



ESCUELA DE POSGRADO
UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

**Gestión hospitalaria y el sistema de referencia-
contrarreferencia en el Hospital II Angamos-EsSalud 2018**

**TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE:
Maestra en Gestión Pública**

AUTORA:

Br. Miriam Janet Mayta Coronel

ASESOR:

Dr. Felipe Guizado Oscco

SECCIÓN:

Gestión Pública

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Políticas de Gestión Pública

LIMA - PERÚ
2019



DICTAMEN DE LA SUSTENTACIÓN DE TESIS

EL / LA BACHILLER (ES): MAYTA CORONEL, MIRIAM JANET

Para obtener el Grado Académico de Maestra en Gestión Pública, ha sustentado la tesis titulada:

GESTIÓN HOSPITALARIA Y EL SISTEMA DE REFERENCIA-CONTRARREFERENCIA EN EL HOSPITAL II ANGAMOS-ESSALUD 2018

Fecha: 29 de enero de 2019

Hora: 6:00 p.m.

JURADOS:

PRESIDENTE: Dr. Edwin Alberto Martínez López

Firma: [Signature]

SECRETARIO: Dr. Lip Licham, Cruz Antonio

Firma: [Signature]

VOCAL: Dr. Felipe Guizado Oscco

Firma: [Signature]

El Jurado evaluador emitió el dictamen de:

Aprobado por unanimidad.

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

[Empty lines for observations]

Recomendaciones sobre el documento de la tesis:

- APA.
- Titulo de las figuras en concordancia con su tabla.

Nota: El tesista 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.

DEDICATORIA

A Dios por darme vida para concretar mis sueños y metas, y a mi madre por enseñarme fortaleza y perseverancia.

AGRADECIMIENTOS

A Dios por sus regalos de todos los días.

Al Dr. Felipe Guizado, por la elaboración de mi tesis, por sus conocimientos, paciencia y acompañamientos.

A la Universidad César Vallejo por el apoyo en la educación de nuestros jóvenes del Perú.

A todas las personas que se han cruzado en mi

Declaración de Autoría

Yo, Miriam Janet Mayta Coronel, estudiante de la escuela de posgrado, maestría en gestión pública, de la Universidad César Vallejo, sede Lima Norte, declaro el trabajo académico titulado "Gestión hospitalaria y el sistema de referencia y contrareferencias del Hospital II Suárez Angamos 2018", presentada en 113 folios para la obtención del grado académico de maestro en Gestión Pública es de mi autoría.

Por tanto, declaro lo siguiente:

- He mencionado que todas las fuentes empleadas en este trabajo de investigación, y he identificado correctamente la cita textual o de paráfrasis proveniente de otras fuentes, de acuerdo como está establecido por las normas de elaboración de trabajos académicos.
- No se ha utilizado otra fuente distinta a aquellas expresamente señaladas en este trabajo.
- Este trabajo de investigación no ha sido presentado completa ni parcialmente previamente para la obtención de otro grado académico o título profesional.
- Soy consciente de que el presente trabajo puede ser revisado electrónicamente en búsqueda de plagios.
- De encontrar uso de material intelectual ajeno sin el debido reconocimiento de su fuente o autor, me someto a las sanciones que determinen el procedimiento disciplinario.

Lima, 12 de enero del 2019



Miriam Janet Mayta Coronel

DNI: 09907091

Presentación

Señores miembros del jurado:

Presento ante ustedes la tesis titulada “Gestión hospitalaria y el sistema de referencias y contrareferencias del Hospital II Angamos 2018”, con la finalidad de determinar la relación que existe entre el nivel de gestión hospitalaria y el Sistema de referencias y contrareferencias en el Hospital II Angamos del Seguro Social del Perú, en cumplimiento del reglamento de grados y títulos de la Universidad Cesar Vallejo para obtener el grado académico de maestro en Gestión Pública.

La investigación consta de 7 capítulos estructuralmente interrelacionados en forma secuencial determinados por la Universidad César Vallejo en su reglamento como son: Capítulo I: Introducción, Capítulo II: Marco metodológico, Capítulo III: Resultados, Capítulo IV: Discusiones, Capítulo V: Conclusiones, Capítulo VI: Recomendaciones, Capítulo VII: Referencias y VIII Anexos.

Los resultados de la presente investigación demuestran que entre el nivel de gestión hospitalaria y el sistema de referencias y contrareferencias, existe una relación directa y significativa; Los resultados de la presente investigación demuestran que entre el nivel de gestión hospitalaria y el sistema de referencias y contrareferencias, existe una relación directa y significativa al obtener un valor de 0.000 ($p < 0.05$), la que también se muestra en las relaciones directas obtenidas en las seis dimensiones de estudio de la variable de gestión hospitalaria.

Señores miembros del jurado, esperamos que esta investigación sea evaluada y merezca su aprobación.

El autor

Indice

Página del Jurado	ii
Dedicatoria	iii
Agradecimiento	iv
Declaratoria de Autenticidad	v
Presentación	vi
Índice	vii
Resumen	xi
Abstract	xii
Capítulo I: Introducción	
1.1 Realidad problemática	15
1.2 Trabajos previos	18
1.3 Teorías relacionadas al tema	22
1.4 Formulación del problema	32
1.5 Justificación	34
1.6 Hipótesis	35
1.7 Objetivos	36
Capítulo II: Método	
2.1 Diseño de investigación	39
2.2 Variables y operacionalización	40

2.3 Población y muestra	43
2.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos	45
2.5 Validez y confiabilidad	47
2.6 Métodos de análisis de datos	48
2.9 Aspectos éticos	48
Capítulo III: Resultados	50
Capítulo IV: Discusión	73
Capítulo V: Conclusiones	78
Capítulo VI: Recomendaciones	81
Capítulo VII: Referencias	83
Anexos	93

Índice de tablas

Tabla 1 Operacionalización de las variables	40
Tabla 2 Distribución de frecuencias de la variable gestión hospitalaria.	51
Tabla 3 Distribución de frecuencias de la dimensión gestión por procesos	52
Tabla 4 Distribución de frecuencias de la dimensión orientación hacia el paciente	54
Tabla 5 Distribución de frecuencias de la variable orientación a los recursos Humanos	55
Tabla 6 Distribución de frecuencias de la variable liderazgo	57
Tabla 7 Distribución de frecuencias de la variable planificación estratégica	58
Tabla 8 Distribución de frecuencias de la variable información y análisis	60
Tabla 9 Distribución de frecuencias de la variable Sistema de Referencias	61
Tabla 10 Correlación entre el nivel gestión hospitalaria y el manejo del sistema de referencias y contrareferencias	63
Tabla 11 Correlación entre la gestión por procesos y el manejo del sistema de referencias y contrareferencias	64
Tabla 12 Correlación entre la orientación hacia el paciente y el manejo del sistema de referencias y contrareferencias	66

Tabla 13 Correlación entre la orientación a los recursos humanos y el manejo del sistema de referencias y contrareferencias	67
Tabla 14 Correlación entre el liderazgo y análisis con el manejo del sistema de referencias y contrareferencias	69
Tabla 15 Correlación entre la planificación estratégica y el manejo del sistema de referencias y contrareferencias	70
Tabla 16 Correlación entre la información y análisis y el manejo del sistema de referencias y contrareferencias	72

Índice de figuras

Figura 1 Esquema del diseño del diseño de investigación	40
Figura 2 Nivel de Gestión Hospitalaria	51
Figura 3 Gestión por procesos	53
Figura 4 Orientación hacia el paciente	54
Figura 5 Orientación a los recursos humanos	.56
Figura 6 Liderazgo	57
Figura 7 Planificación estratégica	59
Figura 8 Información y análisis	60
Figura 9 Sistema de referencia y contrarreferencias	62

Resumen

La presente investigación titulada: Gestión hospitalaria y el sistema de referencias y contrarreferencias en el Hospital II Angamos Essalud– Lima, 2018, está centrada en determinar cuál es la relación entre el nivel de gestión hospitalaria y el sistema de referencias y contrarreferencias según la percepción de los médicos del Hospital II Suárez Angamos – Lima; 2018

El estudio se realizó con un enfoque cuantitativo, utilizando un diseño es no experimental, transversal. La muestra está conformada por 80 médicos del Hospital II Angamos en el 2018, y como instrumento se utilizó para la variable: Nivel de gestión hospitalaria 37 items en una ficha de encuesta y para la variable: Sistema de referencias y contrareferencias se aplicó una lista de cotejo con 28 items.

Los resultados de la presente investigación demuestran que entre el nivel de gestión hospitalaria y el sistema de referencias y contrareferencias, existe una relación directa y significativa al obtener un valor de 0.000 ($p < 0.05$), por lo que se rechaza la hipótesis nula y se acepta la alterna, demostrando efectivamente que existe relación significativa entre el nivel de gestión hospitalaria y el manejo del sistema de referencias y contrareferencias en los médicos del Hospital Angamos, 2018.

Palabras claves: *Gestión hospitalaria; sistema de referencias y contrareferencias.*

Abstract

The present study entitled: Hospital management and the referral and counter referral system in Hospital II Angamos Essalud-Lima, 2018, is focused on determining what is the relationship between the level of hospital management and the referral system according to perception of medical doctors, who works in Hospital II Angamos in Lima; 2018.

The study was conducted with a quantitative approach, using a non-experimental perspective, and a cross-sectional method. 80 doctors from the Hospital II Angamos in 2018 was asked, using two instruments, one used for hospital management (a survey with 37 items) and other for Referral System (a checklist with 28 items).

The results of this investigation shows that there is a direct and significant relationship between the level of hospital management and referral system, obtaining a p-value of 0.000 ($p < 0.05$), rejecting the null hypothesis is rejected and accepting the alternative hypothesis. This results shows that there is a significant relationship between the level of hospital management and the management of referral system in medical doctors of Hospital II Angamos, 2018.

Keywords: *Hospital management; system of references and counter references.*

I. Introducción

1.1. Realidad problemática

La Organización Mundial de la Salud, en búsqueda del cumplimiento de los objetivos del milenio, considera que existen seis bloques fundamentales para la construcción de un verdadero sistema de salud, uno de ellos es la prestación oportuna de servicios de salud (Manyazewal, 2017c; World Health Organization, 2007). En base a ello, los sistemas de referencia son la herramienta fundamental por la que los entes rectores de salud pueden llegar a garantizar el acceso oportuno a la salud en la población (Ortega et al., 2016).

El objetivo primordial de un sistema de referencia es asegurar que cualquier paciente está siendo atendido en el nivel apropiado del sistema de salud, recibiendo prestaciones y servicios de calidad y que sean costo-efectivos (Disu, Akodu, y Nkokanma, 2017). Para ello, los establecimientos de salud deben elaborar e implementar procesos que faciliten el paso de un nivel a otro a los pacientes que realmente lo necesiten; sin caer en barreras burocráticas que pongan en riesgo la salud de la población (Meghachandra Singh, 2015).

Sin embargo, muchos sistemas de salud adolecen del problema de una mala gestión de referencias lo que lleva a retrasos innecesarios en la atención de los pacientes. Se han identificado algunos aspectos que contribuyen a este mal manejo de las referencias, por ejemplo, la falta de conexión entre los diferentes niveles de atención, la auto-referencia o el bypass al sistema de referencia por parte de los pacientes, o el poco conocimiento sobre el sistema de referencia por parte de los profesionales de la salud (Eskandari, Abbaszadeh, & Borhani, 2013; Farahat, Al-Kot, y Aldemerdash, 2015)

En América Latina, se reconoce que uno de los principales problemas de estos sistemas es la falta de procesos de control. Un estudio desarrollado en 16 países de nuestra región, menciona que solo en cuatro se encontraron mecanismos bien definidos de control en los sistemas de referencia y contrarreferencias (Ortega et al., 2016). Adicionalmente, se ha encontrado que existe una desproporción entre la gran cantidad de referencias enviadas desde el primer nivel (más del 80%) y la poca

recepción de contrarreferencias de niveles superiores (alrededor del 20%) (Vargas et al., 2018).

En nuestro país, el fraccionamiento de los sistemas de salud es un factor adicional que dificulta la evaluación de sistemas de calidad como las referencias y contrarreferencias (Sánchez-Moreno, 2014). El Ministerio de Salud, como ente rector, decreto el marco general del funcionamiento de estos sistemas mediante la Resolución Ministerial N° 751-2004/MINSA, donde se especifica que la responsabilidad sobre la eficiencia de estos procesos está dividida en dos niveles: Administrativo y Prestacional (Ministerio de Salud (MINSA), 2004). Por otro lado, el Seguro Social de Salud (EsSalud), sistema prestacional que engloba a aproximadamente el 30% de la población (Cetrángolo O, Bertranou F, Casanova L, & Casalí P, 2013), tiene su propio marco normativo en la Resolución de Gerencia General N°1517-GG-EsSalud-2015, en donde se estandariza la implementación del proceso de atención del Sistema de Referencia y Contrarreferencia mediante el establecimiento de procesos y procedimientos aplicados a los establecimientos de salud y entidades prestadoras de servicios de salud vinculadas a EsSalud (Seguro Social de Salud, 2015).

Sin embargo, la elaboración y promulgación de normativas regulatorias de estos sistemas no son suficientes si no se acompañan con un proceso de implementación y adaptación de los procesos organizacionales que permitan explorar los resultados del funcionamiento del Sistema de Referencias y Contrarreferencias. Los procesos de derivación de pacientes a niveles superiores e inferiores son reconocidos por el personal asistencial como un componente importante de la cultura de seguridad y la calidad de la atención brindada Gavilano y Kuljich (2018). Sin embargo, gran parte de los problemas en el manejo de los Sistemas de Referencia y Contrarreferencia, residen en las fallas de la organización para poder gestionar las dificultades y problemas en la ejecución de los procesos del mencionado sistema. Por ejemplo, Salirrosas, Pastor, y Tovar, (2016), encontraron que los retrasos en el ingreso de referencias, la no estandarización de la implementación de procesos y la deficiencia de los indicadores de gestión, son las principales limitantes en los sistemas de referencia de una red de hospitales de EsSalud.

Adicionalmente al marco normativo deficiente, la capacitación de los profesionales involucrados en los procesos de referencia y contrarreferencia es otra dimensión que influye en el manejo del mencionado sistema. Zapana Pineda, (2015), en una evaluación descriptiva de la oficina de referencia y contrarreferencia del CAP III Metropolitano de EsSalud; evidencia que en un sistema en el que los pacientes muestran una pobre percepción y conocimiento sobre estos procesos, existe un grupo humano poco capacitado con problemas de clima organizacional, que pueden influir en el funcionamiento de este sistema.

Por otro lado, las deficiencias a nivel estructural en las organizaciones, por ejemplo, en el funcionamiento del sistema informático, en el transporte adecuado de pacientes críticos de un establecimiento de salud a otro, o hasta el déficit de herramientas como formatería, pueden influir en un mal manejo del Sistema de Referencias y Contrarreferencias (Cahua, 2015).

Observando esta realidad era importante realizar una investigación que permitiera conocer la existencia de una relación entre el nivel de gestión hospitalaria y el sistema de referencias y contrarreferencias en un hospital de segundo nivel como el Hospital II Suárez Angamos; ya que su nivel de categorización permite explorar estos procesos en forma equitativa (Ministerio de Salud (MINSA), 2004).

Por lo antes mencionado, el objetivo del presente estudio es determinar la relación entre el nivel de gestión hospitalaria y el manejo del sistema de referencias y contrarreferencias en el Hospital II Angamos – Lima, 2018

1.2. Trabajos previos

Internacionales

Kavosi y Siavashi, (2018) en su estudio “Un estudio sobre el desempeño del sistema de referencia en el programa de médicos familiares urbanos en la provincia de Fars, Iran” se propusieron evaluar el desempeño promedio del sistema de referencia en una provincia de Iran en el año 2015. A través de un estudio transversal se determinó una tasa de referencias mal llenadas de 36.4%, siendo en este caso un problema frecuente la auto-referencia de los pacientes.

Senitan, Alhaiti, y Lenon, (2018) en su estudio “Factores que contribuyen a los sistemas de referencia efectivos para pacientes con enfermedades no transmisibles: práctica basada en la evidencia” tuvo el objetivo de desarrollar una herramienta para evaluar los sistemas de referencia entre el primer y segundo nivel de atención. Mediante una revisión sistemática se sugiere que los sistemas de referencia deben ser seguros, oportunos, efectivos, eficientes, centrados en el paciente, con equidad, con formatos de referencia estructurados, con guías para su correcto llenado, de preferencia con apoyo informático, y con el cumplimiento de criterios de inclusión en los formatos de referencia.

Vargas et al., (2018) ejecutaron el estudio “Comprensión de la interrupción de la comunicación en el proceso de referencia de pacientes ambulatorios en América Latina: un estudio transversal sobre el uso de la correspondencia clínica en las redes de salud pública de seis países” con el objetivo de determinar el nivel y características del uso de los formatos de referencia y contrarreferencia en médicos del primer y Segundo nivel de los sistemas de salud de Argentina, Brasil, Chile, Colombia, México y Uruguay. A través de un estudio transversal se encontró que más del 90% de médicos del primer nivel de atención refieren pacientes al nivel superior, pero solo el 20% refirió haber recibido contrarreferencias. Entre un 17 a 33% de los médicos mencionan que rechazan referencias por fallas en el llenado.

Kamau, Onyango-Osuga, y Njuguna, (2017) publicaron el estudio “Desafíos que enfrenta la implementación del sistema de referencia para servicios de atención médica de calidad en el condado de Kiambu, Kenia”, con el propósito de establecer cambios en el sistema de referencias, así como, evaluar la influencia de la infraestructura, trabajadores, sistemas informáticos y financiamiento en la implementación de un sistema de referencia. Se desarrolló un estudio transversal en donde se encontró que un 53% de los trabajadores no se sentía capacitado en los criterios de referencia, y un 52% no estaba capacitado en el uso del sistema informático de referencias. Ortega et al., (2016) publicaron el estudio “Los Sistemas de Referencia y Contrarreferencia de pacientes en América Latina: Mecanismos de Coordinación Asistencial y el rol de la Medicina Familiar y Comunitaria” con el propósito de determinar la situación actual de los sistemas de referencia y contrarreferencia en América Latina. Mediante un estudio transversal se encontró que 13 de 16 países encuestados tenían un sistema (o varios sistemas) de referencias, no necesariamente nacional. Se menciona que, en Bolivia, Chile, Cuba, México, Paraguay, Puerto Rico, República Dominicana y Brasil existen profesionales que validan y autorizan las solicitudes de referencias a un segundo nivel de atención. Solo en cuatro países (25%) se encontraron mecanismos de control de las referencias definidos de forma oficial.

Vargas et al., (2016) publicaron el estudio “Obstáculos para la coordinación de la atención de salud en sistemas de salud públicos descentralizados y basados en el mercado: un estudio cualitativo en redes de atención de salud de Colombia y Brasil”, con el objetivo de analizar la existencia de la coordinación entre niveles de servicios de salud y los factores que influyen este proceso bajo la perspectiva del personal de salud en Colombia y Brasil. Mediante un estudio cualitativo, exploratorio y descriptivo-interpretativo, se encontró que la fragmentación e inestabilidad de las redes de salud fue un factor influyente en Colombia; mientras que en Brasil el pobre planeamiento y evaluación cobró mayor importancia. Así mismo, las condiciones inadecuadas de trabajo, la falta de un modelo de atención en salud dificulta las tareas de coordinación y referencia entre niveles.

Nkurunziza et al., (2016) en su trabajo “Patrones de referencia y predictores de retrasos en la referencia para pacientes con lesiones traumáticas en zonas rurales de Ruanda” tuvieron como objetivo: evaluar los predictores de referencias rechazadas en pacientes con injurias. Mediante un estudio retrospectivo, se encontró que un 46.8% de los pacientes tuvieron demoras en la ejecución de sus referencias, encontrándose como factores asociados, la edad, el diagnóstico, y la posibilidad quirúrgica.

Abraham, Linnander, Mohammed, Fetene, y Bradley, (2015) desarrollaron la investigación “Una comprensión centrada en el paciente del sistema de referencia en las unidades de atención primaria de salud de Etiopía” con el objetivo de examinar cuál es el porcentaje de pacientes que fueron referidos a centros de mayor nivel y que factores estaban asociados con la referencia. Con un diseño transversal, se encontró que un 14% del total de atendidos en un hospital provenían de referencias. Se encontró asociación con la distancia hacia el centro de atención, o la necesidad de atención especializada con la búsqueda de referencias.

Nacionales

Gavilano y Kuljich (2018) desarrollaron el estudio “Calidad percibida del servicio y cultura de seguridad en salud en el personal médico del Hospital II EsSalud Vitarte. Lima, 2017”, con el objetivo de determinar la relación entre calidad percibida del servicio y la cultura de seguridad en salud en el personal médico del Hospital nivel II en el distrito de Vitarte de la ciudad de Lima, mediante un estudio transversal. Dentro de los resultados, el 21% de los profesionales de la salud encuestados refieren al sistema de referencias como un problema en la dimensión asistencial de la calidad de los servicios de salud brindados.

Salirrosas, Pastor, y Tovar, (2016) publicaron el estudio “Avances en los Sistemas de Referencia y Contrarreferencia en EsSalud”, con el propósito de analizar y evaluar el sistema de referencias y contrarreferencias dentro del marco normativo de EsSalud, proponiendo estrategias de mejora mediante un nuevo modelo piloto de atención. A través de un estudio descriptivo de la normatividad vigente, se propone un

nuevo modelo de atención de referencias en donde se buscaba eliminar los tiempos de espera, con la finalidad de atender las solicitudes de referencia en menos de 60 minutos. Este modelo fue aplicado en las IPRESS: Hospital II Carlos Alcántara, Hospital II Suárez-Angamos y Hospital Nacional Edgardo Rebagliati. Dentro de los resultados se observó que el programa tuvo múltiples dificultades que hicieron inviable su aplicación: retraso en el ingreso de referencias, no estandarización de procesos, insuficiente soporte informático, y la falta de indicadores de gestión que pudieran medir adecuadamente la calidad de los procesos de atención.

Zapana Pineda, (2015) en su tesis “Análisis de la oficina de referencia y contrarreferencia en el centro de atención primaria CAP III Metropolitano. Puno-EsSalud (2015)” tuvo como objetivo: analizar la oficina de referencia y contrarreferencia en el Centro de Atención Primaria III Metropolitano en Puno. Mediante un estudio transversal, se recogieron datos sobre el funcionamiento de la oficina, así como la percepción que tienen los pacientes sobre la labor desempeñada por ésta. Se encontró que un 75 % de pacientes no tienen conocimiento del sistema de referencia; sin embargo, un 72.9 % de personas atendidas conocen sobre los procesos involucrados en el traslado de un paciente. No existe un plan estratégico para el desarrollo de los subsistemas de apoyo, como el Subsistema de Referencia y Contrarreferencia; y las relaciones interpersonales dentro del equipo de trabajo, se calificaron como regulares tanto a nivel interno como externo.

Cahua, (2015) en la tesis “Nivel de cumplimiento del indicador de referencia en el marco de la tercerización de los servicios de salud, 2014 – 2015” tuvo como objetivo, evaluar el cumplimiento de indicador de referencia en las consultas médicas recuperativas y preventivas por trimestre en el proceso de tercerización de los servicios de salud de una IPRESS en Lima durante agosto de 2014 y agosto de 2015. Por medio de un estudio longitudinal retrospectivo, se observó que la IPRESS tercerizada cumplió con el porcentaje requerido de referencias y, por ende, con el indicador relacionado a esta actividad en los cuatro trimestres.

1.3. Teorías relacionadas al tema

Teoría general de los procesos en salud

El desarrollo de la teoría de sistemas es atribuido a un biólogo australiano, Karl Ludwig von Bertalanffy, quien planteo el principio de que un sistema no puede ser reducido a una serie de partes funcionando en forma aislada, sino que, para entenderlo, se debe entender las interrelaciones entre sus partes (von Bertalanffy L, 1969).

Es así que se considera que la Teoría General de Sistemas se fundamenta en tres principios básicos (Arnold-Cathalifaud, 2008; Fonseca & Da, 2003):

a) Los sistemas existen dentro de sistemas; cada uno está dentro de otro más grande. Cada sistema que se examine, excepto el menor o mayor, recibe y descarga algo en los demás.

b) Los sistemas abiertos se caracterizan por un proceso de cambio infinito con su entorno, que son otros sistemas. Cuando el intercambio cesa, el sistema se desintegra, pierde sus fuentes de energía y muere.

c) Las propiedades de los sistemas no pueden ser descritas en términos de sus elementos separados; su comprensión aparece cuando se estudian como un todo.

No paso mucho tiempo para que estos principios fueran aplicados en la administración de servicios de salud. En Estados Unidos, desde el año 1999, el Instituto de Medicina postuló que un paso fundamental para mejorar la calidad de atención brindada debía plantear acoger la idea de que el sistema de salud era un todo, y no múltiples partes trabajando al mismo tiempo (Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America, 2000). La implementación de este pensamiento sistémico hizo que se muestren aspectos y propiedades que antes no eran tomadas en cuenta por el método científico, lo que tuvo como consecuencia que los gestores se dieran cuenta de una disparidad en las organizaciones basadas en otras teorías clásicas, abriendo múltiples oportunidades para el desarrollo e investigación (Peralta, 2016).

A lo largo del tiempo, se han encontrado muchos modelos de atención en salud, pero en general, se han venido clasificando en cuatro enfoques:

a) El modelo Beveridge

Llamado así en honor a William Beveridge, fundador y creador del Sistema Nacional de Salud de Gran Bretaña. En estos casos, la salud es provista y financiada por el gobierno a través del pago de impuestos, como cualquier servicio público. Es así que los establecimientos de salud son manejados por el gobierno, y, por ende, los profesionales y trabajadores que laboran en estos establecimientos son empleados estatales. Aunque en algunos sistemas se puede admitir la figura de la “tercerización” de servicios de salud, en donde el estado contrata a empresas o profesionales del sector privado para poder brindar prestaciones necesarias en ciertos sectores de la población (Giermaziak y Kamiński, 2012). Como consecuencia, el estado asume la responsabilidad de brindar servicios de calidad a la población, en la cual los gastos de bolsillo deben ser mínimos (Beckfield, Olafsdottir, y Sosnaud, 2013). Países como Cuba, China, y Gran Bretaña son ejemplos de estos sistemas.

b) El modelo Bismarck:

Este modelo está inspirado en el espíritu de considerar a la salud como un bien de consumo, expuesto al libre mercado, en donde el ciudadano es libre de conseguirla en base a lo que está dispuesto a invertir. En estos casos, el rol del estado se limita solo al de un regulador que asegura la buena relación comercial entre pacientes, entidades prestadoras de servicios de salud y empresas aseguradoras (Wallace, 2013). Algunos países que siguen este modelo son Francia, Alemania, Japón y los Estados Unidos.

c) El modelo de aseguramiento nacional en salud

En este sistema se toman elementos de los modelos de Beveridge y Bismarck. Usa proveedores del sector privado pero el pago proviene de un programa de aseguramiento regulado por el estado, que cada ciudadano paga. Al no haber motivos financieros o de competencia entre empresas aseguradoras, los programas de este sistema tienden a ser más baratos y más simples, administrativamente hablando, en comparación a los modelos anteriores (Fuchs, 1991). El país ejemplo de este sistema

es Canadá, pero otros países como Taiwan y Korea del Sur están acogiéndolo (Lee et al., 2010).

d) Modelo de gastos de bolsillo

Esta denominación se brinda en los países en los que no se encuentra establecido un sistema de salud, por lo que se impone el principio de quien tiene dinero encuentra salud, mientras quien no lo tiene muere o enferma (Wallace, 2013). En estas circunstancias, la población que no tiene medios económicos para poder acceder a un servicio de salud se refugia en la medicina tradicional o en prácticas ancestrales heredadas de generación en generación (Nahin, Stussman, y Herman, 2015). Aún es posible observar esta situación en regiones rurales de África, India, China y Sudamérica.

La elección de uno u otro modelo, es lo que delimita y establece los principios de la administración en salud y por ende de la gestión asistencial que se llevará a cabo.

Variable 1: Nivel de Gestión hospitalaria

Definición

La gestión en servicios de salud o gestión hospitalaria se define como la ciencia y el arte de guiar a los recursos humanos y físicos de una organización hacia la satisfacción de las necesidades relacionadas a la salud y las expectativas de los pacientes (Singh, 2017).

Otras escuelas definen a la gestión hospitalaria como el proceso de alcanzar objetivos en el cuidado de la salud haciendo uso de recursos humanos, financieros y técnicos, incluyendo actividades de administración estratégica y operacional como el manejo de insumos, recursos humanos, desempeño y mejora, manejo financiero y gobernanza, sin los cuales los recursos no pueden efectivamente desplegados para maximizar los objetivos en salud (Linnander, Mantopoulos, Allen, Nembhard, y Bradley, 2017).

Características

- **Indicadores de calidad**

Los indicadores de desempeño son formas importantes de mejorar la calidad de los servicios de salud. Estos indicadores pueden servir para identificar iniciativas de mejora de la calidad, evaluar el desempeño actual, establecer metas para la mejora de la calidad, identificar la raíz de los problemas y monitorear el desempeño (Horvat y Filipovic, 2018). Sin embargo, se debe tener en consideración que la calidad de los servicios de salud está influenciada por otros factores como el estilo de liderazgo y la función correspondiente a la organización que se estudia (Husebø y Akerjordet, 2016).

En estudios previos, se han dividido estos indicadores en tres categorías (Gu y Itoh, 2016):

a) Relacionados al paciente: Satisfacción del paciente, quejas de los pacientes, eventos adversos, infecciones nosocomiales, nivel de información brindada a los pacientes, tiempos de espera en salas de emergencia, tiempo de espera para obtener una cita.

b) Relacionados a los trabajadores: Satisfacción del trabajador, beneficios laborales, accidentes laborales, horas extras, número de profesionales por cama, horas de trabajo, tiempo de experiencia en el actual trabajo, posición laboral, tiempo invertido en investigación médica, producción científica, posibilidades de capacitación, formación de residentes.

c) Relacionados a la gestión hospitalaria: tasas de mortalidad (general y específica), tasas de morbilidad, tasas de supervivencia en los tipos de cáncer más prevalentes, número de pacientes hospitalizados, número de consultas y consultantes, ingresos de nuevos pacientes, tiempo de hospitalización, admisiones por cama, costos en personal e insumos, etc.

Dimensiones de la variable: Gestión hospitalaria

Dimensión 1: Nivel de Gestión por procesos

Pepper, (2011) lo define como una forma de enfocar el trabajo, donde se persigue el mejoramiento continuo de las actividades de una organización mediante la identificación, selección, descripción, documentación y mejora continua de los procesos. Estos procesos se definen como toda actividad o secuencia de actividades que se llevan a cabo en las diferentes unidades constituye un proceso y como tal, hay que gestionarlo.

Dimensión 2: Orientación hacia el paciente y la salud pública

Se define como el aseguramiento de la adecuada recepción de servicios (diagnósticos y terapéuticos) por parte de cada paciente, con el fin de conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y los conocimientos del paciente y del servicio médico. Con esto se persigue lograr el mejor resultado con el mínimo riesgo, y por ende, la máxima satisfacción del paciente con el proceso (Organización Mundial de la Salud, 2015)

Dimensión 3: Factor humano

Es el proceso que busca desarrollar a los integrantes de la fuerza laboral de una organización, destacando a aquellos con un alto potencial; así mismo, promueve la integración de nuevos miembros que muestren cualidades que aporten a lograr la misión y visión organizacional (Manrique, 2014).

Dimensión 4: Liderazgo

Se define como “la acción de modificar las políticas en el aspecto de decisión para que exista una mejor ejecución de actividades respecto a procesos o conflictos entre éstos y los seguidores o subordinados” (Múgica, 2003, p. 31).

Dimensión 5: Planificación Estratégica

Es una habilidad que se centra en cómo las organizaciones formulan e implementan un enfoque de atención centrada en el cliente y en la fuerza laboral de los empleados

(Oré Cárdenas, 2017). Es también definida como una herramienta de gestión que apoya el proceso de toma de decisiones en torno a las actividades actuales y a la visión de futuro, con la finalidad de adaptarse a los cambios y demandas que exige el entorno (Armijo, 2009).

Dimensión 6: Análisis e Información

Se refiere al alcance, gestión y uso de información para mantener un enfoque en el cliente, orientado a la calidad basada en la excelencia y a la mejora del desempeño(Oré Cárdenas, 2017).

Variable 2: Sistema de Referencias y Contrarreferencias

Los sistemas de salud, a pesar de ser conceptuados como entidades dinámicas, pueden ser organizados en niveles de atención, en donde el primer nivel se encarga de atenciones específicas, ambulatorias (lo que aproximadamente representan el 80 al 85% de problemas de salud); así como, la promoción y prevención de la salud (Gómez A y Pineda F, 2013).

En el segundo nivel, se encuentran el 10 al 15% de los problemas de salud, los que usualmente requieren tecnología de mediana complejidad y provienen de los servicios de emergencia o son referidos del primer nivel de atención (Vignolo, Vacarezza, Álvarez, y Sosa, 2011).

Finalmente, el tercer nivel de atención se ocupa de patologías que requieren de equipamiento de alta complejidad y que representan solamente alrededor del 5% de problemas de salud. Estos problemas usualmente ya fueron tratados en algún momento por el primer y segundo nivel, de donde son referidos al tercer nivel (Flegel, 2015).

Los sistemas de referencias y contrarreferencias nacen como una forma de comunicación entre los niveles de atención de un sistema de salud, con la finalidad de brindar acceso a los servicios de salud a las personas que más lo requieran (Kamau et al., 2017). Otros autores definen a este sistema como el procedimiento de

coordinación entre las unidades operativas de los tres niveles de atención médica para facilitar el envío y recepción de pacientes, con el propósito de brindar atención médica oportuna, integral y de calidad, que va más allá de los límites regionales y de los ámbitos institucionales para garantizar el acceso a los servicios de salud en beneficio del paciente referido (Naseriasl, Janati, Amini, y Adham, 2018; Ortega et al., 2016).

En el Perú, la Norma Técnica del Sistema de Referencia y Contrarreferencia de los Establecimientos del Ministerio de Salud, establece las bases conceptuales de estos sistemas en el sistema de salud peruano. Es así que, basados en los principios del Modelo de Atención Integral de Salud (universalidad, equidad, integralidad, calidad, eficiencia, respeto a los derechos de las personas, descentralización y participación ciudadana) se busca que el usuario del sistema de salud sea captado, identificado, evaluado y seguido dentro de un ordenamiento que integre la atención promocional, preventiva y recuperativa; articulándola por niveles de resolución y asegurando un adecuado procedimiento de relación entre ellos (Ministerio de Salud (Perú), 2004).

Sin embargo, nuestro país posee un sistema de salud fragmentado, lo que hace que, si bien el Ministerio de Salud sea el órgano rector, se abra la posibilidad de crear normas específicas en otros sistemas de salud que no contravengan los principios de lo estipulado por el órgano rector, pero que puedan agregar aspectos específicos que le den una direccionalidad, una naturaleza propia y puedan estar basadas en evidencia científica (Pretell, 2017; Sánchez-Moreno, 2014).

Sistema de Referencias y Contrarreferencias en el Seguro Social de Salud

El Seguro Social de Salud define al sistema de referencias y contrarreferencias como el conjunto de procesos que articulan el otorgamiento de prestaciones de salud entre IPRESS de EsSalud y entidades extrainstitucionales de salud con la finalidad de garantizar la continuidad de la atención, considerando la capacidad resolutoria operativa (Seguro Social de Salud, 2015, p. 22)

La organización de estos sistemas en EsSalud ha ido evolucionando a medida del aumento de la demanda, las nuevas estrategias de información y los diferentes niveles

de complejidad de las IPRESS que se aperturan para la atención de la demanda insatisfecha en esta institución. Por ejemplo, mientras en el año 2008, solo se hablaban de “Comités de Referencia y Contrarreferencia” quienes supervisaban y evaluaban la pertinencia de éstas en base a lineamientos generales (Seguro Social de Salud, 2008); mientras que la normatividad vigente ya estipula que toda IPRESS debe tener una Oficina /Unidad de Admisión, Registros Médicos, Referencia y Contrarreferencia, quienes tienen dentro de sus funciones la gestión, coordinación y monitoreo de las referencias y contrarreferencias que involucren a la IPRESS en cuestión (Seguro Social de Salud, 2015, p. 11).

Las referencias médicas en EsSalud se definen como el procedimiento administrativo-asistencial, mediante el cual un médico tratante de una IPRESS traslada la responsabilidad del manejo médico y/o ayuda al diagnóstico de un paciente a otro médico de una IPRESS institucional o extrainstitucional de mayor capacidad resolutive o de capacidad resolutive disponible, independientemente de la categoría de la misma (Seguro Social de Salud, 2015, p. 22).

La Directiva N°014-GG-EsSalud-2015, incluye elementos de calidad, así como procesos específicos que ayudan a delimitar los alcances y requisitos para el buen funcionamiento del sistema de referencias y contrarreferencias en EsSalud, algunos de estos elementos se procederán a detallar a continuación:

Criterios mínimos de aceptación de referencias

- a. Llenado completo de todos los datos del formato de solicitud de referencias.
- b. Registro del acto médico.
- c. Descripción completa de signos y síntomas.
- d. Registro de presunción diagnóstica o diagnóstico definitivo.
- e. Registro correcto de la subactividad destino.
- f. Registro correcto del área de referencia.
- g. Registro correcto del motivo de referencia.
- h. Registro del servicio de destino.

- i. Registro del servicio de origen.
- j. Acreditación vigente
- k. Correspondencia entre el Diagnóstico y capacidad resolutoria de la IPRESS de destino y de origen.

El no cumplimiento de cualquiera de estos criterios es motivo de observación o de anulación de la referencia o contrarreferencia (Seguro Social de Salud, 2015, p. 53).

Causas por las que puede ser observada una referencia

- a) Datos inconsistentes de filiación del paciente
- b) Datos inconsistentes múltiples del paciente.
- c) Falta registro de acto médico
- d) Inadecuados signos/síntomas/resumen
- e) Mal proceso de referencia
- f) Mal registro de la sub actividad destino
- g) Mal registro del área de referencia
- h) Mal registro del diagnóstico
- i) Mal registro del motivo de referencia
- j) Mal registro del Servicio de Destino
- k) Mal registro del Servicio de Origen
- l) No cumple con requisito de protocolo del servicio
- m) Paciente fue contrarreferido por tratamiento farmacológico
- n) Problema de acreditación del paciente
- o) Referencia corresponde a la IPRESS de mayor capacidad resolutoria
- p) Referencia corresponde a la IPRESS de menor capacidad resolutoria
- q) Referencia puede ser resuelta en su red Desconcentrada/ Asistencial
- r) Referencia puede ser resuelta en su red o microrred
- s) Referencia puede ser resuelta en su IPRESS
- t) Cuenta con cita en el IPRESS, no necesita referencia.

Estas observaciones deben ser determinadas por el personal médico que labora en el proceso de información sobre el sistema de referencias y contrarreferencias. Asimismo, estos lineamientos delimitan de mejor manera el proceso de referencia/contrarreferencia de un paciente lo más efectivo y eficiente para la institución (Seguro Social de Salud, 2015).

Definición

Un sistema de referencia y contra referencia (SRC) como 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 (Ministerio de Salud (Perú), 2004)

Por otro lado, el Seguro Social de Salud, define al sistema de referencia y contrarreferencia como el conjunto de elementos que permite el traslado de un paciente desde su centro asistencial de adscripción a otro de mayor capacidad resolutive, con la finalidad de garantizar la continuidad de la atención considerando la capacidad resolutive operativa, haciendo posible su retorno al lugar de origen una vez resuelto el problema o establecido un manejo definido (Seguro Social de Salud, 2015).

Además, en forma específica, una referencia se define como un proceso en el que un trabajador de la salud de un nivel de atención del sistema de salud, al tener recursos insuficientes para el manejo de una condición clínica (fármacos, equipos o habilidades), busca la asistencia de un recurso mejor o diferente en el mismo o en un nivel más alto, para que lo apoye o se encargue finalmente del caso del paciente (World Health Organization, 2010).

Mientras que una contrarreferencia puede conceptuarse como médica, si es un procedimiento administrativo asistencial donde se retorna la responsabilidad del manejo médico, de ayuda al diagnóstico y/o tratamiento del paciente, al médico tratante de la entidad prestadora de origen. Por otro lado, existen contrarreferencias

farmacológicas, mediante las cuales un médico tratante retorna la responsabilidad del manejo médico al establecimiento de salud de origen indicando claramente el tratamiento a largo plazo (hasta seis meses) en enfermedades crónicas (Seguro Social de Salud, 2015).

Dimensiones de la variable: Sistema de referencias y contrarreferencias

Dentro de los sistemas de referencia y contrarreferencia, se pueden también establecer procesos de mejora continua, denominados como factores de optimización (Sausa Huamán, 2018). Estos factores se pueden clasificar en tres categorías, las que en este estudio serán asumidas como dimensiones:

Dimensión 1: Operativa

Elementos relacionados a la operatividad y organización del Sistema de Referencias y Contrarreferencias, incluye procesos, flujos de atención, elementos administrativos del sistema.

Dimensión 2: Técnico Profesional

Elementos relacionados a la capacidad del profesional, conjunto de conocimientos y habilidades del profesional.

Dimensión 3: Estructural

Relacionado a elementos accesibilidad y disponibilidad de del sistema de referencias y Contrarreferencias, incluye recursos humanos y materiales.

Finalmente, esta clasificación es clave para la elaboración de instrumentos para determinar o estimar el nivel de conocimientos y la percepción sobre el sistema de referencias y contrarreferencias en el personal asistencial.

1.4. Formulación del problema

Problema general

¿Cuál es la relación entre el nivel de gestión hospitalaria y el manejo del sistema de referencias y contrarreferencias según la percepción de los médicos del Hospital II Angamos, 2018?

Problemas específicos

Problema específico 1

¿Cuál es la relación entre el nivel de gestión por procesos y el manejo del sistema de referencia y contrarreferencia según la percepción de los médicos que laboran en el Hospital II Angamos –EsSalud, 2018?

Problema específico 2

¿Cuál es la relación entre el nivel de orientación hacia el paciente y la salud pública y el manejo del sistema de referencia y contrarreferencia según la percepción de los médicos que laboran en el Hospital II Angamos- EsSalud, 2018?

Problema específico 3

¿Cuál es la relación entre el factor humano y el manejo del sistema de referencia y contrarreferencia según la percepción de los médicos que laboran en el Hospital II Angamos – EsSalud, 2018?

Problema específico 4

¿Cuál es la relación entre el liderazgo y el manejo del sistema de referencia y contrarreferencia según la percepción de los médicos que laboran en el Hospital II Angamos – EsSalud, 2018?

Problema específico 5

¿Cuál es la relación entre la planificación estratégica y el manejo del sistema de referencia y contrarreferencia según la percepción de los médicos que laboran en el Hospital II Angamos – EsSalud, 2018?

Problema específico 6

¿Cuál es la relación entre el nivel de análisis e información y el manejo del sistema de referencia y contrarreferencia según la percepción de los médicos que laboran en el Hospital II Angamos EsSalud,2018?

1.5. Justificación del estudio

Teórica

Llave & Rodríguez, (2016) plantean que dentro del componente de calidad de los servicios de salud brindados por una eficiente gestión asistencial, el sistema de referencia y contrarreferencia es un factor fundamental a estudiar y a reforzar, ya que es un elemento de contacto directo con el paciente y le brinda solución a los problemas de resolución de los establecimientos de salud mediante un desplazamiento justificado hacia otros servicios con una mejor capacidad resolutive.

Este estudio busca indagar sobre esta relación entre la gestión hospitalaria y el sistema de referencia y contrarreferencia, de forma más estrecha, con la finalidad de mostrar de forma más cercana la interacción entre estos dos factores y las circunstancias que puedan modificar esta relación.

Práctica

En el Hospital II Angamos, durante el año 2017, se emitieron 17 352 referencias hacia establecimientos de mayor complejidad y se recibieron 58 882 referencias de establecimientos de primer nivel de atención (Oficina de Inteligencia Sanitaria, 2017). Sin embargo, se desconoce si la percepción de los médicos sobre la gestión hospitalaria tiene alguna relación en el conocimiento sobre el sistema de referencias y contrarreferencias; por ende, esta investigación contribuirá a conocer factores asociados en el personal asistencial involucrado en este proceso, con miras a la mejora continua.

Metodológica

La identificación de la relación entre la gestión hospitalaria y el funcionamiento del sistema de referencias y contrarreferencias, ayudará a identificar factores claves que influyan en una proporción significativa en el desempeño de ambas variables, con lo que se podrán desarrollar intervenciones a futuro que ayuden a mejorar la calidad de los servicios de salud que brindan los sistemas sanitarios públicos en nuestro país.

1.6. Hipótesis

Hipótesis general

Existe relación entre el nivel de la gestión hospitalaria y el sistema de referencias y contrarreferencias según la percepción de los médicos que laboran en el Hospital II Angamos – Lima; 2018

Hipótesis específicas

Hipótesis específica 1

Existe relación entre el nivel de gestión por procesos y el manejo del sistema de referencias y contrarreferencias según la percepción de los médicos que laboran en el Hospital II Angamos, 2018.

Hipótesis específica 2

Existe relación entre el nivel de orientación hacia el paciente y la salud pública y el manejo del sistema de referencias y contrarreferencias según la percepción de los médicos que laboran en el Hospital II Angamos, 2018.

Hipótesis específica 3

Existe relación entre el factor humano y el manejo del sistema de referencias y contrarreferencias según la percepción de los médicos que laboran en el Hospital II Angamos, 2018.

Hipótesis específica 4

Existe relación entre el liderazgo y el manejo del sistema de referencias y contrarreferencias según la percepción de los médicos que laboran en el Hospital II Angamos, 2018.

Hipótesis específica 5

Existe relación entre la planificación estratégica y el manejo del sistema de referencias y contrarreferencias según la percepción de los médicos que laboran en el Hospital II Angamos, 2018.

Hipótesis específica 6

Existe relación entre el nivel de análisis e información y el manejo del sistema de referencias y contrarreferencias según la percepción de los médicos que laboran en el Hospital II Angamos, 2018.

1.7. Objetivos

Objetivo General

Determinar la relación entre el nivel de gestión hospitalaria y el manejo del sistema de referencias y contrarreferencias según la percepción de los médicos del Hospital II Angamos, 2018

Específicos

Objetivo específico 1

Determinar la relación entre el nivel de gestión por procesos y el manejo del sistema de referencias y contrarreferencias según la percepción de los médicos que laboran en el Hospital II Angamos, 2018.

Objetivo específico 2

Determinar la relación entre el nivel de orientación hacia el paciente y la salud pública y el manejo del sistema de referencias y contrarreferencias según la percepción de los médicos que laboran en el Hospital II Angamos, 2018.

Objetivo específico 3

Determinar la relación entre el factor humano y el manejo del sistema de referencias

y contrarreferencias según la percepción de los médicos que laboran en el Hospital II Angamos, 2018.

Objetivo específico 4

Determinar la relación entre el liderazgo y el manejo del sistema de referencias y contrarreferencias según la percepción de los médicos que laboran en el Hospital II Angamos, 2018.

Objetivo específico 5

Determinar la relación entre la planificación estratégica y el manejo del sistema de referencias y contrarreferencias según la percepción de los médicos que laboran en el Hospital II Angamos, 2018.

Objetivo específico 6

Determinar la relación entre el nivel de análisis e información y el manejo del sistema de referencias y contrarreferencias según la percepción de los médicos que laboran en el Hospital II Angamos, 2018.

II. Método

2.1. Diseño de investigación

La presente investigación es no experimental de corte transversal.

Hernández, Fernández y Baptista (2014) define que es no experimental porque en la investigación no se realiza la manipulación de las variables ni el control de las mismas, más aún se observan los fenómenos de la realidad en su ambiente natural para después analizarlos de manera estadística tanto descriptivamente como de manera inferencial (p.173).

Martínez y Muñoz,(2015) definen los estudios observacionales como aquellos en los que el investigador no decide la asignación del factor de estudio o la intervención a los grupos, por ende, el investigador actúa como un mero testigo de la realidad. Dentro de las variedades de este tipo de estudios, se encuentran el diseño descriptivo-correlacional en los que los datos son recolectados en un solo momento, con la finalidad de determinar la frecuencia de la aparición del outcome de estudio, estableciendo una relación entre dos variables.

Hernández, Fernández y Baptista (2014), también sustentan que este tipo de investigaciones cuentan con un enfoque cuantitativo ya que los datos obtenidos se analizarán con técnicas estadísticas descriptivas, en base a datos recolectados en forma objetiva.

Ávila, (2007), define este estudio como de corte transversal ya que este estudio se realiza con la recolección de información en un solo momento, sin alterar las variables de estudio; por lo que se estudian de manera simultánea los eventos de interés.

En el presente estudio, se busca analizar la relación entre el nivel de gestión hospitalaria y el sistema de referencias y contrarreferencias en el Hospital II Suárez-Angamos, mediante una encuesta que se realizó por única vez en los médicos que laboran en el mencionado hospital buscando determinar las relaciones entre las

dimensiones de estas variables. Por lo tanto, el diseño de esta investigación es no experimental, descriptiva-correlacional. (fig. 1)

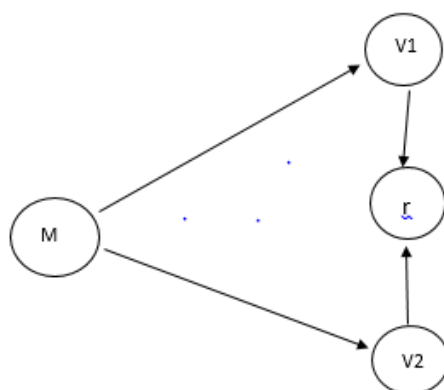


Figura 1. Diseño de investigación

En donde:

M = Muestra de investigación

V1 = Observación de variable 1 (Nivel de gestión hospitalaria)

V2 = Observación de variable 2 (Sistema de referencias y contrareferencias)

r = Relación entre variables

2.2. Variables, operacionalización

Una variable se define, de acuerdo a Hernández, Fernández, y Baptista, (2014) como una propiedad que tiene una variación que puede medirse u observarse.(p93)

Variable 1: Nivel de gestión hospitalaria.

La gestión hospitalaria se define como la ciencia y el arte de guiar a los recursos humanos y físicos de una organización hacia la satisfacción de las necesidades relacionadas a la salud y las expectativas de los pacientes (Singh, 2017).

Variable 2: Sistema de referencias y contrarreferencias

Un sistema de referencia y contra referencia como 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 (Ministerio de Salud (Perú), 2004)

Tabla 1. Operacionalización de Variables.

Variable	Dimensiones	Indicadores	Items	Escalas de valoración	Niveles y rangos
Nivel de gestión hospitalaria	Gestión por procesos	Diseño de procesos	31-37		Mala 0-16 Reg 1-26 Buena 27-35
		Aseguramiento de la calidad			
		control y mejora de los procesos			
		Evaluación de la eficiencia de servicios			
		Evauación de eficacia de servicios			
	Orentación al paciente y la salud pública	Adecuación a las necesidades del paciente	16 -20		Mala 0-11 Reg 12-18 Buena 19-25
		Atención de opiniones y sugerencias			
		Atencion de necesidades de los pacientes			
		Comunicación e informacion			
	Factor humano	Comparación con otras instituciones	25 - 30		TED (5) ED (4) N (3) DA (4) TDA (5)
		Tendencia del sector salud			
		Evaluación de desempeño laboral			
		Desarrollo de potencial			
		Entrenamiento de personal			
Liderazgo	Capacitación y desarrollo	1-7		Mala 0-14 Reg 15-23 Buena 24-30	
	Ambiente seguro				
	Importancia del paciente				
	Mejora del cuidado				
	Dirección accesible				
	Adaptación de estrategias				
Planificación estratégica	Practicas éticas del sector	8 - 15		Mala 0-18 Reg 19-29 Buena 30-35	
	Anticipación de la demanda				
	Aceptación de comentarios				
	Objetivos estrategicos				
	Factores externos				
Información y análisis	Factores internos	21 - 24		Mala 0-9 Reg 10-15 Buena 16-20	
	Comunicación de obejetivos				
	Responsabilidad y mejora del desempeño				
	Etica formal				
	Mejora de servicios comunitarios				

Variable	Dimensiones	Indicadores	Items	Escalas de medición	Niveles y rangos
Sistema de referencias y contrareferencias	Nivel operativo	Procesos y flujos de atención en referencias y contrareferencias	1-12	Si (1) No (0)	Buena
		Elementos administrativos del sistema			0-9
	Nivel técnico profesional	Capacitación del personal que realiza una referencia/contrareferencia	13-16		Regular
		Factores externos			10-20
	Nivel estructural	Accesibilidad y disponibilidad de recursos humanos y materiales en el sistema de referencias y contrareferencias	17-28		Mala
					21-28

2.3 Población, muestra y muestreo

Población

Hernández et al., (2014) refieren, que población “Es el conjunto de todos los casos que concuerdan con una serie de especificaciones” (p. 174). La población en este estudio es finita; según Ramírez, (2010) “una población finita es aquella cuyos elementos en su totalidad son identificados por el investigador” (p. 89).

La población de estudio fue constituida por la totalidad de médicos que laboren en el Hospital II Suárez Angamos, independientemente de su tipo de contrato (276, 728 o CAS) o su especialidad, siendo un total de 80 profesionales.

Se trabajó con la totalidad de la población, por lo que no se hizo ningún tipo de muestreo. Las personas que voluntariamente desearon participar se fueron incluyendo al estudio en forma consecutiva y no probabilística.

Criterios de selección

Criterios de Inclusión

Médicos-Cirujanos colegiados, que mantengan un vínculo laboral vigente con el Hospital II Angamos en el momento de la realización de la encuesta, independientemente del tipo de contrato.

Médicos que hayan aceptado participar voluntariamente en el presente estudio.

Criterios de Exclusión

Médicos - Cirujanos que no deseen participar en el presente estudio.

2.3.1 Muestra

La muestra está conformada por la población de médicos del Hospital II Angamos 2018, siendo un total de 80 profesionales, ya que estos fueron los únicos que

cumplieron los criterios de inclusión y exclusión al momento del levantamiento de información.

2.3.2 Muestreo

En esta investigación se realizó una selección no probabilística y por conveniencia, donde no probabilístico consiste en que se realiza la recolección de datos en un proceso que no brinda igual oportunidad de ser seleccionados a todos los individuos (Hernández et al., 2014, p. 179).

El muestreo por conveniencia es una técnica de muestreo no probabilístico, donde los sujetos son seleccionados de acuerdo al tiempo o la disponibilidad de las personas que forman parte de la muestra (Vivanco, 2005, p. 252).

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

Técnicas de recolección de datos

En esta investigación se utilizó una encuesta para la recolección de datos, de acuerdo a Arias F.G., (2012), la técnica de recolección de datos utilizada fue la encuesta, que se define como aquella que pretende obtener información que suministra un grupo o muestra de sujetos acerca de si mismos, o de un tema en particular. Para la variable 1: Nivel de gestión hospitalaria se aplicó una ficha de encuesta con la finalidad de obtener mediciones cuantitativas útiles para este trabajo de investigación. Para la variable 2: Sistema de referencias y contrareferencias se usó la técnica de observación y el instrumento es una lista de cotejo validado por Sausa, en la tesis para optar el grado de maestra en Gestión por los servicios de salud “Factores de optimización del sistema de referencia y contrareferencia en la red desconcentrada sabogal – Essalud 2016 (Sausa Huamán, 2018).

Instrumentos de recolección de datos

Para la presente investigación se utilizará un instrumento que cuenta con 37 ítems, con 5 dimensiones, y que será respondida mediante el uso de una escala de Likert.

Para la variable 1: Nivel de gestión hospitalaria. Se aplicó una ficha de encuesta.

Ficha técnica

Datos Generales:

Nombre del instrumento: Desempeño de la Gestión hospitalaria.

Autor del instrumento: Andrés Ore Cárdenas (2017)

Significación: El instrumento contiene 5 dimensiones como: liderazgo, planificación estratégica, calidad de atención, información y análisis, factor humano y gestión por procesos.

Extensión: El instrumento cuenta con 37 ítems.

Administración: Individual, una sola vez en determinado momento.

Aplicación: A 80 médicos que laboran en el Hospital Angamos 2018

Puntuación: Calificación manual del 1 al 5, las respuestas pueden ser: Totalmente en Desacuerdo (1), En Desacuerdo (2), Neutral (3), De Acuerdo (4), Totalmente De Acuerdo (5).

Objetivo del instrumento: Determinar la percepción del profesional sobre el nivel de gestión hospitalaria de acuerdo a sus dimensiones.

Para la variable 2: Sistema de referencias y contrarreferencias se aplicó una lista de cotejo considerando lo siguiente:

Datos Generales:

Nombre del instrumento: Manejo del Sistema de Referencias y Contrarreferencias

Autor del instrumento: Betty Sausa Huamán (2018)

Significación: El instrumento contiene 3 dimensiones como: nivel operativo, nivel técnico profesional, nivel estructural.

Extensión: El instrumento cuenta con 28 ítems.

Administración: individual, una sola vez en determinado momento.

Aplicación: A 80 médicos que laboran en el Hospital Angamos 2018

Puntuación: Se utilizó la escala dicotómica, las respuestas pueden ser: si (1) o no (0).

Objetivo del instrumento: Determinar los factores influyentes en el manejo del sistema de Referencias y Contrarreferencias, de acuerdo a las dimensiones de estudio.

Las encuestas fueron aplicadas durante el mes de Diciembre del 2018, previo consentimiento informado (Anexo 03), durante los minutos posteriores a la última atención del profesional médico (cuando este programado en consulta externa), o a la finalización de la visita médica (en el caso de servicios de hospitalización), con la finalidad de no interrumpir sus labores diarias. Previo a la aplicación de la encuesta, se explicó a los voluntarios los objetivos de este estudio, así como sus beneficios para la institución; además, se recalcó que la no participación en este estudio no conlleva ningún efecto en sus actividades diarias o en su remuneración mensual.

Una vez obtenido el consentimiento informado, se procedió a la aplicación del instrumento en forma autoadministrada, en un ambiente cómodo y sin interrupciones para el voluntario. La tesista estuvo a disposición en todo momento, para absolver dudas o consultas sobre el llenado de los cuestionarios.

Finalmente, al tener llenos los cuestionarios, estos fueron ordenados y se procedió al vaciamiento de la información en una base de datos.

2.5. Validez y Confiabilidad

Ambos instrumentos fueron ya validados y utilizados en hospitales dependientes de EsSalud por los autores originales del estudio (Oré Cárdenas, 2017; Sausa Huamán, 2018), por lo que, al ser el contexto similar a lo evaluado por estos estudios, no se requirió ningún proceso de validación adicional (Hernández et al., 2014).

2.6. Métodos de análisis de datos

La información recolectada fue digitada en una base de datos elaborada con ayuda del programa Microsoft Excel 2016 ®, en función a las variables y dimensiones de estudio. Se realizó estadística descriptiva de las variables mediante el uso de frecuencias absolutas y relativas (en variables cualitativas) y de medidas de tendencia central y dispersión (en variables cuantitativas). La evaluación de la distribución de las variables numéricas se realizó con ayuda del test de Kolmogorov-Smirnov, considerándose un valor $p > 0.05$ como indicativo de distribución normal (Anexo 04). Estos valores fueron resumidos mediante el uso de medianas con rango intercuartilar; así como, en tablas y gráficos.

La relación entre el nivel de gestión hospitalaria y el manejo del sistema de referencias y contrarreferencias fueron evaluados mediante el uso de la correlación de Spearman al asumir las variables como numéricas.

El análisis estadístico se realizó mediante el uso del programa IBM SPSS Statistics for Windows, Version 25.0. Armonk, NY: IBM Corp ®. Se considerarán diferencias estadísticamente significativas, aquellas que presenten un valor $p < 0.05$.

2.7. Aspectos éticos

El presente estudio no involucra algún tipo de intervención farmacológica o no farmacológica que pueda poner en peligro la vida o la salud de las personas incluidas; así mismo, estas personas no pertenecen a algún tipo de población considerada vulnerable; por ende, se considera que es una investigación de bajo riesgo.

Aun así, este protocolo fue sometido a la evaluación y aprobación por un Comité Institucional de Ética en Investigación, y todos los voluntarios que deseen incluirse en este estudio deberán firmar un consentimiento informado, en muestra de su autonomía de decisión (World Medical Association, 2013).

Finalmente, las encuestas fueron codificadas, de tal modo que no permitan la identificación de los profesionales incluidos en el estudio. Así mismo, toda la información producto de la recolección de datos será tratada de forma confidencial; ya que la única persona que tuvo acceso a estos formatos fue la tesista, quien preservó estos instrumentos en resguardo.

III. Resultados

3.1. Resultados descriptivos

Variable 1: Nivel de Gestión hospitalaria

Tabla 2

Distribución de frecuencias de la variable nivel de gestión hospitalaria en los médicos que laboran en el Hospital II Angamos, 2018.

		Gestión hospitalaria			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
		a	e	válido	acumulado
Válido	Baja	7	8,8	8,8	8,8
	Regular	64	80,0	80,0	88,8
	Buena	9	11,3	11,3	100,0
	Total	80	100,0	100,0	

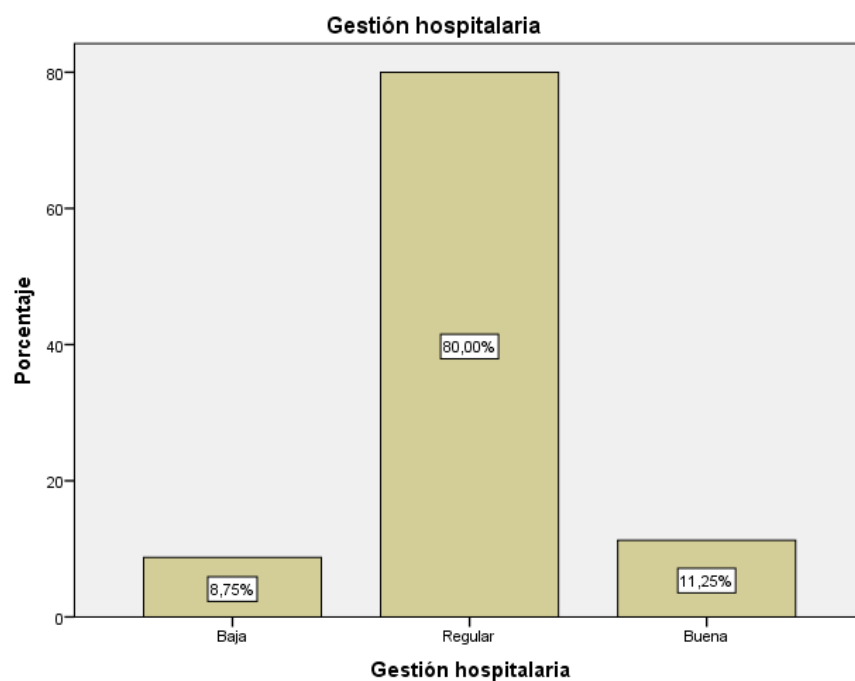


Figura 2: Nivel de Gestión hospitalaria

A la luz de los resultados acorde a la encuesta aplicada se tiene que el 80% de los médicos que laboran en el Hospital II Angamos, 2018, indican que es regular la gestión hospitalaria, el 8,75% señala que es malo y finalmente solo el 11,25% indica que existe un buena gestión hospitalaria en los médicos que laboran en el Hospital II Angamos, 2018.

Dimensión: Gestión de procesos

Tabla 3

Distribución de frecuencias de la dimensión nivel de gestión por procesos en los médicos que laboran en el Hospital II Angamos, 2018

		Gestión de procesos			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Baja	10	12,5	12,5	12,5
	Regular	65	81,3	81,3	93,8
	Buena	5	6,3	6,3	100,0
	Total	80	100,0	100,0	

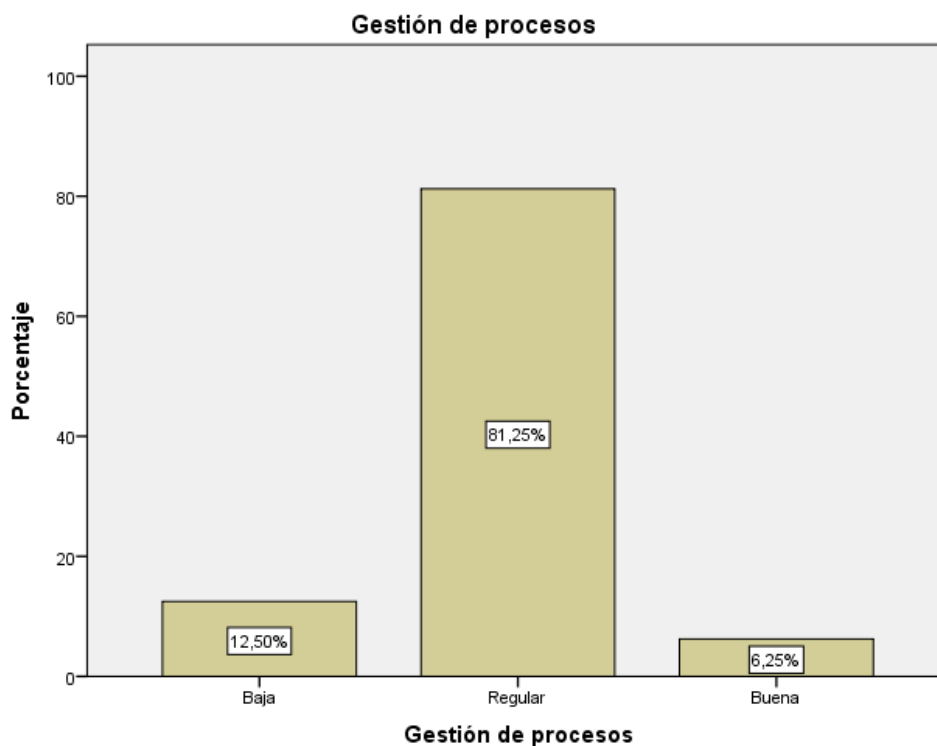


Figura 3: Nivel de gestión por procesos

Los resultados acorde a la encuesta aplicada se tiene que el 81,25% de los médicos que laboran en el Hospital II Angamos, 2018, indican que es regular la gestión por procesos, el 12,5% señala que es malo y finalmente solo el 6,25% indica que existe un buena gestión por procesos en los médicos que laboran en el Hospital II Angamos, 2018.

Dimensión: Orientación hacia el paciente y la salud pública

Tabla 4

Distribución de frecuencias de la dimensión orientación hacia el paciente y la salud pública en los médicos que laboran en el Hospital II Angamos, 2018

Orientación hacia el paciente

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Baja	24	30,0	30,0	30,0
	Regular	49	61,3	61,3	91,3
	Buena	7	8,8	8,8	100,0
	Total	80	100,0	100,0	

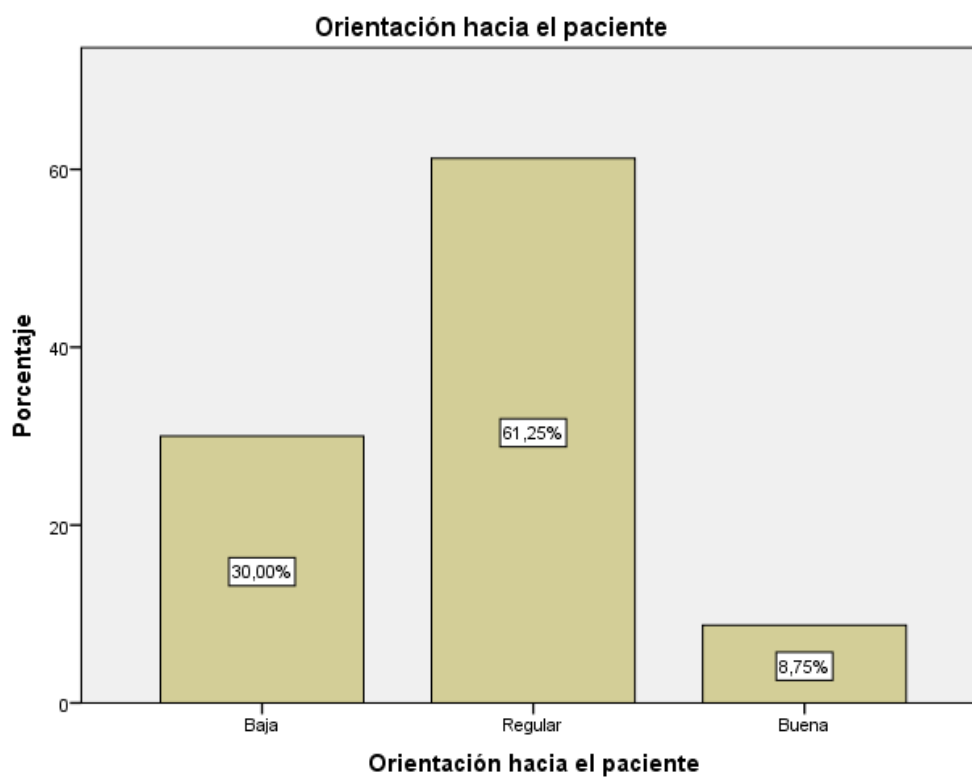


Figura 4: Orientación hacia el paciente y la salud pública.

Los resultados acorde a la encuesta aplicada se tiene que el 61,25% de los médicos que laboran en el Hospital II Angamos, 2018, indican que es regular la orientación hacia el paciente, el 30% señala que es malo y finalmente solo el 8,75% indica que existe un buena orientación hacia el paciente en los médicos que laboran en el Hospital II Angamos, 2018.

Dimensión: Orientación a los recursos humanos

Tabla 5

Distribución de frecuencias de la dimensión orientación a los recursos humanos en los médicos que laboran en el Hospital II Angamos, 2018

		Orientación a los recursos humanos			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Baja	31	38,8	38,8	38,8
	Regular	45	56,3	56,3	95,0
	Buena	4	5,0	5,0	100,0
	Total	80	100,0	100,0	

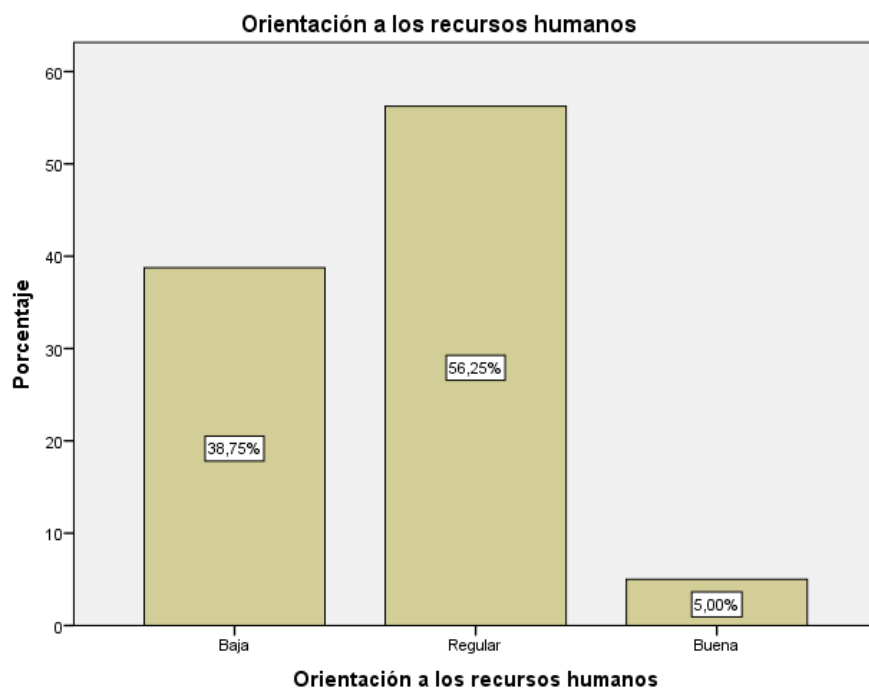


Figura 5: Orientación a los recursos humanos

Los resultados acorde a la encuesta aplicada se tiene que el 56,25% de los médicos que laboran en el Hospital II Angamos, 2018, indican que es regular la orientación a los recursos humanos, el 38.75% señala que es mala y finalmente solo el 5.00% indica que existe un buena orientación a los recursos humanos en los médicos que laboran en el Hospital II Angamos, 2018.

Dimensión: Liderazgo

Tabla 6

Distribución de frecuencias de la dimensión liderazgo en los médicos que laboran en el Hospital II Angamos, 2018

		Liderazgo			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Baja	12	15,0	15,0	15,0
	Regular	62	77,5	77,5	92,5
	Buena	6	7,5	7,5	100,0
	Total	80	100,0	100,0	

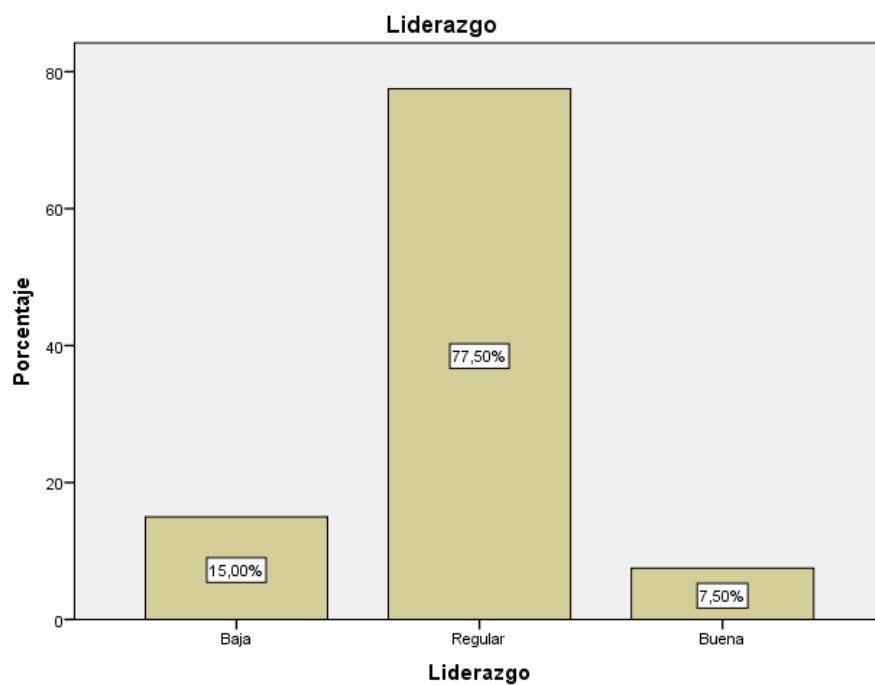


Figura 6: Liderazgo

Los resultados acorde a la encuesta aplicada se tiene que el 77,5% de los médicos que laboran en el Hospital II Angamos, 2018, indican que es regular el liderazgo, el 15% señala que es malo y finalmente solo el 7,5% indica que existe un buen liderazgo en los médicos que laboran en el Hospital II Angamos, 2018.

Dimensión 2: Planificación estratégica

Tabla 7

Distribución de frecuencias de la dimensión la planificación estratégica en los médicos que laboran en el Hospital II Angamos, 2018

		Planificación estratégica			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Baja	6	7,5	7,5	7,5
	Regular	62	77,5	77,5	85,0
	Buena	12	15,0	15,0	100,0
	Total	80	100,0	100,0	

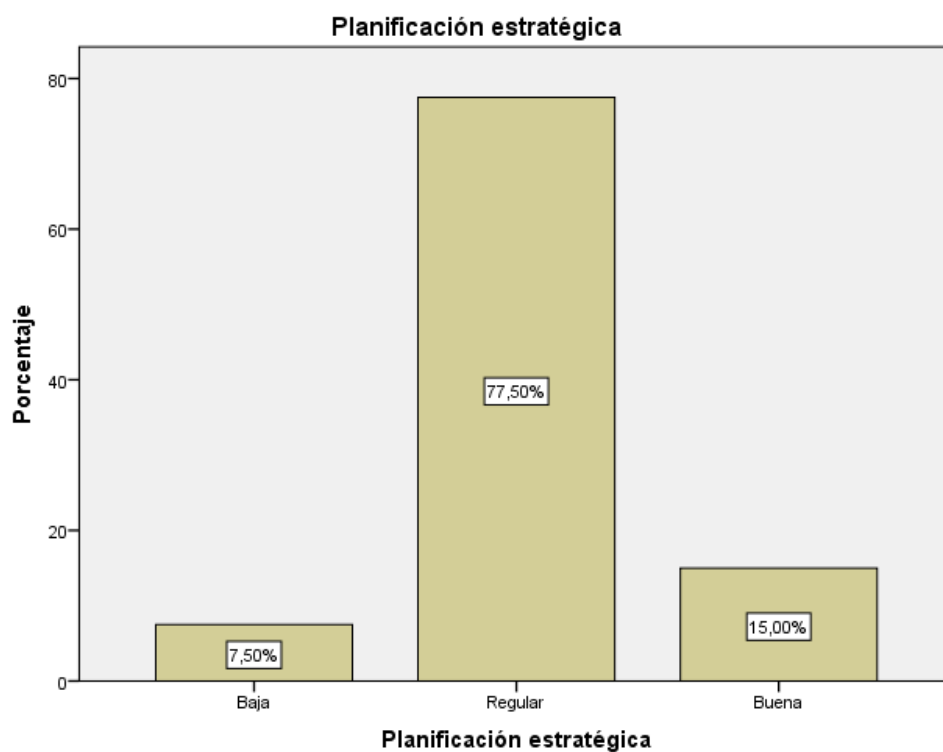


Figura 7: Planificación estratégica

Los resultados acorde a la encuesta aplicada se tiene que el 77,5% de los médicos que laboran en el Hospital II Angamos, 2018, indican que es regular la planificación estratégica, el 7,5% señala que es malo y finalmente solo el 15% indica que existe buena la planificación estratégica en los médicos que laboran en el Hospital II Angamos, 2018.

Dimensión: Información y análisis

Tabla 8

Distribución de frecuencias de la dimensión información y análisis en los médicos que laboran en el Hospital II Angamos, 2018

Información y análisis

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Baja	11	13,8	13,8	13,8
	Regular	61	76,3	76,3	90,0
	Buena	8	10,0	10,0	100,0
	Total	80	100,0	100,0	

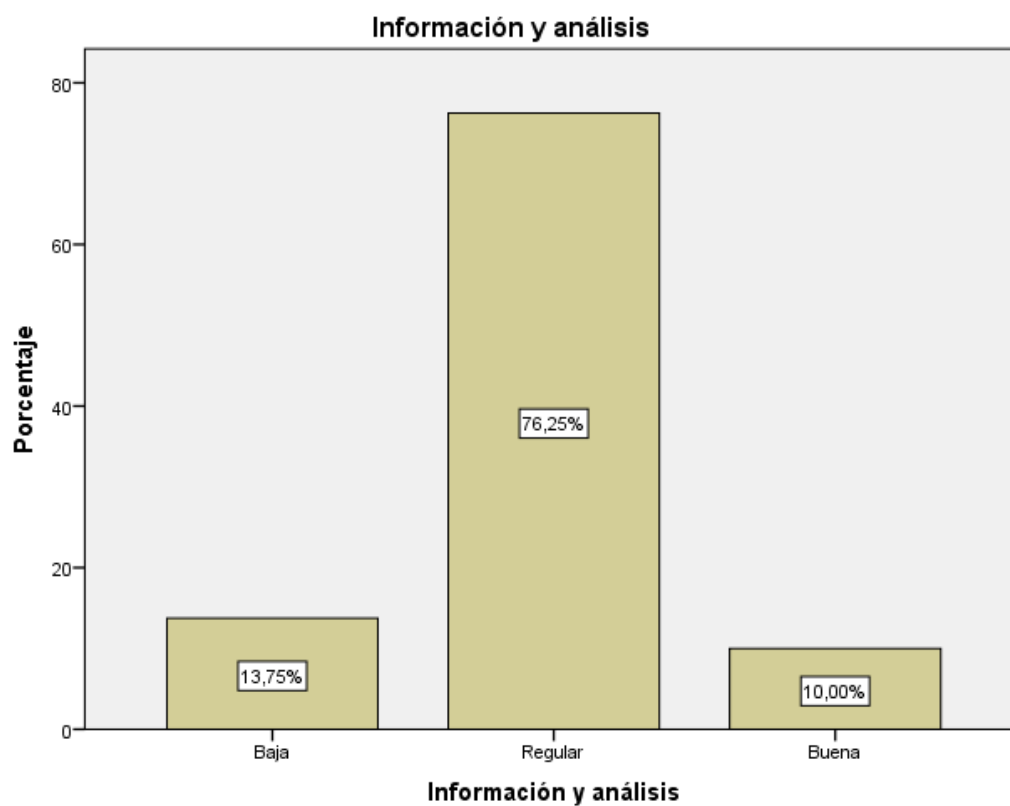


Figura 8: Información y análisis

Los resultados acorde a la encuesta aplicada se tiene que el 76,25% de los médicos que laboran en el Hospital II Angamos, 2018, indican que es regular la información y análisis, el 13,75% señala que es malo y finalmente solo el 10% indica que existe un buena información y análisis en los médicos que laboran en el Hospital II Angamos, 2018.

Variable 2: Sistema de referencias

Tabla 9

Distribución de frecuencias de la variable Sistema de referencias en los médicos que laboran en el Hospital II Angamos, durante el año 2018.

		Sistema de referencias			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	0	1	1,3	1,3	1,3
	Mala	7	8,8	8,8	10,0
	Regular	50	62,5	62,5	72,5
	Buena	22	27,5	27,5	100,0
	Total	80	100,0	100,0	

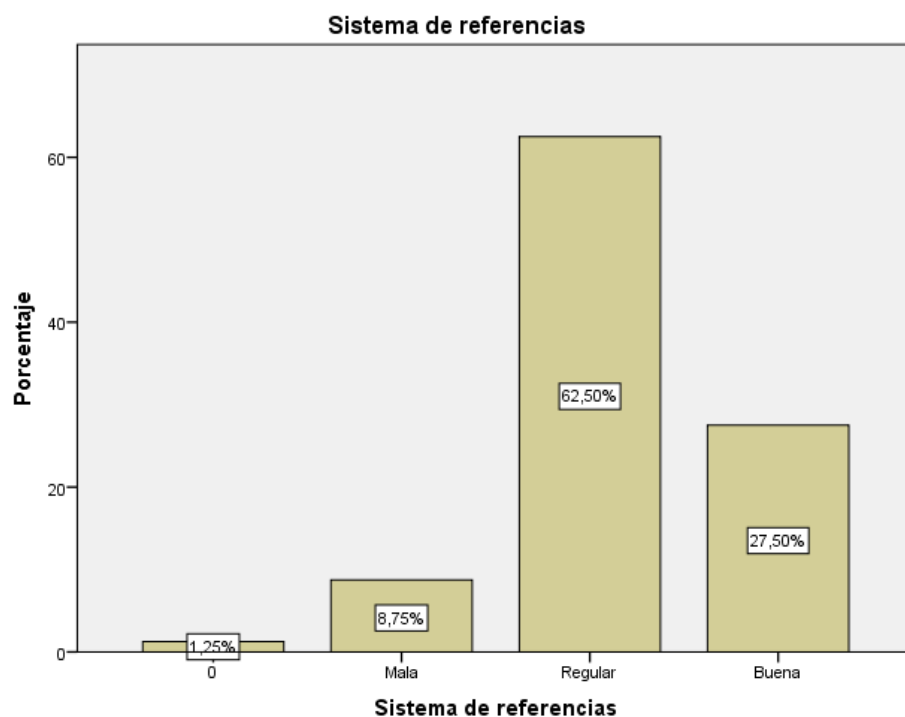


Figura 9: Sistema de referencias y contrareferencias

Los resultados acorde a la lista de cotejo aplicada se tiene que el 62,50% de los médicos que laboran en el Hospital II Angamos, 2018, indican que es regular el manejo del sistema de referencias y contrareferencias, el 8,75% señala que es malo y finalmente el 27,50% indica que existe un buen manejo del sistema de referencias y contrareferencias en los médicos que laboran en el Hospital II Angamos, 2018.

Estadística Inferencial

Prueba de hipótesis

Prueba de hipótesis general:

Ho: No existe relación entre los niveles de la gestión hospitalaria y del sistema de referencias y contrareferencias en los médicos que laboran en el Hospital II Angamos, 2018.

.Ha: Existe relación entre los niveles de la gestión hospitalaria y del sistema de referencias y contrarreferencias en los médicos que laboran en el Hospital II Angamos 2018.

Determinando la correlación con Rho de Spearman:

A una confiabilidad del 95%, con una significancia de 0.05

Tabla 10

Correlación entre el nivel de gestión hospitalaria y del sistema de referencias

Correlaciones			Sistema de referencias	Gestión hospitalaria
Rho de Spearman	Sistema de referencias	Coeficiente de correlación	1,000	,517
		Sig. (bilateral)	.	,000
		N	80	80
	Gestión hospitalaria	Coeficiente de correlación	,517	1,000
		Sig. (bilateral)	,000	.
		N	80	80

Interpretación

El coeficiente de Rho de Spearman tiene un valor de 0.517, el nivel es moderado, así mismo se comprueba que entre el la gestión hospitalaria y del sistema de referencias, existe una relación directa y significativa; al obtener un valor de significancia de $p=0.000$ y es menor de 0.05; se rechaza la hipótesis nula y se acepta la alterna,

demostrando efectivamente que existe relación entre los niveles de la gestión hospitalaria y del sistema de referencias y contrarreferencias en los médicos que laboran en el Hospital II Angamos, 2018.

Hipótesis específica 1:

Ho: No existe relación entre la gestión por procesos y el manejo del sistema de referencias y contrarreferencias en médicos que laboran en el Hospital II Angamos, 2018.

.Ha: Existe relación entre la gestión por procesos y el manejo del sistema referencias y contrarreferencias en médicos que laboran en el Hospital II Angamos, 2018.

Determinando la correlación con Rho de Spearman:

A una confiabilidad del 95%, con una significancia de 0.05

Tabla 11

Correlación entre el nivel de gestión por procesos y el manejo del sistema de referencias y contrarreferencias

Correlaciones

		Sistema de referencias		Gestión de procesos
Rho de Spearman	Sistema de referencias	Coeficiente de correlación	1,000	,525
		Sig. (bilateral)	.	,001
		N	80	80
	Gestión de procesos	Coeficiente de correlación	,525	1,000
		Sig. (bilateral)	,001	.
		N	80	80

Interpretación

El coeficiente de Rho de Spearman tiene un valor de 0.525, el nivel es moderado, así mismo se comprueba que entre la gestión por procesos y el manejo del sistema de referencias y contrarreferencias, existe una relación directa y significativa; al obtener un valor de significancia de $p=0.001$ y es menor de 0.05; se rechaza la hipótesis nula y se acepta la alterna, demostrando efectivamente que existe relación entre la gestión por procesos y el manejo del sistema de referencias y contrarreferencias en médicos que laboran en el Hospital II Angamos, 2018.

Hipótesis específica 2:

Ho: No Existe relación entre la orientación hacia el paciente y la salud pública y el manejo del sistema de referencias y contrarreferencias en médicos que laboran en el Hospital II Angamos, 2018.

Ha: Existe relación entre la orientación hacia el paciente y el manejo del sistema de referencias y contrarreferencias en médicos que laboran en el Hospital II Angamos, 2018.

Determinando la correlación con Rho de Spearman:

A una confiabilidad del 95%, con una significancia de 0.05

Tabla 12

Correlación entre la orientación hacia el paciente y la salud pública y el manejo del sistema de referencias y contrarreferencias

Correlaciones

		Sistema de referencias		Orientación hacia el paciente
Rho de Spearman	Sistema de referencias	Coeficiente de correlación	1,000	,309**
		Sig. (bilateral)	.	,005
		N	80	80
	Orientación hacia el paciente y la salud pública	Coeficiente de correlación	,309**	1,000
		Sig. (bilateral)	,005	.
		N	80	80

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Interpretación

El coeficiente de Rho de Spearman tiene un valor de 0.309, el nivel es moderado, así mismo se comprueba que entre la orientación hacia el paciente y la salud pública y el manejo del sistema de referencias y contrarreferencias, existe una relación directa y significativa; al obtener un valor de significancia de $p=0.005$ y es menor de 0.05; se rechaza la hipótesis nula y se acepta la alterna, demostrando efectivamente que existe relación entre la orientación hacia el paciente y el manejo del sistema de referencias y contrarreferencias en médicos que laboran en el Hospital II Angamos, 2018.

Hipótesis específica 3:

Ho: No Existe relación entre la orientación a los recursos humanos y el manejo del sistema de referencias y contrarreferencias en médicos que laboran en el Hospital II Angamos, 2018.

.Ha: Existe relación entre la orientación a los recursos humanos y el manejo del sistema de referencias y contrarreferencias en médicos que laboran en el Hospital II Angamos, 2018.

Determinando la correlación con Rho de Spearman:

A una confiabilidad del 95%, con una significancia de 0.05

Tabla 13

Correlación entre la orientación a los recursos humanos y el manejo del sistema de referencias y contrarreferencias

Correlaciones

			Sistema de referencias	Orientación a los recursos humanos
Rho de Spearman	Sistema de referencias	Coeficiente de correlación	1,000	,682
		Sig. (bilateral)	.	,001
		N	80	80
	Orientación a los recursos humanos	Coeficiente de correlación	,682	1,000
		Sig. (bilateral)	,001	.
		N	80	80

Interpretación

El coeficiente de Rho de Spearman tiene un valor de 0.682, el nivel es moderado, así mismo se comprueba que entre la orientación a los recursos humanos y el manejo del sistema de referencias y contrarreferencias, existe una relación directa y significativa; al obtener un valor de significancia de $p=0.001$ y es menor de 0.05; se rechaza la hipótesis nula y se acepta la alterna, demostrando efectivamente que existe relación entre la orientación a los recursos humanos y el manejo del sistema de referencias y contrarreferencias en médicos que laboran en el Hospital II Angamos, durante el año 2018.

Hipótesis específica 4:

Ho: No existe relación entre el liderazgo y el manejo del sistema de referencias y contrarreferencias en médicos que laboran en el Hospital II Angamos, 2018.

.Ha: Existe relación entre el liderazgo y el manejo del sistema de referencias y contrarreferencias en médicos que laboran en el Hospital II Angamos, 2018.

Determinando la correlación con Rho de Spearman:

A una confiabilidad del 95%, con una significancia de 0.05

Tabla 14

Correlación entre el liderazgo y el manejo del sistema de referencias

			Sistema de referencias	Liderazgo
Rho de Spearman	Sistema de referencias	Coeficiente de correlación	1,000	,229*
		Sig. (bilateral)	.	,041
		N	80	80
	Liderazgo	Coeficiente de correlación	,229*	1,000
		Sig. (bilateral)	,041	.
		N	80	80

*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

Interpretación

El coeficiente de Rho de Spearman tiene un valor de 0.229, el nivel es bajo, así mismo se comprueba la relación entre el liderazgo y el manejo del sistema de referencias, una relación directa y significativa; al obtener un valor de significancia de $p=0.041$ y es menor de 0.05; se rechaza la hipótesis nula y se acepta la alterna, demostrando efectivamente que existe relación entre el liderazgo y el manejo del sistema de referencias y contrarreferencias en médicos que laboran en el Hospital II Angamos, durante el año 2018.

Hipótesis específica 5:

Ho: No Existe relación entre la planificación estratégica y el manejo del sistema de referencias y contrarreferencias en médicos que laboran en el Hospital II Suárez-Angamos, 2018

.Ha: Existe relación entre la planificación estratégica y el manejo del sistema de referencias y contrarreferencias en médicos que laboran en el Hospital II Angamos, durante el año 2018

Determinando la correlación con Rho de Spearman:

A una confiabilidad del 95%, con una significancia de 0.05

Tabla 15

Correlación entre la planificación estratégica y el manejo del sistema de referencias y contrarreferencias

			Sistema de referencias	Planificació n estratégica
Rho de Spearman	Sistema de referencias	Coeficiente de correlación	1,000	,215
		Sig. (bilateral)	.	,005
		N	80	80
	Planificación estratégica	Coeficiente de correlación	,215	1,000
		Sig. (bilateral)	,005	.
		N	80	80

Interpretación

El coeficiente de Rho de Spearman tiene un valor de 0.215, el nivel es bajo, así mismo se comprueba que entre *la planificación estratégica y el manejo del sistema de referencias y contrarreferencias*, existe una relación directa y significativa; al obtener un valor de significancia de $p=0.005$ y es menor de 0.05; se rechaza la hipótesis nula y se acepta la alterna, demostrando efectivamente que Existe relación entre la planificación estratégica y el manejo del sistema de referencias y contrarreferencias en médicos que laboran en el Hospital II Angamos, 2018

Hipótesis específica 6:

Ho: No existe relación entre la información y análisis y el manejo del sistema de referencias y contrarreferencias en médicos que laboran en el Hospital II Angamos 2018.

.Ha: Existe relación entre la información y análisis y el manejo del sistema de referencias y contrarreferencias en médicos que laboran en el Hospital II Angamos 2018.

Determinando la correlación con Rho de Spearman:

A una confiabilidad del 95%, con una significancia de 0.05

Tabla 16

Correlación entre la información y análisis y el manejo del sistema de referencias y contrarreferencias

			Sistema de referencias	Información y análisis
Rho de Spearman	Sistema de referencias	Coeficiente de correlación	1,000	,445
		Sig. (bilateral)	.	,001
		N	80	80
	Información y análisis	Coeficiente de correlación	,445	1,000
		Sig. (bilateral)	,001	.
		N	80	80

Interpretación

El coeficiente de Rho de Spearman tiene un valor de 0.445, el nivel es moderado, así mismo se comprueba que entre la información y análisis y el manejo del sistema de referencias y contrarreferencias, existe una relación directa y significativa; al obtener un valor de significancia de $p=0.001$ y es menor de 0.05; se rechaza la hipótesis nula y se acepta la alterna, demostrando efectivamente que Existe relación entre la información y análisis y el manejo del sistema de referencias y contrarreferencias en médicos que laboran en el Hospital II Angamos, 2018

IV. Discusión

Con referente a los resultados obtenidos, se debe mencionar que la investigación apunto a buscar la relación existente entre el nivel de gestión hospitalaria y el sistema de referencias y contrareferencias en los médicos que laboran en el Hospital II Angamos, 2018.

Según los resultados de esta investigación existe relación entre las variables Nivel de gestión hospitalaria y el sistema de referencias y contrareferencias ya que el Rho de Spearman es de 0.517 siendo esta a su vez moderado, es decir a mayor nivel de gestión hospitalaria mejor será el manejo del sistema de referencias y contrareferencias. Al obtener un valor de significancia de $p=0.000$ y es menor de 0.05; se demuestra que, si existe relación significativa entre la gestión hospitalaria y el sistema de referencias y contrareferencias en los médicos que laboran en el Hospital II Angamos, 2018. El nivel de gestión hospitalaria se muestra como una variable compleja, cuya evaluación en forma unitaria es difícil y poco adecuada. En esta investigación, se eligió un modelo basado en seis dimensiones que intentar abarcar todos los aspectos incluidos en la gestión hospitalaria de un establecimiento de segundo o tercer nivel de atención (Sabella, Omran, y Kashou, 2014). Los resultados de este estudio son coherentes con la investigación de Oré Cárdenas, (2017), en donde se encontró que el nivel de gestión hospitalaria está relacionada con el desempeño organizacional, del cual uno de los componentes es el desempeño del sistema de referencias y contrarreferencias en un establecimiento de salud.

Con respecto a la hipótesis específica 1 entre el nivel de gestión por procesos y el manejo del sistema de referencias y contrareferencias, existe una relación directa y significativa al obtener un valor de 0.525, el nivel es moderado es decir a mayor nivel de gestión hospitalaria, mejor será el manejo de referencias y contrareferencias en los médicos que laboran en el Hospital II Angamos, 2018. La gestión por procesos es uno de los pilares de la gestión moderna en servicios de salud, y la adopción de este estilo de gestión promueve la transición de una estructura clásica médica, bastante basada

en las jerarquías a un trabajo en equipo, multidisciplinario y basado en indicadores (Rehder, 2012). Un estudio previo ha demostrado que un adecuado nivel de gestión de procesos está asociado a la mejora de la eficiencia de los servicios de salud y la satisfacción de los pacientes; mejorando el suministro de insumos, el flujo de la información, y la gestión de riesgos, todos estos componentes asociados a los sistemas organizacionales como el de referencias y contrarreferencias (Buttigieg, Dey, y Gauci, 2016).

Con respecto a la hipótesis específica 2 entre la orientación hacia el paciente y la salud pública (calidad de atención) y el manejo del sistema de referencias y contrarreferencias, existe una relación directa y significativa al obtener un valor de 0.309, el nivel es moderado es decir a mayor nivel de gestión hospitalaria, mejor será el manejo de referencias y contrarreferencias en los médicos que laboran en el Hospital II Angamos, 2018. Esta variable es bastante compleja y se debe entender las limitaciones del instrumento utilizado en este estudio para poder evaluarla a cabalidad, ya que preferentemente se obtienen mejores resultados al usar un estudio cualitativo (Campos, Negromonte Filho, y Castro, 2017). Un estudio previo que uso otros instrumentos para medir las percepciones sobre la calidad de la atención en profesionales de la salud, refieren que la educación médica a veces influye en reducir la percepción de “satisfacción del paciente” en aspectos como el “salvar la vida” o “la educación del paciente” (Druguş, Oprean, y Azoicăi, 2015). No se encontraron antecedentes que relacionen el nivel de calidad de atención con el manejo del sistema de referencias y contrarreferencias; sin embargo, este componente es tomado en cuenta como punto focal en evaluaciones de otros sistemas organizacionales en los que si se ha encontrado una relación directa (Aghamolaei et al., 2014).

Con respecto a la hipótesis específica 3 entre la orientación de los recursos humanos y el manejo del sistema de referencias y contrarreferencias, existe una relación directa y significativa al obtener un valor de 0.682, el nivel es moderado es decir a mayor nivel de gestión hospitalaria, mejor será el manejo de referencias y contrarreferencias en los médicos que laboran en el Hospital II Angamos, 2018. Estudios previos reconocen la importancia de establecer mecanismos institucionales

de recompensa y apoyo al buen desempeño de los trabajadores en la mejora de la gestión hospitalaria (Abduljawad & Al-Assaf, 2011; Berenson & Rice, 2015); aunque al parecer, factores de clima organizacional aun merecen ser tomados en cuenta para elaborar futuras intervenciones que mejoren la gestión asistencial, como lo mostró Zapana Pineda, (2015), en la evaluación de la gestión del recurso humano en la oficina de referencias y contrarreferencias en el CAP III Metropolitano de Puno.

Con respecto a la hipótesis específica 4 en el cual se comprueba que entre el liderazgo y el manejo del sistema de referencias y contrarreferencias, existe una relación directa y significativa al obtener un valor de 0.229; siendo esta a su vez baja, es decir que existe relación significativa entre el liderazgo y el manejo del sistema de referencias y contrarreferencias en los médicos que laboran en el Hospital II Angamos, 2018. Estos resultados son coherentes con lo mencionado por Dickinson et al (2017); y O'Neil, (2008), quienes encontraron que el liderazgo en los servicios de salud está estrechamente relacionado con el compromiso que los profesionales asumen con sus labores, en este caso con el manejo de sistemas hospitalarios, como el de referencias y contrarreferencias.

Con respecto a la hipótesis específica 5 entre la planificación estratégica y el manejo del sistema de referencias y contrarreferencias, existe una relación directa y significativa al obtener un valor de 0.215; siendo esta a su vez baja es decir que existe relación significativa entre la planificación estratégica y el manejo del sistema de referencias y contrarreferencias en los médicos que laboran en el Hospital II Angamos, 2018. Esto es similar a lo evidenciado por Terzic-Supic et al., (2015) quienes encontraron que un correcto entrenamiento de los profesionales de la salud en planeamiento estratégico puede mejorar la toma de decisiones, lo que incrementa la competitividad de las instituciones y el desempeño de sus sistemas organizacionales, como el de referencias. Devitt, Klassen, y Martalog, (2005) en una experiencia similar, encontró que la implementación de un planeamiento estratégico en un establecimiento

de salud de tercer nivel, en tres años, logró una mejora en el 80% de todas las metas asistenciales, incluidas las de referencias y contrarreferencias.

Con respecto a la hipótesis específica 6 entre la información y análisis y el manejo del sistema de referencias y contrarreferencias, existe una relación directa y significativa al obtener un valor de 0.445, el nivel es moderado es decir a mayor nivel de gestión hospitalaria, mejor será el manejo de referencias y contrarreferencias en los médicos que laboran en el Hospital II Angamos, 2018. Estos resultados son consistentes con lo encontrado por Kamau, Onyango-Osuga, y Njuguna, (2017), en donde encontraron que un 52% del personal asistencial no estaba capacitado en el uso del sistema informático de referencias.

V. Conclusiones

Primera

Existe relación directa y significativa entre el nivel de gestión hospitalaria y el sistema de referencia en médicos que laboran en el Hospital II Angamos, 2018, con ($\rho = 0.517$), siendo moderado es decir a mayor nivel de gestión hospitalaria mejor será el manejo del sistema de referencias y contrareferencias.

Segunda

Existe relación directa y significativa entre la gestión de procesos y el manejo del sistema de referencias y contrareferencias en médicos que laboran en el Hospital II Angamos durante el año 2018, con una relación estadística moderada ($\rho = 0.525$).siendo un nivel moderado es decir a mayor nivel de gestión hospitalaria mejor será el manejo de referencias y contrareferencias.

Tercera

Existe relación directa y significativa entre la orientación hacia el paciente y la salud pública y el manejo del sistema de referencias y contrareferencias en médicos que laboran en el Hospital II Angamos 2018, con una relación estadística media ($\rho = 0.309$), es decir a mayor nivel de gestión hospitalaria mejor será el manejo de referencias y contrareferencias.

Cuarta

Existe relación directa y significativa entre la orientación a los recursos humanos y el manejo del sistema de referencias y contrareferencias en médicos que laboran en el Hospital II Angamos, 2018, con una relación estadística moderada ($\rho = 0.682$), es decir a mayor nivel de gestión hospitalaria mejor será el manejo de referencias y contrareferencias.

Quinta

Existe relación directa y significativa entre el nivel de liderazgo y el sistema de referencias y contrareferencia en médicos que laboran en el Hospital II Angamos,

2018, con una relación estadística baja ($\rho = 0.229$), es decir a mayor nivel de gestión hospitalaria mejor será el manejo de referencias y contrareferencias.

Sexta

Existe relación directa y significativa entre el nivel de planificación estratégica y el manejo de referencias y contrareferencias en médicos que laboran en el Hospital II Angamos, 2018, con una relación estadística baja ($\rho = 0.215$), es decir a mayor nivel de gestión hospitalaria mejor será el manejo de referencias y contrareferencias.

Séptima

Existe relación directa y significativa entre la información de análisis y el manejo del sistema de referencias y contrareferencias en médicos que laboran en el Hospital II Angamos 2018, con una relación estadística media ($\rho = 0.445$), es decir a mayor nivel de gestión hospitalaria mejor será el manejo de referencias y contrareferencias.

VI. Recomendaciones

Primera

Se recomienda al equipo gestor y al Jefe de Referencias y Contrarreferencias, reforzar los aspectos de liderazgo, tanto dentro del equipo de trabajo como ante el personal asistencial del hospital.

Segunda

Se recomienda al equipo gestor y al director del Hospital II Angamos, establecer un plan de trabajo dirigido a mejorar el funcionamiento del Sistema de Referencias y Contrarreferencias, en base a los objetivos estratégicos de la institución y del hospital.

Tercera

Se sugiere al equipo gestor y a los Jefes de áreas clínicas y quirúrgicas implementar un plan de capacitación y mejora sobre criterios de calidad en la atención, incluyendo acápite sobre el manejo del Sistema de Referencias y Contrarreferencias.

Cuarta

Se sugiere al equipo gestor y al Jefe de Referencias y Contrarreferencias establecer un plan de capacitación sobre el manejo del sistema informático y de los formatos involucrados en los procesos de referencia y contrarreferencia, para el personal asistencial.

Quinta

Se sugiere al equipo gestor y al director del hospital implementar un plan de mejora del clima organizacional y de incentivos a los trabajadores que cumplan metas de indicadores asistenciales, específicamente los estipulados en la normativa vigente de Referencias y Contrarreferencias en EsSalud.

Sexta

Se sugiere al equipo gestor y al Jefe de Referencias y Contrarreferencias, socializar e implementar el mapa de procesos de la oficina de Referencias del Hospital II Angamos, con la finalidad de lograr una gestión orientada en procesos.

VII. REFERENCIAS

- Abduljawad, A., & Al-Assaf, A. F. (2011). Incentives for Better Performance in Health Care. *Sultan Qaboos University Medical Journal*, 11(2), 201–206.
- Abraham, O., Linnander, E., Mohammed, H., Fetene, N., & Bradley, E. (2015). A Patient-Centered Understanding of the Referral System in Ethiopian Primary Health Care Units. *PLOS ONE*, 10(10), e0139024. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0139024>
- Aghamolaei, T., Eftekhaari, T. E., Rafati, S., Kahnouji, K., Ahangari, S., Shahrzad, M. E., ... Hoseini, S. H. (2014). Service quality assessment of a referral hospital in Southern Iran with SERVQUAL technique: patients' perspective. *BMC Health Services Research*, 14, 322. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-322>
- Armijo, M. (2009). Manual de Planificación Estratégica e Indicadores de Desempeño en el Sector Público. ILPES/CERPAL. Recuperado de https://www.cepal.org/ilpes/noticias/paginas/3/38453/manual_planificacion_est_rategica.pdf
- Arnold-Cathalifaud, M. (2008). LAS ORGANIZACIONES DESDE LA TEORÍA DE LOS SISTEMAS SOCIOPOIÉTICOS. *Cinta de moebio*, (32), 90–108. <https://doi.org/10.4067/S0717-554X2008000200002>
- Ávila, M. H. (2007). *Epidemiología: diseño y análisis de estudios*. Ed. Médica Panamericana.
- Beckfield, J., Olafsdottir, S., & Sosnaud, B. (2013). Healthcare Systems in Comparative Perspective: Classification, Convergence, Institutions, Inequalities, and Five Missed Turns. *Annual review of sociology*, 39, 127–146. <https://doi.org/10.1146/annurev-soc-071312-145609>
- Berenson, R. A., & Rice, T. (2015). Beyond Measurement and Reward: Methods of Motivating Quality Improvement and Accountability. *Health Services Research*, 50(Suppl Suppl 2), 2155–2186. <https://doi.org/10.1111/1475-6773.12413>
- Buttigieg, S. (Alexandra, Dey, P., & Gauci, D. (2016). Business process management in health care: current challenges and future prospects. *Innovation and Entrepreneurship in Health*, 2016, 1–13. <https://doi.org/10.2147/IEH.S68183>
- Cahua, J. (2015) *Nivel de cumplimiento del indicador de referencia en el marco de la tercerización de los servicios de salud 2014 - 2015* (Tesis Magistral).

- Universidad San Martín de Porres, Lima. Recuperado de <http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/handle/usmp/2082>
- Campos, D. F., Negromonte Filho, R. B., & Castro, F. N. (2017). Service quality in public health clinics: perceptions of users and health professionals. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 30(8), 680–692. <https://doi.org/10.1108/IJHCQA-09-2016-0140>
- Carneiro, M. do S. M., Melo, D. M. S., Gomes, J. M., Pinto, F. J. M., & Silva, M. G. C. da. (2014). Avaliação do atributo coordenação da Atenção Primária à Saúde: aplicação do PCATool a profissionais e usuários. *Saúde em Debate*, 38(spe), 279–295. <https://doi.org/10.5935/0103-1104.2014S021>
- Cetrángolo O, Bertranou F, Casanova L, & Casalí P. (2013). *El sistema de salud del Perú: situación actual y estrategias para orientar la extensión de la cobertura contributiva*. Lima: OIT/Oficina de la OIT para los Países Andinos.
- Devitt, R., Klassen, W., & Martalog, J. (2005). Strategic management system in a healthcare setting--moving from strategy to results. *Healthcare Quarterly (Toronto, Ont.)*, 8(4), 58–65.
- Dickinson, H., Phelps, G., Loh, E., & Bismark, M. (2017). Medical management and leadership: a time of transition? *Internal Medicine Journal*, 47(7), 818–820. <https://doi.org/10.1111/imj.13479>
- Disu, E. A., Akodu, S. O., & Nkoganma, O. F. (2017). Profile and outcome of primary health workers' referrals in a cosmopolitan state in Nigeria. *The Nigerian Journal of General Practice*, 15(2), 26. https://doi.org/10.4103/NJGP.NJGP_3_17
- Druguş, D., Oprean, C., & Azoicăi, D. (2015). STUDY ON HEALTH PROFESSIONALS' PERCEPTION OF QUALITY OF HEALTHCARE PROVIDED TO PATIENTS. *Revista Medico-Chirurgicala a Societatii De Medici Si Naturalisti Din Iasi*, 119(2), 517–521.
- Eskandari, M., Abbaszadeh, A., & Borhani, F. (2013). Barriers of Referral System to Health Care Provision in Rural Societies in Iran. *Journal of Caring Sciences*, 2(3), 229–236. <https://doi.org/10.5681/jcs.2013.028>

- Farahat, T., Al-Kot, M., & Aldemerdash, M. (2015). Current situation of the referral system in family practice in Shebein El-Koum District, Menoufia Governorate, Egypt. *Menoufia Medical Journal*, 28(2), 360–366.
- Flegel, K. (2015). Tertiary hospitals must provide general care. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal*, 187(4), 235. <https://doi.org/10.1503/cmaj.150056>
- Fonseca, V. S. D., & Da, C. L. S. M. (2003). Reflexiones en torno a tres enfoques de la estrategia en las organizaciones: selección estratégica, enfoque cognoscitivo y enfoque institucional. *Academia. Revista Latinoamericana de Administración*, (30), 35–56.
- Fontcuberta Martínez, J., & Muñoz Ureña, A. M. (2015). Estudios observacionales. Estudios descriptivos, cohortes y casos control. En *Metodología de la Investigación y Práctica Clínica Basada en la Evidencia. Programa transversal y complementario del residente (PTCR)* (pp. 51–57). Murcia: Quaderna Editorial.
- Fuchs, V. R. (1991). National Health Insurance Revisited. *Health Affairs*, 10(4), 7–17. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.10.4.7>
- Gavilano, L. E. P., & Kuljich, M. M. (2018). Calidad percibida del servicio y cultura de seguridad en salud en el personal médico del Hospital II EsSalud Vitarte. Lima, 2017. *Horizonte Médico*, 18(3), 48–56.
- Giermaziak, W., & Kamiński, J. (2012). [Health care financing models]. *Polski Merkurusz Lekarski: Organ Polskiego Towarzystwa Lekarskiego*, 33(198), 309–312.
- Gómez A, & Pineda F. (2013). Sistemas de salud: Definiciones, componentes y evaluación. *Monitor Estratégico*, Superintendencia Nacional de Salud de Colombia., (4), 85–97.
- Gu, X., & Itoh, K. (2016). Performance indicators: healthcare professionals' views. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 29(7), 801–815. <https://doi.org/10.1108/IJHCQA-12-2015-0142>
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación*. McGraw-Hill Education.

- Horvat, A., & Filipovic, J. (2018). Healthcare system quality indicators: the complexity perspective. *Total Quality Management & Business Excellence*, 0(0), 1–17. <https://doi.org/10.1080/14783363.2017.1421062>
- Husebø, S. E., & Akerjordet, K. (2016). Quantitative systematic review of multi-professional teamwork and leadership training to optimize patient outcomes in acute hospital settings. *Journal of Advanced Nursing*, 72(12), 2980–3000. <https://doi.org/10.1111/jan.13035>
- Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America. (2000). *To Err is Human: Building a Safer Health System*. (L. T. Kohn, J. M. Corrigan, & M. S. Donaldson, Eds.). Washington (DC): National Academies Press (US). Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK225182/>
- Kamau, K. J., Onyango-Osuga, B., & 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>
- Kavosi, Z., & Siavashi, E. (2018). A Study of the Performance of Referral System in Urban Family Physician Program in Fars Province, Iran. *Journal of Health Management and Informatics*, 5(3), 88–95.
- Lee, Y.-C., Huang, Y.-T., Tsai, Y.-W., Huang, S.-M., Kuo, K. N., McKee, M., & Nolte, E. (2010). The impact of universal National Health Insurance on population health: the experience of Taiwan. *BMC Health Services Research*, 10(1), 225. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-10-225>
- Linnander, E. L., Mantopoulos, J. M., Allen, N., Nembhard, I. M., & Bradley, E. H. (2017). Professionalizing Healthcare Management: A Descriptive Case Study. *International Journal of Health Policy and Management*, 6(10), 555–560. <https://doi.org/10.15171/ijhpm.2017.40>
- Llave, R., & Rodríguez, E. (2016). 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*, 11(4), 85–103.

- Manrique, J. (2014). *Gestión del Talento Humano en Servicios de Salud*. Atención sanitaria presentado en Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima. Recuperado de <https://es.slideshare.net/jorgemanriquechavez/clase-08-gestin-del-talento-humano-en-servicios-de-salud>
- Manyazewal, T. (2017). Using the World Health Organization health system building blocks through survey of healthcare professionals to determine the performance of public healthcare facilities. *Archives of Public Health*, 75. <https://doi.org/10.1186/s13690-017-0221-9>
- Meghachandra Singh, M. (2015). Operationalizing an effective referral system in India. *The BMJ*, (351), h5489.
- Ministerio de Salud (MINSa). Sistema de referencia y contrarreferencia de los establecimientos del Ministerio de Salud, Pub. L. No. RM N°751-2004/MINSa, 79 (2004). Recuperado de <http://www.dgiem.gob.pe/norma-tecnica-del-sistema-de-referencia-y-contrarreferencia-de-los-establecimientos-del-ministerio-de-salud/>
- Ministerio de Salud (Perú). Norma Técnica del Sistema de Referencia y Contrarreferencia de los Establecimientos del Ministerio de Salud., Pub. L. No. RM N°751-2004/MINSa, NT N°018-MINSa/DGSP-V.01 95 (2004). Recuperado de http://bvs.minsa.gob.pe/local/dgsp/115_NTREFYCON.pdf
- Múgica, C. (2003). Liderazgo en la gestión. *Revista del Hospital General "La Quebrada"*, 2(1), 30–35.
- Nahin, R. L., Stussman, B. J., & Herman, P. M. (2015). Out-of-Pocket Expenditures on Complementary Health Approaches Associated with Painful Health Conditions in a Nationally Representative Adult Sample. *The journal of pain : official journal of the American Pain Society*, 16(11), 1147–1162. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2015.07.013>
- Naseriasl, M., Janati, A., Amini, A., & Adham, D. (2018). Referral system in rural Iran: improvement proposals. *Cadernos De Saude Publica*, 34(3), e00198516. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00198516>
- Nkurunziza, T., Toma, G., Odhiambo, J., Maine, R., Riviello, R., Gupta, N., ... Hedt-Gauthier, B. (2016). Referral patterns and predictors of referral delays for

- patients with traumatic injuries in rural Rwanda. *Surgery*, 160(6), 1636–1644. <https://doi.org/10.1016/j.surg.2016.08.006>
- Oficina de Inteligencia Sanitaria. (2017). Anuario Estadístico 2017. Seguro Social de Salud.
- O'Neil, M. L. (2008). Human resource leadership: the key to improved results in health. *Human Resources for Health*, 6, 10. <https://doi.org/10.1186/1478-4491-6-10>
- Oré Cárdenas, A. (2017). Gestión y desempeño en un Hospital de Essalud, Cañete, Lima, 2017. *Repositorio de la Universidad del Pacífico - UP*. Recuperado de <http://repositorio.up.edu.pe/handle/11354/1968>
- Organización Mundial de la Salud. (2015). Management of quality of care. Recuperado 10 de noviembre de 2018, de <http://www.who.int/management/quality/en/>
- Ortega, M. Á. F., Prato, J. B. R., Coria, A. E. I., Lara, S. B., Barrell, A. E., & Téllez, V. M. J. (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(Suplemento 2-VI CUMBRE), 37–45.
- Pepper, S. (2011). Definición de gestión por procesos. *Medwave*, 11(05). <https://doi.org/10.5867/medwave.2011.05.5032>
- Peralta, E. (2016). Teoría general de los sistemas aplicada a modelos de gestión. *Aglala*, 7(1), 122–145. <https://doi.org/10.22519/22157360.901>
- Pretell, E. A. (2017). De la investigación científica al diseño de políticas de salud: la experiencia con la eliminación de la deficiencia de yodo en Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 34(3), 528–537. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2017.343.2861>
- Ramírez, A. (2010). *Metodología de la Investigación Científica* (2ª ed.). Calí: Pontificia Universidad Javeriana.
- Rehder, S. (2012). *Creating sustainable process management in healthcare. A framework based on 17 case studies and its application to the Skaraborg Hospital Group* (Master of Science Thesis in Quality and Operations Management). Chalmers University of Technology, Goteborg. Recuperado de <http://publications.lib.chalmers.se/records/fulltext/166932.pdf>

- Sabella, A., Omran, O., & Kashou, R. (2014). Quality management practices and their relationship to organizational performance. *International Journal of Operations & Production Management*, 34(12), 1487–1505. <https://doi.org/10.1108/IJOPM-04-2013-0210>
- Salirrosas, K. S., Pastor, A. G., & Tovar, J. R. (2016). Avance en los sistemas de Referencia y Contrarreferencia en EsSalud. *Acta Méd Orreguiana Hampi Runa*, 14(1), 63–82.
- Sánchez-Moreno, F. (2014). El sistema nacional de salud en el Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*, 31(4), 747–753.
- Sausa Huamán, E. B. (2018). *Factores de optimización del sistema de referencia y contrarreferencia en la Red Desconcentrada Sabogal-EsSalud 2016* (Tesis Magistral). Universidad César Vallejo, Lima. Recuperado de <http://repositorio.ucv.edu.pe/handle/UCV/14459>
- Seguro Social de Salud. (2008). Manual Institucional (EsSalud). Recuperado de http://www.essalud.gob.pe/defensoria/manual_institucional.pdf
- Seguro Social de Salud. Normas para el proceso de referencia y contrarreferencia en EsSalud, Pub. L. No. Resolución N° 1517-GG-ESSALUD-2015, 29 (2015).
- Senitan, M., Alhaiti, A. H., & Lenon, G. B. (2018). Factors contributing to effective referral systems for patients with non-communicable disease: evidence-based practice. *International Journal of Diabetes in Developing Countries*, 38(1), 115–123. <https://doi.org/10.1007/s13410-017-0554-5>
- Singh, H. (2017). *Essentials of Management for Healthcare Professionals*. Taylor & Francis.
- Terzic-Supic, Z., Bjegovic-Mikanovic, V., Vukovic, D., Santric-Milicevic, M., Marinkovic, J., Vasic, V., & Laaser, U. (2015). Training hospital managers for strategic planning and management: a prospective study. *BMC Medical Education*, 15, 25. <https://doi.org/10.1186/s12909-015-0310-9>
- Vargas, I., Garcia-Subirats, I., Mogollón-Pérez, A.-S., Ferreira-de-Medeiros-Mendes, M., Eguiguren, P., Cisneros, A.-I., ... Vázquez, M.-L. (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. *Health Policy and Planning*, 33(4), 494–504. <https://doi.org/10.1093/heapol/czy016>
- Vargas, I., Mogollón-Pérez, A. S., De Paepe, P., Ferreira da Silva, M. R., Unger, J.-P., & Vázquez, M.-L. (2016). Barriers to healthcare coordination in market-based and decentralized public health systems: a qualitative study in healthcare networks of Colombia and Brazil. *Health Policy and Planning*, 31(6), 736–748. <https://doi.org/10.1093/heapol/czv126>
- Vignolo, J., Vacarezza, M., Álvarez, C., & Sosa, A. (2011). Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. *Archivos de Medicina Interna*, 33(1), 7–11.
- Vivanco, M. (2005). *Muestreo Estadístico: Diseño y Aplicaciones*. Santiago: Editorial Universitaria.
- von Bertalanffy L. (1969). *General system theory; foundations, development, applications*. New York: G. Braziller.
- Wallace, L. S. (2013). A View of Health Care Around the World. *Annals of Family Medicine*, 11(1), 84. <https://doi.org/10.1370/afm.1484>
- World Health Organization. (2007). Everybody's business - strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action. WHO. Recuperado de http://www.who.int/healthsystems/strategy/everybodys_business.pdf
- World Health Organization. (2010). Management of health facilities: Referral systems. Recuperado 11 de octubre de 2018, de <http://www.who.int/management/facility/referral/en/>
- World Medical Association. (2013). World medical association declaration of helsinki: Ethical principles for medical research involving human subjects. *JAMA*, 310(20), 2191–2194. <https://doi.org/10.1001/jama.2013.281053>
- Zapana Pineda, R. (2015). *Analisis de la oficina de referencia y contrareferencia en el centro de atencion primaria CAP III Metropolitano. Puno-Essalud (2015)*. (Tesis para obtener el Título Profesional de Especialista en Promoción de la Salud y Terapia Familiar). Universidad Nacional San Agustín, Arequipa. Recuperado de <http://repositorio.unsa.edu.pe/handle/UNSA/2152>

ANEXOS

ANEXOS

- 1) Matriz de Consistencia
- 2) Instrumentos de recolección de datos
- 3) Consentimiento Verbal
- 4) Carta de aceptación de la institución
- 5) Certificados de validez de instrumentos

MATRIZ DE CONSISTENCIA

TÍTULO: Gestión hospitalaria y el sistema de referencia-contrarreferencia en el Hospital II Angamos-EsSalud (2018)

AUTOR: Br. Miriam Janet Mayta Coronel

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES E INDICADORES			
Problema principal: ¿Cuál es la relación entre el nivel de gestión hospitalaria y el sistema de referencias y contrarreferencias según la percepción de los médicos del Hospital II Angamos – Lima; 2018?	Objetivo general: Determinar si existe asociación entre el nivel de gestión hospitalaria y el sistema de referencias y contrarreferencias según la percepción de los médicos del Hospital II Angamos – Lima, 2018	Hipótesis general Existe relación entre el nivel de gestión hospitalaria y el sistema de referencias y contrarreferencias según la percepción de los médicos del Hospital II Angamos, - Lima 2018.	Dimensiones	Indicadores	Ítems	Niveles o rangos
			Variable: Sistema de Referencias y Contrarreferencias			
			Nivel Operativo	Procesos y flujos de atención en referencias y contrarreferencias. Elementos administrativos del sistema.	1-12	Buena 0-9 Regular 10-20 Mala 21-28
			Nivel Técnico Profesional	Capacitación del personal que realiza una referencia/contrarreferencia	13-16	Buena 0-9 Regular 10-20

Problemas específicos - ¿Cuál es la relación entre el nivel de gestión por procesos y el manejo del sistema de referencias y contrarreferencias en médicos que laboran en el Hospital II Angamos, 2018?	Objetivos específicos: - Determinar la relación entre el nivel de gestión por procesos y el manejo del sistema de referencias y contrarreferencias en médicos que laboran en el Hospital II Angamos, 2018. - Determinar la relación entre el	Hipótesis específicas: -H1 Existe relación entre el nivel de gestión por procesos y el manejo del sistema de referencias y contrarreferencias en médicos que laboran en el Hospital II Angamos, 2018. -H2 Existe relación entre el nivel de				Mala 21-28	
			Nivel Estructural	Accesibilidad y disponibilidad de recursos humanos y materiales en el sistema de referencia y contrarreferencia	17-28	Buena 0-9 Regular 10-20 Mala 21-28	
			Variable:Nivel de gestión hospitalaria				
			Gestión por Procesos	Diseño de procesos Aseguramiento de la calidad Control y mejora de los procesos Evaluación de eficiencia de servicios Evaluación de eficacia de servicios.	31-37	Mala 0-16 Regular 1-26 Buena 27-35	

<p>- ¿Cuál es la relación entre el nivel de orientación del paciente y la salud pública y el manejo del sistema de referencias y contrarreferencias en médicos que laboran en el Hospital II Angamos, 2018?</p>	<p>nivel de orientación del paciente y la salud pública y el manejo del sistema de referencias y contrarreferencias en médicos que laboran en el Hospital II Angamos, 2018.</p>	<p>orientación del paciente y la salud p el manejo del sistema de referencias y contrarreferencias en médicos que laboran en el Hospital II Angamos, 2018.</p>		<p>Adecuación a las necesidades del paciente</p>		
<p>- ¿Cuál es la relación entre la gestión del factor humano y el manejo del sistema de</p>	<p>- Determinar la relación entre la gestión del factor humano y el manejo del sistema de referencias y contrarreferencias</p>	<p>-H3 Existe relación entre la gestión del factor humano y el manejo del sistema de referencias y contrarreferencias en médicos que laboran</p>	<p>Orientación hacia el paciente y la salud pública</p>	<p>Atención a opiniones y sugerencias. Atención de necesidades de los pacientes Comunicación e información Comparación con otras instituciones Tendencia del sector salud</p>	<p>16-20</p>	<p>Mala 0-11 Regular 12-18 Buena 19-25</p>
			<p>Factor Humano</p>	<p>Evaluación de desempeño laboral Trabajo en equipo Desarrollo de potencial Entrenamiento de personal Capacitación y desarrollo</p>	<p>25-30</p>	<p>Mala 0-14 Regular 15-23 Buena</p>

<p>referencias y contrarreferencias en médicos que laboran en el Hospital II - Angamos, 2018?</p> <p>- ¿Cuál es la relación entre el liderazgo y el manejo del sistema de referencias y contrarreferencias en médicos que laboran en el Hospital II Angamos 2018?</p> <p>- ¿Cuál es la relación entre la planificación estratégica y el</p>	<p>en médicos que laboran en el Hospital II Angamos, 2018.</p>	<p>en el Hospital II Angamos, 2018.</p>		Ambiente seguro		24-30
	<p>- Determinar la relación entre el liderazgo y el manejo del sistema de referencias y contrarreferencias en médicos que laboran en el Hospital II Angamos 2018.</p>	<p>-H4 Existe una relación entre el liderazgo y el manejo del sistema de referencias y contrarreferencias en médicos que laboran en el Hospital II Angamos, durante el año 2018.</p>	<p>Liderazgo</p>	<p>Importancia del paciente Mejora del cuidado Dirección accesible Adaptación de estrategias Prácticas éticas del sector Anticipación a la demanda Aceptación de comentarios .</p>	1-7	<p>Mala 0-16 Regular 17-26 Buena 27-35</p>
	<p>Determinar la relación entre la planificación estratégica y el manejo del sistema de</p>	<p>- H5 Existe relación entre la planificación estratégica y el manejo del sistema de referencias y contrarreferencias en médicos que</p>	<p>Planificación Estratégica</p>	<p>Objetivos estratégicos Factores externos Factores internos Comunicación de objetivos Responsabilidad y mejora del desempeño. Ética formal Mejora de servicios comunitarios</p>	8 -15	<p>Mala 0-18 Regular 19-29 Buena 30-35</p>

manejo del sistema de referencias y contrarreferencias en médicos que laboran en el Hospital II Angamos, 2018?	referencias y contrarreferencias en médicos que laboran en el Hospital II Angamos ,2018	laboran en el Hospital II Angamos, 2018.	Información y Análisis	Evaluación del desempeño ocupacional. Evaluación integral Indicadores	21-24	Mala 0-9 Regular 10-15 Buena 16-20
TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	POBLACIÓN Y MUESTRA	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS	ESTADÍSTICA A UTILIZAR : APLICATIVA			
TIPO : Básica DISEÑO: No experimental descriptivo- correlacional	POBLACIÓN: médicos que laboren en el Hospital II Angamos, independientemente de su tipo de contrato (276, 728 o CAS) o su especialidad, al	Variable: Gestión Asistencial Técnicas : Encuesta Instrumentos : Cuestionario autoadministrado Forma de Administración:	DESCRIPTIVA: Se procederá al uso de frecuencias absolutas y relativas (en variables cualitativas) y de medidas de tendencia central y dispersión (en variables cuantitativas). Estos valores podrán ser resumidos en tablas y gráficos. ANALITICA: La relación entre el nivel de gestión hospitalaria y el manejo del sistema de referencias y contrarreferencias serán			

MÉTODO: Científico	<p>momento de la realización de la encuesta</p> <p>TIPO DE MUESTRA: No Aplica</p> <p>TAMAÑO DE MUESTRA: No Aplica</p>	<p>Ejecutado por la tesista.</p> <hr/> <p>Variable: Sistema de Referencia y Contrarreferencia.</p> <p>Técnicas : Lista de cotejo</p> <p>Instrumentos : Cuestionario autoadministrado</p> <p>Forma de Administración:</p>	<p>evaluados mediante el uso de la correlación de Spearman, ya que se considerarán las variables como numéricas.</p> <p>El análisis estadístico se realizará mediante el uso del programa IBM SPSS Statistics for Windows, Version 25.0. Armonk, NY: IBM Corp ®. Se considerarán diferencias estadísticamente significativas, aquellas que presenten un valor $p < 0.05$.</p>
--------------------	---	---	---

		Ejecutado por la tesista.	
--	--	------------------------------	--

Anexo 2: Instrumentos de Recolección de datos

Estimado señor(a):

El presente cuestionario tiene como finalidad conocer la percepción que Ud. tiene sobre gestión del hospital y su desempeño con fines netamente académicos, para lo cual se pide su colaboración. Por favor marque con una (X) la alternativa más adecuada según su criterio personal.

Muchas gracias

CATEGORÍA	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Neutro	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
PUNTAJE	1	2	3	4	5
CÓDIGO	TED	ED	N	DA	TDA

ITEMS	RESPUESTAS				
LIDERAZGO					
1. La alta dirección de su institución siempre enfatiza la importancia de la atención al paciente	TED	ED	N	DA	TDA
2. La alta dirección de su institución se centra en mejorar el cuidado de los pacientes	TED	ED	N	DA	TDA
3. La alta dirección de su institución es accesible a los pacientes	TED	ED	N	DA	TDA
4. La alta dirección adapta sus estrategias operacionales a las tendencias del sector.	TED	ED	N	DA	TDA
5. La institución emplea siempre prácticas éticas relativas al resto del sector.	TED	ED	N	DA	TDA
6. La institución anticipa las preocupaciones del público sobre sus productos, servicios y operaciones.	TED	ED	N	DA	TDA
7. La alta gerencia busca activamente comentarios.	TED	ED	N	DA	TDA
PLANIFICACION ESTRATEGICA					
8. Nuestra institución tiene objetivos estratégicos claros.	TED	ED	N	DA	TDA
9. Al definir los objetivos estratégicos de nuestra institución, nos preocupan los diversos factores externos potenciales, como las tendencias del sector y la competencia de otras instituciones del sector, así como la capacidad de la institución.	TED	ED	N	DA	TDA
10. Al definir los objetivos estratégicos de nuestra institución, estamos muy preocupados por los diversos factores internos potenciales, como la capacidad y los recursos disponibles.	TED	ED	N	DA	TDA
11. Los objetivos y planes estratégicos se comunican eficazmente a todo el personal.	TED	ED	N	DA	TDA
12. Los miembros del personal de nuestra institución están comprometidos con nuestros Objetivos estratégicos y planes de acción.	TED	ED	N	DA	TDA
13. Integramos la responsabilidad pública con los esfuerzos en la mejora del desempeño.	TED	ED	N	DA	TDA
14. Nuestro personal se adhiere a un código de ética formal.	TED	ED	N	DA	TDA
15. Lideramos los esfuerzos para mejorar los servicios comunitarios, como Educación y/o programas ambientales.	TED	ED	N	DA	TDA
ORIENTACION HACIA EL PACIENTE Y LA SALUD PUBLICA					
16. La institución aborda seriamente las opiniones y sugerencias de nuestros pacientes.	TED	ED	N	DA	TDA
17. La institución analiza y atiende las necesidades de los pacientes de manera oportuna.	TED	ED	N	DA	TDA
18. Nosotros como institución tenemos un canal de comunicación bien establecido con nuestros pacientes, permitiendo a los pacientes buscar ayuda e información, y presentar sus quejas	TED	ED	N	DA	TDA
19. Como institución, supervisamos de cerca las acciones de otras instituciones en el mismo sector.	TED	ED	N	DA	TDA
20. La institución es plenamente consciente de las tendencias del sector.	TED	ED	N	DA	TDA
INFORMACION Y ANALISIS					
21. La institución cuenta con un sistema eficaz para evaluar su desempeño operacional.	TED	ED	N	DA	TDA
22. La institución tiene un sistema de evaluación claro y amplio.	TED	ED	N	DA	TDA
23. Todo el personal entiende bien los indicadores relacionados con su desempeño y los toma en serio.	TED	ED	N	DA	TDA
24. La institución ajusta su desempeño de acuerdo con los cambios en su entorno.	TED	ED	N	DA	TDA
ORIENTACION A LOS RECURSOS HUMANOS					
25. La institución tiene un sistema eficaz de evaluación para reconocer y recompensar al personal por sus esfuerzos.	TED	ED	N	DA	TDA
26. La institución fomenta el trabajo en equipo y el espíritu de grupo.	TED	ED	N	DA	TDA
27. Nuestra gestión motiva al personal y desarrolla plenamente su potencial.	TED	ED	N	DA	TDA
28. La institución entrena a su personal en conceptos de calidad.	TED	ED	N	DA	TDA
29. La institución ofrece capacitación y desarrollo al personal.	TED	ED	N	DA	TDA
30. La institución proporciona un ambiente de trabajo seguro y saludable.	TED	ED	N	DA	TDA
GESTION DE PROCESOS					
31. Al diseñar procesos, la institución considera cuidadosamente los siguientes factores: calidad, costos, productividad, nueva tecnología.	TED	ED	N	DA	TDA
32. Antes de aplicar nuevos procedimientos o procesos, la institución realiza pruebas exhaustivas para asegurar la calidad.	TED	ED	N	DA	TDA
33. La institución tiene medidas de gestión apropiadas para controlar y mejorar los procesos y servicios.	TED	ED	N	DA	TDA
34. Todos departamentos trabajan para mejorar sus procesos.	TED	ED	N	DA	TDA
35. Evaluamos los servicios en términos de eficiencia, costo, oportunidad y tiempo muerto para el paciente.	TED	ED	N	DA	TDA
36. Evaluamos los servicios sobre la base de la eficacia, incluida la adecuación y el riesgo.	TED	ED	N	DA	TDA
37. Los servicios de salud se adecuan según las necesidades de los pacientes.	TED	ED	N	DA	TDA

N°	ITEMS	LISTA DE COTEJO	
		SI=0	NO=1
1	La Oficina de Referencias y Contrarreferencia cumplen con horario de atención?		
2	Se dispone de lugares de recepción de referencias fuera de horario?		
3	El Director y/o Gerente recibe informe mensual para evaluación		
4	Se cumplen plazos de visación del total de referencias RECIBIDAS (plazo no mayor a 2 días laborables)		
5	Se realizan anulaciones de referencia de acuerdo a directiva		
6	Se cumplen los plazos de otorgamiento de citas?		
7	Se reservan los cupos para pacientes nuevos en el segundo y tercer nivel?		
8	Se cuenta con Referencia observada mayor a 30 días		
	PROTOCOLOS DE REFERENCIA		
9	Cumple con requisito de protocolo de servicio		
10	Uso de protocolos de referencia		
11	IPRESS de destino cuenta con protocolos de referencia		
12	Existen protocolos de atención y referencia por cada servicio de la IPRESS de destino?		
	RECURSOS HUMANOS		
13	Se programa recursos humanos en la Unidad de Referencia de acuerdo a Directiva		
14	Médico Responsable (0-6 horas /día en CAP III)		
15	Médico Auditor (II y III Nivel)		
16	Digitador		
	INFRAESTRUCTURA Y EQUIPAMIENTO		
	AMBIENTE DIFERENCIADO		
17	HOSPITAL NACIONAL: 01 línea telefónica directa de accesos a nivel nacional		
18	UNA LINEA TELEFONICA DIRECTA A ACCESOS A NIVEL LOCAL Y anexo con enlace telefónico con otras IPRESS		
20	01 LINEA TELEFONICA DE CONEXIÓN INALAMBRICA DE ALCANCE LOCAL		
21	01 COMPUTADORA POR CADA DIGITADOR		
22	01 IMPRESORA LÁSER		
23	01 MODULO DE ATENCION POR CADA DIGITADOR		
24	MUEBLE(S) ARCHIVADOR(ES)		
25	01 SACNNER POR CADA IPRESS		
26	CORREO ELECTRONICO INSTITUCIONAL PARA CADA JEFE DE REFERENCIAS Y CONTRARREFERENCIAS		
27	CORREO ELECTRONICO INSTITUCIONAL PARA EL MEDICO AUDITOR		
28	CORREO ELECTRONICO INSTITUCIONAL PARA LA UNIDAD DE REFERENCIAS Y CONTRAREFERENCIAS DE CADA IPRESS		

Anexo 3. Consentimiento Verbal

Buenos días, le comento que como parte de mi tesis de post-grado vengo desarrollando el estudio “Gestión asistencial y del sistema de referencia-contrarreferencia en el Hospital II Angamos-EsSalud 2018, que tiene como objetivo determinar la relación entre la gestión asistencial y el manejo del sistema de referencias-contrarreferencias.

Por ese motivo, lo (la) estamos invitando a participar del estudio, el cual consiste en entrevistarlo para conocer su percepción sobre estos dos temas en el Hospital II Suárez-Angamos.

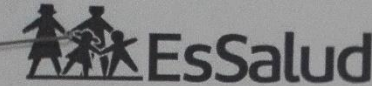
La participación es totalmente voluntaria, y su aceptación o negativa de participación en esta encuesta no tendrá repercusión alguna con sus deberes asistenciales o la remuneración que percibe en EsSalud.

Su participación será anónima, y los datos recabados serán usados únicamente con fines de investigación.

Si tiene alguna pregunta, por favor hágala en este momento.

Muchas gracias por su atención.

Anexo 4. Carta de aceptación de la institución



"Año del Diálogo y la Reconciliación Nacional"
"Año del fortalecimiento de la atención primaria en EsSalud"

CARTA N° 549- DARMRYC-HIISA- GRPR-GSPN-EsSALUD-2018

Miraflores, 13 de diciembre 2018

Señora:
DRA. MIRYAM JANET. MAYTA CORONEL
Médico del Hospital III Suárez Angamos
Presente.

Asunto: Aceptación para la realización de Investigación por el Jefe de la Unidad de Referencia y Contrareferencia HIISA

Referencia: Carta S/N Dra. Miryam Mayta – Fecha 10.dic.18

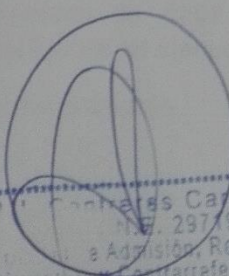
Por medio de la presente reciba mi cordial saludo, así mismo; en relación al documento presentado para la realización del protocolo de investigación: "Gestión Hospitalaria y el Sistema de Referencias y Contrareferencia", esta Unidad Operativa no tiene inconvenientes en que usted ejecute su trabajo en nuestra área.

Consideramos además que los resultados obtenidos pueden ser de utilidad para la gestión de esta Unidad, por lo que agradeceré nos comparta dichos resultados, de ser aprobada su ejecución por el nivel central y al culminar su investigación.

Por lo mencionado, deberá cursar el trámite pertinente para la autorización Institucional que requiere la ejecución de su trabajo de investigación.


Sin otro asunto en particular, quedo de usted.

Atentamente,



Dr. Roberto Contreras Carmona
M.E. 29779
Jefe de la Unidad de Admisión, Registro Médico, Referencias y Contrareferencias
Hospital III Suárez Angamos - RDR
EsSalud

Anexo 5. Certificado de valide de instrumentos


ESCUELA DE POSGRADO
 UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE: REFERENCIAS Y CONTRAREFERENCIAS

Nº	DIMENSIONES / Items	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
DIMENSIÓN 1/ PROCESO DE REFERENCIA								
1	¿La oficina de referencias y contrareferencias cumplen con horario de atención?	✓		✓		✓		
2	Se dispone de lugares de recepción de referencias fuera de horario	✓		✓		✓		
3	El director y/o gerente recibe informe mensual para evaluación	✓		✓		✓		
4	¿Se cumplen plazos de visación del total de referencias recibidas (<2días)?	✓		✓		✓		
5	Se realizan anulaciones de referencia de acuerdo a directiva	✓		✓		✓		
6	¿Cumple plazos de otorgamiento de citas?	✓		✓		✓		
7	¿Se reservan los cupos para pacientes nuevos en el segundo y tercer nivel?	✓		✓		✓		
8	Cuenta con referencia observada >30 días	✓		✓		✓		
9	Cumple con protocolo de servicio	✓		✓		✓		
10	Uso de protocolos de referencia	✓		✓		✓		
11	IPRESS de destino cuenta con protocolos de referencia	✓		✓		✓		
12	¿Existen protocolos de atención de referencia por servicio de la IPRESS de destino?	✓		✓		✓		
DIMENSIÓN 2 /RECURSOS HUMANOS								
13	Se programan recursos humanos en la oficina de referencia de acuerdo a directiva	✓		✓		✓		
14	Médico responsable (0-6 h/día CAP III)	✓		✓		✓		
15	Médico auditor (II y III nivel)	✓		✓		✓		
16	Digitador	✓		✓		✓		
DIMENSIÓN 3/ ESTRUCTURA Y EQUIPAMIENTO								
17	Ambiente diferenciado	✓		✓		✓		
18	Hospital nacional: 01 línea telefónica directa de acceso a nivel nacional	✓		✓		✓		
19	Línea telefónica directa a nivel local y anexo con enlace telefónico a otras IPRESS	✓		✓		✓		
20	01 línea telefónica de conexión inalámbrica de alcance local	✓		✓		✓		
21	01 computador por cada digitador	✓		✓		✓		
22	01 impresora laser	✓		✓		✓		
23	01 modo de atención por cada digitador	✓		✓		✓		
24	Muebles, archivadores	✓		✓		✓		
25	01 scanner por cada IPRESS	✓		✓		✓		
26	Correo electrónico institucional para cada jefe de referencias y contrareferencias	✓		✓		✓		
27	Correo electrónico institucional para el medico auditor	✓		✓		✓		
28	Correo electrónico institucional para la oficina referencias y contrareferencias por IPRESS	✓		✓		✓		

Observaciones (precisar si hay suficiencia): Hay suficiencia

Opinión de aplicabilidad: Aplicable [] Aplicable después de corregir [] No aplicable []

Apellidos y nombres del juez validador: Dr/ Mg: Cayetano Díaz Felipe DNI: 311689557

Especialidad del validador: Psicología

..... de de 20.....

¹Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.
²Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo.
³Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión

.....
Firma del Experto Informante.

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE : GESTION HOSPITALARIA

Nº	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
DIMENSIÓN 1/ LIDERAZGO								
1	La alta dirección de su institución siempre enfatiza la importancia de la atención al paciente	✓		✓		✓		
2	La alta dirección de su institución se centra en mejorar el cuidado de los pacientes	✓		✓		✓		
3	La alta dirección de su institución es accesible a los pacientes	✓		✓		✓		
4	La alta dirección adapta sus estrategias operacionales a las tendencias del sector	✓		✓		✓		
5	La institución emplea siempre practicas éticas relativas al resto del sector	✓		✓		✓		
6	La institución anticipa las preocupaciones del público sobre sus productos, servicios y operaciones	✓		✓		✓		
7	La alta gerencia busca activamente comentarios	✓		✓		✓		
DIMENSIÓN 2/ PLANIFICACION ESTRATEGICA								
8	Nuestra institución tiene objetivos estratégicos claros	✓		✓		✓		
9	Al definir los objetivos estratégicos de nuestra institución, nos preocupan los diversos factores externos potenciales, como las tendencias del sector y la competencia de otras instituciones del sector, así como la capacidad de la institución	✓		✓		✓		
10	Al definir los objetivos estratégicos de nuestra institución, estamos preocupados por los diversos factores internos potenciales, como la capacidad y los recursos disponibles	✓		✓		✓		
11	Los objetivos y planes estratégicos se comunican eficazmente a todo el personal	✓		✓		✓		
12	Los miembros del personal de nuestra institución están comprometidos con nuestros objetivos estratégicos y planes de acción	✓		✓		✓		
13	Integramos la responsabilidad pública con los esfuerzos en la mejora del desempeño	✓		✓		✓		
14	Nuestro personal se adhiere a un código de ética formal	✓		✓		✓		
15	Lideramos los esfuerzos para mejorar los servicios comunitarios como Educación y /o programas ambientales	✓		✓		✓		
DIMENSIÓN 3/ ORIENTACION HACIA EL PACIENTE Y LA SALUD PUBLICA								
16	La institución aborda seriamente las opiniones y sugerencias de nuestros pacientes	✓		✓		✓		
17	La institución analiza y atiende las necesidades de los pacientes de manera oportuna	✓		✓		✓		
18	Nosotros como institución tenemos un canal de comunicación bien establecido con nuestros pacientes, permitiendo a los pacientes buscar ayuda e información y presentar sus quejas	✓		✓		✓		
19	Como institución, supervisamos de cerca las acciones de otras instituciones en el mismo sector	✓		✓		✓		
20	La institución es plenamente consciente de las tendencias del sector	✓		✓		✓		

DIMENSION 4/ INFORMACION Y ANALISIS						
21	La institución cuenta con un sistema eficaz para evaluar su desempeño operacional	✓		✓		✓
22	La institución tiene un sistema de evaluación claro y amplio	✓		✓		✓
23	Todo el personal entiende bien los indicadores relaciones con su desempeño y los toma en serio	✓		✓		✓
24	La institución ajusta su desempeño de acuerdo con los cambios en su entorno	✓		✓		✓
DIMENSION 5/ ORIENTACION A LOS RECURSOS HUMANOS						
25	La institución tiene un sistema eficaz de evaluación para reconocer y recompensar al personal por su esfuerzo	✓		✓		✓
26	La institución fomenta el trabajo en equipo y espíritu de grupo	✓		✓		✓
27	Nuestra gestión motiva al personal y desarrollo plenamente su potencial	✓		✓		✓
28	La institución entrena a su personal en conceptos de calidad	✓		✓		✓
29	La institución ofrece capacitación y desarrollo al personal	✓		✓		✓
30	La institución proporciona un ambiente de trabajo seguro y saludable	✓		✓		✓
DIMENSION 6/ GESTION DE PROCESOS						
31	Al diseñar procesos, la institución considera cuidadosamente los factores: calidad, costos, productividad, nueva tecnología	✓		✓		✓
32	Antes de aplicar nuevos procedimientos o procesos, la institución realiza pruebas exhaustivas para asegurar la calidad	✓		✓		✓
33	La institución tiene medidas de gestión aprobado para controlar y mejorar los procesos y servicios	✓		✓		✓
34	Todos los departamentos trabajan para mejorar sus procesos	✓		✓		✓
35	Evaluamos los servicios en términos de eficiencia, costo, oportunidad y tiempo muerto para el paciente	✓		✓		✓
36	Evaluamos los servicios sobre la base de la eficacia, incluido la adecuación y el riesgo	✓		✓		✓
37	Los servicios de salud se adecuan según las necesidades de los pacientes	✓		✓		✓

Observaciones (precisar si hay suficiencia): Hay suficiencia

Opinión de aplicabilidad: Aplicable Aplicable después de corregir No aplicable

Apellidos y nombres del juez validador: Guillermo Oyarzun Tapia DNI: 31169557

Especialidad del validador: Psicología metabólica

¹Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.
²Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo
³Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión

el 12 de 12 del 2010



Firma del Experto Informante.

Acta de Aprobación de originalidad de Tesis

Yo, Felipe Guizado Oscco, docente de la Escuela de Posgrado de la Universidad César Vallejo filial Lima Norte, revisor de la tesis titulada "**Gestión hospitalaria y el sistema de referencia-contrarreferencia en el Hospital II Angamos-EsSalud 2018**", del (de la) estudiante **Mayta Coronel, Miriam Janet**, constato que la investigación tiene un índice de similitud de 23% verificable en el reporte de originalidad del programa Turnitin.

El/la suscrito(a) analizo dicho reporte y concluyo 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, 16 de enero del 2019




Dr. Felipe Guizado Oscco

DNI, 31169557

Escritorio - Microsoft Firefox
<https://turnitin.com/tpo/carta/pe/?u=10510639586&e=180e11954623038300ng7-es>
 feedback studio

Gestión hospitalaria y el sistema de referencia-contrarreferencia en el Hospital II Angamos-EsSalud 2018



Gestión hospitalaria y el sistema de referencia-contrarreferencia en el Hospital II Angamos-EsSalud (2018)

TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE:
Maestro en Gestión Pública

AUTOR:
Bc. Miriam Janet Mayra Coronel

ASESOR:
Dr. Felipe González Osoce

SECCIÓN:
Gestión Pública

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:
Políticas de Gestión Pública

PERÚ 2019

Página: 1 de 70 Número de palabras: 12656

Resumen de coincidencias

Se están viendo fuentes estándar

23%

Ver fuentes en inglés (Beta)

Coincidencias	
1	gobierno.unsam.edu... Fuente de Internet 3%
2	repositorio.unhval.edu... Fuente de Internet 2%
3	repositorio.unca.edu.pe Fuente de Internet 1%
4	Entregado a Universidad... Fuente de Internet 1%
5	ibnmlc.org.br Fuente de Internet 1%
6	revistas.uhtriu.edu.pe Fuente de Internet 1%
7	www.scribd.net Fuente de Internet 1%
8	www.gob.pe Fuente de Internet 1%
9	www.sildeserve.com Fuente de Internet <1%
10	Entregado a Universidad... Fuente de Internet <1%
11	www.sildeserve.net Fuente de Internet <1%

Test-only Report High Resolution Escrito: 06:39 19/01/2019





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:

Miriam Janet Mayta Coronel

INFORME TÍTULADO:

Gestión Hospitalaria y el Sistema de referencia -
Contrareferencia en el Hospital II Angamos -
Essalud 2018

PARA OBTENER EL TÍTULO O GRADO DE:

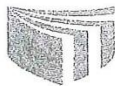
Maestría en Gestión Pública

SUSTENTADO EN FECHA: 29 enero 2019

NOTA O MENCIÓN: Aprobado por unanimidad



[Firma]
FIRMA DEL ENCARGADO DE INVESTIGACIÓN



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

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

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PARA LA PUBLICACIÓN ELECTRÓNICA DE LAS TESIS

1. DATOS PERSONALES

Apellidos y Nombres: (solo los datos del que autoriza)
Mayta Coronel Miriam Janet
D.N.I. : 09907091
Domicilio : Av. El Pacífico 178 San Miguel
Teléfono : Fijo : Móvil : 982577002
E-mail : mimayco@hotmail.com

2. IDENTIFICACIÓN DE LA TESIS

Modalidad:
[] Tesis de Pregrado
Facultad :
Escuela :
Carrera :
Título :
[] Tesis de Posgrado
[X] Maestría [] Doctorado
Grado : Maestra
Mención : Gestión Pública

3. DATOS DE LA TESIS

Autor (es) Apellidos y Nombres:
Mayta Coronel Miriam Janet

Título de la tesis:
Gestión Hospitalaria y el Sistema de referencias -
contrareferencia en el Hospital J. Anselmo Suárez 2018

Año de publicación : 2019

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

A través del presente documento,
Si autorizo a publicar en texto completo mi tesis. [X]
No autorizo a publicar en texto completo mi tesis. []

Firma : [Signature]

Fecha: 12/03/19