



MINISTERIO DE SALUD
Y DEPORTES

NORMA NACIONAL DE REFERENCIA Y RETORNO



Movilizados por el Derecho a la Salud y la Vida

Serie: Documentos Técnico – Normativos

LA PAZ — BOLIVIA

2008



MINISTERIO DE SALUD Y
DEPORTES

NORMA NACIONAL DE REFERENCIA Y RETORNO

“Movilizados por el Derecho a la Salud y la Vida”

Documentos Técnico – Normativos

LA PAZ – BOLIVIA

PUBLICACIÓN
104

<p>BO WA546 M665n No.104 2008</p>	<p>Bolivia. Ministerio de Salud y Deportes. Dirección General de Servicios de Salud. Unidad de Servicios de Salud y Calidad. Norma Nacional de Referencia y Retorno./Ministerio de Salud y Deportes; Mary Elizabeth Tejerina Ortiz; Jenny Soto Villalta; Omar Flores Velasco; María Cecilia Delgadillo Arcienega; Carla Marquez Cabezas; Yuko Hiramatsu Yoshida. Coaut. La Paz : Abbase, 2008.</p> <p>52p. : tab. (Serie: Documentos Técnico-Normativos No.104)</p> <p>ISBN: 978-99905-972-1-9</p>
	<p>I. NORMAS BASICAS DE ATENCION A LA SALUD II. SALUD FAMILIAR COMUNITARIA INTERCULTURAL III. MODELO DE ATENCION IV. BOLIVIA 1. t. 2. Tejerina Ortiz, Mary Elizabeth; Soto Villalta, Jenny; Flores Velasco, Omar; Delgadillo Arcienega, María Cecilia; Marquez Cabezas, Carla; Hiramatsu Yoshida, Yuko Coaut. 3. Serie</p>

NORMA NACIONAL DE REFERENCIA Y RETORNO

Depósito legal: 4-1-2741-08

ISBN: 978-99905-972-1-9

Autores:

Dra. Mary Elizabeth Tejerina Ortiz
Dra. Jenny Soto Villalta
Dr. Omar Flores Velasco

Dra. María Cecilia Delgadillo Arcienega
Dra. Carla Marquez Cabezas
Dra. Yuko Hiramatsu Yoshida

Contribución y Revisión Técnica

Dr. Igor Pardo Zapata
Dra. Jackeline Reyes Maldonado
Dra. Yuko Hiramatsu Yoshida
Dr. Renato Yucra Lizarasu

Dr. Gabriel Elias Gutierrez
Dra. Libeth Mendoza
Lic. Mabel Rivero
Dr. Reynaldo Aguilar

Edición

Dr. Juan Alberto Nogales Rocabado
Dra. Mary Tejerina Ortiz
Dr. Omar Flores Velasco

Dr. Igor Pardo Zapata
Dra. Jenny Soto Villalta
Dra. Jackeline Reyes Maldonado

La Paz, Área Redes, Unidad de Servicios de Salud y Calidad, Dirección de General de Salud, Ministerio de Salud y Deportes. 2008.

Documento impreso con el financiamiento de la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo — AECID a través del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo — PNUD

Esta publicación es propiedad del Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia. Se autoriza su reproducción total o parcial, a condición de citar la fuente y la propiedad

IMPRESO EN BOLIVIA
ABBASE LTDA. 222-1639

AUTORIDADES NACIONALES

Dr. Ramiro Tapia Sainz
MINISTRO DE SALUD Y DEPORTES

Dr. Juan Alberto Nogales Rocabado
VICEMINISTRO DE SALUD

Dr. Emilio Cusi Alvarez
**VICEMINISTRO DE MEDICINA
TRADICIONAL E INTERCULTURALIDAD**

Dr. Miguel Aguilar Egüez
VICEMINISTRO DE DEPORTES

Dr. Igor Pardo Zapata
DIRECTOR GENERAL DE SALUD

Dra. Jackeline Reyes Maldonado
JEFE UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD Y CALIDAD

ÍNDICE

	Págs.
PRESENTACIÓN	7
RESOLUCIÓN MINISTERIAL	9
ABREVIATURAS	11
INTRODUCCIÓN	13
CAPITULO I ASPECTOS FUNDAMENTALES	15
I.1 ANTECEDENTES	15
I.2 SALUD FAMILIAR COMUNITARIA INTERCULTURAL	15
A. Modelo de Atención	16
B. Modelo de Gestión Participativa y Control Social en Salud	18
I.3 MARCO LEGAL	18
I.4 ASPECTOS CONCEPTUALES	18
CAPITULO II REGLAS DEL COMPONENTE DE REFERENCIA Y RETORNO	21
CAPITULO III COMPONENTE DE REFERENCIA Y RETORNO	25
III.1 DEFINICIÓN	25
III.2 OBJETIVO GENERAL	25
III.3 OBJETIVOS ESPECIFICOS	25
III.4 ESTRUCTURA OPERATIVA DE LA REFERENCIA Y RETORNO	25
III.5 INDICADORES	27
A. Indicadores para establecimientos que refieren pacientes	27
B. Indicadores para establecimientos que reciben pacientes referidos	27
C. Indicadores para pacientes referidos por la comunidad	28
CAPITULO IV FUNCIONAMIENTO DEL COMPONENTE DE REFERENCIA Y RETORNO	29
IV.1 REQUISITOS	29
A. ORGANIZACIÓN DE LA RED DE SERVICIOS Y DE LA RED MUNICIPAL SAFCI	29
B. CARACTERÍSTICAS DE LA ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD	29
C. CRITERIOS DE LA REFERENCIA Y RETORNO	30
a) Toma de decisiones	30
b) Selección del establecimiento para la referencia	31
c) Destino del paciente referido	31
D. PROCEDIMIENTOS ESPECIFICOS DE LA REFERENCIA Y EL RETORNO	31

a)	De la Referencia desde el Centro/Puesto SAFCI o Centro SAFCI con camas (Establecimiento de Salud de Primer Nivel)	31
b)	De la Referencia desde un establecimiento de segundo nivel	32
c)	De la Referencia Comunitaria	32
d)	Del Retorno al establecimiento de Salud de origen	32
e)	Del Retorno Comunitario	33
IV.2	FINANCIAMIENTO	33
CAPITULO V	SUBCOMPONENTES	35
V.1	SUBCOMPONENTE DE INFORMACIÓN	35
A.	REGISTRO	35
B.	TECNOLOGÍA INFORMÁTICA	35
V.2	SUBCOMPONENTE LOGÍSTICO	36
A.	COMUNICACIÓN	36
B.	ISOCRONAS	36
C.	TRANSPORTE	36
D.	OXÍGENO	36
E.	INSUMOS	36
V.3	SUBCOMPONENTE DE CAPACITACIÓN	36
A.	RESPONSABILIDAD DE LA CAPACITACIÓN	37
B.	CONTENIDO DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN	37
C.	PERSONAL QUE DEBE CAPACITARSE	37
D.	FACILITADORES O CAPACITADORES	37
E.	METODOLOGIA	37
F.	MATERIALES	37
V.4	SUBCOMPONENTE DE CONTROL	38
A.	MONITOREO	38
B.	SUPERVISIÓN	38
C.	EVALUACIÓN	38
BIBLIOGRAFIA	39
ANEXOS	41
ANEXO 1 -	FORMULARIO N° 1 - REFERENCIA	43
ANEXO 2 -	FORMULARIO N° 2 - RETORNO	45
ANEXO 3 -	FORMULARIO N° 3 - BOLETA DE REFERENCIA Y RETORNO COMUNITARIO	47
ANEXO 4 -	FORMULARIO N° 4 - REGISTRO MENSUAL DE PACIENTES DE REFERENCIA Y RETORNO	49
ANEXO 5 -	FORMULARIO N° 5 - REGISTRO MENSUAL DE DIAGNOSTICO DE REFERENCIA Y RETORNO	50
ANEXO 6 -	FORMULARIO N° 6 - REGISTRO TRIMESTRAL DE CASOS DEL SISTEMA DE REFERENCIA Y RETORNO	51

PRESENTACION

La Salud Familiar Comunitaria Intercultural se basa, para su operacionalización en la Red de Servicios y la Red Municipal SAFCI cuyo fin es lograr el Vivir Bien de las personas, las familias y las comunidades de Bolivia. El funcionamiento de la Red de Servicios se hace patente en el momento en que se requiere la interrelación de los establecimientos de salud, y es en este momento en la referencia y el Retorno se constituye en el componente vital que permite al sistema responder en forma efectiva para la solución del problema de salud del paciente, que incide en su familia comunidad y entorno.

Rescatando lo planteado en la Norma Nacional de la Red Municipal SAFCI y la Red de Servicios y analizando en forma objetiva lo sucedido hasta el presente en cuanto a la referencia de pacientes, se puede colegir que se requiere algo más que infraestructura, equipamiento e insumos. Se requiere un cambio en la conceptualización de lo que son las redes, entendiendo que son redes de personas, en el que se desarrolla un lenguaje de vínculos, donde las redes no son elementos homogéneos de sistemas, antes bien. Permiten imaginar heterogeneidades organizadas, exigiendo la generación de vínculos solidarios entre sus elementos constituyentes.

Con este preámbulo, la presente Norma Nacional de Referencia y Retorno, llena un vacío y el Ministerio de Salud y Deportes asume su rol rector en cuanto a su responsabilidad exclusiva de regulación y solicita a todos los actores de la Salud Familiar Comunitaria Intercultural su aplicación en todos los niveles e instancias que tiene que ver con el quehacer en salud en nuestro país.


Dr. Ramiro Tapia Sainz
MINISTRO DE SALUD Y DEPORTES



Resolución Ministerial **Nº 1036**

21 NOV. 2008

VISTOS Y CONSIDERANDO:

Que, el Art. 158° de la Constitución Política del Estado, en concordancia con el Art. 2° del Código de Salud de la República de Bolivia; establece que la salud es un bien de interés público y que el estado tiene la obligación de defender el capital humano protegiendo la salud del individuo, la familia y la población en general y garantiza el ejercicio de derechos sin distinción de edad, raza, sexo o condición económica;

Que, el Art. 3 del Código de Salud, establece que es atribución del Poder Ejecutivo a través del Ministerio de Salud y Deportes, definir las políticas nacionales de salud, normar, planificar, controlar y coordinar todas las actividades en todo el territorio nacional en instituciones públicas y privadas sin excepción alguna;

Que, la Ley de Organización del Poder Ejecutivo N° 3351 de 21 de febrero de 2006, establece las atribuciones y responsabilidades del Ministerio de Salud y Deportes, respecto a regular, planificar, controlar y conducir el Sistema Nacional de Salud;

Que, mediante Cite: MSyD/USSyC/RS/0195/08 de 10 de noviembre del presente año, la Jefa de la Unidad de Servicios de Salud y Calidad, solicita al Viceministro de Salud, la emisión de una resolución ministerial aprobando los tres documentos que adjunta en medio magnético;

Que, mediante Nota Interna N° 4205 de fecha 10 de noviembre de 2008, el Viceministro de Salud, instruye a la Dirección General de Asuntos Jurídicos la emisión de Resolución Ministerial aprobando la Norma Nacional de Red Municipal SAFCI y Red de Servicios; Norma Nacional de Caracterización de los Establecimientos de Salud de Primer Nivel y la Norma Nacional de Referencia y Retorno;

Por tanto; El señor Ministro de Salud y Deportes con las atribuciones conferidas por Ley N° 3351 de 21 de febrero de 2006 de Organización del Poder Ejecutivo;

RESUELVE:


ARTICULO PRIMERO.- Aprobar y poner en vigencia los tres (3) documentos que se detallan:

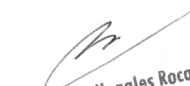
- ❖ Norma Nacional de Red Municipal SAFCI y Red de Servicios.
- ❖ Norma Nacional de Caracterización de los Establecimientos de Salud de Primer Nivel.
- ❖ Norma Nacional de Referencia y Retorno.


ARTICULO SEGUNDO.- Es parte indisoluble de esta Resolución Ministerial, la Norma Nacional de Red Municipal SAFCI y Red de Servicios; Norma Nacional de Caracterización de los Establecimientos de Salud de Primer Nivel y la Norma Nacional de Referencia y Retorno.

La Unidad de Servicios de Salud y Calidad, queda encargada del cumplimiento de la presente Resolución.

Regístrese, comuníquese y archívese.


Dr. Fernando Villarroel Espindola
DIRECTOR GENERAL DE
ASUNTOS JURIDICOS
MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES


Dr. Juan A. Nogales Rocabado
VICEMINISTRO DE SALUD
MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES


Dr. Ramiro Tapia Galz
MINISTRO DE SALUD
Y DEPORTES

/MLV.

ABREVIATURAS:

AIEPI:	Atención de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia
CNIDAI:	Comité Nacional de Integración Docente Asistencial e Investigación
CONE :	Cuidados Obstétricos y Neonatales Esenciales
CONEm :	Cuidados Obstétricos y Neonatales de Emergencia
DILOS:	Directorio Local de Salud
EDA:	Enfermedad Diarreica Aguda
D.S.:	Decreto Supremo
FONE:	Funciones Obstétricas y Neonatales Esenciales
INE:	Instituto Nacional de Estadísticas
IRA:	Infección Respiratoria Aguda
LOPE:	Ley de Organización del Poder Ejecutivo
MSyD:	Ministerio de Salud y Deportes
MSyPS:	Ministerio de Salud y Previsión Social
OMS:	Organización Mundial de la Salud
OPS:	Organización Panamericana de la Salud
PAI:	Programa Ampliado de Inmunizaciones
PDS:	Plan de Desarrollo Sectorial
POA:	Plan Operativo Anual
PDM:	Planes de Desarrollo Municipal
RS:	Resolución Suprema
RCS	Responsables Comunitarios de Salud
RR. HH.:	Recursos Humanos
SAFCI:	“Salud Familiar Comunitaria Intercultural”
SEDES:	Servicio Departamental de Salud
SNIS:	Sistema Nacional de Información en Salud
SUS:	Sistema Único de Salud
SU SALUD:	Seguro Universal de Salud
TGN:	Tesoro General de la Nación

NORMA NACIONAL DE REFERENCIA Y RETORNO

INTRODUCCION

La Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI) focaliza su atención en las personas, las familias, la comunidad y el rol de los determinantes de la salud, por lo que la respuesta del Sistema de Salud debe estar a la altura de este enfoque, se operacionaliza, desde el punto de vista institucional, a través de las redes de salud, compuestas por la Red Municipal SAFCI, cuya concepción es territorial y la Red de Servicios que es funcional y se activa cuando se hace necesario garantizar la capacidad resolutiva del sistema. Es en este momento que se visualiza al componente de Referencia y Retorno, en toda su magnitud, ya que su propósito es lograr que la persona y su familia resuelvan su problema.

La decisión de referir a otro establecimiento de mayor capacidad resolutiva puede salvar la vida de la persona, por lo que 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.

Por lo expuesto, el Ministerio de Salud y Deportes, como instancia rectora del sector, regula mediante la presente Norma Nacional de Referencia y el Retorno, para que al mejorar la capacidad resolutiva de la Red de Servicios y la Red Municipal SAFCI, se contribuya a resolver el problema de salud de la persona, dentro del continuo de la atención.

CAPITULO I

ASPECTOS FUNDAMENTALES

I.1 ANTECEDENTES.

A comienzos de la década de los 80 se produce uno de los cambios más importantes del Sistema de Salud, se implementa en Bolivia, como consecuencia de la Declaración de Alma Ata, la estrategia de la Atención Primaria de Salud que con la implementación del Plan Integral de Actividades en Áreas de 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 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.

Al implementarse los seguros públicos de protección a la madre y al niño se diseñaron instrumentos de referencia y contrarreferencia (Ej. Formulario N° 3 de referencia y contrarreferencia del Seguro Básico de Salud) que eran parte del manejo administrativo de los mismos.

Entre los antecedentes más recientes relacionados al funcionamiento del componente de Referencia y Retorno, se encuentran el Estudio de Base (junio – agosto 2004) y la implementación de un Plan Piloto (noviembre 2004 a enero 2005) del Sistema de Referencia y Contrarreferencia desarrollado por SEDES Santa Cruz, para el municipio de la ciudad de Santa Cruz de la Sierra. Las conclusiones del estudio se refieren a tres aspectos, personas, equipo de salud y establecimiento de salud. En relación a las personas se encontró que el índice de autorreferencia era alto y que el seguro público (SUMI) incrementó la demanda de atención; en cuanto al equipo de salud se encontró que su función orientadora es fundamental para que la referencia culmine con éxito; y en cuanto al establecimiento de salud se encontró que si éste cambiaría sus condiciones de atención, tales como la aplicación de protocolos y la accesibilidad al transporte de personas, disminuirían las referencias injustificadas y la autorreferencia.

Otro antecedente importante es la conformación de los Comités de Referencia y Contrarreferencia en los hospitales de La Paz, aunque no se realizaron estudios que permitan evaluar su funcionamiento.

I.2. SALUD FAMILIAR COMUNITARIA INTERCULTURAL

La Salud Familiar Comunitaria Intercultural considera a la salud como un derecho fundamental de bolivianas y bolivianos, constituyéndose en la nueva forma de pensar, comprender y hacer la salud; vincula, involucra y articula el equipo de salud, a la persona, a la familia, a la comunidad y sus organizaciones en los ámbitos de atención y gestión participativa y control social en salud, mediante la promoción de la salud, la prevención y tratamiento de la enfermedad y rehabilitación; revaloriza, articula y complementa las medicinas existentes en el país (particularmente las medicinas originarias, indígenas, campesinas) tanto en la atención como en su interacción, mediante la aceptación, respeto y valoración de los sentires, conocimientos y prácticas.

En este contexto se define **salud** como un proceso de equilibrio armónico, biopsicosocial, cultural y espiritual de la persona consigo misma y su entorno, es decir con su familia, su comunidad o barrio y la naturaleza.

La **salud familiar** está determinada por factores socioeconómicos, culturales, así como por condicionantes ambientales, biológicas, genéticas, psicológicas y de relaciones interpersonales, que se definen a escala micro social en el contexto del hogar.

Cumple una función social en el desarrollo armónico de sus integrantes, afronta constructivamente las crisis en determinado contexto social, cultural y económico de su existencia. Como resultado de esa capacidad, en un momento determinado de su desarrollo, puede verse como producto de la multicausalidad recíproca entre las condiciones materiales de existencia, los procesos evolutivos, funcionales y estructurales de la vida familiar, dentro los cuales está inmersa la salud de los integrantes y del grupo. Se expresa en el modo particular en que la familia provee el consumo simple y ampliado como potenciadora de salud.

La **salud familiar comunitaria** se entiende como una política pública que busca incidir sobre factores determinantes y condicionantes de la salud que prioriza las familias y las comunidades, desarrollando su accionar en base a decisiones en corresponsabilidad con los servicios de salud y otros actores.

Por tanto la **acción comunitaria** establece la importancia de las relaciones de reciprocidad y redistribución de los bienes de consumo y la carga de trabajo colectivo en las comunidades. Esta práctica de reciprocidad nace al interior de las culturas andino-amazónicas, se consolida en una familia y se perenniza en el quehacer cotidiano de las mismas. Esta dimensión nos lleva a valorar el trabajo comunitario por su acción centrada en la “solidaridad” y en el proceso productivo orientado al mejoramiento de la calidad de vida de las familias y de los pueblos. Para mantener ello se deben mejorar las relaciones de producción a través de la creación de una economía solidaria y comunitaria, poniendo en práctica tecnologías que posibiliten la sostenibilidad y la armonía con la naturaleza, generando conocimiento mediante la dimensión científica que exige compromisos para investigar en profundidad, los sentires, conocimientos y prácticas ancestrales de las culturas originarias.

Los principios de la SAFCI son integralidad, participación comunitaria, intersectorialidad e interculturalidad. La promoción de la salud se constituye en la estrategia base de su implementación, así como la Carpeta Familiar que es el instrumento esencial, para establecer la situación de las determinantes de la salud de la familia y la comunidad en el área de influencia del establecimiento de salud.

Por disposición del Decreto Supremo N° 29601 se establece que la Salud Familiar Comunitaria Intercultural – SAFCI- se operacionaliza mediante el Modelo de Atención y el Modelo de Gestión Participativa y Control Social en Salud.

A. MODELO DE ATENCIÓN

El **Modelo de Atención** está organizado en redes de salud que a su vez están compuestas por:

- **La Red Municipal de Salud Familiar Comunitaria Intercultural (Red Municipal SAFCI)** establecida en el Municipio con territorio y población propios, conformada básicamente por establecimientos de primer nivel, aunque puede contar en su territorio con hospitales de segundo y tercer nivel. Funciona bajo la conducción del Directorio local de Salud – DILOS- y tiene como ejecutor al Responsable Municipal SAFCI que forma parte del equipo del Coordinador de la Red de Servicios. Se la reconoce como la estructura orgánica operativa

de la Salud Familiar Comunitaria Intercultural, SAFCI, constituida por todos los recursos comunitarios e institucionales, que contribuyen a mejorar el nivel de salud de las familias de su área de influencia y fundamentadas en las necesidades de las mismas.

- **La Red de Servicios de Salud** es el conjunto de establecimientos de salud de primer, segundo y tercer nivel que pertenecen a los subsistemas público, cajas de salud de los seguros a corto plazo y privado con o sin fines de lucro, que pueden pertenecer a uno o varios municipios, articulados y complementados con la medicina indígena originaria campesina y a la estructura social en salud¹, con el fin de garantizar la capacidad resolutive de la red, puede trascender límites municipales y/o departamentales.
- **El Establecimiento de Salud** que es la unidad funcional básica de la prestación de servicios de salud, tiene tres categorías:
 - Establecimiento de salud del Primer Nivel: Centro/Puesto SAFCI, Centro SAFCI con camas, policlínicos y policonsultorios SAFCI.
 - Establecimientos de salud del segundo nivel: Hospital de Segundo Nivel.
 - Establecimientos de salud del Tercer Nivel: Hospitales Generales, Hospitales especializados e Institutos.

En cuanto a la atención es necesario resaltar lo siguiente:

- El ingreso al sistema se realiza a través de los establecimientos de primer nivel, exclusivamente, salvo en casos de emergencia o urgencia.
- La complementación con la Medicina Tradicional permite realizar acciones de intercambio saberes y haceres de la comunidad para preservar su salud; está representada principalmente por prácticas ancestrales de autocuidado, por parteras y médicos tradicionales que tienen distintas denominaciones de acuerdo al pueblo originario al que pertenecen.
- La Norma Nacional de Caracterización de Establecimientos presenta las características de los recursos, organización y funciones de estos establecimientos.
- La atención en salud se ejecuta dentro y fuera de los establecimientos de salud pertenecientes a tres niveles que se distinguen por su capacidad resolutive:
 - Primer Nivel: puerta de entrada al sistema de atención de salud, sus principales funciones son la promoción de la salud, prevención y tratamiento de la enfermedad y rehabilitación, centrado en las personas, familias y comunidades en base a los principios de integralidad, participación comunitaria, intersectorialidad e interculturalidad. Sus establecimientos de salud son el Centro/Puesto SAFCI, el Centro SAFCI con camas, el Policlínico SAFCI y Policonsultorios/Consultorio SAFCI, que se complementan y articulan con la medicina tradicional.
 - Segundo Nivel: corresponde a la modalidad de atención de mayor capacidad resolutive que el anterior, incluye hospitalización, cuenta con la atención de especialidades básicas (medicina interna, cirugía, pediatría, ginecología-obstetricia y anestesiología, en algunos casos traumatología). Su unidad operativa es el Hospital de Segundo Nivel.
 - Tercer Nivel: corresponde a hospitales generales, hospitales de especialidades e institutos, en todas las especialidades y subespecialidades.

Los hospitales de tercer y segundo nivel son complementarios a los establecimientos de salud del primer nivel, debiendo existir continuidad en la atención, sin sobre posiciones ni paralelismos

¹ De los 327 municipios del país, solo 8 cuentan con hospitales de II y III nivel de atención (capitales de Departamento, la excepción es Cobija, capital del Departamento de Pando) y solo 74 municipios rurales cuentan con hospitales de II nivel de atención.

en su accionar, logrando la fluidez en el manejo de los personas y de la información. Cada nivel es responsable de sus propias decisiones, coordinando el seguimiento y el retorno de las personas al establecimiento de salud de origen.

En relación a la referencia de pacientes de urgencia, es primordial su estabilización previa al traslado, además de asegurar el acompañamiento con un integrante del equipo de salud calificado hasta concretar la referencia. Se debe prever los recursos necesarios en el POA para efectivizar las referencias (combustible, mantenimiento del transporte, estipendio y otros).

B. MODELO DE GESTIÓN PARTICIPATIVA Y CONTROL SOCIAL EN SALUD

El Modelo de Gestión Participativa y Control Social en Salud fortalece la participación social efectiva para la toma de decisiones, reconociendo como estructura social a la Autoridad Local de Salud, el Comité Local de Salud, el Consejo Social Municipal de Salud, el Consejo Social Departamental de Salud y el Consejo Social Nacional de Salud.²

En el marco de la intersectorialidad se reconocen como instancias de diálogo, consulta, coordinación de acuerdos y consensos para la toma de decisiones a los Espacios de Deliberación: Asamblea Nacional de Salud, Asamblea Departamental de Salud, Mesa Municipal de Salud, Asambleas locales, Ampliados, Reuniones, Juntas, Cumbres, Cabildos.

I.3. MARCO LEGAL.

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

- Decreto Supremo N° 29601 que en el párrafo II del artículo 10 del capítulo II Estructura de la Red de Salud, indica “Según la atención requerida el responsable de la misma podrá realizar la referencia y retorno de un nivel a otro, siendo la puerta de ingreso a la Red de Servicios el establecimiento de Primer Nivel. La atención de emergencias y urgencias serán la excepción”
- Ley N° 2426 establece que “la Red de Servicios de Salud está conformada por los establecimientos de salud de primer, segundo y tercer nivel de acuerdo a criterios de accesibilidad y resolución”.
- Decreto Supremo N° 26875 define que el acceso de la población a la red de servicios de salud se realiza mediante establecimientos de salud del primer nivel y estos refieren al paciente a establecimientos de segundo y tercer nivel; solo en caso de emergencia comprobada, el paciente puede acceder directamente al segundo o tercer nivel.
- Resolución Ministerial N° 0736, que establece regulaciones relacionadas a las prestaciones y gestión del Seguro Universal Materno Infantil, uso de instrumentos como el Formulario N° 6 de Referencia y Contrarreferencia y el Formulario N° 7 de Registro de Traslado de Emergencia; además que para el transporte, el establecimiento de origen que refiere al paciente cubrirá los costos de traslado por vía terrestre (referencia y contrarreferencia), con cargo a la Cuenta Municipal de Salud — SUMI, ya sea en un vehículo del establecimiento de salud (ambulancia) o transporte público.

I.4. ASPECTOS CONCEPTUALES.

Norma Nacional de Referencia y Retorno: es el instrumento normativo que regula el componente de Referencia y Retorno.

2 Norma Nacional de Red Municipal SAFCI y Red de Servicios

Componente de Referencia y Retorno: es el conjunto de mecanismos con que se articulan y complementan los diferentes establecimientos de salud de la Red Municipal SAFCI, la Red de Servicios y las instancias comunitarias, a fin de garantizar la resolución del problema de salud de la persona y su familia.

Criterio de Referencia: son los argumentos o parámetros, incluidos en los Protocolos de Atención del Sistema Único de Salud Familiar Comunitaria Intercultural y la Guía de Atención con Procedimiento Interculturales de la Medicina Tradicional, que orientan para la referencia/retorno de un paciente.

Referencia: es la remisión del paciente por una de las instancias de la Red Municipal SAFCI y de la Red de Servicios (establecimiento de salud, medicina tradicional, defensorías, etc.) de un establecimiento de salud de menor capacidad resolutive, a un establecimiento de mayor capacidad resolutive con el objeto de salvar su vida o solucionar su problema de salud. La instancia que refiere tiene la responsabilidad de realizar el seguimiento respectivo, asegurando su retorno.

Capacidad resolutive: es el conjunto de acciones y servicios que realiza el establecimiento de salud, con el propósito de solucionar la causa por la que asiste el paciente.

Referencia adecuada: es aquella cuyo formato ha sido llenado de manera adecuada (pertinente, legible y datos completos), se ajusta a los criterios de referencia de los Protocolos de Atención del Sistema Único de Salud Familiar Comunitaria Intercultural, de la Guía de Atención con Procedimiento Interculturales de la Medicina Tradicional y se realiza coordinando con el establecimiento receptor.

Referencia con carácter de urgencia: cuando el caso que se refiere requiere de atención inmediata y de mayor capacidad resolutive, debe considerarse una prioridad de la atención médica y la estabilización previa al traslado es primordial.

Referencia no urgente: cuando el caso que se refiere no requiere de una atención inmediata (casos de consulta externa).

Retorno: es la acción consistente en un informe escrito de la valoración y el tratamiento realizados, así como resultados, indicaciones y recomendaciones que debe realizar el establecimiento de salud que recibió al paciente, con el objeto de que éste continúe con la atención en el establecimiento de salud de origen.

Retorno adecuado: es el procedimiento de retorno que el establecimiento que recibió al paciente realiza para facilitar su seguimiento en el establecimiento de origen. Este procedimiento debe estar registrado adecuadamente, de forma legible y con datos completos en los instrumentos ya establecidos en la norma.

Interconsulta: es la solicitud de parte de un profesional del establecimiento de salud a otros profesionales o unidades de atención de otro establecimiento de salud de mayor capacidad resolutive, para la confirmación diagnóstica y/o implementación de medidas terapéuticas.

Traslado: son las diferentes acciones realizadas para trasladar a uno o varios pacientes de un establecimiento de menor capacidad resolutive a otro de mayor capacidad resolutive o viceversa. Para efectos de la presente norma se considera el sinónimo de **transferencia**. Se debe prever los recursos necesarios en el POA para efectivizar las mismas (combustible, mantenimiento del transporte, estipendio y otros).

Establecimiento receptor: es el establecimiento de mayor capacidad resolutive que recibe al paciente referido de otro establecimiento.

Establecimiento referente: es el establecimiento de menor capacidad resolutive que refiere pacientes a otro establecimiento de mayor capacidad resolutive.

Autorreferencia: Cuando el paciente acude directamente a un establecimiento de mayor capacidad resolutive en búsqueda de la solución a su problema.

CAPITULO II

REGLAS DEL COMPONENTE DE REFERENCIA Y RETORNO

- II.1. La presente Norma Nacional es de obligatorio cumplimiento en todos los establecimientos de los diferentes subsistemas de salud que forman parte de la Red Municipal SAFCI y de la Red de Servicios.
- II.2. Todos los establecimientos de salud, públicos, de las cajas de salud y privados deben garantizar la atención de emergencia conforme su capacidad resolutive, con independencia de la capacidad de pago del paciente. Los establecimientos no deben imponer, crear barreras o impedir el acceso a la población que requiera esta clase de servicio.
- II.3. La Unidad de Servicios de Salud y Calidad del Ministerio de Salud y Deportes es la instancia encargada de regular, monitorizar, supervisar y evaluar la organización y el funcionamiento del Componente de Referencia y Retorno en los Servicios Departamentales de Salud.
- II.4. Los Servicios Departamentales de Salud son responsables del cumplimiento y aplicación de la presente norma en los establecimientos de las Redes Municipales SAFCI y las Redes de Servicios, mediante el seguimiento, la supervisión capacitante y la evaluación.
- II.5. El Ejecutivo de los Gobiernos Municipales es el responsable de garantizar los recursos (recursos humanos, infraestructura, equipamiento e insumos) para el cumplimiento de la presente norma.
- II.6. Los Directores y/o Responsables de los establecimientos de salud conjuntamente los Comités de Referencia y Retorno de los Hospitales y de la Red de Servicios son los que tienen la responsabilidad del seguimiento y evaluación del cumplimiento de la Norma Nacional de Referencia y Retorno.
- II.7. Los procedimientos de referencia deben efectuarse de manera inmediata y oportuna cuando no haya capacidad resolutive suficiente en un establecimiento de salud.
- II.8. Todo paciente referido debe ser aceptado en el establecimiento receptor, independientemente de errores en el procedimiento de referencia.
- II.9. A todo proceso de referencia debe corresponder otro de retorno.
- II.10. Todo el equipo de salud debe conocer los servicios que otorga su establecimiento, así como tener definido cual es el establecimiento de salud de referencia apropiado para el problema del paciente, respetando la Red de Servicios y considerando que las redes son "redes de personas".
- II.11. Los Coordinadores de las Redes de Servicios y los Responsables Municipales SAFCI deben estimular la referencia y retorno comunitarios (con médicos tradicionales, parteras, responsables comunitarios de salud y otros), proporcionando toda información disponible sobre las características de atención de la Red de Servicios y de la Red Municipal SAFCI.
- II.12. La Autoridad Local de Salud, el Comité Local de Salud, el Consejo Social Municipal de Salud son los responsables de la gestión ante sus representados para garantizar el correcto cumplimiento de la presente norma.

- II.13. En el proceso de traslado durante la referencia de personas atendidas en situación de emergencia, se debe aplicar las disposiciones de la norma técnica respectiva, priorizando acciones de estabilización del paciente previas al traslado.
- II.14. El equipo de salud del establecimiento debe conocer y aplicar los procedimientos y protocolos de atención según su capacidad resolutive, agotando todos los medios para la valoración y tratamiento, antes de realizar la referencia. Una vez decidida ésta, debe ser registrada con datos completos y letra legible en el Expediente Clínico, la Carpeta Familiar, los formularios de Referencia y Retorno, los formularios de Consolidación Mensual y Clasificación de la Referencia. Este procedimiento debe repetirse en cada uno de los establecimientos por los que pasa el paciente.
- II.15. Es responsabilidad del establecimiento de salud de origen realizar el trámite de referencia ante el establecimiento de mayor capacidad resolutive.
- II.16. El médico, o en su ausencia, otro integrante del equipo de salud que sea el responsable de la referencia del paciente tiene la obligación de informar correctamente, sobre las causas de la referencia, el procedimiento y gestiones, al paciente, su acompañante y en el caso de pacientes pediátricos, a los padres o al tutor, para contar con su consentimiento.
- II.17. El médico tratante, del establecimiento de salud que reciba al paciente, debe informar en forma detallada y con adecuación cultural sobre los procesos, procedimientos y evolución del paciente, cuantas veces lo requiera el mismo, sus familiares o tutores.
- II.18. Los pacientes detectados en la comunidad por el responsable comunitario de salud, médicos tradicionales o parteras son referidos al establecimiento de primer nivel de su área de influencia.
- II.19. Los equipos móviles SAFCI deben referir a los pacientes detectados en la comunidad al establecimiento de primer nivel, más cercano, en caso de emergencia deben referir al de la capacidad resolutive que corresponda.
- II.20. Toda persona enferma o con problemas de salud que desea ser atendida, debe acudir en primer lugar al establecimiento o instancia de salud de primer nivel (Centro/Puesto SAFCI, Centro SAFCI con camas, equipo móvil SAFCI, Responsable Comunitario de Salud) más cercano a su domicilio.
- II.21. Si la enfermedad o problema de salud que presenta el paciente necesita mayor capacidad resolutive, debe ser referido a un establecimiento de salud que, según el caso, pertenezca:
- Al mismo primer nivel, pero que cuenta con recursos de mayor capacidad resolutive en cuanto a servicios complementarios de diagnóstico.
 - Al segundo o tercer nivel.
- III.22. Para el retorno del paciente a su establecimiento de origen, una vez concluido los procedimientos en el establecimiento de referencia, éste debe cumplir con el procedimiento de retorno, para lo que debe llenar los instrumentos con letra legible y datos completos. Para ello la orientación y las recomendaciones deben ser claramente explicadas al paciente y su familia, además de documentarlas en los formularios mencionados, enviando los originales al establecimiento de salud de origen, dejando copias en el expediente clínico del paciente.
- II.23. Los pacientes que van directamente a los establecimientos de segundo o tercer nivel deben ser retornados al establecimiento de salud de primer nivel que le corresponda, siguiendo el procedimiento respectivo.
- II.24. El responsable del establecimiento y el profesional del área social, son los responsables de realizar el seguimiento tanto de los pacientes referidos como de los que retornan.

- II.25. La omisión de cuidados de atención a las personas referidas de parte del profesional de salud, se considera una falta grave, y como tal, debe ser sancionada según normativa vigente.
- II.26. El equipo de salud de todo establecimiento de salud, debe llevar el registro de las referencias y retornos realizados y recibidos aplicando los formularios respectivos, utilizando los indicadores presentados en esta norma para el monitoreo y evaluación de este componente, cuyos resultados servirán como insumos de retroalimentación. Esta actividad debe ser ejecutada tanto por el Responsable Municipal SAFCI como por el Coordinador de la Red de Servicios.
- II.27. El Responsable Comunitario de Salud, la partera o el médico tradicional, una vez detecte o sea consultado en la comunidad, por alguna persona que necesite atención inmediata, debe realizar la respectiva referencia llenando el formulario disponible para esta acción.
- II.28. Cuando el Responsable Comunitario de Salud detecte un caso con síntomas o signos asociados a enfermedades sujetas a Vigilancia Epidemiológica Comunitaria y el paciente rechace la referencia, debe informar al establecimiento de salud llevando o enviando la Boleta de Referencia y Retorno Comunitaria para activar el sistema de vigilancia institucional.
- II.29. Los Formularios de la presente Norma son de uso obligatorio para todos los componentes de la atención integral en salud realizada por los establecimientos de los tres niveles que pertenecen al Sistema Único de Salud familiar Comunitaria Intercultural (subsistemas público, cajas de salud de los seguros a corto plazo, privado con y sin fines de lucro). No deben existir instrumentos elaborados por programas, proyectos, etc.
- II.30. Este componente se debe medir en base a los indicadores presentados en el Cap. III acápite III.5 de la presente Norma, esta actividad está a cargo del Responsable del Establecimiento de Salud, del Responsable Municipal SAFCI y del Coordinador de la Red de Servicios.

CAPITULO III

COMPONENTE DE REFERENCIA Y RETORNO

III.1 DEFINICIÓN

El Componente de Referencia y Retorno es el conjunto de actividades y tareas desarrolladas por el equipo de salud de las instancias y establecimientos de salud de los tres niveles del Modelo de Atención, cuando se requiere la atención a un paciente en estado crítico (urgencia o emergencia) o para completar sus exámenes complementarios o para tratamiento de mayor capacidad resolutiva.

Por excelencia es el componente que articula los establecimientos de salud de los tres niveles, incluyendo a las instancias pertinentes de la comunidad, para contribuir a la solución del problema de salud del paciente.

III.2 OBJETIVO GENERAL

Contribuir a la solución del problema de salud del paciente, su familia y su entorno mediante la acción articulada de los establecimientos de salud de la Red Servicios y Red Municipal SAFCI, bajo los criterios de continuidad, oportunidad, integridad, integralidad, interculturalidad, eficiencia y eficacia.

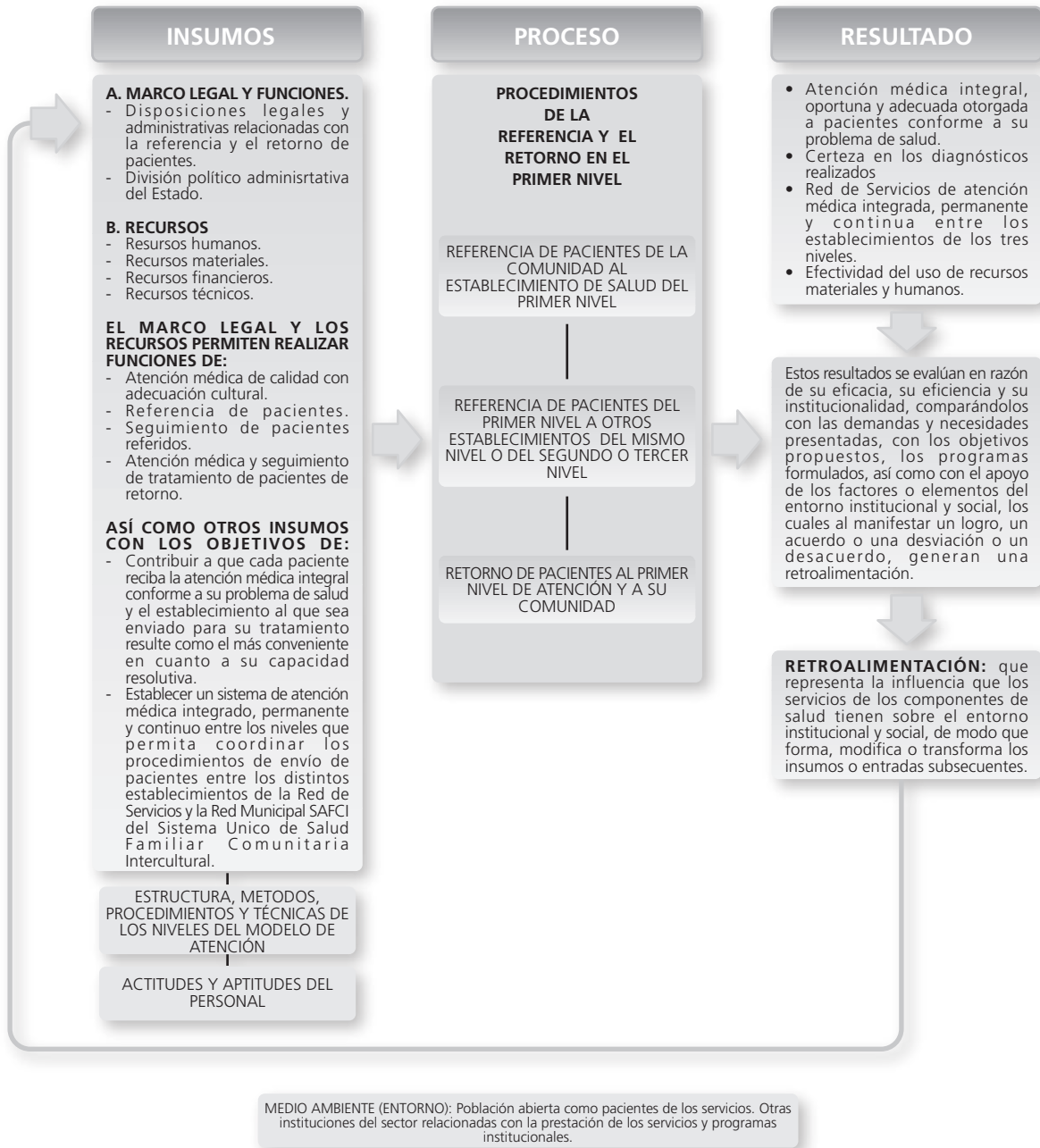
III.3 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Difundir los alcances, objetivos y contenido de la Norma Nacional de Referencia y Retorno al equipo de salud personal de salud y a la población.
- Lograr que la referencia realizada sea justificada, adecuada y oportuna para beneficio del paciente, su familia y su comunidad.
- Lograr la operacionalización adecuada de los procedimientos y el uso correcto de los instrumentos de la Norma Nacional de Referencia y Retorno.
- Mantener la continuidad de la atención del paciente en la Red de Servicios y la Red Municipal SAFCI.
- Promover la interrelación del personal de salud de los establecimientos de los distintos niveles para favorecer el desarrollo de actitudes de reciprocidad, solidaridad y confianza.
- Establecer los mecanismos de control para la retroalimentación del componente.
- Facilitar la complementariedad y articulación entre la medicina académica y la medicina tradicional.
- Consolidar la capacidad efectiva de los subcomponentes de Referencia y Retorno.

III.4 ESTRUCTURA OPERATIVA DE LA REFERENCIA Y EL RETORNO

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

CUADRO N° 1
SISTEMA OPERATIVO DE LA REFERENCIA Y EL RETORNO*



* Modificado del Manual de procedimientos para la operación del Sistema de Referencia y Contrarreferencia en las unidades médicas del primer nivel de atención del Instituto de Salud del Estado de México. Nov. 2005

III.5. INDICADORES.

A. INDICADORES PARA ESTABLECIMIENTOS QUE REFIEREN PACIENTES.

INDICADOR	MEDICION	UTILIDAD
Porcentaje de referencias respecto al total de consultas por unidad de tiempo: $\frac{\text{Número Total de Referencias realizadas}}{\text{Número Total de Consultas}} \times 100$	Mensual	Estima la capacidad resolutive del establecimiento que realiza la referencia. Valor aceptable: 5-10%
Porcentaje de Referencias por Servicio*: $\frac{\text{Número de Referencias realizadas por Servicio}}{\text{Número Total de Referencias realizadas}} \times 100$ <p><small>*Medicina Interna, Ginecoobstetricia, Pediatría, Cirugía, Odontología, etc.</small></p>	Mensual	Estima las capacidades resolutivas específicas por servicios en el establecimiento que realiza la referencia.
Porcentaje de Referencias entre establecimientos de primer nivel de atención: $\frac{\text{Número de Referencias realizadas a otro E.S.* primer. Nivel}}{\text{Número Total de Referencias realizadas}} \times 100$	Mensual	Mide la capacidad resolutive dentro el primer nivel.
Porcentaje de Retornos recibidos: $\frac{\text{Número de Retornos recibidos}}{\text{Número Total de Referencias realizadas}} \times 100$	Mensual	Mide la efectividad del CRYR en el establecimiento que refiere y del establecimiento receptor. Valor aceptable: 65%
Porcentaje de Retornos recibidos por Servicio*: $\frac{\text{Número de Retornos recibidos por Servicio}}{\text{Número Total de Referencias realizadas por servicio}} \times 100$ <p><small>*Medicina Interna, Ginecoobstetricia, Pediatría, Cirugía, Odontología, etc.</small></p>	Mensual	Mide el cumplimiento de los retornos adecuados que realizan las unidades especializadas de los establecimientos de salud receptores

*E.S. = Establecimiento de Salud

**CRYR = Componente de Referencia y Retorno.

B. INDICADORES PARA ESTABLECIMIENTOS QUE RECIBEN PACIENTES REFERIDOS.

INDICADOR	MEDICION	UTILIDAD
Porcentaje de Referencias recibidas: $\frac{\text{Número de Referencias Recibidas}}{\text{Número Total de Atenciones Consulta Externa y Emergencias}} \times 100$	Mensual	Mide el funcionamiento de la Referencia y el Retorno Contrarreferencia. (Mide la Mensual calidad de cumplimiento en la cadena de Referencia)
Porcentaje de Referencias recibidas por Servicio*: $\frac{\text{Número de Referencias recibidas por Servicio}}{\text{Número Total de Referencias recibidas}} \times 100$ <p><small>*Medicina Interna, Ginecoobstetricia, Pediatría, Cirugía Odontología, etc.</small></p>	Mensual	Estimación de la efectividad del CRYR por Servicios en el establecimiento receptor.
Porcentaje de Referencias Justificadas recibidas: $\frac{\text{Número de Referencias Justificadas}}{\text{Número Total de Referencias Recibidas}} \times 100$	Mensual	Mide la justificación de la Referencia del establecimiento de origen en el establecimiento de receptor. Valor aceptable: > 80%
Porcentaje de Referencias Adecuadas recibidas: $\frac{\text{Número de Referencias Adecuadas}}{\text{Número Total de Referencias Recibidas}} \times 100$	Mensual	Mide la Referencia que no cumplió con los procedimientos y protocolos de atención. Valor aceptable: < 20%.
Porcentaje de Referencias Oportunas recibidas: $\frac{\text{Número de Referencias Oportunas}}{\text{Número Total de Referencias Recibidas}} \times 100$	Mensual	Mide la Referencia de pacientes que llegaron a tiempo al establecimiento receptor desde el establecimiento de origen. Valor aceptable: >80%

<p>Porcentaje de Retornos realizados:</p> <p>Número de Retornos realizados _____ x 100 Número de Referencias recibidas</p>	Mensual	Determina la efectividad del CRyR en el establecimiento de referencia receptor (Mide la calidad de cumplimiento en la cadena. Valor aceptable: > 80%.
<p>Porcentaje de Retornos realizados por Servicios*:</p> <p>Número de Retornos realizados por servicios _____ x 100 Número de Referencias recibidas por servicios *Medicina Interna, Ginecobstetricia, Pediatría, Cirugía Odontología, etc. .</p>	Mensual	Estima la efectividad del CRyR por Servicios en el establecimiento receptor.
<p>Grado de Concordancia Diagnóstica:</p> <p>Número de Referencias por Diagnóstico _____ x 100 Número de Retornos por Diagnostico Considerar los diagnósticos más frecuentes en el establecimiento que realiza la referencia</p>	Mensual	Mide la calidad de la Referencia del establecimiento de Origen

C. INDICADORES PARA PACIENTES REFERIDOS POR LA COMUNIDAD

INDICADOR	MEDICION	UTILIDAD
<p>Porcentaje de referencias recibidas realizadas por la Comunidad*:</p> <p>Número Total de Referencias recibidas realizadas por la comunidad _____ x 100 Número Total de Consultas (*) Responsable Comunitario de salud, médico tradicional, Partera.</p>	Mensual	Estima la capacidad de la Comunidad para realizar referencias a su establecimiento de salud. Valor aceptable: 5-10%.
<p>Número de Referencias recibidas de la Comunidad:</p> <p>Número Total de Referencias recibidas realizadas por la comunidad Resueltas en el establecimiento de salud _____ x 100 Número Total de Referencias recibidas realizadas por la comunidad</p>	Mensual	Estima la capacidad resolutive del establecimiento de salud que recibió la referencia de la comunidad.
<p>Porcentaje de Retorno realizado a la Comunidad:</p> <p>Número de Retornos realizados a la comunidad _____ x 100 Número Total de Referencias recibidas</p>	Mensual	Mide la efectividad del CRyR en la comunidad y el establecimiento de salud.

CAPITULO IV

FUNCIONAMIENTO DE LA REFERENCIA Y RETORNO

IV.1 REQUISITOS.

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

- A. Organización de la Red de Servicios y de la Red Municipal SAFCI.
- B. Características de la atención de salud.
- C. Criterios de referencia y retorno.
- D. Procedimientos específicos de la Referencia y Retorno.

A. ORGANIZACIÓN DE LA RED DE SERVICIOS Y DE LA RED MUNICIPAL SAFCI.

La Red de Servicios y la Red Municipal SAFCI del Sistema Unico de Salud Familiar Comunitaria Intercultural están conformadas por un conjunto de establecimientos de salud, que corresponden a diferentes capacidades resolutivas, además de pertenecer a los distintos subsistemas (público, cajas de salud de los seguros a corto plazo, privado con y sin fines de lucro).

El Equipo de Salud de cada uno de los establecimientos de los tres niveles, en el marco de la **gestión participativa y control social en salud**, es el responsable de realizar las acciones de referencia y retorno de pacientes.

El Coordinador de la Red de Servicios y el Responsable Municipal SAFCI, conjuntamente la estructura social de salud, están a cargo tanto del cumplimiento como del seguimiento y evaluación de la Norma Nacional de Referencia y Retorno.

B. CARACTERÍSTICAS DE LA ATENCIÓN DE SALUD

El acceso al Sistema Nacional de Salud se inicia en:

- Establecimientos de primer nivel: Centro/Puesto SAFCI y Centro SAFCI con camas.
- Equipos Móviles de Salud
- Responsables Comunitarios de Salud.
- Médicos tradicionales, parteras y otros.

Los establecimientos de salud de la Red de Servicios y de la Red Municipal SAFCI deben:

- Facilitar su acceso geográfico, cultural, económico y de horarios.³
- Poseer la capacidad resolutiva para los problemas de salud prevalentes de las personas, familias y comunidades de su jurisdicción.
- Disponer del componente de Referencia y Retorno en forma oportuna y adecuada, bajo las siguientes características:

3 En relación al horario los establecimientos de salud deben atender a las personal familias y comunidades en horarios consensuados con la Autoridad Local de Salud, el Comité Local de Salud. El horario de atención debe publicarse para conocimiento de la población de

- **Continuidad:** asegurando al paciente el seguimiento personalizado de su problema de salud hasta su solución, integrando acciones promocionales, preventivas y asistenciales,
- **Integralidad:** considerando al paciente como una persona que es parte de una familia y de una comunidad interrelacionada con el entorno y que para solucionar su problema de salud se debe tener en cuenta el equilibrio bio psico social, cultural y espiritual en todo el ciclo de vida de la misma.
- **Efectividad:** que considera la infraestructura, equipamiento, insumos, capacidad tecnológica y capacidad técnica de los recursos humanos, que brindan una atención con adecuación intercultural y de calidad, complementándose y articulándose con la medicina tradicional

C. CRITERIOS DE LA REFERENCIA Y RETORNO.

Para la referencia del paciente se tienen los siguientes criterios:

a) Toma de decisiones:

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

- Cuando se requiere mayor información para establecer el diagnóstico preciso y para ello se necesita mayor tecnología o especialidad.
- Cuando el tratamiento que necesita el paciente tiene especificidades que superan el nivel de atención del establecimiento.

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



Fuente: Elaboración USS y C

b) Selección del establecimiento para la referencia.

Se toman en cuenta los siguientes criterios:

• **Capacidad Resolutiva:**

El establecimiento de salud al que el paciente es referido debe tener la capacidad para resolver el motivo de la referencia.

• **Accesibilidad:**

El establecimiento de salud elegido para la referencia debe ser el más cercano y accesible a través de vías de comunicación y transporte convencionales (ambulancia y transporte especial) y el equipo de salud debe asegurarse que el paciente y su acompañante han comprendido el procedimiento.

• **Oportunidad:**

El paciente debe ser referido en el momento que lo establezcan los protocolos de atención.

• **Rapidez:**

Una vez tomada la decisión los procedimientos para efectivizar la referencia deben ser ágiles.

• **Control en el traslado:**

El establecimiento de salud debe tener las vías más adecuadas para hacer el seguimiento de la referencia hasta que el paciente se encuentre en el establecimiento de destino.

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

c) Destino del Paciente Referido.

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

- **Servicio de Emergencia o Urgencia:** El paciente es referido a un servicio de emergencia o urgencia, cuando su estado general es de gravedad, con riesgo de perder la vida o con la posibilidad de quedar con secuelas invalidantes, por lo que requiere estabilización de sus signos vitales previamente al traslado.
- **Servicios ambulatorios:** El paciente es referido a la consulta externa de otro establecimiento, cuando su problema de salud requiere de exámenes complementarios o procedimientos de mayor tecnología o tratamiento especializado o interconsulta.
- **Otros destinos:** son las unidades nutricionales, de rehabilitación, servicios legales como Defensorías de la Niñez y la Mujer, etc., de acuerdo a las necesidades del paciente.

D. PROCEDIMIENTOS ESPECIFICOS DE LA REFERENCIA Y EL RETORNO.

a) De la Referencia desde el Centro/Puesto SAFCI o Centro SAFCI con camas (Establecimiento de Salud de Primer Nivel).

El médico responsable del establecimiento de salud, o en su ausencia el/la integrante del equipo de salud que lo reemplaza, después de evaluar al paciente y determinar que necesita ser referido, debe explicar al paciente, al familiar o acompañante en forma

sencilla y clara el motivo de la referencia; para lo cual, debe llenar el Formulario N°1 – Referencia (Anexo 1) y referir al paciente con esta documentación.

Cuando el paciente se encuentre en estado crítico debe referirse en forma inmediata, previa estabilización, al establecimiento de segundo o tercer nivel según le corresponda.

Todo el equipo de salud debe conocer los establecimientos de mayor capacidad resolutive de su Red de Servicios y de la Red Municipal SAFCI, tomando en cuenta tecnología y especialidades.

El Coordinador de la Red de Servicios y el Responsable Municipal SAFCI son responsables de informar a los equipos de salud acerca de la capacidad resolutive de cada establecimiento de la Red y debe delegar a uno de los integrantes del equipo de salud para mantener actualizada esta información, así como asegurarse que los equipos de salud tengan conocimiento de la presente norma.

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

Se deben llenar:

- Formulario N°1– Referencia (Anexo 1)
- Formulario N°4– Registro Mensual del Componente de Referencia y Retorno (Anexo 4)
- Formulario N°5– Registro Mensual de Diagnóstico de Referencia Retorno (Anexo 5)
- Formulario N°6– Registro Trimestral de casos de Referencia y Retorno (Anexo 6)

b) De la Referencia desde un establecimiento de segundo nivel.

Cuando una de las unidades de un hospital de segundo nivel ha decidido realizar la referencia de un paciente debe comunicarse previamente con el hospital receptor. Si la referencia es urgente y existen dificultades para la comunicación efectiva, los detalles deben ser descritos en el expediente clínico, en el formulario de referencia y enviar al paciente inmediatamente.

Se deben llenar:

- Formulario N°1– Referencia (Anexo 1)
- Formulario N°4– Registro Mensual del Componente de Referencia y Retorno (Anexo 4)
- Formulario N°5– Registro Mensual de Diagnóstico de Referencia Retorno (Anexo 5)
- Formulario N°6– Registro Trimestral de casos de Referencia y Retorno (Anexo 6)

c) De la Referencia Comunitaria.

Cuando la referencia la realiza el Responsable Comunitario de Salud, médico tradicional, partera u otros debe utilizar el Formulario N°3 –Boleta Comunitaria de Referencia , (Anexo 3).

d) Del Retorno.

Una vez resuelto el problema de salud del paciente referido, el establecimiento receptor lo retorna al establecimiento de origen, siguiendo el procedimiento respectivo, para ello se utiliza el Formulario N°2 –Retorno (Anexo2), que se entrega

al paciente o familiar, explicándoles se presenten, inexcusablemente, con esta documentación al establecimiento de origen.

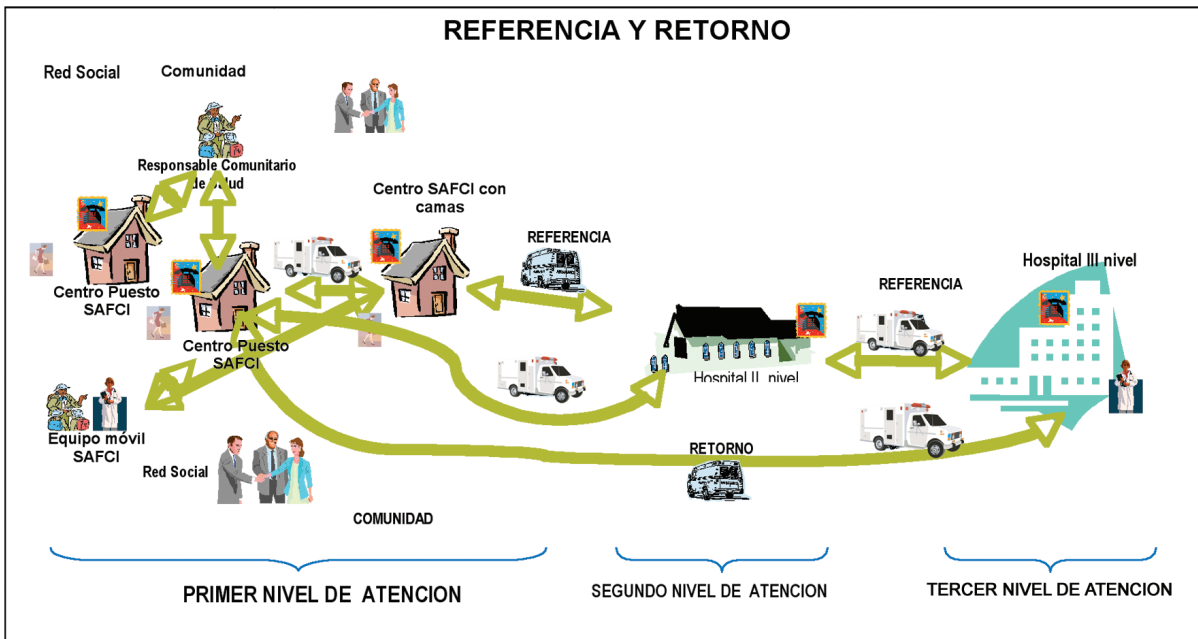
Un informe mensual de referencias y retornos debe entregarse al Coordinador de la Red de Servicios y al Responsable Municipal SAFCI para el seguimiento correspondiente.

Todo retorno debe ser registrado en el Formulario N° 4 -Registro Mensual de Referencia y Retorno, anexo 4 de esta Norma.

e) Del Retorno Comunitario.

Todo caso referido por el Responsable Comunitario de Salud debe contar obligatoriamente con el respectivo Retorno, para lo que se debe llenar el Formulario N° 3 –Boleta de Referencia y Retorno Comunitario (Anexo 3) en forma clara y precisa, consignando el diagnóstico final y las actividades de seguimiento que se debe realizar.

CUADRO N° 3



IV.2 FINANCIAMIENTO

El financiamiento para el funcionamiento del Componente de Referencia y Retorno es proporcionado por:

- El Gobierno Municipal que es responsable de los recursos en cuanto infraestructura, equipamiento (ambulancia, etc.), insumos (papelería, etc.).
- El Gobierno Departamental, que mediante el Servicio Departamental de Salud (SEDES) es responsable de los recursos humanos.

CAPITULO V

SUBCOMPONENTES

Los subcomponentes de la Referencia y Retorno son imprescindibles para lograr que el proceso sea de la más alta calidad.

Los SEDES y los Gobiernos Municipales elaboran, anualmente, un plan para asegurar el equipamiento y los insumos de estos subcomponentes.

V.1 SUBCOMPONENTE DE INFORMACIÓN

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

A. REGISTRO

El registro se realiza en los siguientes documentos:

- i. Expediente Clínico del paciente:** se coloca la correspondiente nota en la que se explica los detalles de la referencia.
- ii. Formulario N° 1 - Referencia:** es llenado por el médico/a o integrante del equipo de salud que refiere al paciente. Anexo 1.
- iii. Formulario N° 2 - Retorno:** es llenado por el médico responsable del tratamiento del paciente. Anexo 2.
- iv. Formulario N° 3 - Boleta Comunitaria de Referencia y Retorno:** es llenado por las instancias comunitarias que realizan la referencia; el retorno es llenado por el médico del establecimiento de salud una vez resuelto el problema del paciente, enviándolo a su comunidad. Anexo 3.
- v. Formulario N° 4 - Registro Mensual de Referencia y Retorno:** usada por el personal de salud encargado de administrar la información en salud, sirve para realizar seguimiento y control de la calidad del componente de Referencia y Retorno. Anexo 4.
- vi. Formulario N° 5 - Registro Mensual de Diagnósticos de Referencia y Retorno:** usado por el personal encargado de administrar la información en salud, sirve para realizar el seguimiento y el control de la calidad del componente de Referencia y Retorno. Anexo 5.
- vii. Formulario N° 6 - Registro Trimestral de Referencia y Retorno:** usado por el personal de salud encargado de administrar la información en salud, sirve para realizar el seguimiento y el control de la calidad del componente de Referencia y Retorno. Anexo 6.

B. TECNOLOGÍA INFORMÁTICA.

El Sistema Nacional de Información en Salud (SNIS) en sus distintas instancias (local, municipal, departamental y nacional) debe incorporar en el software correspondiente los informes sobre referencia y retorno.

V.2 SUBCOMPONENTE LOGÍSTICO.

A. COMUNICACIÓN

Las características de este subcomponente difieren según la ubicación de los establecimientos de salud. En las ciudades cuenta con líneas telefónicas, líneas de fax, Internet, teléfonos celulares y radios, en tanto que en las poblaciones y comunidades rurales la radiocomunicación es la que existe en todos los establecimientos de salud. Por ello los hospitales de referencia de las ciudades deben contar con radiocomunicación.

Este subcomponente además de coordinar la referencia y el retorno del paciente, facilita las consultas entre los establecimientos de salud.

B. ISOCRONAS.

Es la representación gráfica que incluye mapas, distancias y tiempos de desplazamiento, información primordial para el traslado de pacientes entre establecimientos de salud de la Red Municipal SAFCI y la Red de Servicios, se distinguen tres categorías:

- 1) Entre el Puesto/Centro SAFCI y las comunidades o barrios de su área de influencia.
- 2) Entre establecimientos de salud de un mismo nivel y
- 3) Entre establecimientos del primer nivel y los hospitales de referencia de segundo y tercer nivel.

C. TRANSPORTE.

En las ciudades este subcomponente está centralizado, existe un número piloto de teléfono del servicio de ambulancias para el transporte de los pacientes.

En las poblaciones y comunidades rurales son los municipios los encargados de proveer los insumos y el transporte en ambulancia, para pacientes de emergencia, para ello es importante la actuación del Coordinador de la Red de Servicios y del Responsable Municipal SAFCI. En algunas regiones del país principalmente en las regiones amazónicas se realiza la provisión de lanchas, deslizadores, etc.

La ambulancia está bajo la responsabilidad del Centro SAFCI con camas, su mantenimiento debe estar a cargo del Municipio.

D. OXÍGENO

Este medicamento, es un insumo fundamental, tanto para la estabilización del paciente, como para la atención durante su traslado, los responsables de los establecimientos de salud así como el Responsable Municipal SAFCI deben garantizar su existencia en los establecimientos de salud.

E. INSUMOS

La gestión para la existencia de los insumos necesarios es de responsabilidad tanto del responsable del establecimiento como del Responsable Municipal SAFCI, debiendo encontrarse en situación de disponibilidad inmediata para la atención de la estabilización del paciente y durante su traslado.

V.3 SUBCOMPONENTE DE CAPACITACIÓN

La capacitación de todo el personal en los procedimientos y flujos de la Referencia y Retorno es importante para el éxito de su funcionamiento. Por ello debe ser cuidadosa y participativamente

elaborada y programada, de modo que los actores institucionales y comunitarios se involucren no solo en el desarrollo de la referencia y el retorno de pacientes sino también en el funcionamiento de la Red de Servicios.

A. RESPONSABILIDAD DE LA CAPACITACIÓN.

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

B. CONTENIDO DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN.

El contenido del programa de capacitación se basa en la presente norma, los protocolos de atención, de vigilancia epidemiológica y otros temas que fortalezcan las capacidades de los componentes de los equipos de salud, para mejorar su desempeño.

C. PERSONAL QUE DEBE CAPACITARSE.

COMUNIDAD	ESTABLECIMIENTOS DE PRIMER NIVEL DE ATENCION	HOSPITALES DE REFERENCIA
<ul style="list-style-type: none"> • Organizaciones sociales territoriales. • Estructura social de la Gestión participativa y control social en salud. 	<ul style="list-style-type: none"> • Médicos • Residencia Médica • Internado Rotatorio • Alumnos de Pre-grado • Personal de Enfermería • Personal administrativo 	<ul style="list-style-type: none"> • Médicos • Residencia Médica • Internado Rotatorio • Alumnos de Pre-grado • Personal de enfermería • Personal administrativo

D. FACILITADORES O CAPACITADORES

- Comités de Referencia y Retorno de Hospitales.
- Equipo de Coordinación de la Red de Servicios.
- Responsable Municipal SAFCI.
- Responsables de establecimientos de salud

E. METODOLOGIA

- Teórico práctica respecto a los procedimientos y las normas.
- Visitas de intercambio entre los establecimientos que conforman el componente de Referencia y Retorno.
- Supervisión capacitante.

F. MATERIALES

- Norma Nacional de Referencia y Retorno.
- Norma Nacional Red Municipal SAFCI.
- Norma Nacional de Caracterización de Establecimientos de Salud de Primer Nivel.

- Formularios e Instructivos para el llenado de los instrumentos de la Referencia y Retorno.
- Equipo audiovisual.
- Mobiliario

V.4 SUBCOMPONENTE DE CONTROL

A. MONITOREO

Las instancias de Coordinación de la Red de Servicios, Responsable Municipal SAFCI, responsables de establecimientos de salud, la Unidad de Redes de los SEDES y la Unidad de Servicios de Salud y Calidad del Ministerios de Salud y Deportes son los responsables del control del funcionamiento del componente de Referencia y Retorno en los diferentes niveles de atención, para ello eligen los indicadores de proceso que se van a monitorear. Para ello se eligen los indicadores de proceso que se van a monitorear y evaluar este componente en los Comités de Análisis de la Información (CAI).

B. SUPERVISIÓN

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

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

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

Los temas de la supervisión serán: organización, flujo de Referencia y Retorno, difusión y conocimiento de normas, capacitación, gestión logística, manejo del sistema de información y registro, sistema de comunicación y transporte; en el área asistencial la oportunidad y pertinencia de la Referencia y el Retorno y el cumplimiento de las normas y protocolos de atención.

38

C. EVALUACIÓN

La evaluación debe realizarse en todos y cada uno de los niveles de atención y de gestión, en las reuniones de análisis de la situación de salud (CAI, ASIS), Comités de Referencia y Retorno de los Hospitales y de las Redes de Salud, en base a los indicadores. Se realizarán comparando indicadores de resultado del diagnóstico con los obtenidos al final de la gestión para establecer conclusiones y recomendaciones para la retroalimentación.

Estas actividades deben estar consignadas en los Programas Operativos Anuales.

BIBLIOGRAFIA.

1. Plan de Desarrollo Sectorial. 2006 a 2011. Ministerio de Salud y Deportes. 2007.
2. Salud Familiar Comunitaria Intercultural. Serie Documentos técnicos Normativos. Pub. 4. MSyD. 2007.
3. Plan Nacional de Desarrollo. Ministerio de Planificación y Desarrollo. Bolivia. 2006.
4. Norma Técnica para la Referencia y la Contrarreferencia. Ministerio de Salud, Nicaragua, UNICEF, 2006.
5. Rovere M. Redes de Salud; los grupos; las instituciones; la comunidad 2ª. Edición. Editorial El Agora. 2006.
6. Manual del Sistema de Referencia y Contrarreferencia del Sistema de Salud. SEDES Santa Cruz. 2006
7. Cardona J.M. Programa de Apoyo al Sector de la Higiene y Salud de Base – PROHISABA. BOL/ B7-310/98/245. Asistencia Técnica para la Elaboración de una Herramienta de Planificación y Evaluación de las Redes de Salud. Informe 1ª. Fase: Octubre Diciembre 2006 CREDES / BCEOM. 2006.
8. García J. Sistema de Referencia y Contrarreferencia de Pacientes. <http://graciaserven.blogspot.com/2006/10/sistema-de-referencia-contrarreferencia.html>
9. Kudelka A. Participación Comunitaria y Control Social. Salud Pública Boliviana. N°58. Pág. 85. 2005.
10. Rovere M. Planificación Estratégica de Recursos Humanos en Salud. 2ª. Edición. OPS/OMS. Washington DC. 2005.
11. Niveles de atención y estructuración urbano rural de las redes de servicio. Foro Abierto de Políticas de Salud. OPS / OMS. 2005.
12. Fortalecimiento de Redes de Salud. Guía Técnica de procesos para el desarrollo del Sistema Nacional de Salud. DGS. MSyPS. 2004.
13. Andrade L. Sistema de salud en Brasil: Normas, Gestión y Financiamiento. Ed. UVA. 2002.
14. Redes de servicios y redes sociales para el desarrollo de la salud materna y neonatal. UNAP. MSyPS . Ed. El Gráfico. 2001.
15. Paco R. Perspectivas de la gestión de calidad total en los servicios de salud. Serie Paltex Salud y Sociedad. N° 4. OPS / OMS 2000.
16. Planificación Estratégica en la gestión en salud. Proyecto ACIDI/SCI: Desarrollo de Capacidades para la Reforma de Salud en Bolivia. 2000.
17. Lineamientos Metodológicos para la realización de Análisis Funcionales de las Redes de Servicios de Salud. Serie Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud N° 3.
18. Sansó F., Propuesta de Modelo de Referencia y Contrarreferencia en el Sistema de Salud Cubano. Rev. Cubana Med. Gen. Integr, 15:613-20, 1999
19. Vaughan P. Morrow R. Salud Comunitaria. Ed. Latinoamericana. 1997.

LEYES y DECRETOS SUPREMOS.

Ley N° 1178 SAFCO

Ley N° 1551 Participación Popular

Ley N° 1654 Descentralización Administrativa

Ley N° 3323 Seguro de Salud para el Adulto Mayor

D.S. N° 28968 Reglamento del Seguro de Salud para el Adulto Mayor

D.S. N° 29601 Salud Familiar Comunitaria Intercultural.

ANEXOS

**ANEXO 1
FORMULARIO Nº1
REFERENCIA**

ESTABLECIMIENTO DEL QUE SE REFIERE	
NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO.....	
UBICACIÓN.....	RED MUNICIPAL SAFCI.....
RED DE SERVICIOS.....	FECHA..... HORA.....
SE CONTACTO AL ESTABLECIMIENTO.....	
NOMBRE DE LA PERSONA CONTACTADA.....	
FICHA DE IDENTIFICACION	
NOMBRE DEL PACIENTE.....	
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO
DOMICILIO.....	
EDAD: años..... meses..... SEXO M() F()	
DATOS CLINICOS	SIG. VITALES: F.C..... F.R..... T.A..... TEMP.....
RESUMEN.....	
RESULTADOS EXAMENES COMPLEMENTARIOS DE DIAGNOSTICO.....	
TRATAMIENTO INICIAL.....	
DIAGNÓSTICOS	
a).....	
b).....	
NOMBRE Y CARGO DE QUIEN ENVÍA AL PACIENTE:	RESPONSABLE DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD QUE REFIERE
_____	_____
FIRMA _____	FIRMA _____
MOTIVO DE REFERENCIA	
INTERCONSULTA..... ESTUDIO DE GABINETE..... ESTUDIO DE LABORATORIO..... TRATAMIENTO.....	
OTROS.....	
FECHA DE ENVÍO..... HORA DE ENVÍO.....	
ACOMPAÑADO POR.....	
NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD RECEPTOR..... NIVEL.....	
NOMBRE Y CARGO DE QUIEN RECIBE AL PACIENTE.....	
FECHA DE RECEPCIÓN..... HORA DE RECEPCIÓN.....	
MEDICO TRATANTE	RESPONSABLE DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD RECEPTOR
_____	_____
NOMBRE Y FIRMA	NOMBRE Y FIRMA

ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE

ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE

NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO. Anotar el nombre del Establecimiento del que se refiere al paciente.

UBICACIÓN: Anotar la dirección exacta de dicho establecimiento

RED MUNICIPAL SAFCI: Anotar nombre de la Red Municipal SAFCI al que pertenece el establecimiento de salud referente.

RED DE SERVICIOS: Anotar nombre o código de la Red de Servicios al que pertenece el establecimiento de salud referente.

FECHA/HORA: Anotar la Fecha y Hora en la que se refiere al paciente.

SE CONTACTÓ AL ESTABLECIMIENTO: Anotar el nombre del establecimiento receptor contactado.

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

FICHA DE IDENTIFICACION DEL PACIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE: Anotar el nombre y los dos apellidos (si los tiene) del o la paciente, asegurarse que sean los correctos.

DOMICILIO: Anote la dirección habitual del o 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.

EDAD: Anotar la edad correspondiente del o la paciente. Especificar si son años y/o meses y/o días y/o horas.

SEXO: Anotar masculino o femenino (según corresponda).

DATOS CLINICOS: Anotar los signos vitales con los que se transfiere al paciente.

RESUMEN: Anotar de forma resumida y completa: el motivo de la referencia, los datos más sobresalientes de la anamnesis y el examen físico.

RESULTADOS DE LABORATORIO Y GABINETE: Anotar los resultados de exámenes complementarios de diagnóstico. TRATAMIENTO INICIAL: Anotar el plan de tratamiento inicial instaurado en el paciente o la estabilización realizada..

DIAGNOSTICOS: Anotar el diagnóstico o los diagnósticos presuntivos.

NOMBRE, CARGO Y FIRMA DE QUIEN ENVÍA AL PACIENTE: Anotar nombre y cargo del integrante del equipo de salud que envía al paciente. Debe firmar.

44 NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD Anotar nombre y cargo del responsable del equipo de salud que envía al paciente. Debe firmar.

MOTIVO DE REFERENCIA: Marque con claridad el motivo de referencia. En caso de no encontrar el ítem correspondiente anotarlo en la opción OTROS.

FECHA Y HORA DE ENVÍO: Anotar claramente la fecha y hora de la referencia.

ACOMPANADO POR: Anotar el nombre del acompañante (integrante del equipo de salud).

ESTABLECIMIENTO DE SALUD RECEPTOR: Anotar el nombre del establecimiento de salud que recibe al paciente.

NIVEL: Colocar el nivel al que corresponde el establecimiento de salud; I, II o III.

NOMBRE Y CARGO DE QUIEN RECIBIÓ AL PACIENTE: Anotar el nombre completo del médico o profesional de salud que atendió al paciente en la unidad de referencia.

FECHA Y HORA DE RECEPCION: Anotar claramente lo mencionado.

FIRMA Y SELLO: Firma del médico o profesional de salud que atendió al paciente y sello de la unidad o del servicio referente.

FORMULARIO DE RETORNO

ESTABLECIMIENTO AL QUE SE RETORNA AL PACIENTE

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

UBICACIÓN: Anotar la dirección exacta de dicho establecimiento

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

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

RED MUNICIPAL SAFCI: Anotar el nombre de la Red Municipal SAFCI a la que pertenece el establecimiento de salud.

RED DE SERVICIOS: Anotar nombre o código de la Red de Servicios a la que pertenece el establecimiento de salud.

SE CONTACTÓ AL ESTABLECIMIENTO: Anotar el nombre del establecimiento receptor contactado.

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

FICHA DE IDENTIFICACION

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

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.

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 CLINICOS: Anotar los variables vitales con los que al paciente retorna.

SEXO: Anotar masculino o Femenino (según corresponda).

RESUMEN: Anotar de forma resumida y completa: el diagnóstico con el que se recibió al paciente, lo encontrado en el examen físico, los resultados de exámenes complementarios de diagnóstico, y plan de tratamiento aplicado al paciente.

DIAGNOSTICO DE ALTA: Anotar el diagnóstico o problema emitido por el profesional de salud tratante.

DÍAS DE ESTADIA: Anotar el número de días que pasó el paciente ingresado en la unidad receptora.

LA REFERENCIA FUE: Marque con una "x" en adecuada cuando esta se ajusta a los criterios de referencia, se realiza en el formato descrito por la norma, con letra legible y con los datos completos. Marque con una "x" en inadecuada con el incumplimiento de uno o más de los criterios antes mencionados. Si fue inadecuada indicar la razón principal.

DEL SERVICIO: Anotar el nombre del servicio del cual es referido el paciente (emergencia, pediatría, medicina interna, etc.).

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.

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

**BOLETA DE REFERENCIA Y RETORNO COMUNITARIO
INSTRUCCIONES PARA LLENAR LA BOLETA**

COMPROBANTE (Primera Parte)

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

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

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

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

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

SEXO: Se escribirá "x", según el sexo de la persona que refiera, si es Hombre o Mujer.

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

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

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

FECHA DE RETORNO: Pondrá la fecha en la que recibió el

Retorno que es llenada por el personal de salud que atendió a la persona que refirió.

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

1.2 REFERENCIA (Segunda Parte)

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

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

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

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

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

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

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

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

NOMBRE DEL REFERENTE COMUNITARIO Y PERFIL: Escribirá su nombre y el papel que realiza en la red comunitaria

Esta parte será incorporada, por el personal de salud, al expediente del/la paciente.

1.1 RETORNO (Tercera Parte)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

FIRMA DEL MEDICO O ENFERMERA: Pondrá su firma.

ANEXO 4
FORMULARIO N°4
REGISTRO MENSUAL DE PACIENTES DE REFERENCIA Y RETORNO

RED DE SERVICIOS.....MUNICIPIORES.P. DE LA INFORMACION.....MES.....AÑO.....

MES	N° DE CASOS	NOMBRE DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD												SUB-TOTAL						
		RF	RT	RF	RT	RF	RT	RF	RT	RF	RT	RF	RT		RF	RT				
Enero																				
Febrero																				
Marzo																				
Abril																				
Mayo																				
Junio																				
Julio																				
Agosto																				
Septiembre																				
Octubre																				
Noviembre																				
Diciembre																				
TOTAL																				

**ANEXO 6
FORMULARIO N° 6**

REGISTRO TRIMESTRAL DE CASOS DEL SISTEMA DE REFERENCIA Y RETORNO

RED/HOSPITAL.....RESP. DE LA INFORMACION.....MES.....AÑO.....

TRIM. ESTR	N° DE CASOS	ESTABLECIMIENTO DE PROCEDENCIA Y CONTRAREFERENCIA ENVIADA																												SUB-T													
		R							C							R							C																				
		C	R	C	R	C	R	C	C	R	C	R	C	R	C	C	R	C	R	C	R	C	C	R	C	R	C	R	C														
PRIMERO																																											
SEGUNDO.																																											
TERCERO																																											
CUARTO																																											
TOTAL TRIMESTRES																																											

Bolivia Digna, Soberana y Productiva

 PARA VIVIR BIEN