

**CARACTERIZACION DE USUARIAS DE GINECOOBSTETRICIA REFERIDAS
POR LA EPS COMFENALCO, ANTIOQUIA 2007**

**Investigadoras:
CARLA CORRALES
DIANA POSADA
PAOLA RIOS LOPEZ**

Grupo de Investigación: Observatorio de la Salud Pública

**Coinvestigadora:
DEDSY YAJAIRA BERBESI FERNANDEZ
Grupo de investigación Epidemiología y Bioestadística**

**UNIVERSIDAD CES
FACULTAD DE MEDICINA
MEDELLIN
2008**

**CARACTERIZACION DE USUARIAS DE GINECOOBSTETRICIA REFERIDAS
POR LA EPS COMFENALCO, ANTIOQUIA 2007**

**Trabajo de investigación presentado para optar el título de especialistas en
auditoría en salud por:**

**CARLA CORRALES
DIANA POSADA
PAOLA RIOS LOPEZ**

Grupo de Investigación: Observatorio de la Salud Pública

**UNIVERSIDAD CES
FACULTAD DE MEDICINA
MEDELLIN
2008**

TABLA DE CONTENIDO

1. RESUMEN.....	6
2. FORMULACION DEL PROBLEMA.....	7
3. MARCO TEORICO	10
4. OBJETIVOS.....	20
5. METODOLOGIA	21
6. RESULTADOS.....	25
7. DISCUSIÓN.....	34
8. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	37
9. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	39

INDICE DE CUADROS

Cuadro No. 1	26
Cuadro No. 2	26
Cuadro No. 3	27
Cuadro No. 4	27
Cuadro No. 5	28
Cuadro No. 6	29
Cuadro No. 7	29
Cuadro No. 8	30
Cuadro No. 9	30
Cuadro No. 10	31
Cuadro No. 11	31
Cuadro No. 12	32
Cuadro No. 13	32
Cuadro No. 14	33
Cuadro No. 15	33

INDICE DE GRAFICOS

Gráfico No. 1	25
Gráfico No. 2	34

1. RESUMEN

El sistema general de seguridad social en Colombia obliga a través de la normatividad vigente la aplicación de un sistema de referencia y contrarreferencia de pacientes; en el caso de la EPS Comfenalco cuenta con un centro regulador apoyado por el centro regulador de Metrosalud (SISME).

De esta forma surge la necesidad de investigar en las pacientes obstétricas reguladas por el SISME y el centro regulador de Comfenalco la pertinencia y oportunidad de las remisiones, todo esto con el fin de plantear medidas de mejoramiento en la prestación del servicio.

El tipo de estudio fue descriptivo de corte, retrospectivo en las pacientes obstétricas del régimen subsidiado de la EPS-S Comfenalco del municipio de Medellín regulados a través del SISME y de Comfenalco en el primer semestre de 2007.

El 78,6%(301) fueron clasificados como de prioridad media en el triage, el 49,6%(190) de las pacientes fueron remitidas a un segundo nivel de complejidad, el 57.9% (221) de las pacientes se les practico conductas de evaluación y hospitalización.

Se evidenció una inadecuada articulación entre el SISME y COMFENALCO en cuanto a la notificación de los pacientes y la regulación en la atención en salud. La no notificación puede proporcionar colapso en las clínicas, negación en el pago de la atención en salud por parte de la EPS a la IPS y el no cumplimiento de los conductos regulares entre el SISME y Comfenalco.

Palabras claves: DeCS (descriptores en ciencias de la salud): Sistemas de información, Estándares de referencia, Servicios de salud.

2. FORMULACION DEL PROBLEMA

2.1. Planteamiento del problema

El sistema general de seguridad social en Colombia obliga a través de las resoluciones 5261 de 1994 y su modificación 2816 de 1998, el acuerdo 306 de 2005, el decreto 2759 de 1991 a las EPS y EPS S que tengan implementado el sistema de referencia y contrarreferencia de pacientes; en el caso de la EPS Comfenalco se creó su centro regulador el cual cuenta con el apoyo del centro regulador de Metrosalud (SISME).

La metodología de trabajo entre estos dos centros reguladores se basa en la comunicación telefónica permanente. Una vez que ingresa un paciente a la red hospitalaria de Metrosalud se verifica su estado administrativo en Comfenalco y si el diagnóstico por ley es competencia de la EPS. S, si es el caso el centro regulador del SISME debe notificar al centro regulador de Comfenalco para empezar el proceso de regulación, la notificación de su ubicación en una entidad hospitalaria con un nivel acorde a su patología y la generación de la autorización para su atención.

Pero durante el tiempo que han existido y trabajado en conjunto estos dos centros reguladores se ha presentado controversia sobre la efectividad, pertinencia y oportunidad de ambos sistemas de regulación de pacientes respecto al cumplimiento de la norma, a la pertinencia de las remisiones según el diagnóstico, la verificación de derechos de las pacientes obstétricas según la legislación vigente y al tiempo que toma la ubicación de los pacientes.

De esta forma surge la necesidad de investigar en las pacientes obstétricas reguladas por el SISME y el centro regulador de Comfenalco la pertinencia de las remisiones, la verificación de las pacientes obstétricas a regular en la base de datos de la EPS S, a quien competía el diagnóstico por ley, si se le solicitó a Comfenalco la regulación en el momento oportuno o si no fue solicitada, cual centro regulador consiguió la remisión y si la ubicación se hizo al nivel adecuado esto con el fin de no colapsar la red hospitalaria que en el municipio de Medellín es bastante reducida.

Se hace necesario analizar de forma científico-técnica la determinación de las características clínicas, administrativas, de pertinencia y oportunidad en las pacientes obstétricas del régimen subsidiado del municipio de Medellín de la EPS Comfenalco que fueron regulados a través del SISME y de Comfenalco durante el periodo comprendido entre enero a diciembre de 2007.

2.2 Justificación

Durante la práctica diaria de la regulación de pacientes se han encontrado situaciones particulares que pueden alterar el desarrollo de esta misma, como inconsistencias con la afiliación de los pacientes, la falta de trabajo en conjunto entre los dos centros reguladores y la remisión inadecuada de pacientes, entre otras, que pueden generar las siguientes consecuencias:

- Consecuencias legales ya que cada EPS subsidiada debe cumplir con unos requisitos establecidos por la ley como es la cobertura integral de sus afiliados y eso incluye la referencia de estos a un centro asistencial acorde a la patología que presenta, al no haber notificación por parte del SISME al Centro regulador de Comfenalco se puede llegar al incumplimiento de estas obligaciones.
- Repercusiones económicas ya que muchos de los pacientes que son remitidos sin ser notificados al Centro regulador de Comfenalco no se encuentran activos en la EPS S y son las instituciones receptoras las que financieramente se ven perjudicadas ya que no hay una entidad pagadora que se haga responsable por los gastos de la atención de cada paciente.
- Por último repercusiones sociales al enviar pacientes a un nivel de atención diferente al que su patología exigía podría colapsar la red hospitalaria que en Medellín es bastante reducida, dejando a muchos pacientes sin la debida atención en el momento oportuno.

2.3 Pregunta de investigación

¿Cuales son las características sociodemográficas, clínicas y del proceso de referencia de las usuarias de ginecoobstetricia referidas por la EPS COMFENALCO, durante el primer semestre de 2007 en la ciudad de Medellín?

3. MARCO TEORICO

El sistema de referencia y contrarreferencia es un conjunto de normas técnicas y administrativas que permiten prestar al usuario el servicio de salud según el nivel de atención y complejidad que necesita con la debida eficacia y eficiencia. Es un procedimiento administrativo utilizado para trasladar pacientes de una institución de salud a otra de mayor complejidad.

Esta definición pone en manifiesto la importancia de la existencia de un adecuado sistema de referencia y contrarreferencia ya que es a través de este que se le puede ofrecer a los usuarios la opción de ser atendidos en nivel de complejidad donde se cuenta con los recursos humanos y de infraestructura que su condición clínica exige.

Al igual que cualquier servicio de salud este sistema debe contar con unos parámetros de calidad los cuales exigen que todo aquel que necesite acceder al sistema de referencia y contrarreferencia encuentre un sistema articulado y que no dé cabida a ninguna falla.

En este sistema existen cuatro tipos de referencia que son remisión a consulta externa, remisión a urgencias, remisión a especialidades de un nivel de mayor complejidad y remisión a consulta ambulatoria.

Los ítems que son incluidos dentro de una regulación son:

- Nombre y edad del paciente
- Documento de identificación
- Régimen al cual pertenece el paciente(subsidiado o contributivo)
- Historia clínica completa incluyendo paraclínicos
- Fecha y hora
- Nombre de la institución de contra refiere.

Antecedentes históricos.

La Ley 60 de 1993 amplió la disponibilidad de recursos tanto del situado fiscal como de las participaciones de los municipios y abrió la posibilidad de otorgar subsidios a la demanda de servicios de salud. Además señaló la competencia de los departamentos y los distritos para garantizar la operación de la red de servicios así como del sistema de referencia y contrarreferencia de pacientes entre todos los niveles de atención.

En diciembre 23 de 1993, decretada por el Congreso Nacional y sancionada por el Presidente en ejercicio, la Ley 100 creó el Sistema de Seguridad Social Integral en la República de Colombia. Uno de los fundamentos del servicio público en salud señalados por la ley es el concepto de calidad, que debe ser garantizado por el también creado Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS. Este incluye los aspectos relacionados con el contenido técnico de la atención, el ambiente en el cual se presta y la satisfacción del proveedor del servicio y del usuario.

Como uno de los componentes mínimos del SGSSS, en las Entidades Promotoras de Salud y las que se asimilen, se propende por la evaluación y mejoramiento de la red de servicios y del sistema de referencia y contrarreferencia, con el propósito de garantizar el acceso de los afiliados y sus beneficiarios a todos los grados de complejidad de los servicios en los términos que establece la ley.¹

En Colombia se han realizado múltiples evaluaciones de sistemas de referencia y contrarreferencia, dentro de las que se destacan las desarrolladas en las principales ciudades del país.

En el análisis del sector salud en el Distrito Capital de Santa Fe de Bogotá para los años 1990 a 1998, se demostró que la coordinación del sistema de referencia y contrarreferencia de usuarios para la remisión de pacientes entre hospitales de los distintos niveles de atención, propuesta para garantizar atención oportuna, se ha encasillado a hospitales de la red pública adscrita a la Secretaría distrital de salud y a aquellos con los cuales se tienen contratos para la atención de la población vinculada al sistema de seguridad social en salud.

El mismo análisis señaló que el acceso de los usuarios a los servicios de salud, excepto en casos de urgencias, se realiza por el primer nivel de atención, desde donde se remiten

a niveles superiores. Una de las principales fallas observadas por las administraciones de los hospitales públicos es el funcionamiento inadecuado del sistema de referencia y contrarreferencia. Esta tarea cobra importancia, no solo por garantizar la atención adecuada de las urgencias en salud y de las patologías que impliquen algún grado de complejidad, sino por constituir un prerrequisito para que las instituciones prestadoras de servicios de salud facturen al Fondo Financiero Distrital de salud los servicios prestados a la población que deben ser cubiertos con cargo a los contratos suscritos por estas con el fondo (2).

En un estudio realizado por García y Rendón, se propuso analizar la calidad del sistema de referencia en el SILOS 3, dentro del concepto de red y su articulación con las instituciones de salud existentes en el municipio de Cali, Valle del Cauca. Fueron investigados conceptos, opiniones y prácticas del personal de salud frente al sistema de referencia y se realizó un seguimiento a pacientes referidos del nivel I de atención, según las variables acceso, facilidad, oportunidad, utilización y opinión del usuario. También se hizo seguimiento a las hojas de remisión que retornaron al SILOS 3, con el propósito de evaluar las variables de interés.

En términos generales los resultados indicaron que el personal de salud involucrado no tenía una clara concepción acerca de la organización de los servicios, había desconocimiento de cómo funcionaba el sistema de referencia y una proporción importante de funcionarios consideró que este sistema no cumplía con sus objetivos por la inadecuada remisión de los pacientes, la falta de respuesta a las remisiones por parte de algunas instituciones y la inexistencia de una red como tal.

Además se hizo evidente el uso ineficiente de los recursos del sistema por la subutilización de los niveles inferiores y la congestión de los superiores. Las variables relacionadas con la calidad del sistema de referencia que mostraron peores resultados fueron la oportunidad de atención respecto de la gravedad del problema de salud y la continuidad de las acciones al interior del proceso de remisión. (3)

Flores y Delgado, estudiando la referencia de pacientes de consulta externa, al interior del sistema regionalizado de instituciones del servicio seccional de salud de Antioquia, encontraron que este componente del sistema regionalizado de prestación de servicios de

salud omitía aspectos básicos de la normatividad vigente, incrementos en tiempo y costos de la atención fueron señalados como los efectos relevantes de las deficiencias en la implementación y funcionamiento del subsistema de referencia. Los autores también relataron que del total de pacientes referidos a consulta externa de adultos en el nivel de máxima tecnología, por presión de los familiares y/o del mismo paciente, el 24 % solo requería atención del médico general y en un 63 %, las referencias fueron hechas sin expresar la justificación de las mismas. (4)

El sistema de referencia y contrarreferencia en Colombia se define como la rama del sistema de salud en donde se busca permitir el acceso universal a tecnología y servicios de salud para toda la población colombiana mediante la remisión de pacientes a aquellas instituciones prestadoras de salud que prestan los servicios requeridos por los pacientes. (5)

Entre la normatividad vigente con la que contamos para el sistema de referencia y contrarreferencia en Colombia encontramos la resoluciones 5261 de 1994 y su modificación 2816 de 1998, el acuerdo 306 de 2005, y el decreto 2759 de 1991.

El acuerdo 306 estipula cuales con las actividades y diagnósticos que son responsabilidad de las EPS, las resoluciones 5261 y la 2816 establecen el manual de actividades, intervenciones y procedimientos del plan obligatorio de salud en el sistema general seguridad social en salud y el decreto 2759 establece las normas del sistema de referencia y contrarreferencia.

El sistema debe funcionar para garantizar el funcionamiento en red en el subsector oficial y entidades que acuerden convenios o contratos con empresas sociales del estado y empresas promotoras de salud, en cumplimiento del artículo 162 parágrafo 5 de la ley 100 de 1993. En el marco legal vigente, dicho sistema es de obligatorio cumplimiento para las entidades del subsector oficial y para aquellas del subsector privado con las cuales tenga el Estado convenio para la prestación de servicios de salud. El propósito básico del sistema es facilitar el acceso universal a los servicios de salud y la atención oportuna e integral a los usuarios mediante el desarrollo legal, técnico y administrativo de la referencia y la contrarreferencia como un componente de la red de servicios.

Los objetivos del sistema de referencia y contrarreferencia en Colombia son:

- Articular los organismos prestadores de servicios según niveles de atención y grados de complejidad, para permitir a la población el acceso oportuno y funcional a la atención integral en salud.
- Ofrecer al usuario la atención en el nivel de tecnología adecuado a su necesidad, bajo los criterios de oportunidad, eficiencia y eficacia.
- Contribuir a racionalizar los recursos del sector salud en procura de una eficiente gerencia de los servicios y de la satisfacción del usuario.
- Capacitar a la comunidad en los conceptos de referencia y contra-referencia para que utilice en forma adecuada la red de servicios.(6)

Los dos principios fundamentales del Sistema General de Seguridad Social en Salud son el aseguramiento y las actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad estos se complementan mutuamente y sobre ellos se estructuran los objetivos de accesibilidad, integralidad, continuidad y equidad social, y sobre los cuales opera el sistema de referencia y contra-referencia.

Sin embargo la no aplicación de estos principios ha dado lugar a la limitación en el acceso a la prestación del servicio de salud, afectando directamente el desempeño médico a través de la cadena de referencia y contrarreferencia, vulnerando la salud del paciente, a través de la limitación en el acceso a los servicios salud según nivel de complejidad y el médico, por ser la cara visible del sistema (7)

En nuestro medio por nuestras condiciones culturales y socioeconómicas aun se tienen muchas falencias en el sistema de referencia y contra-referencia pues se presentan demoras en la atención de las pacientes obstétricas debido a trámites administrativos, exigencias de sumas de dinero que en muchos casos las personas no tienen capacidad para pagar, la tardanza para la consecución del nivel de atención necesario para las pacientes obstétricas pues nuestra red de prestadores de servicios es insuficiente ya que

no se cuenta con infraestructura hospitalaria acorde con la población existente en Colombia, faltan especialistas en las diversas áreas; pero no solamente a estas causas se debe la demora en la regulación de las pacientes obstétricas una falla en la detección de una condición clínica en un paciente por parte del personal médico también puede ser la causa de la demora en la atención de un paciente en el nivel adecuado según su patología.

Hoy en día la legislación protege y ordena la atención del binomio madre- niño, aun en condiciones de escasez de recursos económicos, el sistema de seguridad social garantiza el pago de las atenciones, además se realizan numerosas campañas educativas a madres para la prevención de complicaciones en embarazo, existen protocolos de atención para el personal asistencial y sumado a esto el acceso geográfico de los Municipios del Valle a centros especializados para la atención de las complicaciones que se presenten no presenta limitaciones.

Teniendo en cuenta que los hospitales públicos además de las contrataciones que realizan con EPS o con el régimen contributivo para la población afiliada, tienen dentro de su población objetivo la que está subsidiada en salud por el estado y la población no asegurada que por las encuestas del SISBEN se encuentren en niveles 1, 2 o tres considerada como la mas pobre si capacidad de pago y que también está a cargo del estado. Las ESES garantizan dentro de su contratación al menos el 40%, según la ley, en los primeros niveles se ha observado que es la totalidad de esta población la que se tiene contratada, en niveles superiores se ha hecho necesario realizar contratos con clínicas y hospitales privados, ya que por la capacidad resolutive, la red pública de mayor complejidad no es capaz de cubrir la totalidad de población usuaria del servicio que además del valle de Aburrá, debe cubrir a todo el departamento de Antioquia.

Sin embargo, en cuanto a egresos de hospitalización y atención de partos no ocurre lo mismo, ya que la curva de partos tiende a la baja lo que podría sugerir que: se vienen consolidando el resultado de los programas y campañas de planificación familiar que el país inicio hace mas de cuatro décadas y efectivamente se viene disminuyendo los partos; puede suceder que las atenciones maternas terminan su gestación en otros niveles de atención; así mismo, podría pensarse que muchas atenciones son derivadas a

prestadores privados. Otra explicación es que se hayan disminuido el volumen de gestantes y por consiguiente el de partos, situación no aclarada por ausencia de datos en cuanto a controles prenatales

La capacidad resolutive de las instituciones de salud requiere de una infraestructura apropiada, equipamiento específico y personal suficiente e idóneo para la atención de las patologías a atender. Es por eso que las instituciones de baja y mediana complejidad remiten pacientes cuando se ha agotado su capacidad para resolver los eventos en salud que se han presentado. Constantemente se refieren pacientes a niveles superiores haciendo necesario que exista una red prestadora que cumpla con las especificaciones necesarias para la atención de todo tipo de patologías, las EPS y ARS deben tener sus propias redes para la atención de sus afiliados y lógicamente, debe existir una red pública para la atención de los pacientes identificados como población pobre no asegurada la cual corresponde a los hospitales públicos, y para los servicios cubiertos por subsidio a la oferta del régimen subsidiado, muchas veces es necesario remitir estos pacientes a instituciones privadas con previa autorización por parte de ellas y del ente territorial, cuando en las instituciones públicas se ha agotado la capacidad instalada.

De acuerdo a los datos obtenidos de las instituciones de salud de orden público en el Valle de Aburrá, el porcentaje de remisiones a su propia red realizado por los hospitales de baja complejidad es del 78%, siendo primer sitio de referencia la red pública; para los hospitales de mediana complejidad el comportamiento es muy similar con un 24% de referencias a la red privada. (ver tabla 44). Sin embargo, para las remisiones de alta complejidad los porcentajes se invierten ya que solo existen 2 instituciones públicas que soportan dicha red y una de ella, la IPS universitaria permanece saturada con los usuarios afiliados al ISS y que demandan más atenciones de las que puede prestar, quedando solo el Hospital General de Medellín para responder al Departamento entero, lo que ha hecho que se desvíen pacientes a la red privada en un 76.5%.

En cuanto a camas de Ginec Obstetricia, el total en la red pública en la ciudad de Medellín suman 191, con mayor porcentaje en el primer nivel con 44% especialmente por la unidad intermedia de San Javier cuyo servicio se presenta con mayor frecuencia e incluso es sitio de referencia entre todas las sedes de Metrosalud. El 56% restante corresponde al tercer

nivel, teniendo el 41%, 78 camas la ESE Hospital General de Medellín y 15% la ESE Rafael Uribe Uribe.

Las camas de los hospitales públicos son el 35% de la totalidad de camas de estos tres servicios en la ciudad de Medellín incluyendo las instituciones privadas.

Las salas de quirófanos son en total 25, 6 de ellas en la E.S.E Metrosalud, 2 en la E.S.E La María, 8 en la E.S.E hospital General de Medellín y 9 en la ESE Rafael Uribe Uribe.

Las salas de parto en la Red pública del municipio de Medellín son en total 14, estando la mayoría en las unidades intermedias de Metrosalud, 9 salas, 3 en la ESE Hospital General de Medellín y 2 en la ESE Rafael Uribe Uribe.

Para poder acceder a la red hospitalaria mediante los centros reguladores de Metrosalud y Comfenalco las diferentes IPS de Metrosalud deben solicitar la referencia de estos pacientes los centros reguladores, estos hacen una valoración del estado de salud del paciente basándose en las diferentes guías de atención de ginecología y le dan una clasificación la cual les indicaría cuales son los pacientes más urgentes por ubicar; esta clasificación ha sido llamada Triage.

El triage es una palabra francesa que significa selección, clasificación. En el ámbito de salud se entiende por triage la función de clasificar a los enfermos antes que reciban la prestación asistencial que necesitan. Esta función de clasificar se establece en los lugares donde existe un número considerable de pacientes. Es por eso que fue la sanidad militar la primera institución en implantar un sistema de triage en los campos de batalla de los grandes conflictos bélicos.

Orienta el sentido en el que el servicio debe concentrar sus recursos de manera racional, dando tranquilidad al personal que está trabajando.

Permite la atención de los pacientes de una manera organizada.

Permite evitar la saturación de los servicios de urgencias.

Se reducen los tiempos de espera, logrando una mejora asistencial y un aumento en general de las probabilidades de supervivencia.

Se han descrito cinco tipos de triage:(11)

- Triage no profesional: es realizado por una recepcionista o técnico quien registra el paciente y lo envía a la sala de espera.
- Triage básico: es realizado por una enfermera profesional quien valora el paciente, determina las necesidades prioritarias y le asigna un área de tratamiento.
- Triage avanzado: es realizado por una enfermera profesional e incluye la valoración inicial del paciente, la solicitud de algunos procedimientos diagnósticos, un examen físico limitado en caso necesario, documentación y referencia a la valoración médica.
- Triage médico: es realizado por un médico; esta función algunas veces se mezcla con el tratamiento definitivo.
- Triage en equipo: la enfermera y el médico funcionan como un equipo.

En nuestro medio, se utilizan las modalidades de triage médico, el triage no profesional y el triage básico realizado por la enfermera profesional

Determinación de las prioridades

Valoración del Paciente:

La clase de prioridad o calificación de la urgencia puede ser hecha mediante la combinación de los elementos de la valoración: la interpretación subjetiva o motivo de consulta del paciente y el examen clínico objetivo.

Los siguientes factores combinados con los signos vitales del paciente, el examen físico y el motivo de consulta pueden cambiar la prioridad con la que debe ser iniciado el tratamiento:

Severidad de los síntomas, Frecuencia de los síntomas, Problemas pre existentes, Factores precipitantes, Edad del paciente, Antecedentes alérgicos,

Antecedentes medicamentosos, La clasificación de los pacientes en caso de accidentes o desastres se divide en 4 grupos:

Alta prioridad o extrema urgencia: enfermos graves e inestables, pero recuperables.

Tienen prioridad absoluta y se identifican generalmente con etiquetas de color rojo. Se incluyen pacientes con fracaso de vía aérea o insuficiencia respiratoria, fracaso circulatorio o shock, parada cardiorrespiratoria presenciada.

También se identifican con etiquetas de color rojo los pacientes que sufren una urgencia (amputación, heridas viscerales, heridas torácicas, fracturas graves, traumatismo craneoencefálico con focalidad, quemaduras graves...).

Media prioridad o 2ª urgencia: víctimas graves pero estables. Se identifican con etiquetas amarillas y se incluyen pacientes que pueden esperar sin tratamiento un máximo de 4 horas. Son traumas graves que no requieren inicialmente medidas de resucitación. Cuando se hayan resuelto los problemas del grupo anterior recibirán la asistencia que precisan. (Lesiones cerebro espinales, heridas en tejidos blandos, heridas oculares, heridas maxilofaciales, quemaduras menores...).

Baja prioridad o 3ª urgencia: engloba a heridos leves y de tratamiento diferible. Se identifican con el color verde. La asistencia puede demorarse más de 6 horas si así se requiere. Víctimas que presentan heridas leves, fracturas leves y lesiones con plazo operatorio de 24 horas.

Sin prioridad: se identifican con etiquetas negras o grises. Son los fallecidos en el momento de la clasificación o en situación agónica irreversible.

4. OBJETIVOS

4.1 Objetivo general

Determinar las características sociodemográficas, clínicas y del proceso de referencia de las usuarias de ginecoobstetricia referidas por la EPS COMFENALCO, en el primer semestre de 2007 en Medellín.

4.2 Objetivos específicos

1. Determinar características sociodemográficas y clínicas de las usuarias de ginecoobstetricia que fueron referidas por la EPS COMFENALCO en el primer semestre de 2007.
2. Determinar la proporción de pacientes reportados en la EPS regulados a través del SISME y de Comfenalco en el primer semestre de 2007.
3. Identificar si las pacientes obstétricas del régimen subsidiado de la EPS Comfenalco del Municipio de Medellín que fueron reguladas a través del SISME y de Comfenalco en el primer semestre de 2007 fueron ubicadas en un centro asistencial acorde con el nivel de atención que su patología requería.
4. Establecer recomendaciones para el centro regulador del SISME y de Comfenalco de acuerdo a los resultados detectados.

5. METODOLOGIA

5.1 Enfoque metodológico de la investigación

Bajo un enfoque empírico-analítico se realizó un estudio de tipo cuantitativo.

5.2 Tipo de estudio

Se realizó un estudio descriptivo de corte, retrospectivo en las pacientes obstétricas del régimen subsidiado de la EPS-S Comfenalco del municipio de Medellín regulados a través del SISME y de Comfenalco en el primer semestre de 2007.

5.3 Población de estudio

Las pacientes obstétricas del régimen subsidiado de la EPS S Comfenalco del municipio de Medellín que fueron regulados a través del SISME y de Comfenalco en el primer semestre de 2007.

5.4 Población de referencia

Todas las pacientes obstétricas del régimen subsidiado de la EPS S Comfenalco del municipio de Medellín regulados a través del SISME y de Comfenalco.

Unidad de análisis

Los registros de regulación de pacientes del régimen subsidiado de la EPS S Comfenalco del municipio de Medellín de ambos centros reguladores SISME y Comfenalco en el primer semestre de 2007.

Criterios de inclusión. Todos las pacientes obstétricas que fueron reguladas a través del centro regulador del SISME y de Comfenalco en el primer semestre de 2007.

Criterios de exclusión. Las pacientes obstétricas que fueron reguladas a través del SISME por accidentes de tránsito y cuyas patologías de remisión no afectan el binomio madre-hijo.

5.5 Técnicas de Recolección de Información

5.5.1 Fuentes de información

Se utilizó una fuente secundaria el consolidado de regulación de pacientes del SISME de la Secretaria de Salud de Medellín, ellos son los responsables de la validación de los datos y de enviar oficialmente esta información a la SUPERSALUD. Semestralmente.

Contiene datos personales del paciente, historia clínica, a que persona de Comfenalco se solicito su regulación y el tiempo que se demoro su ubicación y el responsable de la ubicación. Para corroborar la consistencia de esta información se comparó con la base de datos de regulación de pacientes de Comfenalco si encontraba activo en Comfenalco, si realmente se solicito a Comfenalco su regulación y si fue enviado al nivel de complejidad acorde con su patología.

5.6 Descripción de las Variables

Diagrama de Variables

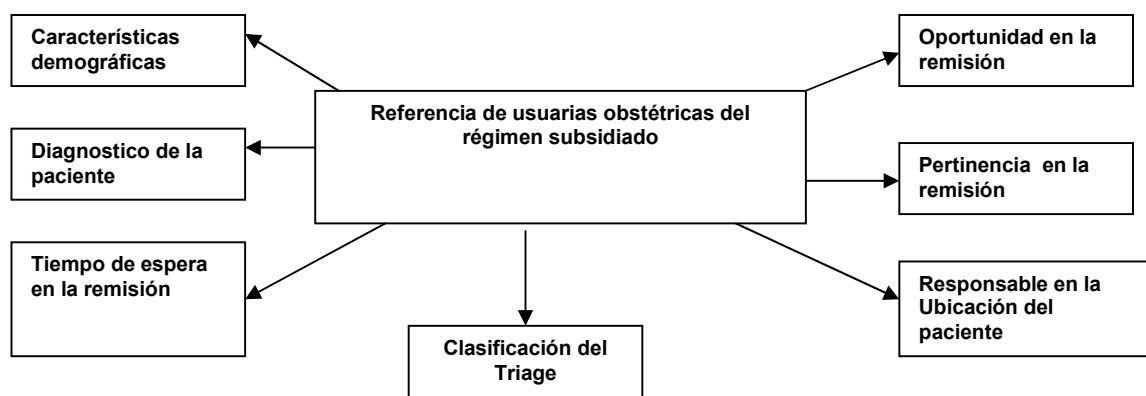


Tabla de Variables

	Nombre	Descripción de la variable	Códigos	Códigos Excepción	Objetivo que cubre	Cruces de Variables
1	Paciente activo en Comfenalco	Paciente que se encuentra afiliado actualmente en el pos s de Comfenalco	Si-1/No-2		Objetivo Numero 1 y 2	
2	Edad	Años cumplidos de la paciente que se pretende regular	numérico		Para todos los objetivos	
3	Diagnostico	Diagnostico dado por el nivel de atención que pide la remisión	Código CIE-10		Para todos los objetivos	Edad, nivel de referencia, tiempo de espera.
4	Nivel de Referencia	Nivel de complejidad del hospital al que fue remitida la paciente	nivel 2,3,4	sin dato - 9	Objetivo 2 y 3	Diagnostico, pertinencia del nivel, clasificación del triage
5	Pertinencia del nivel a que fue remitido el paciente	Se refiere a que el paciente haya sido remitido al nivel acorde con su estado clínico de acuerdo a parámetro-normatividad	Si-1/No-2	sin dato - 9	Objetivo 2 y 4	Diagnostico, nivel de referencia, gravedad
6	Clasificacion de triage	hace referencia al tiempo en que deben ser reguladas las pacientes según su situacion clinica	Triage 1,2,3	sin dato - 9	Objetivo Numero 2 , 3 y 5	Edad, diagnostico, nivel de referencia
7	Tiempo de espera	el tiempo que transcurre entre la solicitud de la remision y la ubicación del paciente	numero de horas	sin dato - 9	Objetivo Numero 2 , 3 y 6	Edad, diagnostico, nivel de referencia y prioridad de la remision
8	Notificacion del SISME a Comfenalco	El SISME solicito a Comfenalco la ubicación de un paciente o la autorizacion?	Si-1/No-2	sin dato - 9	Objetivo Numero 2 y 4	Paciente activo en Comfenalco, ubicado por, informacion Comfenalco
9	Ubicado por (base de datos de comfenalco)	Quien realiza la ubicación del paciente el sistema de Comfenalco o el SISME}	Comfenalco-1/SISME-2	sin dato - 9	Objetivo Numero 1,2 y 4	Paciente activo en Comfenalco, Notificacion del SISME a Comfenaco, Informacion Comfenalco
10	Ubicado por (base de datos de SISME)	Quien realiza la ubicación del paciente el sistema de Comfenalco o el SISME}	Comfenalco-1/SISME-2	sin dato - 9	Objetivo Numero 1,2 y 5	Paciente activo en Comfenalco, Notificacion del SISME a Comfenaco, Informacion Comfenalco

5.6 Aspectos éticos

Esta investigación está basada en el respeto y privacidad de los pacientes, los datos fueron tomados de un consolidado de regulación del SISME del año 2007; no se revelaron ni nombres ni documentos de identidad de las pacientes obstétricas en estudio. La investigación se realizó previa autorización del jefe de la Gestión de la atención en salud de Comfenalco y del jefe del centro regulador del SISME y de la secretaria de salud.

Por ser un estudio descriptivo retrospectivo, no se intervino en ningún momento en la evolución y manejo del paciente.

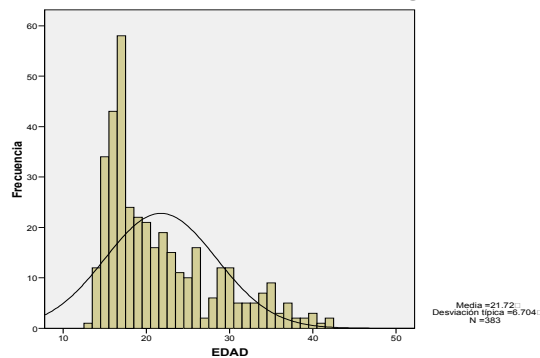
Dicho estudio se clasificó como de riesgo mínimo, pues no afectó la intimidad de las personas y está acorde con lo dispuesto en la Resolución 08430 de 1993 del Ministerio de salud.

6. RESULTADOS

En el primer semestre de 2007, se obtuvo información de 383 pacientes gineco-obstétricas que fueron reguladas a través del centro de referencia perteneciente al régimen subsidiado de la EPS Comfenalco de la ciudad de Medellín.

Características sociodemográficas

Gráfico No. 1
Distribución de pacientes según edad



El promedio de la edad de las pacientes fue de 21.72 ± 6.7 años, y una mediana de 19. Con un rango de edad entre 13 y 42 años. El 75% de las pacientes tenían 26 años o menos y el 90% 33 años o menos. Se observó en su mayoría una población joven usuaria de este servicio.

Nivel del SISBEN

De las 383 pacientes que se analizó información, el 53,5% (205) de ellas pertenecían al nivel del SISBEN 2, el 36.6 % (140) de las pacientes pertenecían al nivel del SISBEN 1 y el 9.9 % (38) de las pacientes pertenecían al nivel del SISBEN 3.

Cuadro No. 1
Distribución de pacientes según nivel del Sisben

NIVEL SISBEN	Frecuencia	Porcentaje
1	140	36,6%
2	205	53,5%
3	38	9,9%
Total	383	100,0%

Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud

De las 383 pacientes gineco-obstétricas consultantes, el 31,1% (119) de ellas solicitaron remisión desde la IPS de Manrique, el 18.8% (72) de las pacientes provenían de la IPS de del 12 de Octubre, el 9.9% (38) consultaron a la IPS de San Javier, el 9.1% (35) de las pacientes procedían de la IPS de Belén, el 5,2 % (20) consultaron a la IPS de San Cristóbal, el 3.9% (15) de las pacientes consultaron a la IPS de San Antonio de Prado, el 0.8% (3) de las pacientes consultaron a la IPS de HICM, el 0.5%(2) de las pacientes consultaron a la IPS de C.S Las Margaritas, y el 0.3%(1) de las pacientes consultaron a la IPS de C.S Alfonso López, C.S Moravia, C.S Pablo VI, C.S Santa Elena, C.S Villa Laura.

Cuadro No. 2
IPS solicitante del servicio de remisión

H SOLICITANTE	Frecuencia	Porcentaje
MANRIQUE	119	31,10%
BUENOS AIRES	72	18,80%
DOCE DE OCTUBRE	71	18,50%
SAN JAVIER	38	9,90%
BELEN	35	9,10%
SAN CRISTOBAL	20	5,20%
SAN ANTONIO PRADO	15	3,90%
C.S. PALMITAS	3	0,80%
H I C M	3	0,80%
C.S. LAS MARGARITAS	2	0,50%
C.S. ALFONSO LOPEZ	1	0,30%
C.S. MORAVIA	1	0,30%

C.S. PABLO VI	1	0,30%
C.S. SANTA ELENA	1	0,30%
C.S. VILLA LAURA	1	0,30%
Total	383	100,0%

Sistema de Referencia y Contrarreferencia

Nivel de Referencia

Las IPS anteriormente descritas están clasificadas según nivel de complejidad. Del total de las pacientes obstétricas (383) que solicitaron remisión al SISME o COMFENALCO, el 90.1% (345) fueron atendidas inicialmente en un primer nivel de atención, el 9.9% (38) provenían de un segundo nivel de atención.

Cuadro No. 3
Nivel de IPS que remite

NIVEL	Frecuencia	Porcentaje
1	345	90,1%
2	38	9,9%
Total	383	100,0%

Nivel de Remisión

Del total de las pacientes obstétricas (381), el 49.6% (190) fueron remitidas al segundo nivel de atención, el 48.0% (184) fueron remitidas al tercer nivel de atención y el 2.3% (9) finalmente fueron atendidas en el primer nivel de atención.

Cuadro No. 4
Nivel de atención que recibe la paciente

NIVEL REFERENCIA	Frecuencia	Porcentaje
1	9	2,3%
2	190	49,6%
3	184	48,0%
Total	381	100,0%

Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (Remisión)

De las (383) de las pacientes gineco-obstétricas, el 29.0 % (111) de las pacientes fueron remitidas a la IPS de San Javier, el 28.5 % (109) de las pacientes fueron remitidas a la ESE HGM, el 11.2 % (43) de las pacientes fueron remitidas a la Clínica Soma, el 7.3% (28) de las pacientes fueron remitidas a la Clínica El Rosario, el 5.0 % (19) de las pacientes fueron remitidas al Hospital de Caldas, el 4.2 % (16) de las pacientes fueron remitidas al Hospital HMFS, el 3.7 % (14) de las pacientes fueron remitidas a la Clínica Bolivariana y a la Clínica Prado, el 3.4 % (13) de las pacientes fueron remitidas al HUSVP, el 1.8% (7) de las pacientes fueron remitidas a la Clínica Sagrado Corazón, el 0.8 % (3) de las pacientes fueron remitidas a la IPS San Antonio de Prado, el 0.5 % (2) de las pacientes fueron remitidas a la IPS de Belén, el 0.3% (1) de las pacientes fueron remitidas a la IPS de San Cristóbal y Manrique.

Cuadro No. 5
IPS que recibe la paciente

HOSPITAL REFERENCIA	Frecuencia	Porcentaje
SAN JAVIER	111	29,00%
HGM	109	28,50%
CL SOMA	43	11,20%
CL EL ROSARIO	28	7,30%
CALDAS	19	5,00%
HMFS	16	4,20%
CL BOLIVARIANA	14	3,70%
CL PRADO	14	3,70%
HUSVP	13	3,40%
CL SAGRADO CORAZON	7	1,80%
SAN ANTONIO PRADO	3	0,80%
BELEN	2	0,50%
MANRIQUE	1	0,30%
SAN CRISTOBAL	1	0,30%
Total	383	100,0%

Conducta tomada con la paciente remitida

De las (382) pacientes gineco-obstétricas que tenían información sobre la conducta tomada al momento de ser remitidas, el 57.9% (221) fueron evaluadas y hospitalizadas, el

25.9% (99) fueron remitidas para hospitalización, el 8.1% (31) fueron remitidas al servicio de cirugía, el 6.3 % (24) fueron evaluadas y devueltas al hospital de origen, el 0.1% (4) fueron una urgencia vital, el 0.3% (1) fueron remitidas al servicio de ayudas diagnosticas, y en dos pacientes la remisión fue cancelada (embarazo prolongado).

Cuadro No. 6
Conducta tomada con la paciente remitida

CONDUCTA	Frecuencia	Porcentaje
EVALUACION Y HOSPITALIZACION	221	57,90%
HOSPITALIZACION	99	25,90%
CIRUGIA	31	8,10%
EVALUACION Y DEVOL HOSP ORIGEN	24	6,30%
URGENCIA VITAL	4	1,00%
CANCELADA	2	0,30%
REALIZACION DE AYUDAS DIAGNOSTICAS	1	0,30%
Total	382	100,0%

Clasificación de la atención

La prioridad de la atención de la pacientes es determinado por el sistema de regulación SISME o COMFENALCO, permitiendo dar prelación a los usuarios que requieran mayor oportunidad en la atención de su estado de salud. De las pacientes gineco-obstétricas (383) en proceso de remisión, el mayor porcentaje 78.6% (301) quedaron clasificadas como prioridad media para su atención en otro nivel de complejidad, el 17.8% (68) presentaron una prioridad de atención alta y el 3.7% (14) presentaron una prioridad de atención baja.

Cuadro No. 7
Clasificación de prioridad de la atención

Prioridad	Frecuencia	Porcentaje
bajo	14	3,7%
medio	301	78,6%
alto	68	17,8%
Total	383	100,0%

Responsable en la ubicación del paciente

De las (382) pacientes obstétricas remitidas, el 73.8% (282) fueron ubicados por el 123 Salud en otro nivel de atención en salud, el 24.6% (94) fueron ubicados por la ARS COMFENALCO y el 1.6% (6) fueron ubicados por el Hospital donde se prestó la atención inicial.

Cuadro No. 8
Entidad responsable del proceso de remisión

Ubicado por	Frecuencia	Porcentaje
123 salud	282	73,8%
ARS	94	24,6%
Hospital	6	1,6%
Total	382	100,0%

Notificación del SISME a Comfenalco

Durante el proceso de remisión, los pacientes deben ser comentados con la entidad administradora del plan de beneficios, en este caso en las (383) pacientes obstétricas del régimen subsidiado analizadas, el 53.0% (203) fueron comentadas a Comfenalco por el SISME (sistema de referencia de Metrosalud) y el 47.0% (180) no fueron comentadas a Comfenalco por este sistema.

Cuadro No. 9
Información sobre el proceso de remisión de pacientes gineco-obstétricas

COMENTADO A COMFENALCO	Frecuencia	Porcentaje
SI	203	53,0%
NO	180	47,0%
Total	383	100,0%

Regulado por Comfenalco

La regulación de pacientes debe ser una actividad conjunta entre la administradora de planes de beneficio (régimen subsidiado) y el sistema de información y referencia de Metrosalud (SISME). De las (383) pacientes gineco-obstétricas, el 60.3% (231) no fueron reguladas por Comfenalco y el porcentaje restante de las pacientes 39.7% (152) fueron reguladas por esta administradora.

Cuadro No. 10
Proporción de pacientes reguladas por COMFENALCO

Regulado por COMFENALCO	Frecuencia	Porcentaje
SI	152	39,7%
NO	231	60,3%
Total	383	100,0%

Comparación de pacientes reguladas por el SISME y COMFENALCO

Del total de las pacientes (383) ginecobstetricas, 282 fueron ubicadas por el 123 salud donde el 75.2 % (202) no fue regulado por Comfenalco y el 24.8 (70) si fue regulado por Comfenalco.

94 pacientes ginecobstetricas fueron ubicados por Comfenalco donde el 85.1 % (80) fue regulado por Comfenalco y el 14.9% (14) no fueron regulados por Comfenalco. 6 pacientes fueron ubicadas por el hospital donde el 66.7 % (4) no fue regulado por Comfenalco y el 33.3% (2) si fue regulado por Comfenalco. Para un total de 60.3% (231) que no fueron regulados por Comfenalco y el 39.7% (52) si fueron reguladas por Comfenalco.

Cuadro No. 11
Pacientes reguladas por el SISME y COMFENALCO

Ubicado por	Regulado por comfenalco		Total
	NO	SI	
123	1	0	1
% de ubicado por	100,0%	,0%	100,0%
% de regulado por comfenalco	,4%	,0%	,3%
123 salud	212	70	282
% de ubicado por	75,2%	24,8%	100,0%
% de REGULADO POR COMFENALCO	91,8%	46,1%	73,6%
ARS	14	80	94
% de ubicado por	14,9%	85,1%	100,0%
% de regulado por comfenalco	6,1%	52,6%	24,5%

Hospital	4	2	6
% de ubicado por	66,7%	33,3%	100,0%
% de regulado por comfenalco	1,7%	1,3%	1,6%
Total	231	152	383
% de ubicado por	60,3%	39,7%	100,0%
% de regulado por comfenalco	100,0%	100,0%	100,0%

Paciente activo en Comfenalco

De (383) pacientes obstétricas el 93.2% (357) se encontraban activos en la base de datos de Comfenalco y el 6.8% (26) no estaban activos en la base de datos de Comfenalco.

Cuadro No. 12
Pacientes activos en COMFENALCO

Activo en comfenalco	Frecuencia	Porcentaje
SI	357	93,2%
NO	26	6,8%
Total	383	100,0%

Nivel de referencia

Del total de las pacientes gineco-obstétricas (381) el 58.3% (222) fueron remitidas a un nivel de complejidad 3, el 39.4% (150) fueron remitidas a un nivel de complejidad 2 y el 2.4% (9) restante a un nivel de complejidad 1.

Cuadro No. 13
Nivel de referencia al que fue remitido el paciente

nivel hospital de referencia	Frecuencia	Porcentaje
1	9	2,4%
2	150	39,4%
3	222	58,3%
Total	381	100,0%

Clasificación del diagnóstico de las pacientes

Del total de las pacientes ginecobstetricas (381), el 62,7% de las pacientes (240) se encontraban clasificadas dentro de los diagnósticos del tercer trimestre, el 19,6% de las pacientes (75) se encontraban clasificadas dentro de los diagnósticos del primer trimestre, el 12.3% de las pacientes (47) se encontraban en trabajo de parto, el 2,1% de las pacientes (8) presentaban muerte fetal, el 1.8 (7) en posparto y el 0.5% en otros diagnósticos.

Cuadro No. 14
Diagnostico según trimestre

Clasificación del diagnostico	Frecuencia	Porcentaje
Primer trimestre	75	19,6
Segundo trimestre	2	,5
Tercer trimestre	240	62,7
Parto	47	12,3
Posparto	7	1,8
Otros		,5
Muerte fetal	8	2,1
Total	381	99,5

Comparación de pacientes según centro regulador que realizo el proceso de referencia

De (383) pacientes ginecobstetricas 283 fueron ubicadas por el 123 salud, el 63.1% (178) no fueron comentadas a Comfenalco, el 36.9% (104) si fueron comentada Comfenalco. 94 pacientes fueron ubicadas y comentadas por la ARS Comfenalco. 6 pacientes fueron ubicadas por el hospital donde el 83.3% (5) si fueron comentadas a Comfenalco y el 16.7% (1) no fue comentada a Comfenalco. Para un total de 53.0% (203) que fueron comentadas a Comfenalco y el 47.0% (180) que no fueron comentadas a Comfenalco.

Cuadro No. 15
Comparación de acuerdo al centro regulador que realizo el proceso de referencia

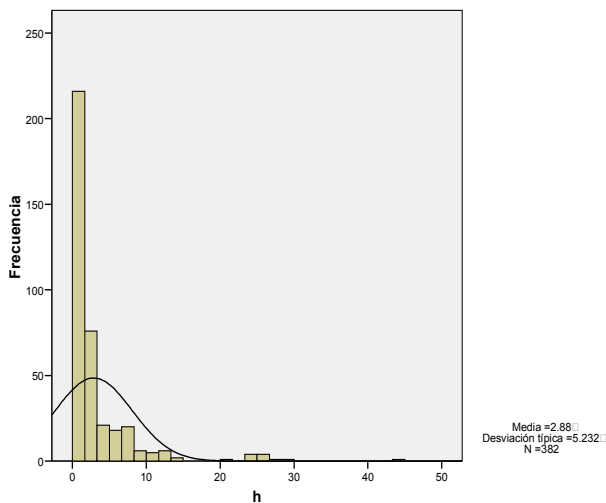
Ubicado por	COMENTADO A COMFENALCO		Total
	NO	SI	
123 salud	178	104	282
% De ubicado por	63,1%	36,9%	100,0%

% de comentado a comfenalco	98,9%	51,2%	73,6%
ARS	0	94	94
% De ubicado por	,0%	100,0%	100,0%
% de comentado a comfenalco	,0%	46,3%	24,5%
Hospital	1	5	6
% de ubicado por	16,7%	83,3%	100,0%
% de comentado a comfenalco	,6%	2,5%	1,6%
Total	180	203	383
% de ubicado por	47,0%	53,0%	100,0%
% de comentado a comfenalco	100,0%	100,0%	100,0%

Tiempo en horas para la remisión

El promedio de tiempo en la ubicación de las pacientes fue de 2.88 ± 5.23 horas y una mediana de 1 hora. Con un rango de tiempo entre 0 y 44 horas. EL 50% de las pacientes tenían fueron atendidas en 1 hora.

Gráfico No. 2
Tiempo para la remisión de las pacientes



Una paciente estuvo en el proceso de remisión durante 44 horas, con un diagnóstico de ruptura prematura de membrana, proveniente del CS. de Buenos Aires.

7. DISCUSIÓN

El sistema de referencia (3) se define como un conjunto de normas técnicas y administrativas que permiten prestar al usuario el servicio de salud según el nivel de atención y complejidad que requiera, de acuerdo a los resultados obtenidos en la presente investigación, en todas las pacientes gineco- obstétricas analizadas era pertinente la remisión que se hizo.-

Los objetivos del sistema de referencia en Colombia incluyen la articulación de los organismos prestadores de servicios según niveles de atención y grados de complejidad (4), para permitir a la población el acceso oportuno y funcional a la atención integral en salud. El sistema de referencia analizado en el presente estudio permitió determinar que la comunicación entre los entes reguladores de la remisión (SISME-Comfenalco) no es óptima por las deficiencias en los procesos de autorización, el 47%(180) de los pacientes no fueron comentadas del SISME a Comfenalco.

El triage permite hacer una clasificación de los pacientes de una manera organizada y oportuna (13), 78,6%(301) de las pacientes analizadas fueron clasificadas en prioridad media en el triage.

Durante la etapa del embarazo es posible que se presenten diversas afecciones que conllevan a tomar diferentes conductas de atención dependiendo de las patologías presentadas por las pacientes gineco-obstétricas (14) el presente estudio identificó que al 57.9% (221) de las pacientes se les practicó conductas de evaluación y hospitalización.

Dentro del proceso de remisión de las pacientes gineco-obstétricas interviene, el SISME que tiene como función notificar el estado de salud de las pacientes como también debe solicitar la remisión de estas ante Comfenalco para la ubicación en otro nivel de atención, y Comfenalco que es el ente que debe ubicar las pacientes dentro del nivel requerido por el estado de salud que presentan, se obtuvo como resultado del análisis del estudio que el 53.0% (203) de las pacientes fueron comentadas a Comfenalco por el SISME (sistema de referencia de Metrosalud) y del total de la población del estudio (383) el 73.8% (282) de

las pacientes gineco-obstétricas fueron ubicados por el 123 Salud en otro nivel de atención en salud.

Existen varios criterios con respecto al tema de cuál es la edad idónea para tener un hijo, recientemente un estudio inglés (16) aseguraba que la edad más adecuada era a partir de los 30 años ya que a partir de esta edad es cuando se alcanzan plenas condiciones físicas. En la presente investigación, el 75 % de las pacientes gineco-obstetras presentaban una edad de 26 años o menos, lo cual indica que la población joven y femenina, de bajo ingresos (niveles I y II) está siendo más vulnerable a patologías relacionadas con el proceso de gestación, parto y puerperio.

Los principales problemas identificados en un estudio realizado en Chile (17) encontraron que la inadecuada coordinación entre los diferentes niveles de atención y el déficit en la comunicación interna del sector afectan el proceso de referencia y contrarreferencia. Aspectos similares fueron encontrados en la presente investigación, al comparar la notificación entre los dos sistemas (SISME-COMFENALCO) el 63.1% (178) de las pacientes no fueron comentadas entre los dos sistemas.

El modelo cubano (15) cuenta con un médico familiar asignado por zonas de vivienda y consultorios médicos distantes de hospitales de referencia, con una comunicación deficiente entre sí y remisiones sin una comunicación previa entre el profesional de salud remitente y la institución de referencia, simplemente el médico entrega al paciente la historia clínica para que sea este último quien la entregue al personal de salud de dicha institución; caso contrario ocurre en Medellín donde el sistema de referencia se basa en la comunicación telefónica permanente, una vez que ingresa el paciente a la red hospitalaria de Metrosalud se verifica su estado administrativo en Comfenalco y el SISME debe notificar al centro regulador de Comfenalco para empezar el proceso de regulación, donde el paciente se ubica en una entidad hospitalaria con un nivel acorde a su patología y genera la autorización para su atención. Las dificultades se presentan al estarse duplicando acciones en la regulación de los pacientes de un nivel de atención a otro, por parte de dos entidades de salud que podrían optimizar los recursos disponibles.

8. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Las pacientes gineco-obstetricias que se encuentran reportadas en la base de datos del presente estudio presentan una remisión pertinente, de acuerdo al diagnostico previo y la calificación dada por el personal que realizó la regulación.

Es evidente que no existe una adecuada articulación entre el SISME y COMFENALCO en cuanto a la notificación de los pacientes que este debe reportar a Comfenalco, para que se encargue de la regulación en la atención en salud, la no notificación puede proporcionar colapso en las clínicas, negación en el pago de la atención en salud por parte de la EPS a la IPS y el no cumplimiento de los conductos regulares entre el SISME y Comfenalco.

Por medió de la utilización pertinente del triage se puede concluir que las pacientes gineco- obstétricas pertenecientes a este estudio han recibido una respuesta de regulación oportuna, minimizando el riesgo de producir patologías complejas al binomio madre e hijo.

La remisión de las pacientes se debe hacer a una institución de nivel superior que se encuentre cerca a la institución inicia de la atención, para así no exponer al paciente a riesgos mayores y obstaculizar la accesibilidad de los familiares del paciente. El segundo nivel de complejidad, fue el nivel más utilizado para la remisión de las pacientes reguladas por los dos centros evaluados.

En el presente estudio la conducta más utilizada para el manejo de las patologías reportadas fue la evaluación y hospitalización de pacientes (57,9%).

En Colombia la población vinculada esta clasificada como nivel 1, 2 ,3 del SISBEN (4) en este estudio el 53.5% (205) pacientes gineco-obstetras pertenecían al nivel 2 del SISBEN y la población restante al nivel 1, 3 del SISBEN.

Hoy en día la legislación protege y ordena la atención del binomio madre- niño, aun en condiciones de escasez de recursos económicos, el sistema de seguridad social garantiza el pago de las atenciones, además se realizan numerosas campañas educativas a madres para la prevención de complicaciones en embarazo, existen protocolos de atención para el personal asistencial y sumado a esto el acceso geográfico en la ciudad de Medellín a centros especializados para la atención de las complicaciones que se presenten, por lo tanto se puede decir que en comparación con décadas anteriores las maternas hoy en día corren menos riesgos de sufrir procesos patológicos durante su gestación.

La regulación de las gestantes del municipio de Medellín debe ser una actividad realizada conjuntamente entre el centro de salud que referencia a la paciente, el SISME y la aseguradora del régimen subsidiado en este caso Comfenalco, con el fin de prestar una atención oportuna y adecuada a la materna sin poner en riesgo su salud, sin sobrecargar la labor del SISME y sin dejar al margen de la atención a Comfenalco que en primer lugar es el directamente responsable por la atención de estas paciente, pero en este caso lo arrojado por el estudio muestra que quien está asumiendo la mayor responsabilidad frente a la regulación de las pacientes es el SISME ya que en la mayoría de casos ubican a las gestantes dentro de la red hospitalaria de Metrosalud sin contar con la autorización previa de Comfenalco.

Las causas para que se presente la remisión de las gestantes a las unidades hospitalarias de Metrosalud sin contar con la autorización de Comfenalco puede deberse a que los funcionarios del SISME simplemente no cumplen con obligación existente de notificar a Comfenalco sobre la necesidad de regular una paciente o por que la comunicación entre esos dos centros reguladores es muy deficiente, es por esta razón que surge la necesidad de crear canales internos de comunicación mas efectivos.

9. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Luna K. Sistema de referencia y contra-referencia. Central de salud la Rosa. México, 2002.
2. Guerrero WJ, Amaya CJ, Velasco N. Modelos de optimización para el manejo de pacientes en el sistema integral de referencia y contra-referencia en situaciones normales y de excepción. Universidad de los Andes, Diciembre 2007.
3. Bogota DC. Secretaria distrital de salud. Decreto 2759 de 1991, Por el cual se organiza y establece el régimen de referencia y contrarreferencia. Bogota DC.
4. Colombia. Ministerio de salud. Resolución 5261 de 1994., Por la cual se establece el Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Plan Obligatorio de Salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Bogota DC.
5. Consejo Nacional de seguridad en salud. Acuerdo 306 de 2005, por medio del cual se define el Plan Obligatorio de Salud del Régimen Subsidiado. . Bogota DC.
6. Ministerio de la Protección Social. Decreto 4747 de 2007. Por medio del cual se regulan algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo, y se dictan otras disposiciones. Bogota DC.
7. AGS Colombia. Boletín informativo numero 4. Resolución 2816. Oficina jurídica. Septiembre de 1998, El presente boletín le permitirá informarse sobre las normas que se expiden en materia de salud.; se expide el presente boletín, conformado por extractos de la normatividad recientemente expedida, en materia de Seguridad Social en Salud y un tema especial de atención de urgencias. Bogota DC
8. García C. Sistema de referencia y contrarreferencia ¿UN VIACRUCIS?. Rev. medico-legal.2005. Bogota DC.
9. Baquero O. Conclusiones foro sistema de referencia y contrarreferencia. Boletín Pedianet. 2006. Bogota DC.
10. Ministerio de la Salud. Red nacional de urgencias. Bogotá, 1994. Red de urgencias nacional para los afiliados a la EPS comfenalco Antioquia - seccional Santander.
11. Sánchez A. Análisis del régimen de referencia y contrarreferencia en pacientes de la red de servicios en el distrito de Cartago. Santiago de Cali; 1995. (Trabajo de Investigación maestría- Escuela de salud Publica de la Universidad del Valle).
12. Colombia. Ley 10 de 1990 por la cual se reorganiza el Sistema Nacional de Salud y se dictan otras disposiciones. Bogotá, Editorial Publicitaria; 1993. Bogota DC.

13. Jubiz A, González A, Villota N. Guías para la atención ginecológica, materna y perinatal con enfoque de riesgo. Empresa social del estado Metrosalud, Medellín 1994.
 14. Méndez R, González E. Triage. Rev. Cub Med Mil, Jun 1998, vol.27, p.49-53. ISSN 0138-655.
 15. Felix J, Sanso S. La referencia y la contra referencia como expresión de la interrelación policlínico-hospital. Rev. Cubana Med Gen Integr v.18 n.3 Mayo-jun. 2002.
 16. Sackett DL, Haynes RB. Cual es la edad mas fértil en la mujer? Rev Healt and Social Behaviour Journal, April 2003, vol 35, p 56-71.
 17. Mendaro L. Manual de Procedimientos para la Referencia y Contrarreferencia de pacientes. Asunción; MSP y BS; 2006. 33 p
-