



ESTADO PLURINACIONAL DE
BOLIVIA

MINISTERIO DE
SALUD Y DEPORTES

NORMA NACIONAL DE REFERENCIA, TRANSFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA



Serie: Documentos Técnico Normativo

La Paz - Bolivia
2022



ESTADO PLURINACIONAL DE
BOLIVIA

MINISTERIO DE
SALUD Y DEPORTES

NORMA NACIONAL DE REFERENCIA, TRANSFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA



Serie: Documentos Técnico Normativo

**La Paz - Bolivia
2022**

BO WA546 M665n No.502 2022	Bolivia, Ministerio de Salud y Deportes, Dirección General de Redes de Servicios de Salud, Unidad de Gestión de Riesgos, Emergencias y Desastres, Programa Centro Coordinador de Emergencias en Salud Nacional. Norma Nacional de Referencia, Transferencia y Contrarreferencia // Ministerio de Salud y Deportes; Shirley Ximena Loma Camacho; Gabriela Arteaga Camacho; Edmundo Román Cruz Cárdenas; Daniel Chávez Osinaga. Coaut. La Paz: Artes Gráficas Aguirre, 2022. 704p : illus. (Serie: Documentos Técnico – Normativos No. 502) Depósito Legal: 4-1-248-2022 P.O. I. DERIVACIÓN Y CONSULTA^sorganización y administración II. NIVELES DE ATENCIÓN DE SALUD^sorganización & administración III. PRESTACIÓN DE ATENCIÓN DE SALUD^snormas IV. MANEJO DE ATENCIÓN AL PACIENTE V. ATENCIÓN AL PACIENTE VI. DERECHO A LA SALUD^snormas VII. BOLIVIA 1. t. 2. Serie 3. Loma Camacho, Shirley Ximena; Cruz Cárdenas, Edmundo Román; Arteaga Camacho, Gabriela; Chávez Osinaga, Daniel. Coaut.
--	---

Norma Nacional de Referencia, Transferencia y Contrarreferencia

Programa Centro Coordinador de Emergencias en Salud Nacional, Edificio Víctor, calle Fernando Guachalla Nro. 342, Teléfono 2126289, IP 2904, www.minsalud.gob.bo

R.M. N° 0109 del 25 de marzo del 2022

Depósito Legal: 4-1-248-2022 P.O.

Elaboración:

- Lic. Shirley Ximena Loma Camacho, PCCCESN/UGRED/DGRSS/VGSS/MSyD
- Dra. Gabriela Arteaga Camacho, PCCCESN/UGRED/DGRSS/VGSS/MSyD
- Ing. Edmundo Román Cruz Cárdenas, PCCCESN/UGRED/DGRSS/VGSS/MSyD
- Téc. Daniel Chávez Osinaga, PCCCESN/UGRED/DGRSS/VGSS/MSyD

Revisión y aportes:

- Ministerio de Salud y Deportes (Anexo editorial)
- Servicios Departamentales de Salud (Anexo editorial)
- Centros Coordinadores de Emergencias en Salud (Anexo editorial)

Comité Técnico de Revisión de Publicaciones – DGPPS/MSyD

Comité de Identidad Institucional y Publicaciones VGSS/MSyD

- Dr. Álvaro Terrazas Peláez
- Dra. Tania Huanca Uluri
- Dra. Miriam Nogales Rodríguez
- Dra. Sdenka Maury Fernández
- Dra. Diana Noya Pérez
- Téc. Marcelo Martínez Quisbert
- Dr. Dante Ergueta Jiménez
- Dr. Juan Rodríguez Morales

La Paz, Programa Centro Coordinador de Emergencias en Salud Nacional – Unidad de Gestión de Riesgos, Emergencias y Desastres – Dirección General de Redes de Servicios de Salud – Comité de Identidad Institucional y Publicaciones – Viceministerio de Gestión del Sistema Sanitario – Ministerio de Salud y Deportes – 2022.

© Ministerio de Salud y Deportes – 2022

Esta publicación es propiedad del Ministerio de Salud y Deportes del Estado Plurinacional de Bolivia, se autoriza su reproducción total o parcial, siempre que no sea con fines de lucro, a condición de citar la fuente y la propiedad.

Impreso en Bolivia

MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES

AUTORIDADES NACIONALES

Dr. Jeyson Marcos Auza Pinto
MINISTRO DE SALUD Y DEPORTES

Dr. Alvaro Terrazas Peláez
**VICEMINISTRO DE GESTION DEL
SISTEMA SANITARIO**

Dra. Alejandra Lucía Hidalgo Ugarte
**VICEMINISTRA DE SEGUROS DE SALUD Y
GESTION DEL SISTEMA UNICO DE SALUD**

Dra. María Renee Castro Cusicanqui
**VICEMINISTRA DE PROMOCION VIGILANCIA
EPIDEMIOLOGICA Y MEDICINA TRADICIONAL**

Srta. Cielo Jazmín Veizaga Arteaga
VICEMINISTRA DE DEPORTES

Dr. Ronald Igor Pardo Zapata
**DIRECTOR GENERAL DE REDES DE
SERVICIOS DE SALUD**

Dra. Lizeth Tadea Ganci Olmedo
**JEFA DE LA UNIDAD DE GESTION DE RIESGOS
EMERGENCIAS Y DESASTRES**



ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA
MINISTERIO DE SALUD
Y DEPORTES

Resolución Ministerial

25 MAR 2022

Nº 0109

VISTOS Y CONSIDERANDO:

Que, los Parágrafos II y III del Artículo 18 de Constitución Política del Estado, refiere que el Estado garantiza la inclusión y el acceso a la salud de todas las personas, sin exclusión ni discriminación alguna; y el sistema único de salud será universal, gratuito, equitativo, intracultural, intercultural, participativo, con calidad, calidez y control social. El sistema se basa en los principios de solidaridad, eficiencia y corresponsabilidad y se desarrolla mediante políticas públicas en todos los niveles de gobierno.

Que, el Parágrafo I del Artículo 35 de la Norma Constitucional, determina que el Estado, en todos sus niveles, protegerá el derecho a la salud, promoviendo políticas públicas orientadas a mejorar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso gratuito de la población a los servicios de salud.

Que, el Artículo 37 del Texto Constitucional, establece 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 priorizará la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades.

Que, el Numeral 4 del Parágrafo I del Artículo 175 de la Norma Constitucional, señala como atribución de las Ministras y los Ministros del Estado, dictar normas administrativas en el ámbito de su competencia.

Que, el Artículo 81 de La Ley Nº 031, Ley Marco de Autonomías y Descentralización “Andrés Ibáñez” de 19 de julio de 2010, dentro del alcance de las competencias de Salud refiere: “...I. De acuerdo a la competencia del Numeral 17 del Parágrafo II del Artículo 298 y la competencia concurrente del Numeral 2 del Parágrafo II del Artículo 299 de la Constitución Política del Estado, el nivel central del Estado tendrá las siguientes competencias: 1. Elaborar la política nacional de salud y las normas nacionales que regulen el funcionamiento de todos los sectores, ámbitos y prácticas relacionados con la salud... 7. Elaborar la legislación para la organización de las redes de servicios, el sistema nacional de medicamentos y suministros y el desarrollo de recursos humanos que requiere el Sistema Único de Salud...”

Que, el Parágrafo VII del Artículo 2 de la Ley Nº 1152, de 20 de febrero de 2019, refiere: “Se modifica el Artículo 7 de la Ley Nº 475 de 30 de diciembre de 2013, de Prestaciones de Servicios de Salud Integral del Estado Plurinacional de Bolivia, modificado por el Parágrafo II del Artículo 2 de la Ley Nº 1069 de 28 de mayo de 2018, con el siguiente texto: “ARTÍCULO 7. (ACCESO DE LA POBLACIÓN A LA ATENCIÓN EN SALUD). I. El acceso de la población a la atención en salud, se realizará a través de las siguientes vías: a) Los pacientes deberán acceder obligatoriamente a través de los establecimientos de salud del Primer Nivel de Atención del subsistema público y los equipos móviles, con preferencia mediante el establecimiento al que se encuentra adscrito; b) El acceso al Segundo Nivel de Atención será exclusivamente mediante referencia del Primer Nivel de Atención; c) El acceso al Tercer Nivel de Atención, será exclusivamente mediante referencia del Segundo o Primer Nivel de Atención; d) El acceso a los establecimientos de Cuarto Nivel de Atención, sólo se realizará por referencia de los establecimientos de Tercer Nivel de Atención; f) El Ministerio de Salud regulará el sistema de referencia y contrarreferencia con el propósito de garantizar la continuidad de la atención y que los servicios se otorguen en los establecimientos de salud más adecuados para cada caso...”

Que, el Numeral 22) del Parágrafo I del Artículo 14 del Decreto Supremo Nº 29894, modificado por el Parágrafo X del Artículo 3 del Decreto Supremo Nº 4393, de 13 de noviembre de 2020, determina como atribución de las Ministras y los Ministros del Órgano Ejecutivo, emitir resoluciones ministeriales, así como bi-ministeriales y multiministeriales en coordinación con los Ministros que correspondan, en el marco de sus competencias.

Que, los Incisos c) y d) de la Disposición Final Primera del Decreto Supremo Nº 4393 de 13 de noviembre de 2020, determinan que se adecua en toda la normativa vigente, la denominación “Ministerio de Salud”, por “Ministerio de Salud y Deportes”, y “Ministra (o) de Salud” por “Ministra (o) de Salud y Deportes”.

Que, el Informe Técnico MSyD/VGSS/DGRSS/UGRSAED/PCCESN/IT/3/2022, de 10 de febrero de 2022, emitido por el Programa Centro Coordinador de Emergencia en Salud Nacional, dependiente de la Unidad de Gestión de Riesgo Emergencia y Desastres, dependiente de la Dirección General de Redes de Servicio de Salud del Ministerio de Salud y Deportes, solicita la elaboración de Resolución Ministerial para la aprobación de la “Norma Nacional de Referencia, Transferencia y Contrarreferencia”;



manifestando que fue diseñada en el marco del Sistema Único de Salud para la interrelación de los diferentes niveles de atención, contribuyendo a la funcionalidad de las Redes de Salud a Nivel Nacional. La Norma de referencia, validada y aprobada por el Comité de Identidad Institucional y Publicaciones, permitirá articular los Establecimientos de Salud de los diferentes niveles de atención, a través de las redes funcionales en salud, aportando a la mejora del Sistema de Referencia, Transferencia y Contrarreferencia; en tal sentido, expresan que existe la necesidad y viabilidad técnica, por lo que recomiendan la emisión de la Resolución Ministerial que apruebe el documento.

Que, de conformidad al Art. 6 del Manual de Normas para Publicaciones Institucionales, aprobado mediante Resolución Ministerial N° 0670 de 21 de septiembre de 2006, en fecha 20 de enero de 2022, el Comité de Identificación Institucional y Publicaciones, considero su aprobación, de la “Norma Nacional de Referencia, Transferencia y Contrarreferencia”, asignándole dentro de la serie de Documentos Técnicos Normativos el número 502, para que continúe con el trámite y la emisión de la respectiva Resolución Ministerial.

Que, el Informe Legal MSyD/DGAJ/UAJ/IL/225/2022, de 15 de marzo de 2022, concluye que es procedente la emisión de la Resolución Ministerial, mediante la cual se apruebe la “Norma Nacional de Referencia, Transferencia y Contrarreferencia.”

POR TANTO:

EL MINISTRO DE SALUD Y DEPORTES, en uso de las atribuciones que le confiere el Decreto Supremo N° 29894 de 07 de febrero de 2009, Estructura Organizativa del Órgano Ejecutivo del Estado.

RESUELVE:

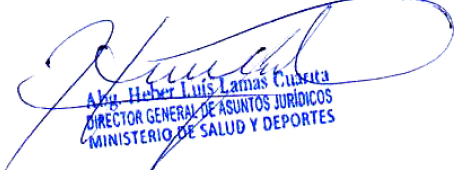
ARTÍCULO PRIMERO.- Aprobar la “**NORMA NACIONAL DE REFERENCIA, TRANSFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA**”, más Anexos, conforme al texto adjunto que forman parte integrante e indisoluble de la presente Resolución Ministerial.

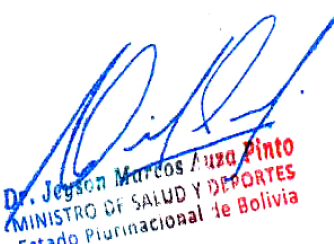
ARTÍCULO SEGUNDO.- Para efecto de la correspondiente comunicación y difusión, la presente Resolución será publicada en la Página Web Institucional del Ministerio de Salud y Deportes <http://www.minsalud.gob.bo>.

ARTÍCULO TERCERO.- El Viceministerio de Gestión del Sistema Sanitario, a través de la Dirección General de Redes de Servicio de Salud, queda encargado del cumplimiento y seguimiento de la presente Resolución.

ARTÍCULO CUARTA.- Queda sin efecto toda norma de igual o inferior jerarquía contraria a la presente Resolución.

Regístrese, comuníquese y archívese.


Abg. Heber Luis Lamas Cuscuta
DIRECTOR GENERAL DE ASUNTOS JURÍDICOS
MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES


Dr. Jeyson Marcos Auzo Pinto
MINISTRO DE SALUD Y DEPORTES
Estado Plurinacional de Bolivia



PRESENTACIÓN.

Dentro de las nuevas políticas establecidas por el Ministerio de Salud y Deportes, se ha considerado ampliar, modificar y actualizar el documento existente “Norma Nacional de Referencia Transferencia y Contrarreferencia”, con el fin de lograr el fortalecimiento del Sistema Único de Salud, bajo las premisas “atención gratuita, integral y universal en los establecimientos de salud públicos a la población beneficiada”. El contar con un marco normativo para todas las instituciones y establecimientos del sector público, privado y seguridad social, es el pilar fundamental para una mejor ejecución, manejo y control del sistema de referencia, transferencia y contrarreferencia, en todos los niveles de atención, para la viabilidad, sostenibilidad y organización de la red de salud.

En este sentido el Programa Centro Coordinador de Emergencias en Salud Nacional dependiente de la Unidad de Gestión de Riesgo Emergencias y Desastres, perteneciente a la Dirección General de Redes de Servicios de Salud del Ministerio de Salud y Deportes, presenta el documento actualizado “Norma Nacional de Referencia, Transferencia y Contrarreferencia” planteada en el marco del Sistema Único de Salud para la interrelación de los diferentes niveles de atención, contribuyendo a la funcionalidad de las Redes de Salud a nivel Nacional.

Al presentar esta Norma para los tres niveles de atención, el Ministerio de Salud y Deportes garantizará la difusión y control de la aplicación de los contenidos de la presente, en los establecimientos de Salud, como una forma de mejorar el desempeño del personal de salud, buscar la continuidad de la atención de los usuarios y mejorar el estado de salud de la población boliviana. Así mismo agradece a todos los técnicos que participaron en su elaboración, permitiendo contar con un documento normativo en beneficio de toda la población boliviana.



Dr. Jeyson Marcos Auza Pinto
MINISTRO DE SALUD Y DEPORTES

INTRODUCCIÓN

El Sistema Nacional de Referencia Transferencia y Contrarreferencia establece mecanismos, para el acceso a los establecimientos de salud de acuerdo a la capacidad resolutive, los cuales se articulan y complementan con los establecimientos de salud de los diferentes subsectores: sector público, privados con y sin fines de lucro, Medicina Tradicional y Seguridad Social a corto plazo, con el propósito de brindar atención médica oportuna, continua, integral y de calidad, dentro la Red Funcional de Servicios de Salud.

La Agenda de Salud para las Américas 2008-2017 señaló la necesidad de “Fortalecer los Sistemas de Referencia y Contrarreferencia 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 Transferencia y Contrarreferencia.

La Norma Nacional de Referencia Transferencia y Contrarreferencia permitirá articular los Establecimientos de Salud de los diferentes niveles de atención, a través de las redes funcionales en salud, aportando a la mejora del Sistema de Referencia, Transferencia y Contrarreferencia, mismos que serán evaluados de acuerdo a los Criterios de Calidad: Adecuada, Justificada y Oportuna; contribuyendo a la solución del problema de salud del paciente.

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.

La presente Norma constituye un instrumento técnico - administrativo legal, que establece los lineamientos de carácter obligatorio para las unidades médicas y administrativas que intervienen en cada uno de los procedimientos que se realizan, en la referencia transferencia y contrarreferencia de usuarios en los distintos niveles de atención en salud debiendo las autoridades nacionales y sub nacionales velar por su estricto cumplimiento.

ABREVIATURAS.

A.J.O.	Adecuada, Justificada, Oportuna.
CAI	Comité de Análisis de la Información
CCES-D	Centro Coordinador de Emergencias de Salud-Departamental
CCES-N	Centro Coordinador de Emergencias de Salud-Nacional
CR, T-CR	Comité de Referencia, Transferencia y Contrarreferencia
D.S.	Decreto Supremo
GAM	Gobierno Autónomo Municipal
GAIOC	Gobierno Autónomo Indígena Originario Campesino
IDIF	Instituto de Investigación Forense
PIOC	Pueblos Indígenas Originarios Campesinos
RT y CR	Referencia Transferencia y Contrarreferencia
SAFCI	Salud Familiar Comunitaria Intercultural
SAR-FAB	SAR - FAB Search and Rescue (Búsqueda y Rescate) de la Fuerza Aérea Boliviana
SEDES	Servicio Departamental de Salud
SNES	Sistema Nacional de Emergencias en Salud
SUIS	Sistema Único de Información en Salud
SUS	Sistema Único de Salud
TSES-M	Transporte Sanitario de Emergencias de Salud-Municipal
RMS	Responsable Municipal de Salud

CONTENIDO

CAPITULO 1

ASPECTOS FUNDAMENTALES	15
1.1. Antecedentes	17
1.2. Salud Familiar Comunitaria Intercultural y el Sistema Único de Salud.....	18
1.3. Marco Legal	19
1.4. Marco Conceptual.....	24
1.4.1. Norma Nacional de Referencia, Transferencia y Contrarreferencia.	24
1.4.2. Norma Nacional de Caracterización del Sistema Nacional de Emergencias en Salud.	24
1.4.3. Norma Nacional de Ambulancias.....	24
1.4.4. Primer Nivel.	24
1.4.5. Norma Nacional de Caracterización de Hospitales de Segundo Nivel.	25
1.4.6. Transferencia.	25
1.4.7. Interconsulta.	25
1.4.8. Traslado.....	25
1.4.9. Calidad de referencia.....	25
1.5. Sistema Nacional de Emergencias en Salud (SNES).	25
1.6. Personas con Discapacidad.	26
1.7. Niños con problemas de Desarrollo.....	26
1.8. Medicina Tradicional Ancestral.	26

CAPITULO 2

ESTRUCTURA DEL SISTEMA DE REFERENCIA, TRANSFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA.	27
2.1. Definición del Sistema de Referencia Transferencia y Contrarreferencia.	27
2.2. Objetivo General.	27
2.3. Objetivos Específicos.	27
2.4. Características de la Atención en Salud.	27
2.4.1. Redes Funcionales de Servicios de Salud.	27
2.4.2. Redes Funcionales de Emergencias.	28
2.4.3. Niveles de Atención en Salud.	28
2.4.4. Cartera de Servicios del Establecimiento de Salud.....	28
2.4.5. Centro Coordinador de Emergencias de Salud-Nacional (CCES-N).....	28
2.4.6. Centro Coordinador de Emergencias de Salud-Departamental (CCES-D).	28
2.4.7. Transporte Sanitario de Emergencias de Salud-Municipal (TSES-M).....	29
2.4.8. Atención Prehospitalaria	29
2.4.9. Atención Interhospitalaria.	29
2.4.10. Red de Ambulancias.....	29
2.4.11. Protocolos transtelefónicos de los Centros Coordinadores de Emergencias en Salud.....	29
2.4.12. Triage.....	29
2.5. Información.	29
2.5.1. Documentación para Referir, Transferir y Contrarreferir al paciente.	30
2.6. Logística.....	30
2.6.1. Comunicación.	30
2.6.2. Isócronas.	31
2.6.3. Transporte.....	31
2.6.4. Equipamiento e Insumos.	31
2.7. Funcionamiento del Sistema de Referencia, Transferencia y Contrarreferencia.	31
2.7.1. Requisitos.	31
2.7.2. Organización de la Red Funcional de Servicios de Salud.	32
2.7.3. Comité de Referencia, Transferencia y Contrarreferencia.	32

2.7.4. Comité de Referencia, Transferencia y Contrarreferencia Nacional.	32
2.7.5. Comité de Referencia, Transferencia y Contrarreferencia Departamental.	32
2.7.6. Comité de Referencia, Transferencia y Contrarreferencia de Red.	33
2.7.7. Comité de Referencia, Transferencia y Contrarreferencia Hospitalario y/o Establecimiento de Salud.	33
2.8. Principales Funciones de los Comités.	33
2.8.1. Responsable de Referencia, Transferencia y Contrarreferencia de los servicios de emergencias/urgencias de establecimientos de salud.	34
2.8.2. Estructura de los Comités de Referencia, Transferencia y Contrarreferencia	34

CAPITULO 3

CRITERIOS DE CALIDAD.	35
3.1. Criterios de Calidad A.J.O.	35
3.2. Implementación de los criterios de calidad A.J.O. del Sistema de Referencia, Transferencia y Contrarreferencia.	37
3.2.1. Planificar.	37
3.2.2. Hacer.	40
3.2.3. Verificar.	42
3.2.4. Actuar.	43

CAPITULO 4.

DOCUMENTACIÓN PARA LAS REFERENCIAS, TRANSFERENCIAS Y CONTRARREFERENCIAS.	45
4.1. FORMULARIO DE REFERENCIA D7.	45
4.2. FORMULARIO CONTRARREFERENCIA D7a.	49
4.3. FORMULARIO TRANSFERENCIA D7b.	52
4.4. HOJA DE MONITOREO PARA TRASLADO DEL PACIENTES AMBULANCIA.	56
4.5. HOJA DE MONITOREO PREHOSPITALARIA. (Ver Norma de Ambulancias Terrestres)	59
4.6. Tiempo de Validez.	60

CAPITULO 5.

CONTROL.	61
5.1. MONITOREO.	61
5.2. SUPERVISIÓN.	61
5.3. EVALUACIÓN.	61
5.4. INDICADORES.	62

BIBLIOGRAFÍA.	64
<u>ANEXO EDITORIAL.</u>	65

CAPITULO 1

ASPECTOS FUNDAMENTALES.

1.1. ANTECEDENTES.

En nuestro Estado, con la declaración de Alma Ata, la estrategia de la Atención Primaria en Salud se conforman las áreas y los distritos de salud, enfatizando la importancia por primera vez de los establecimientos del primer nivel, acercándolos 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 de salud, 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.

La Agenda de Salud para las Américas 2018-2030, señaló como primer objetivo el ampliar el acceso equitativo a servicios de salud integrales, integrados y de calidad, centrados en la persona, la familia y la comunidad, con énfasis en la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades.

Bolivia, desde la promulgación de la actual Constitución Política del Estado, implementa profundas transformaciones en el plano político, social y cultural incluyendo al Sector Salud en todos sus niveles, protegerá el derecho a la salud, promoviendo políticas públicas orientadas a mejorar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso gratuito de la población a los servicios de salud.

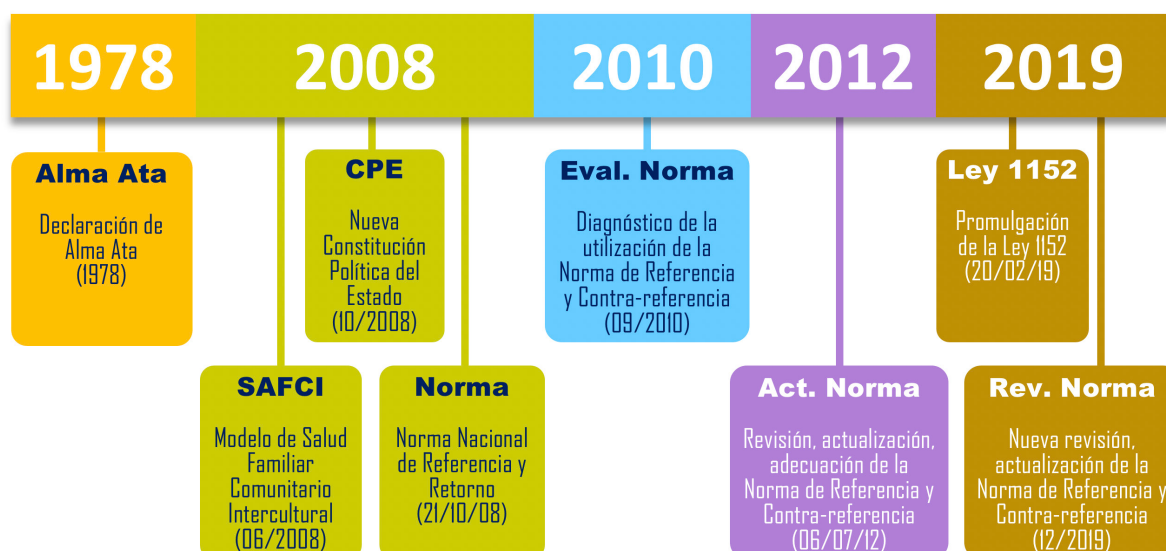
El Modelo Sanitario en Bolivia a través del D.S. N° 29601, “Modelo de Salud Familiar Comunitario Intercultural”, se constituye en la estrategia para lograr el Vivir Bien enfocada en las personas, familias y las comunidades, proyectando a la SAFCI, la Inclusión de la Medicina Tradicional y Pueblos Indígenas Originarios Campesinos hacia un Sistema Único de Salud Integral e Intercultural.

Respecto a la normativa que rige al componente Referencia Transferencia y Contrarreferencia se detalla los siguientes antecedentes:

- En el Reglamento del Seguro Universal Materno Infantil (SUMI) destinado a otorgar prestaciones para la protección a la madre y al niño se diseñó el formulario de Referencia y Contrarreferencia para el manejo administrativo con un Plan Piloto (noviembre 2004 a enero 2005) para la implementación del Sistema de Referencia y Contrarreferencia 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 fue 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 Contrarreferencia, 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, razones por las que se vio la necesidad de actualizar la presente normativa, para garantizar la aplicación de la misma.
- En 2021 se realiza la actualización y adecuación de la Norma de Referencia Transferencia y Contrarreferencia en el marco del Sistema Único de Salud Ley N° 1152.

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

Ilustración 1 Línea de tiempo de hitos importantes en el desarrollo del componente Referencia y Contrarreferencia



1.2. SALUD FAMILIAR COMUNITARIA INTERCULTURAL Y EL SISTEMA ÚNICO DE SALUD.

La Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI) establecida en el 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 a 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

Los principios de la SAFCI son la integralidad, participación comunitaria, intersectorialidad e interculturalidad; Se implementa mediante dos componentes: Modelo de Atención Integral-Intercultural y el Modelo de Gestión Participativa y Control Social en Salud.

El componente de Gestión Participativa y Control Social en Salud, hace posible el interactuar entre la comunidad, servicio de salud y otras áreas involucradas, en la toma de decisiones sobre la planificación, ejecución, administración y seguimiento-control social de las acciones en salud.

El componente de Atención Integral-Intercultural, permite articular a las personas, familias y comunidades urbanas y rurales con el equipo de salud, a partir de una prestación con capacidad resolutoria adecuada, con enfoque funcional en el marco de la Política SAFCI, de carácter horizontal mediante el respeto y valoración de sus sentires, saberes, conocimientos y prácticas.

El Sistema Único de Salud es la manera que el Estado garantiza el acceso universal, equitativo, oportuno y gratuito a la atención integral en salud de la población boliviana.

El personal de salud tiene la responsabilidad de brindar el acceso más cercano posible a la atención sanitaria. Realiza actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, pero también ofrece servicios de atención médica general, enfermería y, de acuerdo al tipo de establecimiento, consulta especializada ambulatoria, odontología, internación y exámenes complementarios de baja complejidad; suficientes para resolver la mayoría de los problemas de salud más frecuentes.

1.3. **MARCO LEGAL.**

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

a) **La Constitución Política del Estado**

Artículo 18.

- I. Todas las personas tienen derecho a la salud.
- II. El Estado garantiza la inclusión y el acceso a la salud de todas las personas, sin exclusión ni discriminación alguna.
- III. El sistema único de salud será universal, gratuito, equitativo, intercultural, intracultural, participativo, con calidad, calidez y control social. El sistema se basa en los principios de solidaridad, eficiencia y corresponsabilidad y se desarrolla mediante políticas públicas en todos los niveles de gobierno.

Artículo 30.

- II. En el marco de la unidad del Estado y de acuerdo con esta Constitución las naciones y pueblos indígena originario campesinos gozan de los siguientes derechos:

13. Al sistema de salud universal y gratuito que respete su cosmovisión y prácticas tradicionales.

Artículo 35.

- I. El Estado, en todos sus niveles, protegerá el derecho a la salud, promoviendo políticas públicas orientadas a mejorar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso gratuito de la población a los servicios de salud.

b) **Código de Salud aprobado mediante Decreto Ley N° 15629 de 18 de julio de 1978.**

Artículo 3.

Corresponde al Poder Ejecutivo a través del Ministerio de Previsión Social y Salud Pública, al que este Código denominará Autoridad de Salud, la definición de la política nacional de salud, la formación, planificación, control y coordinación de todas las actividades en todo el territorio nacional, en instituciones públicas y privadas sin excepción alguna.

Artículo 5.

El derecho a la salud del habitante boliviano consiste en:

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.

Libro VI. Disposiciones finales, Título I. De las disposiciones varias

Capítulo V. De la coordinación

Artículo 149.

Los organismos del Gobierno Central, las instituciones Públicas Descentralizadas, Empresas Públicas, Mixtas y Privadas y los gobiernos locales, departamentales y regionales, deberán coordinar sus actividades en todo lo que se refiere a salud en torno a la Autoridad de Salud, con la finalidad de una racional y optima utilización de los recursos disponibles, ampliar la cobertura de servicios de salud y elevar la calidad de la atención dentro del sistema nacional de salud

c) Ley N°031, Ley Marco de Autonomías y Descentralización “Andrés Báñez”, 19 de julio 2010.

Artículo 81. (SALUD).

I. De acuerdo a la competencia del Numeral 17 del Parágrafo II del Artículo 298 y la competencia concurrente del Numeral 2 del Parágrafo II del Artículo 299 de la Constitución Política del Estado, el nivel central del Estado tendrá las siguientes competencias:

1. Elaborar la política nacional de salud y las normas nacionales que regulen el funcionamiento de todos los sectores, ámbitos y prácticas relacionados con la salud.
4. Ejercer la rectoría del Sistema Único de Salud en todo el territorio nacional, con las características que la Constitución Política del Estado establece, de acuerdo a la concepción del vivir bien y el modelo de salud familiar comunitario intercultural y con identidad de género.
5. Garantizar el funcionamiento del Sistema Único de Salud mediante la implementación del Seguro Universal de Salud en el punto de atención de acuerdo a la Ley del Sistema Único de Salud.
6. Elaborar la normativa referida a la política de salud familiar comunitaria intercultural y salud sexual en sus componentes de atención y gestión participativa con control social en salud.
7. Elaborar la legislación para la organización de las redes de servicios, el sistema nacional de medicamentos y suministros y el desarrollo de recursos humanos que requiere el Sistema Único de Salud.
8. Promover y apoyar la implementación de las instancias de gestión participativa y control social.
9. Desarrollar programas nacionales de prevención de la enfermedad en territorios de alcance mayor a un departamento y gestionar el financiamiento de programas epidemiológicos nacionales y dirigir su ejecución a nivel departamental.
10. Definir, coordinar, supervisar y fiscalizar la implementación de una política nacional de gestión y capacitación de los recursos humanos en el sector salud que incorpore la regulación del ingreso, permanencia y finalización de la relación laboral en las instituciones públicas y de la seguridad social.

III. De acuerdo a la competencia concurrente del Numeral 2 del Parágrafo II del Artículo 299 de la Constitución Política del Estado se distribuyen las competencias de la siguiente manera:

1. Gobiernos departamentales autónomos:

- b) Ejercer la rectoría en salud en el departamento para el funcionamiento del Sistema Único de Salud, en el marco de las políticas nacionales.
- c) Proporcionar la infraestructura sanitaria y el mantenimiento adecuado del tercer nivel.
- d) Proveer a los establecimientos de salud del tercer nivel, servicios básicos, equipos, mobiliario, medicamentos, insumos y demás suministros, así como supervisar y controlar su uso.
- f) Planificar la estructuración de redes de salud funcionales y de calidad, en coordinación con las entidades territoriales autónomas municipales e indígena originario campesinas en el marco de la Política Nacional de la Salud Familiar Comunitaria Intercultural.
- g) Establecer mecanismos de cooperación y cofinanciamiento en, coordinación con los gobiernos municipales e indígena originario campesinos, para garantizar la provisión de todos los servicios de salud en el departamento.
- l) Apoyar y promover la implementación de las instancias departamentales de participación y control social en salud y de análisis intersectorial.
- II) Fortalecer el desarrollo de los recursos humanos necesarios para el Sistema Único de Salud en conformidad a la ley que lo regula.
- m) Informar al ente rector nacional del sector salud y las otras entidades territoriales autónomas sobre todo lo que requiera el Sistema Único de Información en salud y recibir la información que requieran.
- n) Cofinanciar políticas, planes, programas y proyectos de salud en coordinación con el nivel central del Estado y las entidades territoriales autónomas en el departamento.
- o) Ejercer control en el funcionamiento y atención con calidad de todos los servicios públicos, privados, sin fines de lucro, seguridad social, y prácticas relacionadas con la salud con la aplicación de normas nacionales.

2. Gobiernos municipales autónomos:

- a) Formular y ejecutar participativamente el Plan Municipal de Salud y su incorporación en el Plan de Desarrollo Municipal.
- b) Implementar el Sistema Único de Salud en su jurisdicción, en el marco de sus competencias.
- c) Administrar la infraestructura y equipamiento de los establecimientos de salud de primer y segundo nivel de atención organizados en la Red Municipal de Salud Familiar Comunitaria Intercultural.
- e) Ejecutar el componente de atención de salud haciendo énfasis en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad en las comunidades urbanas y rurales.

- f) Dotar la infraestructura sanitaria y el mantenimiento adecuado del primer y segundo nivel municipal para el funcionamiento del Sistema Único de Salud.
- g) Dotar a los establecimientos de salud del primer y segundo nivel de su jurisdicción: servicios básicos, equipos, mobiliario, medicamentos, insumos y demás suministros, así como supervisar y controlar su uso.

d) **D.S. N° 29601, del 11 de junio 2008; “Modelo de Salud Familiar Comunitario Intercultural”.**

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”

e) **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 Contrarreferencia 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 Contrarreferencia);

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 Contrarreferencia;

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 Contrarreferencia.

f) **Ley N° 1152, Modificatoria a la ley N° 475 de 30 de diciembre de 2013, de prestaciones de servicios de salud integral del estado plurinacional de Bolivia, modificada por Ley N° 1069 de 28 de mayo de 2018. “Hacia el sistema único de salud, universal y gratuito”**

Artículo 3. (definiciones). A efectos de la aplicación e interpretación de la presente Ley, se establecen las siguientes definiciones:

- Referencia. Es el proceso por el cual un paciente es derivado desde un establecimiento de salud a otro con mayor capacidad resolutoria para que se le otorgue servicios necesarios de diagnóstico y/o tratamiento, asegurando la continuidad de la atención en salud según normativa emitida por el Ministerio de Salud y Deportes.
- Contrarreferencia. Es el proceso por el cual un paciente es obligatoriamente derivado desde el establecimiento de mayor complejidad al establecimiento de salud de primer nivel de atención donde está adscrito en cuanto le fueron otorgados los servicios de diagnóstico y/o tratamiento que necesitaba, asegurando la continuidad de la atención en salud según normativa emitida por el Ministerio de Salud y Deportes.”

Artículo 6. (atención en salud). La atención en salud universal y gratuita, se prestará con base en Productos en Salud de manera progresiva, en el marco de la Política de Salud Familiar Comunitaria Intercultural - SAFCI y protección financiera de salud, de acuerdo a Reglamento específico del Ministerio de Salud y Deportes.”

Artículo 7. (acceso de la población a la atención en salud).

- I. El acceso de la población a la atención en salud, se realizará a través de las siguientes vías:
 - a) Los pacientes deberán acceder obligatoriamente a través de los establecimientos de salud del Primer Nivel de Atención del subsistema público y los equipos móviles, con preferencia mediante el establecimiento al que se encuentra adscrito;
 - b) El acceso al Segundo Nivel de Atención será exclusivamente mediante referencia del Primer Nivel de Atención;
 - c) El acceso al Tercer Nivel de Atención, será exclusivamente mediante referencia del Segundo o Primer Nivel de Atención;
 - d) El acceso o los establecimientos de Cuarto Nivel de Atención, sólo se realizará por referencia de los establecimientos de Tercer Nivel de Atención;
 - e) Los servicios públicos de salud se encuentran obligados a brindar atención preferente en la prestación de servicios y en los trámites administrativos a personas en situación de vulnerabilidad, incluyendo de forma enunciativa más no limitativa, a: mujeres, niñas, niños, adolescentes, adultos mayores, personas con discapacidad y miembros de Pueblos Indígena Originario Campesinos, comunidades interculturales y afrobolivianas;
 - f) El Ministerio de Salud y Deportes, regulará el sistema de referencia y contrarreferencia con el propósito de garantizar la continuidad de la atención y que los servicios se otorguen en los establecimientos de Salud más adecuados para cada caso.
- II. Se exceptúa de lo establecido en el Parágrafo precedente, los casos de emergencia que deben ser atendidos inmediatamente en cualquier nivel de atención en salud.
- III. El Ministerio de Salud y Deportes, reglamentará todos los procesos para el acceso de la población a la atención universal y gratuita.

g) **Resolución Ministerial N° 0251, de 30 de junio del 2021.**

Reglamento de Aplicación Técnica Administrativa y Financiera de la Ley N°1152 del 20 de febrero del 2019, Ley modificatoria a la Ley N°475 del 30 de diciembre del 2013 de prestaciones de servicios de salud integral del estado plurinacional de Bolivia, Modificada por la ley Nro. 1069 de 28 de mayo de 2018 “Hacia el Sistema Único de Salud Universal y gratuito”

Capítulo I

Artículo 3. Acceso a la Atención de Salud

- I. Para el acceso de la población al Sistema Único de Salud (SUS), las personas beneficiarias deben adscribirse en el establecimiento de salud del Primer Nivel de Atención del subsector público más cercano a su domicilio o mediante los equipos móviles de salud, que se constituyen en la PUERTA DE ENTRADA AL SUS.
- II. En las localidades donde no existan establecimientos de salud del Primer Nivel, el Hospital de Segundo Nivel podrá suplir las funciones de adscripción y la atención de salud correspondientes al Primer Nivel.

III. Sólo los casos de EMERGENCIAS podrán acceder a través de cualquier establecimiento de salud de Primer, Segundo o Tercer Nivel del Sistema Nacional de Salud.

IV. Los casos de URGENCIA podrán acceder a cualquier nivel de atención, solamente a través de establecimientos de salud del subsector público de salud.

1.4. **MARCO CONCEPTUAL.**

1.4.1. **Norma Nacional de Referencia, Transferencia y Contrarreferencia.**

Es la Norma que establece mecanismos, para el acceso a los establecimientos de salud de acuerdo a la capacidad resolutive, los cuales se articulan y complementan con los establecimientos de salud de los diferentes subsectores: Sector Público, Privados con y sin fines de lucro, Medicina Tradicional y Seguridad Social a corto plazo, con el propósito de brindar atención médica oportuna, continua, integral y de calidad, dentro la Red Funcional de Servicios de Salud.

1.4.2. **Norma Nacional de Caracterización del Sistema Nacional de Emergencias en Salud.**

Es la Norma que define el diseño de organización con esquemas de coordinación de manejo de pacientes de urgencias y emergencias, infraestructura, equipamiento y recursos humanos con los que deben actuar los Centros Coordinadores de Emergencias en Salud, estableciendo las condiciones y estrategias necesarias destinadas a brindar atención médica pre hospitalaria e interhospitalaria en casos de emergencias, urgencias, catástrofes y desastres en salud, articula la referencia de pacientes entre los establecimientos de salud de los 4 niveles de gestión y coordina el funcionamiento de los servicios de ambulancias (terrestres, aéreas y acuáticas), con todos los subsectores involucrados (medicina tradicional, de privados con o sin fines de lucro, de la salud pública y la seguridad social a corto plazo), siendo los CCES-D, las instancias de carácter operativo/asistencial, responsable de coordinar, operativizar, regular y monitorear en el ámbito de su jurisdicción el acceso a los servicios de urgencias y emergencias médicas y la atención en salud de la población afectada en situación de catástrofes o desastres en salud.

1.4.3. **Norma Nacional de Ambulancias.**

La Norma donde se establecen las bases técnicas/operativas y requisitos mínimos, para coordinar y facilitar el transporte de pacientes por vía terrestre y aérea; y regular el servicio de ambulancias terrestres y aéreas a todas aquellas instancias. El mismo que contempla el modelo de gestión con su estructura y el modelo de atención establecida en la política SAFCI y la Red de Servicios de Salud, las mismas que no solo coadyuvarán a la coordinación del traslado de pacientes en ambulancias sino también ejercerán el control social para que el mismo sea eficiente y eficaz.

Asimismo, definen las particularidades de gestión, coordinación, clasificación de las ambulancias, el perfil profesional y ocupacional, funciones de los recursos humanos, equipamiento, provisión de insumos y medicamentos, siendo el referente normativo nacional para todo el territorio del Estado Plurinacional de Bolivia.

1.4.4. **Primer Nivel.**

Uniforma las características físicas y funcionales de los establecimientos de primer nivel de atención y está relacionado con la infraestructura, equipamiento, medicamentos, insumos médicos y equipo de salud (recursos humanos), para un manejo eficiente de los recursos por parte de los gobiernos: Nacional, Departamentales y Municipales y de esta forma ofrecer prestaciones con los más altos estándares de seguridad y eficiencia para garantizar servicios con calidad a la población.

1.4.5. **Norma Nacional de Caracterización de Hospitales de Segundo Nivel.**

Es la norma que regula la estructura y funcionalidad de los recursos para la implementación del segundo nivel de atención en cuanto a recursos humanos, infraestructura, equipamiento, medicamentos y suministros para la oferta de servicios asistenciales y administrativos, garantizando la calidad y seguridad; bajo una organización de procesos de gestión claramente establecidos en el marco de la Salud Familiar Comunitaria Intercultural.

1.4.6. **Transferencia.**

Es el proceso administrativo asistencial, mediante el cual, un paciente es remitido de un establecimiento de salud a otro del mismo nivel, tipo o categoría con capacidades resolutorias diferentes, o desde uno de nivel superior a otro inferior.

1.4.7. **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 paciente, en el mismo nivel u otro a través de la transferencia si fuese el caso.

1.4.8. **Traslado.**

Son las diferentes acciones de acuerdo a normas establecidas por el Ministerio de Salud y Deportes, realizadas para llevar a unos o varios pacientes de un establecimiento de salud a otro (REFERENCIA, TRANSFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA).

1.4.9. **Calidad de referencia.**

Conjunto de estándares, donde se establece los criterios de calidad de una referencia: ADECUADA, JUSTIFICADA Y OPORTUNA (A.J.O.).

- Referencia adecuada: Es aquella referencia que cumple con todos los medios asistenciales y administrativos necesarios para brindar una atención en cada caso.
- Referencia justificada: Es aquella referencia que corresponde al nivel de resolución y servicio, así como la conveniencia de realizar en determinado momento la referencia de pacientes.
- Referencia oportuna: Es aquella referencia que evalúa el tiempo en la prontitud de la atención, de acuerdo a la patología.

1.5. **Sistema Nacional de Emergencias en Salud (SNES).**

Es el conjunto de instituciones integradas público-privadas adscritas al Ministerio de Salud y Deportes que tienen como rol principal la gestión de las urgencias, emergencias, catástrofes y desastres en salud, a nivel central a través del Centro Coordinador de Emergencias de Salud Nacional, a nivel departamental a través de los Centros Coordinadores de Emergencias de Salud Departamentales y a nivel municipal a través de los Transportes Sanitarios de Emergencias de Salud Municipales, realizando la prestación de servicios prehospitales, interhospitalarios y hospitalarios de urgencias y emergencias, la coordinación del transporte sanitario (aéreo, terrestre y acuático), procesos de formación, capacitación y vigilancia, con la finalidad de prestar atención accesible, oportuna y de calidad a la población en situaciones de urgencia, emergencia, catástrofe o desastre en salud en el territorio nacional.

1.6. **Personas con Discapacidad.**

Son aquellas personas con deficiencias físicas, mentales, intelectuales y/o sensoriales a largo plazo o permanentes, que al interactuar con diversas barreras puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás, así mismo el documento que acredita la discapacidad es el CARNET DE DISCAPACIDAD establecido en la Ley 223 y D.S. reglamentario.

1.7. **Niños con problemas de Desarrollo.**

Son niños que luego de la evaluación de acuerdo a la Norma de vigilancia de desarrollo infantil temprano, se clasifican en rezago leve, moderado y grave, los niños deben ser referidos a centros de rehabilitación con más especialistas.

1.8. **Medicina Tradicional Ancestral.**

Es un conjunto de conceptos, conocimientos, saberes prácticas milenarias ancestrales, basadas en la utilización de recursos materiales y espirituales; para la prevención y curación de las enfermedades; respetando la relación armónica entre las personas, familias y comunidad con la naturaleza y el cosmos, como parte del Sistema Nacional de Salud, establecido en la Ley 459 y D.S. reglamentario.

CAPITULO 2

ESTRUCTURA DEL SISTEMA DE REFERENCIA, TRANSFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA.

2.1. DEFINICIÓN DEL SISTEMA DE REFERENCIA TRANSFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA.

Es un conjunto de mecanismos técnicos/administrativos, mediante los cuales se interrelacionan y complementan los establecimientos de salud de todos los niveles de atención del sistema nacional de salud, que incluye los diferentes subsectores y la medicina tradicional ancestral boliviana, con el objetivo de brindar atención médica oportuna, continua, integral y con calidad, dentro de la Red Funcional de Servicios en Salud, garantizando el acceso al establecimiento de salud, de mayor capacidad resolutive en caso de que el paciente requiera tratamiento o exámenes complementarios de diagnóstico; una vez resuelto el problema de salud del paciente se garantizará que este sea contra referido al establecimiento de origen para su seguimiento y control posterior.

2.2. OBJETIVO GENERAL.

Estandarizar procesos administrativos y asistenciales de atención médica en el Sistema Nacional de Salud entre los diferentes niveles de atención, bajo los criterios de continuidad, oportunidad, integridad, interculturalidad, eficacia y calidad.

2.3. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- Implementar los procesos operativos del Sistema de Referencia Transferencia y Contrarreferencia de manera adecuada, justificada y oportuna para contribuir a la solución del problema de salud del paciente, su familia y su entorno.
- Promover el manejo adecuado de la referencia y transferencia utilizando los criterios de calidad: Adecuada, Justificada, Oportuna (A.J.O), para el beneficio del paciente.
- Fortalecer la capacidad de gestión del adecuado funcionamiento del Sistema de Referencia, Transferencia y Contrarreferencia, entre el Centro Coordinador de Emergencias en Salud, Establecimientos de Salud de los diferentes niveles de atención y otros prestadores.
- Garantizar la mejora y continuidad del Sistema de Referencia, Transferencia y Contrarreferencia a través del uso de las Tecnologías de la Información y Comunicación que permitan un adecuado servicio de los servicios de emergencias y urgencias.
- Establecer el uso del Sistema de Referencia Transferencia y Contrarreferencia por todos los profesionales en salud que atienden las urgencias, emergencias y desastres independientemente del nivel de atención de los establecimientos de salud.

2.4. CARACTERÍSTICAS DE LA ATENCION EN SALUD.

2.4.1. Redes Funcionales de Servicios de Salud.

Es el conjunto de recursos humanos, físicos y financieros de los establecimientos de salud de primer, segundo y tercer nivel, organizados y articulados según criterios respetando saberes, conocimientos y prácticas de la medicina tradicional, culturales, técnicos, 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.

2.4.2. **Redes Funcionales de Emergencias.**

Es un conjunto de establecimientos de salud de primer, segundo, tercer nivel de atención, que se caracterizan por estar organizados por especialidades y capacidad resolutive de sus servicios de urgencias y emergencias.

2.4.3. **Niveles de Atención en Salud.**

Los niveles de atención se definen por su capacidad técnica, instalada y resolutive, son los 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.

2.4.4. **Cartera de Servicios del Establecimiento de Salud.**

Es una nómina de servicios que ofertan los establecimientos de salud, dependiendo de su capacidad resolutive (infraestructura, personal de salud, equipamiento, tecnologías, insumos y medicamentos), según su nivel de atención.

El SEDES conjuntamente con los establecimientos de salud, deberán elaborar sus carteras de servicios, en base a su perfil epidemiológico y las variables que caracterizarán al Servicio.

2.4.5. **Centro Coordinador de Emergencias de Salud-Nacional (CCES-N).**

Es el órgano rector/normativo a nivel nacional dependiente de la Dirección General de Redes de Servicios de Salud del Ministerio de Salud y Deportes, referente a urgencias, emergencias, catástrofes o desastres de salud y es coordinador/operativo en el traslado de usuarios en ambulancias vía terrestre, aérea y fluvial, en casos de pacientes a nivel internacional e interdepartamental en coordinación con el CCES-D y TSES-M, cuando la respectiva instancia de coordinación es rebasada en su capacidad resolutive, además desarrolla, reorienta, articula las estrategias, planes y programas de los Centros Coordinadores de Emergencias de Salud a nivel departamental, el cual depende del Servicio Departamental de Salud, del Gobierno Autónomo Departamental que corresponda y los Transportes Sanitarios de Emergencias de Salud a nivel municipal, dependiente de la Dirección Municipal de Salud, del Gobierno Autónomo Municipal que corresponda. Realiza seguimiento y monitoreo de la implementación de las diferentes instancias de coordinación de urgencias, emergencias, catástrofes y desastres en salud y su correspondiente evaluación, proponiendo mejoras, teniendo tuición y control a nivel departamental y municipal.

2.4.6. **Centro Coordinador de Emergencias de Salud-Departamental (CCES-D).**

Es una instancia departamental de coordinación/operativa dependiente del Servicio Departamental de Salud, de la Gobernación Autónoma Departamental que corresponda y coordina la atención de urgencias, emergencias, catástrofes o desastres y traslado de usuarios en ambulancia, vía terrestre, aérea y fluvial en el departamento, garantiza la coordinación y atención prehospitalaria e interhospitalaria, la referencia y la atención a los pacientes o usuarios que solicitan los servicios del Sistema de Referencia y Contrarreferencia, y su admisión oportuna en el establecimiento de salud de destino en coordinación con los establecimientos de salud y otras instancias concurrentes al evento como ser Bomberos de la Policía, Policía Boliviana, SAR-FAB y otros, para que su problema de salud sea resuelto en forma rápida, oportuna, efectiva con personal debidamente entrenado y calificado. Tiene tuición y control del transporte Sanitario de Emergencias de Salud a nivel municipal.

2.4.7. **Transporte Sanitario de Emergencias de Salud-Municipal (TSES-M).**

Es una instancia local municipal operativa que depende de la Dirección Municipal de Salud, de cada Gobierno Autónomo Municipal que corresponda, gestiona los servicios locales de atención de urgencias, emergencias, catástrofes o desastres en salud y traslado de usuarios en ambulancia, vía terrestre, aérea y fluvial, en el municipio, garantiza la atención prehospitalaria e interhospitalaria, la referencia y la atención a los pacientes o usuarios que solicitan los servicios del Sistema de Referencia y Contrarreferencia, en coordinación con el CCES-D y los establecimientos de salud en sus diferentes niveles de atención en el municipio, asimismo con otras instituciones concurrentes (Policía Boliviana Nacional, Bomberos de la Policía, SAR-FAB, etc.), para que la resolución de su problema de salud sea en forma rápida, oportuna, efectiva con personal debidamente entrenado y calificado.

2.4.8. **Atención Prehospitalaria.**

Se define como la atención de personas enfermas, heridas, accidentadas o víctimas de desastres o catástrofes, en el lugar donde se encuentren y durante su traslado prehospitalario, antes de llegar al servicio de salud, cuya condición clínica puede ser leve, moderada o severa, con el fin de lograr la limitación del daño y su estabilización orgánico-funcional, desde los primeros auxilios, hasta la atención médica de mayor complejidad con el fin de llegar y realizar la referencia del paciente al establecimiento de salud adecuado para la atención y resolución de su cuadro.

2.4.9. **Atención Interhospitalaria.**

Se define como la atención del paciente durante el traslado de referencia y Contrarreferencia, entre establecimientos o servicios de salud. Es el que realiza desde un establecimiento de salud hasta otro, para estudio o tratamiento generalmente a un nivel superior o especializado.

2.4.10. **Red de Ambulancias.**

Está compuesta por un conjunto de ambulancias entre terrestres, aéreas y fluviales, cuya utilización se basa en la selección de la ambulancia más adecuada en relación a las características de la urgencia, emergencia, desastre o catástrofe en salud, asimismo se puede utilizar esta red de ambulancias de manera coordinada de acuerdo a la complejidad del traslado del paciente o pacientes bajo una instancia estructurada de coordinación de emergencias en salud. Su rol principal contempla la atención, estabilización y traslado en forma rápida, adecuada y oportuna del/los pacientes al establecimiento de salud que corresponda.

2.4.11. **Protocolos transtelefónicos de los Centros Coordinadores de Emergencias en Salud.**

Procederes establecidos bajo protocolo de atención, usados por el teleoperador, con el usuario que realiza la llamada en una situación de urgencia y/o emergencia para orientar sobre las medidas a tomar en el lugar hasta la llegada de la unidad médica asistencial.

2.4.12. **Triaje.**

Es un proceso de selección y clasificación de pacientes, para poder manejar adecuadamente y con seguridad a los pacientes en servicios de urgencias y emergencias basados en sus necesidades terapéuticas y los recursos disponibles para atenderlo.

2.5. **INFORMACIÓN.**

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

2.5.1. Documentación para Referir, Transferir y Contrarreferir al paciente.

El registro de pacientes referidos, transferidos y contrarreferidos, se realizará en documentos oficiales aprobados por el Ministerio de Salud y Deportes.

- Formulario de Referencia D-7
- Formulario de Contrarreferencia D-7a
- Formulario de Transferencia D-7 b
- Hoja de atención Pre-hospitalaria.
- Hoja de monitoreo del paciente durante el traslado.

Cuando se trate de una referencia previa atención por un médico tradicional ancestral, el Formulario D7 deberá adjuntar el Formulario de Referencia de Servicio de Medicina Tradicional.

El reporte consolidado de los pacientes referidos se realizará con los siguientes documentos oficiales:

- Cuaderno – hojas de registro del SNIS-VE
- Formulario de informe mensual de Producción de Servicios – 301
- Formulario de Consolidación de Información Hospitalaria.
- Registro de Referencia, Transferencia y Contrarreferencia según formato del MSyD en formato digital.

Flujograma de Información: Consolidado de la información de los niveles de gestión de Redes Municipales a Coordinación de Red – SEDES - Ministerio de Salud y Deportes.

Ilustración 2 Flujo de Sistematización de las Referencias, Transferencias y Contrarreferencia



Fuente: Programa Centro Coordinador de Emergencias en Salud Nacional.

2.6. LOGISTICA.

Es parte de la estructura necesaria para el funcionamiento del sistema de referencia, transferencia y contrarreferencia, tiene cuatro componentes, que se detallan a continuación:

2.6.1. Comunicación.

Las características de este componente difieren según la ubicación de los diferentes establecimientos de salud, ya sea su comunicación a través de líneas telefónicas fijas y móviles, radios, internet, considerando las particularidades de cada caso específico y el contexto territorial; facilitando la articulación y relacionamiento entre los establecimientos de salud, por lo que este sistema de comunicación debe estar disponible de manera continua y permanente e ininterrumpida.

Implementar de forma gradual el uso de las Tecnologías de la Información y Comunicación que permita entrelazar los diferentes niveles de atención del Sistema Único de Salud.

2.6.2. **Isócronas.**

Es la representación gráfica de desplazamiento dentro de la Red Funcional de Salud y las Redes Funcionales de Emergencias, que incluye mapas, distancias, tiempos, números de teléfono y nombres de responsables de los Servicios de Salud; así mismo puede incluir estado, tipo y transitabilidad de caminos y carreteras, estacionalidad anual de transitabilidad y otras que se consideren importantes como ser al momento de realizar un traslado de pacientes.

2.6.3. **Transporte.**

Con el afán de optimizar el servicio adecuado de las ambulancias terrestres, se instruye de manera obligatoria al CCES-D y TSES-M, que se debe contar con una base de datos sistematizada, para lo cual, el transporte de pacientes debe ser realizado en vehículos que cuenten con ciertas características especiales, de acuerdo a la complejidad de la patología y a la Norma Nacional de Ambulancias Terrestres y Norma Nacional de Ambulancias Aéreas, que nos permita evaluar la calidad del transporte de las ambulancias (Referencias, Transferencias, Contrarreferencias, datos generales de los pacientes, diagnóstico, manejo, tipo de atención prehospitalaria según triaje y otros).

El acceso a la información debe ser diario, siguiendo una secuencia jerárquica del TSES-M al CCES-D y de este al CCES-N.

2.6.4. **Equipamiento e Insumos.**

La gestión para la dotación y mantenimiento de equipamiento, medicamento e insumos necesarios, estará a cargo de los directores de los establecimientos de salud, o responsables según la instancia que corresponda, de acuerdo al nivel de complejidad, realizando el correspondiente seguimiento para su disponibilidad oportuna e inmediata en caso de referencia, transferencia y contrarreferencia.

Cada ambulancia, dependiendo de su tipo debe contar con el equipamiento, medicamentos e insumos establecidos en la Norma Nacional de Ambulancias Terrestres y Norma Nacional de Ambulancias Aéreas.

2.7. **FUNCIONAMIENTO DEL SISTEMA DE REFERENCIA, TRANSFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA.**

2.7.1. **Requisitos.**

Los requisitos para el funcionamiento del Sistema de Referencia, Transferencia y Contrarreferencia son:

1. Organización de la Red Funcional de Servicios en Salud.
2. Cartera de Servicios.
3. Organización de la Red de Emergencias.
4. Comité de Referencia, Transferencia y Contrarreferencia Nacional.
5. Comités de Referencia, Transferencia y Contrarreferencia Departamental.
6. Comités de Referencia, Transferencia y Contrarreferencia de Red.
7. Comités de Referencia, Transferencia y Contrarreferencia Hospitalario y/o Establecimiento de Salud.

8. Modelo de implementación de la referencia, transferencia y contrarreferencia basado en los criterios A.J.O. de calidad.
9. Documentación completa para una Referencia, Transferencia y Contrarreferencia.
10. Uso del formulario de referencia de Medicina Tradicional, como anexo de la boleta de referencia D7.
11. Uso del Sistema informático (SOFTWARE) establecido por el Ministerio de Salud y Deportes.

2.7.2. **Organización de la Red Funcional de Servicios de Salud.**

La Red Funcional de Servicios de Salud del Sistema Único de Salud, está conformada por un conjunto de Establecimientos de Salud de distintos niveles, que cuentan con diferentes capacidades resolutivas según caracterización del Establecimiento de Salud y su cartera de servicios, (ver Normas Nacionales de Caracterización de Establecimientos de Salud de Primer y Segundo Nivel).

2.7.3. **Comité de Referencia, Transferencia y Contrarreferencia.**

El Comité de Referencia, Transferencia y Contrarreferencia, es la instancia institucional con relación interinstitucional que debe analizar, monitorear y evaluar la aplicación de la Norma Nacional de Referencia, Transferencia y Contrarreferencia y su cumplimiento con enfoque de Calidad e Interculturalidad en su nivel correspondiente.

Las recomendaciones del Comité de Referencia, Transferencia y Contrarreferencia, deben ser tomadas en cuenta obligatoriamente con el fin de mejorar el Sistema Único de salud, en cada uno de los niveles de gestión, en base a las competencias y capacidades u otros problemas estructurales o sub-componentes incluidos en la presente Norma.

El Comité deberá emitir un informe con las conclusiones y recomendaciones a su inmediato superior.

Se reconoce los siguientes Comités:

2.7.4. **Comité de Referencia, Transferencia y Contrarreferencia Nacional.**

Se debe conformar un Comité de Referencia, Transferencia y Contrarreferencia Nacional, encabezado por el Ministro (a) de Salud y Deportes, Directores de SEDES, Directores de Hospitales de tercer nivel de atención, un representante del Centro Coordinador de Emergencias Nacional y un representante de control social si consideran necesaria su participación en el comité.

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 semestralmente y/o según necesidades, debiendo dar a conocer sus resultados en el CAI Nacional y Congreso Nacional de Salud si amerita.

2.7.5. **Comité de Referencia, Transferencia y Contrarreferencia Departamental.**

El Comité de Referencia, Transferencia y Contrarreferencia Departamental, deberá estar encabezado por el Director del SEDES, Directores de Hospitales de Tercer, Segundo nivel de atención, Responsable Departamental de Seguros de Públicos, Coordinadores de Red, Centro Coordinador de Emergencias en Salud Departamental, Representantes de la Asociación Municipal del Departamento y Representantes del Concejo Social Departamental.

Las recomendaciones del Comité de Referencia, Transferencia y Contrarreferencia deben ser tomadas en cuenta obligatoriamente con el fin de mejorar el Sistema Único de Salud, en cada uno de los niveles

de gestión, en base a las competencias y capacidades u otros problemas estructurales o subcomponentes incluidos en la presente Norma.

2.7.6. **Comité de Referencia, Transferencia y Contrarreferencia de Red.**

Se debe conformar un Comité de Referencia, transferencia y Contrarreferencia de Red, encabezado por el Coordinador (a) de Red, Directores de Hospitales y Establecimientos de Salud de primer nivel de atención, un representante del Centro Coordinador de Emergencias en Salud Departamental, Representante en salud del o de los Gobiernos Autónomos Municipales y un representante de control social si consideran necesaria su participación en el comité.

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 según su reglamento de funcionamiento y según necesidad. Deberá realizar un informe con las conclusiones y recomendaciones a su inmediato superior y dar a conocer sus resultados en el CAI de Red.

2.7.7. **Comité de Referencia, Transferencia y Contrarreferencia Hospitalario y/o Establecimiento de Salud.**

Se debe conformar un Comité de Referencia, Transferencia y Contrarreferencia Hospitalario, encabezado por el Director (a) del Hospital o Responsable del Establecimiento de Salud, Jefe médico, Responsable de Seguros, personal administrativo y un representante de control social que consideren necesaria su participación en el comité.

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 deberá elaborar y/o actualizar su reglamento interno, cronograma, plan de actividades y hacer seguimiento a las mismas.

Este Comité debe reunirse según sus características, necesidades y resultados de evaluaciones realizadas de los criterios de calidad e índices de morbilidad y mortalidad, debiendo dar a conocer sus resultados al Centro Coordinador de Emergencias en Salud Departamental, CAI Hospitalario y/o de Establecimiento de Salud.

2.8. **PRINCIPALES FUNCIONES DE LOS COMITÉS.**

- a) Elaborar el Reglamento del Comité de Referencia, Transferencia y Contrarreferencia.
- b) Asegurar y garantizar el cumplimiento de la Norma de Referencia, Transferencia y Contrarreferencia.
- c) Es la misma instancia que evalúa la aplicación de los procedimientos en forma periódica mediante reuniones ordinarias y extraordinarias, de acuerdo a un cronograma.
- d) Se podrá convocar y solicitar información de otras instancias de acuerdo a necesidad y requerimiento.
- e) Organizar estrategias con el Centro Coordinador de Emergencias en Salud Nacional y Departamental, para el buen funcionamiento del Sistema de referencia, Transferencia y Contrarreferencia.
- f) Podrá conformar otros subcomités de acuerdo a la necesidad de cada Red Funcional de Servicios en salud.
- g) Gestiona recursos para el buen funcionamiento del Sistema de Referencia, Transferencia y Contrarreferencia.
- h) Las funciones señaladas son enunciativas y no limitativas.

2.8.1. Responsable de Referencia, Transferencia y Contrarreferencia de los servicios de emergencias/urgencias de establecimientos de salud.

Cada Hospital de Segundo y Tercer nivel de atención debe designar a un Responsable de Referencia, Transferencia y Contrarreferencia quien, en coordinación con el Centro Coordinador de Emergencias en Salud Departamental, serán encargados de:

Orientar a los usuarios en procesos de referencia, transferencia y contrarreferencia.

Desarrollar acciones que permitan la aplicación de la Norma nacional de referencia, transferencia y Contrarreferencia,

Coordinar las referencias y trasferencias con el Centro Coordinador de Emergencias en Salud Nacional.

Coordinar las referencias y trasferencias con el Centro Coordinador de Emergencias en Salud Departamental.

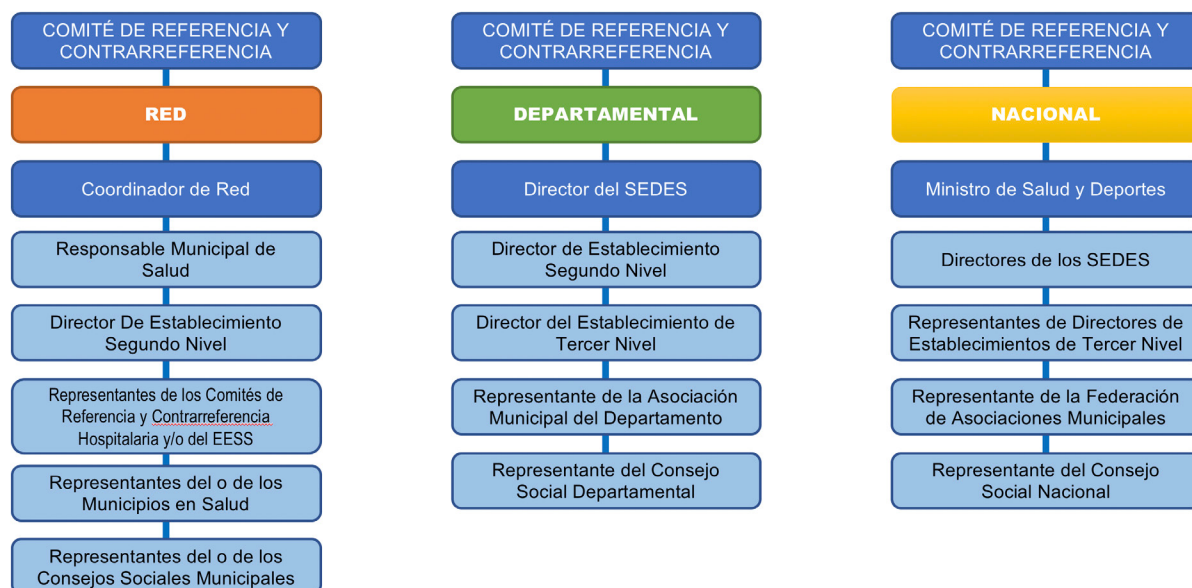
Coordinar la Contrarreferencia al establecimiento de origen.

Supervisar el registro de datos en los formularios de referencia, transferencia, Contrarreferencia, hoja de monitoreo y hoja de atención prehospitalaria.

Hacer seguimiento de los casos de urgencia y emergencias que estén en coordinación con el Centro Coordinador de Emergencias en Salud Nacional y Departamental.

Otras que se le asigne el Comité de Referencia, Transferencia y Contrarreferencia.

2.8.2. Estructura de los Comités de Referencia, Transferencia y Contrarreferencia



CAPITULO 3

CRITERIOS DE CALIDAD.

Se realiza el control de la aplicación de la Norma de Referencia, Transferencia y Contrarreferencia, a través de los estándares de Criterios de Calidad.

3.1. Criterios de Calidad A.J.O.

Son tres los criterios de calidad:

- Adecuada
- Justificada
- Oportuna

La calificación de la calidad con base en criterios A.J.O. puede ser desarrollada con base a los siguientes estándares:

ADECUADA	JUSTIFICADA	OPORTUNA
1. Paciente con signos vitales registrados. 2. Soporte vital básico. 3. Claridad y coherencia en la anamnesis y el examen físico. 4. Tratamiento inicial según patología y protocolos vigentes. 5. Consentimiento informado y firmado por el paciente o en caso de menores por familiar en primer grado o tutor legal (mayor de edad), que respalda la información sobre el motivo de la Referencia, Transferencia. 6. Formulario de Referencia, Transferencia llenada con letra clara y legible, firmada por el responsable de la referencia, con sello del establecimiento que refiere. 7. Registro de la comunicación al establecimiento de Referencia y/o al Centro Coordinador de Emergencias en Salud (pacientes hospitalizados y en situaciones de urgencias o emergencias). 8. Traslado en ambulancia en situaciones de urgencias o emergencias. 9. Acompañado por médico o personal de salud informado en el caso de acuerdo a la gravedad y/o complejidad (pacientes hospitalizados y en situaciones de urgencia y emergencias).	1. La resolución del problema del usuario sobrepasa la capacidad resolutive instalada del establecimiento. 2. La evolución del cuadro no fue favorable con el tratamiento inicial establecido conforme a protocolos. 3. El diagnóstico del hospital que recibe al paciente confirma o tiene relación con el diagnóstico de la referencia.	1. El traslado de la referencia se efectúa conforme al triaje de clasificación y protocolos de atención, de acuerdo a los tiempos establecidos (Sin demoras innecesarias, razones mecánicas, sociales u otros extras médicos); ni razones administrativas inherentes al traslado. 2. Control durante el traslado, en la hoja de monitoreo para traslado de paciente. (Utilizado cuando un traslado dure más de una hora o cuando el cuadro clínico así lo requiere).

Hoja resumen criterios de calidad para la referencia adecuada, justificada y oportuna A.J.O.

Nro.	CRITERIOS	Relación con el Formulario de referencia y transferencia
ADECUADA		
1	Paciente con signos vitales registrados	C3
2	Soporte vital básico	C4 reporte de monitoreo de signos vitales
3	Claridad y coherencia en la Anamnesis y el examen físico	C4
4	Tratamiento inicial según patología y protocolos vigentes	C6 y C7
5	Consentimiento informado y firmado por el paciente o en caso de menores de edad por familiar en primer grado o tutor legal (mayor de edad), que respalda la información sobre el motivo de la Referencia.	C9
6	Formulario de referencia llenada con letra clara y legible, firmada por el responsable de la referencia, con sello del establecimiento que refiere.	C10 y C4
7	Registro de la comunicación al establecimiento de Referencia y/o al Centro Coordinador de Emergencias de Salud.	C 12
8	Traslado en ambulancia.	C 11
9	Acompañado por un familiar de primer grado (Padre, madre), y/o tutor legal (mayor de edad)	C 9
JUSTIFICADA		
10	La resolución del problema del paciente sobrepasa la capacidad resolutoria instalada del establecimiento.	C4 y C11
11	La evolución del cuadro no fue favorable con el tratamiento inicial establecido conforme a protocolos.	C4 y C11
12	El diagnóstico del hospital que recibe al paciente confirma o tiene relación con el diagnóstico de la referencia.	C4, C6, C5
OPORTUNA		
13	El traslado de la referencia se efectúa conforme al triaje de clasificación y protocolos de atención, de acuerdo a los tiempos establecidos (Sin demoras innecesarias, razones mecánicas, sociales u otros extra médicos); ni razones administrativas inherentes al traslado.	C1 y C12
14	Control durante el traslado, en la hoja adicional de monitoreo de acuerdo a protocolos de atención.	C4

Fuente: Programa Centro Coordinador de Emergencias en Salud Nacional.

Cada uno de los estándares tienen relación con uno o varias variables del formulario de referencia y transferencia, un ejemplo:

Nro.	ADECUADA	Relación con el Formulario de referencia o transferencia
1	Paciente con signos vitales registrados	C3

En el estándar de calidad observaremos si ha llenado los signos vitales importantes de acuerdo al caso.

De esta manera todos los otros estándares de calidad de la referencia o transferencia, no serán evaluados de forma subjetiva si no con criterio de calidad que beneficie a los pacientes.

3.2. Implementación de los criterios de calidad A.J.O. del Sistema de Referencia, Transferencia y Contrarreferencia.

El Sistema de Referencia, Transferencia y Contrarreferencia debe seguir un ciclo de gestión de calidad, para poder lograr los resultados y objetivos de mejorar la calidad de atención a usuarios. A continuación, la descripción de cada uno de los pasos según la Planificación-Ejecución-Verificación-Ajuste para cada uno de los niveles de gestión e implementación:

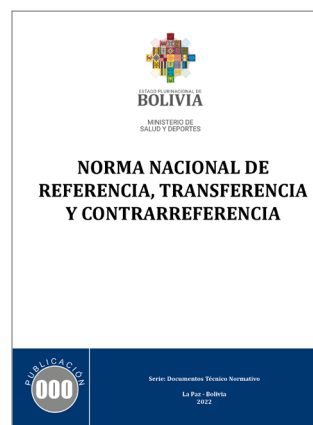
- Ministerio de Salud y Deportes
- Servicio Departamental de Salud
- Coordinación de Red
- Red Municipal
- Hospital de III Nivel
- Hospital de II Nivel
- Establecimiento de Salud de I Nivel



3.2.1. Planificar.

1. CONTAR Y REVISAR LAS NORMAS VIGENTES DEL MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES A IMPLEMENTAR.

Es importante tener las normas actualizadas, revisar los objetivos, los protocolos técnicos clínicos y administrativos, y los instrumentos para implementarlas.



2. CONFORMAR EL COMITÉ DE REFERENCIA, TRANSFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA EN CADA INSTANCIA EN ACUERDO CON EL CENTRO COORDINADOR DE EMERGENCIAS EN SALUD.

La conformación de un comité es vital para que la implementación sea una estrategia sostenible en el tiempo y beneficiosa para el paciente, por ello las personas que la conforman deben tener principalmente buena actitud y deben ser técnicos en el trabajo a realizar. También tener capacidad de comunicación para que realice la coordinación con todas las instancias como ser el Centro Coordinador de Emergencias en Salud, responsables de emergencias y médicos especialistas



3. ANALIZAR ESTADÍSTICAS DE MORBILIDAD Y MORTALIDAD DE REFERENCIAS REALIZADAS, CALIDAD DE LA REFERENCIA (CRITERIOS A.J.O.) SUPERVISIÓN, ASPECTOS LOGÍSTICOS DEL SISTEMA DE REFERENCIA, TRANSFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA.

Las referencias enviadas de los Establecimientos de salud de primer nivel, serán evaluadas bajo estos estándares en hospitales de segundo nivel. Las referencias enviadas de segundo niveles serán evaluadas en hospitales de tercer nivel. Para este fin se pueden utilizar herramientas de registro y consolidación que nos emitan gráficos de los indicadores de referencia fáciles de interpretar.

Identificar cuáles son las debilidades en la aplicación de la norma, en cuanto a todo lo logístico y la calidad de referencias: Oferta de cartera de servicios, acceso a los Hospitales de 2do y 3er nivel, red de ambulancias, medios de comunicación, equipamiento para las salas de emergencia, capacidad resolutive de los criterios AJO.



4. IDENTIFICACIÓN DE NECESIDADES DE CAPACITACIÓN EN BASE A DEBILIDADES IDENTIFICADAS EN LA CALIDAD DE REFERENCIAS Y MANEJO DE EMERGENCIAS.

Con la información anterior y analizando los contenidos del manejo del sistema de referencia, transferencia y contrarreferencia, y los criterios de calidad:

Identificar los problemas y necesidades para las capacitaciones; buscar estrategias efectivas para el funcionamiento del sistema de referencia, transferencia y contrarreferencia, y los criterios de calidad y así mejorar los conocimientos y habilidades, optimizando tiempos.



5. COORDINAR ENTRE EL COMITÉ DE REFERENCIA, TRANSFERENCIA CONTRARREFERENCIA Y OTROS COMITÉS LA MEJORA DE LOS CRITERIOS DE CALIDAD. EMERGENCIAS.

Para que la referencia, transferencia y contrarreferencia tenga éxito en el sistema de salud, se debe coordinar las acciones con otras instancias como el Comité de Mortalidad, Comité de calidad, Laboratorios, etc. Involucrados en la mejora de la atención de las emergencias y urgencias



6. ELABORAR EL PLAN DE IMPLEMENTACIÓN DEL COMPONENTE EN BASE A LA CALIDAD DE LAS REFERENCIAS.

Para que funcione el Sistema de Referencia, Transferencia y Contrarreferencia es necesario contar con un plan que identifique en cuáles Hospitales, Redes o Establecimientos se deben iniciar las mejoras, ya que realizar todo en uno, será mucho desgaste y no se observarán las mejoras.



7. ELABORAR UN PLAN GENERAL DE CAPACITACIÓN (VIRTUAL Y PRESENCIAL) MÁS SESIONES EDUCATIVAS.

Para la elaboración de un plan basado en competencias, se deben contemplar los siguientes parámetros: Conocimiento-habilidad-actitud y decisión. Estas competencias pedagógicas deben estar claras para poder implementarlos de forma sencilla.



8. IDENTIFICAR UN EQUIPO OPERATIVO DE FACILITADORES (COMITÉS DE REFERENCIA, TRANSFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA) CAPACITAR.

Para tener buenos facilitadores se debe tomar en cuenta:

1. Elegir personal comprometido.
2. Habilidad de comunicación y transmisión de conocimientos.

Cada Hospital y/o Red debe contar con un grupo de facilitadores con la capacidad de replicar la teoría y la práctica con la finalidad de garantizar buenas capacitaciones y permanente al resto del personal de salud.



3.2.2. Hacer.

9. GESTIONAR RECURSOS ECONÓMICOS PARA FUNCIONAMIENTO.

Es necesario analizar todos los recursos que se necesitarán para la implementación de la Norma: material para la evaluación, espacios dentro del servicio de salud, hojas de registro, etc. Es importante tener en cuenta:

- 1) Gestión de los recursos necesarios a las instancias correspondientes.
- 2) Elaboración de materiales didácticos, ya que la mayoría son fáciles de realizar, tomando en cuenta la sostenibilidad y el bajo costo.

Nro.	CRITERIOS	Relacionados con el Formulario de Referencia y Transferencia
ADECUADO		
1	Paciente con signos vitales registrados	C3
2	Soporte vital básico	C4 reporte de monitoreo de signos vitales
3	Claridad y coherencia en la Anamnesis y el examen físico	C4
4	Tratamiento inicial según patología y protocolos vigentes	C6 y C7
5	Consentimiento informado y firmado por el paciente o en caso de menores por familiar en primer grado o tutor legal (mayor de edad), que respalda la información sobre el motivo de la Referencia.	C9
6	Formulario de referencia llenado con letra clara y legible, firmado por el responsable de la referencia, con sello del establecimiento que refiere.	C10 y C4
7	Registro de la comunicación al establecimiento de Referencia y/o al Centro Coordinador de Emergencias de Salud.	C12
8	Traslado en ambulancia.	C11
9	Acompañado por un familiar de primer grado (Padre, madre), y/o tutor legal (mayor de edad).	C9
JUSTIFICADO		
10	La resolución del problema del paciente sobrepasa la capacidad resolutoria instalada del establecimiento.	C4 y C11
11	La evolución del cuadro no fue favorable con el tratamiento inicial establecido conforme a protocolos.	C4 y C11
12	El diagnóstico del hospital que recibe al paciente confirma o tiene relación con el diagnóstico de la referencia.	C4, C6, C5
OPORTUNO		
13	El traslado de la referencia se efectúa conforme al triaje de clasificación y protocolos de atención, de acuerdo a los tiempos establecidos (Sin demoras innecesarias, razones mecánicas, sociales u otros extra médicos); ni razones administrativas inherentes al traslado.	C1 y C12
14	Control durante el traslado, en la hoja adicional de monitoreo de acuerdo a protocolos de atención.	C4

10. SOCIALIZAR EL PLAN Y METODOLOGÍA DE IMPLEMENTACIÓN.

Buscar alianzas estratégicas para realizar las gestiones de recursos necesarios-

Es efectivo involucrar a todos los actores en todas las instancias por ello es importante socializar el plan de implementación y los flujogramas del PEVA, donde se identifica los pasos que se debe seguir para la buena implementación en los diferentes Establecimientos de Salud de 1er. nivel y 2do. nivel y las diferentes instancias.



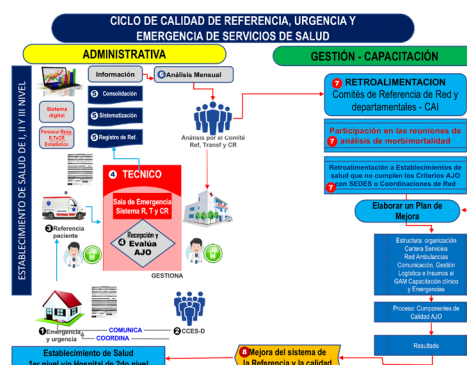
11. DEFINIR MATERIAL PARA IMPLEMENTACIÓN Y SESIONES EDUCATIVAS.

Los materiales y los temas de capacitación se referirán a los contenidos de la Norma Nacional de Referencia, Transferencia y Contrarreferencia, manejo de los criterios de calidad de las referencias A.J.O. y otros temas que fortalezcan la importancia del Sistema de Referencia, Transferencia y Contrarreferencia en la prestación continua de la atención de salud.



12. CAPACITAR A LOS COMITÉS DE REFERENCIA, TRANSFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA SEGÚN SU PLAN.

Las capacitaciones deben ser programadas máximo 1 día con sesiones cortas porque los participantes de los comités al ser especialistas de los diferentes Hospitales, tienen restringido por el trabajo que tienen, se realizará sesiones prácticas, escogiendo al azar entre 3 a 5 formularios de referencia recibida en el establecimiento y se procede a la revisión de los datos registrados, para que se genere la habilidad en el manejo de los criterios A.J.O.



13. ESTABLECER EL SISTEMA REGISTRO DE CAPACITACIÓN Y MONITOREO EN BASE A LA CALIDAD DE REFERENCIAS (ADECUADO, JUSTIFICADO, OPORTUNO).

Utilizar y aprovechar los sistemas informáticos disponibles para mejorar la reducción de tiempo:

- 1) tener un formulario digital.
- 2) tener el protocolo a utilizar en caso de emergencia.
- 3) disponer de un sistema de consolidación.

14. APOYAR CON LAS COORDINACIONES DE RED A LOS HOSPITALES DE 2DO Y 3ER NIVEL A CUMPLIR CON LOS REQUISITOS DEL SISTEMA DE REFERENCIA, TRANSFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA.

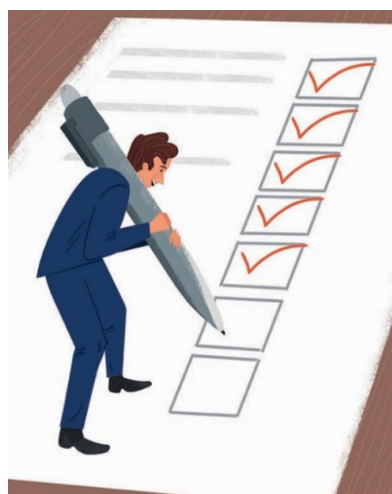
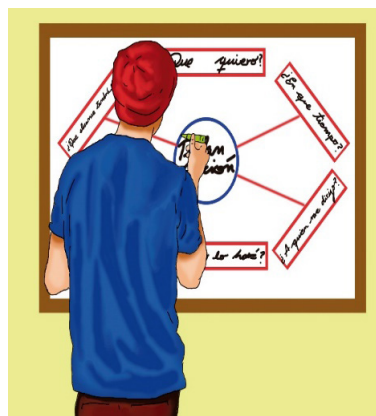
Este equipo, dentro del proceso de planificación de la implementación del Sistema de Referencia, Transferencia y Contrarreferencia, desarrollará las siguientes actividades:

- Planificar las acciones en cada instancia
- Identificar de las necesidades de capacitación.
- Fortalecer los Comités de Referencia, Transferencia y Contrarreferencia y/o responsables
- Fortalecer la organización de los Hospitales
- Llenar de los Formularios de Referencia
- Aplicar los criterios de calidad.
- Organizar las diferentes formas de Triage
- Analizar los resultados de las referencias
- Promover la capacitación.

El SEDES, el Centro Coordinador de Emergencias en Salud Departamental, la Coordinaciones de Red, los Comités de Referencia, Transferencia y Contrarreferencia, el Responsable Municipal de Salud y los responsables de los establecimientos de salud, serán las instancias responsables del control y funcionamiento del componente de Referencia, Transferencia y Contrarreferencia, en los diferentes niveles de atención, para ser posteriormente evaluados en los Comités de Análisis de la Información (CAI).

La responsabilidad del seguimiento estará dada por niveles:

- SEDES a través del Centro Coordinador de Emergencias en Salud Departamental realizará el seguimiento a los Coordinadores de Red.
- Los Coordinadores de Red realizaran seguimiento a Responsable Municipales de Salud y Centros de Salud cabecera de municipio.
- Los Responsables Municipales de Salud harán el seguimiento correspondiente a puestos y centros de salud de su jurisdicción.

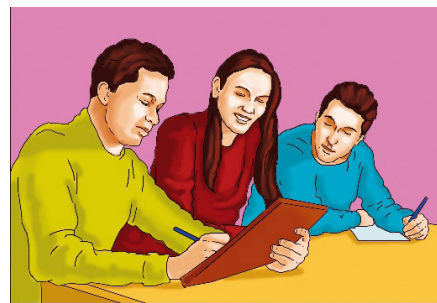


3.2.3. Verificar.

15. SEGUIMIENTO A LAS ACTIVIDADES DE COMITÉS DE REFERENCIA, TRANSFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA O ACTIVIDADES DE RESPONSABLES DE REFERENCIA, TRANSFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA.

A través de un sistema de monitoreo mensual, se debe confirmar las diferentes actividades programadas por los comités de referencias, transferencia y contrarreferencia de todas las instancias correspondientes.

- Comité de Referencia, Transferencia y Contrarreferencia Departamental.
- Comité de Referencia, Transferencia y Contrarreferencia en las Coordinaciones de red.
- Comités de Referencia, Transferencia y Contrarreferencia de Hospitales de 3er. nivel y 2do nivel.



16. MONITOREO A LA INFORMACIÓN ENVIADA POR LOS ESTABLECIMIENTO DE SALUD, COMITÉ DE REFERENCIA, TRANSFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA Y CRITERIOS A.J.O.

Las instancias responsables de la evaluación, que deberá ser previamente programada estarán a cargo del SEDES Centro Coordinador de Emergencias en Salud Departamental, Comité Departamental de Referencia, Transferencia y Contrarreferencia, Coordinación de las Redes. Esta valoración deberá ser de asistencia técnica y realizarse periódicamente (trimestral, semestral o anualmente), por personal con conocimientos en procesos de Referencia, Transferencia y Contrarreferencia, que además tenga dominio de la norma y sus instrumentos.



17. SUPERVISIÓN A LOS HOSPITALES DE 2DO. NIVEL Y 3ER. NIVEL.

El SEDES a través del Centro Coordinador de Emergencias en Salud Departamental, las Coordinaciones de Red, los Comités de Referencia, Transferencia y Contrarreferencia, el Responsable Municipal de Salud y los Responsables de los Establecimientos de Salud, serán las instancias encargadas de supervisar el sistema, en los establecimientos de su ámbito de influencia.

La supervisión será de la misma manera por niveles:

- SEDES a través del Centro Coordinador de Emergencias en Salud Departamental a coordinaciones de Red, y Hospitales de II y III nivel.



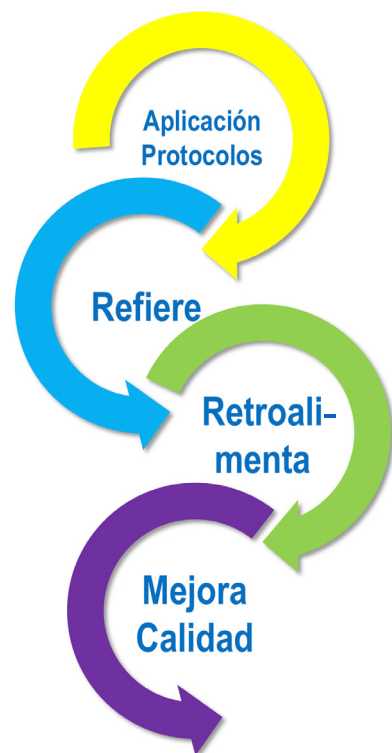
- Coordinaciones de Red a Responsables Municipales de Salud y establecimientos cabecera Red y Municipio
- Responsables Municipales de Salud a establecimientos de su área de acción.

18. ANÁLISIS DE INFORMACIÓN DE CALIDAD DE REFERENCIAS A NIVEL DEPARTAMENTAL.

Cada nivel debe tomar sus propias decisiones en base a la información de todas las instancias y controlar y monitorear si las acciones realizadas hasta la fecha están cumpliendo los criterios de calidad de las referencias.

19. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE INFORMACIÓN DE REFERENCIA, TRANSFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA EN CAI DEPARTAMENTAL.

En los espacios de análisis, donde participan la población, autoridades de salud y personal de salud de los diferentes niveles se analizan los indicadores de referencia, transferencia y contrarreferencia para la toma de decisiones en todas las debilidades del sistema de referencia, transferencia y contrarreferencia.



3.2.4. Actuar.

20. ANÁLISIS DURANTE LA REUNIÓN DE RETROALIMENTACIÓN DEL COMITÉ DE REFERENCIA, TRANSFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA DEPARTAMENTAL.

El resultado de estas reuniones debe servir para una retroalimentación que mejore los criterios de calidad de Referencia, Transferencia y Contrarreferencia, mejore el proceso de capacitación y complete para la toma de decisiones vinculadas a:

- Mejorar la aplicación de los criterios de calidad a través de la capacitación.
- Mejorar la organización del sistema de referencia.
- Mejorar la capacidad de gestión ante las autoridades.



21. APOYO A LA REUNIÓN DE RETROALIMENTACIÓN DE COMITÉS DE HOSPITALES 2DO. Y 3ER. NIVEL.

Los comités de referencia, transferencia y Contrarreferencia departamentales tienen la responsabilidad de analizar la información más crítica y convocar al personal de los Establecimientos de salud más débiles y analizar dichas causas y programar capacitaciones más efectivas para el personal de salud que está fallando.



22. ELABORACIÓN DE PLANES DE ACCIONES PARA CUMPLIR METAS DEL PLAN DE IMPLEMENTACIÓN.

Esta parte es muy importante ya que de acuerdo a la formulación de objetivos de aprendizaje se obtendrá resultados. El plan de acciones, debe estar escrito para cumplir las metas de implementación.

23. RECONOCIMIENTO AL PERSONAL QUE HA CUMPLIDO CON LOS PLANES.

Es importante dar reconocimiento al personal que se ha esforzado en cumplir con la aplicación de la norma en forma ordenada, otorgar certificados de felicitaciones o certificados de trabajo, de acuerdo a los parámetros institucionales, con valor curricular.

24. PROGRAMACIÓN DE NUEVAS RÉPLICAS A HOSPITALES DÉBILES O NUEVOS.

Una vez que se haya cumplido las acciones en un porcentaje aceptable en los establecimientos pilotos, se debe monitorear nuevos ciclos de implementación en los establecimientos que faltan, liderados por las Coordinaciones de Red.



INSTRUCCIONES PARA LLENAR EL FORMULARIO D7 – 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 INSTITUCIÓN)

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

- **DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD REFERENTE C1:**

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

NIVEL DEL E.S.: Anotar el nivel que corresponda al Establecimiento de Salud.

SELLO DEL ESTABLECIMIENTO QUE REFIERE: Sello del Establecimiento de salud que realiza la referencia

RED DE SALUD: 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 Y HORA DE INGRESO: Anotar la Fecha en la que ingresa el paciente (día/mes/año) y la hora marcando en hora militar.

FECHA Y HORA DE ENVÍO: Anotar la fecha que ingresa el paciente (día/mes/año) y la hora marcando en hora militar.

TEL/CEL DEL E.S. DE SALUD: Anotar el teléfono del Establecimiento de Salud.

- **IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE C2:**

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

FECHA DE NACIMIENTO: Anotar la fecha de nacimiento del paciente (día/mes/año).

C.I.: Anotar el número del carnet de identidad del paciente.

DOMICILIO: Anote la dirección habitual del usuario. Para el área rural anotar el nombre de la Comunidad, Ayllus, Markas, Tentas, Capitanías, Federaciones, Sindicatos, Colonias.

TEL/CEL: Anotar el teléfono del paciente.

N° DE HISTORIA CLÍNICA: Anotar el número de historia clínica del paciente.

PROCEDENCIA: Anotar el lugar de procedencia del paciente.

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

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

PERSONA CON DISCAPACIDAD: Marcar con una **X** SI o NO según corresponda, anotar el tipo de discapacidad y el grado de discapacidad.

NOMBRE DEL ACOMPAÑANTE: Anotar el nombre del acompañante.

TEL/CEL DEL ACOMPAÑANTE: Anotar el teléfono del acompañante.

PARENTESCO: Anotar el grado de parentesco del acompañante con el paciente.

- **DATOS CLÍNICOS Y SIGNOS VITALES C3:**

FC (Frecuencia Cardíaca): anotar en Latidos /minuto que corresponda. **FR** (Frecuencia Respiratoria): anotar en ciclos/minuto que corresponda. **P.A.** (Presión Arterial): anotar en mmHg que corresponda. **T°** (Temperatura): anotar la temperatura en °C. **GLASGOW:** Anotar la valoración de la escala de Glasgow. **SPO2:** (Saturación de Oxígeno) Anotar el porcentaje de Saturación de Oxígeno.

PESO: anotar el peso en Kilogramos que corresponda. **TALLA:** anotar la talla en centímetros/metros, que corresponda. **IMC:** Anotar el Índice de masa corporal del usuario

ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS: **FUM:** Anotar la Fecha de Última Menstruación. **G: P: A: C:** Anotar los antecedentes Ginecobstétricos. **F.P.P.:** Anotar la Fecha Probable de Parto. **R.P.M.:** Anotar la Hora en caso de Ruptura Prematura de Membrana. **F.C.F.:** Anotar la Frecuencia Cardíaca Fetal en Latidos por Minuto que corresponda. **MADURACIÓN PULMONAR:** Marcar con un círculo si se realizó o no maduración pulmonar. **IS.:** Anotar índice de shock.

PARTO: Marcar con un círculo si se realizó o no y este fue parto eutócico o por cesárea. **FECHA DE PARTO:** Anotar la fecha (día/mes/año). **HORA** Anotar la hora marcando am o pm.

N° DE CONTROLES PRENATALES: Anotar el número de controles prenatales

RECIÉN NACIDO: **EDAD GESTACIONAL:** Anotar la edad gestacional en semanas **LIQ. AMNIÓTI- CO:** Anotar la característica del líquido amniótico. **PESO:** Anotar el peso en gramos. **TALLA:** Anotar la talla en centímetros. **PC:** Anotar el perímetro cefálico en centímetros. **PT:** Anotar el perímetro torácico en centímetros.

APGAR: Anotar el Apgar al minuto y a los 5 minutos. **REANIMACION NEONATAL:** Anotar si se procedió.

- **RESUMEN DE LA ANAMNESIS y EXAMEN FÍSICO C4:** Anotar de forma resumida y completa, los hallazgos clínicos que se encuentren en el usuario de la anamnesis y el examen físico.
- **RESULTADOS DE EXÁMENES COMPLEMENTARIOS DE DIAGNÓSTICO C5:**

Resumen de los exámenes realizados.

- **DIAGNÓSTICOS PRESUNTIVOS C6:** Anotar el diagnóstico o los diagnósticos presuntivos, utilizar el código CIE – 10 de las Normas de Atención Clínica.
- **TRATAMIENTOS REALIZADOS C7:** Detallar el tratamiento aplicado.
- **OBSERVACIONES C8:** Detallar en caso de haber alguna observación o inconveniente con la referencia a realizar.
- **CONSENTIMIENTO INFORMADO C9:** 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 C10:** Se debe anotar el nombre cargo teléfono de contacto, firma y sello de quien envía al usuario además del personal de salud que acompaña.
- **MOTIVO DE REFERENCIA C11:** Anotar para qué es la referencia marcar con una X, **URGENCIA /EMERGENCIA, CONSULTA EXTERNA, INTERCONSULTA, SERVICIO/ESPECIALIDAD.** (en caso de referencia para interconsulta por **TELE SALUD** marcar en **SERVICIO TELESALUD** y en **ESPECIALIDAD** la que corresponda).
- **ESTABLECIMIENTO DE SALUD RECEPTOR C12:**

NIVEL, anotar a que nivel pertenece Primer segundo o tercer nivel **SUBSECTOR** Público, seguro y otro anota con una x a cuál pertenece

NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD

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

MEDIO DE COMUNICACIÓN: Anotar el medio de comunicación utilizado para coordinar la referencia.

NOMBRE Y CARGO DE QUIEN RECIBE AL PACIENTE: Anotar el nombre y apellidos del personal de salud que recibe al paciente.

FECHA Y HORA DE RECEPCIÓN Anotar fecha clara de recepción y la hora en la que el paciente recibe la atención del personal de salud de referencia

REPORTADO AL CCES-D: Anotar SI/NO se coordinó con el CCESD

CARGO: Anotar el cargo

FIRMA Y SELLO DE MÉDICO TRATANTE QUE EVALÚA LOS CRITERIOS DE CALIDAD:

CALIFICACIÓN DE LOS CRITERIOS DE CALIDAD POR EL ESTABLECIMIENTO RECEPTOR: Anotar con SI o NO si la referencia fue Adecuada Justificada y Oportuna.

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO RESPONSABLE.

SELLO DEL ESTABLECIMIENTO RECEPTOR.

4.2. FORMULARIO CONTRARREFERENCIA D7a.

FORMULARIO D7a CONTRARREFERENCIA													
DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD QUE CONTRARREFIERE (C1)													
NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO			SERVICIO			RED DE SALUD:							
MUNICIPIO:		TELEFONO DE CONTACTO		FECHA:		HORA		NIVEL DE EESS:					
IDENTIFICACION DEL PACIENTE (C2)													
NOMBRES			APELLIDOS			C.I.							
DOMICILIO			TEL/CEL:			EDAD:			SEXO			M F	
PERSONA CON DISCAPACIDAD			SI:			NO:			TIPO DE DISCAPACIDAD			GRADO DE DISCAPACIDAD:	
DATOS CLINICOS DE ALTA (C3)													
DIAS DE INTERNACION:		PESO: I.M.C.:		T°:		P.A.mmHg		F.C.LPM		F.R.:CPM		%SPO:	
DIAGNOSTICO(S) DE INGRESO: (C4)													
a)			CIE - 10										
b)			CIE - 10										
c)			CIE - 10										
DIAGNOSTICO(S) DE EGRESO SEGÚN CIE - 10: (C5)													
a)			CIE - 10										
b)			CIE - 10										
c)			CIE - 10										
EVOLUCION, COMPLICACIONES: (C6)													
..... 													
EXAMENES COMPLEMENTARIOS DE DIAGNÓSTICO (C7)													
a) b) c)													
OTROS EXAMENES E INTERCONSULTAS (C8)													
..... 													
TRATAMIENTOS REALIZADOS (C9)													
..... 													
RECOMENDACIONES PARA EL PACIENTE (C10)													
..... 													
OTROS ANEXOS O ESTUDIO PENDIENTES (C11)													
..... 													
OBSERVACIONES / RECOMENDACIONES A LA CONTRARREFERENCIA (C12)													
..... 													
ESTABLECIMIENTOS DE SALUD AL QUE SE REALIZA LA CONTRARREFERENCIA (C13)													
ESTABLECIMIENTO DE SALUD:			MUNICIPIO:			NIVEL EESS:							
RED DE SALUD:			SE CONTACTO AL ESTABLECIMIENTO:			SI NO			POR TELESALUD: (.....)				
CONTACTO DEL ESTABLECIMIENTO QUE RECIBE LA CONTRARREFERENCIA:													
NOMBRE DE ACOMPAÑANTE, FAMILIAR Y OTROS:													
FIRMA Y SELLO DEL MEDICO TRATANTE				SELLO DEL ESTABLECIMIENTO				FIRMA Y NOMBRE DEL USUARIO O ACOMPAÑANTE					
								Nombre:					
RECUERDE:		a) Original, para el establecimiento de salud receptor – Expediente Clínico b) Copia 1, para el establecimiento de salud receptor – Comité de Referencia y Contrarreferencia c) Copia 2, para trámites administrativos del SUS d) Copia 3, para el establecimiento que realiza la referencia – Expediente Clínico e) Copia 4, para el establecimiento que realiza la referencia – Comité de referencia											

INSTRUCCIONES PARA LLENAR EL FORMULARIO D7a DE CONTRARREFERENCIA

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)

DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD QUE CONTRAREFIERE (C1).

NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO: Anotar el nombre del Establecimiento al que el paciente retorna. **SERVICIO:** Anotar el nombre del servicio donde se atendió al paciente. **RED DE SALUD:** Anotar la red de salud a la cual pertenece. **NIVEL DEL E.S.** Anotar el nivel que corresponde el E.S. **MUNICIPIO:** Anotar el municipio que corresponde el E.S. **TELÉFONO DEL E.S.:** Anotar el teléfono del E.S. **FECHA/HORA:** Anotar la Fecha y Hora en la que el paciente retorna. **ACCESO A LA ATENCIÓN:** Marcar con una X si el acceso fue con boleta de referencia o sin boleta de referencia.

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE (2).

NOMBRE DEL PACIENTE: Anotar el nombre y los dos apellidos (si los tiene) del/la paciente, asegurarse que sean los correctos. **CI:** Anotar el número del carnet de identidad del/la paciente, **N° DE H.C.:** Anotar el número de la Historia Clínica. **TEL.:** Anotar el número de teléfono del/la paciente. **DOMICILIO:** Anote la dirección habitual del/la paciente. 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 paciente. **TEL.:** Anotar el número de teléfono del/la paciente. **SEXO:** Anotar masculino o Femenino (según corresponda). **EDAD:** Anotar la edad correspondiente del/la paciente. Especificar si son años, si el paciente tiene de 1 a 11 meses, si el paciente tiene de 1 hasta 29 días y si es un recién nacido con menos de 1 día de vida.

DATOS CLÍNICOS AL ALTA (3).

Anotar los variables vitales con los que al paciente retorna.

DIAS DE INTERNACIÓN anotar en días.

Peso: anotar el peso en Kilogramos que corresponda. **TALLA:** Anotar la talla en centímetros. **IMC:** Anotar el Índice de masa corporal del paciente. **T°(Temperatura):** anotar la temperatura en °C **Presión Arterial:** (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.

DIAGNÓSTICO(S) DE INGRESO SEGÚN CIE-10 (4):

Anotar de forma resumida y completa: el diagnóstico con el que se recibió al paciente, lo encontrado.

DIAGNÓSTICO DE EGRESO SEGÚN CIE-10 (5):

Anotar el diagnóstico o problema emitido por el profesional de salud tratante.

EVOLUCIÓN Y COMPLICACIONES (6):

Anotar resumen de las complicaciones y tratamientos realizados.

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS DE DX (7):

Anotar los exámenes complementarios que se realizaron.

OTROS EXÁMENES E INTERCONSULTAS (8):

Anotar las interconsultas u otros exámenes realizados.

TRATAMIENTO REALIZADO (9):

Anotar el tratamiento realizado.

SEGUIMIENTO A TRATAMIENTO (10):

Anotar que tratamiento se tienen que realizar.

RECOMENDACIONES PARA EL PACIENTE (11):

Anotar las recomendaciones a seguir por el paciente y por el establecimiento de salud referente para dar continuidad al proceso de atención.

OTROS ANEXOS O ESTUDIOS PENDIENTES (12):

Anotar estudios pendientes y otras observaciones.

Anotar si la referencia fue Adecuada Justificada u Oportuna (Copiar la calificación de la Referencia.)

ESTABLECIMIENTO DE SALUD AL QUE REALIZA LA CONTRARREFERENCIA (13).

ESTABLECIMIENTO DE SALUD: Anotar el nombre del establecimiento de salud receptor. **MUNICIPIO:** Anotar el nombre del establecimiento de salud receptor. **NIVEL DEL E.S.** Anotar el nivel que corresponde del establecimiento de salud receptor. **RED DE SALUD:** 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 paciente (emergencia, medicina interna, etc.). **CONTACTO DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD QUE RECIBE LA CONTRAREFERENCIA: 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 **NOMBRE DEL ACOMPAÑANTE, FAMILIAR U OTRO.** Nombre completo del acompañante **FIRMA Y SELLO:** Firma del médico o integrante del equipo de salud que atendió al paciente 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 paciente en la unidad receptora. **NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE O ACOMPAÑANTE:** Nombre completo del paciente o acompañante.

SERIE: DOCUMENTOS DE INVESTIGACIÓN

52

INSTRUCCIONES PARA LLENAR EL FORMULARIO D7 b – TRANSFERENCIA

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 INSTITUCIÓN)

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

DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD REFERENTE (1):

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

TEL/CEL DEL E.S. DE SALUD: Anotar el teléfono del Establecimiento de Salud

RED DE SALUD: 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.

PROCEDENCIA: Anotar la procedencia del paciente.

FECHA Y HORA DE INGRESO: Anotar la Fecha en la que ingresa el paciente (día/mes/año) y la hora marcando en hora militar.

FECHA Y HORA DE ENVÍO: Anotar la fecha que ingresa el paciente (día/mes/año) y la hora marcando en hora militar

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE (2):

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

FECHA DE NACIMIENTO: Anotar la fecha de nacimiento del paciente (día/mes/año).

C.I.: Anotar el número del carnet de identidad del paciente.

DOMICILIO: Anote la dirección habitual del paciente. Para el área rural anotar el nombre de la Comunidad, Ayllus, Markas, Tentas, Capitanías, Federaciones, Sindicatos, Colonias.

PROCEDENCIA: Anotar el lugar de procedencia del paciente.

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

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

PERSONA CON DISCAPACIDAD: Marcar con una **X** SI o NO según corresponda, anotar el tipo de discapacidad y el grado de discapacidad.

NOMBRE DEL ACOMPAÑANTE: Anotar el nombre del acompañante.

TEL/CEL DEL ACOMPAÑANTE: Anotar el teléfono del acompañante.

PARENTESCO: Anotar el grado de parentesco del acompañante con el paciente.

DATOS CLÍNICOS Y SIGNOS VITALES (3):

FC (Frecuencia Cardíaca): anotar en Latidos /minuto que corresponda. **FR** (Frecuencia Respiratoria): anotar en ciclos/minuto que corresponda. **P.A.** (Presión Arterial): anotar en mmHg. que corresponda. **T°** (Temperatura): anotar la temperatura en °C. **GLASGOW**: Anotar la valoración de la escala de Glasgow. **SPO2**: (Saturación de Oxígeno) Anotar el porcentaje de Saturación de Oxígeno.

PESO: anotar el peso en Kilogramos que corresponda. **TALLA**: anotar la talla en centímetros/metros, que corresponda. **IMC**: Anotar el Índice de masa corporal del usuario

ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS: **FUM**: Anotar la Fecha de Última Menstruación. **G: P: A: C**: Anotar los antecedentes Gineco obstétricos. **F.P.P.**: Anotar la Fecha Probable de Parto. **R.P.M.**: Anotar la Hora en caso de Ruptura Prematura de Membrana. **F.C.F.**: Anotar la Frecuencia Cardíaca Fetal en Latidos por Minuto que corresponda. **MADURACIÓN PULMONAR**: Marcar con un círculo si se realizó o no maduración pulmonar

PARTO: Marcar con un círculo si se realizó o no y este fue parto eutócico o por cesárea. **FECHA DE PARTO**: Anotar la fecha (día/mes/año). **HORA** Anotar la hora marcando am o pm. **IS.**: Anotar índice de shock.

Nº DE CONTROLES PRENATALES: Anotar el número de controles prenatales

RECIÉN NACIDO: **EDAD GESTACIONAL**: Anotar la edad gestacional en semanas **LIQ. AMNIÓTI- CO**: Anotar la característica del líquido amniótico. **PESO**: Anotar el peso en gramos. **TALLA**: Anotar la talla en centímetros. **PC**: Anotar el perímetro cefálico en centímetros. **PT**: Anotar el perímetro torácico en centímetros.

APGAR: Anotar el Apgar al minuto y a los 5 minutos. **REANIMACION NEONATAL**: Anotar si se procedió.

RESUMEN DE LA ANAMNESIS y EXAMEN FÍSICO (4):

Anotar de forma resumida y completa, los hallazgos clínicos que se encuentren en el paciente de la anamnesis y el examen físico.

RESULTADOS DE EXÁMENES COMPLEMENTARIOS DE DIAGNÓSTICO (5):

Resumen de los exámenes realizados.

DIAGNÓSTICOS PRESUNTIVOS (6):

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

TRATAMIENTOS INICIAL (7):

Detallar el tratamiento aplicado.

CONSENTIMIENTO INFORMADO (8):

Se debe explicar el motivo de la referencia al paciente y familiares y tienen que firmar.

NOMBRE Y CARGO DE QUIEN ENVÍA AL PACIENTE O RESPONSABLE DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD C10 (9):

Se debe anotar el nombre cargo teléfono de contacto, firma y sello de quien envía al paciente además del personal de salud que acompaña.

SERVICIO AL QUE ENVÍA (10):

Anotar al servicio y/o especialidad al que se envía al paciente.

ESTABLECIMIENTO DE SALUD RECEPTOR (11):

NIVEL, anotar a que nivel pertenece Primer segundo o tercer nivel **SUBSECTOR** Público, seguro y otro anota con una x a cuál pertenece

NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD

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

MEDIO DE COMUNICACIÓN: Anotar el medio de comunicación utilizado para coordinar la referencia.

NOMBRE Y CARGO DE QUIEN RECIBE AL PACIENTE Anotar el nombre y apellidos del personal de salud que recibe al paciente.

FECHA Y HORA DE RECEPCIÓN Anotar fecha clara de recepción y la hora en la que el paciente recibe la atención del personal de salud de referencia.

PACIENTE ADMITIDO: Marcar con una **X** SI o NO según corresponda y el motivo en caso de no ser admitido.

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO RESPONSABLE.

SELLO DEL ESTABLECIMIENTO RECEPTOR.

SERIE: DOCUMENTOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del paciente: Edad: Diagnóstico presuntivo:

NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO QUE REFIERE:

Teléfono de contacto:

Municipio:

Hora de envío: / /

Hora de Recepción en el Hosp. de Referencia:/...../.....

Breve descripción del hecho:

HORA

200

PA

SP 02

F.C.*

F.R.*

Temperatura
Esc. Glasgow

Diuresis
Oxygenoterapia

FCF

SOLUCIÓN	CANTIDAD	GOTEO	HORA	OBSERVACIONES
----------	----------	-------	------	---------------

SELECCION	CANTIDAD	COSES	MONA	OBSERVACIONES

--	--	--	--	--

SOLUCIÓN	CANTIDAD	CÓDIGO	UNIDAD	OBSERVACIONES
----------	----------	--------	--------	---------------

SOLUCION	CANTIDAD	GOTEO	HORA	OBSERVACIONES

SOLUCIÓN	CANTIDAD	COSTO	HORA	OBSERVACIONES
----------	----------	-------	------	---------------

SOLUCION	CANTIDAD	GOTEO	HORA	OBSERVACIONES

--	--	--	--	--

REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR

Paro Cardiorespiratorio:	Presenciado por:
--------------------------	------------------

Realizado por	
---------------	--

Hora de suceso:	Hora de inicio RCP:
-----------------	---------------------

Duración del ciclo RCP:	min	Hora final RCP:	
-------------------------	---------	-----------------	--

Maniobras Empleadas	
1	Maniobra 1
2	Maniobra 2
3	Maniobra 3
4	Maniobra 4
5	Maniobra 5
6	Maniobra 6
7	Maniobra 7
8	Maniobra 8
9	Maniobra 9
10	Maniobra 10
11	Maniobra 11
12	Maniobra 12
13	Maniobra 13
14	Maniobra 14
15	Maniobra 15
16	Maniobra 16
17	Maniobra 17
18	Maniobra 18
19	Maniobra 19
20	Maniobra 20
21	Maniobra 21
22	Maniobra 22
23	Maniobra 23
24	Maniobra 24
25	Maniobra 25
26	Maniobra 26
27	Maniobra 27
28	Maniobra 28
29	Maniobra 29
30	Maniobra 30
31	Maniobra 31
32	Maniobra 32
33	Maniobra 33
34	Maniobra 34
35	Maniobra 35
36	Maniobra 36
37	Maniobra 37
38	Maniobra 38
39	Maniobra 39
40	Maniobra 40
41	Maniobra 41
42	Maniobra 42
43	Maniobra 43
44	Maniobra 44
45	Maniobra 45
46	Maniobra 46
47	Maniobra 47
48	Maniobra 48
49	Maniobra 49
50	Maniobra 50
51	Maniobra 51
52	Maniobra 52
53	Maniobra 53
54	Maniobra 54
55	Maniobra 55
56	Maniobra 56
57	Maniobra 57
58	Maniobra 58
59	Maniobra 59
60	Maniobra 60
61	Maniobra 61
62	Maniobra 62
63	Maniobra 63
64	Maniobra 64
65	Maniobra 65
66	Maniobra 66
67	Maniobra 67
68	Maniobra 68
69	Maniobra 69
70	Maniobra 70
71	Maniobra 71
72	Maniobra 72
73	Maniobra 73
74	Maniobra 74
75	Maniobra 75
76	Maniobra 76
77	Maniobra 77
78	Maniobra 78
79	Maniobra 79
80	Maniobra 80
81	Maniobra 81
82	Maniobra 82
83	Maniobra 83
84	Maniobra 84
85	Maniobra 85
86	Maniobra 86
87	Maniobra 87
88	Maniobra 88
89	Maniobra 89
90	Maniobra 90
91	Maniobra 91
92	Maniobra 92
93	Maniobra 93
94	Maniobra 94
95	Maniobra 95
96	Maniobra 96
97	Maniobra 97
98	Maniobra 98
99	Maniobra 99
100	Maniobra 100

Maniobras Empleadas			
Verificación	Boca a Boca	RVM	Intubación

Verificación:	Doca a Doca	BNM	Intubación
Circulación:	Masaie cardiaco	Desfibrilación	Epinefrina

Circulación:	Masaje cardíaco	Desfibrilación	Epinefrina
OBSERVACIONES			

OBSERVACIONES	

.....

Firma y sello del profesional

Sello del Establecimiento
de Salud

INSTRUCTIVO DE LLENADO DE LA HOJA DE MONITOREO DE TRASLADO DEL PACIENTE EN AMBULANCIA.

La hoja de Monitoreo debe ser llenado por el personal de salud que traslada al paciente en caso de que el traslado dure más de una hora o que el cuadro clínico de referencia así lo requiere.

Escribir con letra clara legible, concreta y de forma completa (no iniciales) todos los datos que contempla el documento. Evitarse borrones, enmiendas, tachaduras y abreviaturas.

DATOS DEL PACIENTE:

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

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

DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO: Anotar el diagnóstico o los diagnósticos presuntivos.

FECHA DE ATENCIÓN: Anotar la Fecha correspondiente al día de la atención médica del paciente. (día/mes/año)

DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD REFERENTE:

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

TEL/CEL DEL E.S. DE SALUD: Anotar el teléfono del Establecimiento de Salud

RED DE SALUD: 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 Y HORA DE ENVÍO: Anotar la fecha (día/mes/año) y la hora marcando en hora militar.

HORA DE RECEPCION EN EL HOSPITAL: Anotar la hora de llegada al Hospital referente.

BREVE DESCRIPCION DEL HECHO: Describir el acontecimiento destacando lo más sobresaliente.

MONITOREO DE SIGNOS VITALES:

HORA: Se debe registrar la hora en que se inicia el Monitoreo (cada casilla corresponde a una hora competa).

PRESIÓN ARTERIAL: Regístrese cada media hora a través de una flecha. El extremo superior indicara la Presión Sistólica y el extremo inferior la Presión Diastólica.

SPO2: (Saturación de Oxígeno) Anotar el porciento de Saturación de Oxígeno.

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

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

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

GLASGOW: Anotar la valoración de la escala de Glasgow.

DIURESIS: Registrar la cantidad de diuresis en ml (en caso de que se cuente con sonda vesical).

OXIGENOTERAPIA: Se debe registrar la concentración de oxígeno que se está administrando al paciente en lts/min.

F.C.F.: Anotar la Frecuencia Cardiaca Fetal en Latidos por Minuto que corresponda.

REANIMACION CARDIOPULMONAR:

PARO CARDIORESPIRATORIO: Registrar **SI/NO** en caso de que se hubiera presentado durante el traslado. Se llena el resto de las casillas inferiores en caso de responder **SI**.

PRESENCIADO POR: Registrar el nombre completo de la persona que presenció el paro cardiorrespiratorio.

HORA DEL SUCESO: Registrar la hora exacta del suceso.

HORA DE INICIO RCP: Registrar la hora en que se inicia Maniobras de Reanimación Cardiopulmonar.

DURACIÓN DEL CICLO RCP: Registrar la duración de la RCP en minutos.

HORA DEL FINAL DE LA RCP: Registrar la hora en que finaliza las Maniobras de Reanimación Cardiopulmonar.

MANIOBRAS EMPLEADAS: Utilizar un círculo para marcar la maniobra utilizada.

OBSERVACIONES: Describir si durante el RCP se tuvo algún incidente.

LÍQUIDOS INTRA VENOSOS:

SOLUCIÓN: Describir la **SOLUCIÓN** parenteral utilizada, la **CANTIDAD** administrada, el **GOTEO** por minuto y la **Hora** que inicia la administración de la Solución.

OBSERVACIONES: Describir si se tuvo algún incidente.

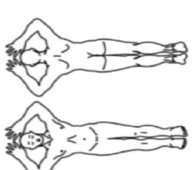
NOMBRE Y FIRMA DEL MÉDICO:

Nombre completo del médico o integrante del equipo de salud que atendió al paciente en la unidad receptora.

SELLO DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD:

Aplicar el sello del Establecimiento de Salud donde se refiere.

4.5. HOJA DE MONITOREO PREHOSPITALARIA. (Ver Norma de Ambulancias Terrestres)

FICHA CLÍNICA RÁPIDA DE TRASLADO EN AMBULANCIA									
FECHA:		HORA:		COD. AMBULANCIA:					
NOMBRE:		EDAD:							
SEXO: M ☐ F ☐		TELÉFONO:		C.I.:					
ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN O DOMICILIO O LUGAR DEL HECHO:									
ESTABLECIMIENTO RECEPTOR DE DESTINO:									
NOMBRE DEL ACOMPAÑANTE:									
TELÉFONO DEL ACOMPAÑANTE:		C.I.:							
PRIORIDAD SEGÚN EL TRIAJE: RJ ☐ AM ☐ VD ☐ NE ☐									
ANTECEDENTES: ALÉRGICOS: SI NO CLÍNICOS: SI NO TRAUMATOLÓGICOS: SI NO									
PEDIÁTRICOS: SI NO QUIRÚRGICOS: SI NO FARMACOLÓGICOS: SI NO VIOLENCIA FÍSICA: SI NO									
S.V. Hrs PA FC		FR		T		Sat 02			
S.V. Hrs PA FC		FR		T		Sat 02			
LLENADO CAPILAR: >2seg ☐ <2seg ☐		PIEL: NORMAL ☐ CIANÓTICA ☐							
PUPILAS: ANISOCORIA ☐ ISOCORIA ☐ MIOSIS ☐ MIDRIASIS ☐									
EXAMEN FÍSICO: ANOTAR EL NÚMERO SOBRE EL LUGAR DE LA LESIÓN									
1 HERIDA PENETRANTE 2 HERIDA NO PENETRANTE 3 FRACTURA EXPUESTA 4 FRACTURA CERRADA 5 AMPUTACIÓN 6 HEMORRAGIA 7 MORDEDURA 8 PICADURA 9 EXCORIACIÓN 10 DEFORMIDAD O MASA 11 HEMATOMA 12 QUEMADURA 1º 13 QUEMADURA 2º 14 QUEMADURA 3º 									
EVALUACIÓN INICIAL									
VÍA AÉREA		RESPIRACIÓN		CIRCULACIÓN		OTROS FACTORES QUE AL- TERAN LA CONCIENCIA			
OBSTRUÍDA: SI ☐ NO ☐		ESPIRANTE: SI ☐ NO ☐		PULSO PERIFÉRICO: SI ☐ NO ☐		ALERTA: ☐			
PARCIAL: SI ☐ NO ☐		NORMAL: SI ☐ NO ☐		RADIAL: SI ☐ NO ☐		SEDADO: ☐			
COMPLETA: SI ☐ NO ☐		ANORMAL: SI ☐ NO ☐		FEMORAL: SI ☐ NO ☐		ANESTESICADO: ☐			
SANGRE: SI ☐ NO ☐		DIFÍCIL TOSA: SI ☐ NO ☐		CAROTÍDEA: SI ☐ NO ☐		BEBIDAS ALCOHOL: ☐			
CUERPO EXTRAÑO: SI ☐ NO ☐		HEMORRAGIA EXTERNA: SI ☐ NO ☐		PARO CARDÍACO: SI ☐ NO ☐		DROGAS: ☐			
VÓMITO: SI ☐ NO ☐		ASISTIDA: SI ☐ NO ☐		RCP EN EL LUGAR: SI ☐ NO ☐		OTROS: ☐			
ESCALA DE GLASGOW									
APERTURA OCULAR		RESPUESTA MOTORA		RESPUESTA VERBAL					
ESPONTÁNEA: 4 ☐		ABEDECE ORDEN: 6 ☐		ORIENTADO: 5 ☐					
A UNA ORDEN: 3 ☐		LOCALIZA: 5 ☐		DESORIENTADO: 4 ☐					
POR DOLOR: 2 ☐		RETIRA: 4 ☐		PALABRAS: 3 ☐					
NULA: 1 ☐		FLEXIÓN: 3 ☐		SONIDO: 2 ☐					
		EXTENSIÓN: 2 ☐		NULO: 1 ☐					
		AUSENTE: 1 ☐		TOTAL: ☐					
ESCALA DE GLASGOW PARA EL LACTANTE Y EL NIÑO									
APERTURA OCULAR		RESPUESTA MOTORA		RESPUESTA VERBAL					
ESPONTÁNEA: 4 ☐		MOVIMIENTOS ESPONTÁNEOS: 6 ☐		BALBUCEOS: 5 ☐					
A LA VOZ: 3 ☐		RETIRADA AL TOCAR: 5 ☐		LLANTO IRRITABLE E CONSOLABLE: 4 ☐					
AL DOLOR: 2 ☐		FLEXIÓN ANORMAL: 3 ☐		LLANTO AL DOLOR: 3 ☐					
NINGUNA: 1 ☐		EXTENSIÓN ANORMAL: 2 ☐		QUEJIDOS AL DOLOR: 2 ☐					
		NINGUNA: 1 ☐		AUSENCIA: 1 ☐					
		TOTAL: ☐							

ATENCIÓN EMBARAZO - PARTO											
GESTAS:		PARTOS:		ABORTOS:		CESÁREA:					
F.U.M.:		SEMANA DE GESTACIÓN:				MOVIMIENTO FETAL:					
F.C.F.:		MEMBRANAS ROTAS:				TIEMPO:					
ALTURA UTERINA:		PRESENTACIÓN:				PLANO:					
DILATACIÓN:		BORRAMIENTO:									
SANGRADO VAGINAL:		CONTRACCIONES:									
S.V. Hrs PA FC		PA FC		FR T		Sat 0					
S.V. Hrs PA FC		PA FC		FR T		Sat 0					
diagnóstico:											
ATENCIÓN PERINATAL - PEDIÁTRICO											
DONDE NACIÓ:		PATOLOGÍA DEL EMBARAZO:		PARTO Y PUERPERIO							
EDAD GESTACIONAL AL NACER: semanas		NO ☐ SI ☐		FORCEPS: ☐							
MENOR DE 37 SEMANAS: ☐				CESÁREA: ☐							
MAYOR A 41 SEMANAS: ☐				PODOLICA: ☐							
PESO AL NACER: g		TALLA: cm		PERÍMETRO CEF: cm		APGAR: 1º ☐		5º ☐			
NINGUNA:		ICTERICIA:				H.I.V. ☐					
MALFORMACIONES:		INFECCIÓN ADQUIRIDA:									
INFECCIÓN CONGÉNITA:		PROBLEMAS NEUROLÓGICOS:									
PATOLOGÍA RESPIRATORIA:											
OTROS:		VACUNAS COMPLETAS:									
PROCEDIMIENTOS REALIZADOS											
O2 ☐		COLLARIN CERVICAL ☐		FERIAS ☐							
VÍA ☐		TABLA RÍGIDA ☐		TRACCIÓN ☐							
SOLUCIÓN ☐		CHALECO ESTRICCIÓN ☐		SNG ☐							
IV ☐											
MANEJO DE VÍA AÉREA											
MANEJO DE LA VENTILACIÓN											
MANEJO DE LA CIRCULACIÓN											
LÍQUIDOS ENDOVENOSOS											
FÁRMACOS											
INMOVILIZACIÓN											
DIAGNÓSTICO FINAL											
OBSERVACIONES											
RESPONSABLE EMISOR			RESPONSABLE RECEP- TOR			PACIENTE/FAMILIAR RESPONSABLE			RECHAZO TRASLADO		
FIRMA Y SEL- LO			FIRMA Y SELLO			FIRMA Y SELLO					

Estos formularios tienen un original y sus copias correspondientes este documento debe contar con los mismos datos llenados, firmas y sello del médico y sello del establecimiento.

1. Original, para el Establecimiento de Salud Receptor-Expediente Clínico.
2. Copia 1, Para el Establecimiento de Salud que realiza la referencia
3. Expediente Clínico.
4. Copia 2, para el Establecimiento de Salud Receptor- Comité de Referencia, Transferencia y Contrarreferencia.

4.6. **Tiempo de Validez.**

- El tiempo de validez del formulario de Referencia por Emergencia y/o Urgencias tendrá una vigencia de 24 horas.
- El tiempo de validez del formulario de Referencia por Consulta Externa tendrá una vigencia de 07 días hábiles.
- El tiempo de validez del formulario de Referencia para diagnóstico y/o tratamiento oncológico por consulta externa, tendrá una vigencia de 30 días hábiles.

CAPITULO 5.

CONTROL

El control a la aplicación de la Norma Nacional de Referencia, Transferencia y Contrarreferencia se realiza a través del monitoreo, supervisión y evaluación del Sistema de Referencia, Transferencia y Contrarreferencia involucrando a la comunidad y autoridades locales Municipales, Departamentales y Nacionales.

5.1. MONITOREO.

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

El Ministerio de Salud y Deportes, Centros Coordinadores de Emergencias en Salud, Servicios Departamentales de Salud-SEDES, Coordinación de las Redes, los Comités de Referencia, Transferencia y Contrarreferencia, el Responsable Municipal de Salud y los Responsables de los Establecimientos de Salud, serán las instancias encargadas del control y funcionamiento del componente de Referencia, Transferencia y Contrarreferencia en los diferentes niveles de atención, para ser posteriormente evaluados en los Comités de Análisis de la Información (CAI).

5.2. SUPERVISIÓN.

Se realiza periódicamente (trimestral, semestral, anual), por personal experto en procesos de Referencia, Transferencia y Contrarreferencia, que tenga dominio de la norma y sus instrumentos. La supervisión puede concluir en un compromiso de gestión.

Cada una de las instancias mencionadas para el monitoreo, también son responsables de la supervisión de la capacitación 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, transferencia y contrarreferencia, 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, transferencia y la contrarreferencia, acorde a los protocolos de atención.

5.3. EVALUACIÓN.

Es una actividad de control que verifica los resultados propuestos y el 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, Transferencia y Contrarreferencia, CAI,

ASIS. Se realizará comparando indicadores del inicio y final de la gestión para establecer conclusiones y recomendaciones las mismas que servirán para una posterior retroalimentación.

A continuación, se presentan indicadores que al ser medurados podrán evidenciar el aporte de cada una de las actividades a la consecución de los objetivos específicos del Sistema de Referencia, Transferencia y Contrarreferencia.

5.4. INDICADORES.

Los indicadores planteados responden a la contribución para el logro de los objetivos específicos, el Comité de Referencia, Transferencia y Contrarreferencia determinará la necesidad, en caso necesario, de 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 Ministerio de Salud y Deportes.

OBJETIVOS	INDICADOR	NUMERADOR	DENOMINADOR	Factor Multiplicador	UTILIDAD	PERIODICIDAD DEL ANALISIS
Seguimiento a la capacidad de Gestión y mecanismos de control para un adecuado funcionamiento del Centro Coordinador de Emergencias en Salud.	Porcentaje de referencias prehospitalarias e interhospitalarias coordinadas	Número de referencias coordinadas	Número de casos	x 100	Medir la capacidad de respuesta a la emergencia y su conducta para la toma de decisiones	Trimestral
	Porcentaje de referencia de patología prevalentes	Número de casos según patología referida	Número de referencias	x 100	Medir la capacidad de respuesta a la emergencia y su conducta para la toma de decisiones	trimestral
	Mortalidad por demora en referencias coordinadas	Número de defunciones según tiempo de respuesta en la coordinación.	Número de defunciones	x100	Medir la capacidad de respuesta a la emergencia y su conducta para la toma de decisiones	Trimestral
	Mortalidad en el traslado de pacientes referidos o transferidos en ambulancia	Número de defunciones	Número de pacientes referidos o transferidos en ambulancia	x 100	Medir la capacidad de respuesta a la emergencia y su conducta para la toma de decisiones	Trimestral
Fortalecer la capacidad de gestión, participación comunitaria, movilización social y mecanismos de control para un adecuado funcionamiento del sistema de Referencia, Transferencia y Contrarreferencia entre todos los niveles de atención, medicina tradicional y otros prestadores.	Porcentaje de cumplimiento de reuniones del Comité de Referencia, Transferencia y Contrarreferencia al año (Mínimo dos veces al año).	Número de reuniones del Comité de Referencia, Transferencia y Contrarreferencia realizadas.	Número de reuniones del Comité de Referencia, Transferencia y Contrarreferencia 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 de salud 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 preautelando la salud del o los pacientes.	Anual

OBJETIVOS	INDICADOR	NUMERADOR	DENOMINADOR	Factor Multiplicador	UTILIDAD	PERIODICIDAD DEL ANALISIS
Implementar los procesos operativos del Sistema de Referencia, Transferencia y Contrarreferencia de manera ADECUADA, JUSTIFICADA y OPORTUNA para contribuir a la solución del problema de salud del paciente, familia y entorno.	Porcentaje de Referencias, Transferencias ADECUADAS recibidas. (Valor aceptable: > 80%).	Número de referencias, Transferencias con manejo adecuado de pacientes.	Número total de referencias Transferencias recibidas.	X 100	Mide las referencias, Transferencias que cumplieron con los procedimientos y protocolos de atención.	Anual
	Porcentaje de referencias, Transferencias OPORTUNAS recibidas. (Valor aceptable: > 80%).	Número de referencias, Transferencias oportunas.	Número total de referencias, transferencias recibidas.	X 100	Mide las referencias, Transferencias de pacientes que llegaron a tiempo al establecimiento receptor desde el establecimiento de origen analizando las demoras.	Anual
	Porcentaje de Referencias, Transferencia JUSTIFICADAS recibidas. (Valor aceptable: > 80%).	Número de referencias, Transferencias justificadas.	Número total de referencias, Transferencias recibidas.	X 100	Mide la Justificación de la referencias, Transferencias del establecimiento de origen en el establecimiento de receptor.	Anual
Garantizar la continuidad de la atención de pacientes hasta la resolución de su problema de salud en la Red Funcional de Servicios en los diferentes niveles de atención.	Porcentaje de referencias, transferencias respecto al total de consultas. (Valor aceptable: 5-10%).	Número total de referencias, Transferencias realizadas.	Número total de Consultas.	X 100	Estima la capacidad resolutoria del establecimiento que realiza la referencia, Transferencia.	Anual
	Porcentaje de referencias, Transferencia por Servicio. (Valor aceptable: 5-10%).	Número total de referencias, Transferencia realizadas por servicio.	Número total de Consultas por servicio.	X 100	Estima las capacidades resolutorias específicas por cada servicio en el establecimiento que realiza la referencia.	Mensual
	Porcentaje de referencias, transferencias recibidas.	Número de referencias, Transferencias recibidas.	Número total de Consultas.	X 100	Mide el funcionamiento de la referencia recibida respecto a las consultas.	Mensual
	Porcentaje de Contrarreferencia realizadas.	Número de contrarreferencia realizadas.	Número de Contrarreferencias recibidas.	X 100		

BIBLIOGRAFÍA.

1. Asociación Brasileira de Normas Técnicas. Reglas para estructura y redacción de Documentos técnicos ABNT. Rio de Janeiro: ABNT; 2007.
2. Decreto Supremo N° 28562, del 8 de agosto del 2005, Reglamentario del Ejercicio Profesional Médico.
3. Decreto Supremo N° 29601, del 11 de junio 2011, Nuevo Modelo de Atención y Gestión en Salud (SAFCI).
4. Ley N° 031, del 19 de julio de 2010, Marco de Autonomías y Descentralización “Andrés Bólvarez”.
5. Ley N° 475, del 30 de diciembre de 2013, Prestaciones de Servicios de Salud Integral, artículo 3, y artículo 7, parágrafo IV.
6. Ley N° 004, del 31 de marzo 2010, Lucha Contra la Corrupción Marcelo Quiroga Santa Cruz.
7. Ley N° 1178, del 16 de septiembre de 1997, Administración y Control Gubernamental.
8. Ley N° 602, del 14 de noviembre de 2014, Gestión de Riesgos.
9. Manual del Sistema de Referencia y Contrarreferencia del Sistema Único de Salud. SEDES Santa Cruz, 2006.
10. 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.
11. Nicolás González N, Martínez F, Ureta C, Alonso S. Protocolo de triaje o Recepción, Acogida y Clasificación (RAC) en Urgencias
12. Niveles de atención y estructuración urbano rural de las redes de servicio. Foro Abierto de Políticas de Salud. OPS / OMS. 2005.
13. Norma Técnica de Referencia y Contrarreferencia. Ministerio de Salud. Dirección Superior del Ministerio de Salud. Nicaragua, junio 2011.
14. Norma técnica para el manejo del expediente clínico N° 64. La Paz Bolivia; 2008.
15. Redes de servicios y redes sociales para el desarrollo de la salud materna y neonatal. UNAP. MSyPS. Ed. El Gráfico. 200.
16. Resolución Ministerial N° 0039, del 30 de enero 2013, Norma Nacional Referencia y Contrarreferencia, Caracterización de establecimientos de Primer nivel y Caracterización de Hospitales de Segundo nivel.
17. Resolución Ministerial N° 1036, del 21 de noviembre 2008, Norma Nacional Red Municipal SAFCI y Red de Servicios.
18. Rovere M. Planificación Estratégica de Recursos Humanos en Salud. 2ª. Edición. OPS/OMS Washington DC. 2005.
19. 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
20. SEPEAP (Sociedad española de pediatría extrahospitalaria atención primaria) Vol. 17 (1) Oct 2013.
21. Ministerio de Salud de España. Reglamento para el transporte asistido de pacientes por vía terrestre. 2005.

ANEXO EDITORIAL.**VALIDACION NACIONAL:**

Profesionales que participaron en la validación de la Actualización de la Norma de la Norma de Referencia y Contrarreferencia.

SEDES Chuquisaca.

- Jhonny Camacho Borja - Médico Epidemiólogo Hosp. San Pedro Claver
- Mirko Jhon Lazo Rojas - Médico CCES-D
- Oscar Marcelo Valdivia Scott - Jefe de Servicio De Emergencias H.S.B.

SEDES Beni.

- Dra. Lina Marcela Siles Chávez - Jefe De La Unidad De Planificación SEDES Beni
- Dr. Pablo Andrés - Médico Especialista Emergenciólogo
- Dra. Celing Martha Calle Flores - Resp. CCES-D Beni

SEDES Potosí.

- Mirko Giovanni Pozzo Jaldin - Responsable Comité de Referencia y Contrarreferencia
- Jorge Pablo Velarde Torrico - Encargado Área de Emergencias en Salud SEDES Potosí
- Olker Hebert Araujo - Encargado Área de Gestión De Hospitales

SEDES Pando.

- José R. Alvarado G. - Jefe de Gabinete
- Dra. Sandra Villacorta Tapia - Resp. Referencia y Contrarreferencia

SEDES Tarija

- Paul Castellanos Zamora - Director Técnico Sedes Tarija
- María Paola Iñiguez Cortez - Responsable SEMAT
- María Virginia Ibarra Mancilla - Responsable Departamento Mejora Continua

SEDES Cochabamba.

- Carlos E. Romero - Médico De Planta C.S Pacata
- Rolando Percy Flores Mercado - Resp. Sub Unidad de Gestión Municipal y Redes - SEDES
- Daniel Chávez – Tec 1 Centro Coordinador De Emergencias En Salud Dptal.

SEDES Oruro.

- Franz David Lopez Colque - Responsable de Referencia y Contrarreferencia
- Ramiro Chura Chaparro - Coordinador Departamental de Redes
- Luis Gonzalo Gutiérrez Valda - Responsable Unidades de Servicios

SEDES La Paz.

- Tania Milenca Rocha Tapia - Representación del Director Técnico
- Mary Trinidad Troche Quispe - Responsable del Comité de Referencia y Contrarreferencia
- Víctor Hugo Jiménez Velasco - Hospital de Tercer Nivel

SEDES Santa Cruz.

- Dra. Aida Aguilera – Directora Técnica SEDES a.i.
- Dra. Lilian Brun - Hospital de Niños Dr. Mario Ortiz Suarez
- Dra. Carmen I. Banegas Rojas - Hospital Municipal Plan 3000

- Dra. Viviana Ticona Condori - Hospital Municipal Villa 1ro de Mayo
- Dr. Miguel Herrera Michel- Hospital Municipal Francés
- Dra. Liliana Chumacero Millan - Gerencia Red Este Salud
- Dra. Jhovana Isnado Fernandez - Hospital Municipal Bajío del Oriente
- Dr. Donald Languidey Ardaya - Red de Salud Este
- Dr. Ricardo Chávez Arteaga - Red de Salud Centro
- Dra. Aleida Tania Prieto Muñoz - Responsable Referencia CREF HMPBP
- Dra. María Elena Hoyos Cassazola - SEDES Santa Cruz-Responsable Área Referencia y Contrareferencia
- Dr. Ervin Valverde Arroyo - SEDES Responsable CRUED
- Dra. Carla Daniela Urquidi Villarroel - Red de Salud Sur
- Dra. María Rene Arevalo Garvizú - Red Sur- Epidemiología
- Dr. Carlos Fernando García Mercado - Hospital Bajío del Oriente
- Dra. Claudia Cecilia Burela Vilar - Hospital Oncológico
- Dr. Daniel Mauricio Andia Tapia - Responsable Referencia Red Norte

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 institución)

