

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN LA GESTIÓN E
IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE REFERENCIA Y
CONTRARREFERENCIA EN LA REGIÓN JUNÍN 2014- 2016**

**INFORME DE EXPERIENCIA LABORAL PROFESIONAL PARA OPTAR
EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN
POLÍTICA Y GESTIÓN DE SALUD EN ENFERMERÍA**

MARIA ANTONIETA NUÑEZ ZURITA

**Callao, 2017
PERÚ**

Quero E. López

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO:

- | | |
|---|------------|
| ➤ Mg. MERY JUANA ABASTOS ABARCA | PRESIDENTA |
| ➤ Mg. NOEMÍ ZUTA ARRIOLA | SECRETARIA |
| ➤ Mg. LAURA DEL CARMEN MATAMOROS SAMPEN | VOCAL |

ASESORA: Dra. ANA ELVIRA LÓPEZ Y ROJAS

Nº de Libro: 04

Nº de Acta de Sustentación: 299

Fecha de Aprobación de Informe Laboral: 22 de Setiembre del 2017

Resolución Decanato N° 2207-2017-D/FCS de fecha 20 de Setiembre del 2017 de designación de Jurado Examinador de Informe Laboral para la obtención del Título de Segunda Especialización Profesional.

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUCCIÓN	2
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
1.1 Descripción de la Situación Problemática	3
1.2 Objetivo	6
1.3 Justificación	6
II. MARCO TEÓRICO	9
2.1 Antecedentes	9
2.2 Marco Conceptual	18
2.3 Definición de Términos	35
III. EXPERIENCIA PROFESIONAL	38
3.1 Recolección de Datos	38
3.2 Experiencia Profesional	38
3.3 Procesos Realizados del Informe	42
IV. RESULTADOS	51
V. CONCLUSIONES	57
VI. RECOMENDACIONES	59
VII. REFERENCIALES	61
ANEXOS	66

INTRODUCCIÓN

El Sistema de Referencia y Contra referencia es el conjunto ordenado de procedimientos asistenciales y administrativos, a través del cual se asegura la continuidad de la atención de las necesidades de Salud de los usuarios, con oportunidad, eficacia y eficiencia.

Las principales motivaciones de las autoridades de salud para promover la aplicación de un SRC se basan en tres grandes ámbitos de preocupación: garantizar la calidad, continuidad y seguimiento de los servicios; controlar los costos y el uso de recursos escasos.

El presente informe describe la experiencia en la Gestión e implementación del Sistema de referencia y Contrarreferencia (SRC.) en la Región Junín de acuerdo a los criterios técnicos normativos del Sistema de Referencia y Contrarreferencia y hechos vivenciales teniendo en consideración la realidad local, organización, capacidad resolutoria de los servicios de salud , permite abordar la problemática identificar fortalezas, debilidades y aportar sobre elementos positivos que contribuyan mejorar a la gestión e implementación del SRC. En la Región Junín

Su contenido consta de siete capítulos: Capítulo I: Planteamiento del problema; Capítulo II: Marco Teórico; Capítulo III: Experiencia profesional; Capítulo IV: Resultados; Capítulo V: Conclusiones; Capítulo VI: Recomendaciones, Capítulo VII : Referenciales y Anexos.

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción de la situación problemática

Los sistemas de salud alrededor del mundo se caracterizan por su enorme complejidad, la cual, hoy en día, se acentúa con el creciente nivel de especialización. Adicionalmente, en varios países se ha detectado que en lugar de proveer los servicios de manera integral y coordinada, los sistemas de salud muestran niveles de fragmentación preocupantes con diversas consecuencias negativas. No hay seguimiento ni continuidad de la atención si las personas se mueven entre el segundo y primer nivel de atención, por último, se producen congestionamientos administrativos y se diluye la responsabilidad del prestador. Todo lo anterior, lleva a una erosión de la confianza en el sistema de salud sembrándose profundas dudas acerca de su equidad y eficiencia. (2)

Los sistemas de salud de las Américas se caracterizan por altos niveles de fragmentación de sus servicios de salud, evidenciados con la inadecuada coordinación y comunicación entre los distintos niveles y sitios de atención, duplicación de los servicios y la infraestructura, capacidad instalada ociosa y servicios de salud prestados en el sitio menos apropiado, en

especial, en los hospitales. En la experiencia de las personas que utilizan el sistema, la fragmentación se expresa como falta de acceso a los servicios, pérdida de la continuidad de la atención y falta de congruencia de los servicios con las necesidades de los usuarios.

El sistema de Referencia y Contrarreferencia, se crea como la base fundamental de la atención básica integral, Sin embargo, existen falencias en la aplicación de este sistema, debido a que en ocasiones los profesionales que desempeñan sus labores en centros prestadores de salud, no tienen claro los conceptos o los procesos a seguir frente a los diferentes casos que se presentan, a los niveles de atención o a los grados de complejidad, por esto a muchos usuarios les toca vivir prácticamente un viacrucis para ser atendidos de la mejor forma posible, esto se genera debido a que no existe una coordinación adecuada entre los diferentes niveles de complejidad.

A nivel del Perú

Investigaciones que se han realizado sobre los problemas que se presentan en las referencias se ha concluido que se deben en su mayoría a la falta de comunicación médica. Esta situación resulta más problemática en el área metropolitana debido a la concentración de población que ahí reside ya que conviven necesariamente servicios médicos pertenecientes a tres diferentes

órdenes administrativos a decir: MINSA, EsSalud y sin contar los servicios de las FFAA y las EPS y la asistencia privada. Existen directivas de Referencia y contrarreferencia a nivel de MINSA y EsSalud por separado pero no existe un Sistema Nacional de Referencias y Contrarreferencias. (18)

A nivel de la Región Junín concordante con la misión y en cumplimiento con las normas, se ha venido implementando mejoras del Sistema de Referencias., pero aún se observan brechas. Siendo necesario intervenir y fortalecer los procesos.

Aún hay debilidades en el cumplimiento de la Norma Técnica N° 018 del sistema de Referencia y Contra referencia. Debiendo intervenir desde la organización, documentos de gestión, fortalecimiento del RRHH. Capacitación permanente, recursos de soporte y control de procesos.

Debilidades en la implementación del sistema de comunicaciones, Transporte y abastecimiento. Reformular los planes y gestión para la aprobación respectiva. Hay serias deficiencias en la **capacidad resolutive de los EESS**. En los diferentes niveles de atención (RRHH., Equipamiento e Infraestructura) EESS. No responden a la categoría asignada no cumplen con las funciones obstétricas neonatales (FONES) Insuficiente RRHH especialistas, laboratorio no funciona o se desactiva por renuncia de l RRHH. Contratado, alta rotación.

Situación que no permite la continuidad de la atención siendo, vital retomar urgente la gestión para consolidar el sinceramiento de la capacidad resolutive de los EESS. Y el fortalecimiento correspondiente.

Mediante la revisión bibliográfica y los datos recogidos a nivel local se ha identificado las brechas que tienen impacto negativo en la continuidad y oportunidad de la atención, con la finalidad de mejorar la calidad de atención en concordancia a los principios del modelo de Atención Integral y a la vez fomentar en el profesional de Enfermería la Gestión e implementación del sistema de Referencia y Contra referencia efectivo y eficiente en los EESS. de la región Junín.

1.2. Objetivo

Describir las Intervenciones de enfermería en la gestión e implementación del Sistema de Referencia y Contrarreferencia en la Región Junín, 2014-2016.

1.3. Justificación

El presente informe tiene por finalidad dar a conocer la intervención de enfermería en la gestión e implementación del Sistema de Referencia en la Región Junín con el propósito de dar a conocer la problemática y las intervenciones que se

realizó incluso desde al año 2010, dar a conocer los aspectos vivenciales experiencias positivas y negativas que se tuvo que enfrentarse en el marco del aspecto técnico y decisiones políticas que en algún momento no coincidieron, pero que al final en la gestión tienen que concertarse en el marco de las Normas derechos de los usuarios y realidad.

Así mismo frente a las brechas que aún quedan es necesario fortalecer la gestión de Enfermería en la implementación del Sistema de Referencias y Contrarreferencias de manera sostenida, para contribuir a la mejora de la calidad de la atención.

Así mismo el presente informe se justifica:

Nivel Teórico: El presente estudio servirá para profundizar los conocimientos en cuanto a la gestión y procesos de implementación del Sistema de Referencia y Contrarreferencia a tenerse en cuenta según la normativa vigente en el País. Desde la organización del SRC., procesos y procedimientos específicos de la referencia y contra referencia de los usuarios, Los Recursos de Soporte del Sistema, Aspectos de Control del SRC. (Supervisión, Monitoreo y Evaluación) y los aspectos complementarios a considerarse en el SRC, la adecuada implementación deberá redundar en la mejora de la atención integral.

Nivel Metodológico: El presente informe es importante porque va generar nuevos estudio.

Nivel Social: El informe es importante porque beneficiará a los usuarios que requieren hacer uso del sistema de referencia y contrarreferencia para la solución de sus necesidades de Salud, en el marco de los principios de la atención integral. Ofertándole los servicios en las mejores condiciones y de manera ágil y oportuna.

Nivel Práctico: El informe permitirá aumentar los conocimientos y sobre todo el ejercicio de la práctica en gestión e implementación de un sistema de Referencia y Contrarreferencia.

Nivel Económico:

Un adecuado sistema de Referencia y Contrarreferencia evitará costos innecesarios para el Sistema de Salud y para el usuario. Ya que la atención se dará en respuesta a sus necesidades de salud, de manera ágil y dinámica y en el lugar apropiado. Evitando complicaciones o situaciones adversas.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes: Internacionales

Lcda. Zurita Desiderio, Mariuxi Johanna "Reestructuración del Sistema de Referencia y Contrarreferencia en el hospital Sagrado Corazón de Jesús. Tesis Maestría de Gerencia en Servicios de Salud. Ciudad de Quevedo. Universidad Regional Autónoma de los Andes 2014. El estudio tuvo como objetivo: Reestructurar el manejo del sistema de Referencia – Contrarreferencia el Hospital Sagrado Corazón de Jesús para mejorar la atención de salud de los usuarios, con criterios de satisfacción y cumplimiento sus necesidades. Estudio de tipo descriptivo transversal prospectivo el estudio concluye:

1. En el hospital SCDJ y en los distritos 12D03 y 12D06 no realizan supervisiones al sistema de referencia y contrarreferencia porque no existe un personal que sea exclusivo para realizar esta actividad y no lo realizan con las supervisiones generales a las unidades operativas.
2. En el hospital SCDJ y en los distritos 12D03 y 12D06 no monitorean ni evalúan los indicadores operacionales del SRC para medir la eficiencia y superar las deficiencias en el manejo del sistema de referencia y contrarreferencia.

3. En el hospital SCDJ y en los distritos 12D03 y 12D06 pese a que si existe un responsable para revisar la información de los formularios lo mismo que la coherencia entre las distintas hojas de registro, y el almacenamiento en sus respectivas historias clínicas y así poder dar continuidad, calidad y seguimiento en el tratamiento de los pacientes derivados a otro nivel de atención.
4. En el hospital SCDJ y en los distritos 12D03 y 12D06 al personal responsable del SRC en las diferentes unidades operativas del distrito no han reforzado el conocimiento para desarrollar habilidades para el envío y el archivo de las contrarreferencia.

MD. Peña Herrera Ron, María Teresa. "Sistema de Referencia y Contrarreferencia en el Servicio de Emergencias de la Maternidad Isidro Ayora en el Periodo Mayo. Tesis de Maestría en Gerencia de Servicios de Salud Ambato Ecuador. Universidad Regional Autónoma de los Andes. 2015". El objetivo del estudio fue evaluar la eficacia del sistema de referencia y contrarreferencia en el Servicio de Emergencias del Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora y su impacto en la calidad de la atención médica y producción del servicio. Estudio descriptivo, longitudinal y prospectivo encuestados 302 personas los resultados obtenidos

evidencian falencias en la implementación del sistema de referencia y contrarreferencia, lo cual repercute negativamente en la calidad del servicio que se brinda, concluyendo que:

El impacto de la ejecución del sistema de referencia y contrarreferencia no es óptimo y las deficiencias en su ejecución repercuten negativamente ocasionando sobreproducción y detrimento de la calidad de atención del usuario del Servicio de Emergencias del Hospital Isidro Ayora, la ejecución del sistema de Referencia y Contrarreferencia del Hospital Isidro Ayora no satisface las expectativas de los usuarios, no existe una adecuada capacitación del personal en el Sistema de Referencia y Contrarreferencia en ninguno de los niveles de atención, la ejecución del sistema de Referencia y Contrarreferencia no ha erradicado la aglomeración de los usuarios externos.

Fuertes Yandún, Viviana Elizabeth / Tipaz Pilacúan, Aida Verónica "Impacto del sistema de referencia y contrarreferencia, en relación a la Calidad de atención prestada a los usuarios que utilizaron este sistema y que acuden al Centro de Salud N° 1. Tesis título de Lic. de Enfermería. Ciudad de Tulcán, Universidad Politécnica Estatal del Carchi en Convenio con la Universidad Central de Ecuador. 2014 El objetivo fue determinar qué impacto ha provocado el sistema de Referencia y contrarreferencia en los usuarios que utilizaron

este sistema y que acuden al Centro de Salud N°1 de la ciudad de Tulcán. El estudio es descriptivo transversal, concluyendo en lo siguiente:

1. El impacto que ha provocado el sistema de referencia y contrarreferencia es negativo en relación a la calidad de atención del usuario externo, porque no satisface las necesidades requeridas por parte de ellos.
2. También que es importante que haya una constante planificación de programas de capacitación continua al personal de salud integrando al primer y segundo nivel de atención con la finalidad de detectar falencias e ir corrigiendo las mismas en beneficio del usuario externo.
3. Que a pesar de la utilización del sistema de Referencia y Contrarreferencia aún sigue existiendo la aglomeración de los usuarios externos en el Centro de Salud debido a la falta de información por parte del personal para que ellos tomen conciencia de cómo utilizar mejor los servicios de salud.
4. Que con este sistema se puede lograr más cobertura de pacientes, si se trabajara de una manera más organizada, para cumplir con sus necesidades, para lograr una atención de calidad integral.

Ramírez Buelvas, Erika/Viana Guzmán, Nirlis "Evaluación del Sistema de Referencia y Contra-Referencia en el Servicio De Urgencias de la Empresa Social del Estado Hospital Local ARJONA. Especialización En Gerencia en Salud XVI. Cartagena de Indias D.T. Y C. Universidad de Cartagena 2012. El objetivo del estudio fue Evaluar la calidad del sistema de referencia y contrarreferencia en el servicio de urgencias en la ESE. Hospital Local Arjona en el primer semestre del año 2010 con el fin de mejorar el proceso. El estudio es descriptivo de corte transversal sincrónico. A partir de los resultados obtenidos.

1. Puede afirmarse que el nivel de satisfacción de los usuarios respecto a los procesos de referencia y contrarreferencia es medio o regular. Esto se debe principalmente a que la percepción subjetiva que los usuarios tienen de los servicios depende de factores contingentes (altamente variables) y de estructuración del servicio (permanentes) que le proporcionan una experiencia grata o desagradable al momento de requerir los servicios de la institución hospitalaria.
2. En el caso específico de los procesos de referencia y contrarreferencia dentro del hospital, los usuarios conceptúan que algunos aspectos como el trámite documentario, la celeridad de respuesta de la red de prestación de servicios coordinada por el CRUE y la oportunidad de la atención deben

ser mejorados para que respondan adecuadamente a los criterios de calidad del SGSSS y a las necesidades de los pacientes.

Alirrosas Flores, Keveen Steve / Pastor Goyzueta, Ada Graciela/ Tovar Brandán, Javier Rubén. "Avance en los Sistemas de Referencia y Contrarreferencia en Essalud." Acta Méd. Orreguiana Hampi Runa Vol. 14

N° 1: pp. 63-82, 2014. El Sistema de Referencia y Contrarreferencia es el conjunto de elementos que permite el traslado de un paciente desde su centro asistencial de adscripción a otro de mayor capacidad resolutive, con la finalidad de resolver su problema de salud, haciendo posible su retorno al lugar de origen una vez resuelto el problema o establecido un manejo definido. Dicho Sistema está contemplado en la Reforma de Salud. En muchas partes del mundo existen aprendizajes de dicho sistema, dentro de los cuales se destaca que se debe mejorar la Interrelación existente entre los diferentes actores del sistema aumentar el nivel de compromiso de las personas que lo integran, mejorar los sistemas de información que permitan la mejor toma de decisiones, no alejar al paciente de su entorno socio familiar y evaluar el impacto de los resultados en los planos social, salud, familiar y no sólo económico. Actualmente se están realizando grandes esfuerzos que incluyen pilotos de respuesta

inmediata, los mismos que han mejorado los resultados; no obstante, aún falta mucho por mejorar. CONCLUSIONES

1. Es importante mantener al paciente cerca de su medio socio-familiar al momento de brindarle la prestación requerida.
2. Este sistema debe tener en cuenta, además de los costos, que implica la atención de salud no oportuna, el componente psicosocial de apoyo como complemento del tratamiento del paciente.
3. Evidencia de oportunidades de mejora de la interrelación de los diferentes actores y componentes del mesoproceso de referencia y contrarreferencia.
4. Es necesario crear indicadores de gestión que midan la interrelación de los actores y los componentes de este sistema, así como los tiempos de los meso y microprocesos.
5. Falta de estandarización y adaptación de acuerdo a la realidad de cada establecimiento y transporte de los procesos de este sistema.
6. La gestión de este sistema requiere la transformación de datos en Información y esta, a su vez, en inteligencia, que apoye en los gestores en la toma de decisiones.
7. Mejorar el compromiso de las personas que integran cada uno de los componentes del SRC.

Palomino Marique, Mary Carmen/ Ramos Calderón, Jessy Silvana "Manejo de las referencias y contrarreferencias de las pacientes obstétricas atendidas en el Centro de Salud de Anta, tesis para optar título de Licenciada en Obstetricia Cusco Universidad Andina Del Cusco 2014. El objetivo es determinar el manejo de las referencias y contrarreferencias de las pacientes obstétricas atendidas en el Centro de Salud Anta, Cusco 2014. Estudio de tipo retrospectivo; metodología cuantitativa y de alcance descriptivo. Los resultados evidencian que un 36% las pacientes son referidas por Hipertensión Inducia por la Gestación, por lo que en un 79% son referidas hacia emergencia. Con respecto a la contrarreferencia se obtuvo que en el 70% no llegan los formatos hacia el Centro de Salud. Lo que nos permitió llegar a la siguiente conclusión que no existe un buen manejo de referencias y contra referencias en el Centro de Salud de Anta.

1. Las características sociodemográficas que se identificó durante el trabajo de investigación de las referencias y contrarreferencias pertenecientes al Centro de Salud de Anta de la Red Norte Cusco, fue lo siguiente respecto al grupo etario predominante es de mujer gestante adulta considerando a las gestantes mayores de 35 años de edad, el grado de instrucción

primaria y secundaria, estado civil conviviente, procedencia rural, 48 gestantes que tiene un seguro integral de salud el restante cuentan con otros tipos de seguros ; respecto al número de gestas se encontró 21 pacientes primigestas seguido de 14 pacientes multigestas.

2. El Centro de Salud de Anta cumple con el manejo de las referencias casi en su totalidad establecido en la Norma Técnica Número 018; el responsable de la referencia a nivel del establecimiento de salud es realizada por un personal de salud en este caso fue realizado por un médico u obstetra ellos identificaron los problemas de salud de las pacientes según las guías establecidas por el Ministerio de Salud, identificaron la necesidad de referencia, el establecimiento y servicio destino de la referencia considerando que cuente con capacidad resolutive y que solucione el problema de salud según la Norma Técnica Número 018.
3. A nivel comunal no determinamos la participación del agente comunitario ya que no existe registro de la atención brindada; pero se observó que el Centro de Salud Anta trabaja en conjunto con los promotores de cada poblado a través de reuniones semanales y mensuales.
4. Concluimos que el manejo de la contrarreferencia no es pertinente debido a que 15 de las historias clínicas no se

encontraron los formatos de contrarreferencia y no determinamos si se perdieron o no fueron enviados los formatos o si tuvieron el seguimiento adecuado; y 35 historias clínicas que contaban con formatos de contrarreferencia un 15% no son llenados adecuadamente a pesar de ser llenados por un personal de salud en este caso los ginecólogos, y no se llega a entender lo llenado en la hoja de contrarreferencia.

2.2. MARCO CONCEPTUAL

2.2.1. Marco Legal :

- La Constitución de la OMS afirma que “el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano.”
- El derecho a la salud incluye el acceso oportuno, aceptable y asequible a servicios de atención de salud de calidad suficiente. (9)
- La Constitución política del Perú en el **CAPÍTULO I DERECHOS FUNDAMENTALES DE LA PERSONA** en el Artículo 1°.- considera La defensa de la persona humana y el respeto de su dignidad son el fin supremo de la sociedad y del Estado. (10)

- Ley general de Salud, en su título primero contempla los Derechos, deberes y responsabilidades concernientes a la salud individual. (11)
- Ley 29414 – Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los servicios de Salud en el Art. 15 toda persona tiene derecho a: acceso a los servicios de Salud, información, atención y recuperación de la Salud, y consentimiento informado. (12)
- Resolución Ministerial N° 464-2011/MINSA del 14 de junio del 2011 que aprueba el documento técnico: “Modelo de Atención Integral basado en la familia y Comunidad” (13).
- Resolución Ministerial N° 751-2004/MINSA, del 26 de Julio del 2004 que aprueba la NT N° 018-MINSA/DGSP-V.01: “Norma Técnica del Sistema de Referencia y Contrarreferencia de los Establecimientos del Ministerio de Salud”. (14)
- Resolución Ministerial N°386-2006/MINSA, que aprueba la NTS N°042-MINSA/DGSP-V.01:Norma Técnica de Salud de los Servicios de Emergencia” (15)
- Resolución Ministerial N° 183-2011/MINSA, que conforma la Unidad Funcional Central Nacional de Referencias y urgencias y emergencias –CENARUE, en

la Dirección de Servicios de Salud de la Dirección General de Salud de las Personas, hasta la aprobación del Manual de organización y funciones de dicha Dirección de Servicios de Salud. (16)

2.2.2. Teorías.

- La Sra. Arndt y la Dra. Huckabay su libro se basa en la premisa de que, la teoría de administración mejora la práctica administrativa.

Según de Claude S. George, Jr. señaló en The History of Management Thought que no se necesita crear una nueva teoría, sino una teoría de la administración de gran alcance y en constante evolución, que sea bastante general para poder aplicarse a cualquier situación administrativa; además, debe basarse en las cuatro escuelas de pensamiento administrativo: la escuela de la administración científica, la escuela del proceso administrativo, la escuela de las ciencias del comportamiento y la escuela de la ciencia administrativa o escuela cuantitativa. La Mayor parte del trabajo del administrador de servicios de enfermería consiste en resolver problemas y para resolver, se necesitan cuatro cosas: **modelos, conceptos, proceso analítico e información;** las

primeras tres se relacionan estrechamente con las teorías de la administración.

Las perspectivas del futuro indican que los administradores de Enfermería deben estar más conscientes del papel que desempeñan en las organizaciones de las que forman parte, así como de su función en la comunidad y en la sociedad en general.

Los administradores de enfermería del futuro se verán obligados a sustituir las actitudes individualistas por un punto de vista integrador y socialmente responsable.

Una de las funciones de los administradores de servicios de enfermería consiste en contribuir al proceso de control de la ejecución satisfactoria de las operaciones, con el fin de alcanzar las metas generales de la institución; por ende, en los niveles administrativos la motivación debe ser congruente con los fines del hospital, que hoy en día son definidos por las políticas gubernamentales.

La profesión de enfermería está siendo presionada para que se vuelva más activa políticamente, a fin de (i) mejorar la atención que se brinda a todas las personas y ampliar dicha atención a todos los sectores, (2) lograr, junto con otras profesiones, el reconocimiento

como una fuerza social importante, y (3) compartir con otras profesiones y grupos el privilegio del reconocimiento, de iguales derechos ante la ley, de protección de los derechos individuales y de negociar colectivamente, ya sea que se trate de enfermeras de sala, supervisores o administradores.(17)

- **Teoría General de la Enfermería de Dorotea Orem,** está compuesta por tres teorías relacionadas entre sí: Teoría del Autocuidado, Teoría del Déficit de Autocuidado y Teoría de los Sistemas de Enfermería. Define la salud como "el estado de la persona que se caracteriza por la firmeza o totalidad del desarrollo de las estructuras humanas y de la función física y mental", por lo que la salud es un concepto inseparable de factores físicos, psicológicos, interpersonales y sociales. Incluye la promoción y el mantenimiento de la salud, el tratamiento de la enfermedad y la prevención de complicaciones Enfermería es sinónimo de cuidado. Si se lleva a la práctica la Teoría de Orem deben seguirse los siguientes pasos: Examinar los factores, los problemas de salud y el déficit de autocuidado, recojo de datos acerca de los problemas y la valoración del conocimiento, habilidades motivación y orientación del cliente, analizar

los datos para descubrir cualquier déficit de autocuidado, diseñar y planificar la forma de capacitar y animar al cliente para que participe activamente en las decisiones del autocuidado de su salud, poner el sistema de enfermería en acción y asumir un papel de cuidador u orientador, contando con la participación del cliente.(19)

- **Teoría de la Administración clásica de Henry Fayol** distingue por el énfasis en la estructura y en las funciones que debe tener una organización para lograr la eficiencia. Fayol destaca que toda empresa cumple seis funciones básicas. Planear, organizar, dirigir, coordinar y controlar.(20)
- **Teoría de las organizaciones de la salud**, se identifican dos corrientes los estructuralistas que postulan al control burocrático implementando normas y procedimientos, regularizando y estandarizando todos los procesos. Los niveles de eficiencia estarán en función al peso de las actividades no complejas en la producción del hospital, y nivel de complejidad del establecimiento o perfil de la oferta.

El otro es lo contingencial toda organización configura un caso particular y que las fórmulas que resultan

apropiadas en un lugar pueden ser inadecuadas en otro.

El modelo de gestión puede ser definido como una modalidad de articulación entre los intereses individuales y la misión institucional.

La clave del éxito del modelo de gestión, es adecuar la cadena de mando para obtener una mayor amplitud de control. (21)

2.2.3. Modelo de atención integral de salud

Es un sistema organizado de prácticas con enfoque biopsicosocial, el cual está dirigido a la población sana y enferma, en el que se incorpora con especial énfasis la dimensión preventivo- promocial en la atención a la salud y la participación de la comunidad.

El modelo de Atención Integral de Salud está basado en Principios de Universalidad en el acceso, equidad, integralidad de la Atención, calidad, eficiencia, respeto a los derechos de las personas, descentralización y participación ciudadana. Estos principios han exigido cambios y redefiniciones coherente complementarias en el modelo de prestación de los servicios de Salud. (13).

El principio de Integralidad tiene varias dimensiones siendo una de ellas la continuidad de la atención, es decir que la

atención de una persona no puede estar limitada o verse interrumpida por factores atribuibles a la limitada capacidad resolutive de los establecimientos de salud sino por el contrario debe ser seguida y completada hasta la resolución del daño o episodio de enfermedad específica.(14)

La continuidad de la atención, significa que la atención es Continua en todos los niveles, ya que ordena de forma flexible los flujos de atención y de recursos; asegura así una atención de creciente complejidad en caso de ser necesaria. Esto implica una complementariedad de los servicios al interior de un establecimiento de salud o de una red de salud y procesos de coordinación interinstitucionales.(13)

La continuidad de la atención busca que el usuario sea captado identificado, evaluado y seguido dentro de un sistema ordenado de atención en salud, integrando la atención promocional preventiva, recuperativa organizándola y articulándola por niveles de resolución y asegurándole adecuado procedimientos de relación entre ellos.(14).

2.2.4. Sistema de Referencia y Contra referencia:

Procesos de referencia y contrarreferencia son parte inherente del sistema prestacional de Salud al que se denomina

Sistema de Referencia y Contrarreferencia (SRC) que tiene como principio integrar en forma técnica- asistencial- administrativa, las capacidades resolutivas existentes en la oferta de servicios de los niveles locales, Regionales y Nacionales, que el problema o necesidades de Salud requiere para lograr la satisfacción del usuario como un derecho a la vida.

El sistema de Referencia y contrarreferencia es el conjunto ordenado de procedimientos asistenciales y administrativos a través del cual se asegura la continuidad de la atención de las necesidades de salud de los usuarios, con la debida oportunidad eficacia y eficiencia, transfiriéndolo de la comunidad o establecimiento de Salud de menor capacidad resolutiva a otro de mayor capacidad resolutiva. (14)

2.2.5. Aspectos claves para la introducción de un SRC

Los sistemas de referencia y contrarreferencia son un elemento crucial para el funcionamiento eficiente y el acceso equitativo a los servicios de salud, y existen formalmente en la gran mayoría de los países incluyendo aquellos en vías de desarrollo, las autoridades se enfrentan aún con desafíos importantes, debido a que el marco institucional en muchos países bajos y medianos ingresos es débil, los sistemas de información son deficientes y el personal de los EE.SS. Carecen

de capacidad gerencial. A fin de ayudar a superar estos problemas se presentan a continuación aspectos claves a ser tomados en cuenta cuando se trata de introducir y hacer funcionar un SRC.

- Red de servicios de salud
- Carteras o catálogos de servicios
- Protocolos de atención para cada nivel
- Formularios del sistema de referencia y contrarreferencia
- Mecanismo de supervisión
- Sistemas de información
- Mecanismo de evaluación
- Mecanismo de incentivos para el cumplimiento del SRC. (2)

2.2.6. Organización del sistema de Referencia y contrarreferencia:

La organización del SRC. Está basado en los niveles organizativos Estructurales del ministerio de salud.

A NIVEL ADMINISTRATIVO:

Nivel Nacional Dirección General de Salud de las Personas – Dirección Ejecutiva de Servicios de Salud, Coordinador Nacional del SRC. Y el Comité Nacional de

Referencia y Contrarreferencia Es el órgano Técnico normativo y de control de SRC. A nivel Nacional.

Nivel Regional responsables: Director General, Director de Salud de las Personas, Director de Servicios de Salud, que será el Coordinador Regional del SRC. Comité Regional organiza y conduce el SRC. En el ámbito Regional.

Nivel de la RED de Salud responsables: Director ejecutivo de Red Coordinador de Seguros y Referencias de RED. Comité o equipo De Gestión de la RED. organiza, coordina, conduce y controla **Nivel de Microred** responsables: Jefe de Microred, coordinador del SIS y/o referencia , equipo de gestión de la Microred, coordina, facilita asigna, prevé recursos para las actividades de referencia y contrarreferencia .

A NIVEL PRESTACIONAL:

Este nivel cuenta con Establecimientos de Salud de diferente Complejidad y capacidad resolutive como Institutos especializados, Hospitales (I, II, III). Centros y Puestos de Salud El Establecimiento de Salud es la unidad operativa prestacional Encargado de la ejecución de referencias y Contrarreferencias, los Responsables son los jefes de la Unidad de Seguros y/o de referencia Regional Hospitales Nacionales e Institutos especializados, de menor complejidad y de los Centros y

Puestos de Salud, según corresponda.

MINISTERIO DE SALUD
Proyecto de Reforma del Sistema de Salud

7. ORGANIZACION DEL SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

1. Nivel Administrativo

1.1. Nivel Nacional
 Director General del Sistema de Referencia y Contrareferencia
 Subdirector General del Sistema de Referencia y Contrareferencia
 Jefe de Oficina de Asesoría y Estudios
 Jefe de Oficina de Organización y Planificación
 Jefe de Oficina de Estadística e Información
 Jefe de Oficina de Asesoría Jurídica
 Jefe de Oficina de Asesoría Técnica
 Jefe de Oficina de Asesoría Económica
 Jefe de Oficina de Asesoría Social
 Jefe de Oficina de Asesoría Cultural
 Jefe de Oficina de Asesoría de Relaciones Públicas
 Jefe de Oficina de Asesoría de Cooperación Internacional

1.2. Nivel Regional
 Director Regional del Sistema de Referencia y Contrareferencia
 Subdirector Regional del Sistema de Referencia y Contrareferencia
 Jefe de Oficina de Asesoría y Estudios
 Jefe de Oficina de Organización y Planificación
 Jefe de Oficina de Estadística e Información
 Jefe de Oficina de Asesoría Jurídica
 Jefe de Oficina de Asesoría Técnica
 Jefe de Oficina de Asesoría Económica
 Jefe de Oficina de Asesoría Social
 Jefe de Oficina de Asesoría Cultural
 Jefe de Oficina de Asesoría de Relaciones Públicas
 Jefe de Oficina de Asesoría de Cooperación Internacional

1.3. Nivel Provincial
 Director Provincial del Sistema de Referencia y Contrareferencia
 Subdirector Provincial del Sistema de Referencia y Contrareferencia
 Jefe de Oficina de Asesoría y Estudios
 Jefe de Oficina de Organización y Planificación
 Jefe de Oficina de Estadística e Información
 Jefe de Oficina de Asesoría Jurídica
 Jefe de Oficina de Asesoría Técnica
 Jefe de Oficina de Asesoría Económica
 Jefe de Oficina de Asesoría Social
 Jefe de Oficina de Asesoría Cultural
 Jefe de Oficina de Asesoría de Relaciones Públicas
 Jefe de Oficina de Asesoría de Cooperación Internacional

1.4. Nivel Municipal
 Director Municipal del Sistema de Referencia y Contrareferencia
 Subdirector Municipal del Sistema de Referencia y Contrareferencia
 Jefe de Oficina de Asesoría y Estudios
 Jefe de Oficina de Organización y Planificación
 Jefe de Oficina de Estadística e Información
 Jefe de Oficina de Asesoría Jurídica
 Jefe de Oficina de Asesoría Técnica
 Jefe de Oficina de Asesoría Económica
 Jefe de Oficina de Asesoría Social
 Jefe de Oficina de Asesoría Cultural
 Jefe de Oficina de Asesoría de Relaciones Públicas
 Jefe de Oficina de Asesoría de Cooperación Internacional

2. Nivel Prestacional

2.1. Hospitales Regionales
 Director Regional del Hospital
 Subdirector Regional del Hospital
 Jefe de Oficina de Asesoría y Estudios
 Jefe de Oficina de Organización y Planificación
 Jefe de Oficina de Estadística e Información
 Jefe de Oficina de Asesoría Jurídica
 Jefe de Oficina de Asesoría Técnica
 Jefe de Oficina de Asesoría Económica
 Jefe de Oficina de Asesoría Social
 Jefe de Oficina de Asesoría Cultural
 Jefe de Oficina de Asesoría de Relaciones Públicas
 Jefe de Oficina de Asesoría de Cooperación Internacional

2.2. Hospitales de II y III
 Director del Hospital
 Subdirector del Hospital
 Jefe de Oficina de Asesoría y Estudios
 Jefe de Oficina de Organización y Planificación
 Jefe de Oficina de Estadística e Información
 Jefe de Oficina de Asesoría Jurídica
 Jefe de Oficina de Asesoría Técnica
 Jefe de Oficina de Asesoría Económica
 Jefe de Oficina de Asesoría Social
 Jefe de Oficina de Asesoría Cultural
 Jefe de Oficina de Asesoría de Relaciones Públicas
 Jefe de Oficina de Asesoría de Cooperación Internacional

2.3. Centros de Salud
 Jefe del Centro de Salud
 Responsable del SIS, Referencias y/o Admisión del Centro de Salud
 Comité o Equipo técnico de gestión del Centro de Salud

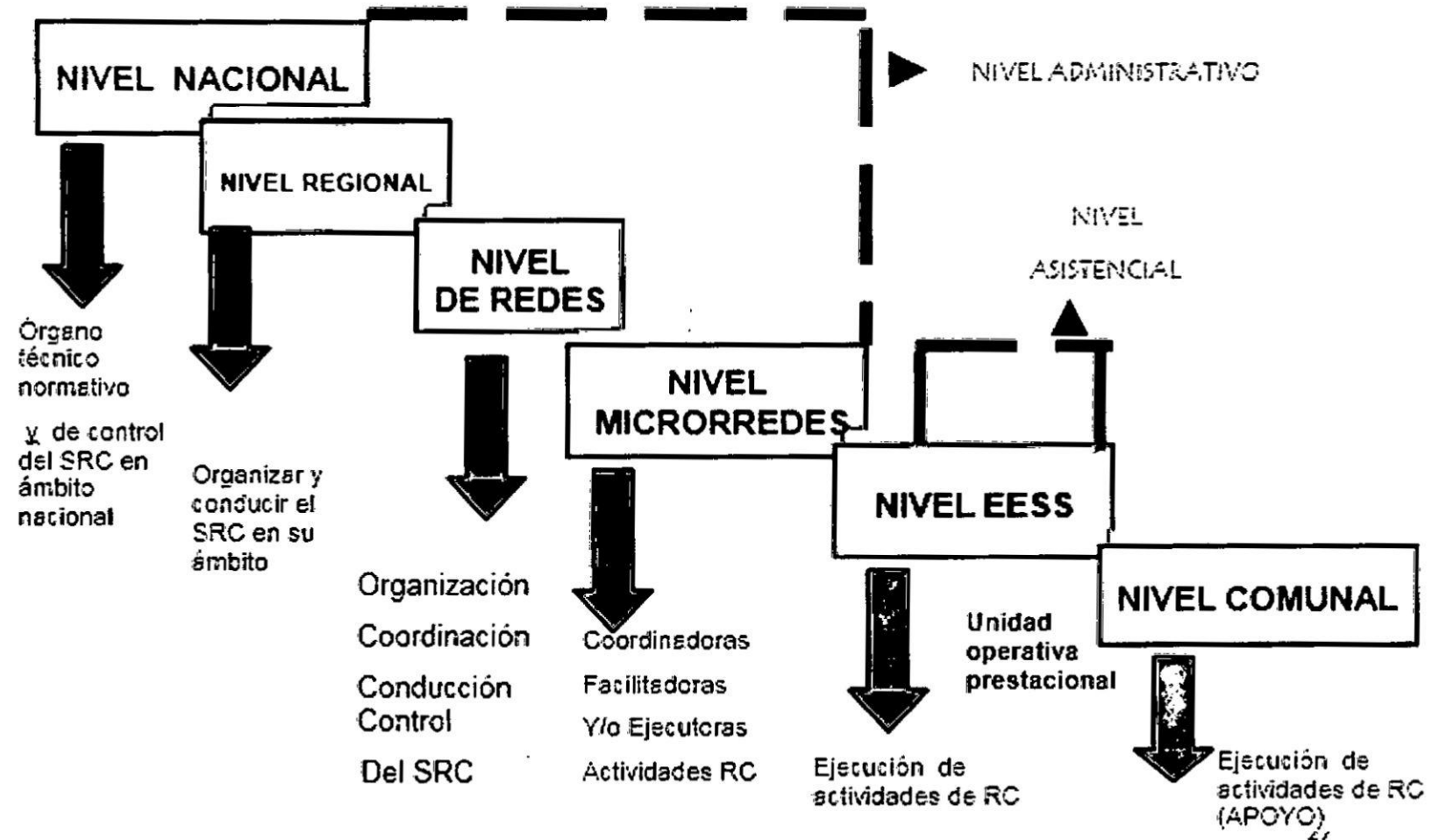
2.4. Puestos de Salud
 Jefe del Puesto de Salud
 Responsable del SIS, Referencias y/o Admisión del Puesto de Salud

(*) Los hospitales Regionales serán, en su mayoría, complejos en cada región y serán dirigidos por el personal de categoría regional y designados por la autoridad regional correspondiente.
 (**) Los Comités o Equipos de gestión serán establecidos para el tema del SIS, sino deberán asumir dentro de su ámbito integral la evaluación de dicho aspecto (SIS).
 (***) La responsabilidad de la conducción del SIS en el nivel prestacional podrá ser incorporada al SIS, Admisión y atención como Unidad funcional independiente.

Proyecto de Reforma del Sistema de Salud y Contrareferencia de las Regiones del Ministerio de Salud

ORGANIZACIÓN FUNCIONAL DEL SRC

Norma Técnica N° 018-MINSA/DGSP-v.01



2.2.7. Proceso de Referencia:

Responsabilidad de la referencia:

A nivel comunal: del agente comunitario

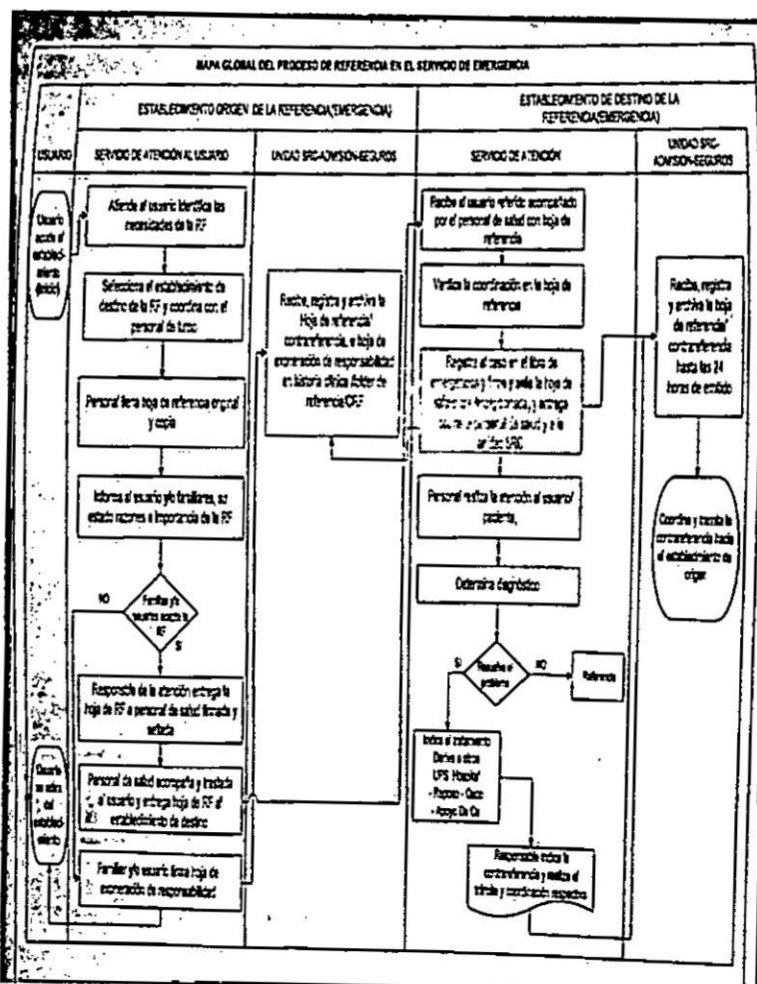
A nivel del Establecimiento: de Salud la responsabilidad

Corresponde al personal de Salud que brinda la atención

(Médico, profesional de la salud médico, o técnico de salud)

La cuál termina hasta que se inicie la atención en el EESS.

De destino de la referencia.



Norma técnica del sistema de Referencia y contrarreferencia de los Establecimientos del Ministerio de salud .

2.2.8. Destino de la referencia .Los usuario podrán ser referidos a las siguientes unidades productoras :

- Consulta externa: cuando el problema de salud del usuario Requiere la atención en consulta externa de otro EESS. De Mayor capacidad resolutive.
- Emergencia: cuando el usuario según criterios de clasificación de emergencia presenta signos y síntomas que Indican gravedad, riesgo de perder la vida o posibilidad de quedar con secuelas invalidantes y se requiere de la atención Inmediata para estabilizarlo y/o luego referir en caso se complique y/o no se pueda manejado adecuadamente por escasa capacidad resolutive del EESS.
- Apoyo al Diagnóstico: Cuando el usuario requiere su confirmación diagnóstica, seguimiento o control de una prueba o examen que no se práctica en el establecimiento de salud de origen.

2.2.9. Criterios para la selección del establecimiento de destino:

- Capacidad Resolutive: El usuario debe ser referido al EESS. que tenga la capacidad resolutive (cartera de servicios para resolver el motivo de la referencia.
- Accesibilidad: El Establecimiento de Salud elegido

para la referencia de acuerdo a su capacidad resolutive debe ser la más cerca y/o el más accesible a través de vías de comunicación y transporte convencionales. Esto significa que no necesariamente se va a circunscribir dentro de los límites de su micro red, Red o Dirección de Salud. Si no puede acceder a otro ámbito de otra Dirección de Salud, Red o Micro red Colindante.

- Oportunidad: El usuario debe ser referido en el momento y Lugar adecuado, en forma correcta , tal como lo establezcan Las guías de atención, evitando riesgos de complicación o Muerte del paciente, garantizando los derechos que le asiste al paciente de recibir una atención de calidad y oportuna.

2.2.10. Recursos de soporte del sistema de referencia y contrarreferencia :

- Recursos Humanos es un soporte importante para el funcionamiento del sistema por lo tanto se debe fortalecer acciones en los diferentes niveles de atención como: establecer espacios de evaluación, promover política de incentivos, intercambio de experiencias pasantías, establecer mecanismos de mejoramiento de la calidad.

- Implementación de los instrumentos de registros e información hoja de referencia y contrarreferencia comunal, e institucional y el sistema informático el Software del SRC. Que funcionará en los puntos de digitación Implementación de un transporte coordinado según flujo de Referencia y contrarreferencia.
- Implementación de una red de comunicación.
- Previsión de los recursos materiales necesarios para la operatividad del SRC.

2.2.11. Control de la referencia y contrarreferencia:

- Implementación de la supervisión con enfoque integral y Descentralizado por niveles las cuales deben ser planificadas Especialmente donde se evidencian problemas, debiendo explorar los aspectos de organización, flujo de referencia, y contrarreferencia, difusión y conocimiento de normas, capacitación ,gestión logística, manejo del sistema de Información y registro, sistema de comunicación y transporte y en el área asistencial se explorará la oportunidad y la pertinencia de la referencia y contrarreferencia y cumplimiento de las normas.

- Incorporar el Monitoreo dentro del enfoque integral y Descentralizado del monitoreo de la gestión sanitaria Evaluación Se incorpora dentro de la Evaluación integral y descentralizada de la gestión sanitaria incorporándose indicadores de estructura, resultados e impacto que midan los objetivos propuestos en cada nivel organizacional y que permitan establecer estrategias integradas de intervención sanitaria.

2.3. Definición de Términos:

- **Accesibilidad:** Facilidad con la que los usuarios pueden obtener asistencia sanitaria, disminuyendo las barreras geográficas, socioeconómicas, organizativas y culturales.
- **Capacidad Resolutiva:** Es la capacidad que tienen los establecimientos de salud de producir el tipo de servicios necesarios para solucionar las diversas necesidades de la población, incluyendo la satisfacción de" los usuarios, (depende de la especialización y tecnificación de sus recursos)
- **Nivel de Atención** Constituye una de las formas de organización de la oferta de los servicios de salud, en la cual se relacionan la magnitud y severidad de las necesidades de salud de la población, con la capacidad

resolutiva. De acuerdo al comportamiento de la demanda, se reconocen tres niveles:

a. **Primer Nivel de Atención:** Es la puerta de entrada de la población al sistema de salud, en donde se desarrollan principalmente actividades de promoción de la salud, prevención de riesgos y control de daños a la salud, diagnóstico precoz y tratamiento oportuno, teniendo como eje de intervención las necesidades de salud más frecuentes de la persona, familia y comunidad. El grado de severidad y magnitud de los problemas de salud en este nivel, plantea la atención con una oferta de gran tamaño, y de baja complejidad: además se constituye en el facilitador y coordinador del flujo del usuario dentro del sistema.

b. **Segundo Nivel de Atención:** En este nivel se complementa la Atención Integral iniciada en el nivel precedente, agregando un grado de mayor especialización tanto en recursos humanos como tecnológicos, brindando un conjunto de servicios de salud dirigidos a solucionar los problemas de las personas referidas del primer nivel de atención o aquellas que por urgencia o emergencia acudan a los establecimientos de salud de este nivel. Además, realiza actividades preventivas promocionales, según corresponda.

- c. **Tercer Nivel de Atención:** Es el nivel de mayor especialización y capacidad resolutive en cuanto a recursos humanos y tecnológicos dirigidos a la solución de las necesidades de salud que son referidas de los niveles de atención precedentes, así como aquellas personas que acudan a los establecimientos de este nivel por razones de urgencia o emergencia. Además, realiza actividades preventivas promocionales, según corresponda.
- **Referencia:** es un proceso administrativo asistencial mediante el cual el personal de un establecimiento de Salud ,transfiere la responsabilidad de la atención de las necesidades de salud de un usuario a otro establecimiento de salud de mayor capacidad resolutive y cuando el agente comunitario o las organizaciones sociales, identifican signos de peligro ,alarma, o Factores de riesgo en usuarios y su necesidad de traslado desde su comunidad hacia un establecimientos de salud del primer nivel de atención .(14)

CAPITULO III

EXPERIENCIA PROFESIONAL

3.1. Recolección de datos

Para la ejecución del presente informe de experiencia laboral se realizó la recolección de datos de los registros y archivos de la jefatura del servicio a fin de tener acceso a los registros anteriores de la Unidad de Referencia y contrarreferencia de la DIRESA JUNÍN. Así mismo se contó con la autorización respectiva a fin de tener acceso a los registros y archivos anteriores., procesamiento de datos resultados y análisis e interpretación de resultados.

3.2. Experiencia profesional

Recuento de la Experiencia Profesional

Mi experiencia profesional las inicie hace más de 30 años, con la realización del SECIGRA, en el año 1981, en el distrito de Andamarca, Provincia de Concepción, inicie mis labores como Enfermera titulada en calidad de contratada a partir del 01 de Septiembre de 1981 en el Hospital General de Oxapampa - Área Hospitalaria N° 6 Selva Central hasta el 31 de Agosto de 1982. Participé de un concurso a nivel Regional, ganando una plaza en el Hospital General Base de Tarma y a partir del 01 de Septiembre de 1982 laboré como Enfermera asistencial por

espacio de 02 años.

Luego después de un concurso pasé a ser integrante de la Unidad de Capacitación, siendo capacitada en la Escuela de Salud Pública para este cargo. Y a partir del año 1985 hasta el año 1988 fui asignada al cargo de jefe de la Unidad de Capacitación, en el año 1989 Ocupé el cargo de Directora de la oficina de Desarrollo de Recursos Humanos –Capacitación. Luego continué como Jefe de la Unidad Desarrollo de Recursos Humanos –Capacitación hasta el año 2002

El año 2003 como Coordinadora de la Unidad de Prevención y Control de Infecciones Intrahospitalarias (IIH) , Así como Jefe del Dpto. de Enfermería. Continué como Coordinadora de la Unidad de Prevención de IIH hasta el 2007.

Luego, 2008 al 2009 laboré en la Unidad de Capacitación de la Unidad de Desarrollo de Recursos Humanos de la DIRESA Junín, también me hice cargo de la Unidad de Bienestar de Personal.

A partir del año 2010 integre el equipo técnico de la Dirección de Servicios de Salud de la Dirección de Salud de las Personas.

A partir del 2010 hasta Marzo del 2015, como Coordinadora Regional del Sistema de Referencia y Contra referencia en DIRESA Junín, paralelo ocupe Cargo de Coordinadora Regional de la Estrategia de Metales pesados., 2013 coordinadora de la Unidad de Categorización El 2015 03 meses que el cargo de

Directora de Servicios de Salud , 2015 - 2016 Coordinadora de la Unidad de Prevención de Infecciones asociadas a las Infecciones asociadas a la Atención de Salud- (IAAS) Actualmente me encuentro en el equipo Técnico de Promoción de la Salud.

Descripción del Área Laboral.

Actualmente laborando en la Dirección Regional de Salud Junín la cual está ubicada en el Departamento de Junín, Provincia de Huancayo. LA Región Junín cuenta con 09 provincias y 134 distritos.

Organización:

La Dirección Regional de Salud Junín es el órgano de línea de la Organización:

Gerencia Regional de Desarrollo Social del Gobierno Regional de Junín y que por delegación de la Alta Dirección del Ministerio de Salud y del Gobierno Regional de Junín, ejerce autoridad de salud en la Región Junín.

Cuenta con 09 Redes de Salud, 02 Hospitales de III Nivel de Atención y 07 Hospitales del Nivel II de Atención. 497 Establecimientos de Salud Públicos y en total entre públicos privados y mixtos 967 Establecimiento de Salud con 08 Direcciones Ejecutivas.

Una de ella es la Dirección Ejecutiva de Salud de las Personas.

La cual a su vez cuenta con 04 Direcciones:

- Dirección de Atención Integral de Salud
- Dirección de Servicios de Salud
- Dirección de Calidad en Salud
- Dirección en Seguros en Salud.

Dentro de la Dirección de Servicios de Salud está ubicada la Unidad de Sistema de Referencia y Contrarreferencia

Recursos Humanos :

- A nivel de DIRESA son: un total de
- A nivel de Salud de las Personas un total de 49 Profesionales

Infraestructura:

La DIRESA JUNÍN viene funcionando en un local Alquilado de 06 pisos material noble ubicado en Jr., Julio C. Tello N° 488- Distrito el Tambo, provincia de Huancayo.

Prestaciones:

La función que desarrolla es netamente administrativa y de gestión ya que por ser autoridad Sanitaria Regional desarrollamos acciones de planificación organización monitoreo, supervisión y evaluación a redes y EESS.

Funciones:

- a. Conducir el Sistema de Referencia y Contra referencia en la

- jurisdicción, coordinando con otros sectores, instituciones o instancias cuando sea necesario, en el marco normativo y técnico vigente.
- b. Implementar las normas del sistema de Referencias y contrarreferencia.
 - c. Brindar asistencia técnica, a la Redes y Micro redes y EESS. para la conducción del sistema de Referencias y Contrarreferencias.
 - d. Realizar acciones de control para la adecuada conducción y operatividad del SRC.(Monitoreo, supervisión y evaluación)
 - e. Conformar el Comité Regional y coordinar para fortalecer los procesos de funcionamiento del Sistema.
 - f. Coordinar compromisos y/ o convenios para fortalecer el SRC. A nivel macroregional.

3.3. Procesos realizados en la gestión e implementación del Sistema de Referencia y contrarreferencia.

Durante mi experiencia profesional tuve la oportunidad de los aspectos vivenciales, experiencias positivas y negativas que se tuvo que enfrentarse en el marco del aspecto técnico y decisiones políticas que en algún momento no coincidieron, pero que al final en la gestión tienen que concertarse en el marco de las Normas derechos de los usuarios y acuerdo a la realidad local.

Cuando se inició el trabajo en el año 2010 la unidad de Referencias y Contrarreferencias no se contó información ni con documentos de gestión de implementación. Es decir se inició de CERO. Pero el esfuerzo en esos momentos estuvo dirigido a la implementación de la Central Regional de Referencias de urgencias por las graves quejas de no atención de las referencias de urgencias y emergencias. Con mucho esfuerzo se logró resultados y fue presentado como una experiencia exitosa en el Ministerio de Salud. Pero por decisiones políticas se desactivó. Desde el año 2013 Hubo avances, pero aún faltaba consolidar acciones.

En conclusión el caso en general que se desarrollará a continuación estará enfocado a la insuficiente implementación y gestión del sistema de referencia y contra referencia,

1.- ESCENARIO:

El presente caso fue seleccionado en la Dirección Regional de Salud específicamente en la dirección ejecutiva de salud de las personas. , Dirección de Servicios de Salud y unidad de Referencia y contra referencia,

CASO:

Insuficiente implementación del SRC. en la región Junín que incluye los procesos organizativos, planificación, monitoreo supervisión y evaluación.

Proceso realizado en el tema:

Las acciones desarrolladas frente al caso están enfocadas a la teoría de Federico Tobar, quien sostiene que el tipo de gestión está directamente relacionadas al tipo de organizaciones que va de lo simple a lo complejo. (Modelo estructuralista y contingencial) Por lo Tanto tienen mucha relación con la organización en Salud.

La prestación de los servicios de salud está organizado por niveles de atención, es así que tenemos Establecimientos de Salud del Primer Nivel de Atención en este nivel se encuentran EESS como Centros y Puestos de Salud con categoría (I-1, I-2, I-3, I-4) que brindan atención básica , preventivo promocional Luego EESS del segundo nivel de atención aquí se encuentran los Hospitales con categoría (II-1, II-2) que resuelven problemas de Baja y mediana complejidad y luego los EESS del tercer nivel aquí se encuentran los Hospitales de categoría del (III-1, III-2 III .E y III-2) que resuelven problemas de alta complejidad brindan atención especializada. Por lo tanto la gestión e implementación del Sistema de Referencia y Contrarreferencia implica:

- Que el Recurso Humano tenga claro los procesos del SRC.
Gestione, implemente y desarrolle las acciones en el marco de la normatividad vigente del SRC. Según el nivel de atención donde se encuentra.

- Fortalecer la articulación y comunicación entre los niveles de atención para lograr la continuidad de la atención al usuario.

Pero es de vital importancia que los servicios de salud sean fortalecidos en su Infraestructura, Recurso Humano organización y equipamiento)

Acciones de Gestión e implementación desarrolladas en el marco de la normatividad vigente del SRC.

1. Se actualizó un diagnóstico situacional de la gestión y grado de Implementación del sistema de Referencia y Contrarreferencias a nivel Regional.
2. Se Formuló y difundió el Plan Regional del Sistema de Referencia y contrarreferencia.
3. Se Diseñó un cronograma de actividades según los criterios establecidos por el ministerio de Salud a través de los documentos técnicos vigentes.
4. Se Conformó y se logró oficialización del Comité Técnico Regional del SRC.
5. Se brindó Asistencia técnica para la conformación y / actualización de los Comités a nivel de Redes y Micro redes de la Región.
6. Se realizó la Socialización de las normas Técnicas vigentes para la implementación del Sistema de referencia y

Contrarreferencia.

7. Se realizó el Monitoreo de actividades programadas dentro del plan Regional anual del sistema de Referencia y Contrarreferencia a nivel de Redes de Salud y hospitales.
8. Se realizó Supervisiones y asistencia Técnicas a las acciones de Implementación y gestión del sistema de referencias y contrarreferencia contra referencias a las redes y Hospitales.
9. Se realizó la Evaluación de semestral y anual del sistema de Referencias y Contrarreferencias con los coordinadores de Redes.
10. Se elaboró el flujo Regional del SRC.
11. Reuniones de discusión de casos para la mejora del proceso de Referencia y Contrarreferencia con los Hospitales Regionales Reuniones con la Regiones de Ayacucho, Huancavelica y Pasco, para análisis de problemática de las Referencias de Emergencias y Urgencias para mejora de los procesos de referencia y para formulación de convenios.
12. Formulación del Plan de reactivación de la central de urgencias y emergencias en la Región Junín.
13. Elaboración de instrumentos para el monitoreo de las referencias de pacientes derivados a los Hospitales Regionales.

14. Se inició la gestión para implementación del Software REFCON Conjuntamente con el Director de Estadística e informática.
15. Capacitación sobre el SRC. a nivel regional a SERUMS. Se realiza 02 veces al año.
16. Ponencias sobre SRC. en Universidad, Colegio Médico del Perú. En la labor tuve experiencias muy positivas, y la participación activa de personas muy comprometidas que aportaron mucho a la gestión e Implementación tanto en DIRESA como en las Redes, micro redes y EESS.
17. Se promovió, se concertó y Desarrolló el evento para Sinceramiento y Fortalecimientos de los Servicios de Salud a nivel Regional.

Hubo experiencias un tanto difíciles por algunas decisiones políticas de los directivos que limitaron la labor. Pero se afrontó basados en las normas. También aprendí que es muy importante la participación activa de los involucrados en el Sistema.

LIMITACIONES

- No se cuenta con presupuesto para el desarrollo de las acciones a nivel de DIRESA ni Redes de Salud, Situación que limita el cumplimiento. Las actividades

realizadas han sido facilitadas por gestión y coordinación a nivel de DIRESA, Hospitales y Redes de Salud. Ante algunos programas estratégicos quienes brindan el apoyo del financiamiento respectivo. Pero hay ocasiones que no es posible.

- Deficiencias en la capacidad Resolutiva de establecimientos de Salud en la Región Junín. EESS. no cumplen con las funciones obstétricas neonatales, (FONES), algunos laboratorios en el primer nivel de atención no funcionan adecuadamente por falta de RRHH., insuficiente y/o carencia de insumos, en general alta Rotación de Recursos Humanos. Algunos Hospitales no pueden solucionar intervenciones de mediana complejidad por insuficiente Recurso Humano especialista ejm. en rol del mes solo cuentan con el gineco obstetra y no cuentan con el anestesiólogo. o viceversa. lo que hace que una cesárea tiene que ser referida a un tercer nivel.

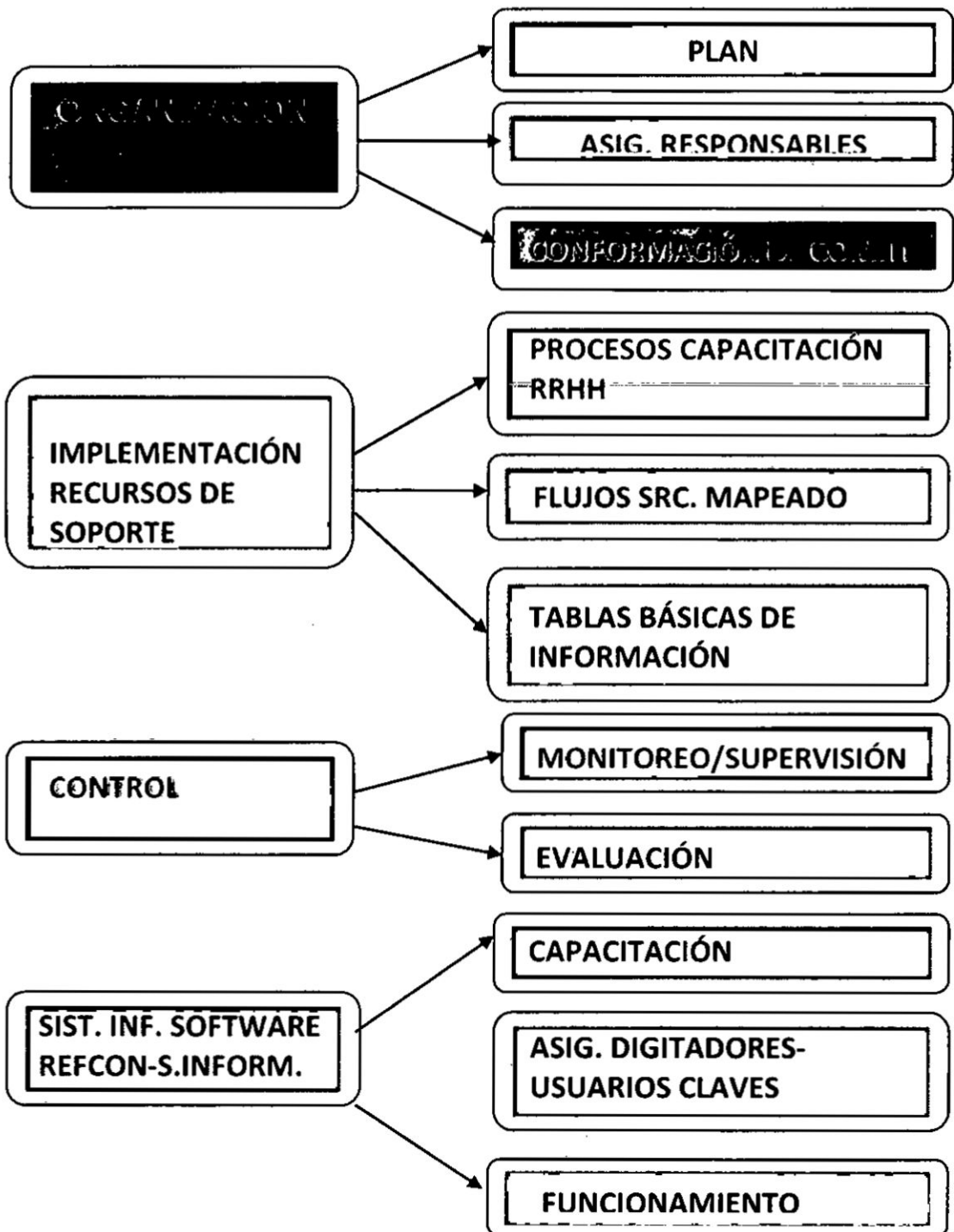
APORTES:

- Se implementó la Central de Referencias de urgencias y emergencia en los dos Hospitales Regionales .DAC. el Carmen. Fue presentada como una experiencia exitosa en el MINSA. Fue desactivada por pero nuevamente

se presentó el Plan para la Reactivación.

- Actualmente los Hospitales Regionales **HRDCQ. DAC. Y el HRDMI. El Carmen** cuentan con RRHH. asignado Para La atención de las Referencias las 24 Horas. Con financiamiento de dichos hospitales.
- Se promovió y se logró concertar y desarrollo con el Seguro Integral de Salud para efectivizar un evento Sinceramiento y Fortalecimiento de los EESS. en la Región Junín trabajado con las Redes de Salud,
- Actualmente Algunas redes ya han iniciado el fortalecimiento respectivo.
- El inicio de la gestión e Implementación del software REFCNF del Sistema de referencia y Contrarreferencia en la Región Junín.

**ESTRUCTURA DE EVALUACIÓN DE LA
GESTIÓN E IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA
DE REFERENCIA Y
CONTRARREFERENCIA EN LA REGIÓN
JUNÍN**

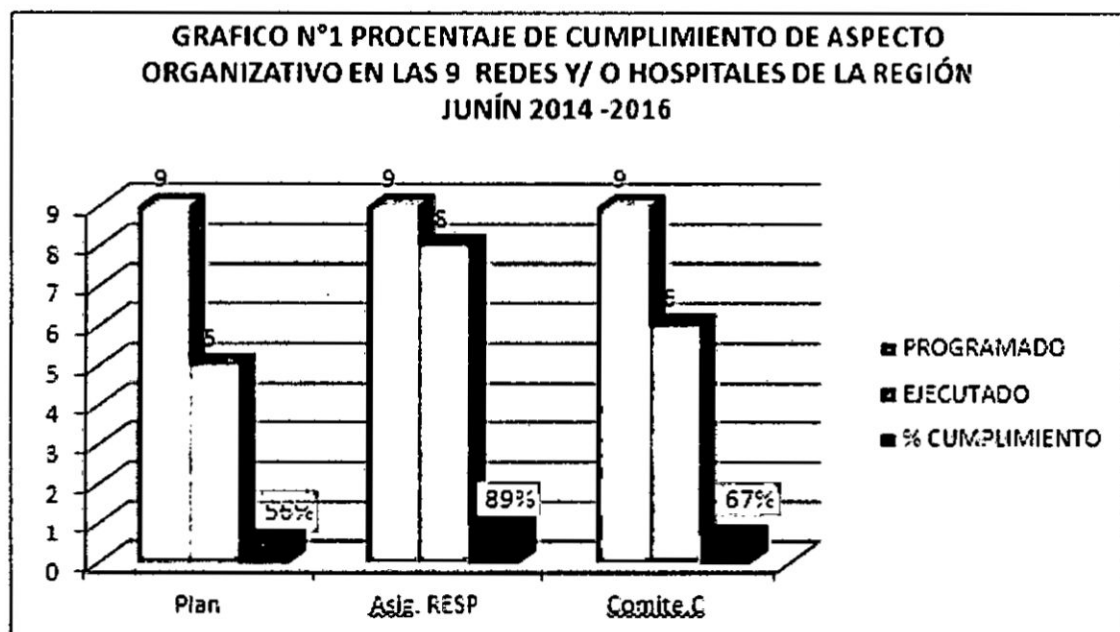


CAPITULO IV
RESULTADOS

CUADRO N° 4.1 PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE ASPECTO ORGANIZATIVO EN LAS 9 REDES Y/O HOSPITALES DE LA REGIÓN JUNÍN 2014-2016

	PROGRAMADO	EJECUTADO	% CUMPLIMIENTO
Plan	9	5	56%
Asig. RESP	9	8	89%
Comite.C	9	6	67%

FUENTE : Registros SRC/DIRESAJ..



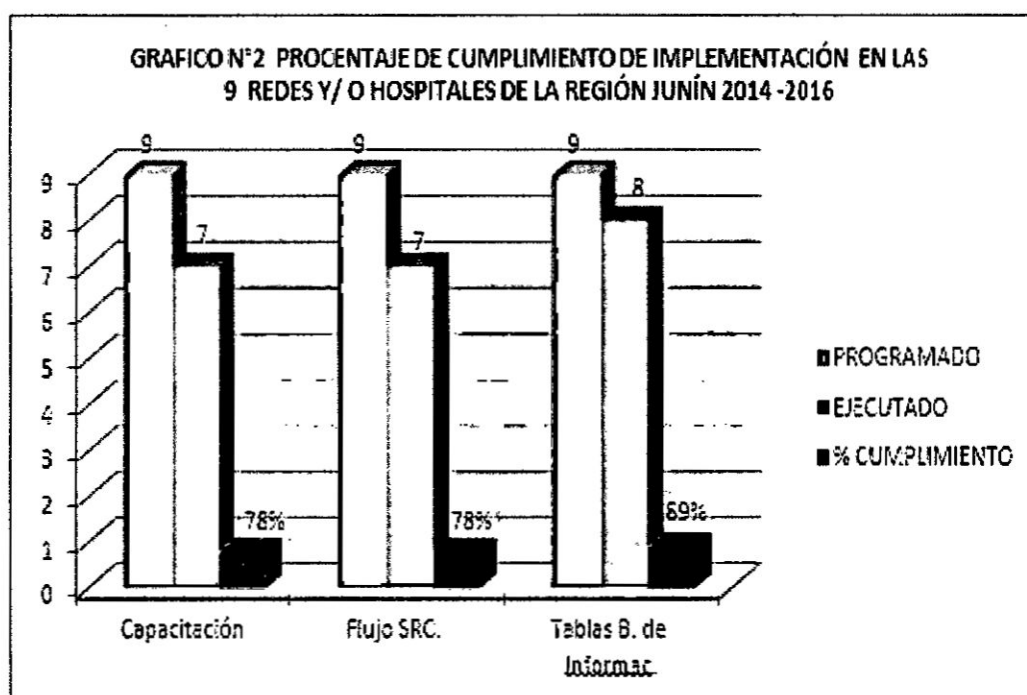
FUENTE : Registros SRC/DIRESAJ..

INTERPRETACIÓN: En el grafico podemos observar que se ha logrado un buen cumplimiento en la asignación de responsables del SRC. a nivel de las redes y/o hospitales lográndose un 89% en 2° lugar la conformación del comité con un 67% y 3° lugar formulación y aprobación del plan con un 56%.

CUADRO N° 4.2 PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE IMPLEMENTACIÓN EN LAS 9 REDES Y/ O HOSPITALES DE LA REGIÓN JUNÍN 2014 -2016

	PROGRAMADO	EJECUTADO	% CUMPLIMIENTO
Capacitación	9	7	78%
Flujo SRC.	9	7	78%
Tablas B. de Informac.	9	8	89%

FUENTE : Registros SRC/DIRESAJ..



FUENTE: Registros SRC/.DIRESAJ.

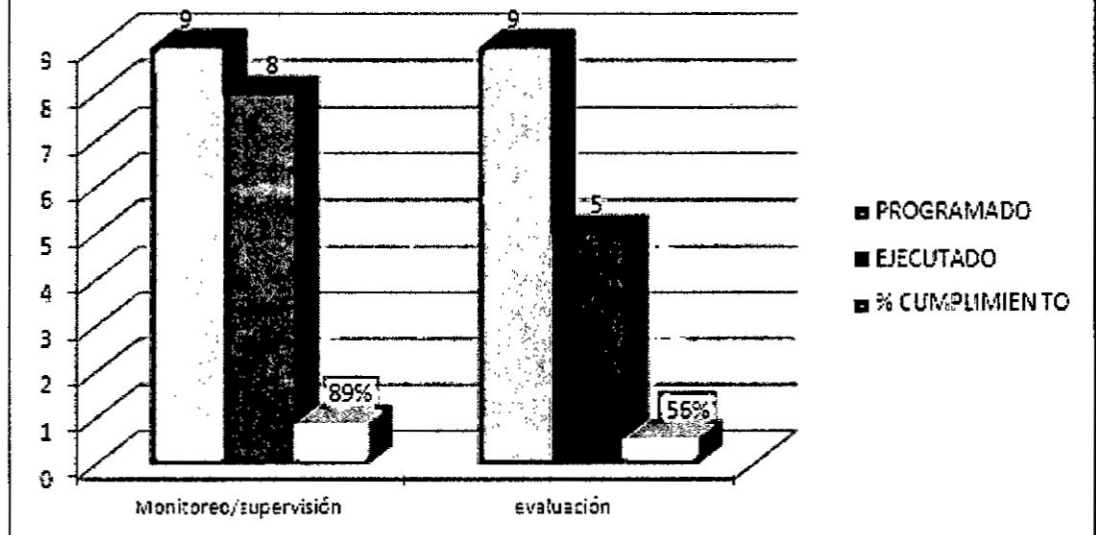
INTERPRETACIÓN: En el grafico podemos observar que se ha logrado un buen cumplimiento a nivel de las redes y/o hospitales elaboración de las tablas básicas de información del SRC. a lográndose un 89% en 2° lugar desarrollo de procesos de capacitación en el SRC. y elaboración del flujo mapeado del SRC. Obteniendo en ambos un 78%

CUADRO N° 4.3 PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE ACCIONES DE CONTROL EN LAS 9 REDES Y/ O HOSPITALES DE LA REGIÓN JUNÍN 2014 -2016

	PROGRAMADO	EJECUTADO	% CUMPLIMIENTO
Monitoreo/supervisión	9	8	89%
evaluación	9	5	56%

FUENTE : Registros SRC/DIRESAJ..

GRAFICO N° 3 PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE ACCIONES DE CONTROL EN LAS 9 REDES Y/ O HOSPITALES DE LA REGIÓN JUNÍN 2014 - 2016



FUENTE: .Registros SRC.

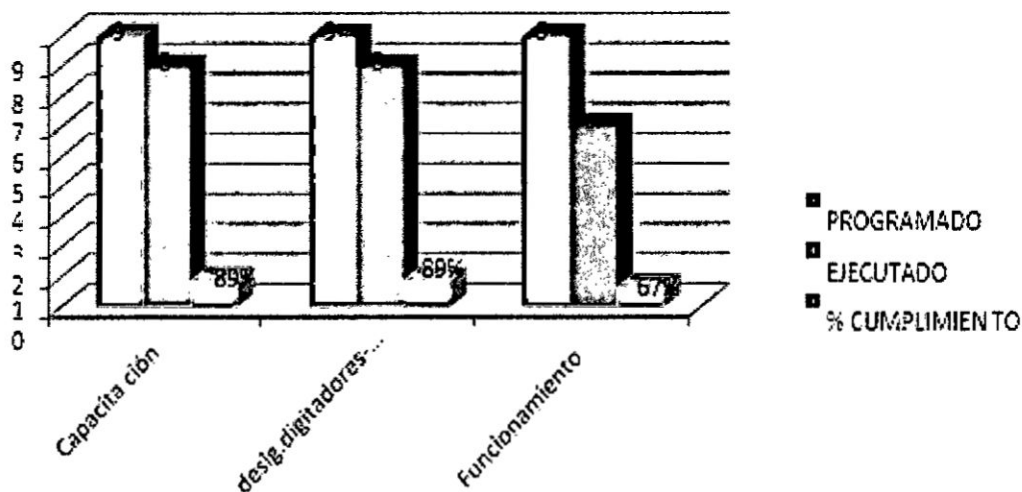
INTERPRETACIÓN: En el grafico podemos observar que se ha logrado un buen cumplimiento a nivel de las redes y/o hospitales el monitoreo y supervisión lográndose un 89% y con un porcentaje bajo del 56% la evaluación. A este porcentaje está influyendo el proceso de transición de las nuevas redes de salud.

CUADRO N° 4.4 PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE IMPLEMENTACIÓN DE SOFTWARE -REFCON EN LAS 9 REDES Y/ O HOSPITALES DE LA REGIÓN JUNÍN 2014 -2016

	PROGRAMADO	EJECUTADO	% CUMPLIMIENTO
Capacitación	9	8	89%
desig. digitadores- usuarios-clave	9	8	89%
Funcionamiento	9	6	67%

FUENTE: .Registros SRC.

GRAFICO N° 4 PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE IMPLEMENTACIÓN DE SOFTWARE -REFCON EN LAS 9 REDES Y/ O HOSPITALES DE LA REGIÓN JUNÍN 2014 -2016



FUENTE: .Registros SRC.

INTERPRETACIÓN: En el gráfico podemos observar que se ha logrado un buen cumplimiento a nivel de las redes y/o hospitales el proceso de capacitación para la implementación del REFCON. y la asignación de los digitadores con clave de usuario con un porcentaje de 89% y en lo que corresponde a funcionamiento se tiene un avance del 67%

RESULTADO DE IMPLEMENTACIÓN HOSPITALES REGIONALES

HOSPITAL	Organización de Sistema de Referencia y Contrarreferencia			Implementación		Control		SOFTWARE REFCONF		
	Cuenta con Plan	Asignación de Responsable	Comité Conformado	Capacitación	cartera de servicio	Monitoreo y Supervisión	Evaluación	CAPACITACIÓN	Designación Digitadores -usuarios clave	Funcionamiento
PUNTAJE	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
HRDCQ.DAC	SI - 1	SI - 1	SI - 1	SI - 1	SI - 1	SI - 1	SI - 1	SI - 1	SI - 1	SI - 1
HRDMI CARMEN	SI - 1	SI - 1	SI - 1	SI - 1	SI - 1	SI - 1	SI - 1	SI - 1	SI - 1	SI - 1

RESULTADO IMPLEMENTACIÓN A NIVEL DE DIRESA JUNÍN.

	Organización de Sistema de Referencia y Contrarreferencia			Implementación		Control		SOFTWARE REFCONF		
	Cuenta con Plan	Asignación de Responsable	Comité Conformado	Capacitación	Flujo mapeado Regional del SRC	Monitoreo y Supervisión	Evaluación	CAPACITACIÓN	Designación Digitadores -usuarios clave	Funcionamiento
PUNTAJE	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
DIRESA JUNÍN	SI - 1	SI - 1	SI - 1	SI - 1	SI - 1	SI - 1	SI - 1	SI - 1	SI - 1	SI - 1

RESULTADOS REDES Y HOSPITALES DE LA REGIÓN JUNÍN.

RED/HOSPITAL	Organización de Sistema de Referencia y Contrarreferencia			Implementación DE Recursos de soporte			Control		SOFTWARE REFCONF-Sisma. Información		
	Cuenta con Plan	Asig. Responsable	Comité Conformado	Capacitación	Flujo mapeado del SRC	Tablas Básica de Información	Monitoreo y Supervisión	Evaluación	CAPACITACIÓN	Designación Digitadores - usuarios clave	Funcionamiento
PUNTAJE	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Red/H.Junin	SI - 1	SI - 1	SI - 1	SI - 1	SI - 1	SI - 1	SI - 1	SI - 1	SI - 1	SI - 1	SI - 1
Red/H. Jauja	SI - 1	SI - 1	SI - 1	SI - 1	SI - 1	SI - 1	SI - 1	SI - 1	SI - 1	SI - 1	SI - 1
Red/H.Tarma	SI - 1	SI - 1	SI - 1	SI - 1	SI - 1	SI - 1	SI - 1	SI - 1	SI - 1	SI - 1	No - 0
Red/H.Chanchamayo	SI - 1	SI - 1	SI - 1	SI - 1	SI - 1	SI - 1	SI - 1	SI - 1	SI - 1	SI - 1	SI - 1
Red/H.Pichanaki	No - 0	SI - 1	No - 0	No - 0	SI - 1	SI - 1	SI - 1	No - 0	SI - 1	SI - 1	SI - 1
Red/H.Satipo	No - 0	SI - 1	SI - 1	SI - 1	SI - 1	SI - 1	SI - 1	No - 0	SI - 1	SI - 1	No - 0
Red/H.Pangoa (Nueva Red)	No - 0	SI - 1	No - 0	SI - 1	SI - 1	SI - 1	SI - 1	No - 0	SI - 1	SI - 1	SI - 1
Red/Valle del Mantaro	SI - 1	SI - 1	SI - 1	SI - 1	SI - 1	SI - 1	SI - 1	SI - 1	SI - 1	SI - 1	SI - 1
Red/Chupaca (Nueva RED)	No - 0	No - 0	No - 0	No - 0	No - 0	No - 0	No - 0	No - 0	NO - 0	No - 0	No - 0

FUENTE : SIST. REGISTROS U.SRC.

CAPITULO V

CONCLUSIONES

El presente trabajo me ha permitido describir las intervenciones de enfermería en la gestión e implementación del sistema de Referencia en la Región Junín. Llegando a las siguientes conclusiones:

1. En el componente de organización:

La asignación oficial de responsables ha obtenido un buen porcentaje de cumplimiento (89%) este aspecto es vital ya que garantiza la dirección del SRC. por niveles.

La conformación del Comité obtuvo un porcentaje menor obteniendo un 67% hecho que evidencia ausencia de equipo de trabajo.

En menor porcentaje de cumplimiento lo obtuvo la elaboración del Plan de implementación obteniendo un 56% este hecho no garantiza el presupuesto

2. Componente Implementación Sistema de Soporte.

En el aspecto de elaboración de las tablas básicas de información se ha logrado un 89% de cumplimiento, este aspecto es muy importante porque permite tener información de la oferta para la realización de la referencia y Contrarreferencias.

El cumplimiento de la elaboración del flujo mapeado del Sistema

de Referencia y contrarreferencia es un aspecto importante que fortalece y Guía la toma de decisiones para realizar las referencia según UPSS. Referente al cumplimiento de procesos de capacitación fortalecen las competencias del Recurso Humano en gestión y procesos Habiéndose obtenido un cumplimiento en ambos un 78%

3. Componente Control.

En el aspecto Monitoreo y control se ha logrado cumplimiento en un 89%. Este logro es importante porque permite evaluar los avances y/o dificultades por lo tanto la asistencia oportuna.

El aspecto evaluación se ha cumplido solo el 56 % . bajo cumplimiento lo no permite el análisis final de logros de los objetivos, compartir estrategias y compartir experiencia que contribuyan a la mejora del Sistema.

4. Componente SOFTWARE REFCON.

En el aspecto de capacitación al recurso Humano en el REFCON asignación de digitadores con clave de usuario se ha logrado un 89% de cumplimiento. Y a nivel de funcionamiento se ha tenido un cumplimiento del 65% , en su conjunto considero que es un gran avance teniendo un buen nivel de logro. Ya que anteriormente a nivel de las Redes la Consideración que anteriormente el sistema de información se manejó manualmente.

CAPITULO VI

RECOMENDACIONES

1. En el componente organización fortalecer el trabajo en equipo, a través de la activación efectiva de los Comités del SRC. Que se articule en los diferentes niveles, y se tome decisiones oportunas. Cumplir al 100% con formulación y aprobación del Plan de implementación del SRC. con la finalidad de garantizar el presupuesto para el desarrollo de las acciones.
2. En el componente implementación del sistema de soporte, deberá cumplirse al 100%. En lo referente la elaboración de las tablas básicas de información y flujo mapeado del SRC. debe ser socializado, actualizado permanentemente y disponible para todo el personal del establecimiento de Salud. Fortalecer los procesos de capacitación permanente poniendo énfasis en el personal SERUMS y de nuevo ingreso para garantizar la continuidad y calidad de los procesos. Integrar contenidos de Gestión, implementación del Sistema de Referencia y contrarreferencia, Atención Integral en la curricula de las Universidades formadoras de Recursos Humanos en salud en la Región.
3. En el componente Control fortalecer el cumplimiento al 100% en las Evaluaciones debe de considerarse la participación de los miembros de los Comité del SRC. de las Redes y/ o hospitales para ampliar el

análisis multidisciplinario e enriquecer las experiencias que contribuyan a la mejora del sistema.

A nivel regional debe promoverse incentivos para los Servicios de Salud que logren resultados de impacto.

4. Componente SOFTWARE REFCON. Los Hospitales y/ o redes que no cumplieron deberán implementar. DIRESA deberá fortalecer competencias para manejo Del REF CONF. Al 100% de Redes y Hospitales, realizar el monitoreo y asistencia técnica en situ para ver la operatividad.
5. A nivel Regional urgente deberá implementarse una política efectiva de fortalecimiento de la capacidad resolutiva de los Establecimientos de Salud de la Región Junín.
6. Implementar proyectos de mejora para fortalecer de la organización de los servicios de salud con enfoque del modelo de atención integral .

CAPITULO VII

REFERENCIALES

1.- Ministerio de Salud Dirección General de Salud de las Personas NT N° 018-MINSA/DGSP-V01 Norma Técnica del Sistema de Referencia y Contrarreferencia de los Establecimientos del Ministerio de Salud primera edición: Perú: Gráfica técnica SRL; 2005.

2.- PHRplus/Perú, Sistemas de Referencia y Contrarreferencia en los Servicios de Salud: experiencia Internacional de Cecilia Má de Bitrán & Asociados 2004 Agosto.

3.- Lcda. Zurita Desiderio, Mariuxi Johanna "Reestructuración del Sistema de Referencia y Contrarreferencia en el hospital Sagrado Corazón de Jesús.

Tesis Maestría de Gerencia en Servicios de Salud. (ciudad de Quevedo). Universidad Regional Autónoma de los Andes 2014.

4.- MD. Peña Herrera Ron, María Teresa. "Sistema de Referencia y Contrarreferencia en el Servicio de Emergencias de la Maternidad Isidro Ayora Tesis de Maestría en Gerencia de Servicios de Salud. Ambato Ecuador. Universidad Regional Autónoma de los Andes. 2015.

5.- Fuertes Yandún, Viviana Elizabeth / Tipaz Pilacúan, Aida Verónica "Impacto del sistema de referencia y contrarreferencia, en relación a la calidad de atención prestada a los usuarios que

utilizaron este sistema y que acuden al Centro de Salud N° 1. Tesis título de Lic. de Enfermería. Ciudad de Tulcán Ecuador, Universidad Politécnica Estatal del Carchi en Convenio con la Universidad Central de Ecuador. 2014.

6.- Ramírez Buelvas, Erika/Viana Guzmán, Nirlis "Evaluación del Sistema de Referencia y Contra-Referencia en el Servicio De Urgencias de la Empresa Social del Estado Hospital Local ARJONA. Especialización en Gerencia en Salud XVI. Cartagena de Indias D.T. Y C. Universidad de Cartagena 2012.

7.- Alirrosas Flores, Keveen Steve/ Pastor Goyzueta, Ada Graciela/ Tovar Brandán, Javier Rubén. "Avance en los Sistemas de Referencia y Contrarreferencia en EsSalud." Acta Méd. Orreguiana Hampi Runa Vol. 14 N° 1: pp. 63-82, 2014.

8. Palomino Manrique, Mary Carmen/ Ramos Calderón, Jessy Silvana "Manejo de las referencias y contrarreferencias de las pacientes obstétricas atendidas en el Centro de Salud de Anta, tesis para optar título de Licenciada en Obstetricia Cusco Universidad Andina Del Cusco 2014.

9.- OMS Salud y Derechos Humanos disponible en:
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/es/>.nota descriptiva N°

323 10. Diciembre del 2015. Consultada el 5 de Agosto del 2017.

10.- Constitución política del Perú (1993) –Actual) disponible en:

<http://www.deperu.com/abc/constituciones/235/constitucion-politica-del-peru-1993-actual>. Consultada 5 de Agosto del 2017.

11.- Ley general de Salud, "LEY GENERAL DE SALUD disponible en:

<https://www.dropbox.com/s/p5b0hk2n41y8aje/Ley%2026842-%20Ley%20general%20de%20Salud.pdf> . Consultada el 5 de Agosto del 2017.

12 .- Ley 29414 – Ley que establece los Derechos de las

Personas Usuarias de los servicios de Salud disponible en:

<https://www.dropbox.com/s/f01iy3iqbqybrxg/Ley%2029414%20Ley%20que%20establece%20los%20derechos%20de%20las%20personas%20usuarias%20de%20los%20servicios%20de%20salud.pdf> Consultada el 5 de Agosto del 2017

13. Resolución Ministerial N° 464-2011/MINSA del 14 de Junio del 2011 que aprueba el documento técnico: Modelo de Atención Integral basado en la familia y Comunidad. Disponible en:

http://www.hsr.gob.pe/epidemiologia/pdf/interes_11.pdf. Consultada el 6 de Agosto del 2017.

14. Resolución Ministerial N° 751-2004/MINSA, del 26 de Julio del 2004 que aprueba la NT N° 018-MINSA/DGSP-V.01: "Norma Técnica del Sistema de Referencia y Contrarreferencia de los Establecimientos del Ministerio de Salud" disponible en:

http://bvs.minsa.gob.pe/local/dgsp/115_ntrefycon.pdf. Consultada el 6 de Agosto del 2017.

15. Resolución Ministerial N°386-2006/MINSA, que aprueba la NTS N°042-MINSA/DGSP-V.01: Norma Técnica de Salud de los Servicios e Emergencia" disponible en:

http://www.sis.gob.pe/ipresspublicas/normas/pdf/minsa/GUIASPRACTICAS/2006/RM386_2006.pdf Consultada el 6 de Agosto del 2017.

16.- Resolución Ministerial N° 183-2011/MINSA, que conforma la Unidad Funcional Central Nacional de Referencias y urgencias y emergencias – CENARUE. Disponible en:

<http://www.minsa.gob.pe/dgsp/cenarue.asp> Consultada el 6 de Agosto del 2017

17.- Clara Arndt, Lovane Loucine M.Daderian Huckabay "Administración de Enfermería teoría para la práctica con un enfoque de Sistemas 2° edición.

18.- Red Asistencial Almenara: "Sistema de Referencia y Contrarreferencia" *DISPONIBLE EN:*

<https://sistemadereferenciaycontrarreferencia.wordpress.com/2011/01/27/>

[hola-mundo/](#) consultada el: 8 de Agosto del 2017.

19. Introducción a los modelos y teorías de Enfermería. Disponible en:

<http://artemisa.unicauca.edu.co/~pivalencia/archivos/IntroduccionALasTeoriasYModelosDeEnfermeria.pdf> consultada en 8 de Agosto del 2017.

20. Teoría Clásica de la Administración – Henry Fayol disponible en:

<http://elpsicoasesor.com/teoria-clasica-de-la-administracion-henry-fayol/>

Consultada el 8 de Agosto del 2017.

21. Modelos de Gestión en Salud – Federico Tobar disponible en:

<http://www.saludcolectiva-unr.com.ar/docs/SC-138.pdf> consultada el

8 de Agosto del 2017.

FLUJOS DE REFERENCIA

Artículo Primero. - APROBAR a partir de la fecha el "FLUJO DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA", de la Red de Salud Jaiza - Unidad Ejecutiva: 405 Salud Jaiza - Páguen: 450 Gobierno Regional Junín, que consta nueve (09) folios que forman parte de la presente resolución -----

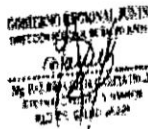
Artículo Segundo. - DISPONER a la Coordinación de la Unidad Funcional de Seguros Públicos, la difusión del citado documento aprobado. -----

Artículo Tercero. - Transcribir la presente Resolución ante las instancias correspondientes, para su conocimiento y cumplimiento -----

Regístrese, Comuníquese y Archívese.



(Fdo) Dr. Coco Raúl CONTRERAS CORDOVA, Director Ejecutivo de la Red de Salud Jaiza.

Que, transmitido a usted, para su conocimiento y demás fines

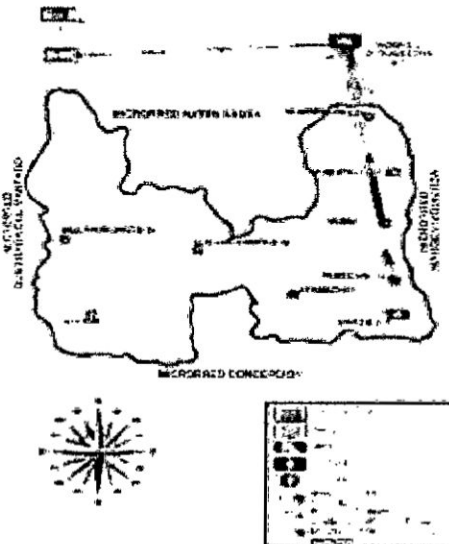


 GOBIERNO REGIONAL JUNÍN
 UNIDAD EJECUTIVA DE SALUD JAIZA
 DIRECCIÓN EJECUTIVA DE SEGUROS PÚBLICOS
 JUNÍN, PERÚ - 2017

DISTRIBUCION:

- Registro y Legajos (2 mas expediente de 09 folios)
- Secretaría (2)
-  Preventiva-Promocional
- Archivo. 

**MICRORRED MARGEN DERECHA
MAFA FLUJO EMERGENCIA**



FLUJOS DE REFERENCIA

