



ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA
MINISTERIO DE SALUD
Y DEPORTES

Norma Nacional de Referencia y Contrareferencia



**Movilizados por
el Derecho a la Salud y la Vida**

Serie: Documentos Técnico Normativos

**La Paz - Bolivia
2013**

Ficha Bibliográfica

BO Bolivia. Ministerio de Salud y Deportes. Dirección General de Servicios de Salud.
WA546 Unidad de Redes de Servicios de Salud y Calidad.
M665n Norma nacional de referencia y contrareferencia. Edición corregida y revisada. /
No.289 Ministerio de Salud y Deportes. La Paz: Print Artes Gráficas, 2013.
2013

53p.: ilus. (Serie: Documentos Técnico Normativos No. 289)

Depósito legal: 4-1-183-13 P.O.

- I. REMISION Y CONSULTA
- II. NORMAS BASICAS DE ATENCION A LA SALUD
- III. ESTANDARES DE REFERENCIA
- IV. BOLIVIA
- 1. t.
- 2. Serie.

Texto PDF disponible en: www.sns.gob.bo

Depósito legal: 4-1-183-13 P.O.

Edición: 2^{da}

Impresión: PRINT Artes Gráficas - 2228987

IMPRESO EN BOLIVIA
MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES

NORMA NACIONAL DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

SISTEMATIZACIÓN Y REVISIÓN TÉCNICA:

Dra. Carla A. Parada Barba	Jefa URSSyC - MDyD
Dra. Georgina Calvimontes C.	Responsable Redes Integrales SAFCI-APL III
Lic. Malena Moscoso Muñoz	Profesional Técnico URSSyC-APL III
Dr. Marcelo Parra Gutierrez	Profesional Técnico URSSyC-APL III
Dr. Miguel Villarreal Troche	Profesional Técnico URSSyC-APL III
Dr. José Antonio Salas Espinoza	Profesional Técnico
Dr. Oscar Velásquez Encinas	Profesional Técnico
Dr. Jorge Luis Cáceres Luna	Consultor OPS/OMS

VALIDACIÓN NACIONAL:

Dr. Henry Flores Zuñiga	URSSyC - MDyD
Dr. Efrain Monje Arteaga	URSSyC - MDyD
Dr. Yesid Humacayo M.	Unidad Salud Comunitaria/MSD
Dr. Luis Fernandez Aguilar	Programa Nacional de Lucha contra la Tuberculosis/MSD
Lic. Ruth Barral	Programa Nacional ITS/VIH/SIDA /MSD
Dr. Rocco Arbruzzese Castellón	Área Técnica-Médica SNIS-VE/MSD
Dra. Marie F. Beltrán Navarro	Coordinadora Nacional CT CONAN/PMDC
Dr. Kadyr Ocaña Otalora	División Epidemiología/CNS
Dr. Fernando Jurado Soto	Departamento Nacional de Medicina Familiar /CNS
Dr. Amadeo Rojas Armata	Superviso a.i. Departamento Nacional Hospitales/CNS
Dr. John Miguel Perez Magne	Programa Discapacidad/SEDES La Paz
Dra. María Teresa Linares Gómez	Programa Nacional de Salud Oral /MSD
Dra. Aleida Tania Prieto Muñoz	Responsable de Referencia y Contrareferencia/SEDES Santa Cruz
Dra. Griselda Jáureguis Z.	Coordinadora de Red Rural 6 /SEDES La Paz
Sr. Sergio Criales	Director ejecutivo a.i. PROCOSI
Dra. Aydee Ramírez Laura	Coordinadora de Redes/SERES El Alto
Sr. Alberto Camaqui Mendoza	Viceministro de Medicina Tradicional e Interculturalidad/MSD
Dr. Johnny Vedia Rodríguez	Director General de Servicios de Salud/MSD
Dr. Oscar Varas Catoira	Director General de Promoción de la Salud/MSD
Dr. Germán Santos Pinto	Dirección de Promoción de la Salud/MSD
Dra. Yesica Castaño Mamani	Responsable Programa Centro Nacional de Enlace/MSD
Dr. Luis Ramiro Asturizaga Rellano	Unidad Redes de Servicios de Salud y Calidad/MSD
Dra. Maritza Troche Quisbert	Resp. de Producción de Servicios hospitalares de 2do y 3er nivel/MSD
Dr. Reynaldo Aguilar Álvarez	Jefe Unidad de Seguros Públicos/MSD
Dr. Lucio Escobar Arcón	Técnico de Viceministerio de Medicina Tradicional e Interculturalidad/MSD
Lic. Evelyn Cerruto Gutiérrez	Dirección de Promoción de la Salud/MSD
Dr. Giovanni Esclante Guzmán	Asesor OPS/OMS
Dr. Hugo Borda Cuba	Director Hospital Boliviano Holandés
Dra. Aydeé Ramírez Laura	Coordinadora de redes urbanas/SERES El Alto
Dr. John Miguel Perez Magne	Responsable de discapacidad-Redes funcionales/SEDES La Paz
Dr. Edgar Laura Cachi	Coordinador redes urbanas/SEDES La Paz

Dr. Casto Hugo Navia Mier	Responsable de Hospitales segundo nivel/SEDES La Paz
Lic. María Elena Osco Quispe	Trabajadora Social/Hospital de Clínicas
Dr. Ladislao Iñiguez Gutierrez	Coordinador Redes de Salud/SEDES Oruro
Dr. Johnny Zavala Ayllón	Jefe Médico C.S. María Auxiliadora/SEDES Oruro
Dr. David Choque Flores	Responsable Unidad de Planificación/SEDES Oruro
Dr. Carlos Bolívar Solíz Vargas	Responsable de Jefatura de Servicios de Salud y Calidad/SEDES Potosí
Dr. Carlos Quispe Requena	Coordinador de Red Uncía/SEDES Potosí
Dra. Giovanna Fernández Flores	Asistente jefatura de Servicios de Salud y Calidad/SEDES Potosí
Dr. Nicolás Armando Dávila Cruz	Red Ivirgarzama/SEDES Cochabamba
Dr. Víctor Saavedra Céspedes	SEDES Cochabamba
Dra Rocio Montes Flores	Jefe Servicios de salud de Caminos Reginal Tarija
Dr. David Sivila Alvarez	Jefe Unidad de Planificación y Proyectos/SEDES Tarija
Dr. Henry Urzagaste Vega	Responsable de Redes y DILOS/SEDES Tarija
Dr. Germán Camacho Becerra	Coordinador de Red Rural el Puente/SEDES Tarija
Dr. Beymar Coca Villegas	Jefe Unidad de Servicios de Salud/SEDES Chuquisaca
Dr. Pablo Peñaranda Dávalos	Gerente Unidad de Servicios de Salud /SEDES Santa Cruz
Dra. Aleida Tania Prieto Muñoz	Resp. de Referencia - Contrareferencia (Retorno) /SEDES Santa Cruz
Lic. Sandra Shimokawa Nataly	Área Calidad/SEDES Pando
Dr. Alfredo Ossio Campos	Coordinador de Red 01/SEDES Pando
Lic. Mabel Panozo Ortuño	Proyecto Comunidades Saludables
Lic. Evelin Esprella Vasquez	Supervisora SIREMU
INASES	No envío participantes

AUTORIDADES NACIONALES

Dr. Juan Carlos Calvimontes Camargo
MINISTRO DE SALUD Y DEPORTES

Dr. Martin Maturano Gutiérrez
VICEMINISTRO DE SALUD Y PROMOCIÓN

Sr. Alberto Camaqui Mendoza
**VICEMINISTRO DE MEDICINA TRADICIONAL
E INTERCULTURAL**

Sr. Miguel Ángel Rimba
VICEMINISTRO DE DEPORTES

Dr. Ruben Colque Mollo
DIRECTOR GENERAL DE SERVICIOS DE SALUD

Dra. Carla Andrea Parada Barba
JEFE UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD Y CALIDAD



Resolución Ministerial

Estado Plurinacional de Bolivia
Ministerio de Salud y Deportes

Nº 0039

VISTOS Y CONSIDERANDO:

30 ENE 2013

Que la Constitución Política del Estado en su artículo 37, dispone que el Estado tiene la obligación indeclinable de garantizar y sostener el derecho a la salud, que se constituye en una función suprema y primera responsabilidad financiera. Se prioriza la promoción de la salud y prevención de enfermedades;

Que el artículo 3º del Código de Salud, dispone que corresponde al Poder Ejecutivo, a través del Ministerio de Salud y Deportes, la definición de la política nacional de salud, la formación, planificación, control y coordinación de todas las actividades en el territorio nacional, en instituciones públicas y privadas sin excepción alguna;

Que el inciso b) del artículo 90 del Decreto Supremo Nº 29894 de 7 de febrero de 2009, establecen que el Ministro de Salud y Deportes, tiene la atribución de formular, promulgar y evaluar el cumplimiento de los programas de salud en el marco del desarrollo del país. Así como garantizar la salud de la población a través de su promoción, prevención de las enfermedades, curación y rehabilitación;

Que, mediante Comunicación Interna CITE: MSyD/DGSS/URSSyC/RS/4352/2012 de 13 de diciembre de 2012; el Responsable del Área de Redes vía Jefe de la Unidad de Redes de Servicios de Salud y Calidad a.i. vía Director General de Servicios de Salud, solicita al Sr. Ministro de Salud y Deportes instruir la emisión de una Resolución Ministerial para la **“APROBACIÓN E IMPRESIÓN DE LA NORMATIVA DE LA UNIDAD REDES DE SERVICIOS DE SALUD Y CALIDAD”**, desarrollados en la Unidad Redes de Servicios de Salud y Calidad, bajo el siguiente detalle:

- Norma Nacional de Caracterización de Establecimientos de Salud del Primer Nivel
- Norma Nacional de Caracterización de Hospitales de Segundo Nivel
- Norma Nacional de Referencia y Contra referencia

Que, mediante Informe Legal GGAJ/UAJ/33/2013 de 18 de enero de 2013, emitido por la Asesora Legal de la Dirección General de Asuntos Jurídicos, recomienda a la MAE del Ministerio de Salud y Deportes la emisión de una Resolución Ministerial que autorice la **“APROBACIÓN E IMPRESIÓN DE LA NORMATIVA DE LA UNIDAD REDES DE SERVICIOS DE SALUD Y CALIDAD”**,

Que, mediante Hoja de Ruta Nº 14134 de 13 de diciembre de 2012, la Jefatura de Gabinete, instruye a la Dirección General de Asuntos Jurídicos la elaboración de la Resolución Ministerial que autorice la aprobación e impresión respectiva.

POR TANTO: El señor Ministro de Salud y Deportes, en ejercicio de las atribuciones conferidas por la Constitución Política del Estado, Código de Salud y el D.S. 29894 de 7 de febrero de 2009.

RESUELVE:

ARTÍCULO ÚNICO.- Aprobar y disponer la impresión de la **“NORMATIVA NACIONAL DE CARACTERIZACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL PRIMER NIVEL, NORMA NACIONAL DE CARACTERIZACIÓN DE HOSPITALES DE SEGUNDO NIVEL Y NORMA NACIONAL DE REFERENCIA Y CONTRA REFERENCIA”**, Conforme al texto adjunto que forma parte integrante e indisoluble de la presente Resolución Ministerial.

Regístrese, hágase saber y archívese.



[Firma]
Dra. Edminda A. Jofre Ugami
DIRECTOR GENERAL DE ASUNTOS JURÍDICOS
MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES

[Firma]
Dra. María Camacho Meneses
VICEMINISTRO DE MEDICINA TRADICIONAL E INTERCULTURALIDAD
MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES

[Firma]
Dr. Juan Carlos Calvimontes Camacho
MINISTRO DE SALUD Y DEPORTES
ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA

ÍNDICE

ÍNDICE	15
ABREVIATURAS	11
PRESENTACIÓN	13
INTRODUCCIÓN	17
CAPÍTULO I	19
ASPECTOS FUNDAMENTALES	19
1. ANTECEDENTES	19
2. SALUD FAMILIAR COMUNITARIA INTERCULTURAL	20
3. MARCO LEGAL	21
4. MARCO CONCEPTUAL	21
CAPÍTULO II	25
ESTRUCTURA DEL SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	25
1. DEFINICIÓN DEL SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	25
2. OBJETIVO GENERAL	25
3. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	25
4. ESTRUCTURA OPERATIVA DE LA REFERENCIA Y EL CONTRAREFERENCIA	26
5. CARACTERÍSTICAS DE LA ATENCIÓN DE SALUD	27
5.1. Redes funcionales de servicios de salud	27
5.2. Niveles de atención en salud	27
5.3. Cartera de servicios del Establecimiento de Salud	27
5.4. Cartera de servicios de la Red	27
6. INFORMACIÓN	28
6.1. Registro	28
6.2. Tecnología informática	28
7. LOGÍSTICA	28
7.1. Comunicación	28
7.2. Isocronas	28
7.3. Transporte	28
7.4. Equipamiento e insumos	29

8. EQUIPO DE SALUD	29
9. CAPACITACIÓN	29
9.1. Responsabilidad de la capacitación y equipo facilitador.....	29
9.2. Contenido del programa de capacitación	29
9.3. Personal que debe capacitarse.	29
 CAPÍTULO III	 31
FUNCIONAMIENTO DE LA REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA.....	31
1. REQUISITOS.....	31
1.1. Organización de la red funcional de servicios de salud	31
1.2. Criterios de la Referencia y Contrareferencia	33
1.3. Procedimientos generales de la Referencia y Contrareferencia.....	35
1.4. Financiamiento	38
1.5. Normativa complementaria al componente Referencia y Contrareferencia.....	38
 CAPÍTULO IV	 41
CONTROL.....	41
1. MONITOREO.....	41
2. SUPERVISIÓN.....	41
3. EVALUACIÓN	42
3.1. Indicadores.....	42
BIBLIOGRAFÍA.....	45
NORMATIVA LEGAL.....	47
ANEXO 1 Formulario de Referencia.....	49
Instrucciones para llenar el Formulario N° 1 de Referencia	50
ANEXO 2 Formulario de Contrareferencia.....	51
Formulario N° 2 de Contrareferencia Establecimiento al que se retorna al Usuario.....	52
ANEXO 3 Formulario de Referencia y Contrareferencia Comunitaria.....	53
Instructivo de llenado del formulario de Referencia y Contrareferencia Comunitaria.....	54

ABREVIATURAS

ALS	Autoridad Local de Salud
CLS	Comité local de Salud
CONE:	Cuidados Obstétricos y Neonatales Esenciales
CONEm:	Cuidados Obstétricos y Neonatales de Emergencia
CSMS	Concejo Social Municipal de Salud
D.S.:	Decreto Supremo
DILOS:	Directorio Local de Salud
E.S.:	Establecimiento de Salud
EDA:	Enfermedad Diarreica Aguda
FONE:	Funciones Obstétricas y Neonatales Esenciales
INE:	Instituto Nacional de Estadísticas
IRA:	Infección Respiratoria Aguda
LEMTIS:	Lineamientos Estratégicos de Medicina Tradicional e Interculturalidad en Salud
LOPE:	Ley de Organización del Poder Ejecutivo
MSD:	Ministerio de Salud y Deportes
MT:	Medicina Tradicional
OPS/ OMS:	Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud
PAI:	Programa Ampliado de Inmunizaciones
PDM:	Planes de Desarrollo Municipal
PDS:	Plan de Desarrollo Sectorial
POA:	Plan Operativo Anual
RS:	Resolución Suprema
SAFCI:	“Salud Familiar Comunitaria Intercultural”
SEDES:	Servicio Departamental de Salud
SNIS-VE:	Sistema Nacional de Información en Salud –Vigilancia Epidemiológica
TGN:	Tesoro General de la Nación
URSSyC	Unidad Redes de Servicio de Salud y Calidad
VMTI:	Viceministerio de Medicina Tradicional e Interculturalidad
SUS:	Sistema Único de Salud

PRESENTACIÓN

Dentro las nuevas políticas establecidas por el Ministerio de Salud y Deportes esta la recuperación de su rol rector con el fin de lograr el establecimiento de un Sistema Único de Salud, dentro del marco normativo y general para todas las instituciones y establecimientos del sector público, privado y la seguridad social, para mejorar la calidad de atención en salud de las personas.

En este sentido la Unidad de Redes de Servicios de Salud y Calidad, a través del Área de Redes, presenta el documento actualizado de la Norma Nacional de Referencia y Contrareferencia para la interrelación de los tres niveles de atención, contribuyendo a la funcionalidad de la Red.

La presentación de este documento normativo para los tres niveles de atención presenta un esfuerzo del Área de Redes de la Unidad de Redes de Servicios de Salud y Calidad del Ministerio de Salud y Deportes, cumpliendo con la tarea fundamental de armonizar y uniformar el proceso de Diagnóstico de Redes, ya que las redes no son elementos homogéneos dentro del sistema.

Los contenidos de este documento son eminentemente técnicos y presenta en forma ordenada y didáctica los pasos a seguir para la aplicación sistemática y disciplinada de la Norma de Referencia y Contrareferencia entre los tres niveles de atención, los cuales solucionarán el problema de Salud sobre esta temática.

Al presentar esta Norma Nacional de Referencia y Contrareferencia para los tres niveles de atención, el Ministerio de Salud y Deportes agradece a todos los técnicos que participaron en su elaboración, permitiendo contar con un documento normativo en beneficio de la población Boliviana.



Dr. Juan Carlos Calvimontes Camargo
MINISTRO DE SALUD Y DEPORTES

INTRODUCCIÓN

La Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI) focaliza su atención en las personas, las familias y la comunidad junto al rol de las determinantes de la salud, exigiendo tener respuesta efectiva dentro de un Sistema Único de Salud. Esta respuesta se operacionaliza, desde el punto de vista institucional, a través de la Red Funcional de Servicios de Salud de concepción funcional y se activa cuando se hace necesario garantizar la capacidad resolutive del sistema. Es en este momento se visualiza al componente de Referencia y Contrareferencia, en toda su magnitud, para cumplir con su propósito de resolver el problema de salud de la persona, su familia y su comunidad.

La Agenda de Salud para las Américas 2008-2017 señaló la necesidad de “fortalecer los sistemas de Referencia y Contrareferencia y mejorar los sistemas de información a nivel nacional y local a modo de facilitar la entrega de servicios comprensivos y oportunos”. Esta terminología es uniforme en países de América Latina y se ve la necesidad de complementar estos sistemas, en diferentes aspectos de la Referencia y Contrareferencia. Por lo cual para la

presente edición se retoma la terminología previa, cambiando de retorno a contrareferencia.

La decisión pertinente de referir a otro establecimiento de mayor capacidad resolutive puede salvar la vida de la persona, por ello, para el funcionamiento de este componente se debe interactuar con la estructura social, efectivizando la gestión participativa y control social en salud, de modo tal que la comunidad, en su totalidad, conozca las características y los objetivos de este componente, generando como efecto una actuación sistemática y ordenada, entre el equipo de salud de los establecimientos con las personas, familias y comunidades de sus áreas de influencia.

El Ministerio de Salud y Deportes, como instancia rectora del sector, regula mediante la presente Norma Nacional de Referencia y Contrareferencia, que efectiviza el accionar las Redes Funcionales de Servicios de Salud mediante el establecimiento de flujos de manejo de usuarios del Sistema Único de Salud, el cual contribuye a la resolución de los problemas de salud, en el marco **del continuo de la atención**.

CAPÍTULO I

Aspectos Fundamentales

1. ANTECEDENTES

En nuestro estado, con la declaración de Alma Ata, la estrategia de la Atención Primaria de Salud desarrolla la implementación del Plan Integral de Actividades en Áreas de Salud, donde se conforman las áreas y los distritos de salud, enfatizando la importancia por primera vez de establecimientos del primer nivel, acercándolos de esta manera a la población desprotegida, posteriormente se instauran los seguros públicos, para luego cambiar el enfoque del sistema, predominantemente administrativo (distritos de salud), al enfoque de *Redes* centrado en la capacidad resolutive. Desde ese hecho las instituciones de salud en sus diferentes instancias se organizaron espontáneamente para responder en forma adecuada y oportuna a las necesidades de referencia de los establecimientos de salud.

Según la Agenda de Salud para las Américas 2008-2017, señaló la necesidad de “fortalecer los sistemas de Referencia y Contrareferencia” y mejorar los sistemas de información a nivel nacional y local.

Bolivia, Estado Plurinacional desde la promulgación de la actual Constitución Política del Estado, implementa profundas transformaciones en el plano político, social y cultural incluyendo al Sector Salud, siendo concurrente con la renovación de la APS.

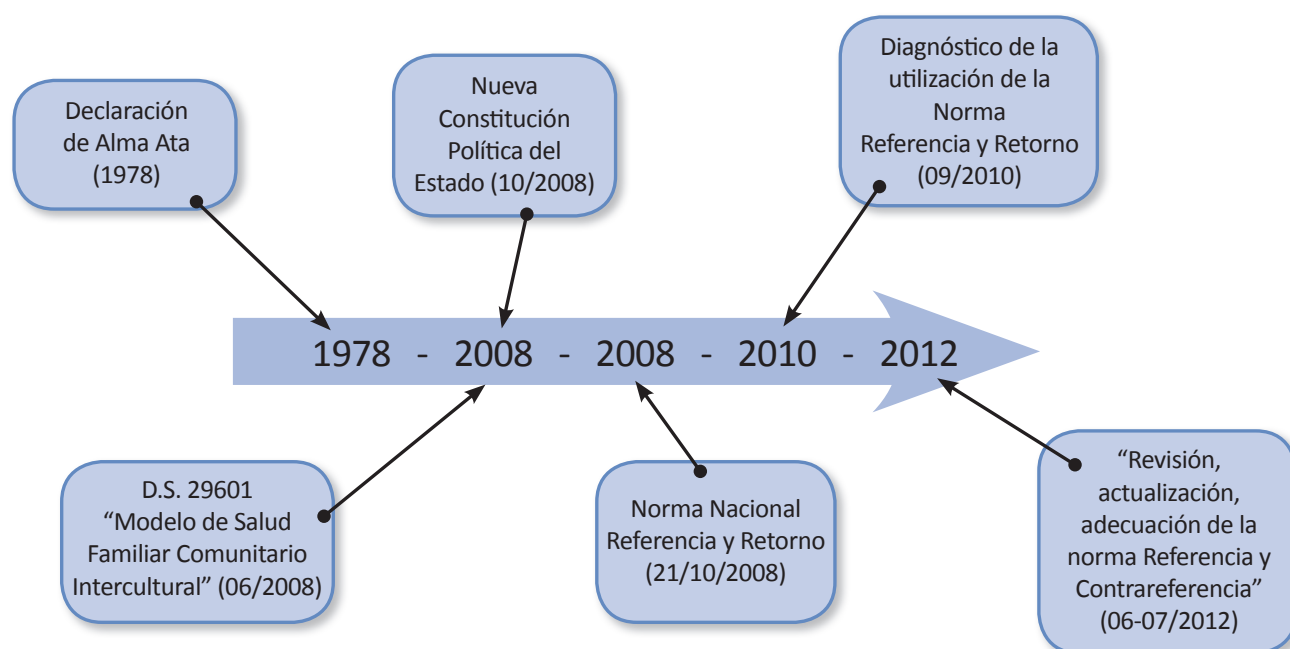
El Modelo Sanitario en Bolivia a través del D.S. N° 29601, “*Modelo de Salud Familiar Comunitario Intercultural*”, se constituye en la estrategia para lograr el *Vivir Bien* enfocada en las personas, las familias y las comunidades, de esta manera estableciéndose la SAF-CI y la Inclusión de la Medicina Tradicional, Pueblos Indígenas Originarios Campesinos (PIOCs) con el que

se proyecta hacia un Sistema Único de Salud Integral e Intercultural.

Respecto a la normativa que rige al componente Referencia y Contrareferencia se detalla los siguientes antecedentes: En el reglamento del SUMI destinado a otorgar prestaciones para la protección a la madre y al niño con la cual se diseñó el formulario de Referencia y Contrareferencia (Formulario N°6) para el manejo administrativo; de junio a agosto del 2004 se realiza el estudio base para la implementación de un Plan Piloto (noviembre 2004 a enero 2005) del Sistema de Referencia y Contrareferencia desarrollado por SEDES Santa Cruz, para el municipio de la ciudad de Santa Cruz de la Sierra; en el departamento de Potosí se elaboró como prueba piloto la Guía Manual de Referencia y Retorno Cultural, la cual incluyó dolencias manejadas con la medicina Tradicional de la Región. La NORMA NACIONAL DE REFERENCIA Y RETORNO en su primera edición aprobada mediante Resolución Ministerial N° 1036 del 21 de noviembre del 2008.

En septiembre del 2010 se realizó el Diagnóstico de la utilización de la Norma de Referencia y Retorno, siendo sus principales conclusiones, la poca difusión de la norma, con poca magnitud en su aplicación, carencias de recurso humano, infraestructura, equipamiento, medicamentos e insumos, además del nuevo concepto de redes funcionales se vio la necesidad de actualizar la presente normativa, para garantizar la aplicación de la misma.

Para mostrar de manera gráfica los acontecimientos descritos, se presenta lo siguiente:



2. SALUD FAMILIAR COMUNITARIA INTERCULTURAL

El Modelo de atención y de Gestión en Salud en el marco de la Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI) dispuesta por DS. 29601 del 11 de Julio de 2008, busca que el derecho a la salud se ejerza como un derecho fundamental que el estado garantiza, teniendo como objetivo el contribuir la eliminación de la exclusión social sanitaria (traducido como el acceso efectivo a los servicios integrales de salud); reivindicar, fortalecer y profundizar la participación social efectiva en la toma de decisiones en la gestión de la salud (buscando la autogestión); y brindar servicios de salud que tomen en cuenta a la persona, familia y comunidad, por lo cual se constituye en la nueva forma de sentir, pensar, comprender y hacer salud, que involucra, vincula y articula a los médicos académicos y médicos tradicionales, con la persona, la familia, la comunidad y sus organizaciones en los ámbitos de gestión y atención de la salud, contribuyendo en la mejora de las condiciones de vida de la población en general.

La SAFCI reconoce y fortalece las formas organizativas de la población lo que le permiten interactuar con el servicio de salud en la toma de decisiones sobre la planificación, ejecución, administración y seguimiento-control social de las acciones de salud

y el abordaje de las determinantes: educación, tierra, territorio, agua, saneamiento básico, producción, vivienda, justicia, defensa y otras, mediante la participación intersectorial.

Cuenta con un enfoque intercultural porque reconoce, acepta y valora los saberes, conocimientos y prácticas de la población y de los médicos tradicionales, los PIOCs y Afro Bolivianos, por lo que busca articular, complementar y reciprocitar las capacidades de todos estos actores, la implementación de las carpetas familiares a través de las visitas domiciliarias en las que se desarrollan procesos de promoción de la salud, prevención, control, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad. Al contar con la suficiente capacidad resolutoria instalada, el servicio se responsabiliza de un número determinado de familias.

La SAFCI tiene como estrategia la promoción de la salud, la cual se operativiza a partir de cuatro mecanismos: educación para la vida, participación social, alianzas estratégicas y reorientación de los servicios de salud con interculturalidad, lo que incorpora en la normal implementación oportuna de la referencia y contrareferencia entre la medicina académica y la medicina tradicional. Los principios de la

SAFCI son la integralidad, participación comunitaria, intersectorialidad e interculturalidad. Se concretiza mediante dos componentes: Modelo de Atención

y Modelo de Gestión Participativa y Control Social en Salud.

3. MARCO LEGAL

El marco legal del componente de Referencia y Contrareferencia es amplio, a continuación se presentan las principales regulaciones vigentes:

- La Constitución Política del Estado, en sus Artículos; 18, 30, 35, 40, 42, 44.
- Ley N° 15629 de 8 Julio del 1978 “Código de Salud de la República de Bolivia” Artículo 5, inciso e) A ser atendido por cualquier servicio médico público o privado en caso de emergencia, al margen de cualquier consideración económica o del sistema de atención médica a que pertenece el paciente.
- Ley 031 Ley Marco de Autonomías y Descentralización “Andrés Babiñez” 19 de julio 2010. Art. 81 Salud, inciso I numerales 1, 4, 5., Inciso III numerales 1, inc. b, d, f, g, ll y n, Numeral 2 inc. c, e, f, g.
- D.S. N° 29601, del 11 de Junio 2008; “Modelo de Salud Familiar Comunitario Intercultural”. que en el párrafo II del artículo 10 del capítulo II Estructura de la Red de Salud, indica “Según la atención requerida el responsable de la misma podrá realizar la referencia y retorno de un nivel a otro, siendo la puerta de ingreso a la Red de Servicios el establecimiento de Primer Nivel. La atención de emergencias y urgencias serán la excepción”
- R.M. N° 737, 21 de abril de 2009; Reglamento de Salud Familiar Comunitaria Intercultural. Art 22 FUNCIONES BÁSICAS DEL PRIMER NIVEL, d) Aplicación de la normativa de Referencia y Retorno de usuarios, incentivando cambios de actitud en el equipo de salud de los tres niveles, no solo hacia la persona sino también a la familia y la comunidad (Norma Nacional de Referencia y Retorno); Art. 23, EL SEGUNDO NIVEL... se articula con el primer y tercer nivel además con el sistema médico tradicional mediante el componente de referencia y retorno; Art. 24 EL TERCER NIVEL... su misión es la de resolver problemas de salud de usuarios, cuya gravedad ha excedido la capacidad resolutoria de los establecimientos de segundo nivel, se activa mediante el componente de referencia y retorno.
- Resolución Ministerial N° 0736, que establece regulaciones relacionadas a las prestaciones y gestión del Seguro Universal Materno Infantil, uso de instrumentos como el Formulario N° 6 de Referencia y Contrareferencia y el Formulario N° 7 de Registro de Traslado de Emergencia; además que para el transporte, el establecimiento de origen que refiere al paciente cubrirá los costos de traslado por vía terrestre (referencia y contrareferencia), con cargo a la Cuenta Municipal de Salud — SUMI, ya sea en un vehículo del establecimiento de salud (ambulancia) o transporte público.

4. MARCO CONCEPTUAL

Referencia: Es la remisión del usuario de un establecimiento de salud de menor capacidad resolutoria a uno de mayor capacidad resolutoria con el objeto de salvar su vida o solucionar su problema de salud. También comprende la remisión de usuarios entre los diferentes sectores de salud o con la medicina tradicional.

Contrareferencia: Es el procedimiento mediante el cual una vez resuelto el problema de diagnóstico y/o tratamiento, se dirige al usuario al establecimiento de salud que lo refirió inicialmente con

el fin de que se lleve a cabo el control, seguimiento y/o continuar con la atención integral.

Criterios de Referencia: Son los argumentos o parámetros, incluidos en las Normas y protocolos de atención vigentes, las Guías de Atención con Procedimientos Interculturales de la Medicina Tradicional y otros que orientan para la referencia/contrareferencia de un usuario/a.

Capacidad resolutoria: Son las habilidades y destrezas del equipo de salud de los establecimientos

en sus diferentes niveles de atención según su complejidad, para diagnosticar, tratar y resolver problemas de salud de acuerdo al conocimiento y tecnología (infraestructura, equipamiento e insumos) a su alcance, contribuyendo, de esta manera, a la solución del problema de salud que aflige a la persona.

Traslado: Son las diferentes acciones, realizadas para llevar a uno o varios usuarios de un establecimiento de salud a otro.

Establecimiento referente: Es el establecimiento de menor capacidad resolutive que refiere usuarios a un establecimiento de mayor capacidad resolutive.

Establecimiento receptor: Es el establecimiento de mayor capacidad resolutive que recibe al usuario referido de otro establecimiento de menor capacidad resolutive.

Urgencia: Es todo accidente o proceso patológico de aparición súbita que pone en riesgo la vida si no recibe auxilio y atención inmediata.

Emergencia: Es todo proceso patológico que sin poner en riesgo inminente la vida requiere auxilio y atención inmediata, ya sea porque la persona que lo padece sufrió un trauma físico, siente dolor intenso, presenta una crisis psicoemocional o puede sufrir complicaciones serias en las próximas 48 Hrs.

Componente de Referencia y Contrareferencia: Es el conjunto de mecanismos con que se articulan y complementan los establecimientos de salud, con el propósito de brindar atención médica oportuna, integral y de calidad, dentro la Red Funcional de Servicios de Salud garantizando el acceso a servicios de salud de mayor capacidad resolutive.

Referencia adecuada: Es aquella referencia realizada por el establecimiento de salud, que luego de haber agotado su capacidad resolutive según los procesos y procedimientos establecidos en la norma, evalúa la necesidad y oportunidad de remitir al usuario a un establecimiento de mayor capacidad resolutive, cumpliendo con el llenado de instrumentos de registro adecuado.

Referencia justificada: Es aquella referencia realizada por el establecimiento de salud, que luego de

haber agotado su capacidad resolutive según los procesos y procedimientos establecidos en la norma que determina remitir al usuario a un nivel de mayor complejidad dependiendo la necesidad de un diagnóstico y/o tratamiento especializado.

Referencia oportuna: Es aquella referencia realizada por el establecimiento de salud, que luego de haber agotado su capacidad resolutive según los procesos y procedimientos establecidos en la norma remite al usuario a un nivel de mayor complejidad preveyendo la estabilidad vital y el tiempo de traslado para la resolución del caso.

Transferencia: Es el proceso mediante el cual un usuario es remitido de un servicio a otro dentro del mismo establecimiento de salud para su atención, manejo, tratamiento u otro proceso requerido.

Es el proceso mediante el cual un usuario es remitido de un establecimiento de salud a otro del mismo nivel, tipo o categoría por carencia de capacidad para atenderlo.

Traslado: Son las diferentes acciones, realizadas para llevar a uno o varios usuarios de un establecimiento de salud a otro.

Contrareferencia adecuada: Es la remisión del usuario del establecimiento de salud de mayor capacidad resolutive al establecimiento de salud que origino la referencia - cumpliendo con el llenado de instrumentos de registro adecuado - una vez que este recibió el diagnóstico, tratamiento y manejo correspondiente según normativa, para que se le pueda realizar el seguimiento al tratamiento y control respectivo.

Interconsulta: Es la solicitud de atención para la valoración, que el médico tratante realiza a otros profesionales cuyo concurso es necesario para la atención del usuario.

Referencia comunitaria: es la referencia realizada por una partera, médico tradicional, agente comunitario de salud (ACS), la comunidad, barrio, manzano, zona, ayllu, markas, tentas, capitánías, federaciones, sindicatos, colonias u otros a un establecimiento de salud de primer nivel, cumpliendo con el llenado de instrumentos de registro adecuado.

Contrareferencia comunitaria: Es el procedimiento mediante el cual una vez resuelto el problema de diagnóstico y/o tratamiento, se deriva al usuario al Médico Tradicional, Agente Comunitario de Salud (ACS) que lo refirió inicialmente para el seguimiento, control y cumplimiento de las indicaciones, haciendo énfasis en la promoción de la salud y prevención de enfermedades relacionado a su padecimiento.

Medicina Tradicional Ancestral: Es el conjunto de conocimientos, saberes y prácticas milenarias ancestrales pre coloniales, basadas en la cosmovisión e identidad cultural, transmitidas por tradición histórico oral de generación en generación.

Médico Tradicional Ancestral: Se la denomina así a la persona que practica y ejerce, en sus diferentes formas, la Medicina Tradicional Ancestral, recu-

rriendo a las prácticas y tratamientos en base a plantas, animales, minerales, terapias espirituales y técnicas manuales, para mantener y preservar el equilibrio de las personas, familia y comunidad para el vivir bien.

Partera(o) Tradicional: Son mujeres y hombres con conocimientos específicos, que cuidan y asisten a las mujeres durante y después del embarazo, también cuidan del recién nacido y tratan enfermedades infantiles, maternas y otras.

Práctica y ejercicio de la Medicina Tradicional Ancestral: Consiste en reconocer, revalorizar y fortalecer los conocimientos, prácticas y saberes de la Medicina Tradicional Ancestral y las formas de diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, haciendo uso de sus métodos y técnicas terapéuticas tradicionales en beneficio de la persona, familia y comunidad.

CAPÍTULO II

Estructura del Sistema de Referencia y Contrareferencia

1. DEFINICIÓN DEL SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

Es el conjunto de mecanismos mediante los cuales se articulan y complementan los establecimientos del Sistema Único de Salud, que incluye los diferentes subsectores, la medicina tradicional y comunidad, con el propósito de brindar atención médica oportuna, continua, integral y de calidad, dentro la Red Funcional de Servicios de Salud, garantizando el acceso al establecimiento

de salud de mayor capacidad resolutive en caso que el usuario requiera tratamiento, o para que se le realice exámenes complementarios de diagnóstico o atención en estado crítico (urgencia o emergencia), una vez resuelto el problema de salud del usuario garantiza que este sea contrareferido a su establecimiento de origen para su seguimiento y control posterior.

2. OBJETIVO GENERAL

Contribuir al fortalecimiento de las Redes Funcionales de Servicios de Salud, aportando a la solución del problema de salud del usuario, familia y entorno mediante la acción articulada de los establecimientos

de Salud, bajo los criterios de continuidad, oportunidad, integridad, integralidad, interculturalidad, eficiencia, eficacia y de calidad.

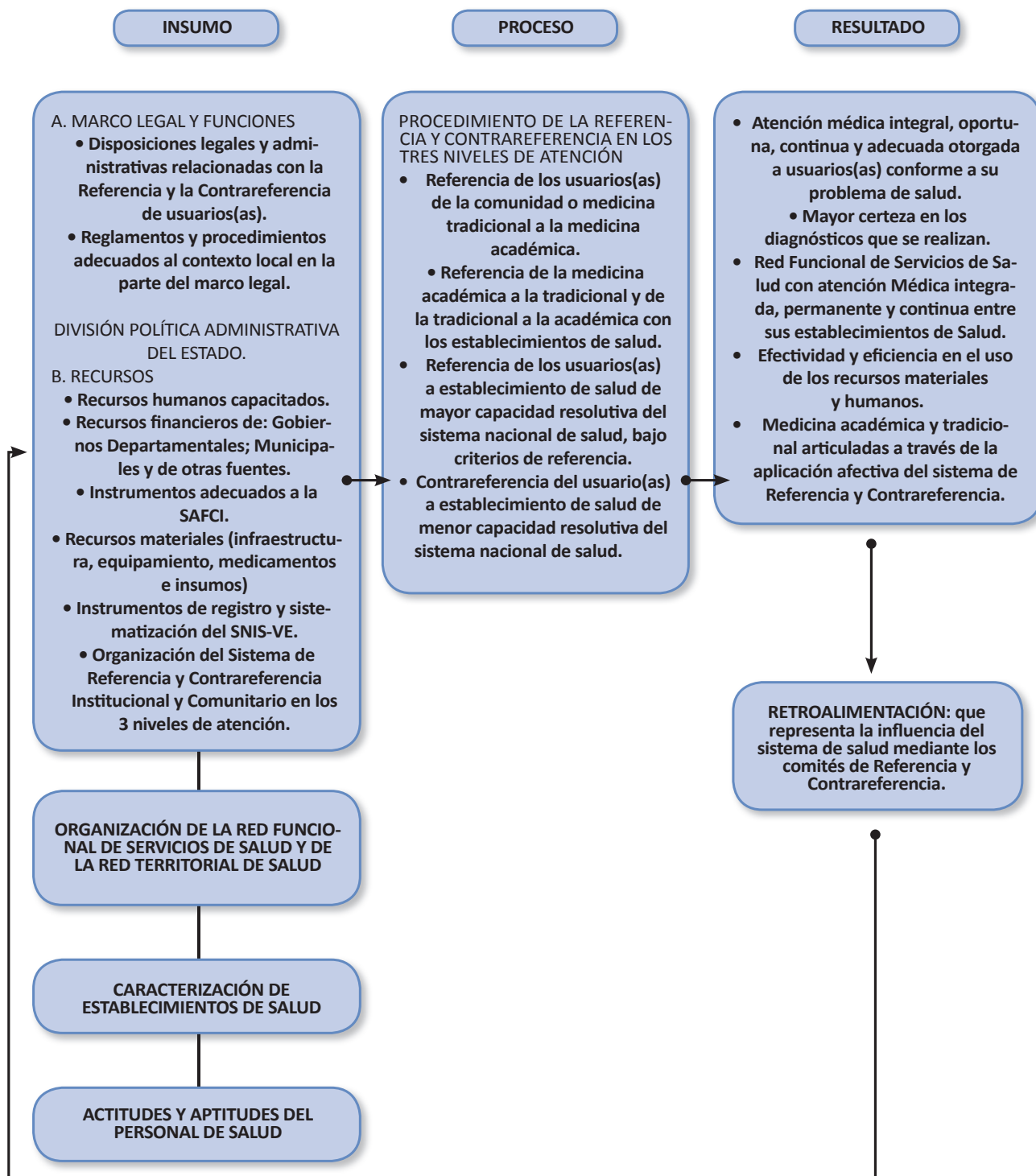
3. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Fortalecer la capacidad de gestión, participación comunitaria, movilización social y mecanismos de control para un adecuado funcionamiento del sistema de referencia y contrareferencia entre todos los niveles de atención, medicina tradicional y otros prestadores.
- Implementar los procesos operativos del sistema de referencia y contrareferencia de manera adecuada, justificada y oportuna para contribuir a la solución del problema de salud del usuario, su familia y su entorno.
- Garantizar la continuidad de la atención de usuarias y usuarios hasta la resolución de su problema de salud en la Red Funcional de Servicios en los diferentes niveles de atención.
- Promover la participación de las comunidades y autoridades locales, municipales, territoriales y departamentales para que el sistema de referencia y contrareferencia funcione con oportunidad, continuidad, integridad, integralidad, interculturalidad, eficiencia, eficacia y de calidad.

4. ESTRUCTURA OPERATIVA DE LA REFERENCIA Y LA CONTRAREFERENCIA

La estructura de este componente se resume en el siguiente cuadro:

CUADRO N° 1 SISTEMA OPERATIVO DE LA REFERENCIA Y LA CONTRAREFERENCIA



5. CARACTERÍSTICAS DE LA ATENCIÓN DE SALUD

5.1. Redes funcionales de servicios de salud

Es el conjunto de recursos humanos, físicos y financieros de los establecimientos de primer, segundo y tercer nivel, organizados y articulados según criterios sociales, culturales, técnicos y administrativos de implementación y sostenibilidad, para garantizar la capacidad resolutive en salud con pertinencia, idoneidad, oportunidad y efectividad desarrollando acciones de promoción de la salud, prevención, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad y daño.

5.2. Niveles de atención en salud

Los niveles de atención se definen por su capacidad técnica e instalada, son responsables de la solución de los problemas de salud y deben trabajar de manera coordinada, complementaria y corresponsable, se reconoce tres niveles de atención, según su capacidad resolutive, descritos en la Norma Nacional de Caracterización de Establecimientos de Salud.

Los Niveles de Atención son un conjunto de Establecimientos de Salud que de acuerdo a su capacidad resolutive, se clasifican en: Primer Nivel, Segundo Nivel y Tercer Nivel.

Para complementar con descripciones específicas relacionadas a la atención en salud deben referirse a normas específicas (Norma de caracterización de establecimientos de salud de Primer nivel)

El acceso al Sistema Único de Salud se inicia en:

- **Establecimientos de primer nivel:** Puesto de Salud, Centro de Salud con internación, Centro de Salud ambulatorio, Centro de Salud Integral Urbano/Rural. Estos aplicables a todos los subsectores de salud, según normativa específica.
- Equipos Móviles de Salud.

- Estructura social de Salud, Agente Comunitario de Salud (ACS) y/o Promotor de Salud.
- Médicos tradicionales, parteras y otros.

5.3. Cartera de servicios del Establecimiento de Salud

Es una nómina de servicios que oferta el establecimiento de salud, dependiendo de su capacidad resolutive según su tipo y nivel, que es elaborado en base a la norma de atención clínica y protocolos de atención.

El SEDES elaborará una cartera de servicios genérica por nivel y tipo de prestaciones en general y cada coordinación de red elaborará en base a esta, una cartera de servicios específica según el perfil epidemiológico, en el se describirán, Nombre del Establecimiento, Municipio, N° telefónico, N° de frecuencia de radio, email, fax, IP, horarios en los que se atiende, los servicios con los que cuenta entre otras variables siendo referencial y no limitativo.

5.4. Cartera de servicios de la Red

Es una nómina de servicios que oferta la Red de servicios de salud en sus diferentes niveles, dependiendo de su capacidad resolutive según su tipo y nivel, que es elaborado en base a las normas de atención clínica y protocolos de atención.

Es elaborada por el Comité de Referencia y Contrareferencia, tomará en cuenta a todos los establecimientos de salud de la red, en el se describirán, Nombre del Establecimiento, Municipio, N° telefónico, N° de frecuencia de radio, email, fax, IP, horarios en los que se atiende, servicios que oferta siendo referencial y no limitativo.

6. INFORMACIÓN

Para la información son necesarios los instrumentos de registro de datos así como la tecnología informática.

6.1. Registro

El registro se realiza en documentos oficiales del MSD, tales como:

- Expediente Clínico del paciente
- Formulario de Referencia (**Anexo 1**)
- Formulario de Contrareferencia (**Anexo 2**)
- Formulario – Referencia y Contrareferencia Comunitaria (**Anexo 3**)
- Cuadernos - hojas de registro del SNIS-VE

- Formulario de Informe Mensual de Producción de Servicios – 301
- Formulario de Consolidación de Información Hospitalaria.

La descripción específica de los anexos (1 al 3) se encuentra en el acápite de Anexos de la presente Norma.

6.2. Tecnología informática

Se cuenta con el “*Software* de Atención Primaria en Salud –SOAPS” para el primer nivel de atención y el “Sistema de Información Clínico Estadístico – SICE” para el segundo y tercer nivel de atención, herramientas informáticas desarrolladas por el SNIS a partir de los procesos de sistematización (cuadernos, hojas de registro), que contemplan los procesos de Referencia y Contrareferencia y todo *software* o sistema que genere e implemente el MSD para su utilización.

7. LOGÍSTICA

Es parte de la estructura necesaria para el funcionamiento del sistema de Referencia y Contrareferencia, tiene 4 componentes que se detallan a continuación:

7.1. Comunicación

Las características de este componente difieren según la ubicación de los establecimientos de salud. Tanto en las ciudades como en el área rural se cuenta con líneas telefónicas, líneas de fax, Internet, teléfonos celulares y radios, debiendo considerarse las particularidades en cada caso específico y la oferta de estos servicios.

Sirve para realizar la coordinación de la Referencia y Contrareferencia del paciente, facilitará la articulación y relacionamiento entre los establecimientos de salud de la Red Funcional de Servicios de Salud, por lo que este sistema de comunicación debe estar disponible de manera continua y permanente e ininterrumpida.

7.2. Isocronas

Es la representación gráfica de desplazamientos dentro de la Red Funcional de Servicios de Salud que incluye mapas, distancias y tiempos; se distinguen 3 categorías: Entre establecimientos de salud y comunidades, establecimientos de salud del mismo nivel, establecimientos de primer nivel y hospitales de referencia, así mismo puede incluir estado, tipo y transitabilidad de caminos y carreteras, estacionalidad anual de transitabilidad y otras que se considere importante conocer al momento de realizar la referencia de usuarios.

7.3. Transporte

El transporte de usuarios óptimamente y de primera elección debe ser realizado en vehículos que cuenten con ciertas características especiales (detalladas en la Norma Nacional de Caracterización y Utilización de Ambulancias) dependiendo la complejidad del problema de salud y que garantice el soporte vital

del paciente, existen varios tipos de vehículos de transporte o ambulancias, así mismo debe contemplarse las características con las que tiene que contar el conductor asignado a realizar la referencia que garantice una conducción segura cumpliendo normativa de tránsito y normativa de Referencia y Contrareferencia.

Debe considerarse también que algunas veces se refieren usuarios en diferentes tipos y vías de transporte que pueden ser fluvial, terrestre y aéreo, debiendo adaptar estos con las condiciones óptimas y adecuadas para el traslado de usuarios.

Por la naturaleza de la propiedad del medio de transporte estos pueden ser públicos como ser camionetas, vagonetas, jeeps, deslizadores, avionetas u otros que pertenecen a alguna institución estatal o privados como taxis, camiones, aerotaxi, minibuses, lanchas u otros que pertenecen a privados y que requiere una remuneración económica que debe ser concertada y ne-

gociada en cada caso particular debiendo garantizarse el traslado del usuario.

7.4. Equipamiento e insumos

Cada ambulancia dependiendo de su tipo debe contar mínimamente con el equipamiento, medicamentos e insumos establecidos en la Norma Nacional de Caracterización y Utilización de Ambulancias, de forma permanente, continua y constante, de tal forma que permita en caso de una urgencia, poder trasladar inmediatamente al usuario con todas las medidas recomendadas.

La gestión para la dotación y mantenimiento de equipamiento, medicamentos e insumos necesarios, es de responsabilidad de los directores de establecimientos de salud como del Responsable Municipal, asegurando su disponibilidad inmediata en caso de urgencia y/o emergencias.

8. EQUIPO DE SALUD

El equipo de salud está conformado por profesionales, Médicos Tradicionales y técnicos del área de salud, social y administrativo financiera, con funciones diferentes y bien definidas, desempeñan sus labores con un objetivo común, en forma multidisciplinaria e interdisciplinaria, dentro y fuera del establecimiento de salud, articulándose con la estructura social comunitaria, complementándose con la medicina tradicional alternativa (indígena originaria campesina) y otras, para satisfacer las necesidades de las personas, las familias y las comunidades del área de influencia de su establecimiento.

El equipo de salud debe ser entendido como un conjunto de personas que dentro del modelo de atención y enmarcados en los 4 pilares de la Política SAFCI y entre ellos existe un tipo de relacionamiento horizontal, donde las potencialidades de sus capacidades se complementan y hacen sinergia, por ende el equipo se potencia para dar respuesta a los usuarios.

Representar el soporte importante para el funcionamiento del componente de Referencia y Contrareferencia; quienes como parte de sus funciones y responsabilidades coadyuvarán a fortalecer este componente.

9. CAPACITACIÓN

La capacitación de todo el personal en los procedimientos y flujos de la Referencia y Contrareferencia es importante para el éxito de su funcionamiento. Por ello, debe ser elaborada y programada participativamente con los actores institucionales y comunitarios involucrándose no solo en el desarrollo de la Referencia y la Contrareferencia de usuarios, sino también, en la funcionalidad de la Red de Servicios.

9.1. Responsabilidad de la capacitación y equipo facilitador

La capacitación del equipo de salud de los establecimientos es responsabilidad del Coordinador de la Red de Servicios, el Responsable Municipal y los directores de hospitales de segundo y tercer nivel de atención, quienes identifican y priorizan los contenidos del programa de capacitación.

Son responsables de realizar las capacitaciones:

- Comités de Referencia y Contrareferencia de Hospitales.
- Equipo de Coordinación de la Red de Servicios.
- Responsable Municipal.
- Responsable de establecimientos de salud en los diferentes niveles.

A nivel departamental la capacitación de este sistema corresponde a la Unidad de Redes y Servicios de Salud de cada SEDES.

9.2. Contenido del programa de capacitación

El contenido del programa de capacitación se basará en la presente norma, las Normas de atención clínica, perfil epidemiológico de la Red y otros temas que fortalezcan las capacidades del recurso humano, para mejorar su desempeño coadyuvando a favorecer a una mejor y oportuna Referencia y Contrareferencia.

9.3. Personal que debe capacitarse

COMUNIDAD	ESTABLECIMIENTOS DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN	HOSPITALES DE SEGUNDO Y TERCER NIVEL
Agentes Comunitarios en Salud	• Médicos	• Médicos
Médicos tradicionales	• Residencia Médica	• Residencia médica
Parteras Tradicionales	• Internado rotatorio	• Internado rotatorio
Organizaciones sociales	• Alumnos de pre-grado	• Alumnos de pre-grado
Junta de vecinos	• Personal de enfermería	• Personal de enfermería
	• Personal administrativo	• Personal administrativo
	Odontólogos, fisioterapeutas, otros	Odontólogos, fisioterapeutas, otros

Funcionamiento de la Referencia y Contrareferencia

1. REQUISITOS

Los requisitos para el funcionamiento de la Referencia y Contrareferencia son:

- 1.1. Organización de la Red Funcional de Servicios de Salud.
- 1.2. Criterios de Referencia y Contrareferencia.
- 1.3. Procedimientos específicos de la Referencia y Contrareferencia.

1.1. Organización de la Red Funcional de Servicios de Salud.

La Red Funcional de Servicios de Salud del Sistema Único de Salud están conformadas por un conjunto de establecimientos de salud de diferentes niveles, que cuentan con diferentes capacidades resolutorias.

• Equipo de Salud

El Equipo de Salud de cada uno de estos establecimientos, en el marco de la gestión participativa y control social en salud y de acuerdo al nivel es el responsable de realizar las acciones de Referencia y Contrareferencia de usuarios.

• Comité de Referencia y Contrareferencia

El Comité de Referencia y Contrareferencia es una instancia interinstitucional que debe analizar, mo-

nitorear y evaluar la aplicación de la norma de Referencia y Contrareferencia y su cumplimiento con enfoque de Calidad e Interculturalidad.

El SEDES de cada departamento es el responsable de la conformación de sus Comités de Referencia y Contrareferencia para su implementación, análisis y evaluación, acorde a la estructura de las Redes Funcionales de Servicios de Salud, así mismo deberá realizar las gestiones necesarias para dar funcionalidad a este. De ser necesario se podrá convocar a otros sectores para poder fortalecer el sistema en caso que los comités vean necesario.

Las recomendaciones del Comité de Referencia y Contrareferencia deben ser tomadas en cuenta para mejorar el Sistema Único de Salud en cada uno de los niveles de gestión, en base a competencias y capacidades u otros problemas estructurales o sub-componentes incluidos en la norma.

Se reconocen básicamente los siguientes comités:

a) **A nivel de la Red Funcional de Servicios de Salud** se debe conformar un Comité de Referencia y Contrareferencia encabezado por el Coordinador de la Red en representación del SEDES, el o los responsables municipales de salud de la Red de cada municipio, el Director del hospital de segundo nivel, representante en salud del o de los Gobiernos autónomos municipales, representantes del o los concejos sociales municipales en representación de la sociedad

civil. Se elegirá un Secretario de Actas y un vocal, quienes serán elegidos de acuerdo a mecanismos propios, debiendo formar parte todos los mencionados de esta directiva. Este comité debe reunirse mínimamente 4 veces al año, dependiendo de la cantidad de referencia podrá reunirse más veces, debiendo dar a conocer sus resultados en el CAI de Red.

b) A nivel Departamental, se debe conformar un Comité de Referencia y Contrareferencia encabezado por el Director del SEDES, Directores de hospitales de segundo y tercer nivel, representante en salud de la Asociación municipal del departamento, Representante del consejo social departamental en representación de la sociedad civil. Se elegirá un Secretario de Actas y un Vocal, quienes serán elegidos de acuerdo a mecanismos propios, debiendo formar parte todos los mencionados de esta directiva. Este comité debe reunirse mínimamente 2 veces al año, dependiendo de la cantidad de referencia podrá reunirse más veces, debiendo dar a conocer sus resultados en el CAI Departamental.

c) A nivel Nacional, se debe conformar un Comité de Referencia y Contrareferencia encabezado por el o la Ministra de Salud y Deportes, Directores de SEDES, Representante de Directores de Hospitales de Tercer Nivel, representante de la Federación de Asociaciones Municipales, Representante del Concejo Social Nacional en representación de la sociedad civil. Se elegirán un Secretario de Actas y un vocal quienes serán elegidos de acuerdo a mecanismos propios, de-

biendo formar parte todos los mencionados de esta directiva. Tiene un carácter normativo, de evaluación y gestión. El Comité Nacional desarrollará su reglamento y considerará los indicadores pertinentes para evaluar su funcionamiento.

Los resultados de su deliberación serán expuestos y analizados en el CAI Nacional y Congreso Nacional de Salud si amerita.

d) Operativamente los subsectores en salud, diferentes al público, deberán conformar sus comités acordes a su estructura, que responda a los comités propuestos anteriormente y deben ser incorporados paulatinamente al Sistema Único de Salud.

Sus principales funciones son:

- Elaborar el Reglamento del Comité de Referencia y Contrareferencia.
- Asegurar y Garantizar el cumplimiento de la norma de Referencia y Contrareferencia.
- Es la instancia que evalúa la aplicación de los procedimientos en forma periódica mediante reuniones ordinarias y extraordinarias, de acuerdo a un cronograma.
- Se podrá convocar y solicitar información de otras instancias de acuerdo a necesidad y requerimiento.

Estructura de los comités de Referencia y Contrareferencia de red departamental



- Organizar con el centro coordinador nacional de emergencias y urgencias.
- Podrá conformar otros sub comités de acuerdo a la necesidad de cada Red Funcional de Servicios de Salud.
- Gestiona recursos para el buen funcionamiento del sistema de Referencia y Contrareferencia.
- Las funciones señaladas son enunciativas y no limitativas.

Responsable de Referencia, Contrareferencia y servicios de emergencia/urgencia.

Cada hospital de segundo y tercer nivel debe designar a un responsable de Referencia y Contrareferencia, quien en coordinación con servicio social serán encargados de:

- Orientar a los usuarios en procesos de Referencia y Contrareferencia.
- Desarrollar acciones que permitan la aplicación de la norma Referencia y Contrareferencia en su Red Funcional de Servicios de Salud.
- Coordinar la contrareferencia al establecimiento de origen.
- Supervisar el registro de datos en formularios de contrareferencia, cuadernos u hojas de registro del SNIS-VE.
- Hacer seguimiento a casos de urgencia y emergencia que se presenten en su red.

- Coordinar con los Centros Coordinadores Departamentales de urgencias y emergencias médicas.
- Otras que le asigne el comité de Referencia y Contrareferencia.

1.2. Criterios de la Referencia y Contrareferencia

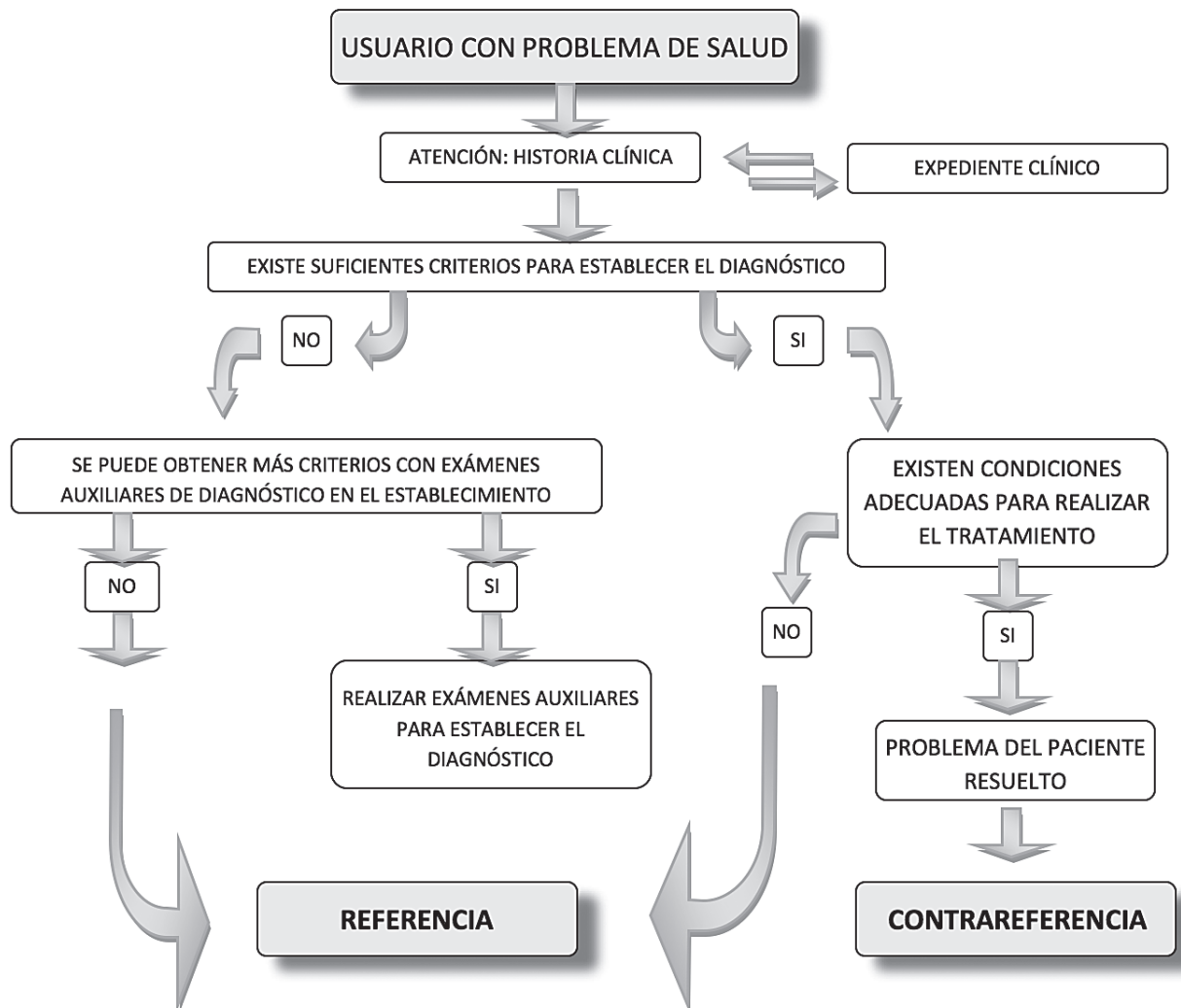
Para la referencia del paciente se tienen los siguientes criterios:

a) Toma de decisiones:

La referencia se origina cuando el problema de salud del paciente requiere de diagnóstico y/o tratamiento que supera la capacidad resolutive del establecimiento o la instancia comunitaria al que asistió, puede ser de las siguientes formas:

- Atención médica de urgencia o emergencia, debiendo realizar el traslado de acuerdo a Norma Nacional de Caracterización y Utilización de Ambulancias.
- Traslado externo, por requerimiento del médico tratante que envía a otro profesional cuyo concurso pueda ser necesario para la atención del paciente.
- Cuando el tratamiento que necesita el paciente tiene especialidades que superan el nivel de atención del establecimiento.

En el siguiente cuadro se observa el proceso para la toma de decisiones.



Fuente: Elaboración URSS y C

b) Selección del establecimiento para la referencia

Se toman en cuenta los siguientes criterios:

- **Capacidad Resolutiva:** El establecimiento de salud al que el paciente es referido debe tener la capacidad para resolver el motivo de la referencia de acuerdo a su cartera de servicios, el médico tratante se podrá guiar en la lista de prestaciones por nivel de atención.
- **Accesibilidad:** El establecimiento de salud elegido para la referencia debe ser el más cercano y accesible a través de vías de comunicación y transporte.
- **Oportunidad:** El paciente debe ser referido en el momento que lo establezcan las Normas de Atención Clínica. Previa a la referencia debe haber comunicación ya sea de forma directa o mediante el centro coordinador de emergencia en caso que exista, con el establecimiento receptor (de mayor capacidad resolutiva).
- **Control del usuario en el traslado:** El establecimiento de salud debe garantizar que el usuario motivo de la referencia sea controlado durante su traslado hasta su recepción en el establecimiento de destino.

En caso de urgencia el paciente debe ser estabilizado y acompañado durante su traslado por un integrante calificado del equipo de salud y uno de sus familiares Norma Nacional de Caracterización y Utilización de Ambulancias.

c) Destino del Paciente Referido

Una vez identificado el establecimiento de destino, en la hoja de referencia se debe anotar claramente el establecimiento y/o unidad o servicio del mismo, donde se envía al paciente, existiendo las siguientes alternativas:

- **Servicio de Emergencia o Urgencia:** El paciente es referido a este servicio de acuerdo al cuadro clínico del usuario.
- **Servicios ambulatorios:** El paciente es referido a otro establecimiento, cuando su problema de salud requiere de exámenes complementarios o procedimientos de mayor tecnología o tratamiento especializado o interconsulta.
- **Otros destinos:** son las unidades nutricionales, de rehabilitación, servicios legales, defensorías de la Niñez y Adolescencia y la Mujer, etc., de acuerdo a las necesidades del paciente.

1.3. Procedimientos generales de la Referencia y Contrareferencia

a) Referencia desde establecimientos de Salud de Primer Nivel

Todo el equipo de salud debe conocer los protocolos de atención vigentes por nivel de atención; lista de cartera de servicios de los establecimientos de mayor capacidad resolutive de su Red de Servicios de Salud (ver norma de caracterización de establecimientos de salud de primer nivel).

El responsable del establecimiento de salud, o en su ausencia el/la integrante del equipo de salud que lo reemplaza, previa evaluación del paciente y al determinar la necesidad de referirlo, debe explicar al paciente, al familiar o acompañante de forma sencilla y clara el motivo de la referencia, posibles riesgos y beneficios; para lo cual, debe llenar el Formulario N°1– Referencia (Anexo 1) y el paciente o familiar debe también firmar este formulario como parte de consentimiento informado y referir al paciente con esta documentación.

En situación de Urgencia/Emergencia, marcar **REFERENCIA DE URGENCIA**, llenar el formu-

lario de Referencia la información más relevante, firmar.

Previo al traslado del paciente debe realizarse la comunicación al establecimiento receptor, en caso que la comunicación no sea posible, se debe anotar en el expediente clínico del paciente y en el formulario de referencia, sin que esta situación sea causa para demorar la referencia del paciente.

La recepción del paciente en el hospital debe ser realizada obligatoriamente por un médico de planta, no así por otro miembro del equipo de salud.

La no aceptación de usuarios por cualquier motivo deberá estar descrita en la hoja de referencia del paciente con firma y sello de quien rechaza mencionada referencia, también se registrará en el cuaderno respectivo del SNIS-VE, para que el establecimiento justifique esta falta de atención, así mismo deberá explicar al paciente esta situación y derivará inmediatamente a otro establecimiento de salud que corresponda para salvaguardar la salud del paciente.

b) Referencia desde un establecimiento de segundo nivel

Cuando un servicio de un hospital de segundo nivel ha decidido realizar la referencia de un paciente a un establecimiento de mayor capacidad resolutive debe comunicarse previamente con el establecimiento receptor, también debe explicar al paciente, familiar o acompañante de forma sencilla y clara el motivo de la referencia, posibles riesgos y beneficios; para lo cual, debe llenar el Formulario N°1– Referencia (Anexo 1) y el paciente o familiar debe también firmar este formulario como parte de consentimiento informado y referir al paciente con esta documentación.

Si la referencia es urgente o existiera dificultades para la comunicación efectiva, estos detalles deberán ser descritos en el expediente clínico, así mismo en el formulario con la referencia y enviar al paciente inmediatamente.

La recepción del paciente en el hospital debe ser realizada obligatoriamente por un médico de planta, no así por otro miembro del equipo de salud.

La no aceptación de usuarios por cualquier motivo deberá estar descrita en la hoja de referencia del

paciente con firma y sello de quien rechaza mencionada referencia, también se registrara en el cuaderno u hojas de registro respectivo del SNIS-VE, para que el establecimiento se justifique esta falta de atención, a si mismo deberá explicar al paciente esta situación y derivará inmediatamente a otro establecimiento de salud que corresponda para salvaguardar la salud del paciente.

c) Referencia Comunitaria

Cuando la referencia la realiza el Médico Tradicional, partera, Agente Comunitario de Salud o Promotor de Salud, u otros involucrados se debe utilizar el Formulario N°3 – Referencia y Contrareferencia Comunitaria, (Anexo 3).

d) Contrareferencia

Una vez resuelto el problema de salud del usuario referido, el establecimiento receptor lo contrarefiere al establecimiento de origen o más cercano a su domicilio, siguiendo el procedimiento respectivo, para ello se utiliza el Formulario N°2 – Contrareferencia/Epicrisis (Anexo2), que se proporciona al usuario o familiar, explicándoles que asista y entreguen esta documentación al personal de salud del establecimiento.

Se deben llenar (según la periodicidad establecida en la normativa del SNIS VE):

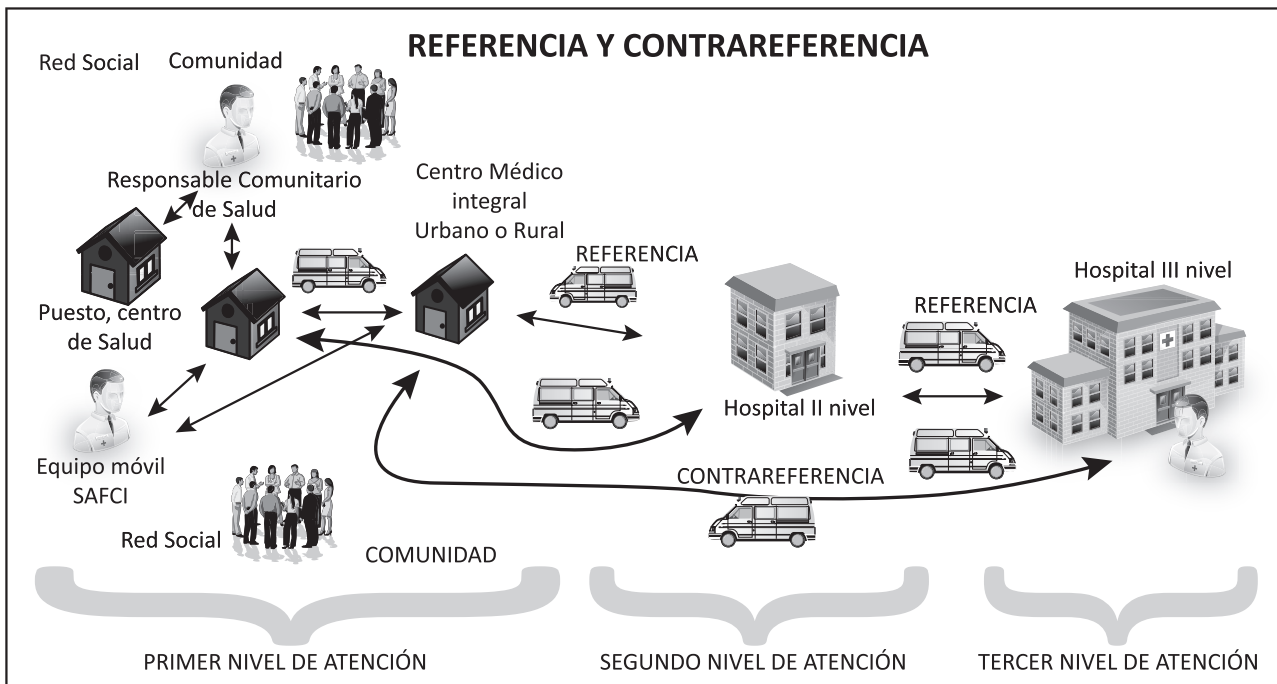
- Formulario N°2 – Contrareferencia/Epicrisis (Anexo 2)
- Cuadernos u hojas de registro del SNIS-VE
- U otros establecidos según normativa vigente

La contrareferencia mejora la capacidad resolutoria en la red de servicios y la comparación del diagnóstico final respecto al diagnóstico inicial, la valoración y el tratamiento realizados, así como resultados, indicaciones y recomendaciones que debe realizar el establecimiento de salud, para mejorar el criterio técnico y médico del personal de salud en establecimiento.

e) Contrareferencia Comunitaria

Una vez resuelto el problema de salud del usuario referido, el establecimiento receptor lo contrarefiere al Médico Tradicional, Partera, Agente Comunitario de Salud o Promotor de Salud, u otro que realizó la referencia, para lo que se debe llenar el segundo cuerpo de Formulario N°3 – Referencia y Contrareferencia comunitaria (Anexo 3) en una forma clara, sencilla y

CUADRO N° 3



precisa, consignando el diagnóstico final y las actividades de seguimiento que se debe realizar.

f) Formularios de Referencia y Contrareferencia

Estos formularios (anexos), tienen un original y dos copias: la primera amarilla y la segunda verde, de preferencia en papel químico, este documento debe contar con los mismos datos llenados, firmas y sello del médico y sello del establecimiento.

Formulario de Referencia (Anexo 1):

- a) Original establecimiento que refiere.
- b) Copia 1 Amarilla establecimiento receptor.
- c) Copia 2 Verde comité de Referencia y Contrareferencia de la red.

Una vez que el paciente es recibido en el establecimiento de referencia, el médico receptor tiene que firmar y sellar con sello personal e institucional el original y las 2 copias.

- a) El original retorna con la ambulancia o con el personal de salud que acompaña la referencia al establecimiento que dió origen a la referencia.
- b) La primera copia (amarilla) se queda en el establecimiento receptor y debe ser parte del expediente clínico del paciente.
- c) La segunda copia (verde) una vez dado de alta el paciente, será enviada con la copia celeste del formulario de contrareferencia al comité de Referencia y Contrareferencia.

Formulario de Contrareferencia (Anexo 2):

- a) Original establecimiento que contrarefiere.
- b) Copia 1 Amarilla establecimiento que realizo la referencia inicial.
- c) Copia 2 Celeste comité de referencia y contrareferencia de la red.

Una vez que el paciente es dado de alta, el paciente o familiar tiene que firmar el original y las 2 copias.

- a) El original se queda en el establecimiento de salud que recibió la referencia en el expediente clínico.
- b) La primera copia (amarilla) se entrega al paciente o familiar y este debe entregar al establecimiento de salud que realizó la referencia.
- c) La segunda copia (celeste) una vez dado de alta el paciente, será enviada con la copia verde del formulario de referencia al comité de Referencia y Contrareferencia.

Formulario – Referencia y Contrareferencia comunitaria (Anexo 3)

Este formulario tiene características especiales ya que debe ser llenado por el ACS, RPS, médico tradicional, partera, u otros.

Consta de un original, dividido en tres partes por líneas dentadas que faciliten su corte y separación:

- a) Parte 1 COMPROBANTE
 - b) Parte 2 REFERENCIA COMUNITARIA
 - c) Parte 3 CONTRAREFERENCIA COMUNITARIA
1. La Parte 1 COMPROBANTE y la Parte 2 REFERENCIA COMUNITARIA debe ser llenada por el ACS, RPS, médico tradicional, partera u otra persona, que refiere al usuario al establecimiento de salud más cercano a su domicilio.
 2. La persona que realiza la referencia comunitaria debe cortar por la línea punteada y separar la Parte 1 COMPROBANTE y lo archiva para su seguimiento posterior y entrega las 2 partes restantes (Parte 2 REFERENCIA COMUNITARIA y Parte 3 CONTRAREFERENCIA COMUNITARIA) para que el usuario o su familiar lo presenten al personal del establecimiento de salud.
 3. Una vez resuelto el problema de salud, el personal del establecimiento de referencia, corta y separa por la línea punteada la Parte 2 REFERENCIA COMUNITARIA la archiva con el expediente clínico

y la parte 3 CONTRAREFERENCIA COMUNI-TARIA debidamente llenada, firmada y sellada, se devuelve al usuario o familiar, para que este sea entregado a la persona que lo refirió, una vez llegue a su comunidad.

1.4. Financiamiento

El financiamiento para el funcionamiento del Sistema de Referencia y Contrareferencia será realizado según las competencias asignadas por la Ley Marco de Autonomías en su artículo 81:

- El Gobierno Autónomo Municipal:
 - √ Responsable de implementar el SUS en su jurisdicción (numeral III, núm. 2 inc. b)
 - √ Administrar la infraestructura y equipamiento de los establecimientos de primer y segundo nivel, (numeral III, núm. 2 inc. c)
 - √ Dotar a los establecimientos de salud del primer y segundo nivel de su jurisdicción: servicios básicos, equipos, mobiliario, medicamentos, insumos y demás suministros (numeral III, núm. 2 inc. g)
- El Gobierno Autónomo Departamental:
 - √ Proporcionar la infraestructura sanitaria y el mantenimiento adecuado del tercer nivel (numeral III, núm. 1 inc. c)
 - √ Proveer a los establecimientos de salud de tercer nivel, servicios básicos, equipos, mobiliario, medicamentos, insumos y demás suministros (numeral III, núm. 1 inc. d)
 - √ Planificar la estructuración de las redes funcionales de servicios de salud funcionales y de calidad, en coordinación con las entidades territoriales autónomas municipales e IOC en el marco de la política SAFCI (numeral III, núm. 1 inc. f)
 - √ Establecer mecanismos de cooperación y cofinanciamiento en coordinación con los gobiernos municipales e IOC para garantizar la provisión de todos los servicios de salud del departamento (numeral III, núm. 1 inc. g)

- √ Cofinanciar políticas, planes, programas y proyectos de salud en coordinación con el nivel central del estado y las entidades territoriales autónomas en el departamento (numeral III, núm. 1 inc. n)

Así mismo se cuenta con fuente de financiamiento normado por el SUMI reglamentado por RM 0736 del 31 de diciembre de 2002 Reglamento SUMI, artículo 7 que menciona que el establecimiento de origen que refiere al usuario cubrirá los costos de traslado por vía terrestre (Referencia y Contrareferencia) en que se hubiera incurrido con cargo a la cuenta municipal de salud SUMI ya sea en un vehículo del establecimiento de salud o público.

También se cuenta con fuentes de financiamiento en el Decreto Supremo N° 28968 del 13 de diciembre de 2006 Reglamento de prestaciones y gestión del SSPAM, que en su **capítulo I**, artículo 9 incisos e) y g) mencionan... si corresponde el primer nivel derivará al asegurado al segundo o tercer nivel de atención y establecer el orden de referencia y contrareferencia cuando se requiera mayor capacidad resolutive de los servicios, en el **capítulo III de la Red de servicios** incisos d), e) y f) menciona que debe existir compromisos mutuos para cumplir adecuadamente el sistema de Referencia y Contrareferencia; menciona también un documento anexo con un registro de distancias y tiempos entre un establecimiento y otro de diferentes niveles y un documento anexo que detalle los medios de transporte propio disponible, medios de comunicación y otros.

1.5. Normativa complementaria al componente Referencia y Contrareferencia

El Ministerio de Salud y Deportes a través de la URSSyC desarrolla la normativa específica de **Caracterización Implementación y Uso del Centro Coordinador de Emergencias y Urgencias Médicas**

Como ente articulador del componente Referencia y Contrareferencia se describe:

Centros Coordinadores de Urgencias y Emergencias Médicas: Se define como una instancia reguladora de la atención médica de emergencia y urgencia pre-hospitalaria, del traslado asistido para los

tres niveles en situación de urgencia y emergencia, traslado común, asistencia del facultativo, sea cual fuere la naturaleza del hecho que la origine, para asegurar una atención rápida, ordenada y efectiva salvaguardando la vida del paciente.

La **estructura de los CCEUM**, está definida en dos niveles,:

1. CCNEUM NACIONAL: (Estratégico y Administrativo) Es el órgano rector-normativo de la gestión de salud a nivel nacional, referente a urgencias, emergencias y traslado de usuarios en las ambulancias desarrollando y/o reorientando y/o articulando estrategias, planes y programas de los CCDEUM. También podrá coadyuvar en situaciones de catástrofe o desastre a nivel nacional e internacional en coordinación con los órganos que tienen relación estratégica (Policía, Bomberos, SEDES, Municipios, COE's, defensa civil y otros) en el marco del SUS que regule a todo.

2. CCDEUM DEPARTAMENTAL: (administrativo operativo) Garantiza la atención y la transfe-

rencia sanitaria especializada y la coordinación con los establecimientos de salud a través de la unidad de emergencias tanto de primer, segundo y tercer nivel, adecuada para su resolución en forma rápida, oportuna, efectiva con personal debidamente entrenado y calificado.

También podrá coadyuvar en situaciones de catástrofe o desastre a nivel nacional e internacional en coordinación con los órganos que tienen relación estratégica (Policía, Bomberos, SEDES, Municipios, COE's, defensa civil y otros) en el marco del SUS que regule a todo.

Otra normativa que complementa la norma de Referencia y Contrareferencia desarrollada por el Ministerio de Salud y Deportes a través de la URS-SyC referente al **uso de ambulancias** en la cual estarán descritas: Alcance de la normativa, dependencia administrativa y operativa; servidores públicos y sus funciones; capacitaciones de los servidores públicos, tipos de ambulancias (Traslado asistenciales, ambulancia tipo II y ambulancia tipo III), instrumental equipamiento e insumos; traslado de usuarios, estabilización y otros.

CAPÍTULO IV

Control

Se realiza control a la aplicación de la norma de Referencia y Contrareferencia a través del monitoreo, supervisión y evaluación del Sistema involu-

crando a la comunidad y autoridades locales Municipales Departamentales y Nacionales.

1. MONITOREO

Es una actividad de control periódica al cumplimiento de los indicadores establecidos en la presente norma.

El MSD, los SEDES, la Coordinación de las Redes, los Comités de Referencia y Contrareferencia, el Responsable Municipal de salud y los responsables de los establecimientos de salud, serán las ins-

tancias responsables del control y funcionamiento del componente de Referencia y Contrareferencia, en los diferentes niveles de atención, para ser posteriormente evaluados en los Comités de Análisis de la Información(CAI).

41

2. SUPERVISIÓN

Es una actividad programada de asistencia técnica que se realiza periódicamente (trimestral, semestral, anual), por personal experto en procesos de Referencia y Contrareferencia, que tenga dominio de la norma y sus instrumentos, puede concluir en un compromiso de gestión.

Cada una de las instancias mencionadas para el monitoreo, también son responsables de la supervisión capacitante que debe ser planificada y programada, utilizando técnicas e instrumentos que permitan realizar una retroalimentación inmediata.

Entre algunas herramientas que se pueden usar durante esta actividad están:

- Observación directa.
- Encuesta al personal de salud.
- Encuestas a usuarios y familiares.

Los temas de la supervisión serán: organización, flujo de Referencia y Contrareferencia, conocimiento y cumplimiento de normas, gestión logística, manejo del sistema de información y registro, sistema de comunicación y transporte; área asistencial: la oportunidad y pertinencia de la Referencia y la Contrareferencia, acorde a los protocolos de atención.

3. EVALUACIÓN

Es una actividad de control del logro de los resultados propuestos y cumplimiento de los indicadores propuestos en los compromisos de gestión.

La caracterización, habilitación, acreditación, fiscalización, inspección, auditorías y pericias, son formas de evaluación.

La evaluación debe realizarse utilizando indicadores en todos y cada uno de los niveles de atención y en los espacios de deliberación como comité de Referencia y Contrareferencia, CAI, ASIS, reuniones del DILOS. Se realizarán comparando indicadores al principio y al final de la gestión para establecer conclusiones y recomendaciones las mismas que servirán para una posterior retroalimentación.

A continuación se presentan indicadores que al medirlos se podrá evidenciar el aporte de cada una de las actividades a la consecución de los objetivos específicos del sistema de Referencia y Contrareferencia.

3.1. Indicadores

Los indicadores planteados responden a la contribución al logro de los objetivos específicos, el comité de Referencia y Contrareferencia de la Red determinará en caso necesario, incluir otros indicadores para el mejor funcionamiento del componente, también deberá ajustar la periodicidad del análisis a las características propias de cada red funcional de servicios de salud dependiendo de la cantidad de referencias realizadas, los parámetros de utilidad podrán ser modificados de acuerdo a revisión realizada por el MSD.

OBJETIVOS	INDICADOR	NUMERADOR	DENOMINADOR	FACTOR MULTIPLICADOR	UTILIDAD	PERIODICIDAD DEL ANALISIS
Fortalecer la capacidad de gestión, participación comunitaria, movilización social y mecanismos de control para un adecuado funcionamiento del sistema de Referencia y Contrareferencia entre todos los niveles de atención, medicina tradicional y otros prestadores.	Porcentaje de cumplimiento de reuniones del Comité de Referencia y Contrareferencia al año (Mínimo dos veces al año).	Número de reuniones del Comité de Referencia y Contrareferencia realizadas.	Número de reuniones del Comité de Referencia y Contrareferencia programadas.	X 100	Lograr la participación en la toma de decisiones.	Según sea Nacional mínimo 1 año, a nivel departamental mínimo 2 veces al año y a nivel de Red mínimo 4 veces al año.
	Porcentaje de establecimientos que cuentan con la norma.	Número de Establecimientos de Salud que cuentan con la norma.	Número de Establecimientos de Salud.	X 100	Garantizar la disponibilidad del documento normativo en los establecimientos de salud.	Anual
	Porcentaje de establecimientos de salud que aplican la norma.	Número de Establecimientos de Salud que aplican la norma.	Número de Establecimientos de Salud.	X 100	Garantizar la aplicabilidad de la normativa para responder de manera adecuada a la urgencia y emergencia precautelando la salud del o los usuarios.	Anual
	Porcentaje de Referencias Adecuadas recibidas.	Número de referencias con manejo adecuado de pacientes.	Número total de Referencias recibidas.	X 100	Mide las Referencias que cumplieron con los procedimientos y protocolos de atención.	Anual
Implementar los procesos operativos del sistema de Referencia y Contrareferencia de manera adecuada, justificada y oportuna para contribuir a la solución del problema de salud del usuario, familia y entorno.	Porcentaje de Referencias Oportunas recibidas.	Número de referencias oportunas.	Número total de Referencias recibidas.	X 100	Mide las Referencias de pacientes que llegaron a tiempo al establecimiento receptor desde el establecimiento de origen analizando las demoras.	Anual
	Porcentaje de Referencias Justificadas recibidas. (Valor aceptable: > 80%).	Número de referencias justificadas.	Número total de Referencias recibidas.	X 100	Mide la Justificación de la Referencia del establecimiento de origen en el establecimiento de receptor.	Anual
Garantizar la continuidad de la atención de usuarias y usuarios hasta la resolución de su problema de salud en la Red Funcional de Servicios en los diferentes niveles de atención.	Porcentaje de Referencias respecto al total de consultas. (Valor aceptable: 5-10%).	Número total de referencias realizadas.	Número total de Consultas.	X 100	Estima la capacidad resolutoria del establecimiento que realiza la referencia.	Anual
	Porcentaje de Referencias por Servicio. (Valor aceptable: 5-10%).	Número total de referencias realizadas por servicio.	Número total de Consultas por servicio.	X 100	Estima las capacidades resolutivas específicas por cada servicio en el establecimiento de segundo nivel que realiza la referencia.	Mensual
	Porcentaje de Referencias recibidas.	Número de referencias recibidas.	Número total de Consultas.	X 100	Mide el funcionamiento de la referencia recibida respecto a las consultas.	Mensual
	Porcentaje de Contrareferencias realizadas.	Número de contrareferencias realizadas.	Número de Referencias recibidas.	X 100	Mide la efectividad del SRCR en la comunidad y el establecimiento de salud.	Mensual
	Número total de referencias comunitarias recibidas realizadas por la Comunidad: ALS o médico tradicional.	Número total de referencias realizadas por ALS o médico tradicional.	NO APLICA	X 100	Estima la capacidad de la Comunidad para realizar referencias a su establecimiento de salud.	Mensual
	Número total de contrareferencias comunitarias.	Número total de contrareferencias realizadas por ALS o médico tradicional.	NO APLICA	X 100	Mide la efectividad del SRCR en la comunidad y el establecimiento de salud.	Mensual
	Proporción de Referencias y Contrareferencias comunitarias.	Número de referencias comunitarias.	Número de contrareferencias.	X 100	Determina la efectividad del SRCR en el establecimiento de referencia receptor. (Mide la calidad de cumplimiento en la cadena).	Mensual
	Porcentaje contrareferencias recibidas.	Número de contrareferencias recibidas.	Número total de Referencias realizadas.	X 100	Mide la Efectividad del SRCR en el establecimiento que refiere y del establecimiento receptor.	Mensual

Tabla de variables sistematizados y consolidados en instrumentos del SNIS-VE

Variables	Reporte	FUENTE	
Número total de Referencias realizadas	Mensual	301	formulario de consolidación hospitalaria
Número total de Consultas	Mensual	301	formulario de consolidación hospitalaria
Número de Contrareferencia s realizadas	Mensual	301	formulario de consolidación hospitalaria
Número de Referencias Recibidas	Mensual	-	formulario de consolidación hospitalaria
Número total de Consultas por especialidad.	Mensual	-	formulario de consolidación hospitalaria
Número de Referencias Justificadas	Mensual	-	formulario de consolidación hospitalaria
Número de Referencias con manejo adecuado de usuarios	Mensual	-	formulario de consolidación hospitalaria
Número de Contrareferencias recibidas	Mensual	-	formulario de consolidación hospitalaria
Número total de Referencias comunitarias.	Mensual	301	
Número total de Contrareferencias realizadas a la comunidad.	Mensual	301	

BIBLIOGRAFÍA

1. Plan de Desarrollo Sectorial. 2010 a 2016. Ministerio de Salud y Deportes. 2010.
2. Ministros de Salud de las Américas (2007). Agenda de Salud para las Américas 2008-2017: presentada por los ministros de salud de las Américas en la Ciudad de Panamá, junio de 2007.
3. Salud Familiar Comunitaria Intercultural. Documento técnico - estratégico, versión didáctica. Ministerio de Salud y Deportes. Unidad de Salud Comunitaria y Movilización Social. La Paz. Prisa, 2011.pag. 26
4. Asociación Brasileira de Normas Técnicas. Reglas para estructura y redaccion de Documentos técnicos ABNT. Rio de Janeiro: ABNT; 2007.
5. Norma Técnica de Referencia y Contrareferencia. Ministerio de Salud. Dirección Superior del Ministerio de Salud. Nicaragua, junio 2011.
6. Manual del Sistema de Referencia y Contrareferencia del Sistema Unico de Salud. SEDES Santa Cruz, 2006.
7. Rovere M. Planificación Estratégica de Recursos Humanos en Salud. 2ª. Edición. OPS/OMS.Washington DC. 2005.
8. Niveles de atención y estructuración urbano rural de las redes de servicio. Foro Abierto de Políticas de Salud. OPS / OMS. 2005.
9. Redes de servicios y redes sociales para el desarrollo de la salud materna y neonatal. UNAP. MSyPS . Ed. El Gráfico. 2001.
10. Paco R. Perspectivas de la gestión de calidad total en los servicios de salud. Serie Paltex Salud y Sociedad. N° 4. OPS / OMS 2000.
11. Planificación Estratégica en la gestión en salud. Proyecto ACDI/SCI: Desarrollo de Capacidades para la Reforma de Salud en Bolivia. 2000.
12. Lineamientos Metodológicos para la realización de Análisis Funcionales de las Redes de Servicios de Salud. Serie Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud N° 3.
13. Comité de Referencia y contrareferencia. Lineamientos para la referencia y contrareferencia . Acceso en 2012 junio 01 URL disponible en: <http://es.scribd.com/doc/50545411/Referencia-y-contrareferencia-de-usuarios-en-el-Estado-de-Mexico>.
14. Sansó F, Propuesta de Modelo de Referencia y Contrareferencia en el Sistema Unico de Salud Cubano. Rev. Cubana Med. Gen. Integr, 15:613-20, 1999
15. Vaughan P. Morrow R. Salud Comunitaria. Ed. Latinoamericana. 1997.Ministerio de Salud y Deportes.

16. Norma técnica para el manejo del expediente clínico N° 64. La Paz Bolivia; 2008.
17. Ministerio de Salud y Deportes. Cuaderno N°1, Consulta externa (Para centros de Salud y Hospitales Básicos); SNIS-VE.
18. Ministerio de Salud y Deportes. Cuaderno N°2, Prenatal, Parto, Puerperio (Para puestos de Salud, Centros de Salud y Hospitales Básicos); SNIS-VE.
19. Ministerio de Salud y Deportes. Cuaderno N°3, Anticoncepción, prevención de ITS y del Cáncer de Cuello Uterino (Para puestos de Salud, Centros de Salud y Hospitales Básicos); SNIS-VE.
20. Ministerio de Salud y Deportes. Cuaderno N°4, Atención integral del Niño(a) menor de 5 años (Para puestos de Salud, Centros de Salud y Hospitales Básicos); SNIS-VE.
21. Ministerio de Salud y Deportes. Cuaderno N°5, Internaciones (Para Centros de Salud y Hospitales Básicos); SNIS-VE.
22. Ministerio de Salud y Deportes. Cuaderno N°6, Emergencias y Enfermería (Para Centros de Salud y Hospitales Básicos); SNIS-VE.
23. Ministerio de Salud y Deportes. Cuaderno N°7, Consultas Odontológicas (Para Centros de Salud y Hospitales Básicos); SNIS-VE.
24. Ministerio de Salud y Deportes. Cuaderno N°8, Consulta externa y Enfermería (Para puestos de Salud); SNIS-VE.
25. Organización Panamericana de la Salud. Reglamento Sanitario Internacional. Ginebra; 2008; Segunda Edición.
26. Ministerio de Salud y Deportes. Norma Técnica para el Manejo del Expediente Clínico. La Paz Bolivia; 2008.
27. Organización Panamericana de la Salud. Metodología de gestión productiva de los servicios de salud. Washington, D.C.; 2010.
28. Organización Panamericana de la Salud. La renovación de la Atención Primaria de Salud de las Américas. Washington, D.C.; 2010.

NORMATIVA LEGAL

CONSTITUCIÓN POLÍTICA DEL ESTADO DE 7 DE FEBRERO DE 2009.
LEYES, DECRETOS SUPREMOS Y RESOLUCIONES MINISTERIALES.

- XXIX Ley N° 15629, 8 Julio de 1978; “Código de Salud de la República de Bolivia”.
- XXX Ley N° 1178, 20 Julio de 1990; “Ley de Administración y Control Gubernamentales (SAFCO)”.
- XXXI Ley N° 2028, 28 de octubre de 1996; “Ley de Municipalidades”.
- XXXII D.S. N° 25233, 27 de noviembre de 1998; “Modelo básico de organización, atribuciones y funcionamiento de los servicios Departamentales de Salud”.
- XXXIII Ley N° 2426, 21 de noviembre de 2002; “Seguro Universal Materno”.
- XXXIV D.S. N° 26874, 21 de diciembre de 2002; “Reglamento de Prestaciones y Gestión del SUMI”.
- XXXV Ley N° 3323, 16 de enero de 2006; Seguro de Salud para el Adulto Mayor “SSPAM”.
- XXXVI D.S. N° 28666, 5 de abril de 2006; “Administración Prefectural y Coordinación entre Niveles”.
- XXXVII D.S. N° 28968, 13 de diciembre de 2006; “Reglamento de Prestaciones y Gestión del SSPAM”.
- XXXVIII D.S. N° 29601, 11 de Junio 2008; “Modelo de Salud Familiar Comunitario Intercultural”.
- XXXIX R.M. N° 737, 21 de abril de 2009; Reglamento de Salud Familiar Comunitaria Intercultural.
- XL D.S. N° 0181, 28 de Junio 2009; “Normas Básicas del Sistema de Administración de Bienes y Servicios SABS, Sistema de la Ley (SAFCO)”.
- XLI Mayor “SSPAM”. D.S. N° 28968 Reglamento del Seguro de Salud para el Adulto Mayor.
- XLII Ley N° 031, 19 de julio de 2010, Ley Marco de Autonomías y Descentralización “Andrés Ibáñez”.



Estado Plurinacional de Bolivia
Ministerio de Salud y Deportes

(ANEXO N° 1)
FORMULARIO N°1 –
REFERENCIA

NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO QUE REFIERE.....

RED DE SERVICIOS..... FECHAHORA

FICHA DE IDENTIFICACION

NOMBRE Y APELLIDOS DEL USUARIO

DOMICILIO.

EDAD: años..... meses:..... SEXO M() F ()

DATOS CLINICOS SIG. VITALES : F. C F.R..... P.A..... TEMP..... PESO.....

RESUMEN DE ANAMNESIS Y EXAMEN CLINICO

.....
.....
.....
.....

RESULTADOS, EXAMENES COMPLEMENTARIOS DE DIAGNOSTICO

.....
.....

DIAGNÓSTICOS PRESUNTIVOS

a).....
b).....

TRATAMIENTO INICIAL.....
.....

CONCENTIMIENTO INFORMADO

Yomayor de edad, habiéndome informado sobre el cuadro clínico , autorizo la referencia, teniendo en cuenta que he sido informado claramente sobre los riesgos y beneficios que se pueden presentar.

FIRMA USUARIO..... FIRMA ACOMPAÑANTE.....

NOMBRE Y CARGO DE QUIEN ENVÍA AL USUARIO O RESPONSABLE DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD QUE REFIERE

..... FIRMA Y SELLO

MOTIVO DE REFERENCIA

UEGENCIA /EMERGENCIA. INTERCONSULTA..... ESTUDIO DE GABINETE.....
LABORATORIO..... TRATAMIENTO..... OTROS.....
FECHA DE ENVÍO..... HORA DE ENVÍO

ESTABLECIMIENTO DE SALUD RECEPTOR

NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO NIVEL.....SUBSECTOR

NOMBRE DE LA PERSONA CONTACTADA

PUBLICO
SEGURO
OTRO

NOMBRE Y CARGO DE QUIEN RECIBE AL USUARIO.....

FECHA DE RECEPCIÓN.....HORA DE LLEGADAHORA DE RECEPCIÓN.....

MEDICO RESPONSABLE DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD RECEPTOR.....

FIRMA DEL MEDICO

SELLO

Original, para Establecimiento que realiza la REFERENCIA
1ra copia, Amarilla para la Historia clínica del establecimiento RECEPTOR.
2da Copia, Verde para Comité de REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA.

(ANEXO N° 1)
**INSTRUCCIONES PARA LLENAR EL FORMULARIO N°1 –
REFERENCIA**

La institución puede incluir el logo a la que corresponde el formulario en la casilla que se encuentra en la parte superior derecha (ESPACIO PARA EL LOGOTIPO DE LA INSTITUCION)

INSTRUCTIVA: Los datos del presente formulario deberán ser llenados correctamente.

ESTABLECIMIENTO DEL QUE SE REFIERE

ESTABLECIMIENTO DE SALUD: Anotar el nombre del Establecimiento de Salud del que se refiere al usuario.

RED: Anotar nombre de la Red Funcional de Servicios al que pertenece el establecimiento de salud referente.

MUNICIPIO: Anotar nombre del municipio al que pertenece el establecimiento de salud referente.

FECHA: Anotar la Fecha en la que se refiere al usuario (día/mes/año).

HORA: Anotar la hora en la que se refiere al usuario, marcando am o pm.

IDENTIFICACION DEL USUARIO

Anotar el apellido Paterno, Apellido Materno y Nombres del o la usuario, asegurarse que sean los correctos.

DOMICILIO: Anote la dirección habitual del o la usuario. Para el área rural anotar el nombre de la Comunidad, Ayllus, Markas, Tentas, Capitánías, Federaciones, Sindicatos, Colonias, donde reside actualmente el/la usuario.

EDAD: Anotar la edad correspondiente del o la usuario. Detallar en caso necesario los meses o días.

SEXO: Encerrar en un círculo M (masculino) o F (femenino), según corresponda.

SIGNOS VITALES .

T°(Temperatura): anotar la temperatura en °C.

P.A. (Presión Arterial): anotar en mmHg que corresponda.

FC (Frecuencia Cardíaca): anotar en Latidos /minuto que corresponda.

FR (Frecuencia Respiratoria): anotar en ciclos/minuto que corresponda.

PESO: anotar el peso en Kilogramos que corresponda.

TALLA: anotar la talla en centímetros/metros, que corresponda

RESUMEN DE LA ANAMNESIS y EXAMEN CLÍNICO: Anotar de forma resumida y completa, los hallazgos clínicos que se encuentren en el usuario de la anamnesis y el examen físico.

RESULTADOS DE EXAMENES COMPLEMENTARIOS DE DIAGNÓSTICO

Resumen de los exámenes realizados

DIAGNÓSTICOS PRESUNTIVOS: Anotar el diagnóstico o los diagnósticos presuntivos, utilizar el código CIE – 10 de las Normas de Atención Clínica.

TRATAMIENTOS REALIZADOS: Detallar el tratamiento aplicado.

CONSENTIMIENTO INFORMADO: Se debe explicar el motivo de la referencia al usuario y familiares y tienen que firmar,

NOMBRE Y CARGO DE QUIEN ENVÍA AL USUARIO O RESPONSABLE DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD

QUE REFIERE Nombre completo firma y sello

MOTIVO DE REFERENCIA anotar para que es la referencia marcar con una X , la fecha della referencia y hora de referencia

URGENCIA /EMERGENCIA, INTERCONSULTA, ESTUDIO DE GABINETE, LABORATORIO, TRATAMIENTO, OTROS

FECHA DE referencia HORA DE Referencia

ESTABLECIMIENTO DE SALUD RECEPTOR

ESTABLECIMIENTO DE SALUD: Anotar el nombre del establecimiento de salud de mayor capacidad resolutive receptor.

NIVEL, anotar a que nivel pertenece **Primer segundo o tercer nivel**

SUBSECTOR Puplico , seguro y otro anota con una x a cual pertenece

RED: Anotar nombre de la Red Funcional de Servicios al que pertenece el establecimiento de salud de mayor capacidad resolutive receptor.

MUNICIPIO: Anotar nombre del municipio al que pertenece el establecimiento de salud de mayor capacidad resolutive receptor.

NOMBRE DE LA PERSONA CONTACTADA: Anotar el nombre y cargo de la persona con la que se contactaron.

NOMBRE Y CARGO DE QUIEN RECIBE AL USUARIO Anotal el nombre y apellidos del personal de salud que recibe al usuario

FECHA DE RECEPCIÓN Anotar fecha clara de recepción

HORA DE LLEGADA Anotar la hora de llegada al establecimiento de referencia

HORA DE RECEPCIÓN Anotar la hora en la que el usuario recibe la atención del personal de salud de referencia.

FIRMA Y SELLO DE MÉDICO TRATANTE: Firma y sella quien realiza la referencia.

SELLO: Sello del Establecimiento de salud que realiza la referencia

Al final se entrega las siguientes hojas:

Original, para el Establecimiento que refiere.

1ra copia, para Historia Clínica.

2da Copia, amarilla para el comité de RCR.

Se anotará también los datos de contacto del Establecimiento de Salud que realiza la referencia: Frecuencia de Radio, teléfono(s), teléfono de servicio de Emergencia o urgencia, Numero de Fax, Dirección y email.



Estado Plurinacional de Bolivia
Ministerio de Salud y Deportes

FORMULARIO N 2° CONTRAREFERENCIA ESTABLECIMIENTO AL QUE RETORNA EL USUARIO

ESTABLECIMIENTO DE SALUD: FECHA:/..... HORA:
SERVICIO REFRENTE:..... RED. se contacto al establecimiento SI NO
NOMBRE DE LA PERSONA CONTACTADA

IDENTIFICACION DEL USUARIO

NOMBRES APELLIDOS:.....
DOMINICLIO:..... EDAD:

DATOS CLINICOS

DÍAS DE INTERNACION: SEXO: M F PESO :
T° P.A. .../.....mmHg FC..... FR.....

DIAGNOSTICO(S) DE INGRESO:

- 1)
- 2)

DIAGNOSTICO(S) DE EGRESO SEGÚN CIE - 10

- 1)
- 2)
- 3)

EVOLUCION, COMPLICACIONES:

.....
.....
.....

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS DE DX. .

- a)
- b)
- c)

OTROS EXAMENES E INTERCONSULTAS:

TRATAMIENTOS REALIZADOS

.....
.....
.....

SEGUIMIENTO A TRAMATIENTO

.....
.....
.....

RECOMENDACIONES PARA EL USUARIO

.....
.....
..... la

REFERENCIA FUE ESTABLECIMIENTO DE SALUD AL QUE SE REALIZA LA CONTRAREFERIERE

ESTABLECIMIENTO DE SALUD:
MUNICIPIO: REDDE SERVICOS

NOMBRE DE ACOMPAÑANTE, FAMILIAR Y OTROS :

CONTACTO DEL ESTABLECOIMIENTO QUE SE REALIZA LA CONTRAREFERENCIA:

.....

FIRMA SELLO DE MEDICO TRATANTE	SELLO DEL ESTABLECIMIENTO	FIRMA Y NOMBRE DE USUARIO O ACOMPAÑANTE:
--------------------------------	---------------------------------	--

Original, para Establecimiento que realiza la CONTRAREFERENCIA
1ra copia, Amarilla establecimiento que realizo La REFERENCIA.
2da Copia, Celeste para Comite de REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA.

Frecuencia de Radio [], teléfono,
Emergencia, Fax, Dirección, email.

**FORMULARIO N° DE CONTRAREFERENCIA
ESTABLECIMIENTO AL QUE SE RETORNA AL USUARIO**

NOMBRE: Anotar el nombre del Establecimiento al que el usuario retorna.

FECHA/HORA: Anotar la Fecha y Hora en la que el usuario retorna.

FICHA DE IDENTIFICACION

NOMBRE DEL USUARIO: Anotar el nombre y los dos apellidos (si los tiene) del/la usuario, asegurarse que sean los correctos.

DOMICILIO: Anote la dirección habitual del/la usuario. En los casos de direcciones rurales, utilizar puntos de referencia importantes y conocidos en la comunidad. Anotar el nombre de la comunidad, municipio donde reside actualmente el/la usuario.

EDAD: Anotar la edad correspondiente del/la usuario. Especificar si son años, si el usuario tiene de 1 a 11 meses, si el usuario tiene de 1 hasta 29 días y si es un recién nacido con menos de 1 día de vida.

DATOS CLINICOS: Anotar los variables vitales con los que al usuario retorna. DIAS DE INTERNACIÓN anotar en días.

SEXO: Anotar masculino o Femenino (según corresponda).

Peso, Temperatura, Presión Arterial, frecuencia cardiaca y frecuencia respiratoria.

DIAGNÓSTICO(S) DE INGRESO: Anotar de forma resumida y completa: el diagnóstico con el que se recibió al usuario, lo encontrado.

DIAGNÓSTICO DE EGRESO SEGÚN CIE-10: Anotar el diagnóstico o problema emitido por el profesional de salud tratante.

EVOLUCIÓN Y COMPLICACIONES: Anotar resumen de las complicaciones y tratamientos realizados.

EXAMENES COMPLEMENTARIO DE DX: Anotar resumen de los exámenes realizados de acuerdo a la patología.

OTROS EXAMENES E INTERCONSULTAS: Anotar las interconsultas u otros exámenes realizados Realizados.

SEGUIMIENTO A TRATAMIENTO: Anotar que tratamiento se tienen que realizar.

RECOMENDACIONES PARA EL USUARIO: Anotar las recomendaciones a seguir por el usuario y por el establecimiento de salud referente para dar continuidad al proceso de atención.

LA REFERENCIA FUE: criterios de referencia, se realiza en el formato descrito por la norma, con letra legible y con los datos completos.

SERVICIO: Anotar el Nombre del Servicio Referente (ginecobstetricia, etc.).

RED DE SERVICIOS: Anotar nombre o código de la Red de Servicios a la que pertenece el establecimiento de salud. Anotar el nombre del servicio del cual es referido el usuario (emergencia, medicina interna, etc.).

SE CONTACTÓ AL ESTABLECIMIENTO: Anotar el nombre del establecimiento receptor contactado SI o NO marcar.

NOMBRE DE LA PERSONA CONTACTADA: Anotar el nombre y cargo de la persona con la que se contactaron.

DEL SERVICIO:

FIRMA Y SELLO: Firma del médico o integrante del equipo de salud que atendió al usuario y sello del servicio o de la unidad receptora.

NOMBRE Y FIRMA DEL MÉDICO: Nombre completo del médico o integrante del equipo de salud que atendió al usuario en la unidad receptora.

ANEXO 3
FORMULARIO N°3
BOLETA COMUNITARIA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

<p style="text-align: center;">COMPROBANTE</p> <p>NOMBRE APELLIDOS: _____</p> <p>Edad: _____</p> <p>Sexo: Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/></p> <p>Comunidad o Barrio: _____</p> <p>Fecha de Referencia: _____</p> <p>Hora de Referencia _____</p> <p>Establecimiento donde refiere: _____</p> <p>Observaciones: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p style="text-align: center;">REFERENCIA</p> <p>Nombre del paciente: _____</p>
--	--

<p>Sexo: Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/></p> <p>Edad: _____</p> <p>Comunidad o Barrio: _____</p> <p>Fecha de Referencia: _____</p> <p>MOTIVO (marque con una "X")</p> <p><input type="checkbox"/> Embarazo (Control)</p> <p><input type="checkbox"/> Parto</p> <p><input type="checkbox"/> Puerperio</p> <p><input type="checkbox"/> Fiebre</p> <p><input type="checkbox"/> Recién Nacido</p> <p><input type="checkbox"/> Dificultad de Amamantamiento</p> <p><input type="checkbox"/> Control niño/a</p> <p><input type="checkbox"/> Dificultad Respiratoria</p> <p><input type="checkbox"/> Diarrea y/o vómitos</p> <p><input type="checkbox"/> Mordedura de animal</p> <p><input type="checkbox"/> Herida</p> <p><input type="checkbox"/> Certificado de Nacimientos</p> <p><input type="checkbox"/> Certificado de Defunción</p> <p><input type="checkbox"/> Enfermedad de Riesgo Epidémico</p> <p><input type="checkbox"/> Enviado a Casa Materna</p> <p><input type="checkbox"/> Otros</p> <p>Observaciones: _____</p> <p>Nombre del Comunitario que refiere: _____</p>	<p style="text-align: center;">CONTRAREFERENCIA</p> <p>Nombre del paciente: _____</p>
--	--

<p>Sexo: Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/></p> <p>Edad: _____ Fecha: _____</p> <p>Comunidad o Barrio: _____</p> <p>Establecimiento de Salud _____</p> <p>Indicaciones: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Nombre del Médico/a _____</p>	<p style="text-align: center;">FIRMA Y SELLO DEL MEDICO/A</p>
--	---

FORMULARIO DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA COMUNITARIA

INSTRUCCIONES PARA LLENAR PARTES DEL FORMULARIO

COMPROBANTE (Primera Parte)

Será llenada por la persona que se designe en la comunidad, esta podrá ser llenada en las visitas casa a casa, actividades educativas individuales y grupales o cuando la persona de la comunidad vaya a tu casa para la referencia.

El talonario con esta primera parte (comprobante) quedará en sus manos, con el propósito de darle seguimiento a los miembros de la comunidad que refieras, o los casos de vigilancia epidemiológica.

También le permitirá conocer el número de referencias elaboradas en los diferentes períodos: semanal, mensual, trimestral, anual y cuántas de estas referencias son retornados por los Establecimientos de salud.

NOMBRE Y APELLIDOS: Se anotará el nombre y apellido de la persona atendida.

EDAD: Se escribirá en esta casilla, la edad de la persona atendida. Está se escribirá en número y se deberá acompañar con una “d” si tiene días, “m” cuando tenga meses o “a” cuando sean años. Ejemplo: 5’. (Significa cinco años) y 5 m significa cinco meses).

SEXO: Se escribirá “x”, según el sexo de la persona que refieras, si es Hombre o Mujer.

COMUNIDAD O BARRIO: Escribirá la comunidad donde vive la persona que se está remitiendo al Establecimiento de Salud, dando la mayor información posible.

MOTIVO POR EL CUAL SE REFIERE: Anote la causa por la que está enviando al Establecimiento de Salud o en el Caso que no quiera ir al Establecimiento de Salud, envía la referencia al Establecimiento de Salud y anota el motivo o la Causa por la que consideras que debe ir al Establecimiento de Salud.

FECHA DE REFERENCIA: Anotará el día, mes y año en que envió a la persona al Establecimiento de salud.

FECHA DE CONTRAREFERENCIA: Pondrá la fecha en la que recibió el Retorno que es llenada por el personal de salud que atendió a la persona que referiste.

OBSERVACIONES: Aquí escribirá algunas cosas importantes que usted debe recordar, cuando hicisteis la referencia o indicaciones del retorno que debes anotar para darle seguimiento.

1.2 REFERENCIA (Segunda Parte)

Será llenada por Ud. o la persona que designe en su nombre, seguido del llenado de la primera parte (comprobante). Se desprenderá del talonario con la tercera parte (Retorno).

NOMBRE Y APELLIDOS: Se anotará el nombre y apellido de la persona atendida.

EDAD: Se escribirá en esta casilla, la edad de la persona atendida. Está se escribirá en número y se deberá acompañar con una “d” o si tiene días, “m” cuando tenga meses o “a” cuando sean años. Ejemplo: 5’. (Significa cinco años) y 5 m (significa cinco meses).

SEXO: Se escribirá “x”, según el sexo de la persona que refiera, si es Masculino o Femenino.

COMUNIDAD O BARRIO: Escribirá la comunidad donde vive la persona que se está remitiendo al establecimiento de Salud, da la mayor información posible.

FECHA DE REFERENCIA: Anotará el día, mes y año en que enviaste a la persona a la unidad de salud.

MOTIVO: Se encuentra un listado de 17 motivos de la referencia por el cual se está enviando al Establecimiento de Salud de los cuales puedes, marcar uno o varios, según sea el caso.

OBSERVACIONES: Se puede ampliar sobre el motivo de la referencia o en casos de notificaciones, aclarar que la persona anotada en la referencia no quiere ir a la Unidad de Salud.

NOMBRE DEL REFERENTE COMUNITARIO Y PERFIL: Escribirá su nombre y el papel que realiza en la, por el personal de salud, al expediente del/la paciente.

1.1 CONTRAREFERENCIA (Tercera Parte)

Esta tercera parte será desprendida con la segunda parte y entregada a la persona atendida para que ésta la entregue en el Establecimiento de Salud de origen. Esta parte la debe llenar el equipo de salud, sin embargo los datos generales pueden ser llenados por el referente comunitario siempre y cuando esté en disposición de hacerlo y con previo consentimiento del Establecimiento de Salud.

NOMBRE Y APELLIDOS: Se anotará el nombre y apellido de la persona atendida.

EDAD: Se escribirá en esta casilla, la edad de la persona atendida. Está se escribirá en número y se deberá acompañar con una “d” si tiene días, “m” cuando tenga meses o “a” cuando sean años. Ejemplo: 5a (Significa cinco años) y 5 m (significa cinco meses).

SEXO: Se escribirá “x”, según el sexo de la persona que refieras, si es Masculino o Femenino.

FECHA: Se anotará la fecha en que se entregue la contrareferencia a la paciente.

ESTABLECIMIENTO DE SALUD: Aquí el Médico I Enfermera anotará el nombre del Establecimiento de Salud, donde se brindó la atención.

COMUNIDAD O BARRIO: Se anotara la comunidad donde vive la persona que se está remitiendo a la Unidad de Salud, da la mayor información que podas.

INDICACIONES: El médico o enfermera, hará una breve descripción de las indicaciones que debe seguir el paciente para curarse del motivo de consulta por el cual fue referido y en lo que puede apoyarle.

NOMBRE DEL MÉDICO: El personal de salud que atendió a la persona referida, debe anotar su nombre completo.

FIRMA DEL MÉDICO: Pondrá su firma.

