



ESCUELA DE POSGRADO
UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

Capacidad resolutiva de los establecimientos de salud y el sistema de referencia y contrarreferencia de la Microred de Ascensión Huancavelica 2016

TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE:

Maestra en gestión de servicios de la salud

AUTOR:

Br. Mendoza Giráldez, Amanda

ASESOR:

Dr. Sotelo Estacio, Carlos W.

SECCIÓN:

Ciencias Médicas

LINEA DE INVESTIGACION:

Calidad de las prestaciones asistenciales

PERU – 2017

.....
Dr. Juan Méndez Vergaray

Presidente

.....
Dra. Karen Zevallos Delgado

Secretaria

.....
Dr. Carlos W. Sotelo Estacio

Vocal

Dedicatoria

A Dios, quien nos creó en igualdad y hace que nos solidaricemos con quienes menos poseen.

A mi familia que me apoyó en mi deseo de graduarme para obtener mi ansiado título. A mis padres por su amor y comprensión en cada momento de mi vida y llenarme de felicidad

La autora.

Agradecimiento

A la Universidad Cesar Vallejo por darme los conocimientos necesarios para poder emprender la elaboración de mi tesis.

A la Microred Ascención Huancavelica por apoyarme en la investigación.

Al Dr. Carlos Sotelo Estacio DBA por su asesoría constante a lo largo de la elaboración de mi tesis.

La autora

Declaratoria jurada

Yo, Mendoza Giráldez, Amanda, estudiante del Programa de Maestría en Gestión de servicios de salud de la Escuela de Postgrado de la Universidad César Vallejo, identificada con DNI N° 23261436, con la tesis titulada: "Capacidad resolutive de los establecimientos de salud y el sistema de referencia y contrareferencia de la Microred de Ascensión Huancavelica 2016"

Declaro bajo juramento que:

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

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

Lima, 11 de diciembre del 2016.

Mendoza Giráldez, Amanda

DNI N° 23261436

Presentación

Señores miembros del Jurado, presento ante ustedes la Tesis titulada Capacidad resolutive de los establecimientos de salud y el sistema de referencia y contrareferencia de la Microred de Ascensión Huancavelica 2016, en cumplimiento del Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad César Vallejo para obtener el Grado Académico de Magíster en gestión de servicios de salud.

Esperando cumplir con los requisitos de aprobación.

La autora

Lista de contenido

	Página.
Página del jurado	ii
Dedicatoria	iii
Agradecimiento	iv
Declaratoria de autenticidad	v
Presentación	vi
Índice	vii
Resumen	xii
Abstract	xiii
I. Introducción	
1.1. Antecedentes	15
1.1.1. Internacionales	15
1.1.2. Nacionales	20
1.2. Fundamentación científica, técnica y humanística	22
1.3. Justificación	49
1.4. Problema	51
1.4.1. Planteamiento del problema	51
1.4.2. Formulación del Problema general	53
1.5. Hipótesis	54
1.6. Objetivos de la investigación	55
1.6.1. Objetivo general	55
1.6.2. Objetivos específicos	55
II. Marco Metodológico	56
2.1. Variables	57

2.2.	Operacionalización de la variable	58
2.3.	Metodología	59
2.4.	Tipo de estudio	60
2.5.	Diseño de investigación	61
2.6.	Población, muestra y muestreo	62
	2.6.1. Población	62
	2.6.2. Muestra	63
	2.6.3. Muestreo	63
2.7.	Técnicas e instrumentos de recolección de datos	63
	2.7.1. Validación y confiabilidad del instrumento	66
2.8	Método de análisis de datos	68
2.9	Aspectos éticos	69
III. Resultados		
3.1.	Descripción de resultados	71
3.2.	Contraste de hipótesis.	79
IV. Discusión		88
V. Conclusiones		93
VI. Recomendaciones		95
VII. Referencias Bibliográficas		97
Apéndices		102

Lista de tablas

		Pagina
Tabla 1	Operacionalización de variable: capacidad resolutive de los establecimientos de salud	58
Tabla2	Operacionalización de variable: referencias y contrarreferencias.	59
Tabla 3	Profesionales del servicio de emergencia de la Microred de Ascensión Huancavelica 2016	63
Tabla 4	Análisis de consistencia interna de capacidad resolutive y sistema de referencia y contrarreferencia	67
Tabla 5	Validación de instrumento capacidad resolutive y sistema de referencia y contrarreferencia	67
Tabla 6	Análisis de ítems-test entre las variables capacidad resolutive y sistema de referencia y contrarreferencia	68
Tabla 7	Nivel del sistema de referencias y contrarreferencias de la Microred de Ascensión Huancavelica 2016	72
Tabla 8	Nivel de Capacidad resolutive de la Microred de Ascensión Huancavelica 2016	73
Tabla 9	Nivel de disponibilidad de capital humano en el sistema de referencias y contrarreferencias de la Microred de ascensión Huancavelica 2016	74
Tabla 10	Nivel de disponibilidad de instrumento de registro en el sistema de referencias y contrarreferencias de la Microred de Ascensión Huancavelica 2016	75
Tabla 11	Nivel de disponibilidad del flujo de información en el sistema de referencias y contrarreferencias de la Microred de Ascensión Huancavelica 2016	76
Tabla 12	Nivel de disponibilidad del transporte en el sistema de referencias y contrarreferencias de la Microred de Ascensión Huancavelica 2016	77

Tabla 13	Nivel del sistema de abastecimiento en el sistema de referencias y contrareferencias de la Microred de Ascensión Huancavelica 2016	78
Tabla 14	Tabla cruzada entre los niveles de Capacidad resolutive y Sistema de referencias y contrarreferencias de la Microred de Ascensión Huancavelica 2016	79
Tabla 15	Correlación entre el sistema de capacidad resolutive de los establecimientos de salud y referencia y contrareferencia de la Microred de ascensión Huancavelica 2016.	81
Tabla 16	Correlación entre dimensión capital humano de los establecimientos de salud y el sistema de referencia y contrarreferencia de la Microred de Ascensión Huancavelica 2016	82
Tabla 17	Correlación entre dimensión Instrumento de Registro é Información de los establecimientos de salud y el sistema de referencia y contrareferencia de la Microred de Ascensión Huancavelica 2016.	84
Tabla 18	Correlación entre dimensión flujo de información del sistema a los puntos de digitación de los establecimientos de salud y el sistema de referencia y contrareferencia de la Microred de Ascensión Huancavelica 2016.	85
Tabla 19	Correlación entre dimensión transporte de los establecimientos de salud y el sistema de referencia y contrareferencia de la Microred de Ascensión Huancavelica 2016	86
Tabla 20	Correlación entre dimensión abastecimiento de los establecimientos de salud y el sistema de referencia y contrareferencia de la Microred de Ascensión Huancavelica 2016.	88

Lista de figuras

		Página
Figura 1	Niveles de atención de complejidad y categorías de establecimientos del sector salud.	27
Figura 2	Categorías de los establecimientos de salud De acuerdo a las instituciones del sector salud	29
Figura 3	Redes asistenciales de EsSalud.	30
Figura 4	Atención en Lima, a través de las tres redes y los centros asistenciales	31
Figura 5	Barras del sistema de referencias-contrarreferencias y capacidad resolutive de los establecimientos de salud y el sistema de referencia y contrareferencia de la Microred de Ascensión Huancavelica 2016	72
Figura 6	Barras de disponibilidad de recursos del sistema de referencias y contrarreferencias de la Microred de Ascensión Huancavelica 2016	73
Figura 7	Barras de disponibilidad de capital humano en el sistema de referencias y contrarreferencias de la Microred de Ascensión Huancavelica 2016	74
Figura 8	Barras de disponibilidad de instrumento de registro en el sistema de referencias y contrarreferencias de la Microred de Ascensión Huancavelica 2016.	75
Figura 9	Barras de disponibilidad del flujo de información en el sistema de referencias y contrareferencias de la Microred de Ascensión Huancavelica 2016.	77
Figura 10	Barras de disponibilidad del transporte en el sistema de referencias y contrarreferencias la Microred de Ascensión Huancavelica 2016	78
Figura 11	Barras del abastecimiento en el sistema de referencias y contrareferencias de la Microred de Ascensión Huancavelica 2016	79
Figura 12	Barras entre los niveles de niveles de Capacidad resolutive y Sistema de referencias y contrareferencias de la Microred de Ascensión Huancavelica 2016	82

Resumen

El propósito del presente trabajo de investigación fue determinar la relación entre la capacidad resolutive de los establecimientos de salud y el sistema de referencia y contrarreferencia de la Microred de Ascensión Huancavelica 2016.

El tipo de investigación fue básica de naturaleza descriptiva y correlacional. El diseño de la investigación fue de tipo no experimental: Corte transversal. La población para el periodo 2016 se conformó por todos los profesionales del servicio de emergencia de la Microred de Ascensión Huancavelica: 84 entre médicos, enfermeros, obstetras y otros. Técnica: observación, instrumento: lista de cotejo de capacidad resolutive y sistema de referencias-contrarreferencias. Con la información recogida se obtuvo la validez de constructo y la confiabilidad del instrumento, utilizándose el Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS), versión 23. Se adjunta tabla de confiabilidad y la validez de constructo del instrumento; Se utilizó el estadígrafo no paramétrico Rho de Spearman, en razón de las variables cualitativas categóricas. Nivel de significación de 0,05.

Entre los principales resultados se determinó existe relación directa y significativa entre capacidad resolutive y el sistema de referencias-contrarreferencias en los profesionales de la salud que laboran en el servicio de emergencia de la Microred de Ascensión de Huancavelica. Rho: 0.472 $p= 0,00$. $P < 0,05$. Así como, en todas las demás dimensiones.

Palabras clave: capacidad resolutive servicio de emergencia, sistema de referencias-contrarreferencias

Abstract

The purpose of the present research was to determine the relationship between the system of referencias-contrarreferencias and problem-solving capacity Microred de Ascensión Huancavelica, 2016 period.

The type of research is basic descriptive and correlational in nature. The research design was non-experimental type: cross-cutting. The population for the period 2016 complied by all professionals in the emergency Microred de Ascensión Huancavelica: 84 between doctors, nurses and midwives. Technique: observation, instrument: Checklist of system referencias-contrarreferencias and problem-solving capacity. With the information gathered was obtained the construct validity and reliability of the instrument, using the statistical package for the social sciences (SPSS), version 23. Attached table of reliability and the construct validity of the instrument; We used the non-parametric Spearman Rho Statistician, because of the categorical qualitative variables. Level of significance of 0.05.

Among the main results were determined there is direct and meaningful relationship between the system of referencias-contrarreferencias and problem-solving capacity in the health professionals working in the emergency Microred de Ascensión Huancavelica. Rho: 0.472 $p = 0.00$. $P < 0,05$. As well as in all other dimensions.

Key words: System of referencias-contrarreferencias, ability to problem-solving service of emergency.

I. Introducción

La presente investigación tuvo como propósito determinar la relación entre la capacidad resolutive de los establecimientos de salud y el sistema de referencia y contrarreferencia de la Microred de Ascensión de Huancavelica 2016, para lo cual se recurrió a las siguientes antecedentes:

1.1 Antecedentes

1.1.1. Antecedentes Internacionales.

Camué, Trinchet, Hidalgo y Ellis (2015), realizaron una investigación sobre la evaluación de los resultados del traslado del recién nacido con tratamiento quirúrgico. Objetivo: evaluar la influencia del traslado en el pronóstico de los recién nacidos quirúrgicos intervenidos en el Centro Regional de Cirugía Neonatal del Hospital Pediátrico Provincial Octavio de la Concepción de la Pedraja de Holguín. Método: se realizó un estudio descriptivo desde enero de 2010 a diciembre de 2012 y se creó un protocolo para perfeccionar el traslado; Resultados: se trasladaron 139 recién nacidos con afecciones quirúrgicas provenientes de las provincias orientales y Holguín; predominó la edad de 1 a 7 días para ambos sexos (56,1 %), de forma general se alcanzó una supervivencia del 87,0 % y una mortalidad en las primeras 48 h del 5,0 %; la provincia que más casos trasladó fue Holguín. No existieron grandes diferencias entre las condiciones clínicas en que se trasladó y en las que se recibió el paciente, sin embargo, los registros de las mismas fueron insuficientes, respecto a la correlación diagnóstica entre centro emisor y receptor las incongruencias predominaron en las malformaciones complejas del síndrome oclusivo, con diagnóstico incorrecto en 16 pacientes, la causa directa de muerte en la mayoría de los casos fue la sepsis, conclusiones: los resultados del traslado fueron evaluados de aceptables, aunque el traslado dañino y deficiente influyó en la mortalidad en las primeras 48 horas.

Fuertes y Tipaz (2014), publicaron un trabajo referente al impacto del sistema de referencia y contrarreferencia, en relación a la calidad de atención prestada a los usuarios que utilizaron este sistema y que acuden al Centro de

Salud N° 1, de la ciudad de Tulcán en el periodo marzo – agosto 2014 .
Metodología: Este trabajo de investigación se lo ejecuto en el Centro de Salud N°1 De la Ciudad de Tulcán durante el período Marzo-Agosto 2014 con el propósito de obtener información sobre el impacto del sistema de referencia y contra referencia en relación a la calidad de atención prestada a los usuarios que hicieron uso del mismo, a través de la aplicación de una encuesta a los usuarios externos, obteniendo datos que fueron tabulados y procesados para obtener conclusiones y a la vez formular recomendaciones para proponer estrategias que permitan mejorar la calidad de atención del usuario externo; el tipo de estudio que se aplicó fue descriptivo – transversal porque describe el funcionamiento del sistema de salud; conclusiones: dando como resultado más relevante, que el efecto que ha producido este sistema de salud en los usuarios es negativo porque ellos aún no están conformes con la atención que reciben por parte del personal de salud que labora en el Centro de Salud N°1 de la ciudad de Tulcán del año 2014 .

López, García, Segredo y Santana (2014), publicaron un trabajo acerca del procedimiento para medir la capacidad resolutive de los equipos básicos de salud, objetivo: diseñar un procedimiento metodológico para evaluar la capacidad resolutive de equipos básicos de salud en el primer nivel de atención . Métodos: investigación de desarrollo en sistemas y servicios de salud realizada entre diciembre 2012 y febrero 2013, se constituyó un grupo de trabajo en la Escuela Nacional de Salud Pública considerado experto, se realizó una revisión bibliográfica y documental utilizando el modelo Big 6, se establecieron escalas que permitieron hacer un análisis de los resultados a obtener . Se construyó un cuestionario, guía de aplicación y guía para análisis de resultados para su validación en la práctica, resultados: el instrumento de alcance nacional, puede ser aplicado de forma anual o bianual por el jefe del grupo básico de trabajo y otros, en la modalidad de autoinspección o inspecciones cruzadas, se examina la evidencia documental recogida en el análisis de la situación de salud, dispensarización e historias clínicas individuales, se seleccionan 10 historias clínicas al azar, de cada grupo, debe llenarse por una sola persona entrenada, se cruzan los aspectos generales y específicos propuestos, lo que permite un

análisis en contexto, conclusiones: la capacidad resolutoria de los equipos básicos de salud se puede medir con herramientas de trabajo propias del primer nivel de atención . El procedimiento diseñado es un aporte a la integración de las redes en ese nivel de atención, se recomienda validar el procedimiento y su instrumento de medición .

Silverman (2012) en una investigación sobre la orientación en Sistemas Municipales Optimización del proceso de Referencia –Contrarreferencia entre niveles de atención de la salud . Metodología: de enfoque cualitativo, diseño no experimental, descriptivo, propositivo, método hermenéutico. El estudio de los procesos de atención de la salud se ha transformado en un campo muy amplio donde confluyen muchos actores e intereses . El interés de los financiadores, sean estos estatales o privados, buscando la eficiencia y/o la efectividad de sus acciones con una visión de mercado, el de los efectores, en búsqueda de la eficacia, calidad, eficiencia; y en caso de ser de índole privado, también el lucro, y por último los de la población, en búsqueda de la mejor atención posible (comprensiva, humanizada, integral, holística, etc.), con los mejores resultados y en el menor tiempo posible. En este terreno, se generan tensiones y conflictos debido a que no siempre los objetivos de un efector satisfacen las demandas de un paciente individual; de la misma manera, los efectores deben cumplir objetivos que muchas veces confrontan con los de los financiadores. Esta ejemplificación no intenta simplificar conceptos que han sido estudiados por diversos autores y aún hoy están sujetos a análisis y revisiones, sino introducir al tema de los Sistemas de Atención de la Salud y los actores que intervienen en ellos . En este trabajo se ha pretendido realizar cambios que signifiquen mejoras objetivables en beneficio de los pacientes, y que a la vez impacten positivamente a los efectores y financiadores .

Rojas (2011) publicó un trabajo científico acerca de la situación, sistema y recursos humanos en salud para el desarrollo en Cuba . Metodología: de enfoque cualitativo, diseño no experimental, descriptivo, propositivo, método hermenéutico. Conclusiones: Este trabajo presenta un análisis de la situación de salud, el sistema de salud y la estrategia de recursos humanos y desarrollo en

Cuba al finalizar el siglo XX . Para ello se hace una revisión bibliográfica sobre el tema, enfatizando en las estadísticas pertinentes, se utilizan in extenso dos publicaciones previas en las que intervino el autor, dirigidas al tema desarrollo humano y equidad y se describe la situación de salud de la población cubana a finales del siglo XX, la cual es altamente favorable y que, resumida en indicadores relevantes, evidencia un 7,2 por 1 000 nacidos vivos; mortalidad materna directa 34,1 por 100 000 nacidos vivos; erradicación de la poliomielitis, la meningitis tuberculosa, el tétanos neonatal; la difteria; el síndrome de rubéola congénita; la meningoencefalitis por parotiditis y el sarampión . Problemas prevalentes en enfermedades infecciosas son la hepatitis y las de transmisión sexual; el SIDA presenta baja tasa: 15,1 por millón de habitantes, predominan las causas de muerte por enfermedades crónicas no transmisibles y los accidentes, se describe y defiende el sistema de salud adoptado hace ya 40 años: estatal gratuito para la población, de cobertura total, científicamente respaldado y solidario, y se enfatiza el valor del desarrollo de los recursos humanos para mejorar la situación de salud, así como la bondad del sistema estatal de los servicios de salud, tres razones sustentan el sistema y su sostenibilidad: voluntad política, la elección de tecnologías adecuadas (incluyendo la atención primaria de salud como estrategia) y la participación social .

Bustos *et al.* (2011) en su investigación realizada sobre el transporte interhospitalario de pacientes pediátricos. Objetivo: Analizar las características clínicas, frecuencia de efectos adversos y la necesidad de intervenciones terapéuticas durante el traslado interhospitalario de pacientes pediátricos, pacientes y método: Se realizó un estudio retrospectivo en 113 transportes interhospitalarios de niños (edad media 3,8 años) realizados por el Sistema de Atención Médico de Urgencia (SAMU) del Hospital Higuera de Talcahuano . Resultados: El trauma con o sin compromiso encefálico (29,2%), la patología respiratoria que requiere ventilación asistida (26,5%), la patología neurológica no traumática (17%) y la patología neonatal (13,3%) constituyeron las principales causas de traslado, los eventos adversos se presentaron en 12,4% de los traslados siendo el más habitual la desaturación de oxígeno con la consiguiente necesidad de aumentar su fracción inspirada .

Rengifo, Navas, Duarte y Martínez (2012) en una publicación científica acerca de la responsabilidad ética y legal en la referencia médica, de pacientes trasladados al Servicio de Toxicología del Hospital de Coche. Se realizó una investigación de carácter evaluativo con base bibliográfica y documental, del contenido de 249 referencias de pacientes trasladados al Servicio de Toxicología del Hospital Periférico de Coche entre los meses Enero a Diciembre del 2001 .

Resultados: Las 5 primeras causas para justificar el traslado fueron: 32,3% sin diagnóstico, 16,1% envenenamiento escorpionico, 11,2% intoxicación con medicamentos, 10,7% intoxicación con productos químicos y 7,0% por etilismo agudo; el 61,4% se refirió sin tratamiento y 27,7% con tratamiento no adecuado, en 182 casos no se identificaba al médico que elaboró la referencia; conclusiones: hay fallas en el suministro de la información necesaria para que otro médico continúe la asistencia, contraviniendo lo estipulado en la Ley del Ejercicio de la Medicina, omisión que fue independiente del centro de referencia (hospital docente, privado o ambulatorio), con respecto al diagnóstico y tratamiento, denota en muchos casos impericia y negligencia en el acto médico .

Méndez y Torres (2010) investigaron sobre la autonomía en la gestión hospitalaria en Chile: los desafíos para el recurso humano en salud En América Latina. Metodología: de enfoque cualitativo, diseño no experimental, descriptivo, propositivo, método hermenéutico. Conclusiones: destacan experiencias de reforma sanitaria en donde se ha dado paso a la implementación de hospitales autónomos, en Chile, el sistema de salud implementa una reforma que introduce los Establecimientos de Autogestión en Red; estos serán centros de alta complejidad que involucrarán una mayor diversidad técnica, centros de costos y mecanismos de evaluación de la satisfacción de los usuarios, para el recurso humano en salud, la implementación de estos centros plantea desafíos en la planificación para la provisión de servicios, así como en la transición de la gestión clásica de los equipos a una basada en redes, estos desafíos involucran la estimación de brechas de especialidades médicas, así como de otras profesiones del sector . Para el éxito de la autogestión en Chile, se deben establecer políticas

globales y locales que aborden temas de formación y de organización de la provisión de servicios de salud en estas instituciones .

1.1.2. Nacionales.

Arroyo (2010) en una publicación científica sobre los sistemas descentrados de recursos humanos en salud: el caso del Perú, 1990-2005. Metodología: de enfoque cualitativo, diseño no experimental, descriptivo, propositivo, método hermenéutico, conclusiones: El artículo concluye que el Perú es hoy un ejemplo de un sistema descentrado de recursos humanos en salud, por haber vivido un ciclo largo de deterioro, que empezó en la década de los 90, que lo ha llevado a un dislocamiento entre la oferta y demanda de recursos humanos en salud, la no gobernabilidad de la formación en salud y un trade off entre el desempeño y la precarización salarial y laboral del personal . Se analizan cinco cambios: a) el dislocamiento entre el mundo del trabajo y el mundo de la formación en salud; b) la ampliación de la producción de servicios de salud, a partir de un mayor rendimiento de la fuerza laboral; c) el cambio del régimen laboral, la pauperización del personal y afectación del status de las profesiones de salud; d) la “revolución de las capacidades” del personal de salud y su viraje a la formación de postgrado, la educación continua y al gerencialismo; y e) el reemplazo de la gobernanza y gobernabilidad por la autorregulación, en un contexto de ausencia de un punto de equilibrio del sistema de recursos humanos que promueva rectificaciones, se concluye que las políticas de recursos humanos desean desarrollar competencias y desempeño sin promover el desarrollo humano de la fuerza laboral en salud .

Guzmán (2010) en una publicación acerca de la evaluación de la funcionabilidad de la capacidad resolutive de los establecimientos de salud en 5Regiones con mayor razón de Mortalidad materna y en Andahuaylas. El propósito de la siguiente consultoría fue la evaluación de la funcionabilidad de la capacidad resolutive de los establecimientos de salud de 5 regiones con los mayores índices de mortalidad materna, como son Cusco, Puno, Piura y Cajamarca y La Libertad y en Andahuaylas donde se desarrolla el proyecto de Seguridad Humana Metodología: de enfoque mixto cualitativo cuantitativo

descriptivo propositivo, conclusiones: El termino Funcionabilidad se refiere a la conjunción de factores como infraestructura, equipamiento, insumos, servicios, recursos humanos, horarios de atención, comunicaciones, transporte, referencia y contrarreferencia que hacen que la capacidad resolutive esté operativa y sea eficiente en el manejo de las emergencias obstétricas que se presenten en ese establecimiento de salud en cualquier momento del día durante las 24 horas . Esto se contrasta con el marco normativo y las políticas públicas que señala los lineamientos y las funciones que ellos deben cumplir en el área de salud reproductiva, en especial el relacionado a las Funciones Obstétricas y Neonatales; para ello se visitaron solo los hospitales, generalmente con categorización II-1 y II-2 tipo Funciones Obstétricas y Neonatales Esenciales (FONE) ó Intensivas (FONI) según la clasificación por funciones obstétricas y neonatales, y los Centros de Salud con internamiento, categorización I-4, aunque también en algunas regiones I-3 con funciones Obstétricas y Neonatales Básicas (FONB) .

Hermeza (2010) en una publicación referente al análisis de la demanda en relación con la oferta de los servicios de salud pediátricos en un hospital de alta complejidad de la seguridad social (EsSalud). Objetivo de determinar la demanda progresivamente creciente por los servicios de salud pediátricos brindados por un hospital de IV nivel y de alta complejidad resolutive, Metodología: El estudio es de tipo descriptivo, retrospectivo y observacional y se realiza a través de la revisión de las estadísticas de producción de los Servicios, adicionalmente se revisan, también, las estadísticas de Unidad de Referencias y Contrarreferencias para determinar, de algún modo, la capacidad de contención de la demanda pediátrica de los establecimientos de salud periféricos de la Red Asistencial Rebagliati . Conclusiones: El diferimiento de citas en consulta externa, la postergación de intervenciones quirúrgicas por falta de cupos en los quirófanos, la imposibilidad de hospitalizar pacientes por el alto porcentaje de ocupación de las camas hospitalarias, a su vez, las áreas de hospitalización se convirtieron en “cuellos de botella” para los Servicios de Emergencia y Cuidados Intensivos Pediátricos. Se recomienda, una nueva jerarquización de los establecimientos de salud de la Red Asistencial Rebagliati y otras Redes Asistenciales en función de

su población adscrita y su real capacidad de resolución y el establecimiento de normas de referencia y contrarreferencias específicas para las especialidades pediátricas, previo potenciamiento de los establecimientos periféricos de la Red Asistencial empezando por los de menor nivel, que permitan un uso más eficiente de los recursos para la atención pediátrica de la Red Asistencial Rebagliati .

1.2 Fundamentación científica

1.2.1. Variable Capacidad resolutive de los establecimientos de salud.

Definición.

Méndez y Torres (2010) mencionaron. “la autonomía de respuesta hospitalaria involucra a hospitales públicos que transitan entre ser parte del sector público de salud y el ser instituciones que cuenten con mayor espacio en su gobernanza y gestión” (p. 9).

Por su parte González (2010) “Es la capacidad que posee un centro de atención de salud de cualquier nivel a fin de atender satisfactoriamente a los pacientes adscritos a su zona de influencia” (p. 46).

Romero y Busso (2010) “Estrategias, que, responden a las necesidades de salud de las personas, permitiendo así la integralidad en los niveles de atención de salud, para garantizar los derechos de salud y de esta manera mejorar las condiciones de vida de los usuarios” (p. 28).

Patiño (2003). “la capacidad resolutive y el trabajo en equipo, beneficia a los establecimientos de APS, a los profesionales y a los usuarios, es evidente que esto legitima y da prestigio al sistema público frente a la sociedad y los pacientes” (p. 48).

Minsa (2007) “Es la autonomía que cuenta un centro de atención de salud por niveles a fin de atender de una manera efectiva a sus asegurados y dependientes, para lo cual cuenta con los recursos disponibles” (p. 164).

Fundamentación teórica.

Organización de la oferta de servicios de salud.

Minsa (2004) definió:

La organización de la oferta de servicios de salud es un proceso que se configura a partir del análisis de las necesidades de salud de la persona, familia y comunidad, para facilitar la gestión, la prestación y la calidad de los servicios de salud, el inicio de este proceso implica analizar las características de la población en general, identificar las necesidades de salud de las personas y familias, reconocer a los que demandan (de forma espontánea o inducida) y a los que obtiene no atención en la oferta de servicios de salud . (p. 75)

Demanda de servicios de salud.

Minsa (2004). Es la expresión (sentida o no) de las necesidades de salud en una población, de acuerdo al Modelo de Atención Integral de Salud. Respecto a la forma de cómo se expresa en un determinado ámbito, la demanda puede ser espontánea, cuando surge a raíz de necesidades percibidas, o inducida, cuando resulta de necesidades no necesariamente percibidas por la población . Ambos tipos de demanda presentan dos elementos, que para efectos del análisis se presentan divididas, pero que en realidad se dan simultáneamente:

La demanda cuantitativa, está referida al volumen de la misma, es decir, al número de personas que en un determinado tiempo y espacio tienen necesidades de salud, requiriendo la prestación de servicios sanitarios .

La demanda cualitativa, está referida a las necesidades de salud que motivaron la demanda por servicios de salud (diagnósticos) y la severidad de esas necesidades (mínima/alta).

La severidad, es una característica cualitativa de las necesidades de salud a partir de la cual se debe determinar el grado de complejidad (capacidad resolutoria cualitativa y nivel tecnológico de los recursos humanos, físicos y

tecnológicos) de la oferta de servicios, necesarios para brindar siempre la respuesta adecuada que ella requiere .

Necesidades de servicios de salud.

Minsa (2004). Son el conjunto de requerimientos de carácter biológico, psicológico y social y ambiental que tiene la persona, familia y comunidad para mantener, recuperar y mejorar su salud así como alcanzar una condición saludable deseable. De acuerdo al MAIS, las necesidades de salud pueden ser: Necesidades de Desarrollo de la Salud, Necesidades de Mantenimiento de la Salud, Necesidades Derivadas de Daños a la Salud y Necesidades Derivadas de una Disfuncionalidad o Discapacidad .

Oferta de servicios de salud.

Al respecto Minsa (2004) indicó.

La oferta de servicios de salud está constituida por los recursos humanos, de infraestructura, equipamiento, tecnológicos y financieros que organizados adecuadamente, deben solucionar las necesidades de salud de la población . Los criterios para la existencia, crecimiento y/o desarrollo de la oferta deben surgir de las necesidades de salud y deben satisfacerla cualitativa y cuantitativamente . (p.74)

Para ello se consideran los siguientes elementos:

Capacidad Resolutiva.

Es la capacidad que tiene la oferta de servicios, para satisfacer las necesidades de salud de la población en términos:

Cuantitativos: Es la capacidad que tienen los recursos de un establecimiento para producir la cantidad de servicios suficientes para satisfacer el volumen de necesidades existentes en la población . (Depende de la cantidad de sus recursos disponibles).

Cualitativa: Es la capacidad que tienen los recursos del establecimiento para producir el tipo de servicios necesarios para solucionar la severidad

de las necesidades de la población . (Depende de la especialización y tecnificación de sus recursos). (Minsa, 2004, p. 78)

Es por ello que La oferta de servicios de salud está constituida por los siguientes recursos

1. *Estructura*

Constituida por los recursos humanos, físicos y tecnológicos que determinan la capacidad resolutive de la oferta de servicios y que se organizan en las llamadas .

Unidades Productoras de Servicios de Salud, en términos de: Tamaño, referido a la cantidad de los recursos necesarios para producir servicios de salud en función del volumen de las necesidades de salud de la población (determina la capacidad resolutive cuantitativa) .

2. Nivel Tecnológico: Referido al grado de especialización y tecnificación de los recursos necesarios para producir servicios de salud en función de la severidad .

Categoría de servicios de salud.

Minsa (2004). “El tipo de establecimientos de salud que comparten funciones, características y niveles de complejidad comunes, las cuales responden a realidades socio-sanitarias similares y están diseñadas para enfrentar demandas equivalentes” (p. 38).Es un atributo de la oferta, que debe considerar el tamaño, nivel tecnológico, y la capacidad resolutive cualitativa y cuantitativa de la oferta.

Para efectos del presente documento y en virtud a la gran variabilidad de la realidad sanitaria nacional, la definición de categoría considera principalmente los elementos cualitativos de la oferta, quedando los aspectos cuantitativos .

Unidad productora de servicios de salud.

Es la unidad básica de la oferta constituida por el conjunto de recursos humanos, físicos y tecnológicos, organizados para desarrollar funciones homogéneas y producir determinados servicios de salud, en relación directa con su complejidad,

la existencia de Unidades Productoras de Salud es uno de los factores más importantes para la determinación de la categoría de los establecimientos de salud .

Nivel de Complejidad

Es el grado de diferenciación y desarrollo de los servicios de salud, alcanzado merceda la especialización y tecnificación de sus recursos. El nivel de complejidad guarda una relación directa con las categorías de establecimientos de salud . (Ver figura 1)

Nivel de Atención.

Conjunto de Establecimientos de Salud con niveles de complejidad necesaria para resolver con eficacia y eficiencia necesidades de salud de diferente magnitud y severidad.

Constituye una de las formas de organización de los servicios de salud, “en la cual se relacionan la magnitud y severidad de las necesidades de salud de la población con la capacidad resolutive cualitativa y cuantitativa de la oferta .

Este tipo de organización, se sustenta en la comprobación empírica de que los problemas de salud de menor severidad tienen mayor frecuencia relativa que los más severos, y viceversa . Es así que de acuerdo al comportamiento de la demanda, se reconocen tres niveles de atención:

1. Primer Nivel: Donde se atiende el 70-80% de la demanda del sistema.
Aquí la severidad de los problemas de salud plantea una atención de baja complejidad con una oferta de gran tamaño y con menor especialización y tecnificación de sus recursos . En este nivel, se desarrollan principalmente actividades de promoción y protección específica, diagnóstico precoz y tratamiento oportuno de las necesidades de salud más frecuentes.
2. Segundo Nivel: Donde se atiende el 12 al 22 % de la demanda, portadora de necesidades de salud que requieren atención de complejidad intermedia.

3. Tercer Nivel: Donde se atiende el 5 al 10% de la demanda, la cual requiere de una atención de salud de alta complejidad con una oferta de menor tamaño, pero de alta especialización y tecnificación.

NIVELES DE ATENCIÓN	NIVELES DE COMPLEJIDAD	CATEGORIAS DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD
Primer Nivel de Atención	1° Nivel de Complejidad	I – 1
	2° Nivel de Complejidad	I – 2
	3° Nivel de Complejidad	I - 3
	4° Nivel de Complejidad	I - 4
Segundo Nivel de Atención	5° Nivel de Complejidad	II – 1
	6° Nivel de Complejidad	II - 2
Tercer Nivel de Atención	7° Nivel de Complejidad	III - 1
	8° Nivel de Complejidad	III - 2

Figura 1. Niveles de atención de complejidad y categorías de establecimientos del sector salud.

Nota: Documento técnico normativo de categorías. (Minsa, 20079

Categorización.

Es el proceso conduce a homogenizar los diferentes establecimientos de salud, en base a niveles de complejidad y a características funcionales, que deben responder a las necesidades de salud de la población que atiende . (OPS, 2005).

Cabe mencionar OPS (2005) quien indicó:

En este proceso no se debe considerar los elementos que indiquen tamaño, ya que éstos dependen del volumen de las necesidades de salud de la población, lo que es variable según la realidad sanitaria local, es importante distinguir este proceso de otros, como el de acreditación, ya que en este momento se hace una valoración de la capacidad resolutoria cualitativa de los establecimientos frente a las necesidades de salud y no una evaluación de la estructura, procesos ni de los resultados obtenidos y menos aún de la calidad de los mismos. (p. 152)

Al respecto, se menciona que es una estrategia nacional con carácter de Política de Estado, que busca asegurar el logro de metas que influirán de manera

significativa en la salud y la vida de las personas, la familia y la comunidad, como factor indispensable para el desarrollo humano, es un conjunto de prioridades que compromete la participación activa de la comunidad y promueve una cultura de la salud en nuestro país, es una iniciativa del actual gobierno que tiene a la familia como unidad básica, que considera los aspectos sociales y preventivos de la salud, basados en el respeto y la solidaridad.

Es una oportunidad para construir con todos los peruanos un país más saludable, donde las personas y la familia mejoren su calidad de vida. Minsa (2007)“en el marco de esta estrategia que el Ministerio de Salud continúa desplegando sus políticas, las mismas que tienen como centro a la persona humana, promoviendo en el Perú la construcción de una cultura de Vida y Salud, de respeto por la vida y de solidaridad entre todas las personas e instituciones” (p. 142).

El Ministerio de Salud además administra otros tipos de establecimientos tales como comedores, albergues entre otros, los cuales no requieren una tipificación especial toda vez que realizan actividades específicas dirigidas a segmentos de la población.

CATEGORIAS DEL SECTOR SALUD	MINISTERIO DE SALUD
I – 1	Puesto de Salud
I – 2	Puesto de Salud con Médico
I – 3	Centro de Salud sin Internamiento
I – 4	Centro de Salud con Internamiento
II – 1	Hospital I
II – 2	Hospital II
III – 1	Hospital III
III - 2	Instituto especializado

Figura 2. Categorías de los establecimientos de salud De acuerdo a las instituciones del sector salud.

Nota: Documento técnico normativo de categorías. Minsa 2007

En la figura 2, se muestra las categorías en relación al tipo de Establecimientos de Salud correspondientes al Ministerio de Salud, la presente norma es el instrumento del Sector Salud a las que las Instituciones que brinda Servicios de Salud se tendrán que adecuar.

Capacidad resolutive de sistemas locales de salud.

Medida en que los sistemas o redes de servicios de un área geográfica definida está resolviendo los problemas de salud más frecuentes de la población . La capacidad de respuesta se entiende como la potencialidad del sistema de absorber las necesidades de atención de salud de su población.

Sistemas de redes asistenciales de EsSalud.

EsSalud (2008) Las redes asistenciales de EsSalud opera bajo el Sistema de Redes Asistenciales, lo cual permite se descentralizar y dinamizar los servicios .

Son 28 redes, con sus respectivas gerencias, las que tienen el manejo administrativo de los centros asistenciales ubicados por circunscripción geográfica y cada una cuenta con un Hospital Base, el cual ostenta la mayor capacidad resolutive yal que son referidos los pacientes de los centros asistenciales dela red, en caso la atención lo amerite . Asimismo, las redes asistenciales tienen una clasificación (tipo o categoría), de acuerdo a la capacidad de resolución de su Hospital Base, que puede ser: Hospital Nacional, Hospital IV, Hospital III, Hospital II u Hospital I.

En la siguiente figura, se detalla el tipo o categoría de las redes asistenciales de EsSalud:

TIPO O CATEGORÍA	NIVEL DE HOSPITAL BASE
REDES ASISTENCIALES "A"	
Red Asistencial Almenara	Hospital Nacional
Red Asistencial Rebagliati	Hospital Nacional
Red Asistencial Sabogal	Hospital Nacional
Red Asistencial La Libertad	Hospital IV
Red Asistencial Arequipa	Hospital Nacional
Red Asistencial Lambayeque	Hospital IV
REDES ASISTENCIALES "B"	
Red Asistencial Ancash	Hospital III
Red Asistencial Cusco	Hospital Nacional
Red Asistencial Ica	Hospital III
Red Asistencial Junín	Hospital IV
Red Asistencial Juliaca	Hospital III
Red Asistencial Piura	Hospital III
Red Asistencial Puno	Hospital III
REDES ASISTENCIALES "C"	
Red Asistencial Amazonas	Hospital I
Red Asistencial Apurímac	Hospital II
Red Asistencial Ayacucho	Hospital II
Red Asistencial Cajamarca	Hospital II
Red Asistencial Huancavelica	Hospital II
Red Asistencial Huánuco	Hospital II
Red Asistencial Loreto	Hospital III
Red Asistencial Madre de Dios	Hospital I
Red Asistencial Moquegua	Hospital II
Red Asistencial Moyabamba	Hospital I
Red Asistencial Pasco	Hospital II
Red Asistencial Tacna	Hospital III
Red Asistencial Tarapoto	Hospital II
Red Asistencial Tumbes	Hospital I
Red Asistencial Ucayali	Hospital II

Figura 3. Redes asistenciales de EsSalud.

Nota: Manual Institucional (2008)

Cabe señalar que, en su mayoría, las redes asistenciales han sido implementadas por departamento (región) y las gerencias están ubicadas en las capitales de éstos. Sin embargo, existen departamentos donde se han establecido dos sedes, debido a la demanda y a las condiciones de acceso de la zona, como el caso de Juliaca y Puno (Puno) y Tarapoto y Moyabamba (San Martín). De igual manera, en Lima, por su extensa población, se cuenta con tres redes asistenciales: Rebagliati, Almenara y Sabogal .

En el siguiente cuadro, mostramos el sistema cómo se ha distribuido la atención en Lima, a través de las tres redes y los centros asistenciales que corresponden a cada una, en caso amerite una referencia .

RED ASISTENCIAL	CENTRO ASISTENCIAL (HOSPITAL, POLICLÍNICO, CENTRO MÉDICO, POSTA MÉDICA, UBAP)
REBAGLIATI	Hospital II Angamos, Hospital II Cañete, Hospital I Uldarico Rocca, Hospital Carlos Alcántara, Policlínico Pablo Bermúdez, Policlínico Chequeos Larco, Policlínico Chincha, Policlínico Próceres, Policlínico Rodríguez Lazo, Policlínico Villa María, Centro Médico Mala.
ALMENARA	Hospital III Grau, Hospital II Vitarte, Hospital I Aurelio Díaz Ufano, Hospital I Jorge Voto Bemales, Policlínico Castilla, Policlínico Chosica, Policlínico Pizarro, Policlínico San Isidro Labrador, Policlínico San Luis, Centro Médico Ancije, Centro Médico Casapalca, Posta Médica Construcción Civil (incluye al Centro de Rehabilitación Profesional La Victoria).
SABOGAL	Hospital II Lanatta, Hospital I Marino Molina, Policlínico Fiori, Policlínico María Donrose, Policlínico Octavio Mongrut, Policlínico Luis Negreiros, Policlínico Reyes Barboza, Posta Médica Oyón, Posta Médica Chancay, Posta Médica Huaral, Posta Médica Humaya, Posta Médica Paramonga, Posta Médica Raura, Posta Médica Sayán (incluye al Centro de Rehabilitación Profesional Callao).

Figura 4. Atención en Lima, a través de las tres redes y los centros asistenciales.
Nota: Manual Institucional (2008)

Dimensiones de Capacidad resolutive de los establecimientos de salud.

Para efectos de la presente investigación se consideró como dimensiones, las consideradas en la Resolución Ministerial. N° 343-2005/MINSA. Norma técnica para evaluar la capacidad resolutive de los establecimientos de salud.

Dimensión capital humano.

Con el nuevo ciclo de recursos humanos el panorama varió de la baja disponibilidad a una disponibilidad promedio considerada suficiente, pero el aumento en cantidad se acompañó de un cambio en el régimen laboral, la precarización, el multiempleo y al final, la afectación del status de las profesiones de salud .

Idreh (2006) indicó.

En los últimos 15 años crecieron los recursos humanos del sector salud. En el año 1992 el total de la fuerza laboral del MINSA y ESSALUD sumaba aproximadamente 66,000 trabajadores; para el

año 1996 ésta se incrementó aproximadamente a 101,000 y ahora último, en el año 2005, comprendía a 132,781 trabajadores, de los cuales 97,382 trabajaban en el MINSA y 35,399 en el Seguro Social . Entre ambas instituciones suman más del 90% de la fuerza laboral en salud en el Perú, que se calcula en 139,231 trabajadores y profesionales.

Asimismo, Idreh (2006). Las actuales tasas de disponibilidad son de 11,5 médicos por cada 10 mil habitantes, 7.56 para las enfermeras, 2.9 para las obstétricas y 1,1 para los odontólogos, comparadas estas tasas con las de la región, el Perú tiene tasas bajas de médicos y de odontólogos, pero muy altas de enfermeras. En cuanto a la tasa de técnicos y / o auxiliares es de 17,48 por 10,000 habitantes, mientras en República Dominicana es de 15 por 10000(2001) y Nicaragua reportó en el 2003 una tasa de 4,3 Técnicos Diversos por cada 10,000 habitantes .

Esta fuerza laboral en salud cuenta con un financiamiento en salud al año equivalente al 4,7% del Producto Bruto Interno del Perú, por debajo del promedio de América Latina y el Caribe, que es del 7,3%. El gasto en salud per cápita prácticamente no se ha movido en los últimos 10 años y está en 97 dólares por persona, bordeando el financiamiento sectorial los 2,500 millones de dólares anuales, de los cuales los hogares financian el 38%, las empresas el 34,1% y el gobierno el 24,8%¹⁸ .

OPS (2005) “Al final el gran desafío aquí es superar la fórmula utilitaria de más producción con menos desarrollo humano, por otra más comprensiva de buen desempeño con desarrollo humano, pese a la escasez fiscal (p. 217). La nueva política tendría que reequilibrar paulatinamente el campo de recursos humanos, tanto la relación entre el mundo del trabajo y el de la formación, como los equilibrios dentro de estos dos mundos: el equilibrio entre la cantidad y la calidad en la formación, y el equilibrio entre los sueldos y condiciones laborales – el régimen laboral – y el desempeño . Es inviable una prohibición de las migraciones pero sí un control de la cantidad de matriculados y la calidad de la

educación fortaleciendo la acreditación de instituciones formadoras, hoy prácticamente muy débil.

Dimensión instrumento de registro.

Minsa (2007). Todo usuario de los servicios de salud debe ser obligatoriamente registrado

Número de Orden: En este recuadro se anotará con números correlativos de acuerdo al orden de atención de los pacientes, iniciando cada día por el número 1 y de esta manera se puede apreciar fácilmente el número de atenciones diarias .

Número de Ficha: Anotar el número de ficha familiar e individual correspondiente.

Nombres y Apellidos: Anotar con letra legible los apellidos paterno y materno y luego el o los nombres, esto le ayudará a ordenar las fichas por orden alfabético.

Un elemento básico en la gestión es tener un sistema de información que cuente con un registro que refleje con exactitud la situación sanitaria de una comunidad o un sector de la población, en estos cinco años se ha desarrollado una propuesta de sistema de recolección de información a nivel comunal que se convierta en un instrumento para granizar el seguimiento de las actividades que las familias y las personas reciben de parte del personal de salud, este instrumento ha sido denominado libro de atención de emergencia que contiene una serie de hojas de registro que se convierte en una verdadera historia clínica de la comunidad que se atiende en el servicio de emergencia.

Al respecto Minsa (2007) indicó:

Cuando un enfermo o usuario necesita una atención que no es posible brindársela en un nivel de intervención por falta de atención especializada, equipamiento y/o medios de ayuda para un mejor diagnóstico, es importante saber atender la referencia . Asimismo, luego de haber atendido la referencia, es importante conocer la

respuesta del servicio que atendió la referencia, para poder facilitar un adecuado seguimiento. (p.48)

Dimensión flujo de información.

Minsa (2007) “El sistema de información es la base para el análisis de la situación de salud y la toma de decisiones sin embargo generalmente éste se ha reducido a la recopilación de datos” (p. 74), de acuerdo a formatos elaborados por el nivel central y entendidos por el personal local como de uso para los niveles subregionales o nacionales y por tanto no existe un entendimiento de la importancia de un registro oportuno y de calidad y menos de la utilidad de estos datos para el análisis de la problemática local, la toma de decisiones.

Un Sistema de Registro y Seguimiento, que en la práctica apoya a los servicios de salud para:

1. Disminuir el subregistro
2. Disminuir la pérdida de oportunidades de atención.
3. Trabajar con riesgos de niños, mujeres y familias
4. Planificar mejor sus actividades a través de riesgos identificados
5. Mejorar el seguimiento al individuo, familia y comunidad en general.

Cabe mencionar Minsa (2007) indicó:

Todas las atenciones y actividades requieren ser registradas en forma adecuada y oportuna, para esto el personal de salud cuenta con el formato HIS, donde debe registrar todas las actividades que realiza de acuerdo a las normas establecidas por el Ministerio de Salud. (p. 211)

Asimismo, en aquellos establecimientos donde el registro y procesamiento del HIS funciona adecuadamente no es necesario contar con otro sistema de registro diario. El Registro de Atención Diaria es una opción transitoria para establecimientos que no cuentan con un sistema de procesamiento o de realimentación de HIS, mediante él se busca fortalecer el enfoque integral del personal de salud en la atención y en el manejo de la información.

Dimensión transporte.

Minsa (2006) “La asistencia médica extrahospitalaria, ya sea en los domicilios o en la calle difiere de la realizada en centros de asistencia, además de por su estructura, por el material que se utiliza para este tipo de trabajo (p. 57).

En nuestro medio tal vez el instrumento más importante sea la ambulancia, ya que como vehículo, nos sirve para desplazar al equipo hasta el lugar de actuación y después para realizar el transporte del paciente hasta un servicio donde le presten el tratamiento definitivo o para devolver al equipo actuante hasta su base.

Podemos diferenciar distintos tipo de transporte según sean sus características, así existe:

Urgente o programado; según exista o no limitación en el tiempo para su realización.

Individual o colectivo; dependiendo del número de pacientes a los que se traslada.

Asistido o no asistido; si el enfermo recibe durante el transporte cuidados para su patología.

Medicalizado o no medicalizado; si dentro del equipo que lo atiende existe o no personal facultativo.

Primario o secundario; según se realice desde el lugar del accidente o el domicilio del paciente hasta el primer centro de asistencia o si se hace entre dos centros asistenciales.

Aguilar (2008) ambulancia, es todo aquel vehículo destinado al transporte de enfermos o heridos, auxilios y elementos o material de cura, por tanto podemos considerar como ambulancia a cualquier tipo de vehículo ya sea terrestre, aéreo o marítimo. (p. 134).

Del mismo modo Aguilar (2008) quien indicó:

La diferenciación dentro de estos vehículos, viene determinada según la capacidad de tratamientos que puedan prestar, así existen

ambulancias no asistenciales, que son aquellas que trasladan a pacientes que no necesitan de tratamiento durante el traslado y ambulancias asistenciales, que son aquellas que están preparadas para poder dar asistencia al paciente desde su llegada hasta su transferencia en el centro receptor. (p. 139)

Minsa (2008) “estas a su vez pueden dar asistencia programada o urgente, la primera para aquellos pacientes que requieren de cuidados en los traslados de un centro a otro (secundarios), y la segunda a aquellas personas para las que la ambulancia representa su primera asistencia” (p. 53). En este caso estamos ante una ambulancia asistencial urgente, que a su vez puede estar compuesta por para sanitarios con material para Soporte Vital Básico, e inmovilización considerándola en tal caso como ambulancia, o estar compuesta por personal sanitario (médico y enfermería) y para sanitario con material para realizar Soporte Vital Avanzado siendo en este supuesto una Unidad de Vigilancia y/o Cuidados Intensivos Móvil.

Dimensión abastecimiento.

Minsa (2008) “Logística es un área crítica de todos los establecimientos de salud y constituye un elemento de apoyo importante en la gestión, a fin de lograr los objetivos y metas trazados” (p. 54).

Asimismo es importante mencionar a Minsa (2008) quien indicó:

En la actualidad el enfoque logístico y su posición en el establecimiento de salud ha variado notablemente, haciéndolo más eficiente con un manejo más técnico y orientado a la satisfacción de usuarios internos y externos, adicionando beneficios económicos y la consecución de los objetivos del establecimiento. (p. 127)

El sistema de abastecimiento se define como un sistema constituido por objetivos, políticas, estrategias, normas, órganos y procesos técnicamente interrelacionados, que tiene por misión procurar los recursos, los bienes y servicios no personales a las entidades de la Administración Pública, permitiendo

su acción dinámica, eficaz y eficiente, en concordancia con los lineamientos básicos de la política nacional de salud.

Sub-Sistema de Información.

Minsa (2008) “Conjunto interrelacionado de procesos técnicos, que permite detectar, recoger, inscribir, analizar, combinar, almacenar y proporcionar datos para optimizar decisiones y acciones” (p. 145).

El Sub-Sistema de Información está formado por los siguientes procesos:

- Catalogación.
- Programación.
- Registro de Proveedores.
- Registro y Control.

Sub-Sistema de Negociación.

Minsa (2008). Este segundo conjunto interrelacionado de procesos técnicos, permite asumir derechos sobre bienes y servicios, respondiendo a cambio con obligaciones.

El Sub-Sistema de Negociación está formado por los siguientes procesos:

- Adquisiciones.
- Recuperación de Bienes y Servicios.

Sub-Sistema de Utilización y Preservación.

Conjunto de procesos técnicos que actúan sobre los bienes, los servicios y las personas que los tienen a su cargo, para cautelar su correcta utilización y salvaguardar su estado.

El Sub-Sistema de Utilización y Preservación está formado por los siguientes procesos:

- Almacenamiento.
- Mantenimiento.
- Seguridad.
- Distribución.
- Disposición final.

Minsa (2008). A estos procesos integrados y adaptados a salud los llamaremos Cadena de Suministros. “Es importante considerar que la oficina logística no es sinónimo de oficina de compras; aunque lógicamente este proceso es el más conocido, no es el único, sino que está formado por varios procesos continuos e íntimamente ligados entre sí” (p. 217).

Minsa (2008). Es menester mencionar que los mismos procesos se utilizan en el abastecimiento de cualquier otro bien o servicio, con algunas características propias del tipo de bien o servicio del que se trate, sí mismo persiste el concepto de los procesos técnicos, por lo que debe llevarse a cabo con la estrecha colaboración del profesional especializado en dicha área.

1.2.2 Variable de Sistema de referencia y contrarreferencia.

Definición.

Yandun y Tipaz (2014) “es el conjunto de normas técnicas y administrativas que van a permitir prestar adecuadamente al usuario externo, el servicio de salud que requiera, según el nivel de atención y grado de complejidad de la enfermedad que padezca” (p. 37).

OMS. (2014) “Mecanismo a través del cual el Ministerio de Salud, define estrategias que permitan garantizar a la población en general, el acceso a los servicios de salud, con el concurso de los distintos actores involucrados entre los que se cuentan los entes territoriales, y los prestadores de servicios de salud de carácter público” (p. 56).

EsSalud (2008). “conjunto de procesos que debe realizar un asegurado para ser atendido en los centros asistenciales de las redes de EsSalud, según el nivel de resolución de éstos y de acuerdo al tipo de atención que requiere” (p. 14).

Minsa (2005) “es el conjunto ordenado de procedimientos asistenciales y administrativos, a través del cual se garantiza la continuidad de la atención de las

necesidades de salud de los usuarios con la debida oportunidad, eficacia y eficiencia” (p. 21).

Minsa (2012) “la referencia es un procedimiento administrativo – asistencial mediante el cual, el personal de un establecimiento de salud, transfiere la responsabilidad de la atención de un usuario AITER/PAL a otro establecimiento de salud de mayor capacidad resolutive” (p. 67).

Minsa (2012) “la contrareferencia es un procedimiento administrativo – asistencial mediante el cual, el personal del establecimiento de salud de destino de la referencia devuelve la responsabilidad de la atención del usuario al establecimiento de salud de origen de la referencia” (p. 73).

Fundamentación teórica Sistema de referencia y contrareferencia.

Arteaga, Bernardo y Roa (2011). “El trabajo en red es una estrategia vinculatoria, de articulación e intercambio entre instituciones y/o personas que deciden asociar voluntaria o concertadamente sus esfuerzos, experiencias y conocimientos para el logro de fines comunes” (p. 45).

Del mismo modo Arteaga *et al.* (2011) afirmaron:

Constituye una modalidad organizativa y de gestión que adoptan los miembros que deciden esa vinculación cuyas características dominantes son: la adaptabilidad, la flexibilidad, la apertura y la espontaneidad de las relaciones . Las redes pueden ser vistas como sistemas, en cuyo caso puede decirse que se tratan de sistemas bien definidos ya que tienen una clara finalidad . (p. 153)

Pero están abiertos en sus límites, quedando el dimensionamiento y la conformación última de la red a criterio de sus miembros y de los acuerdos que ellos mismos establezcan . La intención del trabajo en red es aunar esfuerzos, evitar duplicaciones, alcanzar por complementariedad, una mayor capacidad

resolutiva, ser más eficaces y eficientes en lo que se hace y, todo ello como producto del intercambio y la colaboración .

Niveles en la construcción de redes.

Rovere (2009) “En el proceso de construcción de redes existen diferentes niveles, cuyo conocimiento nos sirve para organizarnos y para monitorear los grados de profundidad de una red” (p. 211); estos niveles podrían nombrarse como: reconocimiento, conocimiento, colaboración, cooperación y asociación. Donde cada uno sirve de apoyo al siguiente. “El primer nivel sería el de reconocimiento, que expresaría la aceptación del otro . En casos extremos, la dificultad de operar o de interactuar consiste en que no se reconoce que el otro existe.

Esto forma parte de nuestra jerga habitual, de la cultura de nuestras instituciones específicas, la forma como uno se refiere en una institución de los otros demuestra, un no reconocimiento del derecho a existir de los otros, el primer punto para empezar a construir es reconocer que el otro existe o, más precisamente, que el otro tiene derecho a existir. (Rovere, 2009). Reconocer que el otro existe es reconocer que el otro puede decir algo importante para mejorar la calidad de un servicio, que puede decir cosas que a mí no se me hubieran ocurrido nunca, salvo que estuviera en el lugar de él.

Entonces, se define este primer nivel cuando se comienza a aceptar que el otro existe, cuando el otro se hace presente y debemos tomarlo en cuenta. Hay un segundo nivel que es el de conocimiento. Luego que el otro es reconocido como par, como interlocutor válido, empieza a ser incluido en nuestra palabra, comenzamos a necesitar conocimiento del otro, lo cual expresa interés, querer entender cómo se ve el mundo desde ahí. (Rovere, 2009)

Un tercer nivel, a partir del interés y del conocimiento empiezan a existir algunos episodios de colaboración (colaborar en el sentido de trabajar con). No es una ayuda sistemática, no es una ayuda organizada sino espontánea. Hay momentos, hechos, circunstancias donde se verifican mecanismos de colaboración que empiezan a estructurar una serie de vínculos de reciprocidad .

En el cuarto nivel ya existen algunas formas sistemáticas de cooperación (cooperación: operación conjunta). Esto supone un proceso más complejo porque supone que existe un problema común, por lo tanto hay una problematización, y existe una forma más sistemática y estable de operación conjunta, es decir que hay un compartir sistemático de actividades, existe un quinto nivel donde hay asociación, donde esta actividad profundiza alguna forma de contrato o acuerdo que significa compartir recursos . Una de las bases de la lógica de redes es la autonomía, en consecuencia es muy claro que esta construcción es voluntaria. Cuando las instituciones quieren empezara generar redes, en vez de reducir autonomía, la aumentan, aumenta la autonomía como el comienzo del desencadenamiento de redes. (Rovere, 2009)

Por otro lado Manzur (2009) indicó.

El Sistema de Referencia y Contrarreferencia es el conjunto de actividades administrativas y asistenciales, que definen la referencia del usuario de un establecimiento de salud de menor a otro de mayor capacidad resolutive y la contrarreferencia de este a su establecimiento de origen, a objeto de asegurar la continuidad de atención y cuidado de su salud. (p. 154)

Manzur (2009) una referencia “es la solicitud de evaluación diagnóstica y/o tratamiento de un paciente derivado de un establecimiento de salud de menor capacidad resolutive a otro de mayor capacidad, con la finalidad de asegurar la continuidad de la prestación de servicio” (p. 156).

Del mismo modo Manzur (2009) una contrarreferencia respuesta del especialista, dirigida al profesional del establecimiento de origen, respecto de la interconsulta; mediante el cual se retorna al paciente al establecimiento de origen y/o al que pudiese asegurar la continuidad del caso, luego de haberse atendido el requerimiento (p. 157) . Este procedimiento debe incluir la respuesta del especialista respecto de la interconsulta solicitada.

Con respecto al protocolo de Referencia y Contrarreferencia, Manzur (2009) indicó: instrumentos de aplicación, que determinan los procedimientos administrativos y asistenciales requeridos para efectuar la referencia y contrarreferencia de los usuarios entre establecimientos de la red asistencial, que deben ser elaborados y validados por la Red asistencial donde se aplican (p. 159).

Pertinencia.

Se pueden identificar dos tipos de No Pertinencia:

No pertinencia por no cumplir con las reglas de derivación: esta ocurre cuando la derivación no cumple con los criterios definidos en los flujos de derivación (Normas de Referencia y Contrarreferencia) sobre el establecimiento y/o especialidad a la cual derivar. (Manzur, 2009)

“No pertinencia por no respetar los criterios clínicos de Inclusión o exclusión del problema de salud causante de la derivación.

La Contrarreferencia incorpora dos momentos:

La respuesta inicial o Retorno: Cuando el paciente recibe su primera atención (consulta nueva), donde se informa al establecimiento de origen que el paciente fue atendido, se confirma o descarta la hipótesis o duda diagnóstica y el plan de tratamiento .

El momento de alta del paciente del establecimiento de mayor complejidad, donde se informa al establecimiento referente que el paciente está dado de alta de la patología por la cual fue derivado o que fue estabilizado y requiere continuidad de la atención con un plan terapéutico definido . (Manzur, 2009)

El sistema de referencia y contrarreferencia.

Minsa (2005) El sistema de referencia y contrarreferencia es el conjunto de procesos que debe realizar un asegurado para ser atendido en los centros asistenciales de las redes del Ministerio de salud, según el nivel de resolución de

éstos y de acuerdo al tipo de atención que requiere . De esta manera, se garantiza la continuidad y la capacidad para brindar la prestación de salud.

Conceptos relacionados con la Referencia y Contrarreferencia

Minsa (2005) Comité de Referencia y Contrarreferencia. Está conformado por un grupo de profesionales de la salud, responsable de resolver dudas, controversias y auditorias respecto a la necesidad y/o calidad de la referencia y contrarreferencia, así como establecer criterios médicos para las atenciones de interconsultas y prórrogas, a través de la segunda opinión calificada . Está constituido en cada centro asistencial y brinda apoyo técnico para el cumplimiento de lo establecido en las normas que regulan las prestaciones de salud.

Capacidad resolutive. Se refiere a la capacidad de atención de cada centro asistencial, de acuerdo a su nivel de complejidad y su capacidad de otorgar prestaciones con fines diagnósticos y terapéuticos, lo cual está determinado en relación a los servicios, recursos humanos, especialidades y equipamiento con que cuenta.

Referencia de pacientes. “Es un procedimiento asistencial mediante el cual un establecimiento médico traslada la responsabilidad del manejo médico y/o ayuda al diagnóstico de un paciente a otro de mayor capacidad resolutive.

Contrarreferencia médica. Es el procedimiento asistencial mediante el cual se retorna la responsabilidad del manejo médico y/ o ayuda al diagnóstico de un paciente al centro asistencial de origen, siempre y cuando éste cuente con las condiciones necesarias para la atención.

Referencia administrativa. Esta se realiza exclusivamente para los pacientes atendidos en los servicios de emergencia u hospitalización con la finalidad de que continúen su tratamiento en un centro asistencial de mayor resolución . Este trámite debe ser coordinado y emitido por el jefe de la Unidad de Referencias de los centros asistenciales de origen y de destino.

Contrarreferencia administrativa. Es el procedimiento que deja sin efecto un trámite administrativo de referencia cuando el paciente fallece, deserta su atención o abandona su tratamiento por un periodo mayor a 90 días.

Centro asistencial de origen (o de adscripción). Es el establecimiento de salud que recibe a un paciente como primera instancia y que luego lo refiere a un centro asistencial de mayor nivel de resolución al superar su capacidad de atención.

Centro asistencial de destino. Es el establecimiento de salud que recibe al paciente referido y que cuenta con la capacidad resolutive suficiente para otorgar las prestaciones asistenciales que han motivado la referencia.

Deserción de atención. Esta situación se presenta cuando el paciente que tiene una cita no acude a ella y tampoco solicita la renovación de su referencia durante los 90 días posteriores.

Visación. Procedimiento médico asistencial por el cual una referencia es aceptada, denegada o redireccionada.

Referencia aceptada. Es aquella referencia admitida en el centro asistencial de destino.

Referencia observada. Es el trámite de referencia que no cumple los requerimientos médicos y/o administrativos correspondientes por lo que puede ser sujeto a su corrección en el centro asistencial de origen.

Referencia en espera. Es el trámite de referencia que está a la espera de ser visado en el centro asistencial de destino.

Referencia visada. Cuando el trámite referencia ha sido aceptado en el centro asistencial de destino.

Referencia/contrarreferencia indebida. Se denomina así a aquella referencia o contrarreferencia que se emite incumpliendo las normas establecidas por lo que no cabe la opción de que sea corregida en el centro asistencial de origen.

Extensión de la referencia. Es el procedimiento administrativo que realiza el médico tratante cuando el centro asistencial de destino, por alguna falla operativa o ausencia de la capacidad resolutive, no se encuentra en condición de brindarla atención solicitada por la referencia, motivo por el cual debe referenciar al paciente a otro centro asistencial que cuenta con la capacidad necesaria.

Caso complejo. Cuando se trata de pacientes portadores de enfermedades catastróficas, pacientes con estancias prolongadas que superan el estándar del centro asistencial o pacientes que requieran tratamientos de alta complejidad y/o de alto costo.

Proceso de la Referencia y la Contrarreferencia.

EsSalud (2008) La información de acreditación y cobertura de los pacientes referidos, es proporcionada por el Área de Seguros en cada centro asistencial . La verificación de la acreditación la realiza al área de admisión del centro asistencial de origen.

Toda referencia es un acto médico de consulta externa, hospitalización, emergencia o servicio de apoyo al diagnóstico y tratamiento . Solo los profesionales médicos y odontólogos están facultados para emitir una referencia, a través del formato N° 1 . Los datos que se consignan en los Formatos de Referencia y Contrarreferencia se escriben con letra legible y se refrendan con el sello y la firma del médico tratante, no proceden las referencias para realizar trámites de invalidez ni para tratamiento farmacológico exclusivo . A todo paciente atendido en emergencia de un centro asistencial, cuya adscripción no pertenece al establecimiento y fue tratado quirúrgicamente, se le otorga tres (3) atenciones posteriores al alta, como máximo, los jefes de servicio del centro de adscripción

del paciente deben brindar una atención prioritaria en el término de 24 horas posteriores al alta de un paciente que ingresó vía emergencia sin portar referencias provenientes de otras redes asistenciales distintas al centro asistencial de destino .

Minsa (2005) Para los casos que se enmarcan en los alcances del numeral precedente, en el momento del alta de la hospitalización, se entrega al paciente la contrarreferencia, la epicrisis y el informe de alta.

Si un paciente referido no acude a su primera cita en la fecha y hora señalada, éste puede gestionar la reprogramación de la misma de manera oportuna, acercándose directamente a la ventanilla del Área de Admisión del centro asistencial de destino; en caso el paciente, que demande gastos de transporte, no pueda acudir a su cita, éste puede gestionar la reprogramación de la cita por intermedio del Área de Referencias del centro asistencial de origen.

En los casos de ausencia del médico tratante a la cita del paciente referido, el jefe del servicio o quien lo represente, debe disponer y efectuar las acciones pertinentes para dar prioridad de atención a dicho paciente en el mismo día o, en su defecto, efectuar las coordinaciones para su atención en la fecha más próxima, solucionando los trámites administrativos que se requieran.

Las contrarreferencias que implican el retorno del paciente en un determinado periodo deben ser consideradas en el Software de Referencias y Contrarreferencias en forma prioritaria.

Al término del otorgamiento de las prestaciones asistenciales motivo de la referencia, el médico tratante indica el alta y genera la contrarreferencia al centro asistencial de origen, siguiendo el procedimiento establecido en el cuadro N° 2. No se puede generar una contrarreferencia si la referencia no se emitió de acuerdo al procedimiento vigente.

Dimensiones de sistema de referencia y contrarreferencia.

Dimensión referencias.

Minsa (2012) “la referencia es un procedimiento administrativo – asistencial mediante el cual, el personal de un establecimiento de salud, transfiere la responsabilidad de la atención de un usuario a otro establecimiento de salud de mayor capacidad resolutive” (p. 67).

Indicadores de la referencia.

Evalúa el cuadro clínico y exámenes auxiliares del paciente. Consigna los datos en el Formato de Referencia (formato N°1) sin llenar el espacio correspondiente al centro asistencial de destino .

Traslada el Formato de Referencias emitido al área de Referencias - CAS de Origen –Paciente.

Verifica y visa la conformidad del llenado del formato. Si encuentra alguna omisión, dispone su devolución al médico que lo generó o al jefe del servicio correspondiente . Si no acredita, se informa al paciente sobre los límites de su atención o cobertura.

Evalúa y califica la pertinencia de la referencia, si es observada la devuelve al jefe del servicio. Si es procedente, la aprueba y la visa.

Registra y remite el Formato de Referencia, a través del Software de Referencia y Contrarreferencia u otra vía de comunicación antes de cumplir las 48 horas de recepción. En caso el paciente tenga problemas con su acreditación, debe seguir el siguiente paso (paso 6) en caso contrario observar el paso 7 .

Realiza la verificación de la acreditación de derecho y su cobertura. De no acreditar, informa al paciente sobre las limitaciones de su atención. Si acredita, imprime la hoja de filiación, la visa y la sella. Entrega el Formato de Referencia más la hoja de filiación al área de referencias o a la que haga sus veces .

Evalúa y visa (acepta u observa) la referencia. Aquellas referencias que no hayan sido visadas por el Jefe de Servicio solicitado, en el plazo de tres (3) horas, el Jefe de Referencias y Contrarreferencias,

con el fin de agilizar el proceso, puede visas las referencias recibidas .

Para las referencias que son aceptadas se emite la cita correspondiente, en un plazo no mayor a 24 horas para Consulta Externa y 48 horas para Servicios de Apoyo, luego de lo cual se envía la misma a través del Software de Referencias y Contrarreferencia u otra vía de comunicación .

Si la referencia es observada, se registra el motivo de la observación, a través del Software de Referencias y Contrarreferencia u otra vía de comunicación .

Imprime la cita gestionada y remitida por el Software de Referencias y Contrarreferencia u otra vía de comunicación. Entrega la cita al paciente junto con la referencia original y los exámenes practicados. En caso haya una observación, imprime ésta y la entrega al médico tratante.

El paciente se dirige directamente al consultorio o servicio donde está citado (debe estar presente 30 minutos antes del horario señalado). En caso el paciente referido a Consulta Externa no asista a su primera cita, puede tramitar la siguiente cita en el Módulo de Citas del Área de Admisión del CAS de destino, excepto aquellos pacientes referidos a pruebas de ayuda al diagnóstico, quienes deben acudir a la Jefatura del servicio correspondiente para el respectivo trámite .

Dimensión contra referencia.

Minsa (2012) “la contrarreferencia es un procedimiento administrativo – asistencial mediante el cual, el personal del establecimiento de salud de destino de la referencia devuelve la responsabilidad de la atención del usuario al establecimiento de salud de origen de la referencia” (p. 73).

Indicadores de la contrarreferencia.

Cuando el paciente está en condiciones de ser atendido en el centro asistencial de origen, genera por duplicado la contrarreferencia,

indicando las recomendaciones al paciente y consignando los datos en el Formato de Contrarreferencia. La copia del formato se entrega al paciente para su verificación antes de su registro en el sistema .

Archiva contrarreferencias por centro asistencial y mediante cargo remite al centro asistencial de origen. Si el paciente es referido de alguna provincia, éste debe llevarse una copia de la contrarreferencia .

Recibe contrarreferencia y la remite al Archivo de Historias Clínicas para la inclusión de dichas contrarreferencias en la Historia Clínica del paciente. (p. 76).

1.3. Justificación

Teórica.

La presente investigación se justifica porque contribuye al conocimiento epistemológico de las variables en estudio de la capacidad resolutoria de los establecimientos de salud y el sistema de referencia y contrarreferencia de la Microred de Ascensión Huancavelica 2016 2016. Además, el estudio que se somete a consideración, constituye un valioso aporte teórico referencial de los enfoques de los sistemas de salud, características, dimensiones e indicadores de las variables en estudio; se toma, como referencia a los modelos de atención de salud, los cuales explican las fortalezas y debilidades y la calidad de la atención en salud.

Al respecto, se considera importante fortalecer el rol de conducción social y adecuación de la prestación de los servicios de salud al Nuevo Modelo de Atención Integral de Salud, el Ministerio de Salud viene realizando diversas acciones para beneficiar a la población, a través de la entrega de servicios con calidad, equidad, eficiencia y eficacia; Que dentro de este contexto, es necesario actualizar y complementar la información sobre el Sistema de Referencia y Contrarreferencia de los Establecimientos del Ministerio de Salud, cuyo objetivo general es regular la organización y los procesos del referido sistema

entre los establecimientos de salud, mediante lineamientos técnico-normativos homogéneos que garanticen la continuidad de la atención de salud de la población.

Por otro lado, se justifica porque la investigación pretende aportar conocimientos teóricos originales y novedosos en vista de haber observado que en la actualidad existe escasa bibliografía.

Metodológica.

Metodológicamente se justifica, si un estudio se propone buscar nuevos métodos o técnicas para generar conocimientos, busca nuevas forma de hacer investigación, entonces en referencia a la investigación se pretende medir la relación de las dimensiones de cada variable para tener un grado de seguridad razonable . Consideramos que la presente investigación específicamente considera; al aplicar la lista de cotejo para evaluar el Sistema de Referencia y Contrarreferencia y la capacidad de respuesta de los Establecimientos del Ministerio de Salud, dará luces para la estandarización del instrumento en uso, en un nivel de investigación métrico.

Cabe mencionar, La investigación tiene su justificación metódica en cuanto se aplicará el método de investigación hipotético-deductivo, haciendo énfasis en la observación, descripción de lo macro a lo micro de leyes, teorías y hechos, los cuales se interpretarán de la maneta más objetiva .

Práctica o social.

El desarrollo de la investigación tiene una plena justificación práctica, dado que aportará soluciones o recomendaciones de cómo se puede mejorar y optimizar la atención del personal que labora en los servicios estratégicos de una entidad de salud, como área del Sistema de Referencia y Contrarreferencia. Las mejoras en la atención de los mencionados servicios fortalecerán la calidad y calidez de sus prestaciones, a través del diseño de estrategias, para fomentar las habilidades .

1.4. Problema

1.4.1. Planteamiento del problema.

OMS (2014) el estudio de los procesos de atención de la salud se ha transformado en un campo muy amplio donde confluyen muchos actores e intereses. El interés de los financiadores, sean estos estatales o privados, buscando la eficiencia y/o la efectividad de sus acciones con una visión de mercado, el de los efectores, en búsqueda de la eficacia, calidad, eficiencia; y en caso de ser de índole privado, también el lucro . Y por último los de la población, en búsqueda de la mejor atención posible (comprensiva, humanizada, integral, holística, etc.), con los mejores resultados y en el menor tiempo posible.

Mallar (2010) manifestó en toda organización se dan interacciones entre los elementos que conforman el sistema de trabajo entre todos los grupos de persona que integran sus unidades organizativas, guiadas por mecanismos que exceden fronteras funcionales y estructurales, por tanto, el éxito del policlínico depende cada vez más de la atención que se dé a la interrelación de los procesos que se desarrollan en él . La identificación y análisis de manera integral de los procesos a fin de ser perfeccionados en términos de calidad garantiza una proyección y un desempeño más eficaz y más eficiente.

OPS (2005) la capacidad resolutive se considera como un resultado de la atención, desde el momento en que este se entiende como un cambio en el estado de salud que pueda atribuirse a la atención precedente en salud . Se han realizado aproximaciones a la capacidad resolutive desde distintos enfoques asociados al desempeño de las organizaciones . Por ejemplo, la capacidad que tiene un establecimiento o bien una red de ellos, para atender personas que solicitan atención, se ha considerado como capacidad resolutive vinculada con la accesibilidad a los servicios de salud . En el modelo cubano de medicina familiar, la distribución de equipos básicos de salud prevé el acceso al 100 % de la población a los servicios de salud del primer nivel de atención.

Rodríguez (2007) comúnmente la población ingresa al sistema de prestación de servicios por los niveles de mayor complejidad de atención que en principio se encuentran planteados como tránsito final en la atención y que se desarrollaron para atender patologías de mayor complejidad. Esto genera distribución irregular de las cargas de trabajo, sobrecostos en la atención, y sobre ocupación de algunas I.P.S. con subutilización de otras, inconformidad de usuarios y prestadores de servicios y uso inadecuado de recursos humanos y materiales.

Minsa (2004) El principio de integralidad tiene varias dimensiones, siendo una de las más importantes la Continuidad de la Atención, que se refiere a la interrelación administrativa-asistencial, que debe existir, entre establecimientos de salud de diferente capacidad resolutoria, para procurar la atención de una persona sin limitantes, hasta la satisfacción de sus necesidades de salud.

En este contexto, el usuario debe ser captado, identificado, calificado y seguido dentro de un sistema ordenado de atención de salud, al interior y entre los establecimientos de salud articulados por niveles de resolución, y asegurándole adecuados procedimientos de relación entre ellos. En líneas generales, se busca que el usuario por derecho a su salud reciba una atención continua, en el nivel de complejidad y con la tecnología adecuada, y en función de sus necesidades. (Minsa, 2004)

Minsa (2004) los procesos de referencia y contrareferencia son parte inherente del sistema prestacional de salud al que hemos denominado: Sistema de Referencia y Contrareferencia (SRC). Que tiene como principio el integrar en forma técnica- asistencial-administrativa las capacidades resolutorias existentes en la oferta de servicios de los niveles locales, regionales y nacionales que el problema o necesidad de salud requiera la satisfacción del usuario como un derecho a la vida.

Resulta más costoso atender problemas de salud de primer nivel en una entidad prestadora de salud que cuenta con alta tecnología, que atenderlos en el nivel de atención que le corresponde. Esta situación resulta más problemática en el área urbana debido a la concentración de población que ahí reside aunado a la presencia de servicios pertenecientes a tres diferentes niveles de complejidad como sucede actualmente con la Microred.

Los esfuerzos por lograr una adecuada coordinación entre las instituciones de salud de los tres niveles, han sido diversos, tanto de manera general como particular, es por ello que se plantea la siguiente pregunta cómo se relacionan la capacidad resolutoria de los establecimientos de salud y el sistema de referencia y contrarreferencia de la Microred de Ascensión Huancavelica 2016.

1.4.2. Formulación del Problema general.

¿Cuál es la relación entre la capacidad resolutoria y el sistema de referencia y contrarreferencia de la Microred Ascensión Huancavelica 2016.

Problemas específicos.

P1: ¿Cuál es la relación entre el sistema de referencia-contrarreferencia y el capital humano de la Microred de Ascensión de Huancavelica 2016?

P2: ¿Cuál es la relación entre el sistema de referencia-contrarreferencia y el Instrumento de Registro é Información de la Microred de Ascensión de Huancavelica 2016?

P3: ¿Cuál es la relación entre el sistema de referencia-contrarreferencia y el flujo de información a los puntos de digitación de los establecimientos de salud de la Microred de Ascensión de Huancavelica 2016?

P4: ¿Cuál es la relación entre el sistema de referencia-contrarreferencia y el transporte de la Microred de Ascensión de Huancavelica 2016?

P5: ¿Cuál es la relación entre el sistema de referencia-contrarreferencia y el abastecimiento de la Microred de Ascensión de Huancavelica 2016?

1.5. Hipótesis

Hipótesis general.

Existe una relación entre la capacidad resolutive de los establecimientos de salud y el sistema de referencia y contrarreferencia de la Microred Ascensión de Huancavelica 2016.

Hipótesis específicos.

H1: Existe una relación entre el capital humano de los establecimientos de salud y el sistema de referencia- contrarreferencia de la Microred de Ascensión de Huancavelica 2016.

H2: Existe una relación entre el Instrumento de Registro é Información de los establecimientos de salud y el sistema de referencia-contrarreferencia de la Microred de Ascensión de Huancavelica 2016.

H3: Existe una relación entre el flujo de información del sistema de referencia-contrarreferencia a los puntos de digitación de los establecimientos de salud y el sistema de referencia-contrarreferencia de la Microred de Ascensión Huancavelica 2016.

H4: Existe una relación entre el transporte y el sistema de referencia-contrarreferencia de la Microred de Ascensión de Huancavelica 2016.

H5: Existe una relación entre el abastecimiento y el sistema de referencia- y contrarreferencia de la Microred de Ascensión Huancavelica 2016.

1.6. Objetivos de la investigación

1.6.1. Objetivo general.

Determinar la relación entre la capacidad resolutive y el sistema de referencia-contrarreferencia de la Microred Ascensión de Huancavelica 2016.

1.6.2. Objetivos específicos.

Objetivos específico 1.

Establecer la relación entre el sistema de referencia-contrarreferencia y el capital humano de Microred Ascensión de Huancavelica 2016

Objetivos específico 2.

Establecer la relación entre el sistema de referencia-contrarreferencia y el Instrumento de Registro e información de la Microred de Ascensión de Huancavelica 2016.

Objetivos específico 3.

Establecer la relación entre el sistema de referencia-contrarreferencia y el flujo de información a los puntos de digitación de los establecimientos de salud de la Microred de Ascensión de Huancavelica 2016.

Objetivos específico 4.

Establecer la relación entre el sistema de referencia-contrarreferencia y el transporte de la Microred de Ascensión de Huancavelica 2016.

Objetivos específico 5.

Establecer la relación entre el sistema de referencia-contrarreferencia y el abastecimiento la Microred de Ascensión de Huancavelica 2016.

II. Marco metodológico

2.1 Variables

Definición conceptual.

Variable: capacidad resolutive.

Son estrategias que responden a las necesidades de salud de las personas, permitiendo así la integralidad en los niveles de atención de salud, para garantizar los derechos de salud y de esta manera mejorar las condiciones de vida de los usuarios. (Romero y Busso, p. 28)

Variable: Referencias-contrarreferencias.

Es el conjunto de actividades administrativas y asistenciales, que definen la referencia del usuario de un establecimiento de salud de menor a otro de mayor capacidad resolutive y la contrarreferencia de este a su establecimiento de origen, a objeto de asegurar la continuidad de atención y cuidado de su salud. (Minsa, 2007)

Definición Operacional.

Aplicación “del cuestionario validado y confiable en base al significado o propiedades medibles de las variables de estudio tienen componentes que nos permite medir mediante el proceso empírico de medir el ambiente de control, los riesgos, las actividades de control y supervisión; y la información y comunicación .

2.2 Operacionalización de variables

Tabla 1

Matriz de operacionalización de variable: capacidad resolutive de los establecimientos de salud

Dimensión	Indicadores	Ítems	Escala y valores	Niveles y rangos
Capital Humano	Capital humano en CAS I-1.	1, 2.	(2) Si cumple	Nominal
	Capital humano en CAS I.2.	3.,4, 5.	(1) No cumple	De 89 hasta 110 puntos = Buena De 50 hasta 88 puntos = Regular De 22 hasta 49 puntos = Mala
	Capital humano en CAS I.4.	6, 7, 8.		
Instrumento de Registro é Información	Instrumento de registro é Información en CAS I-1; I-2; I-4.	9.10, 11, 12.		
Flujo de Información del sistema	Flujo de información del sistema a los puntos de digitación. I-1; I-2;	13		
	Flujo de información del sistema a los puntos de Digitación I-4.	14,15 16		
Transporte	Sistema de transporte en los establecimientos con categoría I-1, 1-2; I.4.	17, 18, 19.		
Abastecimiento	Recursos materiales necesarios para la operatividad del sistema de I-1; I-2; I-4.	20.		
		21		
		22		

Nota: Las dimensiones se construyeron tomando en cuenta la teoría consultada.

Tabla 2

Matriz de *operacionalización de variable*: referencias y contrarreferencias.

Dimensión	Indicadores	Ítems	Escala y valores	Niveles y rangos
Referencia	Origen de la referencia.	1. 2	(1) No cumple (2) Si cumple	Nominal
	Establecimiento destino de la referencia	3.		De 70 hasta 56 puntos = Buena De 56 hasta 24 puntos =
	Criterios para la selección del establecimiento de la referencia	4. 5. 6.		Regular De 14 hasta 23 puntos = Mala
	Procedimiento de la referencia	7.8. 9. 10.		
Contrarreferencia	Procedimiento de la contrarreferencia	11		
	Condiciones del usuario para la contrarreferencia	12.		
	Contrarreferencia de los resultados.	13		
	Contrarreferencia Injustificada	14.		

Nota: Las dimensiones se construyeron tomando en cuenta la teoría consultada.

2.3 Metodología

Se utilizó el método hipotético-deductivo, el cual es el procedimiento o camino que sigue el investigador para hacer de su actividad una práctica científica. Kerlinger (2009) indicó:

El método hipotético-deductivo tiene varios pasos esenciales: observación del fenómeno a estudiar, creación de una hipótesis para explicar dicho fenómeno, deducción de consecuencias o proposiciones más elementales que la propia hipótesis, y verificación o comprobación de la verdad de los enunciados deducidos comparándolos con la experiencia. (p. 74)

Asimismo, Este método obliga al científico a combinar la reflexión racional o momento racional (la formación de hipótesis y la deducción) con la observación de la realidad o momento empírico (la observación y la verificación). (Kerlinger, 2009)

La presente investigación fue de enfoque: cuantitativo

Hernández, Fernández y Baptista (2014) refirió “el enfoque cuantitativo: toma como centro de su proceso de investigación a las mediciones Numéricas, utiliza la observación del proceso en forma de recolección de datos y los analiza para llegar a responder sus preguntas de investigación” (p. 47). “Utiliza la recolección, la medición de parámetros, la obtención de frecuencias y estadígrafos de la población que investiga para llegar a probar las hipótesis establecidas previamente .

2.4. Tipo de estudio

Según la finalidad fue: investigación básica

Según Sotelo (2015): La investigación científica pura o sustantiva tiene como finalidad ampliar y profundizar el conocimiento de la realidad. Busca el conocimiento por el conocimiento mismo, más allá de sus posibles aplicaciones prácticas, su objetivo consiste en ampliar y profundizar en el saber de la realidad y en tanto este saber que se pretende construir es un saber científico, su propósito será el de obtener generalizaciones cada vez mayores (hipótesis, leyes, teorías) . Sotelo (2015) indicó “es una investigación básica en la medida que el objetivo del estudio es analizar las variables en su misma condición sin buscar modificarla, en este tipo de estudio se busca establecer una realidad en concordancia con el marco teórico” (p.19).

Como estudio trata de precisar la naturaleza de una situación tal como se presenta en un momento dado. En la investigación se describió y analizó sobre las variables: habilidades socioemocionales y toma de decisiones .

A partir de la observación de casos particulares se plantea un problema. A través de un proceso de inducción, este problema remite a una teoría . (Ñaupas, Mejía y Villagómez, 2011). “A partir del marco teórico se formula una hipótesis, mediante un razonamiento deductivo, que posteriormente se intenta validar empíricamente. El ciclo completo inducción/deducción se conoce como proceso hipotético-deductivo” (p. 68).

Según el periodo y secuencia fue de corte transversal, Según Ñaupas *et al.* (2005) Son aquellos que implican la recolección de datos en un solo corte en el tiempo, mide solo una vez la variables en un solo momento dado, sin pretender evaluar la evaluación de las mismas, por los que se laboraron los instrumentos y se aplicaron en una sola vez a las unidades de análisis el resultado obtenido pude permitir al dar respuestas a los objetivos planteados.

2.5 Diseño

El diseño de la investigación fue de tipo no experimental.

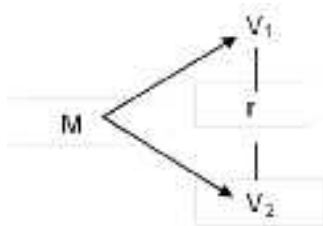
Es no experimental “la investigación que se realiza sin manipular deliberadamente variables. Es decir, se trata de estudios donde no hacemos variar en forma intencional las variables independientes para ver su efecto sobre otras variables” (Hernández *et al.*, 2014, p. 149).

El presente trabajo fue de nivel: descriptivo correlacional porque este diseño parte de la consideración de dos o más investigaciones descriptivas simples; esto es, recolectar información relevante en varias muestras con respecto a un mismo fenómeno o aspecto de interés y luego caracterizar este fenómeno en base a la comparación de los datos recogidos, pudiendo hacerse esta correlación en los datos generales o en una categoría de ellos.

Es transversal ya que su propósito es “describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado. Es como tomar una fotografía de algo que sucede” (Hernández *et al.*, 2014, p.151).

Si dos variables están correlacionadas, y se conoce la magnitud de su asociación, es posible predecir el valor aproximado de un variable, al saber qué valor tiene la otra; para un universo determinado . Si no existe correlación quiere decir que entre los conceptos o variables fluctúan sin seguir un comportamiento sistemático entre sí.

Gráficamente se denota:



Dónde:

M = Muestra de estudio

O1 = Variable 1

O2 = Variable 2

r = Relación entre variables

2.6 Población, muestra y muestreo

2.6.1 Población.

La población estuvo conformada por los profesionales que laboran en el servicio de emergencias de la Microred de Ascensión Huancavelica 2016, 84 colaboradores, “quienes tienen las características concordantes y susceptibles a ser estudiadas, descansando en el principio de que las partes representan al todo y por tal son las características que definen a la población de la cual fue extraída” (Mejía, 2005, p. 32).

Tabla 3

Profesionales del servicio de emergencia de la Microred de Ascensión Huancavelica 2016

Unidad de Análisis	Detalle	Total
Médicos		6
Enfermeros		15
Obstrices		8
Otros		55
Total		84

Nota: información obtenida De la oficina de recursos humanos HMA_Minsa

Criterios de inclusión.

Para la presente investigación se incluyeron:

- Trabajadores con contrato vigente
- Personal que no se encuentra de vacaciones
- Profesionales del servicio sin sanciones en curso
- Trabajadores solo de los servicios de emergencia y hospitalización

2.6.2 Muestra.

La muestra es un subconjunto de la población blanco de la inferencia. 84 profesionales. 84 trabajadores.

2.6.3. Muestreo.

No aplica. Población censal. Todos los profesionales que laboran en el servicio de emergencia de la Microred de Ascensión Huancavelica 2016, 84 trabajadores.

2.7 Técnicas e instrumento de recolección de datos

Técnicas de recolección de datos.

Toda investigación o aplicación de carácter científico en Ciencias Sociales, como en las ciencias en general, debe implicar la utilización de procedimientos operativos rigurosos, bien definidos, transmisibles, susceptibles de ser aplicados

de nuevo en las mismas condiciones, adaptados al fenómeno a discutir . Esas son las técnicas; la elección de éstas depende del objetivo perseguido, el cual está ligado al método de trabajo, todo medio (método, técnica o instrumento) siempre debe estar subordinado al objetivo que se busca, por lo tanto, el problema de la elección de un medio, es un problema de adecuación medio - objetivo . (Mejía, 2005)

Para la presente investigación la técnica utilizada fue la observación.

Instrumento de recolección de datos.

El instrumento para la recolección de datos ha sido la lista de cotejo, cuya elaboración no puede improvisarse, sino que independientemente de su libertad y flexibilidad debe responder necesariamente a un método y a un básico, el cual debe incluir . Hernández *et al.* (2014) “el cuerpo de teoría, marco conceptual en que se apoya el estudio, las hipótesis que desea probar, el problema formulado y los objetivos de la investigación” (p. 22).

Instrumento 1: lista de cotejo capacidad resolutive de los establecimientos de salud

Ficha técnica

Autor: Minsa (2006)

Adaptado: Mendoza, A. (2016)

Objetivo: determinar la aplicación del sistema de capacidad resolutive por los profesionales que laboran en la Microred de Ascensión Huancavelica 2016.

Significación: La lista de cotejo del sistema de capacidad resolutive contiene cinco dimensiones: capital humano, instrumento de Registro é Información de los establecimientos de salud, información del sistema de referencia y contrarreferencia a los puntos de digitación de los establecimientos de salud, transporte y abastecimiento.

Extensión: La lista de cotejo consta de 22 ítems. Administración: Individual o colectiva.

Duración: El tiempo de duración para desarrollar la prueba es de aproximadamente 15 minutos.

Aplicación: El ámbito para su aplicación los 84 profesionales que laboran en el servicio de emergencia de la Microred de Ascensión Huancavelica 2016

Puntuación: La escala de medición es dicotómica, las respuestas que los sujetos pueden entregar ante cada afirmación son las siguientes:

Baremos

(1) No cumple

(2) Si cumple

Baremo: De 89 hasta 110 puntos = Buena De 50 hasta 88 puntos = Regular De 22 hasta 49 puntos = Mala

Instrumento 2: lista de cotejo sistema de referencias-contrarreferencias.

Ficha técnica

Autor: Minsa (2006)

Adaptado: Mendoza, A. (2016)

Objetivo: Determinar el sistema de referencia y contrarreferencia de la Microred de Ascensión Huancavelica 2016

Significación: La lista de cotejo de las normas de referencias y contrarreferencias contiene dos dimensiones: Referencias y contrarreferencias

Extensión: La lista de cotejo consta de 14 ítems. Administración: Individual o colectiva.

Duración: El tiempo de duración para desarrollar la prueba es de aproximadamente 10 minutos.

Aplicación: El ámbito para su aplicación los 84 profesionales que laboran en el servicio de emergencia de la Microred de Ascensión Huancavelica 2016.

Puntuación: La escala de medición es tipo dicotómico, las respuestas que los sujetos pueden entregar ante cada afirmación son las siguientes:

Respuestas

(1) No cumple

(2) Si cumple

Baremo. De 70 hasta 56 puntos = Buena De 56 hasta 24 puntos = Regular De 14 hasta 23 puntos = Mala

1.7.1. Validación y confiabilidad de instrumento.

La validez y confiabilidad del instrumento para las variables Habilidades socio emocionales y toma de decisiones, se llevó a cabo mediante la aplicación de una lista de cotejo tipo escalar. Las categorías de análisis, siempre utilizadas en la investigación cuantitativa, constituyen pautas que alumbran la investigación; es decir.

Confiabilidad de los instrumentos.

Tabla 4

Análisis de consistencia interna de capacidad resolutive y sistema de referencia y contrarreferencia

Variables	Nº de ítems	Kuer Richarson
capacidad resolutive	22	0.800
Sistema de referencia y contrarreferencia	14	0.807

El instrumento que mide la Capacidad resolutive total obtuvo un coeficiente Kuder Richarson de 0,800 en su versión de 22 preguntas y el instrumento que mide Sistema de referencia y contrarreferencia en su versión de 14 preguntas obtuvo un coeficiente de Kuder Richarson de 0.807, los cuales son altamente confiables.

Validez

Validez de contenido: Se utilizó la validez de contenido de los instrumentos: habilidades socio emocionales y toma decisiones, a través del juicio de expertos.

Tabla 5

Validación de instrumento capacidad resolutive y sistema de referencia y contrarreferencia

Indicador	Experto 1: Dr. Carlos Sotelo Estacio	Experto 2: Dr. Jorge Díaz Dumont	Experto 3: Galia Lescano López	Total
Coherencia	SI	SI	SI	03
Pertinencia	SI	SI	SI	03
Relevancia	SI	SI	SI	03

Nota: validación del instrumento por juicio de expertos; manual APA

Validez de constructo: La validez de constructo trata de establecer en qué medida la prueba tiene en cuenta los aspectos que se hallan implícitos en la definición teórica del tema a medirse. (Mejía, 2005)

En la Tabla 6, se aprecian los resultados del análisis de correlación test-ítems en las dos variables de estudio: habilidades socio emocionales y toma decisiones, como se puede observar, todos los ítems tienen un coeficiente de correlación sobre 0,32, por lo cual todos los ítems son válidos para constituir el instrumento final .

Tabla 6

Análisis de ítems-test entre las variables capacidad resolutive y sistema de referencia y contrarreferencia

Capacidad resolutive				Sistema de referencia y contrarreferencia			
Items	R Pearson	Items	R Pearson	Items	R Pearson	Items	R Pearson
1	0,343	13	0,361	1	0,361	13	0,444
2	0,460	14	0,362	2	0,362	14	0,360
3	0,548	15	0,376	3	0,376		
4	0,611	16	0,476	4	0,476		
5	0,353	17	0,366	5	0,366		
6	0,644	18	0,353	6	0,357		
7	0,657	19	0,454	7	0,402		
8	0,729	20	0,646	8	0,362		
9	0,684	21	0,476	9	0,395		
10	0,731	22	0,453	10	0,495		
11	0,661			11	0,503		
12	0,548			12	0,550		

Nota: Validación en la construcción del instrumento a través de la relación ítem instrumento a través de r Pearson.

Técnicas de recojo de información.

Entre las otras técnicas que se han utilizado para el manejo de información figuran: el documental, el fichaje, la consulta al diccionario y el análisis estadístico”.

El Análisis Documental; porque nos permitió seleccionar las ideas informativamente relevantes de un documento a fin de expresar sus contenidos sin ambigüedades para recuperar la información en el contenido, también porque permitió identificar los documentos más relevantes de acuerdo a nuestro índice temático, sumario, índice alfabético de materias o códigos sistemáticos.

Sotelo (2013). El Análisis Estadístico; utilizado en dos niveles; en primer lugar para realizar los análisis descriptivos de cada uno de las variables de la tesis; en segundo lugar para hacer el análisis inferencial con el fin de encontrar significatividad en los resultados de acuerdo al valor porcentual para hacer las conclusiones.

El análisis estadístico nos ha permitido procesar los datos que surgieron del estudio de la muestra poblacional . Los datos obtenidos mediante los dos cuestionarios de acuerdo a las variables capacidad de recursos y sistema de referencia y contrareferencias; se han podido describir, analizar e interpretar de acuerdo a los objetivos e hipótesis sostenidos en la tesis.

2.8. Método de análisis de datos

El método que se utilizó para el análisis de datos fue estadístico, en sus dos niveles: Descriptivo e Inferencial. Siguiendo el protocolo siguiente:

Se tabularon y organizaron los datos en una matriz de datos donde se consignaron los resultados en tablas y figuras, de las cuales se pueden leer frecuencias y porcentajes de las dos variables materia de estudio .

Luego se estableció el contraste de las hipótesis mediante la prueba no paramétrica Rho de Spearman para determinar el grado de relación existente entre las variables y dimensiones planteadas; a razón que

ambas variables fueron de medida cuantitativa ordinal y no siendo necesario la prueba de normalidad .

Finalmente se consigna los gráficos de dispersión de puntos, los cuales confirman la correlación existente entre las variables en estudio .

2.9. Aspectos éticos.

El estudio se basó en los principios éticos de la práctica profesional, en todo momento de la investigación se aplicara la confidencialidad en el manejo e interpretación de los resultados obtenidos.

III. Resultados

3.1 Descripción de resultados

Tabla 7

Nivel del sistema de referencias y contrarreferencias de la Microred de Ascensión Huancavelica 2016.

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Malo	46	54,8
	Regular	34	40,5
	Bueno	4	4,8
	Total	84	100,0

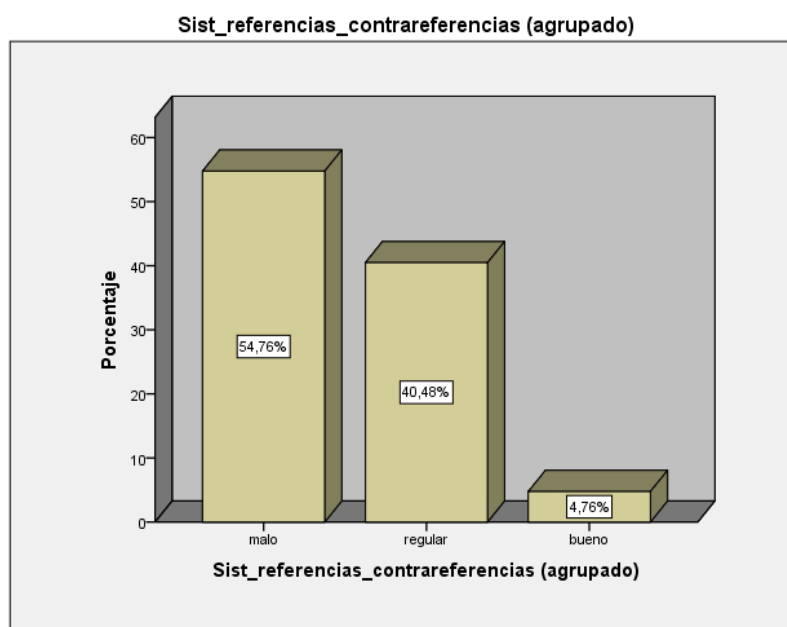


Figura 5. Barras del sistema de referencias-contrarreferencias y capacidad resolutoria de los establecimientos de salud y el sistema de referencia y contrarreferencia de la Microred de Ascensión Huancavelica 2016.

En el presente capítulo se describe la información recogida en los profesionales que laboran en el sistema de referencias y contrarreferencias de la Microred de Ascensión Huancavelica 2016. Se puede observar que el 54.8% de los profesionales perciben un mal nivel del sistema de referencias y contrarreferencias, el 40.5% regular y el 4.8% buen nivel del sistema de referencias y contrarreferencias.

Tabla 8

Nivel de Capacidad resolutive de la Microred de Ascensión Huancavelica 2016

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Mediata	53	63,1
	Moderada	21	25,0
	Inmediata	10	11,9
	Total	84	100,0

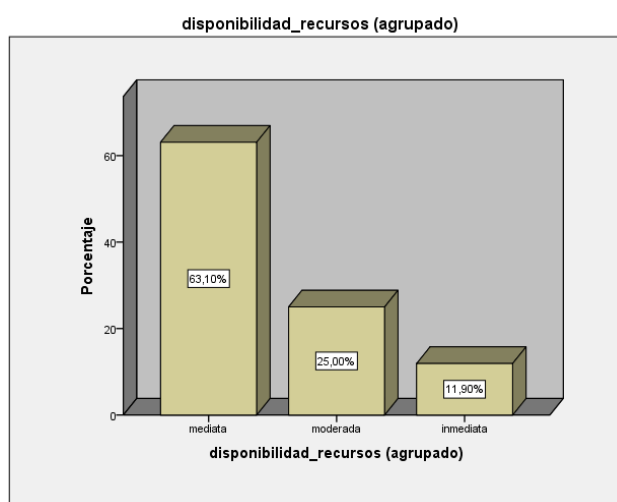


Figura 6. Barras de disponibilidad de recursos del sistema de referencias y contrarreferencias de la Microred de Ascensión Huancavelica 2016.

En el presente tabla se puede observar que el 63.1% de los profesionales del sistema de referencias y contrarreferencias de la Microred de Ascensión de Huancavelica 2016, perciben una mediata disponibilidad de recursos, el 25.0% moderada y solo el 11.9% inmediata disponibilidad de recursos en la Microred de Ascensión Huancavelica 2016.

Tabla 9

Nivel de disponibilidad de capital humano en el sistema de referencias y contrarreferencias de la Microred de ascensión Huancavelica 2016

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Malo	9	10,7
	Regular	24	28,6
	Bueno	51	60,7
	Total	84	100,0

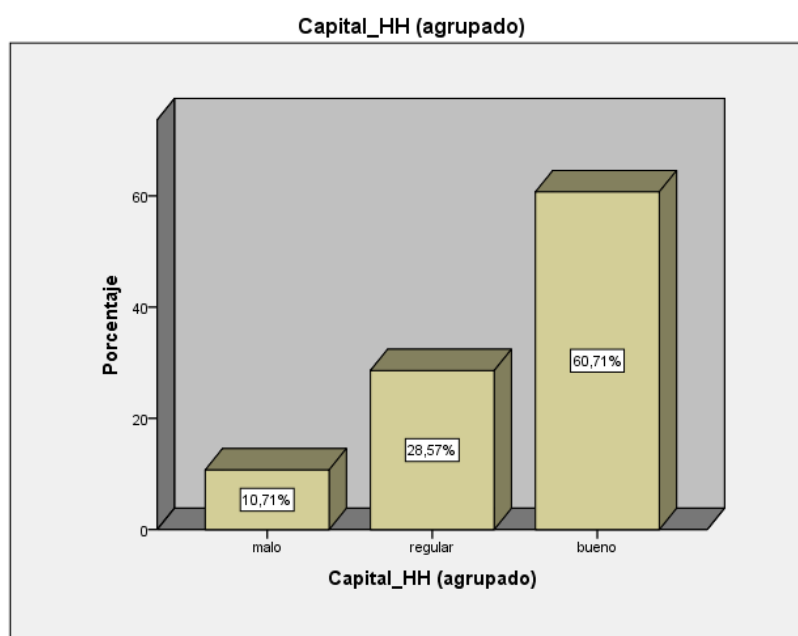


Figura 7. Barras de disponibilidad de capital humano en el sistema de referencias y contrarreferencias de la Microred de Ascensión Huancavelica 2016

En el presente tabla se puede observar que el 60.7% de los profesionales del sistema de referencias y contrarreferencias de la Microred de Ascensión Huancavelica 2016, perciben un buen nivel de capital humano, el 28.6% regular nivel y solo el 10.7% mal nivel de capital humano en la Microred de Ascensión Huancavelica 2016.

Tabla 10

Nivel de disponibilidad de instrumento de registro en el sistema de referencias y contrarreferencias de la Microred de Ascensión Huancavelica 2016

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Malo	6	7,1
	Regular	53	63,1
	Bueno	25	29,8
	Total	84	100,0

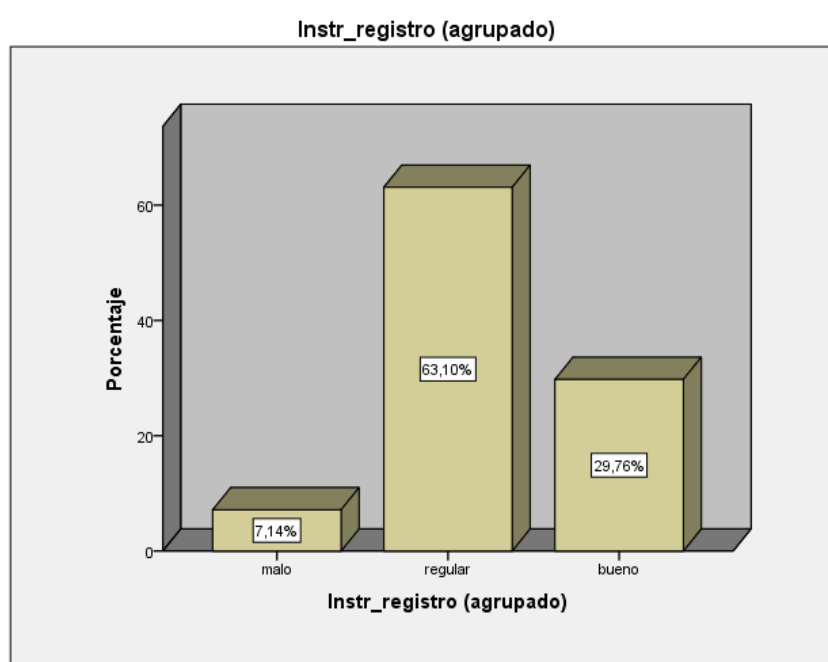


Figura 8. Barras de disponibilidad de instrumento de registro en el sistema de referencias y contrarreferencias de la Microred de Ascensión Huancavelica 2016.

En el presente tabla se puede observar que el 63,1% de los profesionales del sistema de referencias y contrarreferencias de la Microred de Ascensión Huancavelica 2016, perciben un regular nivel de instrumento de registro, el 29,8% buen nivel y solo el 7,1% mal nivel de instrumento de registro en la Microred de Ascensión Huancavelica 2016.

Tabla 11

Nivel de disponibilidad del flujo de información en el sistema de referencias y contrareferencias de la Microred de Ascensión Huancavelica 2016

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Malo	21	25,0
	Regular	37	44,0
	Bueno	26	31,0
	Total	84	100,0

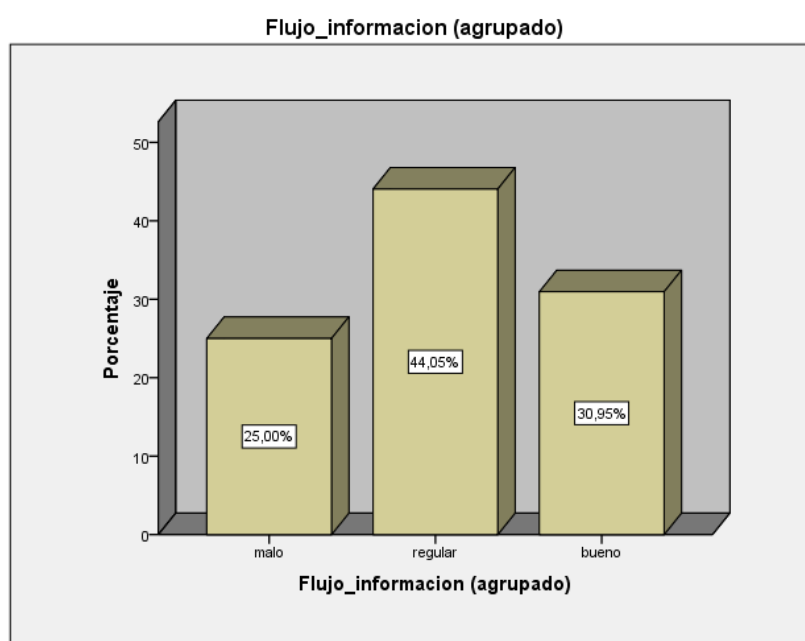


Figura 9. Barras de disponibilidad del flujo de información en el sistema de referencias y contrareferencias de la Microred de Ascensión Huancavelica 2016.

En el presente tabla se puede observar que el 44.0% de los profesionales del sistema de referencias y contrarreferencias de la Microred de Ascensión Huancavelica 2016, perciben un regular nivel del flujo de información, el 31.0% buen nivel y solo el 25.0% mal nivel del flujo de información en la Microred de Ascensión Huancavelica 2016.

Tabla 12

Nivel de disponibilidad del transporte en el sistema de referencias y contrarreferencias de la Microred de Ascensión Huancavelica 2016

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Malo	60	71,4
	Regular	20	23,8
	Bueno	4	4,8
	Total	84	100,0

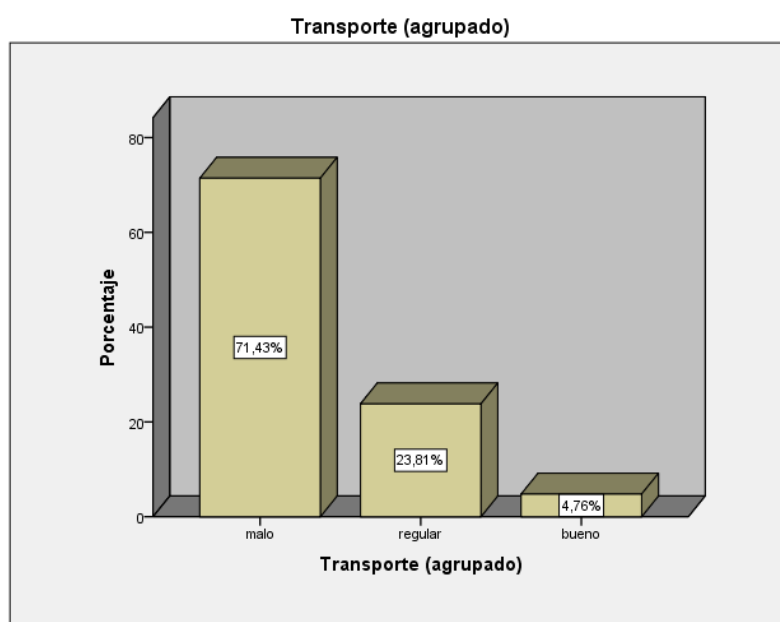


Figura 10. Barras de disponibilidad del transporte en el sistema de referencias y contrarreferencias la Microred de Ascensión Huancavelica 2016.

En el presente tabla se puede observar que el 74.0% de los profesionales del sistema de referencias y contrarreferencias de la Microred de ascensión Huancavelica 2016, perciben un mal nivel de transporte, el 23.9% regular nivel y solo el 4.8% buen nivel de transporte en la Microred de ascensión Huancavelica 2016.

Tabla 13

Nivel del sistema de abastecimiento en el sistema de referencias y contrarreferencias de la Microred de Ascensión Huancavelica 2016

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Malo	45	53,6
	Regular	25	29,8
	Bueno	14	16,7
	Total	84	100,0

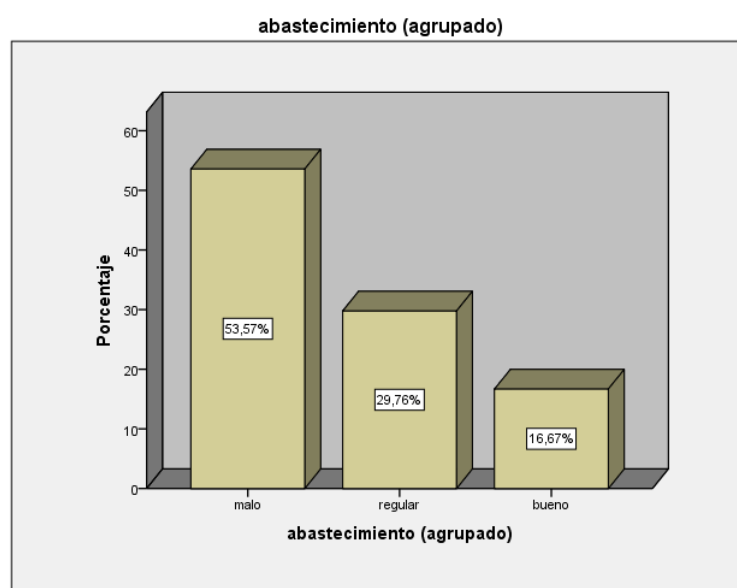


Figura 11. Barras del abastecimiento en el sistema de referencias y contrarreferencias de la Microred de Ascensión Huancavelica 2016.

En el presente tabla se puede observar que el 53,5% de los profesionales del sistema de referencias y contrarreferencias la Microred de Ascensión Huancavelica 2016, perciben un mal nivel de abastecimiento, el 29.8% regular nivel y solo el 16.7% buen nivel de abastecimiento de la Microred de Ascensión Huancavelica 2016.

Tabla 14

Tabla cruzada entre los niveles de Capacidad resolutive y Sistema de referencias y contrarreferencias de la Microred de Ascensión Huancavelica 2016

			Sist_referencias_contrarreferencias			
			Malo	Regular	Bueno	Total
Capacidad Resolutiva	Mediata	Recuento	34	16	3	53
		% Sisreferencias	73,9%	47,1%	75,0%	63,1%
		% del total	40,5%	19,0%	3,6%	63,1%
	Moderada	Recuento	6	14	1	21
		% Sist_referencias	13,0%	41,2%	25,0%	25,0%
		% del total	7,1%	16,7%	1,2%	25,0%
	Inmediata	Recuento	6	4	0	10
		% Sist_referencias	13,0%	11,8%	0,0%	11,9%
		% del total	7,1%	4,8%	0,0%	11,9%
Total	Recuento	46	34	4	84	
	% Sist_referencias	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	% del total	54,8%	40,5%	4,8%	100,0%	

Nota: Capacidad resolutive y Sistema de referencias y contrarreferencias de la Microred de Ascensión Huancavelica 2016.

En la tabla 13 se puede apreciar que el 73.9% de los profesionales de la Microred de Ascensión de Huancavelica 2016, que manifestaron un mal sistema de referencia y contrarreferencias percibe una mediata disponibilidad de recursos, el 13.0% moderada y solo el 13.0% una inmediata disponibilidad de recursos; en cuanto a la percepción de un nivel regular del sistema de referencias y contrarreferencia el 47.1% manifiesta una mediata disponibilidad de recursos, el 41.2% moderada y el 11.8% inmediata disponibilidad de recursos; en cuanto, de los profesionales de la Microred de Ascensión Huancavelica 2016, que manifestaron un buen sistema de referencias y contrarreferencias, el 75.0% percibe una mediata disponibilidad de recursos, el 35.0% moderada disponibilidad de recursos.

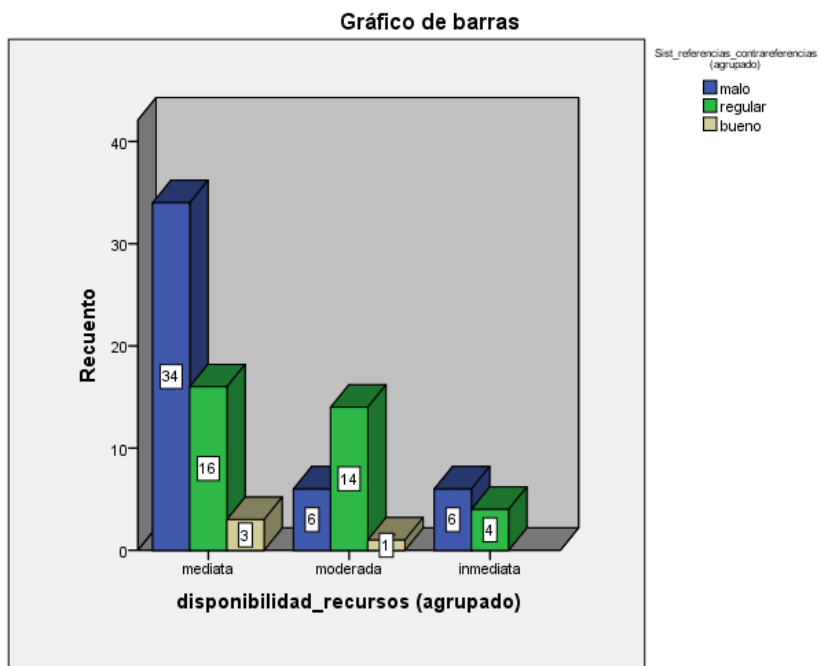


Figura 12. Barras entre los niveles de niveles de Capacidad resolutive y Sistema de referencias y contrareferencias de la Microred de Ascensión Huancavelica 2016.

3.2. Contratación de hipótesis

Hipótesis general.

H_0 : No existe relación entre la capacidad resolutive de los establecimientos y el sistema de referencia y contrareferencia de la Microred de Ascensión Huancavelica 2016.

H_1 : Existe relación entre la capacidad resolutive de los establecimientos y el sistema de referencia y contrareferencia de la Microred de Ascensión Huancavelica 2016.

Nivel de Significancia: Se asume el nivel de significancia del 5%; es decir del 0.05.

Zona de rechazo: Para todo valor de probabilidad mayor que 0,05, se acepta H_0 y se rechaza H_1 .

Estadístico de prueba: Rho de Spearman

Tabla 15

Correlación entre el sistema de capacidad resolutive de los establecimientos de salud y referencia y contrareferencia de la Microred de ascensión Huancavelica 2016.

		Sist_referencias	
		as_contrareferencias	disponibilidad_recursos
Rho de Spearman	Capacidad	Coefficiente de correlación	1,000
		Sig. (bilateral)	,472**
		N	84
Sist_referencias contrareferencias		Coefficiente de correlación	,472**
		Sig. (bilateral)	1,000
		N	84

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

Regla de decisión

Sig > 0.05: Se acepta Ho

Sig < 0.05: Se rechaza Ho

Se presenta una correlación positiva y moderada (0,472), observamos que la Sig.(significancia asintótica) mostrada por SPSS es 0.000 menor a 0.05, en consecuencia se toma la decisión de rechazar la Hipótesis nula (Ho) a un nivel de confianza del 95%, y aceptar la Hipótesis Alternativa (H1); es decir: existe relación entre capacidad resolutive de los establecimientos de salud de la Microred de Ascensión Huancavelica y el sistema de referencia y contrareferencia de la Microred de Ascensión Huancavelica 2016.

Hipótesis específicas.

Hipótesis específica 1.

H₀: No existe relación entre el capital humano de los establecimientos de salud y el sistema de referencia y contrarreferencia de la Microred de Ascensión Huancavelica 2016

H₁: Existe una relación entre el capital humano de los establecimientos de salud y el sistema de referencia y contrarreferencia de la Microred de Ascensión Huancavelica 2016

Nivel de Significancia: Se asume el nivel de significancia del 5%; es decir del 0.05.

Zona de rechazo: Para todo valor de probabilidad mayor que 0,05, se acepta H₀ y se rechaza H₁.

Estadístico de prueba: Rho de Spearman

Tabla 16

Correlación entre dimensión capital humano de los establecimientos de salud y el sistema de referencia y contrarreferencia de la Microred de Ascensión Huancavelica 2016

		Sist_referencias s_contrarefere ncias		Capital_HH
Rho de Spearman	Sist_referencias_contraref erencias	Coeficiente de correlación	1,000	,206
		Sig. (bilateral)	.	,030
		N	84	84
Capital_HH	Capital_HH	Coeficiente de correlación	,206	1,000
		Sig. (bilateral)	,030	.
		N	84	84

Regla de decisión

Sig > 0.05: Se acepta H_0

Sig < 0.05: Se rechaza H_0

Se presenta una correlación positiva y baja (0,206), observamos que la Sig.(significancia asintótica) mostrada por SPSS es 0.03 menor a 0.05, en consecuencia se toma la decisión de rechazar la Hipótesis nula (H_0) a un nivel de confianza del 95%, y aceptar la Hipótesis Alternativa (H_1); es decir: Existe una relación entre el capital humano de los establecimientos de salud y el sistema de referencia y contrareferencia de la Microred de Ascensión Huancavelica 2016.

Hipótesis específica 2.

H_0 : No existe relación entre el Instrumento de Registro e Información de los establecimientos de salud y el sistema de referencia y contrareferencia de la Microred de Ascensión Huancavelica 2016.

H_1 : Existe una relación entre el Instrumento de Registro e Información de los establecimientos de salud y el sistema de referencia y contrareferencia de la Microred de Ascensión Huancavelica 2016.

Nivel de Significancia: Se asume el nivel de significancia del 5%; es decir del 0.05.

Zona de rechazo: Para todo valor de probabilidad mayor que 0,05, se acepta H_0 y se rechaza H_1 .

Estadístico de prueba: Rho de Spearman

Tabla 17

Correlación entre dimensión Instrumento de Registro é Información de los establecimientos de salud y el sistema de referencia y contrareferencia de la Microred de Ascensión Huancavelica 2016.

		Sist_referencia s_contrarefere ncias Instr_registro		
Rho de Spearman	Sist_referencias_contraref erencias	Coeficiente de correlación	1,000	,356**
		Sig. (bilateral)	.	,001
		N	84	84
Instr_registro		Coeficiente de correlación	,356**	1,000
		Sig. (bilateral)	,001	.
		N	84	84

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

Regla de decisión

Sig > 0.05: Se acepta Ho

Sig < 0.05: Se rechaza Ho

Se presenta una correlación positiva y baja (0,356), observamos que la Sig.(significancia asintótica) mostrada por SPSS es 0.001 menor a 0.05, en consecuencia se toma la decisión de rechazar la Hipótesis nula (Ho) a un nivel de confianza del 95%, y aceptar la Hipótesis Alternativa (H1); es decir: Existe una relación entre el Instrumento de Registro e Información de los establecimientos de salud y el sistema de referencia y contrareferencia de la Microred de Ascensión Huancavelica 2016.

Hipótesis específica 3.

H₀: No existe una relación entre el Flujo de información del sistema de referencia y contrareferencia a los puntos de digitación de los establecimientos de salud y el sistema de referencia y contrareferencia de la Microred de Ascensión Huancavelica 2016.

H₁: Existe una relación entre el flujo de información del sistema de referencia y contrareferencia a los puntos de digitación de los establecimientos de salud y el sistema de referencia y contrareferencia de la Microred de Ascensión Huancavelica 2106.

Nivel de Significancia: Se asume el nivel de significancia del 5%; es decir del 0.05.

Zona de rechazo: Para todo valor de probabilidad mayor que 0,05, se acepta H₀ y se rechaza H₁.

Estadístico de prueba: Rho de Spearman

Tabla 18

Correlación entre dimensión flujo de información del sistema a los puntos de digitación de los establecimientos de salud y el sistema de referencia y contrareferencia de la Microred de Ascensión Huancavelica 2016.

		Sist_referencia s_contrareferencias Flujo_informacion		
Rho de Spearman	Sist_referencias_contrareferencias	Coefficiente de correlación	1,000	,345**
		Sig. (bilateral)	.	,001
		N	84	84
	Flujo_informacion	Coefficiente de correlación	,345**	1,000
		Sig. (bilateral)	,001	.
		N	84	84

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

Regla de decisión

Sig > 0.05: Se acepta H₀

Sig < 0.05: Se rechaza H₀

Se presenta una correlación positiva y baja (0,345), observamos que la Sig.(significancia asintótica) mostrada por SPSS es 0.001 menor a 0.05, en

consecuencia se toma la decisión de rechazar la Hipótesis nula (H_0) a un nivel de confianza del 95%, y aceptar la Hipótesis Alternativa (H_1); es decir: Existe una relación entre el Flujo de información del sistema de referencia y contrareferencia a los puntos de digitación de los establecimientos de salud y el sistema de referencia y contrareferencia de la Microred de Ascensión Huancavelica 2016.

Hipótesis específica 4.

H_0 : No existe una relación entre el transporte de los establecimientos de salud y el sistema de referencia y contrareferencia de la Microred de Ascensión Huancavelica 2016.

H_1 : Existe una relación entre el transporte y el sistema de referencia y contrareferencia de la Microred de Ascensión Huancavelica 2016.

Nivel de Significancia: Se asume el nivel de significancia del 5%; es decir del 0.05.

Zona de rechazo: Para todo valor de probabilidad mayor que 0,05, se acepta H_0 y se rechaza H_1 .

Estadístico de prueba: Rho de Spearman

Tabla 19

Correlación entre dimensión transporte de los establecimientos de salud y el sistema de referencia y contrareferencia de la Microred de Ascensión Huancavelica 2016.

		Sist_referencia s_contrarefere ncias		Transporte
Rho de Spearman	Sist_referencias_contraref erencias	Coeficiente de correlación	1,000	,405**
		Sig. (bilateral)	.	,000
		N	84	84
Transporte	Transporte	Coeficiente de correlación	,405**	1,000
		Sig. (bilateral)	,000	.
		N	84	84

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

Regla de decisión

Sig > 0.05: Se acepta H_0

Sig < 0.05: Se rechaza H_0

Se presenta una correlación positiva y moderada (0,405), observamos que la Sig. (significancia asintótica) mostrada por SPSS es 0.000 menor a 0.05, en consecuencia se toma la decisión de rechazar la Hipótesis nula (H_0) a un nivel de confianza del 95%, y aceptar la Hipótesis Alternativa (H_1); es decir: Existe una relación entre el transporte y el sistema de referencia y contrarreferencia de la Microred de Ascensión Huancavelica 2016.

Hipótesis específica 5.

H_0 : No existe una relación entre el abastecimiento de los establecimientos de salud y el sistema de referencia y contrarreferencia de la Microred de Ascensión Huancavelica 2016.

H_1 : Existe una relación entre el abastecimiento y el sistema de referencia y contrarreferencia de la Microred de Ascensión Huancavelica 2016.

Nivel de Significancia: Se asume el nivel de significancia del 5%; es decir del 0.05.

Zona de rechazo: Para todo valor de probabilidad mayor que 0,05, se acepta H_0 y se rechaza H_1 .

Estadístico de prueba: Rho de Spearman

Tabla 20

Correlación entre dimensión abastecimiento de los establecimientos de salud y el sistema de referencia y contrareferencia de la Microred de Ascensión Huancavelica 2016.

		Sist_referencias_contrareferencias		abastecimiento	
Rho de Spearman	Sist_referencias_contrareferencias	Coeficiente de correlación	1,000	,510**	
		Sig. (bilateral)	.	,000	
		N	84	84	
	abastecimiento	Coeficiente de correlación	,510**	1,000	
		Sig. (bilateral)	,000	.	
		N	84	84	

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

Regla de decision

Sig > 0.05: Se acepta Ho

Sig < 0.05: Se rechaza Ho

Se presenta una correlación positiva y moderada (0,510), observamos que la Sig. (significancia asintótica) mostrada por SPSS es 0.000 menor a 0.05, en consecuencia se toma la decisión de rechazar la Hipótesis nula (Ho) a un nivel de confianza del 95%, y aceptar la Hipótesis Alternativa (H1); es decir: Existe una relación entre el abastecimiento y el sistema de referencia y contrareferencia de la Microred de Ascensión Huancavelica 2016.

IV. Discusión

De la hipótesis general, se presenta una correlación positiva y moderada (0,472), observamos que la Sig; (significancia asintótica) mostrada por SPSS es 0,000 menor a 0,05, en consecuencia se toma la decisión de rechazar la Hipótesis nula (H_0) a un nivel de confianza del 95%, y aceptar la Hipótesis Alternativa (H_1); es decir: “Existe una relación entre la capacidad resolutoria de los establecimientos de salud y el sistema de referencia y contrareferencia de la Microred de Ascensión de Huancavelica 2016 . Al respecto; Guzmán (2012) el término Funcionabilidad se refiere a la conjunción de factores como infraestructura, equipamiento, insumos, servicios, recursos humanos, horarios de atención, comunicaciones, transporte, referencia y contrarreferencia que hacen que la capacidad resolutoria esté operativa y sea eficiente en el manejo de las emergencias obstétricas que se presenten en ese establecimiento de salud en cualquier momento del día durante las 24 horas, esto se contrasta con el marco normativo y las políticas públicas que señalan los lineamientos y las funciones que ellos deben cumplir en el área de salud reproductiva, en especial el relacionado a las Funciones Obstétricas y Neonatales . Silverman (2012) esta ejemplificación no intenta simplificar conceptos que han sido estudiados por diversos autores y aún hoy están sujetos a análisis y revisiones, sino introducir al tema de los Sistemas de Atención de la Salud y los actores que intervienen en ello . En este trabajo se ha pretendido realizar cambios que signifiquen mejoras objetivables en beneficio de los pacientes, y que a la vez impacten positivamente a los efectores y financiadores . Fuertes y Tipaz (2014) el efecto que ha producido este sistema de salud en los usuarios es negativo porque ellos aún no están conformes con la atención que reciben por parte del personal de salud que labora en el Centro de Salud N°1 de la ciudad de Túcán del año 2014.

De la hipótesis específica I: Se presenta una correlación positiva y baja (0,206), la significancia es menor a 0.05, se rechaza la Hipótesis nula (H_0) y se acepta la Hipótesis Alternativa (H_1); es decir: Existe una relación entre el capital humano de los establecimientos de salud y el sistema de referencia y contrarreferencia de la Microred de Ascensión de Huancavelica 2016. Al respecto; Arroyo (2010) el Perú es hoy un ejemplo de un sistema descentrado de recursos humanos en salud, por haber vivido un ciclo largo de deterioro, que empezó en la

década de los 90, que lo ha llevado a un dislocamiento entre la oferta y demanda de recursos humanos en salud . Se analizan cinco cambios: a) el dislocamiento entre el mundo del trabajo y el mundo de la formación en salud; b) la ampliación de la producción de servicios de salud, a partir de un mayor rendimiento de la fuerza laboral; c) el cambio del régimen laboral, la pauperización del personal y afectación del status de las profesiones de salud; y la revolución de las capacidades del personal de salud y su viraje a la formación de postgrado . Méndez y Torres (2010) para el recurso humano en salud, la implementación de estos centros plantea desafíos en la planificación para la provisión de servicios, así como en la transición de la gestión clásica de los equipos a una basada en redes . Estos desafíos involucran la estimación de brechas de especialidades médicas, así como de otras profesiones del sector . Para el éxito de la autogestión en Chile, se deben establecer políticas globales y locales que aborden temas de formación y de organización de la provisión de servicios de salud en estas instituciones .

De la hipótesis específica II: se presenta una correlación positiva y baja (0,356), la significancia es menor a 0.05, se rechaza la Hipótesis nula (Ho) y aceptar la Hipótesis Alternativa (H1); es decir: Existe una relación entre el Instrumento de Registro e Información de los establecimientos de salud y el sistema de referencia y contrarreferencia de la Microred de Ascensión de Huancavelica 2016. Al respecto; Hermoza (2010) el diferimiento de citas en consulta externa, la postergación de intervenciones quirúrgicas por falta de cupos en los quirófanos, la imposibilidad de hospitalizar pacientes por el alto porcentaje de ocupación de las camas hospitalarias, a su vez, las áreas de hospitalización se convirtieron en cuellos de botella para los Servicios de Emergencia y Cuidados Intensivos Pediátricos .

De la hipótesis específica III: se presenta una correlación positiva y baja (0,345), la significancia es menor a 0.05, se rechazar la Hipótesis nula (Ho) y aceptar la Hipótesis Alternativa (H1); es decir: Existe una relación entre el Flujo de información del sistema de referencia y contrarreferencia a los puntos de digitación de los establecimientos de salud y el sistema de referencia y

contrarreferencia de la Microred de Ascensión de Huancavelica 2016. Al respecto; Rengifo *et al.*(2012) Hay fallas en el suministro de la información necesaria para que otro médico continúe la asistencia, contraviniendo lo estipulado en la Ley del Ejercicio de la Medicina, omisión que fue independiente del centro de referencia (hospital docente, privado o ambulatorio). Con respecto al diagnóstico y tratamiento, denota en muchos casos impericia y negligencia en el acto médico .

De la hipótesis específica IV: Se presenta una correlación positiva y moderada (0,405), la significancia es menor a 0.05, en consecuencia se rechaza la Hipótesis nula (Ho) y aceptar la Hipótesis Alterna (H1); es decir: Existe una relación entre el transporte y el sistema de referencia y contrarreferencia de la Microred de Ascensión de Huancavelica 2016 . Al respecto; Bustos *et al.* (2011). El trauma con o sin compromiso encefálico (29,2%), la patología respiratoria que requiere ventilación asistida (26,5%), la patología neurológica no traumática (17%) y la patología neonatal (13,3%) constituyeron las principales causas de traslado, los eventos adversos se presentaron en 12,4% de los traslados siendo el más habitual la de saturación de oxígeno con la consiguiente necesidad de aumentar su fracción inspirada . Camuét *et al.* (2015). No existieron grandes diferencias entre las condiciones clínicas en que se trasladó y en las que se recibió el paciente, sin embargo, los registros de las mismas fueron insuficientes, respecto a la correlación diagnóstica entre centro emisor y receptor las incongruencias predominaron en las malformaciones complejas del síndrome oclusivo, con diagnóstico incorrecto en 16 pacientes . La causa directa de muerte en la mayoría de los casos fue la sepsis; conclusiones: los resultados del traslado fueron evaluados de aceptables, aunque el traslado dañino y deficiente influyó en la mortalidad en las primeras 48 horas .

De la hipótesis específica V: Se presenta una correlación positiva y moderada (0,510), la significancia es menor a 0.05, se rechaza la Hipótesis nula (Ho) y aceptar la Hipótesis Alterna (H1); es decir: Existe una relación entre el abastecimiento y el sistema de referencia y contrarreferencia de la Microred de Ascensión de Huancavelica 2016 .Al respecto; López *et al.* (2014) el instrumento

de alcance nacional, puede ser aplicado de forma anual o bianual por el jefe del grupo básico de trabajo y otros, en la modalidad de auto inspección o inspecciones cruzadas. Se examina la evidencia documental recogida en el análisis de la situación de salud, dispensarización e historias clínicas individuales.

Se seleccionan 10 historias clínicas al azar, de cada grupo, debe llenarse por una sola persona entrenada se cruzan los aspectos generales y específicos propuestos, lo que permite un análisis en contexto . Conclusiones: la capacidad resolutive de los equipos básicos de salud se puede medir con herramientas de trabajo propias del primer nivel de atención; el procedimiento diseñado es un aporte a la integración de las redes en ese nivel de atención . Se recomienda validar el procedimiento y su instrumento de medición .

V. Conclusiones

- Primera:** Existe relación entre la capacidad resolutive y el sistema de referencia y contrarreferencia de los establecimientos de salud de la Microred de Ascensión de Huancavelica 2016 . Rho: 0,472, $p < 0,05$.
- Segunda:** En hipótesis específica 1 existe una relación entre el capital humano de los establecimientos de salud y el sistema de referencia y contrarreferencia de la Microred de Ascensión de Huancavelica 2016 .Rho: 0,206, $p < 0,05$.
- Tercera:** En hipótesis específica 2 existe una relación entre el Instrumento de Registro e Información de los establecimientos de salud y el sistema de referencia y contrarreferencia de la Microred de Ascensión de Huancavelica 2016 .Rho: 0,356, $p < 0,05$.
- Cuarta:** En hipótesis específica 3 se concluye que existe una relación entre el flujo de información del sistema de referencia y contrarreferencia a los puntos de digitación de los establecimientos de salud y el sistema de referencia y contrarreferencia de la Microred de Ascensión de Huancavelica 2016 .Rho: 0,345, $p < 0,05$.
- Quinta:** En hipótesis específica 4 se concluye que Existe una relación entre el transporte y el sistema de referencia y contrarreferencia de la Microred de Ascensión de Huancavelica 2016 . Rho: 0,405, $p < 0,05$.
- Sexta:** En hipótesis específica 5 se concluye que existe una relación entre el abastecimiento y el sistema de referencia y contrarreferencia de la Microred de Ascensión de Huancavelica 2016 . Rho: 0,510, $p < 0,05$.

VI. Recomendaciones

- Primera:** Se recomienda a la Alta Dirección del Ministerio de Salud, implementar políticas públicas en gestión de procesos para un adecuado manejo de los recursos humanos, logísticos, informáticos y presupuestales .
- Segunda:** A la Dirección de la Microred de Ascensión de Huancavelica, implementar en su plan estratégico institucional, programas y subprogramas de desarrollo de competencias y fortalecimiento de capacidades en los integrantes del equipo de referencias y contrarreferencias de la citada red .
- Tercera:** Al jefe del sistema de referencias y contrarreferencias de la Microred de Ascensión de Huancavelica, incluir en su plan operativo presupuestado para el 2017, actividades de compra de ambulancias, equipos de emergencia y capacitación en el personal del citado sistema, en aras de mejorar la calidad de atención en los servicios de salud .
- Cuarta:** A los profesionales del sistema de referencias y contrarreferencias de la Microred Asensión, asumir un papel más protagónico en la ejecución de las actividades del sistema en procura de una atención de calidad de los pacientes y público en general.

VII. Referencias

- Aguilar, J. (2008). *Transporte asistencial equipamiento, utilización y mantenimiento del material de Inmovilización, transporte y asistencia*. (Tesis de maestría). Oviedo, España. Recuperado de <http://www.emergencias.es>.
- Arroyo, J. (2009). Los sistemas descentrados de recursos humanos en salud: el caso del Perú, 1990-2005. Facultad de Salud Pública y Administración de la Universidad Peruana Cayetano Heredia. *Ciência & Saúde Coletiva*, 11(4):1063-1072. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1590/S1518-87452009000400004>&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Arteaga, J., Bernardo, J. y Roa, E. (2011). *Redes promocionales de calidad de vida*. Ministerio de Salud y Desarrollo Social y Agencia de cooperación Alemana, República Bolivariana de Venezuela: Venen.
- Bustos B., Raúl, Villagrán V., Gabriel, Rocha G., Marcela, Riquelme P., Carlos, Muñoz I., Rodrigo, y Baeza A. (2001). Transporte interhospitalario de pacientes pediátricos. *Revista chilena de pediatría*, 72(5), 430-436. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062001000500006>
- Camué, L., Romey, T., Soler, R., Hidalgo, Y., Velázquez, G. y Ellis, J. (2015). Evaluación de los resultados del traslado del recién nacido con tratamiento quirúrgico. *Correo Científico Médico*, 19(1), 51-62. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-381201500010
- EsSalud (2008). *Manual institucional*. Defensoría del Asegurado con la colaboración de la Gerencia de Desarrollo de Personal. Lima, Perú: EsSalud.
- Fuertes, V. y Tipaz, A. (2014). *Impacto del sistema de referencia y contrareferencia, en relación a la calidad de atención prestada a los usuarios que utilizaron este sistema y que acuden al Centro de Salud N° 1, de la ciudad de Tulcán*. (Tesis maestría), Universidad Politécnica Estatal Del Carchi, Tulcan-Ecuador.
- González, G. (2010). Las reformas sanitarias y los modelos de gestión. *Rev Panam Salud Pública*; 9(6):406-412. Recuperado de DOI: 10.1590/S1020-49892001000600013
- Guzmán, A. (2009). *Evaluación de la funcionalidad de la capacidad resolutive de los establecimientos de salud en 5 Regiones con mayor razón de Mortalidad materna y en Andahuaylas*. Lima, Perú: Grade.

- Hermoza, M. A. (2009). *Análisis de la demanda en relación con la oferta de los servicios de salud pediátricos en un hospital de alta complejidad de la seguridad social (EsSalud)*. (Tesis doctoral), UNMSM, Lima – Perú.
- Hernández, R., Sampieri, C. y Batista, L (2014). *Metodología de la investigación* (6ta. Ed.). México: Editorial Mc Graw-Hill.
- IDREH (2006). *Observatorio de Recursos Humanos en Salud del Perú, 2005*. Recuperado de www.idreh.gob.pe/observatorio
- Hall T. (2008). *Metodología de Planificación de Recursos Humanos en Salud*. Cuernavaca, México: FUNSALUD-UPCH.
- Kelinger, F. (2009). *Metodología de la investigación*. Recuperado de [//metodologiaanahuac.blogspot.com/2009/02/tres-caracteristicas-segun-fred.html](http://metodologiaanahuac.blogspot.com/2009/02/tres-caracteristicas-segun-fred.html)
- López, P., García, L., Segredo, A. y Santana, F. (2014). Procedimiento para medir la capacidad resolutive de los equipos básicos de salud. *Revista Cubana de Salud Pública*, 40(4), 249-262. Recuperado de http://scielo.sld.cu/24.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-3812015
- Mallar, M. A. (2010). La gestión por procesos: un enfoque de gestión eficiente. *Revista Futura*, 13(1), 34-41. Recuperado de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1668-
- Manzur, L. (2009). *Referencias y contrarreferencias. División de Gestión de Redes Asistenciales*. Departamento de Gestión de Procesos Clínicos Asistencial. Recuperado de http://web.minsal.cl/wp-content/uploads/2016/09/9_NORMA-DE-REFERENCIA-Y-CONTRAREFERENCIA.pdf
- Méndez, C. y Torres, A. (2010). Autonomía en la gestión hospitalaria en Chile: los desafíos para el recurso humano en salud. Instituto de Salud Pública. Facultad de Medicina. Universidad Austral de Chile. *Rev Saúde Pública* 2010, 44(2):366-71.
- Minsa (2004). N T N° 0021- MINSAs / DGSP V.01. *Norma técnica categorías de establecimientos de sector salud*. Lima, Perú: Ministerio de Salud.
- Minsa (2005). *Resolución Ministerial. N° 75-2004/MINSAs*. Norma técnica del Sistema de Referencias y Contrarreferencias de Establecimientos del Ministerio de Salud. Lima, Perú.

- Minsa (2006). *Resolución Ministerial. N° 343-2005/MINSA. Norma técnica para el transporte del paciente asistido terrestre*. Lima, Perú.
- Minsa (2007). *Guías de práctica clínica para la atención de emergencias obstétricas según nivel de capacidad resolutive*. Ministerio de Salud. Lima, Perú.
- Minsa (2007). *Registro y Seguimiento de las Acciones en Salud. Gestión de Servicios de Salud*. Lima, Perú. Minsa.
- Minsa (2008). *Gestión logística. Programa de Fortalecimiento de Servicios de Salud*. Programa de Fortalecimiento de Servicios de Salud Área de Capacitación y Apoyo a la Gestión Lima, Perú. Recuperado de <http://www.minsa.gob.pe>
- Minsa (2012). *Proyecto octava ronda del fondo mundial - componente tuberculosis*. Recuperado de <http://www.parsalud.gob.pe/phocadownload/fondomundial/ProdcutoMateriallEC/PAL/Directiva%20Sistema%20de%20Referncia%20y%.pdf>
- Ñaupas, H., Mejía, E. y Villagómez, A. (2011). *Metodología de la investigación científica y asesoramiento de tesis*. Lima – Perú: Ed. Pirámide.
- OMS. (2014). *Sistema de salud en américa*. Organización Mundial de la Salud. Recuperado de http://www.who.int/topics/health_systems/es/
- OPS. (2005). *Situación de la Salud en las Américas*. Indicadores Básicos. Washington D.C. OPS.
- Patiño, G (2003). *Calidad Total para Directivos de Organizaciones de Salud. Manual de capacitación*. México: Ministerio de Salud Mexicano
- Rengifo, C.A., Navas, C., Duarte, I, y Martínez, M.T. (2004). Responsabilidad ética y legal en la referencia médica, de pacientes trasladados al Servicio de Toxicología del Hospital de Coche. *Revista de la Facultad de Medicina*, 27(1), 69-73. Recuperado de http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0798-04692004000100013&lng=es&tlng=es.
- Rojas, F. (2011). Situación, sistema y recursos humanos en salud para el desarrollo en Cuba. *Rev Cubana Salud Pública*, 29(2):157-69.
- Romero, M. y Busso, N. (2010). *Evaluación de calidad de la atención de salud*.

- Rovere, M. (2009). *Redes En Salud; Un Nuevo Paradigma para el abordaje de las organizaciones y la comunidad*. Rosario, Argentina: Ed. Secretaría de Salud Pública/AMR, Instituto Lazarte (reimpresión)
- Silverman, M. (2009). Orientación en Sistemas Municipales Optimización del proceso de Referencia –Contrarreferencia entre niveles de atención de la salud. (Tesis Maestría), Universidad Nacional de la Plata, Argentina.
- Sotelo, C. (2013). *Estadística básica y aplicación del SPSS*. Lima, Perú: Juan Gutemberg Editores e Impresores.
- Trinidad, A. (2013). La evaluación de organizaciones prestadoras de servicios debienestar social: Una aproximación conceptual. *Rev Internac Organizaciones*, 20(6), 67-72. Recuperado de http://www.revistario.org/index.php/revista_rio/article/view/7/7

Apéndices

Apêndice 1

Artículo Científico**Capacidad resolutive y el sistema de referencia y contrarreferencia de la Microred de Ascensión Huancavelica****Response capacity and the system of reference and counter-reference of the Ascension Microgrid Huancavelica**

Br Mendoza Giráldez, Amanda

Licenciada de enfermería del Ministerio de Salud

Resumen

El propósito del presente trabajo de investigación fue determinar la relación entre la capacidad resolutive y el sistema de referencia y contrarreferencia de la Microred de Ascensión Huancavelica, periodo 2016. El tipo de investigación es básica de naturaleza descriptiva y correlacional. El diseño de la investigación noexperimental: Corte transversal. La población para el periodo 2016 se conformó por todos los profesionales del sistema de referencias y contrarreferencias del el sistema de referencia y contrarreferencia de la Microred de Ascensión Huancavelica 84 entre médicos, enfermeros y obstetras. Técnica: observación, instrumento: lista de cotejo del sistema de referencias-contrarreferencias y capacidad resolutive. Con la información recogida se obtuvo la validez de constructo y la confiabilidad del instrumento, utilizándose el SPSS. Se utilizó el estadígrafo no paramétrico Rho de Spearman, en razón de las variables cualitativas categóricas. Entre los principales resultados se determinó que existe relación directa y significativa entre el Capacidad resolutive y el sistema de referencia y contrarreferencia de la Microred de Ascensión Huancavelica. Rho: 0.472 $p= 0,00$. $P < 0,05$. Así como, en todas las demás dimensiones.

Palabras clave: Capacidad resolutive y el sistema de referencia y contrarreferencia de la Microred de Ascensión Huancavelica.

Abstract

The purpose of the present research was to determine the relationship between problem-solving capacity and the system of reference and counter-reference the Microgrid of Ascension Huancavelica, 2016 period. The type of research is basic descriptive and correlational in nature. The noexperimental research design: cross-sectional. The population for the period 2016 complied by all practitioners of the system of references and counter-referrals of the system of reference and counter-reference of the Huancavelica Ascension Microgrid 84 between doctors, nurses and midwives. Technique: observation, instrument: Checklist of system referencias-contrarreferencias and problem-solving capacity. With the information gathered was obtained the construct validity and reliability of the instrument, using the SPSS. We used the non-parametric Spearman Rho Statistician, because of the categorical qualitative variables. Among the main results determined that there is a direct and meaningful relationship between the response capacity and the system of reference and counter-reference of the Ascension Microgrid Huancavelica. Rho: 0.472 $p = 0.00$. $P < 0,05$. As well as in all other dimensions.

Key words: problem-solving capacity and the system of reference and counter-reference of the Ascension Microgrid Huancavelica.

Introducción

OMS (2014) El estudio de los procesos de atención de la salud se ha transformado en un campo muy amplio donde confluyen muchos actores e intereses. “El interés de los financiadores, sean estos estatales o privados, buscando la eficiencia y/o la efectividad de sus acciones con una visión de mercado, el de los efectores, en búsqueda de la eficacia, calidad, eficiencia; y en caso de ser de índole privado, también el lucro”. Y por último los de la población, en búsqueda de la mejor atención posible (comprensiva, humanizada, integral, holística, etc.), con los mejores resultados y en el menor tiempo posible.

Mallar (2010) “En toda organización se dan interacciones entre los elementos que conforman el sistema de trabajo entre todos los grupos de persona que integran sus unidades organizativas, guiadas por mecanismos que exceden fronteras funcionales y estructurales, por tanto, el éxito del policlínico depende cada vez más de la atención que se dé a la interrelación de los procesos que se desarrollan en él”. La identificación y análisis de manera integral de los procesos a fin de ser perfeccionados en términos de calidad garantiza una proyección y un desempeño más eficaz y más eficiente.

La capacidad resolutive se considera como un resultado de la atención, desde el momento en que este se entiende como un cambio en el estado de salud que pueda atribuirse a la atención precedente en salud. “Se han realizado aproximaciones a la capacidad resolutive desde distintos enfoques asociados al desempeño de las organizaciones”. Por ejemplo, la capacidad que tiene un establecimiento o bien una red de ellos, para atender personas que solicitan atención, se ha considerado como capacidad resolutive vinculada con la accesibilidad a los servicios de salud. “En el modelo cubano de medicina familiar, la distribución de equipos básicos de salud prevé el acceso al 100 % de la población a los servicios de salud del primer nivel de atención”. (OPS, 2005)

Antecedentes del Problema

Camué, Trinchet, Hidalgo y Ellis (2015) los resultados del traslado fueron evaluados de aceptables, aunque el traslado dañino y deficiente influyó en la mortalidad en las primeras 48 horas. Fuertes y Tipaz (2014) dando como resultado más relevante, que el efecto que ha producido este sistema de salud en los usuarios es negativo porque ellos aún no están conformes con la atención que reciben por parte del personal de salud que labora en el Centro de Salud N°1 de la ciudad de Tulcán del año 2014. López, García, Segredo y Santana. (2014) la capacidad resolutiva de los equipos básicos de salud se puede medir con herramientas de trabajo propias del primer nivel de atención”. El procedimiento diseñado es un aporte a la integración de las redes en ese nivel de atención. Se recomienda validar el procedimiento y su instrumento de medición. Silverman (2012) El interés de los financiadores, sean estos estatales o privados, buscando la eficiencia y/o la efectividad de sus acciones con una visión de mercado, el de los efectores, en búsqueda de la eficacia, calidad, eficiencia; y en caso de ser de índole privado, también el lucro, y por último los de la población, en búsqueda de la mejor atención posible (comprensiva, humanizada, integral, holística, etc.), con los mejores resultados y en el menor tiempo posible. En este terreno, se generan tensiones y conflictos debido a que no siempre los objetivos de un efector satisfacen las demandas de un paciente individual; de la misma manera, los efectores deben cumplir objetivos que muchas veces confrontan con los de los financiadores. Esta ejemplificación no intenta simplificar conceptos que han sido estudiados por diversos autores y aún hoy están sujetos a análisis y revisiones, sino introducir al tema de los Sistemas de Atención de la Salud y los actores que intervienen en ellos.

Revisión de la Literatura

Sistema de referencia y contrarreferencia. Yandun y Tipaz (2014) “es el conjunto de normas técnicas y administrativas que van a permitir prestar al usuario externo, el servicio de salud que requiera, según el nivel de atención y grado de complejidad de la enfermedad que padezca” (p. 37).

OMS. (2014) “Mecanismo a través del cual el Ministerio de Salud, define estrategias que permitan garantizar a la población en general, el acceso a los

servicios de salud, con el concurso de los distintos actores involucrados entre los que se cuentan los entes territoriales, y los prestadores de servicios de salud de carácter público” (p. 56).

EsSalud (2008). “conjunto de procesos que debe realizar un asegurado para ser atendido en los centros asistenciales de las redes de EsSalud, según el nivel de resolución de éstos y de acuerdo al tipo de atención que requiere” (p. 14).

Minsa (2012) “la referencia es un procedimiento administrativo – asistencial mediante el cual, el personal de un establecimiento de salud, transfiere la responsabilidad de la atención de un usuario a otro establecimiento de salud de mayor capacidad resolutive” (p. 67).

Capacidad resolutive de los establecimientos de salud.

Méndez y Torres (2010). “la autonomía de respuesta hospitalaria involucra a hospitales públicos que transitan entre ser parte del sector público de salud y el ser instituciones que cuenten con mayor espacio en su gobernanza y gestión” (p. 9).

González (2010) “Es la capacidad que posee un centro de atención de salud de cualquier nivel a fin de atender satisfactoriamente a los pacientes adscritos a su zona de influencia” (p. 46).

Romero y Busso (2010) “Estrategias, que, responden a las necesidades de salud de las personas, permitiendo así la integralidad en los niveles de atención de salud, para garantizar los derechos de salud y de esta manera mejorar las condiciones de vida de los usuarios” (p. 28).

Patiño (2003). “la capacidad resolutive y el trabajo en equipo, beneficia a los establecimientos de APS, a los profesionales y a los usuarios, es evidente que esto legitima y da prestigio al sistema público frente a la sociedad y los pacientes” (p. 48).

Minsa (2007) “Es la autonomía que cuenta un centro de atención de salud por niveles a fin de atender de una manera efectiva a sus asegurados y dependientes, para lo cual cuenta con los recursos disponibles” (p. 164).

Organización de la Oferta de Servicios de Salud.

Minsa (2004) definió:

La organización de la oferta de servicios de salud es un proceso que se configura a partir del análisis de las necesidades de salud de la persona, familia y comunidad, para facilitar la gestión, la prestación y la calidad de los servicios de salud. (p. 75)

Demanda de servicios de salud.

Minsa (2004). Es la expresión (sentida o no) de las necesidades de salud en una población, de acuerdo al Modelo de Atención Integral de Salud. Respecto a la forma de cómo se expresa en un determinado ámbito, la demanda puede ser espontánea, cuando surge a raíz de necesidades percibidas, o inducida, cuando resulta de necesidades no necesariamente percibidas por la población .

Problema

Los esfuerzos por lograr una adecuada coordinación entre las instituciones de salud de los tres niveles, han sido diversos, “tanto de manera general como particular, es por ello que se plantea la siguiente pregunta cómo se relacionan la capacidad resolutive y el sistema de referencia y contrareferencia de la Microred Ascensión Huancavelica 2016.

Objetivo

El objetivo de la investigación fue: Determinar la relación entre la capacidad resolutive y el sistema de referencia y contrareferencia de la Microred Ascensión Huancavelica 2016.

Método

Se utilizó el método hipotético-deductivo, el cual es el procedimiento o camino que sigue el investigador para hacer de su actividad una práctica científica (Hernández, Fernández y Batista, 2014). El presente trabajo fue de nivel: descriptivo correlacional porque este diseño parte de la consideración de dos o más investigaciones descriptivas simples; esto es, recolectar información relevante en varias muestras con respecto a un mismo fenómeno o aspecto de interés y luego caracterizar este fenómeno en base a la comparación de los datos recogidos, pudiendo hacerse esta correlación en los datos generales o en una

categoría de ellos. Es transversal ya que su propósito es “describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado. Es como tomar una fotografía de algo que sucede” (Hernández *et al.*, 2014, p.151). La población estuvo conformada por los profesionales que laboran en el sistema de referencia y contrareferencia de la Microred Ascensión Huancavelica 2016. 84 colaboradores. El instrumento que mide Disponibilidad de recursos y Sistema de referencia y contrareferencia en su versión de 22 y 14 preguntas, es altamente confiable, con un Alfa de Cronbach total de 0,800 y 0,807.

Discusión

Hipótesis.- Existe una relación entre la capacidad resolutive y el sistema de referencia y contrareferencia de la Microred Ascensión Huancavelica 2016. De la hipótesis general, se presenta una correlación positiva y moderada (0,472), observamos que la Sig; (significancia asintótica) mostrada por SPSS es 0,000 menor a 0,05, en consecuencia se toma la decisión de rechazar la Hipótesis nula (H_0) a un nivel de confianza del 95%, y aceptar la Hipótesis Alternativa (H_1); es decir: “Existe una relación entre la capacidad resolutive de los establecimientos de salud y el sistema de referencia y contrareferencia de la Microred de Ascensión de Huancavelica 2016. Al respecto; Guzmán (2012) el término Funcionabilidad se refiere a la conjunción de factores como infraestructura, equipamiento, insumos, servicios, recursos humanos, horarios de atención, comunicaciones, transporte, referencia y contrareferencia que hacen que la capacidad resolutive esté operativa y sea eficiente en el manejo de las emergencias obstétricas que se presenten en ese establecimiento de salud en cualquier momento del día durante las 24 horas, esto se contrasta con el marco normativo y las políticas públicas que señala los lineamientos y las funciones que ellos deben cumplir en el área de salud reproductiva, en especial el relacionado a las Funciones Obstétricas y Neonatales. Silverman (2012) esta ejemplificación no intenta simplificar conceptos que han sido estudiados por diversos autores y aún hoy están sujetos a análisis y revisiones, sino introducir al tema de los Sistemas de Atención de la Salud y los actores que intervienen en ello. En este trabajo se ha pretendido realizar cambios que signifiquen mejoras

objetivables en beneficio de los pacientes, y que a la vez impacten positivamente a los efectores y financiadores . Fuertes y Tipaz (2014) el efecto que ha producido este sistema de salud en los usuarios es negativo porque ellos aún no están conformes con la atención que reciben por parte del personal de salud que labora en el Centro de Salud N°1 de la ciudad de Tulcán del año 2014.

Resultados

Tabla 1

Correlación entre la capacidad resolutive y el sistema de referencia y contrareferencia de la Microred Ascensión Huancavelica 2016.

		Sist_referencias	
		as_contrarreferencias	disponibilidad recursos
Rho de Spearman	Sist_referencias	Correlación	1,000
	Contrarreferencias	Sig. (bilateral)	,472**
		N	,000
			84
			84

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

Se presenta una correlación positiva y moderada (0,472), observamos que la Sig.(significancia asintótica) mostrada por SPSS es 0.000 menor a 0.05, en consecuencia se toma la decisión de rechazar la Hipótesis nula (Ho) a un nivel de confianza del 95%, y aceptar la Hipótesis Alterna (H1); es decir: existe relación entre la capacidad resolutive y el sistema de referencia y contrareferencia de la Microred Ascensión Huancavelica 2016.

Discusión

Camué *et al.* (2015) los traslados fueron evaluados de aceptables, aunque el traslado dañino y deficiente influyó en la mortalidad en las primeras 48 horas. Fuertes y Tipaz (2014) dando como resultado más relevante, que el efecto que ha producido este sistema de salud en los usuarios es negativo porque ellos aún no están conformes con la atención que reciben por parte del personal de salud que labora en el Centro de Salud N°1 de la ciudad de Tulcán del año 2014. López *et al.* (2014) la capacidad resolutive de los equipos básicos de salud se puede medir con herramientas de trabajo propias del primer nivel de atención. El procedimiento diseñado es un aporte a la integración de las redes en ese nivel de atención. Se recomienda validar el procedimiento y su

instrumento de medición. Silverman (2012) El interés de los financiadores, sean estos estatales o privados, buscando la eficiencia y/o la efectividad de sus acciones con una visión de mercado, el de los efectores, en búsqueda de la eficacia, calidad, eficiencia; y en caso de ser de índole privado, también el lucro, y por último los de la población, en búsqueda de la mejor atención posible (comprensiva, humanizada, integral, holística, etc.), con los mejores resultados y en el menor tiempo posible. En este terreno, se generan tensiones y conflictos debido a que no siempre los objetivos de un efector satisfacen las demandas de un paciente individual; de la misma manera, los efectores deben cumplir objetivos que muchas veces confrontan con los de los financiadores. Esta ejemplificación no intenta simplificar conceptos que han sido estudiados por diversos autores y aún hoy están sujetos a análisis y revisiones, sino introducir al tema de los Sistemas de Atención de la Salud y los actores que intervienen en ellos.

Referencias bibliográficas

- Fuertes, K. y Tipaz, L. (2014). *Redes promocionales de calidad de vida*. Ministerio de Salud y Desarrollo Social y Agencia de cooperación Alemana, República Bolivariana de Venezuela.
- Camué, L., Romey, T., Soler, R., Hidalgo, Y., Velázquez, G. y Ellis, J. (2015). Evaluación de los resultados del traslado del recién nacido con tratamiento quirúrgico. *Correo Científico Médico*, 19(1), 51-62.
- EsSalud (2008). *Manual institucional*. Editado por la Defensoría del Asegurado con la colaboración de la Gerencia de Desarrollo de Personal. Lima, Perú: EsSalud.
- Yandun, F. y Tipaz, E. (2014). *Impacto del sistema de referencia y contrarreferencia, en relación a la calidad de atención prestada a los usuarios que utilizaron este sistema y que acuden al Centro de Salud N° 1*. (Tesis maestría), Universidad Politécnica Estatal Del Carchi, Tulcan-Ecuador.
- González, G. (2010). Las reformas sanitarias y los modelos de gestión. *Rev Panam Salud Pública*; 9(6):406-412. Recuperado el 10 de noviembre de 2016, de DOI: 10.1590/S1020-49892001000600013

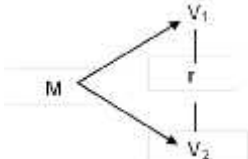
- Hernández, R., Sampieri, C. y Batista, L (2014). *Metodología de la investigación* (6ta. Ed.). México: Editorial Mc Graw-Hill.
- López, P., García, L., Segredo, A. y Santana, F. (2014). Procedimiento para medir la capacidad resolutive de los equipos básicos de salud. *Revista Cubana de Salud Pública*, 40(4), 249-262. Recuperado el 10 de noviembre de 2016, de <http://scielo.sld.cu> 24.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-3812015
- Mallar, M. A. (2010). La gestión por procesos: un enfoque de gestión eficiente. *Revista Futura*, 13(1), 34-41. Recuperado el 12 de octubre del 2016 de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1668-
- Méndez, C. y Torres, A. (2010). Autonomía en la gestión hospitalaria en Chile: los desafíos para el recurso humano en salud. Instituto de Salud Pública. Universidad Austral de Chile. *Rev Saúde Pública* 2010, 44(2):366-71.
- Minsa (2004). N T N° 0021- MINSA / DGSP V.01. *Norma técnica categorías de establecimientos de sector salud*. Lima, Perú: Ministerio de Salud.
- Minsa (2007). *Guías de práctica clínica para la atención de emergencias obstétricas según nivel de capacidad resolutive*. Ministerio de Salud. Lima, Perú.
- Minsa (2012). *Proyecto octava ronda del fondo mundial - componente tuberculosis*. Recuperado el 20 de noviembre del 2016 de <http://www.parsalud.gob.pe/phocadownload/fondomundial/Prodcut>
- OMS. (2014). *Sistema de salud en américa*. Organización Mundial de la Salud. Recuperado el 20 de noviembre del 216 de http://www.who.int/topics/health_systems/es/
- OPS. (2005). *Situación de la Salud en las Américas*. Indicadores Básicos. Washington D.C.
- Patiño, G (2003). *Calidad Total para Directivos de Organizaciones de Salud. Manual de capacitación*. México: Ministerio de Salud Mexicano
- Romero, M. y Busso, N. (2010). *Evaluación de calidad de la atención de salud*.

Apéndice 2
Matriz de consistencia

Título. Capacidad resolutive de los establecimientos de salud y el sistema de referencia y contrarreferencia de la Microred de Ascensión Huancavelica 2016

AUTOR: Br. Mendoza Giraldez, Amanda

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES E INDICADORES																																																				
<p>Problema Principal: ¿Cuál es la relación entre la capacidad resolutive y el sistema de referencias-contrarreferencias de la Microred de Ascensión de Huancavelica 2016.</p> <p>Problemss específicos. P1: ¿Cuál es la relación entre el capital humano de los establecimientos de salud y el sistema de referencia y contrarreferencia de la Microred de Ascensión de Huancavelica 2016. P2: ¿Cuál es la relación entre el Instrumento de Registro é Información de los establecimientos de salud y el sistema de referencia y contrarreferencia de la Microred de Ascensión de Huancavelica 2016. P3: ¿Cuál es la relación entre el flujo de información del sistema de referencia y contrarreferencia a los puntos de digitación de los establecimientos de salud y el sistema de referencia y contrarreferencia de la Microred de Ascensión de Huancavelica 2016. P4: ¿Cuál es la relación entre el transporte y el sistema de referencia y contrarreferencia de la Microred de Ascensión de Huancavelica 2016. P5: ¿Cuál es la relación entre el abastecimiento y el sistema de referencia y contrarreferencia de la Microred de Ascensión de Huancavelica 2016.</p>	<p>Objetivo General: Determinar la relación entre la capacidad resolutive de los establecimientos de salud y el sistema de referencia y contrarreferencia de la Microred Ascensión Huancavelica – 2016.</p> <p>Objetivos específicos. O1: Describir la relación entre el capital humano de los establecimientos de salud y el sistema de referencia y contrarreferencia de la Microred Ascensión Huancavelica – 2016. O2: Describir la relación entre el Instrumento de Registro é Información de los establecimientos de salud y el sistema de referencia y contrarreferencia de la Microred Ascensión Huancavelica – 2016. O3: Describir la relación entre el flujo de información del sistema de referencia y contrarreferencia a los puntos de digitación de los establecimientos de salud y el sistema de referencia y contrarreferencia de la Microred Ascensión Huancavelica – 2016. O4: Describir la relación entre el transporte y el sistema de referencia y contrarreferencia de la Microred de Ascensión de Huancavelica 2016. O5: Describir la relación entre el abastecimiento y el sistema de referencia y contrarreferencia de la Microred Ascensión Huancavelica – 2016.</p>	<p>Hipótesis General: Existe una relación entre la capacidad resolutive de los establecimientos de salud y el sistema de referencia y contrarreferencia de la Microred Ascensión Huancavelica – 2016.</p> <p>Hipótesis específicos. H1: Existe una relación entre el capital humano de los establecimientos de salud y el sistema de referencia y contrarreferencia de la Microred de Ascensión de Huancavelica 2016. H2: Existe una relación entre el Instrumento de Registro é Información de los establecimientos de salud y el sistema de referencia y contrarreferencia de la Microred de Ascensión de Huancavelica 2016. H3: Existe una relación entre el flujo de información del sistema de referencia y contrarreferencia a los puntos de digitación de los establecimientos de salud y el sistema de referencia y contrarreferencia de la Microred de Ascensión de Huancavelica 2016. H4: Existe una relación entre el transporte y el sistema de referencia y contrarreferencia de la Microred de Ascensión de Huancavelica 2016. H5: Existe una relación entre el abastecimiento y el sistema de referencia y contrarreferencia de la Microred de Ascensión de Huancavelica 2016.</p>	<p>Variable: (X): sistema de referencia y contrarreferencia</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Dimensiones</th> <th>Indicadores</th> <th>Ítems</th> <th>Niveles</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="5">Referencias</td> <td>Origen de la referencia.</td> <td>1-2</td> <td rowspan="5">Ordinal</td> </tr> <tr> <td>Establecimiento destino de la referencia</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Criterios para la selección</td> <td>4-6</td> </tr> <tr> <td>Procedimiento referencia</td> <td>7-10</td> </tr> <tr> <td>Procedimientocontrarreferencia</td> <td>11</td> </tr> <tr> <td rowspan="3">Contrarreferencias</td> <td>Condiciones del usuario</td> <td>12</td> </tr> <tr> <td>Resultados.</td> <td>13</td> </tr> <tr> <td>Contrarreferencia Injustificada</td> <td>14</td> </tr> </tbody> </table> <p>Variable: (Y) capacidad resolutive</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Dimensiones</th> <th>Indicadores</th> <th>Ítems</th> <th>Niveles</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="3">Capital humano</td> <td>Capital humano en CAS I-1.</td> <td>1-2</td> <td rowspan="3">Ordinal</td> </tr> <tr> <td>Capital humano en CAS I.2.</td> <td>3-5</td> </tr> <tr> <td>Capital humano en CAS I.4.</td> <td>6-8</td> </tr> <tr> <td>Instrumento de registro</td> <td>Instrumento de registro en CAS I-1; I-2; I-4</td> <td>9-12</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">flujo de la información</td> <td>Puntos de digitación. I-1; I-2;</td> <td>13</td> </tr> <tr> <td>Puntos de digitación. I-1; I-2;</td> <td>14-16 16</td> </tr> <tr> <td>transporte</td> <td>Sistema de transporte en los establecimientos con categoría I-1, 1-2; I.4.</td> <td>17-19</td> </tr> <tr> <td>abastecimiento</td> <td>Recursos materiales necesarios para la operatividad del sistema de I-1; I-2; I-4.</td> <td>20-22</td> </tr> </tbody> </table>				Dimensiones	Indicadores	Ítems	Niveles	Referencias	Origen de la referencia.	1-2	Ordinal	Establecimiento destino de la referencia	3	Criterios para la selección	4-6	Procedimiento referencia	7-10	Procedimientocontrarreferencia	11	Contrarreferencias	Condiciones del usuario	12	Resultados.	13	Contrarreferencia Injustificada	14	Dimensiones	Indicadores	Ítems	Niveles	Capital humano	Capital humano en CAS I-1.	1-2	Ordinal	Capital humano en CAS I.2.	3-5	Capital humano en CAS I.4.	6-8	Instrumento de registro	Instrumento de registro en CAS I-1; I-2; I-4	9-12	flujo de la información	Puntos de digitación. I-1; I-2;	13	Puntos de digitación. I-1; I-2;	14-16 16	transporte	Sistema de transporte en los establecimientos con categoría I-1, 1-2; I.4.	17-19	abastecimiento	Recursos materiales necesarios para la operatividad del sistema de I-1; I-2; I-4.	20-22
Dimensiones	Indicadores	Ítems	Niveles																																																				
Referencias	Origen de la referencia.	1-2	Ordinal																																																				
	Establecimiento destino de la referencia	3																																																					
	Criterios para la selección	4-6																																																					
	Procedimiento referencia	7-10																																																					
	Procedimientocontrarreferencia	11																																																					
Contrarreferencias	Condiciones del usuario	12																																																					
	Resultados.	13																																																					
	Contrarreferencia Injustificada	14																																																					
Dimensiones	Indicadores	Ítems	Niveles																																																				
Capital humano	Capital humano en CAS I-1.	1-2	Ordinal																																																				
	Capital humano en CAS I.2.	3-5																																																					
	Capital humano en CAS I.4.	6-8																																																					
Instrumento de registro	Instrumento de registro en CAS I-1; I-2; I-4	9-12																																																					
flujo de la información	Puntos de digitación. I-1; I-2;	13																																																					
	Puntos de digitación. I-1; I-2;	14-16 16																																																					
transporte	Sistema de transporte en los establecimientos con categoría I-1, 1-2; I.4.	17-19																																																					
abastecimiento	Recursos materiales necesarios para la operatividad del sistema de I-1; I-2; I-4.	20-22																																																					

MÉTODO Y DISEÑO	POBLACIÓN	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS	ESTADÍSTICA																		
<p>MÉTODO: La presente investigación se procederá de acuerdo al método científico a nivel descriptivo de corte transversal. Es descriptiva, por cuanto tiene la capacidad de seleccionar las características fundamentales del objeto de estudio y su descripción detallada de las partes, categorías o clases de dicho objeto. BERNAL (2000)</p> <p>TIPO: BÁSICO Recibe igualmente el nombre de investigación pura, teórica o dogmática, porque parte de un planteamiento de marco teórico y permanece en él; su finalidad es formular nuevas teorías o modificar las existentes, en incrementar los conocimientos científicos o filosóficos, teniendo presente de no contrastarlos con ningún aspecto referido práctico. (Tamayo (2010, p. 8).</p> <p>NIVEL: Descriptivo Correlacional</p> <p>DISEÑO: No experimental El diseño no experimental, de corte transeccional, según Hernández. (2010, p.149), se realizan sin la manipulación deliberada de variables y en los que sólo se observan los fenómenos en su ambiente natural para después analizarlos. El esquema a utilizar es el siguiente:</p> 	<p>POBLACIÓN: La población está conformada por los profesionales que laboran en el servicio de emergencias de la Microred de Ascensión de Huancavelica 2016.</p> <table border="1" data-bbox="515 359 896 574"> <thead> <tr> <th>Nº</th> <th>Unidad deDetalle</th> <th>Total</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td>Médicos</td> <td>6</td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>Enfermeros</td> <td>15</td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td>Obstrices</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>4.</td> <td>Otros</td> <td>55</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Total</td> <td>84'</td> </tr> </tbody> </table> <p>Fuente: Oficina de RRHH de la Microred de Ascensión de Huancavelica 2016.</p> <p>MUESTRA Y MUESTREO. La muestra estará conformada por todos los profesionales del servicio de emergencias de la Microred de Ascensión de Huancavelica 2016, 84 trabajadores, "quienes tienen las características concordantes y susceptibles a ser estudiadas, descansando en el principio de que las partes representan al todo y por tal son las características que definen a la población de la cual fue extraída" (Mejía, 2005, p. 32).</p> <p>Tamaño de muestra: 64 profesionales El muestreo fue no probabilístico (intencional y de criterio del asesor de la investigación y la tesista).</p>	Nº	Unidad deDetalle	Total	1.	Médicos	6	2.	Enfermeros	15	3.	Obstrices	8	4.	Otros	55		Total	84'	<p>Técnica: Observación Instrumento 1: lista de cotejo sistema de referencias-contrarreferencias. Ficha técnica Autor: Minsa (2006) Adaptado: Mendoza A.. (2016) Validado: Dr. Sotelo, C. DBA. (2016). Objetivo: determinar la aplicación de las normas de referencias y contrarreferencias por los profesionales que laboran de la Microred de Ascensión de Huancavelica 2016. Significación: La lista de cotejo de las normas de referencias y contrarreferencias Contiene dos dimensiones: Referencias y contrarreferencias Extensión: El cuestionario consta de 14 ítems. Administración: Individual o colectiva. Duración: El tiempo de duración para desarrollar la prueba es de aproximadamente 10 minutos. Aplicación: El ámbito para su aplicación los 84 profesionales que laboran en el servicio de emergencia de la Microred de Ascensión de Huancavelica 2016. Interpretación; De 70 hasta 56 puntos = Buena De 56 hasta 24 puntos = Regular De 14 hasta 23 puntos = Mala</p> <p>Instrumento 2: lista de cotejo sistema de capacidad resolutive Ficha técnica Autor: Minsa (2006) Adaptado: Mendoza A. (2016) Validado: Dr. Sotelo, C. DBA. (2016). Objetivo: determinar la aplicación del sistema de capacidad resolutive por los profesionales que laboran en el servicio de emergencia de la Microred de Ascensión de Huancavelica 2016. Extensión: El cuestionario consta de 22 ítems. Administración: Individual o colectiva. Interpretación: De 89 hasta 110 puntos = Buena De 50 hasta 88 puntos = Regular De 22 hasta 49 puntos = Mala</p>	<p>DESCRIPTIVA: Tablas de contingencia, Figuras</p> <p>DE PRUEBA: Prueba hipótesis Para Torres(1997) "La hipótesis 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>Nivel de Significación: Si s es menor del valor 0.05, se dice que el coeficiente es significativo en el nivel de 0.05 (95% de confianza en que la correlación sea verdadera y 5% de probabilidad de error). Si s es menor a 0.01, el coeficiente es significativo al nivel de 0.01 (99% de confianza de que la correlación sea verdadera y 1% de probabilidad de error). (Sampieri; 2006; 445). RHO de Spearman para medir variables categóricas.</p>
Nº	Unidad deDetalle	Total																			
1.	Médicos	6																			
2.	Enfermeros	15																			
3.	Obstrices	8																			
4.	Otros	55																			
	Total	84'																			

Apêndice 3

LISTA DE COTEJO DE DISPONIBILIDAD DE RECURSOS DE LOS EE.SS CATEGORÍA I-4 PARA LA REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

Profesión		Establecimiento de Salud		Categoría del EE.SS	Cargo que ocupa
Estado civil		Edad	Sexo		Condición laboral
Soltero	Casado		F	M	
Conviviente	Viudo				Nombrado
Divorciado					Contratado

Instrucciones: A continuación le presentamos varias proposiciones, le solicitamos que frente a ellos exprese su opinión personal considerando que no existen respuestas correctas ni incorrectas, marcando con una (X) la que mejor exprese su punto de vista.

(1) Si (2) No

PARTE I: Disponibilidad de recursos de los establecimientos de salud.

	Dimensión / ítems	Si	No
	Dimensión: Capital humano		
1	El establecimiento de salud cuenta Profesionales de la salud médico y no médico que corresponde a la categoría I-1		
2	El establecimiento de salud cuenta Profesionales de la salud médico y no médico que corresponde a la categoría I-2		
3	El establecimiento de salud cuenta Profesionales de la salud médico y no médico que corresponde a la categoría I-4		
4	El personal del establecimiento de salud se encuentra capacitado y preparado para resolver el sistema de referencias contrarreferencias a la categoría I-1		
5	El establecimiento cuenta con hoja de referencia comunal El establecimiento de salud cuenta Profesionales de la salud médico y no médico que corresponde a la categoría I-1		
6	El establecimiento cuenta con hoja de referencia comunal El establecimiento de salud cuenta Profesionales de la salud médico y no médico que corresponde a la categoría I-2		
7	El establecimiento cuenta con hoja de referencia comunal El establecimiento de salud cuenta Profesionales de la salud médico y no médico que corresponde a la categoría I-4		

8	Los profesionales reconocen los protocolos de atención del sistema de referencias que corresponde a las categorías I-1, I-2 y I-4		
	Dimensión: Instrumento de Registro é Información		
9	Los establecimientos envían información mensual de referencia en fechas establecidas		
10	Los establecimientos cuentan con libros debidamente foliados para efectos de la auditoría médica		
11	El establecimiento cuenta con un punto de digitación para procesar información de referencia		
12	Los establecimientos cuentan con seguridad para el resguardo de la información, así como, copia de seguridad de los registros.		
	Dimensión: Flujo de Información del sistema		
13	Los establecimientos cuentan con un sistema de comunicaciones operativo y pertinente		
14	La información entre los establecimientos se realiza en tiempo real		
15	Los establecimientos cuentan con un parque informático actualizado		
16	Los establecimientos hacen uso de las redes sociales a fin de mejorar la comunicación oficial entre los integrantes de los equipos de atención		
	Dimensión: Transporte		
17	Los establecimientos según su nivel cuentan con un sistema de transporte para la referencia de manera oportuna		
18	Las ambulancias se encuentran en condiciones óptimas para atender las emergencias y traslados de pacientes		
19	Las ambulancias cuentan con seguro contra todo tipo de riesgo y siniestros		
	Dimensión. Abastecimiento		
20	Los establecimientos cuentan con suficientes recursos logísticos para atender las emergencias de los pacientes		
21	La caja chica es suficiente para cubrir los gastos e imprevistos		
22	Los establecimientos cuentan con programan anualmente sus pedidos de consumo de los establecimientos.		

PARTE 2: Sistema de Referencias y Contrarreferencias.

	Dimensión / ítems	Si	No
	Dimensión: Referencias		
1	Evalúa el cuadro clínico y exámenes auxiliares del paciente en el origen de la referencia		
2	Evalúa y califica la pertinencia de la referencia, si es observada la devuelve al jefe del servicio. Si es procedente, la aprueba y la visa en el origen de la referencia.		
3	Se elige adecuadamente el establecimiento destino de la referencia de acuerdo a indicadores		
4	Se respetan los criterios establecidos por directiva para la selección del establecimiento de la referencia		
5	SE manejan adecuadamente los protocolos donde se ubican los criterios para la selección del establecimiento de la referencia		
6	El personal tiene bien en claro los criterios para la selección del establecimiento de la referencia		
7	Existen procedimientos establecidos en el centro de atención de salud de la referencia		
8	Existen procedimiento en el sistema de referencia del centro de atención de salud		
9	Se puede evidenciar la correcta aplicación de los procedimiento de la referencia de los centros de salud de la jurisdicción		
10	Procedimiento de la referencia		
	Dimensión: Contra Referencias		
11	El establecimiento cuenta con un punto de atención para atender y procesar los procedimiento de la contrarreferencia		
12	Los puntos de digitación entregan facilitan las condiciones del usuario para la contrarreferencia		
13	Los procesos dan atención facilitan las contrarreferencia de los resultados.		
14	Se puede evidenciar un creciente número de contrareferencia injustificada que genera disconformidad en los pacientes.		

Apêndice 4

Base de datos

1	1	2	2	1	1	1	1	2	2	1	1	1
	1	2	2	1	1	1	2	1	1	2	2	1
	1	1	1	2	2	1	1	1	1	2	2	1
	30	19	2	2	3	2	3	1	2			
2	1	2	2	1	1	1	1	2	2	1	1	1
	1	2	2	1	1	1	2	1	1	2	2	1
	1	1	1	2	2	1	1	1	1	2	2	1
	30	19	1	1	2	2	1	1	2			
3	1	2	2	1	1	1	1	2	2	1	1	1
	1	2	2	1	1	1	2	1	1	2	2	1
	1	1	1	2	2	1	1	1	1	2	2	1
	30	19	2	3	3	3	2	2	2			
4	1	2	2	1	1	1	1	2	2	1	1	1
	1	2	2	1	1	1	2	1	1	2	2	1
	1	1	1	2	2	1	1	1	1	2	2	1
	30	19	2	1	2	2	1	1	2			
5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1
	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	23	14	2	1	1	2	1	2	2			
6	1	2	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1
	1	2	1	1	1	1	2	2	1	2	1	1
	1	1	1	2	1	1	1	1	1	2	1	1
	28	16	2	2	2	2	2	2	2			
7	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1
	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	24	14	2	2	2	2	2	3	2			
8	1	2	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1
	1	2	1	1	1	1	2	2	1	2	1	1
	1	1	1	2	1	1	1	1	1	2	1	1
	28	16	2	2	2	3	2	2	3			
9	2	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1
	2	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1
	1	1	2	1	1	1	1	1	2	1	1	1
	27	16	2	1	2	2	1	2	1			
10	1	2	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1
	1	2	1	1	1	1	1	2	1	2	1	1
	1	1	1	2	1	1	1	1	1	2	1	1
	27	16	2	3	2	3	3	2	3			
11	2	1	2	1	1	1	2	1	2	1	1	1
	2	1	2	1	1	1	2	2	2	1	2	1
	1	1	2	1	2	1	1	1	2	1	2	1
	31	19	1	3	3	2	2	2	2			
12	1	2	1	1	2	1	1	2	1	1	2	1
	1	2	1	1	2	1	1	2	1	2	1	1
	2	1	1	2	1	1	2	1	1	2	1	1
	30	18	3	2	2	3	2	2	3			
13	2	1	2	1	1	1	2	1	2	1	1	1
	2	1	2	1	1	1	2	2	2	1	2	1
	1	1	2	1	2	1	1	1	2	1	2	1
	31	19	3	3	3	3	2	2	3			
14	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	2	1
	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1
	2	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1
	25	16	3	3	2	2	2	3	3			
15	2	1	2	1	1	1	2	1	2	1	1	1
	2	1	2	1	1	1	1	2	2	1	2	1
	1	1	2	1	2	1	1	1	2	1	2	1
	30	19	2	2	2	2	2	2	2			
16	1	1	1	2	2	1	1	1	1	2	2	1
	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1	2
	2	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1	2
	28	19	1	2	2	3	1	2	2			

17	2	1	2	2	1	1	2	1	2	2	1	1
	2	1	2	2	1	1	1	1	2	1	2	2
	1	1	2	1	2	2	1	1	2	1	2	2
	32	22	2	1	1	2	2	1	2			
18	1	2	1	2	2	1	1	2	1	2	2	1
	1	2	1	2	2	1	1	1	1	2	1	2
	2	1	1	2	1	2	2	1	1	2	1	2
	32	21	2	1	1	3	2	2	2			
19	2	1	2	2	1	1	2	1	2	2	1	1
	2	1	2	2	1	1	1	1	2	1	2	2
	1	1	2	1	2	2	1	1	2	1	2	2
	32	22	2	2	3	2	1	2	2			
20	1	2	1	2	2	1	1	2	1	2	2	1
	1	2	1	2	2	1	1	1	1	2	1	2
	2	1	1	2	1	2	2	1	1	2	1	2
	32	21	2	2	3	2	2	1	2			
21	2	1	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2
	2	1	2	2	1	2	1	1	2	1	2	2
	1	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	2
	35	24	1	1	1	2	3	2	2	1		
22	1	2	1	2	2	1	1	2	1	2	2	1
	1	2	1	2	2	1	1	1	1	2	1	2
	2	1	1	2	1	2	2	1	1	2	1	2
	32	21	1	1	1	2	1	2	2			
23	2	1	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2
	2	1	2	2	1	2	1	1	2	1	2	2
	1	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	2
	35	24	1	1	1	2	2	2	2			
24	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	2	1
	1	1	1	1	2	1	2	1	1	1	1	1
	2	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1
	26	16	2	2	2	2	2	2	2			
25	2	1	2	1	1	2	2	1	2	1	1	2
	2	1	2	1	1	2	2	1	2	1	2	1
	1	2	2	1	2	1	1	2	2	1	2	1
	33	21	3	2	2	3	2	2	2			
26	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1
	2	1	2	1	2	1	1	1	2	1	2	1
	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1
	32	21	1	1	2	2	2	2	2	1		
27	2	2	2	1	1	2	2	2	2	1	1	2
	2	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2	1
	1	2	2	2	2	1	1	2	2	2	2	1
	38	23	2	3	2	2	3	3	3			
28	2	1	2	2	1	1	2	1	2	2	1	1
	2	1	2	2	1	1	1	1	2	1	2	2
	1	1	2	1	2	2	1	1	2	1	2	2
	32	22	1	1	1	1	1	2	1			
29	2	2	2	1	1	1	2	2	2	1	1	1
	2	2	2	1	1	1	2	2	2	2	2	1
	1	1	2	2	2	1	1	1	2	2	2	1
	35	21	1	1	1	2	1	1	1			
30	1	1	2	2	1	1	1	1	2	2	1	1
	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1	2	2
	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1	2	2
	28	20	2	2	2	3	3	2	2			
31	1	2	2	1	1	1	1	2	2	1	1	1
	1	2	2	1	1	1	2	2	1	2	2	1
	1	1	1	2	2	1	1	1	1	2	2	1
	31	19	2	1	1	2	1	2	1			
32	1	2	2	2	1	2	1	2	2	2	1	2
	1	2	2	2	1	2	2	1	1	2	2	2
	1	2	1	2	2	2	1	2	1	2	2	2
	36	24	2	2	2	2	2	2	2			
33	1	2	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1
	1	2	1	1	1	1	2	2	1	2	1	1
	1	1	1	2	1	1	1	1	1	2	1	1
	28	16	1	1	2	2	1	1	1			
34	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2
	1	2	1	2	1	2	2	1	1	2	1	2

	1 33	2 21	1 2	2 2	1 3	2 3	1 2	2 2	1 1	2 1	1 2	2 1
35	1 1 2 31	2 2 1 18	1 1 1 2	1 1 2 2	2 2 1 2	1 1 1 2	2 2 1 3	1 2 1 2	2 1 1 3	1 1 2 2	2 1 1 1	1 1 1 1
36	1 1 1 33	2 2 2 21	1 1 1 2	2 2 1 2	1 1 2 3	2 2 1 2	1 2 1 3	2 1 2 2	1 1 1 1	2 2 2 1	1 1 1 1	2 2 2 2
37	1 1 2 30	2 2 1 18	1 1 1 2	1 1 2 2	2 2 1 2	1 1 1 1	1 2 2 2	2 1 1 2	1 1 1 3	1 2 2 1	2 1 1 1	1 1 1 1
38	1 1 2 32	2 2 1 21	1 1 1 1	2 2 2 1	2 2 1 1	1 1 2 2	1 1 2 2	2 1 1 2	1 1 1 1	2 2 2 1	2 1 1 1	1 2 2 2
39	1 1 2 25	1 1 1 16	1 1 1 2	1 1 1 3	2 2 1 3	1 1 1 3	1 1 2 3	1 1 1 3	1 1 1 3	1 1 1 1	2 1 1 1	1 1 1 1
40	1 1 2 35	2 2 1 24	2 2 1 3	2 2 2 2	2 2 2 2	1 1 2 2	1 1 2 2	2 1 1 3	2 1 1 2	2 2 2 2	2 2 2 2	1 2 2 2
41	1 1 1 25	1 1 2 16	1 1 1 2	1 1 1 3	1 1 1 2	2 2 1 3	1 1 1 3	1 1 2 2	1 1 1 3	1 1 1 1	1 1 1 1	2 1 1 1
42	1 1 1 33	2 2 1 22	2 2 1 1	2 2 2 2	1 1 2 2	1 1 2 2	1 1 1 2	2 2 1 2	2 1 1 2	2 2 2 2	1 2 2 2	1 2 2 2
43	1 1 1 26	1 1 2 16	1 1 1 2	1 1 1 1	1 1 1 2	2 2 1 3	1 1 1 2	1 2 2 1	1 1 1 1	1 1 1 1	1 1 1 1	2 1 1 1
44	1 1 1 33	2 2 1 22	2 2 1 1	2 2 2 3	1 1 2 2	1 1 2 3	1 1 1 3	2 2 1 2	2 1 1 3	2 2 2 2	1 2 2 2	1 2 2 2
45	1 1 1 26	1 1 1 17	1 1 1 2	2 2 1 2	1 1 1 2	1 1 2 2	1 1 1 3	1 2 1 2	1 1 1 3	2 1 1 1	1 1 1 1	1 2 2 2
46	1 1 1 29	1 1 1 20	2 2 1 3	2 2 1 2	1 1 2 1	1 1 2 2	1 1 2 2	1 2 1 3	2 1 1 3	2 1 1 1	1 2 2 2	1 2 2 2
47	2 2 1 30	1 1 1 19	1 1 2 3	2 2 1 1	1 1 1 1	1 1 2 2	2 1 2 2	1 2 1 1	1 2 2 3	2 1 2 1	1 1 1 1	1 2 2 2
48	2 2 1 33	1 1 1 22	2 2 2 3	2 2 1 1	1 1 2 1	1 1 2 1	2 1 2 2	1 2 1 1	2 2 2 2	2 1 2 1	1 2 2 2	1 2 2 2
49	2 2 2 37	1 1 2 23	1 1 2 1	2 2 1 2	2 2 1 3	2 2 2 3	2 2 2 1	2 2 2 1	1 2 2 3	2 1 2 1	2 1 1 1	2 2 2 2
50	2 2 1 31	1 1 1 19	2 2 2 1	1 1 1 2	1 1 2 3	1 1 1 2	2 2 1 1	1 2 1 2	2 2 1 1	2 2 1 1	1 2 2 1	1 1 1 1
51	2 2 2 31	1 1 1 18	1 1 2 2	1 1 1 2	2 2 1 1	1 1 1 2	2 2 1 3	1 2 1 1	1 2 2 1	1 1 2 2	2 1 1 1	1 1 1 1

52	2	1	2	1	1	1	2	1	2	1	1	1
	2	1	2	1	1	1	2	2	2	1	2	1
	1	1	2	1	2	1	1	1	2	1	2	1
	31	19	2	2	3	2	3	2	2			
53	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1
	2	1	2	1	2	1	1	2	2	1	2	1
	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1
	33	21	1	3	2	2	3	2	2			
54	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1
	2	1	2	1	2	1	1	1	2	1	2	1
	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1
	32	21	2	3	3	3	3	2	2			
55	1	2	2	2	2	1	1	2	2	2	2	1
	1	2	2	2	2	1	1	1	1	2	2	2
	2	1	1	2	2	2	2	1	1	2	2	2
	35	24	3	3	3	3	3	3	2			
56	1	1	2	1	1	1	1	1	2	1	1	1
	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	2	1
	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	2	1
	25	17	2	3	3	3	3	2	2			
57	1	2	2	1	1	2	1	2	2	1	1	2
	1	2	2	1	1	2	1	1	1	2	2	1
	1	2	1	2	2	1	1	2	1	2	2	1
	32	21	2	2	2	3	2	3	2			
58	1	1	2	1	1	1	1	1	2	1	1	1
	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	2	1
	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	2	1
	25	17	3	2	2	1	1	3	2			
59	1	2	1	1	1	2	1	2	1	1	1	2
	1	2	1	1	1	2	2	1	1	2	1	1
	1	2	1	2	1	1	1	2	1	2	1	1
	30	18	3	3	3	3	3	3	2			
60	2	2	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1
	2	2	1	1	1	1	2	1	2	2	1	1
	1	1	2	2	1	1	1	1	2	2	1	1
	31	18	3	3	2	3	3	3	3			
61	1	2	1	1	2	2	1	2	1	1	2	2
	1	2	1	1	2	2	2	1	1	2	1	1
	2	2	1	2	1	1	2	2	1	2	1	1
	33	20	3	3	3	2	3	2	2			
62	2	2	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1
	2	2	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1
	1	1	2	2	1	1	1	1	2	2	1	1
	30	18	3	3	3	2	3	3	3			
63	1	1	2	2	1	1	1	1	2	2	1	1
	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1	2	2
	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1	2	2
	28	20	1	1	2	1	1	2	1			
64	2	1	1	2	1	2	2	1	1	2	1	2
	2	1	1	2	1	2	1	1	2	1	1	2
	1	2	2	1	1	2	1	2	2	1	1	2
	32	21	3	3	2	3	2	2	3			
65	1	2	2	2	2	1	1	2	2	2	2	1
	1	2	2	2	2	1	1	1	1	2	2	2
	2	1	1	2	2	2	2	1	1	2	2	2
	35	24	3	3	3	3	3	3	2			
66	1	1	2	1	1	1	1	1	2	1	1	1
	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	2	1
	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	2	1
	25	17	2	3	3	3	3	2	2			
67	1	2	2	1	1	2	1	2	2	1	1	2
	1	2	2	1	1	2	1	1	1	2	2	1
	1	2	1	2	2	1	1	2	1	2	2	1
	32	21	2	2	2	3	2	3	2			
68	1	1	2	1	1	1	1	1	2	1	1	1
	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	2	1
	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	2	1
	25	17	3	2	2	1	1	3	2			
69	1	2	1	1	1	2	1	2	1	1	1	2
	1	2	1	1	1	2	2	1	1	2	1	1

	1 30	2 18	1 3	2 3	1 3	1 3	1 3	2 3	1 2	2	1	1
70	2 2 1 31	2 2 1 18	1 1 2 3	1 1 2 3	1 1 1 2	1 1 1 3	2 2 1 3	2 1 1 3	1 2 2 3	1 2 2	1 1 1	1 1 1
71	1 1 2 33	2 2 2 20	1 1 1 3	1 1 2 3	2 2 1 3	2 2 1 2	1 2 1 3	2 1 2 2	1 1 1 2	1 2 2	2 1 1	2 1 1
72	2 2 1 30	2 2 1 18	1 1 2 3	1 1 2 3	1 1 1 3	1 1 1 2	2 1 1 3	2 1 1 3	1 2 2 3	1 2 2	1 1 1	1 1 1
73	1 1 1 28	1 1 1 20	2 2 1 1	2 2 1 1	1 1 2 2	1 1 2 1	1 1 1 1	1 1 1 2	2 1 1 1	2 1 1	1 2 2	1 2 2
74	2 2 1 32	1 1 2 21	1 1 2 3	2 2 1 3	1 1 1 2	2 2 2 3	2 1 1 2	2 1 2 2	1 2 2 3	2 1 1	1 1 1	2 2 2
75	1 1 25	1 1 17	2 1 2	1 1 3	1 2 3	1 1 3	1 1 3	1 1 2	1 1 2	1 1	2 2	1 1
76	1 1 1 32	2 2 2 21	2 2 1 2	1 1 2 2	1 1 2 2	2 2 1 3	1 1 1 2	2 1 2 3	2 1 1 2	1 2 2	1 2 2	2 1 1
77	1 1 1 25	1 1 1 17	2 2 1 3	1 1 1 2	1 1 2 2	1 1 1 1	1 1 1 1	1 1 1 3	2 1 1 2	1 1 1	1 2 2	1 1 1
78	1 1 1 30	2 2 2 18	1 1 1 3	1 1 2 3	1 1 1 3	2 2 1 3	1 2 1 3	2 1 1 3	1 1 2 3	1 2 2	1 1 1	2 1 1
70	2 2 1 18	2 1 2 3	1 1 2 3	1 1 1 2	1 1 1 3	2 2 1 3	2 1 1 3	2 2 2 3	1 2 2	1 1 1	180 1 1	2 1 31
81	1 1 2 33	2 2 2 20	1 1 1 3	1 1 2 3	2 2 1 3	2 2 1 2	2 2 1 3	2 2 2 2	1 1 2 2	1 2 2	2 1 1	2 1 1
82	2 2 1 30	2 2 1 18	1 1 2 3	1 1 2 3	1 1 1 3	1 1 1 2	2 1 1 3	2 1 1 3	1 2 2 3	1 2 2	1 1 1	1 1 1
83	1 1 1 28	1 1 1 20	2 2 1 1	2 2 1 1	1 1 2 2	1 1 2 1	1 1 1 1	1 1 1 2	2 1 1 1	2 1 1	1 2 2	1 2 2
84	2 2 1 32	1 1 2 21	1 1 2 3	2 2 1 3	1 1 1 2	2 2 2 3	2 1 1 2	1 1 2 2	1 2 2 3	2 1 1	1 1 1	2 2 2

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE LA CAPACIDAD RESOLUTIVA

N°	DIMENSIONES / ítems	Claridad ¹		Pertinencia ²		Relevancia ³		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
	Capital humano							
1	El establecimiento de salud cuenta Profesionales de la salud médico y no médico que corresponde a la categoría I-1	X		X		X		
2	El establecimiento de salud cuenta Profesionales de la salud médico y no médico que corresponde a la categoría I-2	X		X		X		
3	El establecimiento de salud cuenta Profesionales de la salud médico y no médico que corresponde a la categoría I-4	X		X		X		
4	El personal del establecimiento de salud se encuentra capacitado y preparado para resolver el sistema de referencias contrarreferencias a la categoría I-1	X		X		X		
5	El establecimiento cuenta con hoja de referencia comunal El establecimiento de salud cuenta Profesionales de la salud médico y no médico que corresponde a la categoría I-1	X		X		X		
6	El establecimiento cuenta con hoja de referencia comunal El establecimiento de salud cuenta Profesionales de la salud médico y no médico que corresponde a la categoría I-2	X		X		X		
7	El establecimiento cuenta con hoja de referencia comunal El establecimiento de salud cuenta Profesionales de la salud médico y no médico que corresponde a la categoría I-4	X		X		X		
8	Los profesionales reconocen los protocolos de atención del sistema de referencias que corresponde a las categorías I-1, I-2 y I-4	X		X		X		
	Instrumento de Registro e Información							
9	Los establecimientos envían información mensual de referencia en fechas establecidas	X		X		X		
10	Los establecimientos cuentan con libros debidamente foliados para efectos de la auditoría médica	X		X		X		
11	El establecimiento cuenta con un punto de digitación para procesar información de referencia	X		X		X		
12	Los establecimientos cuentan con seguridad para el resguardo de la información, así como, copia de seguridad de los registros.	X		X		X		
	Flujo de Información del sistema							
13	Los establecimientos cuentan con un sistema de comunicaciones operativo y pertinente	X		X		X		
14	La información entre los establecimientos se realiza en tiempo real	X		X		X		

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L
15	Los establecimientos cuentan con un parque informático actualizado											
16	Los establecimientos hacen uso de las redes sociales a fin de mejorar la comunicación oficial entre los integrantes de los equipos de atención											
	Transporte											
17	Los establecimientos según su nivel cuentan con un sistema de transporte para la referencia de manera oportuna											
18	Las ambulancias se encuentran en condiciones óptimas para atender las emergencias y traslados de pacientes											
19	Las ambulancias cuentan con seguro contra todo tipo de riesgo y siniestros											
	Abastecimiento											
20	Los establecimientos cuentan con suficientes recursos logísticos para atender las emergencias de los pacientes											
21	La caja chica es suficiente para cubrir los gastos e imprevistos											
22	Los establecimientos cuentan con programan anualmente sus pedidos de consumo de los establecimientos.											

Observaciones (precisar si hay suficiencia): *Aplicar plan*

Opinión de aplicabilidad: Aplicable No aplicable 15 de Dic del 2016.

Apellidos y nombre s del juez evaluador: *Sotelo Esteiro, Orbis D.B.A.* DNI: *18/68818*

Especialidad del evaluador: *Teoría - Historia de la Log.*

¹Claridad: Se entienda sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, claro y directo
²Pertinencia: Si el ítem pertenece a la dimensión.
³Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo

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



CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE Sistema de Referencias y Contrarreferencias.

N°	Referencias	Claridad ¹				Pertinencia ²				Relevancia ³				Sugerencias
		SI	No	SI	No	SI	No	SI	No	SI	No	SI	No	
1	Evalúa el cuadro clínico y exámenes auxiliares del paciente en el origen de la referencia	X				X				X				
2	Evalúa y califica la pertinencia de la referencia, si es observada la devuelve al jefe del servicio. Si es procedente, la aprueba y la visa en el origen de la referencia.	X				X				X				
3	Se elige adecuadamente el establecimiento destino de la referencia de acuerdo a indicadores	X				X				X				
4	Se respetan los criterios establecidos por directiva para la selección del establecimiento de la referencia	X				X				X				
5	SE manejan adecuadamente los protocolos donde se ubican los criterios para la selección del establecimiento de la referencia	X				X				X				
6	El personal tiene bien en claro los criterios para la selección del establecimiento de la referencia	X				X				X				
7	Existen procedimientos establecidos en el centro de atención de salud de la referencia	X				X				X				
8	Existen procedimientos en el sistema de referencia del centro de atención de salud	X				X				X				
9	Se puede evidenciar la correcta aplicación de los procedimientos de la referencia de los centros de salud de la jurisdicción	X				X				X				
10	Procedimiento de la referencia	X				X				X				
11	Contra Referencias El establecimiento cuenta con un punto de atención para atender y procesar los procedimientos de la contrarreferencia	SI	No	SI	No	SI	No	SI	No	SI	No	SI	No	
12	Los puntos de dilatación entregan facilitan las condiciones del usuario para la contrarreferencia	X				X				X				
13	Los procesos dan atención facilitan las contrarreferencia de los resultados.	X				X				X				
14	Se puede evidenciar un creciente número de contrarreferencia injustificada que genera disconformidad en los pacientes.	X				X				X				

Observaciones (precisar si hay suficiencia): *aprovechada*

Opinión de aplicabilidad: Aplicable [X] No aplicable [] 15 de Dic del 2016

Apellidos y nombres del juez evaluador: *Sofole Enteroz Grel DBA* DNI: *18168818*

Especialidad del evaluador: *Teórico - Dpto. Psiqui.*

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

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



CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE CAPACIDAD RESOLUTIVA

N°	DIMENSIONES / ítems	Claridad		Pertinencia		Relevancia		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
	Capital humano							
1	El establecimiento de salud cuenta Profesionales de la salud médico y no médico que corresponde a la categoría I-1	✓		✓		✓		
2	El establecimiento de salud cuenta Profesionales de la salud médico y no médico que corresponde a la categoría I-2	✓		✓		✓		
3	El establecimiento de salud cuenta Profesionales de la salud médico y no médico que corresponde a la categoría I-4	✓		✓		✓		
4	El personal del establecimiento de salud se encuentra capacitado y preparado para resolver el sistema de referencias contrarreferencias a la categoría I-1	✓		✓		✓		
5	El establecimiento cuenta con hoja de referencia comunal El establecimiento de salud cuenta Profesionales de la salud médico y no médico que corresponde a la categoría I-1	✓		✓		✓		
6	El establecimiento cuenta con hoja de referencia comunal El establecimiento de salud cuenta Profesionales de la salud médico y no médico que corresponde a la categoría I-2	✓		✓		✓		
7	El establecimiento cuenta con hoja de referencia comunal El establecimiento de salud cuenta Profesionales de la salud médico y no médico que corresponde a la categoría I-4	✓		✓		✓		
8	Los profesionales reconocen los protocolos de atención del sistema de referencias que corresponde a las categorías I-1, I-2 y I-4	✓		✓		✓		
	Instrumento de Registro é Información	Si	No	Si	No	Si	No	
9	Los establecimientos envían información mensual de referencia en fechas establecidas	✓		✓		✓		
10	Los establecimientos cuentan con libros debidamente foliados para efectos de la auditoría médica	✓		✓		✓		
11	El establecimiento cuenta con un punto de digitación para procesar información de referencia	✓		✓		✓		
12	Los establecimientos cuentan con seguridad para el resguardo de la información, así como, copia de seguridad de los registros.	✓		✓		✓		
	Flujo de Información del sistema	Si	No	Si	No	Si	No	
13	Los establecimientos cuentan con un sistema de comunicaciones operativo y pertinente	✓		✓		✓		
14	La información entre los establecimientos se realiza en tiempo real	✓		✓		✓		

15	Los establecimientos cuentan con un parque informático actualizado	✓							
16	Los establecimientos hacen uso de las redes sociales a fin de mejorar la comunicación oficial entre los integrantes de los equipos de atención	✓							
	Transporte								
17	Los establecimientos según su nivel cuentan con un sistema de transporte para la referencia de manera oportuna	✓							
18	Las ambulancias se encuentran en condiciones óptimas para atender las emergencias y traslados de pacientes	✓							
19	Las ambulancias cuentan con seguro contra todo tipo de riesgo y siniestros	✓							
	Abastecimiento								
20	Los establecimientos cuentan con suficientes recursos logísticos para atender las emergencias de los pacientes	✓							
21	La caja chica es suficiente para cubrir los gastos e imprevistos	✓							
22	Los establecimientos cuentan con programan anualmente sus pedidos de consumo de los establecimientos.	✓							

Observaciones (precisar si hay suficiencia): *Capacidad limitada*

Opinión de aplicabilidad: Aplicable No aplicable Aplicable después de corregir A. de del 20. de

Apellidos y nombres del juez evaluador: *Francisco López Jelin* DNI: *06457655*

Especialidad del evaluador: *Administración*

¹Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo
²Pertinencia: Si el ítem pertenece a la dimensión.
³Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo
 Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión



CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE SISTEMA DE REFERENCIAS Y CONTRAREFERENCIAS.

N°	DIMENSIONES / Items	Claridad ¹		Pertinencia ²		Relevancia ³		Sugerencias
		SI	No	SI	No	SI	No	
1	Referencias Evalúa el cuadro clínico y exámenes auxiliares del paciente en el origen de la referencia	✓		✓		✓		
2	Evalúa y califica la pertinencia de la referencia, si es observada la devuelve al jefe del servicio. Si es procedente, la aprueba y la visa en el origen de la referencia.	✓		✓		✓		
3	Se elige adecuadamente el establecimiento destino de la referencia de acuerdo a indicadores	✓		✓		✓		
4	Se respetan los criterios establecidos por directiva para la selección del establecimiento de la referencia	✓		✓		✓		
5	SE manejan adecuadamente los protocolos donde se ubican los criterios para la selección del establecimiento de la referencia	✓		✓		✓		
6	El personal tiene bien en claro los criterios para la selección del establecimiento de la referencia	✓		✓		✓		
7	Existen procedimientos establecidos en el centro de atención de salud de la referencia	✓		✓		✓		
8	Existen procedimientos en el sistema de referencia del centro de atención de salud	✓		✓		✓		
9	Se puede evidenciar la correcta aplicación de los procedimientos de la referencia de los centros de salud de la jurisdicción	✓		✓		✓		
10	Procedimiento de la referencia							
	Contra Referencias	SI	No	SI	No	SI	No	
11	El establecimiento cuenta con un punto de atención para atender y procesar los procedimientos de la contrareferencia	✓		✓		✓		
12	Los puntos de digitación entregan facilitan las condiciones del usuario para la contrareferencia	✓		✓		✓		
13	Los procesos dan atención facilitan las contrareferencia de los resultados.	✓		✓		✓		
14	Se puede evidenciar un creciente número de contrareferencia injustificada que genera disconformidad en los pacientes.	✓		✓		✓		

Observaciones (precisar si hay suficiencia): aplicar directiva

Opinión de aplicabilidad: Aplicable [X] Aplicable después de corregir [] No aplicable [] ... de ... del 20...
 Apellidos y nombres del juez evaluador: Francisco Lopez Salazar DNI: 06451655

Especialidad del evaluador: Completar
 Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los items planteados son suficientes para medir la dimensión
 Claridad: Se enfoca sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo
 Pertinencia: Si el ítem pertenece a la dimensión.
 Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo

[Firma manuscrita]

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE capacidad resolutiva

N°	DIMENSIONES / Items	Claridad ¹		Pertinencia ²		Relevancia ³		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
	Capital humano							
1	El establecimiento de salud cuenta Profesionales de la salud médico y no médico que corresponde a la categoría I-1	✓		✓		✓		
2	El establecimiento de salud cuenta Profesionales de la salud médico y no médico que corresponde a la categoría I-2	✓		✓		✓		
3	El establecimiento de salud cuenta Profesionales de la salud médico y no médico que corresponde a la categoría I-4	✓		✓		✓		
4	El personal del establecimiento de salud se encuentra capacitado y preparado para resolver el sistema de referencias contra referencias a la categoría I-1	✓		✓		✓		
5	El establecimiento cuenta con hoja de referencia comunal El establecimiento de salud cuenta Profesionales de la salud médico y no médico que corresponde a la categoría I-1	✓		✓		✓		
6	El establecimiento cuenta con hoja de referencia comunal El establecimiento de salud cuenta Profesionales de la salud médico y no médico que corresponde a la categoría I-2	✓		✓		✓		
7	El establecimiento cuenta con hoja de referencia comunal El establecimiento de salud cuenta Profesionales de la salud médico y no médico que corresponde a la categoría I-4	✓		✓		✓		
8	Los profesionales reconocen los protocolos de atención del sistema de referencias que corresponde a las categorías I-1, I-2 y I-4	✓		✓		✓		
	Instrumento de Registro é Información	Si	No	Si	No	Si	No	
9	Los establecimientos envían información mensual de referencia en fechas establecidas	✓		✓		✓		
10	Los establecimientos cuentan con libros debidamente foliados para efectos de la auditoría médica	✓		✓		✓		
11	El establecimiento cuenta con un punto de digitación para procesar información de referencia	✓		✓		✓		
12	Los establecimientos cuentan con seguridad para el resguardo de la información, así como, copia de seguridad de los registros.	✓		✓		✓		
	Flujo de Información del sistema	Si	No	Si	No	Si	No	
13	Los establecimientos cuentan con un sistema de comunicaciones operativo y pertinente	✓		✓		✓		
14	La información entre los establecimientos se realiza en tiempo real	✓		✓		✓		

15	Los establecimientos cuentan con un parque informático actualizado	✓							
16	Los establecimientos hacen uso de las redes sociales a fin de mejorar la comunicación oficial entre los integrantes de los equipos de atención	✓							
	Transporte		Si	No	Si	No	Si	No	
17	Los establecimientos según su nivel cuentan con un sistema de transporte para la referencia de manera oportuna	✓			✓				
18	Las ambulancias se encuentran en condiciones óptimas para atender las emergencias y traslados de pacientes	✓			✓				
19	Las ambulancias cuentan con seguro contra todo tipo de riesgo y siniestros	✓			✓				
	Abastecimiento								
20	Los establecimientos cuentan con suficientes recursos logísticos para atender las emergencias de los pacientes	✓			✓				
21	La caja chica es suficiente para cubrir los gastos e imprevistos	✓			✓				
22	Los establecimientos cuentan con programan anualmente sus pedidos de consumo de los establecimientos.	✓			✓				
Observaciones (precisar si hay suficiencia): <u>P. P. L. I. C. A. P. P. L. O. T. O.</u>									

Opinión de aplicabilidad: Aplicable [X] No aplicable [] 15 de Dic. del 2015

Apellidos y nombres del juez evaluador: D. Sr. Dr. Dumestier Jorge Pablo DNI: 2.869.8815

Especialidad del evaluador: Gerencia de R.

*Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

*Pertinencia: Si el ítem pertenece a la dimensión.

*Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo

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



