



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
SECCIÓN DE POSGRADO

**NIVEL DE CUMPLIMIENTO DEL INDICADOR DE REFERENCIA
EN EL MARCO DE LA TERCERIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE
SALUD, 2014 - 2015**

PRESENTADA POR
VIVIANA JESSICA CAHUA CÓRDOVA

TESIS PARA OPTAR GRADO DE MAESTRA
EN GESTIÓN ESTRATÉGICA DE LA CALIDAD Y AUDITORÍA MÉDICA

LIMA – PERÚ

2015



Reconocimiento - No comercial - Compartir igual
CC BY-NC-SA

El autor permite entremezclar, ajustar y construir a partir de esta obra con fines no comerciales, siempre y cuando se reconozca la autoría y las nuevas creaciones estén bajo una licencia con los mismos términos.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
SECCIÓN DE POSGRADO**

**NIVEL DE CUMPLIMIENTO DEL INDICADOR DE REFERENCIA EN
EL MARCO DE LA TERCERIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE
SALUD. 2014, 2015**

TESIS

**PARA OPTAR AL GRADO DE MAESTRA
EN GESTIÓN ESTRATÉGICA DE LA CALIDAD Y AUDITORIA MÉDICA**

PRESENTADA POR:

VIVIANA JESSICA CAHUA CÓRDOVA

LIMA, PERÚ

2015

Asesor

Dr. Navarrete Mejía, Javier Doctor en Salud Pública



Jurado

Presidente: Velasco Guerrero, Juan Carlos. Doctor en Salud Pública

Miembro: Huatuco Collantes, Zoel. Doctor en Medicina

Miembro: Loayza Alarico, Manuel. Doctor en Salud Pública



Dedicatoria



A mi madre cuyo sacrificio y amor contribuyó en mi formación profesional.

A mis esposo por su constante apoyo en el logro de nuevas metas.

ÍNDICE

Asesor	ii
Jurado	iii
Dedicatoria	iv
INDICE DE TABLAS	viii
INDICE DE GRÁFICOS	ix
RESUMEN	x
ABSTRACT	xi
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO	4
1.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN	4
1.2 BASES TEÓRICAS	10
1.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS	28
CAPÍTULO II: METODOLOGÍA	33
2.1 TIPO DE ESTUDIO	33
2.2 DISEÑO	33
2.3 POBLACIÓN Y MUESTRA	33
POBLACIÓN:	33
TAMAÑO DE LA MUESTRA	33
SELECCIÓN DE LA MUESTRA	33
2.4 MÉTODOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS E INSTRUMENTOS	34
2.5 PROCESAMIENTO DE DATOS	34
2.6 ASPECTOS ÉTICOS	35
CAPÍTULO III: RESULTADOS	36
CAPÍTULO IV: DISCUSIÓN	42
RECOMENDACIONES	46
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	47
ANEXOS	59

INDICE DE TABLAS

TABLA 1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS EN LOS USUARIOS EXTERNOS DEMANDANTES DE REFERENCIA EMITIDAS POR LA IPRESS CONSORCIO ASOCIACION RED INNOVA - BKN SALUD SAC.....	36
TABLA 2. DEMANDA DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD (IPRESS) DESTINO DE LA REFERENCIA DE LOS USUARIOS EXTERNOS DEMANDANTES DE REFERENCIA EMITIDAS POR LA IPRESS CONSORCIO ASOCIACION RED INNOVA - BKN SALUD SAC AGOSTO 2014 AGOSTO 2015.....	37
TABLA 3. DEMANDA DE LAS ESPECIALIDADES DE REFERENCIA DE LOS USUARIOS EXTERNOS DEMANDANTES DE REFERENCIA EMITIDAS POR LA IPRESS CONSORCIO ASOCIACION RED INNOVA - BKN SALUD SAC.....	39
TABLA 4. NUMERADOR Y DENOMINADOR DE LA EVALUACIÓN TRIMESTRAL DEL INDICADOR DE REFERENCIA DE LA IPRESS CONSORCIO ASOCIACION RED INNOVA - BKN SALUD SAC.....	40
TABLA 5. PORCENTAJE ALCANZADO EN LA EVALUACIÓN TRIMESTRAL DEL INDICADOR DE REFERENCIA DE LA IPRESS CONSORCIO ASOCIACION RED INNOVA - BKN SALUD SAC.....	41

INDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1. DEMANDA DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD (IPRESS) DESTINO DE LA REFERENCIA DE LOS USUARIOS EXTERNOS DEMANDANTES DE REFERENCIA EMITIDAS POR LA IPRESS CONSORCIO ASOCIACION RED INNOVA - BKN SALUD SAC AGOSTO 2014 AGOSTO 2015.....	38
--	----



RESUMEN

OBJETIVO: Evaluar el cumplimiento de indicador de referencia generadas en las consultas médicas recuperativas y preventivas/recuperativas por trimestre en el marco de la tercerización de los servicios de salud de una IPRESS en la ciudad de Lima en el periodo comprendido entre agosto de 2014 y agosto de 2015.

METODOLOGÍA: Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo de corte longitudinal. Se recolectó los datos de 5832 usuarios con referencia emitidas en la consulta externa recuperativa y preventiva/recuperativa de la IPRESS Consorcio ASOCIACION RED INNOVA - BKN SALUD SAC.

RESULTADOS: La edad promedio de los usuarios fue 37.6 años, con predominio del sexo masculino (50.4%), el establecimiento de salud de destino más frecuente fue el Hospital III de Emergencias Grau (74.83%); la especialidad destino de la referencia es de Cirugía (44.55%). Con un valor porcentual menor del 5% en cada uno de los trimestres evaluados obteniendo el puntaje de 20 puntos.

CONCLUSIÓN: El cumplimiento del indicador de referencias generadas en las consultas médicas recuperativas y preventivas/recuperativas en los cuatro trimestres del periodo evaluado fue de 20 puntos, ya que alcanzaron el porcentaje requerido en los Términos de Referencia.

PALABRAS CLAVES: Tercerización, Indicadores Sanitarios, primer nivel de atención.

ABSTRACT

OBJECTIVE: Evaluate the performance indicator generated reference recuperative and preventive / recuperative medical consultations per quarter as part of the outsourcing of health services in a IPRESS in the city of Lima in the period between August 2014 and August 2015.

METHODS: observational, descriptive, retrospective study of longitudinal section. BKN HEALTH SAC - 5832 data users with reference issued in the recuperative and preventive / recuperative external consultation IPRESS Association Network Consortium INNOVA was collected.

RESULTS: The average age of users was 37.6 years, with predominance of males (50.4%), the health facility most frequent destination was the Emergency Hospital III Grau (74.83%); the destination of the reference specialty is surgery (44.55%). With a lower percentage value of 5% in each of the quarters evaluated obtaining the score of 20 points.

CONCLUSION: The performance of the reference indicator generated in the recuperative and preventive / recuperative in the four quarters of medical consultations evaluated period was 20 points as they reached the required percentage in the Terms of Reference.

KEYWORDS: outsourcing, health indicators, primary care.

INTRODUCCIÓN

La organización de los establecimientos de salud según su nivel de capacidad resolutive de acuerdo a la normatividad vigente se encuentran en estrecha relación a través del sistema de referencia y contrarreferencia, que constituye un medio de comunicación entre los establecimientos de menor nivel de capacidad resolutive a uno de mayor nivel o viceversa o entre los del mismo nivel en algunos casos por una marcada diferencia entre la oferta y la demanda.

El Seguro Social del Perú cuenta con 391 establecimientos a nivel nacional distribuidos por niveles de atención: 300 en el I Nivel, 78 y 13 en el II y III Nivel respectivamente, estos brindan prestaciones preventivas, recuperativas y de rehabilitación a 10 593,752 de asegurados acreditados a junio del presente año, de los cuales 4 del III nivel, 13 del II nivel y 43 del I nivel tienen una ubicación en el Departamento de Lima, de los cuales 5 032 252 (47,50%) se concentra en este departamento, sin tener en consideración la demanda que se recibe del interior del país mediante el sistema de Referencia y aquellas prestaciones que se brindan por Intercambio prestacional, terceros, entre otros. Ante este panorama y con la finalidad que incrementar la oferta ante la creciente demanda de servicios de salud, EsSalud brinda prestaciones de salud extrainstitucionales otorgadas a través de diferentes contratos establecidos con IPRESS y Hospitales construidos bajo la modalidad de Asociación Publica Privada entre los cuales cuenta con 12 establecimientos de salud del nivel I y 3 del II Nivel.

Estas IPRESS han suscrito contratos con EsSalud por un periodo determinado, con el objeto de brindar los servicios de salud de atención integral en el primer nivel de atención para la población asegurada, en el cual se establece un pago del 85% per cápita por asegurado acreditado y adscrito a su establecimiento y un 15% por el cumplimiento de indicadores sanitarios evaluados trimestralmente, entre ellos tenemos el indicador n° 9 que evalúa el porcentaje de referencias emitidas por la IPRESS.

El primer nivel de atención es uno de los pilares de prevención de las enfermedades crónicas degenerativas, si estos establecimientos cumplen con su función principal de prevenir las posibles complicaciones optimizando el uso de recursos humanos y financieros sin derivarlos a establecimientos de salud de mayor nivel de complejidad, evitando incrementar el gasto por una prestación para EsSalud, uno por el pago de la tercerización de prestaciones recuperativas y otro por la atención de estas mismas en un mayor nivel de atención, resultando mayor el costo de la atención de estas prestaciones de salud por el nivel de atención e incrementando la demanda en los establecimientos de mayor nivel.

En el presente trabajo de investigación se busca determinar el nivel de cumplimiento de indicador de referencia en el marco de la tercerización de servicios de salud generadas en las consultas médicas recuperativas y preventivas/recuperativas por trimestre en el marco de la tercerización de los servicios de salud de una IPRESS en la ciudad de Lima en el periodo comprendido entre agosto de 2014 y agosto de 2015.

La evaluación del cumplimiento de los indicadores de los servicios de salud tercerizados constituye uno de los mecanismos de control que tiene EsSalud frente a las prestaciones que ofrece las IPRESS, de acuerdo a lo establecido en los Términos de Referencia, con la finalidad de garantizar la atención completa del primer nivel de atención.



CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO

1.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

ANTECEDENTES INTERNACIONALES

En el año 2010, se realizó el estudio de casos y controles con el objetivo de conocer la frecuencia de los pacientes que se refirieron repetidamente a la atención secundaria del cual se obtuvo como resultado que un 1,1% con intervalo de confianza del 95% de los pacientes habían reiterado la referencias por síntomas sin explicación médica por enfermedad orgánica, se evidencia que se refiere con frecuencia a mayores y con mayor probabilidad de ser mujer, anciana y desempleados .En comparación con los controles con síntomas explicados médicamente, su estado de salud era comparable o peor, del cual se llegó a la conclusión que una menor proporción de pacientes de atención primaria se refieren repetidamente a las clínicas especializadas donde reciben múltiples diagnósticos de por síntomas sin explicación médica.⁽¹⁾

En el año 2014, se realizó un estudio observacional de Estado de Seguros y el traslado de pacientes hospitalizados cuyo objetivo fue examinar la relación de intercambio de pacientes de 35 hospitales italianos en la que se probó si las relaciones interorganizacional proporciona acceso a pacientes del cual después de los controles se encontró que el flujo de pacientes entre un

establecimiento de menor capacidad resolutive a uno de mayor la calidad de la atención se mantuvo constante. ⁽²⁾

Durante el año 2014 se realizó un estudio con el objetivo de analizar la relación entre la cobertura de seguro y el traslado interhospitalario, tuvo como resultado de los análisis no ajustados, los pacientes no asegurados fueron significativamente menos propensos a ser transferidos por 3 diagnósticos (P 0,05) en relación con los pacientes con seguro privado para cuatro diagnósticos: enfermedad del tracto biliar, dolor en el pecho, sepsis, y de la piel. Las mujeres fueron significativamente menos propensas a ser Transferido que los hombres por todos los diagnósticos. De lo que se concluyó que los pacientes sin seguro (y mujeres) fueron significativamente menos propensos a sufrir traslado interhospitalario. ⁽³⁾

En el estudio de 2014, tuvo como objetivo el estudio entre la asociación de la condición de pago con probabilidad de transferencia al departamento de emergencia con un alto porcentaje de transferencias, se obtuvo como resultado que los pacientes no asegurados tenían el doble de probabilidad de transferencia en comparación de aquellos que tiene un seguro privado (OR 2,12; 95% intervalo de confianza [IC] 1,72 a 2,62), los pacientes de medicaid eran más propensos de ser transferidos (OR 1,2; IC del 95%: 1,04 a 1,38), los pacientes sin ningún tipo de seguros tenían más posibilidades de transferencia. Por lo que se llegó a la conclusión que la condición del seguro desempeña un papel al determinar la condición de transferencia. ⁽⁴⁾

En el estudio realizado en el año 2004, se publicó un estudio cuya base de esta investigación es la comparación de los costos e inventario y niveles de servicio a través de dos redes de distribución de suministros de áreas no críticas, el objetivo de la investigación es desarrollar instrumentos normativos/metodologías a través del cual podemos examinar las decisiones no críticos de artículos de inventario dentro de cada tipo de red. Esto facilitaría la comparación del área no crítica relacionada costos totales de inventario a través de ambas redes bajo una variedad de escenarios y el uso de estos modelos y datos de un proveedor de atención médica, que se mostraron interesados en la estimación de los ahorros potenciales (si los hay) y el impacto relacionado en los niveles de servicio que resultarían por el cambio de la red de tres escalones a una red de dos escalón. Durante el desarrollo de la comparación del sistema de salud tradicional y su externalización del servicio realizando un análisis de los costes obteniendo como resultado un incremento de la rentabilidad mediante el ahorro de costos de inventario incremento de la calidad. ⁽⁵⁾

En el año 2010, su estudio tuvo como objetivo examinar cómo los diferentes tipos de comportamientos de búsqueda de información de salud se asocian con factores de riesgo para la salud y los indicadores de salud para determinar los posibles motivos de la información de salud que buscan del cual se obtuvo los siguientes resultados, casi la mitad (49,4%) de la muestra informó que las búsqueda de información y comportamientos de los cuales la mayoría (40,6%) participaron en busca de una combinación de la enfermedad

y la información de la salud, pero tanto la enfermedad de sólo (28,6%) y sólo el bienestar (30,8%) también fueron generalizadas. Buscadores de información-bienestar solamente informaron las evaluaciones de salud más positiva y la incidencia más baja de los factores de riesgo de salud. Un patrón opuesto emergió para los buscadores de información-enfermedad solamente, el estudio llegó a la conclusión que nuestros resultados revelan un patrón único de los vínculos entre el tipo de información de salud solicitada (salud, enfermedad, etc.) y la auto-evaluación de la salud entre los usuarios de Internet para adultos en el estado de Washington occidental. ⁽⁶⁾

En el año 2012, el estudio cuyo objetivo fue evaluar la disponibilidad de los indicadores europeos de Salud obteniendo como resultado que se tiene una disponibilidad media de 74% de los indicadores e salud, sin embargo aproximadamente la mitad de los indicadores faltan en la mayoría de países europeos luego del análisis de los datos obtenidos se llega a la conclusión que la información sanitaria es esencial para mejorar la salud de la comunidad europea, es urgente desarrollar métodos para la recopilación y difusión de los indicadores. ⁽⁷⁾

En el año 2013, en el cual llegó a la conclusión que el traslado de pacientes fue relativamente poco frecuente, lo cual se incrementa en potencialmente poblaciones de alto riesgo específicos. Aproximadamente la mitad de las transferencias se produjo por requerir un mayor nivel de atención, coordinación de la atención y el desarrollo de la atención de salud

regionalizado podría reducir la redundancia en las pruebas y mejorar la eficiencia. Al realizar la evaluación de las intervenciones, la realización de pruebas diagnósticas, incluidas las de imagen avanzada, fue frecuente previamente al traslado. ⁽⁸⁾

En el año 2012, un estudio longitudinal comprendido entre 2006-2010, cuyo objetivo es realizar un análisis del impacto de los indicadores de gestión en salud sobre las estrategias que implementa un Servicio de Salud Pública, mediante el análisis de gestión relevante, los indicadores luego del análisis de la situación de salud de Ñuble otorga atención a 380 312 personas de 106 establecimientos, se realizó la medida de indicadores asistenciales, de Gestión Financiera y de Recursos Humanos y posteriormente fue comparado con un nivel de referencia y plantear su posterior estrategia en Salud , el presente estudio tubo como población los Establecimientos de Salud Pública de Chile y como muestra los Establecimientos de Salud Pública de Ñuble que conformaban la Red Asistencial durante el periodo de 2006-2010, luego de analizar el cumplimiento de los indicadores se determinó *estrategias de Gestión Asistencial* entre las que podemos mencionar Call Center, gestión de horas médicas relacionado a feriados, capacitaciones e inasistencias, Gestión de Altas Médicas, Gestión de Optimización de pabellones quirúrgicos, Gestión médica de los jefes respecto al porcentaje de cesárea, *estrategias de Gestión Financiera* como las compras centralizada para los establecimientos, separación de recursos físicos y financieros y estrategias de Gestión de Recursos Humanos como Planes Anuales de capacitación del personal,

gestión permanente de los ítems gestionables sin descuidar la función asistencial. ⁽⁹⁾

ANTECEDENTES NACIONALES

En el año 2008, en el cual se establece un análisis de los procesos de derivación de pacientes ejecutado por el Sistema de Referencia y Contrarreferencia con la finalidad de garantizar la continuidad de la atención del paciente en el cuál se elabora una herramienta que solucione la problemática que presenta a fin que se proporcione un tratamiento eficiente, que permita reducir el tiempo de atención de los pacientes, reducción de tiempo en el registro y situación de las referencias y las citas, reducción del tiempo en el proceso de aceptación de las referencias, reducción de las citas perdidas por coordinaciones administrativas, reducción del diferimiento en la cita, identificación de los pacientes con mayor tiempo de espera en sus trámites de referencia, seguimiento de las referencias rechazadas y motivos principales; e informe de los costos de derivación de pacientes (pasajes y viáticos), entre otros. El beneficio de la herramienta a implementar es la reducción de los tiempos de registro y comunicaciones; sistema de información modular que soporte el proceso completo de derivaciones (referencia y contrarreferencia); seguridad, integridad y disponibilidad de la información de los pacientes derivados en forma local y departamental y central; y actualización tecnológica en las herramientas de gestión en los Centros Asistenciales y Gerencias de Redes Asistenciales. ⁽¹⁰⁾

1.2 BASES TEÓRICAS

La auditoría médica es un proceso interdisciplinario, que permite al Equipo Médico realizar la evaluación del acto médico, con los objetivos de: Mejorar la práctica médica, siendo esta un medio de educación continua, y Mejora de la calidad de la atención. ⁽¹¹⁾

La auditoría de las prestaciones de salud, consiste en la evaluación sistemática de características de la prestación otorgada en comparación con la deseada o esperada de acuerdo a lo establecido en criterios y normas ya establecidas con prelación, es un instrumento que favorece el perfeccionamiento continuo y permite resguardar aspectos técnicos administrativos, éticos y médico-legales. ⁽¹²⁾

ETAPAS DE UNA AUDITORÍA

Planee en esta etapa se diseña el plan de auditoria su plan de auditoría, en la que se determina la estrategia y los objetivos que se persiguen así como el recurso humano, de información, logístico requerido anticipadamente.

Ejecute, se recopila información necesaria, no solo realizar la evaluación de los indicadores se debe interpretar estos identificando los factores de riesgo más relevantes en el logro de los objetivos, los resultados deben ser plasmados en un documento donde se determinen las conclusiones.

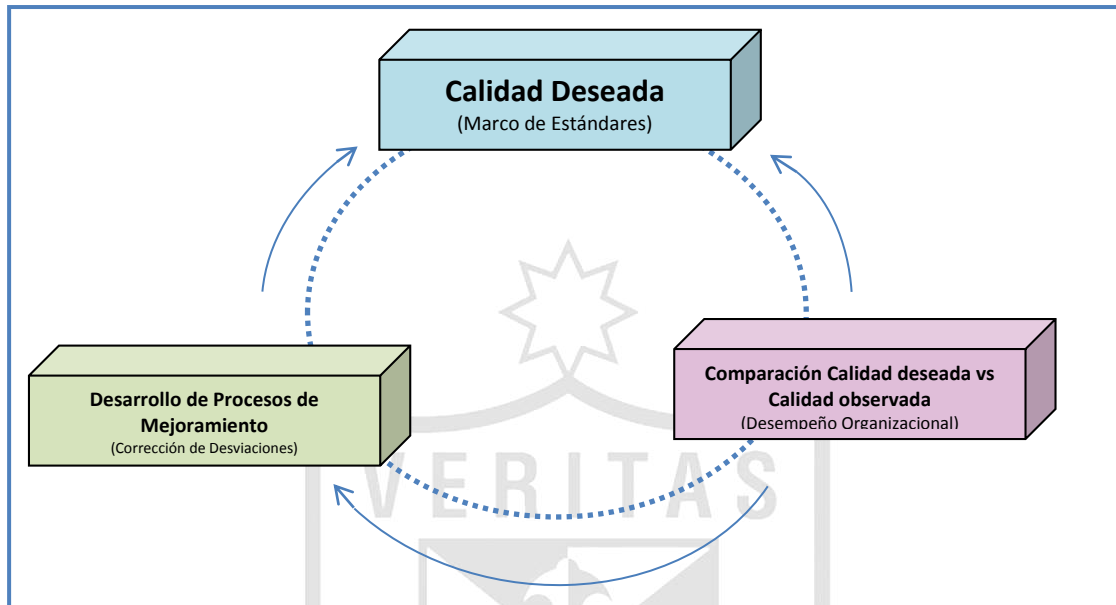
Recomiende Soluciones, que conduzcan al logro de los resultados esperados, que se socializará con las áreas intervinientes para la retroalimentación necesaria.

Seguimiento, de las mejoras y verificar su cumplimiento y estimar los efectos favorables.

El sistema de Garantía de Calidad considera a la auditoría es una estrategia para garantizar la garantía de la calidad, cabe mencionar que para que esta sea eficiente debe cumplir con una planeación sistemática basada en criterios explícitos establecidos previamente, cuya aplicación debe ser sistémica con un propósito y una periodicidad establecida previamente. ⁽¹³⁾

El planteamiento de la estrategia de mejoramiento planteada es la comparación entre la calidad deseada vs la observada que mediante la corrección de desviaciones origina el proceso de mejoramiento enmarcado a estándares establecidos previamente.

Figura n°1 Representación Gráfica de lo que la Auditoría para el mejoramiento de la calidad implica según el artículo 32 del Decreto 1011 de 2006.



Fuente: Pautas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud.

EL proceso de auditoría tiene como finalidad la mejora continua de los procesos. A continuación se explica el ciclo del Mejoramiento PHVA:

- **Planear (P):** está compuesta de dos etapas, la primera tiene por objeto identificar metas (qué). La segunda tiene que ver con la definición de los medios (cómo), es decir, las maneras de alcanzar las metas.

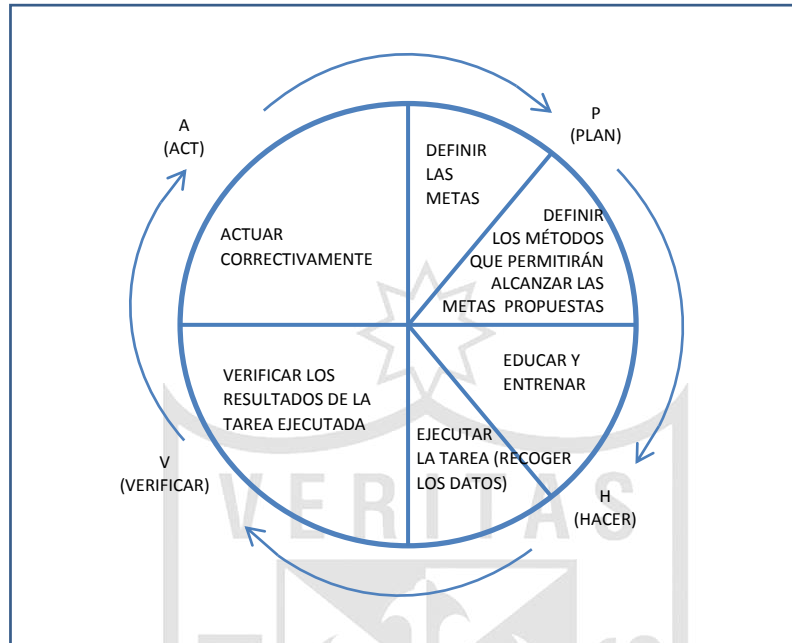
- **Hacer (H):** Esta es la fase de ejecución de los medios establecidos en la fase inicial; a su vez, tiene dos etapas: la primera se orienta a la formación de

las personas en las formas o “cómos” establecidos para cumplir la meta; la segunda se presenta formalmente como la ejecución de lo planeado, pero tiene que ver, adicionalmente, con la recolección de los datos.

• **Verificar (V):** Esta es la fase de verificación de los resultados. Aquí, sobre la base de la evaluación del comportamiento de los indicadores que se han construido o de la aplicación de los métodos de evaluación de la calidad, incluidos aquellos que forman parte de la auditoría para el mejoramiento de la calidad, se valida la ejecución de la etapa anterior gracias a los hechos y datos recogidos.

• **Actuar (A):** En esta cuarta fase es preciso actuar en relación con todo el proceso. Existen básicamente dos posibilidades; en el caso de que la meta haya sido conseguida, es necesario estandarizar la ejecución con el ánimo de mantener los resultados del proceso. La otra opción es que no se haya cumplido con la meta, en cuyo caso resulta necesario corregir y ajustar el proceso, para volver a girar el ciclo hasta que la meta sea alcanzada.

Figura n°2 Representación Gráfica del Ciclo de Mejora Continua



Fuente: Pautas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud.

Existen dos tipos de calidad:

Calidad Técnica: es la que se refiere al cumplimiento de los protocolos para la aplicación de la ciencia y tecnología médica juntos, para que rinda los máximos beneficios para mantener o mejorar la salud de los usuarios.

Calidad Sentida: es aquella que el usuario percibe por parte de la unidad de salud, es decir es la manera que el servicio ha sido brindado por parte del personal de salud y que ha sido recibido por parte del usuario. ⁽¹⁴⁾

Los orígenes del “outsourcing” en los Estados Unidos a comienzos de la década de 1940, al inicio de la Segunda Guerra Mundial, es una palabra de origen anglosajón compuesta por "OUT", que significa "fuera" y "SOURCE", que significa "fuente", por lo tanto outsourcing quiere decir "de fuente externa".

Es la relación contratación de nuevos proveedores y nuevas formas de asegurar la entrega de materias primas, artículos, componentes y servicios cuyo objetivo es la subcontratación de proveedores para el abastecimiento de un producto o servicio determinado, permite la creación de alianzas estratégicas para obtener mayores ventajas, a través del cual una organización decide entregar a un tercero externo la responsabilidad de cumplir con una etapa, proceso o tarea que compone la cadena de valor. ⁽¹⁵⁾

La externalización de servicios de salud en la atención primaria es considerada como un método eficaz que incrementa el rendimiento de los sistemas de salud que son financiadas por el sector público. ⁽¹⁶⁾ Algunos consideran a la contratación de servicios de salud como el camino a la privatización, considérese este como la “Transferencia de la propiedad del sector público al privado, es considerado como un acuerdo institucional que sólo una contractual. ⁽¹⁷⁾

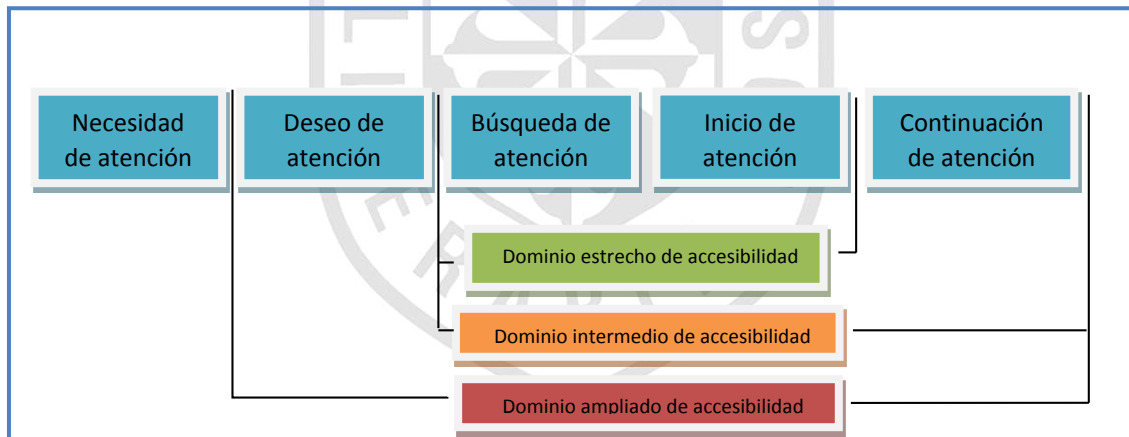
Sin embargo la descentralización de los establecimientos de salud de primer nivel de atención su experiencia determina que al municipalizar los servicios

de salud genera inequidad al acceso de los servicios de salud directamente relacionado con los recursos financieros. ⁽¹⁸⁾

El concepto epidemiológico de la atención de la salud incluye la demanda la cual tiende a ser espontanea en la mayoría de los casos, la demanda potencial de la morbilidad que se percibe y la vulnerabilidad de los factores de riesgos de la población aparentemente sana.

El proceso de atención de salud posee las siguientes fases:

Figura n° 3 Proceso de Atención de la Salud con sus dominios



Fuente: Optimización del Proceso de Referencia – Contrarreferencia entre niveles de atención de la Salud.

Al tener un enfoque sistematizado de los servicios de salud se reconocen tres componentes: estructura, proceso y resultados. ⁽¹⁹⁾

La referencia es “un proceso administrativo-asistencial mediante el cual el personal de un establecimiento de salud, transfiere la responsabilidad de la atención de las necesidades de salud de un usuario a otro establecimiento de salud de mayor capacidad resolutive y cuando un agente comunitario o las organizaciones sociales, identifican signos de peligro o alarma o factores de riesgo en usuarios y sus necesidades de traslado, desde su comunidad hacia un establecimiento de salud del primer nivel de atención para que sean atendidos”.⁽²⁰⁾

En los procesos de Referencia y Contrarreferencia debe uniformar los criterios sobre el tipo de información a intercambia entre todos los niveles de atención mediante las coordinaciones telefónicas o los formatos aprobados por la normatividad vigente. Sin embargo el uso de estos formularios estandarizados no representara nada extraordinario, si no existen cambios conceptuales y de actitud del recurso humano.⁽²¹⁾

Del proceso de Referencia se obtiene tres condiciones:

Referencia adecuada: es cuyo hoja ha sido llenado de manera adecuada (pertinente, legible y datos completos), se ajusta a los criterios de referencia de los y se realiza coordinando con el establecimiento receptor.

Referencia con carácter de urgencia: cuando el usuario requiere atención inmediata en un establecimiento de mayor capacidad resolutive.

Referencia no urgente: cuando el usuario no requiere de una atención inmediata (casos de consulta externa). ⁽²²⁾

La Teoría General de Sistemas (TGS) establece que estos pueden ser abiertos y cerrado; los primeros mantienen relación con el medio y los segundos no mantienen esta relación realizan muy poco intercambio, por lo antes mencionado el sistema de Referencia y Controrreferencia según la TGS como un sistema abierto ya que existe un dinámico intercambio entre sus componentes. ⁽²³⁾

Elementos del Sistema de Referencia y Contrarreferencia del Distrito de Salud 17D01 ⁽²³⁾

CONCEPTOS	<ul style="list-style-type: none">✓ Modelo de Atención Integral en Salud.<ul style="list-style-type: none">➤ Red de servicios de salud➤ Niveles de atención.➤ Puerta de entrada✓ Norma de Referencia y Contrareferencia de pacientes.<ul style="list-style-type: none">➤ Sistema de información.✓ Capacidad resolutive.✓ Continuidad de la atención.
------------------	---

<p>OBJETOS</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Ministerio de Salud Pública, Planta Central, Coordinación Zonal. ✓ Unidades Operativas de la Dirección Distrital de Salud 17D01. ✓ Unidades operativas que refieren al Hospital de Nanegalito. ✓ Unidades operativas a las que el Hospital de Nanegalito refiere. ✓ Formularios de Referencia y Contrareferencia y de registro
<p>SUJETOS</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Profesionales de atención directa. ✓ Personal Administrativo. ✓ Tomadores de decisiones. ✓ Población que acude a los servicios.

Fuente: Comparación de la funcionalidad del Sistema de Referencia y Contrarreferencia antes y después de instaurar al primer nivel de atención como puerta de entrada obligatoria al Sistema de Salud, en el Distrito de Salud 17d01 – Nanegalito, período 2011-2013.

Para emplear adecuadamente los recursos del sistema de salud es importante que asistan los pacientes en el nivel correspondiente de acuerdo a su complejidad, sin embargo es frecuente que los centros de tercer nivel, con

recursos humanos y técnicos muy especializados, asistan problemas de salud de naturaleza no compleja.

El sistema de referencia-contrarreferencia articula los tres niveles de atención y le ofrece al usuario recursos y tecnología adecuada al problema, aplicando criterios de oportunidad, eficiencia y eficacia. ⁽²⁴⁾

Se define como indicador a los instrumentos de evaluación que pueden determinar, directa o indirectamente, modificaciones. Así, brindan una idea del estado que guarda una condición de salud, por ejemplo, la ocurrencia de una enfermedad u otro evento relacionado con la salud o de un factor asociado con la misma. De esta manera este instrumento permite cuantificar las relaciones entre dos o más variables, de un mismo o diferente fenómeno. Muestra tendencias y desviaciones de una actividad sujeta a influencias internas y externas con respecto a una unidad de medida convencional, permitiendo el control y seguimiento del grado de avance del cumplimiento de las metas programadas. Adquieren importancia cuando se les compara con otros de la misma naturaleza, correspondiente a periodos anteriores y con indicadores preestablecidos que se consideren adecuados. ⁽²⁵⁾

Al determinar los indicadores de salud estos deberá cumplir con cuatro características: Validez, confiabilidad, comprensibilidad y sencillez, sustentado en sistemas de información confiables.

Los métodos para evaluar la calidad de los servicios de salud a través de diferentes tipos de indicadores:

Indicadores de Estructura: miden la calidad mediante las características y los recursos que emplean para otorgar el servicio.

Indicadores de Proceso: directa o indirectamente mide la calidad durante la atención del paciente.

Indicadores de Resultado: mide si se ha logrado el objetivo que se esperaba alcanzar durante la atención, los cuales se subdividen en dos:

Indicadores Centinela: se representan por un suceso indeseable del resultado de la atención con una baja probabilidad que se produzca.

Indicadores basados en proporciones o de datos agrupados miden a los sucesos que ocurren con cierta frecuencia.

Indicadores Trazadores: incluye sucesos no tan graves para su análisis individual.

Indicadores basados en la opinión de los pacientes: se encuentra relacionado a las expectativas de la población sobre los sistemas de salud. A

los que le han aplicado el Cuestionario de Satisfacción del Cliente, el Inventario Breve de Síntomas y la Encuesta Corta de Salud MOS 36.

Según su interpretación:

Indicadores Positivos: se basa en un suceso deseable.

Indicadores Negativos: se basa en un suceso considerado no deseable. ⁽²⁶⁾

Sólo son necesarios cuatro indicadores para medir el rendimiento de un proceso:

Calidad:

1. Satisfacción de las necesidades del usuario
2. Adecuación para el uso
3. Integridad de los procesos, variaciones mínimas
4. Eliminación de desperdicio
5. Mejora continua

Tiempo total del proceso:

1. Tiempo para llegar al servicio
 - a. Concepto prestación del servicio
 - b. Recepción del pedido hasta la entrega
2. Respuestas a la fuerza de las expectativas del usuario.

3. Tiempo de servicio
 - a. Diseño
 - b. Ingeniería
 - c. Conversión
 - d. Entrega
4. Materiales
5. Inventarios

Costo:

1. Diseño e ingeniería
2. Conversión
3. Aseguramiento de la calidad
4. Gestión del usuario
5. Administración
6. Inventarios
7. Materiales, insumos.

Servicio:

1. Apoyo al usuario
2. Servicio a los usuarios
3. Flexibilidad para satisfacer los cambios de las expectativas del usuario. ⁽²⁷⁾

Selección de indicadores:

Los criterios de selección de los indicadores se debe tener en consideración lo siguiente:

- a) **Selección de Indicadores significativos:** pueden estar orientados a los aspectos de interés de la gestión del establecimiento fácil y directo de medir.
- b) **Incluir indicadores cuantitativos y cualitativos:** si bien es cierto los cuantitativos son representativos, los cualitativos resultan de mucha importancia para alcanzar las metas del establecimiento.
- c) **Concertar indicadores:** con la finalidad que al interpretar cada uno de los indicadores de manera uniforme.
- d) **Establecer metas de desempeño:** son los estándares numéricos establecidos como meta.
- e) **Criterios para los indicadores:** hay diversos criterios, los indicadores deben ser Directos, útiles, prácticos, adecuados y culturalmente apropiados. ⁽²⁸⁾

La tercerización es una forma de organización empresarial por la empresa principal encarga o delega el desarrollo de una o más partes de su actividad principal a una o más empresas tercerizadoras, que le proveen de obras o servicios vinculados o integrados a la misma, esta tiene elementos propios

como la autonomía empresarial, el tipo de actividad delegada y la dimensión de las empresas principal y tercerizadora. ⁽²⁹⁾

La externalización o contratación externa es una perspectiva estratégica que tiene como premisa la estrategia de hacer más competitiva las organizaciones⁽³⁰⁾ y un reto que busca reorientar las actitudes de manera que confluyan las necesidades de dos empresas con la finalidad de reunirse por el cumplimiento de los objetivos estratégicos ⁽³¹⁾, es una actividad compleja con muchas variantes y limitaciones por lo que el análisis de los beneficios y los riesgos es un desafío entre el cliente y el proveedor del servicio⁽³²⁾.

Ante la necesidad de recursos limitados y el cambio constante en la regulación del sector salud la externalización es una opción viable⁽³³⁾.

La externalización ofrece ventajas como potencialización del personal, ahorro de costos, reducción de tiempos⁽³⁴⁾, mayor conocimiento, acceso a ideas innovadoras, aumento de la calidad y soluciones creativas sin embargo presenta riesgos como pérdida de control y flexibilidad. ⁽³⁵⁾

La externalización de los servicios deben establecer un continuo y exhaustivo proceso de evaluación orientada al precio, disponibilidad y estabilidad de los que otorgan el servicio y las implicancias del proveedor, la externalización frente a la privatización completa permite identificar las oportunidades y

herramientas para identificar las fortalezas y gestionar de manera optima la mejora de la prestación de los servicios optimizando los recursos. ⁽³⁶⁾

Se establece como privatización el sector público transfiere responsabilidades o funciones a una empresa privada, algunos lo consideran como el punto para la descentralización, sino por otros como siendo un proceso claramente diferente. Estrechas definiciones de la privatización se han centrado en la venta o transferencia de activos por parte del público a lo privado. ⁽³⁷⁾

La tercerización de los servicios tiene el objetivo establecido de reducir recursos financieros e incrementar la eficiencia el resultado final fue la disminución del personal, incremento de contratación de estos a medio tiempo y por ende un cambio cultural, el personal clínico como no clínico en esta situación tiene una relación muy estrecha complica los procedimientos de control. ⁽³⁸⁾

Los terminos de referencia es un documento tecnico en el que se detalla la descripción elaborada por la entidad de las características técnicas y de las condiciones en que se ejecutará la prestación de servicios y de consultoría cuyos lineamiento es regulado por e Organismo Supervisor de las Contrataciones del Estado (OSCE).⁽³⁹⁾

Los Terminos de Referencia del Proceso Especial de Contratación N° 4 – 2013-EsSalud/GCL establece que la forma de pago se realizará en forma mensual, que equivale al 85% del monto capitado para el periodo y se paga previo a la conformidad de servicio determinado por el producto de los asegurados acreditados y adscritos del mes por el valor del per capita, y el pago trimestral equivalente la 15% de cada mes retenido hasta el cierre del trimestre, la que se liquidará de manera acumulada trimestral previo al cumplimiento de los indicadores sanitarios. ⁽⁴⁰⁾

El procedimiento especial de contratación n° 4 – 2013 – ESSALUD/GCL establece las obligaciones de ambas partes, así como la vigencia del contrato en un plazo de dos años que cuando termine es posible renovarse mediante la suscripción de su respectiva adenda. ⁽⁴¹⁾

Con la finalidad de evaluar cada uno de los indicadores sanitarios los primeros ocho indicadores fueron evaluados validando cada una de las prestaciones remitidas por la IPRESS cuyo total era considerado como numerador, el denominador era extraído de la pagina web de la Sub Gerencia de Control de Información de Seguros. ⁽⁴²⁾

El Primer Nivel de Atención es ambulatorio y resuelve el 85% de problemas y necesidades de salud de baja complejidad, es la puerta de entrada al Sistema de Salud garantiza una referencia y derivación adecuada, asegura la continuidad y complementariedad de la atención. ⁽⁴³⁾

En EsSalud los establecimiento del primer de atención cuenta con población asignada, brinda atención integral intramural y extramural, desarrolla actividades de promoción de la salud, prevención de los riesgos y daños; recuperativa y de rehabilitación en el contexto de persona, familia y comunidad; no cuenta con internamiento ⁽⁴⁴⁾

En la evaluación del Indicador N° 9 Porcentaje de Referencias de Pacientes de la Consulta Externa de la IPRESS a un Centro de Mayor Capacidad de Resolución el numerador constituye todas las referencias emitidas durante el trimestre de evaluación teniendo en consideración los criterios de exclusión y el denominador de las consultas recuperativas y recuperativas/preventivas se extrae de la página web de Explotación de Datos del Sistema de Gestión de Servicios de Salud – SGSS del trimestre evaluado. ⁽⁴⁵⁾

1.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

- a) Referencia:** Es un procedimiento asistencial mediante el cual se traslada la responsabilidad del manejo médico y/o de ayuda al diagnóstico del asegurado de una IPRESS a un Centro Asistencial de mayor nivel por tener mayor capacidad resolutive en prestaciones asistenciales.

- b) Centro asistencial de Destino:** Es aquel Centro Asistencial que recibe al paciente referido y que cuenta con la capacidad resolutive suficiente para otorgar las prestaciones asistenciales motivo de la referencia.
- c) Centro asistencial de Origen:** Es aquel Centro Asistencial que refiere al paciente para el otorgamiento de las prestaciones asistenciales que superan su capacidad resolutive.
- d) Asegurado:** Afiliados regulares o sus derechohabiente, que cumplan con las exigencias establecidas en las normas vigentes para poder acceder a las prestaciones que EsSalud otorga.
- e) Derechohabiente:** Beneficiario directo y legal del asegurado Titular en su calidad de cónyuge, concubino o hijos menores de edad o mayores incapacitados en forma total y permanente para el trabajo, de acuerdo a las condiciones que establecen la Ley N° 26790, Ley de Modernización de la Seguridad Social y su reglamento.
- f) Acreditación:** atributo del registro de la persona natural con el cual habilita el derecho de cobertura del plan de seguro afiliado. Es el procedimiento de verificación de los requisitos que debe cumplir el afiliado para tener derecho de cobertura.

g) Atención Primaria de la Salud: es un concepto fundamental en salud, a raíz de Alma-Ata (1978) en que se adoptó mundialmente el objetivo “Salud para todos”. Es la estrategia principal del sector salud para que los países alcancen los objetivos de desarrollo: reducir la pobreza, eliminar la desnutrición aguda y crónica y reducir la mortalidad infantil y materna, entre otros problemas cuya magnitud los catalogan como problemas de salud pública. Se brinda mediante el acceso universal a los servicios básicos integrales de salud, organizados por distintos niveles de atención y cuyo componente fundamental es la participación de la comunidad.

h) Consulta externa: Es el área funcional dedicada a satisfacer la demanda de servicios de salud de los usuarios, mediante un conjunto de actividades desarrolladas para diagnosticar y tratar procesos mórbidos que por su naturaleza y grado de compromiso pueden ser manejados ambulatoriamente. Actividad médica dirigida hacia la detección, evaluación y manejo de riesgos y daños dentro de un enfoque integral de atención que busca mejorar la salud individual, brindada ambulatoriamente.

i) Población Adscrita: Población asignada a un centro asistencial correspondiente a una Red Asistencial en el país. Este atributo corresponde tanto a la población asegurada activa, como a la población acreditada.

- j) Población Asegurada:** Es el número de personas que cumplen con los requisitos de aseguramiento y cuentan con la acreditación vigente para recibir las prestaciones que brinda el Seguro Social de Salud.
- k) Población Asegurada Acreditada:** Población asegurada que cumple con los criterios de acreditación establecidos normativamente para acceder a los servicios y prestaciones que otorga EsSalud. Cabe precisar que la población asegurada acreditada está incluida dentro de la población asegurada activa.
- l) Población Asegurada Acreditada Adscrita:** Es la población asegurada asignada a un centro asistencial de acuerdo a lugar de residencia y cuenta con vigencia de atención. Los hospitales sin población adscrita programan considerando el 100% de las referencias.
- m) Población Asegurada Activa:** Población asegurada que tiene como derecho de cobertura al menos los servicios de emergencia. Incluye asimismo, a trabajadores eventuales y beneficiarios del derecho de cobertura por desempleo (latencia).
- n) Prestaciones preventivas:** Son un conjunto de procedimientos que se brinda a los asegurados, con la finalidad de evitar que las personas y las poblaciones se enfermen de patologías prevenibles. Estas

prestaciones se ofertan principalmente a través del paquete esencial de salud de acuerdo al grupo etario.

o) Prestaciones recuperativas: Son un conjunto de procedimientos que se brindan a los asegurados que presentan algún trastorno o daño a su salud y que pueden ser resueltas o referidas desde la atención ambulatoria del primer nivel de atención a través de la red de servicios de EsSalud, con la finalidad que el asegurado recupere su salud.

p) Sistema de Referencia y Contrarreferencia: Es el conjunto de procesos que articulan el otorgamiento de prestaciones de salud entre Centros Asistenciales de los Órganos Desconcentrados de EsSalud y entidades extrainstitucionales de salud con la finalidad de garantizar la continuidad de la atención considerando la capacidad resolutive y la organización funcional de los Servicios.

q) Términos de Referencia: Descripción elaborada por la Entidad de las características técnicas y de las condiciones en que se ejecutará la prestación de servicios y de consultoría.

CAPÍTULO II: METODOLOGÍA

2.1 TIPO DE ESTUDIO

Estudio observacional descriptivo, retrospectivo de corte longitudinal.

2.2 DISEÑO

Diseño no experimental

2.3 POBLACIÓN Y MUESTRA

POBLACIÓN:

La población incluyó todos los pacientes acreditados y adscritos a la IPRESS Consorcio ASOCIACION RED INNOVA - BKN SALUD SAC., los cuales han sido referidos producto de una atención de salud médica y/o no médica de acuerdo a los Términos de Referencia.

TAMAÑO DE LA MUESTRA

El presente estudio trabajó con toda las referencias originadas que reúnan los criterios de inclusión y exclusión.

SELECCIÓN DE LA MUESTRA

1. **Criterios de inclusión:** Referencias generadas en las consultas externas médicas recuperativas y recuperativa/preventiva de asegurados adscritos y acreditados a la IPRESS.

2. **Criterios de exclusión:** Las referencias cuyo paciente sea gestante sin patologías con Diagnóstico con CIE-10 Z-34 y Z-35 con más de 30 semanas de gestación, con diagnóstico quirúrgico demostrado (con imágenes, exámenes de laboratorio y/o evidencia clínica irrefutable) y pacientes con diagnóstico de cáncer, cuyo motivo sea por medicamentos.

2.4 **MÉTODOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS E INSTRUMENTOS**

La presente investigación usó la base de datos del sistema de Referencia y Contrarreferencia de EsSalud, Explotación de datos del Sistema de Gestión de Servicios de Salud (SGSS), de las referencias generadas en las consultas médicas recuperativas y preventivas/recuperativas en IPRESS Consorcio ASOCIACION RED INNOVA - BKN SALUD S.A.C. de agosto de 2014 a agosto de 2015.

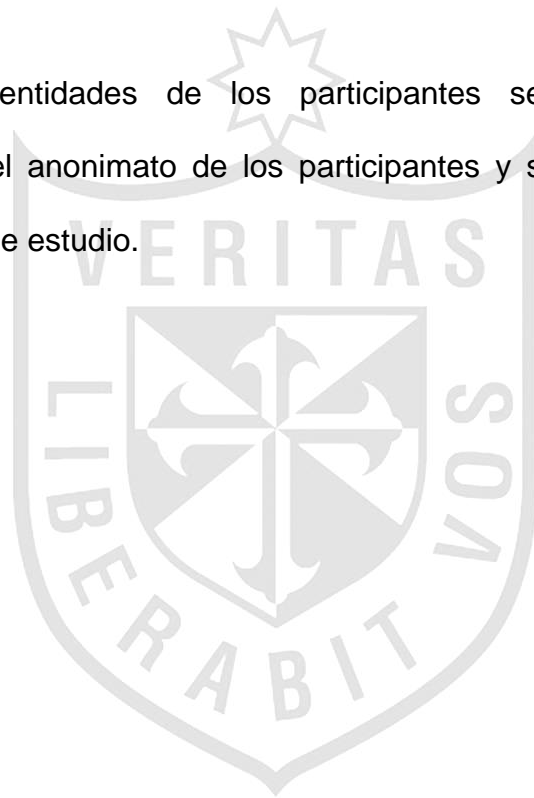
2.5 **PROCESAMIENTO DE DATOS**

Los datos de la presente investigación fueron procesados con el programa SPSS versión 22 y Excel 2013, en un computador Intel Core i6. Se realizó el control de calidad de la información, para el análisis se usó la estadística descriptiva de los resultados. Se presentará la información en tablas, cuadros y gráficos.

2.6 ASPECTOS ÉTICOS

La presente investigación por su tipo y diseño no presenta problemas éticos, por lo que no requerirá de la obtención del consentimiento informado ya que no se realizará ningún procedimiento invasivo ni tampoco se administrara medicamento alguno como parte del estudio, por lo que tampoco será necesario la evaluación del comité de ética.

Todas las identidades de los participantes serán codificadas para salvaguardar el anonimato de los participantes y serán de uso exclusivo para el presente estudio.



CAPÍTULO III: RESULTADOS

El presente estudio tuvo una muestra inicial de 5832 usuarios externos, que requirieron la emisión de una referencia a un establecimiento de salud de mayor nivel de complejidad, donde cumplieron con los criterios de inclusión y ninguno de exclusión.

TABLA 1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS EN LOS USUARIOS EXTERNOS DEMANDANTES DE REFERENCIA EMITIDAS POR LA IPRESS CONSORCIO ASOCIACION RED INNOVA - BKN SALUD SAC

Grupo Etario	N	%
Menor de 1 año	50	0.86
De 1 a menor de 2 años	54	0.92
De 2 a menor de 5 años	220	3.78
De 5 años a menor de 10 años	452	7.75
De 10 años a menor de 18 años	705	12.09
De 18 años a menos de 40 años	1567	26.86
De 40 años a menos de 60 años	1828	31.34
De 60 años a más años	956	16.40
Sexo		
Masculino	2940	50.4
Femenino	2892	49.6

Fuente: Reporte del Sistema de Referencia y Contrarreferencia del Seguro Social del Perú.

La edad promedio de los usuarios fue 37.6 años, con rangos de 0 y 105 años; asimismo la mayoría de usuarios tenían una edad d 40 años a manos de 60 años (31,34%). Además, el sexo masculino fue el predominante (50,4%)

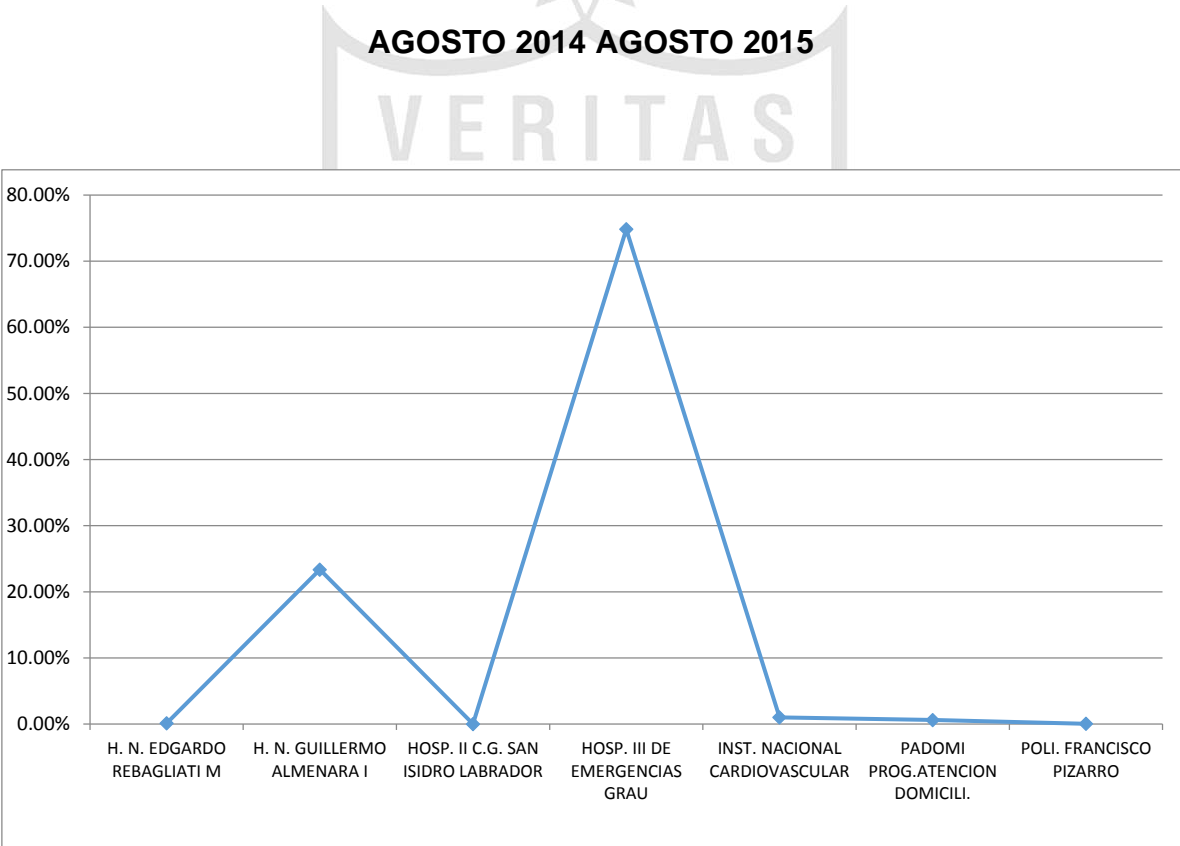
TABLA 2. DEMANDA DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD (IPRESS) DESTINO DE LA REFERENCIA DE LOS USUARIOS EXTERNOS DEMANDANTES DE REFERENCIA EMITIDAS POR LA IPRESS CONSORCIO ASOCIACION RED INNOVA - BKN SALUD SAC
AGOSTO 2014 AGOSTO 2015

IPRESS	N	%
H. N. EDGARDO REBAGLIATI M	7	0.12%
H. N. GUILLERMO ALMENARA I	1362	23.35%
HOSP. II C.G. SAN ISIDRO LABRADOR	1	0.02%
HOSP. III DE EMERGENCIAS GRAU	4364	74.83%
INST. NACIONAL CARDIOVASCULAR	59	1.01%
PADOMI PROG. ATENCION DOMICILI.	36	0.62%
POLI. FRANCISCO PIZARRO	3	0.05%

Fuente: Reporte del Sistema de Referencia y Contrarreferencia del Seguro Social del Perú

De acuerdo al reporte de Referencia y Contrarreferencia durante el periodo en estudio se tiene que un 74.83% son enviadas al Hospital III de Emergencias Grau, seguido por el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen.

GRÁFICO 1. DEMANDA DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD (IPRESS) DESTINO DE LA REFERENCIA DE LOS USUARIOS EXTERNOS DEMANDANTES DE REFERENCIA EMITIDAS POR LA IPRESS CONSORCIO ASOCIACION RED INNOVA - BKN SALUD SAC



Fuente: Reporte del Sistema de Referencia y Contrarreferencia del Seguro Social del Perú

TABLA 3. DEMANDA DE LAS ESPECIALIDADES DE REFERENCIA DE LOS USUARIOS EXTERNOS DEMANDANTES DE REFERENCIA EMITIDAS POR LA IPRESS CONSORCIO ASOCIACION RED INNOVA - BKN SALUD SAC

Especialidades	N	%
MEDICINA	2147	36.81
APOYO AL DIAGNÓSTICO	112	1.92
PEDIATRIA	148	2.54
CIRUGIA	2598	44.55
EMERGENCIAS / URGENCIAS	34	0.58
GINECOLOGIA	793	13.60

Fuente: Reporte del Sistema de Referencia y Contrarreferencia del Seguro Social del Perú

La mayor demanda de las especialidades se encuentra en el área de cirugía con un 44.55% seguida del área de Medicina con un 36.81%.

**TABLA 4. NUMERADOR Y DENOMINADOR DE LA EVALUACIÓN
TRIMESTRAL DEL INDICADOR DE REFERENCIA DE LA IPRESS CONSORCIO
ASOCIACION RED INNOVA - BKN SALUD SAC**

Trimestre	Numerador	Denominador
1	992	23700
2	823	18975
3	835	17072
4	803	16212

Fuente: Reporte del Sistema de Referencia y Contrarreferencia del Seguro Social del Perú

En la tabla 4 muestra el numerador y denominador que resulta después de la evaluación del indicador de referencia diferenciado por trimestre, el primer trimestre tiene el mayor numerador como denominador.

**TABLA 5. PORCENTAJE ALCANZADO EN LA EVALUACIÓN TRIMESTRAL
DEL INDICADOR DE REFERENCIA DE LA IPRESS CONSORCIO
ASOCIACION RED INNOVA - BKN SALUD SAC**

Trimestre	Porcentaje	Puntaje
1	4.19%	20 puntos
2	4.34%	20 puntos
3	4.89%	20 puntos
4	4.95%	20 puntos

Fuente: Reporte del Sistema de Referencia y Contrarreferencia del Seguro Social del Perú

Al determinar el valor porcentual de la evaluación del indicador de referencia la mayor razón porcentual se encuentra en el cuarto trimestre con 4.95% y el menor es en el primer trimestre con 4.19%.

CAPÍTULO IV: DISCUSIÓN

El Sistema de Salud actualmente fragmentado en nuestro País, donde los servicios de salud que son financiados por el Sector Público trae consigo las consecuencias propias de la burocracia en el tiempo y procedimientos al solucionar los problemas que se presentan al brindar la prestación a los asegurados, este panorama tiene como consecuencia el desbalance entre la oferta y la demanda y con ello la insatisfacción del usuario externo, con la finalidad de disminuir las brechas entre la oferta y la demanda el Seguro social del Perú ha establecidos mecanismos de tercerización de la atención primaria, cirugías programadas, servicios especializados entre otros.

La externalización de servicios, es considerada para muchos como un proceso de privatización de los servicios de Salud, lo que genera malestar por parte de los usuarios internos como externos, generado por una inadecuada estrategia comunicación entre las partes al no dar a conocer las bondades de la tercerización, uno de los beneficios es optimizar los recursos que cuenta el sector público y alcance esté el dinamismo de los procesos del sector privado en la resolución de problemas.

Sin embargo la tercerización puede generar en el sector privado la tendencia de realizar el mínimo esfuerzo necesario en la consecución de lo establecido en los Términos de Referencia, para lo cual se requiere un monitoreo continuo de las

actividades de los servicios tercerizados, por este motivo se establecen sistemas de supervisión, monitoreo y control de las actividades realizadas.

En los términos de referencia se establece el cumplimiento de indicadores sanitarios con el que se trata de parametrizar la producción de los servicios prestados, la razón porcentual del indicador le otorga un puntaje y la adición de estos condiciona el pago del 15% del per cápita ajustado por trimestre.

En razón a ello es que el presente estudio se desarrolló con el objetivo de evaluar el cumplimiento de indicador de referencia generadas en las consultas médicas recuperativas y preventivas/recuperativas por trimestre en el marco de la tercerización de los servicios de salud de una IPRESS en la ciudad de Lima en el periodo comprendido entre agosto de 2014 y agosto de 2015, del mismo modo los resultados de la presente investigación serán de gran ayuda para otras instituciones similares de nuestro país.

En el presente estudio se encontró que la edad promedio fue 37.6 años, que oscilan entre 0 y 105 años, asimismo el sexo masculino fue el predominante con 50.4%, de los cuales la mayor demanda de la IPRESS destino de la Referencia fue Hospital III de Emergencias Grau con un 74.83%, seguido por el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigollen con un 23.35%, la especialidad con mayor demanda es la de Cirugía con 44.55%, secundado por la especialidad de Medicina con 36.81%.

Al realizar la evaluación del Indicador de Porcentaje de referencia de pacientes de la consulta externa de la IPRESS a un centro de mayor capacidad de resolución el establecimiento en estudio obtuvo 20 puntos en los cuatro trimestres evaluados obteniendo el menor nivel de cumplimiento en el cuarto trimestre con 4.95% y un mayor nivel de cumplimiento de 4.19% en el primer trimestre evaluado.

El cumplimiento del indicador de referencia por parte de la IPRESS no disminuye el riesgo de referir patologías que han podido ser manejadas en el establecimiento de origen, ya que esto está relacionado directamente con la cantidad de consultas recuperativas y recuperativas preventivas realizada por el establecimiento de Salud, teniendo como consecuencia de un incremento del gasto al Seguro Social ya que éste paga un per cápita por el asegurado a la IPRESS y la atención en los establecimientos propios.

En el marco de la prevención de enfermedades, para evaluar la eficiencia de los servicios prestados en el primer nivel de atención se debe tener en consideración largos periodos de tiempo en promedio 10 años, y no por contratos renovables cada dos años como actualmente se viene realizando.

CONCLUSIONES

La evolución del cumplimiento del indicador de referencias generadas en las consultas médicas recuperativas y preventivas/recuperativas por trimestre en el marco de la tercerización de los servicios de salud de una IPRESS en la ciudad de Lima durante el periodo comprendido entre agosto de 2014 y agosto de 2015.

- El nivel de cumplimiento del Indicador de Referencias es adecuado,
- El indicador de Referencia es de menor del 5 % obteniendo como puntaje de 20 puntos en cada uno de los trimestres evaluados en el periodo en estudio.
- El grupo etario que demanda referencias es el de 40 años a menos de 60 años con un 31.34% a predominio de sexo masculino.
- El Establecimiento de Salud destino de la Referencia tiene mayor frecuencia porcentual el Hospital III de Emergencia Grau con 74.83% y en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen con un 23.35%.
- Los principales servicios de destino de la referencia de los usuarios externos son la especialidad de Cirugía con un 44.55% y Medicina en un 36.81%.

RECOMENDACIONES

- Realizar investigaciones semejantes con el fin de mantener datos actuales; que sirvan de referente para evaluar el nivel de cumplimiento de los indicadores de evaluación en el marco de la tercerización
- Realizar estrategias que permitan mantener un control de los indicadores de los servicios tercerizados en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.
- Capacitar y evaluar periódicamente al personal administrativo como médico de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud en la consecución de objetivos y metas comunes para la solución de problemas de salud en el primer nivel de atención.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ie.on.worldcat.org. Lima: Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas; 2008; [citado 3 abr 2013].
<https://ie.on.worldcat.org/oclc/658159392?databaseList=1271&databaseList=1842&databaseList=2236&databaseList=2237&databaseList=2259&databaseList=2269&databaseList=2270&databaseList=2278&databaseList=2375&databaseList=2585&databaseList=2897&databaseList=3200&databaseList=638>
2. Kelly McGorm, Christopher Burton, David Weller, Gordon Murray y Michael Sharpe. Patients repeatedly referred to secondary care with symptoms unexplained by organic disease: prevalence, characteristics and referral pattern. Family Practice [Internet]. 2010 [citado 13 Nov 2015]; 27(5):479-486. Disponible en:
<http://fampra.oxfordjournals.org/content/27/5/479.full>
3. Alessandro Lomi, Daniele Mascia, Duy Quang Vu, Francesca Pallotti, Guido Conaldi, and Theodore J. Iwashyna, Quality of Care and Interhospital Collaboration: A Study of Patient Transfers in Italy; HHS Author manuscript [Internet]. 2014 [citado 13 Nov 2015]; 52(5):407-414. Disponible en:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4036796/>
4. Janel Hanmer, Xin Lu, Gary E. Rosenthal, and Peter Cram. Insurance status and the transfer of hospitalized patients: an observational study. Ann Intern

- Med [Internet]. 2014 [citado 13 Nov 2015]; 160(2):81-90. Disponible en:
<http://annals.org/article.aspx?articleid=1814423>
5. Dana R. Kindermann, Ryan L. Mutter, Lara Cartwright-Smith, Sara Rosenbaum, Jesse M. Pines. Admit or transfer? The role of insurance in high-transfer-rate medical conditions in the emergency department. *Ann Intern Med* [Internet]. 2014 [citado 13 Nov 2015]; 63(5):561-571. Disponible en:
[http://www.annemergmed.com/article/S0196-0644\(13\)01639-9/abstract](http://www.annemergmed.com/article/S0196-0644(13)01639-9/abstract)
6. Lawrence Nicholson, Asoo J. Vakharia, S. Selcuk Erenguc. *Outsourcing inventory management decisions in healthcare: Models and application*. Elsevier [Internet]. 2004 [citado 13 Nov 2015]; 154(2004):271-290. Disponible en:
http://warrington.ufl.edu/departments/isom/docs/vakharia/2004_EJOR_Nicholson.pdf
7. James B. Weaver, Darren Mays, Stephanie Sargent Weaver, Gary L. Hopkins, Dogan Eroglu, Jay M. Bernhardt. Health Information–Seeking Behaviors, Health Indicators, and Health Risks. [Internet]. 2010 [citado 15 Nov 2015]; 100(8):31-33. Disponible en:
<http://web.a.ebscohost.com.ezxy.ie.edu/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=4f682c9d-3ece-4410-88ac-739cbe662a85%40sessionmgr4001&vid=1&hid=4112>

8. Katri Kilpeläinen, Antti Tuomi – Nikula, Jürgen Thelen, Mika Gissler, Ari-Pekka Sihvonen, Pieter Kramers. Health indicators in Europe: availability and data needs. *European Journal of Public Health* [Internet]. 2012 [citado 15 Nov 2015]; 22(5):716-720. Disponible en:
<http://eurpub.oxfordjournals.org/content/eurpub/22/5/716.full.pdf>
9. Jacob Nacht, Marlow Macht, Adit A. Ginde. Interhospital Transfers from U.S. Emergency Departments: Implications for Resource Utilization, Patient Safety, and Regionalization. *Academic Emergency Medicine* [Internet]. 2013 [citado 15 Nov 2015]; 20(9):888-893. Disponible en:
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/acem.12209/epdf>
10. tesislatinoamericanas.info [Internet]. Perú: Repositorio Académico UPC; 2008 [actualizado 19 Mar 2013 citado 15 Nov 2015]. Disponible en:
<http://repositorioacademico.upc.edu.pe/upc/handle/10757/274126>
11. Virginia Garaycochea Cannon. Auditoría Médica. *Paediátrica* [Internet]. 2000 [citado 13 Nov 2015]; 3(1): 27-28. Disponible en:
http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/paediatica/v03_n1/pdf/auditoria_medica.pdf
12. Dr. Gustavo Rencoret S. Auditoria médica: Demandas y responsabilidad por negligencias médicas. *Gestión de calidad: riesgos y conflictos. Revista Chilena*

de Radiología [Internet]. 2003 [citado 13 Nov 2015]; 9(3): 157-160. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rchradiol/v9n3/art08.pdf>

13. minsalud.gov.co [Internet]. Colombia: Imprenta Nacional de Colombia; 2007 [actualizado 13 Nov 2015; citado 13 nov 2015]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/pautas-auditoria-mejoramiento-calidad-atencion-en-salud.pdf>

14. Fuertes Yandún Viviana Elizabeth, Tipaz Pilacúan Aida Verónica. [Internet]. 1 Ed. Tulcan: Universidad Politécnica Estatal del Carchi; 2014; [actualizado 9 Oct 2014; citado 24 oct 2015]. Disponible en: <http://181.198.77.140:8080/bitstream/123456789/294/1/50%20IMPACTO%20DEL%20SISTEMA%20DE%20REFERENCIA%20Y%20CONTRAREFERENCIA,%20EN%20RELACION%20CON%20LA%20CALIDAD%20DE%20ATENCIÓN%20PRESTADA%20A%20LOS%20USUARIOS%20QUE%20UTILIZARON%20ESTE%20SISTEMA%20Y%20QUE%20ACUDEN%20AL%20CENTRO%20DE%20SALUD%20N%20%201,%20DE%20LA%20CIUDAD%20DE%20TULC%20N.pdf>

15. Contreras, Francisco Ganga; Reinoso, Iván Toro. Externalización De Funciones: Algunas Reflexiones Teóricas. Estudios Gerenciales, [Internet]. 2008 [citado 13 Nov 2015]; 24(107): 107-135. Disponible en: <http://search.proquest.com.ezxy.ie.edu/docview/214396321/6987F1A6DD7446A1PQ/17?accountid=27285>

16. Palmer, Natasha. The use of private-sector contracts for primary health care: Theory, evidence and lessons for low-income and middle-income countries. Bulletin of the World Health Organization. [Internet]. 2000 [citado 13 Nov 2015]; 78(6): 221-229. Disponible en:
<http://search.proquest.com.ezxy.ie.edu/docview/229549141?OpenUrlRefId=info:xri/sid:wcdiscovery&accountid=27285>
17. Jean Perrot. Is contracting a form of privatization?. Bulletin of the World Health Organization. [Internet]. 2006 [citado 13 Nov 2015]; 84(11): 910-913. Disponible en:
<http://search.proquest.com.ezxy.ie.edu/docview/229570310?OpenUrlRefId=info:xri/sid:wcdiscovery&accountid=27285>
18. Gideon, Jasmine. c Public Administration & Development, [Internet]. 2001 [citado 13 Nov 2015]; 21(3): 223-231. Disponible en:
<http://web.a.ebscohost.com.ezxy.ie.edu/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=4bcf096c-30c6-4caa-a896-f1f8b238ca6b%40sessionmgr4002&vid=1&hid=4201>
19. Martín Silberman. Optimización del proceso de referencia – Contrarreferencia entre niveles de atención de la salud. [Internet]. 1.1. La Plata. Universidad Nacional de la Plata; 2006 [actualizado 27 Jul.2006; citado 23 Nov 2015]. Disponible en:
<http://www.postgradofcm.edu.ar/ProduccionCientifica/TesisMagisters/7.pdf>

20. Norma Técnica del Sistema de Referencia y Contrarreferencia de los Establecimientos de Salud, Ministerio de Salud. R. M. N° 0817-2004-DGSP/MINSA. 2004.
21. Sansó Soberats Félix José. La referencia y la contrarreferencia como expresión de la interrelación policlínico-hospital. Rev Cubana Med Gen Integr [revista en la Internet]. 2002 Jun [citado 2015 Nov 24]; 18(3): 236-238. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252002000300015&lng=es.
22. Velásquez Chambi Eliseo. Análisis del Sistema de Referencia y Retorno de la Red de Salud Bermejo Tarija. 1° Ed. Cochabamba. 2011 [Actualizado 27 Set .2011; citado 23 Nov 2015]. Disponible en:
<http://atlas.umss.edu.bo:8080/jspui/bitstream/123456789/111/1/SISTEMA%20DE%20REFERENCIA%20Y%20RETORNO%20DE%20LA%20RED%20DE%20SALUD%20BERMEJO%20TARIJA.pdf>
23. Jorge Peñaherrera Yáñez. Comparación de la Funcionalidad del Sistema de Referencia y Contrarreferencia antes y después de Instaurar al Primer Nivel de Atención como Puerta de Entrada Obligatoria al Sistema de Salud, en el Distrito de Salud 17D01 – Nanegalito, Período 2011-2013.1 ed. Quito. Pontificia Universidad Católica del Ecuador; 2014. [actualizado 01 dic. 2014; citado 24 oct 2014]. Disponible en:

<http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/8872/TESIS%20DE%20SALUD%20P%20C3%9ABLICA%20%20LISTA%20PARA%20EMPASTAR%2030012015.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

24. Pardo Laura, Zabala Cristina, Gutiérrez Stella, Pastorini Jorge, Ramírez Yelena, Otero Silvia. Sistema de referencia-contrarreferencia en pediatría Análisis de la situación en el Hospital Pediátrico del Centro Hospitalario Pereira Rossell. Rev. Méd. Urug. [Internet]. 2008 [citado 2015 Nov 23]; 24(2): 69-82. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-03902008000200002&lng=es.
25. Billie J. Hutson II, *Outsourcing: A study of the propensity to insource services in helathcare organizations*. Tesis doctoral. Capella University; 2010.
26. Rosa E. Jiménez Panequé. Indicadores de calidad y eficiencia de los servicios hospitalarios. Una mirada actual. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2004 [citado 18 Nov 2015]; 30(1): 17-36. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/spu/vol30_1_04/spu04104.pdf
27. Erika Ramírez Buelvas, Nirlis Viana Guzmán. Evaluación del Sistema de Referencia y Contra-Referencia en el Servicio de Urgencias de la Empresa Social del Estado Hospital Local Arjona. 1 Ed. Universidad de Cartagena; 2012. [actualizado Ene. 2012; citado 15 oct. 2015]. Disponible en:

<http://190.25.234.130:8080/jspui/bitstream/11227/401/1/Evaluacion%20sistema%20referencia%20y%20contrarreferencia%20ERIKA%20Y%20NIRLIS.pdf>

28. Cabrera Arredondo Henry. Documento Técnico: Procedimiento para el Monitoreo y Evaluación de las Intervenciones Sanitarias. [Internet]. 1° ed. Lima. DGE-MINSA Perú ; 2008 [actualizado Oct 2008; citado 25 nov 2015].

Disponible en:

http://www.dge.gob.pe/publicaciones/pub_asis/asis22.pdf

29. Elperuano.com. Lima: El Peruano. 2008 [actualizado 12 Set 2008; citado 20 nov 2015]. Disponible en:

http://busquedas.elperuano.com.pe/download/full/0CGchvGq4D_A8j6aRFRvUf

30. Garner, Rochelle. Strategic outsourcing: It's your move. Datamation [Internet]. 1998 [citado 13 Nov 2015]; 44(2): 32-41. Disponible en:

<http://search.proquest.com.ezxy.ie.edu/docview/220222605/fulltext/AC62794229544BA9PQ/1?accountid=27285>

31. Huerta Riveros Patricia C., Iván R. Paúl Espinoza y Carolina E. Leyton Pavez Impacto de indicadores de gestión en salud sobre estrategias de un servicio de salud público. Revista de Salud Pública [Internet]. 2012 [citado 13 Nov 2015]; 14(2): 248-259. Disponible en:

<http://search.proquest.com.ezxy.ie.edu/docview/1677641031/A56F0AA38AA84159PQ/1?accountid=27285>

32. Oficina General de Estadística e Informática Área de Investigación y Análisis del Ministerio de Salud. Indicadores de Gestión y Evaluación Hospitalaria para Hospitales, Institutos y DIRESA. Lima: s.n.; 2013.
<http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/2739.pdf> (último acceso 13 Nov 2015).
33. Abdulwahed Mo. Khalfan, Abdulridha Alshawaf. IS/IT outsourcing practices in the public health sector of Kuwait: a contingency approach. Logistics Information Management [Internet]. 2003 [citado 13 Nov 2015]; 16(3): 215-228. Disponible en:
<http://search.proquest.com.ezxy.ie.edu/docview/220032042/fulltextPDF/45C09A214E524117PQ/1?accountid=27285>
34. Sarah E Hazelwood, Anita C Hazelwood, Ellen D Cook. Possibilities and pitfalls of outsourcing. Healthcare Financial Management [Internet]. 2005 [citado 13 Nov 2015]; 59(10): 44-48. Disponible en:
<http://search.proquest.com.ezxy.ie.edu/docview/196377660/fulltextPDF/FEF9A246419E4E32PQ/1?accountid=27285>
35. Roberts, Velma. Managing strategic outsourcing in the healthcare industry. Journal of Healthcare Management [Internet]. 2001 [citado 13 Nov 2015]; 46(4): 239-249. Disponible en:
<http://search.proquest.com.ezxy.ie.edu/docview/206722802/fulltextPDF/BF6842DC3D6142CDPQ/1?accountid=27285>

36. Avery G. Outsourcing Public Health Laboratory Services: A Blueprint for Determining Whether to Privatize and How. *Public Administration Review* [Internet]. 2000, [citado 20 de Noviembre 2015]; 60(4): 330-337. Disponible en: <http://web.a.ebscohost.com.ezxy.ie.edu/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=8cc48900-00c3-43e9-864c-19e0155946f4%40sessionmgr4001&vid=2&hid=4212>
37. Richard B. Saltman eds, Vaida Bankauskaite eds, Karsten Vrangbæk eds. *Decentralization in Health Care: Strategies and Outcomes* New York: McGraw-Hill Education; 2007 s.l.: Open University Press McGraw-Hill Education, 2007. <https://ie.on.worldcat.org/search?databaseList=1271%2C1842%2C2236%2C237%2C2259%2C2269%2C2270%2C2278%2C2375%2C2585%2C2897%2C3200%2C638&queryString=22.%09+Richard+B.+Saltman%2C+Vaida+Bankauskaite%2C+Karsten+Vrangb%C3%A6k>. (Último acceso 15 noviembre 2015).
38. Suzanne Joven. (2008). Outsourcing in public health: a case study of contract failure and its aftermath. *Journal of Health Organization and Management*. [Internet]. 2008 [citado 20 de Noviembre 2015]; 22(5): 446-464. Disponible en: <http://search.proquest.com.ezxy.ie.edu/docview/197368871?OpenUrlRefId=info:xri/sid:wcdiscovery&accountid=27285>
39. Resolución N° 423-2013-OSCE/PRE. Instructivo: Formulación de Especificaciones Técnicas para la Contratación de Bienes y Términos de Referencia para la Contratación de Servicios y Consultoría en General.

40. Términos de Referencia Adquisición de Servicios de Salud para cobertura en el primer nivel de atención. 22 de julio de 2013. 11-13 <http://www.essalud.gob.pe/informacion-empresarial/> (último acceso 18 noviembre 2015).
41. Procedimiento especial de contratación N° 4 – 2013 - ESSALUD/GCL “Contratación de Instituciones Prestadoras de Salud (IPRESS) para los Distritos de San Juan de Lurigancho, La Victoria, Magdalena y Pueblo Libre”, 12 de agosto de 2013, 3 – 5. http://www.essalud.gob.pe/downloads/Contrato_La_Victoria.pdf
42. EsSalud. *Sub Gerencia de Control de Información de Seguros*. <http://10.0.12.30/index.php/h-estadisticas/h-pobacre-extra/art-raalme> (12 de agosto 2015)
43. Sofía Pozo G., Ximena Raza, Mario Oquendo, Luis Abad. Norma del Subsistema de Referencia, Derivación Contrareferencia, Referencia Inversa y Transferencia del Sistema Nacional De Salud. 1 ed. Ecuador: Ministerio de Salud Pública; 2013 [actualizado Set 2013; citado 10 oct 2015]. Disponible en: <http://www.colegiomedicoguayas.com/GUIAS%20MSP/Norma%20de%20Referencia%20contrareferencia%20final.pdf>
44. EsSalud.gob [Internet]. Lima: EsSalud; 2013; [actualizado 22 Nov 2013; citado 4 abr 2013]. Disponible en:

<http://www.essalud.gob.pe/transparencia/pdf/informacion/RGG1471ESSALUD2013.pdf>

45. EsSalud Oficina *Central de Tecnologías de la Información y Comunicaciones Gerencia de Desarrollo de Sistemas Explotación de Datos del Sistema de Gestión de Servicios de Salud – SGSS.*

<http://172.20.0.210:8080/explotacionDatos/index.html> (12 de agosto 2015)



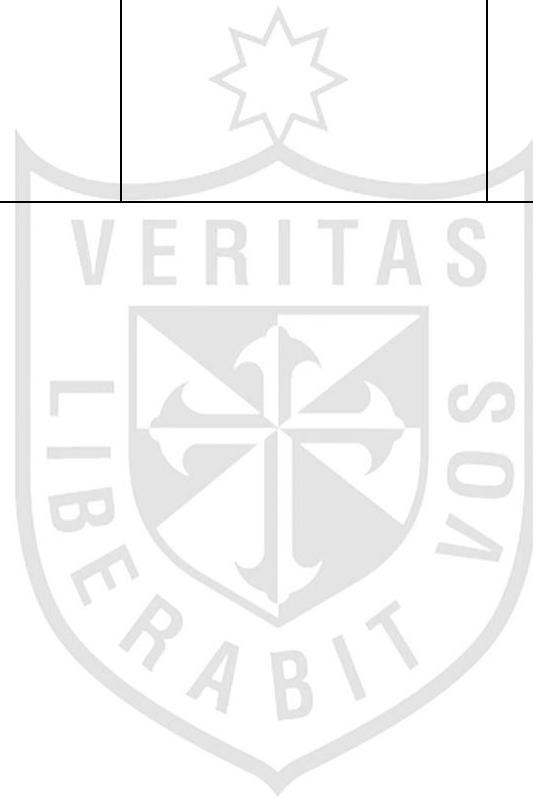
ANEXOS

ANEXO n° 01

Matriz de consistencia

Formulación del problema	Objetivos	Hipótesis	Variables	Metodología
<p>PROBLEMA GENERAL</p> <p>¿Cuál es el nivel de Cumplimiento del indicador de referencia generadas en las consultas médicas recuperativas y preventivas/recuperativas en el marco de la tercerización de los servicios de salud de una IPRESS en la ciudad de Lima en el periodo comprendido entre agosto de 2014 y agosto de 2015?</p>	<p>OBJETIVO GENERAL:</p> <p>Evaluar el cumplimiento de indicador de referencia generadas en las consultas médicas recuperativas y preventivas/recuperativas por trimestre en el marco de la tercerización de los servicios de salud de una IPRESS en la ciudad de Lima en el periodo comprendido entre agosto de 2014 y agosto de 2015.</p> <p>OBJETIVOS ESPECÍFICOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificar la edad y sexo de la población en estudio. • Evaluar los resultados de la evaluación del indicador de referencia • Determinar los establecimientos de salud donde se refieren con mayor frecuencia 	<p>No aplicable al presente estudio por ser de carácter descriptivo.</p>	<p>Cumplimiento del Indicador de Referencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Razón porcentual y/o puntaje obtenido de la evaluación de indicadores trimestrales. <p>Características sociodemográficas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Edad • Sexo <p>Características de la demanda</p> <ul style="list-style-type: none"> • Establecimiento de salud donde se refiere • Especialidad a la cual se refiere 	<p>TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN:</p> <p>Estudio observacional descriptivo, retrospectivo de corte longitudinal.</p> <p>POBLACION Y MUESTRA:</p> <p>La población incluyó todos los pacientes acreditados y adscritos a la IPRESS Consorcio ASOCIACION RED INNOVA - BKN SALUD SAC., los cuales han sido referidos producto de una atención de salud médica y/o no médica de acuerdo a los Términos de Referencia.</p> <p>TECNICA DE RECOLECCION DE DATOS:</p> <p>Para la recolección y ejecución del presente trabajo de investigación:</p> <p>Se realizó las Coordinaciones con el Área de Referencia y Contrarreferencia de la Sede Central del Servicio Social del Perú.</p> <p>Posteriormente se solicitó la aprobación del proyecto a la Universidad San Martín de Porres.</p> <p>Luego de la aprobación del proyecto de investigación por la USMP, se realizaron las coordinaciones correspondientes con las áreas intervinientes para obtener las facilidades en la puesta en marcha del</p>

				<p>estudio.</p> <p>Luego se identificó a los pacientes que fueron referidos en consultorios externos, se procedió a la selección de los mismos, según los criterios de inclusión y exclusión.</p> <p>Finalmente, una vez recolectada la información, se procedió a evaluación y análisis de los datos.</p>
--	--	--	--	--



ANEXO n° 02

Operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIÓN	TIPO DE VARIABLES	ESCALA DE MEDICIÓN	INDICADORES	FUENTE DE VERIFICACIÓN
Cumplimiento de indicador de referencia	Cumple con menos de 5% de referencias generadas en las consultas médicas recuperativa y preventivas/recuperativas durante un trimestre	Porcentaje	Cuantitativa	Continua	En porcentaje	Reporte de Referencia y Contrarreferencia
		Puntaje	Cuantitativa	Discreta	En puntos	
Características sociodemográficas	Cualidades sociales y demográficas que permiten caracterizar al paciente	Sexo	Cualitativa	Nominal	Masculino Femenino	Reporte de Referencia y Contrarreferencia
		Edad	Cuantitativa	Razón	En años	
Características de la demanda	Cualidades en la atención que permiten caracterizar la demanda.	IPRESS de Destino	Cualitativa	Nominal	Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins Hospital Nacional Guillermo Almenara I Hospital II C.G. San Isidro Labrador Hospital III de Emergencias Grau Instituto Nacional Cardiovascular PADOMI Programa de Atención Domiciliaria Policlínico Francisco Pizarro	Reporte de Referencia y Contrarreferencia
		Especialidad de Destino	Cualitativa	Nominal	Medicina Apoyo al diagnóstico Pediatría Cirugía Emergencias / urgencias Ginecología	Reporte de Referencia y Contrarreferencia

ANEXO n° 03
Indicador Sanitario

INDICADOR N° 9 PORCENTAJE DE REFERENCIAS DE PACIENTES DE LA CONSULTA EXTERNA DE LA IPRESS A UN CENTRO DE MAYOR CAPACIDAD DE RESOLUCIÓN	
Objetivo	Controlar la cantidad de referencias de pacientes desde la IPRESS a centros de mayor complejidad
Definición Operacional	<p>Mide el porcentaje de pacientes referidos a otros establecimientos de mayor capacidad de resolución en busca del diagnóstico de la causa básica del daño y/o su tratamiento respectivo. No se incluirá a gestantes con código CIE 10 Z34, Z35, con diagnóstico quirúrgico demostrado (con imágenes, exámenes de laboratorio y/o evidencia clínica irrefutable) y pacientes con diagnóstico de cáncer.</p> <p>Numerador: N° de Referencias realizadas por la IPRESS generadas en las consultas externas médicas recuperativas: es el número de referencias realizadas por la IPRESS, generadas en la consulta externa médica recuperativa en el periodo de evaluación. No están incluidas las interconsultas de gestantes sin patologías con más de 30 semanas de gestación, no se considera las referencias por medicamentos. Se consideran las referencias por documentos, es decir la fecha con el que el médico tratante emitió la orden de referencia, independientemente del registro en el sistema.</p> <p>Denominador: Número de consultas externas médicas recuperativas de asegurados adscritos y acreditados al a IPRESS: es la cantidad total de consultas externas médicas recuperativas realizadas por la IPRESS en el mismo periodo.</p>
Fórmula	<p>$\frac{\text{N° de Referencia realizadas por IPRESS, generadas en las consultas externas médicas recuperativa}}{\text{Número de consultas externas médicas recuperativas (*) de asegurados adscritos y acreditados a la IPRESS}} \times 100$</p> <p>(*) Se tomará en cuenta consultas externas médicas recuperativas y recuperativas/preventiva.</p>
Meta	Menor a 5 %
Frecuencia de Medición	Trimestral
Fuente	Sistema de Referencia y Contrarreferencias
Responsable	Oficina de Servicios de Salud Extrainstitucionales de la Oficina de Coordinación de Prestaciones de la Red, Oficina Central de Tecnologías de la Información y Comunicaciones, y la Gerencia de Auditoría de Aseguramiento de la Gerencia Central de Aseguramiento.

ANEXO n° 04**Indicadores para la Evaluación Trimestral****Primer Nivel****Tabla de Puntaje**

N°	Indicadores Sanitarios	Puntaje	1T	2T	3T	4T
			Meta	Meta	Meta	Meta
1	Porcentaje de cobertura de atención de salud del niño menor 1 año	10	6.25%	12.5%	18.75%	25.0%
2	Porcentaje de cobertura de salud del adolescente de 10 años a menos de 18 años	10	6.25%	12.5%	18.75%	25.0%
3	Porcentaje de cobertura de 18 años a menos de 60 años de edad con paquete esencial completo	10	6.25%	12.5%	18.75%	25.0%
4	Porcentaje de cobertura de atención de salud al adulto mayor de 60 años de edad	10	6.25%	12.5%	18.75%	25.0%
5	Porcentaje de Aseguradas de 18 a menos de 60 años con resultado de frotis PAP de Cérvix Uterino (Tamizaje) en la IPRESS	10	6.25%	12.5%	18.75%	25.0%
6	Porcentaje de Asegurados de 40 a 65 años con resultado de Examen de Mamografía (Tamizaje) en la IPRESS	10	6.25%	12.5%	18.75%	25.0%
7	Porcentaje de Gestantes con Primera consulta Médica Preventiva en la IPRESS	10	10%	10%	10%	10%
8	Primera Visita Domiciliaria Efectiva a población en Riesgo	10	20%	20%	20%	20%
9	Porcentaje de referencia de pacientes de la consulta externa de la IPRESS a un centro de mayor capacidad de resolución	20	<5%	<5%	<5%	<5%