



ESCUELA DE POSGRADO
UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

“Relación del Sistema de Referencia y Contrareferencia con la Mortalidad
Materna del Hospital II 2 Tarapoto, 2017”

**TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE:
MAESTRO EN GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD**

AUTOR:

Br. Salvador Leninin Vigil Vásquez

ASESOR:

Mg. Keller Sánchez Dávila

LINEA DE INVESTIGACIÓN

Prestaciones asistenciales y gestión del riesgo en salud

TARAPOTO – PERÚ

2019

ESCUELA DE POSGRADO

DICTAMEN DE LA SUSTENTACIÓN DE TESIS PARA OBTENER EL GRADO DE MAESTRO EN GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD

El bachiller **Vigil Vásquez Salvador Leninin**, para obtener el Grado Académico de Maestro en Gestión de los Servicios de la Salud, ha sustentado la tesis titulada:

"Relación del Sistema de Referencia y Contrareferencia con la Mortalidad Materna del Hospital II 2 Tarapoto, 2017"

El Jurado evaluador emitió el dictamen de

APROBADO POR UNANIMIDAD (17)

Habiendo hecho las recomendaciones siguientes:

Dra. Nora Nieto Penadillo

-Presidente

Dr. Kieffer Segundo Bazán Vargas

- Secretario/a

Mg. Keller Sánchez Dávila

-Vocal

Tarapoto 14 de agosto 2018

Dedicatoria

Este trabajo va dedicado con todo mi amor a Dios y a mi madre, cónyuge e hijos por ser mi motivación e inspiración y por la paciencia que me tuvieron, porque todo lo que hago para seguir adelante es por ellos y quiero que vean en mí un ejemplo de superación.

Salvador.

Agradecimiento

Al Mg. Keller Sánchez Dávila, asesor de la tesis, por sus aportes significativos y conducción en la culminación del presente trabajo de investigación.

A mis padres y cónyuge por ser mi fortaleza en los momentos de debilidad y brindarme una vida llena de aprendizajes, experiencias y sobre todo felicidad.

A Dios porque cada día bendice mi vida con la hermosa oportunidad de estar y disfrutar al lado de las personas que sé que más me aman y que me apoyaron y creyeron en la realización de esta tesis.

Al personal de salud del Hospital II – 2 Tarapoto por facilitarme la información y contribuir con esta investigación.

El autor

DECLARACIÓN DE AUTORIA

Yo, Salvador Leninin Vigil Vásquez, estudiante de la Escuela de Posgrado de la Universidad César Vallejo, Filial Tarapoto, declaro que el trabajo académico titulado "Relación del sistema de referencia y contrareferencia con la mortalidad materna del Hospital II 2 Tarapoto, 2017", presentado en 79 folios para la obtención del grado académico de Maestro en Gestión de los Servicios de la Salud es de mi autoría.

Por tanto, declaro lo siguiente:

He mencionado todas las fuentes empleadas en el presente trabajo de investigación, identificando correctamente toda cita textual o de paráfrasis proveniente de otras fuentes, de acuerdo con lo establecido por las normas de elaboración de trabajos académicos. No he utilizado ninguna otra fuente distinta de aquellas expresamente señaladas en este trabajo.

Este trabajo de investigación no ha sido previamente presentado completa ni parcialmente para la obtención de otro grado académico o título profesional.

Soy consciente de que mi trabajo puede ser revisado electrónicamente en búsqueda de plagios. De encontrar uso de material intelectual ajeno sin el debido reconocimiento de su fuente o autor, me someto a las sanciones que determinan el procedimiento disciplinario.

Tarapoto, 01 de Noviembre del 2018



Br. Salvador Leninin Vigil Vásquez

DNI N°01156640

Presentación

Señores miembros del Jurado

Con el propósito de obtener el título de Maestría en Gestión de los Servicios de Salud, en cumplimiento con las normas vigentes establecidas por la Universidad Cesar Vallejo; pongo a su consideración la Tesis titulada: Relación del Sistema de Referencia y Contrareferencia con la Mortalidad Materna del Hospital II 2 Tarapoto, 2017”

La tesis fue trabajada en capítulos, iniciando con el capítulo I introducción donde se trata la realidad problemática, estudios previos, teorías relacionada al tema, así como la formulación del problema, justificación, hipótesis y objetivos.

En el capítulo II se trabajó, el diseño donde se aborda el diseño de estudio, las variables de estudio, la población y muestra, las técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad, finalmente, análisis de los datos y aspectos éticos. En el capítulo III se aborda los resultados obtenidos a partir del procesamiento de la estadística descriptiva e inferencial; en tanto en el capítulo IV se aborda la discusión de los resultados, en el capítulo V se aborda las conclusiones y finalmente el capítulo VI se hace referencia las recomendaciones.

El presente trabajo de investigación científica constituye mi primera experiencia, producto de mis estudios de maestría; por lo que dejo a su criterio, para poder llegar a la sustentación de la misma y su posterior aprobación.

Atentamente,

El Autor.

ÍNDICE

Dictamen de sustentación de tesis.....	ii
Dedicatoria	iii
Agradecimiento	iv
Declaratoria de autenticidad	v
Presentación	vi
Índice general	vii
Índice de tabla	ix
Índice de gráficos	x
RESUMEN	xi
ABSTRACT	xii
I. INTRODUCCIÓN.....	13
1.1. Realidad Problemática	13
1.2. Trabajos previos	16
1.3. Teorías relacionadas al tema	26
1.4. Formulación del problema	37
1.5. Justificación del estudio	37
1.6. Hipótesis.....	39
1.7. Objetivos	40
II. METODO.....	40
2.1. Diseño de investigación	40
2.2. Variables, Operacionalización	41
2.3. Población y muestra	44
2.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	45
2.5. Métodos de análisis de datos	47
2.6. Aspectos éticos	48
III. RESULTADOS	49
IV. DISCUSIÓN	54

V. CONCLUSIONES.....	57
VI. RECOMENDACIONES	58
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	59

ANEXOS

Anexo N° 1: Matriz de Consistencia

Anexo N° 2: Instrumento de recojo de información

Anexo N° 3: Validación de Instrumento

Anexo N° 4: Análisis de confiabilidad

Anexo N° 5: Constancia de autorización de la investigación

Anexo N° 6: Formulario de autorización de publicación electrónica

Anexo N° 7: Informe de originalidad

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Nivel de cumplimiento del sistema de referencia y contrareferencia del Hospital II 2 Tarapoto, 2017.....	49
Tabla 2. Tipo de muertes maternas con mayor frecuencia ocurridas en la referencia y contrarreferencia en el Hospital II 2 Tarapoto, 2017.....	50
Tabla 3. Relación del sistema de Referencia y contrareferencia con la Mortalidad materna en el Hospital II 2 Tarapoto, 2017.....	52
Tabla 4. Resultados Chi cuadrado de las variables.....	53

ÍNDICE DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1. Nivel de cumplimiento del sistema de referencia y contrareferencia del Hospital II 2 Tarapoto.....	49
Figura 2. Tipo de muertes maternas con mayor frecuencia ocurridas en la referencia y contrareferencia en el Hospital II 2 Tarapoto, 2017.....	51

RESUMEN

La presente investigación titulada: “Relación del Sistema de Referencia y Contrareferencia con la Mortalidad Materna del Hospital II 2 Tarapoto, 2017”. Planteándose como objetivo Determinar la relación del sistema de referencia y contrareferencia con la mortalidad materna del Hospital II 2 - Tarapoto, 2017. Asimismo, el estudio plantea como hipótesis Existe relación significativa entre el sistema de Referencia y Contrareferencia con la Mortalidad Materna del Hospital II 2 - Tarapoto, 2017. La investigación fue no experimental, cuantitativo, con un diseño de estudio descriptivo correlacional, la técnica fue análisis documental. El estudio tuvo como muestra 145 expedientes de referencia y contrareferencia. El instrumento empleado fue una ficha de recolección de datos. Entre los resultados destaca que de los 145 referencias contrareferencias revisadas, el 83,4% se realizó de manera regular, el 15,9% fue inadecuada y solo el 0,7% lo hizo adecuadamente, resaltando entre los datos menos considerados respecto a si el paciente recibe orientación del proceso de atención al ingresar al establecimiento. De los casos de muerte materna, el 70% fueron muerte materna directa y el 30,0% son muerte materna indirecta. El estudio concluye que no existe relación entre el sistema de referencia y contrareferencia con la mortalidad materna en el Hospital II-2 Tarapoto, 2017”, valor de significación asintótica (bilateral) de 0,436 es mayor al margen de error de 0,05. Se acepta la hipótesis nula (H_0).

Palabras clave: Sistema de referencia, mortalidad maternal.

ABSTRACT

The present investigation entitled: "Relationship of the Reference and Counter-reference System with Maternal Mortality of Hospital II 2 Tarapoto, 2017". The objective is to determine the relationship of the referral and counter-referral system with maternal mortality at the Hospital II 2 - Tarapoto, 2017. The study also proposes a hypothesis that there is a significant relationship between the Reference and Counter-referral system with the Maternal Mortality of the Hospital II 2 - Tarapoto, 2017. The research was non-experimental, quantitative, with a correlational descriptive study design. The study had 145 reference and counter reference files. The technique was documental analysis and the instrument used was a data collection form. Among the results, it should be noted that of the 145 references reviewed, 83.4% were performed regularly, 15.9% were inadequate and only 0.7% did it adequately, highlighting among the least considered data regarding whether The patient receives guidance from the care process when entering the establishment. Of the cases of maternal death, 70% were direct maternal deaths and 30.0% are indirect maternal deaths. The study concludes that there is no relationship between the referral and counter-referral system with maternal mortality in Hospital II-2 Tarapoto, 2017 ", asymptotic significance value (bilateral) of 0.436 is greater than the margin of error of 0.05. The null hypothesis (Ho) is accepted.

Keywords: Reference system, maternal mortality.

I. INTRODUCCIÓN.

1.1. Realidad problemática

La Organización de las Naciones Unidas (ONU), afirma que la mortalidad materna (MM) es un indicador sanitario de impacto social q nos permite evidenciar la exclusión, inequidad y el restringido acceso a los servicios sociales. En el año 2015, con el quinto objetivo de desarrollo del milenio "Mejorar la salud materna" se redujo en tres cuartas partes la razón de la MM ;sin embargo, aún este indicador sigue alto en los países en desarrollo.(ONU, 2015, p. 38).

Por su parte la Organización mundial de la salud (OMS, 2015) en su sinopsis "Evolución de la Mortalidad materna 1990 al 2015", indica para el periodo 1990 – 2015, que la razón de MM global disminuyó de 385 x 100,000 nv (nacidos vivos) a 216 x 100,000 nv.; equivalente a una reducción de 532,000 MM a 303,000 MM (p.2) . A pesar de esta considerable reducción considera que aún es inaceptable la razón de muerte materna en el mundo y debe ser priorizada en los objetivos de desarrollo sostenible (OMS, 2016, p. 01).

En América del Sur al 2015, el Perú ocupaba el sexto lugar de los 10 países considerados con la más alta mortalidad materna, solo superaba a Bolivia con 206 por 10⁵ n.v., Paraguay 132 por 10⁵ n.v, y Venezuela con 95 por 10⁵ n.v. Los países con menor RMM fueron: Chile 22 por 10⁵ n.v. y Uruguay 15 por 105 n.v. (OMS, 2015, p. 06-12).

Al evaluar la RMM en el Perú, esta se redujo de 251 por 10⁵ n. v. en 1990 a 68 por 10⁵ n. v en el 2015. En la región San Martín se presentaron 15 MM de las 415 MM que se registraron a nivel Nacional para el 2015 (MINSa, 2016, p. 67).

La ONU (2015), aprobó sus Objetivos para el Desarrollo sostenible al 2030, donde el tercer objetivo denominado " Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todas las edades", considera reducir la razón de MM en el mundo a menos de 70 por 100,000 nv, para garantizar que ningún país tenga una razón de MM superior al doble de la media mundial (OMS, 2016, p. 01). Como respuesta en el

Perú (2016), aprueba el Plan estratégico sectorial multianual (PESEM) del 2016 al 2021 donde se plantea reducir la RMM a menos de 70.0 (MINSA, 2016, p. 02).

Así mismo, el Perú en su programa presupuestal Salud Materno Neonatal con enfoque en resultados del 2017, elaboró un marco conceptual con nueve ejes de intervención, con el objetivo de reducir la morbimortalidad materna neonatal. Su cuarto eje contempla el acceso a la referencia y contrareferencia materna y neonatal según capacidad resolutoria; que está relacionado con la capacidad de respuesta del sistema de salud y permite la continuidad de atención de las gestantes y puerperas (MINSA, 2017, p. 13).

En respuesta a la necesidad de atender oportunamente las emergencias y urgencias en salud, el Ministerio de salud (MINSA), ha elaborado la NT N° 018 – 2004 MINSA / DGSP-V.01, denominada “ Sistema de referencia y contrareferencia(SRC) de los establecimientos de salud del Ministerio de salud(MINSA)”, con la finalidad de implementar en los diferentes establecimientos de salud un SRC que garantice la continuidad de la atención en los servicios de salud y contribuya a mejorar el estado de salud de la población entre otras (MINSA, 2004, p. 7, 21).

También para atender el problema de la morbimortalidad materna perinatal el MINSA promueve el fortalecimiento de las capacidades del personal de salud y de la disponibilidad de la calidad y uso de los establecimientos de salud para una referencia y contrareferencia con la finalidad que cumplan con las funciones obstétricas y neonatales (FON) aprobadas con RM. N° 223-2009/MINSA. Donde se contemplan actividades orientadas a la organización de la atención de las referencias y contrareferencias de las emergencias obstétricas y neonatales, en los diferentes niveles de los servicios de salud, garantizando así a la gestante, puérpera y recién nacido la continuidad, oportunidad y seguridad en su atención (MINSA, 2010, p. 9).

La Contrareferencia, muchas veces no se realiza conforme lo establecido en la norma, ya que el establecimiento de procedencia no comunica el envío de paciente al establecimiento de destino y dar el tiempo de preparar las condiciones necesarias

para la recepción del paciente, por ende no se realiza el seguimiento respectivo, y no se puede evitar complicaciones o daños en la madre y realmente contribuir a la reducción de la muerte materna, sin embargo existe otros factores como el cruce y escasa contrareferencia hacia los centros derivadores por la escasa dinámica de funcionamiento radiada ya que el escaso conocimiento de la disponibilidad de prestaciones de la red influye negativamente para actuar oportuna y eficientemente. Además se incluye el bajo conocimiento de la norma de referencia y contrareferencia por el personal de salud, los escasos recursos humanos, el escaso equipamiento, materiales e insumos que imposibilita el actuar, así como escasos medios de comunicación en lugares inaccesibles.

A nivel del Perú en el año 2017, la región San Martín ocupó el noveno lugar en muertes materna, alcanzando un valor absoluto de 18 muertes maternas, llegando a un porcentaje acumulado de 30%, siendo su principal causa de muerte materna la hemorragia obstétrica con un 35.5%, que se traduce en 54.5 muertes maternas ´por cada 100,000nv en el periodo 2007- 2011; en segundo lugar se presentan los trastornos hipertensivos en el embarazo, parto y puerperio. Según la tendencia de MM para el periodo 2012 – 2017, el menor valor fue en el 2016 (8 casos), sin embargo se incrementó para el 2017 a 17 casos. En su Hospital de referencia regional “Hospital II 2 MINSA de Tarapoto”, según el Reporte anual de servicios de salud materno perinatal de su oficina de Estadística en el 2013 ha presentado 09 MM, el 100% referidas de establecimientos de periferia (3 MM Directas y 6 MM Indirectas) en el 2014 hay 7 MM, el 70% referidas de establecimientos de periferia (05 MMD y 2 MM Indirectas) en el 2015 hay 5 MM, el 100% referidas de establecimientos de periferia (03 MMD y 2 MM Indirectas) en el 2016 hay 02 MM, el 100% referidas de establecimientos de periferia (02 MM Directas) en el 2017 hay 10MM, el 100% referidas de establecimientos de periferia (07 MMD y 3 MM Indirectas). Esta información nos permite ver que las mujeres que mueren en el Hospital de Tarapoto son referidas de los Establecimientos de salud de peri ferie, evaluando el sistema de referencia y contrareferencia podríamos ver la oportunidad y pertinencia con que fueron referidas. Esta situación afecta a la población de mujeres principalmente de la peri ferie y deja evidencia de la inequidad en salud y lo

inadecuado sistema de salud. (Ofic. Estad. E Informática – Hosp. II-2 Tarapoto, 2017)

En la Región San Martín permanentemente se ven afectados la población y el personal de salud que en los diferentes establecimientos porque ven limitada y/o complicada su labor asistencial ya que actualmente, sólo se cuenta con unas ambulancias como unidades móviles para el transporte de los pacientes que no permiten asistir médicamente al paciente en estado crítico, durante su traslado, especialmente a los grupos más vulnerables como son las madres gestantes y niños, con el riesgo de que se produzcan complicaciones en la morbilidad de los pacientes que deben ser trasladados a un establecimiento de referencia con capacidad resolutive necesaria para atenderla. (MINSA, 2003, p. 6).

Con la presente investigación se busca revertir la situación negativa que contribuyendo a disminuir el riesgo de pérdida de vida del paciente crítico durante el traslado como es el caso de las complicaciones maternas, al no contar con la asistencia médica, ni disponer de equipos mínimos que aseguren la atención. Además, el disminuir el riesgo de complicaciones se relaciona con los tiempos de traslado y la oportunidad de recibir asistencia médica y al no contar con los elementos de soporte y seguridad necesarios, generan complicaciones que a su vez ocasiona mayores costos de atención y demora de tratamiento de la morbilidad. Por lo tanto el presente trabajo de investigación busca establecer el grado de relación que existe entre el sistema de referencia y contrareferencia con la mortalidad materna en la región San Martín.

1.2. Trabajos previos

Internacionales

Soto, J. (2014), en su estudio titulado “Implementación de la Norma de Referencia y Contrareferencia en Obstetricia en los Hospitales Materno Infantiles del Sector Público de Salud, ciudad de la Paz y El Alto, Gestión 2014”, La Paz Bolivia, (Tesis de Posgrado), tuvo como objetivo implementar la norma de referencia y contrareferencia en el servicio de obstetricia en los hospitales materno infantiles del

sector público de salud, ciudad de La Paz y El Alto, gestión 2014, estudio de tipo descriptivo que partió de un diagnóstico situacional, como técnica se utilizó la revisión documentaria y como instrumento la ficha de recolección de datos cuya información fue recolectada del formulario de evaluación del sistema de referencia y contrareferencia aplicado al Hospital de La Mujer y los 6 Hospitales de 2do nivel de la ciudad de El Alto y La Paz, formularios de revisión de expedientes clínicos aplicados al Hospital de La Mujer, revisión de autopsias verbales solicitadas al SEDES de la Gestión 2012. Resultados, se encontró mejora de la gestión del sistema de referencia y contra referencia del hospital de la Mujer y los hospitales de segundo nivel; sistema de logística adecuado del sistema de referencia y contrareferencia de cada hospital de intervención; aun es necesario mejorar la calidad de información en los hospitales de intervención; es necesario fortalecer el sistema de referencia y contrareferencia en el hospital de la Mujer y los hospitales de segundo nivel. Conclusión, la gestión de la referencia y contrareferencia obstétrica demanda ser conducida por profesional competente que contribuya a fortalecer las competencias de los recursos humanos y desarrollar capacidad institucional para garantizar oportunidad y capacidad resolutive de los servicios de salud (p.1, 5, 43-44).

Stanford, M. (2017), en su tesis titulada “Relación entre los factores determinantes que inciden en la mortalidad materna del departamento de Córdoba - Colombia en los años 2008 al 2011” (Tesis para obtener grado de magister). El objetivo del estudio fue establecer la relación entre los factores determinantes que inciden en la Mortalidad Materna del Departamento de Córdoba en los años 2008 al 2011. Asimismo, la hipótesis planteada fue existe relación significativa entre los factores determinantes que inciden en la Mortalidad Materna del departamento de Córdoba en los años 2008 al 2011. La muestra empleada fue toda la población de las muertes maternas en el periodo indicado; es decir, se trabajó con una muestra censal de 107 muertes maternas. El tipo de estudio fue descriptivo, retrospectivo y correlacional. Diseño de investigación No experimental. El instrumento aplicado fue el formato del análisis de las demoras de OMS/OPS y La Autopsia Verbal. Entre sus resultados demuestran una relación directa y significativa entre las gestantes que no han tenido un reconocimiento del problema y no han identificado su factor de oportunidad (0.550 y $p= 0.000$). Igualmente, las gestantes que no han tenido un

reconocimiento del problema con un difícil acceso a la atención (0.661 y el valor $p=0.000$). De la misma manera las gestantes que no han tenido un reconocimiento del problema y recibieron una deficiente calidad de atención (0.645 y el valor $p=0.000$). Resaltando que los factores relacionados al sistema presentan mayor grado de correlación más elevado (0,70 a mas) en contraste con los relacionados a la gestante como reconocimiento del problema, oportunidad de decisión que también presentan correlación, en un grado de medio a moderado. El estudio concluyó que todas las demoras se correlacionan entre si las cuales inciden en la mortalidad materna y sobre todo los relacionados al sistema en un coeficiente más alto. (p. 07).

Moraga, S. (2017). En su tesis denominada “Caracterización de la mortalidad materna por hemorragia obstétrica. Análisis secundario situación de la mortalidad materna en Guatemala informe de país 2013. Guatemala 2017” (Tesis para el grado académico de magíster en Salud pública con énfasis en Epidemiología y Gerencia). El objetivo de estudio fue caracterizar la mortalidad materna por hemorragia (MMH) en Guatemala durante el año 2013, utilizando la información presentada en el Informe de país 2013 Situación de la Mortalidad Materna. La hipótesis no fue necesaria por ser un trabajo descriptivo. La muestra analizó 184 casos de mortalidad materna por hemorragia de un total de 389 muertes maternas directas identificadas en un total de 452 casos de muertes maternas directas e indirectas ocurridas durante el año 2013. El tipo de estudio es cuantitativa, el nivel de investigación es no experimental, el diseño de investigación es el descriptivo correlacional, el instrumento aplicado fue la base de datos de muertes maternas por hemorragia del Informe de país 2013, situación de la mortalidad materna. Entre sus resultados destaca que se identificó a la hemorragia como el 47 % en relación a las otras causas directas como causa de MM y como causa específica de este grupo se determinó que la Atonía uterina, fue la causa principal en el hospital público y la retención placentaria como causa de muerte en el domicilio. El estudio concluyó que la mortalidad materna por hemorragia es la causa principal de mortalidad materna en el país y puede hacer que una mujer muera en menos de dos horas sino recibe la atención adecuada. Los partos atendidos a nivel domiciliario y por personas sin calificación para hacerlo aumentan el riesgo del fallecimiento y cabe resaltar que esta causa de muerte materna es, absolutamente prevenible (p.7).

Gonzales, L. (2014). En su tesis denominada “Características de la atención hospitalaria y su relación con la morbilidad materna extrema en Medellín, Colombia”. El objetivo de estudio fue establecer si la morbilidad materna extrema (MME) se asocia con algunas características del acceso y la utilización de los servicios obstétricos de las gestantes participantes. Así mismo la hipótesis planteada fue existe relación entre las características de la atención hospitalaria y la morbilidad materna extrema. Como muestra se consideraron casos (n = 150) las pacientes obstétricas que durante el ingreso cumplían los criterios de MME establecidos por el sistema de vigilancia que se aplica en la ciudad. El tipo de estudio fue de casos y controles. El diseño de investigación no experimental. En cuanto al instrumento se tomó como base el modelo Camino para la supervivencia a la muerte materna de la OPS/OMS, CDC, FNUAP-LAC y Mother Care. Entre sus resultados destaca el porcentaje de embarazo no planificado en las mujeres estudiadas fue 57,6% y el retraso en la decisión de buscar atención, 32,0%. La etnia (OR = 1,8; IC95%: 1,0-2,9) y el retraso por deficiencias en la calidad de la atención prestada (OR = 8,3; IC95%: 5,0-13,7) fueron las variables que se encontraron asociadas con la MME. El estudio concluyó que mejorar la efectividad y calidad de los programas de planificación familiar, control prenatal y atención obstétrica hospitalaria pudiera contribuir a reducir los casos evitables de MME (p. 1).

Nacionales

Palomino, M. & Ramos, J. (2014), en su tesis titulada “Manejo de las referencias y contrareferencias de las pacientes obstétricas atendidas en el Centro de Salud de Anta Cusco 2014”, Cusco Perú, (tesis de pregrado para optar el título) el objetivo fue determinar el manejo de las referencias y contrareferencias de las pacientes obstétricas atendidas en el Centro de Salud Anta, Cusco 2014, estudio de tipo retrospectivo, metodología cuantitativa y de alcance descriptivo; se utilizó como técnica la revisión documentaria y como instrumento la ficha de recolección de datos, los datos fueron tomados de las historias clínicas de las pacientes que fueron referidas a un establecimiento de mayor capacidad resolutive y contrareferidas al establecimiento de origen. En los resultados, se identificó, que en un 36% las

pacientes son referidas por Hipertensión Inducida por la Gestación, por lo que en un 79% son referidas hacia emergencia. Con respecto a la contrareferencia se obtuvo que en el 70% no llegan los formatos hacia el Centro de Salud. Conclusión, no existe un buen manejo de referencias y contrareferencias en el Centro de Salud de Anta (p. 1, 8).

Mendoza, A. (2017), en su estudio “Capacidad resolutive de los establecimientos de salud y el sistema de referencia y contrareferencia de la Microred de Ascensión Huancavelica 2016”, Perú. El objetivo fue determinar la relación entre la capacidad resolutive de los establecimientos de salud y el sistema de referencia y contrareferencia de la Microred de Ascensión Huancavelica 2016. La investigación fue básica, de nivel no experimental, diseño descriptiva y correlacional, de corte transversal, la población se conformó por todos los profesionales del servicio de emergencia (84), entre médicos, obstetras, enfermeros y otros, la técnica fue la revisión documentaria y el instrumento la lista de cotejo de capacidad resolutive y sistema de referencias contrareferencias. En los resultados se encuentra que existe relación entre el sistema de referencia y contrareferencia con el capital humano de los establecimientos $Rho: 0,206, p < 0,05$; con el instrumento de registro e Información de los establecimientos $Rho: 0,356, p < 0,05$; entre el flujo de información del sistema de referencia y contrareferencia a los puntos de digitación de los establecimiento $Rho: 0,345, p < 0,05$.; con el transporte $Rho: 0,405, p < 0,05$; con el abastecimiento $Rho: 0,510, p < 0,05$ y llegó a la conclusión que existe relación directa y significativa entre capacidad resolutive y el sistema de referencias contrareferencias en los profesionales de la salud que laboran en el servicio de emergencia $Rho: 0.472 p=0,00. P < 0,05$. Así como, en todas las demás dimensiones (p. 1, 12, 94).

Llerena, J. (2017) en su tesis denominada “Factores asociados a mortalidad materna en el Hospital María Auxiliadora durante el año 2011 – 2015 (tesis de pregrado). El objetivo de estudio fue identificar los factores del ámbito sociodemográfico, la atención prenatal y factores asociados con condiciones del parto y complicaciones del trabajo de parto a muerte materna en pacientes que se atendieron en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital de Apoyo María

Auxiliadora durante el periodo 2011-2015. Así mismo la hipótesis planteada fue hay asociación entre factores del ámbito sociodemográfico, la atención prenatal y factores asociados con condiciones del parto y complicaciones del trabajo de parto con una mayor mortalidad en pacientes hospitalizados en el servicio de gineceo-obstetricia del Hospital de Apoyo María Auxiliadora. La muestra empleada fueron todas las muertes de mujeres durante su embarazo, parto o dentro de los 42 días después de su terminación, que hicieron un total de 33 MM. El tipo de estudio observacional, analítico, tipo caso control y retrospectivo. El diseño de investigación no experimental. El instrumento aplicado fue la FIEMM para recolectar información en las historias clínicas de los pacientes hospitalizados en el servicio de gineco-Obstetricia del Hospital de Apoyo María Auxiliadora en el periodo 2011-2015. Entre sus resultados destaca que el número de muertes maternas ha descendido descendiendo a 58x 100 mil nv para el 2015 y el mayor durante el año 2012 llegando a 151 x 100 mil nv. Un 60.6% de pacientes han fallecido por causas de muerte tipo directa. La causa genérica que predominó fue la hipertensión con un 55%, en segundo lugar es por causa de aborto. Hasta un 70% de las muertes se dio en mujeres que habrían tenido más de una gestación. El estudio concluyó que no hubo relación estadísticamente significativa de los factores estudiados y mortalidad materna. Los factores comunes en muerte materna en el periodo 2011-2015 está representado por una mujer adulta entre 20- 30 años, sin trabajo, multigesta, que a pesar de tener controles prenatales, desarrolla hipertensión asociada al embarazo, es limitada su atención debido a la demora tipo 1 y fallece durante el puerperio (p. 01).

Montes, M. (2017) en su tesis denominada “Referencias obstétricas de emergencia en el centro materno infantil Laura Rodríguez Dulanto Duksil del distrito de comas durante los meses de mayo – julio del año 2017” (tesis de pregrado). El objetivo de estudio fue describir las características de las referencias obstétricas de emergencia en el Centro Materno Infantil Laura Rodríguez Dulanto Duksil del distrito de Comas, durante los meses de mayo - julio del año 2017. Así mismo, debido a la naturaleza descriptiva de este estudio no cuenta con hipótesis. Para la muestra se contabilizaron una totalidad de 884 gestantes atendidas, de las cuales solo 50 fueron referidas cumpliendo los siguientes criterios de elegibilidad. El tipo de estudio fue descriptivo, retrospectivo. El diseño de investigación fue no

experimental. Como instrumento se aplicó una hoja de recolección de datos. Entre sus resultados destaca. El promedio de edad de las pacientes fue de 26 años, en promedio las gestantes acudieron a 4 controles de atención prenatal, cuando el número que recomienda la OMS (mínimo 6 controles), esto muestra que el hecho de haber recibido un menor número de controles, las pacientes podrían desarrollar alguna complicación y que este pase desapercibida. El diagnóstico o patología por la que más se refirió fue el estado hipertensivo del embarazo en un 34%, por lo cual debe considerarse realizar un diagnóstico precoz de esta patología. El estudio concluyó que a pesar de ser los hospitales del MINSA el lugar al que más se refiere a las pacientes, existe un número de 5 pacientes que prefirieron atenderse de forma particular ya que no les daba seguridad atenderse en dichos centros hospitalarios (p.5).

Sagayo, L. (2018). En su tesis denominada “Características de las referencias y diagnósticos de egreso de emergencia del servicio de obstetricia del hospital provincial docente Belén-Lambayeque” (tesis de pregrado). El objetivo de estudio fue determinar las características de las referencias y los diagnósticos de egreso de emergencia del servicio de obstetricia del Hospital Provincial Docente Belén-Lambayeque. Así mismo la hipótesis no fue planteada. La muestra empleada fue de 98 historias clínicas de gestantes o púerperas referidas por emergencia. El tipo de estudio fue descriptivo analítico, retrospectivo. El diseño de investigación no experimental. El instrumento aplicado fue una ficha recolectora de datos de la historia clínica de emergencia. Entre sus resultados destaca que el 19% de historias clínicas no contaron con hoja de referencia. Todas las historias contaron con diagnósticos, pero no con CIE10. El 61% de los pacientes fueron derivados de centros con Funciones Obstétricas y neonatales Primarios. El 58% de los pacientes no fueron acompañados por personal de salud. El 88% de los diagnósticos de referencia justificaron su derivación, pero el 28% de los diagnósticos de referencia y la de emergencia no estuvieron relacionados. El estudio concluyó que los diagnósticos que tuvieron los pacientes que fueron referidos difieren en el 28% del diagnóstico que se realizó en el hospital Belén; además de ello llamó la atención que los pacientes aparte de que: algunos no tuvieron hoja de referencia, ver diagnósticos sin CIE 10, pacientes sin compañía de personal de salud en más de la mitad de los

casos, lo que podría condicionar a que la morbimortalidad del paciente tenga mal pronóstico, puntos que debemos de mejorar por el bienestar de nuestra población (p. 8).

Chirinos, C. (2016). En su tesis denominada “Características clínico-epidemiológicas de la muerte materna evitada en el hospital belén de Trujillo 2011-2014” (tesis de pregrado). El objetivo de estudio fue identificar las características clínico-epidemiológicas de las muertes maternas evitadas en el Hospital Belén de Trujillo en el periodo 2011-2014. Así mismo la hipótesis se consideró implícita en el estudio. La muestra empleada estuvo representada por las historias clínicas de 186 gestantes con morbilidad extrema. El tipo de estudio fue descriptivo, retrospectivo. El diseño de investigación fue no experimental. El instrumento aplicado fue ficha de recolección de datos elaborada por el investigador. Entre sus resultados destaca que el número de muertes maternas evitadas fue de 22 casos en total; de los cuales, la frecuencia de presentación de Hemorragia Obstétrica – Grado III fue de 5%. La mayor frecuencia la presentó la Enfermedad Hipertensiva del Embarazo, de las cuales la preeclampsia severa correspondió al mayor número de casos con 45%, para Eclampsia 27% y para Síndrome Hellp fue de 18%. En cuanto a shock séptico-Infección respiratoria aguda fue solo 5%. Las características clínico-epidemiológicas de las MME fueron: ganancia de peso anormal en el 64%; financiamiento con seguro integral de salud en el 91% y el restante por autofinanciamiento. El 100% correspondió a una atención médica adecuada oportuna. En la paridad, el 32% fueron nulíparas y 68% multíparas. En la prematuridad el 64% fueron moderados. Por último, según el periodo intergenésico 41% fue prolongado, 14% corto y 14% normal. El estudio concluyó que las características clínico-epidemiológicas más frecuentes de las gestantes con MME fueron multiparidad, ganancia anormal de peso y periodo intergenésico largo. La atención médica fue oportuna en la totalidad de MME y mayoritariamente atendidas por el seguro integral de salud (p.5).

Nolazco, D (2016). En su tesis denominada “Morbilidad Materna Extrema en Cuidados Intensivos del Hospital Regional Hemilio Valdizán Medrano, Huánuco, 2014-2016” (tesis de segunda especialidad). El objetivo de estudio fue caracterizar la morbilidad materna extrema en cuidados intensivos del Hospital Regional Hemilio

Valdizán Medrano. Así no fue necesario plantear la hipótesis. La muestra empleada fue de 117 historias clínicas de las pacientes atendidas que cumplieron los criterios de inclusión. El tipo de estudio descriptivo, observacional, transversal y retrospectivo. El diseño de investigación no experimental. El instrumento aplicado fue una ficha de recolección de datos. Entre sus resultados se refleja que los pacientes que presentaron morbilidad materna extrema, en su mayoría son adolescentes y jóvenes (18-24 años), con nivel educativo secundaria, de ocupación ama de casa y procedentes de la provincia de Huánuco. Respecto a las características obstétricas la mayoría son multigestas (52.1%), con periodo intergenésico largo (29.1%), con 6 controles prenatales a más (47%), edad gestacional de inicio del control prenatal entre las 15-28 semanas (35.9%), edad gestacional al momento de la complicación 29 semanas a más (76.1%), la terminación del embarazo fue por cesárea (59%), la condición de ingreso a cuidados intensivos fue púérpera (79.5%). Referente a la causa de la morbilidad materna extrema se utilizó los criterios establecidos por la FLASOG, el shock hipovolémico fue la enfermedad específica presentada en su mayoría con 45.3%, la falla vascular fue la disfunción orgánica mayor presentada con 44%. Respecto al manejo instaurado, la cirugía fue la intervención más realizada con un 61%, seguido de la transfusión con un 19.5%. El estudio concluyó que la morbilidad materna extrema suscitadas en el hospital fue de importante proporción, así como las características encontradas. Estos hallazgos servirán para fortalecer acciones de vigilancia de la morbilidad materna extrema con el propósito de reducir en alguna medida la morbilidad y la mortalidad materna (p. 4).

Regionales y Locales

Asipalí, D & Chávez, R. (2016). En su tesis denominada “Relación entre las prácticas de cuidado y las complicaciones en púérperas atendidas en el Centro de Salud Morales, agosto - diciembre 2016” (tesis de pregrado). El objetivo de estudio fue Determinar la relación entre las prácticas de cuidado y las complicaciones en púérperas atendidas en el Centro de Salud Morales, agosto – diciembre 2016. Así mismo la hipótesis planteada fue existe relación entre las prácticas de cuidado y las complicaciones en púérperas atendidas en el Centro de Salud Morales, agosto – diciembre 2016. La muestra empleada fue de 80 púérperas. El tipo de estudio fue

cuantitativo, descriptivo, correlacional, transversal. El diseño de investigación estudio no experimental. El instrumento aplicado fue. Cuestionario de prácticas de cuidado y complicaciones basado en signos y síntomas. Entre sus resultados destaca que las puérperas se caracterizaron por que el 53,3% tienen entre 20 a 29 años de edad, 75,6% residen en lugares urbanos, 66,7% son convivientes, 66,7% tienen estudios secundarios (incompletos o completos), 77,8% son amas de casa, 67,8% tienen entre 1 a 10 días de posparto, 46,7% tienen su primer hijo y 44,4% tienen de 2 a 3 hijos. En relación a las prácticas de cuidado, el 75,6% de las puérperas tienen buenas prácticas de cuidado. En relación a las complicaciones del puerperio, el 73,3% de las madres en estudio refieren complicaciones levemente complicadas. El estudio concluyó que existe relación estadísticamente significativa al 5% entre las prácticas de cuidado más frecuentes y las complicaciones en puérperas atendidas en el Centro de Salud Morales, agosto – diciembre 2016. Resultando $X^2 = 4,600$ con g.l. = 1 y además $p = 0,032$. Palabras claves: Puérpera, prácticas de cuidado, complicaciones, signos y síntomas (p.8).

Pérez, C & Rengifo, A (2017). En su tesis denominada “Factores predisponentes a la pre-eclampsia y su relación con las complicaciones materno fetales en gestantes atendidas en el hospital II ESSALUD Tarapoto, Enero – Mayo 2016 (Tesis de pregrado). El objetivo de estudio fue determinar la relación entre los factores predisponentes de la preclampsia y las complicaciones maternas fetales en gestantes atendidas en el Hospital II Es Salud Tarapoto, enero – mayo 2016. Así mismo la hipótesis planteada fue que existe relación significativa entre los factores predisponentes y las complicaciones maternas fetales .La muestra empleada fue de 116 casos. El tipo de estudio cuantitativo, descriptivo, correlacional. El diseño de investigación fue no experimental. El instrumento aplicado fue una ficha de recojo de datos. Entre sus resultados destaca que la mayor proporción de mujeres con pre-eclampsia son convivientes 66,4% y procedentes de zona urbana 69,8%. Entre los factores predisponentes “relacionados con la pareja” resaltan las nulíparas 76,7% y andria de 1 a 3 parejas 98,3%; “No relacionados con la pareja” la pre-eclampsia previa 46,6%, periodo intergénésico > 3 años 80,2% y el 65,5% historia familiar de pre eclampsia; “presencia de enfermedades previas” hipertensión arterial 62,1%; “Ambientales” pobre no extremo 60,3% y educación primaria 76,7%; “Relacionados

con el embarazo” la ITU 95,7%. Las complicaciones maternas identificadas son: la eclampsia 16,4%, el Síndrome de HELLP 19,8%, insuficiencia renal 33,6% y DPP 25,9%. Las complicaciones fetales son: RCIU 27,6%, parto pre término 51,7%, RPM 57,8%. El estudio concluyó que si existe relación significativa $p < 0,05$ entre los factores predisponentes y las complicaciones maternas fetales (p. 14).

Vargas, E & Chuquibala, T. (2017) . En su tesis denominada “Complicaciones Del Embarazo, Parto y Puerperio en Gestantes Atendidas En El Hospital II Tarapoto Es Salud” (tesis de pregrado). El objetivo de estudio fue de conocer las complicaciones del embarazo parto y puerperio en mujeres atendidas en el hospital II Esa Salud - Tarapoto. Así mismo la hipótesis planteada es implícita. La muestra empleada estaba basada de 300 gestantes. El tipo de estudio fue cuantitativo, descriptivo simple, retrospectivo, de corte transversal. El diseño de investigación es No experimental. El instrumento aplicado fue. La recolección de datos fue obtenida a través de las historias clínicas de las gestantes, a través de una encuesta y lista de cotejo diseñado por las autoras. Entre sus resultados destaca que las características sociodemográficos nos muestra que la ocupación de las gestante, el 47.7% son amas de casa, el 36.6% trabajan y el 16 % son estudiantes Y el 82,0 % tienen edades entre 20 – 35 años, 9,0 % tienen menor de 20 años y el 9,0% oscilan mayor de 35 años de edad. De estas embarazadas se encontró que 63.0% tienen 1- 3 hijos y el 33.7% tienen 0 hijos y el 3.3 tiene de 4-5 hijos. El estudio concluyó que las principales complicaciones del embarazo, parto y puerperio en las mujeres atendidas, son la ruptura prematura de membrana, pre eclampsia, infección del tracto urinario, sufrimiento fetal e infecciones puerperales respectivamente pero el porcentaje es mínimo ya que las gestantes acuden a sus controles prenatales y son referidas a tiempo a un hospital de mayor nivel de atención (p. 10).

1.3. Teorías relacionadas al tema

1.3.1. Sistema de Referencia y Contrareferencia.

Según el Ministerio de Salud (MINSA), cuando trasladamos un usuario de un establecimiento a otro de mayor capacidad resolutive para continuar la atención de sus necesidades de salud, se integran en forma técnica, asistencial y administrativa la capacidad resolutive de estos establecimientos y se denomina Sistema de referencia y

contrareferencia (SRC). Se organiza considerando la división geopolítica (regiones, provincias, distritos), e involucra a sus autoridades competentes. Su alcance está de acuerdo con los siguientes niveles de organización: Primero la parte Administrativa que considera al MINSA como ente rector nacional luego las direcciones de salud a nivel regional, red y microred en sus jurisdicciones correspondientes, Segundo la parte Asistencial o prestacional que considera a todos los establecimientos de salud del MINSA según su capacidad resolutive (MINSA, 2004, p. 22).

1.3.2. Proceso de referencia de usuarios

Se denomina referencia al proceso administrativo y asistencial mediante el cual se traslada un paciente a otro establecimiento de salud de mayor capacidad prestacional o resolutive. El responsable de la referencia es el profesional de la salud ó técnico de salud que brinda la atención, su responsabilidad termina cuando el establecimiento de destino de la referencia inicia la atención del paciente referido. Al responsable de la referencia le corresponde las siguientes obligaciones: Decide la referencia del usuario, eligiendo el establecimiento de referencia ó destino. Además de llenar correctamente la hoja de Referencia, comunicará la necesidad de la referencia al usuario y/o familiares, coordinará la referencia con el establecimiento de origen, indicará las medidas necesarias para el traslado del paciente, garantizará un acompañante capacitado de acuerdo al nivel de complejidad del caso que es referido (MINSA, 2004, p.37).

Se considera el origen de la referencia al establecimiento que refiere al usuario por un problema de salud a un establecimiento de destino de referencia que cuenta con la unidad productora de servicios que se requiere para el caso (Emergencia, Consultorios externos y Apoyo al Diagnóstico). La referencia a: Consulta Externa se realizará cuando para resolver la patología del usuario se requiere de la atención en un consultorio externo con mayor complejidad. Emergencia: cuando según los criterios de evaluación de la emergencia, el paciente esté grave, en riesgo de perder la vida o quedar con secuelas invalidantes, necesitando un establecimiento con mayor capacidad resolutive y manejo especializado para estabilizarlo y hospitalizarlo. Apoyo al Diagnóstico: Si el paciente necesita exámenes auxiliares para confirmar un diagnóstico o exámenes auxiliares de control que se practican en

una unidad productora de servicios de un establecimiento de salud con mayor complejidad (MINSA, 2004, p.38).

Existen criterios para seleccionar un establecimiento donde referir al paciente y son: La capacidad resolutive es decir la cartera de servicios para resolver las necesidades de salud del paciente que son motivo de la referencia. La accesibilidad comprende la elección del establecimiento de salud con capacidad resolutive necesaria más cercano y accesible en transporte convencional que podría pertenecer al ámbito de otra dirección de salud. La oportunidad comprende el momento, lugar y forma correcta, tal como lo establezcan las guías de atención. Estos criterios deben que garantizar los derechos que le asisten al paciente (MINSA, 2004, p.39).

1.3.3. Proceso de Contrareferencia de los Usuarios.

Según el MINSA cuando un usuario o paciente retorna a su establecimiento de origen con exámenes auxiliares solicitados previamente ó retorna para continuar con su tratamiento, monitoreo ó seguimiento por que la actual condición de salud lo permite, se realizan un conjunto de procedimientos administrativos y asistenciales denominado Contrareferencia. Es responsabilidad del profesional de la salud que asiste al usuario referido y que toma la decisión de realizar la contrareferencia de acuerdo a la normatividad vigente. Para la contrareferencia el usuario puede tener las siguientes condiciones: Curado si se solucionó el cuadro clínico que motivó la referencia del paciente. Mejorado si se ha resuelto el cuadro clínico que motivó la referencia parcialmente y que el paciente ó usuario puede continuar el tratamiento bajo supervisión del personal de salud del establecimiento que realizó la referencia. Atendido por Apoyo al Diagnóstico cuando el paciente retorna con informes de exámenes auxiliares de ayuda diagnóstica solicitados. Retiro Voluntario, se aplica cuando el usuario toma la decisión de interrumpir el proceso de atención en el establecimiento de referencia y exonera de su responsabilidad al profesional de la salud; en los casos graves, el responsable del establecimiento debe comunicar al ministerio público la decisión del mismo. Deserción, si el usuario abandona el régimen aplicado en el establecimiento destino de la referencia y no puede ser localizado su domicilio. Fallecimiento, si el usuario muere durante su tratamiento (MINSA, 2004, p.46).

1.3.4. Procedimiento de la contrareferencia.

La contrareferencia se origina en el establecimiento donde se atendió la referencia hacia el establecimiento de origen. Existen actividades generales que todo profesional de salud capacitado debe realizar para ejecutar la contrareferencia: Determinar la contrareferencia evaluando la condición del usuario. Informar al usuario su actual condición de salud y la importancia de seguir con el tratamiento y control en su establecimiento de origen. Llenar la Hoja de Contrareferencia con los datos requeridos según corresponda. Brindar orientación sobre la importancia de la cumplir con el tratamiento y control del caso en su lugar de origen.

La contrareferencia puede ser: Oportuna, cuando la hoja de contrareferencia de un usuario es recibida dentro de los primeros 7 días de emitida en el establecimiento de salud de destino. E injustificada, cuando el usuario es contrareferido sin tener en cuenta la capacidad resolutive y cartera de servicios del establecimiento de destino (MINSA, 2004, p.47).

1.3.5. Recursos de soporte del sistema de referencia y contrareferencia:

Recursos humanos

En el funcionamiento del SRC se cuenta con recursos humanos capacitados que cumplen sus responsabilidades y funciones en los diferentes niveles organizacionales.

Los responsables operativos del SRC serán los responsables o coordinadores del SIS o de admisión, a quienes se encargarán de sensibilizar y capacitar al Recurso Humano del establecimiento para la organización y operativización del sistema en el nivel organizacional respectivo. Cabe mencionar que el recurso humano representa un soporte importante en el funcionamiento del sistema para lo cual es necesario implementar una serie de acciones: Evaluación del personal a todos los niveles, promover política de incentivos y reconocimientos, pasantías, establecer mecanismos de mejoramiento de la calidad. (MINSA, 2004, p. 49).

Los instrumentos de registro e información y Flujo de información.

Los instrumentos de registro son: La hoja de referencia y contrareferencia comunal (original y copia), la hoja de referencia (original y 2 copias), la hoja de contrareferencia (original y 2 copias), el sistema informático (Software) del SRC que funcionará en los puntos de digitación establecidos. Con respecto al Flujo de información en el SRC, las direcciones regionales de salud establecerán la red de informática haciendo uso de los puntos de entrega de Información existentes (Puntos de digitación de las atenciones de seguros, HISMIS) en el cual deberán procesar la información de las hojas de referencia y contrareferencia de los establecimientos de salud. Los establecimientos de salud deberán enviar mensualmente la copia de los formatos de referencia y contrareferencia realizadas a los puntos de digitación establecidos en las fechas correspondientes. Los Puntos de Entrega de Información deberán remitir un reporte impreso (Data) y la base de datos en medio magnético a cada establecimiento de salud, así como a la Microrred dentro de los 5 días posteriores a la recepción de información desde los establecimientos de salud. Los puntos de entrega de información se articulan con la oficina de estadística de cada nivel organizacional, integrando la información sanitaria para la toma de decisiones (MINSA, 2004, p.50, 51).

Transporte.

La Dirección regional de salud, coordinará a todo nivel, sectorial e interinstitucional de la región para implementar un sistema de transporte que responda al flujo de referencia y contrareferencia previamente instaurado, de manera que se formen redes de transporte, para lo que definirán la ubicación de las unidades de transporte, a fin de mejorar la eficiencia del uso de los vehículos, que permitan el traslado en óptimas condiciones de los usuarios del SRC. El director del establecimiento de salud será el responsable que las unidades de transporte se encuentren permanentemente operativas. El responsable del SRC de los diferentes niveles de la organización funcional será el encargado de coordinar el transporte y definirá la ubicación de las unidades de transporte equipadas. En la organización del transporte se tomará en cuenta las condiciones geográficas, climatológicas, viales, medios de transporte, idiosincrasia de la población y costos. El transporte se empleará en la referencia de pacientes en estado de emergencia y en la contrareferencia de usuarios en caso que su estado de salud así lo amerite. El

profesional tratante determinará el uso del transporte para la referencia o contrareferencia de un usuario sobre la base del estado de salud del usuario y con autorización del Jefe / Director del establecimiento de salud. Las ambulancias serán el prototipo de vehículo contemplado para el transporte terrestre de pacientes, sin embargo, se debe considerar otras modalidades según vía de comunicación y las características geográficas de la jurisdicción. El uso de ambulancias es para el transporte de pacientes en estado de emergencias o postrados de acuerdo a los criterios preliminarmente establecidos. Se preferirá el uso de transportes menores para el traslado de elementos de diagnóstico y/o resultados. Para las referir pacientes críticos (emergencias individuales o masivas) de alcance nacional se coordinarán con defensa Nacional y otras instituciones o autoridades locales, regionales y Nacionales para aspectos de comunicación y/o apoyo logístico, de acuerdo a la necesidad. En todo paciente que se decida su referencia por constituir una Emergencia; el profesional de salud del Establecimiento asumirá la responsabilidad de transferir al paciente a un establecimiento de salud con mayor complejidad resolutive. Los costos del traslado de un paciente para casos sólo de Emergencia, se asumirán de la siguiente forma: Si el usuario tiene seguro (EsSalud, SIS, Privado, etc.), los gastos ocasionados serán asumidos por el seguro. Si el paciente no es asegurado, el establecimiento de salud empleará sus ingresos propios o gestionará con las Autoridades Locales, para asumir los costos de traslado de dicho paciente, garantizando la oportunidad de la atención y la vida del Paciente. Los diferentes niveles de organización (La Microrred, la Red, DISAs y DIRESA) deberán realizar las gestiones necesarias para que los establecimientos de salud de su jurisdicción tengan los recursos necesarios permanentemente en lo referente al transporte de pacientes de emergencia a otro establecimiento de mayor capacidad resolutive. En los pacientes que cumplen los criterios de emergencia y necesiten ser referidos a un establecimiento de mayor capacidad resolutive y presentes limitaciones de índole administrativo y/o financiera; serán resueltos y asumidos por los responsables del establecimiento que lo atiende así como los otros niveles de organización, es decir, la Microrred, Red, DISAs y DIRESA (MINSAs, 2004, p.52,53).

Comunicaciones.

El Ministerio de Salud, las Direcciones de Salud y Red dispondrán de una red de comunicación en perfecto estado de funcionamiento que incluya la mayor cantidad de establecimientos de salud para facilitar las coordinaciones de referencias, su contrareferencias y el transporte de pacientes. Cada establecimiento contará con la hoja de reporte de comunicaciones en la cual se consignará los datos necesarios del establecimiento que envía al paciente, así como del usuario y si se tratara de una emergencia, debe informarse rápidamente al Jefe de Guardia o al que haga sus veces. Los gobiernos o autoridades locales, regionales y Nacionales deberán gestionar el uso de otros medios de comunicación disponibles de otras instituciones que faciliten la coordinación oportuna de los pacientes. En caso de requerir una comunicación de ámbito nacional o Inter regional, La Unidad Regional de Referencias deberá asumir dicha coordinación, con el propósito de canalizar o resolver el problema de los usuarios que lo requieran (MINSA, 2004, p.54).

1.3.6. Control de la referencia y contrareferencia

Aquí se consideran 3 aspectos:

Supervisión, la supervisión del SRC se articulará dentro del enfoque integral y descentralizado en cada nivel organizacional de supervisión, siendo responsabilidad del equipo de conducción (equipo técnico respectivo) del SRC incorporar los criterios de supervisión inherentes al SRC dentro de las actividades de supervisión integral, según niveles de organización funcional. Las supervisiones deben ser planificadas periódicamente en los diversos niveles de organización, especialmente en aquellos donde se evidencie problemas en el manejo sanitario o cuando el equipo del nivel organizacional lo considere técnicamente necesario. Las supervisiones serán: En el área Administrativa (Organización, flujo de referencia y contrareferencia, difusión y conocimiento de normas, capacitación, gestión logística, manejo del sistema de información y registro, sistema de comunicación y transporte. En el área Asistencial (La oportunidad y pertinencia de la referencia y contrareferencia y el cumplimiento de las normas).

Monitoreo, se incorporara dentro del enfoque integral y descentralizado del monitoreo de la gestión sanitaria en cada nivel organizacional, siendo

responsabilidad del equipo de conducción de cada nivel organizacional del SRC establecer los procesos inherentes al SRC que deben incorporarse para ser monitorizados y la utilización de dicha información para el proceso de mejoramiento continuo. El monitoreo es un proceso de control que será asumido por los responsables de las Unidades de referencias o quien haga sus veces para informar a los comités de referencias y contrareferencias según el nivel correspondiente. Los indicadores utilizados para el monitoreo que figuran en el presente documento son los que se tomarán en cuenta en el nivel nacional, sin embargo cada nivel podrá adecuar los indicadores adicionales o complementarios de acuerdo a sus necesidades de gestión.

Evaluación, se incorpora dentro de la evaluación integral y descentralizada de la gestión sanitaria, incorporándose indicadores de estructura, resultados e impacto que mida la Norma Técnica del SRC de los Establecimientos del Ministerio de Salud según objetivos propuestos en cada nivel organizacional, y que permita establecer estrategias integradas de intervención sanitaria. Estos indicadores son los mismos para el monitoreo, pudiendo incorporarse otros adicionales en cada nivel del sistema, según su necesidad local. Indicadores del SRC que permiten medir los resultados de impacto del SRC. Estos se elaboran a partir de los Informes Operacional del SRC. Entre destacan: Indicador de infraestructura (Porcentaje de establecimientos de salud que cuentan con medios de comunicación operativa y el Grado de Inclusión de establecimientos en Sistema de transporte para el SRC.). Indicador de proceso (Grado de resolutivez, Porcentaje de referencias efectivas, Cobertura de contrareferencias). Indicador de resultados (Porcentaje de muertes evitadas de emergencias obstétricas, Porcentaje de muertes evitadas) (MINSa, 2004, p.55, 56).

1.3.7. Muerte Materna(MM)

La organización mundial de la salud(OMS) con el objetivo de encauzar y organizar la información de la muerte materna elaboró una guía para la aplicación de la Clasificación Internacional de enfermedades(CIE) versión N° 10 a las muertes maternas ocurridas durante la gestación, parto o los 42 días del puerperio: CIE 10 – MM. Donde se considera MM a toda muerte de una mujer ocurrida desde el inicio de su gestación, hasta los 42 días del puerperio, además la causa de muerte debe guardar relación o agravarse por la gestación, parto o puerperio, también puede

vincularse a su manejo; pero no se considera las causas accidentales. La MM se puede clasificar de la siguiente manera: Muerte materna directa, Muerte materna indirecta y Muerte materna incidental o accidental (llamada también no materna). (MINSA, 2011, p.20).

La Muerte materna directa es producto de un problema de salud relacionado directamente a la gestación, parto o puerperio, inadecuadas intervenciones, omisiones en el manejo, tratamientos incorrectos o una cadena de eventos resultado de los hechos previamente mencionados. Todas estas causas se pueden agrupar según las causas básicas en: Primero, Hemorragias de la primera mitad y segunda mitad del embarazo donde consideramos la amenaza de aborto, la placenta previa, desprendimiento de placenta normoinsera; Las hemorragias intraparto donde se presentan patologías como los defectos de coagulación o trauma del canal vaginal; Las hemorragias post parto donde encontramos se presentan alteraciones del tono uterino, trauma de canal, retención de restos placentarios. Aquí se excluye las hemorragias del embarazo que culmina en aborto. Segundo, los trastornos de la presión arterial en la gestación, parto y puerperio que incluyen la hipertensión arterial crónica, hipertensión arterial crónica más preclampsia sobreagregada, hipertensión gestacional. La preclampsia y sus complicaciones (síndrome de HELLP, Eclampsia). Tercero, entre las infecciones más comunes tenemos las que se presentan durante el embarazo como la infección de las vías genitourinarias y durante el puerperio tenemos la infección de herida operatoria, infección de mama durante lactancia, recordemos que las infecciones podrían agravarse hasta llegar a la sepsis. Cuarto, consideramos al aborto completo e incompleto con la extracción parcial o total del producto de la gestación de 22 semanas o más, con peso de 500 gr. o medir 25 cm como mínimo. También se incluye las complicaciones hemorrágicas, infecciosas, perforaciones uterinas por legrado, embarazo ectópico, y mola. Quinto, Se reconoce el Parto obstruido cuando iniciado el trabajo de parto se observa en el partograma que no progresa la dilatación y descenso de la presentación fetal, que puede deberse a un feto con dimensiones anormalmente superiores al promedio que ocasiona la incompatibilidad pélvico-fetal ó por anomalías de los diámetros o arquitectura de la pelvis que condicionan “estrechez pélvica” cuando el feto tiene el tamaño promedio y la situación, presentación o variedad de posición normal. Sexto, otras complicaciones obstétricas donde se incluyó la complicación de la hiperémesis

gravídica con trastornos metabólicos, complicaciones venosas de la gestación, traumatismos, retención placentaria y membranas sin hemorragia, embolia y otras complicaciones en el puerperio como la dehiscencia o hematomas de herida operatoria en cesárea miocardiopatía y tiroiditis. Séptimo, Aquí se incluye las complicaciones por aplicación de anestesia durante la gestación, trabajo de parto, parto y puerperio (MINSA, 2011, p. 21).

La Muerte materna indirecta resulta de una enfermedad que se presentó previamente a la gestación, de presentarse durante la gestación, parto o puerperio no guarda relación con causa directa obstétrica pero se complicó debido a los cambios fisiológicos normales de la gestación. Si evaluamos su frecuencia de las patologías se pueden agrupar en:Primero, enfermedades ocasionadas por agente biológico como bacterias , virus, etc., llamadas infecciosas. Como la Tuberculosis pulmonar o de otro órgano, neumonía-bronconeumonía, apendicitis aguda, colecistitis aguda, pancreatitis aguda, meningitis bacteriana o viral, hepatitis viral, rabia, etc. Segundo, Tenemos enfermedades endocrinas y metabólicas como el hipertiroidismo y Diabetes mellitus, etc. Tercero, Se considera los procesos tumorales como el Cáncer de algún órgano, carcinomatosis generalizada, sarcomas, y otras patologías como enfermedad renal crónica, epilepsia, rotura de aneurisma cerebral, purpura trombocitopénica, bartonelosis, dengue, malaria, otros.(MINSA, 2011, p. 22).

Muerte materna accidental, es cuando una mujer muere durante la gestación, parto o puerperio por causas accidentales que excluyen las causas directas e indirectas; este tipo de muerte no se considera en las estadísticas de tasa o razón de las muertes maternas. Como ejemplo podemos mencionar los accidentes de tránsito o trabajo, caídas accidentales, ahogamiento, aplastamiento y asfixia. (MINSA, 2011, p. 23).

Es importante considerar también la muerte materna evitada de la gestante o puérpera que es captada y manejada por un establecimiento de salud después de presentar durante la gestación o puerperio una hemorragia, infección o preclampsia y culmina la primera semana del puerperio en condición clínica estable. (MINSA, 2004, p.56).

1.3.8. Causas de muerte materna para los efectos del certificado de defunción

Estas causas de muertes maternas las clasificamos en:

Causas Básicas, son las causas directas o indirectas que condujeron o dieron inicio a la cascada de eventos que llevaron a la muerte materna. Como ejemplo tenemos: los trastornos de la presión arterial como la preeclampsia y sus complicaciones; en las hemorragias encontramos durante la gestación los trastornos de implantación o desprendimiento de la placenta, en el puerperio la retención de restos placentarios y atonía uterina; y las infecciones.

Causas intermedias, son los efectos de las causas básicas, que deben ser adecuadamente tratados y controlados para evitar la irremediable muerte materna. Se les considera en la cadena de eventos fisiopatológicos el hecho más importante. Tenemos los siguientes ejemplos: En la enfermedad hipertensiva de la gestación (Los accidentes cardiovasculares, las patologías renales que presentan insuficiencia, hemorragia hepática subcapsular, de la placenta normoinserta su desprendimiento, de las patologías cardíacas su insuficiencia, coagulación intravascular diseminada). En las hemorragias (Anemia aguda severa). En el aborto (endometritis, pelvi peritonitis, perforación uterina) etc. En las infecciones (infección de parametrios y endometrio, peritonitis y sepsis). Dependiendo de la causa básica, las causas intermedias podrían ser múltiples como: anemia severa aguda, edema pulmonar agudo, infección broncopulmonar por aspiración, trastornos hidroelectrolítico, etc.

La Causa terminal o final es el proceso que produce la muerte materna y son consecuencia de la cascada de eventos iniciados por la causa básica (se excluye al paro cardiorrespiratorio). Entre las causas terminales más importantes tenemos: al shock: hipovolémico, anestésico, cardiogénico, anafiláctico, al coma diabético e hipoglicémico, hemorragia cerebral masiva, edema cerebral, insuficiencia respiratoria aguda, etc. Veamos el siguiente ejemplo: El desprendimiento prematuro de placenta idiopático (causa básica) que genera Hemorragia aguda (causa intermedia) y puede desencadenar un shock hipovolémico (causa terminal), que causará la muerte del paciente. Para comprender mejor esta cascada de eventos o hechos fisiopatológicos que conducen a la muerte materna veremos otro ejemplo. En los casos de preeclampsia severa (causa básica) se puede presentar un

desprendimiento de placenta normoinserta (causa asociada) que origina una hemorragia aguda severa vaginal o con hematoma retroplacentario (causa intermedia) que originaría un shock hipovolémico (causa final o terminal) que llevaría a la muerte de la mujer. (MINSA, 2011, p. 23,24).

1.3.9. Factores asociados a la mortalidad materna

Existen factores biológicos, sociales y patológicos que actúan como factores asociados o de riesgo que predisponen la aparición de determinadas patologías (causas básicas). Podemos mencionar a la placenta previa común en mujeres con gran multiparidad, mayores de 35 años, con historia de aborto recurrente, infecciones del endometrio. La atonía uterina frecuente en trabajos de parto que exceden el promedio normal, en la infección del corion, en partos precipitados, en úteros miomatosos, en la sobre distensión uterina del embarazo gemelar, poli hidramnios, macrosomía fetal. La pre-eclampsia, frecuente en mujeres muy jóvenes o añosas, mujer con antecedente de pre eclampsia, mujeres con diabetes o enfermedad del trofoblasto, enfermedad del riñón, hipertensión arterial crónica. El aborto inducido complicado es más frecuente en mujeres pobres, con mucha prole, etc. Se puede sostener que las condiciones de vida producto de la pobreza y marginalidad son factores de riesgo de mortalidad materna, basado en los principios de multifactorialidad, multicausalidad y lo sostenido por la OMS en 1998 “la maternidad segura una inversión fundamental en el campo socio-económico y cuestión de justicia social”. Entonces podemos considerar adicionalmente numerosas condiciones sociales que de alguna manera se relacionan o asocian para facilitar, predisponer, condicionar o acelerar el inicio de la cadena de eventos que conllevan a la muerte materna. Así podemos encontrar los que se relacionan con la educación, salud, economía, lugar de residencia y el acceso a servicios de salud con adecuada capacidad resolutoria y que brinden servicios de salud. (MINSA, 2011, 24).

1.4 Formulación del problema

Problema general

¿Cuál es la relación del sistema de referencia y contrareferencia con la mortalidad materna en el Hospital II 2 Tarapoto, 2017?

Problemas específicos

¿Cuál es el nivel de cumplimiento del sistema de referencia y contrareferencia del Hospital II 2 Tarapoto, 2017?

¿Cuáles son los tipos de mortalidad maternas ocurridas en la referencia y contrareferencia en el Hospital II 2 Tarapoto, 2017?

1.5 Justificación del estudio

Conveniencia

Es conveniente la investigación porque al haber evaluado el Sistema de referencias y contrareferencias que realizan los establecimientos de salud de menor y mayor capacidad resolutive en la región San Martín se conocieron las condiciones para establecer un mejor manejo de los casos. Donde además conocimos sobre las condiciones en que ocurre la muerte materna que se da en el Hospital II 2 Tarapoto, determinando así sus condiciones asistenciales y administrativas del sistema de referencia y contrareferencia para intervenir oportunamente con acciones efectivas que permitan evitar las muertes maternas.

Relevancia social

La investigación tiene relevancia social porque abordó el problema de la muerte materna, actualmente considerada una prioridad sanitaria, ya que responde a un claro indicador de inequidad de género, pobreza e injusticia social. La muerte materna puede ser considerada menos frecuente comparada con otras causas de muerte, sin embargo su trascendencia social amerita el despliegue de todos nuestros esfuerzos por disminuirla.

Valor teórico

La investigación tuvo valor teórico porque existen escasas investigaciones en relación con las variables de estudio. La información obtenida de la relación entre la

muerte materna y el sistema de referencia y contrareferencia, nos permitirá gestionar mejor la demanda de atención en la población materna con complicaciones.

Implicancia práctica.

El estudio tiene implicancia práctica porque el Hospital II 2 de Tarapoto es el centro de referencia con mayor capacidad resolutive de la región San Martín en lo que al MINSA se refiere. Por lo tanto el estudio contribuyo a mejorar la calidad de las referencias y contrareferencias de nuestras gestantes y puérperas complicadas, pues evaluó las condiciones administrativas y asistenciales de este proceso.

Utilidad metodológica

El estudio posee utilidad metodológica porque con los instrumentos que evaluó del sistema de referencia y contrareferencia de gestantes y puérperas complicadas, permitió hacer aportes y recomendaciones para fortalecer las herramientas con el propósito de dar continuidad a la atención materna según capacidad resolutive requerida por el estado de salud en el marco de la atención integral y humanizada.

1.6 Hipótesis

Hipótesis general

H_i: Existe relación significativa entre el sistema de referencia y contrareferencia con la mortalidad materna del Hospital II 2 - Tarapoto, 2017.

Hipótesis específica

H₁: El nivel de cumplimiento del sistema de referencia y contrareferencia del Hospital II 2 Tarapoto, 2017, es medio.

H₂: El tipo de mortalidad materna con mayor frecuencia ocurridas en la referencia y contrareferencia en el Hospital II 2 Tarapoto, 2017, es la directa.

1.7 Objetivos

Objetivo general

Determinar la relación del sistema de referencia y contrareferencia con la mortalidad materna del Hospital II 2 - Tarapoto, 2017.

Objetivo específicos

Identificar el nivel de cumplimiento del sistema de referencia y contrareferencia del Hospital II 2 Tarapoto, 2017.

Conocer el tipo de muertes maternas con mayor frecuencia ocurridas en la referencia y contrareferencia en el Hospital II 2 Tarapoto, 2017.

II. MÉTODO

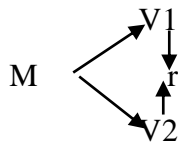
2.1 Diseño de investigación

Tipo de investigación

El estudio de investigación es de tipo no experimental, ya que implica la observación del hecho en su condición natural sin intervención del investigador para no alterar las variables abordadas con el propósito lograr resultados fidedignos (Hernández, S., 2010).

Diseño de investigación

La investigación empleó el diseño correlacional, porque examinó la relación entre dos variables, en la misma unidad de investigación y se esquematiza de la siguiente manera:



M= Muestra,

V1= Sistema de referencia y contrareferencia

V2= Mortalidad materna

R = relación

2.2 Variable, Operacionalización

Variables

Variable 1: Sistema de referencia y Contrareferencia.

Variable 2: Mortalidad Materna

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimenciones	Indicadores	Escala de medición
Sistema de referencia y contrareferencia.	Es el conjunto ordenado de procedimientos asistenciales y administrativos a través del cual se asegura la continuidad de la atención de las necesidades de salud de los usuarios transfiriéndolo de un establecimiento de salud de menor capacidad resolutivas a otro de mayor capacidad resolutiva.(MINSa, 2004, p. 18)	Conjunto de procedimientos asistenciales y administrativos, a través del cual se asegura la atención de salud obstétrica transfiriéndola de un establecimiento de salud de menor capacidad resolutiva al Hospital II 2 Tarapoto, que evaluamos con una ficha de evaluación de referencia donde se	Responsable	Médico, Profesional no médico o Técnico de salud	Ordinal
			Origen y destino de la referencia	Fecha EESS/Comunidad de origen EESS/destino de la referencia Microred Red Dirección de salud	
			Unidad productora de servicios de destino	Servicio Traslado del paciente Condición del paciente	

		<p>considera al responsable, origen y destino, servicio, evaluación de la referencia y será medida como adecuada, regular e inadecuada.</p>	<p>Evaluación de la referencia</p>	<ul style="list-style-type: none"> *Dx y manejo correctos *Proceso de referencia -Coordinó referencia -Traslado del pcte asistido adecuado -Ambulancia equipada -Personal capacitado *Llenado de la hoja de referencia -Datos generales -identificación del usuario -Anamnesis -Examen físico -Exámenes auxiliares -Dx -Tto -Datos del personal que atiende *Pcte recibe orientación de la atención *Pcte, familiar o personal origen no recibió maltrato *Tiempo de espera para la atención adecuada -Emergencia <10 min -CE o apoyo al dx, atención preferencial 	
--	--	---	------------------------------------	---	--

Mortalidad materna	<p>La muerte de una mujer durante su embarazo, parto o dentro de los 42 días después de su terminación, por cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo, parto o puerperio o su manejo, pero no por causas accidentales o incidentales. La muerte de una mujer durante el proceso grávido-puerperal puede clasificarse en los siguientes tipos: Muerte materna directa, indirecta e incidental o accidental (llamada también no materna). (MINSA, 2011, p.20)</p>	<p>Es la muerte de una mujer ocurrida durante el embarazo, parto o puerperio hasta los 42 días, datos recogidos en una ficha de recolección de indicadores de mortalidad materna, la cual es medida como número de muertes directas, indirectas e incidentales.</p>	<p>Muerte materna directa Muerte materna indirecta Muerte materna incidental o accidental</p>	<p>N° muerte materna directa N° muerte materna indirecta N° muerte materna incidental o accidental</p>	Nominal
--------------------	--	---	---	--	---------

2.3 Población y muestra

Población

La población estuvo constituida por todas las historias clínicas de referencias obstétricas que llegaron al Hospital II 2 - Tarapoto, en el periodo Enero a Diciembre del 2017, que hacen un total aproximado de 350 casos según la oficina de estadística.

Muestra

La muestra del estudio estuvo conformada 145 expedientes de Historias clínicas con referencias obstétricas atendidas en el Hospital II 2 Tarapoto, en el periodo Enero a Diciembre del 2017.

Cálculo de la muestra:

$$n = \frac{N \times Z^2 \times p \times q}{d^2 \times (N-1) + Z^2 \times p \times q}$$

$$n = \frac{350 \times 3.8416 \times 0.20 \times 0.80}{(0.05)^2 (350 - 1) + 3.8416 \times 0.20 \times 0.80}$$

$$n = \frac{350 \times 3.8416 \times 0.20 \times 0.80}{(0.0025) (349) + 3.8416 \times 0.20 \times 0.80}$$

$$n = \frac{215.1296}{0.8725 + 0.614656}$$

$$n = \frac{215.1296}{1.487156}$$

$$n = 144.658$$

$$n = 145.$$

Nota: Finalmente se tomó 145 expedientes de casos de referencia y contrareferencia

2.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad

En la presente investigación, se empleó la técnica análisis documentario; siendo los instrumentos la ficha de recolección de datos, con el propósito de conocer el nivel de cumplimiento de las referencias maternas.

El instrumento empleado para determinar la variable sistema de referencia y contrareferencia, se tomó como fuente documento Módulo 5: Referencia y Contrareferencia de las Emergencias Obstétricas y Neonatales, (2013), elaborado por el MINSA (p. 45).

El instrumento estuvo conformado por 03 dimensiones; datos generales, tipo de referencia y evaluación de la referencia; las dimensiones estuvieron conformadas por 06, 03 y 20 ítems, haciendo un total de 29 ítems a ser evaluados con el instrumento a aplicar y con ello determinar el nivel de cumplimiento.

Para determinar el nivel de cumplimiento de la referencia y contrareferencia, se trabajó con la sección “Evaluación de la referencia” cuyos ítems tienen una puntuación total de 20 puntos. Los ítems 1, 4, 5 y 6 tienen 4 puntos, los demás 01 punto, donde el calificativo es el siguiente:

- Adecuada = 18 – 20
- Regular = 14 – 17
- Inadecuada = Menor de 14

La variable muerte materna se recolectó a través de una ficha de recolección de datos, donde se incluyó los tipos de muerte materna e indicador de resultado muertes maternas en función a la referencia.

Validez y confiabilidad

Validez

El instrumento que se empleó en el estudio ha sido apoyado en investigaciones anteriores promovidas por el MINSA, siendo validado con anterioridad a su aplicación por juicio de expertos, en un número de tres. De la validación de los expertos se obtuvo los siguientes resultados:

Instrumento: Hoja de evaluación de la referencia

Expertos	Valor Asignado
1	49
2	43
3	49
Total	141
Promedio	47
Calificativo	Excelente

Instrumento: Hoja de evaluación indicadores de Mortalidad Materna

Expertos	Valor Asignado
1	48
2	44
3	49
Total	141
Promedio	47
Calificativo	Excelente

Confiabilidad

En cuanto a la confiabilidad se aplicó la Escala Alfa de Cronbach obteniendo un valor de 0,812 respectivamente. Asimismo, el resultado es mayor a 0.70, indicando que los instrumentos son confiables para su aplicación. El resultado de la prueba alfa de cronbach fue:

Prueba

	N	%
Casos Válido	16	100,0
Excluido ^a	0	,0
N de casos válidos	145	100,0

a. La eliminación por lista se basa en todas las variables del procedimiento.

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,812	16

2.5 Método de análisis de datos

Después de la recolección de datos, mediante los instrumentos dirigidos a la muestra de la investigación y luego de validar dichos instrumentos por los expertos se realizó un análisis sobre los resultados obtenidos, mediante el trabajo de campo en el desarrollo de investigación, con la finalidad de que la información obtenida sea coherente en función del problema de investigación, objetivos e hipótesis. Además, para el procesamiento de datos se utilizó medios electrónicos, calificados y sistematizados de acuerdo a la unidad de análisis, respecto a sus variables. El programa empleado fué el estadístico SPSS 24, y como contraste estadístico se empleó el coeficiente de Pearson que es una medida de la relación lineal entre dos variables aleatorias cuantitativas, es decir, cómo se verá afectada una variable determinada, conociendo la variación de una segunda variable.

2.6 Aspectos éticos

La presente investigación se realizó a decisión del propio investigador, y como la información fue tomada en función a expedientes de las historias clínicas de los casos de referencia, es decir no demanda realizar consentimiento informado, sin embargo como son documentos legales de la institución es necesario solicitar la autorización correspondiente para la recolección de información e indicar que los datos sólo serán tomados y analizados con fines de la investigación. Por lo tanto toda la información concerniente al desarrollo es verídica en cuanto a su utilidad en la investigación, ya que fue obtenida de la misma entidad.

III. RESULTADOS

A continuación, se presentan los resultados de la investigación en dos niveles, primero se realizó el análisis descriptivo de los datos y en segundo lugar, el análisis inferencial realizado mediante tratamiento estadístico de correlación mediante la prueba “r” de Pearson.

Análisis descriptivo de la variable cumplimiento del sistema de referencia y contrareferencia del Hospital II-2, Tarapoto.

Tabla 01

Nivel de cumplimiento del sistema de referencia y contrareferencia

Escala	Intervalo	Nro.	%
Inadecuada	< 14	23	15.9%
Regular	14 - 17	121	83.4%
Adecuada	18 – 20	1	0.7%
TOTAL		145	100.0%

Fuente: Resultado de los instrumentos aplicado en el Hospital II-2 Tarapoto, 2017.

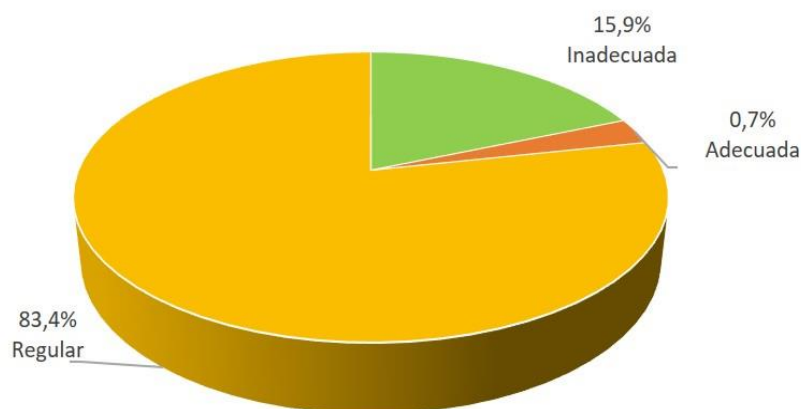


Figura 01: Nivel de cumplimiento del sistema de referencia y contrareferencia

Fuente: Tabla 1.

Interpretación:

Se visualiza en la tabla y gráfico N° 1, que de los 145 referencias y contrareferencias revisadas, el 83,4% se realizó de manera regular, el 15,9% fue inadecuada y solo el 0,7% lo hizo adecuadamente. Se evidencia que respecto a si el paciente recibe orientación del proceso de atención al ingresar al establecimiento fueron uno de los datos menos considerado, asimismo, si los pacientes, familiares o personal del establecimiento de origen manifiesta que no ha recibido maltratado de parte del personal de salud al recibir al paciente y en caso de consulta externa o apoyo al diagnóstico, tuvo atención preferencial.

Tabla 02

Tipo y frecuencia de muertes maternas ocurridas en la referencia y contrareferencia

Muerte materna	fi	%
Muerte materna directa	7	70.0%
Muerte materna indirecta	3	30.0%
Muerte materna incidental o accidental	0	0.0%
Total	10	100.0%

Fuente: Resultado de los instrumentos aplicado en el Hospital II-2 Tarapoto, 2017.

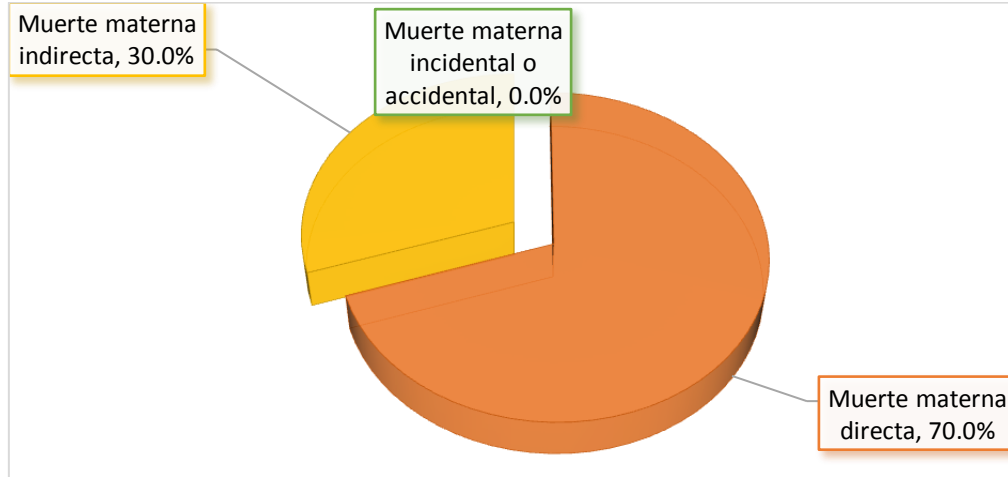


Figura 02: Tipo de muertes maternas con mayor frecuencia ocurridas en la referencia y contrareferencia.

Fuente: Tabla 02.

Interpretación:

Como se puede visualizar en la tabla y gráfico N° 2, de las 10 muertes maternas ocurridas en el Hospital II-2 Tarapoto, durante el año 2017, el 70% de ellas fueron muerte materna directa (7 casos), el 30,0% son muerte materna indirecta (3 casos) y 0,0% de muerte materna incidental o accidental.

Relación del sistema de referencia y contrareferencia con la mortalidad materna del Hospital II 2 - Tarapoto, 2017.

Contrastación de la hipótesis general

Se realizó la prueba no paramétrica chi cuadrado por tratarse de datos cualitativos ordinales (referencia y contrareferencia) y nominal (mortalidad materna) respecto a la variable referencias. Se detalla:

Tabla 03

Nivel de referencia Vs. mortalidad materna

Nivel de Referencia	Mortalidad Materna		Total
	Si	No	
Inadecuado	3	20	23
Regular	7	114	121
Adecuada	0	1	1
Total	10	135	145

Fuente: Resultado de los instrumentos aplicado en el Hospital II-2 - Tarapoto, 2017.

Interpretación:

Según la tabla cruzada, de un total de 145 expedientes de referencia y contrarreferencias analizados, 121 pertenecieron a casos en que se ubican en el nivel regular, 114 no concluyeron en muerte materna y 7 Si. Asimismo, de 23 expedientes que se ubican en el nivel inadecuado, 20 no concluyeron en muerte materna y 3 Si. Solo hubo 1 caso que se ubican en el nivel adecuada y no concluyó en muerte materna.

Tabla 04

Pruebas de chi cuadrado. Sistema de referencia y contrareferencia y mortalidad materna.

Pruebas de Chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. Asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1.660	2	0.436
N de casos válidos	145		

Fuente: Base de datos elaborado por el autor.

Interpretación:

Según la tabla 4, en la presente investigación se acepta la hipótesis nula (Ho) y se rechaza la hipótesis de investigación formulada (Hi), la misma que indica lo siguiente “No existe relación entre el sistema de referencia y contrareferencia con la mortalidad materna del Hospital II-2 Tarapoto, 2017”, todo esto debido a que el valor de significación asintótica (bilateral) de 0,436 es mayor al margen de error de 0,05.

IV. DISCUSION

La presente investigación busca mejorar las condiciones de salud de la población materna perinatal, basado en el sistema de referencia y contra referencia de los casos obstétricos o con complicaciones maternas perinatales o casos de emergencia, sin embargo las condiciones de cómo llega la usuaria complicada a los servicios depende de las condiciones previas realizadas por el personal de salud responsable de la referencia del establecimiento de salud de origen quien acompaña a la usuaria para vigilar permanente el caso y evitar mayores complicaciones, lo cual puede traducirse en el centro de mayor complejidad en la solución del caso, en complicación mayor o deceso del mismo dependiendo de la condición en que llego o del actuar del equipo de salud, por lo tanto si todo funciona como un sistema permite que las condiciones de salud de la madre pueda mejorarse.

Entre los hallazgos encontrados tenemos que de las 145 referencias - contrareferencias revisadas, el 83,4% se realizó de manera regular, el 15,9% fue inadecuada y solo el 0,7% lo hizo adecuadamente, resaltando entre los datos menos considerados respecto a si el paciente recibe orientación del proceso de atención al ingresar al establecimiento, asimismo, si los pacientes, familiares o personal del establecimiento de origen manifiesta que no ha recibido maltrato de parte del personal de salud al recibir al paciente y en caso de consulta externa o apoyo al diagnóstico, tuvo atención preferencial.

Resultados que se relacionan con Soto, J. (2014), quien encontró que la gestión de la referencia y contrareferencia obstétrica demanda ser conducida por profesional obstetra competente que contribuya a fortalecer las competencias de los recursos humanos y desarrollar capacidad institucional para garantizar oportunidad y capacidad resolutive de los servicios de salud. También se relaciona con Palomino, M. & Ramos, J. (2014), quienes encontraron que el 36% de pacientes son referidas por Hipertensión Inducida por la Gestación, por lo que en un 79% son referidas hacia emergencia. Con respecto a la contrareferencia obtuvieron que en el 70% no llegan los formatos hacia el Centro de Salud. Además se relaciona con Mendoza, A. (2017), quién encontró que existe relación entre el

sistema de referencia y contrareferencia con el capital humano de los establecimientos. Igualmente se relaciona Montes, M. (2017), quien encontró que existe un número de 5 pacientes que prefirieron atenderse de forma particular ya que no les daba seguridad atenderse en centros hospitalarios del MINSA. Se relaciona a su vez con Sagayo, L. (2018), encontró que los pacientes algunos no tuvieron hoja de referencia y pacientes sin compañía de personal de salud en más de la mitad de los casos. Por lo mencionado el sistema de referencia y contrareferencia tiene falencias y deficiencias que no permite actuar correctamente, la condición básica está en el llenado correcto de los instrumentos, seguir los flujos de atención y la carencia del mismo limita la condición de actuar oportunamente. Así mismo por los estudios podemos señalar que la falta de información a los usuarios y familiares puede influir negativamente.

De los casos de muerte materna, el 70% fueron muerte materna directa (7 casos), el 30,0% son muerte materna indirecta (30 casos) y 0,0% de muerte materna incidental o accidental.

Resultados que se relacionan con Stanford, M. (2017), quien demuestra una relación directa y significativa entre las gestantes que no han tenido un reconocimiento del problema y no han identificado su factor de oportunidad. Igualmente se relación con Moraga, S. (2017), quien determinó que la mortalidad materna por hemorragia es la causa principal de mortalidad materna y puede hacer que una mujer muera en menos de dos horas sino recibe la atención adecuada. Igualmente se relaciona con Llerena, J. (2017), quien encontró que los factores comunes en muerte materna en el periodo 2011-2015 está representado por una mujer adulta entre 20- 30 años, sin trabajo, multigesta, que a pesar de tener controles prenatales, desarrolla hipertensión asociada al embarazo. Por lo mencionado podemos establecer que la mortalidad materna no es un hecho fortuito por lo tanto depende de la evaluación y cuidado que reciba la mujer por parte del personal de salud, antes de que ocurra el hecho existen factores que pueden ser detectados oportunamente y según el daño o patología encontrada la usuaria puede ser estabilizada, o simplemente atendida y referida según sea el caso con la finalidad de evitar la morbimortalidad.

Según la tabla cruzada, de un total de 145 expedientes de referencia y contrarreferencias analizados, 121 pertenecieron a casos en que se ubican en el nivel regular, 114 no concluyeron en muerte materna y 7 Si. Asimismo, de 23 expedientes que se ubican en el nivel inadecuado, 20 no concluyeron en muerte materna y 3 Si. Solo hubo 1 caso que se ubican en el nivel adecuado y no concluyó en muerte materna.. Se acepta la hipótesis nula (H_0), la misma indica que “No existe relación entre el sistema de referencia y contrarreferencia con la mortalidad materna del Hospital II-2 Tarapoto, 2017”, valor de significación asintótica (bilateral) de 0,436 es mayor al margen de error de 0,05.

Resultados que no se relacionan con Stanford, M. (2017), quien encontró que todas las demoras relacionadas a la muerte materna se correlacionan entre sí las cuales inciden en la mortalidad materna y sobre todo los relacionados al sistema en un coeficiente más alto. Igualmente no se relaciona con Asipalí, D & Chávez, R. (2016), quienes encontraron que existe relación estadísticamente significativa al 5% entre las prácticas de cuidado más frecuentes y las complicaciones en puérperas atendidas en el Centro de Salud Morales. Del análisis realizado podemos entender que la referencia y contrarreferencia de los casos obstétricos son multifactoriales y muticausales, por ende depende de una atención previa preconcepcional o prenatal, por lo tanto el resultado del estudio es no significativo siendo las variables independientes, es decir que la condición de la referencia no interviene en el actuar del profesional.

V. CONCLUSIONES

1. No existe relación entre el sistema de referencia y contrareferencia con la mortalidad materna en el Hospital II-2 Tarapoto, 2017”, valor de significación asintótica (bilateral) de 0,436 es mayor al margen de error de 0,05. Se acepta la hipótesis nula (H_0).
2. El nivel de cumplimiento del sistema de referencia y contrareferencia del Hospital II 2 – Tarapoto fue regular con el 83,4%, seguido de inadecuada con el 15,9%.
3. El tipo de muerte materna con mayor frecuencia fue la muerte materna directa con el 70%, seguido de la muerte materna indirecta con 30,0%.

VI. RECOMENDACIONES

1. A los directivos de los establecimientos de atención de las referencias obstétricas, considerar la muerte materna como prioridad vinculado a lo político, social, organizacional, gestión y capacidad resolutive, por lo cual deben promover investigaciones integrales y realistas que permitan tomar medidas correctivas.
2. A los directivos y personal de salud de los establecimientos de referencia, fortalecer sus competencias en emergencias obstétricas para realizar la referencia o atención de la emergencia de forma adecuada y oportuna.
3. A los directivos de los establecimientos de salud, según niveles de referencia, analizar los casos referidos que terminaron en muerte materna con el equipo de salud para determinar las causas para tomar medidas correctivas con el equipo de salud en los diferentes espacios.

IV. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Asipalí, D. y. (2016). *Relación entre las prácticas de cuidado y las complicaciones en puérperas atendidas en el Centro de Salud Morales, agosto - diciembre 2016*. Universidad Nacional de San Martín. Facultad Ciencias de la Salud. Escuela Profesional de Obstetricia. Tesis de pregrado. San Martín Perú. Recuperado el 19.04.18, http://repositorio.unsm.edu.pe/bitstream/handle/UNSM/2338/TP_OBS_00403_2016.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Chirinos, C. (2016). *Características clínico-epidemiológicas de la muerte materna evitada en el hospital belén de Trujillo 2011-2014*. Universidad Nacional de Trujillo. Tesis. Trujillo Perú. Recuperado 19.04.18 http://dspace.unitru.edu.pe/bitstream/handle/UNITRU/8099/ChirinosMoreno_C.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- DIRESA San Martín. (2003). *Mejoramiento del sistema de referencia y contrareferencia de la red de servicios de salud Alto Mayo*. Oficina General de Administración del Ministerio de Salud. San Martín Perú. Consulta 27.05.18 10:38 pm. ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/Transparencia/08Proyectos/viables/GOBIERNO%20NACIONAL/SAN%20MART%20CDN/Referencia%20y%20Contrareferencia%20Red%20Alto%20Mayo_7491.pdf
- Gonzales, L. (2014). *Características de la atención hospitalaria y su relación con la morbilidad materna extrema en Medellín, Colombia*. Recuperado el 20 de 04 de 2018, de <http://go.galegroup.com/ps/anonymous?id=GALE%7CA367300075&sid=googleSchol>

ar&v=2.1&it=r&linkaccess=fulltext&issn=10204989&p=AONE&sw=w&authCount=1&isAnonymousEntry=true

Llerena, J. (2017). *Factores asociados a mortalidad materna en el Hospital Maria Auxiliadora durante el año 2011-2015*. Universidad Ricardo Palma. tesis. Recuperado 19.04.18 <http://cybertesis.urp.edu.pe/handle/urp/976>

Mendoza, A. (2017). “Capacidad resolutive de los establecimientos de salud y el sistema de referencia y contrareferencia de la Microred de Ascensión Huancavelica 2016”. Universidad César Vallejo. Escuela de Posgrado. Tesis para optar el grado académico de Maestra en gestión de servicios de la Salud. Huancavelica Perú. Consulta 28.05.18 http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/UCV/8676/Mendoza_GA.pdf?sequence=1

MINSA. (2004). Sistema de referencia y contrareferencia de los establecimientos de salud. (DGSP, Ed.) Recuperado 18.04.18, de http://bvs.minsa.gob.pe/local/dgsp/115_ntrefycon.pdf

MINSA. (2010). Módulo 5 Referencia y Contrareferencia de las Emergencias Obstétricas y Neonatales. Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú N° 2010-07620. ISBN: 978-9972-776-31-1. Lima. Consulta 27.05.18 10:27 pm. http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1142_DGSP275-5.pdf

MINSA. (2011). La Mortalidad Materna en el Perú. Dirección general de epidemiología. Fondo de Población de las Naciones Unidas, UNFPA. Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú. N° 2013-06452 ISBN: 978-9972-820-94-6. Pp. 20-24. Lima Perú.

Consulta 28.05.18. <http://www.unfpa.org.pe/publicaciones/publicacionesperu/MINSA-Mortalidad-Materna-Peru.pdf>

MINSA. (2016). Plan Estratégico Sectorial Multianual MINSA 2016 - 2021. *minsa. gob.pe*, 31. Recuperado 20.04.18
<ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/transparencia/05PlanEstrategico/Archivos/2016/RM367-2016-MINSA.pdf>

MINSA. (2016). Situación epidemiológica de la muerte materna en el Perú. *Boletín epidemiológico Lima - Perú. Semana epidemiológica N° 04*, 24, 67. Recuperado el 16 de 04 de 2018, de <http://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/boletines/2016/04.pdf>

MINSA. (2017). Programa presupuestal Salud Materno Neonatal 2017. *Diseño, revisión y articulación territorial 2017*. Recuperado el 21 de 04 de 2018, de https://www.minsa.gob.pe/presupuestales2017/archivos_apelacion/anexo2/anexo2-SALUD%20MATERNO%20NEONATAL.pdf

Montes, M. (2017). tesis. *Referencias obstétricas de emergencia en el centro materno infantil Laura Rodríguez Dulanto Duksil del distrito de comas durante los meses de mayo – julio del año 2017*. Obtenido de <http://repositorio.upsjb.edu.pe/bitstream/handle/upsjb/1460/T-TPMC-MILAGROS%20STEPHANY%20MONTES%20AG%C3%9CERO.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Moraga, S. (2017). Tesis. (U. R. Landívar, Ed.) *Caracterización de la mortalidad materna por hemorragia obstétrica*. Recuperado 19.04.18, de <http://recursosbiblio.url.edu.gt/tesiseortiz/2017/09/11/Moraga-Sandra.pdf>

- Nolazco, D. (2016). Tesis. (U. d. Huánuco, Ed.) “*Morbilidad Materna Extrema en Cuidados*. Recuperado el 19.04.18, de <http://distancia.udh.edu.pe/bitstream/handle/123456789/507/NOLAZCO%20BRAVO%20DIANA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- OMS. (2015). *Evolución de la mortalidad materna 1990 - 2015*. (OMS, Ed.) Recuperado el 16.04.18, de http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/204114/WHO_RHR_15.23_spa.pdf;jsessionid=DD692FB257F8277E933D422866D94EA1?sequence=1
- OMS. (2016). *Centro de prensa: Mortalidad materna*. Recuperado el 14.04.18, de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/>
- OMS. (2016). Estrategias para poner fin a la mortalidad materna. Recuperado el 14.04.18 de http://www.who.int/reproductivehealth/topics/maternal_perinatal/spanish_epmm.pdf
- ONU. (2015). *Objetivos de desarrollo del milenio . Informe 2015*. Organización de las Naciones Unidas. Recuperado el 19.04.18, de http://www.un.org/es/millenniumgoals/pdf/2015/mdg-report-2015_spanish.pdf
- OPS. (2008). Renovación de la atención primaria de las américas: Redes integradas de los servicios de salud. Recuperado el 19.04.18, de http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2018/dia_mundial/aps/Renovacion_APS_americas_RISS_2008.pdf
- Palomino, M. y Ramos, J. (2014). “Manejo de las referencias y contrareferencias de las pacientes obstétricas atendidas en el Centro de Salud de Anta Cusco 2014”. Universidad Andina del Cusco. Facultad de Ciencias de la Salud. Escuela Profesional de Obstetricia. Repositorio digital de Tesis. Tesis para optar el título de Licenciadas en

Obstetricia. Cusco Perú. Consulta 28.05.18

http://repositorio.uandina.edu.pe/bitstream/UAC/425/3/Mary_Jessy_Tesis_bachiller_2016.pdf

Perez, C. y. (2017). Tesis. (I. N. Martín, Ed.) *Factores predisponentes a la pre-eclampsia y su relación con las complicaciones materno fetales en gestantes atendidas en el hospital II ESSALUD Tarapoto, Enero – Mayo 2016*. Recuperado 19.04.18, de http://repositorio.unsm.edu.pe/bitstream/handle/UNSM/2331/TP_OBS_00303_2017.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Sayago, L. (2018). Tesis. (U. N. Gallo, Ed.) *Características de las referencias y diagnósticos de egreso de emergencia del servicio de obstetricia del hospital provincial docente Belén-Lambayeque*. Recuperado el 19.04.18, de <http://repositorio.unprg.edu.pe/bitstream/handle/UNPRG/1802/BC-TES-TMP-653.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Stanford, M. (2017). TESIS. (U. P. Union, Ed.) *RELACIÓN ENTRE LOS FACTORES DETERMINANTES QUE INCIDEN*. Obtenido de http://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/UPEU/684/Maria_Tesis_Maestr%C3%ADa_2017.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Soto, J. (2014). Implementación de la Norma de Referencia y Contrarreferencia en Obstetricia en los Hospitales Materno Infantiles del Sector Público de Salud, ciudad de la Paz y El Alto, Gestión 2014”. Universidad Mayor de San Andrés. Facultad de Medicina, Enfermería, Nutrición y tecnología médica. Unidad de Post Grado. Tesis para optar al título de Especialista en Gestión de Calidad y Auditoria Médica. La Paz Bolivia. Consulta 28.05.18 <http://repositorio.umsa.bo/bitstream/handle/123456789/15545/T->

[PG%20961%20%20Dra.%20Jenny%20Soto%20Villalta.%20Implementaci%C3%B3n%20de%20la%20Norma%20de%20Referencia.pdf?sequence=1&isAllowed=y](#)

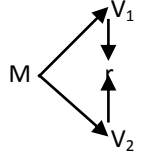
Vargas, E. y. (2017). Tesis. (U. N. Martín, Ed.) *Complicaciones Del Embarazo, Parto Y Puerperio En Gestantes Atendidas En El Hospital II Tarapoto Es Salud*. Recuperado el 19 de 04 de 2018, de <http://repositorio.unsm.edu.pe/handle/11458/2322>

ANEXOS:

Anexo N°1: Matriz de consistencia

Título: “Relación del Sistema de Referencia y Contrareferencia con la Mortalidad Materna del Hospital II 2-Tarapoto, 2017”

Determinación del problema.																	
Problema	Objetivos	Hipótesis	VARIABLES DE ESTUDIO														
Problema general	Objetivo general	Hipótesis general	VARIABLE 1: Sistema de referencia y Contrareferencia. Definición Operacional: Es la transferencia de pacientes con morbilidad materna, para asegurar la continuidad de su atención en el Hospital II 2 Tarapoto.														
¿Cuál es la relación del sistema de Referencia y Contrareferencia con la Mortalidad Materna del Hospital II 2 Tarapoto, 2017?	Determinar la relación del sistema de referencia y contrareferencia con la mortalidad materna del Hospital II 2 - Tarapoto, 2017.	Hi: Existe relación significativa entre el sistema de Referencia y Contrareferencia con la Mortalidad Materna del Hospital II 2 - Tarapoto, 2017. Ho: No existe relación significativa entre el sistema de Referencia y Contrareferencia con la Mortalidad Materna del Hospital II 2 - Tarapoto, 2017.															
Problemas específicos	Objetivos específicos	Hipótesis específicas															
¿Cuáles es el nivel de cumplimiento del sistema de Referencia y Contrareferencia del Hospital II 2 Tarapoto, 2017? ¿Cuáles son los tipos de muertes maternas ocurridas en la referencia y contrareferencia en el Hospital II 2 Tarapoto, 2017?	Identificar el nivel de cumplimiento del sistema de referencia y contrareferencia del Hospital II 2 Tarapoto, 2017. Conocer el tipo de muertes maternas con mayor frecuencia ocurridas en la referencia y contrareferencia en el Hospital II 2 Tarapoto, 2017.	H1: El nivel de cumplimiento del sistema de referencia y contrareferencia del Hospital II 2 Tarapoto, 2017, es medio. H2: El tipo de mortalidad materna con mayor frecuencia ocurridas en la referencia y contrareferencia en el Hospital II 2 Tarapoto, 2017, es la directa.	VARIABLE 2: Mortalidad Materna Definición operacional: Toda paciente que cumpla con los criterios de muerte materna comprendida en las edades de 10-49 años														
			<table border="1"> <thead> <tr> <th>Variable</th> <th>Dimensión</th> <th>indicadores</th> <th>Escal a</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="4">Sistema de referencia y Contrareferencia</td> <td>Responsable</td> <td>Médico, Profesional no médico o Técnico de salud</td> <td rowspan="4">ordinal</td> </tr> <tr> <td>Origen y destino de la referencia</td> <td>Fecha, EESS de origen, EESS de destino, MR, Red, DIRESA</td> </tr> <tr> <td>Unidad productora de servicio destino</td> <td>Servicio y condición del paciente</td> </tr> <tr> <td>Evaluación de la referencia</td> <td>Dx y manejo correctos Proceso de referencia Llenado de la hoja de referencia Orientación al paciente No maltrato Tiempo de espera</td> </tr> </tbody> </table>	Variable	Dimensión	indicadores	Escal a	Sistema de referencia y Contrareferencia	Responsable	Médico, Profesional no médico o Técnico de salud	ordinal	Origen y destino de la referencia	Fecha, EESS de origen, EESS de destino, MR, Red, DIRESA	Unidad productora de servicio destino	Servicio y condición del paciente	Evaluación de la referencia	Dx y manejo correctos Proceso de referencia Llenado de la hoja de referencia Orientación al paciente No maltrato Tiempo de espera
Variable	Dimensión	indicadores	Escal a														
Sistema de referencia y Contrareferencia	Responsable	Médico, Profesional no médico o Técnico de salud	ordinal														
	Origen y destino de la referencia	Fecha, EESS de origen, EESS de destino, MR, Red, DIRESA															
	Unidad productora de servicio destino	Servicio y condición del paciente															
	Evaluación de la referencia	Dx y manejo correctos Proceso de referencia Llenado de la hoja de referencia Orientación al paciente No maltrato Tiempo de espera															
			<table border="1"> <thead> <tr> <th>Variable 2</th> <th>Dimensiones</th> <th>indicadores</th> <th>Escala</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="4">Mortalidad Materna</td> <td>MM directa</td> <td>N° MM Directa</td> <td rowspan="4">ordinal</td> </tr> <tr> <td>MM indirecta</td> <td>N° MM Indirecta</td> </tr> <tr> <td>MM incidental o accidental</td> <td>N° MM Incidental o accidental</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Variable 2	Dimensiones	indicadores	Escala	Mortalidad Materna	MM directa	N° MM Directa	ordinal	MM indirecta	N° MM Indirecta	MM incidental o accidental	N° MM Incidental o accidental		
Variable 2	Dimensiones	indicadores	Escala														
Mortalidad Materna	MM directa	N° MM Directa	ordinal														
	MM indirecta	N° MM Indirecta															
	MM incidental o accidental	N° MM Incidental o accidental															

Metodología	Población y muestra	Técnicas e instrumentos de recolección y análisis de datos
<p>Tipo de investigación. El estudio de investigación es de tipo no experimental, ya que implica la observación del hecho en su condición natural sin intervención del investigador para no alterar las variables abordadas con el propósito lograr resultados fidedignos (Hernández, S., 2010).</p> <p>Diseño de investigación. La investigación empleará el diseño correlacional, porque examinará la relación entre dos variables, en la misma unidad de investigación y se esquematiza de la siguiente manera:</p>  <p>Donde: M = Muestra V1= Sistema de referencia y Contrareferencia V2= Mortalidad Materna r = Relación entre variables</p>	<p>Población La población objeto de estudio, estará constituida por todas las historias clínicas de referencias maternas al Hospital II 2 - Tarapoto, en el periodo Enero a Diciembre del 2017</p> <p>Muestra La muestra del estudio estará conformada por todas las Historias clínicas de referencias maternas atendidas en el Hospital II 2 Tarapoto, en el periodo Enero a Diciembre del 2017</p>	<p>Técnica Análisis documentario</p> <p>Instrumento Ficha de recolección de datos</p>

Anexo N°2: Instrumentos de recolección de datos

Ficha de Evaluación de la Referencia

Introducción:

El presente instrumento tiene como finalidad evaluar el sistema de referencia y contrareferencia para los casos obstétricos

Instrucción:

El responsable de aplicar la ficha de evaluación debe leer atentamente cada ítem y marcar una de las alternativas que corresponda, es decir la que sea más apropiada según indicaciones existentes en el formato. Asimismo, debe marcar con un aspa la alternativa elegida. Además es importante mencionar que no existen respuestas “correctas” o “incorrectas”, ni respuestas “buenas” o “malas”, solo se solicita honestidad y sinceridad de acuerdo a su contextualización.

Finalmente, la respuesta que vierta es totalmente reservada y se guardará confidencialidad y marque todos los ítems que se solicitan.

La calificación de la referencia por cada FRC será la siguiente:

Adecuada	18 - 20
Regular	14 - 17
Inadecuada	< 14



HOJA PARA LA EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA (*)

Nº

1. DATOS GENERALES

Fecha

Día	Mes	Año
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Establecimiento/Comunidad de origen:

Establecimiento de destino de la referencia:

Microred:

Red:

Dirección de Salud:

A. TIPO DE REFERENCIA: (marcar con aspa)

Consulta externa Apoyo al diagnóstico Emergencia

En caso de emergencia, el traslado del paciente, se realizó por medio de:

Ambulancia Camioneta Otro vehículo

El traslado del paciente es correcto (en caso de emergencia según traslado asistido) Si NO N/A

Condición del paciente al ingreso en el establecimiento de destino:

Estable Mal estado Fallecido

B. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA

1. Diagnóstico y manejo en el primer nivel es correcto, según Guías de atención (2 pts.) Si NO

2. Evaluación del proceso de referencia. (01 pto c/u)

2.1. Se coordinó la referencia antes de referir al paciente: Si NO

Si es Sí, ¿cuál fue el medio que se utilizó para la coordinación (marcar con aspa):

Comunicación de agente comunitario Radio del EE.SS.

Teléfono fijos Celular/RPM/RPC

Teléfonos satelitales Otros

Los siguientes puntos aplican para referencias de emergencias. En caso no aplicar, se asignará el puntaje correspondiente a sí.

2.2. Traslado de paciente asistido adecuado: Si NO N/A

2.3. Ambulancia equipada de acuerdo a tipo, según norma: Si NO N/A

2.4. Personal acompañante capacitado: Si NO N/A

3. Evaluación del llenado de la hoja de referencia. (1 punto c/u)

3.1. Datos generales	CORRECTO	<input type="checkbox"/>	INCORRECTO	<input type="checkbox"/>
3.2. Identificación del usuario	CORRECTO	<input type="checkbox"/>	INCORRECTO	<input type="checkbox"/>
3.3. Anamnesis	CORRECTO	<input type="checkbox"/>	INCORRECTO	<input type="checkbox"/>
3.4. Examen físico	CORRECTO	<input type="checkbox"/>	INCORRECTO	<input type="checkbox"/>
3.5. Exámenes auxiliares	CORRECTO	<input type="checkbox"/>	INCORRECTO	<input type="checkbox"/>
3.6. Diagnóstico	CORRECTO	<input type="checkbox"/>	INCORRECTO	<input type="checkbox"/>
3.7. Tratamiento	CORRECTO	<input type="checkbox"/>	INCORRECTO	<input type="checkbox"/>
3.8. Datos del personal que atiende	CORRECTO	<input type="checkbox"/>	INCORRECTO	<input type="checkbox"/>

4. Paciente recibe orientación del proceso de atención al ingresar al establecimiento: (2 pts) Si NO

5. Paciente, familiares o personal del establecimiento de origen manifiesta que no ha recibido maltrato de parte del personal de salud al recibir al paciente: (2 pts)** Si NO

6. Tiempo de espera para la atención adecuada, de acuerdo al caso (2 pts)

6.1. En caso de emergencia, tiempo de espera menor de 10 minutos Si NO

6.2. En caso de consulta externa o apoyo al diagnóstico, atención preferencial Si NO

Fuente: Módulo 5: Referencia y Contrareferencia de las Emergencias Obstétricas y Neonatales, 2013, p. 45.

Anexo N°2: Instrumentos de recolección de datos

Ficha de recolección de indicadores de Mortalidad Materna

Introducción:

El presente instrumento tiene como finalidad obtener los indicadores de muerte materna según casos obstétricos referidos y contrareferidos

Instrucción:

El responsable de aplicar la ficha de evaluación debe leer atentamente cada ítem y registrar los datos que se solicita según la tabla, es decir la que sea más apropiada según indicaciones existentes en el formato. Asimismo, debe completar la información que se le solicita. Se solicita honestidad y sinceridad de acuerdo a su contextualización.

Finalmente, los datos que obtengan serán tratados en totalmente reservada y se guardará confidencialidad.

TIPO DE MUERTE MATERNA	N°	%
Muerte materna directa		
Muerte materna indirecta		
Muerte materna incidental o accidental		
Total		
INDICADORES DE RESULTADOS		
% de muertes evitadas de Emergencias Obstétricas:	$\frac{\text{N}^{\text{a}} \text{ de muertes maternas evitadas que usaron el SRC(*)} \times 100}{\text{Total de muertes maternas evitadas}}$	

Anexo N°3: Ficha de validación de los instrumentos de investigación por expertos

INFORME DE OPINIÓN SOBRE INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA

I. DATOS GENERALES

Apellidos y nombres del experto : Dr. José Manuel Delgado Bardales.
 Institución donde labora : Universidad Cesar Vallejo / Universidad Nacional de San Martín
 Especialidad : Gestión Universitaria
 Instrumento de evaluación : Ficha de recolección de datos: Hoja para Evaluación de la Referencia
 Autor del instrumento : Br. Salvador L. Vigil Vásquez

II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN

		MUY DEFICIENTE (1)	DEFICIENTE (2)	ACEPTABLE (3)	BUENA (4)	EXCELENTE (5)
CRITERIOS	INDICADORES	1	2	3	4	5
CLARIDAD	Los ítems están redactados con lenguaje apropiado y libre de ambigüedades acorde con los sujetos muestrales.					✓
OBJETIVIDAD	Las instrucciones y los ítems del instrumento permiten recoger la información objetiva sobre la variable: Sistema de referencia y Contrareferencia en todas sus dimensiones en indicadores conceptuales y operacionales.					✓
ACTUALIDAD	El instrumento demuestra vigencia acorde con el conocimiento científico, tecnológico, innovación y legal inherente a la variable: Sistema de referencia y Contrareferencia.					✓
ORGANIZACIÓN	Los ítems del instrumento reflejan organicidad lógica entre la definición operacional y conceptual respecto a la variable: Sistema de referencia y Contrareferencia, de manera que permiten hacer inferencias en función a las hipótesis, problema y objetivos de la investigación.					✓
SUFICIENCIA	Los ítems del instrumento son suficientes en cantidad y calidad acorde con la variable, dimensiones e indicadores.					✓
INTENCIONALIDAD	Los ítems del instrumento son coherentes con el tipo de investigación y responden a los objetivos, hipótesis y variable de estudio.					✓
CONSISTENCIA	La información que se recoja a través de los ítems del instrumento, permitirá analizar, describir y explicar la realidad, motivo de la investigación.					✓
COHERENCIA	Los ítems del instrumento expresan relación con los indicadores de cada dimensión de la variable: Sistema de referencia y Contrareferencia.					✓
METODOLOGÍA	La relación entre la técnica y el instrumento propuestos responden al propósito de la investigación, desarrollo tecnológico e innovación.					✓
PERTINENCIA	La redacción de los ítems concuerda con la escala valorativa del instrumento.					✓
PUNTAJE TOTAL						49

(Nota: Tener en cuenta que el instrumento es válido cuando se tiene un puntaje mínimo de 41 "Excelente"; sin embargo, un puntaje menor al anterior se considera al instrumento no válido ni aplicable)

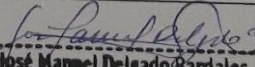
III. OPINIÓN DE APLICABILIDAD

Instrumento aplicable responde a la operacionalización de variables

PROMEDIO DE VALORACIÓN:

49

Tarapoto, 22 de Junio de 2018.


Dr. José Manuel Delgado Bardales
DOCENTE POS GRADO

Sello personal y firma



INFORME DE OPINIÓN SOBRE INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA

I. DATOS GENERALES

Apellidos y nombres del experto : Dr. José Manuel Delgado Bardales
 Institución donde labora : Universidad Cesar Vallejo / Universidad Nacional de San Martín
 Especialidad : Gestión Universitaria
 Instrumento de evaluación : Ficha de recolección de datos:
 : Ficha de recolección de indicadores de Mortalidad Materna
 Autor del instrumento : Br. Salvador L. Vigil Vásquez

II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN

MUY DEFICIENTE (1) DEFICIENTE (2) ACEPTABLE (3) BUENA (4) EXCELENTE (5)

CRITERIOS	INDICADORES					
		1	2	3	4	5
CLARIDAD	Los ítems están redactados con lenguaje apropiado y libre de ambigüedades acorde con los sujetos muestrales.					✓
OBJETIVIDAD	Las instrucciones y los ítems del instrumento permiten recoger la información objetiva sobre la variable: Mortalidad Materna en todas sus dimensiones en indicadores conceptuales y operacionales.					✓
ACTUALIDAD	El instrumento demuestra vigencia acorde con el conocimiento científico, tecnológico, innovación y legal inherente a la variable: Mortalidad Materna.					✓
ORGANIZACIÓN	Los ítems del instrumento reflejan organicidad lógica entre la definición operacional y conceptual respecto a la variable: Mortalidad Materna de manera que permiten hacer inferencias en función a las hipótesis, problema y objetivos de la investigación.				✓	
SUFICIENCIA	Los ítems del instrumento son suficientes en cantidad y calidad acorde con la variable, dimensiones e indicadores.					✓
INTENCIONALIDAD	Los ítems del instrumento son coherentes con el tipo de investigación y responden a los objetivos, hipótesis y variable de estudio.					✓
CONSISTENCIA	La información que se recoja a través de los ítems del instrumento, permitirá analizar, describir y explicar la realidad, motivo de la investigación.					✓
COHERENCIA	Los ítems del instrumento expresan relación con los indicadores de cada dimensión de la variable: Mortalidad Materna.					✓
METODOLOGÍA	La relación entre la técnica y el instrumento propuestos responden al propósito de la investigación, desarrollo tecnológico e innovación.					✓
PERTINENCIA	La redacción de los ítems concuerda con la escala valorativa del instrumento.					✓
PUNTAJE TOTAL						49

(Nota: Tener en cuenta que el instrumento es válido cuando se tiene un puntaje mínimo de 41 "Excelente"; sin embargo, un puntaje menor al anterior se considera al instrumento no válido ni aplicable)

III. OPINIÓN DE APLICABILIDAD

Instrumento aplicable responde a la operacionalización de variables

PROMEDIO DE VALORACIÓN:

49

Tarapoto, 22 de Junio de 2018.

Dr. José Manuel Delgado Bardales
Dr. José Manuel Delgado Bardales
 DOCENTE POS GRADO

Sello personal y firma

INFORME DE OPINIÓN SOBRE INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA

I. DATOS GENERALES

Apellidos y nombres del experto : Dra. Gabriela Del Pilar Palomino Alvarado.
 Institución donde labora : Universidad Nacional de San Martín
 Especialidad : Gestión Universitaria
 Instrumento de evaluación : Ficha de recolección de datos: Hoja para Evaluación de la Referencia
 Autor del instrumento : Br. Salvador L. Vigil Vásquez

II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN

MUY DEFICIENTE (1) DEFICIENTE (2) ACEPTABLE (3) BUENA (4) EXCELENTE (5)

CRITERIOS	INDICADORES	1	2	3	4	5
CLARIDAD	Los ítems están redactados con lenguaje apropiado y libre de ambigüedades acorde con los sujetos muestrales.					✓
OBJETIVIDAD	Las instrucciones y los ítems del instrumento permiten recoger la información objetiva sobre la variable: Sistema de referencia y Contrareferencia en todas sus dimensiones en indicadores conceptuales y operacionales.					✓
ACTUALIDAD	El instrumento demuestra vigencia acorde con el conocimiento científico, tecnológico, innovación y legal inherente a la variable: Sistema de referencia y Contrareferencia.					✓
ORGANIZACIÓN	Los ítems del instrumento reflejan organicidad lógica entre la definición operacional y conceptual respecto a la variable: Sistema de referencia y Contrareferencia, de manera que permiten hacer inferencias en función a las hipótesis, problema y objetivos de la investigación.				✓	
SUFICIENCIA	Los ítems del instrumento son suficientes en cantidad y calidad acorde con la variable, dimensiones e indicadores.					✓
INTENCIONALIDAD	Los ítems del instrumento son coherentes con el tipo de investigación y responden a los objetivos, hipótesis y variable de estudio.					✓
CONSISTENCIA	La información que se recoja a través de los ítems del instrumento, permitirá analizar, describir y explicar la realidad, motivo de la investigación.					✓
COHERENCIA	Los ítems del instrumento expresan relación con los indicadores de cada dimensión de la variable: Sistema de referencia y Contrareferencia.					✓
METODOLOGÍA	La relación entre la técnica y el instrumento propuestos responden al propósito de la investigación, desarrollo tecnológico e innovación.					✓
PERTINENCIA	La redacción de los ítems concuerda con la escala valorativa del instrumento.					✓
PUNTAJE TOTAL						

(Nota: Tener en cuenta que el instrumento es válido cuando se tiene un puntaje mínimo de 41 "Excelente"; sin embargo, un puntaje menor al anterior se considera al instrumento no válido ni aplicable)

III. OPINIÓN DE APLICABILIDAD

Instrumento aplicable respecto a la operacionalización de variables.

PROMEDIO DE VALORACIÓN:

49

Tarapoto, 20 de junio de 2018.

Sello personal y firma

INFORME DE OPINIÓN SOBRE INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA

I. DATOS GENERALES

Apellidos y nombres del experto : Dra. Gabriela Del Pilar Palomino Alvarado
 Institución donde labora : Universidad Nacional de San Martín
 Especialidad : Gestión Universitaria
 Instrumento de evaluación : Ficha de recolección de datos:
 Ficha de recolección de indicadores de Mortalidad Materna
 Autor del instrumento : Br. Salvador L. Vigil Vásquez

II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN

MUY DEFICIENTE (1) DEFICIENTE (2) ACEPTABLE (3) BUENA (4) EXCELENTE (5)

CRITERIOS	INDICADORES	1	2	3	4	5
CLARIDAD	Los ítems están redactados con lenguaje apropiado y libre de ambigüedades acorde con los sujetos muestrales.					✓
OBJETIVIDAD	Las instrucciones y los ítems del instrumento permiten recoger la información objetiva sobre la variable: Mortalidad Materna en todas sus dimensiones en indicadores conceptuales y operacionales.					✓
ACTUALIDAD	El instrumento demuestra vigencia acorde con el conocimiento científico, tecnológico, innovación y legal inherente a la variable: Mortalidad Materna.					✓
ORGANIZACIÓN	Los ítems del instrumento reflejan organicidad lógica entre la definición operacional y conceptual respecto a la variable: Mortalidad Materna de manera que permiten hacer inferencias en función a las hipótesis, problema y objetivos de la investigación.				✓	
SUFICIENCIA	Los ítems del instrumento son suficientes en cantidad y calidad acorde con la variable, dimensiones e indicadores.					✓
INTENCIONALIDAD	Los ítems del instrumento son coherentes con el tipo de investigación y responden a los objetivos, hipótesis y variable de estudio.					✓
CONSISTENCIA	La información que se recoja a través de los ítems del instrumento, permitirá analizar, describir y explicar la realidad, motivo de la investigación.					✓
COHERENCIA	Los ítems del instrumento expresan relación con los indicadores de cada dimensión de la variable: Mortalidad Materna.					✓
METODOLOGÍA	La relación entre la técnica y el instrumento propuestos responden al propósito de la investigación, desarrollo tecnológico e innovación.				✓	
PERTINENCIA	La redacción de los ítems concuerda con la escala valorativa del instrumento.					✓
PUNTAJE TOTAL						

(Nota: Tener en cuenta que el instrumento es válido cuando se tiene un puntaje mínimo de 41 "Excelente", sin embargo, un puntaje menor al anterior se considera al instrumento no válido ni aplicable)

III. OPINIÓN DE APLICABILIDAD

Instrumento aplicable responde a la operacionalización de variables

PROMEDIO DE VALORACIÓN:

48

Tarapoto, 20 de Junio de 2018.

Sello personal y firma

INFORME DE OPINIÓN SOBRE INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA

I. DATOS GENERALES

Apellidos y nombres del experto : Sánchez Dávila Keller
 Institución donde labora : Universidad Cesar Vallejo / Universidad Nacional de San Martín
 Especialidad : Salud Pública / Gestión y Políticas Públicas
 Instrumento de evaluación : Ficha de recolección de datos:
 Ficha de recolección de indicadores de Mortalidad Materna
 Autor del instrumento : Br. Salvador L. Vigil Vásquez

II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN

MUY DEFICIENTE (1) DEFICIENTE (2) ACEPTABLE (3) BUENA (4) EXCELENTE (5)

CRITERIOS	INDICADORES					
		1	2	3	4	5
CLARIDAD	Los ítems están redactados con lenguaje apropiado y libre de ambigüedades acorde con los sujetos muestrales.				✓	
OBJETIVIDAD	Las instrucciones y los ítems del instrumento permiten recoger la información objetiva sobre la variable: Mortalidad Materna en todas sus dimensiones en indicadores conceptuales y operacionales.				✓	
ACTUALIDAD	El instrumento demuestra vigencia acorde con el conocimiento científico, tecnológico, innovación y legal inherente a la variable: Mortalidad Materna.					✓
ORGANIZACIÓN	Los ítems del instrumento reflejan organicidad lógica entre la definición operacional y conceptual respecto a la variable: Mortalidad Materna de manera que permiten hacer inferencias en función a las hipótesis, problema y objetivos de la investigación.				✓	
SUFICIENCIA	Los ítems del instrumento son suficientes en cantidad y calidad acorde con la variable, dimensiones e indicadores.				✓	
INTENCIONALIDAD	Los ítems del instrumento son coherentes con el tipo de investigación y responden a los objetivos, hipótesis y variable de estudio.					✓
CONSISTENCIA	La información que se recoja a través de los ítems del instrumento, permitirá analizar, describir y explicar la realidad, motivo de la investigación.				✓	
COHERENCIA	Los ítems del instrumento expresan relación con los indicadores de cada dimensión de la variable: Mortalidad Materna.					✓
METODOLOGÍA	La relación entre la técnica y el instrumento propuestos responden al propósito de la investigación, desarrollo tecnológico e innovación.				✓	
PERTINENCIA	La redacción de los ítems concuerda con la escala valorativa del instrumento.					✓
PUNTAJE TOTAL					44	

(Nota: Tener en cuenta que el instrumento es válido cuando se tiene un puntaje mínimo de 41 "Excelente"; sin embargo, un puntaje menor al anterior se considera al instrumento no válido ni aplicable)

III. OPINIÓN DE APLICABILIDAD

INSTRUMENTO COHERENTE Y APTO PARA SU APLICACIÓN

PROMEDIO DE VALORACIÓN:

44

Tarapoto, 19 de JUNIO de 2018.

Mg. Keller Sánchez Dávila
DOCENTE POS GRADO

Sello personal y firma

INFORME DE OPINIÓN SOBRE INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA

I. DATOS GENERALES

Apellidos y nombres del experto : Sánchez Dávila Keller
 Institución donde labora : Universidad Cesar Vallejo / Universidad Nacional de San Martín
 Especialidad : Salud Pública / Gestión y Políticas Públicas
 Instrumento de evaluación : Ficha de recolección de datos: Hoja para Evaluación de la Referencia
 Autor del instrumento : Br. Salvador L. Vigil Vásquez

II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN

MUY DEFICIENTE (1) DEFICIENTE (2) ACEPTABLE (3) BUENA (4) EXCELENTE (5)

CRITERIOS	INDICADORES	1	2	3	4	5
CLARIDAD	Los ítems están redactados con lenguaje apropiado y libre de ambigüedades acorde con los sujetos muestrales.				✓	
OBJETIVIDAD	Las instrucciones y los ítems del instrumento permiten recoger la información objetiva sobre la variable: Sistema de referencia y Contrareferencia en todas sus dimensiones en indicadores conceptuales y operacionales.				✓	
ACTUALIDAD	El instrumento demuestra vigencia acorde con el conocimiento científico, tecnológico, innovación y legal inherente a la variable: Sistema de referencia y Contrareferencia.					✓
ORGANIZACIÓN	Los ítems del instrumento reflejan organicidad lógica entre la definición operacional y conceptual respecto a la variable: Sistema de referencia y Contrareferencia, de manera que permiten hacer inferencias en función a las hipótesis, problema y objetivos de la investigación.				✓	
SUFICIENCIA	Los ítems del instrumento son suficientes en cantidad y calidad acorde con la variable, dimensiones e indicadores.					✓
INTENCIONALIDAD	Los ítems del instrumento son coherentes con el tipo de investigación y responden a los objetivos, hipótesis y variable de estudio.				✓	
CONSISTENCIA	La información que se recoja a través de los ítems del instrumento, permitirá analizar, describir y explicar la realidad, motivo de la investigación.				✓	
COHERENCIA	Los ítems del instrumento expresan relación con los indicadores de cada dimensión de la variable: Sistema de referencia y Contrareferencia.					✓
METODOLOGÍA	La relación entre la técnica y el instrumento propuestos responden al propósito de la investigación, desarrollo tecnológico e innovación.				✓	
PERTINENCIA	La redacción de los ítems concuerda con la escala valorativa del instrumento.				✓	
PUNTAJE TOTAL						43

(Nota: Tener en cuenta que el instrumento es válido cuando se tiene un puntaje mínimo de 41 "Excelente", sin embargo, un puntaje menor al anterior se considera al instrumento no válido ni aplicable)


III. OPINIÓN DE APLICABILIDAD

Instrumento coherente y apto para su aplicación

PROMEDIO DE VALORACIÓN:

43

Tarapoto, 19 de Junio de 2018.


 Mg. Keller Sánchez Dávila
 DOCENTE POS GRADO

Sello personal y firma

Anexo N°4: Índice de confiabilidad

Análisis de confiabilidad: Referencia y contrareferencia

Pruebas de Chi-cuadrado

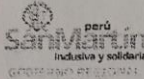
	N	%
Casos Válido	16	100,0
Excluido ^a	0	,0
N de casos válidos	145	100,0

a. La eliminación por lista se basa en todas las variables del procedimiento.


Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,812	16

Anexo N°5: Constancia de autorización

 **perú**
San Martín
GOBIERNO REGIONAL
inclusiva y solidaria

DECENIO DE LA IGUALDAD Y OPORTUNIDAD PARA MUJERES Y HOMBRES
"Año del Dialogo y la Reconciliación Nacional"

 **HOSPITAL TARAPOTO**

2324

NOTA DE COORD. N°041.-2018-OF.CAPyDOC.D/H.T

A : Abog. YENNI L. RODRIGUEZ SAAVEDRA
Jefa de Recursos Humanos

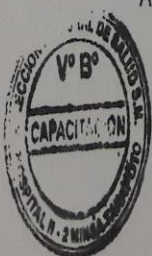
ASUNTO : **FACILIDADES PARA TRABAJO DE INVESTIGACION**

REF. : SOLICITUD.


FECHA : Tarapoto, 25 de junio del 2018.

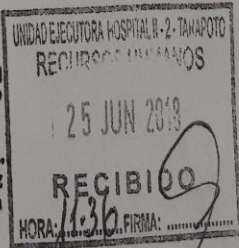
Es grato dirigirme a usted, para saludarle cordialmente, y en relación al documento de la referencia donde el Obstetra, Salvador Leninin Vigil Vásquez; solicitan autorización para desarrollar proyecto de tesis "Relación del Sistema de Referencia y Contrareferencia con la Mortalidad Materna del Hospital II-2 Tarapoto, 2017". En tal sentido hago de su conocimiento que ha cumplido en presentar los requisitos establecidos.

Atentamente,



GOBIERNO REGIONAL SAN MARTÍN
UNIDAD EJECUTORA HOSPITAL II-2-TARAPOTO


Lic. Enf. Sarita G. Saavedra Grandez
JEFA DE OF. DE CAPACITACION Y APOYO A LA DOCENCIA
CEP. 2230 RNE 7974



c.c.
Archivo
SGSG/ghau.

Anexo N°6: Formulario de autorización para la publicación electrónica de la tesis



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

Centro de Recursos para el Aprendizaje y la Investigación (CRAI)
"César Acuña Peralta"

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PARA LA PUBLICACIÓN ELECTRÓNICA DE LAS TESIS

1. DATOS PERSONALES

Apellidos y Nombres: VIGIL VÁSQUEZ Salvador Leninin
D.N.I. : 01156640
Domicilio : Jr San Martín 301 Banda de Shilcayo
Teléfono : Fijo : Móvil : 942953577
E-mail : salvaleninvigil@gmail.com

2. IDENTIFICACIÓN DE LA TESIS

Modalidad:

Tesis de Posgrado

Maestría

Doctorado

Grado : Maestro

Mención : Gestión de los Servicios de la Salud

3. DATOS DE LA TESIS

Autor (es) Apellidos y Nombres:

VIGIL VÁSQUEZ Salvador Leninin

Título de la tesis:

"Relación del sistema de referencia y contrareferencia con la
mortalidad materna del Hospital II 2 Tarapoto, 2017"

Año de publicación : 2019.

4. AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN DE LA TESIS EN VERSIÓN ELECTRÓNICA:

A través del presente documento,

Si autorizo a publicar en texto completo mi tesis.



No autorizo a publicar en texto completo mi tesis.



Firma :

Fecha : 12 de Marzo del 2019

Anexo N°7: Informe de originalidad

Feedback Studio - Google Chrome
https://ev.turnitin.com/app/carta/es/?lang=es&o=10115889568s=3&u=1050025204

feedback studio Relación del sistema de referencia y contrareferencia con la mortalidad materna del Hospital II 2 Tarapoto, 2017

Resumen de coincidencias X

23 %

1 cybertesis.urp.edu.pe 3 %
Fuente de Internet

2 dspace.unitru.edu.pe 2 %
Fuente de Internet


3 repositorio.upeu.edu.pe 2 %
Fuente de Internet

4 bvs.minsa.gob.pe 2 %
Fuente de Internet

5 documents.mx 2 %
Fuente de Internet

6 repositorio.unam.edu.pe 2 %
Fuente de Internet

7 recursosbiblio.url.edu.gt 2 %
Fuente de Internet

 **ESCUELA DE POSGRADO**
UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

“Relación del sistema de referencia y contrareferencia con la mortalidad materna del Hospital II 2 Tarapoto, 2017”

TESIS PARA OBTENER EL GRADO ACADÉMICO DE MAESTRO EN GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD

AUTOR:

Br. Salvador Lenin Vigil Vásquez

ASESOR:

Página: 1 de 80 Número de palabras: 15817 Text-only Report High Resolution Activado

23:59 15/02/2019

Anexo N°8: Acta de aprobación de originalidad de tesis



ACTA DE APROBACIÓN DE ORIGINALIDAD DE TESIS

Yo, Keller Sánchez Dávila, asesor del curso de Desarrollo de Proyecto de Tesis, del ciclo IV, y revisor de la tesis del estudiante Salvador Leninín Vigil Vásquez titulado "Relación del sistema de referencia y contrareferencia con la mortalidad materna del Hospital II 2 Tarapoto, 2017", constato que la misma tiene un índice de similitud de 23%

Verificable en el reporte de originalidad del programa *TURNITIN*.

El suscrito analizó dicho reporte y concluyó que cada una de las coincidencias detectadas no constituyen plagio. A mi leal saber y entender la tesis cumple con todas las normas para el uso de citas y referencias establecidas por la universidad César Vallejo.

Tarapoto, 01 de Noviembre del 2018



Mg. Keller Sánchez Dávila
DOCENTE POS GRADO

Anexo N°9: Autorización de la versión final del trabajo de investigación



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

AUTORIZACIÓN DE LA VERSIÓN FINAL DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

CONSTE POR EL PRESENTE EL VISTO BUENO QUE OTORGA EL ENCARGADO DE INVESTIGACIÓN DE

Dra. Ana Noemí Sandoval Vergara

A LA VERSIÓN FINAL DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN QUE PRESENTA:

Salvador Leninin Vigil Vásquez

INFORME TÍTULADO:

“Relación del sistema de referencia y contrareferencia con la mortalidad materna del Hospital II 2 Tarapoto, 2017”

PARA OBTENER EL TÍTULO O GRADO DE:

Maestro en Gestión de los Servicios de la Salud

SUSTENTADO EN FECHA: 14 de Agosto del 2018

NOTA O MENCIÓN: Aprobado por unanimidad

Dra. Ana Noemí Sandoval Vergara
DIRECTORA DE INVESTIGACIÓN
UCV - TARAPOTO