



INSTITUTO DE GOBIERNO Y GESTIÓN PÚBLICA

**PROPUESTA DE UN MODELO DE GESTIÓN PÚBLICA DE
REFERENCIA - CONTRAREFERENCIA PARA OPTIMIZAR LA
CALIDAD DE SERVICIO AL PACIENTE EN UNA MICRORED
HOSPITALARIA DE LIMA CIUDAD 2017**

**PRESENTADA POR
MIGUEL SALOMÓN PARRA MOSCOSO**

**ASESORA
ANA MARÍA ÁNGELES LAZO**

**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN
PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE MAESTRO EN GESTIÓN
PÚBLICA**

LIMA – PERÚ

2017



Reconocimiento

CC BY

El autor permite a otros distribuir y transformar (traducir, adaptar o compilar) a partir de esta obra, incluso con fines comerciales, siempre que sea reconocida la autoría de la creación original.

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



**INSTITUTO DE GOBIERNO Y DE GESTIÓN PÚBLICA
SECCIÓN DE POSGRADO**

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

**PROPUESTA DE UN MODELO DE GESTIÓN PÚBLICA DE
REFERENCIA - CONTRAREFERENCIA PARA OPTIMIZAR LA
CALIDAD DE SERVICIO AL PACIENTE EN UNA MICRORED
HOSPITALARIA DE LIMA CIUDAD 2017**

**PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE MAESTRO EN GESTIÓN
PÚBLICA**

**PRESENTADO POR:
MIGUEL SALOMÓN PARRA MOSCOSO**

**ASESOR:
DRA.ANA MARÍA ÁNGELES LAZO**

DEDICATORIA: A DIOS, QUE ME PROTEGE
SIEMPRE
A MIS PADRES, QUE DESDE EL CIELO VELAN MIS
PASOS

AGRADECIMIENTO: A MI ASESORA

ANA MARIA ANGELES LAZO

ÍNDICE

	Páginas
Portada	i
Dedicatoria	ii
Agradecimiento	iii
Índice	iv
Resumen/Abstract	viii
INTRODUCCIÓN	10
CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO	15
1.1 Antecedentes	15
1.2 Bases teóricas	18
1.3 Definición de términos básicos	31
CAPÍTULO II: PREGUNTAS Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	33
2.1 Propuesta de valor	33
2.2 Variables y su operacionalización	33
2.3 Operacionalización de variables	34
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA	35
3.1 Diseño metodológico	35
3.2 Diseño muestral	35
3.3 Técnicas de recolección de datos	37
3.4 Técnicas de gestión y estadísticas para el procesamiento de la información	42
3.5 Aspectos éticos	43
CAPÍTULO IV: RESULTADOS	44
CAPÍTULO V: DISCUSIÓN	55
CONCLUSIONES	57

RECOMENDACIONES	59
------------------------	-----------

FUENTES DE INFORMACIÓN	62
-------------------------------	-----------

ANEXOS

1. Instrumento de recolección de datos
2. Consentimiento informado
3. Formato de validación por juicio de expertos
4. Matriz de consistencia
5. Confiabilidad del instrumento

Índice de tablas y gráficos

Índice de tablas

Tabla 1. Indicadores y métodos de evaluación del sistema de calidad	26
Tabla 2. Comparativo de modelos de gestión pública	31
Tabla 3. Categorización de la gestión del proceso administrativo	38
Tabla 4. Categorización de la gestión del proceso asistencial	38
Tabla 5. Categorización de la gestión de referencia - contrarreferencia	39
Tabla 6. Interpretación del nivel de satisfacción según Servperf	40
Tabla 7. Categorización de la calidad de servicio por dimensiones y global	41
Tabla 8. Características generales (I) de los pacientes referidos- contra referidos	44
Tabla 9. Características generales (II) de los pacientes referidos- contra referidos	45
Tabla 10. Gestión del proceso administrativo de los pacientes referidos- contra referidos	46
Tabla 11. Gestión del proceso asistencial de los pacientes referidos- contra referidos	48
Tabla 12. Gestión de referencia y contra-referencia de los pacientes referidos- contra referidos	49
Tabla 13. Calidad del servicio según los pacientes referidos- contra referidos	50
Tabla 14. Gestión del proceso administrativo y Calidad del servicio según los pacientes referidos- contra referidos	51
Tabla 15. Gestión del proceso asistencial y Calidad del servicio según los pacientes referidos- contra referidos	52
Tabla 16. Gestión de referencia y contra-referencia y Calidad del servicio según los pacientes referidos- contra referidos	53

Índice de figuras

Figura 1. Evaluación de la práctica médica	27
Figura 2. Evolución de los modelos de gestión pública	30
Figura 3. Edad de los pacientes referidos-contra referidos	45
Figura 4. Motivo de referencia de los pacientes referidos-contra referidos	46
Figura 5. Gestión del proceso administrativo de los pacientes referidos- contra referidos	47
Figura 6. Gestión del proceso asistencial de los pacientes referidos- contra referidos	48
Figura 7. Gestión de referencia y contra-referencia de los pacientes referidos-contra referidos	49
Figura 8. Calidad del servicio según los pacientes referidos-contra referidos	51
Figura 9. Gestión de referencia y contra-referencia y Calidad del servicio según los pacientes referidos-contra referidos	54

Resumen

El objetivo del presente estudio es si mediante el modelo de gestión de referencia – contrarreferencia se elevará la calidad de servicio al paciente en una Microred hospitalaria de Lima Ciudad 2017. Es un estudio observacional, analítico, prospectivo, transversal. La muestra fue 130 pacientes referidos y contrarreferidos. Para determinar si el modelo de gestión de referencia – contrarreferencia influye en la calidad de servicio se utilizó la prueba de Chi-cuadrado. En el presente estudio, se encontró que el 55.4% pacientes tenían de 25 a 50 años, el 77.0% fue de sexo femenino, 58.5% conviviente y 58.5% de educación secundaria. El servicio de destino que predominó fue medicina interna (63.1%) y el motivo de referencia fue la necesidad de estudio mayor complejidad (75.4%). La mayor parte de los pacientes calificó de regular la gestión de referencia y contrarreferencia (69.2%), asimismo la mayor parte manifestó que la calidad de servicio es baja (74.5%). Se demostró que la gestión de referencia y contrarreferencia está relacionado con la calidad de servicio ($p < 0.001$), a su vez se observó que la gestión del proceso administrativo y asistencial está relacionada con la calidad de servicio ($p < 0.001$). Concluyendo que si existe relación significativa y directa entre la gestión de referencia – contrarreferencia y la calidad del servicio, es decir a mejor gestión de referencia – contrarreferencia mayor será la calidad de servicio al paciente en una Microred Hospitalaria de Lima Ciudad, para este estudio el Hospital Nacional Arzobispo Loayza.

Palabras clave. Modelo de gestión pública, referencia - contrarreferencia, calidad de servicio, microred hospitalaria.

Abstract

The objective of the present study is to determine if, through the reference and counter-reference management model, the quality of service to the patient will be increased in a hospital micro-network of Lima City 2017. It is an observational, analytical, prospective, cross-sectional study. The sample was 130 patients with reference and counter-reference. The Chi squared was used to determine if the reference and counter-reference management model influences the quality of service. In the present study, it was found that 55.4% of patients were between 25 and 50 years old, 77.0% were female, 58.5% were cohabitants and 58.5% had secondary education. The destination service that predominated was internal medicine (63.1%); the reference reason was the need for a more complex study (75.4%). Most of the patients qualified to regulate referral and counter-referral management (69.2%), and most of them stated that the quality of service is low (74.5%). It was demonstrated that the management of reference and counter-referral is related to the quality of service ($p < 0.001$), in turn it was observed that the management of the administrative and assistance process is related to the quality of service ($p < 0.001$). Concluding that there is a significant and direct relationship between the reference and counter-referral management and the quality of the service, that is to say, to better reference and counter-referral management, the higher the quality of patient service in a hospital micro-network of Lima City, for this study the National Hospital Arzobispo Loayza.

Keywords. Public management model, reference and counter-reference, quality of service, hospital micro-network.

INTRODUCCIÓN

En Latinoamérica, la fragmentación de los servicios sanitarios, está afectado por la participación de múltiples proveedores de salud, generando descoordinación y discontinuidad asistencial situación que pone en evidencia las insuficientes gestiones en materia de referencia y contrarreferencia, afectando la calidad de servicio.

El Perú no es ajeno a esta realidad; por ejemplo, en la DIRESA Amazonas, se ha evidenciado que 19,2% de las referencias han sido calificadas como incorrectas (carencia de referencia, epicrisis y otra documentación) y la existencia de solo un 16% de contrarreferencias. En ese contexto, la calidad de servicios se ha posicionado como eje central de las políticas sanitarias (MINSA, 2009), siendo la referencia – contrarreferencia un aspecto de la gestión de los procesos de atención que tiene impacto sobre el desempeño de las gestiones relativas a la calidad de servicios de salud prestados a paciente (Lazo, 2015).

El Hospital Nacional Arzobispo Loayza es un establecimiento de alta capacidad resolutive (III-1); no obstante, aunque no cuenta con una población de referencia determinada, atiende un sinnúmero de referencias incluidas las de aquellos pacientes procedentes de la Microred N°1 de la Red de Salud Lima Ciudad, área jurisdiccional en la que se halla localizada. Por estas razones se plantea este trabajo de investigación en busca de evaluar el actual modelo de gestión de referencia – contrarreferencia que viene siendo desplegado y si este influye en la calidad de servicio al paciente, al tiempo que

se planteará una propuesta de valor que se prevé contribuirá con la mejora de las gestiones.

- **Problema general**

¿De qué manera el modelo de gestión de referencia – contarreferencia influirá en la calidad de servicio al paciente en una Microred hospitalaria de Lima Ciudad 2017?

- **Problemas específicos**

¿Cómo la gestión de los procesos administrativos de referencia - contarreferencia influirá en la calidad de servicio al paciente en una Microred hospitalaria de Lima Ciudad 2017?

¿Por qué la gestión del proceso asistencial de referencia - contarreferencia influirá en la calidad de servicio al paciente en una Microred hospitalaria de Lima Ciudad 2017?

- **Objetivo General**

Determinar si el modelo de gestión de referencia - contarreferencia influye en la calidad de servicio al paciente en una Microred hospitalaria de Lima Ciudad 2017.

- **Objetivo específicos**

Determinar si la gestión del proceso administrativo de referencia - contarreferencia influye en la calidad de servicio al paciente en una Microred hospitalaria de Lima Ciudad 2017.

Determinar si la gestión del proceso asistencial de referencia - contrarreferencia influye en la calidad de servicio al paciente en una Microred hospitalaria de Lima Ciudad 2017.

En el Perú, uno de los ejes transversales de la Política Nacional de Modernización de la Gestión Pública al 2021 es la articulación interinstitucional, que se refiere a asegurar el logro de sus objetivos a través de la acción conjunta y la colaboración de las entidades públicas que permita sumar recursos y capacidades para la atención eficiente, adecuada y oportuna de las demandas del paciente, en este caso (Presidencia del Consejo de Ministros [PCM], 2013); de ahí lo importante que resulta la presente investigación pues posee un claro alineamiento con políticas nacionales pues fundamentan la optimización de articulación entre niveles asistenciales, la coordinación, la rapidez, reducción de la burocracia, etc. Asimismo, este estudio también guarda estrecha relación con la Política Nacional de Calidad en Salud, pues se prevé que las gestiones de referencia – contrarreferencia han de incidir favorablemente en la calidad de servicios prestados a los pacientes y su gestión.

El estudio de la gestión de la referencia y contrarreferencia es importante tanto desde el punto de vista teórico como práctico: i) en relación a lo teórico, contribuirá con la generación de conocimientos válidos sobre la actual gestión de referencias y contrarreferencias que se viene desplegando, al tiempo que se identificarán los “puntos débiles” del proceso, siendo estos conocimientos un significativo aporte teórico a la literatura en materia de

gestión pública; ii) en relación a lo práctico, será posible plantear intervenciones que contribuyan con la mejora de las gestiones de referencia – contrarreferencia, lo cual será posible de obtener mediante la propuesta de valor, cuya importancia se fundamenta en que su aplicación ha de incidir favorablemente en la gestión de la calidad.

El estudio es viable, ya que se tendrá acceso a los pacientes atendidos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza; para lo cual se solicitarán los permisos a las autoridades, anticipadamente. La aplicación del cuestionario estará a cargo del propio investigador. Para la realización del estudio se cuentan con los recursos necesarios que serán asumidos en su totalidad por el investigador y no generará ningún gasto para la institución involucrada.

En cuanto a la metodología, el tipo de estudio fue observacional, analítico, prospectivo, transversal, se requirió hacer uso de fuentes primarias de información, por ello las principales limitaciones serán: la disposición de los pacientes de participar en el estudio, la posibilidad de que estos pacientes omitan cierta información y/o no la brinden de forma verídica, otra posible limitación se encuentra en la limitada bibliografía investigativa a nivel nacional que sirva como referente.

Asimismo, el contenido de la investigación estará conformado por 5 capítulos, conclusión, observación, bibliografía y anexos.

El capítulo 1: contiene el marco teórico, que a su vez está compuesta por tres sub capítulos, en el sub capítulo 1.1 se presenta en primer término

los antecedentes o literatura revisada de trabajos previos sobre nuestro tema de investigación. El sub capítulo 1.2, donde se expone las teorías o enfoques teóricos que se consideren válidos para la contextualización de nuestra investigación, y el sub capítulo 1.3, se definen los términos más utilizados.

El capítulo 2, contiene dos sub capítulos, sub capítulo 2.1, la formulación de la propuesta de valor general y las específicas, el sub capítulo 2.2 la definición de variables de investigación, y el sub capítulo 2.3, la operacionalización de variables.

El capítulo 3 se detalla la metodología, el cual está compuesto por 5 sub capítulos. Sub capítulo 3.1, diseño metodológico: comprende la tipificación de la investigación; sub capítulo 3.2, Diseño muestral: comprende población, unidad de estudio, tamaño de la muestra, tipo y técnica de muestreo, criterios de selección; sub capítulo 3.3, Procedimientos de recolección de datos: la técnica de recolección, la interpretación de cada variable de estudio y la validación de instrumento; el sub capítulo 3.4, detalla las técnicas de gestión y estadísticas para el procesamiento de la información. En el sub capítulo 3.6, detalla los aspectos éticos.

El capítulo 4 se presenta los resultados de la investigación. El capítulo 5 se detalla la discusión de los resultados, es decir la comparación de nuestros resultados con los resultados de los antecedentes. Luego, se presenta las conclusiones y recomendaciones, y finalmente el proyecto culmina con la presentación de la bibliografía y anexos respectivos.

CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO

1.1 Antecedentes de investigación

Antecedentes internacionales

Zurita (2014) en Ecuador elaboraron una tesis titulada “Reestructuración del sistema de referencia y contrarreferencia en el Hospital Sagrado Corazón De Jesús de la Ciudad de Quevedo”, la finalidad del estudio fue realizar una restauración en el manejo del sistema de Referencia – Contrarreferencia para mejorar la atención de salud. Fue un estudio de tipo descriptivo. La muestra fue de 238 pacientes. Entre los resultados se observó que para el año 2012 se recibieron 11.505 referencias (consulta externa y emergencias), de ellas el 35 % tuvieron contrarreferencia. Se encontró que la especialidad más remitida fue la ginecología con las patologías de amenaza de parto pretérmino y preclampsia. Con estos resultados se dio paso a la propuesta titulada “Plan de actividades para la reestructuración del manejo del sistema de Referencia – Contrarreferencia”. Los autores concluyeron que el hospital en estudio no realizaba supervisiones, monitoreos o evaluaciones al sistema de referencia y contrarreferencia porque no existía un personal que sea exclusivo para dicha actividad; lo cual se reforzó en la propuesta de los investigadores.

Recinos (2014) publicó en Guatemala el estudio titulado “Propuesta de un sistema de referencia y contrarreferencia de casos de niños con desnutrición aguda que egresan del hospital regional de occidente, Quetzaltenango, Guatemala, 2014” cuyo objetivo fue crear propuesta de un sistema de referencia y contrarreferencia de casos de niños/niñas con

desnutrición aguda. El estudio fue descriptivo, transversal; la muestra fue de 138 niños, de los cuales el 52% eran de sexo masculino. El 81% fueron captados en el hospital, el 17% fueron captados en diferentes distritos de salud del departamento, el 56.5% salió del hospital con la complicación resuelta pero no recuperado nutricionalmente. Se observó, también, que solo el 3% de los pacientes fueron referidos como correspondía, por otro lado, en 26 niños se realizó la contrarreferencia, el 87.5% de las contrarreferencias fueron realizadas por el área de Trabajo Social y el 12.5% por el área de Pediatría. Con los datos recolectados se diseñó un sistema de referencia y contrarreferencia que permitiría dar seguimiento oportuno a los casos de desnutrición aguda en niños/as menores de 5 años que egresan del hospital hacia sus comunidades. Luego de realizar la prueba piloto se concluyó que fue posible la implementación de un sistema de referencia y contrarreferencia básico pero eficiente.

García et al (2013) publicaron en Argentina el estudio “Sistema de referencia-contrarreferencia entre el segundo y el tercer nivel de salud en una red hospitalaria pediátrica en el conurbano bonaerense” cuyo objetivo fue describir el sistema de referencia y contrarreferencia y analizar el nivel de autoconocimiento; el tipo de estudio observacional, prospectivo, con una muestra de 1677 pacientes. Entre los resultados se obtuvo que el 83.6% de los pacientes ingresaron desde otros hospitales, 71% de las derivaciones fueron aceptadas, desde la apertura del servicio se observó el incremento de las derivaciones desde fuera de la red y un descenso de las derivaciones desde hospitales de la red. Asimismo, se evidenció que 1669 pacientes

egresaron de la UCIP; de los cuales solo el 9.4% fueron contrarreferencias solicitadas. De los datos encontrados se concluyó que el intercambio asistencial de la red se basó en la aceptación de derivaciones por parte del hospital de alta complejidad y escasa contrarreferencia.

Ramírez y Guzmán (2012) en Colombia ejecutaron una tesis titulada “Evaluación del sistema de referencia y contra-referencia en el servicio de urgencias de la empresa social del estado Hospital Local Arjona”, la finalidad fue evaluar la calidad del sistema de referencia y contrarreferencia en el servicio de urgencias durante el primer semestre del año 2010. Para ello se evaluó la satisfacción con la atención recibida, y se propuso un plan de mejora. Se incluyeron 120 participantes. Respecto a la satisfacción con el trámite de la referencia y la contrarreferencia se observó que solo un 5% percibe que los trámites se realizan de forma sencilla; 40% calificó como regular en cuanto al tiempo de espera y un 25% opinó que la atención facultativa como mala. Con estos datos se elaboró la propuesta estratégica de mejora; la cual incluyó estrategias culturales, estrategias organizacionales, y estrategias operativas. Los autores concluyeron que el nivel de satisfacción de los usuarios respecto a los procesos de referencia y contrarreferencia fue medio o regular; por ello fue necesario un proceso de mejoramiento de la calidad, tanto en sus aspectos técnico-operativos como de gestión y articulación con los diferentes niveles de atención.

Antecedentes nacionales

Urrunaga (2015) en Cusco desarrolló una tesis titulada “Gestión de recursos en el centro de salud “Siete Cuartones-Minsa” Cusco – 2015”, cuyo objetivo fue determinar cuál es el nivel de gestión alcanzado en los recursos de la institución sanitaria mediante dos indicadores: Gestión de Recursos Humanos y Gestión de Recursos Materiales. La muestra fue de 35 trabajadores. Entre los resultados, se observó que un 74% de los encuestados fueron mujeres. En relación a la gestión de recursos humanos, el 54% indicaron que la capacidad y experiencia del trabajador fue valorada, el 37% estuvo de acuerdo con su condición laboral; el 34% no estuvo de acuerdo con la rotación del personal. Respecto a la gestión de recursos materiales, el 76% de trabajadores percibían que no se cuenta con los equipos e instrumentación adecuada, además el 72% opinó que el mantenimiento que se realiza a los equipos no es periódico. Se concluyó que la gestión de los recursos humanos en el Centro de Salud “Siete Cuartones” MINSA- Cusco fue regularmente adecuada, mientras que la gestión de Recursos Materiales fue determinada como inadecuada.

1.2 Bases teóricas

1.2.1.1 Modelo de gestión de referencia – contrarreferencia

Los procesos de referencia y contrarreferencia, por su parte, son un aspecto íntimamente ligado al sistema prestacional de salud, el cual tiene como fundamento “integrar en forma técnica asistencial y administrativa, las capacidades resolutorias existentes en la oferta de servicios de los niveles locales, regionales y nacionales, que el problema o necesidad de salud

requiere para lograr la satisfacción del usuario” (Ministerio de Salud, 2005, p.22).

Del mismo modo la Gobernación del Valle del Cauca (2014) en su “Manual Operativo del Sistema de Referencia y Contrarreferencia”, menciona que la finalidad del sistema de referencia y contrarreferencia es simplificar el acceso universal a los servicios de salud, asimismo asegurar una atención oportuna e integral a la comunidad, acorde con sus necesidades, por medio del desarrollo legal, técnico y administrativo de dicho sistema. En consecuencia, el sistema de referencia y contrarreferencia deberá garantizar la participación de los diferentes actores del Sistema General de Salud. El sistema de referencia y contrarreferencia se define como: El conjunto ordenado de procedimientos asistenciales y administrativos, a través del cual se asegura la continuidad de la atención de las necesidades de los usuarios, con la debida oportunidad, eficiencia y eficacia, refiriéndolo de un establecimiento de salud de menor capacidad resolutive a otro de mayor capacidad resolutive y viceversa (Ministerio de Salud, 2012, p.5).

Categorías de los establecimientos de salud

Primer nivel de atención: posee capacidad resolutive para satisfacer las necesidades de salud de la persona, familia y comunidad, en régimen ambulatorio, mediante acciones intramurales y extramurales y a través de estrategias de promoción de la salud, prevención de riesgos y control de daños a la salud. Comprende cuatro categorías, que a continuación se detallan:

- Categoría I-1: comprende aquellos establecimientos de salud calificados como Puesto de Salud o Posta de Salud y con un profesional de la salud no médico cirujano y su respectivo consultorio.
- Categoría I-2: aquellos establecimientos de salud calificados como Puesto de Salud o Posta de Salud, que incluye atención profesional del Médico Cirujano con o sin especialidad y su respectivo consultorio médico.
- Categoría I-3: comprende aquellos establecimientos calificados como Centro de Salud, Centro Médico, Centro Médico Especializado o Policlínico. Incluye como mínimo dos médicos cirujanos además de profesionales de odontología, obstetricia, enfermería y personal técnico.
- Categoría I-4: aquellos establecimientos de salud calificados como centro de salud con camas de internamiento (Ministerio de salud, 2011)

Segundo nivel de atención: posee capacidad resolutive para satisfacer las necesidades de salud de la población, a través de atención ambulatoria, de emergencia y de hospitalización.

Los establecimientos de salud de atención General son:

- Categoría II-1: comprende a los establecimientos de salud calificados como Hospitales de atención general y las clínicas de atención general. Sus funciones generales son: promoción, prevención, recuperación, rehabilitación y gestión.
- Categoría II-2: comprende las mismas características de la categoría anterior y además brinda atención con capacidad resolutive para

satisfacer las necesidades de atención ambulatoria, emergencia, hospitalización y cuidados intensivos (Ministerio de salud, 2011).

Los establecimientos de salud de atención Especializada son:

- Categoría II-E: comprende a los establecimientos de salud calificados como Hospitales de atención especializada y las clínicas de atención especializada. Su capacidad resolutive le permite satisfacer las necesidades de salud de la población, a través de atención ambulatoria, de emergencia y de hospitalización especializada, desarrollando servicios de salud en una especialidad principal y opcionalmente otras especialidades (Ministerio de salud, 2011).

Tercer nivel de atención: los establecimientos de salud de atención

General son:

- Categoría III-1: comprende a los establecimientos de salud calificados como Hospitales de atención general y las clínicas de atención general. Cuenta con profesionales (Ministerio de salud, 2011).

Los establecimientos de salud de atención Especializada son:

- Categoría III-E: posee la capacidad resolutive para satisfacer las necesidades de salud de la población, a través de atención ambulatoria, emergencia y hospitalización.
- Categoría III-2: es aquel establecimiento de salud que realiza prestación de servicios de salud de la más alta capacidad resolutive en un campo clínico o grupo etario. Además, propone normas y estrategias a la autoridad nacional de salud (Ministerio de salud, 2011).

Proceso de referencia

La referencia, como tal, se define como un proceso de tipo administrativo y asistencial; por medio del cual se transfiere la responsabilidad de la atención de salud de un determinado usuario a otra institución sanitaria que cuente con un nivel de complejidad mayor. Dentro de un establecimiento de salud la responsabilidad del proceso de referencia recae en el personal de salud que brinda la atención, y culmina en el momento que se inicie la atención en el establecimiento de destino (Ministerio de Salud, 2005).

Existen tres posibles unidades de destino; consulta externa, emergencia y apoyo al diagnóstico; su idónea elección dependerá del caso específico que se presente. Por otra parte, los criterios para la selección del establecimiento de destino comprenden tres aspectos: Capacidad resolutive, Accesibilidad y Oportunidad: se refiere a momento y lugar adecuados para la referencia; esto supone no poner en riesgo la salud del usuario garantizando así una atención de calidad.

De acuerdo con Norma técnica del sistema de referencia y contrarreferencia de los establecimientos del Ministerio de Salud (2005), los establecimientos de salud deben seguir los siguientes pasos para una referencia: a) Atención del usuario e identificación de necesidad de referencia, b) Selección adecuada, según los criterios mencionados, del establecimiento sanitario de destino, así como de la unidad pertinente, c) Correcto llenado de los formularios (hoja de referencia). Cabe señalar que las referencias hacia consultorios externos y apoyo al diagnóstico tiene una vigencia de 60 días, d)

Información al usuario y familiares sobre estado de salud, motivo e importancia de la referencia, e) Entrega oportuna de los formularios en la unidad de seguros o admisión; quien tiene a su cargo todo el proceso administrativo subsiguiente.

Es importante recalcar un problema constante en el proceso de referencia, este corresponde a las referencias injustificadas, las cuales puede presentarse en dos tipos; cuando el establecimiento de origen cuenta con la capacidad resolutive para atender la necesidad del usuario y cuando el establecimiento de destino no cuenta con la capacidad resolutive para dar solución al motivo de referencia. Estos errores se generan cuando el personal de salud, no se encuentra lo suficientemente capacitado o desconoce los criterios de selección y la capacidad resolutive del establecimiento de destino. Frente ello la oficina o unidad de referencia y contrarreferencia es la encargada de evaluar las referencias injustificadas y aplicar las medidas correctivas según el caso (Ministerio de Salud, 2005).

Proceso de contrarreferencia

La contrarreferencia es conceptualizada como un proceso de tipo administrativo y asistencial, por medio del cual la institución sanitaria de destino retorna la responsabilidad de la atención de salud del usuario al establecimiento de origen. El responsable directo de este proceso es el médico u otro profesional de salud que esté capacitado para atender al usuario referido. Las condiciones que determinan la realización de una contrarreferencia son: a) Paciente curado: cuando se logró dar solución al

motivo de la referencia o cuando se determina el alta definitiva del paciente, b) Paciente mejorado: resolución parcial del motivo de referencia, ello amerita que el usuario continúe el tratamiento bajo la supervisión del establecimiento de origen (Ministerio de Salud, 2005). Para el proceso de contrarreferencia, los establecimientos de destino deben cumplir con las siguientes actividades generales, d) Identificar la condición del usuario para tomar la decisión de contrarreferencia, e) Informar de manera clara al usuario y/o familia sobre la resolución del motivo de referencia y del tratamiento posterior que debe seguir en el establecimiento de origen, f) Llenado de los formatos de contrarreferencia (datos del usuario, tratamientos y procedimientos), g) Enviar el original y dos copias de la hoja de contrarreferencia a la unidad de seguros o admisión para los trámites administrativos subsecuentes, h) Concientización del usuario sobre la continuidad del tratamiento, así como del control y seguimiento que debe realizar el establecimiento de origen.

La contrarreferencia injustificada, se presenta cuando el usuario aun amerita la atención del establecimiento de destino y cuando no se toma en cuenta la capacidad resolutoria del establecimiento de origen para manejar el caso (Ministerio de Salud, 2005).

1.2.2 Calidad de servicio

Etimológicamente el término calidad proviene del latín *qualitas* o *qualitatis*, que hace referencia a perfección. Por otro lado, según el diccionario de la Real Academia Española la calidad se conceptualiza como “propiedad o conjunto de propiedades inherentes a algo, que permiten juzgar su valor” (p.27). De acuerdo con esta definición la calidad constituye un atributo o característica que resalta en las personas, bienes y/o servicios (Coronado et al, 2013). Derivado de ello Ministerio de Salud (2012a) peruano supone que la calidad de atención involucra aquellas “actividades que realizan los establecimientos de salud y los servicios médicos de apoyo en el proceso de atención, desde el punto de vista técnico y humano, para alcanzar los efectos deseados, en términos de seguridad, eficacia, eficiencia y satisfacción del usuario” (p.15).

Según Donabedian, su pensamiento la calidad de la atención médica es una concepción difícil de definir, ya que requiere una rigurosidad tanto técnica como científica en la que interviene la ciencia y tecnología disponible para general el mayor beneficio del paciente, además de ello no se puede concebir la calidad sin tener en cuenta el significado operativo de la percepción del usuario (Vargas, Valecillos y Hernández, 2013). De acuerdo con estas afirmaciones, Donabedian, propone la medición de la calidad en tres áreas específicas: estructura; proceso y resultados. El objetivo del autor fue obtener mayores beneficios disminuyendo los riesgos para el usuario basándose en recursos materiales y tecnológicos disponibles además de los valores socialmente vigentes (Coronado et al, 2013).

Tabla 1.

Indicadores y métodos de evaluación del sistema de calidad

Indicador	Descripción
Estructura	Miden la calidad de las características del marco en que se prestan los servicios y el estado de los recursos para prestarlos. Los indicadores de estructura se desarrollan en cuatro categorías: estructura física, ocupacional, financiera y organizacional.
Proceso	Miden de forma directa o indirecta la calidad de la actividad llevada a cabo durante la atención al paciente; mediante el conjunto de acciones realizado principalmente por el médico como generador de documentación; por ejemplo, la historia clínica y otros documentos resultantes de la actividad asistencial.
Resultados	Miden el nivel de éxito alcanzado en el paciente, es decir, si se ha conseguido lo que se pretendía con las actividades realizadas; el beneficio logrado en los pacientes, o cambios en la salud atribuibles a la atención recibida, incluyen: Indicadores centinela, indicadores de datos agregados (continuos o basados en tasas), indicadores trazadores e indicadores basados en opinión del paciente.

Tomado de: Coronado et al (2013). El contexto actual de la calidad en salud y sus indicadores

Evaluación de la calidad

La atención médica es un proceso que posee una alta complejidad y para su evaluación se requiere incorporar el mayor número de documentación; en este sentido la reconstrucción de los hechos con soporte documental resulta fundamental para el conocimiento preciso de lo sucedido durante la atención recibida por el paciente; desde que el usuario expresa la necesidad de atención médica, pasando por el proceso del diagnóstico, la confirmación y el tratamiento o la rehabilitación, hasta la expresión de la satisfacción o no de dicha prestación de servicios (Secretaría de Salud de México, 2006). Es trascendental resaltar que unido a la calidad de los servicios de salud, se debe contemplar la efectividad, eficiencia y satisfacción del usuario, donde además, la educación y participación del paciente desempeñan un papel fundamental (Fajardo y Hernández, 2012).



Figura 1. Evaluación de la práctica médica. Fuente: Fajardo y Hernández (2012). Definiciones y conceptos fundamentales para el mejoramiento de la calidad de la atención.

A pesar de que frecuentemente la calidad de los servicios de salud se presenta como una suma de diversos factores (técnico-científicos, administrativos, recursos económicos, recursos humanos, relaciones interpersonales, entre otros); es la percepción del usuario o paciente la que realmente justifica el curso de las acciones de mejora cuando sus expectativas no son completamente satisfechas, frente a ello es necesaria la aplicación periódica de cuestionarios a los usuarios con el objetivo de determinar su percepción sobre la características del servicio brindado por las instituciones sanitarias (Vargas et al, 2013).

A partir de las concepciones de calidad se han construido una serie de modelos de evaluación, para fines de la presente investigación se describirá el Modelo *Service Performance* SERVPERF de Cronin y Taylor (1992) descrito por Torres y Vásquez (2015), este modelo surge como una alternativa para valorar la calidad del servicio guiándose únicamente de las percepciones del usuario acerca de la atención recibida; es decir se descarta la evaluación de las expectativas. Los autores justifican este método en la falta de evidencia de que usuarios realicen una valoración de la calidad haciendo una diferencia entre lo que ellos esperan de la atención (expectativas) y lo que realmente

reciben (percepciones), sumado a ello existe una tendencia a evaluar como altas las expectativas.

1.2.3 Modelos de gestión pública en la referencia - contrarreferencia

En los últimos 25 años del siglo pasado, las ciencias de la administración han transitado de la administración a la gerencia, y de la gerencia a la gobernanza. Los modelos alternativos de gestión pública describen un cambio permanente en el enfoque de las ciencias gerenciales mediante modelos que se desarrollan a continuación (Institute for Democracy and Electoral Assistance [IDEA], 2008). Así se tienen:

Modelo burocrático

También llamado modelo weberiano. Este modelo buscaba la eficiencia entendiéndola como su paradigma. En esa concepción para lograr eficiencia se despersonaliza la gestión, las personas tienen como fundamento el cumplimiento de lo que la institucionalidad formal les define. Los funcionarios cumplen estrictamente lo establecido por el contenido del cargo y ejecutan lo que las normas establecen sin discusión alguna. En todo caso, la gestión de los servidores públicos debía guiarse por la obligación y no por la misión (IDEA, 2008). No obstante, anticipando la crisis de este modelo Martín (2005, citado en Restrepo, 2009, p.170) menciona que: “El paradigma tradicional de la Administración Pública poseía un carácter eminentemente burocrático, centrado en el cumplimiento formal de la legislación y garante de los derechos del ciudadano frente a las posibles arbitrariedades del Estado”.

Modelo post-burocrático

Es el modelo que da origen al Estado contractual o gestión por resultados, donde se enfatiza el beneficio que la sociedad percibe del accionar público. Los resultados no se miden en términos de insumos y procedimientos, sino en términos de cambios de distinta escala que se dan en la organización pública. No descuida el desarrollo normativo, pero le preocupa más la ejecución que el apego a las normas (IDEA, 2008).

Modelo de la nueva gestión pública

Este modelo persigue la creación de una administración eficiente y eficaz, una que satisfaga las necesidades reales de los ciudadanos, junto a sistemas de control que otorguen una plena transparencia de los procesos, planes y resultados, para que por un lado, perfeccionen el sistema de elección, y, por otro, favorezcan la participación ciudadana (García, 2007).

Es un modelo que intenta incorporar algunos elementos de la lógica privada a las organizaciones públicas (IDEA, 2008). Asimismo, es la Ley N°27658, Ley Marco de Modernización de la Gestión del Estado de 2002 la base legal de este modelo de gestión actualmente vigente, el mismo que ha pasado por un largo proceso evolutivo que se esquematiza a continuación.

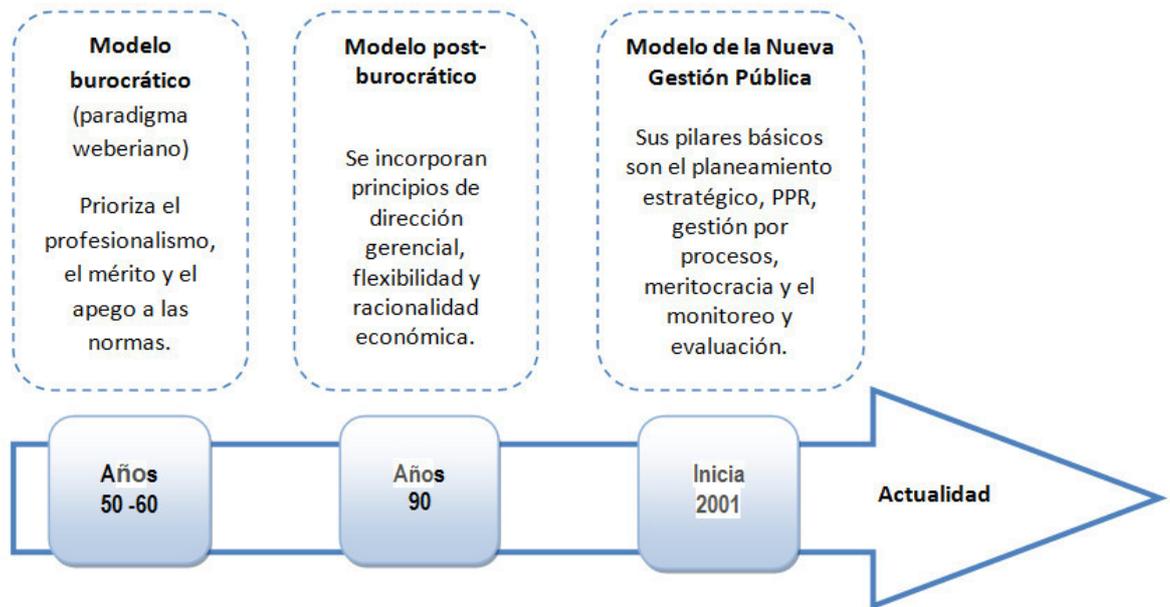


Figura 2. Evolución de los modelos de gestión pública. Fuente: elaboración propia.

El establecimiento de un nuevo paradigma de la Gestión Pública, implica superar los modelos procedimentales paquidérmicos que hacen énfasis en la eficiencia de los medios más que en sus fines y resultados, a los cuales se les asigna la responsabilidad de los problemas y la crisis de la gestión pública. Para su mejor comprensión ver la siguiente tabla resumen.

Tabla 2

Comparativo de modelos de gestión pública

Modelo burocrático	Modelo post burocrático	Modelo de la nueva gestión pública
Interés público definido por expertos	Resultados valorados por ciudadanos	Equidad social
Eficiencia	Calidad y valor	Satisfacción de necesidades reales
Administración	Producción	Producción de servicios de mayor calidad
Control	Apego al espíritu de las normas	Descentralización
Especificar funciones	Identificar misión, servicios	Directivos resuelven ambigüedades y/o conflictos alrededor de las políticas públicas
Autoridad y estructura	Clientes y resultados	Fomento de la participación ciudadana
Justificar costos	Entregar valor (público)	Creación del valor público
Implantar responsabilidad	Rendición de cuentas Fortalecer relaciones de trabajo	Sistemas de control transparentes
Seguir reglas y procedimientos	Entender y aplicar normas Identificar y resolver problema Mejora de procesos	Eficiencia garantizada por reglas de juego que liberan la acción de actores sociales y permiten controlar a actores políticos y gubernamentales para dirigir esfuerzos hacia resultados y no hacia su propia agenda política
Operara sistemas administrativos	Separar el servicio del control Alentar la acción colectiva Ofrecer incentivos Ampliar opciones al cliente Lograra apoyo para normas	Incorpora elementos de la lógica privada

Adaptado de: IDEA (2008)

1.3 Definición de términos básicos

- **Aspectos Tangibles:** se refiere a los “aspectos físicos que el usuario percibe de la institución. Están relacionados con las condiciones y apariencia física de las instalaciones, equipos, personal, material de comunicación, limpieza y comodidad” (Ministerio de Salud, 2012a).
- **Capacidad de Respuesta:** “Disposición de servir a los usuarios y proveerles un servicio rápido y oportuno frente a una demanda con una respuesta de calidad y en un tiempo aceptable” (Ministerio de Salud, 2012a).
- **Contrarreferencia:** consiste un procedimiento administrativo – asistencial, mediante el cual, el personal asistencial del establecimiento de salud de destino de la referencia retorna la responsabilidad de la

atención del usuario al establecimiento de salud que generó la referencia (Ministerio de Salud, 2012b).

- **Empatía:** Es la capacidad que tiene una persona para ponerse en el lugar de otra persona y entender y atender adecuadamente las necesidades del otro (Ministerio de Salud, 2012a).
- **Fiabilidad:** “Capacidad para cumplir exitosamente con el servicio ofrecido” (Ministerio de Salud, 2012a).
- **Referencia:** consiste en un procedimiento de tipo administrativo – asistencial que sirve para que el personal de un establecimiento de salud, traspase la responsabilidad de la atención de un usuario hacia otro establecimiento de salud con mayor capacidad resolutive (Ministerio de Salud, 2012b).
- **Seguridad:** “Evalúa la confianza que genera la actitud del personal que brinda la prestación de salud demostrando conocimiento, privacidad, cortesía, habilidad para comunicarse e inspirar confianza” (Ministerio de Salud, 2012a).
- **Sistema de Referencia y contrarreferencia:** es el conjunto ordenado de procesos asistenciales y administrativos, que contribuye a garantizar la continuidad de la atención de salud, enviando al usuario desde la comunidad o del establecimiento de salud de menor al mayor nivel de atención y/o complejidad y viceversa (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2013)

CAPÍTULO II. PREGUNTAS Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

2.1 Propuesta de valor

Propuesta de valor general

El modelo de gestión de referencia - contrarreferencia influye en la calidad de servicio al paciente en una Microred hospitalaria de Lima Ciudad 2017.

Propuesta de valor específicas

- La gestión del proceso administrativo de referencia - contrarreferencia influye en la calidad de servicio al paciente en una Microred hospitalaria de Lima Ciudad 2017.
- La gestión del proceso asistencial de referencia - contrarreferencia influye en la calidad de servicio al paciente en una Microred hospitalaria de Lima Ciudad 2017.

2.2 Variables

Variable independiente: Modelo de gestión de referencia – contrarreferencia (Dimensiones: Gestión del proceso administrativo, Gestión de proceso asistencial)

Variable dependiente: Calidad de servicio (Dimensiones: Fiabilidad, Capacidad de respuesta, Seguridad, Empatía, Aspectos tangibles)

2.3 Operacionalización de variables

VARIABLE	DIMENSIONES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	ÍTEMS	CATEGORÍA	TÉCNICA E INSTRUMENTO
Variable independiente: Modelo de gestión de referencia contra - referencia	Gestión del proceso administrativa	Flujo continuo e interrelacionado de las actividades de planeación, organización, dirección y control, desarrolladas para la referencia y contrarreferencia	Cualitativa	Ordinal	Ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 y 10	"Adecuada" "Regula" "Inadecuada"	Técnica: encuesta Instrumento: cuestionario
	Gestión del proceso asistencial	Proceso que busca asegurar la consecución de una atención y respuesta por parte del sistema sanitario en la referencia y contrarreferencia	Cualitativa	Ordinal	Ítems 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19 y 20		
Variable dependiente: Calidad de servicio	Fiabilidad	Capacidad para cumplir exitosamente con el servicio ofrecido	Cualitativa	Ordinal	Ítems 1, 2, 3, 4 y 5	"Alto" "Medio" "Bajo"	Técnica: encuesta Instrumento: escala SERVPERF
	Capacidad de respuesta	Disposición de servir a los usuarios y proveerles un servicio rápido y oportuno frente a una demanda con una respuesta de calidad y en un tiempo aceptable.	Cualitativa	Ordinal	Ítems 6, 7, 8 y 9		
	Seguridad	Confianza que genera la actitud del personal que brinda la prestación de salud demostrando conocimiento, privacidad, cortesía, habilidad para comunicarse e inspirar confianza.	Cualitativa	Ordinal	Ítems 10, 11, 12 y 13		
	Empatía	Capacidad que tiene una persona para ponerse en el lugar de otra persona y entender y atender adecuadamente las necesidades del otro.	Cualitativa	Ordinal	Ítems 14, 15, 16, 17 y 18		
	Aspectos tangibles	Aspectos físicos que el usuario percibe de la institución que están relacionados con las condiciones y apariencia física.	Cualitativa	Ordinal	Ítems 19, 20, 21 y 22		

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

3.1 Diseño metodológico

Según la tipificación de diseños de investigación de Argimón y Jiménez (2013), esta investigación es observacional, analítica, prospectiva y transversal.

3.2 Diseño muestral

Población: Pacientes referidos y contra-referidos, atendidos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza durante el año 2017.

Unidad de estudio: Paciente referido y contra-referido, atendido en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza durante el año 2017.

Tamaño de la muestra

Según estadísticas del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, la población de pacientes referidos para consulta externa ascendió a 979 para el periodo Enero a Junio 2016 con una atención mensual aproximada de 163 casos. Para el cálculo del tamaño de muestra se utilizó la fórmula para población finita, considerando una prevalencia del 50%, un nivel de confiabilidad del 95% y error de precisión 8,0%. Resultando un tamaño de muestra de 130 casos para el periodo de estudio. Para el cálculo de la muestra se utilizó la siguiente fórmula:

$$n = \frac{Z_{\alpha/2}^2 * p * q * N}{(N - 1) E^2 + Z_{\alpha/2}^2 * p * q}$$

Dónde:

Tamaño de población:	N=979
Nivel de Confianza (95%):	Z α =1.96
Proporción a favor:	P=0.50
Proporción en contra:	Q=0.50
Error de precisión:	D=0.08
Tamaño de la muestra	n=130

Tipo y técnica de muestreo

El tipo de muestreo fue probabilístico. La técnica de selección fue sistemática que consistió en seleccionar cada $k=N/n= 979/130\approx 8$ pacientes, que cumplan con los criterios de inclusión y no exclusión, hasta completar el tamaño de muestra durante el periodo de estudio.

Criterios de selección

Criterios de inclusión

- Como criterios de inclusión: i) pacientes mayores de edad (>18 años); ii) pacientes con referencia recibida y aceptada en consulta externa del Hospital Nacional Arzobispo Loayza; y iii) pacientes que continúen la atención en su centro.

Criterios de exclusión

- Como criterios de selección se tiene la exclusión de: i) pacientes referidos con diagnóstico de tuberculosis; ii) pacientes referidos con diagnóstico de VIH; iii) pacientes referidos de instituciones sanitarias de provincia; y iv) pacientes con referencia para las especialidades de pediatría, UCI

coronaria, UCIG adultos, Ginecología – Obstetricia, UCI neonatal y Traumashock, Neonatología.

3.3 Procedimientos de recolección de datos

La técnica de recolección de datos fue la encuesta y el instrumento de recolección de datos fue el cuestionario. (Anexo I)

Para medir la variable MODELO DE GESTIÓN DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA se **construyó** un cuestionario a partir de la revisión de la literatura sobre el tema, con un total de 20 ítems (Anexo I.B). Las respuestas son politómicas tipo Likert de 5 niveles, donde a “Totalmente de desacuerdo” se le asignó 1 punto; a “En desacuerdo”, 2 puntos; a “Ni de acuerdo ni desacuerdo”, 3 puntos; a “De acuerdo”, 4 puntos; y a “Totalmente acuerdo”, 5 puntos. La sumatoria de los puntajes subtotales (por cada dimensión) permitió obtener un mínimo de 10 puntos y un máximo de 50 puntos, siendo estos categorizados de la siguiente manera:

- a) *Gestión del proceso administrativo*: incluye un total de 10 ítems (del 01 a 10), los cuales están referidos a aspectos propiamente administrativos de la referencia y contrarreferencia. La categorización de los puntajes para obtener una valoración global de la gestión del proceso administrativo se realizó tomando los percentiles 50 y 75 como se muestra en la Tabla 3.

Tabla 3.

Categorización de la gestión del proceso administrativo

Puntajes	Niveles
41 – 50 Pts. (>P ₇₅)	Adecuada gestión administrativa
30 – 40 Pts. (P ₅₀ – P ₇₅)	Regular gestión administrativa
< 30 Pts. (<P ₅₀)	Inadecuada gestión administrativa

Fuente: Elaboración propia.

b) *Gestión del proceso asistencial*: incluye un total de 10 ítems (del 11 a 20), los cuales están referidos a aspectos netamente asistenciales de la referencia y contrarreferencia. La categorización de los puntajes para la obtener una valoración global de la gestión del proceso asistencial se realizó de manera como se muestra en la Tabla 4.

Tabla 4.

Categorización de la gestión del proceso asistencial

Puntajes	Niveles
41 – 50 Pts. (>P ₇₅)	Adecuada gestión asistencial
30 – 40 Pts. (P ₅₀ – P ₇₅)	Regular gestión asistencial
< 30 Pts. (<P ₅₀)	Inadecuada gestión asistencial

Fuente: Elaboración propia.

Dado que el sistema de referencia y contrarreferencia pretende asegurar la continuidad de la atención sanitaria de los pacientes a lo largo de la red de servicios de salud, de una evaluación de la gestión de referencia y contrarreferencia se obtendrá lo siguiente:

Tabla 5.

Categorización de la gestión de referencia - contrarreferencia

Puntajes	Niveles	Interpretación
78 – 100 Pts. (>P ₇₅)	Adecuada	Existe una buena continuidad asistencial percibida, siendo recomendable mantener los actuales niveles de coordinación entre niveles asistenciales.
56 – 77 Pts. (P ₅₀ – P ₇₅)	Regular	La continuidad asistencial resultante de las gestiones de la referencia y contrarreferencia no es del todo adecuada, por lo que se requieren medidas a mediano y largo plazo para mejorar las gestiones.
< 55 Pts. (<P ₅₀)	Inadecuada	Existe una poco favorable gestión de referencia – contrarreferencia percibida por los usuarios, siendo recomendable ejecutar planes de mejora a la brevedad y/o corto plazo.

Fuente: Elaboración propia.

Para medir la variable CALIDAD DE SERVICIO se empleó la escala SERVPERF (Anexo I.C), que se centra en valoración de las percepciones (22 ítems) sobre a la calidad de servicio, las cuales son distribuidas en cinco dimensiones: *Fiabilidad* (ítems de 01 a 05, referidos a la capacidad para cumplir exitosamente con el servicio ofrecido), *Capacidad de respuesta* (ítems de 06 a 09, referidos a la disposición de servir a los usuarios y proveerle un servicio rápido y oportuno frente a una demanda con una respuesta de calidad y en un tiempo aceptable), *Seguridad*: (ítems del 10 a 13, referidos a la confianza que genera la actitud del personal que brinda la prestación de salud demostrando conocimiento, privacidad, cortesía, habilidad para comunicarse e inspirar confianza), *Empatía*: (ítems de 14 a 18, referidos a la capacidad que tiene una persona para ponerse en el lugar de otra persona y entender y atender adecuadamente las necesidades del otro), *Aspectos tangibles* (ítems de 19 a 22, referidos a los aspectos físicos que el usuario percibe de la institución). Cada una de estas preguntas tuvo una calificación del 1 al 7 (donde “1” corresponde a una valoración baja y “7” corresponde a la mayor

valoración que podrían dar los pacientes al servicio). Asimismo, la interpretación de los niveles de calidad de servicio percibida de acuerdo al instrumento Servperf se ha de realizar como se detalla en la Tabla 6.

Tabla 6.

Interpretación del nivel de satisfacción según Servperf

Nivel de satisfacción	Calificación
Extremadamente muy satisfecho	6, 7
Muy satisfecho	5
Satisfecho	4
Muy insatisfecho	3
Extremadamente muy insatisfecho	2, 1

Fuente: Elaboración propia.

Para el análisis de los resultados, las calificaciones por cada pregunta se interpretan de acuerdo a la tabla y la cantidad de encuestados por cada nivel de satisfacción se obtienen en porcentajes.

Para analizar cada dimensión el puntaje total se sumó, pudiendo así ser obtenido: dimensión fiabilidad (PMin:7 y PMax:35 puntos), dimensión capacidad (PMin:4 y PMax:28 puntos), dimensión seguridad (PMin:4 y PMax:28 puntos), dimensión empatía (PMin:7 y PMax:35 puntos), y dimensión aspectos tangibles (PMin:4 y PMax:28 puntos). De manera global el puntaje mínimo y máximo es de 22 y 154. Estos puntajes obtenidos fueron categorizados tomando en cuenta los percentiles 50 y 75 de la siguiente manera:

Tabla 7.

Categorización de la calidad de servicio por dimensiones y global

Calidad de servicio al paciente	Categorización	
Calidad de la fiabilidad	Calidad alta:	>28 Pts.
	Calidad media:	21 – 28 Pts.
	Calidad baja:	<21 Pts.
Calidad de la capacidad de respuesta	Calidad alta:	>22 Pts.
	Calidad media:	16 – 22 Pts.
	Calidad baja:	<16 Pts.
Calidad de la seguridad	Calidad alta:	>22 Pts.
	Calidad media:	16 – 22 Pts.
	Calidad baja:	<16 Pts.
Calidad empatía	Calidad alta:	>28 Pts.
	Calidad media:	21 – 28 Pts.
	Calidad baja:	<21 Pts.
Calidad de los aspectos tangibles	Calidad alta:	>22 Pts.
	Calidad media:	16 – 22 Pts.
	Calidad baja:	<16 Pts.
Calidad de servicio global	Calidad alta:	>121 Pts.
	Calidad media:	88 – 121 Pts.
	Calidad baja:	<88 Pts.

Fuente: Elaboración propia.

Por último, es necesario mencionar que el Servperf ha sido validado previamente en estudios que demuestran sus adecuadas propiedades métricas para valorar la calidad de servicio, asimismo, viene siendo empleado en diversas investigaciones, incluidos estudio realizados en el contexto peruano; por estas razones es que no se validó este instrumento.

Validación del instrumento:

El procedimiento de verificar las propiedades métricas de los instrumentos solo fue dirigido al cuestionario de medición de la gestión de referencia – contrarreferencia, lo que se detalla a continuación:

Validez: La validez de los instrumentos fue determinada mediante un Juicio de Expertos como proceso para la estimación de la validez de

contenido. Este procedimiento ameritó solicitar la opinión de personas con trayectoria en los temas de gestión que se aborda en esta investigación y que se encuentren en capacidad de dar información, evidencia, emitir juicios y valoraciones respecto de los instrumentos diseñados. Una vez seleccionados los jueces se les entregó fichas de evaluación (Anexo V) en donde registraron sus valoraciones según los criterios de pertinencia, relevancia y claridad. Una vez obtenidas las valoraciones de los jueces, se procedió a calcular la concordancia entre los mismos mediante la prueba binomial para cada criterio, con un nivel de significancia del 5%.

Confiabilidad: Para la determinación de la confiabilidad o consistencia interna de los instrumentos se procedió a realizar una prueba piloto sobre el 20% de la muestra calculada. A partir de los resultados de esta prueba piloto se procedió a calcular el grado de confiabilidad mediante el coeficiente alfa de Cronbach, siendo considerado un valor igual o mayor de 0,7 como “aceptable confiabilidad”.

3.4 Técnicas de gestión y estadísticas para el procesamiento de la información

En las variables cuantitativas, se utilizaron promedios y desviación estándar. En las variables de tipo cualitativas se realizaron frecuencias absolutas y relativas (%). Para determinar el grado de continuidad asistencial entre niveles, así como las características sociodemográficas de los pacientes atendidos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza se utilizaron tablas de frecuencias univariadas y si es necesario tablas bivariadas o de doble entrada.

Con respecto al análisis bivariado, para determinar si el modelo de gestión de referencia - contrarreferencia influye en la calidad de servicio al paciente en una Microred hospitalaria de Lima Ciudad, se utilizó la prueba estadística Chi-cuadrado, se consideró un nivel de significancia del 5%, es decir, un valor $p < 0.05$ se consideró significativo.

Las tablas y figuras se realizaron en el programa Excel, entre las herramientas gráficas para la presentación de los resultados se elaboraron diagrama de barras y/o circular.

3.5 Aspectos éticos

En el presente estudio se dio estricto cumplimiento a los tres principios éticos restantes que son la beneficencia, no maleficencia, justicia y autonomía, este último obliga a los profesionales a ser veraces y proteger la confidencialidad de la información, por ello se manejó la información de los pacientes mediante códigos de identificación. Se aseguró que la información no sea compartida a nadie ajeno a la investigación; finalmente, si el estudio llegará a ser publicado en una revista o medio de circulación no se revelará la identificación de los participantes. Todo ello se relaciona con lo estipulado en la Declaración de Helsinki. Además, previo a la aplicación de la encuesta, a los pacientes se les explicó las razones y motivos del estudio, y se les solicitó la firma del consentimiento informado (Anexo II).

CAPÍTULO IV: RESULTADOS

En esta investigación cuyo objetivo general es determinar si mediante el modelo de gestión de referencia – contrarreferencia se elevará la calidad de servicio al paciente en una microrred hospitalaria de Lima Ciudad (Hospital Nacional Arzobispo Loayza) cuya muestra estuvo conformada por 130 pacientes, y se aplicó una encuesta. Según los datos procesados, se describen a continuación los resultados para esta investigación:

Tabla 8

Características generales (I) de los pacientes referidos-contra referidos atendidos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza 2017

Características generales (I)	$\bar{x} \pm DS$	Min-Máx
Edad	35.5 ± 12.6	18-65
	N	%
< 25 años	39	30,0%
25 a 50 años	72	55,4%
> 50 años	19	14,6%
Sexo		
Masculino	29	22,3%
Femenino	101	77,7%
Estado civil		
Soltero	11	8,5%
Casado	43	33,1%
Conviviente	76	58,5%
Nivel educativo		
Primaria	18	13,8%
Secundaria	76	58,5%
Superior técnico	25	19,2%
Superior universitaria	11	8,5%
Total	130	100,0%

Fuente: Encuesta aplicada a pacientes referidos y contra-referidos, atendidos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza durante el año 2017.

Según la Tabla 8, la edad promedio de los pacientes referidos y contrarreferidos atendidos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza fue de 35.5 años, donde la mayor parte tiene entre 25 a 50 años (55.4%), con

predominio del sexo femenino (77.7%), de estado civil conviviente (58.5%). Y principalmente con nivel educativo secundaria (58.5%), seguido de superior técnico (19.2%), primaria (13.8%) y superior universitario (8.5%) (Figura 3).

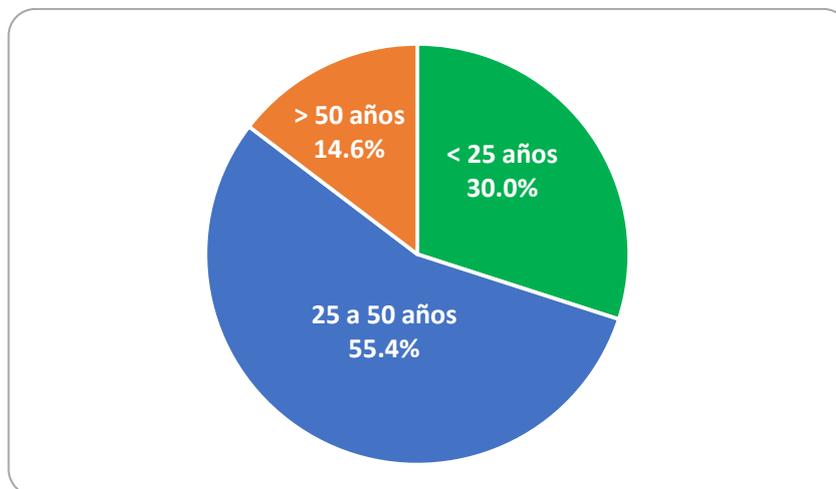


Figura 3. Edad de los pacientes referidos-contra referidos atendidos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza 2017.

Fuente: Encuesta aplicada a pacientes referidos y contra-referidos, atendidos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza durante el año 2017.

Tabla 9

Características generales (II) de los pacientes referidos-contra referidos atendidos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza 2017

Características generales (II)	N	%
Servicio destino		
Gastroenterología	13	10,0%
Cirugía general	26	20,0%
Medicina interna	82	63,1%
Dermatología	7	5,4%
Otorrinolaringología	2	1,5%
Motivo de referencia		
Necesidad de estudio mayor complejidad	98	75,4%
Consulta por especialidad	32	24,6%
Enfermedad crónica		
Si	30	23,1%
No	100	76,9%
Total	130	100,0%

Fuente: Encuesta aplicada a pacientes referidos y contra-referidos, atendidos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza durante el año 2017.

Según la Tabla 9, el 63.1% de los pacientes referidos y contra-referidos tuvieron como servicio destino medicina interna, 20% cirugía general y 10% gastroenterología, entre los más frecuentes. En cuanto, al motivo de referencia, el 75.4% fue por tener una necesidad de un estudio de mayor complejidad. Además, un 23.1% tenía una enfermedad crónica (Ver Figura 4).

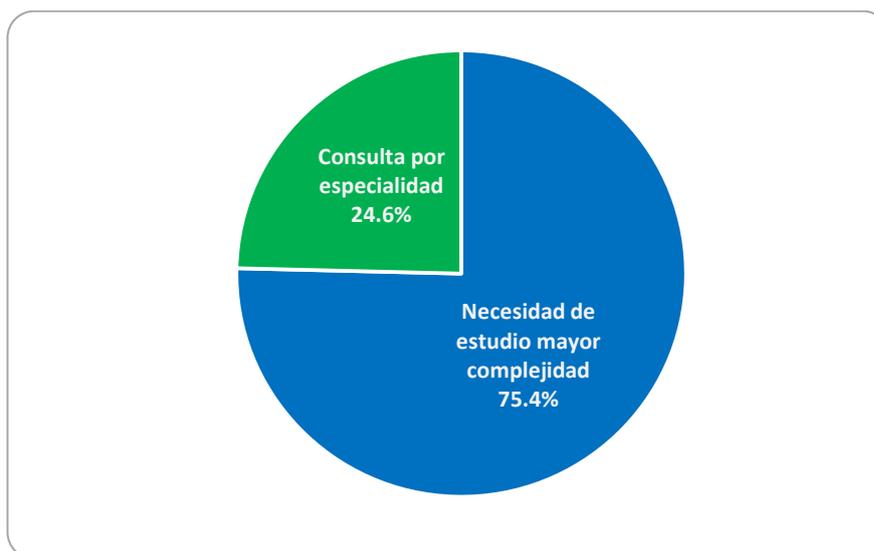


Figura 4. Motivo de referencia de los pacientes referidos-contra referidos atendidos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza 2017. Fuente: Encuesta aplicada a pacientes referidos y contra-referidos, atendidos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza durante el año 2017.

Tabla 10

Gestión del proceso administrativo de los pacientes referidos-contra referidos atendidos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza 2017

Gestión del proceso administrativo	N	%
Adecuada	9	6,9%
Regular	49	37,7%
Inadecuada	72	55,4%
Total	130	100,0%

Fuente: Cuestionario de evaluación de la gestión de referencia y contrarreferencia aplicado a pacientes referidos y contra-referidos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza durante el año 2017.

De acuerdo a la Tabla 10, la mayor parte de los pacientes calificó de inadecuada (55.4%) la gestión del proceso de administrativo, y esto puede explicarse, porque el personal administrativo no supo orientarlo en los trámites de referencia o contrarreferencia, otro motivo fue que el formato de contrarreferencia no contenía los resultados de los exámenes diagnóstico que se le practicó; además, los datos en el formato no estaban tan legibles al momento de ser enviado a su centro de salud (Ver Figura 5).

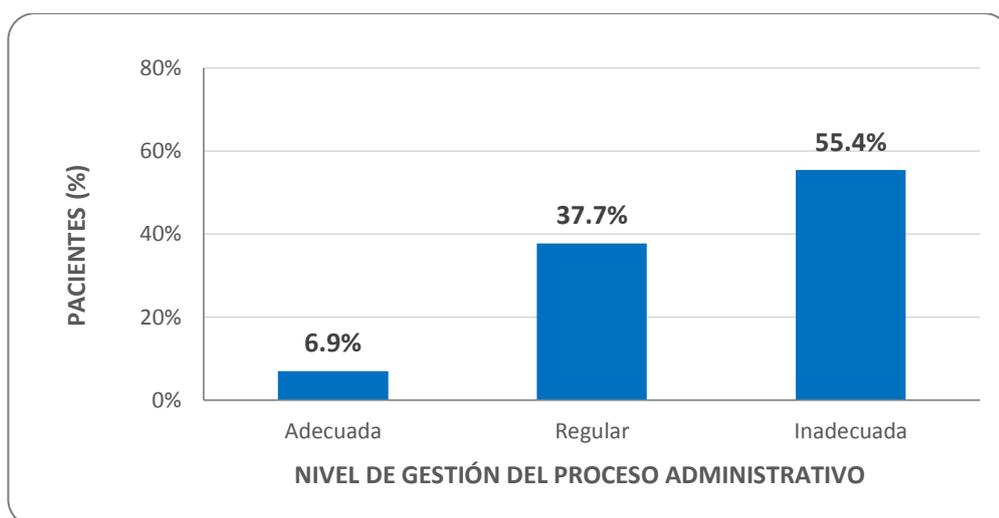


Figura 5. Gestión del proceso administrativo de los pacientes referidos-
contra referidos atendidos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza 2017.
Fuente: Cuestionario de evaluación de la gestión de referencia y contrarreferencia
aplicado a pacientes referidos y contra-referidos en el Hospital Nacional Arzobispo
Loayza durante el año 2017.

Tabla 11

Gestión del proceso asistencial de los pacientes referidos-contra referidos atendidos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza 2017

Gestión del proceso asistencial	N	%
Adecuada	9	6,9%
Regular	90	69,2%
Inadecuada	31	23,8%
Total	130	100,0%

Fuente: Cuestionario de evaluación de la gestión de referencia y contrarreferencia aplicado a pacientes referidos y contra-referidos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza durante el año 2017.

De acuerdo a la Tabla 11, la mayor parte de los pacientes calificó de regular (69.2%) la gestión del proceso asistencial, y esto puede explicarse, porque la cita programada se dio en el tiempo planificado, los formatos de referencia y contrarreferencia fueron llenados adecuadamente por los médicos y porque un familiar recibió información de parte de un profesional de salud respecto al estado de salud del paciente; sin embargo, hay aspectos negativos como la insuficiente capacidad del Hospital, y que no ha habido una adecuada comunicación entre los profesionales de salud del centro de donde fue referida y el Hospital Loayza (Ver Figura 6).

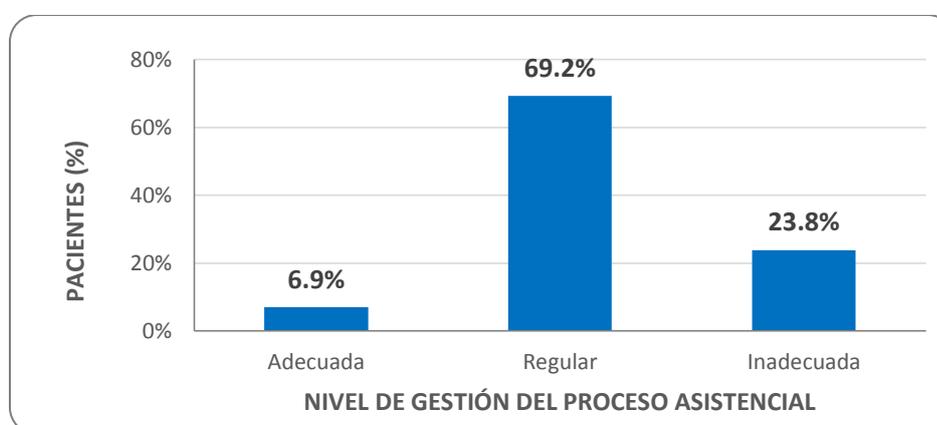


Figura 6. Gestión del proceso asistencial de los pacientes referidos-contra referidos atendidos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza 2017.

Fuente: Cuestionario de evaluación de la gestión de referencia y contrarreferencia aplicado a pacientes referidos y contra-referidos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza durante el año 2017.

Tabla 12

Gestión de referencia y contra-referencia de los pacientes referidos-contra referidos atendidos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza 2017

Gestión de referencia – contrarreferencia	N	%
Adecuada	14	10,8%
Regular	90	69,2%
Inadecuada	26	20,0%
Total	130	100,0%

Fuente: Cuestionario de evaluación de la gestión de referencia y contrarreferencia aplicado a pacientes referidos y contra-referidos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza durante el año 2017.

De acuerdo a la Tabla 5, la mayor parte de los pacientes calificó de regular (69.2%) la gestión de referencia y contrarreferencia en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza, seguido de un 20% que lo calificó como inadecuada y 10.8% como adecuada (Ver Figura 7).

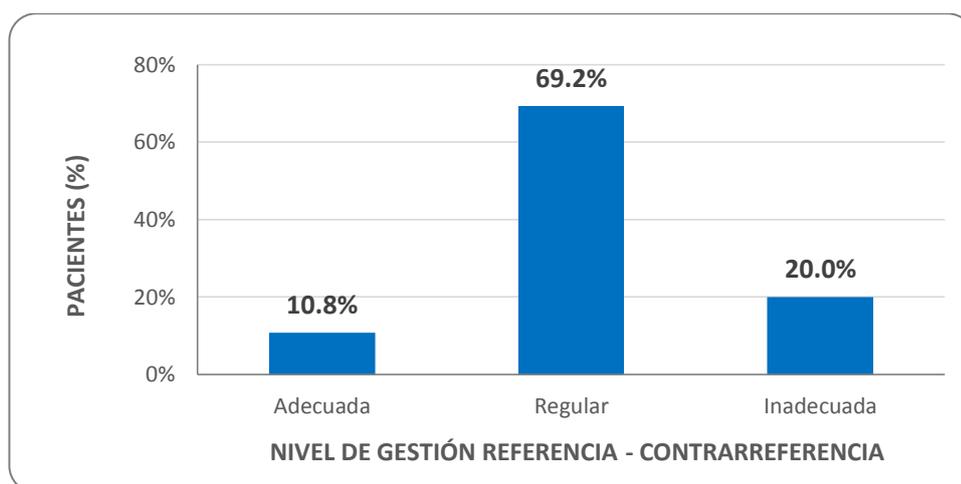


Figura 7. Gestión de referencia y contra-referencia de los pacientes referidos-contra referidos atendidos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza 2017.

Fuente: Cuestionario de evaluación de la gestión de referencia y contrarreferencia aplicado a pacientes referidos y contra-referidos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza durante el año 2017.

Tabla 13

Calidad del servicio según los pacientes referidos-contra referidos atendidos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza 2017

Calidad de servicio	N	%
Calidad media	33	25,4%
Calidad baja	97	74,6%
Total	130	100,0%

Fuente: Cuestionario de calidad de servicio al paciente (Escala Servperf) aplicado a pacientes referidos y contra-referidos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza durante el año 2017.

En cuanto a la calidad de servicio, solo un 25.4% de los pacientes la calificó de calidad media, entretanto la mayor parte manifestó que la calidad de servicio es baja (74.5%). Estos resultados, revelan que durante la atención no se respetó el orden de llegada, así como no hubo trato amable, respeto y paciencia de parte del personal de consulta externa. Otros motivos, fueron porque la historia clínica no se encontrada disponible, además las citas no estaban del todo disponibles y no se obtenían con facilidad. En cuanto a la parte asistencial, el médico no brindó el tiempo necesario para contestar las dudas o preguntas sobre el estado de salud del paciente referido (Ver Tabla 13 y Figura 8).

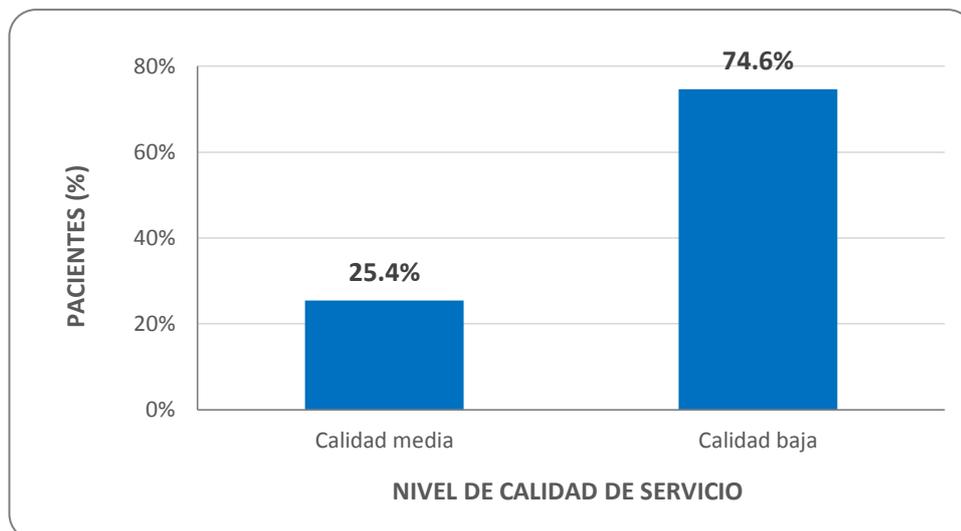


Figura 8. Calidad del servicio según los pacientes referidos-contrareferidos atendidos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza 2017.

Fuente: Cuestionario de calidad de servicio al paciente (Escala Servperf) aplicado a pacientes referidos y contra-referidos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza durante el año 2017.

Tabla 14

Gestión del proceso administrativo y Calidad del servicio según los pacientes referidos-contrareferidos atendidos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza 2017

Gestión del proceso administrativo	Calidad de servicio				p*
	Calidad media		Calidad baja		
	N	%	N	%	
Adecuada	9	27,3%	0	0,0%	<0,001
Regular	24	72,7%	25	25,8%	
Inadecuada	0	0,0%	72	74,2%	
Total	33	100,0%	97	100,0%	

Fuente: Cuestionario de evaluación de la gestión de referencia-contrarreferencia y cuestionario de calidad de servicio al paciente (Escala Servperf) aplicados a pacientes referidos y contra-referidos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza durante el año 2017.

(*) Prueba Chi-cuadrado.

Según la Tabla 14, el 27.3% de los pacientes que calificaron la calidad del servicio como media calificaron la gestión del proceso administrativo como adecuada; asimismo, el 72.7% que calificó la calidad de servicio como media calificó la gestión del proceso administrativo como regular. Entretanto, el

25.8% de los pacientes que calificaron la calidad del servicio como baja calificaron la gestión del proceso administrativo como regular; asimismo, el 74.2% que calificaron la calidad del servicio como baja calificaron la gestión de referencia como inadecuada. Además, se comprobó que existe una asociación significativa entre la gestión del proceso administrativo y la calidad del servicio del Hospital Nacional Arzobispo Loayza ($p < 0.001$).

Tabla 15

Gestión del proceso asistencial y Calidad del servicio según los pacientes referidos- contra referidos atendidos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza 2017

Gestión del proceso asistencial	Calidad de servicio				p*
	Calidad media		Calidad baja		
	N	%	N	%	
Adecuada	9	27,3%	0	0,0%	<0,001
Regular	23	69,7%	67	69,1%	
Inadecuada	1	3,0%	30	30,9%	
Total	33	100,0%	97	100,0%	

Fuente: Cuestionario de evaluación de la gestión de referencia-contrarreferencia y cuestionario de calidad de servicio al paciente (Escala Servperf) aplicados a pacientes referidos y contra-referidos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza durante el año 2017.

(*)Prueba Chi-cuadrado

Según la Tabla 15, el 27.3% de los pacientes que calificaron la calidad del servicio como media calificaron la gestión del proceso asistencial como adecuada; asimismo, el 69.7% que calificaron la calidad de servicio como media calificaron la gestión del proceso administrativo como regular, y el 3% que calificó la calidad del servicio como media calificó la gestión del proceso asistencial como inadecuada. Entretanto, el 69.1% de los pacientes que calificaron la calidad del servicio como baja calificaron la gestión del proceso asistencial como regular; asimismo, el 30.9% que calificaron la calidad del servicio como baja calificaron la gestión de referencia como inadecuada.

Además, se comprobó que existe una asociación significativa entre la gestión del proceso asistencial y la calidad del servicio del Hospital Nacional Arzobispo Loayza ($p < 0.001$).

Tabla 16

Gestión de referencia y contra-referencia y Calidad del servicio según los pacientes referidos-contra referidos atendidos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza 2017

Gestión de referencia – contrarreferencia	Calidad de servicio				p*
	Calidad media		Calidad baja		
	N	%	N	%	
Adecuada	14	42,4%	0	0,0%	<0,001
Regular	19	57,6%	71	73,2%	
Inadecuada	0	0,0%	26	26,8%	
Total	33	100,0%	97	100,0%	

Fuente: Cuestionario de evaluación de la gestión de referencia-contrarreferencia y cuestionario de calidad de servicio al paciente (Escala Servperf) aplicados a pacientes referidos y contra-referidos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza durante el año 2017.

(*) Prueba Prueba Chi-cuadrado

Según la Tabla 16, el 42.4% de los pacientes que calificaron la calidad del servicio como media calificaron la gestión de referencia y contrarreferencia como adecuada; asimismo, el 57.6% que calificaron la calidad de servicio como media calificaron la gestión de referencia y contrarreferencia como regular. Entretanto, el 73.2% de los pacientes que calificaron la calidad del servicio como baja calificaron la gestión de referencia y contrarreferencia como regular; asimismo, el 26.8% que calificaron la calidad del servicio como baja calificaron la gestión de referencia como inadecuada. Además, se comprobó que existe una asociación significativa entre la gestión de referencia y contrarreferencia con la calidad del servicio del Hospital Nacional Arzobispo Loayza ($p < 0.001$). (Ver Figura 9).

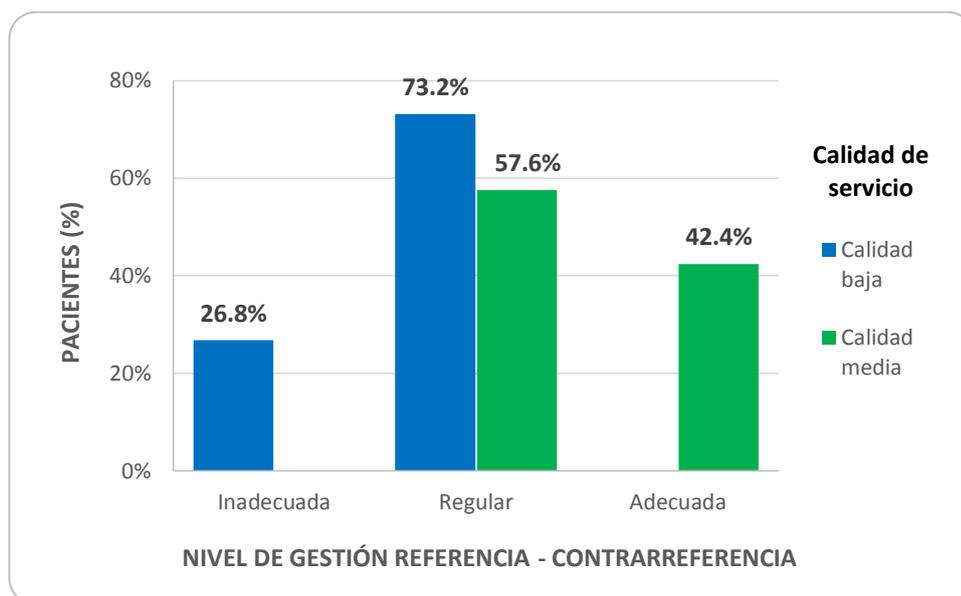


Figura 9. Gestión de referencia y contra-referencia y Calidad del servicio según los pacientes referidos-contra referidos atendidos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza 2017.

Fuente: Fuente: Cuestionario de evaluación de la gestión de referencia-contrarreferencia y cuestionario de calidad de servicio al paciente (Escala Servperf) aplicados a pacientes referidos y contra-referidos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza durante el año 2017.

CAPÍTULO V. DISCUSIÓN

Las redes de salud tienen a asociarse entre centros asistenciales, esto conlleva a un nivel de eficiencia y cooperación que difícil se podrá acceder por otros mecanismos. Esto implica una serie de procesos, que empieza por la identificación de los involucrados y el camino que transitan los pacientes cuando ingresan a la red que requiere una compleja coordinación asistencial. En ese sentido, el sistema de referencia y contrarreferencia que tiene un centro de salud, es un tema importante y crítico a su vez, siendo necesario su evaluación, para posteriormente tomar acciones de mejoramiento.

En esta investigación, se busca determinar si el modelo de gestión de referencia – contrarreferencia eleva la calidad del servicio de los pacientes atendidos en una Microred Hospitalaria de Lima Ciudad, particularmente en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza.

Se pudo observar que cerca de la mitad de los pacientes con necesidad de referencia tuvo una edad entre 25 a 50 años. Asimismo, la mayor parte de pacientes fueron del sexo femenino (77.7%). Estos resultados no están en congruencia con lo reportado por Recinos (2014), donde la mayoría de pacientes fueron de sexo masculino (52%); no obstante, esta población estudiada solo incluyó en su estudio a menores de 5 años. Posteriormente, el análisis estadístico ha revelado que la mayoría de los pacientes referidos y contra-referidos (63.1%) al Hospital Nacional Arzobispo Loayza tuvieron como servicio de destino medicina interna y el principal motivo de referencia fue la

necesidad de realización de un estudio de mayor complejidad (75.4%), de los cuales cerca de la cuarta parte padecía una enfermedad crónica.

Con estos primeros resultados es posible afirmar que, independientemente del servicio médico que refiere, existe la necesidad en ciertos casos y determinados pacientes de una evaluación médica por parte de los profesionales especialistas en Medicina Interna. Es posible que esta necesidad sea debida a la capacidad que tiene el médico internista de llevar a cabo una evaluación integral al paciente (Cano, 2014). Asimismo, este tipo de atención podría sumar a los resultados en cuanto a su elevada capacidad de solicitar pruebas de complejidad diagnóstica o terapéutica (Servicio de Medicina Interna del Hospital de Jove , 2013).

Por otro lado, también se evidencio que poco más de la mitad de los pacientes calificó como inadecuada la gestión del proceso administrativo y 7 de cada 10 calificó de regular la gestión del proceso asistencial en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza. En general, aproximadamente 7 de cada 10 pacientes calificó de regular la gestión del servicio de referencia y contrarreferencia, mientras que solo una cuarta parte indico que la calidad del servicio de referencia y contrarreferencia fue media, mientras que el resto de ellos manifestó que la calidad de este servicio fue baja.

Estos resultados son parcialmente similares a los encontrados por Ramírez y Guzmán (2012), donde el 75% de los usuarios del Servicio de Urgencia del Hospital Local Arjona calificaron como malo el trámite de la

referencia y contrarreferencia. Estos autores encontraron que la problemática residió la mala la actuación del personal administrativo (75%), la regular atención recibida por parte del médico (60%), los excesivos tiempos de espera (55%) y la mala la atención del personal de enfermería (35%). Estos concluyeron que 6 de cada 10 usuarios no se encontró satisfecho con el sistema de referencia y contrarreferencia del nosocomio en estudio.

De igual forma, Zurita (2014) observó que el 62.2% de los pacientes no estuvo de acuerdo con el tiempo de espera (de 30 a 60 minutos), el 53.8% calificó de malo el trato recibido por parte del médico que atendió la referencia y el 46% consideró de mala la calidad de atención. En contraste, Urrunaga (2015) encontró que la gestión de recursos humanos en un centro de salud del Cusco se realizaba de forma adecuada, no obstante, la gestión de los recursos materiales no se realizaba de forma adecuada.

Si bien en la presente investigación no se optado por describir las causas específicas de cada problemática, estos estudios coinciden en que la satisfacción del usuario se ve afectada por una deficiente o regular gestión del proceso asistencial en el ámbito hospitalario, la cual se relaciona directamente con la implicación activa de los profesionales sanitarios y la implementación de estrategias dirigidas a la mejora continua de las actividades asistenciales que se realizan (Ferrandiz, 2009).

En cuanto a las hipótesis planteadas en la investigación, se observó que existe asociación significativa entre la gestión del proceso administrativo

y la calidad del servicio del Hospital Nacional Arzobispo Loayza ($p < 0.001$). Asimismo, se observó que existe asociación significativa entre la gestión del proceso asistencial y la calidad del servicio del Hospital Nacional Arzobispo Loayza ($p < 0.001$).

Finalmente, se comprobó que existe asociación significativa entre la gestión de referencia y contrarreferencia con la calidad del servicio del Hospital Nacional Arzobispo Loayza ($p < 0.001$). Es preciso señalar, que la literatura al respecto es escasa, o las experiencias publicadas no son muchas, además ante poblaciones de estudios distintas, sin embargo, se ha detectado tanto en la gestión de recursos humanos (asistencial como administrativa), como la gestión de los recursos materiales, experiencias inadecuadas, puntos críticos que deben mejorarse para la consolidación de una red hospitalaria eficaz e eficiente.

CONCLUSIONES

- De acuerdo a los resultados de la investigación muestran que existe una relación significativa y directa entre la gestión de referencia – contrarreferencia y la calidad del servicio, es decir a menor (inadecuada) la gestión de referencia – contrarreferencia menor será la calidad de servicio al paciente en una Microred Hospitalaria de Lima Ciudad, para este estudio el Hospital Nacional Arzobispo Loayza, ya que 7 de cada 10 pacientes lo califican como regular la gestión de referencia y contrarreferencia, a su vez consideran como una baja calidad.
- Se determinó que la gestión del proceso administrativo de referencia y contrarreferencia está relacionado significativamente e influye en la calidad de servicio; además esta relación es directa, es decir a menor la gestión del proceso administrativo menor será la calidad de servicio al paciente en una Microred Hospitalaria de Lima Ciudad, para este estudio el Hospital Nacional Arzobispo Loayza, ya que 5 de cada 10 pacientes lo califican como inadecuada la gestión del proceso administrativo.
- Se determinó que la gestión del proceso asistencial de referencia y contrarreferencia está relacionado significativamente e influye en la calidad de servicio; además esta relación es directa, es decir a menor la gestión del proceso asistencial menor será la calidad de servicio al paciente en una Microred Hospitalaria de Lima Ciudad, para este estudio el Hospital Nacional Arzobispo Loayza, ya que 7 de cada 10 pacientes lo califican como regular la gestión del proceso asistencial.

RECOMENDACIONES

- De acuerdo a los resultados de la investigación. Es importante que se realice una reingeniería de procesos en ambos sectores, de tal manera que se logre mejoras significativas en la capacidad de gestión que redunde en una mejor calidad del servicio de los pacientes referidos y contrarreferidos al Hospital Nacional Arzobispo Loayza.
- De acuerdo a los resultados, para el proceso administrativo, tanto en recursos humanos, como en la parte documental. Una medida sería implementar capacitaciones periódicas en calidad de atención y manejo documentario.
- De acuerdo a los resultados, sería adecuado que la administración del Hospital, haga cambios progresivos de acuerdo al presupuesto que maneja. Por otro lado, sensibilizar al profesional de salud (médicos, enfermeras, laboratorio, etc.) en cuanto a mejorar la comunicación interna para que no desconozcan el estado de salud del paciente, asimismo, mejorar la comunicación externa entre los profesionales de salud del lugar de donde fue referido el paciente y el Hospital Loayza.
- Implementar un sistema de control o supervisión del sistema de referencia y contrarreferencia con carácter de exclusividad, que vele por el cumplimiento de los protocolos establecidos.

- Fomentar la realización de estudios nacionales y locales sobre la propuesta de un modelo de gestión pública de referencia – contrareferencia, con la finalidad de mejorar la calidad de del servicio de los pacientes.
- Se recomienda implementar un Manual de Procedimiento para el personal Administrativo y Asistencial del área de referencia y contrareferencia para mejorar la calidad de atención de los pacientes, lo cual contribuirá con la generación de conocimientos válidos sobre la gestión de referencias y contrarreferencias que se viene desplegando.
- Para el desarrollo del sistema de referencia y contrareferencia se sugiere fortalecer la coordinación entre los diferentes servicios, a fin de brindarle el seguimiento oportuno y adecuado al proceso de referencia y contrareferencia.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Cano, R. (2014). La Medicina Interna como especialidad y su futuro. *Med Int Méx*, 633-634.
2. Carrillo, R., Ramos, M. (2012). Lima Cómo vamos: calidad de atención en salud. *Rev Panam Salud Pública*. 32(2), 168.
3. Coronado R., Cruz E., Macías S., Arellano A., y Nava T. (2013). El contexto actual de la calidad en salud y sus indicadores. *Rev Mex Med Fis Rehab*; 25(1):26-33
4. Fajardo G, Hernández F. (2012) Definiciones y conceptos fundamentales para el mejoramiento de la calidad de la atención a la salud. 1ra edición. México: Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCES).
5. Fernández A., y Ollero M. (2010). Percepción de la continuidad asistencial. *Conocer para actuar. Rev Esp Salud Pública*; 84(4): 349-351. Corrales D., Babarro A., y Rodríguez M. (2012). Continuidad de cuidados, innovación y redefinición de papeles profesionales en la atención a pacientes crónicos y terminales. Informe SESPAS 2012. *Gac Sanit*; 26(S):63–68.
6. Ferrandiz, R. (2009). Gestión de procesos asistenciales. Barcelona: Universidad Oberta de Catalunya.
7. García, I. (2007). La nueva gestión pública: evolución y tendencias. *Presupuesto y Gasto Público*. 47, 37-64.
8. García I., Allera M., Vargas I., y Vázquez M. (2015). Adaptación y validación de la escala CCAENA© para evaluar la continuidad

- asistencial entre niveles de atención en Colombia y Brasil. *Gac Sanit*; 29(2):88–96.
9. García P., De Abreu M., Antonietti L., Guillén M., Said M., et al. (2013). Sistema de referencia-contrarreferencia entre el segundo y el tercer nivel de salud en una red hospitalaria pediátrica en el conurbano bonaerense. *Arch Argent Pediatr*;111 (5):405-411.
 10. Gobernación del Valle del Cauca. (2014). Manual Operativo del Sistema de Referencia y Contrarreferencia. Secretaria departamental de salud del valle del Cauca. Santiago de Cali, Colombia.
 11. Hermosa, M. (2006). Análisis de la demanda en relación con la oferta de servicios de salud pediátricos en un hospital de alta complejidad de la seguridad social (EsSalud). (Tesis de doctorado en medicina). Lima, Perú, Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
 12. Institute for Democracy and Electoral Assistance. (2008). Gestión Pública: Material de trabajo. Canadian International Development Agency, PNUD.
 13. Lazo, O. (2015). Gestión de la calidad en el Perú: Situación y perspectivas. Lima, Perú: XI Conferencia Nacional e Internacional de Calidad en Salud – Setiembre, 2015.
 14. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2013). Subsistema de referencia, derivación, contrarreferencia, referencia inversa y transferencia del Sistema Nacional de Salud. Norma Técnica. Dirección Nacional de Normatización, MSP. Quito, Ecuador.
 15. Ministerio de Salud. (2003). Mejoramiento del sistema de referencia y contrarreferencia de la Red de Servicios de Salud Chachapoyas.

Amazonas, Perú: Diresa Amazonas, Oficina General de Administración del Ministerio de Salud.

16. Ministerio de Salud. (2005). Norma técnica del sistema de referencia y contrareferencia de los establecimientos del ministerio de salud. Dirección General de Salud de las personas. Lima, Perú.
17. Ministerio de Salud. (2009). Documento técnico: Política Nacional de Calidad en Salud. Lima, Perú: Dirección General de Salud de las Personas, Dirección de Calidad.
18. Ministerio de salud. (2011). Categorías de establecimientos del sector salud. NTS N° 021-MINSA 1 DGSP-V.03. Norma técnica de Salud. Lima, Perú. Pp.150
19. Ministerio de Salud. (2012). Propuesta de directiva de sistema de referencia y contrarreferencia en la atención integral de la tuberculosis y enfermedades respiratorias (PAIL). Proyecto Octava Ronda del Fondo Mundial – Componente Tuberculosis – PARSALUD II. Lima, Perú.
20. Ministerio de Salud. (2012a). Guía Técnica para la Evaluación de la Satisfacción del Usuario Externo en los Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo R.M. N° 527- 2011/MINSA/Ministerio de Salud. Dirección General de Salud de las Personas. Dirección de Calidad en Salud – Lima.
21. Ministerio de Salud. (2012b). Propuesta de directiva de sistema de referencia y contrarreferencia en la atención integral de la tuberculosis y enfermedades respiratorias (PAIL). Proyecto Octava Ronda del

Fondo Mundial – Componente Tuberculosis – PARSALUD II. Lima, Perú.

22. Ministerio de Salud. (2017). Red de Salud Lima Ciudad. Microrredes. (Internet). Lima, Perú. (Acceso: 29 de junio de 2017). Recuperado de: <http://www.rslc.gob.pe/web/microrredes>
23. Presidencia de Consejo de Ministros. (2013). Política nacional de modernización de la gestión pública al 2021. Lima, Perú: Secretaría de Gestión Pública de la PCM.
24. Presidencia de Consejo de Ministros. (2013). Política nacional de modernización de la gestión pública al 2021. Lima, Perú: Secretaría de Gestión Pública de la PCM.
25. Ramírez E., y Guzmán N. (2012) Evaluación del sistema de referencia y contra-referencia en el servicio de urgencias de la empresa social del estado Hospital Local Arjona. (Tesis de especialidad). Colombia: Universidad de Cartagena.
26. Recinos A. (2014). Propuesta de un sistema de referencia y contrarreferencia de casos de niños con desnutrición aguda que egresan del hospital regional de occidente, Quetzaltenango, Guatemala, 2014. (Tesis de licenciatura). Guatemala: Universidad Rafael Landívar.
27. Restrepo, M. (2009). Burocracia, gerencia pública y gobernanza. Revista Diálogos de Saberes. 30, 167-185.
28. Secretaria de Salud de México. (2006). Reformas de procedimientos para la atención de quejas médicas y gestión pericial de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Diario Oficial, México.

29. Servicio de Medicina Interna del Hospital de Jove. (2013). Médico residente de Medicina Interna - Programa docente. Asturias: Hospital de Jove.
30. Torres M., y Vásquez C. (2015). Modelos de evaluación de la calidad del servicio: caracterización y análisis. *Compendium*; 35: 57-76.
31. Urrunaga, M. (2015). Gestión de recursos en el centro de salud "Siete Cuartones-Minsa" Cusco – 2015. (Tesis de maestría). Arequipa: Universidad Católica de Santa María.
32. Vargas V., Valecillos, J., y Hernández, C. (2013). Calidad en la prestación de servicios de salud: Parámetros de medición. *Revista de Ciencias Sociales*, 19 (4): 663 - 671
33. Vásquez, L, Vargas, I., Unger, J., De Paepe, P., Mogollón, A., Samico, I., et al. (2015). Evaluating the effectiveness of care integration strategies in different healthcare systems in Latin America: the EQUITY-LA II quasi-experimental study protocol. *BMJ Open*. 5(7), e007037.
34. Zurita M. (2014). Reestructuración del sistema de referencia y contrarreferencia en el Hospital Sagrado Corazón de Jesús de la Ciudad de Quevedo. (Tesis de maestría). Ecuador: Universidad Regional Autónoma de los Andes

ANEXOS

Anexo 1. Instrumentos de recolección de datos

ENCUESTA

Fecha: ____/____/____

Nº

A. Datos generales

Edad: _____ (años)

Sexo: () Femenino () Masculino

Estado civil: () Casado/a () Soltero/a

() Viudo/a Otro: _____

Nivel educativo: () Primaria () Secundaria

() Superior técnico () Superior universitario

Servicio destino:

() Gastroenterología () Cirugía general () Medicina interna

() Dermatología () Otorrinolaringología () Endocrinología

Otros (especificar): _____

Motivo de referencia: () Necesidad de estudio de mayor complejidad

() Consulta por especialidad

Otros (especificar): _____

Enfermedad crónica: () Si () No

Especificar: _____

B. Gestión de la referencia - contrarreferencia

A continuación, se le muestran una serie de preguntas a las que se le pide responder con total sinceridad. Para ello deberá marcar con un aspa “X” en el recuadro que considera refleje mejor su respuesta, tenga lo siguiente:

1 = “Totalmente en desacuerdo” / 2 = “En desacuerdo” / 3 = “Ni de acuerdo ni en desacuerdo”

/ 4 = “De acuerdo” / 5 = “Totalmente de acuerdo”

Gestión del proceso administrativo		1	2	3	4	5
1	¿Considera Ud. suficiente la información que recibió del personal administrativo sobre la acreditación de su derecho a la referencia y la cobertura de su seguro?					
2	¿Considera Ud. que el personal administrativo consignó de forma legible sus datos en los formatos de referencia?					
3	¿Considera que se consignó de forma legible y correcta sus datos en la hoja de contrarreferencia al momento de ser enviado a su centro de salud?					
4	Al momento de ser contrarreferido, ¿el formato de contrarreferencia que se le entregó contenía los resultados de los exámenes diagnósticos que se le practicó?					
5	En caso usted lo haya solicitado/requerido, ¿Se le entregó un certificado de incapacidad temporal?					
6	¿Fue Ud. informado los pasos para la contrarreferencia y a la vez recibió recomendaciones para ser contrarreferido a su centro asistencial de origen?					
7	¿El formato/hoja de contrarreferencia que le fue entregada fue archivado en su historia clínica?					
8	Considera Ud. que el proceso de referencia y contrarreferencia se encuentra ya definido, es decir los procesos son claros.					
9	El personal administrativo supo orientarle (tenía conocimiento) sobre los trámites que Ud. tenía que hacer cuando fue referido o contrarreferido.					
10	Considera Ud. que el Hospital Loayza contaba con personal destinado a agendar las citas de pacientes que como usted son referidos a este hospital.					
Gestión del proceso asistencial						
11	Los formatos de referencia o contrarreferencia son llenados adecuadamente por los médicos por los que Ud. ha sido atendida (o).					
12	Los médicos le informan adecuadamente sobre los motivos por los que es referido y/o contrarreferida.					
13	La cita para la cual fue programada, ¿se dio de forma oportuna en el tiempo que fue programado?					
14	La contrarreferencia le fue entregada a Ud. o su familiar y a la vez recibió información por parte del profesional de salud que la atendió respecto a su estado de salud.					
15	Considera Ud. que hubo una adecuada comunicación entre los profesionales de salud del lugar de donde fue referida y los profesionales del Hospital Loayza a donde fue referida. Al punto de percibir una continuidad en su información clínica.					
16	Considera Ud. que hubo suficiente comunicación entre los médicos, enfermeras, personal de laboratorio, etc. como para que se encuentren enterados de su situación de salud y no desconozcan su estado de salud.					
17	Considera Ud. que los recursos/materiales médicos, exámenes, servicios que no habían en el establecimiento de donde fue referida si estaban disponibles en el Hospital Loayza a donde fue referida.					
18	Considera Ud. que las actuaciones de los médicos en el manejo de su salud están interconectadas entre sí, es decir ¿Percibe Ud. continuidad en el manejo de su salud?					
19	Considera que el Hospital Loayza tiene la capacidad suficiente de resolver sus problemas de salud.					
20	Considera Ud. que su problema de salud pudo haber sido resuelto en un hospital no tan grande como el Hospital Loayza					

C. Calidad de servicio al paciente (Escala Servperf)

A continuación se le presentará un cuestionario con el que se valorará la calidad de servicio. Se le pide que valore de forma objetiva como ha percibido usted la atención que ha recibido desde que fue referido al Hospital Loayza hasta que fue contrarreferido. Para ello considere al puntaje 1 como el más bajo y 7 como el más alto:

Nº	Ítems	1	2	3	4	5	6	7
1	¿El personal de informes le orientó y explicó de manera clara y adecuada sobre los pasos o trámites para la atención en consulta externa?							
2	¿El médico le atendió en el horario programado?							
3	¿Su atención se realizó respetando la programación y el orden de llegada?							
4	¿Su historia clínica se encontró disponible para su atención?							
5	¿Usted encontró citas disponibles y las obtuvo con facilidad?							
6	¿La atención en caja o en el módulo de admisión del SIS fue rápida?							
7	¿La atención para tomarse análisis de laboratorio fue rápida?							
8	¿La atención para tomarse exámenes radiológicos fue rápida?							
9	¿La atención en farmacia fue rápida?							
10	¿Se respetó su privacidad durante su atención en el consultorio?							
11	¿El médico le realizó un examen físico completo y minucioso por el problema de salud por el cual fue atendido?							
12	¿El médico le brindó el tiempo necesario para contestar sus dudas o preguntas sobre su problema de salud?							
13	¿El médico que le atendió le inspiró confianza?							
14	¿El personal de consulta externa le trató con amabilidad, respeto y paciencia?							
15	¿El médico que le atendió mostró interés en solucionar su problema de salud?							
16	¿Usted comprendió la explicación que el médico le brindó sobre su problema de salud o resultado de su atención?							
17	¿Usted comprendió la explicación que le brindó el médico sobre el tratamiento que recibirá: tipo de medicamentos, dosis y efectos adversos?							
18	¿Usted comprendió la explicación que el médico le brindó sobre los procedimientos o análisis que le realizarán?							
19	¿Los carteles, letreros y flechas le parecen adecuados para orientar a los pacientes?							
20	¿La consulta externa contó con personal para informar y orientar a los pacientes?							
21	¿Los consultorios contaron con equipos disponibles y materiales necesarios para su atención?							
22	¿El consultorio y la sala de espera se encontraron limpios y fueron cómodos?							

Gracias por su participación....

Anexo 2. Consentimiento informado

“MODELO DE GESTIÓN DE REFERENCIA - CONTARREFERENCIA Y CALIDAD DE SERVICIO AL PACIENTE EN UNA MICRORED HOSPITALARIA DE LIMA CIUDAD 2017”

Propósito del Estudio: Lo estamos invitando a participar en un estudio con la finalidad de conocer si el modelo de gestión de referencia - contarreferencia influye en la calidad de servicio al paciente en una Microred hospitalaria de Lima Ciudad 2017.

Procedimientos: Si usted acepta participar en este estudio se le aplicará un cuestionario que tomará aproximadamente 20 minutos; acerca de la referencia y contrarreferencia, así como de la calidad de servicio.

Riesgos y Beneficios: No existirá riesgo alguno respecto a su participación en esta investigación, pues solo se le pedirá responder un cuestionario con una serie de preguntas. Asimismo, su participación no producirá beneficio alguno, ni remuneración y/o pago de ningún tipo.

Confidencialidad: No se divulgará su identidad en ninguna etapa de la investigación, pues toda la información que Ud. brinde será usada solo con fines estrictos de estudio. En caso este estudio fuese publicado se seguirá salvaguardando su confidencialidad, ya que no se le pedirá en ningún momento sus nombres ni apellidos.

Se pone en conocimiento que Ud. puede decidir retirarse de este estudio en cualquier momento sin perjuicio alguno. Si tiene alguna duda adicional comunicarse con el Dr. Miguel Salomón Parra Moscoso al celular 996796398.

Consentimiento Informado:

Acepto voluntariamente participar en este estudio luego de haber discutido los objetivos y procedimientos de la investigación con el investigador responsable.

Participante
Iniciales:

Fecha

Investigador

Fecha

Anexo 4. Matriz de consistencia

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	OBJETIVOS	PROPUESTA DE VALOR	VARIABLES	METODOLOGÍA
<p>Problema general: ¿De qué manera el modelo de gestión de referencia – contarreferencia influirá en la calidad de servicio al paciente en una Microred hospitalaria de Lima Ciudad 2017?</p>	<p>Objetivo general: Determinar si el modelo de gestión de referencia - contarreferencia influye en la calidad de servicio al paciente en una Microred hospitalaria de Lima Ciudad 2017.</p>	<p>Propuesta de valor general: El modelo de gestión de referencia - contarreferencia influye en la calidad de servicio al paciente en una Microred hospitalaria de Lima Ciudad 2017.</p>	<p>Variable independiente: Modelo de gestión de referencia – contarreferencia</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Gestión del proceso administrativo</i> • <i>Gestión del proceso asistencial</i> 	<p>Diseño: observacional, analítico, prospectivo y transversal.</p> <p>Población: pacientes referidos y contra-referidos, atendidos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza durante el año 2017.</p>
<p>Problema específico 1: ¿Cómo la gestión de los procesos administrativos de referencia - contarreferencia influirá en la calidad de servicio al paciente en una Microred hospitalaria de Lima Ciudad 2017?</p> <p>Problema específico 2: ¿Por qué la gestión del proceso asistencial de referencia - contarreferencia influirá en la calidad de servicio al paciente en una Microred hospitalaria de Lima Ciudad 2017?</p>	<p>Objetivo específico 1: Determinar si la gestión del proceso administrativo de referencia - contarreferencia influye en la calidad de servicio al paciente en una Microred hospitalaria de Lima Ciudad 2017.</p> <p>Objetivo específico 2: Determinar si la gestión del proceso asistencial de referencia - contarreferencia influye en la calidad de servicio al paciente en una Microred hospitalaria de Lima Ciudad 2017.</p>	<p>Propuesta de valor específica 1 La gestión del proceso administrativo de referencia - contarreferencia influye en la calidad de servicio al paciente en una Microred hospitalaria de Lima Ciudad 2017.</p> <p>Propuesta de valor específica 2: La gestión del proceso asistencial de referencia - contarreferencia influye en la calidad de servicio al paciente en una Microred hospitalaria de Lima Ciudad 2017.</p>	<p>Variable dependiente: Calidad de servicio</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Fiabilidad</i> • <i>Capacidad de respuesta</i> • <i>Seguridad</i> • <i>Empatía</i> • <i>Aspectos tangibles</i> 	<p>Tamaño de la muestra: 130 pacientes.</p> <p>Tipo y técnica de muestreo: el tipo será probabilístico y la técnica de selección será sistemática.</p> <p>Técnica: encuesta</p> <p>Instrumento:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cuestionario de evaluación de la gestión de referencia y contarreferencia • Escala SERVPERF

ANEXO 5 CONFIABILIDAD – ALFA DE CRONBACH

El Coeficiente de alfa de Cronbach sirve para medir la fiabilidad de una escala de medida. Este coeficiente puede tener valores de 0 a 1, cuando el valor esté más cercano a 1, mayor es la consistencia interna de los ítems analizados.

Coeficiente Alfa de Cronbach	Fiabilidad
>0.9	Excelente
>0.8	Bueno
>0.7	Aceptable
>0.6	Cuestionable
>0.5	Pobre
<0.5	Inaceptable

Para el cálculo del coeficiente de confiabilidad Alfa de Cronbach se utiliza el siguiente procedimiento:

$$\alpha'_{Cronbach} = \frac{k}{(k-1)} \left(1 - \frac{\sum_{j=1}^k s_j^2}{S_T^2}\right)$$

Donde K = El número de ítems.

Luego, para el cálculo de la varianza por cada ítem se utiliza la siguiente fórmula:

$$s_j^2 = \frac{1}{(n-1)} \sum_{i=1}^n (x_i - \bar{X})^2$$

Posteriormente se calcula S_T que es la Varianza del total de puntaje (la misma fórmula pero para el total de puntaje de cada individuo)

Por cada columna se calcula las varianzas, es decir para todas las preguntas y también para el total de puntajes de las unidades muestrales. Se suman todas las varianzas de todas las preguntas (en el cuadro esta como Σ varianza), este valor se reemplaza en la formula.

Regla de decisión: Cuando el valor de α -Cronbach > 0.70 se considera que el instrumento es confiable para su aplicación.

Unidades	Gestión de la referencia - contrarreferencia																				Total
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	
1	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	58
2	4	4	3	4	4	4	4	2	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	2	74
3	5	2	3	5	5	5	5	2	5	5	5	5	4	5	3	5	5	5	5	2	86
4	3	2	2	3	3	3	3	2	3	3	3	4	4	3	3	3	3	3	2	2	57
5	3	2	2	3	3	3	3	2	3	3	3	4	4	3	2	3	3	3	2	2	56
6	3	4	2	3	3	3	3	2	3	3	3	4	4	4	2	3	3	3	2	2	59
7	3	5	3	3	3	3	3	2	3	3	4	4	4	4	2	3	3	4	2	2	63
8	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	4	4	4	4	3	3	3	4	2	2	62
9	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	4	5	4	3	3	3	4	2	2	64
10	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	5	4	4	3	3	3	4	2	1	63
11	4	4	4	4	3	4	4	4	4	3	4	5	4	4	3	4	4	4	2	2	74
12	5	5	5	5	3	5	5	5	5	3	4	5	4	5	2	5	5	5	2	2	85
13	1	1	1	1	3	1	1	1	1	3	4	5	1	1	2	1	1	1	2	1	33
14	2	2	2	2	3	2	2	2	2	3	5	5	2	2	2	2	2	2	2	2	48
15	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	5	5	3	3	1	3	3	3	2	3	61
16	4	4	4	4	3	4	4	4	4	3	5	5	4	4	1	4	4	4	2	4	75
17	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	5	4	3	3	3	3	3	3	1	3	61
18	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	5	4	3	3	3	3	3	3	1	3	61
19	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	5	4	3	3	3	3	3	3	1	3	61
20	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	3	3	3	3	3	3	3	1	3	59
21	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	3	3	3	4	3	3	3	3	3	62
22	3	3	4	3	3	3	3	3	3	3	4	4	4	3	4	3	3	3	3	3	65
23	2	2	5	2	3	2	2	2	2	2	4	4	4	2	4	2	2	2	2	2	52
24	2	2	2	2	3	2	2	2	2	2	2	2	4	4	2	4	2	2	2	2	47
25	2	2	2	2	3	2	2	2	2	2	2	2	4	4	2	4	2	2	2	2	47
26	2	2	2	2	3	2	2	2	2	2	2	2	4	4	2	2	2	2	2	2	45
Varianza	0.80	0.95	0.87	0.80	0.19	0.80	0.80	0.73	0.80	0.36	1.10	0.84	0.65	0.74	0.42	0.78	0.80	0.94	0.78	0.44	140.30
Suma_var	14.59																				

Items 20
Unidades 26
r-Alpha de Cronbach **0.94**

Unidades	Calidad de servicio al paciente																					Total	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21		22
1	2	3	2	3	3	3	3	3	5	5	3	3	4	3	6	3	5	5	2	3	5	6	80
2	2	4	2	4	4	6	4	4	5	5	4	4	5	4	6	3	5	5	2	4	5	6	93
3	2	5	2	5	5	6	5	5	5	5	5	5	6	5	6	3	5	5	2	5	5	6	103
4	2	3	2	3	3	6	3	3	5	5	3	3	6	3	6	3	5	5	2	3	5	6	85
5	2	3	2	3	3	3	3	3	5	4	3	2	6	3	6	3	5	5	2	3	5	6	80
6	1	3	2	3	3	3	3	3	4	4	3	2	6	3	7	3	5	5	2	3	4	6	78
7	1	3	2	3	3	3	3	4	4	4	4	2	6	3	7	3	5	5	1	3	4	7	80
8	1	3	2	3	3	3	3	4	4	4	4	2	6	3	7	3	5	5	3	3	4	7	82
9	1	3	2	3	3	3	3	4	4	4	4	3	6	3	3	3	5	6	3	3	4	7	80
10	1	3	2	3	3	3	3	4	4	5	5	3	6	3	3	3	5	6	3	3	4	6	81
11	1	4	2	4	4	4	4	4	4	5	4	4	6	4	4	3	5	6	4	4	4	6	90
12	5	5	2	5	5	5	5	4	5	5	5	5	6	5	5	3	5	6	5	5	4	6	106
13	1	1	1	1	1	1	1	5	1	5	1	1	6	1	1	3	5	6	1	1	1	6	51
14	2	2	2	2	2	2	2	6	2	6	2	2	6	2	2	3	5	6	2	2	2	6	68
15	3	3	3	3	3	3	3	6	3	6	3	3	6	3	3	5	5	6	3	3	3	6	85
16	4	4	4	4	4	4	4	6	4	6	4	4	6	4	4	5	5	6	4	4	4	6	100
17	3	3	3	3	3	3	3	6	3	6	3	3	6	3	3	5	5	6	3	3	3	6	85
18	3	3	3	3	3	3	3	7	4	6	3	3	6	3	3	5	5	6	3	3	3	7	88
19	3	3	3	3	3	3	3	7	4	7	3	3	6	3	6	5	5	6	3	3	3	7	92
20	3	3	3	3	3	3	3	7	4	7	3	3	6	3	6	6	5	6	3	3	3	6	92
21	3	3	3	3	3	6	3	7	4	3	3	3	6	3	6	6	5	6	3	3	3	6	91
22	3	3	3	3	3	6	3	7	6	3	3	3	6	3	6	6	5	6	3	3	3	6	93
23	2	2	2	2	2	6	2	7	6	2	2	2	6	2	6	4	5	6	2	2	2	6	78
24	2	2	2	2	2	6	2	2	6	2	2	2	6	2	5	2	6	6	2	2	2	6	71
25	2	2	2	2	2	7	2	2	7	2	2	2	6	2	5	2	6	6	2	2	2	6	73
26	2	2	2	2	2	7	2	2	2	2	2	2	2	2	5	2	4	6	2	2	2	6	62
Varianza	1.04	0.80	0.38	0.80	0.80	2.86	0.80	3.02	1.78	2.26	1.04	0.94	0.76	0.80	2.75	1.60	0.12	0.22	0.81	0.80	1.29	0.16	150.08
Suma_var	25.84																						

Items 22
Unidades 26
r-Alpha de Cronbach 0.87