



**UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO**

ESCUELA DE POSGRADO

PROGRAMA ACADÉMICO DE MAESTRÍA EN GESTIÓN PÚBLICA

Sistema de referencias y contrarreferencias y la atención oportuna de los asegurados  
del Hospital Rebagliati

**TESIS PARA OBTENER EL GRADO ACADÉMICO DE:**

**Maestra en Gestión Pública**

**AUTORA:**

Br. Carmen de Guadalupe Adrianzén Costa (ORCID:0000-0001-6307-8612)

**ASESOR:**

Dr. Abner Chávez Leandro (ORCID:0000-0062-0167-5523)

**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:**

Gestión de Políticas Públicas

LIMA - PERÚ

2019

## **Dedicatoria**

A mi adorada familia por el apoyo incondicional que siempre me brinda y especialmente a mi madre que en sus momentos más difíciles me dio una gran lección de fortaleza y me enseñó que en la vida, hay algo peor que el fracaso... el no haber intentado nada.

## **Agradecimiento**

En primer lugar, a Dios por guiarme y dado la fuerza para culminar esta investigación, a MATI por el aliento que siempre me dio y haber apostado por mí y a mis maestros por haberme transmitido sus valiosos conocimientos.

**Página del Jurado**



**DICTAMEN DE LA SUSTENTACIÓN DE TESIS**

EL / LA BACHILLER (ES): **ADRIANZEN COSTA, CARMEN DE GUADALUPE**

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


**SISTEMA DE REFERENCIAS Y CONTRARREFERENCIAS Y LA ATENCIÓN OPORTUNA DE LOS ASEGURADOS DEL HOSPITAL REBLAGIATI**

Fecha: 16 de agosto de 2019

Hora: 8:45 a.m.

**JURADOS:**


**PRESIDENTE:** Dra. Paula Viviana Liza Dubois

Firma: 

**SECRETARIO:** Dr. Arturo Eduardo Melgar Begazo

Firma: 

**VOCAL:** Dr. Abner Chavez Leandro

Firma: 

El Jurado evaluador emitió el dictamen de:

..... *Apostar por excelencia* .....

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

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

Recomendaciones sobre el documento de la tesis:

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

**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.

## **Declaratoria de autenticidad**

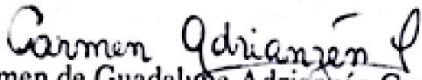
Yo, Carmen de Guadalupe Adrianzén Costa, estudiante del Programa Académico de Maestría en Gestión Pública de la Universidad César Vallejo, Sede Lima Norte; declaro el trabajo académico titulado: “Sistema de referencias y contrarreferencias y la atención oportuna de los asegurados en el Hospital Rebagliati”, presentada en 61 folios para la obtención del grado académico de Maestra en Gestión Pública, es de mi autoría.

Por tanto, declaro lo siguiente:

- He mencionado todas las fuentes empleadas en el presente trabajo de investigación, identificando correctamente toda cita textual o de paráfrasis proveniente de otras fuentes, de acuerdo a lo establecido por las normas de elaboración de trabajos académicos.
- No he utilizado ninguna otra fuente distinta de aquellas expresamente señaladas en este trabajo.
- Este trabajo de investigación no ha sido previamente presentado completa ni parcialmente para la obtención de otro grado académico o título profesional.
- Soy consciente de que el 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.

Los Olivos, noviembre 2019

  
Carmen de Guadalupe Adrianzén Costa

DNI N° 07738449

# ÍNDICE

	pág.
Carátula	
Dedicatoria	ii
Agradecimiento	iii
Página del Jurado	iv
Declaración de autenticidad	v
Índice	
Índice de tabla	viii
Índice de figuras	ix
RESUMEN	x
ABSTRACT	xi
<b>I. Introducción</b>	1
<b>II. Método</b>	11
2.1 Tipo y diseño de investigación	11
2.2 Variables	12
2.3 Población, muestra y muestreo	14
2.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad	14
2.5 Procedimiento	15
2.6 Método de análisis de datos	15
2.7 Aspectos éticos	16
<b>III. Resultados</b>	16
<b>IV. Discusión</b>	31
<b>V. Conclusiones</b>	33
<b>VI. Recomendaciones</b>	34
<b>VII. Referencias</b>	35
<b>VIII. Anexos</b>	41
Anexo 1: Matriz de consistencia	41
Anexo 2: Referencias y contrarreferencias recibidas de enero 2015 a julio 2016	44
Anexo 3: Encuesta dirigida al personal responsable de Referencias y Contrarreferencias a nivel nacional	45
	vi

## Índice de tablas

Tabla 1: Operacionalización de la variable independiente: Referencia y contrarreferencia.....	13
Tabla 2: Operacionalización de la variable dependiente: Atención oportuna.....	13
Tabla 3: Medidas de tendencia central y variación de las referencias y contrarreferencias de las redes asistenciales a nivel nacional, 2015– 2016.....	16
Tabla 4: Medidas de tendencia central y variación de las referencias por macro regiones en las Redes asistenciales a nivel nacional, 2015 – 2016.....	17
Tabla 5: Medidas de tendencia central y variación de las contrarreferencias por macro regiones de las Redes asistenciales a nivel nacional, 2015 – 2016.....	19
Tabla 6: Medidas de tendencia central y variación de las referencias porsemestres en las redes asistenciales a nivel nacional, 2015- 2016.....	20
Tabla 7: Medidas de tendencia central y variación de las contrarreferencias por semestres en las redes asistenciales a nivel nacional, 2015 – 2016.....	21
Tabla 8: Distribución de frecuencias de la atención oportuna en las redes asistenciales a nivel nacional, 2015 – 2016.....	22
Tabla 9: Distribución de frecuencias de la atención oportuna por dimensiones en las redes asistenciales a nivel nacional, 2015–2016.....	23
Tabla 10: Prueba de “t” de Student de las referencias y contrarreferencias en las Redes asistenciales a nivel nacional, 2015 – 2016.....	24
Tabla 11: Prueba de ANOVA de las referencias por macro región del país en las redes asistenciales a nivel nacional, 2015 – 2016.....	25
Tabla 12: Prueba de Tukey de las referencias por macro región del país en las redes asistenciales a nivel nacional, 2015 – 2016.....	25
Tabla 13: Prueba de ANOVA de las contrarreferencias por macro región del país en las redes asistenciales a nivel nacional, 2015 – 2016.....	26
Tabla 14: Prueba de Tukey de las contrarreferencias por macro región del país en las redes asistenciales a nivel nacional, 2015 – 2016.....	26

Tabla 15: Prueba de ANOVA de las referencias por semestres en las redes asistenciales a nivel nacional, 2015 – 2016.....	27
Tabla 16: Prueba de Tukey de las referencias por macro región del país en las redes asistenciales a nivel nacional, 2015 – 2016.....	27
Tabla 17: Prueba de ANOVA de las contrarreferencias por semestres en las redes asistenciales a nivel nacional, 2015 – 2016.....	28
Tabla 18: Prueba de Tukey de las contrarreferencias por semestre en las redes asistenciales a nivel nacional, 2015 – 2016.....	28
Tabla 19: Prueba de correlación de las referencias con la atención oportuna en las redes asistenciales a nivel nacional, 2015 – 2016.....	29
Tabla 20: Prueba de correlación de las contrarreferencias con la atención oportuna en las redes asistenciales a nivel nacional, 2015 – 2016.....	30



## Índice de figuras

Figura 1. Medidas de tendencia central de las referencias y contrarreferencias de las Redes asistenciales a nivel nacional EsSalud, 2015 - 2016 .....	17
Figura 2. Medidas de tendencia central de las referencias por macro regiones en las Redes asistenciales a nivel nacional, 2015 - 2016.....	18
Figura 3. Medidas de tendencia central de las contrarreferencias por macro regiones en las Redes asistenciales a nivel nacional, 2015 - 2016 .....	19
Figura 4. Medidas de tendencia central de las referencias por semestres en las Redes asistenciales a nivel nacional, 2015 – 2016.....	20
Figura 5. Medidas de tendencia central de las contrarreferencias por semestres en las redes asistenciales a nivel nacional, 2015 - 2016.....	21
Figura 6. Niveles de las atenciones oportunas de pacientes en las Redes asistenciales a nivel nacional, 2015 - 2016 .....	22
Figura 7. Niveles de las atenciones oportunas de pacientes por dimensiones en las redes asistenciales a nivel nacional, 2015 – 2016.....	23

## **Resumen**

El objetivo fundamental fue determinar si existían diferencias significativas entre las referencias y contrarreferencias en las redes asistenciales adscritas al Hospital Rebagliati a nivel nacional 2015 – 2016 y si el Sistema de referencia y contrarreferencia tuvo implicancia en la atención oportuna de los asegurados del Hospital Rebagliati-EsSalud periodo 2015-2016. Para ello se establecieron dos variables una independiente: referencias y contrarreferencias y otra dependiente: atención.

El estudio es de tipo cuantitativo, utilizando un método descriptivo de tipo básico ya que hemos descrito las características de las variables y sus dimensiones y explicativa por cuanto se determinó que el sistema de referencia y contrarreferencia en los centros asistenciales a nivel nacional de Essalud no presenta diferencias significativas entre las referencias y contrarreferencias durante el período 2015- 2016. El tamaño de la muestra analizada es de 152,271 referencias y 42,541 contrarreferencias emitidas durante el periodo 2015 -2016, se utilizó como instrumento las estadísticas proporcionadas de todas las referencias y contrarreferencias del Hospital Rebagliati.

Se obtuvo como resultado que no hay diferencias significativas entre las referencias y contrarreferencias durante este periodo y en cuanto a la percepción de la atención el 70% manifiesta que es oportuna y el 30% ineficaz.

Se concluyó que no hay relación significativa entre las referencias y contrarreferencias con la atención oportuna. Sin embargo, en cuanto a la dimensión efectividad el 60% la considera eficaz; sin embargo, el N° de contrarreferencias realizadas no refleja esto, ya que sólo el 29% han sido contrarreferidos, por lo que no podemos hablar de efectividad, pues de acuerdo a las normas el 95% de los referidos deben ser contrarreferidos.

Se recomienda la capacitación a todo el personal que trabaja en esta unidad y que la comunicación sea más fluida y oportuna en la entrega y manejo de las referencias, así como el envío de las contrarreferencias al centro asistencial de origen, todo esto permitirá brindar una atención continua y oportuna, con calidad y eficacia que contribuirá a optimizar los sistemas de referencias y contrarreferencias.

**Palabras clave:** referencias, contrarreferencias, atención.

## **Abstract**

The main objective was to determine if there were significant differences between referrals and counter-referrals in the care networks attached to the Hospital Rebagliati at the national level 2015-2016 and if the referral and counter-referral system had an implication in the timely care of the insured of the Rebagliati-EsSalud Hospital 2015-2016 period. To do this, two variables were established: independent, references and counterreferences and another dependent: attention.

The study is quantitative, using a basic descriptive method since we have described the characteristics of the variables and their dimensions and explanatory in that it was determined that the reference and counter-referral system in the national health centers of Essalud does not present Significant differences between references and counter references during the period 2015-2016. The sample size analyzed was 152,271 references and 42,541 counter-referrals issued during the period 2015-2016. The provided statistics of all references and counterreferences of the Hospital were used as an instrument. Rebagliati.

It was obtained as a result that there are no significant differences between the references and counter-references during this period and in terms of the perception of care, 70% state that it is timely and 30% ineffective.

It was concluded that there is no significant relationship between the references and counterreferences with the timely attention. However, as regards the effectiveness dimension, 60% consider it effective; However, the number of counter-referrals does not reflect this, since only 29% have been countered, so we can not talk about effectiveness, because according to the rules 95% of referrals must be countered.

Training is recommended to all personnel working in this unit and that communication is more fluid and timely in the delivery and handling of referrals, as well as the sending of counter-referrals to the care center of origin, all this will provide care continuous and timely, with quality and efficiency that will contribute to optimize the systems of references and counterreferences.

**Keywords:** references, counterreferences, timely attenti

## **I. Introducción**

El sistema de referencia y contrarreferencia es el conjunto de métodos, procedimientos y acciones que acceden al traslado de un paciente desde su centro asistencial de adjudicación a otro de mayor capacidad resolutive, a fin de atender su problema de salud y una vez resuelto es contrarreferido a su centro de origen. Se habla de nivel de atención, a la capacidad que tienen los centros asistenciales, los cuales se agrupan de acuerdo a su infraestructura, tecnología y recursos humanos. El primer nivel de atención es de mayor cobertura, pero menor complejidad. En estos establecimientos de salud se brinda atención integral, desarrollando tratamiento oportuno, actividades diagnóstico precoz, prevención y de promoción de la salud. El segundo nivel se da atención de los problemas de salud con mayor frecuencia de baja y mediana complejidad que no pudieron ser resueltos en el primer nivel. Ofrecen servicio de hospitalización y atención ambulatoria especializada a pacientes referidos del primer nivel y aquellos que requieran atención por urgencias. El tercer nivel los establece el centro de referencia de mayor complejidad. Se brinda atención a los problemas patológicos complejos, que necesiten instalaciones especializadas y equipos.

Bajo el sistema de redes asistenciales, Essalud, permite descentralizar y fortalecer los servicios. Essalud dispone de 390 centros asistenciales a nivel nacional. Son 26 redes asistenciales; en Lima cuenta con 03 Hospitales Nacionales, con sus respectivas gerencias, las cuales están a cargo el mando administrativo de los centros asistenciales colocados en jurisdicciones. Cada Red tiene un Hospital Base, son referidos los pacientes de los centros asistenciales de la red, en caso la atención lo necesite, ya que tienen una mayor capacidad resolutive. **La realidad problemática** en la unidad de referencia y contrarreferencia, es que los asegurados una vez que inician su atención en un Hospital de nivel IV no quieren retornar a su centro de origen, generando el incremento de la demanda originando un sobre aumento de asegurados; y los médicos no cumplen con realizar la contrarreferencia respectiva, llegando a sobredimensionar nuestros Hospitales IV.

Por el cual y a fin de dar solución a esta situación problemática, es preciso fortalecer la capacidad resolutive de los centros asistenciales de menor nivel, así como la capacitación a todo el personal que trabaja en esta unidad y que la comunicación sea más oportuna y fluida en la entrega y manejo de las referencias, así como el envío de las

contrarreferencias al centro asistencial de origen, todo esto permitirá dar una atención continua, oportuna, con calidad y eficacia que favorecerá a optimizar los sistemas de referencias y contrarreferencias en la misión, visión, objetivos y metas de EsSalud.

En lo que corresponde a los **antecedentes nacionales** tenemos varios trabajos al respecto, una de ellas es la investigación de Llave y Rodríguez (2015) en su tesis para obtener el grado de Doctor en Administración de la Universidad Nacional de Trujillo – Perú, su objetivo fue realizar un plan de referencia y contrarreferencia, a fin de optimizar los servicios de salud en la consulta externa, para así poder brindar una adecuada continuidad de atención a los usuarios. Utilizó el método explicativo, descriptivo y analítico, la encuesta aplicada a los pacientes fue la técnica utilizada. Los resultados señalan que se mejorará la oferta en la consulta externa de los hospitales II-1 en la provincia de Trujillo con la implementación y elaboración del plan de referencia y contrarreferencia, validando la hipótesis. Concluyendo que esta propuesta permitirá dar solución al problema en lo se refiere a la continuidad de los tratamientos patológicos; procedimiento que presentan los hospitales, con escasa acogida de los servicios de salud en la consulta externa.

Mendoza (2017) su tesis para lograr el grado de Maestra en Gestión de Servicios de la Salud, Universidad César Vallejo - Perú, diseñó el tipo de investigación, descriptiva y correlacional. El diseño investigación fue de tipo no experimental: Corte transversal y planteó como objetivo establecer la relación entre el sistema de referencia y contrarreferencia de la Microred de Ascensión Huancavelica 2016 y la capacidad resolutoria de los centros asistenciales de salud. En los resultados más importantes se estableció que hay relación significativa y directa entre el sistema de referencias y contrarreferencias en los profesionales de la salud que trabajan en el servicio de emergencia de la Micro red de Ascensión de Huancavelica y la capacidad resolutoria. En las recomendaciones los recursos humanos, presupuestales, logísticos e informáticos se considera realizar un correcto manejo, a través de políticas públicas en gestión de procesos. Los que deben ocupar un papel más protagónico en la realización de las actividades del sistema en procura de una atención de calidad de los pacientes y público en general son los profesionales del sistema de referencias y contrarreferencias de la Microred Asensión.

Sausa Huamán (2018) en su tesis para lograr el grado académico de Maestra en Gestión de los Servicios de Salud, Universidad César Vallejo, Perú. Planteó como

objetivo establecer los factores predominantes de la optimización en el Sistema de Referencias y Contrarreferencias en la Microrred Negreiros de la Red Asistencial Sabogal, EsSalud en el año 2016. Para ello estableció 3 dimensiones: 1) Operativa, la organización 2) Técnico Profesional, la capacidad y habilidad profesional y 3) Estructural, los recursos humanos, infraestructura y materiales. Para este estudio se usó el método descriptivo de tipo Básico y diseño no experimental transversal, se realizó con un enfoque cuantitativo, la observación estructurada, se usaron 2 técnicas: recolección de datos y el análisis documental. El resultado del factor predominante en optimización del Sistema de Referencias y Contrarreferencias, el técnico profesional tuvo un 6%, sobre estructurales un 7% y operativo un 20%. Teniendo como conclusión que la optimización de los sistemas de referencias y contrarreferencias en los tres niveles de atención, los factores operativos son superiores. Recomienda realizar planes y acciones de progreso de los factores operativos para el Sistema de referencia y contrarreferencia. Entre las recomendaciones es necesario que se realice un plan de mejora de sistema de referencias y contrarreferencia, realizar control de los cumplimientos de las normas y procesos establecidos.

Cahua Córdova, (2015) en su tesis para lograr el grado de Maestra en Gestión Estratégica de Calidad y Auditoría Médica, Universidad San Martín de Porres, Lima Perú, propuso determinar si un servicio tercerizado por EsSalud entre agosto 2014 y agosto 2015 cumple con el indicador de referencia creadas en las consultas médicas preventivas y recuperativas por trimestre del marco de la tercerización. Realizó un estudio descriptivo, observacional, retrospectivo de corte longitudinal. Dando como resultado un 5% cada uno de los trimestres evaluados logrando 20 puntos de puntaje. Concluyendo que la tercerización alcanzó el porcentaje requerido de referencias creadas en la consulta médicas en el período señalado.

Ramírez (2018) en su informe de Suficiencia Profesional para obtener el título profesional de Licenciado en Administración y Negocios Internacionales, Universidad Peruana Unión, Lima- Perú, Su objetivo para mejorar la calidad de atención fue presentar un manual de procedimientos para la transferencia de los usuarios en el área de Referencia y Contrarreferencia del Hospital de Huaycán. El método que utilizó fue de una encuesta a los trabajadores en el área de Referencia y Contrarreferencia y a los que están implicados dentro de cada proceso, concluyendo que la institución demanda urgentemente una implementación del Manual de Procedimientos para conseguir un servicio consistente y

confiable, mejorando la percepción de los pacientes y establecer los lineamientos. También ayudará en el área de Referencia y Contrareferencia a fortalecer la estructura organizacional para el buen funcionamiento.

Reátegui (2018), en su tesis para obtener el grado de Maestra en Gestión Estratégica de Calidad y Auditoría Médica, Universidad San Martín de Porres, Lima - Perú, su objetivo estudio fue analizar el costo de referencia de los pacientes de la Red Asistencial de EsSalud Loreto a la ciudad de Lima, durante el Periodo 2011 – 2015. Utilizo un estudio de tipo Descriptivo y de diseño No Experimental, analizando el comportamiento de los costos de referencia, considerando los “Costos Por Pasaje” y “Otros Costos”, así como el número de pacientes referenciados relacionando los costos necesarios para que la Red Asistencial de EsSalud Loreto ya no refiera a pacientes a Lima, y saber qué resulta más económico, si atender a un paciente en la ciudad de Iquitos con todo lo necesario o enviarle a Lima, concluyendo que enviar a un paciente con su referencia a Lima durante el periodo 2011 – 2015 ocasionó un gasto mayor de S/9,821,621.32; recomendando la alternativa de equipar la Red Asistencial de EsSalud Loreto.

Parra (2017) en su estudio de investigación para lograr el grado académico de Maestro en Gestión Pública de la Universidad San Martín de Porres, Lima –Perú. Su objetivo fue saber si mediante el modelo de gestión de referencia y contrarreferencia se elevaría la calidad de servicio al paciente en una microred hospitalaria de Lima. Es un estudio analítico, observacional, transversal, prospectivo. La mayor parte de los pacientes calificó de regular la gestión de referencia y contrarreferencia (69.2%), así como que la calidad de servicio es baja (74.5%). Se demostró que la gestión de referencia y contrarreferencia está relacionada con la calidad de servicio ( $p < 0.001$ ), a su vez se observó que la gestión del proceso administrativo y asistencial está relacionada con la calidad de servicio ( $p < 0.001$ ). Concluyendo que tiene una relación significativa y directa entre la calidad de servicio y la gestión de referencia – contrarreferencia, es decir a mejor gestión de referencia – contrarreferencia mayor será la calidad de servicio al paciente en una Microred Hospitalaria de Lima Ciudad, para este estudio el Hospital Nacional Arzobispo Loayza.

En relación a **antecedentes internacionales** también existen varios estudios al respecto, que a la larga todas concluyen que el sistema de referencias y contrarreferencias es una importante herramienta de gestión para que los asegurados puedan continuar con el tratamiento en el centro u hospital que requiera el caso. Reynaga (2015) para lograr el

grado de Maestra en gestión de los servicios de salud, Universidad Nacional de Tucumán, Argentina, en su trabajo de investigación, su propósito fue describir y analizar la valoración a los profesionales de salud respecto al uso del servicio de referencia y contrarreferencia, describiendo los motivos, beneficios y complicaciones que presentan al utilizarlo. Utilizó un estudio descriptivo, transversal, cualitativo. Obtuvo como resultados que la mayoría no hace uso del sistema porque no tiene conocimiento de su funcionamiento y por el retraso en el otorgamiento de los turnos. Llegando a la conclusión que la pérdida de tiempo es el factor clave a optimizar en este sistema. Recomendándose como estrategia primordial la capacitación continua del personal de salud y optimización del tiempo de recepción, carga y entrega de turnos.

Aburto (2016) en su Proyecto de estudio para obtener el grado de Maestra en Salud Pública Universidad Autónoma del Estado de Morelos – México, su objetivo fue proponer alternativas de solución y su principal objetivo fue evaluar el proceso de referencia y contrarreferencia con respecto a la atención obstétrica en el Hospital General del Altiplano, de la Secretaria de Salud de Hidalgo, en el periodo enero – junio 2015. El Tipo de estudio realizado en el proyecto fue descriptivo, observacional y transversal. Teniendo como resultados 853 referencias revisadas en el periodo; el 49.60% fue al número mayor de referencias recibidas a la consulta externa del servicio de ginecología y obstetricia del Hospital General, el 64.94% de las referencias recibidas fueron en formatos oficiales previamente impresos. Respecto a su llenado, fue impreso el 33.77%, escrito a mano con letra ilegible fue el 20.35% y el resto de los formatos fueron llenados correctamente. El promedio fue de 7.16 días, con respecto al tiempo entre la cita y entrega de la referencia, los que más aplazan en acudir en busca de la atención son los municipios más cercanos. El 82.02%, utilizó el formato previamente establecido, respecto a la contrarreferencia posterior a un evento obstétrico. Concluyó que se optimizaría la oportuna atención obstétrica al consolidar el formato de referencia y contrarreferencia para referir a los pacientes en primer y segundo nivel de atención.

Zurita (2014) para lograr por el Título de Magister de Gerencia de Servicios de Salud en la Universidad Regional Autónoma de los Andes (UNIANDES), de Ecuador, En su tesis, planteó reestructurar el manejo del sistema de Referencia – Contrarreferencia en el Hospital Sagrado Corazón de Jesús para brindar una mejor atención de salud, con criterios de satisfacción y cumplimiento de necesidades, ejecutó un estudio de tipo descriptivo, Inductivo-Deductivo; empleó las técnicas de Observación, encuesta y entrevista con el



Cuestionario como herramienta. Los resultados obtenidos fueron insatisfacción del paciente, falta de orientación, mala calidad de la atención y prolongado tiempo de espera para ser atendido, escaso monitoreo y evaluaciones de indicadores operacionales, falta de supervisión directa y demora en la contrarreferencia, por lo que propone una reestructuración del manejo del Sistema de Referencia y Contrarreferencia (SRC), del Hospital Sagrado Corazón de Jesús del Cantón Quevedo.

En la variable independiente **sistema de referencias y contrarreferencias** debemos enfatizar que el sistema de referencias y contrarreferencias son procesos que los centros asistenciales de las redes de Essalud emiten permisos de prestaciones de salud entre ellos, con el propósito de garantizar que la atención sea continua, teniendo en cuenta la capacidad resolutive y la organización funcional de los servicios. (Directiva 018-GG-Essalud, 2008).

Cuando hablamos de **referencia** nos referimos a la transferencia, siendo el conjunto de procedimientos asistenciales y administrativos que traslada la atención de los pacientes de un centro asistencial de menor capacidad a otro de mayor capacidad resolutive, ya sea una evaluación, diagnóstico y/o tratamiento, con la finalidad de lograr la continuidad de la prestación de servicios. (Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. 2008). Y cuando hablamos de **contrarreferencia** nos referimos al proceso, que consiste que el paciente regresa al centro asistencial de origen o en el caso que pudiese tener la continuidad, luego de lograr satisfactoriamente atenderse la demanda.

Al implementar un sistema de referencias y contrarreferencias se establece una herramienta central para optimizar el desempeño, como parte de una red de servicios en salud, lograr una integración vertical del sistema de salud, agiliza y logra más eficiente la atención médica especializada en el sistema público de salud, además forma parte de un unidad principal para la continuidad de atención a los paciente, teniendo efectividad, oportunidad, accesibilidad, proceso asistencial eficiente y con ellos la satisfacción y fidelidad de usuarios, se requiere de un proceso de coordinación eficaz, ágil y flexible. (Ávalos, 2008)

La referencia y contrarreferencia tiene mucha importancia ya que son procedimiento y estrategias administrativas asistenciales, que al elaborarlo de manera correcta permite un justificado traslado hacia los centros asistenciales con mayor o mejor capacidad de respuesta a las necesidades del paciente, situados en los diferentes niveles de atención y

de acuerdo a la severidad y naturaleza de un proceso patológico y no trasladar enfermos fácilmente a otro centro asistencial sin responsabilidad institucional de quien lo remite, y más bien, haciendo la referencia dentro de una red asistencial.

Es importante considerar que un sistema con un correcto proceso de referencia y contrarreferencia de pacientes es un componente fundamental para el funcionamiento de una red que permite que un sistema de salud se enmarque en una mejor calidad con una adecuada continuidad en la atención.

Al referirnos a la **variable atención oportuna** estamos hablando de la atención de la salud en su totalidad de procesos mediante los cuales se precisan la entrega de prestaciones y cuidados de salud a una población de manera oportuna, ya que la demora en la atención puede llegar a provocar complicaciones en el asegurado, por lo que la atención debe ser inmediata y sean satisfechas las necesidades de la salud. Al hablar de atención oportuna, tenemos que definir nuestra **dimensión calidad**, la Real Academia Española de la Lengua define la calidad como conjunto de propiedades esenciales que aceptan calificar su valor. El concepto de calidad de la atención médica cambia en las sociedades y con el tiempo; el concepto de Donabedian (2008) Define como calidad el grado en que los medios más deseables se usan para alcanzar las mayores mejoras posibles, o para Ruelas (2012) la calidad es una mezcla de beneficios, riesgos y costos, que trata de ofrecer a un costo razonable, los mayores beneficios con los menores riesgos posibles. Aguirre Gas (1997) refiere que la calidad de la atención médica es brindar una atención oportuna al paciente, acorde a los principios éticos vigentes y los conocimientos médicos, satisfaciendo las necesidades de salud y de las expectativas del paciente, del prestador de servicios y de la institución. Otra **dimensión es la accesibilidad**, Mishima (2010) dice que la accesibilidad es la vía de los usuarios de recibir cuidados de salud de manera rápida cuando resulta necesario, lo que permite centrarse en la relación entre las características de la demanda y la oferta de los servicios de salud.

Accesibilidad son situaciones que poseen o se otorga a los medios en los que se logra disfrutar de servicios o bienes, con el fin de realizar apropiadamente las expectativas, necesidades y capacidades. Y todos sus usuarios, muy independiente a su origen, sexo, edad, cultural o grado de capacidad. De manera que aquellos se consigan ejecutar, sin dificultad, todos los trabajos de deambulaci3n, aprehensi3n, comunicaci3n y localizaci3n estando unidas a los procesos que se realicen o en relaci3n con los entornos, las que se refieren especialmente de situaciones de emergencia (Norma UNE 170001).

**La dimensión efectividad** Jiménez (2004) palabra de mayor importancia que la eficacia, ya que mide el impacto de un determinado procedimiento que tiene sobre la salud de la población; es por ello, se puede observar el nivel que se otorga los procedimientos, tratamientos, servicios, pruebas y el nivel que se regulariza la atención al paciente entre tiempo, médicos e instituciones. Un atributo solo se puede evaluar en la práctica real de la Medicina. El término efectividad es el nivel de éxito de los resultados alcanzados, quiere decir, que ser eficaz significa que los resultados deseados se han logrado.

La **dimensión eficiencia** es usar el menor tiempo posible para llevar a cabo una situación, con menos cantidad de recursos y lograr los resultados deseados. El Diccionario de la Real Academia Española muestra que la eficiencia es la facultad y virtud para obtener un efecto determinado. Ernesto Cohen (1983) define la eficiencia como la relación entre productos y costos logrados. Lockheed (1994) indica que el sistema eficiente consigue aumentos de productos con un determinado conjunto de recursos, insumos y lograr mayores cantidad de productos con menos insumos, conservando a los demás igual.

Podemos definir que la eficiencia es el valor que realizan los objetivos de una iniciativa al menor costo posible. Al no cumplirse adecuadamente los objetivos o el desperdicio de insumos o recursos tienen como resultado la iniciativa sea ineficiente. La continuidad asistencial afirma la coordinación entre los diferentes niveles asistenciales durante el proceso de diagnóstico y la terapia del paciente, independientemente del lugar y el tiempo en el cual sea atendido. Egglund & Heinemann (1994) se refieren a la transferencias al proceso de continuidad de cuidados entre proveedores de cuidados sin tener obstáculos. Las variables más importantes destacan la asunción de responsabilidad en el cuidado y la comunicación de la información.

Esta investigación se **justifica** que Essalud en el marco de la modernización y competitividad, busca la atención continua, oportuna con calidad y eficiencia. Entonces, el sistema de referencias y contrarreferencias debe buscar primordialmente efectividad y eficiencia. La población asegurada ha aumentado enormemente, por lo que es imprescindible ampliar los servicios que se brindan, ya que a la fecha las necesidades de los asegurados no se han logrado cubrir, siendo sistema de referencia y contrarreferencia de inmensa importancia, que, si está implementado correctamente, consentirá que el paciente será referido a los centros asistenciales con mayor o mejor capacidad de

respuesta a las necesidades del asegurado y su retorno al centro de inscripción. El sistema de referencia y contrarreferencia ha elaborado con la intención de dar atención médica oportuna y calidad al usuario, para que esto se cumpla también es importante que todas las referencias en el momento de alta sean contrarreferidas a su centro asistencial de origen. Sin embargo, siempre el N° de contrarreferencias está muy debajo al de las referencias ya que sólo un 20 ó 30% son contrarreferidos.

Esta investigación se **justifica teóricamente** pues busca, mediante el uso y aplicación de los conceptos básicos de referencias, contrarreferencias y atención oportuna, encontrar esclarecimientos y solución a situaciones internas que impiden realizar las contrarreferencias en el momento oportuno. Su **justificación práctica** es que permitirá incrementar los conocimientos para un mejor manejo del sistema de referencias y contrarreferencias, Siendo un problema común en todos los centros asistenciales a nivel nacional. No se trata de referir al paciente sino en darle el alta y contrarreferirlo a su centro de origen. Al identificar los problemas del sistema de referencias y contrarreferencias se solucionará y se contribuirá a la mejorar la salud de la población beneficiaria de Essalud.

El **problema general** en esta investigación será saber si ¿Existe diferencias significativas entre las referencias y contrarreferencias en las redes asistenciales a nivel nacional 2015 - 2016? Los **problemas específicos** serán saber si: Primero ¿Existen diferencias significativas en las referencias de las macro regiones en las Redes asistenciales a nivel nacional 2015 -2016?; segundo ¿Existen diferencias significativas en las contrarreferencias de las macro regiones en las Redes asistenciales a nivel nacional 2015 -2016?; tercero ¿Existen diferencias significativas en las referencias por semestres en las Redes asistenciales a nivel nacional 2015 -2016?; cuarto ¿Existen diferencias significativas en las contrarreferencias por semestres en las Redes asistenciales a nivel nacional 2015 -2016?; quinto ¿Existe relación significativa entre las referencias y la atención oportuna en las Redes asistenciales a nivel nacional 2015- 2016? y sexto ¿Existe relación significativa entre las contrarreferencias y la atención oportuna en las redes asistenciales a nivel nacional 2015- 2016?

Los **objetivos**, según Hernández, Fernández y Baptista (2010). Señala que el objetivo de una investigación es lo que se desea conseguir en la investigación y tienen que expresarse con claridad, ya que son pautas de estudio. El **objetivo general** es determinar

si existen diferencias significativas entre las referencias y contrarreferencias en las redes asistenciales a nivel nacional 2015 – 2016. Los **objetivos específicos** son: Primero, determinar si existen diferencias significativas en las referencias de las macro regiones en las redes asistenciales a nivel nacional 2015 – 2016; segundo, determinar si existen diferencias significativas en las contrarreferencias de las macro regiones en las redes asistenciales a nivel nacional 2015 – 2016; tercero, determinar si existen diferencias significativas en las referencias por semestre en las redes asistenciales a nivel nacional 2015 – 2016; cuarto, determinar si existen diferencias significativas en las contrarreferencias por semestre en las redes asistenciales a nivel nacional 2015 – 2016; quinto, determinar si existen relación significativa entre las referencias y la atención oportuna en las redes asistenciales a nivel nacional 2015 – 2016 y sexto, determinar si existen relación significativa entre las contrarreferencias y la atención oportuna en las redes asistenciales a nivel nacional 2015 – 2016.

Las **hipótesis**, según Hernández, Fernández y Baptista (2010). Las hipótesis se definen como explicaciones tentativas del fenómeno estudiado y muestran lo que se pretende probar. La **hipótesis general** tiene el enunciado: Entre las referencias y contrarreferencias existen diferencias significativas en las Redes asistenciales a nivel nacional 2015 – 2016. **hipótesis específicas:** **Primera.** En las referencias de las macro regiones existen diferencias significativas en las redes asistenciales a nivel nacional 2015 – 2016. **Segunda.** En las contrarreferencias de las macro regiones existen diferencias significativas en las redes asistenciales a nivel nacional 2015 – 2016. **Tercera.** En las referencias por semestres existen diferencias significativas en las redes asistenciales a nivel nacional 2015 – 2016. **Cuarta.** En las contrarreferencias por semestres existen diferencias significativas en las Redes asistenciales a nivel nacional 2015 – 2016. **Quinta.** Las referencias tienen relación significativa con la atención oportuna las Redes asistenciales a nivel nacional 2015 – 2016 y **Sexta.** Las contrarreferencias tienen relación significativa con la atención oportuna en las Redes asistenciales a nivel nacional 2015 – 2016.

## **II. Método**

### **2.1 Tipo y diseño de investigación**

#### **2.1.1 Enfoque**

En el presente proyecto tiene el enfoque cuantitativo por cuanto se recurre a la aplicación de cuestionarios para el registro de datos y para el procesamiento de los mismos se hizo mediante el método estadístico teniendo en cuenta lo expuesto por Fernández et al (2006) quienes en el enfoque cuantitativo se inicia con análisis de los datos numéricos especialmente cuando se tiene que probar las hipótesis.

#### **2.1.2 Método**

El método utilizado es descriptivo, explicativo. Es descriptivo porque detallará las características de las variables y sus dimensiones. Así que el método descriptivo permite precisar características las propiedades y hasta los perfiles de las personas, objetos u cualquier fenómeno medible que requiere de un análisis (Danhke, 1989) y es explicativo por que la incidencia de la variable referencias y contrarreferencias en la atención de los usuarios será posible explicar teniendo el efecto pertinente.

#### **2.1.3 Tipo**

El tipo de estudio será básica de nivel descriptiva, porque vamos a realizar estudios de casos y correlacional porque se va a estudiar las relaciones entre la variable dependiente e independiente. Es decir, permitirá establecer la relación causal entre las variables precisados como variable independiente y la dependiente ya indicado.

#### **2.1.4 Diseño**

En el presente trabajo se recurrió al diseño no experimental por que ninguna de las variables han sido manipulados por cuanto proceden de encuestas se permiten evaluar las variables y sus correspondientes dimensiones de los indicadores de referencias y contrarreferencias y la atención oportuna en el Hospital Rebagliati, y son transeccionales por que corresponden a un solo período de tiempo, Así Hernández, et al (2010). Define al diseño expuesto como evaluaciones que se hacen sin la manipulación o modificación del estado natural.

## **2.2 Variables**

En este estudio vamos a identificar dos variables: la primera sistema de referencias y contrarreferencias y la segunda la atención oportuna de los usuarios entendiendo lo que expone Hernández, et al (2010), que un variable es una propiedad que diferencia u oscilante, cuya variación es medible y se manifiestan ante las personas que analizan .

### **2.2.1 Sistema de referencias y contrarreferencia**

#### **Definición conceptual:**

El sistema de referencia y contrarreferencia, Se entiende por referencia como sinónimo de derivación, se traslada la atención de los pacientes de un centro asistencial de menor capacidad a otro de mayor capacidad resolutive, ya sea una evaluación, diagnóstico y/o tratamiento, con la finalidad de lograr la continuidad de la prestación de servicios, es un procedimiento administrativo y se define como el conjunto de procedimientos administrativos y asistenciales por el cual. (Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. 2008) y contrarreferencia es el retorno al establecimiento de salud de origen después de haber concluido el tratamiento a ese nivel.

#### **Definición operacional**

Referencia es la derivación, identificación y envío oportuno al nivel de atención, cumplimiento de normas establecidas, capacitar sobre el manejo de referencias y contrarreferencia en la recepción oportuna, cumplimiento de normas establecidas, capacitar sobre el manejo de contrarreferencias.

### **2.2.2 Atención oportuna**

#### **Definición conceptual:**

Atención oportuna significa atención inmediata en casos de urgencia y en los casos que no lo sean, la espera sea razonable. Es decir, que el tiempo de espera no genere empeoramiento de la salud. Cuando nos referimos al trato adecuado, se refiere al sistema como un todo, no es solo a las interacciones clínicas, la atención oportuna no corresponde solo con los tiempos de espera, sino el tiempo transcurrido desde que el asegurado decide buscar atención hasta que la recibe. Bajo este punto de vista, la atención oportuna corresponde a conceptos de eficiencia, accesibilidad, efectividad y continuidad.

### **Definición operacional:**

En atención oportuna debemos considerar los siguientes conceptos operacionales: Accesibilidad: servicios para proporcionar el acceso de los asegurados a la atención requerida y situaciones de la institución. Efectividad: Satisfacción del asegurado. Citas a tiempo percibido por el asegurado como el tiempo antes del otorgamiento de la atención. Cumplimiento de horarios. Lista de espera de registros que no poseen una causal de salida y aquellos identificados que se encuentran en reevaluación para definición del diagnóstico. Eficiencia: Resultados alcanzados y los recursos utilizados. Resultado de objetivos y metas haciendo uso racional de recursos y Continuidad: Proceso que certifica la atención integral, sin interrupción y en forma continua de los usuarios hasta la solución de problema de salud; es decir, cumplimiento del proceso de referencias y contrarreferencias.

*Tabla 1*

*Operacionalización de la variable independiente: Referencia y Contrarreferencia*

Dimensiones	Indicadores	Instrumento	Valores por Rangos
Referencias	N° de referencias recibidas por región	Registro	Medidas de tendencia
	N° de referencias recibidas por semestre	Institucional	por redes/año
Contrarreferencias	N° de contrarreferencias enviadas	Registro	Tendencia: central y
	N° de contrarreferencias enviadas semestralmente	Institucional	variación / redes / semestres



Tabla 2

Operacionalización de la variable dependiente: Atención oportuna

Dimensiones	Indicadores	Items	Escala de medición	Niveles y Rangos
Atención oportuna	Cumplimiento y conocimiento Reglamento de Organización y Funciones y Directivas	3	(1) Ineficaz (2) Poco Eficaz (3) Eficaz	38-41 42-45 46-49
	Supervisión y evaluación del Sistema Referencias y Contrarreferencias	5		
	Plan de sensibilización y comunicación oportuna	4		
Efectividad	Proceso de Referencias y contrarreferencia	3	(1) Ineficaz (2) Poco Eficaz (3) Eficaz	38-41 42-45 46-49
Eficiencia	Formato de las referencias y contrarreferencias	4		
	Capacitación	1	(1) Ineficaz	38-41
	Tiempo	1	(2) Poco Eficaz	42-45
	Datos	1	(3) Eficaz	46-49
Continuidad	Articulación de los centros asistenciales		(1) Ineficaz	38-41
	Archivos actualizados de referencias y contrarreferencias	2 3	(2) Poco Eficaz (3) Eficaz	42-45 46-49

### 2.3 Población, muestra y muestreo

Según, Hernández, Fernández y Baptista (2010) mantuvo: La Población es el conjunto de todos los casos que coinciden con especificaciones determinadas.

Vara (2010). Es el conjunto de todos los individuos, objetos, documentos, personas, empresas, data, situaciones, eventos, etc. a investigar, cuentan con una o más propiedades en común, se hallan en un espacio.

Para evaluar la variable atención oportuna se tuvo 20 trabajadores de las diferentes unidades de referencia y contrarreferencias a nivel nacional.

Según Vara (2010) La muestra es el conjunto de casos extraídos de la población. En este caso, la presente investigación se trabajó con las estadísticas existentes de las referencias y contrarreferencias Año 2015 - 2016, que fueron de 152,271 referencias y 42,541 contrarreferencias; además, se tomó una muestra de 20 trabajadores que laboran a nivel nacional en el área de referencias y contrarreferencias. Se utilizó un muestreo circunstancial y no probabilístico.

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

Según Tamayo (2008). Conjunto de procedimientos para el beneficio de los elementos que envuelven los fenómenos sobre los cuales se investiga. Se justifican por su utilidad

las técnicas de investigación, que se traduce en la optimización de los esfuerzos, la mejor administración de los recursos y la comunicabilidad de los resultados.

Las técnicas que se usaron para obtener la información fueron inicialmente las estadísticas existentes a nivel nacional de las referencias y contrareferencias recibidas al Hospital Rebagliati durante el año 2015 - 2016.

Por otro lado, la investigación también empleó la aplicación de un cuestionario al personal que labora en las diferentes Unidades de Referencias y Contrareferencias a nivel nacional.

Según Vara (2010), el Cuestionario: Es un instrumento más común utilizado para la recolección de información, utilizado para universalizar y unificar la información. (p.255).

El recojo de la información fue a través del correo electrónico, previamente se coordinó con las jefaturas del área respectiva de cada provincia y se remitió el cuestionario y los devolvieron por la misma vía del correo institucional.

En relación a los instrumentos Hernández, Fernández y Baptista (2010). Señaló que el investigador registra información o datos sobre las variables que tiene en mente es el recurso que utiliza. (p. 200).

Conforme a la naturaleza de la investigación se utilizó como técnica la correlación de Pearson entre las dos variables y sus dimensiones, la prueba de ANOVA y el método de Turkey para crear intervalos de confianza para todas las diferencias.

## **2.5 Procedimiento**

Se utilizó las estadísticas existentes de la Red Prestacional Rebagliati de todas las referencias a nivel nacional que han sido aceptadas. También se utilizó el software del Sistema de Referencias y Contrarreferencia de EsSalud.

## **2.6 Método de análisis de datos**

Es una técnica cuantitativa de análisis de documentos, se describe el contenido en sus partes más esenciales, para la recolección de datos en la investigación se utilizó: el cuestionario y el SPSS versión N° 22, por el cual, primeramente los datos estadísticos fueron llenados a la hoja de cálculo Excel para obtener datos como: determinación de las medidas de tendencia central y variación, distribución de frecuencias, representación de tablas y gráficos, análisis inferencial mediante la prueba ANOVA, análisis de correlación, análisis de varianza y prueba rango múltiple de Tukey.

Según Torres (2007) Prueba hipótesis es un planteamiento que forma una relación entre dos o más variables para explicar y, si es posible, predecir probabilísticamente las propiedades y conexiones internas de los fenómenos o las causas y consecuencias de un determinado problema.

Nivel de Significación:

Si  $p < 0.05 \Rightarrow$  Existe relación entre las variables

Si  $p > 0.05 \Rightarrow$  No existe relación entre las variables

## 2.7 Aspectos éticos

Se consideró los siguientes aspectos éticos:

- Se respetó la información estadística que se obtuvo de la Oficina de Registros y Estadística de EsSalud.
- Se informó a los trabajadores de la Oficina de Referencias y Contrarreferencias el objetivo del cuestionario.

El cuestionario se realizó de manera voluntaria.

## III. Resultados

### 3.1 Resultados descriptivos

#### 3.1.1 Referencias y contrarreferencias de las redes asistenciales a nivel nacional

*Tabla 3*

*Medidas de tendencia central y variación de las referencias y contrarreferencias de las Redes asistenciales a nivel nacional, 2015 – 2016*

<b>Estadísticos de muestras relacionadas</b>				
Variables	Media	N	Desviación típ.	Error típ. de la media
Referencias por Red a nivel nacional	4911,97	31	23508,85	4222,31
Contrarreferencia por Red a nivel nacional	1372,29	31	6778,94	1217,53

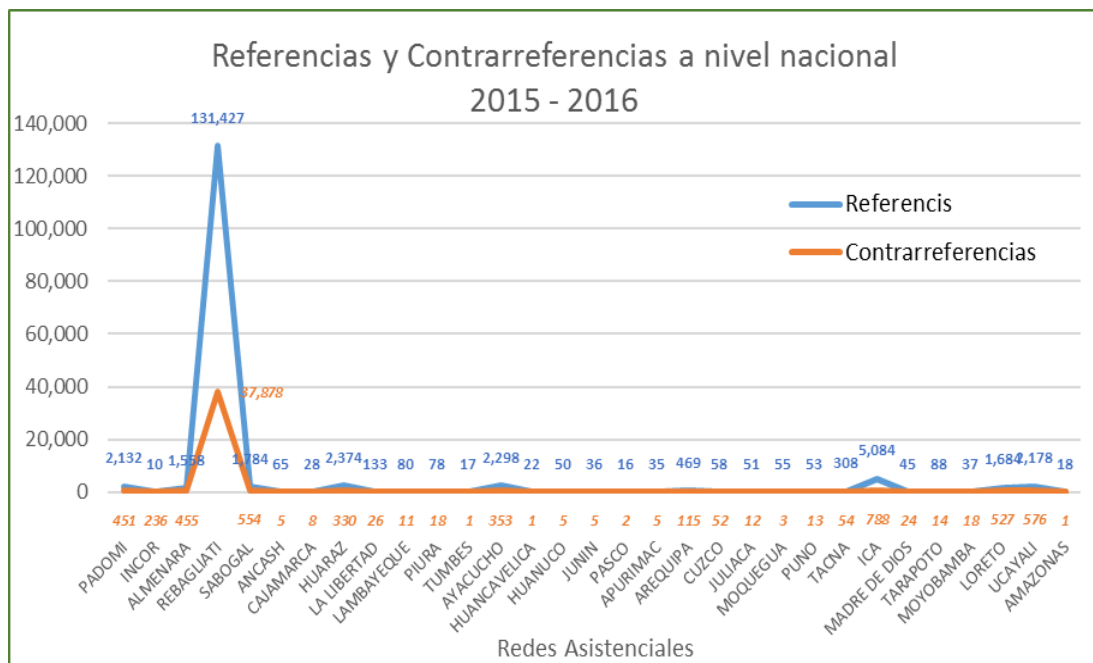


Figura 1. Medidas de tendencia central de las referencias y contrarreferencias de las Redes asistenciales a nivel nacional EsSalud, 2015 - 2016

### Interpretación

De acuerdo a los resultados de la tabla 3 y la figura 1, en el período de 18 meses se emitió un promedio de 4612 referencias y 1733 contrarreferencias a nivel nacional registrándose más de 125 mil referencias en el hospital Rebagliati de Lima y más 30 mil contrarreferencias, constituyéndose en la red de mayor demanda de pacientes.

### 3.1.2 Referencias por macro regiones de la Redes asistenciales a nivel nacional

Tabla 4  
Medidas de tendencia central y variación de las referencias por macro regiones en las Redes asistenciales a nivel nacional, 2015 - 2016

Red nacional	N°	Media	Desviación típica	Error típico	Intervalo de confianza para la media al 95%	
					Límite inferior	Límite superior
Macro región Lima	15	9127,40	20031,65	5172,15	-1965,76	20220,56
Macro región norte	21	19,00	42,57	9,29	-,38	38,38
Macro región centro	18	136,50	343,99	81,08	-34,56	307,56
Macro región oriente	14	81,14	105,58	28,22	20,18	142,10
Macro región sur	24	255,12	629,82	128,56	-10,82	521,07
Total	92	1598,101	8545,76	890,96	-171,67	3367,88

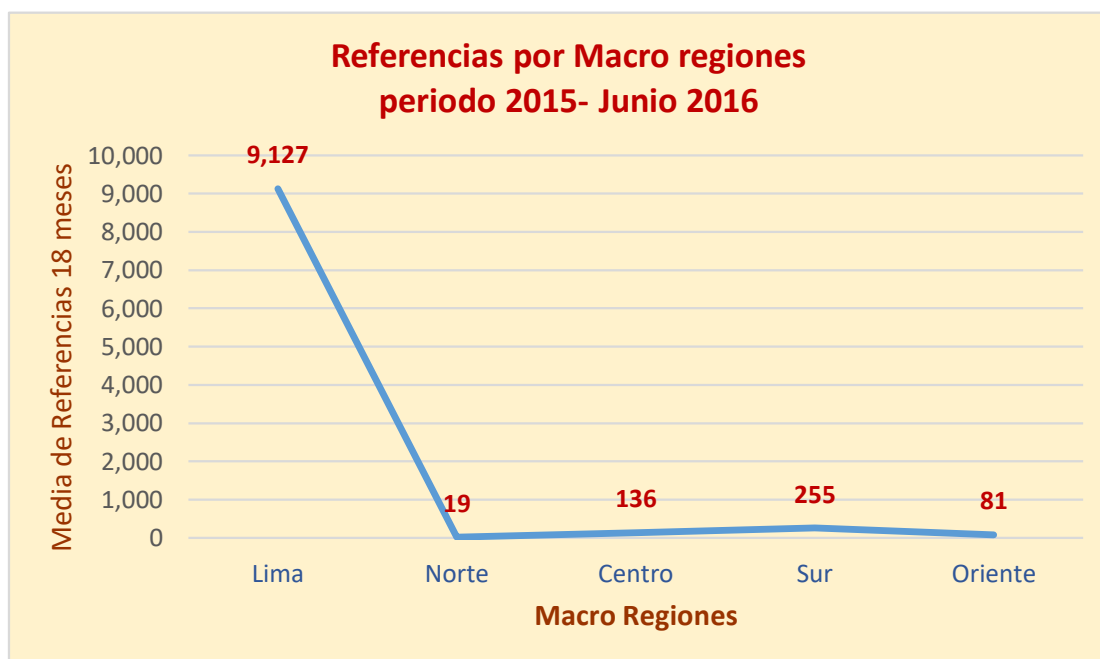


Figura 2. Medidas de tendencia central de las referencias por macro regiones en las Redes asistenciales a nivel nacional, 2015 - 2016

### Interpretación

Según los resultados de la tabla 4 y la figura 2, en el análisis por macro regiones es evidente que el promedio más alto se alcanzó en la Región Lima y Callao con una media de 9,127 referencias superó al promedio nacional que fue de 1598 referencias, seguido de la macro región sur con 255 referencias y al final la región norte con solo una media de 19 referencias en el período de 18 meses, constituyéndose la Región Lima y Callao en la red de mayor demanda de pacientes.

### 3.1.3 Contrarreferencias por macro regiones de las Redes asistenciales a nivel nacional

Tabla 5  
Medidas de tendencia central y variación de las contrarreferencias por macro regiones de las Redes asistenciales a nivel nacional, 2015 – 2016

Red Nacional	N	Media	Desviación típica	Error típico	Intervalo de confianza para la media al 95%	
					Límite inferior	Límite superior
Macro región Lima	15	2638,26	6297,85	1626,09	-849,37	6125,90
Macro región norte	21	19,00	42,57	9,29	-,38	38,38
Macro región centro	18	20,61	52,48	12,37	-5,49	46,71
Macro región sur	24	44,21	93,49	19,08	4,73	83,69
Macro región oriente	14	81,14	105,58	28,22	20,18	142,10
Total	92	462,40	2653,22	276,62	-87,06	1011,87

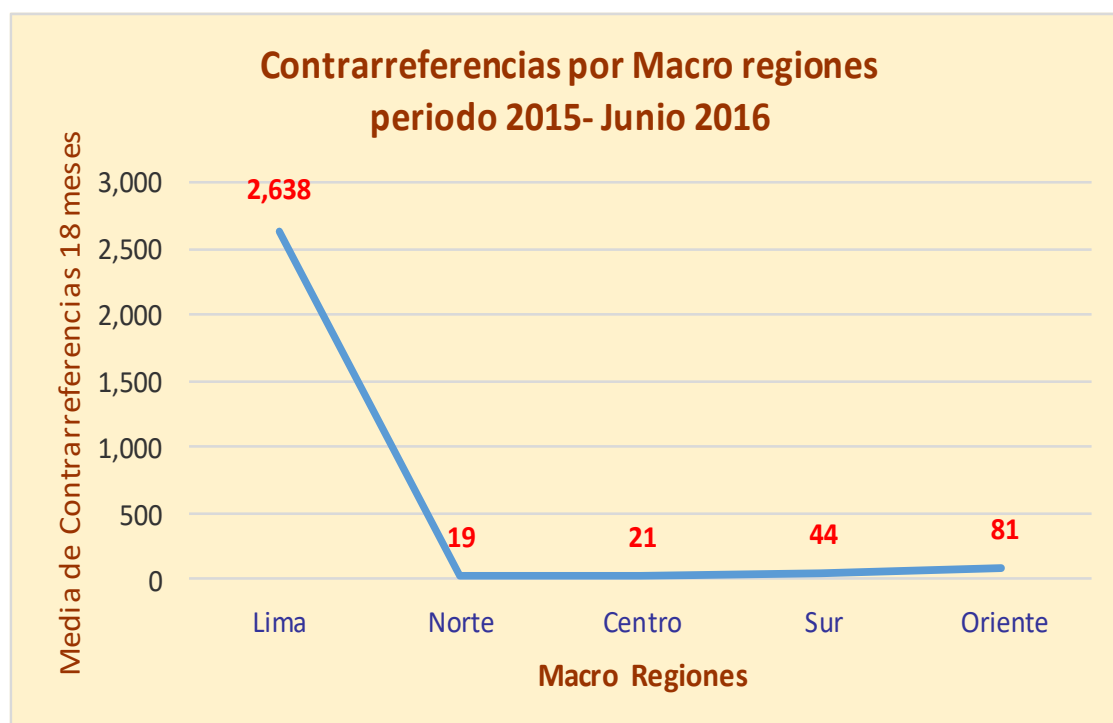


Figura 3. Medidas de tendencia central de las contrarreferencias por macro regiones en las Redes asistenciales a nivel nacional, 2015 - 2016

## Interpretación

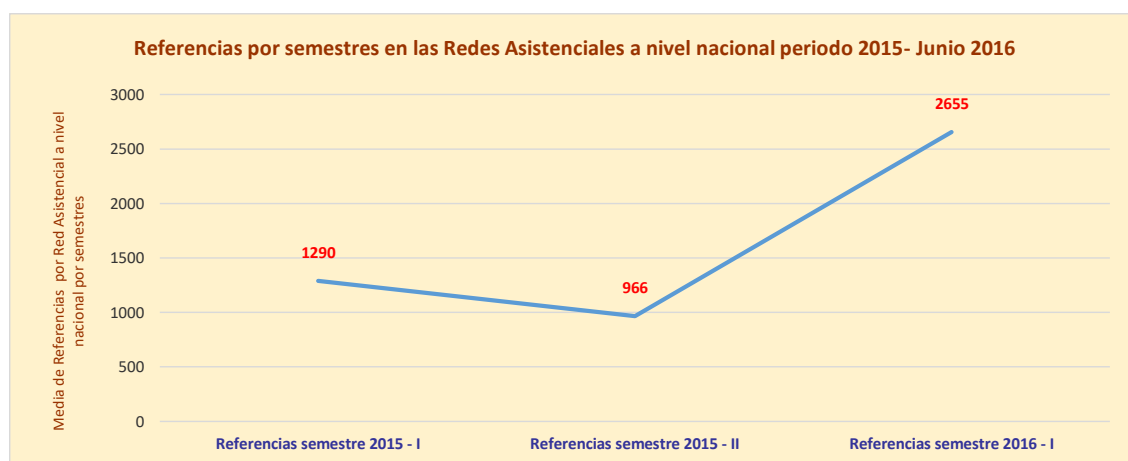
Según los resultados de la tabla 5 y la figura 3, en el análisis por macro regiones es evidente que el promedio más alto se alcanzó en la Región Lima y Callao con una media de 2,638 contrarreferencias superando al promedio nacional que es de 462 contrarreferencias, seguido de la macro región oriente con 81 contrarreferencias y al final la región norte con solo una media de 19 contrarreferencias en el período de 18 meses, constituyéndose la Región Lima y Callao en la red de mayor demanda de pacientes.

El polígono de tendencias se hace más evidente la diferencia de resultados de las contrarreferencias donde en la macro región Lima Callao el pico alcanzado es muy grande en comparación con las cuatro macro regiones donde con un promedio de 80 referencias resulta ligeramente más alto que sus homólogos.

### 3.1.4 Referencias por semestres en la Redes asistenciales a nivel nacional

*Tabla 6*  
*Medidas de tendencia central y variación de las referencias por semestres en las Redes asistenciales a nivel nacional, 2015 - 2016*

Variables	N	Media	Desviación típica	Error típico	Intervalo de confianza para la media al 95%	
					Límite inferior	Límite superior
Referencias semestre 2015 - I	31	1290,35	6213,19	1115,92	-988,66	3569,37
Referencias semestre 2015 - II	31	966,52	4686,31	841,68	-752,43	2685,47
Referencias semestre 2016 - I	31	2655,09	12609,73	2264,77	-1970,18	7280,38
Total	93	1637,32	8493,54	880,74	-111,90	3386,55



*Figura 4. Medidas de tendencia central de las referencias por semestres en las Redes asistenciales a nivel nacional, 2015 – 2016*

## Interpretación

Según los resultados de la tabla 6 y la figura 4, en el análisis por semestres se considera que el promedio más alto se alcanzó en el I Semestre 2016 con una media de 2,655 referencias, seguido por el I Semestre 2015 con una media de 1290 referencias y al final el II Semestre de 2015 con una media de 966 referencias, pudiendo apreciar que de un año a otro hubo un aumento del 100% de las referencias.

### 3.1.5 Contrarreferencias por semestres en las Redes asistenciales a nivel nacional

Tabla 7

Medidas de tendencia central y variación de las contrarreferencias por semestres en las Redes asistenciales a nivel nacional, 2015 - 2016

Variables	N	Media	Desviación típica	Error típico	Intervalo de confianza para la media al 95%	
					Límite inferior	Límite superior
Contrarreferencias semestre 2015 – I	31	367,74	1765,39	317,07	-279,81	1015,30
Contrarreferencias semestre 2015 – II	31	178,81	856,74	153,87	-135,45	493,06
Contrarreferencias semestre 2016 – I	31	825,74	4157,05	746,63	-699,08	2350,56
Total	93	457,43	2639,19	273,67	-86,10	1000,96



Figura 5. Medidas de tendencia central de las contrarreferencias por semestres en las redes asistenciales a nivel nacional, 2015 - 2016



## Interpretación

Según los resultados de la tabla 7 y la figura 5, en el análisis por semestres se aprecia que el promedio más alto se alcanzó en el I Semestre 2016 con una media de 826 contrarreferencias, seguido por el I Semestre 2015 con una media de 367 contrarreferencias y al final el II Semestre de 2015 con una media de 179 contrarreferencias.

### 3.1.5 Atención oportuna en las Redes asistenciales a nivel nacional

Tabla 8

*Distribución de frecuencias de la atención oportuna en las Redes asistenciales a nivel nacional, 2015 – 2016*

	Nivel	Baremo	Frecuencia (fi)	Porcentaje válido (%)
Válidos	Ineficaz	38-41	6	30,0
	Eficaz	46-49	14	70,0
	Total		20	100,0

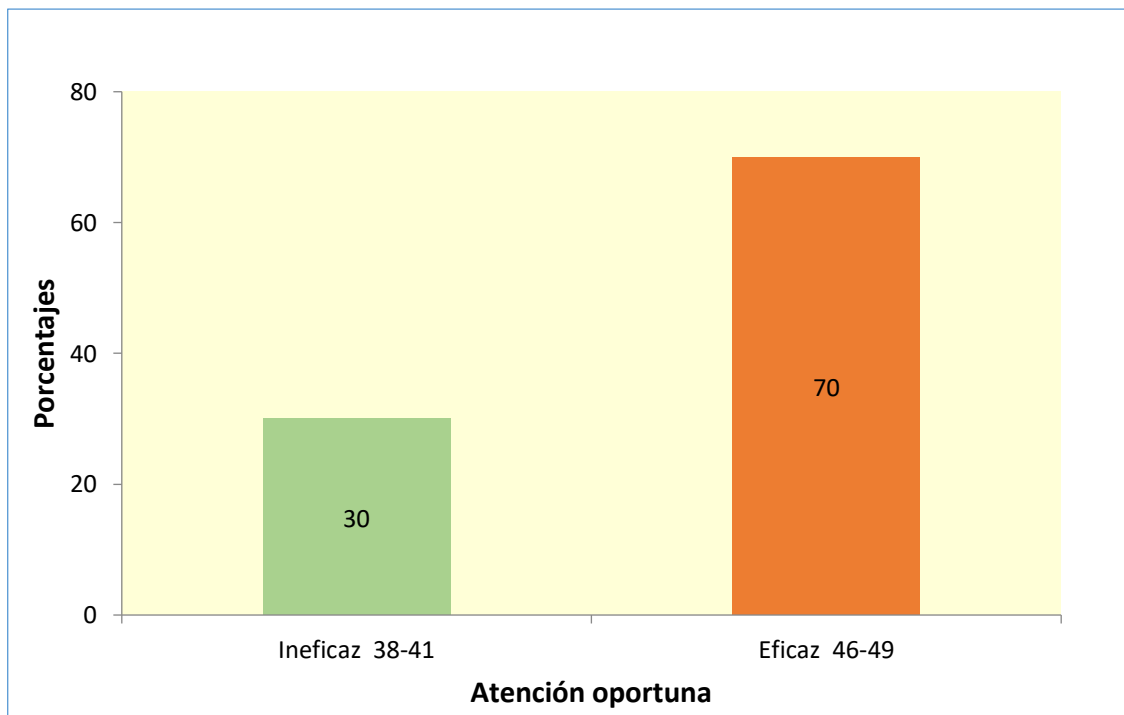


Figura 6. Niveles de las atenciones oportunas de pacientes en las Redes asistenciales a nivel nacional, 2015 - 2016

## Interpretación

En la tabla 8 y la figura 6, los resultados en relación al total de trabajadores encuestados; una gran mayoría manifiesta que la atención oportuna es eficaz (70%), en cambio, manifiestan en menor medida que la atención oportuna es ineficaz sólo un 30% de los entrevistados.

### 3.1.4 Atención oportuna por dimensiones en la Redes asistenciales a nivel nacional

Tabla 9

Distribución de frecuencias de la atención oportuna por dimensiones en las Redes asistenciales a nivel nacional, 2015 - 2016

Dimensiones	Nivel	Baremo	Frecuencia (fi)	Porcentaje válido (%)
Atención	Ineficaz	17-18	6	30,0
	Eficaz	19-21	14	70,0
Efectividad	Ineficaz	10-11	6	30,0
	Eficaz	12-13	14	70,0
Eficiencia	Ineficaz	4-5	9	45,0
	Eficaz	6-7	11	55,0
Continuidad	Ineficaz	6-7	6	30,0
	Eficaz	8-9	14	70,0

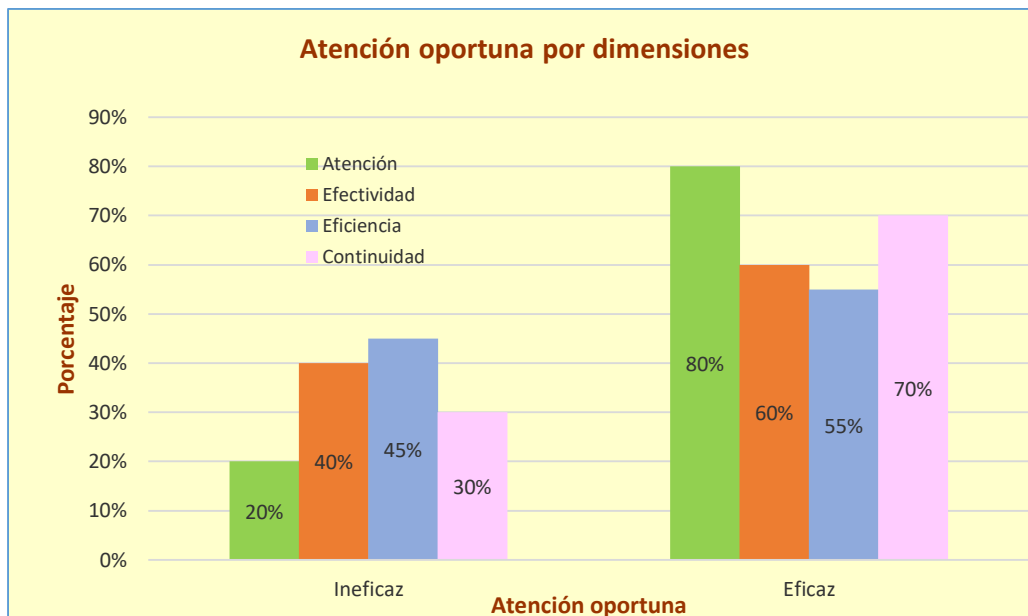


Figura 7. Niveles de las atenciones oportunas de pacientes por dimensiones en las redes asistenciales a nivel nacional, 2015 – 2016

## Interpretación

Según los resultados de la tabla 9 y la figura 7, en el análisis de la atención oportuna en las Redes asistenciales a nivel nacional en relación a las dimensiones, los resultados indican que en relación a la dimensión atención el 80% considera que es eficaz, luego le sigue la dimensión continuidad con el 70%, efectividad con el 60% y eficiencia con el 55%.

### 3.2. Resultados inferenciales

#### 3.2.1 Referencias y contrarreferencias de las Redes asistenciales a nivel nacional

##### Hipótesis general

H<sub>0</sub>. Entre las referencias y contrarreferencias no existen diferencias significativas en las Redes Asistenciales a nivel nacional 2015 – 2016.

H<sub>1</sub>. Entre las referencias y contrarreferencias existen diferencias significativas en las Redes asistenciales a nivel nacional 2015 – 2016

Tabla 10

Prueba de “t” de Student de las referencias y contrarreferencias en las Redes asistenciales a nivel nacional, 2015 – 2016

Red Asistencial a nivel nacional	Diferencias relacionadas					t	gl	Sig. (bilateral)
	Media	Desviación típ.	Error típ. media	95% Intervalo de confianza de diferencia				
				Inferior	Superior			
Referencias– Contrarreferencia	3539,67	16732,36	3005,222	2597,805	9677,16	1,18	30	,248

##### Interpretación

En la tabla 10, encontramos que el valor de Sig. es 0,248; es decir, es mayor a 0,05 quiere decir que no existen diferencias significativas entre las referencias y contrarreferencias en las Redes asistenciales a nivel nacional.

#### 3.2.2 Referencias en las macro regiones en las Redes asistenciales a nivel nacional

##### Hipótesis específica 1

H<sub>0</sub>. En las referencias de las macro regiones no existen diferencias significativas en las Redes Asistenciales a nivel nacional 2015 – 2016.

H<sub>1</sub>. En las referencias de las macro regiones existen diferencias significativas en las Redes Asistenciales a nivel nacional 2015 – 2016

*Tabla 11*

*Prueba de ANOVA de las referencias por macro región del país en las Redes asistenciales a nivel nacional, 2015 – 2016*

	Suma de cuadrados	Gl	Media cuadrática	F	Sig.
Macro regiones	590608294,20	4	147652073,55	2,78	,030
Error experimental	6102391544,12	115	53064274,29		
Total	6692999838,32	119			

*Tabla 12*

*Prueba de Tukey de las referencias por macro región del país en las Redes asistenciales a nivel nacional, 2015 – 2016*

Referencias	N	Subconjunto para alfa = 0.05	
		1	2
Macro región norte	21	19,0000 (b)	
Macro región oriente	14	81,1429 (b)	
Macro región centro	18	136,5000 (b)	
Macro región sur	24	255,1250 (b)	
Macro región Lima y Callao	15		9127,4000 (a)
Sig.		1,000	1,000

Se muestran las medias para los grupos en los subconjuntos homogéneos.

- Usa el tamaño muestral de la media armónica = 17.672.
- Los tamaños de los grupos no son iguales. Se utilizará la media armónica de los tamaños de los grupos. Los niveles de error de tipo I no están garantizados.

### **Interpretación**

Como se muestra en la tabla 11, prueba de ANOVA, F tiene un valor estimado de 2,78 y sig. mayor que el nivel esperado ( $p: ,030, > \alpha: ,05$ ) se ve que no existe diferencia significativa.

En la tabla 12, la prueba de Tukey, podemos apreciar que los tamaños de los grupos no son iguales y el sig es 1, quiere decir que no existe diferencia significativa entre las referencias por macro región en las redes asistenciales a nivel nacional.

### 3.2.3 Contrarreferencias en las macro regiones en las Redes asistenciales a nivel nacional

#### Hipótesis específica 2

H<sub>0</sub>. En las contrarreferencias de las macro regiones no existen diferencias significativas en las Redes Asistenciales a nivel nacional 2015 – 2016.

H<sub>1</sub>. En las contrarreferencias de las macro regiones existen diferencias significativas en las Redes Asistenciales a nivel nacional 2015 – 2016

*Tabla 13  
Prueba de ANOVA de las contrarreferencias por macro región del país en las Redes asistenciales a nivel nacional, 2015 – 2016*

Fuentes de variabilidad	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Macro regiones	84890025,236	4	21222506,309	3,323	,014
Error experimental	555709972,884	87	6387470,953		
Total	640599998,120	91			

*Tabla 14  
Prueba de Tukey de las contrarreferencias por macro región del país en las Redes asistenciales a nivel nacional, 2015 – 2016*

	N	Subconjunto para alfa = 0.05	
		1	2
Macro región norte	21	19,0000 (b)	
Macro región centro	18	20,6111 (b)	
Macro región sur	24	44,2083 (b)	
Macro región oriente	14	81,1429 (b)	
Macro región Lima	15		2638,2667 (a)
Callao			
Sig.		1,000	1,000

Se muestran las medias para los grupos en los subconjuntos homogéneos.

- Usa el tamaño muestral de la media armónica = 17.672.
- Los tamaños de los grupos no son iguales. Se utilizará la media armónica de los tamaños de los grupos. Los niveles de error de tipo I no están garantizados.

## Interpretación

Como se muestra en la tabla 13, prueba de ANOVA, F tiene un valor estimado de 3,323 y sig. mayor que el nivel esperado ( $p: ,014, > \alpha: ,05$ ) se ve que no existe diferencia significativa entre las contrarreferencias por macro regiones a nivel nacional.

En la tabla 14, la prueba de Tukey, podemos apreciar que los tamaños de los grupos no son iguales y el sig es 1, quiere decir que no existe diferencia significativa entre las contrarreferencias por macro regiones a nivel nacional.

### 3.2.4 Referencias por semestres en las Redes asistenciales a nivel nacional

#### Hipótesis específica 3

H<sub>0</sub>. En las referencias por semestres no existen diferencias significativas en las Redes Asistenciales a nivel nacional 2015 – 2016.

H<sub>1</sub>. En las referencias por semestres existen diferencias significativas en las Redes Asistenciales a nivel nacional 2015 – 2016

Tabla 15

*Prueba de ANOVA de las referencias por semestres en las Redes asistenciales a nivel nacional, 2015 – 2016*

Fuentes de variabilidad	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Semestres	49793198,774	2	24896599,387	,340	,713
Error experimental	6587110371,548	90	73190115,239		
Total	6636903570,323	92			

Tabla 16

*Prueba de Tukey de las referencias por semestres en las Redes asistenciales a nivel nacional, 2015 – 2016*

Semestres 2018 -2016	N	Subconjunto para alfa = 0.05
		1
Referencias semestre 2015 – II	31	966,5161 (a)
Referencias semestre 2015 – I	31	1290,3548 (a)
Referencias semestre 2016 – I	31	2655,0968 (a)
Sig.		,718

Se muestran las medias para los grupos en los subconjuntos homogéneos.

a. Usa el tamaño muestral de la media armónica = 31,000.

### Interpretación

Como se muestra en la tabla 15, prueba de ANOVA, F tiene un valor estimado de 0,340 y sig. mayor que el nivel esperado ( $p: ,0713 > \alpha: ,05$ ) se ve que no existe diferencia significativa entre las referencias por semestres en las Redes asistenciales a nivel nacional.

En la tabla 16, la prueba de Tukey, podemos apreciar que los tamaños de los grupos no son iguales y el sig es 0.718, quiere decir que no existe diferencia significativa entre las referencias por semestres en las Redes asistenciales a nivel nacional.

#### 3.2.4 Contrarreferencias por semestres en las Redes asistenciales a nivel nacional

##### Hipótesis específica 4

H<sub>0</sub>. En las contrarreferencias por semestres no existen diferencias significativas en las Redes Asistenciales a nivel nacional 2015 – 2016.

H<sub>1</sub>. En las contrarreferencias por semestres existen diferencias significativas en las Redes Asistenciales a nivel nacional 2015 – 2016

Tabla 17

*Prueba de ANOVA de las contrarreferencias por semestres en las Redes asistenciales a nivel nacional, 2015 – 2016*

Fuentes de variabilidad	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Semestres	6861190,086	2	3430595,043	,487	,616
Error experimental	633950324,710	90	7043892,497		
Total	640811514,796	92			

Tabla 18

*Prueba de Tukey de las contrarreferencias por semestre en las Redes asistenciales a nivel nacional, 2015 – 2016*

Semestres	N	Subconjunto para alfa = 0.05
		1
Contrarreferencias semestre 2015 - II	31	178,8065 (a)
Contrarreferencias semestre 2015 - I	31	367,7419 (a)
Contrarreferencias semestre 2016 - I	31	825,7419 (a)
Sig.		,604

Se muestran las medias para los grupos en los subconjuntos homogéneos.

a. Usa el tamaño muestral de la media armónica = 31,000.

### Interpretación

Como se muestra en la tabla 17, prueba de ANOVA, F tiene un valor estimado de 0,487 y sig. mayor que el nivel esperado ( $p: 0,616 > \alpha: ,05$ ) se ve que no existe diferencia significativa entre las contrarreferencias por semestres en las Redes asistenciales a nivel nacional.

En la tabla 18, la prueba de Tukey, podemos apreciar que los tamaños de los grupos no son iguales y el sig es 0.604, quiere decir que no existe diferencia significativa entre las contrarreferencias por semestres en las Redes asistenciales a nivel nacional.

### 3.2.4 Referencias y atención oportuna en las Redes asistenciales a nivel nacional

#### Hipótesis específica 5

H<sub>0</sub>. Las referencias y la atención oportuna no tienen relación significativa en las Redes Asistenciales a nivel nacional 2015 – 2016.

H<sub>1</sub>. Las referencias y la atención oportuna tienen relación significativa en las Redes Asistenciales a nivel nacional 2015 – 2016

Tabla 19

*Prueba de correlación de las referencias con la atención oportuna en las Redes asistenciales a nivel nacional, 2015 – 2016*

Correlación		Referencias a nivel nacional	Atención oportuna
Referencias a nivel nacional	Correlación de Pearson	1	,107
	Sig. (bilateral)		,652
	N	24	20
Atención oportuna	Correlación de Pearson	,107	1
	Sig. (bilateral)	,652	
	N	20	20

### Interpretación

Como se muestra en la tabla 19, prueba de correlación de las referencias con la atención oportuna presenta un coeficiente: 0,107, muy baja casi nula y  $p: 0,652 > \alpha: 0,05$  acepta la H<sub>0</sub> quiere decir que no hay relación significativa entre las referencias con la atención oportuna.



### 3.2.4 Contrarreferencias y atención oportuna en las Redes asistenciales a nivel nacional

#### Hipótesis específica 6

H<sub>0</sub>. Las referencias y la atención oportuna no tienen relación significativa en las Redes Asistenciales a nivel nacional 2015 – 2016.

H<sub>1</sub>. Las referencias y la atención oportuna tienen relación significativa en las Redes Asistenciales a nivel nacional 2015 – 2016

Tabla 20

*Prueba de correlación de las contrarreferencias con la atención oportuna en las Redes asistenciales a nivel nacional, 2015 – 2016*

Correlaciones		Contrarreferencias a nivel nacional	Atención oportuna
Contrarreferencias a nivel nacional	Correlación de Pearson	1	,146
	Sig. (bilateral)		,538
	N	24	20
Atención oportuna	Correlación de Pearson	,146	1
	Sig. (bilateral)	,538	
	N	20	20

#### Interpretación

Como se muestra en la tabla 20, prueba de correlación de las contrarreferencias con la atención oportuna presenta un coeficiente: 0,146, muy baja casi nula y p: 0,538 >  $\alpha$ : 0,05 acepta la H<sub>0</sub> quiere decir que no hay relación significativa entre las contrarreferencias con la atención oportuna.

#### IV. Discusión

El Sistema de Referencia y Contrarreferencia en los Centros de Asistenciales a nivel nacional de Essalud de acuerdo al estudio realizado no presenta diferencias significativas entre las referencias y contrarreferencias en Essalud durante el período 2015- 2016.

De acuerdo a los resultados obtenidos de 0,248 señalan que no existen diferencias significativas entre las referencias y contrarreferencias en Essalud durante el período 2015 – 2016 encontrándose una prueba significativa Sig. valor=0,248 > 0.05, concluyendo que: No existen diferencias significativas entre las referencias y contrarreferencias en las Redes asistenciales a nivel nacional, asimismo respecto a la percepción de la atención oportuna, el 70% manifiesta que la atención oportuna es eficaz y el 30% considera que es ineficaz. En relación al análisis de las dimensiones de la atención oportuna en las Redes asistenciales a nivel nacional, los resultados indican que en relación a la dimensión atención el 80% considera que es eficaz, luego le sigue la dimensión continuidad con el 70%, efectividad con el 60% y eficiencia el 55%.

En cuanto a la hipótesis específica 1 y 2 no existen diferencia significativa tanto en las referencias como en las contrarreferencias por macro región en las redes asistenciales a nivel nacional. De acuerdo a la prueba de Tukey se puede apreciar que los tamaños de los grupos tanto en referencias como en contrarreferencias no son iguales y el sig es 1 quiere decir que no existe diferencia significativa. Asimismo, la prueba ANOVA en referencias F tiene un valor estimado de 2,78 y sig. mayor que el nivel esperado ( $p: ,030, > \alpha: ,05$ ) se ve que no existe diferencia significativa y en las contrarreferencias la prueba de ANOVA, F tiene un valor estimado de 3,323 y sig. mayor que el nivel esperado ( $p: ,014, > \alpha: ,05$ ) se ve que no existe diferencia significativa entre las contrarreferencias por macro regiones a nivel nacional. Sin embargo, en el análisis por macro regiones es evidente que el promedio más alto se alcanzó en la Región Lima y Callao tanto en referencias como contrarreferencias constituyéndose la Región Lima y Callao en la red de mayor demanda de pacientes.

En relación a los resultados obtenidos donde F tiene un valor estimado de 0,340 y sig. mayor que el nivel esperado ( $p: ,0713 > \alpha: ,05$ ) se ve que no existe diferencia significativa entre las referencias por semestres en las Redes asistenciales a nivel nacional aceptando la hipótesis 3, concluyendo que no existen diferencias significativas entre las referencias

por semestres en las redes asistenciales a nivel nacional. Asimismo, en los resultados obtenidos donde F tiene un valor estimado de 0,487 y sig. mayor que el nivel esperado ( $p: 0,616 > \alpha: ,05$ ) se ve que no existe diferencia significativa entre las contrarreferencias por semestres en las Redes asistenciales a nivel nacional concluyendo que la hipótesis 4 no existen diferencias significativas entre las contrrreferencias por semestres en las redes asistenciales a nivel nacional.

Como se muestra en la tabla 18, prueba de correlación de las referencias con la atención oportuna presenta un coeficiente: 0,107, muy baja casi nula y  $p: 0,652 > \alpha: 0,05$  no acepta la H1 quiere decir que no hay relación significativa entre las referencias con la atención oportuna y en relación a la prueba de correlación de las contrarreferencias con la atención oportuna presenta un coeficiente: 0,146, muy baja casi nula y  $p: 0,538 > \alpha: 0,05$  no acepta la H1 quiere decir que no hay relación significativa entre las contrarreferencias con la atención oportuna.

En relación a este tema de investigación, no existe coincidencia con ningún autor en el sentido que no hay trabajo bajo este punto de vista. Sin embargo, podemos notar una contradicción en cuanto a la dimensión efectividad ya que de acuerdo a la correlación el 60% lo considera eficaz; sin embargo, el N° de contrarreferencias está muy debajo al de las referencias ya que sólo el 29% han sido contrarreferidos, por lo que no podemos hablar de efectividad, pues de acuerdo a las normas el 95% de los referidos deben ser contrarreferidos.

## V. Conclusiones

**Primera:** El sistema de referencias y contrarreferencia se convierte en el instrumento y el eje principal para una atención oportuna que permitirá la continuidad en la atención.

**Segunda:** Se determinó que el Sistema de Referencia y Contrarreferencia en los Centros de Asistenciales a nivel nacional de Essalud de acuerdo al estudio realizado no presenta diferencias significativas entre las referencias y contrarreferencias en Essalud durante el período 2015- 2016.

**Tercera:** Se determinó que no existen diferencia significativa tanto en las referencias como en las contrarreferencias por macro región en las redes asistenciales a nivel nacional, pues el sig. es mayor a 0,05.

**Cuarta:** En el análisis por macro regiones se evidenció que el promedio más alto se alcanzó en la Región Lima y Callao tanto en referencias como contrarreferencias constituyéndose la Región Lima y Callao en la red de mayor demanda de pacientes.

**Quinta:** Se determinó que no existe diferencia significativa tanto en las referencias como en las contrarreferencias por semestres en las redes asistenciales a nivel nacional pues el sig. es mayor a 0,05.

**Sexta:** Se determinó en la prueba de correlación de las referencias y contrarreferencias con la atención oportuna presenta un coeficiente muy baja casi nula y  $p$  menor  $\alpha$ : 0,05 aceptando la  $H_0$  quiere decir que no hay relación significativa entre las referencias con la atención oportuna ni con las contrarreferencias con la atención oportuna.

**Séptima:** En cuanto a la dimensión efectividad el 60% la considera eficaz; sin embargo, el N° de contrarreferencias realizadas no refleja esto, ya que sólo el 29% han sido contrarreferidos, por lo que no podemos hablar de efectividad, pues de acuerdo a las normas el 95% de los referidos deben ser contrarreferidos.

## **VI. Recomendaciones**

**Primero:** Es importante considerar que un sistema con un proceso adecuado de referencia y contrarreferencia de pacientes es un componente fundamental para el funcionamiento de una red que permite que un sistema de salud se enmarque en una mejor calidad con una adecuada continuidad en la atención.

**Segundo:** El Sistema Referencias y Contrarreferencias deben buscar efectividad, eficiencia y economía en los servicios que presta. La población asegurada ha crecido enormemente por lo que se hace necesario incrementar los servicios que se dan a los asegurados con calidad.

**Tercero:** Es necesario fortificar la capacidad resolutive de los centros asistenciales de menor nivel jerárquico, así como la obligación del personal que labora en esta unidad de referencias que conozcan las normas, políticas y actividades institucionales y que la comunicación sea más fluida y oportuna en la entrega y manejo de las referencias, así como el envío de las contrarreferencias al centro asistencial de origen, todo esto permitirá brindar una atención continua, oportuna, con calidad y eficacia que contribuirá a optimizar los sistemas de Referencias y Contrarreferencias en el marco de las metas, objetivos, misión y visión de EsSalud.

## VII. Referencias

- Aguirre-Gás, H. (1997). *Administración de la calidad de la atención médica*. Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social, 35(4), 257-64.
- Alessandro Lomi, Daniele Mascia, Duy Quang Vu, Francesca Pallotti, Guido Conaldi, and Theodore J. Iwashyna, *Quality of Care and Interhospital Collaboration: A Study of Patient Transfers in Italy; HHS Author manuscript*
- Behar, D. (2008). *Metodología de la investigación*. Recuperado de: Bernabé, W. (2012). *Factores de satisfacción que influyen en la calidad de la atención a los asegurados en los servicios de consulta externa y hospitalización del hospital III base Daniel Alcides Carrión de ESSALUD Tacna I trimestre 2010* (Tesis de Maestría).
- Bitran, R. (2004). *Evaluación del diseño e Implementación del modelo de gestión del Hospital Integrado San Miguel Arcángel (HISMA) y su comparación con dos Hospitales tradicionales*. Informe de Consultoría. Panamá.
- Borja, D. (2011). *Propuesta de Mejoramiento de Procesos del Subsistema de Referencias, Contrarreferencias, Referencia Inversa y Derivación a nivel nacional en el Ministerio de Salud Pública*
- Briones, G. (2002). *Metodología de la Investigación Cuantitativa en las Ciencias Sociales*.
- Cahua, V.J. (2015). *Nivel de cumplimiento del indicador de referencia en el marco de la tercerización de los servicios de salud 2014*. (Tesis de Maestría). Recuperado de <http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/handle/usmp/2082>
- Calva, J. (2009). *Satisfacción de usuarios: La investigación sobre las necesidades de información*. Recuperado de: <http://libros.metabiblioteca.org/bitstream/001/329/9/978-607-02-0575-0.pdf>
- Cohen, E. & Franco, R. (1992). *Evaluación de proyectos sociales*. Recuperado de: <file:///C:/Users/pc/Downloads/685220546.COHEN%20EVALUACION.pdf>
- Cruz, L. (2014). *Calidad de atención y percepción de la satisfacción de los usuarios asociados la estrategia salud de la familia (ESF) en el Municipio de Ibicui, Bahía, Brasil, 2014*.(Tesis de Maestría).
- Dana R. Kindermann, Ryan L. Mutter, Lara Cartwright-Smith, Sara Rosenbaum, Jesse M. Pines. *Admit or transfer? The role of insurance in hightransfer-rate medical conditions in the emergency department*. *Ann Intern Med*

- Díaz, Y. (2008). *Principales concepciones y enfoques teóricos-metodológicos sobre calidad: necesidad del estudio y aplicación del marketing*. Recuperado de:
- Díaz, J. (2014). Acta Medica Orreguiana: Hampi Runa. *Revista Científica Indexada*, 14(1). Recuperado de: Diccionario de la Lengua Española (1984). Vigésima primera edición. Madrid: Real Academia Española.
- Diccionario Planeta de la Lengua Española Usual. (1982). Editorial Planeta, S.A.
- Donabedian, A. (1993). *Continuidad y cambio en la búsqueda de la calidad. Salud Pública de México*. 5(3), 238-247.
- Donabedian A. *Garantía de la calidad y la atención médica, enfoques para la evaluación*. México. Perspectivas en Salud Pública. Instituto en Salud Pública; 1990: 33.
- Eggland ET, Heinemann DS. *Nursing documentation: charting, recording and reporting*. Philadelphia: Lippincott; 1994.
- Estrada, W. (2007). *Servicio y atención al cliente*. Recuperado de: <http://pmsj-peru.org/wp-content/uploads/2011/12/servicio-y-atencion-al-cliente.pdf>
- Galviz, G. I. (2011). *Calidad en la Gestión de servicios*. Recuperado de: <http://www.uru.edu/fondoeditorial/libros/pdf/calidaddelservicio/TEXTO.%20Gerencia%20del%20Servicio.%201ra.Edic..pdf>
- García S. José. (2007) *Sistema de Referencia y Contrarreferencia de Pacientes*,
- Gideon, Jasmine.(2015) *c Public Administration & Development*.
- Hernández, C.A. (2016). *Evaluación del sistema de referencia y contrarreferencia de la atención obstétrica en el Hospital General del Altiplano, de APAN Hidalgo 2016.*” (Tesis de Maestría) Recuperado: <http://catalogoinsp.mx/files/tes>
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, L. (2010). *Metodología de la Investigación*. Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias. (2008). *Operación del Sistema Electrónico para la Referencia y Contrarreferencia de Pacientes*.
- Jacob Nacht, Marlow Macht, Adit A. Ginde. (2015); *Interhospital Transfers from U.S. Emergency Departments: Implications for Resource Utilization, Patient Safety, and Regionalization. Academic Emergency Medicine*
- James B. Weaver, Darren Mays, Stephanie Sargent Weaver, Gary L. Hopkins, Dogan Eroglu, Jay M. Bernhardt. *Health Information–Seeking Behaviors, Health Indicators, and Health Risks*.

- Janel Hanmer, Xin Lu, Gary E. Rosenthal, and Peter Cram. *Insurance status and the transfer of hospitalized patients: an observational study. Ann Intern Med* 48 Med
- Jean Perrot. Is contracting a form of privatization (2015) *Bulletin of the World Health Organization*.
- Jiménez, R. (1998). *Metodología de la investigación. Elementos básicos para la investigación clínica*.
- Jiménez R. (2004). *Indicadores de calidad y eficiencia de los servicios hospitalarios: Una mirada actual. Revista Cubana Salud Pública*, 30(1).
- Katri Kilpeläinen, Antti Tuomi – Nikula, Jürgen Thelen, Mika Gissler, Ari-Pekka Sihvonen, Pieter Kramers. Health indicators in Europe (2015): availability and data needs. *European Journal of Public Health*
- Kelly McGorm, Christopher Burton, David Weller, Gordon Murray y Michael Sharpe. *Patients repeatedly referred to secondary care with symptoms unexplained by organic disease: prevalence, characteristics and referral pattern*.
- Lawrence Nicholson, Asoo J. Vakharia, S. Selcuk Erenguc. (2015) *Outsourcing inventory management decisions in healthcare: Models and application*.
- Leyton A. & Mendoza, D. (2012). *Clases y tipos de Investigación Científica*. Lujan, J. H. (2011). *Nivel de satisfacción según expectativas y percepciones de la calidad de servicio de salud en los usuarios externos de la unidad de cuidados intensivos del Instituto Nacional de Salud del niño*. (Tesis de Maestría).
- Llave Iparraguirre, R (2015). *Plan de referencia y contrareferencia para mejorar la oferta de servicios de salud en la consulta externa de los hospitales II-1 en la provincia de Trujillo: 2014 – 2016* (Tesis de Doctorado).
- Llave, R. y Rodríguez, E. (2015). *Plan de Referencia y Contrarreferencia para mejorar la oferta de servicios de salud en la consulta externa de los hospitales II-1 en la provincia de Trujillo: 2014-2016. Ciencia y Tecnología., Año 11(4), 85-103.* Mancilla, N (2011) *Excelencia en Salud: Referencia y Contrarreferencia*. Recuperado de: <https://excelenciaensalud.wordpress.com/bb/>
- Marlaine Lockheed & Eric Hanushek (1994) Ministerio de Salud Pública de Cuba. *Sistema de Referencia y Contrarreferencia*. 2014.
- Martins, S.; Helena, F.; Matumoto, S.; Magali, C.; Bistafa, M.J.; Campos, A.C.; Garcia, V & Nogueira, M.M.L. (2010). *La asistencia en la salud de la familia bajo la perspectiva de los usuarios. Revista Latino-Am*, 18(3).



- McGraw-Hill. (1991). *Metodología de la Investigación*.
- Mendoza, A. (2017) *Capacidad Resolutiva de los establecimientos de salud y el sistema de referencias y contrarreferencias de la Microred de Ascención Huancavelica 2016*. (Tesis de Maestría).
- Ministerio de Salud Pública de Ecuador. (2014). *Modelo de Atención Integral de Salud MAIS: Lineamientos Operativos para la Implementación del MAIS y RPIS*. Quito.
- Ministerio de Salud del Perú. *Norma Técnica del Sistema de Referencia y Contrarreferencia de los Establecimientos del Ministerio de Salud*. RM N° 751-2004/MINSA. 2004.
- Ministerio de Sanidad y Política Social. (2010). *Sistema Nacional de Salud de España*.
- Paganini, J.M. (1993). *Calidad y eficiencia en hospitales*. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana,
- Paganini, J.M & Capote, R. (1990). *Los Sistemas Locales de Salud - Conceptos, Métodos, Experiencias*. OPS Publicación Científica.
- Palmer, Natasha. The use of private-sector contracts for primary health care: *Theory, evidence and lessons for low-income and middle-income countries*. *Bulletin of the World Health Organization*.
- Parra, M.S. (2017). *Propuesta de un modelo de gestión pública de referencia - contrarreferencia para optimizar la calidad de servicio al paciente en una Microred Hospitalaria de Lima ciudad 2017* (Tesis de Maestría).
- Ramírez B.A. (2018). *Propuesta del manual de procedimientos para el área de referencia y contrarreferencia del hospital de Huaycán, 2018* (Tesis de Licenciatura).
- Reátegui, C.M. (2016). *Análisis del costo de referencia de pacientes de la Red Asistencial de Es salud Loreto a la ciudad de Lima durante el periodo 2011 – 2015*. (Tesis de Maestría).
- Reynaga, M.V. (2016). *Valoración del Sistema de Referencia y Contrarreferencia de pacientes del Hospital de Trancas provincia de Tucumán, período Julio – Diciembre 2014*. (Tesis de Maestría).
- Resolución Ministerial N° 186-2015-PCM. (2015, 10 de agosto). *Aprobación del manual para mejorar la atención a la ciudadanía en las entidades de la administración pública*. Presidencia del Consejo de Ministros, Secretaria de

Gestión Pública, Lima.

- Reyes, G.A. (2013). *Mejoramiento del Sistema de Referencia y Contrarreferencia en el Hospital Sagrado Corazón de Jesús de la Ciudad de Quevedo*. (Tesis de Maestría).
- Rifkin SB, Muller F, Bichmann W Primary health care: *on measuring participation - Soc. Sci Med.*, 1988.
- Ruelas- Barajas, E. (2011) *Calidad y los sistemas de Salud*. *Gaceta Médica de México*.
- Sansó, F. (1999). *Propuesta de modelo de referencia y contrarreferencia en el sistema de salud cubano*. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 15(6)
- Santana de Freitas, J; Bauer, A; Minamisava, R; Queiroz, A. & Gomes, M. (2014). *Calidad de los cuidados de enfermería y satisfacción del paciente atendido en un hospital de enseñanza*. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 22 (3).
- Sampieri, R. (2006). *Metodología de la investigación*. McGraw-Hill. Cuarta edición. P.3-26.
- Sausa, B.E. (2018). *Factores de optimización del sistema de referencia y contrarreferencia en la Red Desconcentrada Sabogal-EsSalud*. (Tesis de Maestría).
- Seguro Social de Salud - ESSALUD. *Procedimiento Piloto de Respuesta Inmediata de las Unidades de Referencias y Contrarreferencias en los Centros Asistenciales que se indican y forman parte de la Red Asistencial Rebagliati de ESSALUD*. Resolución N° 64-GCPS-ESSALUD-2013. 2013.
- Seguro Social de Salud. Gerencia Central de Prestaciones de Salud. *Sistema de Referencia y Contrarreferencia*. 2012. *Normas para el Proceso de Referencia y Contrarreferencia de ESSALUD*. Resolución N° 210-GG-ESSALUD-2012, la Directiva N° 003 -GG-ESSALUD-2012. 2012.
- Seguro Social EsSalud. *Memoria anual 2012*. Seguro Social de Salud - ESSALUD. *Convocatoria al curso internacional de Referencias y Contrarreferencias*. Carta Circular N° 053-GDP-GCGP-2014- ESSALUD. 2014
- Socios para la reforma del sector salud. (2004). *Sistemas de Referencia y Contrarreferencia en los Servicios de Salud*.
- Talaigua, M. (2016). *Evaluación del Sistema de Referencia y Contrarreferencia por parte de los prestadores de servicio en el Municipio de Monteería departamento de Córdova*. Córdova: Monografía publicada.

- Tolentino Silva, M. *Lineamientos y procesos del sistema de referencias y contrarreferencia: experiencia en Brasil*. Universidad Federal del Amazonas. 2014
- Torres, B. (2007). *Metodología de la Investigación Científica*. UNMSM, Lima Perú
- Valderrama Mendoza, Santiago; (2003) “*Pasos para Elaborar Proyectos y Tesis de Investigación Científica*”, Editorial San Marcos, Lima.
- Zurita, M. (2015). *Reestructuración del Sistema de Referencia y Contrarreferencia en el Hospital Sagrado Corazón de Jesús de la ciudad de Quevedo*. (Tesis de Maestría de la Universidad Regional Autónoma de los Andes Uniandes).

## VIII. Anexos

### Anexo 1: Matriz de consistencia

TÍTULO: SISTEMA DE REFERENCIAS Y CONTRARREFERENCIAS EN LA ATENCIÓN OPORTUNA DE LOS ASEGURADOS EN ESSALUD AÑOS 2015 - 2016						
AUTOR: Bach. CARMEN DE GUADALUPE ADRIANZEN COSTA						
PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES E INDICADORES			
<p>Problema principal:</p> <p>¿Existe diferencias significativas entre las referencias y contrarreferencias en las Redes Asistenciales a nivel nacional años 2015 - 2016?</p> <p>Problemas específicos:</p> <p>¿Existen diferencias significativas en las referencias de las macro regiones en las Redes Asistenciales a nivel nacional años 2015 -2016?</p> <p>¿Existen diferencias significativas en las contrarreferencias de las macro regiones en las Redes Asistenciales a nivel nacional años 2015 -2016?</p> <p>¿Existen diferencias significativas en las referencias por semestres en las Redes Asistenciales a nivel nacional años 2015 -2016?</p>	<p>Objetivo general:</p> <p>Determinar si existen diferencias significativas entre las referencias y contrarreferencias en las Redes Asistenciales a nivel nacional años 2015 – 2016</p> <p>Objetivos específicos:</p> <p>Determinar si existen diferencias significativas en las referencias de las macro regiones en las Redes Asistenciales a nivel nacional años 2015 – 2016</p> <p>Determinar si existen diferencias significativas en las contrarreferencias de las macro regiones en las Redes Asistenciales a nivel nacional años 2015 – 2016</p> <p>Determinar si existen diferencias significativas en las referencias por semestres en las Redes Asistenciales a nivel nacional años 2015 – 2016</p> <p>Determinar si existen diferencias significativas en las referencias por semestre en las Redes Asistenciales a</p>	<p>Hipótesis general:</p> <p>No existen diferencias significativas entre las referencias y contrarreferencias en las Redes Asistenciales a nivel nacional años 2015 – 2016</p> <p>Hipótesis específicas:</p> <p>No existen diferencias significativas en las referencias de las macro regiones en las Redes Asistenciales a nivel nacional años 2015 – 2016</p> <p>No existen diferencias significativas en las contrarreferencias de las macro regiones en las Redes Asistenciales a nivel nacional años 2015 – 2016</p> <p>No existen diferencias significativas en las referencias por semestres en las Redes Asistenciales a nivel nacional años 2015 – 2016</p> <p>No existen diferencias significativas en las contrarreferencias por semestres en las Redes Asistenciales a nivel nacional</p>	<b>Variable 1: REFERENCIAS Y CONTRARREFERENCIAS</b>			
			<b>Dimensiones</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Ítems</b>	<b>Niveles o rangos</b>
			Referencias	N° de referencias recibidas por región		
				N° de referencias recibidas por semestre.		
			Contrarreferencias	N° de contrarreferencias recibidas por región		
				N° de contrarreferencias recibidas por semestre		
<b>Variable 2: ATENCIÓN OPORTUNA</b>						
<b>Dimensiones</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Ítems</b>	<b>Niveles o rangos</b>			
Respecto a la atención oportuna	Cumplimiento y conocimiento Reglamento de Organización y Funciones y Directivas	<b>1-2-3-4</b>	Instrumento 28 preguntas			
	Supervisión, Monitoreo y evaluación del Sistema Referencias y Contrarreferencias	<b>5-6-7-8-9</b>	Eficaz = 46-49 Poco eficaz = 42-45			

<p>¿Existen diferencias significativas en las contrarreferencias por semestres en las Redes Asistenciales a nivel nacional años 2015 -2016?</p> <p>¿Existe relación significativa entre las referencias y la atención oportuna en las Redes Asistenciales a nivel nacional años 2015- 2016?</p> <p>¿Existe relación significativa entre las contrarreferencias y la atención oportuna en las Redes Asistenciales a nivel nacional años 2015- 2016?</p>	<p>nivel nacional años 2015 – 2016</p> <p>Determinar si existen diferencias significativas en las contrarreferencias por semestre en las Redes Asistenciales a nivel nacional años 2015 – 2016</p> <p>Determinar si existen relación significativa entre las referencias y la atención oportuna en las Redes Asistenciales a nivel nacional años 2015 – 2016</p> <p>Determinar si existen relación significativa entre las contrarreferencias y la atención oportuna en las Redes Asistenciales a nivel nacional años 2015 – 2016</p>	<p>años 2015 – 2016</p> <p>No existe relación significativa entre las referencias y la atención oportuna en las Redes Asistenciales a nivel nacional años 2015 – 2016</p> <p>No existe relación significativa entre las contrarreferencias y la atención oportuna en las Redes Asistenciales a nivel nacional años 2015 – 2016</p>	<p>Con respecto a la efectividad</p> <p>Con respecto a la Eficiencia</p> <p>Con respecto a la Continuidad</p>	<p>Comunicación oportuna Adscripción del Asegurado</p> <p>Proceso de Referencia y Contrarreferencias</p> <p>Formato de las referencias y contrarreferencias</p> <p>Capacitación Tiempo Datos Acreditación</p> <p>Articulación de los centros asistenciales</p> <p>Archivos actualizados de referencias y contrarreferencias</p>	<p><b>10</b></p> <p><b>11-12</b></p> <p><b>13-14-15</b></p> <p><b>16-17-18-19</b></p> <p><b>20</b> <b>21</b> <b>22</b> <b>23</b></p> <p><b>24-25</b></p> <p><b>26-27-28</b></p>	<p>Ineficaz= 38 - 41</p>
<p><b>TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN</b></p>	<p><b>POBLACIÓN Y MUESTRA</b></p>	<p><b>TÉCNICAS E INSTRUMENTOS</b></p>	<p><b>ESTADÍSTICA A UTILIZAR</b></p>			
<p><b>TIPO DE INVESTIGACIÓN:</b> Básico nivel Descriptivo – Explicativo</p>	<p><b>POBLACIÓN:</b> Trabajadores de las unidades de Referencias y Contrarreferencias de Essalud a nivel nacional.</p>	<p><b>Variable 1:</b> <b>REFERENCIAS Y CONTRARREFERENCIAS</b></p> <p><b>Instrumentos:</b> Estadísticas</p>	<p><b>DESCRIPTIVA:</b></p> <p>Tablas de contingencia y figuras. <b>Determinación de las medidas de tendencia central y variación, distribución de frecuencias, representación de tablas y gráficos, análisis inferencial</b></p>			

<p><b>DISEÑO:</b> No experimental transeccional</p> <p><b>MÉTODO:</b> Hipotético deductivo</p>	<p><b>TAMAÑO DE MUESTRA:</b> 20 trabajadores</p> <p><b>TIPO DE MUESTRA:</b> Circunstancial y No Probabilística</p> <p><b>ENFOQUE DE LA MUESTRA:</b> Cuantitativo</p>	<p><b>Variable 2:</b> <b>ATENCIÓN OPORTUNA</b></p> <p><b>Técnicas:</b> ENCUESTA</p> <p><b>Instrumentos:</b> CUESTIONARIO</p> <p><b>Autor:</b> Carmen de Guadalupe Adrianzén Costa <b>Año:</b> 2016 <b>Monitoreo:</b> Carmen de Guadalupe Adrianzén Costa <b>Ámbito de Aplicación:</b> Unidades de Referencias y Contrarreferencias Essalud a nivel nacional. <b>Forma de Administración:</b> DIRECTA</p>	<p><b>mediante la prueba ANOVA, análisis de correlación, análisis de varianza y prueba rango múltiple de Tukey.</b></p> <p><b>DE PRUEBA:</b></p> <p><b>Prueba de hipótesis:</b> Según Torres (2007) “es un planteamiento que establece una relación entre dos o más variables para explicar y, si es posible, predecir probabilísticamente las propiedades y conexiones internas de los fenómenos o las causas y consecuencias de un determinado problema”. (p. 129)</p> <p><b>Nivel de Significación:</b> Si <math>p &lt; 0.05 \Rightarrow</math> Existe relación entre las variables Si <math>p &gt; 0.05 \Rightarrow</math> No existe relación entre las variables</p>
--	--	--	---

## Anexo 2: Referencias y contrarreferencias recibidas de enero 2015 a julio 2016

	RED ASISTENCIAL	ENERO - JUNIO 2015		TOTAL	JULIO-DICIEMBRE 2015		TOTAL	ENERO - JULIO 2016		TOTAL	TOTAL GENERAL
		Ref.	Contraref.	ENER.-JUL.2015	Ref.	Contraref.	AGOS.-DIC. 2015	Ref.	Contraref.	ENER.-JUL.2016	
1	PADOMI	766	129	895	348	58	406	1,018	264	1,282	2,583
2	INCOR	2	46	48	3	57	60	5	133	138	246
3	R.A. ALMENARA	376	174	550	335	68	403	847	213	1,060	2,013
4	R.A. REBAGLIATI	34,730	9,871	44,601	26,190	4,791	30,981	70,507	23,216	93,723	169,305
5	R.A. SABOGAL	437	204	641	325	78	403	1,022	272	1,294	2,338
		<b>36,311</b>	<b>10,424</b>	<b>46,735</b>	<b>27,201</b>	<b>5,052</b>	<b>32,253</b>	<b>73,399</b>	<b>24,098</b>	<b>97,497</b>	<b>176,485</b>
6	R.A. ANCASH	12	2	14	8	1	9	45	2	47	70
7	R.A. CAJAMARCA	10	4	14	5	2	7	13	2	15	36
8	R.A. HUARAZ	548	111	659	387	50	437	1,439	169	1,608	2,704
9	R.A. LA LIBERTAD	19	7	26	25	7	32	89	12	101	159
10	R.A. LAMBAYEQUE	21	4	25	12	2	14	47	5	52	91
11	R.A. PIURA	21	8	29	14	2	16	43	8	51	96
12	R.A. TUMBES	3	0	3	5	0	5	9	1	10	18
		<b>634</b>	<b>136</b>	<b>770</b>	<b>456</b>	<b>64</b>	<b>520</b>	<b>1,685</b>	<b>199</b>	<b>1,884</b>	<b>3,174</b>
13	R.A. AYACUCHO	532	98	630	382	49	431	1,384	206	1,590	2,651
14	R.A. HUANCVELICA	3	0	3	3	0	3	16	1	17	23
15	R.A. HUANUCO	15	1	16	12	2	14	23	2	25	55
16	R.A. JUNIN	8	3	11	2	0	2	26	2	28	41
17	R.A. PASCO	9	0	9	1	1	2	6	1	7	18
18	R.A. APURIMAC	5	2	7	7	1	8	23	2	25	40
		<b>572</b>	<b>104</b>	<b>676</b>	<b>407</b>	<b>53</b>	<b>460</b>	<b>1,478</b>	<b>214</b>	<b>1,692</b>	<b>2,828</b>
19	R.A. AREQUIPA	130	42	172	83	16	99	256	57	313	584
20	R.A. CUZCO	10	13	23	12	7	19	36	32	68	110
21	R.A. JULIACA	10	7	17	14	1	15	27	4	31	63
22	R.A. MOQUEGUA	12	3	15	15	0	15	28	0	28	58
23	R.A. PUNO	19	4	23	5	5	10	29	4	33	66
24	R.A. TACNA	66	15	81	61	12	73	181	27	208	362
25	R.A. ICA	1,263	263	1,526	1,001	134	1,135	2,820	391	3,211	5,872
26	R.A. MADRE DE DIOS	12	4	16	9	9	18	24	11	35	69
		<b>1,522</b>	<b>351</b>	<b>1,873</b>	<b>1,200</b>	<b>184</b>	<b>1,384</b>	<b>3,401</b>	<b>526</b>	<b>3,927</b>	<b>7,184</b>
27	M.R.A. TARAPOTO	20	4	24	10	2	12	58	8	66	102
28	M.R.A. MOYOBAMBA	10	6	16	2	5	7	25	7	32	55
29	R.A. LORETO	432	187	619	297	91	388	955	249	1,204	2,211
30	R.A. UCAYALI	495	187	682	386	92	478	1,297	297	1,594	2,754
31	R.A. AMAZONAS	5	1	6	3	0	3	10	0	10	19
		<b>962</b>	<b>385</b>	<b>1,347</b>	<b>698</b>	<b>190</b>	<b>888</b>	<b>2,345</b>	<b>561</b>	<b>2,906</b>	<b>5,141</b>
	<b>TOTAL</b>	<b>40,001</b>	<b>11,400</b>	<b>51,401</b>	<b>29,962</b>	<b>5,543</b>	<b>35,505</b>	<b>82,308</b>	<b>25,598</b>	<b>107,906</b>	<b>194,812</b>

### Anexo 3: Encuesta dirigida al personal responsable del Sistema de Referencias y Contrarreferencias a nivel nacional

La realización de la siguiente encuesta es con la finalidad de valorar la atención oportuna del Sistema de Referencias y Contrarreferencias en Essalud, a partir de su apreciación, con la finalidad de mejorar el servicio. La encuesta es anónima y voluntaria.

Marque con un aspa (X) la respuesta en los cuadros:

N°	ITEMS	SI	NO
<b>DIMENSIÓN: Atención oportuna</b>			
1	¿Cuentan con un Reglamento de Organización y Funciones?		
2	¿Existe un plan de supervisión del manejo del Sistema de Referencias y Contrarreferencias?		
3	¿Se realiza el monitoreo y evaluación de la aplicación del Sistema de Referencias y Contrarreferencias entre las unidades operativas y el Hospital?		
4	¿Se elabora informes de evaluación de la aplicación del Sistema de Referencias y Contrarreferencias entre las unidades operativas y el Hospital?		
5	¿Se socializa los resultados del monitoreo y evaluación del Sistema de Referencias y Contrarreferencias?		
6	¿Existe una evaluación de control permanente?		
7	¿Se difunden las directivas, normas de la Institución oportunamente a todos los trabajadores?		
8	¿Existe cumplimiento de normativas de acuerdo al Sistema de Referencias y Contrarreferencias de Essalud?		
9	¿Se cuenta con un Plan de Sensibilización?		
10	¿Considera que existen una comunicación oportuna de la referencia de un asegurado entre el establecimiento que refiere y el que recepciona?		
11	¿En el Nivel de referencia tuvo algún problema en la recepción del asegurado?		
12	¿Existe evaluación de desempeño objetiva?		
<b>DIMENSIÓN: Efectividad</b>			
13	¿Considera que existe un débil proceso en el Sistema de Referencias y Contrarreferencias?		
14	¿Considera deficiente el Sistema de Referencias y Contrarreferencias?		
15	¿Considera que existen deficiencias en la determinación de las causas y motivo de la referencia?		
16	¿Aplican correctamente el formato actual del Sistema de Referencias y Contrarreferencias?		
17	¿El llenado de los formatos de referencias y contrarreferencias es correcto?		
18	¿Los diagnósticos CIE-10 utilizados en el Sistema de Referencias y Contrarreferencias coinciden con los que redactan?		
19	¿Tiene problemas al leer las hojas de referencia/contrarreferencia llenada por el médico?		



<b>DIMENSIÓN: Eficiencia</b>			
20	¿Recibió capacitación por parte de la Gerencia sobre el manejo de las referencias y contrarreferencias en su centro asistencial?		
21	¿Tienen tiempo límite para que la contrarreferencia sea emitida a la unidad operativa?		
22	¿Los datos del paciente son consistentes?		
23	¿Se presentan problemas de acreditación del paciente?		
<b>DIMENSIÓN: Continuidad</b>			
24	¿Cuenta el Hospital con recursos para garantizar la prestación ininterrumpida y la atención de la referencia?		
25	¿El Hospital se articula y organiza funcionalmente con los establecimientos de su red?		
26	¿Cuándo realiza una referencia, le devuelven la contrarreferencia?		
27	¿Se maneja registros actualizados de los asegurados contrarreferidos para poder seguir con su tratamiento?		
28	¿Se archivan las referencias/contrarreferencias en las historias clínicas del asegurado?		

## Acta de aprobación de originalidad de los trabajos académicos de la UCV




### ACTA DE APROBACIÓN DE ORIGINALIDAD DE LOS TRABAJOS ACADÉMICOS DE LA UCV

Yo, **Abner Chávez Leandro**, docente de la Escuela de Posgrado de la UCV y revisor del trabajo académico titulado **“Sistema de referencias y contrarreferencias y la atención oportuna de los asegurados en el Hospital Rebagliati”** de la estudiante **Carmen de Guadalupe Adriansén Costa** y habiendo sido capacitado e instruido en el uso de la herramienta Turnitin, he constatado lo siguiente: Que el citado trabajo académico tiene un índice de similitud constatado de 24% verificable en el reporte de originalidad del programa turnitin, grado de coincidencia mínimo que convierte el trabajo en aceptable y no constituye plagio, por tanto cumple con todas las normas del uso de citas y referencias establecidas por la universidad César Vallejo.

Lima, 17 de diciembre del 2019



  
Dr. Abner Chávez Leandro  
DNI: 22469265



Formulario de autorización para la publicación electrónica de la tesis



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

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

## FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PARA LA PUBLICACIÓN ELECTRÓNICA DE LAS TESIS

### 1. DATOS PERSONALES

Apellidos y Nombres: (solo los datos del que autoriza)

ADRIANZEN COSTA CARMEN DE GUADALUPE

D.N.I. : 07738449

Domicilio : Paseo de La Castellana 630 Surco

Teléfono : Fijo : Móvil : 961818015

E-mail : guadalupeadrianzen.costa@hotmail.com

### 2. IDENTIFICACIÓN DE LA TESIS

Modalidad:

Tesis de Pregrado

Facultad : .....

Escuela : .....

Carrera : .....

Título : .....

Tesis de Posgrado

Maestría

Doctorado

Grado : MAESTRA

Mención : Gestión Pública

### 3. DATOS DE LA TESIS

Autor (es) Apellidos y Nombres:

ADRIANZEN COSTA Carmen de Guadalupe

Título de la tesis:

"Sistema de Referencias y Contra referencias a la atención oportuna de los asegurados del Hospital Rebagliati"

Año de publicación : 2019

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

A través del presente documento, autorizo a la Biblioteca UCV-Lima Norte, a publicar en texto completo mi tesis.

Firma : Carmen Adrianzen

Fecha : 23/10/2019

**Autorización de la versión final del trabajo de investigación**



**UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO**

**AUTORIZACIÓN DE LA VERSIÓN FINAL DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN**

CONSTE POR EL PRESENTE EL VISTO BUENO QUE OTORGA EL ENCARGADO DE INVESTIGACIÓN DE  
**ESCUELA DE POSGRADO**

A LA VERSIÓN FINAL DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN QUE PRESENTA:

CARMEN DE GUADALUPE ADRIANZEN COSTA

INFORME TITULADO:

"SISTEMA DE REFERENCIAS Y CONTRAREFERENCIAS Y LA  
ATENCIÓN OPORTUNA DE LOS ASEGURADOS DEL HOSPITAL  
REABLIATI"

PARA OBTENER EL TÍTULO O GRADO DE:

MAESTRO EN GESTIÓN PÚBLICA

SUSTENTADO EN FECHA: 16 Agosto 2019

NOTA O MENCIÓN: APROBADO POR EXCELENCIA



FIRMA DEL ENCARGADO DE INVESTIGACIÓN