



**Universidad Nacional
Federico Villarreal**

Vicerrectorado de
INVESTIGACIÓN

ESCUELA UNIVERSITARIA DE POSGRADO

**“FACTORES QUE INFLUYEN EL SISTEMA DE REFERENCIA Y
CONTRAREFERENCIA EN EL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA,
HOSPITAL DE CHANCAY, ENERO- DICIEMBRE, 2016”**

**TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADEMICO DE:
MAESTRA EN SALUD PÚBLICA CON MENCIÓN EN GESTIÓN
HOSPITALARIA**

AUTORA:

ASCASIBAR ANDRADE YVONNE MEDALIT

ASESORA:

DRA GLADYS SALOME FLORES RAGAS

JURADO:

DR. GLENN ALERTO LOZANO ZANELLY

DRA. ABIGAIL TEMOCHE HUERTAS

DR. ELIAS MELITON ARCE RODRIGUEZ

LIMA – PERÚ

2019

Dedicatoria

A Dios por su infinita bondad y amor, por permitirme llegar hasta este punto y haberme dado salud para lograr mis objetivos.

A mis padres por haberme dado todo su amor, por su apoyo en todo momento, por sus sabios consejos, por los valores enseñados, y sobre todo por permitirme ser una persona de bien.

A mis hermanas porque ellas son para mí, las mejores profesionales, mis grandes guías, por haber infundado en mí persona ejemplo de constancia y perseverancia; y quienes han hecho posible que logre salir de los obstáculos y vicisitudes que se presentaron en el camino y conseguir lo anhelado.

A mi hija por ser ella mi razón, mi motivo, mi inspiración para seguir siempre adelante.

Agradecimiento

Expreso mi agradecimiento a mi asesora de tesis Dra. Gladys Flores Ragas, por su orientación y atención a mis consultas, por su dedicación y apoyo constante para la culminación de esta tesis.

Así mismo, agradezco a la Lic. Rocio Toledo Lucho y Mg. Mayra García Silva, compañeras y amigas de trabajo del Hospital de Chancay por su apoyo personal, por sus sugerencias e ideas que facilitaron el logro de esta tesis.

Gracias a mis padres, a mis hermanas, porque con ellos compartí momentos maravillosos en familia que me quedan en el recuerdo y es un aliento para seguir viendo la vida de la mejor manera y porque siempre me han prestado un gran apoyo moral y humano, necesarios en los momentos difíciles de este trabajo. Pero, sobre todo, gracias a mi hija Alexandra, por su paciencia, tolerancia, comprensión y solidaridad con este proyecto, por el tiempo que me ha concedido, un tiempo robado a nuestra historia familiar. Sin su apoyo este trabajo no sería culminado.

RESUMEN

El presente trabajo de investigación se realizó con la finalidad de determinar la influencia de los factores en el desarrollo del Sistema de Referencia y Contrareferencia en el servicio de Gineco-Obstetricia, Hospital de Chancay, Enero - Diciembre, 2016.

Se utilizó el método hipotético-deductivo con enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo, diseño no experimental de corte transversal y correlacional. La población estuvo conformada por 42 profesionales de la salud que laboran en el servicio de Obstetricia y los centros periféricos y 837 pacientes referidas a emergencia materno y consultorios externos de Gineco-obstetricia, se realizó muestreo no probabilístico por conveniencia al personal de salud teniendo así 42 profesionales de la salud, y la muestra de las pacientes referidas fueron 264 pacientes; la recolección de la información se realizó mediante la aplicación de dos instrumentos tipo encuestas que permitió medir la variable factores que influyen en el SRC conformado por 26 ítems, para responder las preguntas se usó la escala de preguntas con respuestas policotomicas y la variable Sistema de Referencia y Contrareferencia (SRC), conformado por 18 ítems, para responder las preguntas se usó la escala de preguntas con respuestas policotomicas.

Los resultados de la investigación demuestran la influencia entre las variables, se aplicó la prueba estadística de Rho de Spearman. Se obtuvo un coeficiente de correlación $r = 0.585$, que se interpreta como una correlación moderada entre las dos variables y un valor de Sig. de 0.00 que es menor al valor de $\alpha = 0.05$; con el cual se rechaza el H_0 y se aceptaría la H_a . Por lo tanto, se confirma que si los factores que influyen en el sistema de referencia y contrareferencia son adecuados entonces es óptimo el desarrollo del servicio de Gineco obstetricia, Hospital de Chancay, Enero – Diciembre, 2016.

Palabras clave: Factores, Sistema de Referencia, contrareferencia

ABSTRACT

The present research work was carried out with the purpose of determining the influence of the factors in the development of the Reference and Counter-Referral System in the service of Gineco-Obstetrics, Hospital de Chancay, January-December, 2016.

We used the hypothetico-deductive method with a quantitative approach, descriptive type, non-experimental cross-sectional and correlational design. The population consisted of 42 healthcare professionals working in the obstetrics service and peripheral centers and 837 patients referred to maternal emergency and outpatient clinics of Gineco-obstetrics, non-probabilistic sampling was carried out for convenience to the health personnel thus having 42 healthcare professionals, and the sample of the referred patients were 264 patients; the collection of information was carried out by applying two survey-type instruments that allowed to measure the variable factors that influence the CRS made up of 26 items, to answer the questions the scale of questions with polycotomic responses and the variable Reference System was used and Counter-referral (SRC), consisting of 18 items, to answer the questions the scale of questions with polycotomic answers was used.

The results of the investigation show the influence between the variables, the statistical test of Rho de Spearman was applied. A correlation coefficient $r = 0.585$ was obtained, which is interpreted as a moderate correlation between the two variables and a Sig value of 0.00 that is less than the value of $\alpha = 0.05$; with which the H_0 is rejected and H_a is accepted. Therefore, it is confirmed that if the factors that influence the referral and counter-referral system are adequate, then the development of the Obstetrics Gynecology service, Hospital de Chancay, January, will be optimal. - December, 2016.

Keywords: Factors, Reference System, counter-reference

INDICE

RESUMEN	iv
ABSTRACT	v
INTRODUCCIÓN	xi
CAPÍTULO I PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	14
1.1. ANTECEDENTES.....	14
1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	20
1.3. OBJETIVOS.....	24
1.4. JUSTIFICACIÓN.....	25
1.5. ALCANCES Y LIMITACIONES.....	26
1.6. DEFINICIÓN DE VARIABLES	27
CAPÍTULO II MARCO TEORICO	29
2.1. BASES TEÓRICAS	29
2.2. MARCO CONCEPTUAL.....	31
2.3. HIPÓTESIS	43
CAPÍTULO III METODO	46
3.1. TIPO DE ESTUDIO.....	46
3.2. DISEÑO DE INVESTIGACION	46
3.3. ESTRATEGIA DE PRUEBA DE HIPÓTESIS	47
3.4. VARIABLES	48
3.5. POBLACIÓN:	51
3.6. MUESTRA:	51
3.7. TÉCNICAS DE INVESTIGACION	53
CAPÍTULO IV PRESENTACION DE RESULTADOS	57
CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS - ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN.....	57

CAPÍTULO V DISCUSIÓN	61
DISCUSION.....	61
CONCLUSIONES.....	65
RECOMENDACIONES	67
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	69
ANEXOS	73
Anexo 1: Matriz de consistencia	73
Anexo 2: Instrumento que determina los factores que influyen en el sistema de Referencias y Contrareferencias.....	75
Anexo 3: Instrumento que mide el Sistema de Referencias y Contrareferencias.....	78
Anexo 4: Validacion del Instrumento de la Variable 1: Factores que influyen en el SRC .	80
Anexo 5: Validacion del Instrumento de la Variable 2: SRC.....	81
Anexo 6: Confiabilidad del Instrumento de la Variable 1: Factores que influyen en los SRC.....	82
Anexo 7: Confiabilidad del Instrumento de la Variable 2: : Sistema de Referencia y Contrareferencia	84
Anexo 8: Estadística descriptiva.....	86

Lista de tablas

Tabla 1: <i>Operacionalización de Variables</i>	50
Tabla 2: <i>Correlación entre los Factores que y el Sistema de Referencias y Contrareferencias</i>	57
Tabla 3: <i>Correlación entre el Factor de Comunicación y el Sistema de Referencias y Contrareferencias</i>	58
Tabla 4: <i>Correlación entre el factor de identificación y compromiso con el SRC</i>	59
Tabla 5: <i>Correlación entre el Factor accesibilidad al sistema y el SRC</i>	60
Tabla 6: <i>Matriz de consistencia</i>	73
Tabla 7: <i>Cálculo de validación de expertos</i>	80
Tabla 8: <i>Cálculo de validación de expertos</i>	81
Tabla 9: <i>Hoja de Cálculo Coeficiente Alfa de Cronbach para su Fiabilidad del Cuestionario para medir los factores que influyen en los SRC</i>	83
Tabla 10: <i>Hoja de Cálculo Coeficiente Alfa de Crombach para su Fiabilidad del Cuestionario para medir los SRC</i>	85
Tabla 11: <i>Edad de las usuarias del servicio de Gineco-Obstetricia</i>	86
Tabla 12: <i>Estado Civil de las usuarias del servicio de Gineco-Obstetricia</i>	86
Tabla 13: <i>Profesión de las usuarias del servicio de Gineco-Obstetricia</i>	88
Tabla 14: <i>Grado de instrucción de las usuarias del servicio de Gineco-Obstetricia</i>	89
Tabla 15: <i>Lugar donde fue referida las usuarias del servicio de Gineco-Obstetricia</i>	90
Tabla 16: <i>Establecimiento de referencia de las usuarias del servicio de Gineco- Obstetricia</i>	91
Tabla 17: <i>Motivo de referencia de las usuarias por consultorio externo del servicio de Gineco-Obstetricia</i>	91

Tabla 18: <i>Motivo de referencia de las usuarias por emergencia obstétrica del servicio de Gineco-Obstetricia.....</i>	93
Tabla 19: <i>Género de los profesionales del servicio de Gineco-Obstetricia, Hospital de Chancay</i>	94
Tabla 20: <i>Edad de los profesionales del servicio de Gineco-Obstetricia, Hospital de Chancay</i>	95
Tabla 21: <i>Condición Laboral de los profesionales del servicio de Gineco-Obstetricia, Hospital de Chancay.</i>	96
Tabla 22: <i>Nivel del Factor de comunicación del servicio de Gineco-Obstetricia.</i>	97
Tabla 23: <i>Nivel del Factor de identificación y compromiso del servicio de Gineco-Obstetricia.</i>	98
Tabla 24: <i>Nivel del Factor de accesibilidad al sistema del servicio de Gineco-Obstetricia....</i>	99
Tabla 25: <i>Nivel de los Factores que manejan en el servicio de Gineco-Obstetricia.</i>	100
Tabla 26: <i>Nivel de Sistema de Referencias y Contrareferencias que manejan en el servicio de Gineco-Obstetricia.....</i>	101

Lista de figuras

<i>Figura 01.</i> Edad de las usuarias del servicio de Gineco-Obstetricia.....	86
<i>Figura 02.</i> Estado Civil de las usuarias del servicio de Gineco-Obstetricia.	87
<i>Figura 03.</i> Profesión de las usuarias del servicio de Gineco-Obstetricia.....	88
<i>Figura 04.</i> Grado de instrucción de las usuarias del servicio de Gineco-Obstetricia	89
<i>Figura 05.</i> Lugar donde fue referida las usuarias del servicio de Gineco-Obstetricia.....	90
<i>Figura 06.</i> Establecimiento de referencia de las usuarias del servicio de Gineco - Obstetricia.....	91
<i>Figura 07.</i> Motivo de referencia de las usuarias por consultorio externo del servicio de Gineco-Obstetricia.....	92
<i>Figura 08.</i> Motivo de referencia de las usuarias por emergencia obstétrica del servicio de Gineco-Obstetricia.....	928
<i>Figura 09.</i> Género de los profesionales del servicio de Gineco-Obstetricia.....	94
<i>Figura 10.</i> Edades de los profesionales del servicio de Gineco-Obstetricia.	95
<i>Figura 11.</i> Condición Laboral de los profesionales del servicio de Gineco-Obstetricia. ...	96
<i>Figura 12.</i> Nivel del Factor de comunicación del servicio de Gineco-Obstetricia.	97
<i>Figura 13.</i> Nivel del Factor de identificación y compromiso del servicio de Gineco- Obstetricia.....	98
<i>Figura 14.</i> Nivel del Factor de accesibilidad al sistema del servicio de Gineco- Obstetricia.....	99
<i>Figura 15.</i> Nivel de los Factores que manejan en el servicio de Gineco-Obstetricia.	100
<i>Figura 16.</i> Nivel de Sistema de Referencias y Contrareferencias que manejan en el servicio de Gineco-Obstetricia.	101

INTRODUCCIÓN

En el Perú, el Ministerio de Salud viene impulsando un Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) para la población. Este modelo que pretende solucionar las necesidades de atención de la salud de la población, se basa en principios de: integralidad, universalidad en el acceso, equidad, calidad, eficiencia, respeto a los derechos de las personas, descentralización, participación y promoción de la ciudadanía. (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.

Los procesos de referencia y contrareferencia 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 de salud requiere para lograr la satisfacción del usuario, como un derecho a la salud.

En base a los principios descritos y ante el evidente desorden, existente en la referencia de usuarios en el ámbito nacional, el Ministerio de Salud elaboró el documento "Normas del Sistema de Referencia y Contrareferencia (SRC) de los Establecimientos del Ministerio de Salud", según RM N° 155-2001-SA/DM, del 07 de Marzo de 2001, con la intención de sentar las bases, para permitir la continuidad de la atención integral de

usuarios por los establecimientos de salud del país, de diferente capacidad resolutive. (MINSA, 2004)

El Hospital de Chancay no es ajeno a esta realidad nacional, también se ve afectado por factores que inciden en las bajas coberturas de referencias y contrareferencias. En un informe técnico presentado por el servicio de Gineco - Obstetricia en el 2005 se reveló que 1332 atenciones en la emergencia obstétrica procedentes de puestos de salud de la periferie, solo 253 presentaron hoja de referencia, siendo su cobertura del 18.98%, la cual era baja, además que de todas las atenciones referidas se contrareferieron solo el 12% y para el 2006 gracias a las metas trazadas y a las estrategias formuladas, de 1579 atenciones recibidas, 725 presentaron hojas de referencias llegando a una cobertura del 46.32%. La Unidad de Seguro Integral de Salud (SIS) encargado en la actualidad del sistema de referencia y contrareferencia informó que en el año 2015 el total de atenciones de gestantes fue de 12163; de las cuales solo se recibieron 2480 referencias de los puestos de salud de la periferie (20.38%), con un total de 1779 de pacientes contrareferidas (14.62%), así como también un total de 309 referencias a la emergencia Gineco - obstétrica y 528 atenciones fueron consulta externa Gineco-obstétricas, siendo el puesto de salud de Peralvillo, Pampa libre y Chancayllo los que más refieren en ese orden, seguidos del Puesto de salud de Quepepampa, Pasamayo, Aucallama, Palpa y Cerro la culebra. Considerando este planteamiento surge la necesidad de conocer que factores influyen en el proceso de referencia y contrareferencia en el Servicio de Gineco - Obstetricia con el fin de elevar los niveles de productividad, excelencia y reducir la morbimortalidad materno perinatal de este hospital.

Este documento está conformado por cinco capítulos, donde se han desarrollado las situaciones que conllevaron a esta investigación. El **Capítulo I**, narra los antecedentes, se

plantea el problema, se define el objetivo general, los objetivos específicos, se justifica el problema, pasando por los antecedentes, y finalmente se definen las Variables. En el **capítulo II**, narra el marco teórico, las teorías generales, bases teóricas, marco conceptual e Hipótesis. En el **capítulo III**, se explica detalladamente la metodología que se utilizó en la investigación de este estudio. El tipo, diseño de investigación, estrategia de prueba de hipótesis, variables, población, muestra, técnicas de investigación, instrumento, procesamiento y análisis de datos. En el **capítulo IV**, se presenta los resultados, la contrastación de Hipótesis y finalmente el análisis e interpretación de los resultados. En el **capítulo V**, se presenta la discusión, se mencionan las conclusiones a las que se ha llegado al finalizar la investigación, se plantean las recomendaciones, que se desprenden de los resultados, enfocando estas según niveles de jerarquía, para su consideración en la ejecución y así se pueda mejorar los factores que influyen el sistema de referencia y contrareferencia en el servicio de Gineco - obstetricia, Chancay 2016. Y finalmente se integran las referencias bibliográficas en las que se respalda la investigación.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. ANTECEDENTES

Luego de haber revisado algunas investigaciones realizadas a nivel internacional y nacional sobre factores que influyen el sistema de referencia y contrareferencia, se pudo seleccionar antecedentes que proporcionan aportes importantes para sustentar con mayor precisión esta investigación.

Antecedentes internacionales.

Talaigua, M. (2015) indicó: *“Evaluación del Sistema de Referencia y Contrareferencia Municipio de Montería Colombia”*. Consideró que un sistema de referencia y contrareferencia promueve la eficiencia en el sector de salud; tanto la eficiencia productiva como la eficiencia económica a fin de hacer buen uso de los recursos de un sistema de salud, es importante que los problemas de salud se atiendan en el nivel que corresponde a su complejidad. No obstante, tomando la estructura de una red asistencial de salud como base, es frecuente observar que los establecimientos de segundo y tercer nivel con recursos humanos y técnicos muy especializados, atienden problemas de salud sencillos. De esta manera los recursos del primer nivel son subutilizados, mientras que los establecimientos del segundo y tercer nivel se congestionan. Los resultados de este comportamiento son doblemente negativos. No sólo se pierde eficiencia productiva de manera importante, sino que la congestión de los establecimientos secundarios puede impedir la atención oportuna de casos más complejos, violando así, además, el principio de equidad vertical. Por otro lado, y desde el punto de vista de la eficiencia económica, es importante asegurar que el servicio médico se brinde en aquél establecimiento dónde se pueda entregar a menor costo.

En segundo lugar, si el SRC no existiese o no funcionase bien, la utilización de los recursos del segundo y tercer nivel de atención para resolver problemas sencillos, impediría una atención oportuna de casos complejos y originaría listas de espera, corrupción, insatisfacción de usuarios y mayores costos al sistema. En tercer lugar, un SRC evita la generación de costos innecesarios, tanto para el sistema de salud como para los usuarios.

Zegada, P., Ramírez, I. & Montesinos, A. (2014) indicó: ***“Análisis de los Conocimientos y Prácticas del Sistema de Referencia y Contrareferencia de jóvenes y adultos de ambos sexos. Municipio de Alcalá”***. Tuvieron como objetivo analizar los conocimientos y prácticas del sistema de referencia y contrareferencia en jóvenes y adultos de ambos sexos del municipio de Alcalá para una atención médica oportuna integral y de calidad. Siguiendo un enfoque cualicuantitativo se ha realizado una investigación descriptiva, con la técnica de la encuesta se recolectó datos a través de un cuestionario de conocimientos y prácticas sobre referencia y contra referencia durante los meses de octubre de 2013 a enero de 2014. La muestra fue de 196 personas de ambos sexos de 15 años adelante. Encontrándose como resultado que los conocimientos y prácticas en varones y jóvenes respecto al sistema de referencia y Contrareferencia son mayores en relación a mujeres; no hay suficiente conocimiento y preparación en caso de emergencias, cuidado de hijos, retorno, alojamiento entre otros. Llegando a la conclusión de que el estudio muestra la necesidad de pensar en mecanismos que garanticen mejorar la información para este grupo e introducir medidas de tenencia de los hijos mientras la paciente es referida a otro centro de salud.

Gordon, B., Fuertes, V. & Tipaz, A. (2014) indicó: ***“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”***. Se tomó en cuenta a la población que ha usado el sistema de Referencia y Contrareferencia durante los meses de enero, febrero, marzo, abril del año 2014, que asiste al Centro de Salud N°1 de la ciudad de Tulcán que son un número de 302 personas con una muestra de 169 encuestas. Llegaron a la conclusión que el impacto que ha provocado el sistema de referencia y contra referencia es negativo en relación a la calidad de atención del usuario externo, porque no satisface las necesidades requeridas por parte de ellos. Y que es importante que haya una constante planificación de programas de capacitación continua al personal de salud integrando al primer y segundo nivel de atención con la finalidad de detectar falencias e ir corrigiendo las mismas en beneficio del usuario externo. Que a pesar de la utilización del sistema de Referencia y Contrareferencia aún sigue existiendo la aglomeración de los usuarios externos en el Centro de Salud debido a la falta de información por parte del personal para que ellos tomen conciencia de cómo utilizar mejor lo servicios de salud.

Ramírez, E., Guzmán, V., & Peña, A. (2012) indicó: ***“Evaluación del Sistema de Referencia y Contrareferencia en el Servicio de Urgencias de la Empresa Social del Estado Hospital Local Arjona Cartagena de indias”***. Realizaron un trabajo con la población urbana del municipio de Arjona y tomaron como población objeto a la población que consume los servicios de Urgencia de la ESE Hospital Local Arjona que atiende en promedio 67 pacientes diarios, lo que equivale en un mes a 1.742 pacientes esto multiplicado por los 12 meses del año sería 20.904 consultas al año, en la sede principal donde se presta este servicio. A partir de los resultados obtenidos se afirmó que el nivel de satisfacción de los usuarios respecto a los procesos de referencia y contrareferencia es

medio o regular. Esto se debe principalmente a que la percepción subjetiva que los usuarios tienen de los servicios. En el caso específico de los procesos de referencia y contrareferencia dentro del hospital, los usuarios refirieron que el trámite documentario, la celeridad de respuesta de la red de prestación de servicios coordinada y la oportunidad de la atención deben ser mejorados para que respondan adecuadamente a los criterios de calidad y a las necesidades de los pacientes. Tomando en cuenta esto plantea que la referencia y contrareferencia de pacientes en el Hospital Local de Arjona amerita una acción de mejoramiento continuo en los aspectos humanos, técnicos, tecnológicos y de logística del servicio, en los términos de un modelo sistemático de la atención intrahospitalaria.

Antecedentes nacionales

Del Mar, M. & Quispe, G. (2016). Indico: *“Manejo de las referencias y contrareferencias de las pacientes obstétricas atendidas en el Centro de Salud de San Jerónimo, Cusco 2014”*. Tuvo como objetivo: determinar el manejo de las referencias y contrareferencias de las pacientes obstétricas atendidas en el Centro de Salud San Jerónimo cusco 2014. Se realizó esta investigación con enfoque cuantitativo, descriptivo, transversal con un diseño no experimental. En las características sociodemográficas se observa en cuanto a la edad un 86.7% se encuentran entre las edades 19 – 34 años. Se identifica que la preeclampsia y la estrechez pélvica son los principales motivos de la referencia en el Centro de Salud de San Jerónimo con un 11.10%; el 82.30% si reciben tratamiento, el 66.70% son referidas a emergencia y utilizan el 52.17% de recursos de soporte a ecografías. El responsable del mecanismo de atención es el Médico en un 51.5% y la coordinación del transporte se encarga la Obstetra en un 72.3%. Si cumple con los criterios de capacidad resolutive. Se identificó el motivo de la contrareferencia en un 92% a consultorio externo. El llenado de

indicaciones de Contrareferencia fue un 85% y el 100% de las pacientes cuentan con Seguro Integral de Salud (SIS) En el año 2014 las condiciones del usuario es de mejorado en 38% y curado en 62%. Conclusión: El manejo de las referencias y contrareferencias de pacientes obstétricas atendidas fueron significativamente regular, con falta de comunicación al usuario y la baja participación a nivel comunal.

Florián, A. (2015) indicó: *“Evaluación de la Aplicación de la guía de práctica clínica de Emergencias Obstétricas en el Centro de Salud Bellavista, Callao – 2012”*. Evaluaron las referencias obstétricas de emergencia de acuerdo a la “Guía de práctica clínica para la atención de las emergencias obstétricas según nivel de capacidad resolutive”. Se recolectó la información de todas las historias clínicas de emergencia, formatos de referencia y del libro de reporte de obstetricia de aquellas gestantes referidas desde la emergencia de un centro de salud 1-4, de enero a diciembre del año 2012. Resultados: De un total de 175 referencias, 30 no aplicaron al estudio y de los 145 restantes, 30 tenían diagnósticos que, si ameritaban referirse, de éstos entre los más frecuentes se encontró: descartar Pelvis estrecha con 12 referencias (40,0%), seguido de descartar Aborto incompleto con 9 referencias (30,0%). El diagnóstico más frecuente del total de referencias fue la ruptura prematura de membrana (67 casos) seguido de pre eclampsia leve (48 casos). Al final del estudio se observó que solo cuatro atenciones médicas (2,9%) fueron manejadas según la guía. Finalmente, de las 175 referencias, 123 terminaron en parto vaginal sin complicaciones. Concluyendo que el porcentaje de referencias injustificadas es muy alto, generando inadecuada utilización de recursos del Estado, además de inadecuados resultados en el parto institucional y capacidad resolutive.

Montaño, D. & Meléndez, L. (2014) indicó: ***“Manejo de las Referencias y Contrareferencias de las pacientes Obstétricas atendidas en el Centro de Salud de Wanchaq, Cusco 2014”***. Tuvieron como objetivo determinar el manejo de las referencias y contrareferencias de las pacientes obstétricas atendidas en el Centro de Salud de Wanchaq, Cusco, durante el año 2014, fue un estudio descriptivo, cuantitativo, retrospectivo, de diseño no experimental, transversal; donde se concluyó que las características sociodemográficas y reproductivas son: 83% de 19 a 34 años, la edad mínima 15, la máxima 40, mediana 27 y moda 32 años; el 73% estudio secundaria, 63% son convivientes, 87% vive en zona urbana, 100% cuentan con seguro, el 50% no tuvo hijos anteriores, 100% partos institucionales, 47% uso métodos hormonales; respecto al manejo de referencia a nivel del establecimiento, el 90% utilizan medios de transporte para acudir al centro de salud, 67% es acompañada, 60% identificó el problema de salud, el diagnóstico es 21% hipertensión inducida por el embarazo, 57% referidos por médicos, la condición fue estable en un 100%, 40% uso laboratorio como recurso de soporte, 98% no fueron coordinadas, 100% con seguro subsidiado, 100% sin tratamiento, a emergencia, a un establecimiento de mayor capacidad resolutive, y no uso medios de transporte propios del establecimiento, atención de 12 Hrs./día. Respecto al manejo de referencia de pacientes obstétricas desde el nivel de la comunidad, se concluye que no existe la conformación de estos agentes, por lo tanto, no existen referencias de parte de agentes comunales. En cuanto a la pertinencia del informe de la contrareferencia de las pacientes obstétricas referidas, se concluye que no se encontró ninguna hoja de contrareferencia, las referencias fueron todas justificadas, 76% curadas, ningún caso de mortalidad materna, 94% atendidas por obstetras, el control respecto a monitoreo, supervisión y/o evaluación de las referencias no se efectúan.

Hospital de Chancay - Departamento de Gineco – Obstetricia. (2005). *“Porcentajes de gestantes referidas del primer nivel de atención que acuden a la emergencia obstétrica, 2005”*. Se identificó que la gran mayoría de gestantes procedentes de establecimientos de salud acuden a su atención por el servicio de emergencia obstétrica sin hoja de referencia. El resultado obtenido de 1332 atenciones de puestos de salud, 253 fueron atendidos con hoja de referencia (18.99). Concluyendo que es importante monitorizar dicho indicador ya que el porcentaje alcanzado es bajo, y no están cumpliendo con las normas de referencia y contrareferencia dado por el MINSA.

1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS), los gobiernos de todo el mundo tienen la responsabilidad de garantizar que sus sistemas de salud respondan a las necesidades de su población con eficacia y eficiencia, basando sus modelos de salud en la Atención Primaria (APS). En función de esta premisa, los estados miembros se comprometieron en el 2005 a desarrollar sus sistemas de financiación sanitaria, de manera que todas las personas tuvieran acceso a los servicios y no sufrieran dificultades financieras al pagar por ellos, a este objetivo se le definió como “Cobertura Universal”. La iniciativa Alianza Mundial por la seguridad del paciente, realizado en Washington por la OMS, exhorta en realizar la referencia entendiendo esta como el traslado de un paciente a otro lugar para que reciban cuidados que no pueden ser brindados en el lugar de origen, donde deberían ser hecha siempre después de una comunicación con el lugar al cual se va a derivar al paciente, y la contrareferencia es la devolución del paciente al lugar de origen, lo que a su vez requiere que sea acompañada de otro cuidadoso informe hecho en el lugar donde estuvo, que incluya todos los estudios que se hicieron, eventuales tratamientos, complicaciones probables, guía de seguimiento y otros. (Fernandez, y otros, 2016)

Según Margaret Chan, directora de OMS, “entre el 20% y el 40% del gasto en salud se pierde por la ineficiencia en los sistemas de salud”. La falta de planeación en la prestación de servicios, la duplicidad de recursos, el ineficiente sistema de registro e información, la falta de recursos humanos debidamente formados y capacitados llevan a la ineficacia de las redes de prestación de servicios, generando graves problemas de inequidad, acceso y cobertura que conducen a la muerte a muchas personas cada año. La OMS plantea que un sistema de salud “consiste en el conjunto de organizaciones, personas y acciones cuya finalidad es promover, restaurar o mantener la salud. En este sentido, la OMS, menciona en el documento “La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas”, de 2007 “Los servicios de atención primaria deben ser apoyados y complementados por diferentes niveles de atención especializada, tanto ambulatorios como hospitalarios, así como por el resto de la red de protección social. Por tal razón, los sistemas de atención de salud deben trabajar de forma integrada mediante el desarrollo de mecanismos de coordinación de la atención a lo largo de todo el espectro de servicios, incluyendo el desarrollo de redes y de sistemas de referencia y contrareferencia”. (Fernandez, y otros, 2016)

Los sistemas nacionales de salud en muchos de los países del mundo, se han organizado bajo la estrategia de niveles de atención médica o escalonamiento de los servicios dentro de los cuales encontramos las unidades operativas del primer nivel (clínicas, unidades de Medicina Familiar o Salud Familiar, centros de salud, etc.), que brindan atención específica y de carácter ambulatorio, resuelve del 80 a 85% de los problemas de salud más frecuentes, con tecnología de baja complejidad. Los hospitales generales, clínicas de especialidades o policlínicos que corresponden al segundo nivel, son responsables de resolver el 10-15% de los problemas de salud referidos por el primer nivel

de atención o consultados espontáneamente a través de los servicios de Urgencias y requieren tecnología de mediana complejidad. El tercer nivel de atención lo conforman “Los Institutos Nacionales de Salud y Centros Médicos de Especialidades los cuales están diseñados para resolver el 5% de los problemas de salud que requieren tecnología de alta complejidad...” La integración entre niveles de atención, funcionando como red coordinada de servicios de salud, favorece la continuidad e integralidad en la prestación de servicios, que en la mayor parte de los países se traducen en Sistemas de Referencia y Contrareferencia de Pacientes (SRCRP).

El Ministerio de Salud (Perú) en el Modelo de Atención Integral de Salud se basa en el principio de integridades el cual tiene varias dimensiones, siendo una de ellas la continuidad de la atención que supone que la atención de la salud de una persona no puede darse en forma limitada o verse interrumpida por factores atribuibles a la limitada capacidad resolutoria de los establecimientos de salud, sino por el contrario, esta debe ser seguida y completada hasta solución del daño o episodio de enfermedad específica.

El Hospital de Chancay no es ajeno a esta realidad nacional, también se ve afectado por factores que inciden en las bajas coberturas de Referencias y Contrareferencias. En un informe técnico presentado por el servicio de Gineco obstetricia en el 2005 se revela que de 1332 atenciones en la emergencia obstétrica procedentes de puestos de salud sólo 253 presentaron hoja de referencia siendo su cobertura del 18.98%, la cual es baja. Además, se conoce que de todas las atenciones referidas se contrareferieron solo el 12%., y para el 2006 gracias a las metas trazadas y a las estrategias tomadas, de 1579 atenciones recibidas, 725 presentaron hojas de referencia llegando a una cobertura del 46.32% lo cual sobrepaso la meta programada del 45%. Así mismo según la Unidad de Seguro Integral encargado del

sistema de referencia y contrareferencia informo que en el año 2015 el total de atenciones de gestantes fue de 12163; de las cuales solo se recibieron 2480 referencias y con un total de 1779 de pacientes contrareferidos, así como también un total de 309 referencias a la emergencia Gineco obstétrica y 528 atenciones de consulta externa Gineco-obstétricas. Durante el año 2016 (enero a diciembre), se recibieron un total de 2409 referencias de gestantes. Para consultorio externos: 580, Emergencias obstétricas: 265, Emergencias Ginecológicas: 522 y Apoyo al Diagnóstico: 1564, y un total de: 1725 contrareferencias (enero a diciembre), 2016. Considerando este planteamiento surge la necesidad de conocer que factores influyen en el proceso de Referencia y Contrareferencia en el Servicio de Gineco-Obstetricia con el fin de elevar los niveles de productividad y excelencia y reducir la morbimortalidad materno perinatal de este hospital.

Por ello es importante determinar qué factores influyen en el sistema de referencia y contrareferencia en el desarrollo del servicio de Gineco obstetricia del Hospital de Chancay.

I.2.1. Problema General

¿Cómo influyen los factores en el desarrollo del Sistema de Referencia y Contrareferencia en el servicio de Gineco-Obstetricia, Hospital de Chancay, Enero – Diciembre, 2016?

I.2.2. Problema Específico

Problema específico 1

¿Cómo influye la comunicación entre los puestos periféricos con el sistema de referencia y contrareferencia en el servicio de Gineco-Obstetricia, Hospital de Chancay, Enero – Diciembre, 2016?

Problema específico 2

¿Qué grado de identificación y compromiso tienen los profesionales de la salud con el sistema de referencia y contrareferencia en el servicio de Gineco-Obstetricia, Hospital de Chancay, Enero – Diciembre, 2016?

Problema específico 3

¿Cuál es la influencia de la accesibilidad con el sistema de referencia y contrareferencia en el servicio de Gineco-Obstetricia, Hospital de Chancay, Enero – Diciembre, 2016?

1.3. OBJETIVOS**1.3.1 Objetivo general**

Determinar la influencia de los factores en el desarrollo del Sistema de Referencia y Contrareferencia en el servicio de Gineco-Obstetricia, Hospital de Chancay, Enero-Diciembre, 2016.

1.3.2 Objetivos específicos**Objetivo específico 1**

Analizar la influencia de la comunicación entre los puestos periféricos con el sistema de referencia y contrareferencia en el servicio de Gineco-Obstetricia, Hospital de Chancay, Enero – Diciembre, 2016.

Objetivo específico 2

Establecer el grado de identificación y compromiso que tienen los profesionales de la salud con el sistema de referencia y contrareferencia en el servicio de Gineco-Obstetricia, Hospital de Chancay, Enero – Diciembre, 2016.

Objetivo específico 3

Analizar la influencia de la accesibilidad con el sistema de referencia y contrareferencia en el servicio de Gineco-Obstetricia, Hospital de Chancay, Enero – Diciembre, 2016.

1.4. JUSTIFICACIÓN

Justificación desde el valor Teórico

En cuanto a la política de investigación y teniendo en cuenta el esfuerzo de modernización, fortalecimiento del rol de conducción social y adecuación de la prestación de los establecimientos de salud al nuevo modelo de Atención Integral de Salud, el MINSA ha considerado ampliar y actualizar las normas del Sistema de Referencia y Contrareferencia de los establecimientos del Ministerio de Salud, ya que es inherente para garantizar la continuidad de la atención. El Departamento de Gineco-obstetricia en el área de emergencia obstétrica del Hospital de Chancay identificó que la gran mayoría de gestantes procedentes de los establecimientos de salud, acuden a su atención por emergencia obstétrica sin hoja de referencia o en la gran mayoría con hojas de referencias con fechas desactualizadas, a pesar de que este es un importante documento normativo para facilitar y/o asegurar la atención oportuna. Al conocer que factores son los influyen en el sistema de referencia y contrareferencia del servicio de Gineco obstetricia nos permitirá fortalecer y mejorar el sistema de referencia y contrareferencia y por consiguiente desarrollar una mejor calidad de atención que permitirá cubrir las expectativas de la población, contribuyendo así a la disminución de la morbimortalidad materna perinatal y formar parte de la línea de investigación de Calidad de las prestaciones asistenciales y su resultado se presentará al Hospital de Chancay.

Justificación desde el valor metodológico

Se sustenta por la aplicación de técnicas y métodos específicos de la investigación válidos para los efectos del estudio, como lo es la construcción, validación y aplicación de un instrumento tipo cuestionario, lo cual nos permitirá entender el sistema de referencia y contrareferencia del servicio de Gineco obstetricia lo que determinará la imagen actual del servicio y de la institución. Es por ello es de importancia aportar para la mejora del sistema de referencias y contrareferencia de pacientes obstétricas a nivel nacional, y así mejorar la calidad de vida de nuestra población. La presente investigación servirá como un instrumento de análisis de casos similares, para futuros estudios de investigación.

Justificación desde el valor Práctico

En cuanto al aporte práctico los resultados proponen información que permitirá determinar la reflexión de los Directivos del Hospital sobre la salud de las pacientes obstétricas referidas y contrareferidas al servicio de Gineco-Obstetricia. Así mismo se pretende despertar la reflexión y el interés de la jefatura del servicio de Gineco - obstetricia, sobre las condiciones laborales como se desenvuelve el personal de salud, considerando que el sistema de referencia y contrareferencia también es parte del sistema prestacional de salud con el objetivo garantizar la continuidad y mejorar la atención en el servicio. De esta forma se podrá detectar cuáles son las fortalezas y debilidades de este servicio lo que podrá construir una base para el mejoramiento de la institución y del servicio, con la consecuente satisfacción del cliente y contribuir a la disminución de la morbilidad materno infantil.

1.5. ALCANCES Y LIMITACIONES

Durante la elaboración de la presente investigación se tuvieron los siguientes alcances; los resultados de la investigación tienen como alcances a la unidad de posgrado de la

Universidad Nacional Federico Villarreal, debido a que se demostrará si los factores que influyen en el sistema de referencia y contrareferencia son adecuados entonces será óptimo el desarrollo del servicio de Gineco obstetricia del Hospital de Chancay, según la opinión del personal de salud que labora en el servicio de Gineco obstetricia y a las pacientes referidas, quienes son los primeros jueces para determinar el sistema de referencias y contrareferencias. No obstante, la metodología usada puede ser aplicada a cualquier población de interés. Así mismo durante el desarrollo de la investigación se han presentado ciertas limitaciones entre estas estuvieron las carencias de antecedentes sobre investigaciones referente a cómo deben de trabajar los profesionales de salud, con respecto a los posibles factores que influyen en el sistema de referencia y contrareferencia, la falta de disponibilidad de algunos usuarios de la muestra estudiada, debido al desinterés que mostraban. De otro lado, los resultados podrán servir en la institución para determinar los factores que influyen en el sistema de referencia y contrareferencia del Hospital de Chancay.

1.6. DEFINICIÓN DE VARIABLES

1.6.1. Definición Conceptual

Variable 1: Factores que influyen

(MINSAL, 2010) Son los elementos que van a causar un efecto positivo o negativo en el Sistema de Referencia y Contrareferencia.

Variable 2: Sistema de Referencia y Contrareferencia

(MINSAL, 2004) El Sistema de Referencia y contrareferencia (SRC) es el conjunto ordenado de procedimientos asistenciales y administrativos, a través del cual se asegura la continuidad de la atención de las necesidades de salud de los usuarios, con la debida

oportunidad, eficacia y eficiencia, transfiriéndolo de la comunidad o establecimiento de salud de menor capacidad resolutive a otro de mayor capacidad resolutive.

1.6.2. Definición Operacional

Variable 1: Factores que influyen

Para fines del estudio, son los elementos que van a repercutir en el Sistema de Referencia y Contrareferencia del servicio de Gineco obstetricia en el cual se brinda una prestación de salud, entre sus dimensiones tenemos la comunicación, identificación y compromiso y accesibilidad al sistema.

Variable 2: Sistema de Referencia y Contrareferencia

Para fines del estudio, es el conjunto de procedimientos asistenciales y administrativos que está orientado a otorgar seguridad a los usuarios minimizando los riesgos en la prestación del servicio y con ello evitar la morbilidad materna perinatal y tiene como dimensión el recurso humano.

CAPÍTULO II

MARCO TEORICO

2.1. BASES TEÓRICAS

2.2.1 Bases teóricas de los factores que influyen en el sistema de referencia y contrareferencia

Teoría General de los sistemas:

Al pasar de los años existen diversas definiciones de Sistemas, según distintos autores, mostrando al mismo tiempo las características que cada uno aporta y los elementos en común que guardan sus definiciones:

- Según Ludwig Von Bertalanffy: “Un sistema es un complejo de elementos interactuantes (Von, L., 1986)
- Carlos Ramírez Cardona: “Un sistema es un conjunto de elementos constituidos, es decir, unas partes u órganos que juegan un papel determinado. Si falta una de las partes el sistema no puede funcionar”. (Ramírez, C.,1989).
- Oscar Johansen Bertoglio: “Un sistema es un grupo de partes y objetos que interactúan y que forman un todo que se encuentran bajo la influencia de fuerzas en alguna relación definida”. (Johansen, O., 1993)
- Marcelo Arnold y Francisco Osorio: “Un sistema es un conjunto de elementos que guardan estrechas relaciones entre sí, que mantienen al sistema directo o indirectamente unido de modo más o menos estable y cuyo comportamiento global persigue, normalmente, algún tipo de objetivo”. (Arnold y Osorio, 1988)
- John P. Van Gigch: “Un sistema es una reunión o conjunto de elementos relacionados”. (Van, J., 2008)

- Ana María de Guadalupe Arras Vota: “Un sistema es un todo organizado, integrado por dos o más partes denominadas subsistemas que guardan una relación de interdependencia e interacción entre sí, se distinguen de su ambiente por medio de una frontera identificable y están inmersos en diversos contextos con los que interactúa”. (Arras, 2010)
- Lan Sommerville: “Un sistema es una colección intencionada de componentes interrelacionados, de diferentes tipos, que trabajan en conjuntos para lograr algún objetivo”. (Sommerville, 2011).

Los sistemas de salud desde el punto de vista de la Teoría General de Sistemas, implica asumirla como un objeto de concordancia y correlación de las partes en ella implicadas y no el resultado de la sumatoria de dichas partes. La salud del individuo, familia o de una comunidad es un resultado de la compleja interacción de factores de los sistemas de la Salud.

2.2.2 Documentos Tecnicos del Sistema de Referencia y Contrareferencia

La atención y el cuidado de los pacientes es responsabilidad de la institución (Establecimiento de Salud), de los profesionales de salud y de la población comprometida (promotores de salud). El Ministerio de Salud establece diversas normas técnicas para garantizar la continuidad de los servicios de cuidados de los establecimientos de salud.

- 1.- Norma Técnica del Sistema de Referencia y Contrareferencia del sistema de Salud R.M N° 751-2004/MINSA.
- 2.- Directiva Cobertura y procesos de Prestaciones de Salud del SIS R.J. N° 149-2008-SIS.
- 3.- Directiva que regula los procesos operativos del Seguro Integral de Salud y sus anexos que forman parte integrante de la presente resolución R.J. N° 060-2008-SIS.

- 4.- Listado Priorizado de Intervenciones Sanitarias-LIPS D.S. N° 004-2007-SIS.
- 5.- Estándares e Indicadores de Calidad en la Atención Materna y Perinatal en los establecimientos que Cumplen con Funciones Obstétricas y Neonatales R.M. N° 142-2007/MINSA Cambio de Denominación de Central Nacional de Regulación de Referencias de Emergencia CENAREM a Central Nacional de Referencias de Urgencias y Emergencias CENARUE R.M. N° 266-2009/MINSA.
- 6.- Modelo de Atención Integral de Salud R.M. N° 729-2003/MINSA.
- 7.- Norma Técnica: Categorías de Establecimientos del Sector Salud R.M. N° 769-2004/MINSA.
- 8.- Norma Técnica N° 042 de los Servicios de Emergencia R.M. N° 386-2006/MINSA
- 9.- PPE Salud Materno Neonatal MINSA/MEF.

El Sistema de referencia y contrarreferencia es operativo si se implementa en los diferentes niveles, es decir, desde la comunidad - Establecimiento de Salud - Hospital - DIRESA - Central Nacional de Referencias de Urgencias y Emergencias CENARUE (Nivel Nacional).

2.2. MARCO CONCEPTUAL

2.2.1 Los factores que influyen en el sistema de referencia y contrarreferencia.

Son los elementos que van a causar un efecto positivo o negativo en el Sistema de Referencia y Contrarreferencia, lo que a su vez va a repercutir en el servicio de Gineco obstetricia en el cual se brinda una prestación de salud, que está orientado a otorgar seguridad a los usuarios minimizando los riesgos en la prestación del servicio y con ello evitar la morbimortalidad materna perinatal. (MINSA, 2010)

Dimensiones:**1.- Comunicación entre los puestos periféricos:**

La comunicación de salud ha sido definida como el proceso y efecto de emplear medios persuasivos éticos en la toma de decisiones para el cuidado de la salud humana. Se ha definido como el arte y la técnica de informar, influir y motivar audiencias a nivel individual, institucional y público acerca de asuntos de salud importantes. Su alcance influye:

- Prevención de la enfermedad
- Política de los cuidados de salud.
- Aumento de calidad y salud de los individuos dentro de la comunidad

De acuerdo con un documento de la Organización Mundial de la Salud (Healthy people – 2010), la comunicación en salud abarca el estudio y el uso de estrategias de comunicación para informar e influenciar decisiones individuales y comunitarias que mejoren la salud. Este tipo de comunicación es reconocida como un elemento en los esfuerzos necesario para mejorar la salud pública y personal. Así mismo la comunicación en salud puede contribuir en todos los aspectos de la prevención de la enfermedad incluyendo las relaciones medico paciente, la adherencia del individuo a recomendaciones clínicas y regímenes terapéuticos, la construcción de mensajes y campañas de salud públicas en conjunto con la diseminación de información concerniente a riesgos para los individuos y poblaciones o comunicación preventiva.

Los establecimientos de salud deben contar con equipos de comunicación y transporte los que conformarán la red de comunicación y transporte que se articularán al Hospital de Referencia Regional. En el caso de no poder resolverlo a nivel regional, porque el Hospital de Referencia Regional no cuenta con la capacidad resolutiva adecuada, se tiene a la Central Nacional de Referencias de Urgencias y Emergencias (CENARUE) que a

nivel nacional es la instancia de coordinación, que direccionará al paciente en estado de Emergencia al Hospital Nacional que cuente con la capacidad resolutive adecuada para resolver el daño. (MINSA, 2010)

2.- Identificación y Compromiso de los Profesionales de la Salud

En el campo de la salud, los trabajadores desempeñan sus funciones cumpliendo normas y reglamentos. Cuando ocupan cargos de jefatura, estos profesionales adoptan sus compromisos con los valores profesionales, pues su atención es focalizada en las expectativas organizacionales. Los conflictos producto del comportamiento organizacional y profesional han afectado la conducta de los profesionales de la salud. La situación requiere ser cambiada y estos profesionales están buscando modificar su práctica dentro de los contextos de la organización. De modo general, podemos decir que, dentro de las organizaciones de salud, estos cambios por parte de los diversos profesionales se han dado lentamente, configurándose en un momento de transición, de la gerencia convencional para la gerencia contemporánea.

El vínculo que el individuo desarrolla con su organización es sumamente importante. Por lo tanto, las instituciones deben considerar nuevas estrategias con respecto al compromiso, para alcanzar los objetivos organizacionales. El éxito o fracaso de la implantación de estrategias dependerá mucho del involucramiento de las personas y del liderazgo del gestor. En este sentido, investigaciones sobre compromiso organizacional y profesional intentan mostrar nuevos focos y bases sobre estos dos constructos. (Rodríguez, Trevizan, & Shinyashiki, 2008)

El Profesional de la salud o técnico de salud capacitado que atiende u decide su contrareferencia. Informará al usuario sobre su condición de salud actual y la necesidad de retornar a su establecimiento para continuar su control y tratamiento. Llenar correctamente

la hoja de CRF y remitir a la unidad/oficina de admisión. Informar oportunamente la CRF al Establecimiento Origen de la RF (máximo dentro de los 7 primeros días).

3.- Accesibilidad

El acceso a los servicios de salud es un tema importante por su impacto en la sostenibilidad de los sistemas de salud. Asimismo, su conocimiento es esencial para la toma de decisiones acerca de la asignación de los recursos del sector salud, permitiendo así la evaluación de la equidad y eficiencia con que se asignan y utilizan estos recursos. (MINSA, 2012)

Posibilidad de ser atendidos por los servicios. Hay por lo menos tres tipos:

- 1) material (distancia, transporte, horarios)
- 2) económicas (costos de viaje, de los honorarios) y
- 3) sociales o culturales (barreras por pautas culturales, del idioma, etc.)

El concepto de accesibilidad ha sido muy utilizado desde los años 60. Fue en el momento en que se acordó la necesidad de concretar el desarrollo social de los países latinoamericanos (en el marco de la Alianza para el Progreso). A partir de ahí es que se planteó el crecimiento por áreas y salud fue una de las más relevantes para concretar esta meta. La accesibilidad ha sido definida como la forma en que los servicios de salud se acercarían a la población. Este concepto fue entendido como un problema de la oferta y sería necesario, desde esta óptica, eliminar las barreras que se pudieran interponer. Las barreras fueron caracterizadas como: geográficas, si se entendía que la imposibilidad de acercar los servicios a la población era por un problema geográfico, ya sea a un accidente geográfico, o una barrera construida por el hombre (por ejemplo, una autopista). Las barreras económicas aludían a la imposibilidad de acceso por motivos de falta de dinero, tanto para el transporte como, por ejemplo, para comprar medicamentos. Las barreras administrativas expresaban la dificultad que impone la organización misma de los

servicios, por ejemplo, los horarios de atención o los turnos. La cuarta barrera fue definida como cultural y estaba centrada en que las diferentes culturas entre el personal de los servicios y la población también podían ser una barrera de acceso (Comes, Y., y otros; 2006)

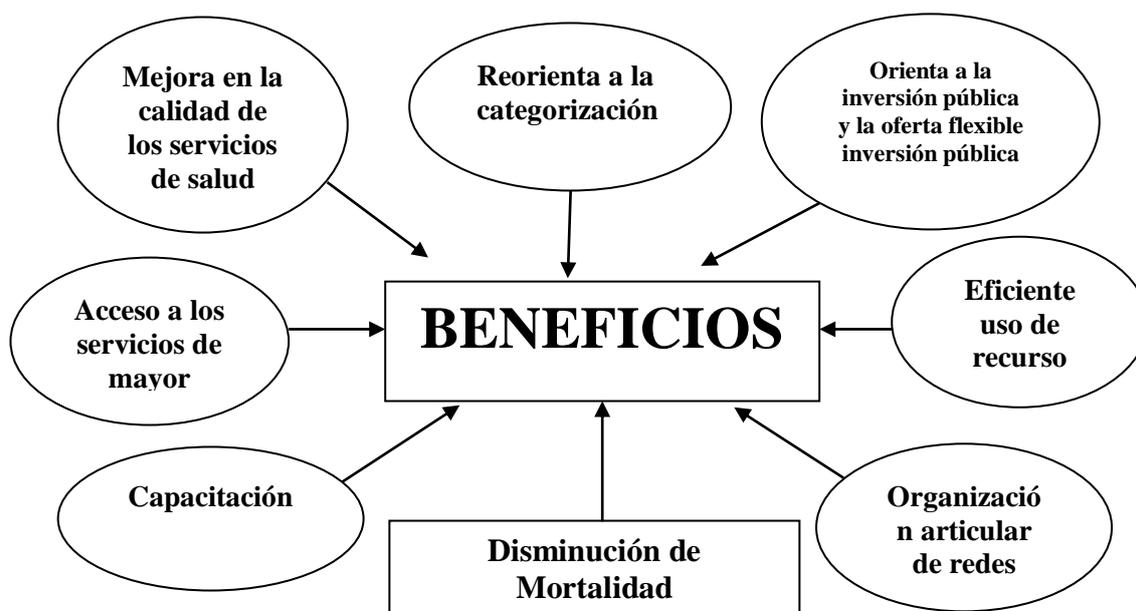
2.2.2 Sistemas de referencia y contrareferencia

El 07 de Marzo del 2001 se aprobó el documento “Normas del Sistema de Referencia y Contrareferencia de los Establecimientos del Ministerio de Salud” con el objetivo de regular dicho sistema para garantizar la continuidad de los cuidados de salud en los establecimientos de salud. En los lineamientos de políticas Sectorial 2002- 2012, se establece la “Promoción de la Salud y la prevención de la enfermedad”. El Sistema de Referencia y contrareferencia (SRC) es el conjunto ordenado de procedimientos asistenciales y administrativos, a través del cual se asegura la continuidad de la atención de las necesidades de salud de los usuarios, con la debida oportunidad, eficacia y eficiencia, transfiriéndolo de la comunidad o establecimiento de salud de menor capacidad resolutive a otro de mayor capacidad resolutive. (MINSa, 2004)

La NT N° 018- MINSa- 2004, amplia y actualiza el documento existente “Normas del Sistema de Referencia y Contrareferencia de los Establecimientos del Ministerio de Salud”, este documento contiene además del marco técnico normativo las orientaciones, los procedimientos básicos y los instrumentos necesarios para la implementación ejecución y control del sistema de referencia y contrareferencia de usuarios en los puestos, centros, hospitales e institutos especializados, con el objetivo principal de contribuir o garantizar la continuidad de la atención de la salud de los Peruanos bajo el marco del nuevo Modelo de Atención Integral de Salud. El Sistema de Referencia y Contrareferencia es el conjunto de

elementos que permite el traslado de un paciente desde su centro asistencial de adscripción a otro de mayor capacidad resolutoria, con la finalidad de resolver su problema de salud, haciendo posible su retorno al lugar de origen una vez resuelto el problema o establecido un manejo definido. Dicho Sistema está contemplado en la Reforma de Salud. En muchas partes del mundo existen aprendizajes de dicho sistema, dentro de los cuales se destaca que se debe mejorar la interrelación existente entre los diferentes actores del sistema, aumentar el nivel de compromiso de las personas que lo integran, mejorar los sistemas de información que permitan la mejor toma de decisiones, no alejar al paciente de su entorno socio familiar y evaluar el impacto de los resultados en los planos social, salud, familiar y no sólo económico. Actualmente se están realizando grandes esfuerzos que incluyen pilotos de respuesta inmediata, los mismos que han mejorado los resultados; no obstante, aún falta mucho por mejorar. (Flores, Goyzueta, & Brandán, 2014)

Beneficios del Sistema de Referencia y Contrareferencia

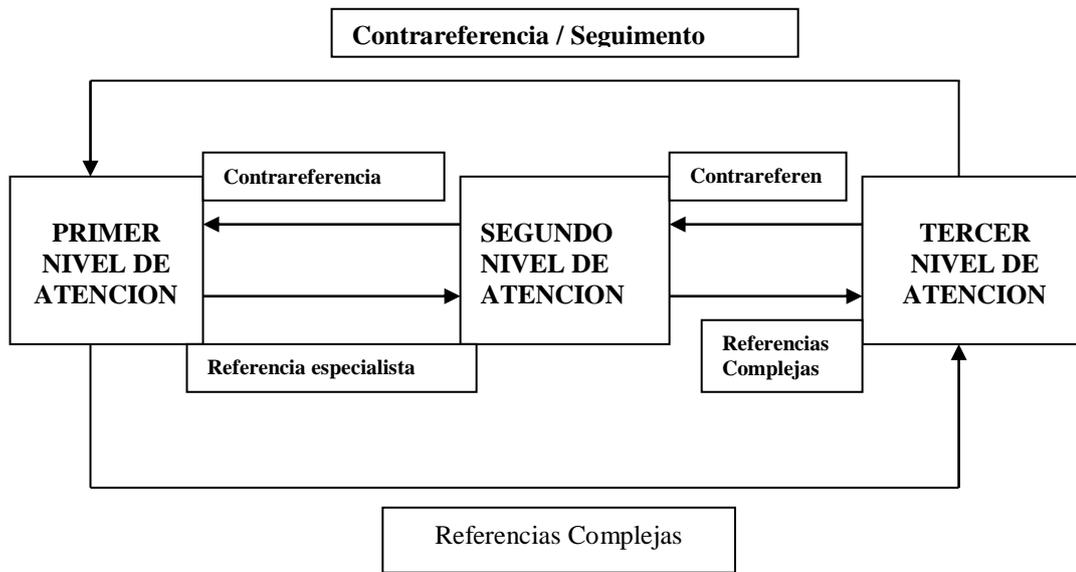


Fuente: MINSA. Perú- Lima- 2004

Propósito del Sistema de Referencia y Contrareferencia (SRC)

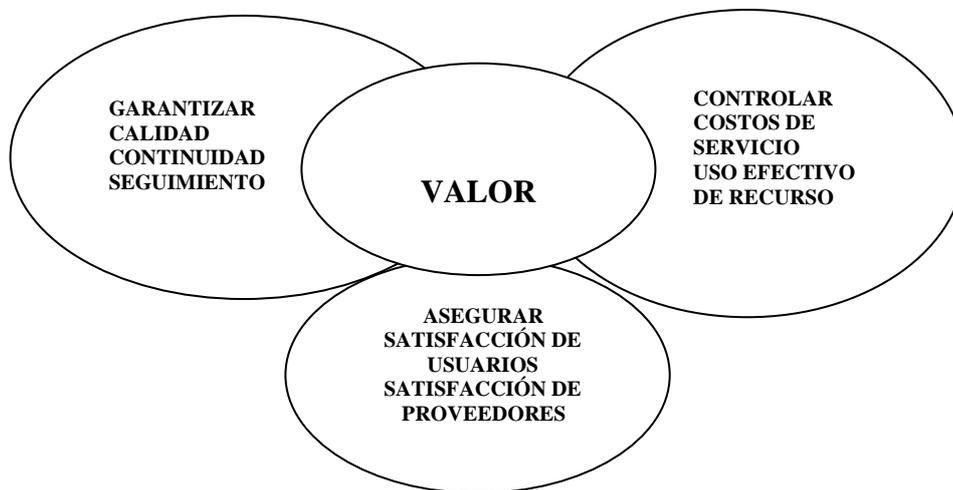
Las principales motivaciones de las autoridades de salud para promover la aplicación de un SRC se basan en tres grandes ámbitos de preocupación: garantizar la calidad, continuidad y seguimiento de los servicios; controlar los costos y el uso de recursos escasos; así como asegurar la satisfacción tanto de los pacientes como de los proveedores. En este escenario, el propósito del SRC es gestionar la demanda por los distintos servicios de salud de tal manera que los diferentes problemas de salud se resuelvan de acuerdo a su grado de complejidad en los distintos niveles de la red asistencial. Es importante señalar que la demanda de servicios de salud se puede clasificar en demanda espontánea, es decir el usuario se dirige a cierto establecimiento por su propia iniciativa, y demanda inducida, que se origina por la derivación o referencia de un trabajador del sistema de salud. En ambos casos, el SRC ayuda a asegurar que el paciente sea atendido de acuerdo a su necesidad. De esta manera el SRC constituye una herramienta de gestión importante que busca que se respeten y cumplan efectivamente los principios de eficiencia productiva y económica al igual que los principios de equidad vertical y horizontal en el acceso a los servicios de salud.

Propósito de un SRC: Crear valor público



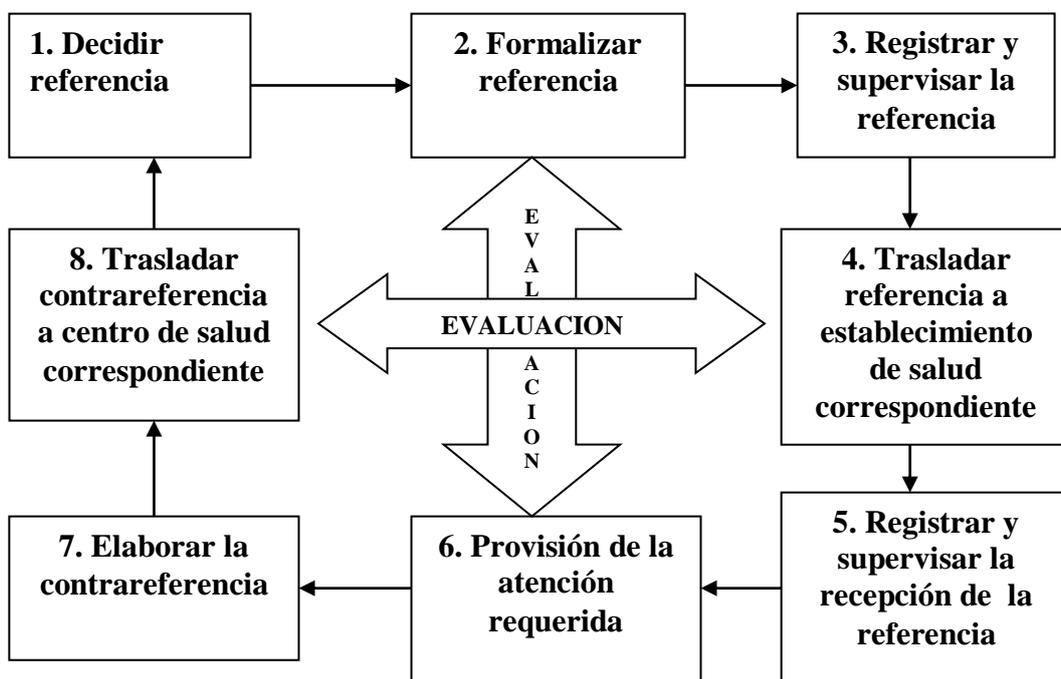
Fuente: MINSA. Perú- Lima- 2004

Uso de la herramienta del sistema de referencia y contrareferencia



Fuente: Ma de Bitran Cecina. Perú- agosto- 2004

Descripción del Proceso de Referencia y Contrareferencia



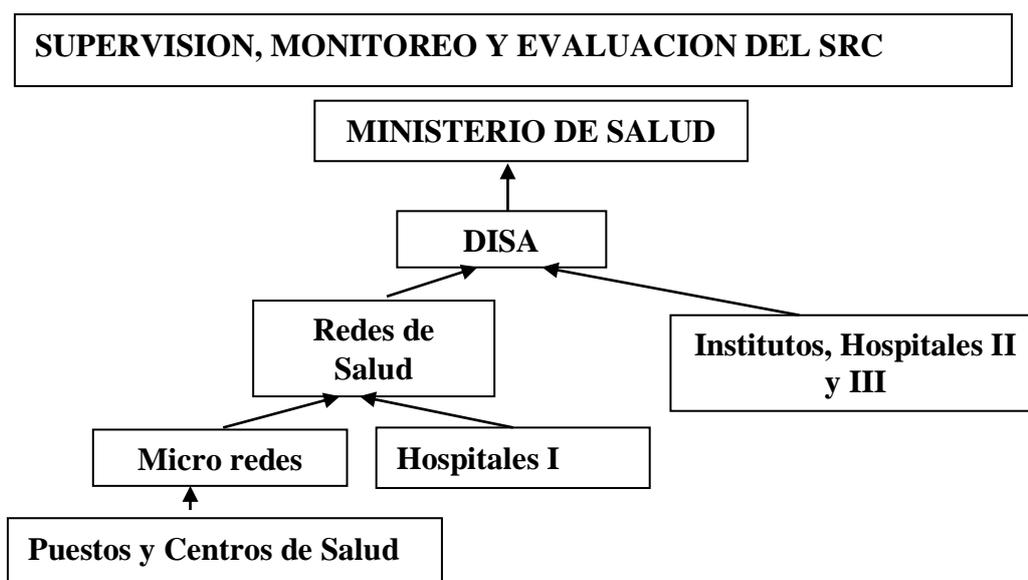
Fuente: Ma de Bitran, Cecilia. Perú- agosto- 2004

Aspectos claves para la introducción de un SRC

Los sistemas de referencia y contrareferencia son un elemento crucial para el funcionamiento eficiente y el acceso equitativo a los servicios de salud, y existen formalmente en la gran mayoría de los países, incluyendo aquellos en vías de desarrollo. Los sistemas de información son deficientes y el personal de los establecimientos carece de capacidad gerencial. A fin de ayudar a superar estos problemas se presentan a continuación los aspectos claves a ser tomados en cuenta cuando se trata de introducir y hacer funcionar un SRC . (MINSa, 2004)

- Red de servicios de salud
- Carteras o catálogos de servicios

- Protocolos de atención para cada nivel
- Formularios del sistema de referencia y contrareferencia
- Mecanismo de supervisión
- Sistemas de información
- Mecanismo de evaluación



Fuente: MINSAL. Perú- Lima- 2004

Dimensiones de los Sistema de Referencia y Contrareferencia:

1.- Recurso Humano

Para el funcionamiento del sistema de referencia y contrareferencia son los recursos humanos existentes en el establecimiento de salud, quienes como parte de sus funciones y responsabilidades en los diferentes niveles organizacionales participaran de acuerdo a su calificación y previa capacitación del sistema.

Estructura de recursos humanos por nivel estructural y funcional:

La organización del Sistema de Referencias y Contrareferencias (SRC) está basado en los niveles organizativos estructurales del Ministerio de Salud: (MINSAL, 2010)

A.- Nivel Administrativo:**A.1.- Nivel Nacional**

Es el órgano técnico-normativo y de control del SRC en el nivel nacional.

Responsables:

- Dirección General de Salud de las Personas y Dirección Ejecutiva de Servicios de Salud.
- Coordinador Nacional de Referencias y Contrareferencias.
- Comité Nacional de Referencia y Contrareferencia.

A.2 Nivel Regional (Direcciones Regionales de Salud)

Constituido por la Dirección Regional de Salud, a través de la Dirección Ejecutiva de Salud de las Personas, la Dirección de Servicios de Salud quien será, preferentemente, el Coordinador Regional del SRC y el Comité Regional del SRC.

Responsables:

- Director General.
- Director Ejecutivo de Salud de las Personas.
- Director de Servicios de Salud que será el Coordinador Regional de Referencias y Contrareferencias.
- Comité Regional de SRC.

A.3 Nivel de Dirección de Salud y Dirección de Red de Salud

Es el nivel responsable de la organización, coordinación, conducción y control del SRC en su ámbito, a través de su Dirección Ejecutiva, Coordinador de Seguros y Referencias o de quién cumpla las veces, del ámbito respectivo y el Comité o Equipo de Gestión de la DISA o Red.

Responsables:

- Director Ejecutivo de la DISA o Dirección de la Red.

- Coordinador de Seguros y Referencias de la DISA o Red o quien haga sus veces.
- Comité o equipo técnico de Gestión de la DISA o Red.

A.4 Nivel de Microred

Nivel que coordina, facilita, asigna, prevé, recursos para las actividades de referencia y Contrareferencia entre los establecimientos de salud de su ámbito.

Responsables:

- Jefe de la Microred.
- Coordinador del SIS y/o Referencias de la Microred.
- Equipo de Gestión de la Microred.

B.- Nivel Prestacional:

Este nivel cuenta con establecimientos de salud de diferente complejidad y capacidad resolutive como Institutos Especializados, Hospitales (I, II, III), Centros y Puestos de Salud.

El Establecimiento de Salud es la unidad operativa prestacional, encargada de la ejecución de referencias y contrareferencias, dentro de los cuales tenemos:

B.1.- Institutos Especializados, Hospitales (I, II, III)

Por ser los establecimientos de salud de mayor capacidad resolutive, recae en ellos la mayor responsabilidad, el objetivo de complementar la continuidad de la atención de los usuarios del nivel Regional o Nacional, mediante la Unidad u Oficina de Seguros y/ o Referencias. Esta área se encargará de realizar, coordinar y ejecutar en lo que corresponde los procesos de referencia y contrareferencia de los usuarios y estará conformado por un equipo de personas, cuya cantidad y tipo variará de acuerdo a la complejidad del establecimiento de Salud y será conducida por un Coordinador o Responsable que deberá ser un profesional de la salud a dedicación exclusiva, designado por la Dirección Ejecutiva

y un técnico de salud con conocimiento de informática para el manejo del software de referencias.

Responsables:

- Jefe de la Unidad de Seguros y/o de Referencias Regional (...) y de Hospitales Nacionales e Institutos especializados.
- Jefe de la Unidad de Seguros y/o Referencias Hospitalarias de menor complejidad.
- Responsables del SIS y/o Referencias y/ o Admisión de los Centros y Puestos de Salud

C.- Nivel Comunal

Constituido por la comunidad organizada a través de sus organizaciones sociales y/o agentes comunitarios.

Co-Responsables Sociales:

- Agente comunitario de salud (Promotoras, parteras etc.)
- Comités comunales o Locales de Salud.
- Organizaciones capacitadas en acciones preventivas y de promoción en salud (Bomberos, Defensa Civil, Cruz roja etc.) u otros actores sociales.

2.3. HIPÓTESIS

2.4.1 Hipótesis general

(H_0) Si los factores que influyen en el sistema de referencia y contrareferencia no son adecuados entonces será óptimo el desarrollo del servicio de Gineco obstetricia, Hospital de Chancay, Enero – Diciembre, 2016.

(H_A) Si los factores que influyen en el sistema de referencia y contrareferencia son adecuados entonces será óptimo el desarrollo del servicio de Gineco obstetricia, Hospital de Chancay, Enero – Diciembre, 2016.

2.4.2 Hipótesis específicas

Hipótesis específica 1

(H_O) Si la comunicación no influye positivamente en el SRC entonces no habrá un adecuado desarrollo del servicio de Gineco obstetricia, Hospital de Chancay, Enero – Diciembre, 2016.

(H_A) Si la comunicación influye positivamente en el SRC entonces habrá un adecuado desarrollo del servicio de Gineco obstetricia, Hospital de Chancay, Enero – Diciembre, 2016.

Hipótesis específica 2

(H_O) Si el grado de identificación y compromiso de los profesionales de la salud no es óptimo entonces el sistema de referencia y contrareferencia en el servicio de Gineco obstetricia, Hospital de Chancay, Enero – Diciembre, 2016, también no será óptimo.

(H_A) Si el grado de identificación y compromiso de los profesionales de la salud es óptimo entonces el sistema de referencia y contrareferencia en el servicio de Gineco obstetricia, Hospital de Chancay, Enero – Diciembre, 2016, también será óptimo.

Hipótesis específica 3

(H_O) Si la accesibilidad no influye positivamente en el sistema de referencia y contrareferencia entonces no será adecuado el desarrollo del servicio Gineco obstetricia, Hospital de Chancay, Enero – Diciembre, 2016.

(H_A) Si la accesibilidad influye positivamente en el sistema de referencia y contrareferencia entonces será adecuado el desarrollo del servicio Gineco obstetricia, Hospital de Chancay, Enero – Diciembre, 2016.

CAPÍTULO III

METODO

3.1 TIPO DE ESTUDIO

La investigación es de tipo descriptiva correlacional con el que se pretende determinar la influencia que existe entre la variable de factores y la variable de sistemas de referencias y contrareferencias. Basados desde un enfoque cuantitativo.

Este tipo de investigación correlacionales son las que pretenden conocer la influencia o el grado de asociación existente entre dos o más conceptos, categorías o variables en un contexto particular. Es decir, intentar predecir el valor aproximado que tendrá un grupo de individuos en una variable, a partir del valor que tienen en la variable. (Hernández et al., 2010, p. 81).

A la vez la investigación es descriptiva ya que se pretende especificar propiedades, características y rasgos importantes d cualquier fenómeno que se analice. Es decir, mostrar con precisión los ángulos o dimensiones de sucesos o situaciones del fenómeno a investigar. (Hernández et al., 2010, p. 80).

3.2 DISEÑO DE INVESTIGACION

La investigación utilizó un diseño no experimental transversal, primero porque se analizó y midió los factores que influyen y los sistemas de referencias y contrareferencias sin la manipulación deliberada de estas variables, por lo que únicamente se pretende observar los fenómenos a estudiar en su ambiente natural para después analizarlos. Posteriormente la

recopilación de los datos se dará en un momento único, buscando así describir ambas variables y analizar su incidencia e interinfluencia en un momento determinado.

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., 2010, p.151).

El diagrama representativo de este diseño es el siguiente:

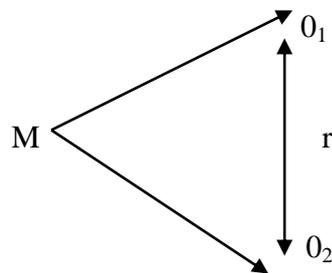


Diagrama del diseño correlacional

Donde:

M : Muestra.

O₁ : Observación sobre los factores que influyen.

r : Relación entre variables. Coeficiente de correlación.

O₂ : Observación sobre el sistema de referencias y contrarreferencias.

3.3 ESTRATEGIA DE PRUEBA DE HIPÓTESIS

Para probar las hipótesis planteadas en la investigación se procedió a recoger los datos con los instrumentos previamente elaborados.

Seguidamente la información recopilada de cada una de las encuestas se tabuló a través del software SPSS 22. Con el cual se determinaron que factores influyen en el Sistema de Referencia y Contrareferencia en el servicio de Gineco-Obstetricia del hospital de chancay, 2016.

El análisis estadístico se realizó mediante la aplicación de procedimientos descriptivos tales como las tablas de frecuencias, porcentajes y figuras estadísticas.

Para contrastar la hipótesis de la investigación se utilizó las pruebas de correlación de Pearson por tratarse de datos cualitativos ordinales para determinar que factores influyen en el Sistema de Referencia y Contrareferencia en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital de chancay, 2016.

3.4 VARIABLES

Variable 1:

En este estudio de investigación es identificada con “Factores que influyen.”, esta variable es construida por tres dimensiones las mismas que se explican en el capítulo III. Algunas características de esta variable son:

- a) Por la función que cumple en la hipótesis:** Es variable 1
- b) Por su naturaleza:** Es pasiva
- c) Por el método de estudio:** Es Cuantitativa
- d) Por la posesión de la característica:** Es Continua
- e) Por los valores que adquieren:** Es Politémica

Variable 2:

En este estudio de investigación es identificada con “Sistema de referencia y contrarreferencia”, esta variable es construida por una dimensión la misma que se explica en el capítulo III. Algunas características de esta variable son:

- a) Por la función que cumple en la hipótesis:** Es variable 2
- b) Por su naturaleza:** Es Pasiva
- c) Por el método de estudio:** Es Cuantitativa
- d) Por la posesión de la característica:** Es Continua
- e) Por los valores que adquieren:** Es Politémica

Operacionalización de Variables

Tabla 1. *Operacionalización de Variables*

VARIABLE	DIMENSION	INDICADOR	ITEMS	ESCALA DE MEDICION
FACTORES QUE INFLUYEN (Variable 1)	1. Comunicación.	- Relaciones Humanas. - Coordinación entre profesionales. - Medios de comunicación. - Comunicación Continua.	1,3,4,5,6,11,14,18,21y22	Variable cualitativa/ Nominal/ Politómica
	2. Identificación y compromiso	- Atención	7,8,9,10,15,17,23,24,25y26	
	3. Accesibilidad al sistema	- Transporte. - Demográfico. - Económico. - Traslado.	2,12,13,16,19y20	
Sistema de referencia y contrareferencia (Variable 2)	1. Recurso Humano	- Profesionales. - Cumplimiento de Normas, - Participación Activa - Responsabilidad. - Trabajo en equipo. - Organización. - Cumplimiento de Capacitaciones	12,10,11,13,16,18 2,3,5,9,14 1,4,8 6,7,17 15	Variable cualitativa/ Nominal/ Politómica

Fuente: Elaboración propia

3.5 POBLACIÓN:

La población es el “conjunto de todos los elementos (unidad de análisis) que pertenecen al ámbito espacial donde se desarrolla el trabajo de investigación (Carrasco S, 2006, pág. 237).

En la investigación se tomarán en cuenta dos tipos de públicos: el público interno; conformado por los profesionales de la salud del servicio de Gineco obstetricia y los profesionales de la salud de los establecimientos de salud de la periferia del distrito de Chancay - Aucallama y el público externo que serían los usuarios que acuden a las consultas externas Gineco obstétricas y emergencia obstétrica.

El universo de trabajadores es el 100% de ginecólogos del hospital (11 ginecólogos) y de establecimientos de salud de la periferia 16 médicos generales y 15 obstetricas, haciendo un total de 42 profesionales de la salud.

El universo del público externo se considera a 2409 pacientes referidos al servicio de Obstetricia durante el 2015, la población se determina sobre la base de pacientes referidos a emergencia obstétrica y consulta externa Gineco- obstétrica haciendo un total de 837 pacientes.

3.6 MUESTRA:

El tipo de muestra que se ha utilizado en el presente trabajo de investigación para obtener la muestra de la población externa, corresponde a una muestra aleatoria simple. Para determinar el tamaño de muestra, se eligió un nivel de confianza del 95%, con un error máximo de estimación del 5%. Para la consecución de la misma se ha realizado los

cálculos correspondientes utilizando la siguiente fórmula:

$$n = \frac{z^2 * p * (1 - p) * N}{(N - 1)e^2 + z^2 * p * (1 - p)}$$

Dónde:

n =	$\frac{3.8416 \times 0.25 \times 837}{2.09 + 3.8416 \times 0.25}$	Z = 1.96 (nivel de confianza 95%)
		P = 0.5 (proporción)
n =	$\frac{803.8548}{3.0504}$	N = 837 (tamaño Poblacional)
		e = 0.05 (error estándar)
n =	263.52	n = ¿? (muestra)

Después de hallar la formula se obtuvo una muestra de 264 usuarias externos (pacientes referidas de periferie al servicio de Gineco obstetricia).

Para obtener la muestra de la población interna, se tomó el 100 % de los profesionales de la salud que son 42 (11 ginecólogos, 16 médicos generales y 15 obstetrices) y utilizó el muestreo no probabilístico por conveniencia según criterios de selección, porque no existe el criterio de que todos los sujetos tengan la misma posibilidad de ser elegidos para formar parte de la muestra. Es el subgrupo de la población en la que la elección de los elementos no depende de la probabilidad si no de las características de la investigación. (Canales, 2004, p.155).

3.6.1 Criterio de selección:

Usuarios internos: Profesionales de la salud (ginecólogos, médicos generales y obstetrices) con más de 3 meses laborando, de ambos sexos que intervienen en el sistema de referencia y contrareferencia. Que acepten participar en el estudio.

Usuarios externos: Pacientes que fueron referidos al servicio de Gineco obstetricia para consulta externa o emergencia / Usuarios que estén dispuestos a colaborar con el estudio.

3.6.2 Criterios de Exclusión:

Usuarios internos: Profesional de la salud con menos de 3 meses en el servicio de obstetricia y en el puesto actual que labora, personal de vacaciones / de licencia / descanso médico / internos / alumnos / practicantes. Personal que no acepten participar en el estudio.

Usuarios externos: Que no tuvieran disposición para colaborar con el estudio / Usuarios que no son referidos.

3.7 TÉCNICAS DE INVESTIGACION

La técnica que se utilizó fue la encuesta; este método consiste en obtener información de los sujetos de estudio, proporcionada por ellos mismos, sobre opiniones, actitudes o sugerencias. (Canales, 2004, p.163).

3.7.1 Instrumento de recolección de datos

En la presente investigación se utilizó como instrumento el cuestionario; consiste en un conjunto de preguntas, respecto de una o más variables a medir, destinado a obtener respuestas sobre el problema de estudio y que el investigado llena por sí mismo. (Canales, 2004, p.163).

Para identificar los factores que influyen en el sistema de referencias y contrareferencias. Se utilizará el cuestionario que consta de 2 partes:

- Parte I: Está dedicada a la información de datos generales de la paciente.
- Parte II: Está dedicada a identificar los factores que influyen en el sistema de referencias y contrareferencias en el servicio de obstetricia (Preguntas 1 al 26).

El cuestionario donde se consigna los enunciados que consta de 26 preguntas distribuidas en tres dimensiones: Comunicación: Preguntas (1,3,4,5,6,11,14,18,21y22), Identificación y Compromiso: Preguntas (7,8,9,10,15,17,23,24,25y26) Y Accesibilidad: Preguntas (2,12,13,16,19y20). Para responder las preguntas se usará la escala de preguntas policotomicas (Ver Anexos).

Para medir el sistema de referencias y contrareferencias. Se utilizará el cuestionario que consta de 2 partes:

- Parte I: Está dedicada a la información de datos generales acerca de su situación actual como trabajador de la institución.
- Parte II: Está dedicada a medir el sistema de referencias y contrareferencias en el servicio de obstetricia (Preguntas 1 al 18).

El cuestionario donde se consigna los enunciados que consta de 18 preguntas distribuidas en una dimensión: Recurso Humano Preguntas del 1 al 18. Para responder las preguntas se usará la escala de preguntas policotomicas (Ver Anexos).

3.7.2 Validación y confiabilidad del instrumento:

Una vez elaborada la versión preliminar de los instrumentos de recolección de datos se sometió a consideración de personas con experiencia en al área de Metodología de la Investigación, a fin de que emitieran su opinión en relación con la pertinencia del mismo para la medición de la variable objeto de estudio en la presente investigación. Este proceso de consulta, conocido como Juicio de Expertos, se realizó con el propósito de validar los diferentes ítems elaborados para la medición de la variable; se buscó a través de este procedimiento garantizar la validez de contenido del instrumento elaborado. Obtenidas las observaciones realizadas por las personas consideradas expertos se procedió a introducir

las modificaciones correspondientes. En cuanto a la estimación de la confiabilidad del instrumento se realizó a través del Coeficiente Alfa de Crombach, que permitió la estimación de la consistencia interna de la escala partiendo del análisis de la varianza de cada uno de los ítems y la varianza total del test. Para efectos de cálculo se utiliza la fórmula:

$$\alpha = \frac{k}{k-1} \left(1 - \frac{\sum Si^2}{St^2} \right)$$

Donde:

K = Número total de ítems que conforman la prueba.

$\sum Si^2$ = La sumatoria de la varianza de cada uno de los ítems.

St^2 = La varianza total del instrumento, (Garret, 1976).

El instrumento N° 1, fue aplicado a un total de diez pacientes que acudieron al servicio de Gineco-Obstetricia con hoja de referencia con características similares a las del objeto de Estudio para efectos de validación, los resultados obtenidos y cálculo para la aplicación de la fórmula se muestran en (ver Anexos), en el mismo se puede apreciar que se obtuvo un coeficiente de 0,9 para la variable de factores que influyen en el SRC en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital de Chancay y el instrumento N° 2, fue aplicado a un total de diez profesionales de la salud (3 médicos obstetras, 4 médicos generales y 3 obstetricas) con características similares a las del objeto de Estudio para efectos de validación, los resultados obtenidos y cálculo para la aplicación de la fórmula se muestran en (ver Anexos), en el mismo se puede apreciar que se obtuvo un coeficiente de 0,9 para la variable de Sistemas de Referencias y Contrareferencias (SRC); el cual se considera alto

para ambos, vale decir que el instrumento resulta confiable para los propósitos de la investigación.

3.7.3 Procesamiento y Análisis de Datos

La interpretación de los resultados del estudio, se realizó en base a los objetivos específicos propuestos en la investigación. Para el análisis de la información se usará estadística descriptiva e inferencial, con medidas de tendencia central y dispersión para las variables cuantitativas y de proporciones para las variables categóricas.

1er paso: Categorización analítica de los datos: se clasificó y codificó los datos con normalidad para lograr una interpretación de los hechos recogidos. Se procedió la información a partir de la base de datos, se organizó y procede a su ordenamiento.

2do paso: Descripción de los datos: Mediante tablas de resumen de resultados, donde se determinó los casos que encajan en las distintas categorías.

3er paso: Estadística descriptiva; Los datos se tabulan y presentan en tablas y gráficos de acuerdo a las variables y dimensiones en EXCEL.

4to paso: Estadística inferencial; se realizó el análisis e integración de los datos en el que se relacionaran y se compararan los datos obtenidos, se utilizó el programa SPSS 23.0 para Windows 8. Los datos no presentan una aproximación a la distribución normal, en tal sentido para contrastar las hipótesis, se empleó la prueba no paramétrica Rho de Spearman a un nivel de confianza del 95% y significancia del 5%, es una medida de correlación para variables cualitativas que requiere mínimamente de un nivel de medición ordinal, de tal modo que los individuos u objetos de la muestra puedan ordenarse por rangos.

CAPÍTULO IV

PRESENTACION DE RESULTADOS

CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS - ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Prueba de Hipótesis General

(HO) $r_{XY}=0$ Si los factores que influyen en el sistema de referencia y contrareferencia no son adecuados entonces será óptimo el desarrollo del servicio de Gineco obstetricia, Hospital de Chancay, Enero – Diciembre, 2016.

(HA) $r_{XY}\neq 0$ Si los factores que influyen en el sistema de referencia y contrareferencia son adecuados entonces será óptimo el desarrollo del servicio de Gineco obstetricia, Hospital de Chancay, Enero – Diciembre, 2016.

Tabla 2:

Correlación entre los Factores que y el Sistema de Referencias y Contrareferencias

			Factores	SRC
Rho de Spearman	Factores	Coeficiente de correlación	1,000	,585**
		Sig. (bilateral)	.	,000
	Sistema de Referencias y Contrareferencias.	N	264	42
		Coeficiente de correlación	,585**	1,000
		Sig. (bilateral)	,000	.
		N	42	42

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

En la tabla 2: Se procedió con la aplicación del estadístico de Rho de Spearman. Se obtuvo un coeficiente de correlación $r = 0.585$, que se interpreta como una correlación moderada entre las dos variables y un valor de Sig. de 0.00 que es menor al valor de $\alpha = 0.05$; con el cual se rechaza la H_0 y se aceptaría la H_a . Por lo tanto, se confirma que si los factores que influyen en el sistema de referencia y contrareferencia son adecuados entonces será óptimo

el desarrollo del servicio de Gineco obstetricia, Hospital de Chancay, Enero – Diciembre, 2016.

Prueba de Hipótesis Específica 1

(HO) $r_{XY}=0$ Si la comunicación no influye positivamente en el SRC entonces no habrá un adecuado desarrollo del servicio de Gineco obstetricia, Hospital de Chancay, Enero – Diciembre, 2016.

(HA) $r_{XY}\neq 0$ Si la comunicación influye positivamente en el SRC entonces habrá un adecuado desarrollo del servicio de Gineco obstetricia, Hospital de Chancay, Enero – Diciembre, 2016

Tabla 3:

Correlación entre el Factor de Comunicación y el Sistema de Referencias y Contrareferencias

			Factor de Comunicación	SRC
Rho de Spearman	Factor de Comunicación	Coefficiente de correlación	1,000	,471**
		Sig. (bilateral)	.	,002
	Sistema de Referencias y Contrareferencias.	N	264	42
		Coefficiente de correlación	,471**	1,000
		Sig. (bilateral)	,002	.
		N	42	42

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

En la tabla 3: Se puede observar los valores para la hipótesis específica 1°. Se obtuvo un coeficiente de correlación $r = 0.471$ que se interpreta como una moderada correlación entre las dos variables y un valor de Sig. de 0.002 que es menor al valor de $\alpha = 0.05$; con el cual se rechaza la Ho y se aceptaría la Ha. Por lo tanto, se confirma que si la comunicación influye positivamente en el SRC entonces habrá un adecuado desarrollo del servicio de Gineco obstetricia, Hospital de Chancay, Enero - Diciembre, 2016

Prueba de Hipótesis Específica 2

(HO) $r_{XY}=0$ Si el grado de identificación y compromiso de los profesionales de la salud no es óptimo entonces el sistema de referencia y contrareferencia en el servicio de Gineco obstetricia, Hospital de Chancay, Enero - Diciembre, 2016, también no será óptimo.

(HA) $r_{XY}\neq 0$ Si el grado de identificación y compromiso de los profesionales de la salud es óptimo entonces el sistema de referencia y contrareferencia en el servicio de Gineco obstetricia, Hospital de Chancay, Enero - Diciembre, 2016, también será óptimo.

Tabla 4:

Correlación entre el factor de identificación y compromiso con el SRC

		Factor de Identificación y Compromiso		
				SRC
Rho de Spearman	Factor de Identificación y compromiso	Coeficiente de correlación	1,000	,405**
		Sig. (bilateral)	.	,008
	SRC	N	264	42
		Coeficiente de correlación	,405**	1,000
		Sig. (bilateral)	,008	.
		N	42	42

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

En la tabla 4: Se puede observar los valores para la hipótesis específica 2°. Se obtuvo un coeficiente de correlación $r = 0.405$ que se interpreta como una moderada correlación entre las dos variables y un valor de Sig. de 0.008 que es menor al valor de $\alpha = 0.05$; con el cual se rechaza la H_0 y se aceptaría la H_a . Por lo tanto, se confirma que si la comunicación influye positivamente en el SRC entonces habrá un adecuado desarrollo del servicio de Gineco obstetricia, Hospital de Chancay, Enero - Diciembre, 2016.

Prueba de Hipótesis Específica 3

(HO) $r_{XY}=0$ Si la accesibilidad no influye positivamente en el sistema de referencia y contrareferencia entonces no será adecuado el desarrollo del servicio Gineco obstetricia, Hospital de Chancay, Enero - Diciembre, 2016.

(HA) $r_{XY}\neq 0$ Si la accesibilidad influye positivamente en el sistema de referencia y contrareferencia entonces será adecuado el desarrollo del servicio Gineco obstetricia, Hospital de Chancay, Enero - Diciembre, 2016.

Tabla 5:

Correlación entre el Factor accesibilidad al sistema y el SRC

			Factor de Accesibilidad al sistema	SRC
Rho de Spearman	Factor de Accesibilidad al sistema	Coefficiente de correlación	1,000	-,490**
		Sig. (bilateral)	.	,001
	SRC	N	264	42
		Coefficiente de correlación	-,490**	1,000
		Sig. (bilateral)	,000	.
		N	42	42

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

En la tabla 5: Se puede observar los valores para la hipótesis específica 3°. Se obtuvo un coeficiente de correlación $r = -0.490$ que se interpreta como una moderada correlación entre las dos variables y un valor de Sig. de 0.001 que es menor al valor de $\alpha = 0.05$; con el cual se rechaza la H_0 y se aceptaría la H_a . Por lo tanto, se confirma que, si la accesibilidad influye positivamente en el sistema de referencia y contrareferencia entonces será adecuado el desarrollo del servicio Gineco obstetricia, Hospital de Chancay, Enero - Diciembre, 2016.

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN

DISCUSION

1.- Todas las instituciones prestadoras de servicios de salud cuentan con el sistema de referencias y contrareferencias con el fin de apoyar mediante la integración el acceso universal, oportuno y funcional a la atención integral en salud de la población. En la unidad de admisión y/o emergencia materna concurren una proporción de las pacientes referidas de otros centros de salud de menor complejidad; las cuales acuden con la esperanza de poder recibir una buena atención por la cual fueron referidas. A veces las pacientes no salen muy satisfechas debido a las diversas limitaciones de capacidad de respuesta, recursos humanos, técnicos y/o económicos. Por esta razón, la hipótesis general y los resultados del análisis de relación estadística indica que se acepta la H_a en el sentido siguiente: “Si los factores que influyen en el sistema de referencia y contrareferencia son adecuados entonces será óptimo el desarrollo del servicio de Gineco obstetricia, Hospital de Chancay”. Resultado que concuerda con Gordon, B., Fuertes, V. & Tipaz, A. (2014) en su estudio: “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”. Llegaron a la conclusión que el impacto que ha provocado el sistema de referencia y contrareferencia es negativo en relación a la calidad de atención del usuario externo, porque no satisface las necesidades requeridas por parte de ellos. Y que es importante que haya una constante planificación de programas de capacitación continua al personal de salud integrando al primer y segundo nivel de atención con la finalidad de detectar falencias e ir corrigiendo las mismas en beneficio del usuario externo. Que a pesar de la utilización del sistema de Referencia y Contrareferencia aún sigue existiendo la

aglomeración de los usuarios externos en el Centro de Salud debido a la falta de información por parte del personal para que ellos tomen conciencia de cómo utilizar mejor los servicios de salud.

2.- Entre los puestos periféricos y los hospitales con sistema de referencia y contrareferencia debe existir un mecanismo de comunicación expedito entre ambos establecimientos que aseguren la continuidad del cuidado que permita que la paciente fluya en forma segura y eficiente. Así mismo referente a la hipótesis específico 1, los resultados del análisis de relación estadística indica que se acepta la H_a en el sentido siguiente: “Si la comunicación influye positivamente en el SRC entonces habrá un adecuado desarrollo del servicio de Gineco obstetricia, Hospital de Chancay”. Resultado que concuerda con Montaña, D. & Meléndez, L. (2014) en su estudio “Manejo de las Referencias y Contrareferencias de las pacientes Obstétricas atendidas en el Centro de Salud de Wanchaq, Cusco 2014”. Donde se concluye que no existe la conformación de estos agentes, por lo tanto, no existen referencias de parte de agentes comunales. En cuanto a la pertinencia del informe de la contrareferencia de las pacientes obstétricas referidas, se concluye que no se encontró ninguna hoja de contrareferencia, las referencias fueron todas justificadas, 76% curadas, ningún caso de mortalidad materna, 94% atendidas por obstetras, el control respecto a monitoreo, supervisión y/o evaluación de las referencias no se efectúan. Así mismo lo ratifica Ramírez, E. & Viana, N. (2012) en su trabajo: “Evaluación del Sistema de Referencia y Contrareferencia en el Servicio de Urgencias de la Empresa Social del Estado Hospital Local Arjona Cartagena de indias”. A partir de los resultados obtenidos se afirmó que el nivel de satisfacción de los usuarios respecto a los procesos de referencia y contrareferencia es medio o regular. Esto se debe principalmente a que la percepción subjetiva que los usuarios tienen de los servicios. En el caso específico de los procesos de referencia y contrareferencia dentro del hospital, los usuarios refirieron

que el trámite documentario, la celeridad de respuesta de la red de prestación de servicios coordinada y la oportunidad de la atención deben ser mejorados para que respondan adecuadamente a los criterios de calidad y a las necesidades de los pacientes. Tomando en cuenta esto plantea que la referencia y contrareferencia de pacientes en el Hospital Local de Arjona amerita una acción de mejoramiento continuo en los aspectos humanos, técnicos, tecnológicos y de logística del servicio, en los términos de un modelo sistemático de la atención intrahospitalaria.

3.- Durante el proceso de referencia y contrareferencia para la atención de la salud de las pacientes la identificación y compromiso que tienen y ponen en el proceso los profesionales de la salud, debe ser continuo en búsqueda de la eficacia, calidad y eficiencia de la atención. Por lo que referente a la hipótesis específica 2, los resultados del análisis de relación estadística indica que se acepta la H_a en el sentido siguiente: “Si el grado de identificación y compromiso de los profesionales de la salud es óptimo entonces el sistema de referencia y contrareferencia será adecuado en el servicio de Gineco obstetricia, Hospital de Chancay”. Ante este resultado rescato el estudio realizado por Del Mar, M. & Quispe, G. (2016). “Manejo de las referencias y contrareferencias de las pacientes obstétricas atendidas en el Centro de Salud de San Jerónimo, Cusco 2014”. Donde los resultados fueron: El manejo de las referencias y contrareferencias de pacientes obstétricas atendidas fueron significativamente regular, con falta de comunicación al usuario y la baja participación a nivel comunal, donde las principales deficiencias del sistema de referencias y contrareferencias son: poco compromiso de parte de las autoridades responsables del funcionamiento adecuado del sistema.

4.- Y por último los problemas o necesidades que se presentan más frecuentemente requieren tecnologías simples se relaciona también con el tamaño de los grupos de población y su ubicación geográfica, quedando las tecnologías relativamente más simples más cerca de la población, con una mayor accesibilidad geográfica y cultural; mientras que los recursos más complejos y costosos se concentran en establecimientos hospitalarios, buscando mayor eficiencia en su uso. Referente a la hipótesis específica 3, los resultados del análisis de relación estadística indica que se acepta la H_a en el sentido siguiente: “Si la accesibilidad influye positivamente en el sistema de referencia y contrareferencia entonces será adecuado el desarrollo del servicio Gineco obstetricia, Hospital de Chancay”. Datos similares fueron obtenidos por Montaña, D. & Meléndez, L. (2014) en su estudio “Manejo de las Referencias y Contrareferencias de las pacientes Obstétricas atendidas en el Centro de Salud de Wanchaq, Cusco 2014”. Se concluyó que las características sociodemográficas y reproductivas son: 83% de 19 a 34 años, la edad mínima 15, la máxima 40, mediana 27 y moda 32 años; el 73% estudio secundaria, 63% son convivientes, 87% vive en zona urbana, 100% cuentan con seguro, el 50% no tuvo hijos anteriores, 100% partos institucionales, 47% uso métodos hormonales; respecto al manejo de referencia a nivel del establecimiento, el 90% utilizan medios de transporte para acudir al centro de salud, 67% es acompañada, 60% identificó el problema de salud, el diagnóstico es 21% hipertensión inducida por el embarazo, 57% referidos por médicos, la condición fue estable en un 100%, 40% uso laboratorio como recurso de soporte, 98% no fueron coordinadas, 100% con seguro subsidiado, 100% sin tratamiento, a emergencia, a un establecimiento de mayor capacidad resolutive, y no uso medios de transporte propios del establecimiento, atención de 12 Hrs./día.

CONCLUSIONES

El presente trabajo de investigación tuvo por objetivo general; determinar la influencia de los factores en el desarrollo del Sistema de Referencia y Contrareferencia en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital de Chancay. La realización de este estudio me permitió obtener una visión objetiva de la problemática que a día a día se manifiesta en la unidad de admisión y/o emergencia materna, donde concurren una proporción de las pacientes referidas de otros centros de salud; con mayor frecuencia las referencias son del CS Peralvillo (25,4%), C.S Pampa Libre (15.9%), C.S Chancayllo y C.S Quepepampa (15,5%), C.S Aucallama (9,8%), P.S. Pasamayo (9,5%) y por último el P.S. Palpa y Cerro la Culebra (4,2%), de las cuales acuden con la esperanza de poder recibir una buena atención, los motivos de referencia más frecuentes de las usuarias son por control prenatal con riesgo representados por el 47,3%, y el 14,8% es por Control post cesárea. A veces la paciente no sale muy satisfecha debido a las limitaciones de capacidad de respuesta, recursos humanos, técnicos y/o económicos. Luego de la aplicación del instrumento de recolección de datos se confirma que los factores que influyen en el sistema de referencia y contrareferencia son adecuados entonces es óptimo el desarrollo del servicio de Gineco-obstetricia, Hospital de Chancay, Enero – Diciembre, 2016. Las principales conclusiones son las siguientes:

1.- Se analizó la influencia de la comunicación entre los puestos periféricos con el sistema de referencia y contrareferencia del servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital de Chancay; y se encontró que a medida que se manejen adecuadamente las relaciones humanas, la coordinación, los medios de comunicación y exista una eficaz comunicación continua entre los profesionales de la salud de ambos establecimientos, se desarrolla una adecuada atención a la paciente haciendo así más accesible el sistema de referencias y contrareferencias en el Hospital.

2. – En tanto que el grado de identificación y compromiso que tienen los profesionales de la salud con el sistema de referencia y contrareferencia, confirma que a medida que se manejen adecuadamente la atención y exista interacción entre las pacientes y el prestador de servicios dentro de un marco de cumplimiento del derecho a la salud se fortalece la articulación del SRC según los niveles de atención y grados de complejidad de la atención de las pacientes en el nivel de tecnología adecuado a su necesidad, bajo los criterios de oportunidad, eficiencia y eficacia; lográndose de esta manera un adecuado desarrollo del sistema de referencias y contrareferencias en el Hospital de Chancay.

3.- Y por último se analiza la influencia de la accesibilidad con el sistema de referencia y contrareferencia y comprueba que la mayoría de las pacientes referidas acuden por sus propios medios, situación que ocasiona muchas veces retrasos en la llegada y posibilidad de que progrese o empeore las condiciones por la cual fue referida la paciente; se confirma que a menor dificultad que exista en el traslado, en lo demográfico y económico nos permite prestar adecuadamente los servicios de salud a las pacientes, garantizando la calidad, accesibilidad, oportunidad, continuidad e integralidad de los servicios, en función del adecuado desarrollo del sistema de referencias y contrareferencias en el servicio de Gineco-obstetricia del Hospital de Chancay.

RECOMENDACIONES

1.- Se hace necesario una mejor implementación de la oficina de referencias y contrareferencias para que el sistema sea eficiente y eficaz, donde registre las referencias con datos completos, coordinando la atención en el lugar de destino y el traslado de pacientes con toda la seguridad del caso, así como un sistema de seguimiento ya sean referidas a emergencia materno, consultorios externos y/o apoyo al tratamiento y se garantice la comunicación adecuada entre los distintos centros de salud de periferie, con el objetivo de mejorar la atención de las pacientes que acuden al servicio de Gineco-obstetricia del hospital de Chancay por razones que son mayormente obstétricas, con el objetivo primordial de favorecer en la atención del binomio Madre-Niño.

2.- Elaborar un plan de capacitación para capacitar y sensibilizar al personal de salud en la Norma Técnica del Sistema de Referencia y Contrareferencia del sistema de Salud R.M N° 751-2004/MINSA, la referencia y contrareferencia es un procedimiento administrativo-asistencial, que vincula a todos los niveles de atención. Así mismo en el Modelo de Atención Integral de Salud R.M. N° 729-2003/MINSA; para así garantizar y asegurar la continuidad de la atención sanitaria de la paciente a lo largo de la red de servicios de salud, a través de la cual se pueda evitar las demoras que pongan en riesgo la vida de las pacientes.

3.- Elaborar los flujos de referencia y contrareferencia de las Emergencias Obstétricas desde la comunidad; los establecimientos de salud, según su capacidad resolutive dentro del marco normativo vigente y cumplir las normas de atención para pacientes obstétricas, buscando la continuidad de la atención y así prevenir la morbimortalidad materno perinatal, si no mejorar la calidad de vida de las pacientes.

4.- Implementar un monitoreo preciso que permita realizar la supervisión, evaluación y seguimiento de las referencias y contrareferencias de las Emergencias Obstétricas, con ello permitirán controlar pacientes que en su condición de pacientes referidas fueron de alto riesgo, así mismo realizar el seguimiento de las contrareferencias para asegurar la continuidad de la atención, con el objetivo de corregir los aspectos negativos que se presentan en el sistema referencial del servicio de Gineco Obstetricia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Comes, Y; Solitario, R; Garbus P; Mauro M; Czerniecki S; Vázquez A; Sotelo, R., & Stolkiner A (2006) "*El Concepto de Accesibilidad: la Perspectiva Relacional entre Población y Servicios*". Volumen XIV, 2006. [Citado el 04 de Abril del 2017]
Disponible en: <http://www.scielo.org.ar/pdf/anuinv/v14/v14a19.pdf>
- Canales, F., Alvarado, E. & Pineda, E. (2004). "*Metodología de la Investigación – Manual para el desarrollo de personal de Salud*". Editorial LIMUSA, S.A, México.
- Carrasco, S, (2006). "*Metodología de la investigación científica*". Editorial San Marcos, Lima – Perú. 1era Edición, pág. 237.
- Del Mar, M. & Quispe, G. (2016). "*Manejo de las referencias y contrareferencias de las pacientes obstétricas atendidas en el Centro de Salud de San Jerónimo, Cusco 2014*". [citado el 04 de Abril del 2017]. Disponible en: http://repositorio.uandina.edu.pe/bitstream/UAC/421/3/Milagros_Grecia_Tesis_bachiller_2016.pdf
- Fernández, M., Roo, J., Irigoyen, A., Blanco, S., Edward, A. & Juárez, V. (2016). "Los Sistemas de Referencia y Contrareferencia de pacientes en América Latina: Mecanismos de Coordinación Asistencial y el rol de la Medicina Familiar y Comunitaria. *Revista Brasileña de Medicina de Familia y Comunidad*. 2016; 11 (Suppl 2):37-45. [Citado el 04 de Abril del 2017]. Disponible en: <http://cimfwonca.org/wp-content/uploads/Los-Sistemas-de-Referencia-y-Contrareferencia-de-pacientes-en-America-Latina.-2016.pdf>

Flores, K., Goyzueta, A., & Brandán, J. (2014). *"Avances en los Sistemas de Referencias y Contrareferencias en ESSALUD. HAMPI RUNA"*, 14(1).

Florián, A. (2015). *"Evaluación de la aplicación de la guía de práctica clínica de emergencias obstétricas en el Centro de Salud Bellavista"*, Callao-2012. [Citado el 14 de abril del 2017] Disponible en URL: <http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/handle/usmp/1849>

Gordon, B., Fuertes, V. & 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 en el periodo marzo–agosto 2014"*. (Bachelor's thesis). [Citado el 14 de Abril del 2017] Disponible en URL: <http://www.repositorioupec.edu.ec/handle/123456789/294>

Hernández, R., Fernández, C., Col (2010). "Metodología de la investigación", Editorial Mc Graw Hill/Interamericana Editores, S.A. de C.V., 5ta Edición, pág. 613, México.

Hospital de Chancay - Departamento de Gineco – Obstetricia. (2005). *Informe Técnico: "Porcentajes de Gestantes referidas del primer nivel de atención que acuden a la emergencia obstétrica"*.

MINSA. (2004). *"Norma Técnica del Sistema de Referencia y Contrareferencia de los Establecimientos del Ministerio de Salud"*. Perú: MINSA [citado el 04 de Abril del 2017]. Disponible en: <http://www.dgiem.gob.pe/wp->

content/uploads/2013/01/PW5_RESOLUCION-MINISTERIAL-N%C2%B0-751-2004-MINSA.pdf

MINSA. (2010). *“Referencia y Contrareferencia de las Emergencias Obstétricas y Neonatales: Modulo 5”*. 2010. [citado el 04 de Abril del 2017]. Disponible en: http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1142_DGSP275-5.pdf

MINSA. (2012). *“Análisis de la demanda y el acceso a los servicios de salud en el Perú”*. Dirección General de Epidemiología. 2012. [citado el 04 de Abril del 2017]. Disponible en: http://www.dge.gob.pe/publicaciones/pub_asis/asis31.pdf

Montaño, D., & Meléndez, L. (2014). "Manejo de las referencias y contrareferencias de las pacientes obstétricas atendidas en el Centro de Salud de Wanchaq, Cusco 2014". [citado el 04 de Abril del 2017]. Disponible en: http://repositorio.uandina.edu.pe/bitstream/UAC/251/3/Danae_Luzaira_Tesis_Bachiller_2015.pdf.pdf

Ramírez, E., Guzmán, V., & Peña, A. (2012). *“Evaluación del sistema de referencia y contrareferencia en el servicio de urgencias de la empresa social del estado Hospital local Arjona Cartagena de indias”*. (Doctoral dissertation, Universidad de Cartagena). [Citado el 14 de Abril del 2017] Disponible en URL: <http://190.242.62.234:8080/jspui/handle/11227/401>

Rodríguez, E., Trevizan, M., & Shinyashiki. (2008). *“Reflexión conceptual sobre compromiso organizacional”*. Latino-am Enfermagem, 6

Talaigua, M. (2015). *“Evaluación del Sistema de Referencia y Contrareferencia Municipio de Montería Colombia”*. [Citado el 14 de Abril del 2017] Disponible en URL:<http://www.monografias.com/trabajoia-y-contrareferencia/evaluacion-del-sistema-referencia-y-contrareferencia.shtml>

Zegada, P., Ramírez, I., & Montesinos, A. (2014). *"Análisis de los conocimientos y prácticas del sistema de referencia y contrareferencia de jóvenes y adultos de ambos sexos"*. Municipio de Alcalá-Bolivia. *Ad Astra-Revista Científica Multidisciplinaria*, 5, 34. [Citado el 14 de Abril del 2017] Disponible en URL: http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?pid=S2309-31532014000200003&script=sci_abstract

ANEXOS

Anexo 1: Matriz de consistencia

Tabla 6:

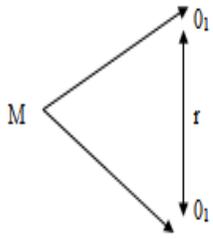
Matriz De Consistencia

TITULO: “Factores que influyen en el Sistema de Referencia y Contrareferencia en el servicio de Gineco-Obstetricia, Hospital de Chancay, Enero-Diciembre, 2016”

AUTOR: Br. YVONNE MEDALIT ASCASIBAR ANDRADE

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLES E INDICADORES			
			VARIABLE 1: Factores que Influyen			
Problema General ¿Cómo influyen los factores en el desarrollo del Sistema de Referencia y Contrareferencia en el servicio de Gineco-Obstetricia, Hospital de Chancay, Enero-Diciembre, 2016?	Objetivo general Determinar la influencia de los factores en el desarrollo del Sistema de Referencia y Contrareferencia en el servicio de Gineco-Obstetricia, Hospital de Chancay, Enero-Diciembre, 2016.	Hipótesis general Si los factores que influyen en el sistema de referencia y contrareferencia son adecuados entonces será óptimo el desarrollo del servicio de Gineco obstetricia, Hospital de Chancay, Enero-Diciembre, 2016.	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS	NIVEL
						1. Comunicación
			2. Identificación y compromiso	- Atención	7,8,9,10,15,17,23, 24, 25y26	0. Bajo 1. Regular 2. Alto
			3. Accesibilidad al sistema	-Transporte. -Demográfico. - Económico. - Traslado.	2,12,13,16,19y20.	0. Bajo 1. Regular 2. Alto
			VARIABLE 2: Sistema de Referencias y Contrareferencias (SRC)			
			DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS	NIVEL o RANGO
			1. Recurso Humano	- Profesionales. - Cumplimiento de Normas. - Participación Activa - Responsabilidad. - Trabajo en equipo. - Organización. - Cumplimiento de Capacitaciones	12 10,11,13,16,18 2,3,5,9,14 1,4,8 6,7,17 15	0. Bajo 1. Regular 2. Alto
			VARIABLE 2: Sistema de Referencias y Contrareferencias (SRC)			
			DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS	NIVEL o RANGO
			1. Recurso Humano	- Profesionales. - Cumplimiento de Normas. - Participación Activa - Responsabilidad. - Trabajo en equipo. - Organización. - Cumplimiento de Capacitaciones	12 10,11,13,16,18 2,3,5,9,14 1,4,8 6,7,17 15	0. Bajo 1. Regular 2. Alto
			2. Si el grado de identificación y compromiso de los profesionales de la salud es óptimo entonces el sistema de referencia y contrareferencia en el servicio de Gineco obstetricia, Hospital de Chancay, Enero-Diciembre, 2016, también será óptimo.			
			3. Si la accesibilidad influye positivamente en el sistema de referencia y contrareferencia entonces será adecuado el desarrollo del servicio Gineco obstetricia, Hospital de Chancay, Enero-Diciembre, 2016.			
			3. Si la accesibilidad influye positivamente en el sistema de referencia y contrareferencia entonces será adecuado el desarrollo del servicio Gineco obstetricia, Hospital de Chancay, Enero-Diciembre, 2016.			

Fuente: Elaboración propia.

TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	POBLACIÓN Y MUESTRA	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS	ESTADÍSTICA A UTILIZAR
<p>TIPO: El tipo de investigación es Descriptivo y Correlacional.</p> <p>DISEÑO: El diseño de la investigación fue de tipo no experimental de corte transversal y correlacional. Donde:</p> 	<p>POBLACIÓN: La población de trabajadores es el 100% de ginecólogos del hospital (11 ginecólogos) y de establecimientos de salud de la periferia 16 médicos generales y 15 obstétrices. La población del público externo se determinará sobre la base de pacientes referidos a emergencia obstétrica y consulta externa Gineco- obstétrica en el 2016; se considerará como población a 837 pacientes y la muestra representativa se obtendrá utilizando una regla práctica.</p> <p>TIPO DE MUESTREO: Para el estudio se aplicó el muestreo no probabilístico por conveniencia, porque no existe el criterio de la misma posibilidad de ser elegidos para formar parte de la muestra. Es el subgrupo de la población en la que la elección de los elementos no depende de la probabilidad si no de las características de la investigación.</p>	<p>Variable 1: Factores que influyen Técnicas: Encuesta Instrumentos: Cuestionario Autor: Ascasibar Andrade, Yvonne M. Año: 2017 Ámbito de Aplicación: Pacientes que acuden con referencias al servicio de obstetricia del Hospital de Chancay Forma de Administración: Individual.</p> <p>El cuestionario donde se consigna los enunciados que consta de 26 preguntas</p> <p>Variable 2: Sistema de referencia y contrareferencia (SRC) Técnicas: Encuesta Instrumentos: Cuestionario Autor: Ascasibar Andrade, Yvonne M. Año: 2016 Ámbito de Aplicación: Personal Médico del servicio de obstetricia del Hospital de Chancay, 16 médicos generales y 15 obstétrices. Forma de Administración: Individual.</p>	<p>DESCRIPTIVA: Tablas y frecuencias. Gráfico de barras.</p> <p>INFERENCIAL: Para determinar la correlación de las variables se aplicará Rho de Spearman.</p>
<p>Figura 1. Diagrama del diseño correlacional</p> <p>M: 42 Profesionales de la salud y 264 pacientes</p> <p>O₁: Observación sobre los factores que influyen.</p> <p>r: Relación entre variables.</p> <p>O₂: Observación el sistema de referencias y contrareferencias</p> <p>MÉTODO: Hipotético deductivo, con un Enfoque Cuantitativo.</p>	<p>MUESTRA: Para el estudio se tomaría el 100 % de los profesionales de la salud que son 42 (11 ginecólogos, 16 médicos generales y 15 obstétrices) y 837 usuarias externos (pacientes referidas al servicio de Gineco obstetricia) haciendo el total de 264 muestras.</p>	<p>El cuestionario donde se consigna los enunciados que consta de 18 preguntas</p>	

5.-La información que recibió en la contrareferencia fue:

- a) Escasa y confusa b) poco clara c) suficiente d) rica y abundante

6.- Considera usted que en su referencia el trato prestado por el personal de salud en su atención es.

PERSONAL DE SALUD	Muy bueno	Bueno	Regular	Malo
MEDICO				
OBSTETRIZ				
TÉCNICO DE ENFERMERIA				
OTROS				

7.-En su opinión como considera el sistema de referencia y contrareferencia en el servicio de Gineco obstetricia

- a) Muy bueno b) bueno c) regular d) malo

8.-Cree usted que el sistema de referencia le es útil para su atención

- a) Mucho b) Bastante c) Suficiente d) Poco e) Nada

9.-Cual fue la actitud del personal de salud al recibirla con su referencia

- a) Muy buena b) buena c) regular d) malo

10.-En su opinión la relación entre el puesto de salud y el servicio de Gineco obstetricia es:

- a) Muy buena b) buena c) regular d) malo

11.-Las recomendaciones dadas por el personal profesional en la resolución de su problema de salud fueron

- a) Mucho b) Bastante c) Suficiente d) Poco e) Nada

12.- Cuanto tiempo demoró para llegar al lugar de referencia

- a) 10 minutos b) 30 minutos c) 1 hora d) más de 1 hora

13.-Que medio de transporte utilizó para llegar a su referencia

- a) Caminando b) bicicleta c) moto taxi e) automóvil

14.-Tuvo usted la oportunidad de preguntar al profesional de salud por que se le refiere

- a) Si b) Parcialmente c) No

15.- Al servicio de Gineco obstetricia le falta organización en el sistema de referencia y contrareferencia

- a) Muy de acuerdo b) De acuerdo c) ni de acuerdo ni en desacuerdo
d) En desacuerdo e) Muy en desacuerdo

16.-El trámite para ser atendido con referencia en el servicio le pareció

- a) Muy fácil b) fácil c) regular d) difícil e) muy difícil

17.-Cuando acude a la atención con hoja de referencia en cuál de los servicios de Gineco obstetricia siente Ud. Que se le trato mejor

- a) Emergencia b) Consultorio externo c) ninguno

18.-E l personal del puesto de salud coordinó la referencia con el servicio

- a) Si b) Parcialmente c) No

19.-Que tiempo tuvo que permanecer en el puesto de salud para que realizaran su referencia

- a) 30 minutos b) 1 hora c) 2 horas d) más de 2 hora

20.-Su economía le permitió acudir al servicio con su referencia

- a) Inmediatamente b) demoró c) No acudió

21.-Cree usted que existe comunicación oportuna de puesto de salud con el servicio al referir al paciente

- a) Siempre b) Casi siempre c) Casi nunca d) Nunca

22.-Conoce usted algo de las normas del sistema de referencia y contrareferencias

- a) Si b) Parcialmente c) No

23.-Cree usted que el personal cumplió con las normas del sistema de referencia y contrareferencia

- a) Si b) Parcialmente c) No

24.-En su opinión la referencia al servicio fue justificada

- a) Si b) Parcialmente c) No

25.-Que profesional de salud le envió con referencia

- a) Médico b) Obstetriz c) otro

26.-Quien le acompaña a su referencia

- a) Médico b) Obstetriz c) otro personal de salud d) familiar e) sola

Muchas gracias

Anexo 3: Instrumento que mide el Sistema de Referencias y Contrareferencias.**INSTRUMENTO N° 2****CUESTIONARIO SOBRE EL SISTEMA DE REFERENCIA Y
CONTRAREFERENCIA**

Buenos días / tardes estoy trabajando en un estudio que servirá para determinar la influencia de los factores en el desarrollo del Sistema de Referencia y Contrareferencia en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital de Chancay, con el fin de analizar y tomar algunas estrategias para mejorar el sistema y darle continuidad a la prestación de salud por parte del servicio, contribuyendo así a la disminución de morbilidad materna perinatal. Apreciaremos conteste algunas preguntas breves.

Parte I: Datos generales:

FECHA:

N°:

SEXO: F..... M.....

EDAD:

CONDICION LABORAL: Contratado: Nombrado: Tercero:

Parte II:**1. Existe comunicación de los establecimientos que refieren con el servicio**

a) Siempre b) Casi siempre c) Casi nunca d) Nunca

2. Conoce usted las normas del proceso de referencia y contrareferencia

a) Mucho b) Bastante c) Suficiente d) Poco e) Nada

3. Cuando recibe la referencia esta es enviada con la hoja de referencia bien llenada

a) Siempre b) Casi siempre c) Casi nunca d) Nunca

4. Cuando recibe una referencia trabaja en equipo

a) Siempre b) Casi siempre c) Casi nunca d) Nunca

5. Realiza UD. mismo el llenado del formato de las referencias y contrareferencias de sus pacientes

a) Si b) Parcialmente c) No

6. Para UD. El proceso de referencia y contrareferencia dificultad su atención

a) Mucho b) Bastante c) Suficiente d) Poco e) Nada

7. Que es lo que recomendaría para mejorar el proceso de referencia y contrareferencia

.....

Anexo 4: Validación del Instrumento de la Variable 1: Factores que influyen en el SRC

La validez del instrumento de los factores que influyen en el SRC se realizó de la siguiente manera.

Tabla 7:

Cálculo de validación de expertos

Ítems	Criterios	Juez1	Juez2	Juez3	Juez4	Juez5
1	¿En qué porcentaje estima Ud. que con esta prueba se lograra el objetivo propuesto?	1	1	1	1	1
2	¿En qué porcentaje considera que las preguntas están referidas a los conceptos del tema?	1	1	1	1	0
3	¿Qué porcentaje de las interrogantes formuladas son suficientes para lograr los objetivos?	0	1	1	0	1
4	En qué porcentaje las preguntas de la prueba son de fácil comprensión?	1	1	1	1	1
5	¿Qué porcentaje de las preguntas referidas al tema siguen secuencia lógica?	1	1	1	1	0
6	En qué porcentaje valora Ud. que con esta prueba se obtendrá datos similares en otras muestras?	1	1	1	1	1

1 : Favorable (si)

0 : Desfavorable (no)

Prueba de concordancia

Tenemos un total de 30 respuestas (6 ítems x 5 jueces) de las cuales 26 son '1'. Aplicamos la siguiente fórmula, donde:

'b' = Grado de concordancia entre jueces (¿?)

'Ta' = N° total de acuerdos (26)

'Td' = N° total de desacuerdos. (4)

$$b = \frac{Ta}{Ta + Td} \times 100$$

Reemplazamos por los valores obtenidos:

$$b = \frac{26}{26 + 4} \times 100$$

$$b = 86.66\%$$

Anexo 5: Validación del Instrumento de la Variable 2: SRC

La validez del instrumento del sistema de referencia y contrareferencia se realizó de la siguiente manera.

Tabla 8:

Cálculo de validación de expertos

Ítems	Criterios	Juez1	Juez2	Juez3	Juez4	Juez5
1	¿En qué porcentaje estima Ud. que con esta prueba se lograra el objetivo propuesto?	1	1	1	1	1
2	¿En qué porcentaje considera que las preguntas están referidas a los conceptos del tema?	1	1	0	1	1
3	¿Qué porcentaje de las interrogantes formuladas son suficientes para lograr los objetivos?	1	1	1	1	1
4	En qué porcentaje las preguntas de la prueba son de fácil comprensión?	1	1	1	1	0
5	¿Qué porcentaje de las preguntas referidas al tema siguen secuencia lógica?	1	0	1	1	1
6	En qué porcentaje valora Ud. que con esta prueba se obtendrá datos similares en otras muestras?	1	1	1	1	1

1 : Favorable (si)
0 : Desfavorable (no)

Prueba de concordancia

Tenemos un total de 30 respuestas (6 ítems x 5 jueces) de las cuales 27 son '1'. Aplicamos la siguiente fórmula, donde:

'b' = Grado de concordancia entre jueces (¿?) 'Ta' = N° total de acuerdos (27)
'Td' = N° total de desacuerdos. (3)

$$b = \frac{Ta}{Ta + Td} \times 100$$

Reemplazamos por los valores obtenidos:

$$b = \frac{27}{27 + 3} \times 100 \qquad b = \qquad 90\%$$

Anexo 6: Confiabilidad del Instrumento de la Variable 1: Factores que influyen en los SRC.

Confiabilidad: La confiabilidad del Cuestionario de los factores motivacionales e realiza con los mismos resultados de la aplicación piloto y, para su evaluación se emplea el coeficiente alfa de Crombach, cuya expresión es:

$$\alpha = \frac{k}{k - 1} \left(1 - \frac{\sum Si^2}{St^2} \right)$$

Donde:

K = número total de ítems que conforman la prueba,

$\sum Si^2$ = la sumatoria de la varianza de cada uno de los ítems y

St^2 = la varianza total del instrumento, (Garret, 1976).

Tabla 9:

Hoja de Cálculo Coeficiente Alfa de Cronbach para su Fiabilidad del Cuestionario para medir los factores que influyen en los SRC.

SUJETOS	Comunicación										Identificación y compromiso										Accesibilidad						SUMA
	1	3	4	5	6	11	14	18	21	22	7	8	9	10	15	17	23	24	25	26	2	12	13	16	19	20	
1	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1	2	3	0	0	0	11
2	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	0	1	0	1	1	1	1	0	3	3	1	1	0	23
3	0	1	0	1	0	1	0	0	1	0	1	1	1	0	0	0	1	1	0	1	0	3	3	3	2	0	20
4	0	1	0	1	0	1	0	0	1	0	1	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0	3	3	1	1	0	16
5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	3	3	3	1	1	29
6	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	1	1	0	1	0	3	3	1	0	1	21
7	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	2	3	1	0	1	24
8	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	0	3	3	3	1	1	14
9	0	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	1	0	2	3	3	1	1	17
10	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	1	0	3	3	3	0	1	7
Var Ítem	0.2	0.3	0.1	0.3	0.2	0.4	0.2	0.2	0.3	0.1	0.3	0.4	0.1	0.1	0.1	0	0.2	0.4	0.2	0.3	0.1	1	1.2	0.7	0.3	0.2	7,9

Fuente: Base de datos - Reporte del SPSS del investigador.

Suma de varianza entre ítems =
7,9

$$\alpha = \frac{26}{26-1} \left(1 - \frac{7,9}{63,23}\right) = 0,9152 = 0.9$$

Varianza Total = 63,23

Anexo 7: Confiabilidad del Instrumento de la Variable 2: : Sistema de Referencia y Contrareferencia

Confiabilidad: La confiabilidad del Cuestionario de la calidad se realiza con los mismos resultados de la aplicación piloto y, para su evaluación se emplea el coeficiente alfa de Crombach, cuya expresión es:

$$\alpha = \frac{k}{k - 1} \left(1 - \frac{\sum Si^2}{St^2} \right)$$

Donde:

K = número total de ítems que conforman la prueba,

$\sum Si^2$ = la sumatoria de la varianza de cada uno de los ítems y

St^2 = la varianza total del instrumento, (Garret, 1976).

Tabla 10:

Hoja de Cálculo Coeficiente Alfa de Crombach para su Fiabilidad del Cuestionario para medir los SRC.

SUJETOS	ITEMS																		SUMA
	Recurso Humano																		
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	
1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	13
2	1	1	1	0	1	0	0	1	0	1	4	1	1	1	1	0	1	0	21
3	0	0	1	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	1	0	1	0	17
4	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	15
5	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	22
6	1	1	1	1	1	0	0	0	0	1	1	0	1	1	1	1	1	0	24
7	1	1	1	1	1	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	23
8	1	1	1	0	1	0	0	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	0	27
9	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	9
10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	11
Var Item	0.3	0.7	0.4	0.2	0.4	0.9	0	0.1	0	2.7	1.2	1.3	0.3	0.3	0.4	0.2	0.4	0.1	9,9

Fuente: Base de datos - Reporte del SPSS del investigador.

Suma de varianza entre ítems = 9,9

$$\alpha = \frac{18}{18-1} \left(1 - \frac{9,9}{54,98}\right) = 0,8692 = 0,9$$

Varianza Total = 54,98

Anexo 8: Estadística descriptiva

8.1 Datos Generales de la Usuaría externo

Se encuestó a un total de 264 pacientes, en las cuales se tomaron en cuenta: el grado de instrucción, estado civil, profesión, lugar donde fue referida, Establecimiento de procedencia y motivo de referencia de las usuarias del servicio de Gineco-obstetricia del Hospital de Chancay.

Tabla 11:

Edad de las usuarias del servicio de Gineco-Obstetricia.

	Frecuencia	Porcentaje
Válidos		
Entre 12 años a 18 años	19	7,2
Entre 19 años a 25 años	85	32,2
Entre 26 años a 32 años	91	34,5
Entre 33 años a 39 años	62	23,5
Más de 39 años	7	2,7
Total	264	100,0

Fuente: Base de datos - Reporte del SPSS del investigador.

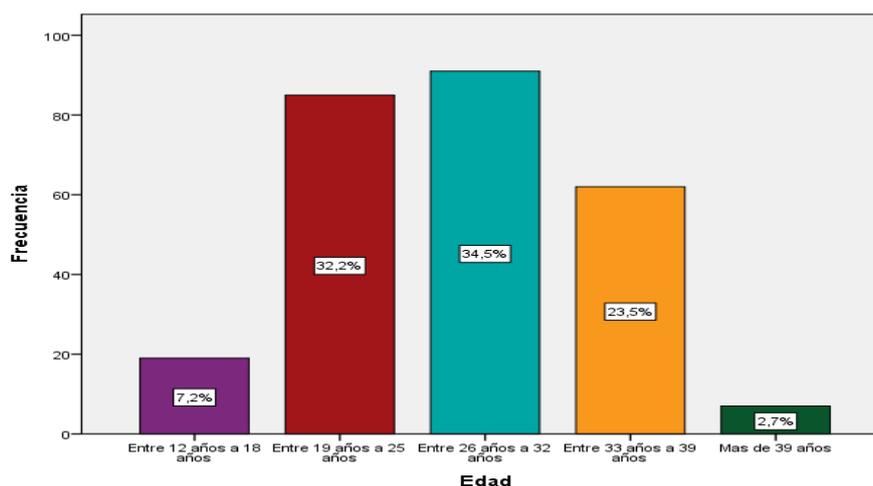


Figura 01. Edad de las usuarias del servicio de Gineco-Obstetricia.

En la tabla N° 11 y figura 01; se observa que el 32,2% de los usuarios tiene entre 19 años a 25 años, el 34,5% tiene entre 26 años a 32 años y el 23,5% se encuentra entre 33 años a 39 años.

Tabla 12:

Estado Civil de las usuarias del servicio de Gineco-Obstetricia.

	Frecuencia	Porcentaje
Soltera	35	13,3
Casada	81	30,7
Válidos Conviviente	140	53,0
Otros	8	3,0
Total	264	100,0

Fuente: Base de datos - Reporte del SPSS del investigador.

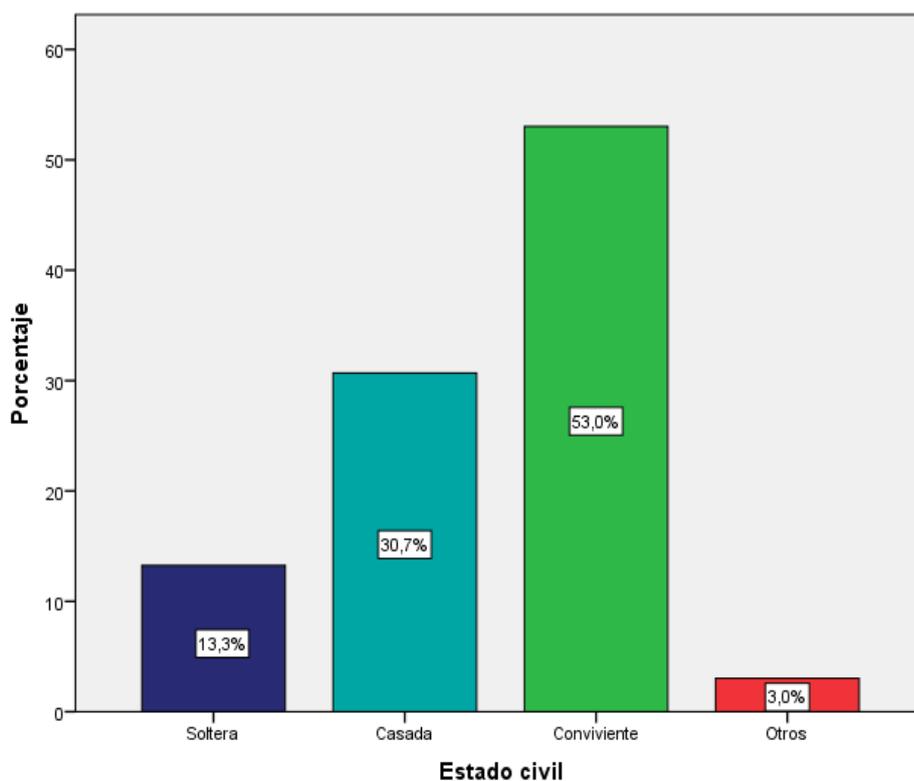


Figura 02. Estado Civil de las usuarias del servicio de Gíneco-Obstetricia.

En la tabla N° 12 y figura 02; se observa que el 53% de las usuarias son convivientes, el 30.7% son casados, el 13,3% son solteras y el 3% tienen otro tipo de compromiso

Tabla 13:

Profesión de las usuarias del servicio de Gineco-Obstetricia

	Frecuencia	Porcentaje
Estudiante	35	13,3
Ama de casa	81	30,7
Válidos Obrera	140	53,0
Empleada	8	3,0
Total	264	100,0

Fuente: Base de datos - Reporte del SPSS del investigador.

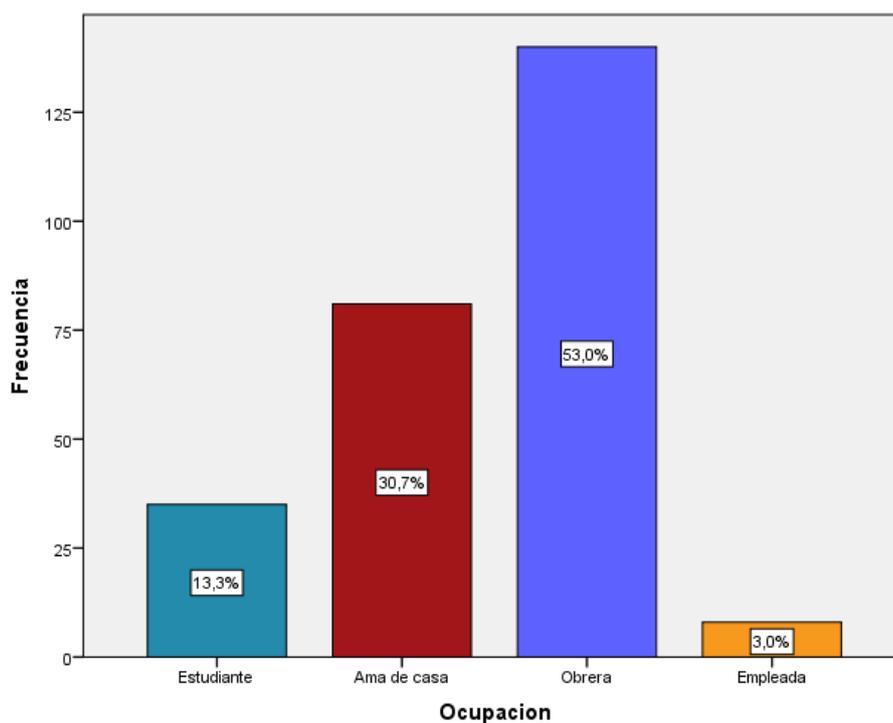


Figura 03. Profesión de las usuarias del servicio de Gineco-Obstetricia.

En la tabla N° 13 y figura 03; se observa que el 53% son obreras, el 30,7% son amas de casa, el 13,3% son estudiantes y solo 3% son empleadas.

Tabla 14:

Grado de instrucción de las usuarias del servicio de Gineco-Obstetricia.

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Ninguno	3	1,1
	Primaria	25	9,5
	Secundaria	218	82,6
	Superior	18	6,8
	Total	264	100,0

Fuente: Base de datos - Reporte del SPSS del investigador.

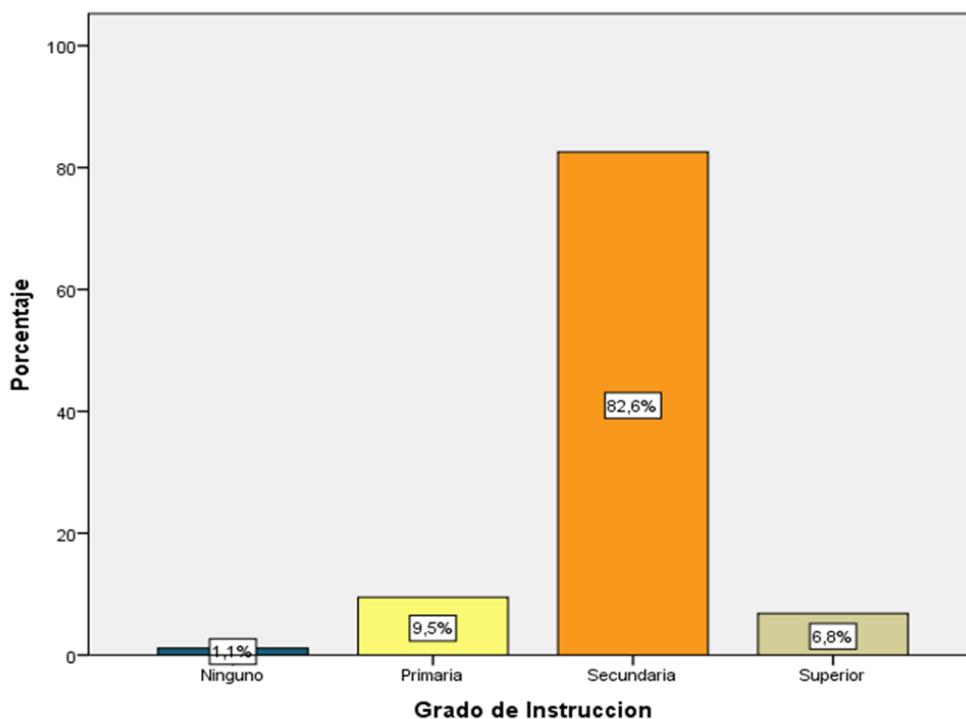


Figura 04. Grado de instrucción de las usuarias del servicio de Gineco-Obstetricia.

En la tabla N° 14 y figura 04; se observa que el 1,1% no tiene ningún grado de instrucción, el 9,5% tiene primaria, el 82,6% tiene estudios de secundarios y el 6,8% tiene grado superior.

Tabla 15:

Lugar donde fue referida las usuarias del servicio de Gineco-Obstetricia.

	Frecuencia	Porcentaje
Consultorio externo	202	76,5
Válidos Emergencia Gineco obstétrica	62	23,5
Total	264	100,0

Fuente: Base de datos - Reporte del SPSS del investigador.

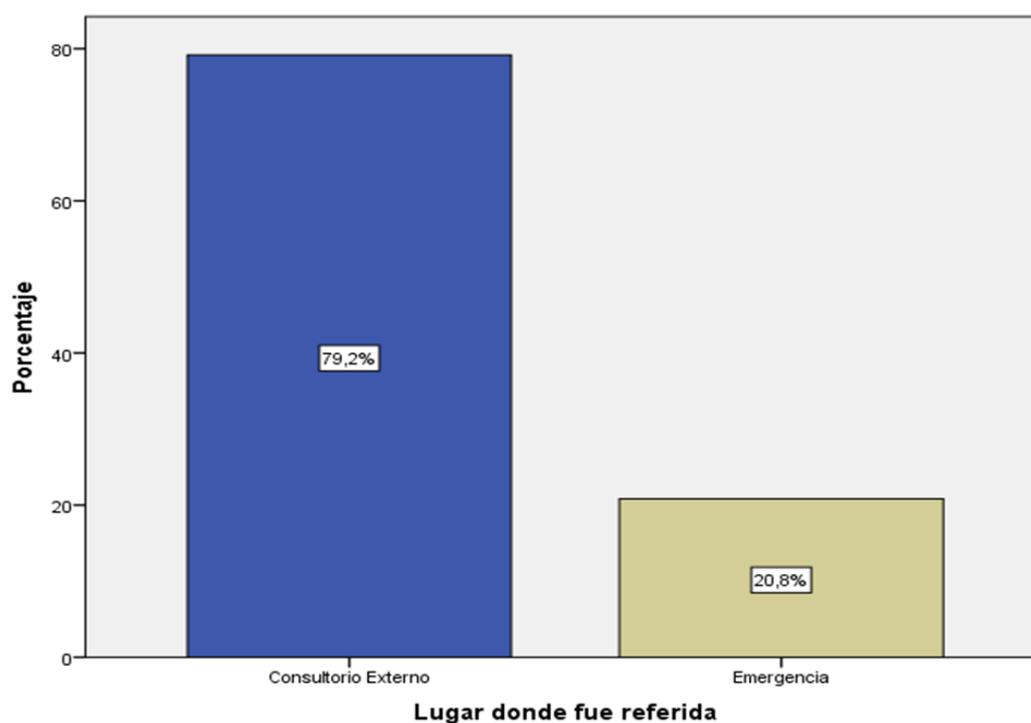


Figura 05. Lugar donde fue referida las usuarias del servicio de Gineco-Obstetricia

En la tabla N° 15 y figura 05; se observa que el que el 79,2% de las usuarias fueron referidas a consultorios externos y el 20,8% fue referida a emergencias.

Tabla 16:

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	PS AUCALLAMA	26	9,8
	PS CERRO LA CULEBRA	11	4,2
	CS CHANCAYLLO	41	15,5
	PS PALPA	11	4,2
	PS PAMPA LIBRE	42	15,9
	PS PASAMAYO	25	9,5
	CS PERALVILLO	67	25,4
	PS QUEPEPAMPA	41	15,5
	Total	264	100,0

Establecimiento de referencia de las usuarias del servicio de Gineco-Obstetricia.

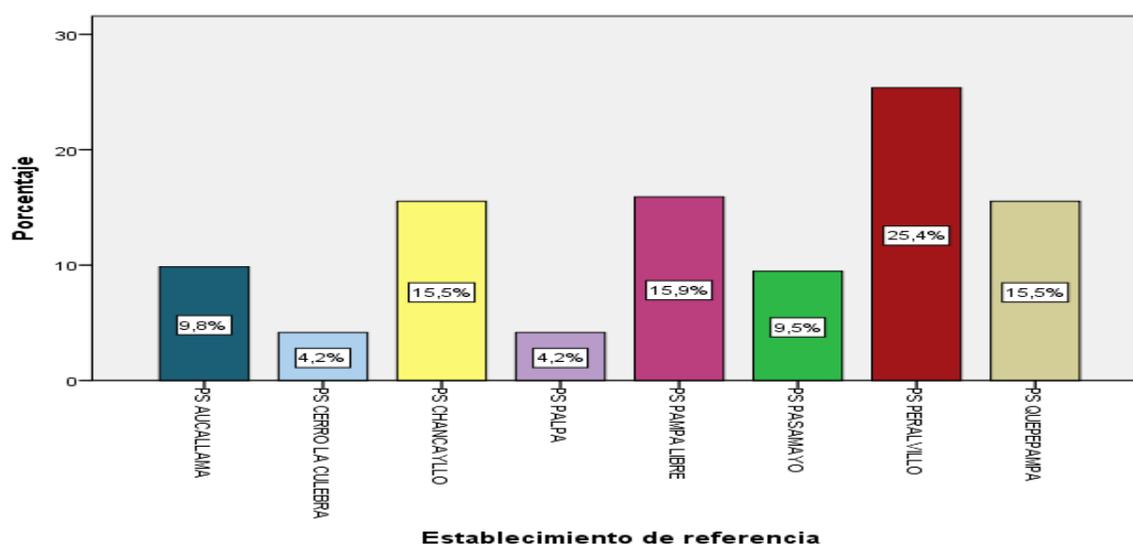
Fuente: Base de datos - Reporte del SPSS del investigador.

Figura 06. Establecimiento de referencia de las usuarias del servicio de Gineco - Obstetricia.

En la tabla N° 15 y figura 06; se observa que con mayor frecuencia las referencias son del CS Peralvillo (25,4%), C.S Pampa Libre (15.9%), C.S Chancayllo y C.S Quepepampa (15,5%), C.S Aucallama (9,8%), P.S. Pasamayo (9,5%) y por último el P.S. Palpa y Cerro la Culebra (4,2%).

Tabla 17:

Motivo de referencia de las usuarias por consultorio externo del servicio de Gineco-



Obstetricia.

	Frec	Porc.
Control de puerperio con riesgo	11	5,4%
Control post cesárea	39	19,3%
Control post legrado uterino	8	4,0%
Control pre natal con riesgo	125	61,9%
Dolor pélvico	6	3,0%
Hemorragia uterina anormal	2	1,0%
Infecciones urinarias	5	2,5%
Otras patologías ginecológicas	6	3,0%
Total	202	100%

Fuente: Base de datos - Reporte del SPSS del investigador.

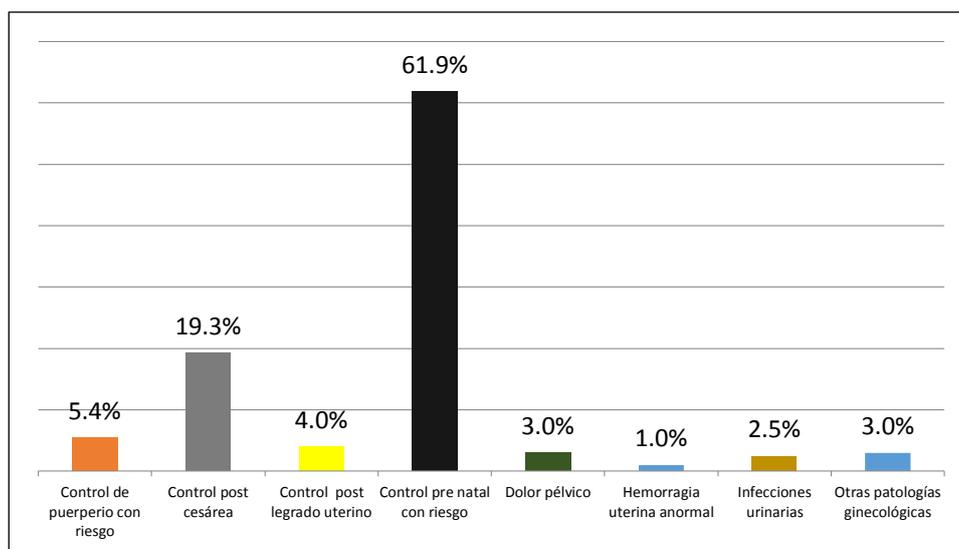


Figura 07. Motivo de referencia de las del servicio de Gíneco -Obstetricia.

En la tabla N° 17 y figura 07; se observa que los motivos de referencia más frecuentes de los usuarios son por control prenatal con riesgo representados por el 61,9%, y el 19,3% es por Control post cesárea.

Tabla 18:

Motivo de referencia de las usuarias por emergencia obstétrica del servicio de Gineco-Obstetricia.

	Frec	Porc.
Amenaza parto prematuro	1	1,6%
Atención de parto	12	19,4%
Hemorragia primer trimestre	9	14,5%
Dolor pélvico	1	1,6%
Hemorragia uterina anormal	2	3,2%
Hiperémesis gravídica	3	4,8%
Infección urinaria	2	3,2%
Trabajo de parto	26	41,9%
Otras complicaciones obstétricas	6	9,7%
Otras patologías ginecológicas	0	0,0%
Total	62	100%

Fuente: Base de datos - Reporte del SPSS del investigador

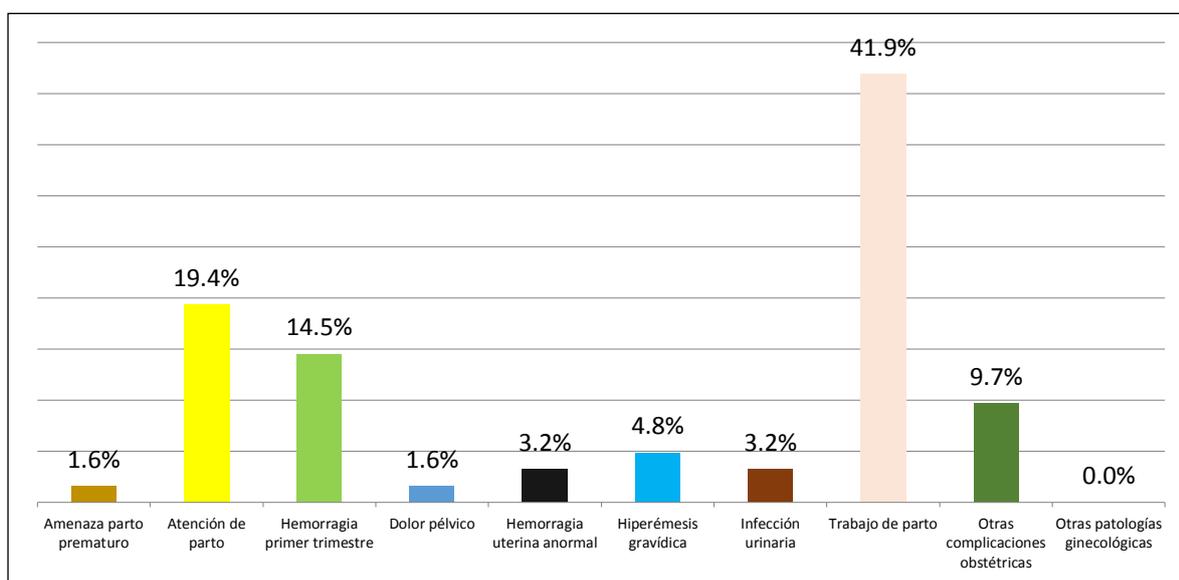


Figura 8. Motivo de referencia de las del servicio de Gineco –Obstetricia

En la tabla N° 18 y figura 08; se observa que los motivos de referencia más frecuentes de los usuarios son por Trabajo de parto representados por el 41,9%, y el 19,3% es por Atención de parto.

8.2. Datos Generales del Usuario interno

Se encuesta al personal de salud del servicio de obstetricia del Hospital de Chancay. La presentación de los resultados está organizada de acuerdo a los objetivos planteados, de la siguiente manera:

Tabla 19:

Género de los profesionales del servicio de Gineco-Obstetricia, Hospital de Chancay

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Masculino	21	50,0
	Femenino	21	50,0
	Total	42	100,0

Fuente: Base de datos - Reporte del SPSS del investigador.

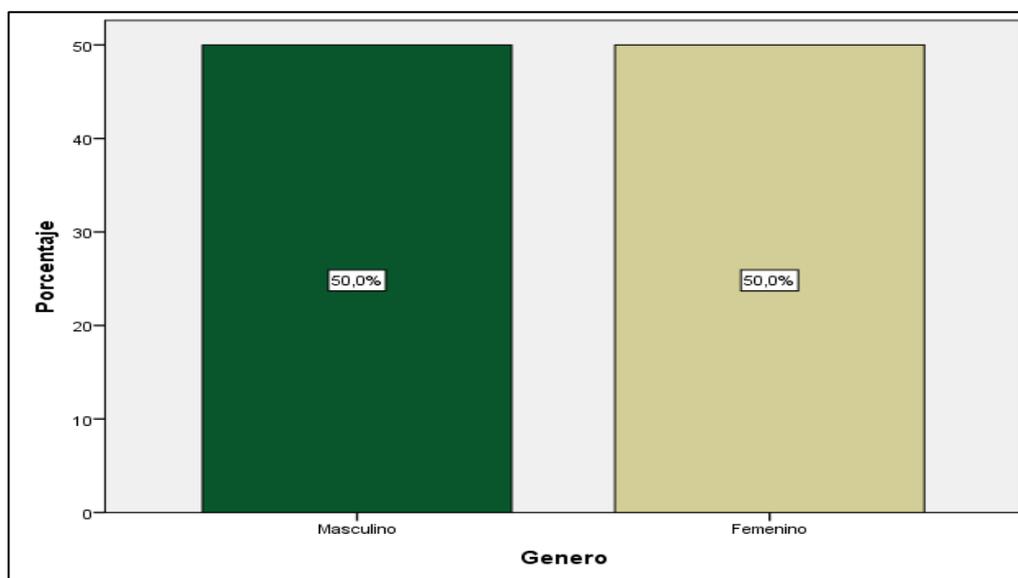


Figura 09. Género de los profesionales del servicio de Gineco-Obstetricia, Hospital de Chancay.

En la tabla 19 y la figura 09; se observa que el 50% de los profesionales del servicio de Gineco-Obstetricia, Hospital de Chancay son del género masculino y el otro 50% son del género femenino.

Tabla 20:

Edad de los profesionales del servicio de Gineco-Obstetricia, Hospital de Chancay

	Frec	Porc.
Entre 25 años a 35 años	11	26,2%
Entre 36 años a 45 años	11	26,2%
Entre 46 años a 55 años	18	42,9%
Más de 55 años	2	4,8%
Total	42	100%

Fuente: Base de datos - Reporte del SPSS del investigador.

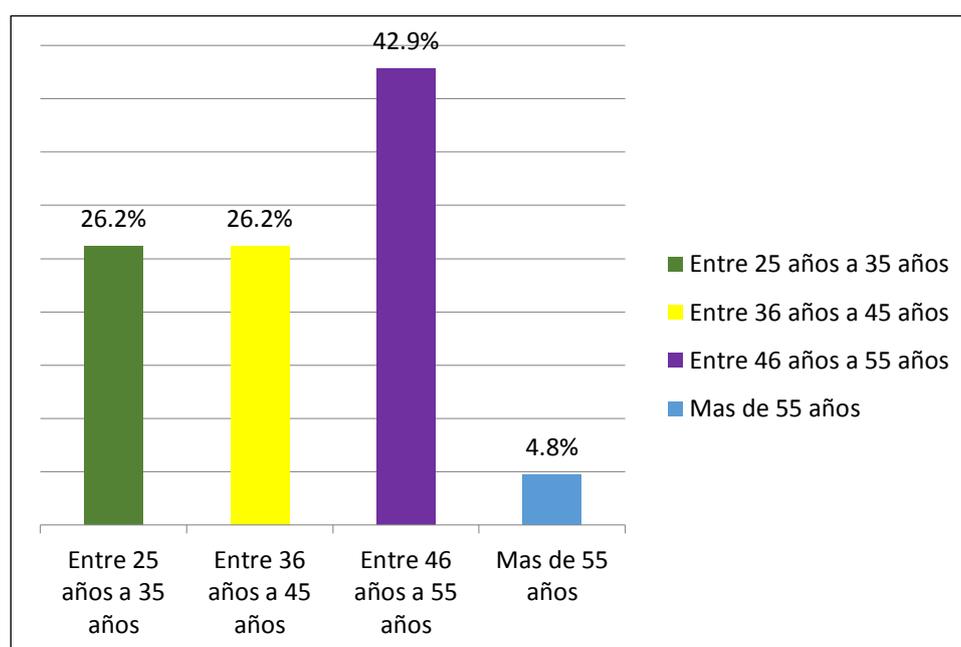


Figura 10. Edades de los profesionales del servicio de Gineco-Obstetricia, Hospital de Chancay.

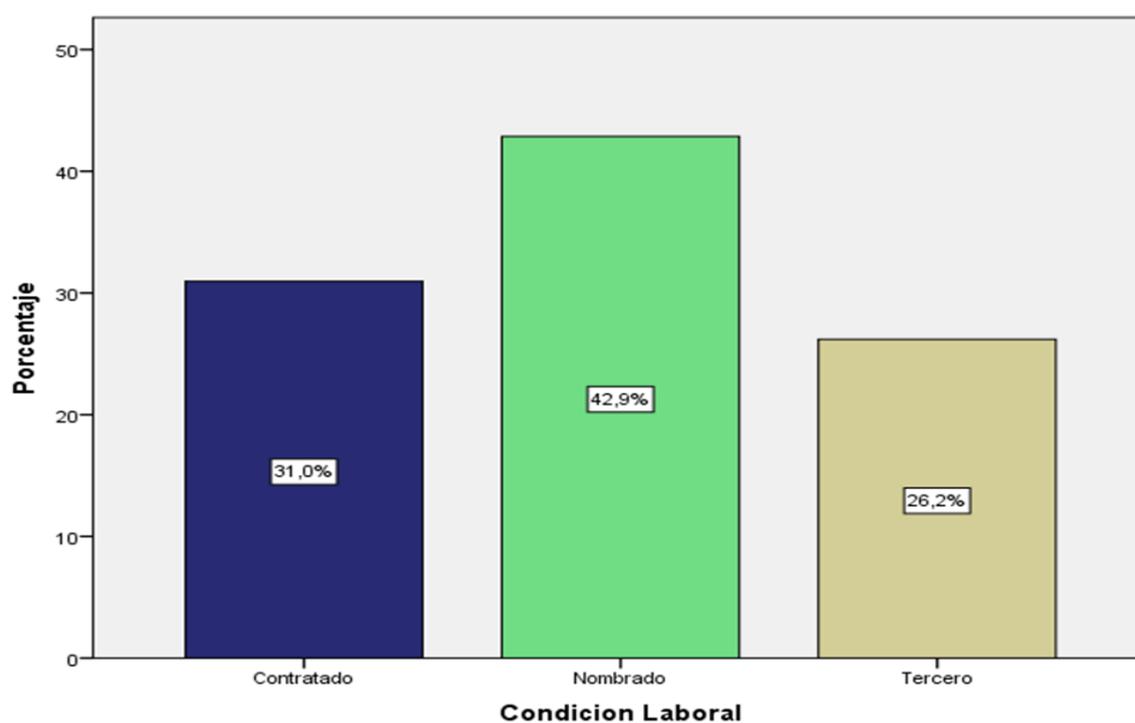
En la tabla 20 y la figura 10; se observa que 42,9% de los profesionales se encuentran entre entre 46 años a 55 años y el 26,2% esta eentre 25 años a 35 años, asimismo el otro 26,2% está entre 36 años a 45 años

Tabla 21:

*Condición Laboral de los profesionales del servicio de Gineco-Obstetricia,
Hospital de Chancay.*

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Contratado	13	31,0
	Nombrado	18	42,9
	Tercero	11	26,2
	Total	42	100,0

Fuente: Base de datos - Reporte del SPSS del investigador.



*Figura 11. Condición Laboral de los profesionales del servicio de Gineco-Obstetricia,
Hospital de Chancay.*

En la tabla 21 y la figura 11; se observa que el 31,0% de los profesionales son contratados, el 42,9% son nombrados y el 26,2% son por terceros.

8.3. Análisis Estadístico de la Variable y sus dimensiones de los Factores

Tabla 22:

Nivel del Factor de comunicación del servicio de Gineco-Obstetricia.

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Adecuada	10	3,8
	Regularmente Adecuada	194	73,5
	Inadecuada	60	22,7
	Total	264	100,0

Fuente: Base de datos - Reporte del SPSS del investigador.

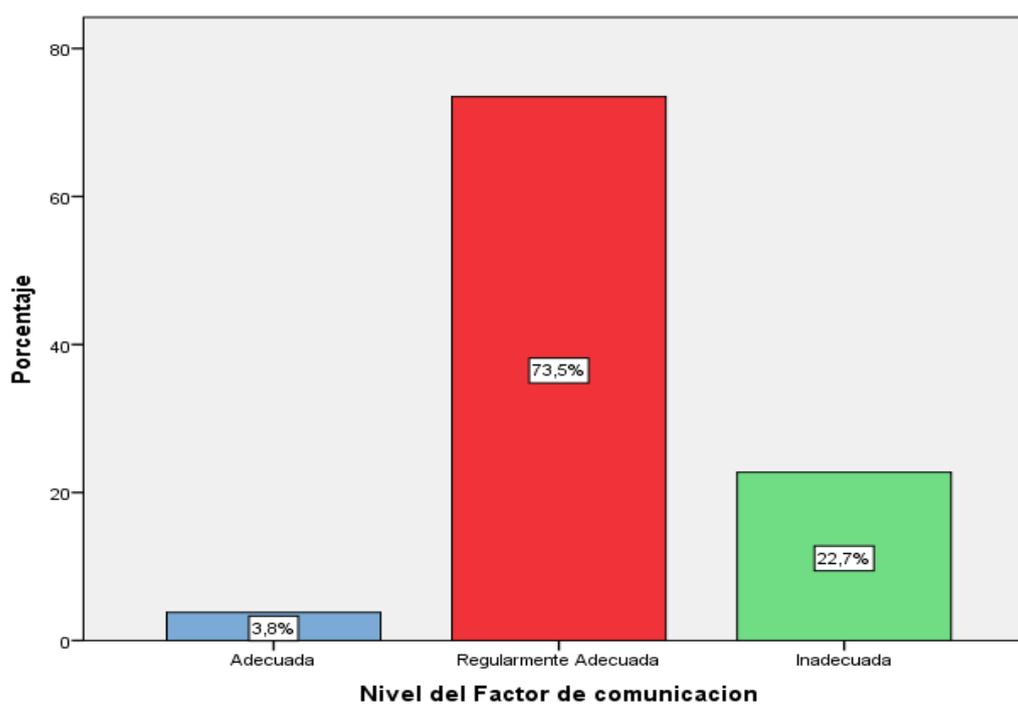


Figura 12. Nivel del Factor de comunicación del servicio de Gineco-Obstetricia.

En la tabla 22 y la figura 12; se observa que el 73,5% de las usuarias calificaron al factor de comunicación del servicio de Gineco-Obstetricia, Hospital de Chancay con un nivel regularmente adecuado, el 22,7% con un nivel inadecuado y solo un 3,6% lo calificaron con un nivel adecuado.

Tabla 23:

Nivel del Factor de identificación y compromiso del servicio de Gineco-Obstetricia.

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Alto	36	13,6
	Regular	191	72,3
	Bajo	37	14,0
	Total	264	100,0

Fuente: Base de datos - Reporte del SPSS del investigador.

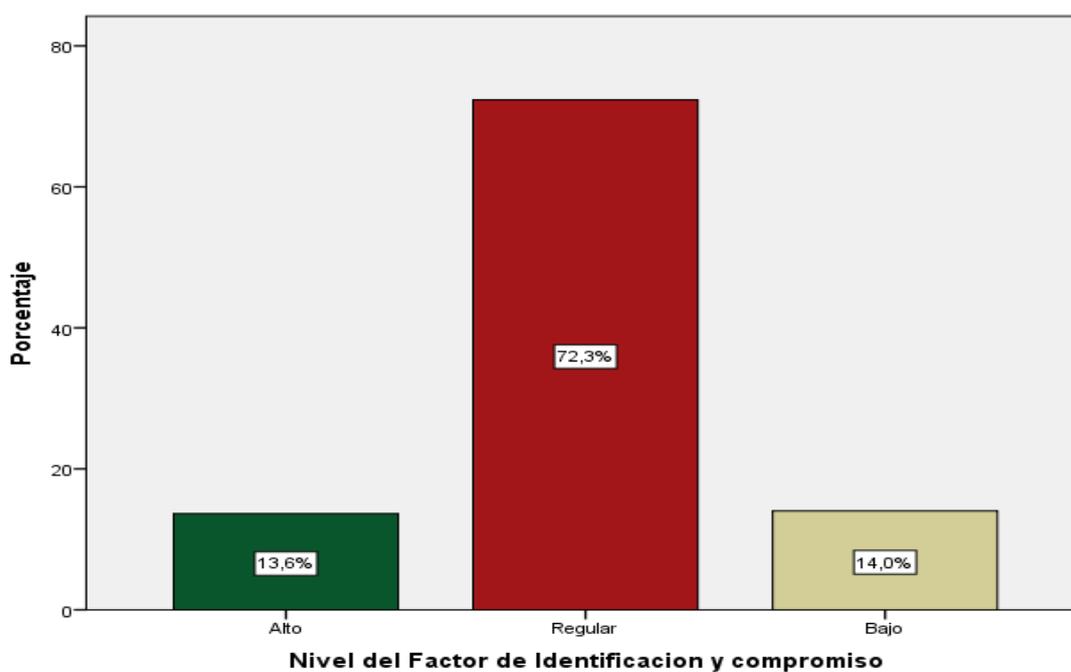


Figura 13. Nivel del Factor de identificación y compromiso del servicio de Gineco-Obstetricia.

En la tabla 23 y figura 13; se observa que el 72,3% de los usuarios calificaron al factor de identificación y compromiso del servicio de Gineco-Obstetricia, con un nivel regular, el 14,0% con un nivel bajo y solo un 13,6% lo calificaron con un nivel alto.

Tabla 24:

Nivel del Factor de accesibilidad al sistema del servicio de Gineco-Obstetricia.

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Alto	19	7,2
	Regular	164	62,1
	Bajo	81	30,7
	Total	264	100,0

Fuente: Base de datos - Reporte del SPSS del investigador.

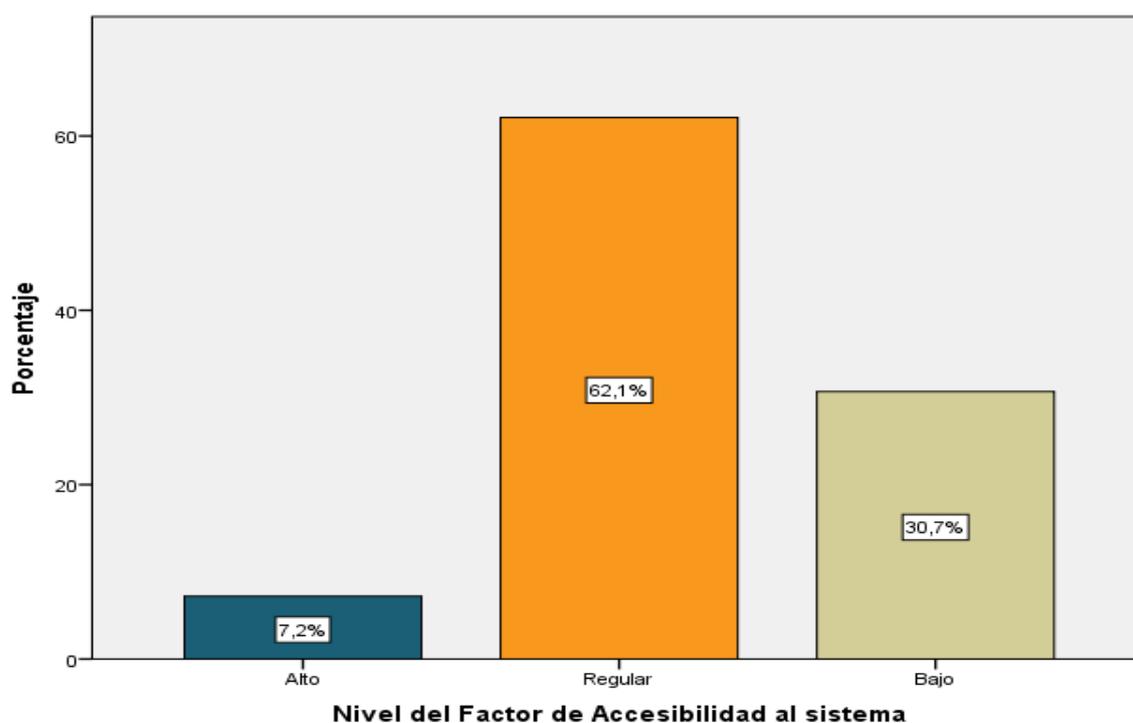


Figura 14. Nivel del Factor de accesibilidad al sistema del servicio de Gineco-Obstetricia.

En la tabla 24 y figura 14; se observa que el 62,1% de los usuarios calificaron al factor de accesibilidad al sistema del servicio de Gineco-Obstetricia, Hospital de Chancay con un nivel regular, el 30,7% con un nivel bajo y solo un 7,2% lo calificaron con un alto.

Tabla 25:

Nivel de los Factores que manejan en el servicio de Gineco-Obstetricia.

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Alto	38	14,4
	Regular	176	66,7
	Bajo	50	18,9
	Total	264	100,0

Fuente: Base de datos - Reporte del SPSS del investigador.

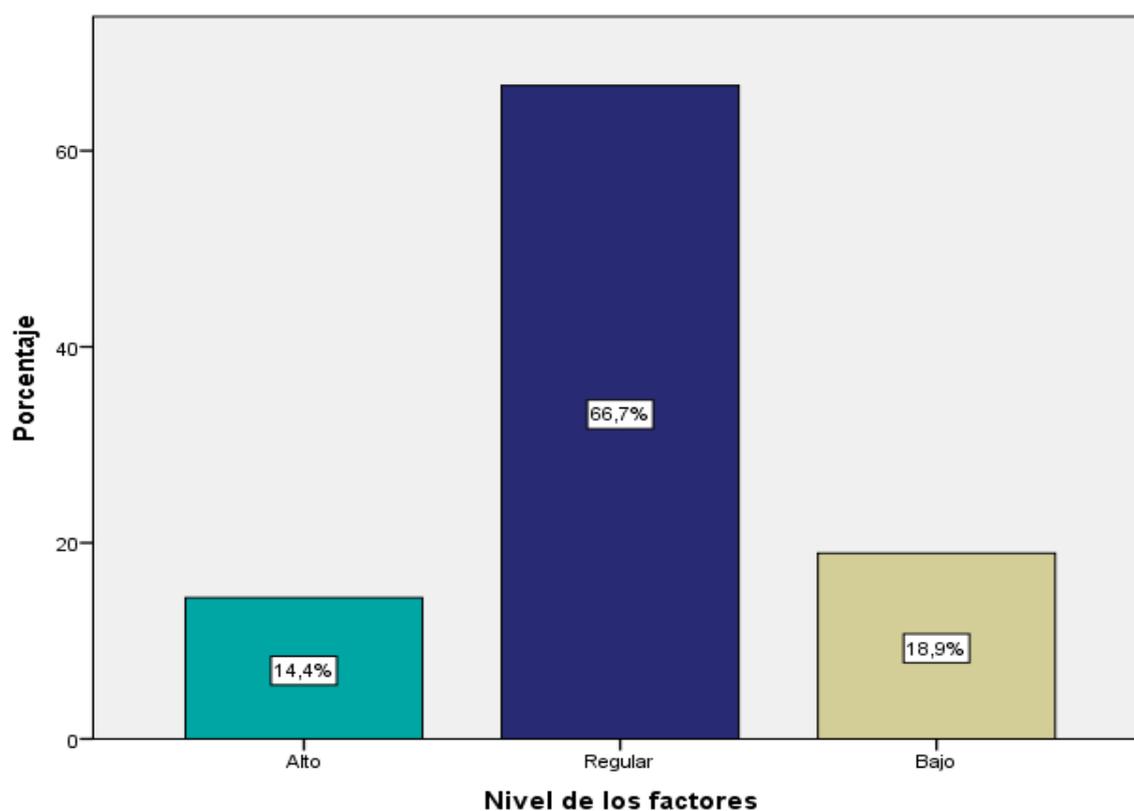


Figura 15. Nivel de los Factores que manejan en el servicio de Gineco-Obstetricia.

En la tabla 24 y figura 14; se observa que el 66,7% de los usuarios calificaron a los factores que maneja el servicio de Gineco-Obstetricia, Hospital de Chancay con un nivel regular, el 18,9% con un nivel bajo y solo un 14,4% lo calificaron con un alto.

8.4 Análisis de la variable de Sistema de Referencias y Contrareferencias

Tabla 26:

Nivel de Sistema de Referencias y Contrareferencias que manejan en el servicio de Gineco-Obstetricia.

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Adecuado	6	14,3
	Regularmente Adecuado	24	57,1
	Inadecuado	12	28,6
	Total	42	100,0

Fuente: Base de datos - Reporte del SPSS del investigador.

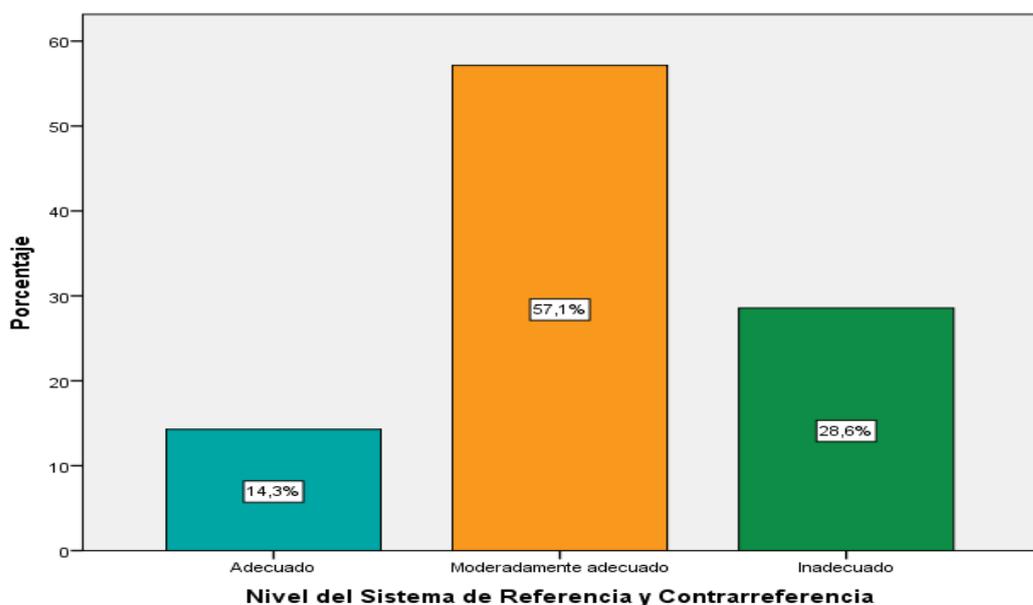


Figura 16.
Nivel de Sistema de Referencia y Contrareferencia

s y Contrareferencias que manejan en el servicio de Gineco-Obstetricia.

En la tabla 25 y figura 15, se observa que el 57,1% de los profesionales calificaron al sistema de referencia y contrareferencia que maneja el servicio de Gineco-Obstetricia, Hospital de Chancay con un nivel regularmente adecuado, el 28,6% con un nivel inadecuado y solo un 14,3% lo calificaron con un nivel adecuado.