se encontró 22% de prevalencia de periodontopatías en la muestra analizada y sólo fueron realizadas 3% de interconsultas y 10% de remisiones al servicio de Periodoncia, así mismos bajos % de diagnóstico, interconsultas y remisiones en relación con la presencia de factores de riesgo.

Título: ¿Son inadecuadas las remisiones urgentes a cardiología desde atención primaria?²¹

País, ciudad: Canarias, España

Autores: M.T. Valdés Bilbao, F. Marrero Rodríguez, A. Aguirre-Jaime

Objetivo: describir las características de la derivación desde AP a la consulta extrahospitalaria de cardiología, con carácter urgente, si esta es excesiva, inadecuada, y el grado de concordancia entre el diagnóstico principal del médico de AP y el del especialista.

Resultados: Sobre una muestra de 543 pacientes, sin diferencias significativas en la distribución de edades según sexo, la demanda fue homogénea en su distribución mensual. El 88% de las remisiones se realizan con historia clínica, exploración física e impresión diagnóstica del proceso. El 77% de los pacientes son seguidos en la consulta de atención especializada. El grado de concordancia global entre el diagnóstico del médico de AP y el cardiólogo ha sido aceptable ($\kappa=0,62$; $p<0,001$). Como conclusión se puede refutar la opinión del abuso de las remisiones urgentes inadecuadas a la consulta extrahospitalaria de cardiología por parte de los profesionales de AP.

²⁰ BAGANET, Y. et al. Atención primaria: Interconsultas y Remisiones. “Por alcanzar mayor eficiencia y calidad en los servicios y aumentar la satisfacción de la población. Especialista de 1er Grado en Periodoncia Clínica Estomatológica “Ana Betancourt” 2015.

²¹ . VALDÉS T., MARRERO RODRÍGUEZ, F, AGUIRRE-JAIME, A. ¿Son inadecuadas las remisiones urgentes a cardiología desde atención primaria? SEMERGEN. 2010. Vol. 36. Núm. 8. páginas 419-484

Título: Evaluación de la baja adherencia a guías medicas implementadas en la ESE Hospital San Vicente de Paúl de Caldas Antioquia primer semestre 2008 ²² .
País, ciudad: Medellín, Colombia
Autores: Hernán Darío Múnera; Manuel Esteban Piedrahita Calderón
Objetivo: Identificar las causas de la baja adherencia a las guías médicas para la prestación de servicios de salud implementadas por la ESE Hospital San Vicente De Paúl del municipio de Caldas Antioquia durante el primer semestre del 2008.
Resultados: Los hallazgos más relevantes nos muestran que, aunque el total de los médicos encuestados reconocen la importancia de la estandarización en la prestación de servicios de salud y casi todos participaron en el proceso de implementación de las guías y las conocen solo el 56.3% las manifiesta aplicarlas, así mismo solo el 18.8% consideran que estas guías fueron diseñadas de acuerdo con los recursos institucionales. Por otra parte, el proceso de evaluación ha sido realizado al 93.8% de los encuestados, sin embargo, solo el 37.5% conoce la herramienta con la que fue evaluado y el 25% no ha sido informado sobre los resultados de su evaluación, 10 por otro lado el 93.8% no conoce los planes de mejoramiento diseñados para este propósito.

Título: Mejora de la efectividad y la eficiencia de los servicios ambulatorios: una revisión del alcance de las intervenciones en la interfaz de atención primaria y secundaria ²³
País, ciudad: reino Unido, Cambridge
Autores: Eleanor M Winpenny, Céline Miani , Emma Pitchforth , Sarah King , Martin Roland
Objetivo: Revisar la literatura sobre estrategias que involucran la atención primaria y que están diseñadas para mejorar la efectividad y la eficiencia de los servicios ambulatorios.
Resultados: Los 183 estudios publicados desde 2005, tomados con los hallazgos de la revisión anterior, sugieren que la transferencia de servicios de atención secundaria a primaria y las estrategias dirigidas a cambiar el comportamiento de derivación de los clínicos de atención primaria pueden ser efectivas para reducir las derivaciones de pacientes ambulatorios y para aumentar la adecuación de referencias La disponibilidad de asesoramiento especializado a los profesionales de atención primaria por correo electrónico o por teléfono y el uso de la telemedicina de almacenamiento y reenvío también muestran el potencial para reducir las derivaciones de pacientes ambulatorios y, por lo tanto, reducir los costos. Hubo poca evidencia de un efecto beneficioso de la reubicación de los especialistas en atención primaria, o la administración conjunta / secundaria de la atención de pacientes con derivaciones ambulatorias. En todas las categorías de

²² MÚNERA Hernán Darío; PIEDRAHITA Manuel Esteban. Evaluación de la baja adherencia a guías medicas implementadas en el ESE hospital San Vicente de Paúl de Caldas Antioquia primer semestre 2008. Universidad de Antioquia. Medellín 2008

²³ WINPENNY EM, MIANI C, PITCHFORTH E, KING S, ROLAND M. Improving the effectiveness and efficiency of outpatient services: a scoping review of interventions at the primary-secondary care interface. J Health Serv Res Policy. 2017;22(1):53–64. doi:10.1177/1355819616648982

intervención hubo poca evidencia disponible sobre la eficacia en función de los costos.

Título: Una categorización de problemas y soluciones para mejorar las referencias de pacientes desde la atención primaria a la especializada.²⁴

País, ciudad: Canadá, Alberta

Autores: James Greenwood-Lee, Lauren Jewett, Linda Woodhouse y Deborah A. Marshall

Objetivo: identificar y abordar los problemas que afectan el acceso a la atención especializada para los pacientes referidos a la atención especializada para procedimientos que no son de emergencia y cómo estas deficiencias pueden manejarse a través de intervenciones de entrega de sistemas de salud.

Resultados: Los resultados de esta revisión demuestran la amplitud de las deficiencias que afectan el acceso a los servicios especializados para pacientes no emergentes a través de la interfaz de atención primaria especializada y una amplitud igual de intervenciones correctivas. Si bien las intervenciones desarrolladas para mejorar el proceso de derivación en la interfaz de atención primaria y especializada son muy prometedoras, queda mucho por hacer para comprender mejor la utilidad potencial de dichas intervenciones. Las deficiencias que limitan el acceso a la atención especializada para pacientes que no son de emergencia, como se describe aquí, surgen independientemente del contexto. Como tales, se necesitan estrategias de intervención generales que puedan adaptarse y aplicarse en una amplia gama de contextos.

Título: Referencias electrónicas: mejora del sistema de derivación de pacientes internados de especialidad de rutina.²⁵

País, ciudad: Reino Unido, Exeter

Autores: Emma Shephard, Claire Stockdale, Felix May, Alistair Brown, Hannah Lewis, Sara Jabri, Daniel Robertson, Victoria Moss, y Rob Bethune

Objetivo: mejorar la seguridad del paciente y la eficiencia del médico junior en el proceso de derivación del paciente.

Resultados: El sistema almacena todas las referencias, creando una vía de referencia para pacientes hospitalizados totalmente auditable. Los datos cualitativos indicaron mejoras en la seguridad del paciente y la experiencia del usuario (n = 31). Los tiempos para las referencias se midieron durante un período de 6 meses; Las referencias se hicieron más rápidas con el sistema electrónico, con un tiempo promedio desde la decisión hasta la presentación de referencias que mejoró de 2.1 horas a 1.9 horas, con una notable mejora estadísticamente significativa en los tiempos en una tabla de control de procesos estadísticos. Un

²⁴ GREENWOOD-LEE J, JEWETT L, WOODHOUSE L, MARSHALL DA. A categorisation of problems and solutions to improve patient referrals from primary to specialty care. BMC Health Serv Res. 2018;18(1):986. Published 2018 Dec 20. doi:10.1186/s12913-018-3745-y

²⁵ SHEPHARD E, STOCKDALE C, MAY F, ET AL. E-referrals: improving the routine interspecialty inpatient referral system. BMJ Open Qual. 2018;7(3):e000249. Published 2018 Sep 28. doi:10.1136/bmjoq-2017-000249

beneficio inesperado fue que los pacientes también fueron revisados más rápido por especialidades.

Título: Gestión previa a la cita de nuevas derivaciones de pacientes en reumatología: una estrategia clave para mejorar la prestación de atención médica.²⁶

País, ciudad: EEUU, Wisconsin

Autores: J. Timothy Harrington; Michael B. Walsh

Objetivo: analizar el impacto de un reumatólogo que revisa los registros médicos de cada paciente recién referido antes de programar una cita (gestión previa a la cita).

Resultados: Solo el 59% de los pacientes referidos requirieron una consulta de reumatología para la atención adecuada. Algunos problemas se resolvieron rápidamente sin consulta. En algunos casos, se consideró más apropiado consultar con otras especialidades o continuar con la atención previa. La última alternativa no comprometió los resultados de estos pacientes. La práctica de acceso y eficiencia fueron mejoradas. Se mantuvo la rentabilidad. Los médicos y pacientes remitentes generalmente aceptaban y cooperaban.

²⁶ HARRINGTON JT, WALSH MB. Pre-appointment management of new patient referrals in rheumatology: a key strategy for improving health care delivery. 2001 jun;45(3):295-300

2.2 MARCO TEÓRICO

2.2.1 Sistema General de Seguridad Social en Salud

El Sistema de Seguridad Social en Salud (SGS- SS) es la forma como se brinda un seguro que cubre los gastos de salud a los habitantes del territorio nacional, colombianos y extranjeros. La persona se afilia a la Entidad Promotora de Salud (EPS) que prefiera, recibe su Carnet de Salud y entra a formar parte del Sistema de Seguridad Social en Salud. Los servicios los recibe a través de una Institución Prestadora de Servicios (IPS) ²⁷.

El Sistema General de Seguridad Social en Salud funciona en dos regímenes de afiliación: el Régimen Contributivo y el Régimen Subsidiado. Según la ley todos los empleados, trabajadores independientes (con ingresos totales mensuales superiores a un (1) salario mínimo) y los pensionados, deben estar afiliados al Régimen Contributivo. La responsabilidad de la afiliación del empleado es del empleador y del pensionado es del Fondo de Pensiones²⁸.

En el Régimen Subsidiado en Salud deben estar afiliadas las personas pobres y vulnerables del país, es decir, las clasificadas en los niveles 1 o 2 del Sisbén, siempre y cuando no estén afiliadas al régimen contributivo, especiales o de excepción, y las poblaciones especiales prioritarias, tales como personas en condición de desplazamiento, población infantil abandonada a cargo del ICBF, menores desvinculados del conflicto armado, comunidades indígenas; personas mayores en centros de protección; población rural migratoria; personas del programa de protección a testigos; indigentes y población gitana (conocida como ROM), entre otros²⁹.

2.2.2 Actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud

- Ministerio de salud. Responsable de la rectoría y dirección del SGSSS, mediante la formulación de políticas y la coordinación intersectorial.
- Superintendencia de salud. Responsable de Proteger los derechos de los usuarios en salud, a través de los mecanismos de inspección, vigilancia y control transparentes y oportunos.
- Secretarías de salud. Garantiza la prestación de los servicios de salud, de manera oportuna, eficiente y con calidad a la población de su territorio

²⁷ MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Sistema de seguridad social en salud-régimen contributivo. Imprenta nacional de Colombia. Bogotá. 2004.

²⁸ MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Sistema de seguridad social en salud-régimen contributivo. Imprenta nacional de Colombia. Bogotá. 2004.

²⁹ MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Aseguramiento al sistema general de seguridad social en salud. Imprenta nacional de Colombia. Bogotá. 2014.

Inspección, vigilancia y control de factores de riesgo del ambiente que afectan la salud.

- Prestadores. Brinda servicios de salud a los usuarios. Son instituciones prestadoras de servicios de salud, los profesionales independientes de salud y los servicios de transporte especial de pacientes.
- EPS. Administra el riesgo en salud de sus afiliados a través del Plan Obligatorio de Salud - POS- en promoción de la salud y prevención, tratamiento y rehabilitación. Debe contar con una red de prestadores para garantizar la atención a todos los afiliados³⁰.

2.2.3 Responsabilidades de los diferentes niveles de Complejidad

La Resolución 5261 de 1994 hace la precisión sobre los Niveles de Complejidad, estableciendo los siguientes:

Artículo 20. responsabilidades por niveles de complejidad. Para efectos de definir la responsabilidad del personal de salud en los diferentes niveles de complejidad se establece:

NIVEL I: Médico general y/o personal auxiliar y/o paramédico y/o de otros profesionales de la salud no especializados.

NIVEL II: Médico general y/o profesional paramédico con interconsulta, remisión y/o asesoría de personal o recursos especializados.

NIVEL III y IV: Médico especialista con la participación del médico general y/o profesional paramédico³¹.

En el artículo 21, se menciona la clasificación por niveles de complejidad para la atención médico quirúrgica. En ella se indica que, para efectos de clasificación de los procedimientos quirúrgicos, se establece la siguiente discriminación como parte del presente Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos, así³²:

NIVEL I: GRUPOS 01, 02, 03.

NIVEL II: GRUPOS 04, 05, 06, 07, 08.

NIVEL III: GRUPOS 09 Y SIGUIENTES.

NIVEL IV: Se establece de acuerdo al procedimiento practicado en las patologías catastróficas, que en el artículo 16 se definen como enfermedades ruinosas o catastróficas, aquellas que representan una alta complejidad técnica en su manejo, alto costo, baja ocurrencia y bajo costo efectividad en su tratamiento.

³⁰ MINISTERIO DE SALUD. Oficina de Calidad, INFORGRAFIA. Sistema de seguridad social en salud. Diciembre de 2016.

En: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/infografia-actores-sgss.pdf>

³¹ MINISTERIO DE SALUD Y LA PROTECCIÓN SOCIAL. Resolución 5261 de 1994 (julio).

³² MINISTERIO DE SALUD Y LA PROTECCIÓN SOCIAL. Resolución 5261 de 1994 (julio).

Con la aparición del Decreto 1011 de 2006, que habla del Sistema de Garantía de la Calidad en Salud y con la Resolución 1043 de 2006, se reglamenta la denominación de Servicios de Baja, Mediana y Alta Complejidad, que corresponderían a los criterios de Nivel I, Nivel II y Nivel III, respectivamente.

En el POS-S definido en el Acuerdo 306 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud -CNSSS, se menciona que las acciones para la recuperación de la salud corresponden a los artículos 91 a 94 de la Resolución 5261 de 1994³³:

NIVEL I: Médico General y/o personal auxiliar, y otros profesionales de la salud

NIVEL II: Médico General con Interconsulta, remisión, y/o asesoría de personal o recursos especializados.

NIVEL III y IV: Médico Especialista con la participación del médico general.

La definición de niveles anteriores corresponde a las actividades, intervenciones y procedimientos y no a las instituciones. Esta aclaración es importante de retomarla, pues los Niveles definidos corresponden a las actividades, intervenciones y procedimientos, no a las Instituciones³⁴.

En el artículo 95 de la misma resolución el párrafo señala: el médico general, podrá prescribir y ordenar medios terapéuticos y/o diagnósticos de niveles superiores, si sus condiciones técnicas y científicas se lo permiten y de acuerdo a los niveles de responsabilidad ya definidos y a los parámetros definidos en el Sistema de Garantía de Calidad.

2.2.4 Sistema de Referencia

El decreto 4747 de 2007³⁵ define la referencia como 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, de respuesta a las necesidades de salud.

En el párrafo 3 se aclara que el régimen de Referencia y Contrarreferencia incluye las remisiones de usuarios o muestras biológicas, enviadas por los promotores de saneamiento, promotores de salud y otros agentes comunitarios tales como las parteras y los gestores de salud.

Sobre la finalidad, el artículo 3 establece que el régimen de referencia y contrarreferencia tiene como propósito facilitar la atención oportuna e integral del usuario, el acceso universal de la población al nivel de tecnología que se requiera y propender por una racional utilización de los recursos institucionales.

³³ MINISTERIO DE SALUD Y LA PROTECCIÓN SOCIAL. Resolución 5261 de 1994 (julio).

³⁴ Ibid., art 92.

³⁵ MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. decreto 4747 de 2007

Sobre las modalidades de solicitud de servicios, el artículo ha determinado:

1. Remisión. Procedimiento por el cual se transfiere la atención en salud de un usuario, a otro profesional o institución, con la consiguiente transferencia de responsabilidad sobre el cuidado del mismo.
2. Interconsulta. En la solicitud elevada por el profesional o institución de salud, responsable de la atención del usuario a otros profesionales o instituciones de salud para que emitan juicios y orientaciones sobre la conducta a seguir con determinados usuarios, sin que estos profesionales o instituciones asuman la responsabilidad directa de su manejo.
3. Orden de servicio. En la solicitud de realización de actividades de apoyo diagnóstico y/o tratamiento entre una institución y otra. Para lo anterior pueden referirse: Personas, elementos o muestras biológicas y productos del ambiente.
4. Apoyo tecnológico. Es el requerimiento temporal de recursos humanos, de dotación o insumos, de un organismo a otro, para contribuir a la eficiencia y eficacia en la prestación de servicios, de conformidad con el principio de subsidiariedad, evitando así el desplazamiento de usuarios.

El artículo 5 también señala que las entidades públicas o privadas del sector salud, que hayan prestado la atención inicial de urgencias, deben garantizar la remisión adecuada de estos usuarios hacia la institución del grado de complejidad requerida, que se responsabilice de su atención.

Por su parte, el decreto 0780 de 2016³⁶ en su artículo 2.5.3.2.16 establece que el diseño, organización y documentación del proceso de referencia y contrarreferencia y la operación del sistema de referencia y contrarreferencia es obligación de las entidades responsables del pago de servicios de salud, quienes deberán disponer de una red de prestadores de servicios de salud que garanticen la disponibilidad y suficiencia de los servicios en todos los niveles de complejidad a su cargo, así como la disponibilidad de la red de transporte y comunicaciones.

2.2.5 Red de prestación de servicios de salud

La resolución 429 de 2016 la define como el conjunto articulado de prestadores de servicios de salud u organizaciones funcionales de servicios de salud, públicos y privados; ubicados en un ámbito territorial definido de acuerdo con las condiciones de operación del MIAS, con una organización funcional que comprende un componente primario y un componente complementario; bajo los principios de disponibilidad, aceptabilidad, accesibilidad y calidad al igual que los mecanismos

³⁶ MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. Decreto 0780 de 2016. Diario oficial 49865 de mayo de 2016.

requeridos para la operación y gestión de la prestación de servicios de salud, con el fin de garantizar el acceso y la atención oportuna, continua, integral, resolutive a la población, contando con los recursos humanos, técnicos, financieros y físicos para garantizar la gestión adecuada de la atención, así como de los resultados en salud³⁷.

2.2.6 Norma técnica de atención de partos

La norma técnica de atención de partos se define como el conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones, para la asistencia de las mujeres gestantes en los procesos fisiológicos y dinámicos del trabajo de parto, expulsión del feto vivo o muerto, con 20 o más semanas de gestación, alumbramiento y puerperio inmediato. Tiene como propósito disminuir los riesgos de enfermedad y muerte de la mujer y del producto del embarazo y optimizar el pronóstico de los mismos a través de la oportuna y adecuada atención intrahospitalaria del parto³⁸.

Las beneficiarias de esta norma son todas las mujeres gestantes que se encuentran en trabajo de parto afiliadas a los regímenes contributivo y subsidiado. En la figura 1 se presenta el flujograma del proceso para la atención del parto establecido por el ministerio de salud nacional, y a continuación se describe los parámetros mínimos que deben considerar las instituciones de salud.

³⁷ MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL Resolución 429 de 2016. Diario Oficial No. 49.794 de 22 de febrero de 2016.

³⁸ MINISTERIO DE SALUD. Norma técnica para la atención del parto. Sf. En: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/3Atencion%20del%20Parto.pdf>

Figura 1. Flujograma de atención de partos.



Fuente: MINISTERIO DE SALUD. Norma técnica para la atención del parto

1.1 ADMISIÓN DE LA GESTANTE EN TRABAJO DE PARTO: Si la gestante tuvo control prenatal, solicitar y analizar los datos del carné materno.

1.1.1 Elaboración de la Historia Clínica completa

- Identificación
- Motivo de consulta y anamnesis:

- Fecha probable del parto - Iniciación de las contracciones - Percepción de movimientos fetales - Expulsión de tapón mucoso y ruptura de membranas. - Sangrado.
- Antecedentes: - Personales: Patológicos, quirúrgicos, alérgicos, ginecológicos, obstétricos y farmacológicos. – Familiares

1.1.2 Examen Físico

- Valoración del aspecto general, color de la piel, mucosas e hidratación
- Toma de signos vitales
- Revisión completa por sistemas
- Valoración del estado emocional
- Valoración obstétrica que analice la actividad uterina, las condiciones del cuello, la posición, situación y estación del feto.
- Fetocardia
- Tamaño del feto
- Número de fetos
- Estado de las membranas
- Pelvimetría

1.1.3 Solicitud de exámenes paraclínicos

- VDRL
- Hemoclasificación, si la gestante no tuvo control prenatal.

1.1.4 Identificación de factores de riesgo y condiciones patológicas

- Biológicos:
 - Primigestante adolescente (35 años) - Gran múltipara (Mas de 4 partos) - Historia obstétrica adversa - Antecedente de cirugía uterina (cesárea previa o miomectomía) - Edad gestacional no confiable o no confirmada - Ausencia de control prenatal - Edad gestacional pretérmino o prolongado - Paraclínicos o ecografías con hallazgos anormales - Fiebre - Hipertensión arterial - Edema o Anasarca - Disnea - Altura uterina mayor a 35 cm o menor a 30 cm - Embarazo múltiple - Taquicardia o bradicardia fetal - Distocia de presentación - Prolapso de cordón - Obstrucciones del canal del parto - Presencia de condiloma - Sangrado genital - Ruptura de membranas - Líquido amniótico meconiado.
- Psico-sociales

- Inicio tardío del control prenatal - Falta de apoyo social, familiar o del compañero - Tensión emocional - Alteraciones de la esfera mental. - Dificultades para el acceso a los servicios de salud.

Nota: La presencia de factores de riesgo condicionarán la necesidad de una remisión a un centro de mayor complejidad, si el momento del trabajo de parto lo permite. En la nota de referencia se deben consignar todos los datos de la historia clínica, los resultados de los exámenes paraclínicos y la causa de la remisión, asegurando su ingreso en el otro organismo de referencia.

Cabe señalar que las actividades realizadas en la fase de admisión deben permitir definir si la gestante se encuentra en verdadero trabajo de parto o si por el contrario, se halla aún en el preparto. Si la conclusión es que no se encuentra en trabajo de parto, es preciso evaluar las condiciones de accesibilidad de las mujeres al servicio y en consecuencia indicar deambulación y un nuevo examen, según criterio médico, en un período no superior a dos horas. En caso contrario se debe hospitalizar.

1.2 ATENCIÓN DEL PRIMER PERIODO DEL PARTO (DILATACIÓN Y BORRAMIENTO). Una vez decidida la hospitalización, se le explica a la gestante y a su acompañante la situación y el plan de trabajo. Debe hacerse énfasis en el apoyo psicológico a fin de tranquilizarla y obtener su colaboración. Posteriormente, se procede a efectuar las siguientes medidas:

- Canalizar vena periférica que permita, en caso necesario, la administración de cristaloides a chorro, preferiblemente Lactato de Ringer o Solución de Hartmann. Debe evitarse dextrosa en agua destilada, para prevenir la hipoglicemia del Recién Nacido.
- Tomar signos vitales a la madre cada hora: Frecuencia cardiaca, tensión arterial, frecuencia respiratoria.
- Iniciar el registro en la partograma y si se encuentra en fase activa, trazar la curva de alerta.
- • Evaluar la actividad uterina a través de la frecuencia, duración e intensidad de las contracciones y registrar los resultados en la partograma.
- Evaluar la fetocardia en reposo y postcontracción y registrarlas en la partograma.
- Realizar tacto vaginal de acuerdo con la indicación médica. Consignar en la partograma los hallazgos referentes a la dilatación, borramiento,

estación, estado de las membranas y variedad de presentación. Si las membranas están rotas, se debe evitar en lo posible el tacto vaginal.

Al alcanzar una estación de +2, la gestante debe trasladarse a la sala de partos para el nacimiento. El parto debe ser atendido por el médico y asistido por personal de enfermería.

1.3 ATENCIÓN DEL SEGUNDO PERIODO DEL PARTO (EXPULSIVO) El descenso y posterior encajamiento de la presentación, son fenómenos relativamente tardíos en relación con la dilatación cervical; esta circunstancia es particularmente válida en las primíparas más que en las multíparas. Por otro lado, estas últimas tienden a exhibir mayores velocidades de dilatación y descenso. Durante este período es de capital importancia el contacto visual y verbal con la gestante a fin de disminuir su ansiedad; así como la vigilancia estrecha de la fetocardia.

Inicialmente es preciso evaluar el estado de las membranas, si se encuentran íntegras, se procede a la amniotomía y al examen del líquido amniótico. El pujo voluntario sólo debe estimularse durante el expulsivo y en las contracciones. Si el líquido amniótico se encuentra meconiado y si no hay progresión del expulsivo, es necesario evaluar las condiciones para la remisión, si estas son favorables la gestante deberá ser remitida al nivel de mayor complejidad bajo cuidado médico.

Nota: La atención del recién nacido debe hacerse de acuerdo con la Norma Técnica para la Atención del Recién Nacido.

1.4 ATENCIÓN DEL ALUMBRAMIENTO. Generalmente la placenta se desprende de la pared uterina y se expulsa de manera espontánea. La atención en este período comprende: Esperar a que se presenten los signos de desprendimiento de la placenta para traccionar el cordón. Estos signos son:

- Contracción del fondo uterino
- Formación del globo de seguridad.
- Expulsión súbita de sangre por genitales.
- Descenso de la pinza señal (descenso del cordón umbilical).
- Reaparición de contracciones dolorosas.
- Palpación de la placenta en la vagina.
- Signo del pescador: tracción leve del cordón para valorar el descenso del fondo uterino si no ha ocurrido el desprendimiento.

- Signo del pistón: Tracción cefálica del segmento para valorar el ascenso del cordón cuando no ha ocurrido el desprendimiento.

1.5 ATENCIÓN DEL PUERPERIO INMEDIATO Este período comprende las dos primeras horas postparto. Durante éste, se producen la mayoría de hemorragias por lo cual es preciso vigilar la hemostasia uterina, teniendo en cuenta los siguientes aspectos:

- Signos vitales maternos
- Globo de seguridad
- Sangrado genital
- Episiotomía para descartar la formación de hematomas.

Si no se producen alteraciones en este período, la madre debe trasladarse al sector de alojamiento conjunto y allí se le instruirá y apoyará sobre la lactancia materna a libre demanda.

1.6 ATENCIÓN DURANTE EL PUERPERIO MEDIATO Este período comprende desde las primeras 2 hasta las 48 horas postparto. Las siguientes acciones deben incluirse durante este período, además de las acciones descritas en el puerperio inmediato:

- Vigilar y controlar la involución uterina y el aspecto de los loquios.
- Detectar tempranamente las complicaciones como hemorragia, infección puerperal, taquicardia, fiebre, taquipnea, subinvolución uterina, hipersensibilidad a la palpación uterina y loquios fétidos.
- Deambulación temprana.
- Alimentación adecuada a la madre

1.7 ATENCIÓN PARA LA SALIDA DE LA MADRE Y SU NEONATO. En esta fase es preciso dar información a la madre sobre:

- Medidas higiénicas para prevenir infección materna y del recién nacido.
- Signos de alarma de la madre: fiebre, sangrado genital abundante, dolor en hipogastrio y/o en área perineal, vómito, diarrea. En caso de presentarse alguno de ellos debe regresar a la institución.
- Importancia de la lactancia materna exclusiva
- Puericultura básica
- Alimentación balanceada adecuada para la madre.

- Informar, dar consejería y suministrar el método de planificación familiar elegido, de acuerdo con lo establecido en la Norma Técnica de Atención para Planificación familiar en Hombres y Mujeres.
- Inscribir al recién nacido en los programas de crecimiento y desarrollo y vacunación.
- Estimular el fortalecimiento de los vínculos afectivos, autoestima y autocuidado como factores protectores contra la violencia intrafamiliar.
- Entregar el registro de nacido vivo y promover que se haga el registro civil del recién nacido en forma inmediata.

2.2.7 Atributos de la Calidad en la Atención en Salud

Artículo 2.5.1.2.1 Decreto 780 de 2016³⁹. Características del SOGCS. Las acciones que desarrolle el SOGCS se orientarán a la mejora de los resultados de la atención en salud, centrados en el usuario, que van más allá de la verificación de la existencia de estructura o de la documentación de procesos los cuales solo constituyen prerrequisito para alcanzar los mencionados resultados. Para efectos de evaluar y mejorar la Calidad de la Atención de Salud, el SOGCS deberá cumplir con las siguientes características:

Accesibilidad: Posibilidad que tiene el Usuario para utilizar los servicios de salud.

Oportunidad: Posibilidad que tiene el Usuario de obtener los servicios que requiere sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud.

Seguridad: Conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodología que minimizan el riesgo de sufrir eventos adversos durante la atención.

Pertinencia: Garantía que los usuarios reciban los servicios que requieren.

Continuidad: Garantía que los usuarios reciben las intervenciones requeridas mediante la secuencia lógica y racional de actividades basadas en el conocimiento científico y sin interrupciones innecesarias.

Satisfacción del Usuario: Nivel del estado de ánimo del Usuario-Paciente y su familia al comparar la atención en salud con sus expectativas.

³⁹ MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. Decreto 0780 de 2016. Diario oficial 49865 de mayo de 2016.

2.3 MARCO NORMATIVO

<p>Constitución Política Colombiana</p>	<p>Artículo 49. Reafirma la competencia del Estado para reglamentar y organizar los niveles de atención en la prestación de los servicios de salud, de conformidad con los principios de universalidad, eficiencia y solidaridad. Así mismo en sus artículos 334 y 365, establece la facultad del Estado para mantener la regulación, control, y vigilancia del servicio de salud como servicio público.</p>
<p>Decreto 2759 de 1991</p>	<p>El Régimen de Referencia y contrarreferencia es de obligatorio cumplimiento para las entidades del subsector oficial señaladas en el artículo 5o., numeral 1, literales a), b) y c) de la Ley 10 de 1990, y para las del subsector privado con las cuales tenga el Estado contrato celebrado para la prestación de servicios de salud o que participen en las formas asociativas, dentro del proceso de integración funcional.</p> <p>Artículo 2o. De la definición. El régimen de Referencia y contrarreferencia, es el Conjunto de Normas Técnicas y Administrativas que permiten prestar adecuadamente al usuario el servicio de salud, según el nivel de atención y grado de complejidad de los organismos de salud con la debida oportunidad y eficacia. PARAGRAFO 1o. El régimen de Referencia y Contrarreferencia facilita el flujo de usuarios y elementos de ayuda diagnóstica, entre los organismos de salud y unidades familiares, de tal forma que se preste una atención en salud oportuna y eficaz. PARAGRAFO 2o. Se entiende por Referencia, el envío de usuarios o elementos de ayuda diagnóstica por parte de las unidades prestatarias de servicios de salud, a otras instituciones de salud para atención o complementación diagnóstica, que de acuerdo con el grado de complejidad den respuesta a las necesidades de salud.</p> <p>PARAGRAFO 3o. El régimen de Referencia y Contrarreferencia incluye las remisiones de usuarios o muestras biológicas, enviadas por los promotores de saneamiento, promotores de salud y otros agentes comunitarios tales como las parteras y los gestores de salud.</p>

	<p>Artículo 3o. De la finalidad. El régimen de Referencia y Contrarreferencia tiene como finalidad facilitar la atención oportuna e integral del usuario, el acceso universal de la población al nivel de tecnología que se requiera y propender por una racional utilización de los recursos institucionales.</p>
<p>Ley 100 de diciembre 3 de 1993</p>	<p>por la cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral, en sus disposiciones generales y como fundamento del sistema, especifica en el artículo 154, literal f que el Estado debe intervenir en la organización de los servicios de salud en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad.</p> <p>En el artículo 159 se les garantiza a los afiliados la atención de urgencias en todo el territorio nacional y la escogencia de las Instituciones Prestadoras de Servicios y de los profesionales entre las opciones que cada Entidad Promotora de Salud ofrezca dentro de su red de servicios.</p> <p>El artículo 162, Plan Obligatorio de Salud, Parágrafo 5, establece para la prestación de dichos servicios que todas las Entidades Promotoras de Salud establecerán un sistema de referencia y contrarreferencia para que el acceso a los servicios de alta complejidad se realice por el primer nivel de atención, excepto en los servicios de urgencias.</p> <p>El artículo 174 señala que le corresponde a los departamentos, distritos y municipios, las funciones de dirección y organización de los servicios de salud para garantizar la salud pública y la oferta de servicios de salud por instituciones públicas, por contratación de servicios o por el otorgamiento de subsidios a la demanda.</p>
<p>Decreto 2193 de 2004</p>	<p>Establecer las condiciones y procedimientos para disponer de información periódica y sistemática que permita realizar el seguimiento y evaluación de la gestión de las instituciones públicas prestadoras de servicios de salud y evaluación del estado de implementación y desarrollo de la política de prestación de servicios de salud y su impacto en el territorio nacional, las cuales serán de aplicación y obligatorio cumplimiento para las instituciones públicas prestadoras de servicios de salud y las direcciones departamentales, municipales y distritales de salud.</p>

Ley 1122 de 2007	Artículo 20 se garantiza a todos los colombianos la atención inicial de urgencias en cualquier IPS del país. Las EPS o las entidades territoriales responsables de la atención a la población pobre no cubierta por los subsidios a la demanda, no podrán negar la prestación y pago de servicios a las IPS que atiendan sus afiliados, cuando estén causados por este tipo de servicios, aún sin que medie contrato.
Decreto 4747 de 2007.	Artículo 3º se define el Sistema de referencia y contrarreferencia 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, en función de la organización de la red de prestación de servicios definida por la entidad responsable del pago. Artículo 17. Proceso de referencia y contrarreferencia. El diseño, organización y documentación del proceso de referencia y contrarreferencia y la operación del sistema de referencia y contrarreferencia es obligación de las entidades responsables del pago de servicios de salud, quienes deberán disponer de una red de prestadores de servicios de salud que garanticen la disponibilidad y suficiencia de los servicios en todos los niveles de complejidad a su cargo, así como la disponibilidad de la red de transporte y comunicaciones.
Ley 1438 de 2011	Artículo 63, numeral 6, en el cual uno de los criterios a considerar para la conformación de redes de prestadores de servicios de salud son los mecanismos efectivos del sistema de referencia y contrarreferencia para garantizar la integralidad y continuidad de la atención al usuario en los diferentes niveles de atención y escenarios intramurales y extramurales. Además, en su artículo 67 plantea la necesidad de reglamentar el sistema de emergencias médicas, modelo general integrado que comprende, entre otros los mecanismos para notificar las emergencias médicas, la prestación de servicios pre hospitalarios y de urgencias, las formas de transporte básico y medicalizado, la atención hospitalaria, el trabajo de los centros reguladores de

	urgencias y emergencias, los programas educacionales y los procesos de vigilancia.
Resolución 4331 de 2012	<p>Artículo 9. Los procesos de referencia y contrarreferencia de que trata el artículo 17 del Decreto 4747 de 2007, deberán efectuarse de conformidad con lo señalado en los Formatos Estándares de Referencia y Contrarreferencia de pacientes contenidos en los Anexos Técnicos Nos. 9 y 10 que hacen parte integral de la presente resolución. Cuando el servicio requerido deba ser prestado por otro prestador, el formato de referencia de pacientes contenido en el Anexo Técnico NO.9 que hace parte integral de la presente resolución, será suficiente como solicitud de autorización y reemplaza el Anexo Técnico NO.3 de la Resolución 3047 de 2008.</p> <p>Parágrafo 1. Cuando el paciente atendido en el servicio de urgencias u hospitalización, requiera remisión a otro prestador y no se obtenga respuesta por parte de la entidad responsable del pago, dicho prestador, deberá informar de ello al Centro Regulador de Urgencias, Emergencias y Desastres del respectivo ente territorial, o a quien haga sus veces, diligenciando el formato estandarizado de referencia contenido en el Anexo Técnico No. 9 que hace parte integral de la presente resolución.</p>
Resolución 6408 de 26 de diciembre de 2016	<p>Artículo 126. Transporte o traslados de pacientes. El Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC cubre el traslado acuático, aéreo y terrestre (en ambulancia básica o medicalizada) en los siguientes casos: 1 Movilización de pacientes con patología de urgencias desde el sitio de ocurrencia de la misma hasta una institución hospitalaria, incluyendo el servicio pre hospitalario y de apoyo terapéutico en unidades móviles. 2 entre IPS dentro del territorio nacional de los pacientes remitidos, teniendo en cuenta las limitaciones en la oferta de servicios de la institución en donde están siendo atendidos, que requieran de atención en un servicio no disponible en la institución remitora. Igualmente, para estos casos está cubierto el traslado en ambulancia en caso de contrarreferencia. El servicio de traslado cubrirá el medio de transporte disponible en el sitio geográfico donde se encuentre el paciente, con base en su estado de salud, el concepto del médico tratante y el destino</p>

	de la remisión, de conformidad con la normatividad vigente. Asimismo, se cubre el traslado en ambulancia del paciente remitido para atención domiciliaria si el médico así lo prescribe.
--	--

3. METODOLOGÍA

3.1 DISEÑO METODOLÓGICO

Estudio cuantitativo, que, de acuerdo a Hernández et al.,⁴⁰ usa la recolección de datos para probar hipótesis, con base en la medición numérica y el análisis estadístico, para establecer patrones de comportamiento. En este sentido busca revisar la pertinencia de las remisiones en la atención de partos en la institución objeto de estudio, identificando aspectos que indiquen o no el cumplimiento a la norma técnica de atención de parto y cómo se ve afectado financieramente el servicio en las posibles remisiones no pertinentes.

De tipo descriptivo, cuyos datos serán utilizados con finalidad puramente descriptiva, no enfocados a una presunta relación causa-efecto. Retrospectivo ya que los datos se obtienen de archivos o de lo que los auditores del proceso refieren.

3.2 UNIVERSO DE ESTUDIO

3.2.1 Población

El universo poblacional lo constituyen todas las remisiones en la atención de partos de la ESE Centro 1, punto de atención Piendamó durante todo el 2018 (219) y el primer semestre de 2019 (119), es decir, 338.

3.2.2 Muestra

Muestreo aleatorio simple, empleando la siguiente muestra:
Tamaño de la muestra:

$$\frac{\frac{z^2 \times p(1-p)}{e^2}}{1 + \left(\frac{z^2 \times p(1-p)}{e^2 N} \right)}$$

N = tamaño de la población (338)

e = margen de error (porcentaje expresado con decimales) (0,05)

⁴⁰ HERNÁNDEZ Sampieri, Roberto; et al. Metodología de la Investigación. 2ª. ed. McGraw-Hill. México, D.F., 2001.

z = puntuación z . La puntuación z es la cantidad de desviaciones estándar que una proporción determinada se aleja de la media. (1,96)

p es la variabilidad positiva (0,5)

q es la variabilidad negativa (0,5)

De esta manera se obtuvo un total de 181 remisiones que harán parte del estudio.

3.2.2.1 Criterios de inclusión

- Remisiones del servicio de parto realizadas entre enero de 2018 y junio de 2019.
- Remisiones que cuenten con formatos de referencia.

3.2.2.2 Criterios de exclusión

- Se excluirán del estudio las remisiones con formatos de referencia que no tengan la documentación completa o que se encuentren diligenciados parcialmente.

3.3 INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

La información acerca de las características del sistema de referencia de la ESE Centro 1, punto de atención Piendamó en función de su estructura y procesos se obtendrán de una revisión de documentos institucionales.

Para evaluar la adherencia a la norma técnica existente de atención de parto se realizará una lista de chequeo en la cual se consignarán los pasos/ actividades a seguir determinadas por el Ministerio de Salud Nacional y se calificará su cumplimiento o no considerando la documentación anexa a cada remisión (Anexo 1).

Para estimar la repercusión financiera de las posibles remisiones no pertinentes del servicio de atención de parto, se analizará las cifras financieras del servicio en la atención de partos teniendo en cuenta los reportes de la Resolución 2193 y Medio magnético suministrado por Contabilidad de la ESE.

3.4 PLAN DE ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Los datos cualitativos se tabularán en el software Epi Info versión libre.

Los datos obtenidos del de la lista de chequeo serán registrados y tabulados mediante una hoja de cálculo de Microsoft Excel. Los datos se presentarán en tablas

de distribución de frecuencias; se determinarán la frecuencia absoluta y relativa a las variables cualitativas.

Para analizar las cifras financieras del servicio en la atención de partos se revisará la información de producción esbozada en los reportes de la resolución 2193, haciendo una comparación gráfica con periodos anteriores y estableciendo el porcentaje de cumplimiento de las metas establecidas en el servicio.

3.5 CONSIDERACIONES ÉTICAS

El estudio se realizará con fuentes secundarias, proveniente de la base de datos del servicio de partos de los meses de enero a marzo de 2019 del punto de atención de Piendamó. Para el acceso y auditoría de los registros de las remisiones se obtuvo formalmente la autorización del gerente de la ESE Centro 1 a la que pertenece dicho punto de atención. Por lo anterior se considera una investigación de riesgo mínimo.

El manejo de los datos de todos los participantes se realizará bajo las normas éticas estipuladas en la Declaración de los Derechos Humanos, el Comité Internacional de Bioética de la UNESCO y en la resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud Pública de Colombia ⁴¹. Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud:

- Prevalecerá el criterio de respeto a la dignidad y a la protección de sus derechos y su bienestar.
- Se protegerá la privacidad del individuo o de los datos.
- Es una investigación de riesgo mínimo, donde se utilizarán datos secundarios para su posterior análisis.
- La información obtenida de los participantes guardará estricta confidencialidad, solo los investigadores principales tendrán acceso a las bases de datos. A fin de mantener la confidencialidad de datos y proteger la identidad de los sujetos parte del estudio, se asignará un código alfanumérico a los datos registrados, asimismo, en ningún momento se utilizará los nombres, apellidos e identificación de las mujeres participantes.

⁴¹ COLOMBIA. Congreso de Colombia. Resolución nº 008430 de 1993 (título V): normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Bogotá. 1993.

3.6 VARIABLES

Tabla 1. Operacionalización de las variables de medición

Nombre	Valor asignado	Naturaleza	Clase	Fuente de datos
Anamnesis adecuada y suficiente	Si/No	Cualitativa	Nominal	Lista de chequeo
Examen Físico adecuado y suficiente	Si/No	Cualitativa	Nominal	Lista de chequeo
Solicitud de exámenes paraclínicos <ul style="list-style-type: none">• VDRL• Hemoclasificación, si la gestante no tuvo control prenatal.	Si/No	Cualitativa	Nominal	Lista de chequeo
Presencia de factores de riesgo y condiciones patológicas	Si/No	Cualitativa	Nominal	Lista de chequeo
Remisión pertinente	Si/No	Cualitativa	Nominal	Lista de chequeo

Fuente: elaboración propia.

4. RESULTADOS Y ANÁLISIS

4.1 CARACTERIZACIÓN DEL SISTEMA DE REFERENCIA DE LA ESE CENTRO 1, PUNTO DE ATENCIÓN PIENDAMÓ.

Al revisar el Sistema de Referencia del Punto de Atención de Piendamó con base a su estructura y procesos se identificó que actualmente cuenta con:

4.1.1 Recurso humano:

- Coordinador del proceso
- 3 jefes de enfermería
- 5 auxiliares de enfermería
- 2 técnicos administrativos
- 3 auxiliares de enfermería que cubren la ambulancia
- 3 conductores de la ambulancia.

4.1.2 Recurso físico:

- Dos ambulancias de transporte asistencial básico
- 7 computadores para los procesos de referencia, ayudas diagnósticas, contrarreferencias, traslados y la coordinación del centro.

4.1.3 Jornada laboral:

El personal del Sistema de Referencia cuenta con turnos de trabajo que cubren las 24 horas del día, todos los días de la semana.

4.1.4 Registro de la información:

Para el sistema de referencia de la institución se cuenta con un software desarrollado por los ingenieros de sistema de la ESE Centro 1, el cual tiene una plataforma que se articula al programa de historia clínica electrónica y con los programas para cada uno de los subprocesos del sistema.

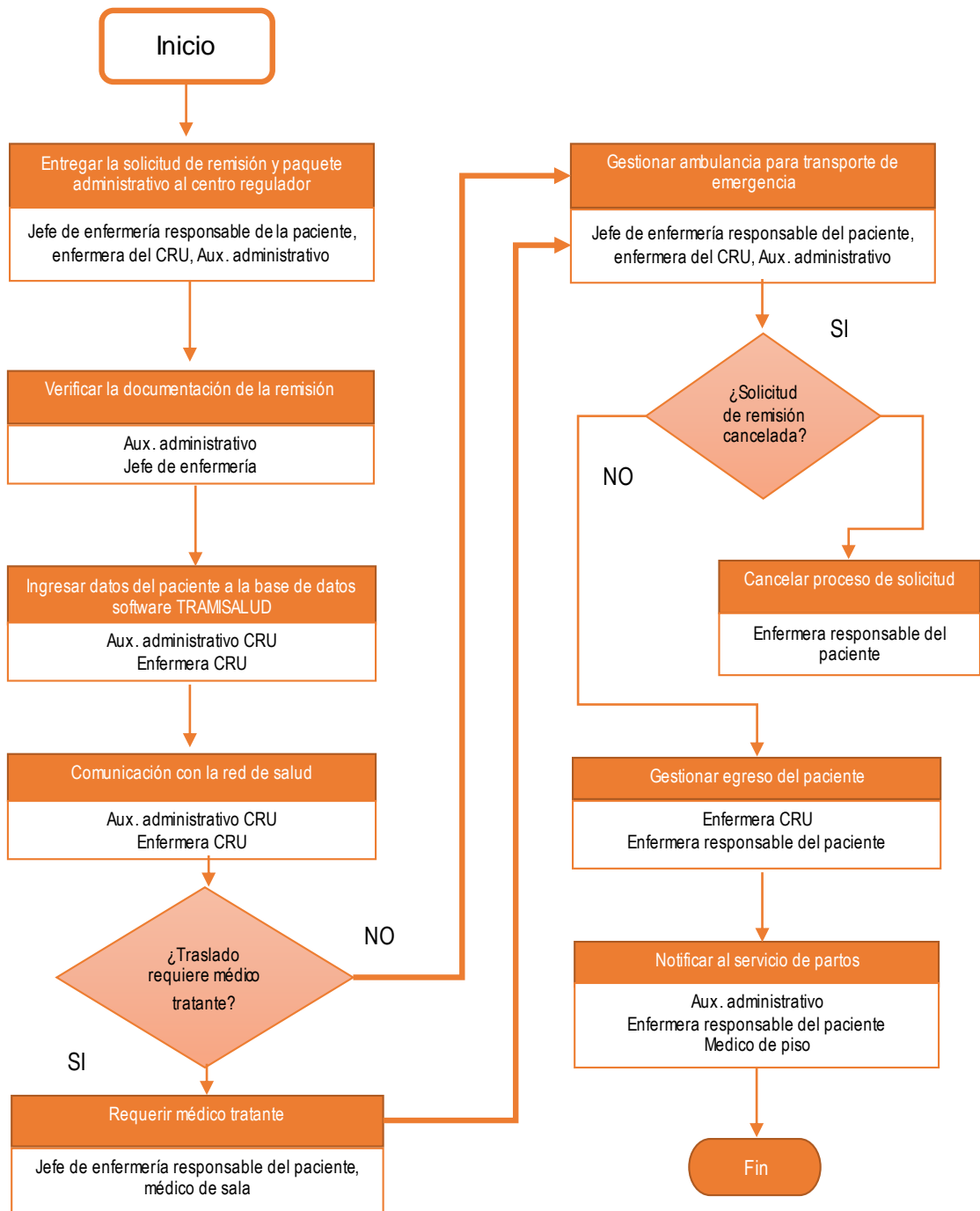
4.1.5 Estructura del proceso del sistema de referencia

El proceso de referencia cumple con las siguientes fases:

1. El médico tratante hace el registro del Anexo Técnico 9 de la resolución 4331 de 2012 (véase anexo B), aclarando de manera específica la solicitud el cual además debe contener la historia clínica del paciente.
2. Se realiza la verificación de derechos del usuario v telefónica, es decir, se consulta el estado de afiliación del paciente en las bases de datos del FOSYGA, SISBEN o de la EPS a la que pertenece la usuaria.
3. Se realiza la solicitud a la EPS que asegura a la usuaria través de correo electrónico institucional o por facsímil adjuntando el registro del Anexo Técnico 9.
4. El asegurador direcciona la solicitud dentro de su red de atención con las clínicas o IPS que cuentan con el servicio de obstetricia o el que requiera la embarazada.
5. Una vez se define su aceptación, se solicita un código del proceso al asegurador para el traslado en la ambulancia.
6. Se imprime y se entrega a la enfermera auxiliar responsable del traslado.
7. Se realiza el traslado.
8. Se realiza el egreso de la paciente y se egresa del sistema.

A continuación, la figura 2 muestra el flujograma del subproceso de remisión.

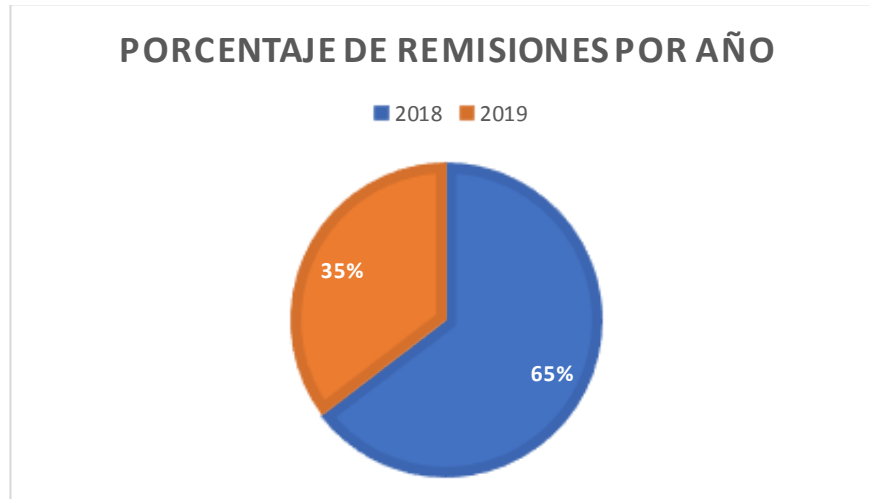
Figura 2. Subproceso de remisión atención a parto.



Fuente: Autores con información institucional

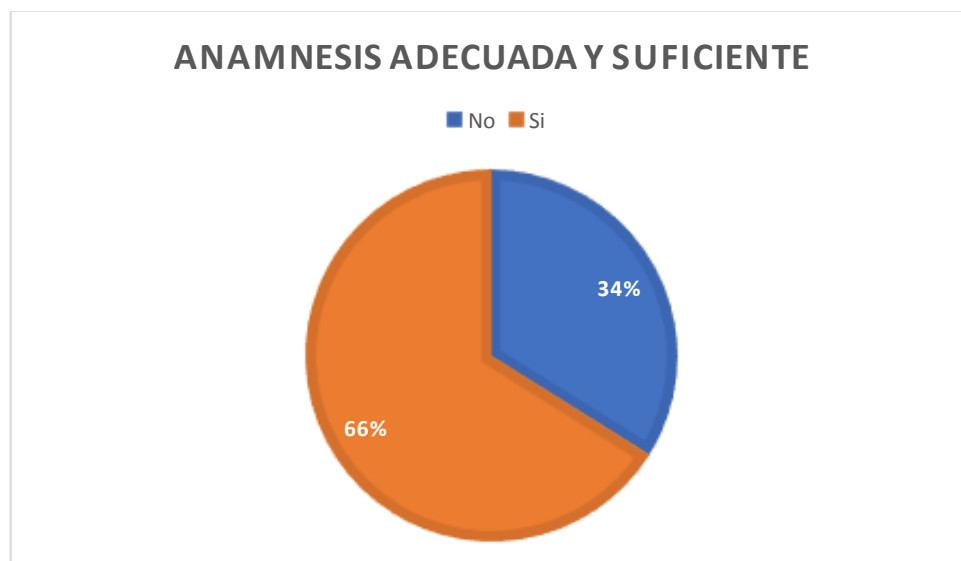
4.2 EVALUACIÓN DE LA ADHERENCIA A LA NORMA TÉCNICA EXISTENTE DE ATENCIÓN DE PARTO (LAS REMISIONES DE ATENCIONES DE PARTO CONTRA)

Gráfica 1. Distribución de la pertinencia de las remisiones por año



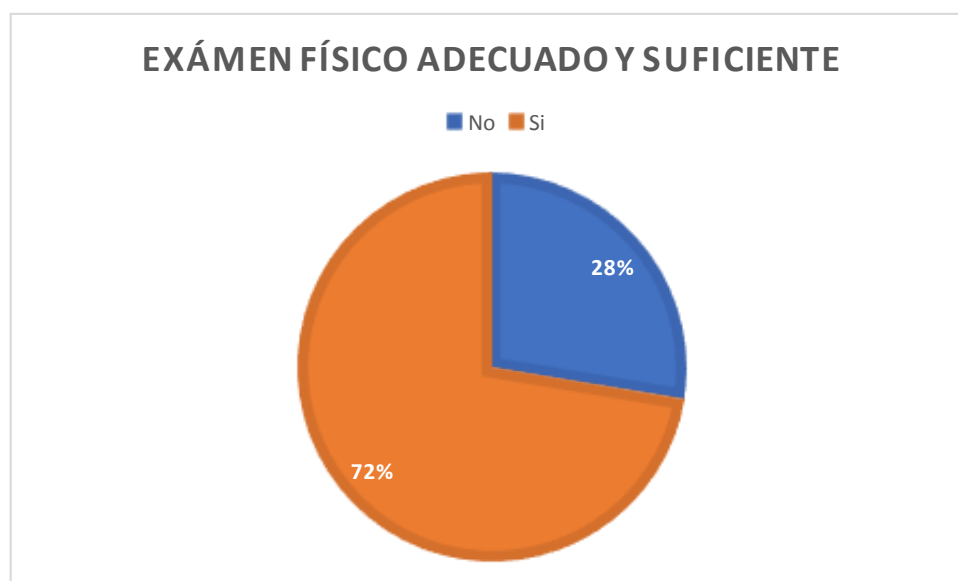
De acuerdo a la gráfica anterior, el 65% (n= 117) de las remisiones revisadas fueron del año 2018, el restante del 2019

Gráfica 2. Distribución según anamnesis de las historias clínicas



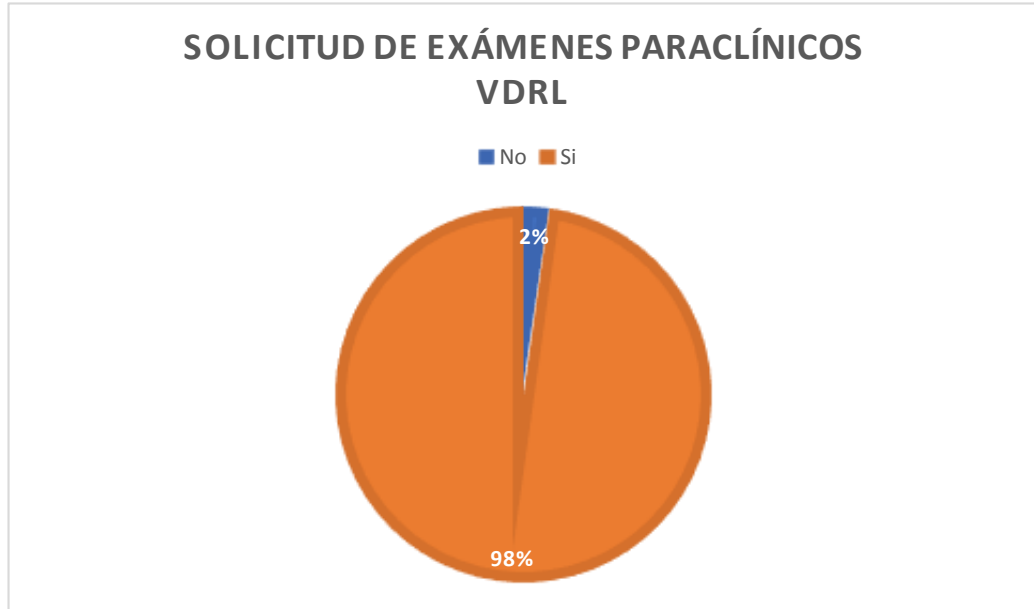
Del total de historias clínicas consultadas el 66% (n=120) tuvieron anamnesis adecuada y el porcentaje restante tuvieron un interrogatorio insuficiente. Sobre este aspecto, en algunas de las historias clínicas revisadas se omitían aspectos como la fecha probable del parto, la percepción de movimientos fetales por parte de la materna y la presencia de sangrado. Igualmente, algunas de estas historias clínicas insuficientes pasaban por alto antecedentes personales como presencia de patologías, alergias y contraindicaciones farmacológicas.

Gráfica 3. Distribución según examen físico de las historias clínicas



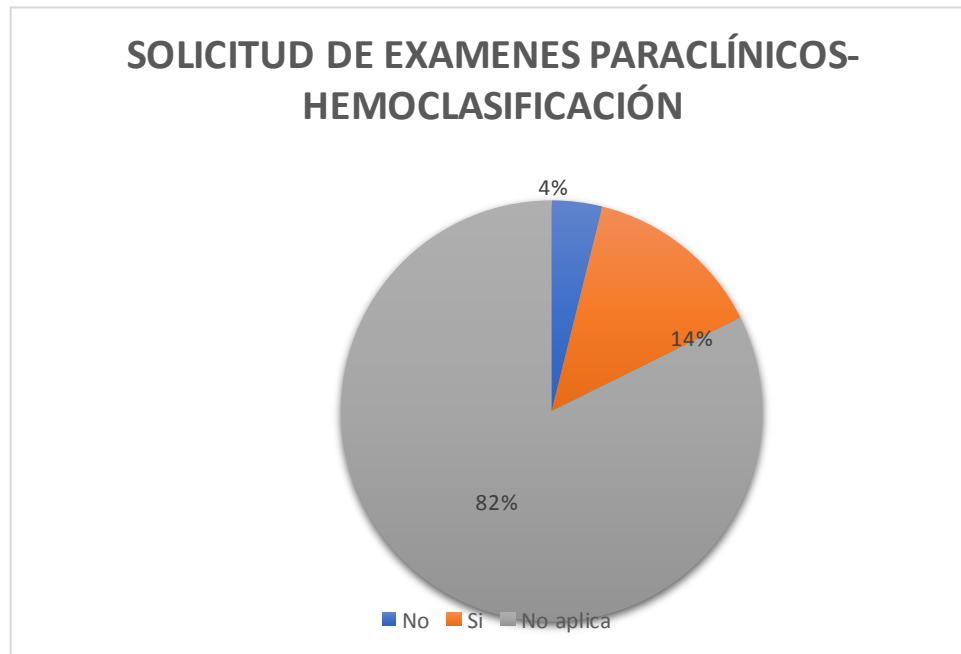
Del total de historias clínicas consultadas el 72% (n=131) contaron con examen físico completo y el porcentaje restante tuvieron una valoración insuficiente. Comúnmente entre las historias clínicas con un examen físico incompleto se omitieron aspectos como la valoración del estado emocional y del aspecto general, color de la piel, mucosas e hidratación de la gestante.

Gráfica 4. Distribución según solicitud de examen paraclínico-VDRL en las historias clínicas



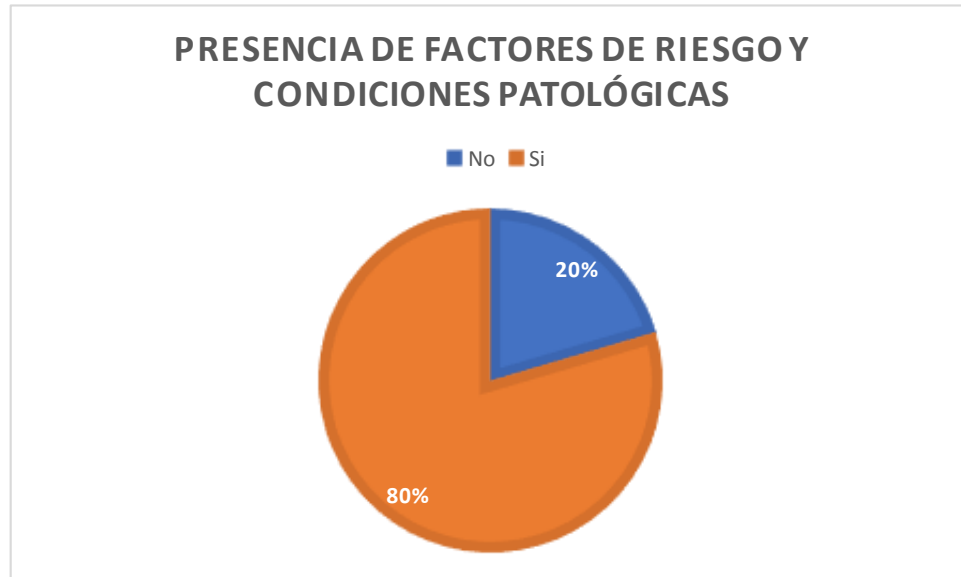
En sólo 4 (2%) de las historias clínicas revisadas el médico tratante no solicitó el examen de VDRL, el cual permite diagnosticar a las embarazadas portadoras de sífilis e instaurar tratamiento precoz. Este examen se solicita de manera obligatoria al primer control, luego a las 28 semanas y repitiéndose a las 32 semanas, una razón que puede explicar este aspecto es que estas dos gestantes no recibieron control prenatal.

Gráfica 5. Distribución según solicitud de examen paraclínico- Hemoclasificación en las historias clínicas



La realización del examen de hemoclasificación se identificó en 25 de las 32 historias clínicas de las pacientes quienes no recibieron control prenatal. Este análisis básico determina qué tipo de sangre tiene y cuál es su factor Rh, considerando que este último determina un papel importante en la salud del bebé. El ítem no aplica (82%) hace referencia a las gestantes en trabajo de parto con control prenatal a quienes no se les solicita el examen (n=149).

Gráfica 6. Distribución según presencia de factores psicosociales y enfermedades asociadas y propias de la gestación en las historias clínicas



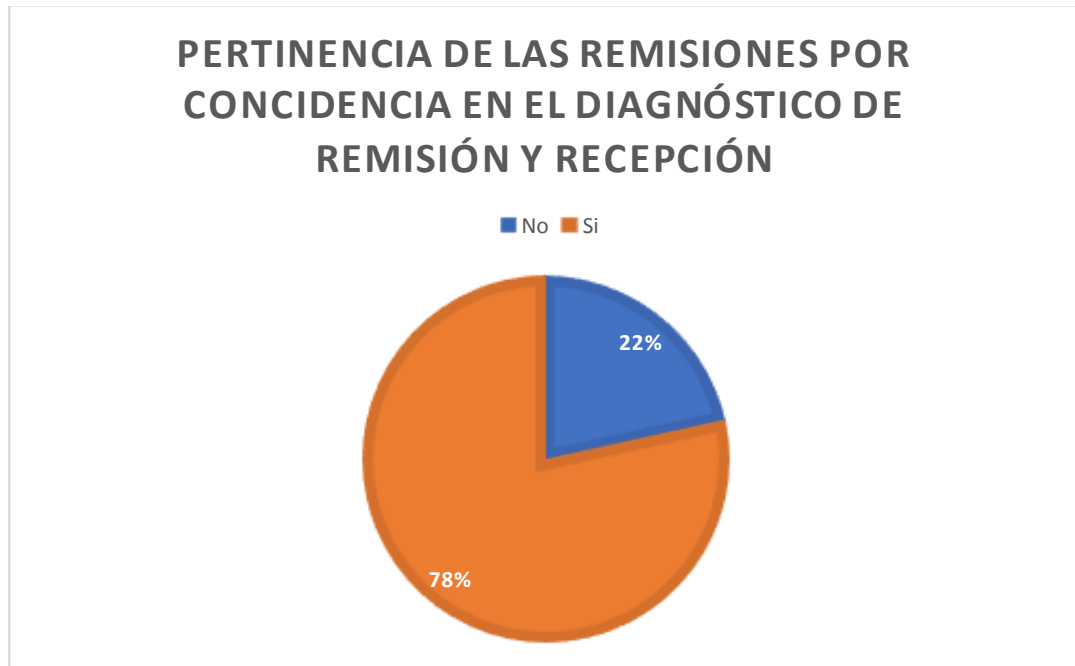
De las historias clínicas revisadas, en el 80% (n=144) se realizó la identificación adecuada de factores de riesgo psicosociales y condiciones patológicas en la gestante, frecuentemente se identificaron eventos como hipertensión arterial, edema o anasarca, altura uterina mayor a 35 cm o menor a 30 cm, sangrado genital, ruptura de membranas, ausencia de control prenatal, primigestante adolescente, inicio tardío del control prenatal y dificultades para el acceso a los servicios de salud.

El 20% restante no identifica ningún factor de riesgo, aspecto que condiciona la necesidad de una remisión a un centro de mayor complejidad, si el momento del trabajo de parto lo permite, ya que como lo manifiesta la resolución 2032 de 2018⁴² en caso de encontrar factores de riesgo biopsicosocial, enfermedades asociadas y propias de la gestación que impliquen manejo en el prestador complementario, se debe hacer la referencia y consignar en la historia clínica la causa de la remisión.

⁴² MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Resolución No. 3280 de 2018. Por medio de la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal y se establecen las directrices para su operación. DO 50.674. Bogotá DC.

4.3 PERTINENCIA DE LAS REMISIONES SEGÚN COINCIDENCIA ENTRE EL DIAGNÓSTICO DE REMISIÓN Y EL DIAGNOSTICO DE RECEPCIÓN DE LAS PACIENTES REMITIDAS

Gráfica 7. Distribución de la pertinencia de las remisiones según la coincidencia en el diagnóstico de la remisión y la recepción



La gráfica muestra que en el total de las remisiones estudiadas el 78% (n=142) de las pacientes remitidas existió coincidencia del diagnóstico de remisión inicial, con el diagnóstico de recepción o final de la remisión.

Tabla 2. Distribución de la causa de la remisión en las pacientes donde coincidió el diagnóstico de remisión con el de recepción

		Remisión pertinente (coincidencia del diagnóstico de remisión con el de recepción)				Total
		No		Si		
Causa de remisión	Se requiere actividad o procedimiento	4	2%	20	12%	24
	Se requiere ayudas diagnósticas de mayor complejidad	2	1%	22	13%	24
	Se requiere interconsulta	9	5%	20	12%	29
	Se requiere intervención quirúrgica-cesárea	14	8%	34	20%	48
	Se requiere tratamiento y valoración por especialista	7	4%	23	13%	30
	Se requiere UCI neonatal	3	2%	23	13%	26
		39	22%	142	82%	181

En la tabla anterior se muestra que la causa de remisión más solicitada fue la necesidad de una intervención quirúrgica (cesárea) (n=48). De las remisiones donde coincidió el diagnóstico de contra remisión o egreso con la remisión, en el 20 % la causa de remisión fue la intervención quirúrgica. No obstante, de las remisiones donde no coincidió el diagnóstico de recepción con la remisión, en el 8 % (n=14) de los casos la causa también fue la solicitud de intervención quirúrgica, seguido de solicitud de interconsulta (n=9) y requerimiento de tratamiento y valoración por especialista (4%, n=7).

Tabla 3. Distribución según remisión pertinente y anamnesis adecuada y suficiente

		Remisión pertinente				Total
		No		Si		
Anamnesis adecuada y suficiente	No	11	6%	50	28%	61
	Si	28	15%	92	51%	120
		39	22%	142	78%	181

De las historias clínicas con remisión pertinente (n=142), 92 tuvieron además anamnesis adecuada y suficiente. En las historias clínicas en las que hubo falla en cuanto a pertinencia de la remisión (n=39), 11 de ellas tuvieron una anamnesis insuficiente.

Tabla 4. Distribución según remisión pertinente y examen físico adecuado y suficiente

		Remisión pertinente				
		No		Si		Total
Examen físico adecuado y suficiente	No	18	10%	32	18%	50
	Si	21	12%	110	61%	131
		39	22%	142	78%	181

De las historias clínicas con remisión pertinente (n=142), 110 tuvieron además un examen físico adecuado y suficiente. En las historias clínicas en las que hubo falla en cuanto a pertinencia de la remisión (n=39), 18 de ellas tuvieron un examen físico insuficiente.

Tabla 5. Distribución según remisión pertinente y solicitud de exámenes paraclínicos- VDRL

		Remisión pertinente				
		No		Si		Total
Exámenes paraclínicos VDRL	No	4	2%	0	0%	4
	Si	35	20%	142	78%	177
		39	22%	142	89%	181

De las historias clínicas con remisión pertinente (n=142), todas tuvieron además la solicitud de exámenes paraclínicos, específicamente VDRL. En las historias clínicas en las que hubo falla en cuanto a pertinencia de la remisión (n=39), 4 de ellas no solicitaron este examen.

4.4 ESTIMACIÓN DE LA REPERCUSIÓN FINANCIERA DE LAS POSIBLES REMISIONES NO PERTINENTES DEL SERVICIO DE ATENCIÓN DE PARTO

Tabla 6. Distribución según remisión pertinente y solicitud de exámenes paraclínicos- VDRL

	Total Remisiones consultadas	No. Remisiones pertinentes	No. Remisiones no pertinentes	Tarifa SOAT Parto espontáneo	Costo remisiones no pertinentes (resultaron en parto espontáneo)
2018	117	91	26	\$ 800.000,00	\$20.800.000
2019	64	51	13	\$ 850.000,00	\$11.050.000
	181	142	39		\$31.850.000

En la tabla anterior se hace una estimación del costo de las remisiones no pertinentes identificadas en el estudio por cada año consultado, el costo total por los años consultados fue de cerca de 32 millones, correspondiente a \$20.800.000 del año 2018, costos que posiblemente dejó de percibir el punto de Atención de Piendamó ante una pertinente referencia de la paciente en trabajo de parto.

4.5 DISCUSIÓN

El estudio puso en manifiesto que el porcentaje de remisiones no pertinentes en el servicio de partos fue del 22%, estos valores son congruentes con los revelados en otras investigaciones como la desarrollada en la red adscrita de la Secretaría Distrital de Salud en la ciudad de Bogotá donde la no pertinencia fue del 20%⁴³; también el desarrollado por Bejarano y Rendon⁴⁴ en el Valle del Cauca quienes encontraron que la mayor parte de las remisiones en el departamento están justificadas (pertinencia, 89.6%, no pertinencia 10,4%) pero su direccionamiento es inadecuado, con un considerable volumen de enfermos que son remitidos desde el primer nivel directamente al tercer nivel (coherencia, 38.1%). Así mismo el estudio de Arango⁴⁵ desarrollado en Medellín con el fin de identificar el proceso de remisión de pacientes hacia y desde cuatro sedes regionales del departamento de Antioquia y causas que motivaron la remisión destacando la no pertinencia de este proceso en el 10,4% de los casos. Cabe señalar que la pertinencia general alude a la coincidencia entre los diagnósticos de remisión y recepción como en el presente estudio.

De las remisiones en las que coincidió el diagnóstico de remisión con el de recepción de la paciente, se debe destacar que la mayoría se motivó por el requerimiento de intervención quirúrgica (cesárea). Estos datos coinciden con el estudio de Sánchez y Piedrahita⁴⁶ que indican que las remisiones de embarazadas representan más del 18% de los casos, los cuales se originan por la necesidad de intervención quirúrgica ante el riesgo obstétrico de la madre que en la mayoría de los casos son menores de 19 años y requieren este procedimiento por desproporción céfalo pélvica.

No obstante, de las remisiones donde no coincidió el diagnóstico de recepción con la remisión, la intervención quirúrgica fue una de las causas. Sobre este aspecto,

⁴³ TAMAYO M, GÓMEZ L, ARIAS N, GIRÓN S, MATEUS J. Caracterización y evaluación de la pertinencia de las remisiones generadas en la red adscrita de la Secretaría Distrital de salud de Santa Fe de Bogotá. Resumen técnico, 2.000 [Internet]. Disponible en: www.saludcapital.gov.co/seccsalud/navleft/investigaciones/articulos/resumen33.doc

⁴⁴ RENDÓN F, BEJARANO M. Remisiones en el Valle del Cauca. Análisis y pautas para orientar la red de servicios, 2003 - 2004. Revista Colombia Médica 2005; 36: 23-28.

⁴⁵ ARANGO HCNMAS. Proceso de remisión de pacientes hacia y desde cuatro sedes regionales del departamento de Antioquia y causas que motivaron la remisión, años 1980 - 22 1981. Medellín: Facultad Nacional de Salud Pública, Antioquia; 1981.

⁴⁶ SÁNCHEZ, Germán y PIEDRAHITA, Carlos. Pertinencia de las remisiones y contra remisiones generadas en la red adscrita de servicios de salud de la ciudad de Manizales- Caldas durante el año 2013. Universidad Autónoma de Manizales. 2014

autores como Vásquez⁴⁷ expresan que, en los países latinoamericanos como Colombia, se presenta una derivación excesiva y en ocasiones no fundamentada de la operación cesárea, la cual, aunque debería ser una cirugía reservada únicamente a casos en los que el parto por vía vaginal sea riesgoso, en la actualidad se constituye como una alternativa que ya no toma de manera exclusiva y razonada el médico, sino que incluso es una opción que el mismo paciente elige. La OPS⁴⁸ advierte que, debido al mayor costo de este procedimiento, las tasas elevadas de cesáreas innecesarias pueden consumir recursos de otros servicios en los sistemas de salud de por sí ya sobrecargados y frágiles.

Sumado a ello, de las remisiones donde no coincidió el diagnóstico, también se identificaron causas como la valoración y tratamiento por especialista y la interconsulta. Para entidades de salud como Assbasalud⁴⁹ estos requerimientos innecesarios se deben a la poca capacidad resolutoria de los médicos de primer nivel a la hora de atender los partos, que terminan remitiéndolos al tercer nivel y complicando la atención de las maternas.

Por otra parte, al comparar la pertinencia de las remisiones con la adherencia a la norma técnica existente de atención de partos se identifican problemáticas claves entre el personal médico que no realiza de manera adecuada la anamnesis de la paciente, ni su examen físico, ni indaga aspectos básicos que se constituyen factores de riesgo, los cuales resultan sustanciales para apoyar la impresión diagnóstica que se tiene de la paciente y permite tomar una mejor decisión sobre la necesidad de una remisión a un centro de mayor complejidad. Estos resultados son similares a los esbozados por Baena y Cárdenas⁵⁰ quienes encontraron que evaluar sólo las historias clínicas en las que se consideró que la remisión era pertinente, se encontró un dato de 70.2% de anamnesis adecuada y aproximadamente 30% contenían un examen físico completo, lo que indica que un gran porcentaje de los usuarios no están siendo interrogado ni revisados de forma adecuada o completa, lo cual puede llevar a remisiones innecesarias.

Finalmente, el costo por las posibles remisiones no pertinentes ascendió a más de 30 millones. No hay un estudio comparable con este resultado, no obstante, al

⁴⁷ VÁZQUEZ Parra, J. C. Abuso de la operación cesárea y el principio de beneficencia. *Revista Latinoamericana de Bioética*, 2016; 16(1), 60-71. DOI: <http://dx.doi.org/10.18359/rlbi.1441>.

⁴⁸ OPS. La cesárea solo debería realizarse cuando sea médicamente necesaria. Ginebra/Washington, DC, 10 de abril de 2015 (OPS/OMS)-

⁴⁹ ASSBASALUD. Principales hallazgos prenatales y posnatales en mujeres embarazadas adolescentes y adultas cuyos partos fueron atendidos en la clínica san Cayetano de Assbasalud. Manizales: Assbasalud, Caldas; 209-2010.

⁵⁰ BAENA Martín Alberto CÁRDENAS, Jaime. *Op. Cit.*, p. 33

respecto Cárdenas y Baena⁵¹ argumentan que el costo de la no calidad en la remisión de los pacientes se traduce no sólo en insatisfacción sino también en la utilización excesiva de recursos, lo cual implica que el servicio deje recibir ingresos para su sostenibilidad, además de que se pueden dejar de atender otras necesidades, y las satisfechas podrían haberse hecho a un costo menor. Además, es imprescindible para el médico de la atención inmediata, diferenciar entre pacientes con y sin criterios de remisión, ya que cuando se equivoca, siempre hay consecuencias desfavorables y en muchas ocasiones, cuando se remite sin criterio, entorpece el trabajo de la entidad encargada de recepcionar la remisión, dada la dinámica con que se trabaja en los servicios de urgencia⁵².

⁵¹ *Ibid.*, p. 19

⁵² SÁNCHEZ, Germán y PIEDRAHITA, Carlos. *Óp. Cit.*, p. 32

CONCLUSIONES

El sistema de referencia de la ESE Centro 1 Punto de Atención Piendamó se encuentra conformado por recurso humano, físico y tecnológico que permite adelantar el proceso de remisión de las maternas en trabajo de parto sin contrariedades. No obstante, el sistema se podría mejorar con la identificación de indicadores de gestión que puedan ser de evaluación, control y mejoramiento al proceso, con el fin de tener información que permita medir, evaluar, realizar seguimiento y control a este con oportunidad evitando fallas, como, por ejemplo, en su pertinencia.

La evaluación de la adherencia a la norma técnica existente de atención de parto fue efectiva en la mayoría de los casos, no obstante, se debe resaltar que persiste un considerable porcentaje de anamnesis y exámenes físicos incompletos (que superan el 10%), los cuales son pilares sólidos indispensables para definir el diagnóstico de la gestante, lo cual da a lugar a que la pertinencia de la remisión no siempre sea necesaria. Lo anterior podría explicarse por el límite corto de tiempo asignado para cada consulta, o a otras razones como la importancia particular fijada por cada médico a estos registros, entre otros motivos. Sin embargo, los parámetros que componen la historia clínica, en especial en la población gestante, no pueden merecer un menor valor para establecer diagnósticos y conductas adecuadas, pues su relevancia está suficientemente demostrada en la literatura, por lo cual no se puede cuestionar.

Un alto porcentaje de las referencias evidenció coincidencia entre el diagnóstico inicial y final de las pacientes gestantes remitidas que es uno de los criterios de pertinencia. No obstante, el porcentaje no pertinente, que superó el 20%, se presentan por motivos como las solicitudes de interconsulta, valoración especializada o intervención quirúrgica urgente (cesárea) que se hubiesen podido solucionar con la presencia de un segundo nivel de atención en el municipio de Piendamó.

De esta manera, posiblemente el servicio de partos dejó de percibir alrededor de 30 millones de pesos por las remisiones no pertinentes durante el periodo de estudio, lo cual puede afectar de alguna manera su sostenibilidad financiera.

En la ESE Centro 1, Punto de Atención Piendamó, el sistema de referencia lo conforma recurso humano, físico y tecnológico capaz de responder satisfactoriamente a los requerimientos del proceso de remisión de las maternas en trabajo de parto. En cuanto a la evaluación de la adherencia a la norma técnica de atención de parto, alrededor de un tercio de las historias carecía de anamnesis suficiente y examen físico completo, mientras que la identificación adecuada de factores de riesgo psicosociales y condiciones patológicas en la gestante se llevó a cabo en el 80% de las historias. Finalmente, en alrededor del 78% de las historias clínicas de las pacientes remitidas existió coincidencia del diagnóstico de remisión inicial, con el diagnóstico de recepción o final de la remisión, indicando un alto porcentaje de pertinencia; no obstante, al realizar una estimación del costo de las remisiones no pertinentes el valor total por los años consultados fue de cerca de 32 millones.

RECOMENDACIONES

La misión de las instituciones prestadoras de servicios de salud es propender porque la atención de los pacientes sea oportuna, en este sentido, verificar la pertinencia en la atención en todos los servicios que ofrece es sustancial, ya que, además de contribuir con la sostenibilidad del sistema, permite brindar atenciones en salud que garanticen la calidad, seguridad y continuidad necesarias para los pacientes, por esto es importante que la ESE en su punto de atención implemente indicadores de medición, verificación, seguimiento y control al proceso de referencia, que se puede extender al de contrarreferencia, permitiendo el mejoramiento continuo institucional.

Es importante que se mantenga una actualización de las normas y procedimientos que faciliten el uso adecuado de las estrategias del sistema de referencia, para que se garantice el uso racional de los recursos del sistema de salud caucano.

El proceso de referencias o remisiones, es de suma importancia para el adecuado funcionamiento e interrelación entre los diferentes niveles de atención, de este modo, resulta crucial que las instituciones de salud, como el punto de atención de Piendamó, propendan por la puesta en marcha de acciones que mejoren y fortalezcan la eficiencia y pertinencia de dicho proceso, el cual debe estar determinado por una correcta evaluación de cada caso en particular, más cuando se trata de población prioritaria como son las gestantes, con el objetivo de remitir a la paciente cuando existan elementos o criterios que justifiquen dicho evento.

Para futuros estudios se sugiere evaluar la oportunidad en horas de recepción o recibo del remitido, la pertinencia en términos de necesidad, gravedad, oportunidad, disponibilidad de camas, sitio de la recepción de la remisión, que muestre estadísticas mucho más exhaustivas de este fenómeno presente en el primer nivel de atención.

Finalmente es importante resaltar que la institución verdaderamente se encuentra en mejoramiento continuo de la calidad de sus servicios, en especial en lo referente a la población gestante y perinatal, pues la información nunca fue blindada ni obstruida y permanentemente se obtuvo la documentación y apoyo institucional sin

el cual no hubiera sido posible la ejecución del presente estudio. En este sentido, se recomienda que investigaciones de este tipo se continúen en los demás servicios que ofrece el punto de atención permitiendo un proceso de mejoramiento continuo, con mediciones y control al proceso de referencias.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABURTO HERNÁNDEZ Citlalli. Evaluación del sistema de referencia y contrarreferencia de la atención obstétrica en el hospital general del altiplano, de Apan Hidalgo 2016 [tesis maestría en salud pública]. Instituto Nacional de Salud Pública. México, 2016
- ACOSTA, Ricardo. Evaluación del sistema de referencia y contrarreferencia de la Clínica Cartagena del Mar SA durante el año 2010. [Tesis especialización gerencia en salud]. Universidad de Cartagena, Colombia, 2011.
- ARANGO HCNMAS. Proceso de remisión de pacientes hacia y desde cuatro sedes regionales del departamento de Antioquia y causas que motivaron la remisión, años 1980- 22 1981. Medellín: Facultad Nacional de Salud Pública, Antioquia; 1981.
- ARAQUE Barbosa Yolima; MEDINA Murcia Janneth; MORENO Mazo Sara; ARANGO Carlos. Diseño de una estrategia para reducir la demanda de atención medica de urgencias en el hospital militar central por pacientes adultos, usuarios del subsistema de salud de las fuerzas militares, con patologías de baja complejidad. [Tesis especialización en gerencia en servicios de salud]. Universidad Sergio Arboleda Bogotá, 2014
- ASSBASALUD. Principales hallazgos prenatales y posnatales en mujeres embarazadas adolescentes y adultas cuyos partos fueron atendidos en la clínica san Cayetano de Assbasalud. Manizales: Assbasalud, Caldas; 209-2010
- BAENA Martín Alberto CÁRDENAS, Jaime. Fallas de pertinencia en remisiones en la atención médica de afiliados a SUSALUD, asignados a las IPS'S de COMFAMA. Arjona [Tesis grado en Medicina]. Universidad CES, Colombia, 2008.
- BAGANET, Y. et al. Atención primaria: Interconsultas y Remisiones. "Por alcanzar mayor eficiencia y calidad en los servicios y aumentar la satisfacción de la población. Especialista de 1er Grado en Periodoncia Clínica Estomatológica "Ana Betancourt" 2015.
- BAZÁN. Giuliana Del Carmen. Eficacia del proceso de referencias en consulta externa Policlínico Barranco ESSALUD, 2015 [Tesis maestría en gerencia de servicios de salud]. Universidad San Martín de Porres, Perú,
- BUSTAMANTE, R. Remision de pacientes en una unidad regional de salud, Colombia. Bol OfSanit Panam 99(I), 1985
- CARABALLO Alfredo José. Referencia y movilización de pacientes referidas, Unidad de Admisión y Emergencia Maternidad Concepción Palacios. [Tesis Especialista en gerencia de servicios asistenciales de salud]. Universidad Católica Andrés Bello, Venezuela, 2006

- CONGRESO DE COLOMBIA. Decreto Ley 1298 de 1994. Diario Oficial No. 41.402, del 22 de junio de 1994
- CONGRESO DE COLOMBIA. Ley 1438 de 2011. Diario Oficial No. 47.957 de 19 de enero de 2011.
- CONTRERAS BALADA, N. et al. Análisis de las derivaciones a la Atención Especializada desde la consulta de Atención Primaria. Rev Pediatr Aten Primaria [online]. 2015, vol.17, n.65 [citado 2019-06-01], pp. e13-e20.
- GARCÍA Carlos; RIVERO René; Rivero Rafael; NIETO Raúl. Efectividad del proceso de remisiones médicas en servicios de urgencia. Hospital Provincial. Cienfuegos, Cuba, 2004.
- GREENWOOD-LEE J, JEWETT L, WOODHOUSE L, MARSHALL DA. A categorization of problems and solutions to improve patient referrals from primary to specialty care. BMC Health Serv Res. 2018;18(1):986. Published 2018 Dec 20. doi:10.1186/s12913-018-3745-y
- HARRINGTON JT, WALSH MB. Pre-appointment management of new patient referrals in rheumatology: a key strategy for improving health care delivery. 2001 jun;45(3):295-300
- MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Decreto 2759 de 1991. (diciembre 11). Bogotá. Diario Oficial No. 40.218, del 12 de diciembre de 1991
- MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Norma Técnica de Atención del Parto. BOGOTÁ. EN: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/3Atencion%20del%20Parto.pdf>
- MÚNERA Hernán Darío; PIEDRAHITA Manuel Esteban. Evaluación de la baja adherencia a guías medicas implementadas en el ESE hospital San Vicente de Paúl de Caldas Antioquia primer semestre 2008. Universidad de Antioquia. Medellín 2008
- OPS. La cesárea solo debería realizarse cuando sea medicamente necesaria. Ginebra/Washington, DC, 10 de abril de 2015 (OPS/OMS)-
- PARDO, Laura et al. Sistema de referencia-contrarreferencia en pediatría Análisis de la situación en el Hospital Pediátrico del Centro Hospitalario Pereira Rossell. Rev. Méd. Urug., Montevideo, v. 24, n. 2, p. 69-82, jun. 2008. Disponible en http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-03902008000200002&lng=es&nrm=iso.
- PEÑAHERRERA, Teresa. Sistema de referencia y contrarreferencia en el servicio de emergencias de la maternidad Isidro Ayora en el período mayo - octubre del 2015 [Tesis Maestría en Gerencia de Servicios de Salud]. Universidad Regional Autónoma de los Andes, Ecuador, 2015.
- RAMÍREZ Erika; GUZMÁN Nirlis Viana. Evaluación del sistema de referencia y contrarreferencia en el servicio de urgencias de la empresa social del estado

hospital local Arjona [Tesis especialización gerencia en salud]. Universidad de Cartagena, Colombia, 2012.

- RENDÓN F, BEJARANO M. Remisiones en el Valle del Cauca. Análisis y pautas para orientar la red de servicios, 2003 - 2004. Revista Colombia Médica 2005; 36: 23-28.
- SÁNCHEZ, Germán y PIEDRAHITA, Carlos. Pertinencia de las remisiones y contra remisiones generadas en la red adscrita de servicios de salud de la ciudad de Manizales- Caldas durante el año 2013. Universidad Autónoma de Manizales. 2014
- SHEPHARD E, STOCKDALE C, MAY F, ET AL. E-referrals: improving the routine interspecialty inpatient referral system. BMJ Open Qual. 2018;7(3):e000249. Published 2018 Sep 28. doi:10.1136/bmj-2017-000249
- TAMAYO M, GÓMEZ L, ARIAS N, GIRÓN S, MATEUS J. Caracterización y evaluación de la pertinencia de las remisiones generadas en la red adscrita de la Secretaría Distrital de salud de Santa Fe de Bogotá. Resumen técnico, 2.000 [Internet]. Disponible en: www.saludcapital.gov.co/seccsalud/navleft/investigaciones/articulos/resumen33.doc
- VALDÉS T., MARRERO RODRÍGUEZ, F, AGUIRRE-JAIME, A. ¿Son inadecuadas las remisiones urgentes a cardiología desde atención primaria? SEMERGEN. 2010. Vol. 36. Núm. 8. páginas 419-484
- VÁZQUEZ Parra, J. C. Abuso de la operación cesárea y el principio de beneficencia. Revista Latinoamericana de Bioética, 2016; 16(1), 60-71. DOI: <http://dx.doi.org/10.18359/rlbi.1441>.
- WINPENNY EM, MIANI C, PITCHFORTH E, KING S, ROLAND M. Improving the effectiveness and efficiency of outpatient services: a scoping review of interventions at the primary-secondary care interface. J Health Serv Res Policy. 2017;22(1):53–64. doi:10.1177/1355819616648982

ANEXOS

Anexo A. Lista de chequeo

ADMISIÓN DE LA GESTANTE EN TRABAJO DE PARTO		
Aspecto	Si	No
Elaboración de la Historia Clínica completa		
• Identificación		
• Motivo de consulta y anamnesis - Fecha probable del parto - Iniciación de las contracciones - Percepción de movimientos fetales - Expulsión de tapón mucoso y ruptura de membranas. - Sangrado.		
• Antecedentes: - Personales: Patológicos, quirúrgicos, alérgicos, ginecológicos, obstétricos y farmacológicos. - Familiares.		
Examen Físico		
• Valoración del aspecto general, color de la piel, mucosas e hidratación		
• Toma de signos vitales		
• Revisión completa por sistemas		
• Valoración del estado emocional		
• Valoración obstétrica que analice la actividad uterina, las condiciones del cuello, la posición, situación y estación del feto.		
• Fetocardia		
• Tamaño del feto		
• Número de fetos		
• Estado de las membranas		
• Pelvimetría		
Solicitud de exámenes paraclínicos		
• VDRL		
• Hemoclasificación, si la gestante no tuvo control prenatal.		
Identificación de factores de riesgo y condiciones patológicas		
• Biológicos: <input type="checkbox"/> Primigestante adolescente (menor de 16 años) <input type="checkbox"/> Primigestante mayor (35 años) <input type="checkbox"/> Gran múltipara (Mas de 4 partos) <input type="checkbox"/> Historia obstétrica adversa		

<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Antecedente de cirugía uterina (cesárea previa o miomectomía) <input type="checkbox"/> Edad gestacional no confiable o no confirmada <input type="checkbox"/> Ausencia de control prenatal <input type="checkbox"/> Edad gestacional pretérmino o prolongado <input type="checkbox"/> Paraclínicos o ecografías con hallazgos anormales <input type="checkbox"/> Fiebre <input type="checkbox"/> Hipertensión arterial <input type="checkbox"/> Edema o Anasarca <input type="checkbox"/> Disnea <input type="checkbox"/> Altura uterina mayor a 35 cm o menor a 30 cm <input type="checkbox"/> Embarazo múltiple <input type="checkbox"/> Taquicardia o bradicardia fetal <input type="checkbox"/> Distocia de presentación <input type="checkbox"/> Prolapso de cordón <input type="checkbox"/> Obstrucciones del canal del parto <input type="checkbox"/> Presencia de condiloma <input type="checkbox"/> Sangrado genital <input type="checkbox"/> Ruptura de membranas <input type="checkbox"/> Líquido amniótico meconiado 		
<ul style="list-style-type: none"> • Psico-sociales <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Inicio tardío del control prenatal <input type="checkbox"/> Falta de apoyo social, familiar o del compañero <input type="checkbox"/> Tensión emocional - Alteraciones de la esfera mental. <input type="checkbox"/> Dificultades para el acceso a los servicios de salud. 		
<p>Nota: La presencia de factores de riesgo condicionarán la necesidad de una remisión a un centro de mayor complejidad, si el momento del trabajo de parto lo permite. En la nota de referencia se deben consignar todos los datos de la historia clínica, los resultados de los exámenes paraclínicos y la causa de la remisión, asegurando su ingreso en el otro organismo de referencia</p>		

Anexo B. Anexo técnico # 9 Formato estandarizado de referencia de pacientes

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL	
FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES	
Fecha:	Hora:
INFORMACION DEL PRESTADOR	
Nombre	
Código	
Dirección prestador:	
Teléfono:	Municipio:
indicativo	número
DATOS DEL PACIENTE	
Tipo Documento de identificación <input type="checkbox"/> Registro Civil <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Tarjeta de identidad <input type="checkbox"/> Adulto sin identificación <input type="checkbox"/> Cédula de ciudadanía <input type="checkbox"/> Menor sin identificación <input type="checkbox"/> Cédula de extranjería	
Número documento de identificación	
Fecha de Nacimiento	
Dirección de Residencia Habitual:	
Departamento:	
Municipio:	
Teléfono:	
ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO	
CÓDIGO:	
DATOS DE LA PERSONA RESPONSABLE DEL PACIENTE	
Tipo Documento de identificación <input type="checkbox"/> Registro Civil <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Tarjeta de identidad <input type="checkbox"/> Adulto sin identificación <input type="checkbox"/> Cédula de ciudadanía <input type="checkbox"/> Menor sin identificación <input type="checkbox"/> Cédula de extranjería	
Número documento de identificación	
Dirección de Residencia Habitual:	
Departamento:	
Municipio:	
Teléfono:	
PROFESIONAL QUE SOLICITA LA REFERENCIA Y SERVICIO AL CUAL SE REMITE	
Nombre:	
Teléfono:	
indicativo número extensión	
Servicio que solicita la referencia	
Teléfono celular:	
Servicio para el cual se solicita la referencia	
INFROMACION CLINICA RELEVANTE	
Diligencia en el orden indicado el resumen de anamnesis y examen físico, fechas y resultados de exámenes auxiliares de diagnóstico, resumen de la evolución, diagnóstico, complicaciones, tratamientos aplicados y motivos de remisión. Al finalizar, el profesional tratante debe firmar la solicitud de referencia y anotar su registro profesional.	