



**UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO**

**ESCUELA DE POSGRADO**

**PROGRAMA ACADÉMICO DE MAESTRÍA EN GESTIÓN  
DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD**

**Nivel de cumplimiento del sistema de referencia hospitalaria en  
pacientes cesareadas anteriores en un hospital nacional de  
Lima - 2022**

**AUTORA**

Davila Ramirez, Lita Cruz ([orcid.org/0000-0001-7856-0583](https://orcid.org/0000-0001-7856-0583))

**ASESORA:**

Dra. Torres Caceres, Fatima Del Socorro ([orcid.org/0000-0001-5505-7715](https://orcid.org/0000-0001-5505-7715))

**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:**

Calidad de las Prestaciones Asistenciales y Gestión del Riesgo en Salud

**LÍNEA DE RESPONSABILIDAD SOCIAL UNIVERSITARIA:**

Promoción de la salud, nutrición y salud alimentaria.

**LIMA - PERÚ**

**2022**

## **Dedicatoria**

### **A mi papito Alfonso**

Quien fue mi guía, ejemplo y motivación para ser quien soy.  
Nunca podré olvidar el dolor de tu partida, fuiste el mejor regalo que Dios me ha  
dado.

### **A mi mamita Alejandra**

La mujer maravillosa que me dio la vida.  
Agradezco a Dios por tenerla todavía conmigo.

### **A Viviana**

Mi adorada hija, quien con su apoyo y comprensión hizo que lograra mi sueño.

### **Agradecimientos**

Un agradecimiento muy especial a la Mg. Fátima Del Socorro Torres Cáceres, por sus grandes conocimientos impartidos y sobre todo por su apoyo moral y espiritual en los momentos más difíciles que tuve que enfrentar, me dio la fortaleza para seguir adelante y alcanzar mi meta.

## Índice de Contenidos

Carátula	i
Dedicatoria	ii
Agradecimiento	iii
Índice de contenidos	iv
Índice de tablas	v
Índice de figuras	vi
Resumen	vii
Abstract	viii
<b>I. INTRODUCCIÓN</b>	<b>1</b>
<b>II. MARCO TEÓRICO</b>	<b>5</b>
<b>III. METODOLOGÍA</b>	<b>17</b>
3.1. Tipo y diseño de investigación	17
3.2. Variables y Operacionalización	18
3.3. Población, muestra y muestreo	18
3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	19
3.5. Procedimientos	20
3.6. Método de análisis de datos	20
3.7. Aspectos éticos	20
<b>IV. RESULTADOS</b>	<b>22</b>
<b>V. DISCUSIÓN</b>	<b>37</b>
<b>VI. CONCLUSIONES</b>	<b>42</b>
<b>VII. RECOMENDACIONES</b>	<b>43</b>
<b>REFERENCIAS</b>	<b>44</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>51</b>

## Índice de tablas

<b>Tabla 1:</b> Nivel de Cumplimiento del Sistema de Referencia	22
<b>Tabla 2:</b> Nivel de Coordinación del Proceso	23
<b>Tabla 3:</b> Nivel de Llenado de hoja de referencia	24
<b>Tabla 4:</b> Nivel de Tiempo de espera	25
<b>Tabla 5:</b> Nivel de cumplimiento por especialidad	26
<b>Tabla 6:</b> Nivel de cumplimiento por antigüedad laboral	27
<b>Tabla 7:</b> Prueba U de Mann Whitney	29
<b>Tabla 8:</b> Prueba U de Mann Whitney	31
<b>Tabla 9:</b> Prueba U de Mann Whitney	33
<b>Tabla 10:</b> Prueba U de Mann Whitney	35

## Índice de figuras

<b>Figura 1:</b> Nivel Cumplimiento del Sistema de Referencia Hospitalaria	22
<b>Figura 2:</b> Nivel de Coordinación del Proceso	23
<b>Figura 3:</b> Nivel de llenado de hoja de referencia	24
<b>Figura 4:</b> Nivel de Tiempo de espera para la atención	25
<b>Figura 5:</b> Nivel de cumplimiento por especialidad	26
<b>Figura 6:</b> Nivel de cumplimiento por antigüedad laboral	27
<b>Figura 7:</b> Rangos promedio	30
<b>Figura 8:</b> Rangos promedio	32
<b>Figura 9:</b> Rangos promedio	34
<b>Figura 10:</b> Rangos promedio	36

## Resumen

La presente investigación tuvo como objetivo general Comparar las diferencias que existen sobre los niveles de cumplimiento del sistema de referencia hospitalaria en pacientes cesareadas anteriores en un hospital Público de Lima – 2022. La metodología de la investigación empleada fue de tipo descriptiva comparativa no experimental de corte transversal. La muestra fue no probabilística de tipo censal y estuvo conformada por 120 profesionales de la salud divididos en dos grupos (Minsa y EsSalud) a quienes se les aplicó el Cuestionario de Cumplimiento del Sistema de Referencias Hospitalaria, el cual fue analizado bajo criterios de confiabilidad y validez. Como resultado principal se encontró que el 72% de los profesionales de Essalud alcanzaron un nivel de cumplimiento regular en cuanto al sistema de referencias hospitalaria. Con respecto a la prueba de hipótesis se encontró que existen diferencias significativas entre el nivel de cumplimiento del sistema de referencia en las pacientes cesareadas anteriores desde la percepción del personal de salud, debido a que la significancia hallada con el estadígrafo U De Mann Whitney fue de 0.01 menor que 0.05. por lo que se rechazó la hipótesis nula y se aceptó la hipótesis de investigación.

**Palabras clave:** Referencia, Cesareadas anteriores, Salud.

## **Abstract**

The general objective of this research was to compare the differences that exist on the levels of compliance with the hospital reference system in previous caesarean patients in a public hospital in Lima - 2022. The methodology of the research used was descriptive, comparative, non-experimental. cross. The sample was non-probabilistic of a census type and was made up of 120 health professionals divided into two groups (Minsa and EsSalud) to whom the Hospital Referral System Compliance Questionnaire was applied, which was analyzed under criteria of reliability and validity. As a main result, it was found that 72% of the Essalud professionals reached a level of regular compliance with the hospital referral system. Regarding the hypothesis test, it was found that there are significant differences between the level of compliance with the reference system in previous cesarean patients from the perception of health personnel, because the significance found with the Mann Whitney U statistician was 0.01 less than 0.05. Therefore, the null hypothesis was rejected and the research hypothesis was accepted.

Keywords: Reference, Previous caesarean sections, Health.

## **I. INTRODUCCIÓN**

Una de las actuales problemáticas que se viene presentado en materia de salud, es el incremento de la tasa de partos por cesárea, como a su vez el aumento en los riesgos y complicaciones propios de dicho procedimiento. Según la Organización Mundial de la Salud (1) desde 1985, los profesionales de la salud consideran que la tasa anual de partos por cesáreas debe oscilar entre el 10% y el 15%, sin embargo, en los últimos años se ha visto un incremento no justificado de este procedimiento tanto en países desarrollados como en países en vías de desarrollo.

A su vez, según estimaciones de la Organización Panamericana de la Salud (2) a nivel mundial, la tasa de cesáreas supera a la tasa ideal. Tan solo en las Américas, la tasa de cesáreas alcanzó un 38.9% según los últimos datos de 25 países. Así mismo, para la OPS, la realización de cesáreas de forma reiterada expone a las mujeres a nuevos riesgos, uno de ellos es la inserción de la placenta, la cual en las mujeres cesareadas por segunda vez, llega a alcanzar a un 40% de los casos, y en las mujeres cesareadas por tercera vez, se incrementa al 60% de los casos, con lo cual se incrementa el riesgo de mortalidad materna por hemorragia. (3)

Cabe mencionar que, en el Perú, según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), realizada en el 2020, más de un tercio de los nacimientos de los cinco años anteriores a la encuesta, se dieron por cesárea lo que equivale a un 36.3%, teniendo un incremento de 4.7% más que en la encuesta realizada en el año 2015 (4).

Para Collado y Sánchez, parte de los indicadores de desarrollo de los países, esta relación con el acceso a una atención de calidad durante el periodo de embarazo como también al resultado materno y perinatal, sin embargo, esta situación a su vez debe abordarse como parte de un proceso complejo, que los autores denominan como “proceso atención prenatal-resolución” en el embarazo, mediante el cual, se puede visualizar el nivel de atención y respeto de los derechos sexuales y reproductivos.(5) Para los autores, uno de los principales problemas en la atención de calidad de las

gestantes es el sistema de referencia y contrarreferencia, el cual según su estudio, bajo las condiciones en las que opera se ha convertido en un obstáculo que impide el libre acceso a una atención obstétrica oportuna, el cual enmascara al llamado “fenómeno de multi-rechazo hospitalario” el cuál como consecuencia principal tiene un impacto negativo en la adecuada resolución del embarazo y a su vez impacta en la salud de las mujeres (6). Esto guarda relación con lo que afirma Cisneros et al. (7) para quienes los sistemas o los servicios de salud en Latinoamérica se han caracterizado por su profunda fragmentación y por su deficiente coordinación, lo cual da como resultado una gestión de la salud inadecuada y afectan la continuidad de la atención.

Según López-Vázquez et al. (8) esta fragmentación en los servicios de salud Latinoamericanos se puede traducir en problemas de coordinación a nivel clínico, limitados acuerdos entre médicos asistenciales de diferentes niveles de atención, tiempos largos de espera para una atención y referencias inadecuadas en el primer nivel de atención. A su vez Ortega et al. (9) en su estudio sobre los sistemas de referencia y contra referencia en Latinoamérica encontró que de 16 países encuestados solo 13 contaban con un sistema integrado y definido.

La referencia, viene a ser aquel conjunto de procedimientos, métodos y acciones, mediante el cual se procede al traslado de un paciente del centro de salud al cual está adjudicado, a un centro con mayor capacidad de atención, con la finalidad de poder atender el problema de salud que presenta y una vez resuelto se lo traslada a su centro original, proceso que se denomina contrarreferencia (10). Para Soto, existe una grave problemática con los hospitales de referencia del Ministerio de Salud, hospitales que son los encargados de patologías complejas, los cuáles entre sus principales problemas figuran: falta de medicamentos e insumos, inadecuada atención interdisciplinaria, guías clínicas inaplicables por falta de recursos, cobertura insuficiente del sistema de salud, falta de atención poshospitalaria y la carencia de unidades de trasplante (11).

Como hemos podido ver, la referencia como procedimiento de atención hospitalaria juega un papel importante en la atención de la paciente en periodo

de embarazo, y tiene una mayor importancia en la atención oportuna y adecuado en la paciente cesareada, por lo que el Problema General de nuestra investigación fue: ¿Qué diferencias existe sobre los niveles de cumplimiento del sistema de referencia hospitalaria en pacientes cesareadas anteriores en un hospital Público de Lima – 2022?

De igual manera como problemas específicos nos planteamos: ¿Qué diferencias existe sobre los niveles de coordinación del proceso de referencia hospitalaria en pacientes cesareadas anteriores en un hospital Público de Lima – 2022?, a su vez ¿Qué diferencias existe sobre los niveles de llenado de hoja de referencia hospitalaria en pacientes cesareadas anteriores en un hospital Público de Lima – 2022?, por último ¿Qué diferencias existe sobre los niveles de tiempo de espera para la atención hospitalaria en pacientes cesareadas anteriores en un hospital Público de Lima – 2022?

La problemática descrita líneas arriba, permitió plantear las justificaciones del presente estudio, así como justificación teórica, con el desarrollo de la presente investigación se pretendió llenar vacíos en el conocimiento sobre cuál es el nivel de cumplimiento del sistema de referencias en las pacientes cesareadas con anterioridad dos veces, con lo cual se podrán tomar las medidas necesarias en base a los resultados de la investigación.

Desde la justificación práctica, con el desarrollo de nuestra investigación y con el análisis de los datos, se pudo sugerir la implementación de mejoras en la ejecución de referencias a otros nosocomios de las pacientes cesareadas, con la finalidad que este proceso no afecte al manejo adecuada de la misma, y con lo cual se podrá disminuir los riesgos asociados tanto los que se presentan en el proceso de referencia como en los procesos de gestación (10).

A su vez, la justificación metodológica se sustenta en el hecho, que, para la ejecución del presente proyecto de investigación, se analizaron instrumentos de recolección de datos mediante análisis de confiabilidad y validez, los cuáles servirán como instrumentos para futuras investigaciones que busquen ampliar los conocimientos sobre las variables de estudio.

Habiendo detallado los puntos anteriores, podemos describir los objetivos de la presente investigación, teniendo como Objetivo General: Comparar las diferencias que existen sobre los niveles de cumplimiento del sistema de referencia hospitalaria en pacientes cesareadas anteriores en un hospital Público de Lima – 2022.

De igual forma trazamos los siguientes Objetivos específicos: Comparar las diferencias que existen sobre los niveles de coordinación del proceso de referencia hospitalaria en pacientes cesareadas anteriores en un hospital Público de Lima – 2022, a su vez Comparar las diferencias que existen sobre los niveles de llenado de hoja de referencia hospitalaria en pacientes cesareadas anteriores en un hospital Público de Lima – 2022, por último Comparar las diferencias que existen sobre los niveles de tiempo de espera para la atención hospitalaria en pacientes cesareadas anteriores en un hospital Público de Lima – 2022.

Por consiguiente, para poder alcanzar dichos objetivos, nos planteamos la siguiente hipótesis general: Existen diferencias significativas entre los niveles de cumplimiento del sistema de referencia hospitalaria en pacientes cesareadas anteriores en un hospital Público de Lima – 2022.

Las específicas: Existen diferencias significativas entre los niveles de coordinación del proceso de referencia hospitalaria en pacientes cesareadas anteriores en un hospital Público de Lima – 2022, también Existen diferencias significativas entre los niveles de llenado de hoja de referencia hospitalaria en pacientes cesareadas anteriores en un hospital Público de Lima – 2022, por último Existen diferencias significativas entre los niveles de tiempo de espera para la atención hospitalaria en pacientes cesareadas anteriores en un hospital Público de Lima – 2022.

## II. MARCO TEÓRICO

Con la finalidad de poder conocer cuáles han sido las investigaciones previas que se han realizado en torno a las variables de estudio, así como también poder conocer cuáles han sido los principales resultados encontrados, En la presente investigación se ha realizado una revisión de la literatura científica, tanto de investigaciones internacionales como nacionales.

A nivel internacional, De Uriarte (12) en México, realizó una investigación con el objetivo de evaluar el cumplimiento de los protocolos médicos que se deben tener en cuenta en las tres principales indicaciones ante la cesárea: Desproporción cefalopélvica, Cesárea previa y Riesgo de pérdida de bienestar fetal. La metodología empleada fue de diseño descriptivo transversal retrospectivo y analizando los censos diarios sobre nacimientos durante el 2019, los resultados de la investigación encontraron que, de los 1960 nacimientos, el 53% (1.031) se dieron por cesárea, y el 64% de estos procedimientos de llevaron a cabo por indicación relativa. Además, de 173 pacientes con riesgo de pérdida de bienestar fetal, en el 80% no se cumplió con los protocolos establecidos, asimismo., de 147 pacientes con desproporción cefalopélvica, en el 98% no se cumplieron con los protocolos, por último en las pacientes con cesárea previa, en el 89% de los casos tampoco se cumplió con los protocolos, por lo que el estudio concluyó que existe una tasa alta de cesáreas que superan las cifras recomendadas, esto debido al incumplimiento de los protocolos diseñados para disminuir este procedimiento. El aporte a la presente investigación radica en que podemos conocer como el incumplimiento de los protocolos médicos ante la cesárea afecta no solo a la gestante y sino también el apoyo al diagnóstico.

Rubio y Cardona (13) realizaron una investigación con el objetivo de poder determinar los factores asociados a la inasistencia al programa de atención para el cuidado prenatal. La metodología empleada en el estudio fue de tipo descriptiva transversal, la muestra estuvo conformada por 266 gestantes a quienes se les aplicó un cuestionario elaborado por los investigadores para poder medir los factores asociados a su inasistencia. Entre

los principales resultados se encontró que solo el 50% acudió a controles prenatales en los primeros 3 meses, el 39% solo acudió a 6 o 7 controles y el 29% solo acudió a 2 controles, entre los principales factores asociados a la falta de controles fue el aspecto económico, como el poder asistir al centro hospitalario. El aporte de la investigación se fundamenta en que podemos conocer el motivo de la inasistencia a los controles por falta de recursos de movilidad, así como también podemos conocer que la falta de control prenatal afecta el apoyo a diagnóstico.

A su vez, Betancourt-Ruiz et al. (14) realizaron un estudio con la finalidad de poder determinar los factores asociados a la no adherencia de control prenatal. La metodología empleada en el estudio fue de tipo descriptivo transversal de campo, la población que participó de la investigación estuvo conformada 50 gestantes a quienes se les aplicó una ficha de recolección de datos elaborada por los mismos investigadores. Entre los principales resultados se evidenció que los factores asociados a la inasistencia a los controles prenatales fueron, el transporte al centro de salud, las filas de espera (45%), la asignación tardía de la cita. La investigación brinda su aporte en cuanto podemos conocer que los motivos por los que las pacientes gestantes no acuden a los controles prenatales están relacionados con la falta de medio de transporte, el tiempo de espera en ser atendidas y la demora en la asignación de la cita.

Santos et al. (15) realizaron un estudio con el objetivo de poder determinar los factores asociados a la mortalidad neonatal, la metodología empleada fue de tipo cuantitativa descriptiva, la muestra estuvo conformada por 32 gestantes a quienes se les aplicó un cuestionario para determinar factores asociados. Entre los principales resultados se evidenció que el 84% de las pacientes vivían en zona rural y el 56% no realizó controles prenatales. El estudio concluyó que los factores asociados a la mortalidad neonatal son la procedencia de la paciente (zona rural) el analfabetismo y el embarazo adolescente. Este estudio contribuye a la investigación porque permite conocer que la mortalidad neonatal se asocia a la falta de controles prenatales, que las madres no realizan por vivir en zonas rurales lo que guarda relación los medios de transporte con los que cuentan.

Por último, en cuanto a las investigaciones internacionales, Chavarría (16) en Nicaragua, realizó una investigación con el objetivo de poder conocer cuáles fueron los factores asociados a las indicaciones que se consideraron para la realización de cesárea. La metodología empleada fue de diseño descriptivo retrospectivo de corte transversal, la población de estudio estuvo conformada por los expedientes médicos del total de partos atendidos en el 2013, los cuales fueron 2610, de estos solo el 37.2% (977) fueron por cesárea, a través de un muestreo por conveniencia se obtuvo 239 expedientes. Los resultados indicaron que el 51.3% de las cesáreas realizadas fue por emergencia mientras que el 48.6% fueron electivas. Además de las cesáreas de urgencia el 18.4% espero entre más de una hora y menos de dos horas la realización del procedimiento, mientras que el mismo porcentaje espero dos horas para la intervención. El estudio concluyó que existían 20% de cesáreas injustificadas, además que las complicaciones más frecuentes por cesárea fueron IVU, anemia y presión arterial alta. Este estudio aporta a la presente investigación en la medida que nos permite conocer la demora en la atención de las pacientes lo que se relaciona con un mayor tiempo de espera en emergencia.

A nivel nacional, Llanos et al. (17) realizaron una investigación con el objetivo de analizar las referencias emitidas en un periodo de mayo a octubre del 2019. La metodología empleada fue de diseño cuantitativo descriptivo observacional. Los principales resultados de la investigación evidenciaron que de 19,951 referencias emitidas el 39.22% fueron de población cuyas edades se encontraban entre los 30 a 59 años, 67.04% fueron mujeres. Así mismo, en cuanto al tiempo de aceptación de la referencia, el 23.14% fue aceptado en menos de 24 horas, además se evidenció que después de la aceptación de la referencia hasta la cita del paciente (subproceso) demoró en promedio 80 a 85 días. El estudio concluyó que, debido a la baja implementación, poco personal, como falta de capacitación se incrementa el rechazo y el retraso de la referencia. El aporte del estudio radica en que nos permite conocer que el retraso en las referencias se debe a poco personal o en la falta de

conocimientos lo cual prolonga el tiempo que deben esperar los pacientes para poder ser atendidos.

Asimismo, Cardenas (18) en su estudio cuyo objetivo fue poder determinar el nivel de cumplimiento de las referencias y contrarreferencias obstétricas a través de la norma técnica. La metodología empleada fue de diseño descriptivo simple y analizando 69 referencias obstétricas emitidas en el 2018, encontró que, a nivel de manejo administrativo de la referencia, este alcanza un nivel “regular” (33%), el nivel de manejo asistencial alcanzó un nivel regular con 34%, a su vez, las patologías diagnosticadas motivo de la referencia en las mujeres fueron aborto incompleto e hipertensión severa inducida por el parto. El estudio llegó a la conclusión que el cumplimiento de la norma técnica que regula la referencia y la contrarreferencia en las emergencias obstétricas, alcanzó un nivel regular con 34%. Este estudio aporta a la presente investigación ya que muestra que el cumplimiento de la norma técnica para las referencias es regular por lo que afecta el proceso de coordinación, el correcto llenado y el tiempo que deben esperar los pacientes para poder ser atendidos.

Por su parte, Cardenas et al. (19) realizaron una investigación con el objetivo de poder determinar la relación existente entre el sistema de referencia y contrarreferencia y el manejo de emergencias obstétricas. en el cual se analizaron 61 referencias obstétricas, la metodología empleada fue de diseño descriptivo correlacional y empleando como instrumento de recolección de datos el análisis documental y la ficha de recojo. Los principales resultados encontrados por los investigadores fueron que, en relación con el cumplimiento del sistema de referencia y contrarreferencia alcanza un nivel regular (42%), el nivel de manejo administrativo de las referencias alcanza un nivel regular (50%) mientras que el motivo de referencia hospitalaria más frecuente en las pacientes en la hipertensión severa inducida por el embarazo (23%). Su aporte radica en que al haber un manejo regular del sistema de referencias este afecta en todos los niveles de atención que depende de una referencia adecuada como la coordinación con el centro de referencia, el transporte, así como la demora en la atención.

Vigil (5) realizó una investigación con el objetivo de poder determinar la relación existente entre el sistema de referencias y contrarreferencias y la mortalidad neonatal. Empleando como metodología un diseño descriptivo correlacional no experimental y como técnica de recolección de datos el análisis documental, encontró al hacer un análisis de 145 expedientes de referencia y contrarreferencia, que el 83.4% se hizo de manera regular, el 15.9% se realizó de manera inadecuada y solo el 0.7% se realizó de forma adecuada, además se encontró como parte de los resultados que el aspecto que menos se considera al hacer la referencia o contrarreferencia es si el paciente recibe la información adecuada sobre su proceso de atención. El estudio concluyó que no existía relación entre el sistema de referencia y contrarreferencia y la mortalidad materna. Su aporte radica en que nos brinda información sobre cómo se manejan las referencias y cuáles son sus niveles de cumplimiento lo que afecta la atención de los usuarios.

Por último, en cuanto a los antecedentes nacionales, Retamozo (20) llevo a cabo un estudio con el objetivo de poder caracterizar las referencias del servicio de emergencia y los factores relacionados a estas. Empleando como metodología un diseño descriptivo, de corte transversal y analítico, teniendo como muestra de estudio, las referencias emitidas por el servicio de emergencia entre los meses de julio a diciembre del año 2015. Los principales resultados encontrados por la investigación, evidenciaron que en relación a la especialidad requerida motivo de la referencia, la especialidad de Neurocirugía obtuvo un nivel de 23.95% (91), seguido de Neonatología con un 23.42% (81) y por último la especialidad de Ginecología con un 19.74% (75). A su vez, según el autor, del total de referencias (380), el 43.95% no se llegó a referir, y de esta cifra el 16.17% falleció a la espera de la referencia. El aporte del estudio se basa en que nos permite conocer cuáles son las especialidades que requieren mayor servicio de referencia a otros centros, siendo el servicio de neonatología uno de ellos, además también muestra que por motivos de demoras en la referencia los pacientes pueden llegar morir en la espera de su atención.

En cuanto a los fundamentos científicos y técnicos con respecto al sistema de referencias y contrarreferencias, podemos mencionar que este a nivel científico ha sido elaborado bajo enfoque de la Salud como derecho, ya que la Declaración de los Derechos Humanos y a su vez el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales reconoce a la salud de las personas como un derecho inherente e inalienable, por lo que todos los países deben garantizar no solo la atención en salud sino también que esta atención sea la más adecuada. A su vez el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas señala que la atención en salud debe cumplir con elementos que son esenciales y que a su vez deben estar interrelacionados, esto elementos son: la Disponibilidad que guarda relación con la cantidad de centros de salud, con los recursos disponibles y los programas de salud habilitados, la Accesibilidad (física, económica y de información), la Aceptabilidad de las características de género, culturales, entre otros., de los pacientes, y la Calidad que se relaciona con brindar un servicio que cuente con todos los equipamientos, servicios, insumos, entre otros. (21)

Así mismo, los servicios y la atención de la salud en el Perú, están basados en el Modelo de Cuidado Integral de Salud, el cual según el MINSA (22) define como aquellas intervenciones o acciones dirigidas hacia la persona, familia o comunidad, que se destinan para poder incentivar y fortalecer conductas y hábitos saludables, las cuales buscan poder preservar la salud, poder recuperarla en caso de enfermedad o dolencia, poder rehabilitarla, manejo paliativo del sufrimiento tanto físico como mental y a su vez fortalecer la protección de la familia y la sociedad.

En la misma línea, este modelo se basa en lo que se conoce como Las Redes Integradas de los Servicios de Salud, la cual según la OPS (23) se define como una red organizada la cual es capaz de prestar o gestionar la prestación de servicios de salud integrales y equitativos hacia una población determinada y que además está dispuesta a poder dar cuentas de los resultados clínicos como económicos por el servicio en salud que preste o gestionó. Además, en la actualidad según el modelo se manejan tres tipos de redes integradas: 1. Sistemas que solo integran a personal de salud, 2.

Sistemas que logran integrar tanto a profesionales y establecimientos de salud y 3. Sistemas que integran personal, establecimientos y empresas aseguradoras en salud. En el Perú según la Unidad Ejecutora de RISSALUD (24) el sistema de encuentra fraccionado debido a que la red pública de salud es dirigida por la Dirección General de Salud que a su vez tiene a cargo Microrredes de salud, y por otra parte se encuentra el Seguro Social de Salud (EsSalud) que él encargado de administrar sus redes y no tiene comunicación con la red pública.

Según el Instituto de Salud Incluyente (25) en colaboración con la Unión Europea, proponen como parte de las claves para la transformación de los servicios y sistemas de salud en Latinoamérica, que se pueda fortalecer el primer nivel de atención, sin lo cual es muy probable que los sistemas de salud públicos no puedan brindar una estructura y funcionamiento adecuados, siendo una de las principales directrices de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud de 1978, conocida como Alma Ata.

Para Cuba-Fuentes et al. (26) en el Perú, las claves para el fortalecimiento de la atención primaria radican en 3 dimensiones: I. Estructura, que incluye gobernanza, recursos humanos, y financiamiento, II. Procesos, que involucra accesibilidad, integralidad, longitudinalidad y coordinación y III. Resultados, que abarca, equidad, calidad y eficiencia.

Además, es importante mencionar que una atención integral en salud, que incluye un adecuado Sistema de Referencia y Contrarreferencia, se basa en los Objetivos de Desarrollo Sostenible propuestos por la Organización de las Naciones Unidas (27) la cual en su tercer objetivo llamado “Salud y Bienestar” propone como unas de sus metas a cumplir para el 2030, reducir la mortalidad neonatal, como también lograr un acceso universal a servicios en salud sexual y reproductiva, los cuales se han convertido en un problema global.

Según Huaco (28) esta problemática se debe en parte a un sistema de referencia y contrarreferencia hospitalaria que es deficiente o que en su proceso de ejecución no se cumplen con los lineamientos establecidos del mismo por parte de los operadores de salud.

La Organización Panamericana de la Salud (2) indica lo siguiente sobre el sistema de referencia: El SRCR como herramienta administrativa permite la coordinación efectiva de los servicios de salud para el traslado oportuno del paciente, y la prestación adecuada de los servicios de salud a las y los pacientes, garantizando la calidad, accesibilidad, oportunidad, continuidad e integralidad de los servicios, en función de la organización de la red de prestación de servicios definida por la entidad responsable. (2015, p. 21)

En el Perú, según Chávez (29) el antecedente histórico del Sistema de referencia y Contrarreferencia se sitúa en 1991, cuando desde la ciudad de Puno se envía a Lima mediante un fax, la historia médica de un paciente ya que se requería de una opinión especializada. Según la Norma Técnica del Sistema de Referencia y Contrarreferencia de los Establecimientos del Ministerio de Salud (MINSa) (30) basándose en un modelo de atención integral en salud, el cual considera como principios básicos de toda atención, la universalidad en acceso a los servicios de salud, el cumplimiento de una atención integral, la calidad y la eficiencia de la atención, el respeto a los derechos que tiene una persona, así como la participación y la descentralización ciudadana, define al Sistema de referencia y contrarreferencia (SRC) como aquel conjunto de procedimientos ordenados de tipo asistencial y administrativo, a través de los cuales se asegura que los usuarios aseguren la continuidad en la atención de sus necesidades de salud, la cual debe garantizar que esta se de con la debida eficacia, oportunidad y eficiencia al momento de su transferencia de su comunidad o centro de salud de una menor capacidad a otro centro con una mayor capacidad resolutive.

Por lo que para que se pueden cumplir con las referencias dadas en los hospitales a nivel nacional se han determinado y especificado procesos administrativos con la finalidad de poder cumplir con una referencia de calidad, así según la Resolución Directoral Nro.30 del MINSa (31) en su apartado 7, sobre las disposiciones específicas del Proceso de Referencia y Contrarreferencia determina que, es responsabilidad del personal que labora en el centro de salud de ejecutar la referencia de manera adecuada y que este proceso culmina cuando el centro de salud al cual se refiere al paciente inicia

con al proceso de atención, para lo cual determina que se deben cumplir los siguientes procedimientos: (1) El usuario deberá ser referido considerando las guías de atención establecidas previamente en relación con la capacidad de resolución del centro de destino y en base a los niveles de complejidad; (2) Se deben elegir los destinos de la referencia según criterios establecidos, teniendo en cuenta la cartera de servicios y considerando los flujos de la referencia de los usuarios; (3) Es indispensable que la hoja de la referencia este correctamente llenada; (4) Como parte del procedimiento se debe comunicar el motivo de la referencia, tanto al usuario como a los familiares; (5) Se deben hacer las coordinaciones respectivas con las áreas de referencia; (6) Se deben dar las especificaciones de cuidados necesarios en el traslado del paciente en caso sea una emergencia o cuando el nivel de la urgencia lo justifique; (7) Se debe garantizar que el traslado de la referencia de un Tópico de urgencias se haga con el acompañamiento de un hospital de salud.

Cabe señalar que según el MINSA (22), existen 4 motivos principales por los que un centro de salud puede realizar el procedimiento de referencia de un paciente, los cuales se tiene que tener en consideración:

- Aquellos establecimientos de salud que se encuentren habilitados con servicios críticos como, centro de cuidado intensivos o centros quirúrgicos., solo en una situación específica o de contingencia que esté debidamente justificada, podrá generar la referencia de pacientes a otros centros de salud por no tener con dichos espacios disponibles al momento que se presente la emergencia.
- Se podrán hacer la referencia de pacientes solo en caso de desastres o accidentes de tipo múltiple, asegurando en primera instancia la estabilización del paciente y realizando las coordinaciones previas con el centro de destino.
- Solo en casos excepcionales se podrá referir a un paciente a otro centro de atención, cuando no haya disponibilidad de camas en cualquiera de los servicios de hospitalización luego de que se haya hecho una verificación.

- Los hospitales a nivel nacional deben tener en su programación de guardias, retenes que cubran todas las especialidades que ofrecen.

Cabe mencionar, que, en el mismo documento, en disposiciones específicas se detallan los tipos de referencia que se pueden realizar, siendo estas.

- La referencia de tipo comunal, se da cuando el agente comunitario determina que el paciente presenta signos de alarma o se encuentra a merced de factores de riesgo, por lo que es necesario su traslado a otro centro de salud.
- Referencia entre establecimientos de salud, este tipo de referencia se dará cuando el problema que presente el paciente supere la capacidad de resolución del centro que lo atiende, o cuando se requiera de otra opinión diagnóstica, realizar otro procedimiento por una especialidad distinta o continuar con el tratamiento recomendado.
- Interconsulta-Transferencia, es el tipo de referencia que se hace cuando se requiera de la evaluación, confirmación del diagnóstico o intervención de otros especialistas, también se puede dar cuando el paciente requiera para su tratamiento y recuperación de un manejo integral de salud o cuando se trate de pacientes asegurados o de un sistema privado.

Además, según Parra (32) para un adecuado sistema de referencia, se debe tener en cuenta los tres niveles de atención que existen en el Perú: Primer nivel de atención, que tiene la capacidad de resolver y satisfacer la salud de la persona, las familias y la comunidad, Segundo Nivel de Atención, satisface las necesidades de salud de la población brindando atención de tipo ambulatoria, atención de emergencia y hospitalización, y el Tercer nivel de atención que brinda todos los servicios antes mencionado y además es capaz de proponer estrategias y normas a la autoridad de salud nacional.

Debido a la finalidad del presente estudio hemos considerado describir la definición de la referencia y la contrarreferencia según el Modelo de Intervención para Mejorar la Disponibilidad, Calidad y Uso de los Establecimientos que cumplen Funciones Obstétricas y Neonatales, según el

cual la referencia en la atención de emergencias obstétricas y neonatales, es aquel procedimiento administrativo y asistencial con los cuales se asegura la atención continua de las pacientes gestantes, puérperas y de los recién nacidos, la cual debe darse de manera oportuna siendo eficaz y eficiente. (33)

Por ultimo en cuanto a las definiciones conceptuales de nuestra variable de investigación, según el MINSA (30) la referencia y la contrarreferencia son parte del sistema de prestación de salud al cual se ha denominado como Sistema de Referencia y Contrarreferencia, cuyo principio es poder integrar de tres formas técnica, asistencial y administrativa, las capacidades de atención y resolución que existe en la oferta de servicios de los centros de salud tanto a nivel local, regional y nacional, para poder atender el requerimiento de salud que el paciente necesite, esto desde una mirada como derecho de vida.

De igual manera el MINSA (30) define los criterios que deben ser incluidos y considerados dentro de la referencia:

- Decidir la referencia del usuario basándose en las guías de atención y en la capacidad resolutoria del centro de destino.
- Elegir el establecimiento de referencia en base a criterios como recursos disponibles, flujo de referencias, entre otros, además será la Unidad de Referencias la que haga el trámite salvo en casos de emergencia, donde esta esta unidad quien se encargará de la hacer la referencia.
- La hoja de referencia se debe llenar correctamente.
- Se debe comunicar al usuario o familiares de la necesidad de la referencia.
- Se debe coordinar y confirmar la referencia con el área de admisión del centro de destino.
- Se debe indicar los cuidados que se deben tener con el paciente, sobre todo en casos de emergencia o cuando el estado del paciente lo requiera.

Se debe indicar que el traslado de una paciente con referencia a otro centro se haga con el acompañamiento debido de un personal profesional en salud o no profesional en base a las necesidades y complejidad del caso.

En cuanto a la fundamentación epistemológica, la presente investigación se basa en la relación entre sujeto y objeto, siendo el investigador el sujeto de la investigación y los objetos la variable a estudiar. (34) Desde el Criticismo de Kant, se plantea que solo se puede contribuir al conocimiento cuando se descubre algo nuevo que no estaba presente en el objeto. (35)

### III. METODOLOGÍA

#### 3.1 Tipo y diseño de investigación

##### 3.1.1 Tipo de investigación:

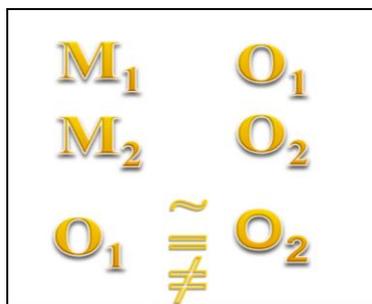
La presente investigación fue tipo aplicada según Vara (36), las investigaciones aplicadas están orientadas a la gestión e innovación de nuevos programas, así como también investiga sobre las gestiones administrativas con la finalidad de poder mejorarlas, como también busca proponer nuevas innovaciones en la gestión de las organizaciones.

A su vez fue de enfoque cuantitativo ya que se procedió a recolectar datos con los cuales se comprobaron hipótesis empleando la medición numérica y análisis estadísticos, por último, el método que se empleo es el científico, debido a que su desarrollo se basa en un proceso sistematizado, el cual con el uso de la medición la formulación y el análisis puede comprobar hipótesis. (37)

##### 3.2.2 Diseño de investigación:

El diseño de la presente investigación fue no experimental, descriptivo comparativo de corte transversal. Fue descriptiva comparativa ya que se observarán y compara la variable. (38) A su vez fue no experimental, debido a que no se manipularon las variables ni se alteró su medio ambiente, por último, fue corte transversal porque la recolección de los datos se hizo en un único momento dado. (39)

Por lo tanto, el diseño de nuestra investigación estuvo representado por el siguiente esquema.



Dónde:

$M_1$  = Profesionales de la salud que laboran en hospitales del Ministerio de Salud (MINSA)

M2= Profesionales de la salud que laboran en hospitales del Seguro Social de Salud (EsSalud)

O = Aplicación del instrumento (observación de variable)

### **3.2 Variables y Operacionalización**

#### **Definición Conceptual**

En el presente trabajo de investigación se ha considerado la variable, Referencia hospitalaria. Según la “Norma Técnica del Sistema de Referencia y Contrarreferencia de los Establecimientos del Ministerio de Salud”, la referencia se define conceptualmente como “el proceso administrativo de tipo asistencial mediante el cual el personal de salud de un establecimiento traslada las responsabilidades de atención en salud de un usuario o paciente a otro establecimiento que por sus condiciones tiene una mayor capacidad resolutive” (33).

#### **Definición Operacional:**

Se puede definir operacionalmente a la variable referencia hospitalaria, como “aquel conjunto de procedimientos de tipo asistencial y oportuno que permite que la paciente obstétrica cesareada con anterioridad dos veces sea trasladada a un establecimiento con mayor capacidad resolutive, a fin que sea atendida, la referencia será evaluada con los criterios: Coordinación del proceso, llenado de hoja de la referencia, tiempo de espera para la atención la cual fue medida a través de tres niveles: adecuada, regular, inadecuada (22).

### **3.3 Población, muestra y muestreo (criterios de selección)**

#### **3.3.1 Población**

Según Baena (40) la población de una investigación estuvo conformada por el grupo de individuos, los cuales pueden ser personas, objetos, empresas, historias médicas, entre otros., que tienen una característica en común. Por lo que la población de la presente investigación estuvo conformada por 120 profesionales de la salud que laboran en el servicio de obstetricia en un hospital público de Lima, 2022.

#### **Criterios de inclusión:**

- Profesionales de la salud que laboran en el servicio de obstetricia de un hospital del MINSA.

- Profesionales de la salud que laboran en el servicio de obstetricia de un hospital del EsSalud.

**Criterios de exclusión:**

- Profesionales de la salud que no laboren en el servicio de obstetricia de un hospital del MINSA.
- Profesionales de la salud que no laboren en el servicio de obstetricia de un hospital del EsSalud.

**3.3.2 Muestra:**

Según afirman Hernández et al. (37) cuando no se puede acceder a medir u observar a la totalidad de una población, se puede obtener una fracción de esta, a la que se le denomina como muestra. La muestra de la presente investigación fue no probabilística de tipo censal y estuvo conformada por 120 profesionales de la salud que laboran en el servicio de obstetricia de un hospital público de Lima, 2022.

**3.3.3 Unidad de análisis**

Profesionales de la salud que laboran en el servicio de obstetricia en un hospital público de Lima, 2022.

**3.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos**

La presente investigación empleó como técnica de recolección de datos la encuesta , (41) la cual es una técnica que nos permite recolectar información sobre opiniones, pensamientos, entre otros., con lo cual se puede evaluar comportamientos , actitudes, etc.

En cuanto al instrumento de recolección de datos, se emplearon un cuestionario diseñado a partir de la “Hoja para la evaluación de la referencia” que brinda el Ministerio de Salud como parte de la evaluación del Sistema de referencias y contrarreferencias de las emergencias obstétricas neonatales.

La “Hoja para la evaluación de la referencia”, consta de 12 ítems distribuidos en 3 dimensiones: Coordinación del proceso, Llenado de hoja de referencia y Tiempo de espera para la atención. Así mismo, los 12 ítems están distribuidos en una escala tipo Likert de 3 niveles: Nunca (1) Algunas veces (2) Siempre (3)

por lo que el puntaje mínimo que se puede alcanzar es de 12 y el puntaje máximo es de 3. Siendo los niveles alcanzados: Inadecuado, Regular Adecuado.

### **Confiabilidad y validez**

Según Hernández et al. (2014) la confiabilidad de un instrumento de recolección de datos se basa en el grado en que este produce o brinda resultados coherentes y consistentes, mientras que la validez es el grado en que los ítems que conforman un instrumento midan lo que verdaderamente deben medir. Para el caso del presente estudio, la validez del instrumento fue medida mediante la técnica de juicio de expertos, y la confiabilidad fue medida en una muestra piloto de 30, a través del estadígrafo Alfa de Cronbach. (Ver Anexo 5)

### **3.5 Procedimientos**

Debido a que la presente investigación realizará la recolección de datos en base a la aplicación de un cuestionario, antes de su revisión, se procederá a solicitar el permiso respectivo al director de la Institución como al área de archivos para que brinden el permiso respectivo para acceder a las historias médicas.

### **3.6 Método de análisis de datos**

Debido a finalidad de la presente investigación que es determinar el nivel de cumplimiento del sistema de referencia, una vez recogidos los datos, estos serán vertidos en el software computacional Windows Excel, en cual se realizara la sumatoria de los puntajes totales como por dimensiones. Una vez obtenidos estos datos se procederán a analizar en el software estadístico SPSS 26, con el cual se podrán obtener las frecuencias y porcentajes con el cual se podrán analizar el nivel de cumplimiento.

### **3.7 Aspectos Éticos**

El presente trabajo de investigación se sustenta en los principios éticos del Código de Ética en Investigación de la Universidad Cesar Vallejo; además se solicitó el consentimiento informado a los actores sociales que participaron, asumiendo el compromiso de guardar la confidencialidad de la información que sea recogida en esta investigación. Se respetó la autoría de información

mediante las citas y referencias correspondientes según las normas Vancouver.

## IV. RESULTADOS

### 4.1 Estadística descriptiva

A continuación, se presentarán los resultados encontrados en base a los objetivos planteados en la investigación.

**Tabla 1**

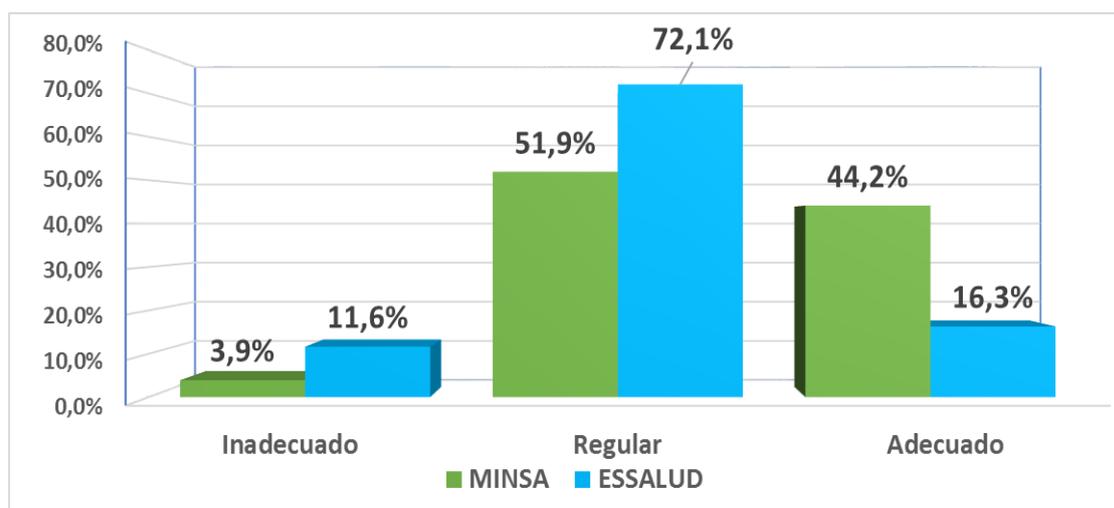
*Nivel de Cumplimiento del Sistema de Referencia*

grupo	Procedimientos invasivos						Total	
	Inadecuado		Regular		Adecuado		f	%
	f	%	f	%	f	%		
MINSA	3	3,9%	40	51,9%	34	44,2%	77	100,0%
ESSALUD	5	11,6%	31	72,1%	7	16,3%	43	100,0%
Total							120	100,0%

*Nota. Cuestionario*

**Figura 1**

*Nivel Cumplimiento del Sistema de Referencia Hospitalaria*

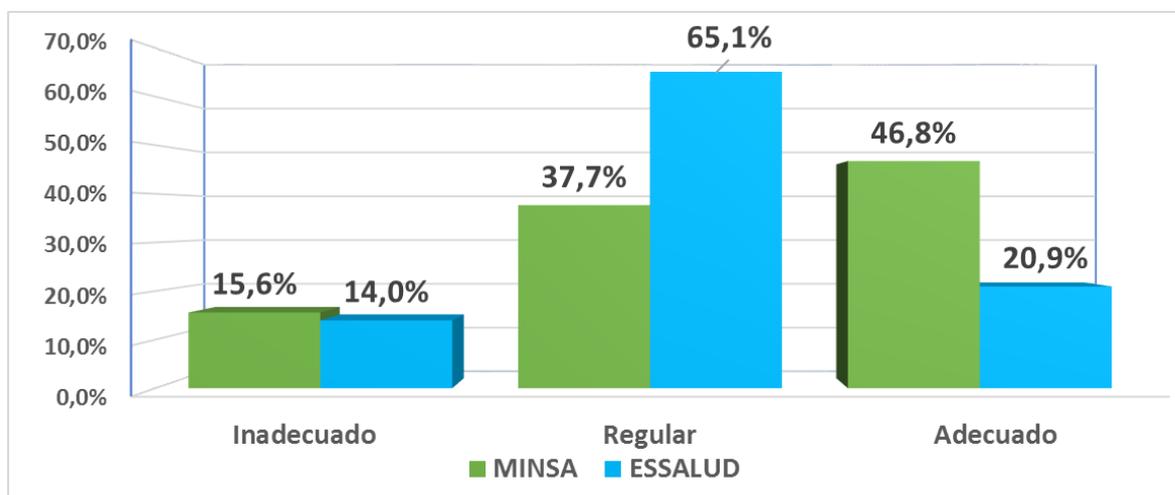


*Nota.* Del análisis de la tabla y figura anterior se concluye que el nivel del Sistema de Referencia Hospitalaria, es de nivel adecuado para el personal del MINSA con 44,1%, frente a 16,3% de ESSALUD. Mientras que para el nivel regular se tiene 51,9% para el personal del MINSA, y 72,1% de ESSALUD. Finalmente se notan pequeños porcentajes en el nivel Inadecuado con 3,9% para el MINSA y 11,6% en ESSALUD.

**Tabla 2***Nivel de Coordinación del Proceso*

grupo	Procedimientos invasivos						Total	
	Inadecuado		Regular		Adecuado		f	%
	f	%	f	%	f	%		
MINSA	12	15,6%	29	37,7%	36	46,8%	77	100,0%
ESSALUD	6	14,0%	28	65,1%	9	20,9%	43	100,0%
Total							120	100,0%

*Nota.* Instrumento aplicado

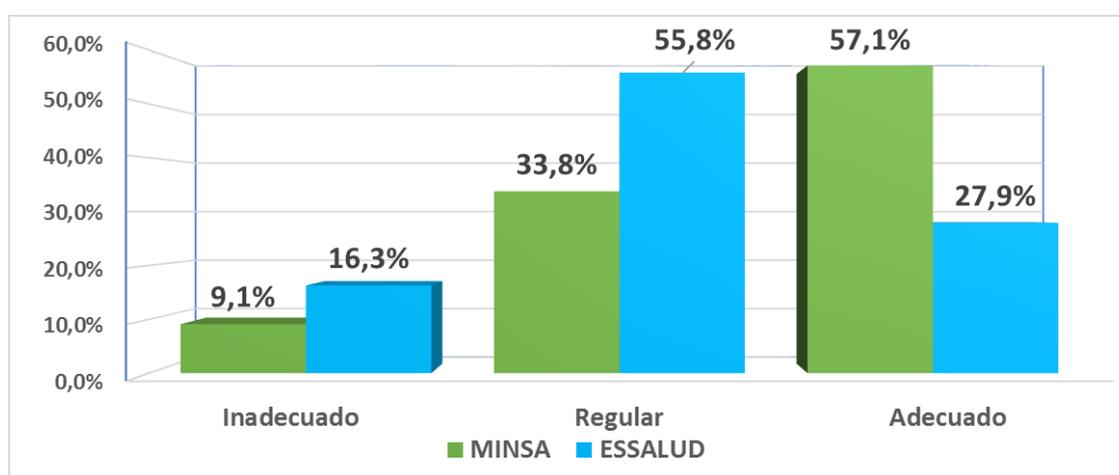
**Figura 2***Nivel de Coordinación del Proceso*

*Nota.* Del análisis comparativo para la dimensión *Coordinación del Proceso* se concluye que es de nivel adecuado en el personal del MINSA con 46,8% frente al 20,9% de ESSALUD.

El nivel regular se caracteriza por tenerlo el 37,7% del personal del MINSA y 65,1% de ESSALUD. Mientras que para el nivel inadecuado solo se presenta 15,6% para el personal del MINSA y 14% de ESSALUD.

**Tabla 3***Nivel de Llenado de hoja de referencia*

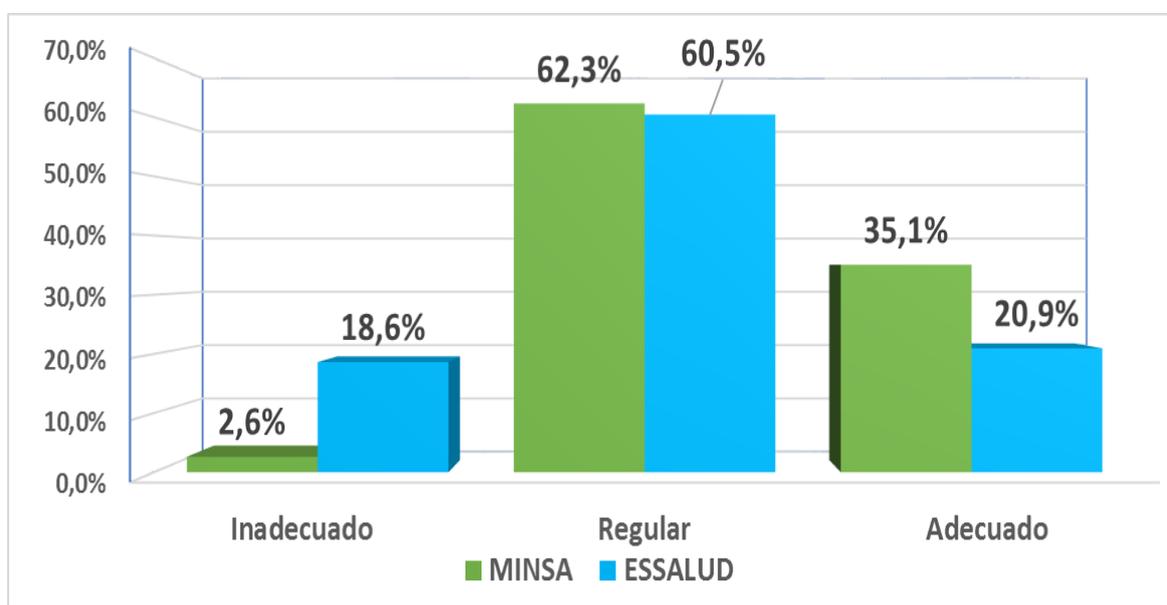
grupo	Procedimientos invasivos						Total	
	Inadecuado		Regular		Adecuado		f	%
	f	%	f	%	f	%		
MINSA	7	9,1%	26	33,8%	44	57,1%	77	100,0%
ESSALUD	7	16,3%	24	55,8%	12	27,9%	43	100,0%
Total							120	100,0%

*Nota.* Instrumento aplicado**Figura 3***Nivel de Llenado de hoja de referencia*

*Nota..* Del análisis de la dimensión llenado de hoja de referencia se concluye que el personal del MINSA presenta un nivel mayor con 57,1% en el nivel adecuado, frente a 27,9% de ESSALUD. El nivel regular está presente en 33,8% del personal del MINSA y 55,8% de ESSALUD. Finalmente, el nivel inadecuado lo presentan 9,1% del personal del MINSA y 16,3% de ESSALUD.

**Tabla 4***Nivel de Tiempo de espera*

grupo	Procedimientos invasivos						Total	
	Inadecuado		Regular		Adecuado		f	%
	f	%	f	%	f	%		
MINSA	2	2,6%	48	62,3%	27	35,1%	77	100,0%
ESSALUD	8	18,6%	26	60,5%	9	20,9%	43	100,0%
Total							120	100,0%

*Nota.* Instrumento aplicado**Figura 4***Nivel de Tiempo de espera para la atención*

*Nota.* Del análisis del nivel de Tiempo de espera para la atención, se concluye para el nivel adecuado el personal del MINSA es de 35,1% frente a 20,9% de ESSALUD. En el caso del nivel regular este es 62,3% en el personal del MINSA y 60,5% de ESSALUD. Por último, el nivel Inadecuado presenta 2,6% para el personal del MINSA y 18,6% de ESSALUD.

**Tabla 5**

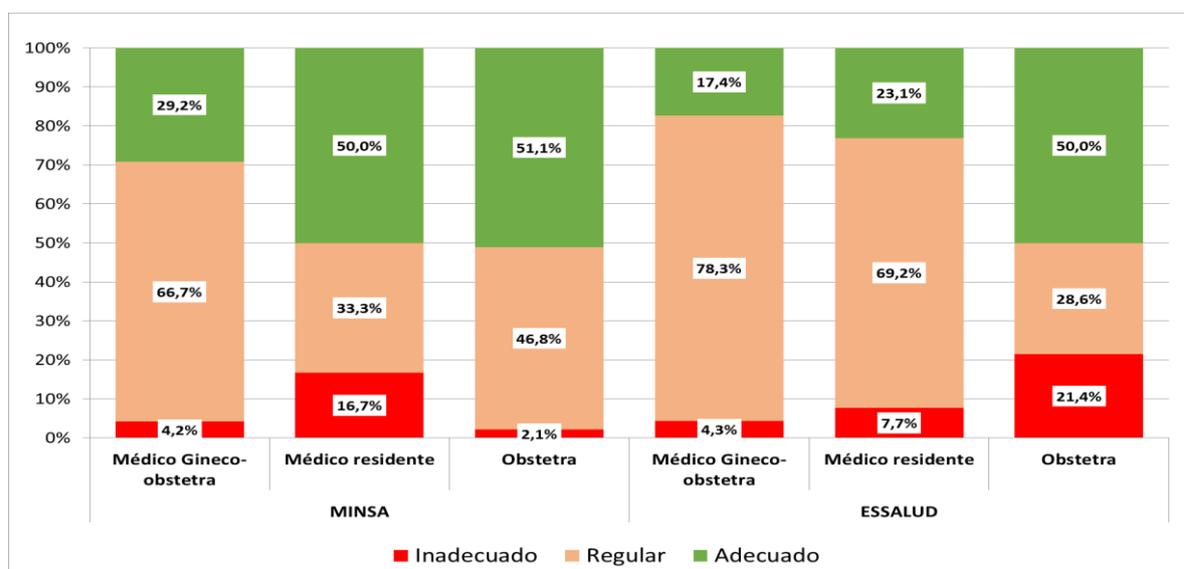
*Nivel de cumplimiento por especialidad*

		Inadecuado		Regular		Adecuado		total	Total
		f	%	f	%	f	%	f	%
<b>MINSA</b>	Médico Gineco-obstetra	1	4,2%	16	66,7%	7	29,2%	24	100,0%
	Médico residente	1	16,7%	2	33,3%	3	50,0%	6	100,0%
	Obstetra	1	2,1%	22	46,8%	24	51,1%	47	100,0%
ESSALUD	Médico Gineco-obstetra	1	4,3%	18	78,3%	4	17,4%	23	100,0%
	Médico residente	1	7,7%	9	69,2%	3	23,1%	13	100,0%
	Obstetra	3	21,4%	4	28,6%	0	50,0%	7	100,0%

*Nota.* Instrumento aplicado

**Figura 5**

*Nivel de cumplimiento por especialidad*

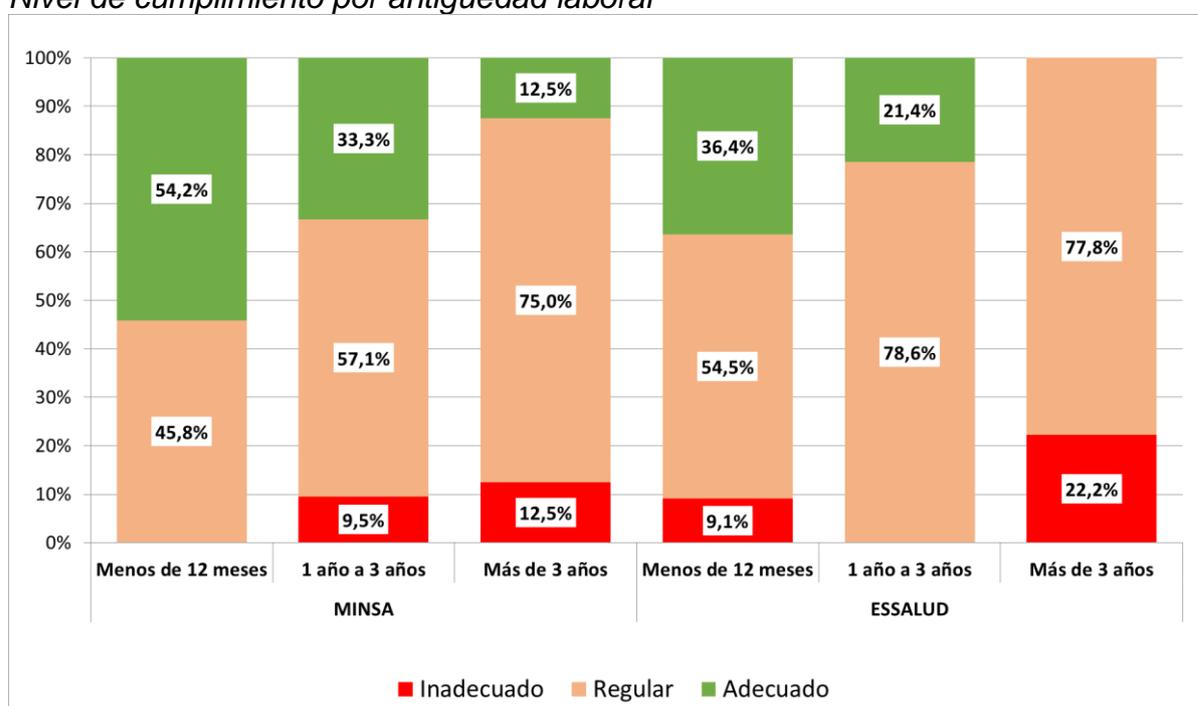


*Nota.* Del análisis del nivel de cumplimiento del Sistema de Referencia hospitalaria por especialidad se concluye que, para el personal del MINSA los Médicos residentes y obstetras, su nivel es adecuado con 50% y 51,1% respectivamente, mientras que los Médicos gineco-obstetras es de nivel regular con 66,7%.

Por otro lado, para el personal de ESSALUD los obstetras se ubican en un nivel de cumplimiento de forma adecuada con 50%, mientras que el médico residente presenta 69,2% en el nivel regular, y los Médico Gineco-obstetras también de nivel regular con 78,3%.

**Tabla 6***Nivel de cumplimiento por antigüedad laboral*

		Inadecuado		Regular		Adecuado		total	Total
		f	%	f	%	f	%	f	%
MINSA	Menos de 12 meses	0	0,0%	22	45,8%	26	54,2%	48	100,0%
	1 año a 3 años	2	9,5%	12	57,1%	7	33,3%	21	100,0%
	Más de 3 años	1	12,5%	6	75,0%	1	12,5%	8	100,0%
ESSALUD	Menos de 12 meses	1	9,1%	6	54,5%	4	36,4%	11	100,0%
	1 año a 3 años	0	0,0%	11	78,6%	3	21,4%	14	100,0%
	Más de 3 años	4	22,2%	14	77,8%	0	0,0%	18	100,0%

*Nota.* Instrumento aplicado**Figura 6***Nivel de cumplimiento por antigüedad laboral*

*Nota.* Del análisis del nivel de cumplimiento del Sistema de Referencia hospitalaria, por antigüedad laboral del encuestado se concluye; que para el personal del MINSA los que tienen menos de 12 meses se ubican en un nivel adecuado con 54,2%, de 1 a 3 años de forma regular con 57,1%, y los que presentan una antigüedad mayor a 3 años se ubican en un nivel regular con 75%.

Por otro lado, para el personal del ESSALUD, el nivel de cumplimiento del Sistema de Referencia hospitalaria, es regular siendo para menos a 12 meses 54,5%, mientras que los de 1 a 3 78,6% y finalmente más de 3 años con 77,8%.

#### **4.2.2 Estadística Inferencial**

##### **Prueba de normalidad de datos.**

Para la variable Cumplimiento del Sistema de Referencia Hospitalaria y sus dimensiones: Coordinación del proceso, Llenado de hoja de referencia y Tiempo de espera, segmentados por Hospital (Minsa, Essalud), se evidenció que los datos no se ajustan al criterio de normalidad por lo que se procedió a rechazar la hipótesis nula de la normalidad, por lo que se optó por usar la prueba no paramétrica U de Mann Whitney, por tratarse de dos grupos independientes. (Ver Anexo 4)

Ambas pruebas estadísticas tienen la siguiente regla de decisión.

Si  $p \geq 0,05$  los datos tienen una distribución normal.

Si  $p < 0,05$  los datos difieren de la distribución normal.

## Prueba de Hipótesis General

**Ho:** No existen diferencias significativas entre los niveles de cumplimiento del sistema de referencia hospitalaria en pacientes cesareadas anteriores en un hospital Público de Lima – 2022.

**H1:** Existen diferencias significativas entre los niveles de cumplimiento del sistema de referencia hospitalaria en pacientes cesareadas anteriores en un hospital Público de Lima – 2022.

**Tabla 7**

*Prueba U de Mann Whitney*

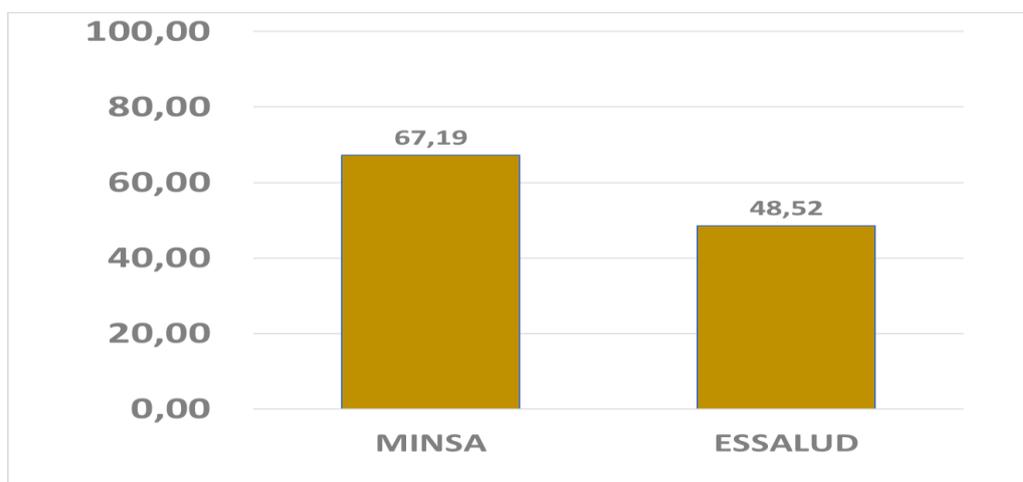
	Grupo	N	Rango promedio	Suma de rangos	Estadísticos de prueba	
Sistema de referencia	MINSA	77	67,19	5173,50	U de Mann-Whitney	1140,500
	ESSALUD	43	48,52	2086,50	W de Wilcoxon	2086,500
	Total	120			Z	-3,249
					Sig. asintótica(bilateral)	,001

a. Variable de agrupación: Grupo

Nota.: SPSS v25

**Figura 7**

*Rangos promedio*



*Nota.: Tablax.*

Nota. De los resultados del análisis inferencial para el Sistema de referencia, se concluye que existen diferencias significativas entre los grupos de estudio,  $U=1140,500$ ,  $p=0,01 < 0,05$ , siendo el personal del MINSA los que presentan mayores rangos promedios con 67,19 frente al personal de ESSALUD con 48,52, mostrados en su figura correspondiente.

Por lo tanto, se rechaza la hipótesis nula de igualdad de grupos y se llega a la conclusión que: Si existen diferencias significativas en el nivel de cumplimiento del Sistema de Referencia hospitalaria en las pacientes cesareadas anteriores en un hospital Público de Lima – 2022.

### Prueba de Hipótesis específica 1

**H.0:** No existen diferencias significativas entre los niveles de coordinación del proceso de referencia hospitalaria en pacientes cesareadas anteriores en un hospital Público de Lima – 2022.

**H.1:** Existen diferencias significativas entre los niveles de coordinación del proceso de referencia hospitalaria en pacientes cesareadas anteriores en un hospital Público de Lima – 2022.

**Tabla 8**

*Prueba U de Mann Whitney*

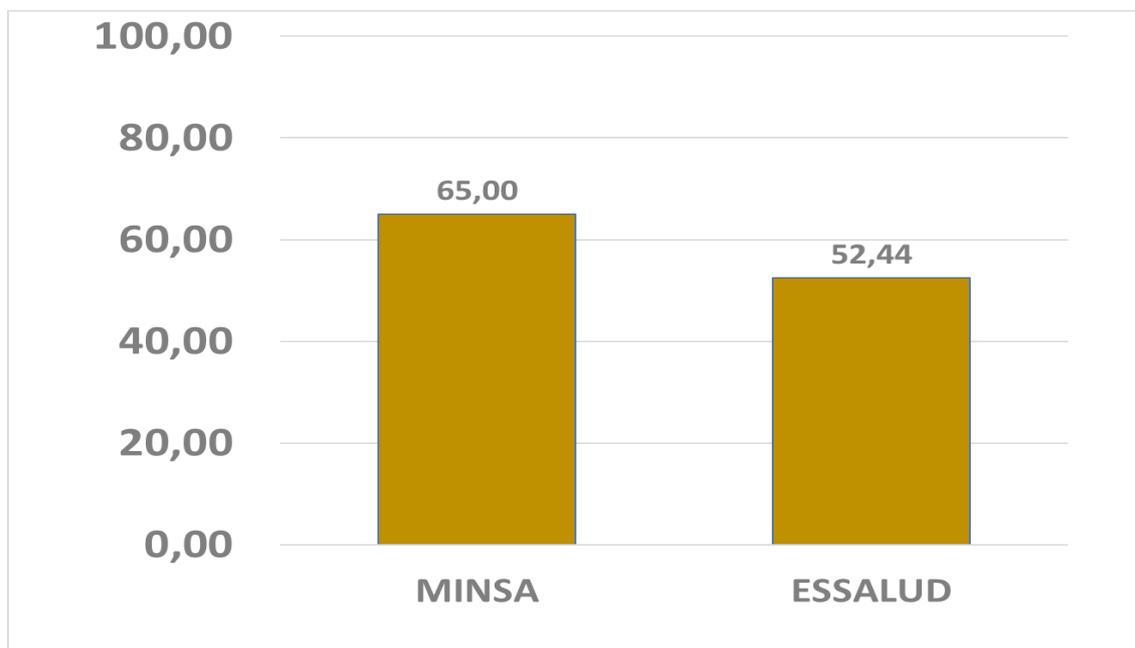
	Grupo	N	Rango promedio	Suma de rangos	Estadísticos de prueba	
Coordinación del proceso	MINSA	77	65,00	5005,00	U de Mann-Whitney	1309,000
	ESSALUD	43	52,44	2255,00	W de Wilcoxon	2255,000
	Total	120			Z	-2,073
					Sig. asintótica(bilateral)	,038

a. Variable de agrupación: Grupo

Nota.: SPSS v25

**Figura 8**

*Rangos promedio*



*Nota:: Tablax.*

Nota. De los resultados del análisis inferencial para la Coordinación del proceso, se concluye que existen diferencias significativas entre los grupos de estudio,  $U=1309,000$ ,  $p=0,038 < 0,05$ , siendo el personal del MINSA los que presentan mayores rangos promedios con 65,00 frente al personal de ESSALUD con 52,44, mostrados en su figura correspondiente.

Por lo tanto, se rechaza la hipótesis nula de igualdad de grupos y se llega a la conclusión que: Si existen diferencias significativas en el nivel de Coordinación del proceso referencia hospitalaria en las pacientes cesareadas anteriores en un hospital Público de Lima – 2022.

## Prueba de Hipótesis específica 2

**H.0:** No existen diferencias significativas entre los niveles de llenado de hoja de referencia hospitalaria en pacientes cesareadas anteriores en un hospital Público de Lima – 2022.

**H.1:** Existen diferencias significativas entre los niveles de llenado de hoja de referencia hospitalaria en pacientes cesareadas anteriores en un hospital Público de Lima – 2022.

**Tabla 9**

*Prueba U de Mann Whitney*

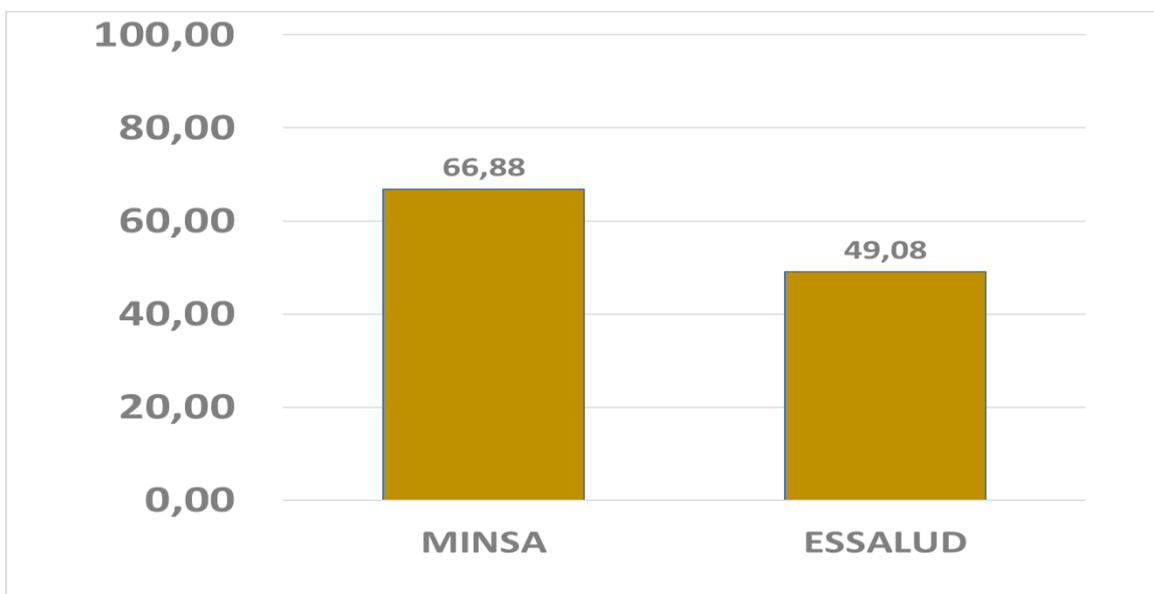
					Estadísticos de prueba	
	Grupo	N	Rango promedio	Suma de rangos		
Llenado de la hoja de referencia	MINSA	77	66,88	5149,50	U de Mann-Whitney	1164,500
	ESSALUD	43	49,08	2110,50	W de Wilcoxon	2110,500
	Total	120			Z	-2,959
					Sig. asintótica(bilateral)	,003

a. Variable de agrupación: Grupo

Nota.: SPSS v25

**Figura 9**

*Rangos promedio*



*Nota:: Tablax.*

Nota. De los resultados del análisis inferencial para Llenado de la hoja de referencia, se concluye que existen diferencias significativas entre los grupos de estudio,  $U=5149,50$  y  $p=0,003<0,05$ , siendo el personal del MINSA los que presentan mayores rangos promedios con 66,88 frente al personal de ESSALUD con 49,08, mostrados en su figura correspondiente.

Por lo tanto, se rechaza la hipótesis nula de igualdad de grupos y se llega a la conclusión que: Si existen diferencias significativas en el nivel de llenado de hoja de referencia hospitalaria en las pacientes cesareadas anteriores en un hospital Público de Lima – 2022.

### Prueba de Hipótesis específica 3

**H.0:** No existen diferencias significativas entre los niveles de tiempo de espera para la atención hospitalaria en pacientes cesareadas anteriores en un hospital Público de Lima – 2022.

**H.1:** Existen diferencias significativas entre los niveles de tiempo de espera para la atención hospitalaria en pacientes cesareadas anteriores en un hospital Público de Lima – 2022.

**Tabla 10**

*Prueba U de Mann Whitney*

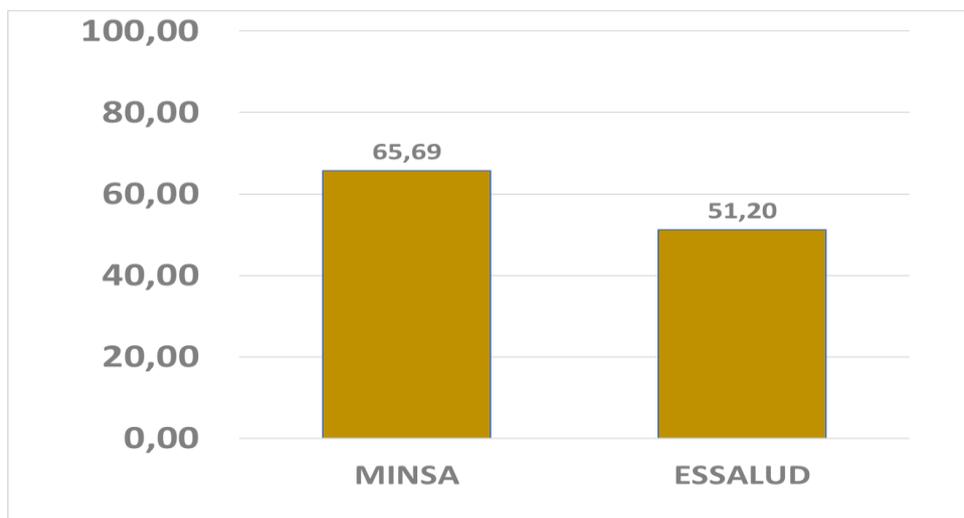
					Estadísticos de prueba	
	Grupo	N	Rango promedio	Suma de rangos		
Tiempo de espera para la atención	MINSA	77	65,69	5058,50	U de Mann-Whitney	1255,500
	ESSALUD	43	51,20	2201,50	W de Wilcoxon	2201,500
	Total	120			Z	-2,548
					Sig. asintótica(bilateral)	,011

a. Variable de agrupación: Grupo

Nota: SPSS v25

**Figura 10**

*Rangos promedio*



*Nota: Tablax.*

Nota. De los resultados del análisis inferencial para el Tiempo de espera para la atención, se concluye que existen diferencias significativas entre los grupos de estudio,  $U=1255,500$  y  $p=0,011 < 0,05$ , siendo el personal del MINSA los que presentan mayores rangos promedios con 65,59 frente al personal de ESSALUD con 51,20, mostrados en su figura correspondiente.

Por lo tanto, se rechaza la hipótesis nula de igualdad de grupos y se llega a la conclusión que: Si existen diferencias significativas en el nivel de tiempo de espera para la atención hospitalaria en las pacientes cesareadas anteriores en un hospital Público de Lima – 2022.

## V. DISCUSIÓN

El objetivo general de la presente investigación fue poder Comparar las diferencias que existen sobre los niveles de cumplimiento del sistema de referencia hospitalaria en pacientes cesareadas anteriores en un hospital Público de Lima – 2022, a través de análisis descriptivos de los datos se demostró que el nivel regular fue el mayor porcentaje con un 72,1% para los profesionales del MINSA y el 51,9% para ESSALUD. Por otro lado, comparativamente por especialidad se observó que los médicos gineco-obstetras se ubicaron con un 78.3% en el nivel regular; asimismo, por antigüedad laboral fueron los trabajadores del Seguro Social de 1 a 3 años, con 78,6% quienes se ubicaron en un nivel regular. Al contrastar la hipótesis general con el estadístico U de Mann Whitney, se obtuvo un nivel de significancia de 0,01 menor que el p valor 0,05, por lo que se rechazó la Ho, por no existir diferencia significativa en el cumplimiento del sistema de referencia hospitalaria.

A su vez estos resultados guardan relación con lo encontrado por Cardenas (18) quien encontró que el manejo administrativo de las referencias por parte del personal de salud alcanzo un nivel regular (33%), a nivel de manejo asistencial alcanzó también un nivel regular (34%), concluyendo que en general el cumplimiento del SRC por parte del personal de salud y administrativo se cumple en un nivel regular.

De igual manera Eufrásio et al. (42) en su investigación sobre la incidencias de los partos por cesárea afirma que los factores asociados a un incremento de estos se debe a la mala coordinación existente entre los hospitales cuando se procede a derivar a las pacientes a otros hospitales como mayor capacidad resolutive.

Debemos considerar estos resultados analizándolos bajo el fundamento científico y técnico de la salud como derecho, el cual está basado en la Declaración de los derechos humanos, los cuales reconocen que la salud es un derecho inherente a todos los seres humanos y que además este debe considerar que las personas reciban una atención adecuada y de calidad (21). Es decir, brindándole una atención precoz y oportuna en el tiempo de espera.

De igual manera hay que considerar que en el Perú las atenciones de la salud están enmarcadas dentro del Modelo de Cuidado Integral en Salud, modelo según el cual la atención de la salud debe involucrar aquellas acciones dirigidas a las personas, a las familias y a las comunidades que busquen garantizar una atención de calidad, por lo que el cumplimiento a un nivel regular del sistema de referencia por parte del profesional de salud, estaría afectando a las pacientes cesareadas anteriores, por lo que no se estaría cumpliendo con lo estipulado en dicho modelo.

En cuanto al primer objetivo de investigación el cual fue comparar las diferencias que existen sobre los niveles de coordinación del proceso de referencia hospitalaria en pacientes cesareadas anteriores en un hospital Público de Lima – 2022., al analizar los datos descriptivos de esta dimensión del sistema de referencia hospitalaria, se encontró que el 65,1% de los profesionales de ESSALUD, se ubicaron en un nivel regular de cumplimiento en la coordinación del proceso, mientras que el 37,7% de los profesionales del MINSA, también se ubicaron en un nivel regular de cumplimiento. Al contrastar la primera hipótesis específica con el estadístico U de Mann Whitney, se halló un nivel de significancia de ,038 menor que el p valor 0,05, por lo que se rechazó la hipótesis nula de investigación, concluyendo que existen diferencias significativas en el cumplimiento de la coordinación del proceso del sistema de referencia hospitalaria en pacientes cesareadas anteriores desde la percepción del personal de salud.

Teniendo en cuenta que la coordinación del proceso de referencia hospitalaria, según el Ministerio de Salud (30), implica que se realicen las coordinaciones necesarias para que la paciente cesareada anterior pueda ser atendida de manera eficiente en el centro de salud al cual es referida, lo cual además implica también que se coordine y se comunique sobre los cuidados que se debe tener con el paciente referido, estos resultados guardan relación con la investigación llevada a cabo por De Uriarte (12) quien como parte de su estudio sobre el cumplimiento de los protocolos médicos que se deben tener en cuenta con las pacientes CA, encontró que en el 80% de los casos de pacientes cesareadas no se cumplió de forma adecuada con los procedimientos para la atención, de igual manera en los casos de pacientes

cesareadas anteriores, en el 89% de los casos no se cumplieron con los protocolos de atención.

De igual manera la investigación llevada a cabo Chavarría (16) cuyo objetivo fue poder conocer cuáles son los factores asociados a las indicaciones de realización de cesárea, encontró que solo el total de cesáreas llevadas a cabo el 20% fueron injustificadas, debido en parte una mala coordinación o no seguir los procedimientos establecidos. Al igual que la investigación de Santos et al. (43) quienes afirman que la mortalidad neonatal tiene como factor asociado la demora administrativa en los hospitales a donde se dirigen las pacientes de partos por emergencia, de igual forma Moraes et al. (44) encontró como parte de su investigación sobre los factores asociados al viaje o traslado de las pacientes gestantes, que el 55% de ellas viaja a un hospital de referencia para poder ser atendidas.

Así mismo, Santos et al. (15) en su investigación encontró que entre los factores asociados a la mortalidad neonatal, el 84% de los casos se debió a que las pacientes vivían en zonas rurales, y no pudieron llegar hospital y el 56% de los casos se debió a falta de controles prenatales, sea por no contar con los servicios en su lugar de origen o no haber podido ser referenciadas por problemas administrativos en torno a la referencia.

En cuanto al segundo objetivo específico el cual fue poder comparar las diferencias que existen sobre los niveles de llenado de hoja de referencia hospitalaria en pacientes cesareadas anteriores en un hospital Público de Lima – 2022, al realizar el análisis de los datos descriptivos se pudo encontrar que el 55,8% de los trabajadores de Essalud cumplen a un nivel regular con el llenado de la hoja de referencia, mientras que en el mismo nivel el 33,8% de los profesionales de salud del MINSa cumplen a un nivel regular con el llenado de la hoja de referencia. Cabe mencionar, que el 57,1% de los profesionales de salud del MINSa se ubican en un nivel adecuado en cuanto al llenado de la hoja de referencia.

Al realizar el contraste de la segunda hipótesis de investigación con el estadístico U de Mann Whitney, se halló un nivel de significancia ,003 la cual es menor que el p valor 0,05, por lo que se decidió rechazar la hipótesis nula y aceptar la hipótesis de investigación, concluyendo que existen diferencias

significativas en el llenado de la hoja de referencia en las pacientes CA, desde la percepción del personal de salud.

Teniendo en cuenta que en la hoja de referencia de la paciente cesareada con anterioridad según el MINSA (33) van los datos consignados como nombre y apellidos de la paciente, centro de procedencia, centro a la que es referida, exámenes realizados, entre otros, estos resultados guardan relación con lo encontrado en su estudio por Vigil (5) quien busco determinar la relación existente entre el sistema de referencia y contrarreferencia hospitalaria y la mortalidad neonatal, encontrando que solo el 83,4% de las referencias y contrarreferencias realizadas se realizaron de manera regular, el 15,9% se realizaron de forma inadecuada mientras que el 0,7% se hizo de forma adecuada.

Además según la investigación de Saraiva et al. (45) encontraron como parte de su investigación sobre los factores asociados al parto por cesárea que del 31% de cesáreas registradas, el 17% habían sido de pacientes de otros centros hospitalarios referidas para el proceso de parto, además al revisar la historia en la mitad de ellas no se habían consignados sus datos de procedencia como de sus exámenes previos. También Salvetti et al. (46) encontró como característica de las complicaciones durante el parto, que el 35% de los partos registrados no se consignaron los datos de las parturientas por lo que se presentaba problemas en su atención.

En la misma línea, Da Silva et al. (47) encontró en su investigación sobre los factores asociados al parto normal y por cesárea, que el 17% de los partos por cesárea se debía problemas en la atención de la pacientes por falta de datos sobre sus exámenes previos, lugar de procedencia así como también por la falta de atención debido a problemas administrativos.

En cuanto al tercer objetivo de investigación el cual fue poder comparar las diferencias que existen sobre los niveles de tiempo de espera para la atención hospitalaria en pacientes cesareadas anteriores en un hospital Público de Lima – 2022, al realizar el análisis descriptivo de los datos se pudo encontrar que el 62,3% de los profesionales del Ministerio de Salud, cumplen a un nivel regular con los tiempos de espera, mientras que el 60,5% de los profesionales de la Seguridad Social, cumplen también en un nivel regular.

Al realizar el contraste de la tercera hipótesis de investigación con el estadígrafo U de Mann Whitney, se halló un nivel de significancia de ,011 el cual es menor que el p valor 0,05., por lo que se decidió rechazar la hipótesis nula y aceptar la hipótesis de investigación, por lo que se concluyó que si existen diferencias significativas en el tiempo de espera para la atención en las pacientes cesareadas anteriores desde la percepción del personal de salud.

Estos resultados guardan relación con el estudio llevado a cabo por Betancourt-Ruiz et al. (14) quienes como parte de su investigación sobre los factores asociados a la no adherencia del control prenatal, encontraron que los motivos principales de que las pacientes no acudan a sus controles, son las largas esperas para la asignación de la cita médica, los tiempos de espera en las filas de los hospitales (45%).

Así mismo la investigación de Llanos et al. (17) encontró que en relación al análisis de referencias y contrarreferencias, el tiempo promedio de aceptación de la referencia fue de 24 horas (23,1%) además encontró que después de la aceptación de la referencia, la cita médica era asignada al paciente en un promedio de 80 a 85 días. De igual manera la investigación de Retamozo (20) sobre las características de las referencias del servicio de emergencia, encontró que el 43,9% de la referencias no se llegaron a referir, y de este porcentaje el 16,1% de las pacientes falleció a la espera de su referencia.

Además, en referencia al tiempo de espera para atención en pacientes cesareadas anteriores, se encontró que según la investigación de Ferreira et al. (48) que la demora en la atención de las pacientes en labor de parto se asoció con un incremento de la mortalidad infantil, además según Ruiz et al. (49), uno de los factores asociados al parto vaginal después de un parto por cesárea se debe a un menor tiempo de atención debido a las preparaciones previas al parto por cesárea al igual que la investigación llevada a cabo por Jardim et al. (50) quien afirma que las pacientes refieren preferir el parto por cesárea por ser más rápido sin embargo refieren tener más demora para la atención.

## VI. CONCLUSIONES

Según los hallazgos obtenidos en el análisis estadístico de la presente investigación se concluye.

**Primera:** Se identificó que el nivel del Sistema de Referencia Hospitalaria, obtuvo un nivel adecuado para el personal del MINSA con 44,1%, frente a 16,3% de ESSALUD, existiendo diferencias significativas entre ambos grupos de estudio demostrado con la prueba U de Mann Whitney=1140,500 y sig. (p)=0,001<0,05.

**Segunda:** Se identificó que la dimensión Coordinación del Proceso obtuvo un nivel adecuado para el personal del MINSA con 46,8% frente al 20,9% de ESSALUD, existiendo diferencias significativas entre ambos grupos de estudio demostrado con la prueba U de Mann Whitney= 1309,000 y sig. (p)=0,038<0,05.

**Tercera:** Se identificó que la dimensión llenado de la hoja de referencia, obtuvo un nivel adecuado para el personal del MINSA con 57,1% frente al 27,9% de ESSALUD, existiendo diferencias significativas entre ambos grupos de estudio demostrado con la prueba U de Mann Whitney=1164,500 y sig. (p)=0,003<0,05.

**Cuarta:** Se identificó que la dimensión Tiempo de espera, obtuvo un nivel adecuado para el personal del MINSA con 35,1% frente al 20,9% de ESSALUD, existiendo diferencias significativas entre ambos grupos de estudio demostrado con la prueba U de Mann Whitney=1255,500 y sig.(p)=0,011<0,05.

## **VII. RECOMENDACIONES**

**Primera:** En base a los resultados de la presente investigación se recomienda ampliar el estudio hacia otras áreas o servicios que brindan los hospitales del MINSA y EsSalud, a fin de poder comparar cual es el nivel de cumplimiento del sistema de referencia hospitalaria y como este podría estar afectando a los usuarios.

**Segunda:** Debido a que el cumplimiento del sistema de referencia esta ligado aspectos personales de los profesionales de la salud, se recomienda realizar una investigación correlacional entre el cumplimiento del sistema de referencia y variables como motivación laboral, síndrome de burnout, compromiso laboral, entre otros.

**Tercera:** Los directores de los hospitales que participaron del estudio, deben implementar capacitaciones a su personal de salud a fin de reforzar los conocimientos sobre el correcto cumplimiento del sistema de referencia hospitalaria con el fin de mejorar la calidad del servicio brindado a las pacientes que acuden al servicio de obstetricia y usuarios en general.

**Cuarta:** Se recomienda realizar una encuesta sobre la calidad del servicio a los y las pacientes que acuden a los servicios de obstetricia del MINSA y EsSalud a fin de recabar información sobre su percepción en torno al cumplimiento del sistema de referencia hospitalaria.

## REFERENCIAS

1. Salud OM de la. Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea. *Perform Res.* 2015;6(1):90–3.
2. OPS/OMS Organización Mundial de la Salud, organización Panamericana de la Salud. La cesárea solo debería realizarse cuando es médicamente necesaria [Internet]. Organización Mundial de la Salud (OMS). 2015 [cited 2022 May 3]. p. 1. Available from: [https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=10646:2015-la-cesarea-solo-deberia-realizarse-cuando-es-medicamente-necesaria&Itemid=1926&lang=es](https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=10646:2015-la-cesarea-solo-deberia-realizarse-cuando-es-medicamente-necesaria&Itemid=1926&lang=es)
3. Matos MM de, Leite MDP, Silva MRS da, Silva MGL, Olivotti NR, Sobral R de S, et al. Depressão pós-parto em mulheres que tiveram cesárea não programada. *Rev Eletrônica Acervo Saúde.* 2021;13(6):e7060.
4. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Capítulo 7. Salud materna. 2019;32.
5. Vigil Vásquez S. “Relación del Sistema de Referencia y Contrareferencia con la Mortalidad Materna del Hospital II 2 Tarapoto, 2017.” Univ César Vallejo [Internet]. 2019 [cited 2022 May 20]; Available from: [https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/29595/Vigil\\_VSL.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/29595/Vigil_VSL.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
6. Collado S, Sánchez Á. ¿Referencia y contrarreferencia o multi-rechazo hospitalario? un abordaje cualitativo. *Conamed* [Internet]. 2016;17(Supl 1):23–31. Available from: <http://www.dgdi-conamed.salud.gob.mx/ojs-conamed/index.php/revconamed/article/view/327/606>
7. Luján AIC, Loaiza DMC, Bandala MAS, Rojas VG. Perception of the health care coordination: The case of the health care networks in xalapa and veracruz, Mexico during 2014-2016. *Rev Gerenc y Polit Salud.* 2020 Mar 30;19.
8. López-Vázquez J, Pérez-Martínez DE, Vargas I, Vázquez ML. Barriers and factors associated with the use of coordination mechanisms between levels of care in Mexico. *Cad Saude Publica.* 2021 Apr 16;37(4):e00045620.
9. Ortega M, Prato J, Coria A, Lara S, Barrell A, Téllez V. Os Sistemas de

- Referencia e Contra-Referência de pacientes na América Latina: Mecanismos de Coordenação Assistencial e papel da Medicina de Família e Comunidade. Rev Bras Med Família e Comunidade [Internet]. 2016 [cited 2022 May 3];11(Suppl 2):37–45. Available from: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1384/782>
10. Carmen de Guadalupe Adrianzén Costa. Sistema de referencias y contrarreferencias y la atención oportuna de los asegurados del Hospital Rebagliati TESIS. Repos Inst - UCV [Internet]. 2020;1–61. Available from: <http://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/46936>
  11. Lima RP, Soto A. Simposio BARRERAS PARA UNA ATENCIÓN EFICAZ EN LOS HOSPITALES DE REFERENCIA DEL MINISTERIO DE SALUD DEL PERÚ: ATENDIENDO PACIENTES EN EL SIGLO XXI CON RECURSOS DEL SIGLO XX BARRIERS TO EFFECTIVE CARE IN THE REFERRAL HOSPITALS OF PERU'S MINISTRY OF HEALTH: . Rev Peru Med Exp Salud Publica [Internet]. 2019 [cited 2022 May 3];36(2):304–15. Available from: <http://dx.doi.org/10.17843/rpmesp.2019.362.4425>.
  12. DE URIARTE ORTEGA SA DE. EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LOS PROTOCOLOS PARA LA INDICACIÓN RELATIVA DE OPERACIÓN CESÁREA EN EL HOSPITAL MATERNO INFANTIL ISSEMYM EN EL AÑO 2019. 2012.
  13. Martin Rubio Rodriguez J. FACTORES ASOCIADOS A LA INASISTENCIA AL PROGRAMA DE ATENCIÓN PARA EL CUIDADO PRENATAL. CAUCASIA, 2019. DIVISION DE POSGRADOS Y EDUCACIÓN CONTINUADA ESPECIALIZACIÓN GERENCIA ADMINISTRATIVA EN SALUD. Pediatr Neonatol. 2016;
  14. Betancourt-Ruiz AM, García MY. Factores asociados a la no adherencia del control prenatal en gestantes. Rev Arbitr Interdiscip Ciencias la Salud Salud y Vida [Internet]. 2020 [cited 2022 May 20];4(7):74. Available from: <https://fundacionkoinonia.com.ve/ojs/index.php/saludyvida/article/view/646/pdf>
  15. Santos Zerón LF, Martínez Murcia GH, Meza Maldonado RA, Valencia Calderón DE, Manchamé Morales JD. Factores Asociados a Mortalidad

- Neonatal En Los Hospitales De Santa Bárbara E Intibucá. Rev Científica la Esc Univ las Ciencias la Salud. 2019;6(1):6–12.
16. Chavarría Cano LH. Factores asociados a la indicación de cesárea en embarazadas atendidas por el servicio de obstetricia. Hospital amistad Japón – Nicaragua. Granada. Enero a diciembre 2017. 2018 [cited 2022 May 20];1–73. Available from:  
<https://repositorio.unan.edu.ni/9149/1/98755.pdf>
  17. Llanos Zavalaga LF, Orellana Vásquez AT, Aguado Franciso HT. INVESTIGACIÓN ORIGINAL / ORIGINAL RESEARCH. Rev Med Hered [Internet]. 2021 [cited 2022 May 20];32:91–102. Available from:  
<http://www.scielo.org.pe/pdf/rmh/v32n2/1729-214X-rmh-32-02-91.pdf>
  18. Cardenas Urrelo RP. Sistema de referencia y contrarreferencia en el manejo de las emergencias obstétricas en el Hospital Rural de Lamas. TecnoHumanismo [Internet]. 2021 [cited 2022 May 20];1(11):1–11. Available from:  
[https://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/6863/Cardenas\\_URP.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/6863/Cardenas_URP.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
  19. Cardenas Macedo GG, Sánchez Davila K, Delgado Bardales JM, Arévalo Fasanando L. Vista de Sistema de referencia y contrarreferencia con el manejo de las emergencias obstétricas del Hospital II-1 Moyobamba, 2020. Rev Int Salud Matern Fetal [Internet]. 2021 [cited 2022 May 20]; Available from:  
<http://ojs.revistamaternofetal.com/index.php/RISMF/article/view/249/258>
  20. Retamozo Arias JA. FACTORES ASOCIADOS AL RESULTADO DE LAS REFERENCIAS DE EMERGENCIA A HOSPITALES DE MAYOR COMPLEJIDAD EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO. JULIO – DICIEMBRE 2015. [Internet]. Universidad Cayetano Heredia; 2017. Available from:  
[https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/1005/Factores\\_RetamozoArias\\_Jaime.pdf?sequence=4&isAllowed=y](https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/1005/Factores_RetamozoArias_Jaime.pdf?sequence=4&isAllowed=y)
  21. Salud Sin Límites Perú, MedicusMundi Navarra. Aportes para la operativización del modelo de atención integral de salud basado en familia y comunidad del primer nivel [Internet]. 2002 [cited 2022 May 20].

- Available from: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1880.pdf>
22. MINSA. Manual de implementación del Modelo de Cuidado Integral de Salud por Curso de Vida para la Perosna, Familia y comunidad (MCI). Ministerio de Salud del Peru. 2021. p. 48.
  23. Brask A, Goranović G, Jensen MJ, Bruus H. La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. Vol. 15, Organización Panamerica de la Salud. 2010.
  24. Panorama Regional. 2016;
  25. Instituto de Salud Incluyente. Claves para la transformación de los sistemas de salud en América Latina. 2019;2–10.
  26. Cuba-Fuentes MS, Romero-Albino Z, Dominguez R, Rojas Mezarina L, Villanueva R. Dimensiones claves para fortalecer la atención primaria en el Perú a cuarenta años de Alma Ata. An la Fac Med. 2018;79(4):346.
  27. Unidas O de las N. Objetivos y metas de desarrollo sostenible - Desarrollo Sostenible [Internet]. Web Page. 2015 [cited 2022 May 5]. p. 1. Available from: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/objetivos-de-desarrollo-sostenible/>
  28. Huaco Salas C. Sistema de referencia y contrarreferencia en el Departamento de Emergencia del Hospital Nacional Dos de Mayo. Propuesta para su mejoramiento. Rev Médica Carriónica [Internet]. 2019 [cited 2022 May 20];1(3):26–33. Available from: <http://cuerpomedico.hdosdemayo.gob.pe/index.php/revistamedicacarrionica/article/view/303/206>
  29. Chávez Arambulo PA. Evaluación del sistema de referencia y satisfacción de los pacientes con cáncer de tiroides atendidos en el Servicio de Medicina Nuclear del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, 2018. 2019;
  30. MINSA. Norma Técnica del Sistema de Referencia y Contrarreferencia de los. Establecimientos del Ministerio de Salud. [Internet]. 2005. p. 95. Available from: [http://bvs.minsa.gob.pe/local/dgsp/115\\_NTREFYCON.pdf](http://bvs.minsa.gob.pe/local/dgsp/115_NTREFYCON.pdf)
  31. Sslud M de. Resolución Directoral n° 30.
  32. Parra Moscoso MS. Propuesta de un modelo de gestión pública de referencia - contrarreferencia para optimizar la calidad de servicio al

- paciente en unParra Moscoso, M. S. (2017). Propuesta de un modelo de gestión pública de referencia - contrareferencia para optimizar la cal [Internet]. 2017 [cited 2022 May 20]. Available from: [www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/usmp/4156/3/parra\\_ms.pdf](http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/usmp/4156/3/parra_ms.pdf)
33. Salud M de. Referencia y Contrarreferencia de las Emergencias Obstétricas Neonatales. [cited 2022 May 20]; Available from: <http://www.minsa.gob.pe>
  34. Chaves-Montero A, Gadea Aiello WF. La relación sujeto-objeto en la concepción kantiana de la ciencia. *Sophía*. 2018 Jul 13;(25):111–30.
  35. Aguilar Gordon F del R. Fundamentos filosóficos y epistemológicos para orientar el desarrollo del conocimiento en el Ecuador. Vol. 1, ABYA YALA. 2017. 1–6 p.
  36. Vara Horna AA. Los 7 pasos para elaborar una tesis [Internet]. Editorial Macro. Lima; 2016 [cited 2022 May 3]. 592 p. Available from: <https://www.yumpu.com/es/document/read/64683125/los-7-pasos-para-elaborar-una-tesis>
  37. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio P. *Metología de la Investigación*. Mc Graw Hi. 2014.
  38. González F, Escoto Poce de León M de C, Chávez J. *Estadística aplicada en Psicología y Ciencias de la Salud* [Internet]. E-Books and Paper for statisticians. 2017 [cited 2022 May 3]. 642 p. Available from: <https://play.google.com/books/reader?id=c75ZDwAAQBAJ&pg=GBS.PP10&printsec=frontcover>
  39. Hernández R, Mendoza C. *Metodología de la Investigación: Las rutas de la investigación* [Internet]. *Metodología de la investigación. Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. 2018. 387–410 p. Available from: [http://www.biblioteca.cij.gob.mx/Archivos/Materiales\\_de\\_consulta/Drogas\\_de\\_Abuso/Articulos/SampieriLasRutas.pdf](http://www.biblioteca.cij.gob.mx/Archivos/Materiales_de_consulta/Drogas_de_Abuso/Articulos/SampieriLasRutas.pdf)
  40. Baena Paz G. *Protocolo y diseño de la Metodología de la Investigación*. [Internet]. *Metodología de la investigación (3a. ed.)*. 2017. 48–103 p. Available from: [file:///C:/Users/Tony Sanchez/Downloads/metodologia de la investigacion Baena 2017.pdf](file:///C:/Users/Tony%20Sanchez/Downloads/metodologia%20de%20la%20investigacion%20Baena%202017.pdf)

41. López N, Sandoval I. Métodos y técnicas de investigación cuantitativa y cualitativa.
42. Eufrásio LS, Souza DE de, Fonsêca AMC da, Viana E de SR. Brazilian regional differences and factors associated with the prevalence of cesarean sections. *Fisioter em Mov.* 2018;31(0):1–10.
43. Santos NCN, Zanin L, Oliveira AMG, Flório FM. Fatores associados à mortalidade neonatal de prematuros de muito baixo peso em Unidade de Terapia Intensiva. *Res Soc Dev.* 2021;10(2):e39110212402.
44. de Moraes LMV, Simões VMF, Carvalho C de A, Batista RFL, E Alves MTSS de B, Thomaz ÉBAF, et al. Factors associated with the involuntary pilgrimage for childbirth care in São Luís (Maranhão state) and Ribeirão Preto (São Paulo state), Brazil: A contribution from the brisa cohort. *Cad Saude Publica.* 2018;34(11):1–14.
45. Saraiva JM, Gouveia HG, Gonçalves A de C. Fatores associados a cesáreas em um hospital universitário de alta complexidade do sul do Brasil. *Rev Gauch Enferm.* 2017;38(3):e69141.
46. Salvetti M de G, Lauretti LG, Muniz RC, Dias TYSF, Oliveira AADG de, Gouveia LMR. Characteristics of pregnant women at risk and relationship with type of delivery and complications. *Rev Bras Enferm.* 2021;74(4):e20200319.
47. Silva TPR da, Dumont-Pena E, Moreira AD, Camargos BA, Meireles MQ, Souza KV de, et al. Factors associated with normal and cesarean delivery in public and private maternity hospitals: a cross-sectional study. *Rev Bras Enferm.* 2020;73 4(Suppl 4):e20180996.
48. Ferreira RG, Mendonça CR, Tacon FS de A, Ramos LLG, Esteves E, Afiune AP, et al. Prevalência e fatores associados à mortalidade em fetos e recém-nascidos com diagnóstico de gastrosquise. *Res Soc Dev.* 2022;11(8):e12711830489.
49. Ruiz MT, Campos EDS, Cruz PB, Caetano MSSG, Paschoini MC. Parto vaginal após cesárea prévia em um hospital de ensino. *Rev Família, Ciclos Vida e Saúde no Context Soc.* 2021;9:292.
50. Jardim MHDAG, Da Silva Junior GB, Capelo MRTF, Varela JMC, Brasil CCP, Catrib AMF. Valores de los estudiantes universitarios de Madeira y

Fortaleza: dimensión familiar. Rev Família, Ciclos Vida e Saúde no Context Soc. 2020;8(1):8.

## ANEXOS

### Matriz de Consistencia

**Título: Nivel de cumplimiento del sistema de referencia hospitalaria en pacientes cesareadas anteriores en un Hospital Nacional de Lima- 2022**

**Autor: Dávila Ramírez, Lita Cruz**

Problema	Objetivos	Hipótesis	Variable e indicadores				
<p><b>Problema General:</b> ¿Qué diferencias existe sobre los niveles de cumplimiento del sistema de referencia hospitalaria en pacientes cesareadas anteriores en un hospital Público de Lima – 2022?</p> <p><b>Problemas específicos:</b> ¿Qué diferencias existe sobre los niveles de coordinación del proceso de referencia hospitalaria en pacientes cesareadas anteriores en un hospital Público de Lima – 2022?</p> <p>¿Qué diferencias existe sobre los niveles de llenado de hoja de referencia hospitalaria en pacientes cesareadas anteriores en un hospital Público de Lima – 2022?</p> <p>¿Qué diferencias existe sobre los niveles de tiempo de espera para la atención hospitalaria en pacientes cesareadas anteriores en un hospital Público de Lima – 2022?</p>	<p><b>Objetivo general:</b> Comparar las diferencias que existen sobre los niveles de cumplimiento del sistema de referencia hospitalaria en pacientes cesareadas anteriores en un hospital Público de Lima – 2022.</p> <p><b>Objetivo específicos:</b> Comparar las diferencias que existen sobre los niveles de coordinación del proceso de referencia hospitalaria en pacientes cesareadas anteriores en un hospital Público de Lima – 2022.</p> <p>Comparar las diferencias que existen sobre los niveles de llenado de hoja de referencia hospitalaria en pacientes cesareadas anteriores en un hospital Público de Lima – 2022.</p> <p>Comparar las diferencias que existen sobre los niveles de tiempo de espera para la atención hospitalaria en pacientes cesareadas anteriores en un hospital Público de Lima – 2022.</p>	<p><b>Hipótesis general:</b> Existen diferencias significativas entre los niveles de cumplimiento del sistema de referencia hospitalaria en pacientes cesareadas anteriores en un hospital Público de Lima – 2022.</p> <p><b>Hipótesis específicas:</b> Existen diferencias significativas entre los niveles de coordinación del proceso de referencia hospitalaria en pacientes cesareadas anteriores en un hospital Público de Lima – 2022.</p> <p>Existen diferencias significativas entre los niveles de llenado de hoja de referencia hospitalaria en pacientes cesareadas anteriores en un hospital Público de Lima – 2022.</p> <p>Existen diferencias significativas entre los niveles de tiempo de espera para la atención hospitalaria en pacientes cesareadas anteriores en un hospital Público de Lima – 2022.</p>	Variable Dependiente: Sistema de referencia				
			Dimensiones	Indicadores	Ítems	Escala de valores	Niveles o rangos
			Coordinación del proceso	Coordinación Previa	1-4	Escala Ordinal	Adecuado o (30-36)
			Llenado de la hoja de referencia	Datos completos	5-10	Siempre (3)	Regular (21-29)
Tiempo de espera para la atención	Tiempo de espera para emergencia	11-12	Algunas veces (2)	Inadecuada (12-20)			
	Atención preferencial para Consulta externa y apoyo al diagnóstico		Nunca (1)				

### MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Dimensiones	Indicadores	Ítems	Escala de medición	Nivel y Rango
Sistema de Referencia Hospitalaria	Según la “Norma Técnica del Sistema de Referencia y Contrarreferencia del Ministerio de Salud”, la referencia es “el proceso administrativo de tipo asistencial mediante el cual el personal de salud de un establecimiento traslada las responsabilidades de atención en salud de un usuario o paciente a otro establecimiento que por sus condiciones tiene una mayor capacidad resolutive”.	La referencia hospitalaria, se operacionaliza mediante la “Norma Técnica del Sistema de Referencia y Contrarreferencia de las Emergencias Obstétricas y Neonatales”, donde menciona que la referencia tiene que cumplir con: -Coordinación del proceso. -Llenado de hoja de referencia. -Tiempo de espera para la atención.	Coordinación del proceso.	Coordinación previa antes de referir a la paciente.	1,2,3,4	Escala Ordinal  Siempre (3) Algunas veces (2) Nunca (1)	Adecuado (30-36) Regular (21-29) Inadecuada (12-20)
			Llenado de hoja de referencia.	Datos completos	5,6,7,8,9,10		
			Tiempo de espera para la atención.	Tiempo de espera para emergencia	11,12		
				Atención preferencial para Consulta externa y apoyo al diagnóstico.			

Nota: Adaptado de la “Norma Técnica del Sistema de Referencia y Contrarreferencia del Ministerio de Salud y de la Norma Técnica del Sistema de Referencia y Contrarreferencia de las Emergencias Obstétricas y Neonatales.

### ANEXO 3: CUESTIONARIO

Estimada(o) participante: el presente cuestionario tiene por objetivo “Determinar el nivel de cumplimiento del sistema de referencia hospitalaria en pacientes cesareadas anteriores”. En tal sentido, marque con una “X” en la opción que mejor refleje su autoevaluación.

Especialidad: \_\_\_\_\_ Turno \_\_\_\_\_ Género: M  H

Ítems / Escala de medición	Nunca	Algunas veces	Siempre	
<b>DIMENSIÓN 1: COORDINACIÓN DEL PROCESO</b>				
1 ¿Existe coordinación previa del profesional responsable del Establecimiento de origen antes de referir a la paciente?				
2 ¿La referencia de la paciente se coordina generalmente por celular con el Jefe de la guardia?				
3 ¿La referencia de la paciente se coordina directamente con el médico gineco-obstetra u obstetrix de turno?				
4 ¿La coordinación de la referencia del Establecimiento de origen es oportuna?				
<b>Dimensión 2: LLENADO DE LA HOJA DE REFERENCIA</b>				
5 ¿La hoja de referencia consigna datos generales completos de la paciente?				
6 ¿La anamnesis (datos relevantes) y el examen físico son registrados en la hoja de referencia de forma clara y precisa?				
7 ¿Los resultados de los exámenes auxiliares se registran en la hoja de referencia?				
8 ¿Se consigna el diagnóstico completo de la paciente en la hoja de referencia?				
9 ¿El tratamiento administrado a la paciente se registra adecuadamente en la hoja de referencia?				
10 ¿La hoja de referencia registra datos del personal que atiende a la paciente?				
<b>Dimensión 3: TIEMPO DE ESPERA PARA LA ATENCIÓN</b>				
11 ¿El tiempo de espera para la atención de la paciente referida a emergencia es menor a 10 minutos?				
12 ¿La paciente referida a consulta externa o para apoyo diagnóstico tiene atención preferencial?				

Nota: Adaptado de la “Norma Técnica del Sistema de Referencia y Contrarreferencia del Ministerio de Salud y de la Norma Técnica del Sistema de Referencia y Contrarreferencia de las Emergencias Obstétricas y Neonatales.

**CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE LA VARIABLE: Cumplimiento del Sistema de Referencia Hospitalaria**

Nº	DIMENSIONES /ITEMS	Pertinencia <sup>1</sup>		Relevancia <sup>2</sup>		Claridad <sup>3</sup>		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
<b>DIMENSIÓN 1: Coordinación del proceso</b>								
1	¿Existe coordinación previa del profesional responsable del Establecimiento de origen antes de referir a la paciente?	X		X		X		
2	¿La referencia de la paciente se coordina generalmente por celular con el jefe de la guardia?	X		X		X		
3	¿La referencia de la paciente se coordina directamente con el médico Gineco-Obstetra u Obstetrix de turno?	X		X		X		
4	¿La coordinación de la referenda del establecimiento de origen es oportuna?	X		X		X		
<b>DIMENSIÓN 2: Llenado de la Hoja de Referencia</b>								
7	¿La hoja de referenda consigna datos generales completos de la paciente?	X		X		X		
8	¿La anamnesis (datos relevantes) y el examen físico son registrados en la hoja de referenda de forma clara y precisa?	X		X		X		
9	¿Los resultados de los exámenes auxiliares se registran en la hoja de referenda?	X		X		X		
10	¿Se consigna el diagnóstico completo de la paciente en la hoja de referenda?	X		X		X		
11	¿El tratamiento administrado a la paciente se registra adecuadamente en la hoja de referenda?	X		X		X		
12	¿La hoja de referenda registra datos del personal que atiende a la paciente?	X		X		X		
<b>DIMENSIÓN 3: Tiempo de espera para la atención</b>								
14	¿El tiempo de espera para la atención de la paciente referida a emergencia es menor a 10 minutos?	X		X		X		
15	¿La paciente referida a consulta externa o para apoyo diagnóstico tiene atención preferencial?	X		X		X		

Observaciones (precisar si hay o no suficiencia): **SI TIENE SUFICIENCIA**

Opinión de aplicabilidad: **Aplicable [ X ]      Aplicable después de corregir [ ]      No aplicable [ ]**

Apellidos y nombres del juez validador: **Dra. Fatima Torres Caceres**

DNI: 10670820

Especialidad del validador: **Dra. en Educación**

Lima, 07 de mayo del 2022

<sup>1</sup>Pertinencia: El ítem corresponde al concepto técnico formulado.

<sup>2</sup>Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo

<sup>3</sup>Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

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



Firma del Experto Informante.



CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE LA VARIABLE: Cumplimiento del Sistema de Referencia Hospitalaria

Nº	DIMENSIONES /ITEMS	Pertinencia <sup>1</sup>		Relevancia <sup>2</sup>		Claridad <sup>3</sup>		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
<b>DIMENSIÓN 1: Coordinación del proceso</b>								
1	¿Existe coordinación previa del profesional responsable del Establecimiento de origen antes de referir a la paciente?	X		X		X		
2	¿La referencia de la paciente se coordina generalmente por celular con el jefe de la guardia?	X		X		X		
3	¿La referencia de la paciente se coordina directamente con el médico Gineco-Obstetra u Obstetrix de turno?	X		X		X		
4	¿La coordinación de la referencia del establecimiento de origen es oportuna?	X		X		X		
<b>DIMENSIÓN 2: Llenado de la Hoja de Referencia</b>								
7	¿La hoja de referencia consigna datos generales completos de la paciente?	X		X		X		
8	¿La anamnesis (datos relevantes) y el examen físico son registrados en la hoja de referencia de forma clara y precisa?	X		X		X		
9	¿Los resultados de los exámenes auxiliares se registran en la hoja de referencia?	X		X		X		
10	¿Se consigna el diagnóstico completo de la paciente en la hoja de referencia?	X		X		X		
11	¿El tratamiento administrado a la paciente se registra adecuadamente en la hoja de referencia?	X		X		X		
12	¿La hoja de referencia registra datos del personal que atiende a la paciente?	X		X		X		
<b>DIMENSIÓN 3: Tiempo de espera para la atención</b>								
14	¿El tiempo de espera para la atención de la paciente referida a emergencia es menor a 10 minutos?	X		X		X		
15	¿La paciente referida a consulta externa o para apoyo diagnóstico tiene atención preferencial?	X		X		X		

Observaciones (precisar si hay suficiencia): Si existe suficiencia

Opinión de aplicabilidad:   Aplicable    Aplicable después de corregir [ ]   No aplicable [ ]

Apellidos y nombres del juez validador, Dr. / Mgtr.: Dr. Hector Gerardo Caballero Vera   DNI: 07034596

Especialidad del validador: Medicina General (MP 16703) / Gineco-Obstetra (RNE 7424) / Hospital en Medicina (RNM 0842) / Doctor en Salud Pública (RND 0219)

Lima, 17 de Junio del 2022

Hector Gerardo Caballero Vera  
Firma del Experto Informante.

HECTOR GERARDO CABALLERO VERA  
MÉDICO CIRUJANO - CNP. 16703  
GINECÓLOGO OBSTETRA - RNE. 7424  
MAESTRO EN MEDICINA - RNM. 0842  
DOCTOR EN SALUD PÚBLICA - RND. 0219  
CURSO PATRINTICA AUTORIZADO - RNE 2  
2014/2015

<sup>1</sup>Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

<sup>2</sup>Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo.

<sup>3</sup>Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo.

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

## Anexo 4: Prueba de Normalidad

		Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>		
Grupo		Estadístico	gl	Sig.
MINSÁ	Sistema de referencia	,319	77	,000
	Coordinación del proceso	,295	77	,000
	Llenado de la hoja de referencia	,355	77	,000
	Tiempo de espera para la atención	,382	77	,000
		Shapiro-Wilk		
		Estadístico	gl	Sig.
ESSALUD	Sistema de referencia	,707	43	,000
	Coordinación del proceso	,757	43	,000
	Llenado de la hoja de referencia	,793	43	,000
	Tiempo de espera para la atención	,783	43	,000

Nota: SPSS v25

Nota. Del análisis de normalidad de las muestras de estudio, se concluye que el tipo de distribución de datos tanto para el personal del MINSÁ como de ESSALUD difieren de la distribución normal con sig. (p) = 0,000 <0,05; para la variable y dimensiones de ambos grupos de estudio.

Por lo tanto, para realizar el análisis inferencial de datos se utilizó estadística no paramétrica y por ser 2 grupos de comparación la prueba U de Mann Whitney.

## Anexo 5: Análisis de confiabilidad

---

<b>Resumen de procesamiento de casos</b>			
		N	%
Casos	Válido	30	100,0
	Excluido <sup>a</sup>	0	,0
	Total	30	100,0

---

a. La eliminación por lista se basa en todas las variables del procedimiento.

---

---

<b>Estadísticas de fiabilidad</b>	
Alfa de Cronbach	N de elementos
,804	12

---