



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

**ESCUELA DE POSGRADO
PROGRAMA ACADÉMICO DE MAESTRÍA EN GESTIÓN DE LOS
SERVICIOS DE LA SALUD**

Evaluación del tiempo de espera en pacientes referidos por el servicio de
emergencia prioridad I, II - Hospital de Huaycán. - 2019.

**TESIS PARA OBTENER EL GRADO ACADÉMICO DE:
Maestra en Gestión de los Servicios de la Salud**

AUTORA:

Br. Gloria Zoraida Valladolid Rivas (ORCID: 0000-0002-0041-6968)

ASESORA:

Dra. Eliana Soledad Castañeda Núñez (ORCID: 0000-0003-3516-1982)

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Calidad de las prestaciones asistenciales y gestión del riesgo en salud

Lima – Perú

2019

Dedicatoria

A mi linda familia por todo su gran apoyo incondicional ya que cada uno con su aporte permitieron culminar con éxito esta etapa.

Agradecimiento

Primeramente, agradecer a Dios por darme la oportunidad, de continuar superándome a mi esposo, hijos, hermana, colegas, docentes y amistades por todo su apoyo incondicional.

Página de Jurado



DICTAMEN DE LA SUSTENTACIÓN DE TESIS

EL BACHILLER: VALLADOLID RIVAS GLORIA ZORAIDA Para obtener el Grado Académico de Maestra en Gestión de los Servicios de la Salud, ha sustentado la tesis titulada:

EVALUACIÓN DEL TIEMPO DE ESPERA EN PACIENTES REFERIDOS POR EL SERVICIO DE EMERGENCIA PRIORIDAD I, II - HOSPITAL DE HUAYCÁN. - 2019.

Fecha: 11 de agosto del 2019

Hora: 09.30 am.

JURADOS:

PRESIDENTE: Dr. Freddy Antonio Ochoa Tataje

Firma:

SECRETARIO: Dr. Ricardo Lazaro Conde Aldude

Firma:

VOCAL : Mg. Eliana Soledad Castañeda Nuñez

Firma:

El Jurado evaluador emitió el dictamen de:

APROBADO POR MAYORÍA

Habiendo encontrado las siguientes observaciones en la defensa de la tesis:

.....
.....
.....

Recomendaciones sobre el documento de la tesis:

*PRECISAR EL ENFOQUE DE LA INVESTIGACIÓN ;
CORREGIR REDACCIÓN APA
MEJORAR REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.*

Nota: El tesisista tiene un plazo máximo de seis meses, contabilizados desde el día siguiente a la sustentación, para presentar la tesis habiendo incorporado las recomendaciones formuladas por el jurado evaluador.

Somos la universidad de los
que quieren salir adelante.



Declaratoria de Autenticidad

Yo, Gloria Zoraida Valladolid Rivas estudiante del Programa de Maestría en Gestión de Servicios de la salud de la Escuela de Postgrado de la Universidad César Vallejo, con la tesis titulada “Evaluación del tiempo de espera en pacientes referidos por el servicio de emergencia prioridad I, II - Hospital de Huaycán. - 2019.”

Declaro bajo juramento que:

- 1) La tesis es de mi autoría.
- 2) He respetado las normas internacionales de citas y referencias para las fuentes consultadas.
Por tanto, la tesis no ha sido plagiada ni total ni parcialmente.
- 3) La tesis no ha sido auto plagiado; es decir, no ha sido publicada ni presentada anteriormente para obtener algún grado académico previo o título profesional.
- 4) Los datos presentados en los resultados son reales, no han sido falseados, ni duplicados, ni copiados y por tanto los resultados que se presenten en la tesis se constituirán en aportes a la realidad investigada.

De identificarse la falta de fraude (datos falsos), plagio (información sin citar autores), auto plagio (presentar como nuevo algún trabajo de investigación propio que ya ha sido publicado), piratería (uso ilegal de información ajena) o falsificación (representar falsamente las ideas de otros), asumo las consecuencias y sanciones que de mi acción se deriven, sometiéndome a la normatividad vigente de la Universidad César Vallejo.



Gloria Zoraida Valladolid Rivas

DNI 06718241

Índice

Dedicatoria	ii
Agradecimiento	iii
Página de Jurado	iv
Declaratoria de Autenticidad	v
Índice	vi
Índice de tabla	viii
Índice de figuras	ix
Resumen	x
Abstract	xi
I.- Introducción	1
II.- Método	16
2.1. Tipo y diseño de investigación	16
2.2. Escenario de estudio	16
2.3. Participantes	17
2.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	17
2.5. Procedimiento	17
2.6. Método de análisis de información	18
2.7. Aspectos éticos.	19
III.- Resultados	20
IV.- Discusión	35
V.- Conclusiones	41
VI.- Recomendaciones	42
Referencias	43
Anexo 1: Matriz de consistencia	50
Anexo 2: Matriz de la base de datos de la variable tiempo de espera	52
Anexo 3: Hoja de registro de la variable tiempo de espera	54
Anexo 4: Entrevista de evaluación	55

Anexo 5: Resolución ministerial N°953-MINSA	56
Anexo 6: Norma técnica N°018-MINSA	58
Anexo 7: Norma técnica N°042-MINSA	59
Anexo 8: Artículo científico	60
Anexo 9 : Declaración jurada de autenticidad y autorizacio para publicacion del artículo científico	73
Referencias	75
Acta de aprobacion de originalidad de Tesis	76
Pantallazo del software Turnitin	77
Formulario de Autorizacion para la Publicacion de la	78
Autorizacion de la Version final del Trabajo de Investigacion	79

Índice de tabla

Tabla 1 Frecuencias y Porcentajes de la asistencia diaria de personal del área de referencia.	20
Tabla 2 Frecuencias y Porcentajes de la operatividad de los medios de transporte.	21
Tabla 3 Frecuencias y Porcentajes de la Operatividad de los medios de comunicación	22
Tabla 4 Frecuencias y Porcentajes de la Operatividad del formato de registro (hoja de referencia).	23
Tabla 5 Frecuencias y Porcentajes del Tiempo que demora en coordinar la referencia.	24
Tabla 6 Frecuencias y Porcentajes del Tiempo que demora en la entrega de resultados de apoyo al diagnóstico.	25
Tabla 7 Frecuencias y Porcentajes del Tiempo que demora en salir la ambulancia.	26
Tabla 8 Frecuencias y Porcentajes del tiempo que demora en llegar al establecimiento de destino.	27
Tabla 9 Frecuencias y Porcentajes de la condición que llega el paciente al establecimiento de destino.	28
Tabla 10 Porcentajes de nivel satisfactorio e insatisfactorio de la dimensión Estructura	29
Tabla 11 Porcentajes de nivel satisfactorio e insatisfactorio de la dimensión Proceso	30
Tabla 12 Porcentajes de nivel satisfactorio e insatisfactorio de la dimensión Resultados	31
Tabla 13 Porcentajes de nivel satisfactorio e insatisfactorio de la dimensión Estructura,	32
Tabla 14 Tabla comparativa de las dimensiones con el instrumento de entrevista	33

Índice de figuras

Figura 1 Porcentaje de la asistencia diaria de personal del área de referencia	20
Figura 2 Porcentaje de la Operatividad de los medios de Transporte (Ambulancia)	21
Figura 3 Porcentaje de la Operatividad de los medios de comunicación (Internet, celulares)	22
Figura 4 Porcentaje de la Operatividad de formato de registro (hoja de referencia)	23
Figura 5 Porcentaje del tiempo que demora en coordinar la referencia.	24
Figura 6 Porcentaje del tiempo que demora en la entrega de resultados de apoyo al diagnóstico.	25
Figura 7 Porcentaje del tiempo que demora en salir la ambulancia.	26
Figura 8 Porcentaje del tiempo de demora en llegar al establecimiento de destino	27
Figura 9 Porcentaje de la condición en que llega el paciente al establecimiento de destino	28
Figura 10 Porcentajes del nivel satisfactorio e insatisfactorio de la Dimensión Estructura	29
Figura 11 Porcentajes del nivel satisfactorio e insatisfactorio de la Dimensión Proceso	30
Figura 12 Porcentajes del nivel satisfactorio e insatisfactorio de la Dimensión Resultado	31
Figura 13 Porcentajes del nivel satisfactorio e insatisfactorio de la Dimensión Estructura, Proceso y Resultado.	32

Resumen

La presente investigación tiene como objetivo evaluar el tiempo de espera en pacientes referidos por el servicio de emergencia prioridad I, II del hospital Huaycán, el estudio realizado fue con un enfoque mixto cualitativo cuantitativo, tipo de estudio básico, método inductivo, tipo de diseño no experimental de corte transversal, descriptivo. El tamaño de la muestra analizada es de 96 registros de usuarios referidos por el servicio de emergencia. Las técnicas de recolección utilizadas fueron técnicas de investigación documental software de referencia – contra referencia, laboratorio técnicas de investigación de campo entrevistas y análisis de información. Los resultados obtenidos: existe un tiempo de demora en la coordinación de la referencia y en la salida de la ambulancia. Se concluyó que de las 96 hojas de registro en la dimensión estructura es satisfactorio 99% y el 1% es insatisfactorio; en la dimensión de proceso el 22 % es satisfactorio y el 78% insatisfactorio y en la dimensión de resultado el 78% es satisfactorio y el 22% insatisfactorio. Recomendaciones, socializar la norma técnica de referencia y contra referencia, llenado correcto del formato de referencia y actualización de flujos, así como la capacitación continua al personal nuevo y permanente

Palabras claves: Tiempo de espera, sistema de referencia y contra referencia.

Abstract

The purpose of this research is to evaluate the waiting time in patients referred for emergency service priority i-ii of the Huaycán hospital, the study was conducted with a quantitative qualitative approach, type of basic study, inductive method, type of non-experimental design of cross section, descriptive. The sample size analyzed is 96 user records referred by the emergency service. The collection techniques used were documentary research techniques reference software - against reference, laboratory field research techniques interviews and information analysis. The results obtained: there is a delay in the coordination of the reference and the departure of the ambulance. It was concluded that of the 96 registration sheets in the structure dimension, 99% is satisfactory and 1% is unsatisfactory; in the process dimension 22% is satisfactory and 78% unsatisfactory and in the result dimension 78% is satisfactory and 22% unsatisfactory. Recommendations, socialize the technical standard of reference and against reference, correct filling of the reference format and updating of flows, as well as continuous training for new and permanent staff.

Keywords: Waiting time, reference system and counter refer

I.- Introducción

La Organización Mundial de la Salud OMS hace mención que la urgencia sanitaria se refiere cuando está en peligro inmediato la vida del enfermo o el funcionamiento de alguno de sus órganos, o una parte esencial de su organismo, generalmente una urgencia sanitaria aparece de modo repentino, impetuoso, por lo tanto, requiere de una atención y tratamiento especializado inmediato para salvar la vida del paciente. Los sistemas de emergencias médicas deben asegurar en todo momento una respuesta oportuna, apto y de calidad a la población que demanda sus servicios, con el objetivo de disminuir la mortalidad y morbilidad de la persona que sufre la urgencia o emergencia, para lo cual este servicio de emergencia debe apoyarse en principios de accesibilidad, usando los recursos desde cualquier lugar y en cualquier momento, eficacia simplificando al máximo el tiempo de reacción y atención, calidad usando guías, protocolos y continuidad refiriendo a los pacientes a establecimientos de salud más adecuados según la situación, y directamente a los establecimientos de salud más especializados cuando sea necesario. (Sánchez, 2018).

Se sabe que los servicios de urgencias médicas deben estar implementados con un área de triage las que deben cumplir con los objetivos de asegurar una selección y clasificación de pacientes según su prioridad clínica y recursos disponibles del establecimiento para disminuir el riesgo de muerte y complicaciones de salud, garantizar brindando a los pacientes una atención de forma oportuna y asegurando que sean atendidos en función a su prioridad, sin embargo en muchos establecimientos de salud esto se cumple de manera parcial ya que estas áreas están ocupadas por un personal de salud no entrenado, no tienen permanencia en el área, no tienen un funcionamiento de 24 horas, por lo tanto no garantiza que se realice una adecuada clasificación en las prioridades de atención, no se brinda la atención oportuna de los pacientes que acuden a las urgencias médicas. Los entes ejecutores deberían monitorizar con frecuencia a estas áreas para así evitar riesgos indebidos en los pacientes que acuden a estas urgencias médicas. (Castañón, Barrientos y Polanco, 2016) y (Molano, F., Escobar, C., García, M., Salazar, P., Mejía, L., y Jiménez, W. 2016)

La aglomeración de los servicios de emergencia actualmente es apreciada como un problema de salud pública, y esto se da a nivel mundial, los servicios de emergencia se ven saturados por múltiples causas lo que a su vez generan resultados adversos, por mencionar algunos aumento de la mortalidad de pacientes, demora en el traslado de los pacientes, atraso en el inicio de sus tratamientos, considero que buscando estrategias para evitar estas aglomeraciones se requiere que los servicios de emergencia estén bien implementados en lo que se refiere a infraestructura, recurso humano equipos biomédicos, medicamentos, así mismo se debe trabajar en equipo, realizar un triage, utilizar protocolos, respetar los flujos, todo esto de acuerdo a la capacidad resolutive de cada establecimiento de salud. (Ponce, 2017). Se revisó estudios y se encontró que en la mayoría de los países se define al sistema de referencia y contra referencia como el método de coordinación entre los establecimientos de los diferentes niveles de atención médica para proveer el envío y recibimiento de pacientes con el objetivo de brindar los cuidados médicos adecuados, integrantes y de calidad. (Fernández, Roo, Irigoyen, Blanco, Edward y Juárez, 2016).

Hace mención Vargas (2018) y Yáñez (2016) que el formato de referencia y contra referencia es un medio de comunicación entre los profesionales que brindan atención de salud a un paciente referido de cualquier nivel del establecimiento ya sea el primer nivel, hospitales o institutos especializados, el registro adecuado en este formato ayuda a evitar errores médicos, volver a repetir pruebas de apoyo al diagnóstico, demoras en el diagnóstico. El registro inadecuado de los ítems del formato de referencia ocasiona demora en la atención del paciente referido por cualquier unidad prestadora de salud, emergencia, consulta externa o apoyo al diagnóstico. El personal de salud, principalmente los profesionales médicos y no médicos que participan en los procesos de referencia y contra referencia, deben conocer y aplicar la norma de referencia de los establecimientos de salud ya que el descuido del llenado correcto de los ítems del formato de referencia por el personal de salud, no debe ser causal para retrasar el traslado de un paciente crítico a otro establecimiento de salud. Así mismo las jefaturas de los establecimientos de salud deben estar comprometidos en la capacitación constantemente a su personal para que contribuyan en optimizar los servicios de salud, la calidad de atención y disminuir los tiempos de espera en los usuarios referidos.

El estudio realizado por Ikwan, J., Yun Jung, J., y Ho Kwak (2017) y Ushiñahua (2016) mencionan que se debe tener muy presente la comunicación estricta sobre todo cuando el traslado es de pacientes niños en estado crítico ya que esto es un reto, un desafío para el equipo que acompaña al traslado sobre toda la atención crítica pediátrica que se realizara. Siendo un equipo especializado el que acompañe nos va a dar garantía de que se tomaran las medidas para un traslado seguro y efectivo determino que cuando es inadecuada la gestión en los procesos de traslado de pacientes genera un alto índice de conflictos laborales en este caso de los trabajadores del sector salud lo que repercute de manera negativa perjudicando a los pacientes que son trasladados ya sea de emergencia, consulta externa, apoyo al diagnóstico, por lo que es muy necesario que los procesos de referencia contra referencia estén bien organizados y planificados a través de flujos, protocolos de traslados los que deben ser socializados por todo el recurso humano que labora en el establecimiento de salud y sobre todo los que participan en estos procesos de referencia para que sean aplicados, y de esta manera evitar cualquier retraso o demora en los traslados de los pacientes referidos contribuyendo así a dejar secuelas o incluso la muerte en los casos de pacientes trasladados por emergencia.

Huaycán, distrito de Ate provincia de Lima, es el hogar de miles de pobladores migrantes de diferentes partes del Perú, con una población de 126,252 habitantes en el año 2016, aquí se encuentra ubicado el hospital Huaycán de nivel II-1 que cuenta con las 4 especialidades básicas. En su cartera de servicios de salud menciona los servicios de consulta externa, centro obstétrico, hospitalización, patología clínica, diagnóstico por imágenes, medicina de rehabilitación, centro de hemoterapia, banco de sangre, farmacia y central de esterilización. En el hospital Huaycán en año 2018 se realizaron un total de 26,931 atenciones en el servicio de emergencia, siendo las tres primeras causas de morbilidad los traumatismos, envenenamientos y algunas consecuencias con un total de 5,468, así mismo en este mismo año, se realizaron un total de 820 referencias efectuadas por el servicio de emergencia las que fueron coordinadas y trasladadas por el personal asistencial del área de referencia y contra referencia observándose ciertas dificultades en el traslado oportuno del paciente referido por este servicio de emergencia.

En el proceso de la referencia de emergencia, hay intervención de personal de salud asistencial y administrativo, la participación del personal asistencial incluye el personal técnico

de enfermería, Enfermera, Obstetra, Médico general, Médico especialista dependiendo del diagnóstico del paciente a referir, la participación del personal administrativo incluye el personal de seguros, admisión, caja, seguridad, liquidación otros. Frente a las dificultades identificadas en el tiempo de demora de los pacientes trasladados por el servicio de emergencia prioridad I, II del hospital Huaycán a hospitales de mayor capacidad resolutive que no es el óptimo y siendo las causas que se observan las que podrían estar ocasionadas por: demora en el llenado correcto de la hoja de referencia por el profesional que refiere, demora en iniciar la coordinación de la referencia, demora en la entrega de resultados de apoyo al diagnóstico, demora en acudir al llamado de referencia de emergencia de los profesionales que acompañaran al traslado del paciente (Médico especialista, enfermera, Obstetra, Técnico de enfermería) ya que muchas veces están realizando otras actividades, o no quieren asistir a la referencia, demora de los familiares por trámites de alta, no hay otro familiar, no tienen donde dejar sus vehículos, sus hijos etc.

Las consecuencias que se estarían generando serían: el tiempo de demora prolongado lo que puede ocasionar complicaciones o secuelas en el paciente referido, que el paciente fallezca, mala imagen para la institución, gastos innecesarios, problemas legales. La presente investigación tiene como propósito evaluar el tiempo de demora de los paciente referidos por el servicio de emergencia prioridad I, II del hospital de Huaycán y proponer a la institución optimizar estos tiempos de demora a través de la elaboración de una directiva asistencial de transporte asistido de pacientes del servicio de emergencia del Hospital Huaycán, que tenga por finalidad efectuar el traslado asistido de pacientes de manera oportuna y con seguridad.

Según Romey, Trinchet, Hidalgo, Velázquez y Ellis-Davy (2015), Luna, G., Varela, M., y Palacios, J. (2015) y Castejón, E. (2018) manifestaron que: en todas las instituciones de salud son muy importantes la presencia de guías de atención médica de traslado de pacientes, la presencia de diagramas de actividades, para evitar demoras innecesarias en los traslados, estas guías deben hacer mención de la vigilancia especial que se debe tener en los traslados de los pacientes críticos en este caso los neonatos que por su vulnerabilidad, se debe tener un estricto cuidado siendo uno de los principales mejorar su estabilidad fisiológica antes, durante y después del traslado contribuyendo de esta manera a disminuir la mortalidad neonatal que es una de las prioridades de la salud pública. El equipo de traslado de neonatos debería ser

especializado o capacitado Médico, Enfermera que al iniciar el proceso asistencial maneje un check list de los equipos y tratamientos que se requieren para evitar demoras por falta de algo, que monitorice la estabilidad fisiológica del neonato, su patología específica, que garantice la termorregulación, minimizar impacto de luz y ruidos, manejo hidroeléctrico, respiratorio, hemodinámico entre otros, brindando una atención efectiva y segura, sin dudas ni demoras permitiendo la llegada al destino en condiciones ideales, optimas y garantizando la continuidad del tratamiento que requieren.

Asimismo Yáñez (2016) y Waibel, S., Vargas, I., Aller, M., Coderch, J., Farré, J., y Vázquez, L. (2016) refieren que los modelos de atención de salud cada vez son más integrales, lo que genera que los usuarios sean referidos según nivel de complejidad del establecimiento, para continuar recibiendo la atención especializada, por lo general los establecimientos de primer nivel de atención realizan referencias injustificadas lo que va generando saturación de los establecimientos de mayor capacidad resolutive. En los servicios de salud se evidencia mucho déficit en la interrelación paciente profesional de salud ya que el profesional de salud con frecuencia solo se comunica con el paciente para dar instrucciones, indicaciones, no respetando sus costumbres, cultura o haciendo comentarios o juicios inadecuados, conllevando esto a que el paciente pierda la confianza y esperanza, por lo tanto, recibe una inadecuada calidad de atención. En los servicios de emergencia es responsabilidad del médico tratante informar al paciente y/o los familiares del estado de salud en que se encuentra y que será trasladado a otro establecimiento de mayor capacidad resolutive porque lo amerita para dar continuidad en la atención de su salud, pero muchas veces esto no se cumple generando demora en los procesos de referencia y contra referencia ya que el paciente o los familiares se rehúsan a ir, no quieren firmar las exoneraciones muchas veces empeorando la situación del paciente referido.

Muchas instituciones que prestan servicios de salud, no quieren perder la oportunidad de mejorar su eficiencia operacional y para lograrlo están insertando algunas metodologías de mejora, siendo una de ellas la de Lean Manufacturing o manufactura esbelta ya que es un modelo de gestión enfocado a implantar una ideología de mejora continua que le permita a las compañías aminorar sus costos, restablecer los procesos y descartar los desperdicios para aumentar la satisfacción de los clientes y mantener el margen de utilidad. En los establecimientos de salud por lo general en los servicios de emergencia se observa que existen

procesos administrativos que se repiten empezando por solicitar datos para la apertura de una historia clínica, que luego se repiten en el triage, en registro del libro de emergencia, en la receta, entre otros siendo estos los causales de la prolongación de los tiempos de espera del paciente, se debería analizar y evaluar bien estos procesos y aquellos procesos administrativos que se repiten descartarlos y así agilizar la atención, generar planes de acción para que contribuyan a la mejora en los tiempos de atención al paciente. Existe mucha diferencia en cuanto a la implementación, organización, equipamiento de los establecimientos del ministerio de salud y Es salud, a pesar que ambos están gobernados por un ente rector ministerio de salud. (García y Gálvez 2016), (Martínez ,2016)

Refieren James, K., Onyango, B., y Njuguna, S. (2017), Arteta, L., y Palacios, A. (2018) y Llave, Rodríguez (2015) que la implementación de un plan de trabajo en un área de referencia y contra referencia permitirá que esta área brinde una atención con calidad, eficiencia y eficacia a los usuarios referidos y contra referido y en consecuencia disminuirá los tiempos de demora, disminuirá las morbilidades y mortalidades. Los establecimientos de salud deben contar con un plan de trabajo en el área de referencia y contra referencia, ya que con un plan podremos analizar la organización de los elementos de soporte como son: el recurso humano, formatos de registro, medios de comunicación, medios de transporte operativos, capacitación, monitoreo y evaluaciones. Los procesos deben estar enmarcados en los flujos que establece el área de referencia y contra referencia de ser necesario buscar estrategias o replantear mejoras para lograr los objetivos planteados y así dar la continuidad en la atención del usuario referido y contra referido con una atención médica de calidad. La complacencia o satisfacción del usuario es una variable multidimensional de la calidad de la atención médica, por lo tanto información, el cuidado, amabilidad y el tiempo de espera advertida son los principales factores que se deben trabajar para incrementar dicha complacencia.

Mencionan los autores Rojas, V., Romero, L., Barrera, D y Suarez D. (2018), Joo, Y., Won, K., Jeon, J., Wan, I., Ok, K., Sun, Y., y Do, S. (2017) y Farahat, T., Al-Kot, M., y Aldemerdash, M. (2015) que el sistema de referencia es el sostén principal de los sistemas básicos de salud, dirige al progreso ininterrumpido de la atención médica global para todos los pacientes al destinar preferencia a quienes la necesitan. Un buen sistema de referencia debe perseverar un sistema de registro competente. Generalmente se refiere para obtener sugerencias,

recomendaciones de profesionales con mayor experiencia, para realizar un apoyo al diagnóstico, una intervención de tratamiento quirúrgico, o para ser hospitalizado cuando no se tiene la capacidad resolutive en el establecimiento de origen. Para lograr una referencia exitosa sin demoras se debe tener presente que el medio de transporte adecuado para el traslado interhospitalario es la ambulancia, porque al trasladar pacientes con los diagnósticos críticos están expuestos a menos mortalidad hospitalaria ya que durante el traslado recibieron los cuidados necesarios por el personal entrenado. La participación del piloto también está inmersa en este proceso al usar el camino geográfico adecuado o tomando las medidas preventivas para evitar que se afecte el paciente crítico y en algunas situaciones de ser necesario a través de la autorización del médico utiliza la técnica de selección de hospital de destino más cercano considerando la especialidad, complejidad, seguro del paciente entre otros, porque se requiere el retorno de la ambulancia para otro paciente más críticos o para reducir tiempos.

Por su parte James, K. (2017), Talaigua, M., (2016) y Peña herrera (2015) consideran que ignorar los procesos del sistema de referencia dificulta brindar una atención de calidad, en todos los establecimientos de salud de todos los niveles, en los centros maternos donde se prioriza la atención madre y el producto de la gestación, la falta de medios de transporte origina demora en recibir atención, contribuyendo a la muerte de mujeres con complicaciones obstétricas. Para la adecuada implementación del sistema de referencia se debe considerar actitudes como: prestación de servicios de salud, formatos, catálogo de servicios, guías, supervisión, información, evaluación, capacitación, entre otras. Pero hay que considerar dos actitudes como las sobresalientes y estas son: la inspección y la evaluación e incentivos aplicados al personal que participa en este proceso, mediante la evaluación del sistema se va a saber el desempeño de este, así como proponer mejoras. Las capacitaciones al usuario interno y externo permitirá el uso adecuado del sistemas de referencia y contra referencia, por lo tanto al estar bien informados y capacitados el usuario interno permitiría adecuar una implementación del sistema de referencia de acuerdo a la capacidad resolutive del establecimiento de salud, adecuación de infraestructura, recursos humanos, equipos tecnológicos y en lo relacionado al usuario externo estaría bien informado de los procesos de referencia que se dan en los servicios de consulta externa, apoyo al diagnóstico, emergencia usándolos adecuadamente y así se brindaría una adecuada calidad del servicio de este sistema.

Hacen mención Álvarez, R. y Andrómaco, M. (2016) definiendo al tiempo de respuesta como el tiempo que avanza desde que el usuario accede al sistema hasta que el personal de salud toma contacto con él mismo. Los niveles de prestaciones son seleccionados por códigos según riesgo de vida y/o por tiempo de respuesta en: Verdes (consultas o demora hasta 3 horas), Amarillos (urgencias o demora hasta 20 minutos), Rojos (emergencias o demora hasta 12 minutos) Azul (Traslados, sin demora establecida). En este estudio realizado de demora en tiempos de respuesta a códigos amarillos a un servicio de emergencias médicas, se observó que a pesar que hay una sala de despacho y unidades móviles operativas el tiempo de demora fue el mayor que el establecido y esto fue originado por el personal recepcionista que no considero el tiempo de respuesta como prioridad, por lo tanto es muy importante que el personal que labora en estas áreas o servicios tenga un compromiso de trabajo en equipo, ser capacitado, evaluado y monitorizado continuamente. Algunos establecimientos de salud tienen falta de disponibilidad de ambulancias o tienen una sola, o están ocupadas en traslados de usuarios que no son prioridad I, II prolongando el retorno de este medio de transporte originando así demoras en la salida de usuarios de código prioritarios. Siendo el tiempo de respuesta un indicativo de calidad utilizado por los Servicios de Emergencias Médicas, estos resultados obtenidos son una herramienta para mejorar la gestión.

Según Cano, S., Giraldo, A y Forero (2016), Fontova, A., Juvinya, D., y Suñer, R. (2015) y Redhead (2015) expresan que cada persona va hacer sus comentarios de acuerdo a como haya recibido una atención, por lo general el proceso de la calidad de atención en salud involucra a todo un equipo, algunas veces no todos los integrantes del equipo están comprometidos en brindar una calidad de atención y es esto lo que percibe el usuario y lo expresara como tal. Históricamente la calidad en la asistencia de los servicios de salud estaba enfocado a expandir la red de servicios quiere decir aumento de recurso humano, mejoras en infraestructura, medicamentos, ampliar coberturas, sin considerar las necesidades, percepciones experiencias de los usuarios externos. Los conceptos de los usuarios sobre calidad son básicos en la enunciación de las políticas de salud para contestar a las necesidades de la población. Siendo la calidad una coordenada importante y concluyente en la prestación de servicios de salud, todo el equipo que brinda una atención en salud debe trabajar unificado en un mismo objetivo brindar una atención con calidad al paciente, para que este se vaya satisfecho frente a

todos sus inconvenientes de salud que presenta. El área de calidad de los establecimientos de salud, deben programarse realizar actividades de medición de la satisfacción del usuario tanto externo como interno y así obtener información de las preferencias, esto permitirá buscar estrategias para mejorar esta calidad de atención prestada y recibida.

De igual modo Ascasibar (2019) y Aller, M., Vargas, I., Coderch, J., Calero, S., Cots, F., Abizanda, M., Colomes, Ll., Farre, J., y Vasquez, M. (2019) dicen que cuando los factores que influyen en el sistema de referencia y contra referencia son adecuados entonces es óptimo el desarrollo de los diferentes servicios. Las coordinaciones de las referencias para información, consistencia y accesibilidad para atenciones especializadas, son favorecidas con el adecuado proceso organizativo y recurso humano. La adecuada y continua comunicación entre los profesionales de salud, mejora de relaciones humanas, entre los establecimientos de salud y el sistema de referencia y contra referencia, permitiendo adecuada atención al usuario y más alcanzable el sistema de referencia y contra referencia. La identificación de los profesionales de la salud con el sistema de referencia y contra referencia permite manejar apropiadamente la atención originando la interrelación entre usuario y el prestador de servicios fortaleciendo la coyuntura del sistema de referencia y contra referencia según niveles de atención adecuando el uso de una prestación de acuerdo a las necesidades del usuario referido. La accesibilidad con el sistema de referencia y contra referencia ratifica que a menor dificultad que exista en el traslado, en lo demográfico y económico nos accede a brindar adecuadamente los servicios de salud a los usuarios, garantizando la calidad, accesibilidad, oportunidad, continuidad e integralidad de los servicios, en función del adecuado desarrollo del sistema.

La solución de los aprietos de salud de los habitantes de una población va a depender de la capacidad resolutoria de los establecimientos de salud, ya que dependerá de los recursos, servicios, especialidades, tecnologías con los que cuente el establecimiento para brindar la atención que requiera el paciente, en los establecimientos de primer nivel, por lo general se desarrollan actividades de promoción, protección, diagnóstico precoz con tratamiento oportuno, en el segundo nivel requieren atención de complejidad intermedia y el tercer nivel de alta especialización y tecnificación. Es muy importante que el usuario sea captado, identificado, calificado y seguido dentro de un sistema ordenado de atención de salud, al interior y entre los establecimientos de salud articulados por niveles de resolución y asegurándole adecuados

procedimientos de relación entre ellos. Para ello los usuarios y el personal de salud que brindan atención deben estar bien informados de cuál es la capacidad resolutive del establecimiento de salud en el que laboran y se atienden para que en el momento que se requiera trasladar a otro establecimiento de mayor capacidad resolutive no haya ninguna negativa por parte del usuario y pueda dar continuidad a su tratamiento, y por parte del personal de salud debe tener muy presente hasta donde puede brindar la atención médica y en qué momento realizar el proceso de traslado oportuno ya sea por emergencia, consulta externa o apoyo a diagnóstico y así evitar demoras innecesarias.. (Mendoza, 2017), (N.T. 021 - MINSA 2011)

De las normas del ministerio de salud refieren el dar un servicio de calidad y calidez al paciente que es trasladado en ambulancia de un nosocomio a otro previa coordinación entre las instituciones, creándose para este fin el sistema de referencia y contra referencia o CENARUE constituido por procedimientos administrativos y asistenciales los que tiene como misión atender con efectividad, eficiencia y con la debida oportunidad los casos de mayor complejidad como son las emergencias de prioridad I y II las que deben ser coordinadas con los jefes de guardia e ir acompañadas por un profesional de salud competente garantizando la continuidad de la atención del paciente referido. La referencia de emergencia se define cuando el usuario según criterios de orden de emergencia, presenta una señal o un indicio que indican gravedad, riesgo de perder la vida o posibilidad de quedar con huellas invalidantes y se requiere de la atención inmediata para estabilizarlo y/o luego referir en casos se complique y/ o no se pueda manejar adecuadamente por escasa capacidad resolutive del establecimiento de salud. En las emergencias de prioridad I, II el paciente tiene derecho a recibir la atención inmediata por el equipo multidisciplinario, por tratarse de un evento que compromete la vida del usuario y para poder brindar esta atención en salud de manera oportuna con eficacia y eficiencia se requiere que la emergencia este bien equipada en recurso humano, equipos biomédicos para apoyo al diagnóstico etc. (N.T. 042-MINSA, 2007).

Igualmente Mendes, F., Parreirinha, M., Carmo, E., Conceicao, I., y Casa, M (2017), NICE (2018) Strauch, U., Bergmans, D., Habers, J., Jansen, J., Winkens, B., Veldman, D., Roekaerts, P., y Beckers, S.(2016) explican que el éxito, la influencia en la recuperación, calidad de vida y satisfacción por parte del usuario referido y el profesional que acompaña al traslado es cuando se toma en consideración evitar eventos adversos o mortalidades al tener en

cuenta el uso de sistemas estandarizados de atención incluidas lista de verificación, personal y equipos al transferir pacientes críticos. Por lo que se requiere un análisis confiable antes del transporte de un paciente. La continuidad de la atención cubre un conjunto de medidas propicias para la mejora de la asistencia sanitaria prestada usuario referido y su posterior satisfacción con la atención recibida. Las dimensiones de la continuidad de la atención son: de continuidad relacional, de información, de gestión, longitudinal y flexible. Los usuarios atendidos perciben que existe omisión en la continuidad relacional ya que no participan en las decisiones relacionadas con su salud, así mismo en la comunicación de información entre medico que refiere y el especialista sobre la situación de salud del paciente, ya que algunas veces se repiten los exámenes de apoyo al diagnóstico, la accesibilidad entre los niveles no es facilitada ya que el tiempo de espera para la atención especializada es prolongado.

Hace mención el Doctor Avedis Donabedian, de la definición de la Calidad de la atención en salud como aquella que va a maximizar el bienestar del paciente, una vez que se ha tomado en cuenta el balance de las ganancias y las pérdidas, que se relacionan con todas las partes del proceso de atención. Agregando que, a los servicios de salud, hay que estudiarlos en tres niveles: Estructura, Proceso y Resultado. Para valorar los métodos y servicios de atención en salud se incluyen diversos pasos, desde la delimitación del tema a evaluar, definir los objetivos de la evaluación, toda evaluación debe averiguar los elementos de un sistema estructura, proceso y resultado. En la estructura se valorará la finalidad de la organización, los recursos físicos, humanos, financieros, normas, en el proceso se analizarán las actividades que se realizan entre profesional y paciente y los resultados se refieren a un cambio en el estado actual y futuro de la salud del paciente. Las categorías de salud de estructura, proceso y resultados, están muy fusionadas ya que si se cuenta con adecuadas estructuras de salud incrementan la probabilidad de obtener buenos procesos y ambos aumentan la probabilidad de obtener buenos resultados en cuanto a la salud. (Humet 2001). La norma técnica de referencia incorpora indicadores de estructura, proceso, resultado y también considera la organización del sistema de referencia y contra referencia basado en los niveles administrativos y prestacionales (MINSa N.T 018- 2005)

En la N.T. 018-2005-MINSa se menciona que el nivel nacional administrativo es el órgano normativo, técnico de control del sistema de referencia y contra referencia el cual tiene

sus respectivas funciones y el nivel prestacional cuenta con establecimientos de salud de diferente complejidad y capacidad resolutive. Así mismo el establecimiento de salud es la unidad operativa prestacional encargada de la ejecución de referencia y contra referencia. A pesar de lo establecido en la norma técnica por el ministerio de salud en el hospital de Huaycán se aplica parcialmente, observándose brechas o debilidades en lo relacionado a estructura por el hacinamiento, esta fusionada la atención administrativa y la asistencial, el recurso humano el equipo de traslado de pacientes está incompleto, solo se cuenta con 5 médicos asistenciales pero falta equipo de enfermeras, obstetras, técnicos de enfermería condicionando esto al retraso en la salida del paciente de emergencia prioridad I, II, en los medios de transporte se cuenta con una sola ambulancia en constante reparación, medios de registro escaso abastecimiento de los formatos de referencia y contra referencia, en lo relacionado al proceso falta de compromiso de todo el personal que participa en el proceso de la referencia de emergencia desde el profesional asistencial que refiere, el que coordina, el que acompaña al traslado, el piloto de la ambulancia, el personal de seguridad, familiares

Refieren Sirgo, G., Chico, M., Gordo, F., García, M., y otros. (2018), Montoya, C., Alveiro, C., Saavedra, B., y Ramiro, M. (2016) y Foronda C, VanGraafeiland B, Quon R, Davidson P. (2016) que el recurso humano es el factor clave en la competencia de una organización, por lo tanto el futuro de una institución depende de lograr un capital humano idóneo y comprometido en el desarrollo o logro de los objetivos de la institución Durante el proceso de traslado del paciente de emergencia, al referimos al traspaso de información se debe dar con todo el equipo multidisciplinario que está participando para evitar obviar las indicaciones prescritas, se debe contar con un protocolo de transporte donde se especifique todas las tareas. Al realizarse la comunicación entre el personal de salud tratante y el equipo que acompañaran al traslado esta debe ser de estricto cuidado ya que se hace la entrega de la responsabilidad del cuidado del paciente referido al equipo que acompañara al traslado, se debe estar muy atento a toda la información que se recibe tratamientos, procedimientos, resultados de exámenes, se debe respetar el orden de una adecuada comunicación desde la etapa previa al traslado verificando estrictamente el estado del paciente, contraindicaciones, uso de oxígeno, autorizaciones, otros, la etapa del traslado mismo donde se brindara los cuidados que requiere

el paciente durante el traslado y comunicación final informando las condiciones que llevo el paciente al establecimiento de destino.

Según recomendación de la Organización Mundial de la Salud (OMS) se debe contar con una ambulancia por cada 25 000 habitantes, esto no se cumple ya que algunos establecimientos de salud ni siquiera cuentan con una ambulancia. Es muy importante el tipo de transporte utilizado para trasladar a pacientes de emergencia de prioridad I, II las unidades móviles no médicas, no garantizan brindar la atención oportuna que requiere el paciente de prioridad I, II no cumplen con lo estipulado por las normas de transporte asistido de pacientes. Las ambulancias tipo I, II, III están implementadas con equipamiento específico, medicamentos, materiales, asistencia médica de acuerdo a su categoría. Se tiene que saber que todo paciente de emergencia categorizado como prioridad tipo I tiene un trastorno repentino culminante de estado de salud y para evitar los riesgos de muerte o secuelas requiere atención inmediata en sala de trauma shock, y en los casos de prioridad II también es un cuadro inesperado con complicaciones de muerte y para evitar secuelas su atención se debe realizar en un tiempo de espera no mayor a 10 minutos desde que llevo a la emergencia. No hay distinción entre los cuidados críticos brindados por una enfermera de cuidados críticos y paramédicos, comparados con un equipo que incluye un médico de cuidados críticos en relación al traslado de usuarios con eventos críticos (Aybar y Villanueva, 2017), Jan van, E. (2016) y (N.T 051-MINSA 2006)

Daño es el compromiso del estado de salud en grado diverso, los daños en el servicio de emergencia se clasifican de acuerdo a su prioridad de atención, prioridad I atención gravedad súbita extrema, prioridad II urgencia mayor. Para el transporte de pacientes críticos las pautas a considerar son: un inicio y una respuesta, coordinación y comunicación, responsabilidad, gobernación. Se debe realizar el monitoreo de las variables fisiológicas durante el transporte, a pesar que el este no garantiza ningún resultado específico del usuario en estado clínico desfavorable. Un indicador de calidad es la variable tiempo de espera, se define como el tiempo que transcurre desde la llegada del paciente y solicita el estudio en el servicio de emergencia hasta el momento que es atendido por un profesional médico calificado. En la práctica diaria se observa que el tiempo de espera del traslado de un usuario de emergencia de prioridad I, II es el tiempo que transcurre desde que se elabora y entregan un formato de referencia para iniciar una coordinación con otros establecimientos de salud, la aceptación del usuario, autorización

del médico tratante para ser trasladado en la ambulancia hasta la llegada al establecimiento de destino (N.T.042- 2017 MINSA), (PS52 2015) (Karisson, J., Eriksson, T., y Lindahl, B 2019)

En 1961 Donabedian publica su primer artículo sobre la calidad de la atención médica, conceptos que constituirán una de las bases del desarrollo del control de calidad en la asistencia sanitaria. Este control se ejerce con tres pilares básicos que son: análisis de la estructura análisis del proceso análisis de los resultados. Las dimensiones de la variable a trabajar son: dimensión estructura, dimensión proceso, dimensión resultado. Al referirnos a la dimensión estructura se hace mención básicamente a la disposición de los bienes, instrumentos, maquinarias, equipos, que están integrados en un servicio así mismo el recurso humano es parte de esta organización y debe ser responsable, destacar en sus actividades programadas para brindar una atención con calidad. Si se tiene una estructura adecuada será la base para un proceso y crecimiento idóneo de las actividades de asistencia a cualquier paciente con enfermedades crónicas. (Fernández 2016). La dimensión proceso evalúa las acciones del binomio paciente – medico por un lado está la participación delimitada que realiza el usuario externo quien aporta su enfermedad y requiere una atención y por otro lado está la intervención del profesional de salud quien con su método de valores y su competencia científico técnica establecerá un diagnóstico pertinente y un tratamiento adecuado, para lo cual utilizará servicios de apoyo al diagnóstico, y su experiencia clínica. La relación médico paciente es ante todo un hallazgo, un vínculo, en el que ambas partes debaten a la vez para tomar las resoluciones más correctas, siempre en el marco de los derechos fundamentales de la persona humana. (Mendoza 2107). La dimensión resultado: se refiere a disponer de los logros conseguidos durante todo el proceso de atención del estado actual y futuro de la salud del paciente. (Humet 2001)

Se plantea la formulación del problema teniendo en cuenta el problema general ¿Cuál es el tiempo de espera en pacientes referidos por el servicio de emergencia prioridad I, II - Hospital de Huaycán. – 2019. ? problemas específicos:(1) ¿Cuál es el tiempo de espera en pacientes referidos por el servicio de emergencia prioridad I, II - Hospital de Huaycán. – 2019. con respecto a la estructura ? (2) ¿Cuál es el tiempo de espera en pacientes referidos por el servicio de emergencia prioridad I, II - Hospital de Huaycán. – 2019. con respecto al proceso? (3) ¿Cuál es el tiempo de espera en pacientes referidos por el servicio de emergencia prioridad I, II - Hospital de Huaycán. – 2019. con respecto a los resultados? Esta investigación está justificada

ya que se tiene como antecedente una norma técnica del sistema de referencia y contra referencia de los establecimientos del ministerio de salud, y guiándose en esta norma se planificará los procedimientos administrativos y asistenciales del sistema y así se contribuirá en asegurar la persistencia de la atención de salud y mejorar los problemas de salud de la población. En el Hospital de Huaycán de nivel II-1 mensualmente se realizan aproximadamente 50 a 60 referencias por el servicio de emergencia observándose que hay demora en la salida de este paciente referido lo que está generando complicaciones en este paciente como son: empeoramiento del diagnóstico, partos prematuros, escándalos originados por los familiares del paciente referido, otros, y al evaluar las causas que generan esta demora en el traslado del paciente referido por emergencia de prioridad I, II permitirá optimizar estos tiempos de demora aplicando estrategias para brindar una atención oportuna y de calidad al usuario referido.

Para poder lograr esta investigación se ha establecido pautas y técnicas para recoger información requerida de la realidad que se investiga en función a los objetivos trazados, se ha utilizado una matriz de registro de base de datos y una entrevista, los resultados serán de utilidad al establecimiento donde se aplica la investigación ya que se pretende proponer a la institución la elaboración de una directiva administrativa de transporte asistido de pacientes del servicio de emergencia del Hospital Huaycán, que tenga como finalidad efectuar un traslado asistido de pacientes oportuno y con seguridad. Se formula los objetivos de la investigación considerando el objetivo general, determinar el tiempo de espera en pacientes referidos por el servicio de emergencia prioridad I, II - Hospital de Huaycán. – 2019., se considerará los objetivos específicos; (1) determinar el tiempo de espera en pacientes referidos por el servicio de emergencia prioridad I, II - Hospital de Huaycán. – 2019., con respecto a la estructura. (2) determinar el tiempo de espera en pacientes referidos por el servicio de emergencia prioridad I, II - Hospital de Huaycán. – 2019., con respecto al proceso. (3) determinar el tiempo de espera en pacientes referidos por el servicio de emergencia prioridad I, II - Hospital de Huaycán. – 2019., con respecto a los resultados.

II.- Método

2.1. Tipo y diseño de investigación

Esta investigación se sustentó en un enfoque mixto, es decir un análisis ordenado de los métodos cualitativo - cuantitativo en una sola indagación con el propósito de obtener un retrato más completo, amplio del fenómeno, así mismo pueden ser unidos de tal manera que las aproximaciones cualitativas y cuantitativas conserven su organización y técnicas originales.

El tipo de investigación básica llevo a la indagación de novicios entendimientos y mantuvo como intención recolectar información existente para enmendar amplificar o sostener mejor la teoría existente y así engrandecer el conocimiento científico, a través de esta investigación se indago la realidad del tiempo de demora en el traslado de pacientes referidos por el servicio de emergencia y de esta manera se contribuyó con la institución para que se tomen medidas correctivas y se mejore estas brechas. (Hernández, R. 2014).

El diseño o plan de la investigación fue no experimental ya que solo se observó disposiciones auténticas, no se maniobro la variable, no se pudo intervenir en ella porque ya se dio al igual que sus consecuencias, No se construyó ninguna situación se observó situaciones ya existentes, se indago los efectos de la variable que actuó u ocurrió de una manera normal. El tipo de diseño fue transversal ya que se recolectaron datos en un solo momento en un tiempo único en esta investigación fueron los registros de las referencias de emergencia realizadas en el I semestre del 2019. (Hernández 2014). Esta investigación descriptiva respondió a la duda de como es, como se presenta, cuáles son las características, cualidades del atributo de la muestra observada, hechos y fenómenos de la realidad tal como se presenta en un momento y tiempo (Sánchez y Reyes 2018).

2.2. Escenario de estudio

El escenario de estudio es el Hospital de Huaycán, área de referencia y contra referencia para lo cual se utilizó el Software de registro de referencias y contra referencias, libro de registro de referencias de emergencia, software del servicio de laboratorio, excel de registro de atenciones de emergencia y expedientes de traslado en ambulancia de los pacientes referidos, de todos estos

registros se obtuvieron los datos basados en las dimensiones e indicadores que se trabajaron en esta investigación, estos datos fueron organizados y analizados.

2.3. Participantes

96 registros de: software de referencia, expedientes de traslado en ambulancia de los pacientes referidos, libro de registro de referencias de emergencia, 10 profesionales médicos y no médicos a los que se les aplicó la entrevista.

2.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Técnica de investigación de campo: entrevista, instrumento guía semi estructurada

Técnica de investigación documental: Instrumento matriz de registro de datos con su análisis de instrumentos digitales.

En toda investigación las técnicas de recolección de datos son de mucho apoyo ya que permiten reunir información solicitada de una verdad en base a los objetivos de la investigación, los apuntes instrumentos para poder conocer los precedentes del entorno, así como las experiencias que se producen en él y su funcionamiento diario. (Hernández 2014), (Sánchez y Reyes 2018). El instrumento que se utilizó en esta investigación fue la matriz de datos de registro de la variable tiempo de espera, con la técnica análisis de instrumentos digitales, donde se recolectó datos previamente definidos y obtenidos de los 96 registros a trabajar en base a las dimensiones e indicadores planteados en la investigación, estos datos fueron obtenidos del software del área de referencia y contra referencia, software de laboratorio, libro de registro de referencia de emergencia, expedientes de traslado de pacientes referidos. También se utilizó como técnica de investigación de campo una entrevista con el instrumento una guía semi estructurada y se midió el conocimiento del personal de salud en lo referente al proceso de la referencia de emergencia del Hospital Huaycán.

2.5. Procedimiento

Se solicita permiso a la Dirección de la institución donde se realizó la investigación

Se realizó la colección de datos.

En esta etapa se llevaron a cabo las siguientes actividades

Reconocimiento de la información que se utilizó en base a la investigación propuesta para lo cual se visitó y coordinó con las áreas respectivas para que se facilite el préstamo de los

registros, software que se utilizaron en la investigación, área de referencia y contra referencia (software de REFCON y libro de registros de referencia de emergencia) área de seguros (expedientes de traslado en ambulancia que incluye hoja de referencia), software de laboratorio, registros de rayos X, software de SIES 10, historias clínicas. Se identificó las referencias efectuadas por el servicio de emergencia del primer semestre del 2019 de los meses de mes, enero, febrero, marzo, abril, mayo y junio, se elaboró un listado de 96 registro de referencias de emergencia con número de historia clínica número de referencia y nombre del paciente y se verifico con el software SIES y hoja de referencia que los datos del paciente sean los correctos, se consideró 16 registros de referencias por mes de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión, así mismo en la hoja excel se consideró los datos requeridos de acuerdo a las dimensiones e indicadores a trabajar en la investigación, posteriormente se elaboró las tablas. Se elaboró un matriz de registro de datos sobre tiempo de espera, una hoja de registro de variable tiempo de espera y una entrevista.

Descripción: en la matriz elaborada se consideran 96 registros de referencias que están enumerados del 1 al 96 ubicados de forma vertical, 27 ítems ubicados de forma horizontal, en las columnas de la letra A hasta la letra AA

Aplicación: se registra en la matriz de datos la información a investigar de los 96 registros de referencias de emergencia tanto de prioridad I, II datos obtenidos del software de referencia y contra referencia, software de laboratorio, expedientes de traslado de ambulancia, libro de registro de referencias de emergencia, excel de atención de emergencias, se calcula los tiempos de espera registrados de los diferentes ítems de acuerdo a los indicadores programados, se elaboran las tablas respectivas para obtener información de los tiempos de espera de cada indicador. La hoja de registros de la variable tiempo de espera se diseñó del modelo de una tesis y se adecuo al tema de investigación.

En la entrevista se elaboró en base a las dimensiones e indicadores que se trabajaron en la presente investigación.

2.6. Método de análisis de información, para el análisis de la presente investigación se Utilizó el programa de Excel.

2.7. Aspectos éticos.

La investigación de la evaluación del tiempo de espera en pacientes referidos por el servicio de emergencia prioridad I, II - Hospital de Huaycán. – 2019., se realizó con la autorización del Director del Hospital y del Comité de Docencia e Investigación del Hospital de Huaycán, siguiendo el siguiente orden: primero se presentó una solicitud dirigida al Director con atención a la Unidad de Apoyo a la Docencia e Investigación del Hospital Huaycán, luego se expuso el proyecto de investigación a este comité y posteriormente, fue emitido el proveído con la autorización del Director del Hospital Huaycán para poder recoger la información requerida y la aplicación de las entrevistas. Para recoger la información requerida se coordinó con los jefes, coordinadores de los servicios comprometidos, para la aplicación de la entrevista, previamente se preguntó e informo a los profesionales de salud Médicos y no médicos si deseaban participar en la entrevista que era voluntario y anónimo.

III.- Resultados

3.1. Resultados descriptivos obtenidos de la matriz de registro de datos sobre tiempo de espera

Dimensión I: Estructura

Indicador: Asistencia diaria del personal del área de referencia

Tabla 1

Frecuencias y Porcentajes de la asistencia diaria de personal del área de referencia.

Niveles	Frecuencia	porcentaje
Satisfactorio	96	100%
Insatisfactorio	0	0%
Total	96	100%

Fuente: Hoja de registro de la variable tiempo de espera

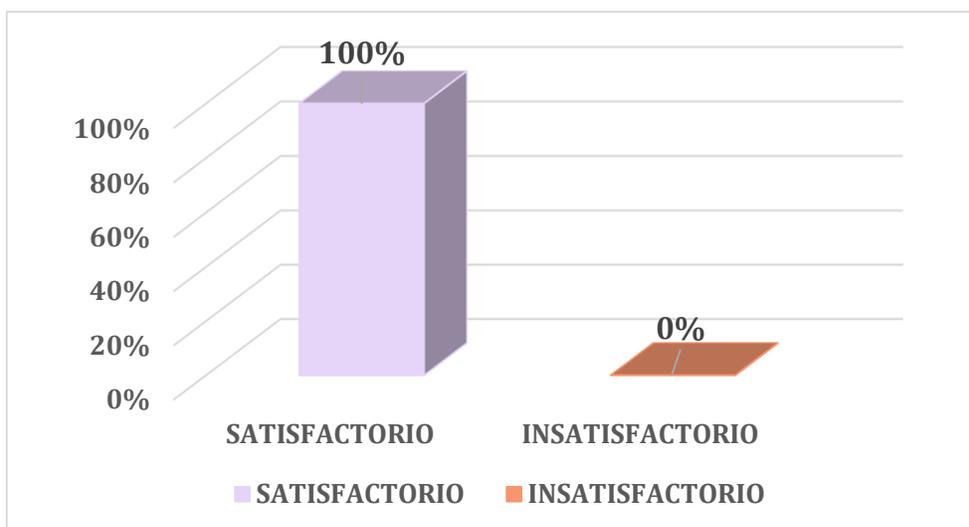


Figura 1 Porcentaje de la asistencia diaria de personal del área de referencia

Interpretación

En la tabla 1 y figura 1, se observa que de los 96 registros de referencias realizadas por el servicio de emergencia que representan el 100% el indicador asistencia diaria del personal del área de referencia se obtiene un nivel satisfactorio, con un porcentaje al 100%

Indicador: Operatividad de los medios de transporte (ambulancia)

Tabla 2

Frecuencias y Porcentajes de la operatividad de los medios de transporte (ambulancia)

Niveles	Frecuencia	porcentaje
Satisfactorio	94	98%
Insatisfactorio	2	2%
Total	96	100%

Fuente: Hoja de registro de la variable tiempo de espera

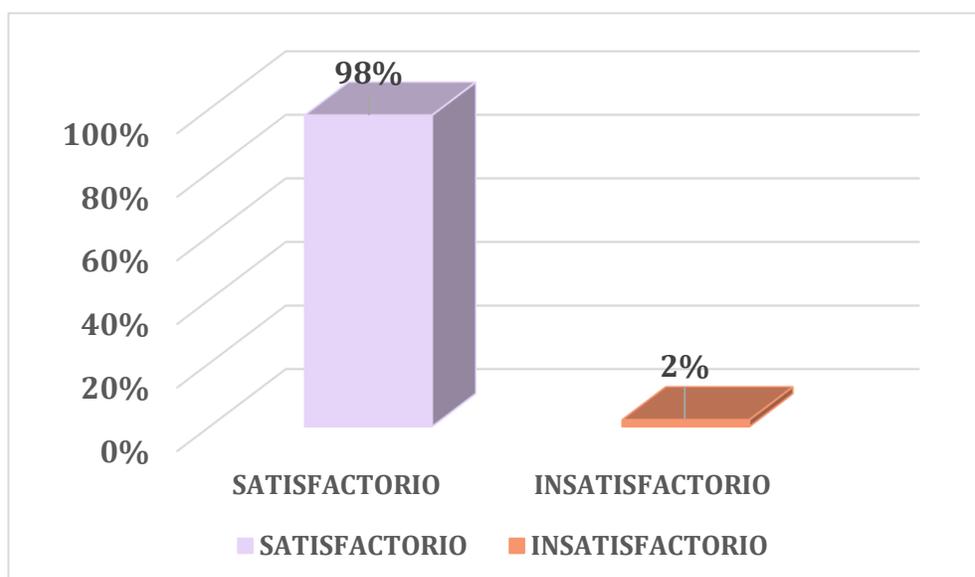


Figura 2 Porcentaje de la Operatividad de los medios de Transporte (Ambulancia)

Interpretación

En la tabla 2 y figura 2, se observa que de los 96 registros de referencias realizadas por el servicio de emergencia que representan el 100% el indicador operatividad de los medios de transporte en este caso la ambulancia, se obtiene un nivel satisfactorio, con un porcentaje al 98% y un nivel insatisfactorio con un porcentaje de 2%.

Indicador: Operatividad de los medios de comunicación (internet, celular)

Tabla 3

Frecuencias y Porcentajes de la Operatividad de los medios de comunicación (internet, celular)

Niveles	Frecuencia	porcentaje
Satisfactorio	96	100%
Insatisfactorio	0	0%
Total	96	100%

Fuente: Hoja de registro de la variable tiempo de espera

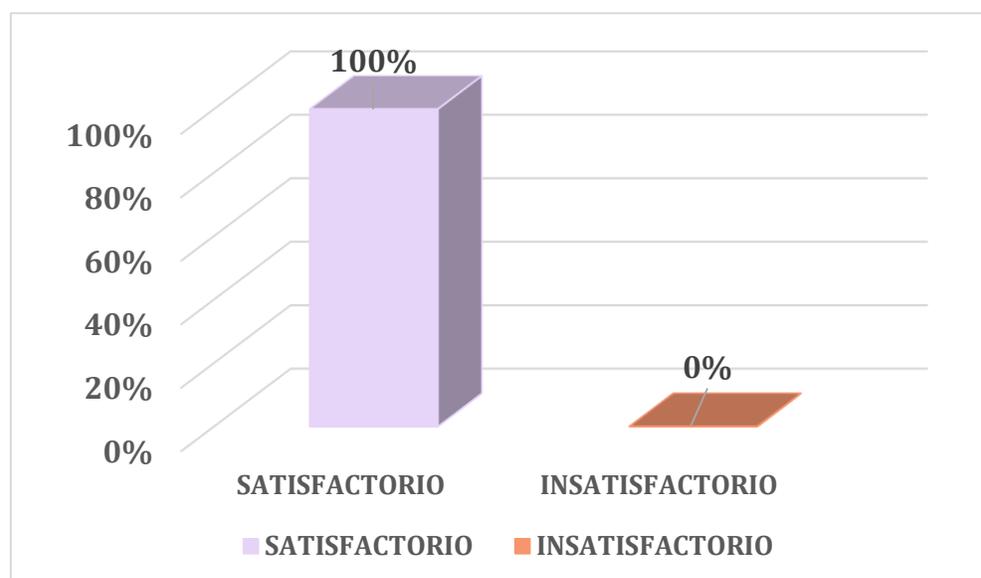


Figura 3 Porcentaje de la Operatividad de los medios de comunicación (Internet, celulares)

Interpretación

En la tabla 3 y figura 3, se observa que de los 96 registros de referencias realizadas por el servicio de emergencia que representan el 100% en el indicador de la operatividad de los medios de comunicación (internet, celulares) se obtiene un nivel satisfactorio, con un porcentaje al 100%.

Indicador: Operatividad del formato de registro (hoja de referencia)

Tabla 4

Frecuencias y Porcentajes de la Operatividad del formato de registro (hoja de referencia).

Niveles	Frecuencia	Porcentaje
Satisfactorio	81	84%
Insatisfactorio	15	16%
Total	96	100%

Fuente: Hoja de registro de la variable tiempo de espera

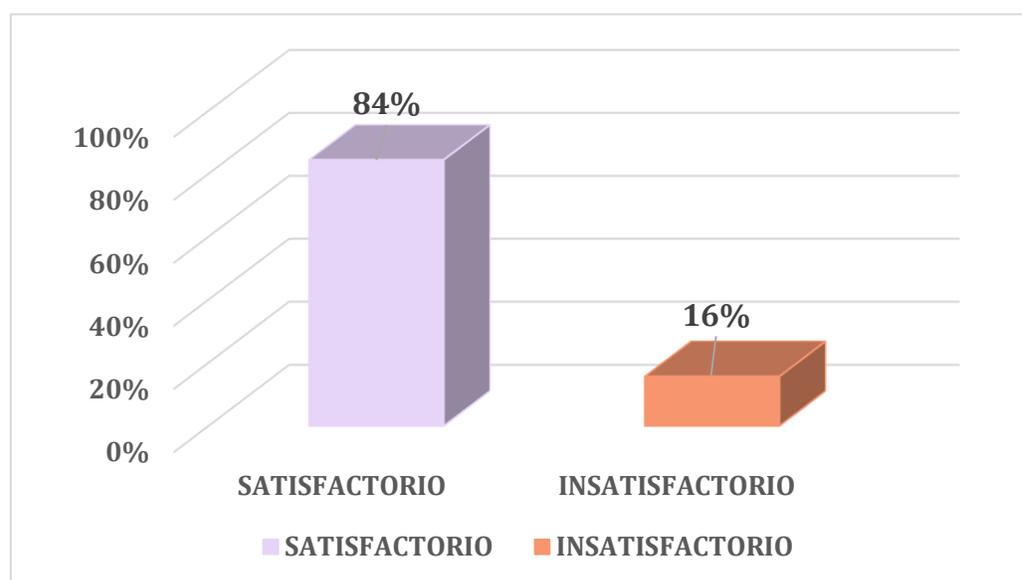


Figura 4 Porcentaje de la Operatividad de formato de registro (hoja de referencia)

Interpretación

En la tabla 4 y figura 4, se observa que de los 96 registros de referencias realizadas por el servicio de emergencia que representan el 100%, en el indicador de la operatividad de los formatos de registro (hoja de referencia) se obtiene un nivel satisfactorio, con un porcentaje de 84%, un nivel insatisfactorio con un porcentaje al 16 %.

Dimensión II: Procesos

Indicador: Tiempo que demora en coordinar la referencia

Tabla 5

Frecuencias y Porcentajes del Tiempo que demora en coordinar la referencia.

Niveles	Frecuencia	Porcentaje
Satisfactorio	11	11%
Insatisfactorio	85	89%
Total	96	100%

Fuente: Hoja de registro de la variable tiempo de espera

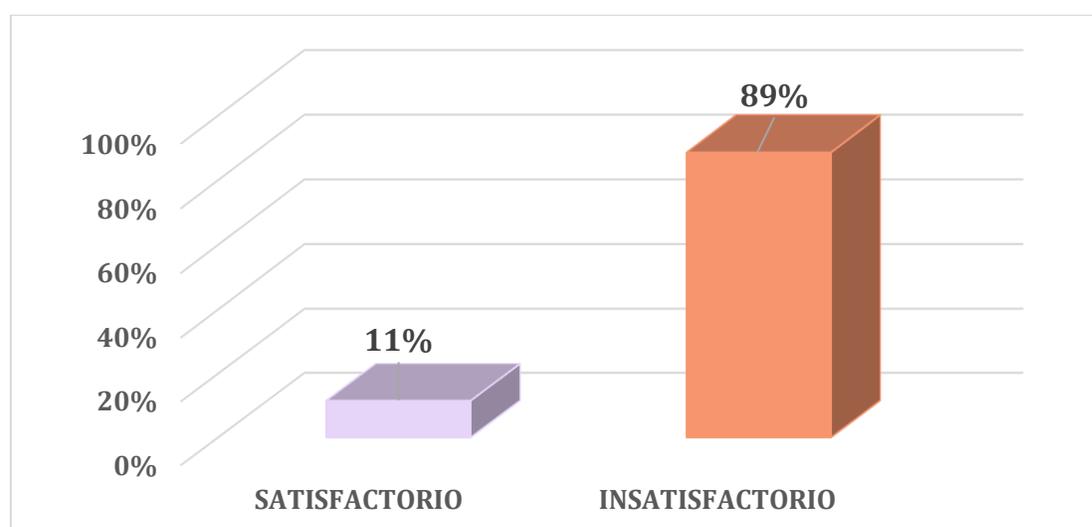


Figura 5 Porcentaje del tiempo que demora en coordinar la referencia.

Interpretación

En la tabla 5 y figura 5, se observa que de los 96 registros de referencias realizadas por el servicio de emergencia que representan el 100%, en el indicador tiempo de demora en coordinar la referencia se obtiene un nivel satisfactorio, con un porcentaje de 11%, y un nivel insatisfactorio con un porcentaje de 89%.

Indicador: Tiempo que demora en la entrega de resultados de apoyo al diagnóstico

Tabla 6

Frecuencias y Porcentajes del Tiempo que demora en la entrega de resultados de apoyo al diagnóstico.

Niveles	Frecuencia	porcentaje
Satisfactorio	28	29%
Insatisfactorio	23	24%
No se solicitado	45	47%
Total	96	100%

Fuente: Hoja de registro de la variable tiempo de espera

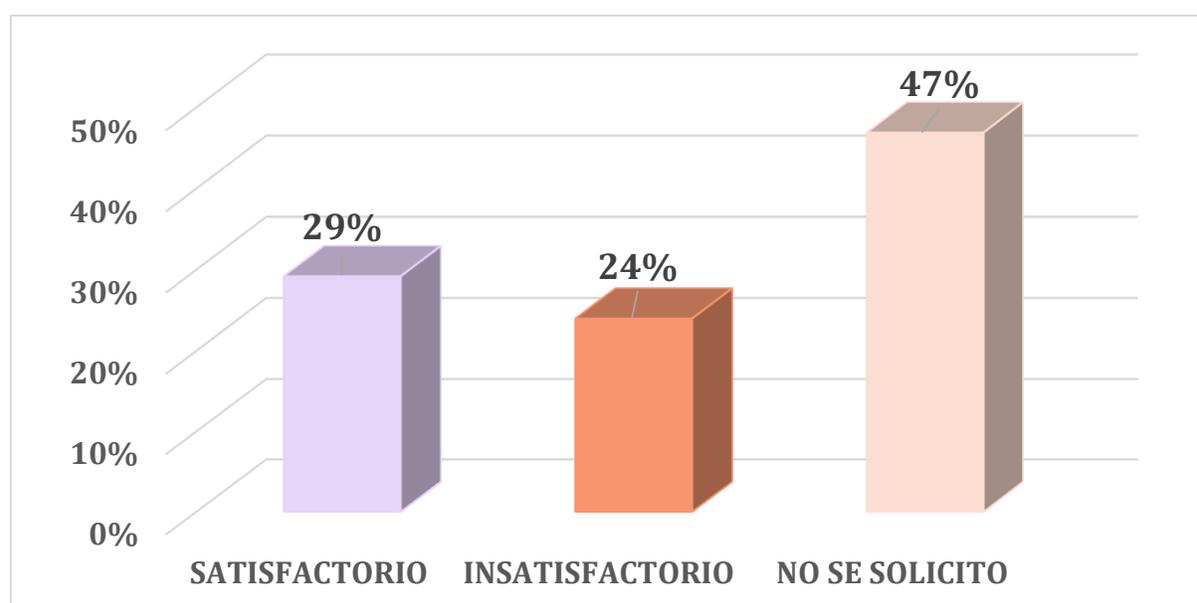


Figura 6 Porcentaje del tiempo que demora en la entrega de resultados de apoyo al diagnóstico.

Interpretación

En la tabla 6 y figura 6, se observa que de los 96 registros de referencias realizadas por el servicio de emergencia que representan el 100%, el indicador tiempo que demora en la entrega de resultados de apoyo al diagnóstico, se solicitó exámenes auxiliares solo a 51 pacientes referidos, obteniéndose un nivel satisfactorio con un porcentaje de 29%, un nivel insatisfactorio con un porcentaje de 24%, no se solicitó exámenes de apoyo al diagnóstico con un porcentaje de 47%

Indicador: Tiempo que demora en salir la ambulancia

Tabla 7

Frecuencias y Porcentajes del Tiempo que demora en salir la ambulancia.

Niveles	Frecuencia	Porcentaje
Satisfactorio	32	33%
Insatisfactorio	64	67%
Total	96	100%

Fuente: Hoja de registro de la variable tiempo de espera

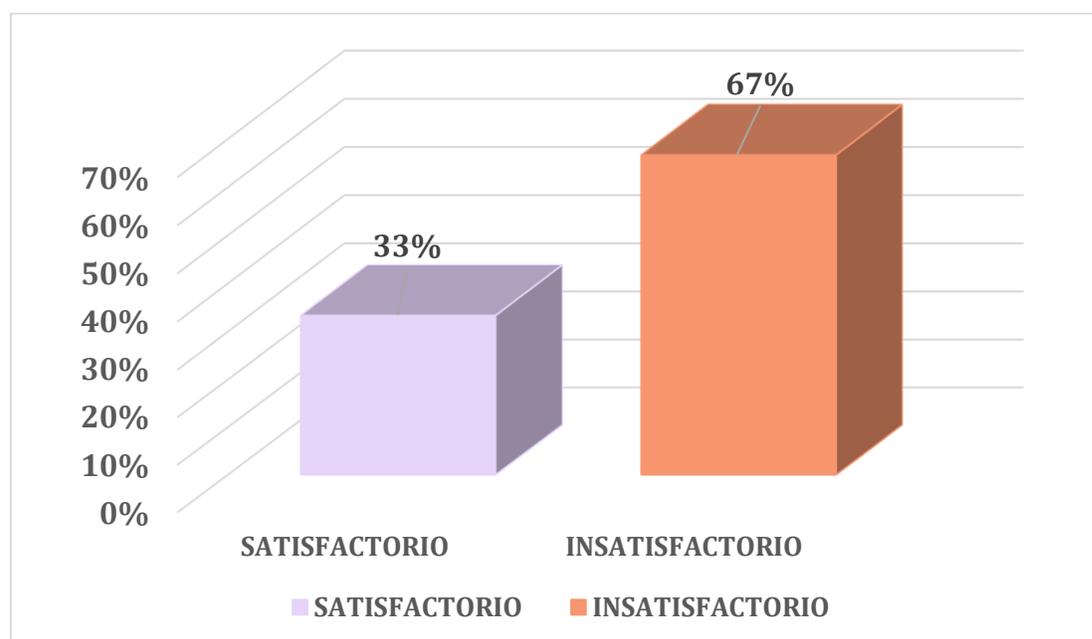


Figura 7 Porcentaje del tiempo que demora en salir la ambulancia.

Interpretación

En la tabla 7 y figura 7, se observa que de los 96 registros de referencias realizadas por el servicio de emergencia que representan el 100%, en el indicador tiempo que demora en salir la ambulancia se obtiene un nivel satisfactorio con un porcentaje de 33% y un nivel insatisfactorio con un porcentaje de 67%.

Dimensión III: Resultados

Indicador: Tiempo que demora en llegar al establecimiento de destino.

Tabla 8

Frecuencias y Porcentajes del tiempo que demora en llegar al establecimiento de destino.

Niveles	Frecuencia	porcentaje
Satisfactorio	75	78%
Insatisfactorio	21	22%
Total	96	100%

Fuente: Hoja de registro de la variable tiempo de espera

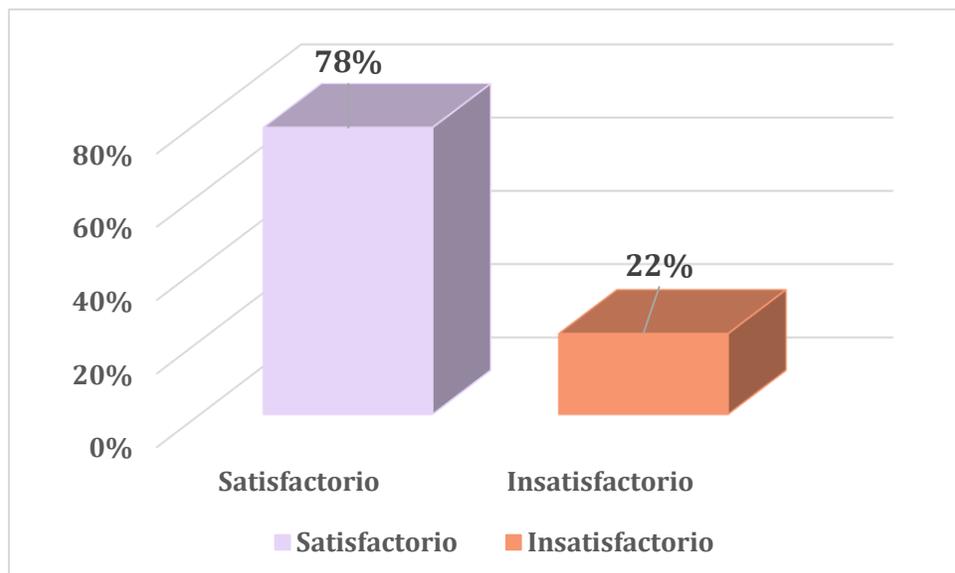


Figura 8 Porcentaje del tiempo de demora en llegar al establecimiento de destino

Interpretación

En la tabla 8 y figura 8, se observa que de los 96 registros de referencias realizadas por el servicio de emergencia que representa el 100%, en el indicador tiempo que demora en llegar al establecimiento el nivel satisfactorio es con un porcentaje de 78 %, el nivel insatisfactorio con un porcentaje de 22%.

Indicador: Condición que llega el paciente al establecimiento de destino

Tabla 9

Frecuencias y Porcentajes de la condición que llega el paciente al establecimiento de destino.

Niveles	Frecuencia	porcentaje
Estable	75	78%
Mal Estado	21	22%
Fallecido	0	0%
Total	96	100%

Fuente: Hoja de registro de la variable tiempo de espera

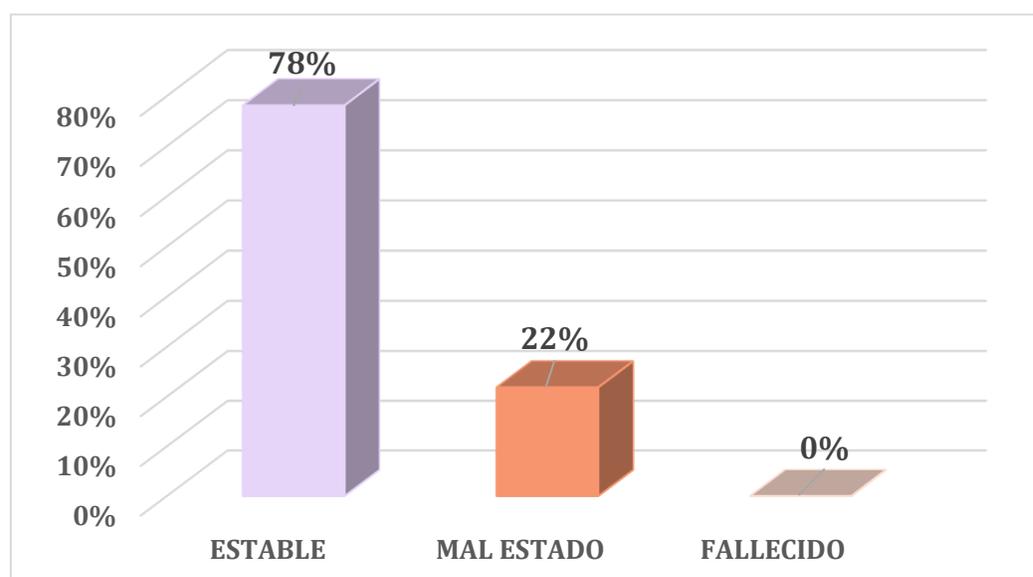


Figura 9 Porcentaje de la condición en que llega el paciente al establecimiento de destino

Interpretación

En la tabla 9 y figura 9, se observa que de los 96 registros de referencias realizadas por el servicio de emergencia que representa el 100%, en el indicador de la condición en la que llega el paciente al establecimiento de destino, es mayor el nivel estable con un porcentaje de 78 %, le sigue el nivel mal estado con un porcentaje de 22%, y el nivel fallecido con cero porcentajes.

Dimensión Estructura

Tabla 10

Porcentajes de nivel satisfactorio e insatisfactorio de la Dimensión Estructura

Indicadores	Satisfactorio		Insatisfactorio		Total	
	Frecuencia	porcentaje	Frecuencia	porcentaje	Frecuencia	porcentaje
Asistencia del personal de referencia	96	100 %	0	0 %	96	100 %
Operatividad de comunicación	96	100 %	0	0 %	96	100 %
Operatividad de Transporte	94	98 %	2	2 %	96	100 %
Operatividad de registro formato	81	84%	15	16 %	96	100 %

Fuente: Hoja de registro de la variable tiempo de espera

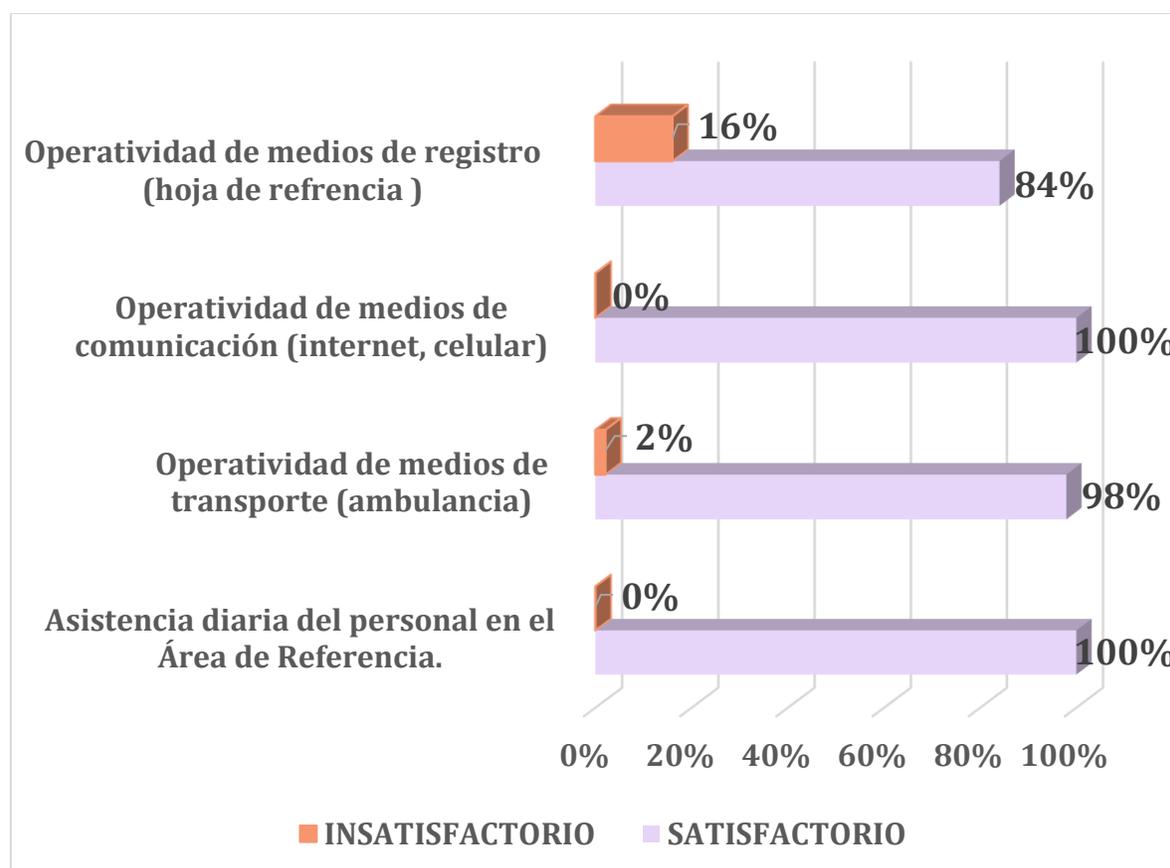


Figura 10 Porcentajes del nivel satisfactorio e insatisfactorio de la Dimensión Estructura

Interpretación

En la tabla 10 y figura 10, de las 96 hojas de registros en relación a la dimensión estructura, se observa que la asistencia diaria del personal del área de referencia es satisfactoria en un 100%, operatividad de los medios de comunicación es satisfactorio 100%, la operatividad de los medios de transporte es satisfactorio 98% y la operatividad de los medios de registro (hoja de referencia) es satisfactorio 84%.

Dimensión Proceso

Tabla 10

Porcentajes de nivel satisfactorio e insatisfactorio de la Dimensión Estructura

Tabla 11

Porcentajes de nivel satisfactorio e insatisfactorio de la Dimensión Proceso

Indicadores	Satisfactorio		Insatisfactorio		Total	
	Frecuencia	porcentaje	Frecuencia	porcentaje	Frecuencia	porcentaje
Tiempo que demora coordinar referencia	11	11 %	85	89 %	96	100 %
Tiempo que demora salida d ambulancia	32	33 %	64	67 %	96	100 %

Fuente: Hoja de registro de la variable tiempo de espera

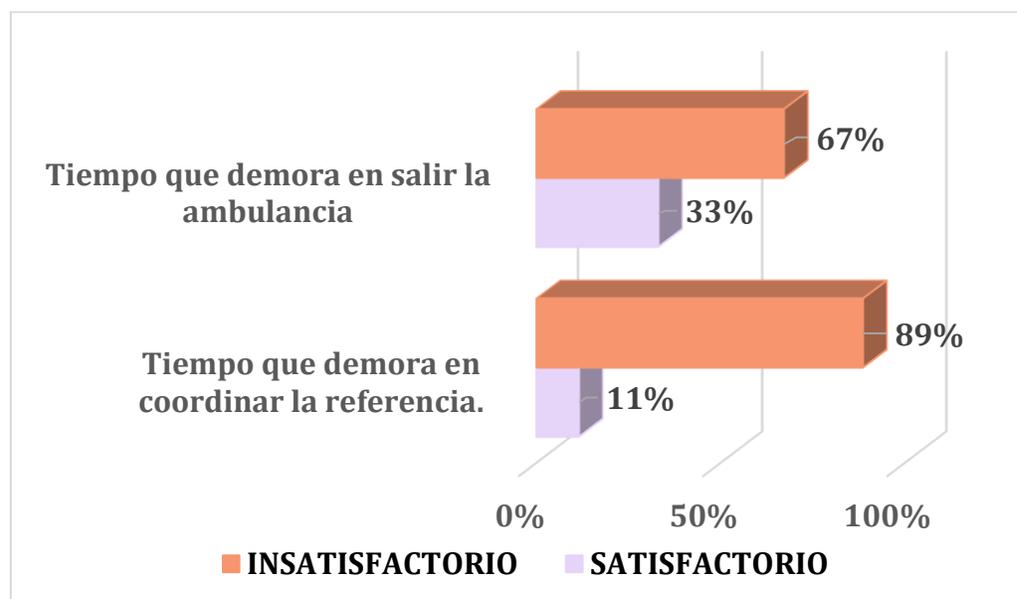


Figura 11 Porcentajes del nivel satisfactorio e insatisfactorio de la Dimensión Proceso

Interpretación

En la tabla 11 y figura 11, de la 96 hoja de registros en relación a la dimensión proceso se observa que el tiempo que demora en coordinar la referencia es satisfactorio es de 11% y es insatisfactorio 89%, tiempo que demora en salir la ambulancia es satisfactorio 33% y es insatisfactorio es de 67%.

Dimensión Resultados

Tabla 12

Porcentajes de nivel satisfactorio e insatisfactorio de la Dimensión Resultados

Indicadores	Satisfactorio		Insatisfactorio		Total	
	Frecuencia	porcentaje	Frecuencia	porcentaje	Frecuencia	porcentaje
Tiempo que demora en llegar al destino	75	78 %	21	22 %	96	100 %

Fuente: Hoja de registro de la variable tiempo de espera

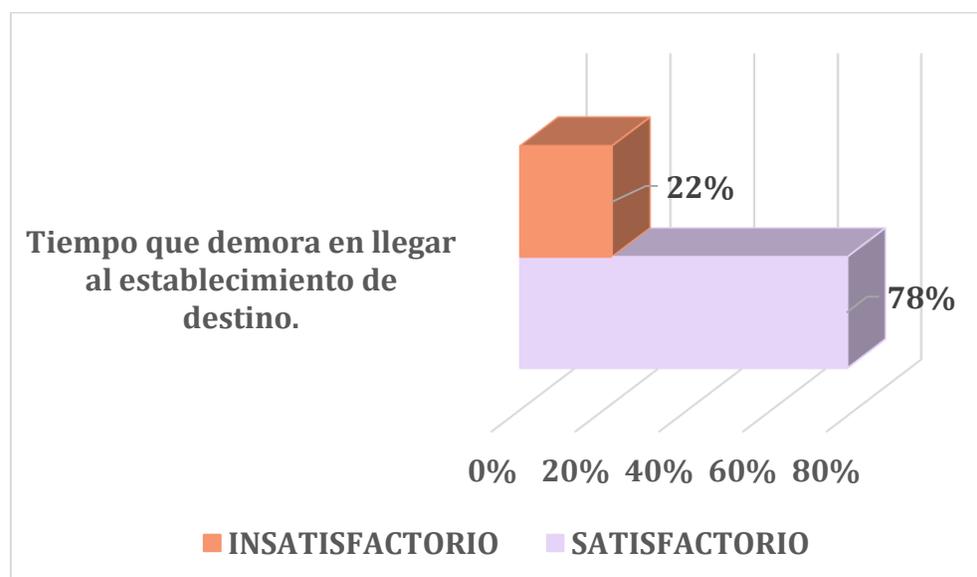


Figura 12 Porcentajes del nivel satisfactorio e insatisfactorio de la Dimensión Resultado

Interpretación

En la tabla 12 y figura 12, de las 96 hojas de registros en relación a la dimensión resultado se observa que el tiempo que demora en llegar al establecimiento de destino, es satisfactorio 78 % y es insatisfactorio es de 22%.

Dimensiones: Estructura, Proceso y Resultado

Tabla 13

Porcentajes de nivel satisfactorio e insatisfactorio de la Dimensión Estructura,

Indicadores	Satisfactorio		Insatisfactorio		Total	
	Frecuencia	porcentaje	Frecuencia	porcentaje	Frecuencia	porcentaje
Estructura	95	99 %	1	1 %	96	100 %
Proceso	21	22 %	75	78 %	96	100 %
Resultados	75	78 %	21	22 %	96	100 %

Fuente: Hoja de registro de la variable tiempo de espera

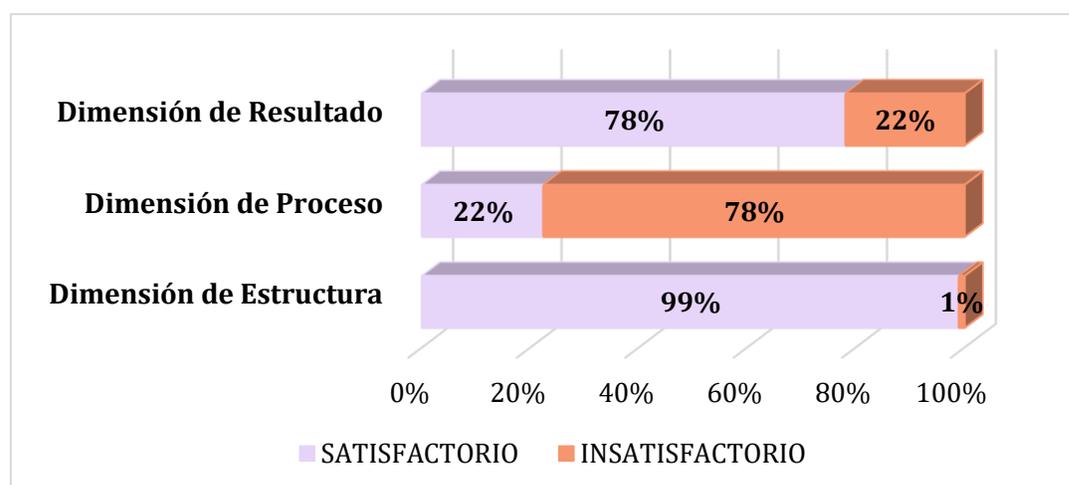


Figura 13 Porcentajes del nivel satisfactorio e insatisfactorio de la Dimensión Estructura, Proceso y Resultado.

Interpretación

En la tabla 13 y figura 13, de las 96 hojas de registro en relación a la dimensión estructura es satisfactorio 99%, es insatisfactorio 1%, en la dimensión proceso es satisfactorio 22% y es insatisfactorio 78% y en lo relacionado a la dimensión resultados es satisfactorio 78%, y es insatisfactorio 22%.

Comparativo de Dimensiones y Entrevista

Tabla 14

Tabla comparativa de las dimensiones con el instrumento de entrevista

DIMENSIONES		INSTRUMENTO DE ENTREVISTA			
		DIMENSIÓN	CÓDIGO	COINCIDENCIAS	CATEGORÍA EMERGENTE
<p>Dimensión de Resultado: 78% Satisfactorio, 22% Insatisfactorio</p> <p>Dimensión de Proceso: 22% Satisfactorio, 78% Insatisfactorio</p> <p>Dimensión de Estructura: 99% Satisfactorio, 1% Insatisfactorio</p> <p>Legend: SATISFACTORIO (purple), INSATISFACTORIO (orange)</p>	Estructura	N T(1)	Sí conocen la N.T. de referencia : 04 No conocen la N.T. de referencia: 06	Capacitación	
		F.R. (2)	Si es importante registrar en todos los ítems de la hoja de referencia = 6 No es importante registrar en todos los ítems de la hoja de referencia = 4	Capacitación	
	Proceso	D.C. (3)	Demora coordinación = 3 Demora en la aceptación en la referencia = 3 Médico no se encuentra en su servicio = 4	Gestión (Sensibilización y coordinación con los otros establecimientos)	
		S.A. (3)	Médicos de referencia demoran en acudir a la emergencia = 7 Área de referencia debe contar con su equipo completo de personal no médico = 3	Solicitar recurso humano Hacer cronograma e informe de actividades	
	Resultado	E.D. (4)	Conductores de ambulancia debe respetar límites de velocidad = 6 Traslado de paciente = 3 Uso del uniforme institucional = 1	Capacitación continua, uso de uniforme	

Fuente: Hoja de registro de datos y entrevista de la variable tiempo de espera

Interpretación

En la tabla 14, se observa que en la dimensión de estructura el 99% es satisfactorio, sin embargo 6 de los entrevistados refieren que no conocen la norma técnica y que es importante el registro de la hoja de referencia; en la dimensión de proceso el 78% es insatisfactorio, coincidiendo con la falta de coordinación con los profesionales de los servicios que refieren, demora en la aceptación del paciente, el médico del servicio que refiere y el médico de referencia no se encuentran en su servicio, que no cuentan con el equipo completo en el área de referencia; en la dimensión de resultados el 78% es satisfactorio, sin embargo los entrevistados refieren que

los conductores de la ambulancia deben respetar límites de velocidad y deben hacer uso del uniforme institucional. Se concluye que se debe realizar gestión organizacional, capacitaciones continuas, sensibilización al personal, monitoreo y cronograma de informe de actividades diarias del personal del área de referencia, implementación de recurso humano en esta área.

IV.- Discusión

Esta investigación propuso y evaluó el tiempo de espera en pacientes referidos por el servicio de emergencia prioridad I, II - Hospital de Huaycán. – 2019., la norma técnica de referencia y contra referencia del ministerio de salud tiene como propósito garantizar la continuidad de la atención de los usuarios referidos en los servicios de salud, para lo cual se deben enlazar diversos procedimientos tanto administrativos como asistenciales como son: la organización, capacidad resolutive, coordinación permanente con los otros establecimientos referenciales. (N.T 018- 2005 MINSA). El sistema de referencia es el sostén principal de los sistemas básicos de salud, dirige al progreso ininterrumpido de la atención médica global para todos los pacientes al destinar preferencia a quienes la necesitan. Se refiere para obtener sugerencias, recomendaciones de profesionales con mayor experiencia, para realizar un apoyo al diagnóstico, una intervención de tratamiento quirúrgico, o para ser hospitalizado cuando no se tiene la capacidad resolutive en el establecimiento de origen (Farahat, et.al.2015). La atención integral está considerada como algo primordial en los establecimientos de salud, generando continuidad de la atención del paciente referido que muchas veces por falta de capacidad resolutive es trasladado a un establecimiento de mayor complejidad, percibiendo este paciente una consideración a lo largo del tiempo que recibe atención en sus necesidades de salud. (Waibel 2016). También hay que considerar la importancia de la implementación de un plan de trabajo en un área de referencia y contra referencia el que permitirá que esta área este bien organizada, brinde atención con calidad, eficiencia y eficacia a los usuarios referidos y contra referido y en consecuencia disminuir los tiempos de demora, las complicaciones y mortalidades (Llave, 2015)

El hospital de Huaycán de nivel II-1 cuenta con un sistema de referencia y contra referencia en proceso de implementación, mensualmente se realizan aproximadamente entre 50 a 60 referencias del servicio de emergencia tanto de prioridad I, II observándose con frecuencia problemas para realizar el traslado oportuno del paciente referido por emergencia , y esto porque algunas veces los elementos de soporte de este sistema no están operativos en su totalidad, siendo uno de ellos los medios de transporte, inadecuado registro en los formatos de referencia, actitud negativa de algunos profesionales, para que este sistema tenga la adecuada operatividad, se debe regir a lo establecido en la norma técnica de referencia de los establecimientos de salud,

así mismo en todas las instituciones de salud son muy importantes la presencia de guías de atención médica de traslado de pacientes, la presencia de diagramas de actividades, formatos, medios de comunicación y de transporte operativos para evitar demoras innecesarias en los traslados, también en estas guías se debe hacer mención de la vigilancia especial que se debe tener en los traslados de los pacientes críticos en este caso los neonatos que son muy vulnerables, menciona . (Romey, 2015)

En los resultados obtenidos de esta investigación se observa que en la dimensión estructura tiene un porcentaje satisfactorio de 99%, la estructura del sistema de referencia y contra referencia hospital Huaycán está conformada por los siguientes recursos humanos, 5 Médicos, 1 Obstetra, 1 Enfermera 1 Técnico de enfermería, así mismo cuenta con los elementos de soporte como son: medios de comunicación cuenta con internet las 24 horas del día, línea fija, celular, impresora, medios de transporte 1 ambulancia que con frecuencia esta inoperativa por mantenimiento, ya que es antigua, formatos de registro hojas de referencia y contra referencia los cuales se agotan por el aumento de referencias por los servicios de consulta externa y apoyo al diagnóstico y esto ocasiona que el paciente saque fotocopia de este formato.

Al referirnos a la dimensión estructura se hace mención básicamente a la disposición de los bienes, instrumentos, maquinarias, equipos, que están integrados en un servicio así mismo el recurso humano es parte de esta organización y debe ser responsable, destacar en sus actividades programadas para brindar una atención con calidad. Si se tiene una estructura adecuada será la base para un proceso y crecimiento idóneo de las actividades de asistencia a cualquier paciente con enfermedades crónicas. (Fernández, 2018), (Waibel, 2016) y (MINSA 2005).

En los resultados obtenidos de la entrevista en lo que respecta a la dimensión estructura 6 de los entrevistados refieren no conocer la norma técnica y 4 que no es importante el registro de todos los ítems de la hoja de referencia. Siendo la norma técnica del sistema de referencia y contra referencia y el formato de registro instrumentos de esta área todos los trabajadores del sector salud deben estar comprometidos en leerla y aplicarla para así evitar que por un inadecuado registro de este formato se demore el traslado del paciente referido por emergencia, El formato de referencia y contra referencia es un medio de comunicación entre los profesionales que brindan atención de salud a un paciente en cualquier nivel del establecimiento ya sea el primer nivel, hospitales o institutos especializados, el registro adecuado en este formato ayuda a evitar errores médicos, volver a repetir pruebas de apoyo al diagnóstico, demoras en el

diagnóstico. El registro inadecuado de los ítems del formato de referencia ocasiona demora en la atención del paciente referido. Así mismo los profesionales médicos y no médicos que participan en los procesos de referencia y contra referencia, deben conocer y aplicar la norma de referencia de los establecimientos de salud ya que el descuido del llenado correcto de los ítems del formato de referencia por el personal de salud, no debe ser causal para retrasar el traslado de un paciente crítico a otro establecimiento de salud. También las jefaturas de los establecimientos de salud deben estar comprometidos en la capacitación constantemente a su personal para que contribuyan en optimizar los servicios de salud, la calidad de atención y disminuir los tiempos de espera en los usuarios referidos. (Yáñez, 2016), (Vargas, 2018).

Otro elemento de soporte considerado en el sistema de referencia y contra referencia son los medios de transporte la ambulancia que es un vehículo con equipos apropiados para el transporte asistido de pacientes, existen diferentes tipos de ambulancia y de acuerdo a estos tipos están implementadas o equipadas, en el Hospital Huaycán se cuenta con una sola ambulancia que es de tipo II por lo tanto apropiada para el traslado de pacientes críticos, a pesar que los resultados de la dimensión estructura operatividad de los medios de transporte son satisfactorios hay que mencionar que este medio de transporte si contribuye en la demora de la salida del paciente referido de emergencia ya que solo se cuenta con una sola ambulancia y en algunas oportunidades se presentan 2 o 3 referencias de prioridad I, II por usar la ambulancia para traslado de pacientes estables exámenes de apoyo al diagnóstico, procedimientos lo que retrasa el retorno de la ambulancia, por la inoperatividad de la ambulancia cuando está en mantenimiento, estas situaciones obligan a que se solicite prestado ambulancia a otras instituciones y muchas veces no tiene disponibilidad, o en otras situaciones se demoran en acudir por lo tanto se ocasiona demora en la salida del paciente de emergencia.

Lo mencionado arriba coincide con (Aybar, 2017), ya que para trasladar a un paciente crítico o de prioridad I, II es muy importante el tipo de transporte que se utilizara, generalmente las unidades móviles no médicas, no garantizan el poder brindar la atención oportuna que requiere el paciente de prioridad I, II porque no reúne los requisitos por no estar implementada ni con personal de salud, equipos médicos, ni medicamentos, muy por el contrario expone al paciente y al equipo acompañante en el traslado. existen tipos de ambulancias las que son ubicadas de acuerdo al nivel de complejidad de la institución de salud y se tiene que saber que todo paciente de emergencia categorizado como prioridad tipo I tiene un trastorno repentino culminante de

estado de salud y para evitar los riesgos de muerte o secuelas requiere atención inmediata en sala de trauma shock, y en los casos de prioridad II también es un cuadro inesperado con complicaciones de muerte y para evitar secuelas su atención se debe realizar en un tiempo de espera no mayor a 10 minutos desde que llegó a la emergencia. También el personal que labora en el traslado de pacientes en ambulancia debe verificar que los equipos biomédicos, materiales, insumos, medicamentos deben estar operativos para ser utilizados en el momento que se requieran. La coincidencia con (Álvarez, 2016) hacen mención que el personal que labora en las unidades móviles debe ser capacitado, evaluado y monitorizado, tener un compromiso de trabajo en equipo para acudir inmediatamente al llamado de una emergencia de paciente crítico y también así mismo se debe solicitar abastecimiento de unidades móviles en base a la población asignada para evitar demoras indebidas.

En la dimensión proceso los resultados obtenidos son el 78% insatisfactorio considerando aquí a que se demoran en la coordinación de la referencia y en la salida de la ambulancia, así mismo coincide con la entrevista realizada donde 6 de los entrevistados manifiestan que hay demora en la coordinación y en la aceptación de la referencia y 4 responden que el médico no se encuentra en su servicio. Toda acción que se realiza en los diferentes servicios o áreas constituye un proceso. El proceso de atención en salud evalúa las acciones del binomio paciente – médico por un lado está la participación delimitada que realiza el usuario externo quien aporta su enfermedad y requiere una atención y por otro lado está la intervención del profesional de salud quien con su método de valores y su competencia científico técnica establecerá un diagnóstico pertinente y un tratamiento adecuado, para lo cual utilizará servicios de apoyo al diagnóstico, y su experiencia clínica. La relación médico paciente es ante todo un hallazgo, un vínculo, en el que ambas partes debaten a la vez para tomar las resoluciones más correctas, siempre en el marco de los derechos fundamentales de la persona humana. (Mendoza, 2017). Aun se observa en los servicios de salud mucho déficit en la interrelación paciente profesional de salud ya que el profesional de salud con frecuencia solo se comunica con el paciente para dar instrucciones, indicaciones, no respetando sus costumbres, cultura o haciendo comentarios o juicios inadecuados, conllevando esto a que el paciente pierda la confianza y esperanza, por lo tanto, recibe una inadecuada calidad de atención. (Yáñez, 2016).

En el hospital Huaycán el proceso referencia de emergencia está establecido en los flujos de referencia y contra referencia de emergencia, los que tienen débil aplicación ya sea por los frecuentes cambios en los profesionales médicos que atienden la emergencia, internos de medicina, por la actitud negativa de algunos profesionales. Para dar inicio a la coordinación de una referencia de emergencia se requiere de la hoja de registro o formato de referencia y la participación de los otros elementos de estructura inmersos en este proceso como son: recurso humano, medios de comunicación y este proceso termina cuando el paciente llega al establecimiento de destino siendo trasladado en ambulancia. La inoperatividad de algunos de estos elementos de soporte de referencia, condiciona la demora en el traslado de los pacientes referidos por el servicio de emergencia, cuando se hace mención de la inoperatividad del recurso humano no solo se refiere a la falta o inasistencia de este personal a la institución, también se refiere que el recurso humano no permanece en el servicio que le corresponde, actitud negativa, falta de valores, ética, irresponsabilidad de no cumplir con lo establecido en las normas, no asistir a las capacitaciones, con los procesos de atención de salud, originando demora en la atención del paciente referido, hay una coincidencia con lo mencionado por Montoya, (2015), quien dice que la implementación de un sistema de referencia y contra referencia debe estar regido por normas, equipado por los elementos de soporte correspondientes para el buen funcionamiento de este sistema, pero hay mencionar que el recurso humano es el factor clave en la competencia de una organización y en el fortalecimiento de una ventaja competitiva, por lo tanto el futuro de una institución depende de lograr un capital humano idóneo y comprometido en el desarrollo o logro de los objetivos de la institución por lo cual es necesario que el personal seleccionado en una institución cumpla con su ocupación profesional correspondiente, que tenga buena conducta, ética, responsabilidad pro actividad, trabajo en equipo, ya que una mala selección de personal son factores influyente que no permiten brindar atención de calidad. La falta de inasistencia a las capacitaciones por el personal de salud que labora en los procesos de referencia y contra referencia condiciona a que no se desarrolle un proceso de referencia de emergencia oportuno, eficiente, esto coincide con (Peñaherrera, 2015) quien menciona que es muy importante realizar capacitaciones tanto a los usuarios internos como a los externos en los temas relacionados al uso adecuado de los sistemas de referencia y contra referencia ya que al estar bien informados y capacitados por parte del usuario interno permitiría adecuar una implementación del sistema de referencia y contra referencia de acuerdo

a su capacidad resolutive del establecimiento de salud ya sea en la adecuación de infraestructura, recursos humanos, equipos tecnológicos etc, y en lo relacionado al usuario externos permanecería bien informado de los procesos de referencia y contra referencia que se dan en los servicios de consulta externa, apoyo al diagnóstico, emergencia y los usaría adecuadamente y así obtendría una adecuada calidad del servicio de este sistema.

Los resultados obtenidos en la dimensión resultados 78% son satisfactorios evaluando el tiempo de traslado del paciente referido desde el establecimiento de origen hasta el establecimiento de destino. La dimensión resultado: se refiere a disponer de los logros conseguidos durante todo el proceso de atención del estado actual y futuro de la salud del paciente. (Humet, 2001)

El tiempo estándar utilizado desde el Hospital Huaycán hasta el Hospital Hipólito Unanue es de 25 a 30 minutos, el resultado satisfactorio se consideró por haber alcanzado un tiempo menor o igual de 35 minutos. Los resultados obtenidos de las entrevistas 6 refieren uso excesivo de velocidad al momento de trasladar al paciente referido, 3 refieren manejo inadecuado de camillas e incubadoras, 1 deben identificarse con uniforme. Esto tiene coincidencia con (Romey 2015) manifestaron que: en todas las instituciones de salud son muy importantes la presencia de diagramas de actividades, guías de atención medica de traslado de pacientes donde este establecido , de la vigilancia especial que se debe tener en los traslados de los pacientes lo cual permitirá que la llegada de este paciente referido al establecimiento de destino sea en condiciones ideales ,óptimas y así dar continuidad al tratamiento que requiere.

V.- Conclusiones

Primera.

De las 96 hojas de registro dimensión estructura es satisfactorio 99% y el 1% es insatisfactorio; en la dimensión de proceso el 22 % es satisfactorio y el 78% insatisfactorio y de la dimensión de resultado el 78% es satisfactorio y el 22% insatisfactorio.

Segunda

En la dimensión estructura en los indicadores asistencia diaria del personal del área de referencia y operatividad de los medios de comunicación, es satisfactorio 100% y es insatisfactorio de 0%, en el indicador operatividad de los medios de transporte es satisfactorio 98% y es insatisfactorio de 2% y en el indicador operatividad de los medios de registro (hoja de referencia) es satisfactorio 81% y es insatisfactorio de 15%.

Tercera

En la dimensión proceso en el indicador tiempo que demora en coordinar la referencia es satisfactorio 11% y es insatisfactorio 89%, en el indicador tiempo que demora en salir la ambulancia es satisfactorio 33% y es insatisfactorio 67%

Cuarta

En la dimensión resultado el indicador tiempo que demora en llegar al establecimiento de destino, es satisfactorio 78 % e insatisfactorio 22%

VI.- Recomendaciones

Primera

Socializar la Norma Técnica de referencia y contra referencia, la importancia del llenado correcto del formato de referencia – contra referencia al personal nuevo y al permanente, la actualización de los flujos de atención por los cambios de infraestructura de la institución e ingreso de personal nuevo.

Segunda

Coordinación con los establecimientos que refieren a la institución para el manejo oportuno y adecuado del paciente y coordinar con los establecimientos de referencia de mayor complejidad referido para una referencia oportuna.

Tercera

Capacitación y sensibilización a los conductores de la ambulancia para el traslado adecuado del paciente y respetar los límites de velocidad estandarizada.

Cuarta

Urgente se requiere la compra de una ambulancia, o habilitar una ambulancia para el traslado de (apoyo al diagnóstico, interconsultas, procedimientos) a través de contratos con otras empresas y así garantizar el traslado oportuno de los usuarios.

Quinta

Solicitar recurso humano para implementar el equipo completo de traslado de pacientes en la ambulancia.

Sexto

Monitoreo y cronograma de actividades del personal del área de referencia y contra referencia.

Referencias

- Álvarez, R., Andrómaco, M., (2016). Demora en tiempos de respuestas a códigos amarillos en un servicio de emergencias médicas de la Ciudad de Córdoba. *Revista de Salud Pública*, 20(3), 48- 59. Recuperado de <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/RSD/article/download>
- Aller., Vargas, I., Coderch, J., Calero, S., Cots, F., Abizanda, M., Colomes, Ll., Farre, J., y Vasquez, M. (2019) Doctors' opinions on clinical coordination between primary and secondary care in the Catalan healthcare system *Gaceta Sanitaria* volumen 33 Issue 1, January, February, 2019 pag.66-73
<https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2017.06.001> Get rights and content
- Arteta, L., y Palacio, K. (2018). Dimensiones para medición de la satisfacción del paciente en centros de urgencia. *Revista de Salud Pública*, 20(5), 629-636. Recuperado de <https://revistas.unal.edu.co/index.php/revsaludpublica/article/view/61032>
- Ascasibar, M. (2019). *Factores que influyen el sistema de referencia y contra referencia en el servicio de Gineco-obstetricia, Hospital de Chancay, enero- diciembre, 2016*. (Tesis de Maestría en Salud Pública). Recuperado de <http://repositorio.unfv.edu.pe/bitstream/handle/UNFV/2795/ASCASIBAR%20%20AN%20DRADE%20%20YVONNE%20MEDALIT%20-%20MAESTRIA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Aybar, C., Gómez, J. (2017) Sobrevida de pacientes asignados como prioridad de atención I Y II, en emergencia de adultos de un Hospital General de Lima, según el tipo de transporte pre hospitalario utilizado **URI:** <http://repositorio.upch.edu.pe/handle/upch/660>
- Cano, S., Giraldo, A., y Forero, C. (2016). Concepto de calidad en salud: resultado de las experiencias de la atención, Medellín, Colombia. *Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública*, 34 (1), 48-53. Recuperado de <https://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/fnsp/article/view/19646>
- Castañón, J., Barrientos, T y Polanco, C. (2016). Reflexiones sobre el proceso de atención en los servicios de urgencias. *Rev. Med. Inst. Mex. Seguro Soc.* 2016;54(3):376-9
Recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2016/im163p.pdf>
- Castejon, E. (2018) LIBRO *Seguridad Clínica en los servicios de Emergencia Prehospitalarios* Elsevier España, S.L.U ISBN: 978-84-9113-172-4 e ISBN: 978-84-9113-197- 7

- Donabedian, A. (1990). Reseña de "La calidad de la atención médica. Definición y métodos de evaluación" A. Salud Pública de México, *Instituto Nacional de Salud Pública*, 32(2), 248-249. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/106/10632217.pdf>
- Enciso, C., Villanueva, J., (2017). *Sobrevida de pacientes asignados como prioridad de atención I y II, en emergencia de adultos de un Hospital general de Lima, según el tipo de transporte pre hospitalario utilizado*. (Tecnología para urgencias médicas y desastres). Recuperado de <http://repositorio.upch.edu.pe/handle/upch/660>
- Farah,S., Sosa, T., Ambroggio, L., Gallagher, R., y Brady,P.(2019) Emergency Transfers: An Important Predictor of Adverse Outcomes in Hospitalized Children J Hosp Med.2019 Aug 1;14(8):482-485. doi: 10.12788/jhm.3219. Epub 2019 Jun 19. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31251153>
- Farahat, T., Al-Kot,M., y Aldemerdash,M. (2105) Current situation of the reference system in family practice in the Shebein El-Koum district, Menoufia Governorate, Egypt Med J 2015 28(2) 360-366. Recuperado <http://www.mmj.eg.net/text.asp?2015/28/2/360/163885>
- Fernández, M., Roo, J., P., Irigoyen, A., Blanco, S., Edward, A., y Juárez, V. (2016) Los Sistemas de Referencia y Contra referencia de pacientes en América Latina: Mecanismos de Coordinación Asistencial y el rol de la Medicina Familiar y Comunitaria. *Rev. Brasileña de Medicina Familiar y Comunitaria* 11(2), 37- 45 Recuperado de: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc11\(0\)1384](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc11(0)1384)
- Fontova, A., Juvinya, C., Suñer, S. (2015). Influencia del tiempo de espera en la satisfacción de paciente y acompañantes. *Revista de Calidad Asistencial*, 30(1), 10-16. Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1134282X1500007X>
- Foronda C, VanGraafeiland B, Quon R, Davidson P. (2016) Handover and transport of critically ill children: An integrative review. *Int J Nurs Stud*. 2016; 62:207-25. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.07.020>
- Fortis, S., Sarrazin, M., Beck, B., Panos, R., y Reisinger H.(2018) ICU Telemedicine Reduces Interhospital ICU Transfers in the Veterans Health Administration. *chest* 2018., 154:69-72 doi: 10.1016/j.chest.2018.04.021 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29914751>
- García, R., y Gálvez, N. (2016). Calidad de atención asociada a la satisfacción del usuario externo en los establecimientos asistenciales de salud: Minsa-Es salud, Chongoyape -

Perú. *Revista Científica Tzhoecoen. Edic,* 8(2). Recuperado de <http://revistas.uss.edu.pe/index.php/tzh/article/view/383>.

Hernández, R. (2014). *Metodología de la Investigación* 6ta edición. Ciudad de México, México: Interamericana Editores, S.A. de C.V

Humet, R. (2001). Calidad Asistencial. *Revista de Órgano de la sociedad española de calidad asistencial,* 16(1). Recuperado de <https://www.fadq.org/wp-content/uploads/2016/02/Monografico-Avedis-1parte.pdf>

Ikwan Chang, Jae Yun Jung, Young Ho Kwak (2017) Interfacility transport of critically ill children *Pediatr Emerg Med J* 2017;4(1):1-4 pISSN: 2383-4897 / eISSN: 2508-5506 <https://doi.org/10.22470/pemj.2017.00073>

James, K., Onyango, B., y Njuguna, S.(2017) Challenges Facing Implementation Of Referral System For Quality Health Care Services In Kiambu County, Kenya. *Health Systems and Policy Research,* 4(1). <https://doi.org/10.21767/2254-9137.100067>

Jan van , E. (2016) Nurses versus physician-led interhospital critical care transport: a randomized non-inferiority trial *Intensive Care Medicine* ISSN: 0342-4642 (Print) 1432-1238 (Online) July 2016, Volume 42, Issue 7, pp 1146–1154| [Cite as https://link.springer.com/article/10.1007/s00134-016-4355-y](https://link.springer.com/article/10.1007/s00134-016-4355-y)

Joo Jeong Tae-Han Kim Sae-Byel Kang (2019) A feasibility study of audio-video communication application using mobile telecommunication in inter-hospital transfer situations **Original Article** *The Korean Journal of Emergency Medical Services* 2019; 23(1): 125-134. Published online: April 30, 2019 DOI: <https://doi.org/10.14408/KJEMS.2019.23.1.125>

Joo, Y., Won, K., Jeon, J., Wan, I., Ok, K., Sun, Y., y Do, S. (2017) Effect of Critical Care Transport on Patients' Survival after Inter-Hospital Transport of Critically Ill Patients *Journal of The Korean Society of Emergency Medicine* 2017; 28(1): 1-16. Received: January 20, 2017; Revised: January 31, 2017 Accepted: February 6, 2017. Published online: February 28, 2017

- Karrison, J., Erikson, T., y Lindahl, B (2017) The Patient's Situation During Interhospital Intensive Care Unit-to-Unit Transfers: A Hermeneutical Observational Study
Qualitative Health Research Article Information volumen: 29issue:12, page(s):1687-1698 <https://doi.org/10.1177/1049732319831664>
- Lorch, S MD, MSCE (2019) Interhospital Transfers for Quality Assessment of Healthcare Systems Journal of Hospital Medicine Vol 14 | No 8 | August 2019 DOI 10.12788/jhm.3243 <https://www.journalofhospitalmedicine.com/jhospmed/article/205403>
- Luna-Hernández G Varela-Cardoso M, Palacios-Blanco JC (2015) [Utility of a physiologic stability index based on Transport Risk Index of Physiologic Stability (TRIPS) for the evaluation of infants transferred to a specialized hospital]. *Bol Med Hosp Infant Mex.* 2015 Jan - Feb;72(1):45-54. doi: 10.1016/j.bmhmx.2015.01.008. Epub 2015 May 21. <http://doi.org/10.1016/j.bmhmx.2015.01.008>
- Llave, R., y Rodríguez, E. (2015). Plan de referencia y contra referencia para mejorar la oferta de servicios de salud en la consulta externa de los hospitales II-1 en la provincia de Trujillo: 2014-2016. *Revista Ciencia y Tecnología*, 4, 85-103. Recuperado de revistas.unitru.edu.pe/index.php/PGM/article/download/1152/1091
- Martínez, P., Martínez, J., Cavazos, J., y Nuño, J. (2016) Mejora en el tiempo de atención al paciente en una Unidad de urgencias por medio de Lean Manufacturing. *Revista de Nova scientia*, 8(16). Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-07052016000100017
- Mendes, F., Parreirinha, M., Carmo, E., Conceicao, I., y Casa, M (2017) Continuity of care from the perspective of users *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2017, vol.22, n.3, pp.841-853. ISSN 1413-8123. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017223.26292015>.
- Mendoza, A. (2017). *Capacidad resolutoria de los establecimientos de salud y el sistema de referencia y contra referencia de la Micro red de Ascensión Huancavelica 2016*. (Tesis de Maestría en Gestión de Servicios de Salud). Recuperado de http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/UCV/8676/Mendoza_GA.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Mendoza, A. (2017). La relación médico paciente: consideraciones bioéticas. *Perú Ginecol Obstet*, 63(4). Recuperado de <http://www.scielo.org.pe/pdf/rgo/v63n4/a07v63n4.pdf>

- Ministerio de Salud. (2005). *NTS N° 021 -MINSA/OGDN – V.01 Categorías de establecimientos de salud*. Recuperado de <http://bvs.minsa.gob.pe/local>
- Ministerio de Salud. (2006). *NTS N° 051-MINSA/OGDN – V.01 Norma Técnica de Salud para el Transporte Asistido de Pacientes por vía terrestre*. Recuperado de https://www.inen.sld.pe/portal/documentos/pdf/normas_tecnicas/2006/11052010_NORMA_TECNICA_DE_SALUD_PARA_TRANSPORTE_ASISTIDO_DE_PACIENTES_POR_VIA_TERRESTRE.pdf
- Ministerio de Salud. (2007). *NT N 042-MINSA/DGSP V. 01 (2007) Norma técnica de salud de los servicios de emergencia, dirección general de salud de las personas*. Recuperado de <http://bvs.minsa.gob.pe/local/dgsp/NT042emerg.pdf>
- Ministerio de Salud. (2005). *NTS N° 018 -MINSA/DGSP – V.01 Norma Técnica del Sistema de Referencia y Contrareferencia de los establecimientos de salud*. Recuperado de <http://bvs.minsa.gob.pe/local>
- Montoya, C., Alveiro, C., Saavedra, B., y Ramiro, M. (2016). El recurso humano como elemento fundamental para la gestión de calidad y la competitividad organizacional *Revista Visión Futuro* 20 (2) 1 – 20 [Recuperado de http://revistacientifica.fce.unam.edu.ar/](http://revistacientifica.fce.unam.edu.ar/)
- NICE (2018) Chapter 34 Standardised systems of care for intra-and inter-hospital transfers. Emergency and acute medical care in over 16s. Developed by the National Guideline Centre hosted by the Royal College of Physicians ISBN:978-1-4731-2741-
- Peñaherrera, M. (2015). *Sistema de referencia y contra referencia en el servicio de emergencias de la Maternidad Isidro Ayora en el periodo mayo octubre del 2015*. (Tesis de grado Maestría Gerencia de Servicios de Salud). Recuperado de <http://dspace.uniandes.edu.ec/bitstream/123456789/3641/1/TUAMSS014-2016.pdf>
- Ponce, T. (2017). Hacinamiento en los Servicios de Emergencia. *An Fac med.* 2017; 78 (2): 218-233. DOI: <http://dx.doi.org/10.15381/anales.v78i2.13221>
- PS52 (2015) Guidelines for Transport of Critically Ill Patients Australasian College for Emergency Medicine (ACEM) Australian and New Zealand College of Anaesthetists (ANZCA) College of Intensive Care Medicine of Australia and New Zealand (CICM) <http://www.anzca.edu.au/documents/ps52-2015-guidelines-for-transport-of-critically-i>

- Redhead, R. (2015). *Calidad de servicio y satisfacción del usuario en el centro de salud Miguel Grau distrito de Chaclacayo* (Tesis de grado Maestría Gerencia de Servicios de Salud). Recuperado de: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cyberteis/4806>
- Rojas, V., Romero, L., Barrera, D y Suarez D. (2018) Selecting the Destination Hospital to Carry Emergency Patients/Selección de /Escolha. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, Vol. 17, Issue 35.) Recuperado <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepolsal/article/view/24409>
- Romey, L., Trinchet, R., Marrero, Y., Velázquez, G., y Ellis-Davy, J. (2015). Evaluación de los resultados del traslado del recién nacido con tratamiento quirúrgico. *Correo científico Medico*, 19 (1). Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812015000100006
- Sánchez, H., Reyes, C., y Mejía, S. (2018). *Manual de términos en investigación científica, tecnológica y humanística*. Lima, Perú: Universidad Ricardo Palma. <http://repositorio.urp.edu.pe/handle/URP/1480>
- Sánchez, J. (2018). Un acercamiento a la medicina de urgencias y emergencias. *MEDISAN*, 22(7). Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192018000700630
- Sirgo, G., Chico, M., Gordo, F., García, M., y otros. (2018). Traspaso de información en Medicina Intensiva. *Revista Medicina Intensiva*, 42(3), 168-179. Recuperado de <http://www.medintensiva.org/es-traspaso-informacion-medicina-intensiva-articulo-S0210569117303613>
- Strauch, U., Bergmans, D., Habers, J., Jansen, J., Winkens, B., Veldman, D., Roekaerts, P., y Beckers, S. (2016) QUIT EMR trial: a prospective, observational, multicentre study to evaluate quality and 24 hours posttransport morbidity of interhospital transportation of critically ill patients: study protocol *BMJ Open* 2017;7: 012861. doi:10.1136/bmjopen-2016-012861 <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2016-012861>.
- Talaigua, M. (2016). Evaluación del Sistema de Referencia y Contrarreferencia por parte de los prestadores de servicio en el Municipio de Monteería departamento de Córdoba. Córdoba: Monografía publicada. Recuperado en <http://www.monografias.com/trabajos109/evaluacion-del-sistemareferencia-y-contrareferencia/evaluacion-del-sistema-referencia-ycontrareferencia.shtml>
- Ushiñahua, L. (2016). *La gestión de los procesos de traslado de pacientes y su relación con los conflictos laborales entre los trabajadores de los establecimientos de salud de nivel 1.3 .1.4 y el hospital II-2 Tarapoto* – 2016. Recuperado de

http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/UCV/1341/ushi%C3%B1ahua_pl.pdf?sequence=1&isAllowed=y

- Vargas, I., García, I., Mogollón, A., Ferreira, M., y otros. (2018). Understanding communication breakdown in the outpatient referral process in Latin America: a cross-sectional study on the use of clinical correspondence in public healthcare networks of six countries. *Plan de política de salud*, 33(4), 494-504. doi: 10.1093/heapol/czy016. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29452401>
- Waibel, S., Vargas, I., Aller, M., Coderch, J., Farré, J., y Vázquez, M. (2016). Continuity of clinical management and information across care levels: perceptions of users of different healthcare areas in the Catalan national health system. doi: 10.1186/s12913-016-1696-8
- Wahle-Gerhardt, A., Winkelmann, M., Mommsen, P., Krettek, C., y Zeckey, C. Interhospital transfer of severely injured trauma patients does not influence outcome. *Emergencias 2018 Ago*;30(4):253-260.
- Yáñez, P. (2016). *Sistema de Referencia, Contra referencia y Derivación en Urgencias Pediátricas. Estudio de caso en el Hospital Carlos Andrade Marín durante el periodo Junio del 2015 a Febrero del 2016*. Tesis de Maestría Gestión de Salud Universidad Central del Ecuador Recuperado de <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/11972/1/T-UCE-0006-001-2017.pdf>

Anexo 1: Matriz de consistencia

Matriz de consistencia							
Título: Evaluación del tiempo de espera en pacientes referidos por el servicio de emergencia prioridad I, II - Hospital de Huaycán. – 2019.							
Autor: Br. Gloria Zoraida Valladolid Rivas							
Problema			Objetivos	Hipótesis	Variables e indicadores		
Problema General: ¿Cuál es el tiempo de espera en pacientes referidos por servicio de emergencia prioridad I, II - Hospital de Huaycán. – 2019.?	Objetivo general: Determinar el tiempo de espera en pacientes referidos servicio de emergencia prioridad I, II - Hospital de Huaycán. – 2019.	Hipótesis general: No se considera	Variable 1: Tiempo de espera en pacientes referidos por el servicio de emergencia prioridad I, II - Hospital de Huaycán. – 2019.				
			Dimensiones	Indicadores	Ítems	Escala/valores	Niveles o rangos
Problemas Específicos: (1) ¿Cuál es el tiempo de espera en pacientes referidos por servicio de emergencia prioridad I, II - hospital de Huaycán.- 2019. respecto a la estructura? (2) ¿Cuál es el tiempo de espera en pacientes referidos por servicio de emergencia prioridad I, II - Hospital de Huaycán. – 2019.,respecto al proceso? (3) ¿Cuál es el tiempo de espera en pacientes referidos por servicio de emergencia	Objetivos específicos; (1) Determinar el tiempo de espera en pacientes referidos por servicio de emergencia prioridad I, II - Hospital de Huaycán. – 2019. respecto a la estructura. (2) Determinar el tiempo de espera en pacientes referidos por servicio de emergencia prioridad I, II - Hospital de Huaycán. – 2019. respecto al proceso.	Hipótesis específicas : No se considera	1: ESTRUCTURA	Asistencia diaria de personal del área de referencia.	1	SI (1) NO (0)	Satisfactorio
					2	SI (1) NO (0)	Insatisfactorio
				Operatividad de medios de transporte (ambulancia)	3	SI (1) NO (0)	Satisfactorio
					4	SI (1) NO (0)	Insatisfactorio
				Operatividad de medios de comunicación (internet, celular)	5	≤ 15 min 1 > 15 min 2	Satisfactorio
					6	≤ 15 min 1 > 15 min 2	Insatisfactorio
				Operatividad de formatos de registro (hoja de referencia)	7	< 40 min 1 > 40 min 2	Satisfactorio
					8	≤ 35 min 1 > 35 min 2	Insatisfactorio
				Tiempo que demora en coordinar de la referencia.	9	≤ 35 min 1 > 35 min 2	Satisfactorio
	Tiempo que demora en salir la ambulancia			Insatisfactorio			
	Tiempo que demora la entrega de resultados de apoyo al diagnóstico.			Satisfactorio			
				Insatisfactorio			
				Estable			
				Mal estado			

Anexo 2: Matriz de base de datos de la variable tiempo de espera

MATRIZ DE BASE DATOS DE LA VARIABLE TIEMPO DE ESPERA																							
N°	FECHA	H.C.	Analisis	N° REF	PRIOR	COORD	SERV.	ACOMP.	DIAGNOSTICO	DESTINA.	P.E.S.S.	OP. TR.	OP. C.	Indicador Tiempo que demora la coordinacion de demora en llegar establecimiento									
														reg. refer.	Acepta refer. en coord.	Estatus ambul.	hospital r.						
1	18-Ene	2E+05	37	1	95	I	SI	PED.	P.REFC	RN PRETERMINO 34 SEM	HHU	SI	SI	SI	10:30	10:55	00:25	2	12:05	12:35	00:30	1	01:10
2	2-Ene	2E+05	45	2	7	II	SI	CIR.	P.REFC	APENDICITIS AGUDA	HHU	SI	NO	SI	11:30	12:30	01:00	1	13:31	13:55	00:24	1	01:01
3	5-Ene	48009		3	25	I	SI	G.O.	P.REFC	GEST.39 SEM.D/C DCP	HHU	SI	SI	SI	22:00	22:30	00:30	2	22:33	23:00	00:27	1	00:03
4	8-Ene	79318	38	1	35	I	SI	CIR.	P.REFC	APEND. AGUD. CRONIC	HHU	SI	SI	SI	07:00	08:30	01:30	2	08:35	08:55	00:20	1	00:05
5	12-Ene	2E+05	120	2	53	I	SI	TRAUM	P.REFC	POLICONTUSO-FX vertebr	HHU	SI	SI	SI	09:13	09:43	00:30	2	09:55	10:30	00:35	1	00:12
6	9-Ene	1E+05	30	3	32	II	SI	G.O.	P.REFC	36 SEM. PLACENTA PR	HHU	SI	SI	SI	08:37	09:20	00:43	2	10:08	10:38	00:30	1	00:48
7	14-Ene	1E+05	39	1	67	I	SI	G.O.	P.REFC	PRE ECLMASIA	HHU	SI	SI	SI	08:09	08:34	00:25	2	09:23	09:55	00:32	1	00:49
8	14-Ene	1E+05	29	1	65	I	SI	MED. IN	P.REFC	IMA	HHU	SI	SI	SI	12:05	12:50	00:45	2	01:44	02:10	00:26	2	01:00
9	14-Ene	2E+05	30	1	69	I	SI	CIR.	P.REFC	APENDICITIS AGUDA	HHU	SI	SI	SI	11:05	11:30	00:25	2	14:27	15:05	00:38	1	02:57
10	21-Ene	1E+05		3	121	I	SI	G.O.	P.REFC	INFECION HERIDA OP	HHU	SI	SI	SI	12:00	13:10	01:10	2	14:17	14:50	00:33	1	01:07
11	21-Ene	2E+05	120	2	125	I	SI	CIR.	P.REFC	APENDICITIS AGUDA	HHU	SI	SI	SI	20:00	20:59	00:59	2	21:40	22:10	00:30	1	00:41
12	24-Ene	2E+05		3	133	I	SI	G.O.	P.G.O.	SUFIMIENTO FETAL A	HHU	SI	SI	NO	14:10	14:35	00:25	2	15:26	16:02	00:36	1	00:51
13	25-Ene	77379	38	1	134	II	SI	CIR.	P.REFC	APENDICITIS AGUDA	HHU	SI	SI	NO	15:40	16:25	00:45	2	16:27	16:57	00:30	1	00:02
14	27-Ene	2E+05		3	143	II	SI	G.O.	P.REFC	TRABAJO DE PARTO C	HHU	SI	SI	SI	08:50	10:36	01:46	2	11:02	11:33	00:31	1	00:26
15	28-Ene	1E+05		3	150	I	SI	PED.	P.REFC	NEUMONIA	HHU	SI	SI	SI	23:30	02:05	02:35	2	02:20	02:55	00:35	1	00:15
16	28-Ene	1E+05	54	2	149	I	SI	CIR.	P.REFC	APENDICITIS AGUDA	HHU	SI	SI	SI	19:56	22:00	02:04	2	09:50	10:13	00:23	1	11:50
17	23-Feb	2E+05	45	2	169	II	SI	PED.	P.REFC	APEND. AGUD.	HHU	SI	SI	SI	13:48	14:47	00:59	2	14:50	15:48	00:58	1	00:03
18	4-Feb	1E+05		3	176	II	SI	G.O.	P.REFC	GEST.PREMATUR.	HHU	SI	SI	NO	20:00	20:20	00:20	2	20:22	20:58	00:36	1	00:02
19	4-Feb	16851		3	172	I	SI	MED. IN	P.REFC	MED. INTIRA IINSUF. CARD	HHU	SI	SI	SI	21:50	22:25	00:35	2	22:36	23:02	00:26	1	00:11
20	5-Feb	1367		3	183	I	SI	MED. IN	P.REFC	FALLA CARDIACA CRC	HHU	SI	SI	NO	10:02	11:00	00:58	2	11:05	11:35	00:30	1	00:05
21	6-Feb	2E+05	15 RX	1	181	II	SI	TRAUM	P.REFC	FX.CADERA IZQ.	HHU	SI	SI	SI	08:40	12:30	03:50	2	12:26	13:05	00:39	1	03:46
22	17-Feb	1E+05	15 RX	1	260	II	SI	TRAUM	P.REFC	FX.HUMERO DISTAL	INSN	SI	SI	SI	12:55	16:00	03:05	2	16:20	16:45	00:25	2	00:20
23	8-Feb	430	35	1	201	I	SI	G.O.	P.G.O.	QUISTE A.PEDIC TORCI	HHU	SI	SI	SI	10:23	13:13	02:50	2	14:35	14:55	00:20	1	01:22
24	10-Feb	2E+05		3	212	I	SI	G.O.	P.G.O.	PPE ECLM. SEV.	HHU	SI	SI	SI	01:29	02:00	00:31	2	02:08	02:30	00:22	1	00:38
25	19-Feb	24790	15 RX	1	266	I	SI	TRAUM	P.REFC	FX. RADIO CUBITO DIST	HHU	SI	SI	SI	09:27	12:50	03:23	2	13:20	14:00	00:40	1	00:30
26	14-Feb	10351		3	174	II	SI	CIR.	P.REFC	HERNIA INGUINOCRUR.	HHU	SI	SI	NO	18:00	19:00	01:00	2	19:40	21:52	02:12	1	00:40
27	15-Feb	2E+05		3	256	I	SI	CIR.	P.REFC	HEMORRAG DIG BAJA	HHU	SI	SI	SI	18:30	18:40	00:10	1	18:50	19:15	00:25	1	00:10
28	16-Feb	42950	55	2	238	I	SI	G.O.	P.REFC	ABORT INCOMPLETO	HHU	SI	SI	SI	12:48	16:00	03:12	2	23:10	23:38	00:28	1	07:10
29	10-Feb	2E+05		3	206	II	SI	MED. IN	P.REFC	HEMORRAG DIG BAJA	HHU	SI	SI	SI	09:36	10:56	01:20	2	11:13	12:38	01:27	1	01:13
30	21-Feb	51646		3	252	I	SI	CIR.	P.REFC	TUMOR CEREBRAL	HHU	SI	SI	NO	20:30	20:50	00:20	2	21:05	21:40	00:35	2	00:15
31	23-Feb	2E+05		3	272	I	SI	CIR.	P. CIRG	QUEMADURA II GRADO	HHU	SI	SI	SI	13:48	14:30	00:42	2	14:47	15:48	01:01	2	00:17
32	28-Feb	94889	51	2	294	I	SI	CIR.	P.REFC	APEND. AGUDA	HHU	SI	SI	SI	11:30	14:30	03:00	2	15:15	15:40	00:25	1	00:45
33	2-Mar	96635	45	2	312	I	SI	CIR.	P.REFC	APEND. AGUDA	HHU	SI	SI	SI	11:43	13:05	01:22	2	13:15	13:40	00:25	1	00:10
34	5-Mar	2E+05	61	2	321	I	SI	CIR.	P. CIRG	ABDOMEN AGUDO	H VITAR	SI	SI	NO	12:29	12:46	00:17	2	14:25	14:50	00:25	1	01:39
35	4-Mar	2E+05		3	348	I	SI	CIR.	P. CIRG	QUEMADURA TRONCO	HHU	SI	SI	SI	21:15	23:20	02:05	2	23:25	23:55	00:30	2	00:05
36	7-Mar	2E+05		3	325	II	SI	G.O.	P.REFC	ISOINMUN RH	HHU	SI	SI	SI	11:35	12:30	00:55	2	13:54	14:30	00:36	1	01:24
37	8-Mar	2E+05		3	328	I	SI	MED. IN	P.REFC	HEMORRA DIG ALTA	HHU	SI	SI	SI	10:42	14:53	04:11	2	14:54	15:30	00:36	1	00:01
38	15-Mar	2E+05		3	350	I	SI	CIR.	P.REFC	COLEDOCOLITIASIS	HHU	SI	SI	NO	07:30	07:50	00:20	2	12:30	13:00	00:30	2	04:40
39	17-Mar	2E+05	15 RX	1	367	I	SI	CIR.	P.REFC	FX. MESETA TIBIAL	HHU	SI	SI	SI	21:00	22:00	01:00	2	06:45	07:00	00:15	2	08:45
40	17-Mar	2E+05	40 TOMG	1	369	II	SI	TRAUM	P.REFC	FX. CRANEO	HHU	SI	SI	SI	16:20	16:50	00:30	2	17:52	18:14	00:22	1	01:02
41	18-Mar	78896	79	2	368	I	SI	CIR.	P.REFC	APEND. AGUD.	HHU	SI	SI	SI	16:00	16:30	00:30	2	17:01	17:40	00:39	1	00:31
42	19-Mar	40804		3	377	I	SI	MED. IN	P.REFC	SHOCK HIPOVOLEM	HHU	SI	SI	NO	20:50	21:00	00:10	1	21:10	21:45	00:35	2	00:10
43	23-Mar	72596		3	388	II	SI	MED. IN	P.REFC	HEMOPHTISIS-MDR	HHU	SI	SI	SI	11:14	16:45	05:31	2	16:50	17:15	00:25	2	00:05
44	19-Mar	2E+05	54	2	357	I	SI	CIR.	P.REFC	APENDICITIS AGUDA	HHU	SI	SI	NO	16:50	17:10	00:20	2	22:24	22:47	00:23	1	05:14
45	27-Mar	14553		3	404	I	SI	MED. IN	P.REFC	FALLA CARDIACA CRC	HHU	SI	SI	NO	08:18	09:56	01:38	2	22:35	23:05	00:30	1	12:39
46	25-Mar	1E+05		3	399	I	SI	CIR.	P.REFC	NEUMOPERITONEO	HHU	SI	SI	SI	10:10	10:50	00:40	2	12:16	12:40	00:24	2	01:26
47	22-Mar	1E+05	50	2	387	I	SI	CIR.	P.REFC	APENDICITIS AGUDA	HHU	SI	SI	SI	12:16	14:35	02:19	2	14:50	15:20	00:30	1	00:15
48	28-Mar	24439	15 RX	1	407	II	SI	TRAUM	P.REFC	FX.HUME EXPUESTA	HHU	SI	SI	SI	09:00	12:10	03:10	2	12:20	12:45	00:25	1	00:10
49	1-Abr	10254	40 TOMG	1	253	I	SI	MED. IN	P.REFC	ACV HEMORRIG	HHU	SI	SI	SI	17:00	17:10	00:10	1	17:20	17:50	00:30	1	00:10
50	5-Abr	2E+05		3	442	I	SI	G.O.	P.REFC	HIPERTENSION INDUCI	HHU	SI	SI	NO	09:10	14:00	04:50	2	14:11	14:44	00:33	1	00:11
51	3-Abr	46802	43	2	469	II	SI	CIR.	P.REFC	APENDICITIS AGUDA	HHU	SI	SI	SI	20:50	23:00	02:10	2	00:05	00:27	00:22	2	01:05
52	10-Abr	95750	15 RX	1	471	I	SI	CIR.	P.REFC	POLICONTUSO - TEC	HHU	SI	SI	SI	06:10	06:25	00:15	1	06:28	07:00	00:32	1	00:03
53	9-Abr	2E+05		3	467	II	SI	PED.	P.REFC	LITIASIS RENAL	HHU	SI	SI	SI	11:00	11:50	00:50	2	16:00	16:40	00:40	1	04:10
54	11-Abr	54663	40	1	484	II	SI	CIR.	P.REFC	APENDICITIS AGUDA	HHU	SI	SI	SI	20:30	23:05	02:35	2	01:06	01:37	00:31	1	02:11
55	12-Abr	35890	15 RX	1	486	II	SI	TRAUM	P.REFC	FX TIBIA - PERONE	HHU	SI	SI	SI	10:00	23:30	13:30	2	23:50	00:30	00:40	1	00:20
56	12-Abr	2E+05		3	488	II	SI	G.O.	P.REFC	HEMORRAGIA UTERINA	HHU	SI	SI	SI	11:51	15:30	03:39	2	16:42	17:37	00:55	2	01:12
57	18-Abr	1E+05	15 RX	1	495	II	SI	CIR.	P.REFC	FX CADERA DERECHA	HHU	SI	SI	SI	08:13	10:55	02:42	2	11:04	11:35	00:31	1	00:09
58	19-Abr	2E+05		3	504	II	SI	G.O.	P.REFC	GESTANTE 33SS RPM	HHU	SI	SI	SI	11:30	11:50	00:20	2	12:22	13:02	00:40	1	00:32
59	23-Abr	2E+05	40 TOMG	1	536	I	SI	CIR.	P.REFC	TEC - FX CRANEO	HHU	SI	SI	SI	21:30	07:40	10:10	2	09:30	10:12	00:42	1	01:50
60	28-Abr	2E+05	35	2	525	I	SI	MED. IN	P.REFC	IRA TIPO I - NEUMONIA	HHU	SI	SI	SI	23:59	00:10	00:11	1	00:20	00:45	00:25	2	00:10

28-May	128573		3	649	II	SI	TRAUM.	P.REFCON		HHU	SI	SI	SI	SI	19:00	19:48	00:48	2	21:25	21:50	00:25	1	01:57
30-May	138511	45	2	667	II	SI	CIR.	P.REFCON	COLECISTITIS CRÓNICA	HHU	SI	SI	SI	SI	20:00	20:30	00:30	2	21:52	22:15	00:23	1	01:22
21-May	188492		3	660	II	SI	CIR.	P.REFCON	FX ORBITARIA IZQUIERDA	HHU	SI	SI	SI	SI	08:59	10:20	01:21	2	10:43	11:10	00:27	1	00:23
8-May	181453	40	1	570	II	SI	CIR.	P.REFCON	ABDOMEN AGUDO	HHU	SI	NO	SI	SI	10:35	23:00	12:25	2	23:37	00:10	00:33	1	00:37
9-May	88341	52	2	568	II	SI	CIR.	P.REFCON	APENDICITIS AGUDA	HHU	SI	SI	SI	SI	10:00	11:20	01:20	2	12:25	13:14	00:49	1	01:05
11-May	67415		3	584	II	SI	CIR.	P.REFCON	OBSTRUCCIÓN INTESTINAL	HHU	SI	SI	SI	SI	19:16	19:40	00:24	2	20:07	20:40	00:33	2	00:27
13-May	168208	15 RX	1	591	II	SI	CIR.	P.REFCON	CUERPO EXTRAÑO EN LAR	HHU	SI	SI	SI	SI	12:33	16:00	03:27	2	16:48	17:15	00:27	1	00:48
16-May	181428	48	2	608	II	SI	CIR.	P.REFCON	APENDICITIS AGUDA	HHU	SI	SI	SI	SI	13:30	15:05	01:35	2	15:34	16:00	00:26	1	00:29
1-Jun	138662	15 RX	1	674	I	SI	TRAUM.	P.REFCON	FX TIBIA PERONE	HHU	SI	SI	SI	NO	18:18	20:30	02:12	2	21:45	22:10	00:25	2	01:15
1-Jun	188069	15X	1	677	II	SI	TRAUM.	P.REFCON	FX CUBITO DISTAL	HHU	SI	SI	SI	SI	18:30	20:00	01:30	2	21:45	22:10	00:25	1	01:45
4-Jun	123736		3	670	II	SI	G.O.	P.REFCON	ATONIA UTERINA	HHU	SI	SI	SI	SI	23:00	23:10	00:10	1	23:11	23:45	00:34	1	00:01
6-Jun	145331	15 RX	1	689	II	SI	TRAUM.	P.REFCON	FX TIBIA DERECHA	HHU	SI	SI	SI	SI	08:20	10:27	02:07	2	11:40	12:10	00:30	1	01:13
11-Jun	157919		3	707	II	SI	G.O.	P.REFCON	GESTANTE - ANEMIA	HHU	SI	SI	SI	SI	12:12	13:02	00:50	2	14:10	14:38	00:28	2	01:08
11-Jun	188915		3	710	I		CIR.	P.REFCON	QUEMADURA II GRADO CU	HHU	SI	SI	SI	SI	17:30	18:45	01:15	2	18:51	19:30	00:39	1	00:06
5-Jun	50272		3	692	I	SI	MED. INT	P.REFCON	IMA	HHU	SI	SI	SI	SI	02:30	02:33	00:03	1	02:46	03:05	00:19	2	00:13
6-Jun	163383		3	697	II	SI	TRAUM.	P.REFCON	FX HUMERO DISTAL	HHU	SI	SI	SI	SI	09:30	10:00	00:30	2	11:40	12:11	00:31	1	01:40
12-Jun	188955	54	2	720	I		G.O.	P.REFCON	SOCK SEPTICO	HHU	SI	SI	SI	SI	20:00	20:10	00:10	1	20:15	20:49	00:34	1	00:05
14-Jun	59213		3	722	II	SI	G.O.	P.REFCON	MULTIGEST 34SS - EMBAR	HHU	SI	SI	SI	SI	08:23	09:30	01:07	2	10:50	11:18	00:28	1	01:20
14-Jun	130821	58	2	723	II	SI	CIR.	P.REFCON	APENDICITIS AGUDA	HHU	SI	SI	SI	SI	13:36	13:48	00:12	1	14:52	15:28	00:36	1	01:04
11-Jun	133281	46	2	706	II	SI	PED.	P.REFCON	APENDICITIS COMPLICAD	HHU	SI	SI	SI	SI	03:00	04:00	01:00	2	05:00	05:25	00:25	1	01:00
21-Jun	28196	48	2	705	II	SI	CIR.	P.REFCON	ABDOMEN AGUDO	HHU	SI	SI	SI	SI	06:50	07:40	00:50	2	07:53	08:32	00:39	1	00:13
16-Jun	177899		3	733	I	SI	PED.	P.REFCON	INTOXIC COCAINA	HHU	SI	SI	SI	SI	20:00	21:30	01:30	2	23:15	23:50	00:35	1	01:45
21-Jun	44364	60	2	709	II	SI	CIR.	P.REFCON	APENDICITIS AGUDA	HHU	SI	SI	SI	SI	09:30	09:50	00:20	2	11:17	11:48	00:31	2	01:27
22-Jun	189319		3	708	II	SI	TRAUM.	P.REFCON	FX RADIO Y CUBITO DERECH	HHU	SI	SI	SI	SI	11:13	14:53	03:40	2	15:50	16:30	00:40	1	00:57

Anexo 3: Hoja de registros de la variable tiempo de espera

HOJA DE REGISTRO DE LA VARIABLE TIEMPO DE ESPERA

DEL TRASLADO DEL PACIENTE PRIORIDAD I, II - DEL HOSPITAL DE HUAYCAN – 2019.

	Indicadores	Escala	Niveles
DIMENSION ESTRUCTURA	Asistencia diaria de personal del área de referencia.	1. SI (1)	Satisfactorio
		2. NO (0)	Insatisfactorio
	Operatividad de medios de transporte (ambulancia)	1. SI (1)	Satisfactorio
		2. NO (0)	Insatisfactorio
	Operatividad de medios de comunicación (internet, celular)	1. SI (1)	Satisfactorio
		2. NO (0)	Insatisfactorio
Operatividad de formatos de registro (hoja de referencia)	1. SI (1)	Satisfactorio	
	2. NO (0)	Insatisfactorio	
DIMENSION PROCESOS	Tiempo que demora en coordinar de la referencia.	1. < 15 minutos	Satisfactorio
		2. > 15 minutos	Insatisfactorio
	Tiempo que demora en salir la ambulancia	1. < 15 minutos	Satisfactorio
		2. > 15 minutos	Insatisfactorio
	Tiempo que demora la entrega de resultados de apoyo al diagnóstico.	1. < 40 minutos	Satisfactorio
		2. > 40 minutos	Insatisfactorio
DIMENSION RESULTADOS	Tiempo que demora en llegar al establecimiento de destino	1. < 35 minutos	Satisfactorio
		2. > 35 minutos	Insatisfactorio
	Condición en que llega el paciente al establecimiento de destino.	1.	Estable
		2.	Mal estado
		3.	Fallecido

Br. Gloria Z. Valladolid Rivas

Anexo 4: Entrevista de evaluación

Entrevista de evaluación del proceso de referencia de emergencia

Estimado usuario (a) estamos interesados en conocer el proceso de referencia de emergencia por lo que se le solicita su colaboración con la aplicación de la entrevista la cual la responderá de manera anónima y confidencial y los resultados serán de mucho beneficio para mejorar la atención en los procesos de referencia de emergencia.

Instrucciones: A continuación, lea las preguntas y responda.

1. ¿Conoce usted la norma técnica de referencia y contra referencia del ministerio de salud?
2. Considera usted importante llenar todos los ítems de la hoja de referencia y contra referencia exponga.
3. ¿Comente usted respecto a la coordinación de la referencia realizada por el profesional asistencial del área de referencia, exponga?
4. ¿Comente usted respecto a la demora de la salida del paciente referido por emergencia y exponga?
5. ¿Comente usted respecto a los conductores de la ambulancia, exponga?

Anexo 5: Resolución ministerial N°953-MINSA

MINISTERIO DE SALUD

No. 953-2006/MINSA



Resolución Ministerial

Lima, 10 de OCTUBRE del 2006

VISTO: El Oficio N° 1476-2006-DG-OGDN/MINSA de la Oficina General de Defensa Nacional del Ministerio de Salud;

CONSIDERANDO:

Que, el Artículo 37° de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, dispone que los establecimientos de salud y los servicios médicos de apoyo, cualquiera sea su naturaleza o su modalidad de gestión, deben cumplir los requisitos que disponen los reglamentos y normas técnicas que dicta la Autoridad de Salud de Nivel Nacional, en relación a planta física, equipamiento, personal asistencial, sistemas de saneamiento y control de riesgos relacionados con los agentes ambientales físicos, químicos, biológicos y ergonómicos y demás que proceden atendiendo a la naturaleza y complejidad de los mismos;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 343-2005/MINSA del 06 de mayo de 2005 se aprobó el Reglamento de Transporte Asistido de Pacientes por Vía Terrestre;



D. Fernández

Que, el mejoramiento de la atención que se proporcione durante el proceso de transporte asistido, redundará de manera directa en la calidad de vida de los pacientes, por lo que es de suma importancia mejorar la norma y las características, clasificaciones, condiciones y requisitos técnicos de las unidades de transporte, así como del personal especializado que labora en las mismas;



A. MOCOL G.

Que, en consecuencia resulta necesario dictar la norma técnica de salud para el transporte asistido de pacientes por vía terrestre;

Estando a lo informado por la Oficina General de Defensa Nacional;

Con las visaciones de la Oficina General de Asesoría Jurídica y del Viceministro de Salud;

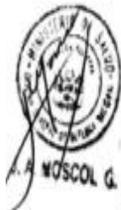


De conformidad con lo previsto en el literal l) del Artículo 8º de la Ley N° 27657 – Ley del Ministerio de Salud;

SE RESUELVE:

Artículo 1º.- Aprobar la NTS N° 051 -MINSA/OGDN – V.01, "Norma Técnica de Salud para el Transporte Asistido de Pacientes por Vía Terrestre", la misma que forma parte de la presente resolución.

Artículo 2º.- Derogar la Resolución Ministerial N° 343-2005/MINSA que aprobó el "Reglamento de Transporte Asistido de Pacientes por Vía Terrestre".


A. MOSCOL G.

Artículo 3º.- La Oficina General de Defensa Nacional, las Direcciones Regionales de Salud, y las Direcciones de Salud de Lima y Callao, son responsables de la supervisión del cumplimiento de la presente Norma Técnica de Salud.

Artículo 4º.- Encargar a la Oficina General de Comunicaciones la publicación de la referida Norma Técnica de Salud en el Portal de Internet del Ministerio de Salud.

Regístrese, comuníquese y publíquese.


D. Fernández E.

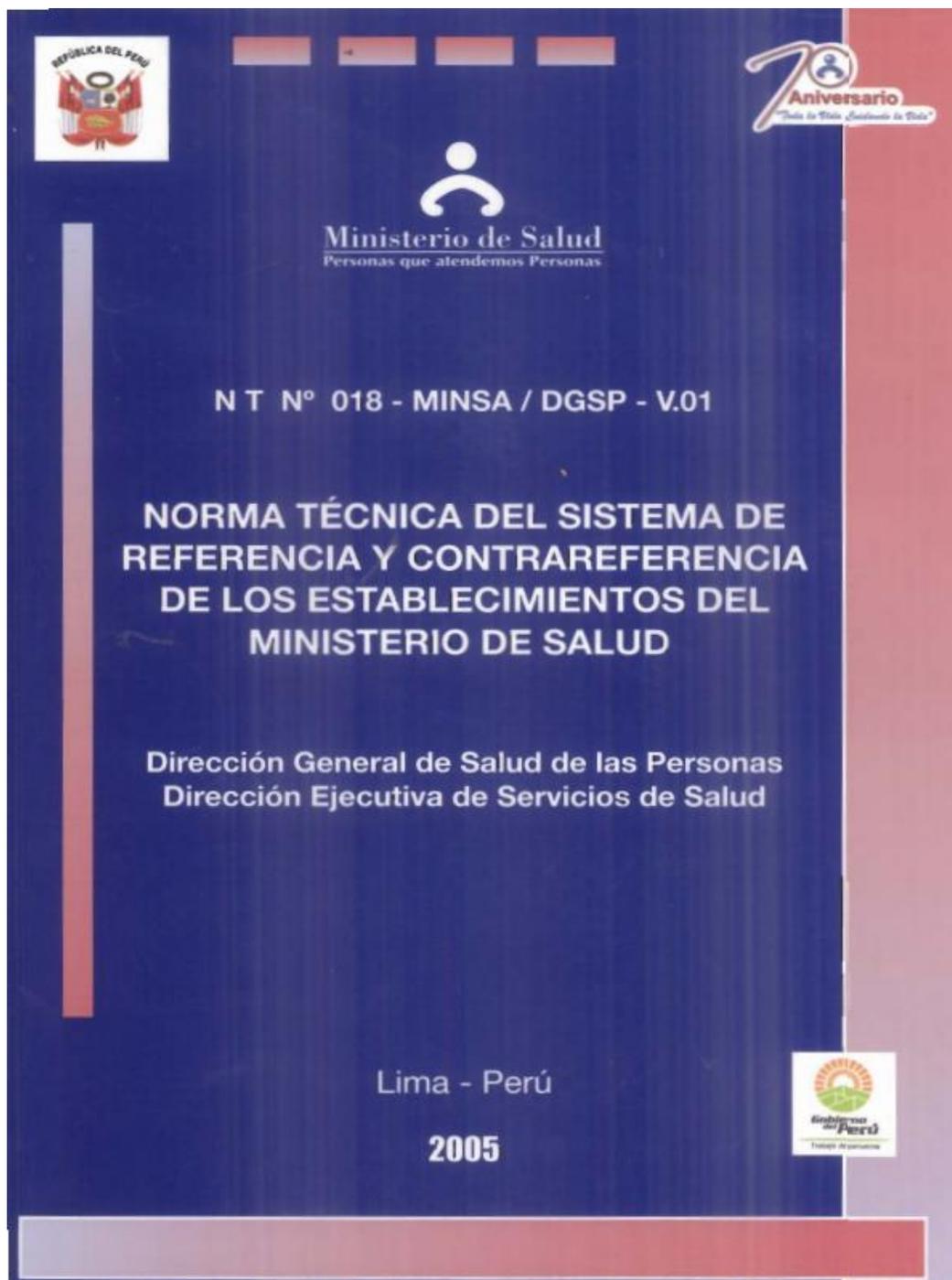


CARLOS VALLEJOS SOLOGUREN
Ministro de Salud


V. Rojas M.


Magly García B.

Anexo 6: Norma técnica N° 018-MINSA



NORMA TÉCNICA DE SALUD DE LOS SERVICIOS DE EMERGENCIA

NT N° 042-MINSA / DGSP-V.01

**Dirección General de Salud de las Personas
Dirección de Servicios de Salud**

Anexo 8: Artículo científico

ARTICULO CIENTIFICO

Evaluación del tiempo de espera en pacientes referidos por el servicio de emergencia prioridad I, II - Hospital de Huaycán. - 2019.

Autor: Gloria Zoraida Valladolid Rivas
Hospital Huaycán

gloriazora@hotmail.com

Resumen

El objetivo del estudio fue determinar el tiempo de espera en pacientes referidos por el servicio de emergencia prioridad I, II - Hospital de Huaycán. – 2019., por lo cual se trabajó con 3 dimensiones: 1) dimensión estructura, 2) dimensión proceso, 3) dimensión resultados. La investigación fue con enfoque mixto, tipo básico, diseño no experimental transversal descriptivo, tamaño de la muestra 96 registros de archivo de referencia del servicio de emergencia prioridad I, II, primer semestre 2019.

Técnicas de recolección utilizadas: entrevista, análisis documental, instrumentos guía semi estructurada matriz de registro de datos. Los resultados en estructura satisfactorio 99%, insatisfactorio 1%, proceso satisfactorio 22% insatisfactorio 78% en resultados satisfactorio 78%, insatisfactorio 22%. Concluyendo el mayor tiempo de demora es en coordinación de referencia y salida de ambulancia. Recomendaciones: socializar Norma Técnica de referencia y Contra referencia, coordinación con establecimientos de salud, capacitación, compra de ambulancia y solicitar recurso humano.

Palabras claves: Tiempo de espera, referencia y Contra referencia

Abstract

The objective of the study was to determine the waiting time in patients referred by the emergency service priority i-ii Hospital de Huaycán 2019, for which they worked with 3 dimensions: 1) structure dimension, 2) process dimension, 3) results dimension. The research was with a mixed approach, basic type, descriptive non-experimental design, sample size 96 reference file records of emergency service priority i, ii. first semester 2019.

Collection techniques used: interview, documentary analysis, semi-structured guide instruments for data recording. The results in satisfactory structure 99%, unsatisfactory 1%, satisfactory process 22% unsatisfactory 78% in satisfactory

results 78%, unsatisfactory 22%. Concluding the longest delay is in coordination of reference and ambulance departure. Recommendations: socialize Technical Reference Standard and Counter Reference, coordination with health facilities, training, ambulance purchase and request human resources.

Keywords: Waiting time, reference and Counter reference

Introducción

A Nivel internacional existe una crisis en los sistemas de salud lo que afecta directamente la calidad y el acceso a la asistencia sanitaria en los servicios de emergencia, estas situaciones constantes ha sido motivo de reclamos por parte del público usuario que demanda un mejor trato a las personas, y de protesta por parte del personal de salud que reclama mejores condiciones de trabajo, existen múltiples causas que condicionan hacinamiento en los servicios de emergencia y esto trae como consecuencia reacciones adversas dentro de ellas demora en el transporte de los pacientes referidos por este servicio de emergencia. En la mayoría de los países existe un sistema de referencia y contra referencia y lo definen como el método de coordinación entre los establecimientos de los diferentes niveles de atención médica para proveer el envío y recibimiento de pacientes con el objetivo de brindar los cuidados médicos adecuados, integrales y de calidad. (Fernández, 2016), también la norma técnica del sistema de referencia y contra referencia de los establecimientos del ministerio de salud menciona que 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 con la debida oportunidad eficacia y eficiencia transfiriéndolo de la comunidad o establecimiento de salud de menor capacidad resolutive a otro de mayor capacidad resolutive. (N.T.018-2005 MINS) En todas las instituciones de salud son muy importantes la presencia de diagramas de actividades, guías de atención medica de traslado de pacientes donde este establecido, de la vigilancia especial que se debe tener en los traslados de los pacientes lo cual permitirá que la llegada de este paciente referido al establecimiento de destino sea en condiciones ideales, óptimas y así dar continuidad al tratamiento que requiere. (Romey, 2015).

Todos los establecimientos de salud deben contar con un plan de trabajo en el área de referencia y contra referencia para optimizar la oferta sanitaria en este nivel, ya que con un plan podremos analizar la organización, la estructura y los procesos que se dan en esta área y buscar estrategias o replantear mejoras para lograr los objetivos planteados y todo esto para dar una continuidad en la atención del usuario referido y contra referido. (Llave, Rodríguez. 2015). Sin embargo en nuestro país esto se cumple parcialmente ya que en todos los establecimientos de salud no está operativo este sistema o si lo está tiene un débil funcionamiento condicionando a que el paciente referido por cualquier unidad prestadora de salud reciba un maltrato, en el caso de las referencias de emergencia de prioridad I,II que requieren atención inmediata muchas veces no se cumple porque en los establecimientos de destino el servicio de trauma shock no cuenta con camas disponibles, no tienen disponibilidad de ventiladores mecánicos, , no hay cupo para sala de operaciones, no hay camas disponibles en hospitalización, etc originando todas estas situaciones demora en la atención del paciente que requiere una atención inmediata. Siendo el sistema de referencia y contra referencia el sostén principal de los sistemas básicos de salud, que dirige al progreso ininterrumpido de la atención médica global para todos los pacientes al destinar preferencia a quienes la necesitan debería en lo posible estar implementado en lo que hace mención la norma técnica de los servicios de salud como son la infraestructura equipos biomédicos operativos y disponibles , recurso humano, medios de comunicación, medios de transporte, medios de registro e información, para poder brindar una atención óptima y de calidad en los pacientes referidos. (Farahat, 2015).

En la presente investigación se planteó evaluar el tiempo de espera en pacientes referidos del servicio de emergencia prioridad I, II - Hospital de Huaycán. - 2019., porque se identificaron dificultades en las referencias efectuadas por este servicio y siendo las causas posibles demoras en : el llenado correcto de la hoja de referencia por el profesional que refiere , en iniciar la coordinación de la referencia, en la entrega de resultados de apoyo al diagnóstico, en acudir al llamado de referencia de emergencia de los profesionales que acompañaran al traslado del

paciente, los familiares por trámites de alta, no hay familiar, no tienen donde dejar sus vehículos, sus hijos etc. Por lo tanto, las consecuencias que se estarían generando serían: demora prolongada en el traslado del paciente referido lo que puede ocasionar complicaciones o secuelas en el paciente referido, que el paciente fallezca, mala imagen para la institución, gastos innecesarios, problemas legales. Se formula el objetivo general de la investigación, determinar el tiempo de espera en pacientes referidos por el servicio de emergencia prioridad I, II - Hospital de Huaycán. - 2019. Se plantea optimizar estos tiempos de demora a través de la elaboración de una directiva asistencial de transporte asistido de pacientes del servicio de emergencia del Hospital Huaycán.

Diseño de estudio.

Esta investigación se sustentó en un enfoque mixto, es decir un análisis ordenado de los métodos cualitativo - cuantitativo en una sola indagación con el propósito de obtener un retrato más completo, amplio del fenómeno. El tipo de investigación básica llevo a la indagación de novicios entendimientos y mantuvo como intención recolectar información existente para enmendar amplificar o sostener mejor la teoría existente y así engrandecer el conocimiento científico. El diseño o plan de la investigación fue no experimental, no se manipulo variables, de corte transversal, se recolectaron datos en un solo momento en un tiempo único, registros de las referencias de emergencia realizadas en el I semestre del 2019, descriptiva respondió a la duda de como es, como se presenta, cuáles son las características, cualidades del atributo de la muestra observada.

Muestreo.

No probabilístico

Sujetos.

96 registros de: software de referencia, expedientes de traslado en ambulancia de los pacientes referidos, libro de registro de referencias de emergencia, 10 profesionales médicos y no médicos a los que se les aplico la entrevista.

Instrumentos.

Análisis documental con el instrumento matriz de datos de registro de la variable tiempo de espera.

Una entrevista con el instrumento una guía semi estructurada

Resultados

Dimensiones: Estructura, Proceso y Resultado

Tabla 15

Porcentajes de nivel satisfactorio e insatisfactorio de la Dimensión Estructura,

Indicadores	Satisfactorio		Insatisfactorio		Total	
	Frecuencia	porcentaje	Frecuencia	porcentaje	Frecuencia	porcentaje
Estructura	95	99 %	1	1 %	96	100 %
Proceso	21	22 %	75	78 %	96	100 %
Resultados	75	78 %	21	22 %	96	100 %

Fuente: Hoja de registro de la variable tiempo de espera

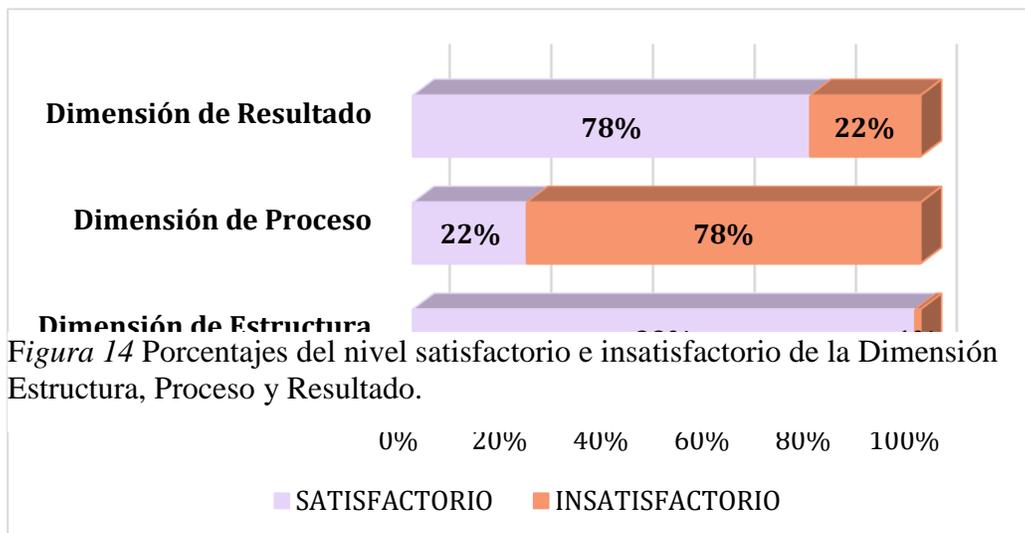


Figura 14 Porcentajes del nivel satisfactorio e insatisfactorio de la Dimensión Estructura, Proceso y Resultado.

En la tabla 13 y figura 13, de las 96 hojas de registro en relación a la dimensión estructura es satisfactorio 99%, es insatisfactorio 1%, en la dimensión proceso es satisfactorio 22% y es insatisfactorio 78% y en lo relacionado a la dimensión resultados es satisfactorio 78%, y es insatisfactorio 22%

Discusión

Esta investigación propuso y evaluó el tiempo de espera en pacientes referidos por el servicio de emergencia prioridad I, II - Hospital de Huaycán. - 2019., tomando como base la norma técnica del sistema de referencia y contra referencia de los establecimientos del ministerio de salud de salud que tiene como propósito garantizar la continuidad de la atención de los usuarios referidos en los servicios de salud, a través de un sistema de referencia y contra referencia efectivo y eficiente, mejorando el estado de salud de la población para lo cual se deben enlazar diversos procedimientos tanto administrativos como asistenciales como son: la organización, capacidad resolutive, coordinación permanente con los otros establecimientos referenciales. Esta definición coincide con (Fernández, 2016), quien menciona que en la mayoría de los países se define al sistema de referencia y contra referencia como el método de coordinación entre los establecimientos de los diferentes niveles de atención médica para proveer el envío y recibimiento de pacientes con el objetivo de brindar los cuidados médicos adecuados, integrales y de calidad. (Waibel, 2016), mencionan que la atención integral está considerada como algo primordial en los establecimientos de salud, generando continuidad de la atención del paciente referido que muchas veces por falta de capacidad resolutive es trasladado a un establecimiento de mayor complejidad, con el propósito de

solucionar sus dificultades de salud, haciendo posible su restitución al lugar de origen una vez resuelto su dificultad de salud. Los tres autores nombran al sistema de referencia y contra referencia desde su propósito principal, garantizar la continuidad de la atención de los usuarios referidos brindando atención de calidad, mejorando el estado de salud de la población a través de un sistema de referencia y Contrareferencia implementado. Los resultados obtenidos de la dimensión estructura tiene un porcentaje satisfactorio de 99%, aquí está incluido la asistencia diaria del personal del área de referencia, la operatividad de: medios de transporte, medios de comunicación, medios de registro, estos elementos son importantes e imprescindibles en el sistema de referencia y Contra referencia y la inoperatividad de alguno de ellos repercute en la demora de la salida del paciente referido, en lo referente a medios de comunicación existe coincidencia con lo mencionado por (Aybar, 2017), quien refiere que el traslado de un paciente crítico de prioridad I, II debe ser realizado en una unidad móvil médica para garantizar brindar la atención oportuna que requiere este paciente. (Álvarez, 2016) menciona el personal que labora en las unidades móviles debe ser capacitado, evaluado y monitorizado, tener un compromiso de trabajo en equipo para acudir inmediatamente al llamado de una emergencia de paciente crítico. Si bien es cierto el equipamiento con medios de transporte dependerá del nivel de los establecimientos de salud, lo óptimo, lo adecuado para realizar el traslado de un paciente sobre todo crítico es una ambulancia ya que este medio de transporte se encuentra implementado con todo lo necesario para realizar el traslado del paciente.

Mencionan Yáñez (2016), Vargas (2018), el formato de referencia y contra referencia es un medio de comunicación entre los profesionales que brindan atención de salud a un paciente en cualquier nivel del establecimiento, el registro adecuado en este formato ayuda a evitar errores médicos, volver a repetir pruebas de apoyo al diagnóstico, demoras en el diagnóstico. El registro inadecuado de los ítems del formato de referencia ocasiona demora en la atención del paciente referido, y esto no debe ser causal para retrasar el traslado de un paciente referido crítico a otro establecimiento de salud. En la mayoría de los establecimientos de salud persiste el inadecuado registro de este medio de comunicación el formato de referencia y contra referencia, se debería tomar conciencia en la importancia adecuada de este registro ya que muchas veces por una comunicación inadecuada perjudica el estado de salud del paciente referido.

En la dimensión proceso los resultados obtenidos son el 78% insatisfactorio considerando aquí a que se demoran en la coordinación de la referencia y en la salida de la ambulancia, existe coincidencia con lo mencionado por (Mendoza, 2017) toda acción que se realiza en los diferentes servicios o áreas constituye un proceso, el proceso de atención en salud evalúa las acciones del binomio paciente – médico. La relación médico paciente es ante todo un hallazgo, un vínculo, en el que ambas partes debaten a la vez para tomar las resoluciones más correctas, siempre en el marco de los derechos fundamentales de la persona humana. El profesional de salud que participa en el traslado del paciente referido debe estar pendiente de su estabilización antes del traslado, verificar permeabilidad de vías aéreas y endovenosas, garantizar una vía aérea permeable y/o la instalación de un

tubo endotraqueal, así mismo en el paciente crítico se debe asegurar una monitorización permanente junto a un desfibrilador accesible en todo momento, sumado a los cuidados para evitar probabilidades de cualquier evento adverso.

Aun se observa en los servicios de salud mucho déficit en la interrelación paciente profesional de salud ya que el profesional de salud con frecuencia solo se comunica con el paciente para dar instrucciones, indicaciones. (Yáñez, 2016)

La implementación de un sistema de referencia y contra referencia debe estar regido por normas, equipado por los elementos de soporte correspondientes para el buen funcionamiento de este sistema, pero hay mencionar que el recurso humano es el factor clave en la competencia de una organización y en el fortalecimiento de una ventaja competitiva, por lo tanto el futuro de una institución depende de lograr un capital humano idóneo y comprometido en el desarrollo o logro de los objetivos de la institución por lo cual es necesario que el personal seleccionado en una institución cumpla con su ocupación profesional correspondiente, que tenga buena conducta, ética, responsabilidad pro actividad, trabajo en equipo, ya que una mala selección de personal son factores influyente que no permiten brindar atención de calidad. (Montoya, 2016).

En el hospital Huaycán el proceso referencia de emergencia está establecido en los flujos de referencia y contra referencia de emergencia, los que tienen débil aplicación ya sea por los frecuentes cambios en los profesionales médicos que atienden la emergencia, internos de medicina, por la actitud negativa de algunos profesionales. Para dar inicio a la coordinación de una referencia de emergencia se requiere de la hoja de registro o formato de referencia y la participación de los

elementos de estructura inmersos en este proceso como son: recurso humano, medios de comunicación y este proceso termina cuando el paciente llega al establecimiento de destino siendo trasladado en ambulancia. La inoperatividad de algunos de estos elementos de soporte de referencia, condiciona la demora en el traslado de los pacientes referidos por el servicio de emergencia, cuando se hace mención de la inoperatividad del recurso humano no solo se refiere a la falta o inasistencia de este personal a la institución, también se refiere que el recurso humano no permanece en el servicio que le corresponde, actitud negativa, falta de valores, ética, irresponsabilidad de no cumplir con lo establecido en las normas, no asistir a las capacitaciones, con los procesos de atención de salud, originando demora en la atención del paciente referido, hay una coincidencia con lo mencionado por (Montoya.,2016), quienes dicen que la implementación de un sistema de referencia y contra referencia debe estar regido por normas, equipado por los elementos de soporte correspondientes para el buen funcionamiento de este sistema, pero hay mencionar que el recurso humano es el factor clave en la competencia de una organización y en el fortalecimiento de una ventaja competitiva, por lo tanto el futuro de una institución depende de lograr un capital humano idóneo y comprometido en el desarrollo o logro de los objetivos de la institución por lo cual es necesario que el personal seleccionado en una institución cumpla con su ocupación profesional correspondiente, que tenga buena conducta, ética, responsabilidad pro actividad, trabajo en equipo, ya que una mala selección de personal son factores influyente que no permiten brindar atención de calidad. La falta de inasistencia a las capacitaciones por el personal de salud que labora en los

procesos de referencia y contra referencia condiciona a que no se desarrolle un proceso de referencia de emergencia oportuno, eficiente , esto coincide con (Peñaherrera,2015) quien menciona que es muy importante realizar capacitaciones tanto a los usuarios internos como a los externos en los temas relacionados al uso adecuado de los sistemas de referencia y contra referencia ya que al estar bien informados y capacitados por parte del usuario interno permitiría adecuar una implementación del sistema de referencia y contra referencia de acuerdo a su capacidad resolutive del establecimiento de salud ya sea en la adecuación de infraestructura, recursos humanos, equipos tecnológicos etc, y en lo relacionado al usuario externos permanecería bien informado de los procesos de referencia y contra referencia que se dan en los servicios de consulta externa, apoyo al diagnóstico, emergencia y los usaría adecuadamente y así obtendría una adecuada calidad del servicio de este sistema.

Los resultados obtenidos en la dimensión resultados 78% son satisfactorios evaluando el tiempo de traslado del paciente referido desde el establecimiento de origen hasta el establecimiento de destino. La dimensión resultado: se refiere a disponer de los logros conseguidos durante todo el proceso de atención del estado actual y futuro de la salud del paciente. (Humet 2001)

El tiempo estándar utilizado desde el Hospital Huaycán hasta el Hospital Hipólito Unanue es de 25 a 30 minutos, el resultado satisfactorio se consideró por haber alcanzado un tiempo menor o igual de 35 minutos. Esto tiene coincidencia con (Romey,2015) manifestaron que: en todas las instituciones de salud son muy importantes la presencia de diagramas de actividades, guías de atención medica de

traslado de pacientes donde este establecido , de la vigilancia especial que se debe tener en los traslados de los pacientes lo cual permitirá que la llegada de este paciente referido al establecimiento de destino sea en condiciones ideales ,óptimas y así dar continuidad al tratamiento que requiere

Conclusiones.

Primera.

De las 96 hojas de registro dimensión estructura es satisfactorio 99% y el 1% es insatisfactorio; en la dimensión de proceso el 22 % es satisfactorio y el 78% insatisfactorio y de la dimensión de resultado el 78% es satisfactorio y el 22% insatisfactorio.

Segunda.

En la dimensión estructura en los indicadores asistencia diaria del personal del área de referencia y operatividad de los medios de comunicación, es satisfactorio 100% y es insatisfactorio de 0%, en el indicador operatividad de los medios de transporte es satisfactorio 98% y es insatisfactorio de 2% y en el indicador operatividad de los medios de registro (hoja de referencia) es satisfactorio 81% y es insatisfactorio de 15%.

Tercera.

En la dimensión proceso en el indicador tiempo que demora en coordinar la referencia es satisfactorio 11% y es insatisfactorio 89%, en el indicador tiempo que demora en salir la ambulancia es satisfactorio 33% y es insatisfactorio 67%

Cuarta.

En la dimensión resultado el indicador tiempo que demora en llegar al establecimiento de destino, es satisfactorio 78 % e insatisfactorio 2

Anexo 9: Declaración jurada de autenticidad y autorización para la publicación del artículo científico

Declaración jurada de autenticidad y autorización para la publicación del artículo científico

Yo Gloria Zoraida Valladolid Rivas, estudiante del Programa Maestría en Gestión de los Servicios de la Salud de la Escuela de Posgrado de la Universidad Cesar Vallejo, identificado con DNI 06718241, con el artículo titulado: Evaluación del tiempo de espera en pacientes referidos por el servicio de emergencia prioridad I, II - Hospital de Huaycán. - 2019., declaro bajo juramento que:

1. El artículo pertenece a mi autoría
2. El artículo no ha sido plagiado ni total ni parcialmente.
3. El artículo no ha sido autoplagiado, es decir, no ha sido publicado ni presentado anteriormente para alguna revista.
4. De identificarse la falta de fraude (datos falsos), plagio (información sin citar a autores), autoplagio (presentar como nuevo algún trabajo de investigación propio que ya ha sido publicado), piratería (uso ilegal de información ajena) o falsificación (representar falsamente las ideas de otros), asumo las consecuencias y sanciones que de mi acción se deriven, sometiéndome a la normatividad vigente de la Universidad Cesar Vallejo.
5. Si el artículo fuese aprobado para su publicación en la revista u otro documento de difusión, cedo mis derechos patrimoniales y autorizo a la Escuela de Posgrado de la Universidad Cesar Vallejo, la publicación del documento en las condiciones, procedimientos y medios que disponga la Universidad.

Ate, 5 de diciembre del 2019



Gloria Zoraida Valladolid Rivas
DNI 06718241

Referencias

- Álvarez, R., Andrómaco, M., (2016). Demora en tiempos de respuestas a códigos amarillos en un servicio de emergencias médicas de la Ciudad de Córdoba. *Revista de Salud Pública*, 20(3), 48- 59. Recuperado de [https://revistas.unc.edu.ar > index.php > RSD > article > download](https://revistas.unc.edu.ar/index.php/RSD/article/download)
- Aybar, E., y Villanueva, J. (2017). *Sobrevida de pacientes asignados como prioridad de atención I y II, en emergencia de adultos de un Hospital general de Lima, según el tipo de transporte pre hospitalario utilizado*. (Tecnología para urgencias médicas y desastres). Recuperado de <http://repositorio.upch.edu.pe/handle/upch/660>
- Farahat, T., Al-Kot,M., y Aldemerdash,M. (2015) Current situation of the reference system in family practice in the Shebein El-Koum district, Menoufia Governorate, Egypt Med J 2015 28(2) 360- 366. Recuperado <http://www.mmj.eg.net/text.asp?2015/28/2/360/163885>
- Fernández M.A., Roo J. P., Irigoyen A. C., Blanco S.L., Edward A.B. y Juárez V.T. (2016) *Los Sistemas de Referencia y Contrarreferencia de pacientes en América Latina: Mecanismos de Coordinación Asistencial y el rol de la Medicina Familiar y Comunitaria*. Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade. 11(2), 37-45. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc11\(0\)1384](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc11(0)1384)
- Humet, R. (2001). Calidad Asistencial. *Revista de Órgano de la sociedad española de calidad asistencial*, 16(1). Recuperado de <https://www.fadq.org/wp-content/uploads/2016/02/Monografico-Avedis-1parte.pdf>
- Llave, R., y Rodríguez, E. (2015). Plan de referencia y contra referencia para mejorar la oferta de servicios de salud en la consulta externa de los hospitales II-1 en la provincia de Trujillo: 2014-2016. *Revista Ciencia y Tecnología*, 4, 85-103. Recuperado de revistas.unitru.edu.pe/index.php/PGM/article/download/1152/1091
- Mendoza, A. (2017). La relación médico paciente: consideraciones bioéticas. *Perú Ginecol Obstet*, 63(4). Recuperado de <http://www.scielo.org.pe/pdf/rgo/v63n4/a07v63n4.pdf>
- Ministerio de Salud. (2005). *NT N 018-MINSA/DGSP V. 01 Norma técnica del Sistema de Referencia y Contrareferencia de los Establecimientos de salud* Recuperado de [https://diresancash.gob.pe > desi > index.php > referencia-y-contrareferencia](https://diresancash.gob.pe/desi/index.php/referencia-y-contrareferencia)
- Montoya, C., Alveiro, C., Saavedra, B., y Ramiro, M. (2016). El recurso humano como

elemento fundamental para la gestión de calidad y la competitividad organizacional
Revista Visión Futuro 20 (2) 1 – 20 [Recuperado de](http://revistacientifica.fce.unam.edu.ar/)
<http://revistacientifica.fce.unam.edu.ar/>

- Peñaherrera, M. (2015). *Sistema de referencia y contra referencia en el servicio de emergencias de la Maternidad Isidro Ayora en el periodo mayo octubre del 2015*. (Tesis de grado Maestría Gerencia de Servicios de Salud). Recuperado de <http://dspace.uniandes.edu.ec/bitstream/123456789/3641/1/TUAMSS014-2016.pdf>
- Romey, L., Trinchet, R., Marrero, Y., Velázquez, G., y Ellis-Davy, J. (2015). Evaluación de los resultados del traslado del recién nacido con tratamiento quirúrgico. *Correo científico Médico*, 19 (1). Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812015000100006
- Vargas, I., García, I., Mogollón, A., Ferreira, M., y otros. (2018). Understanding communication breakdown in the outpatient referral process in Latin America: a cross-sectional study on the use of clinical correspondence in public healthcare networks of six countries. *Plan de política de salud*, 33(4), 494-504. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29452401>
- Waibel, S., Vargas, I., Aller, M., Coderch, J., Farré, J., y Vázquez, M. (2016). *Continuity of clinical management and information across care levels: perceptions of users of different healthcare areas in the Catalan national health system*. doi: 10.1186/s12913-016-1696-8
- Yáñez, P. (2016). *Sistema de Referencia, Contra referencia y Derivación en Urgencias Pediátricas. Estudio de caso en el Hospital Carlos Andrade Marín durante el periodo Junio del 2015 a Febrero del 2016*. Tesis de Maestría Gestión de Salud Universidad Central del Ecuador Recuperado de <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/11972/1/T-UCE-0006-001-2017.pdf>

Acta de Aprobación de Originalidad de Tesis



Acta de Aprobación de originalidad de Tesis

Yo, Freddy Antonio Ochoa Tataje, docente de la Escuela de Posgrado de la Universidad César Vallejo, revisor de la tesis titulada “Evaluación del tiempo de espera en pacientes referidos por el servicio de emergencia prioridad I, II - Hospital de Huaycán. – 2019.” del estudiante Gloria Zoraida VALLADOLID RIVAS, constato que la investigación tiene un índice de similitud de 16 % verificable en el reporte de originalidad del programa Turnitin.

El suscrito analizó dicho reporte y concluyó que cada una de las coincidencias detectadas no constituye 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.

Lima, 21 de noviembre del 2019.

The signature of Freddy Antonio Ochoa Tataje is written in blue ink over a horizontal line. To the right of the signature is a circular official stamp of the Universidad César Vallejo, Jefe Campus ATE, Posgrado.

Dr. Freddy Antonio Ochoa Tataje

DNI: 07015123

Pantallazo de software Turnitin

Feedback Studio - Google Chrome
ev.turnitin.com/app/carta/es/?s=1&u=105002754R&iang=es&cc=1229921152

feedback studio Evaluación del tiempo de espera en pacientes referidos por el servicio de emergencia prioridad I, II - Hospital de Huaycán. - 2019. /100

Resumen de coincidencias

16 %

Se están viendo fuentes estándar

Ver fuentes en inglés (Beta)

Coincidencias			
16	1	Entregado a Universidad	3 %
	2	Entregado a Universidad	2 %
	3	repositorio ucv.edu.pe	1 %
	4	Entregado a Universidad	1 %
	5	dspace.untrú.edu.pe	1 %
	6	www.amp.pe	1 %
	7	repositorio upt.edu.pe	1 %
	8	revistas.unc.edu.ar	<1 %



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

ESCUELA DE POSGRADO
PROGRAMA ACADÉMICO DE MAESTRIA EN GESTIÓN DE LOS
SERVICIOS DE LA SALUD

Evaluación del tiempo de espera en pacientes referidos por el servicio de
emergencia prioridad I, II - Hospital de Huaycán. - 2019.

TESIS PARA OBTENER EL GRADO ACADÉMICO DE:
Maestra en Gestión de los Servicios de la Salud

AUTORA:
Br. Gloria Zoraida Valladolid Rivas ORCID: 0000-0002-0041-6968

ASESORA:
Dra. Eliana Soledad Castañeda Nuñez ORCID: 0000-0003-3516-1982

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:
Calidad de las prestaciones asistenciales y gestión del riesgo en salud

Lima - Perú
2019



Página 1 de 43 Número de palabras: 12025

Text-only Report High Resolution **Activado**

Autorización para la Publicación de la Tesis

 UCV UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO	AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN DE TESIS EN REPOSITORIO INSTITUCIONAL UCV	Código : F08-PP-PR-02.02 Versión : 09 Fecha : 23-03-2018 Página : 1 de 1
--	---	---

Yo GLORIA ZOPALDA NALLOPOLCA RIVERA....., identificado con DNI N° 06710241...
 egresado de la Escuela Profesional dePAS GRADO..... de la
 Universidad César Vallejo, autorizo () , No autorizo () la divulgación y
 comunicación pública de mi trabajo de investigación titulado
"EVALUACIÓN DEL TIEMPO DE ESPERA EN PACIENTES REFERIDOS POR EL SERVICIO DE EMERGENCIAS PREVENCIÓN
 Y HOSPITAL DE HUAYANO 2019."; en el Repositorio Institucional de la UCV
 (<http://repositorio.ucv.edu.pe/>), según lo estipulado en el Decreto Legislativo 822,
 Ley sobre Derecho de Autor, Art. 23 y Art. 33

Fundamentación en caso de no autorización:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....


 FIRMA

DNI: 06710241

FECHA: 04 de DIEMBRE del 2019.

Elaboró	Dirección de Investigación	Revisó	Responsable del SGC	Aprobó	Vicerrectorado de Investigación
---------	----------------------------	--------	---------------------	--------	---------------------------------

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
ESCUELA DE POSGRADO

A LA VERSIÓN FINAL DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN QUE PRESENTA:

GLOEIA ZORAIDA VALLADOLID RIVAS

INFORME TITULADO:

EVALUACION DEL TIEMPO DE ESPERA EN PACIENTES
REFERIDOS POR EL SERVICIO DE EMERGENCIAS PRIORIDAD I,II-
HOSPITAL DE HOAYCAN.-2019.

PARA OBTENER EL TÍTULO O GRADO DE:

MAESTRA EN GESTION DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD

SUSTENTADO EN FECHA: 11-AGOSTO DEL 2019

NOTA O MENCIÓN: APROBADO POR MAYORIA




FIRMA DEL ENCARGADO DE INVESTIGACIÓN