

Resolución Ministerial

Lima, 26 de Julio del 2004

Visto el Oficio N° 0817-2004-DGSP/MINSA, de la Dirección General de Salud de las Personas;

CONSIDERANDO:

Que por Resolución Ministerial N° 155-2001-SADM, de fecha 07 de marzo de 2001, se aprobó el documento "Normas del Sistema de Referencia y Contrarreferencia de los Establecimientos del Ministerio de Salud", cuyo objetivo general era regular dicho sistema para garantizar la continuidad de los cuidados de salud en los establecimientos de salud;

Que a efecto de fortalecer el rol de conducción social y adecuación de la prestación de los servicios de salud al Nuevo Modelo de Atención Integral de Salud, el Ministerio de Salud viene realizando diversas acciones para beneficiar a la población, a través de la entrega de servicios con calidad, equidad, eficiencia y eficacia;

Que dentro de este contexto, es necesario actualizar y complementar el mencionado documento, habiéndose elaborado la "Norma Técnica del Sistema de Referencia y Contrarreferencia de los Establecimientos del Ministerio de Salud", cuyo objetivo general es regular la organización y los procesos del referido sistema entre los establecimientos de salud, mediante lineamientos técnico-normativos homogéneos que garanticen la continuidad de la atención de salud de la población;

Estando a lo informado por la Dirección General de Salud de las Personas y con la visación de la Oficina General de Asesoría Jurídica;

Con la visación del Viceministro de Salud; y,

De conformidad con lo dispuesto en el literal l) del artículo 8° de la Ley N° 27657 - Ley del Ministerio de Salud;



SE RESUELVE:

Artículo 1°.- Aprobar la NT N°018 -MINSADGSP-V.01: "Norma Técnica del Sistema de Referencia y Contrarreferencia de los Establecimientos del Ministerio de Salud", que en documento adjunto forma parte integrante de la presente Resolución.



Artículo 2°.- Encargar a la Dirección General de Salud de las Personas, para que a través de la Dirección Ejecutiva de Servicios de Salud, efectúe la difusión, implementación y supervisión del cumplimiento de la mencionada Norma Técnica.

Artículo 3°.- Las Direcciones de Salud, a nivel nacional, son responsables del cumplimiento de la citada Norma Técnica.



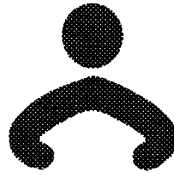
Artículo 4°.- Encargar a la Oficina General de Comunicaciones la publicación de la referida Norma Técnica en la página web del Ministerio de Salud.

Artículo 5°.- Dejar sin efecto la Resolución Ministerial N° 155-2001/SA/DM, de fecha 07 de marzo de 2001.

Regístrese, comuníquese y publíquese



Dra. Pilar MAZZETTI SOLER
Ministra de Salud



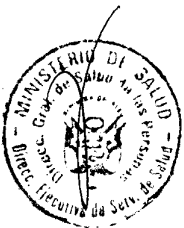
Ministerio de Salud
Personas que atendemos personas

NT N° 018-MINSA / DGSP – V.01

**NORMA TÉCNICA DEL SISTEMA DE
REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA DE
LOS ESTABLECIMIENTOS DEL
MINISTERIO DE SALUD**

**Dirección General de Salud de las Personas
Dirección Ejecutiva de Servicios de Salud**

2004



PRESENTACIÓN

En el esfuerzo de modernización, fortalecimiento del rol de conducción social y adecuación de la prestación de los establecimientos de salud al nuevo Modelo de Atención Integral de Salud, el Ministerio de Salud (MINSa) viene realizando diversas acciones con la finalidad de beneficiar a la población a través de la entrega de servicios de atención de salud con equidad, calidad, eficiencia y eficacia.

En este contexto el MINSa ha considerado necesario ampliar y actualizar el documento existente "Normas del Sistema de Referencia y Contrarreferencia de los Establecimientos del Ministerio de Salud" aprobada con RM No 155-2001 SA/DM, mediante el presente documento que contiene además del marco técnico normativo, las orientaciones, los procedimientos básicos y los instrumentos necesarios para la Implementación, Ejecución y Control del Sistema de Referencia y Contrarreferencia (SRC) de usuarios en los Puestos, Centros, Hospitales e Institutos Especializados (Establecimientos de salud), Microrredes, Direcciones de Red de Salud y Direcciones Regionales de Salud, con el objetivo principal de contribuir a garantizar la continuidad de la atención de la salud de los peruanos, bajo el marco del nuevo Modelo de Atención Integral de Salud y la organización de los establecimientos en Redes de Salud en el contexto de la Descentralización y los derechos ciudadanos a la salud.

En el presente documento se detalla en forma secuencial los procesos y procedimientos que se deben considerar en el Sistema de Referencia y Contrarreferencia Nacional, enfocado en un Marco Conceptual, que establece un modelo dentro de los marcos de Descentralización y Derechos Humanos en Salud.

En la parte de los componentes del sistema se tiene en cuenta dos enfoques el tecnológico y el de vinculación, considerando la viabilidad y sostenibilidad del Sistema de Referencia y Contrarreferencia, dentro de la oferta de servicios existentes a nivel Nacional.

El enfoque tecnológico tiene en cuenta los aspectos de capacidad, competencias, soporte logístico que garantiza el aspecto estructural del Sistema de Referencia y contrarreferencia, mientras que el enfoque de vinculación se refiere al aspecto principal de toda empresa de servicios, **la cultura organizacional**, considerada como el conjunto de valores, creencias y actitudes que determinan el comportamiento del recurso humano como elemento fundamental de la organización y del cumplimiento de sus objetivos.

El Ministerio de Salud, a través de la Dirección General de Salud de las Personas garantizará la difusión y control de la aplicación de los contenidos de la presente norma en los establecimientos de salud del ámbito local, regional, macro regional y nacional como una forma de mejorar el desempeño del personal de salud, buscar la continuidad de la atención de usuarios para mejorar el estado de la salud de la población.



1. INTRODUCCIÓN

El Ministerio de Salud viene impulsando un **Modelo de Atención Integral de Salud** (MAIS) para la población. Este modelo, que pretende solucionar las necesidades de atención de la salud de la población, se basa en principios de: Integralidad, Universalidad en el acceso, equidad, calidad, eficiencia, respeto a los derechos de las personas, descentralización, participación y promoción de la ciudadanía.

El principio de **Integralidad** tiene varias dimensiones, siendo una de las más importantes la **Continuidad de la Atención**, que se refiere a la interrelación administrativa-asistencial, que debe existir, entre establecimientos de salud de diferente capacidad resolutive, para procurar la atención de una persona sin limitantes, hasta la satisfacción de sus necesidades de salud.

En este contexto, el usuario debe ser captado, identificado, calificado y seguido dentro de un sistema ordenado de atención de salud, al interior y entre los establecimientos de salud articulados por niveles de resolución, y asegurándole adecuados procedimientos de relación entre ellos. En líneas generales, se busca que el usuario **por derecho a su salud** reciba una atención continua, en el nivel de complejidad y con la tecnología adecuada, y en función de sus necesidades.

En base a los principios descritos y ante el evidente desorden existente en la referencia de usuarios en el ámbito nacional, el Ministerio de Salud elaboró el documento "Normas del Sistema de Referencia y Contrarreferencia (SRC) de los Establecimientos del Ministerio de Salud" según RM N° 155-2001-SA/DM, del 07 de Marzo de 2001, con la intención de sentar las bases para permitir la continuidad de la atención integral de usuarios por los establecimientos de salud del país de diferente capacidad resolutive.

Con la finalidad de mejorar la eficacia y eficiencia del SRC, se ha visto por conveniente ampliar la mencionada norma, incluyendo además aspectos específicos sobre su organización, las funciones de los responsables, los procesos, procedimientos, actividades, los recursos necesarios para su operatividad y en el contexto de los actuales niveles de organización del MINSa, y el proceso de descentralización, a fin de brindar una atención integral continua en aquellos usuarios cuya necesidad de salud requiere de un mayor o menor nivel de capacidad resolutive.



2. FINALIDAD

Garantizar la continuidad de la atención de los usuarios en los servicios de salud, a través de un sistema de referencia y contrarreferencia efectivo y eficiente, implementado en los diferentes establecimientos del sector salud, mejorando el estado de salud de la población



3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL:

Normar y regular la organización, los procesos y procedimientos administrativos – asistenciales del sistema de referencia y contrarreferencia, en los diferentes niveles de organización del MINSa, para garantizar la continuidad de la atención de salud y contribuir a solucionar los problemas de salud de la población peruana.



3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Establecer la organización, los procesos y procedimientos que regulan el Sistema de Referencia y Contrarreferencia (SRC) entre los



establecimientos de salud de diferente capacidad resolutive del MINSA y entre estos con la comunidad.

- Establecer los procedimientos para la articulación y operatividad adecuada del sistema de referencia y contrarreferencia al interior de los establecimientos del sector y con la comunidad.
- Establecer los recursos de soporte y las modalidades de control, para la adecuada operatividad del Sistema de Referencia y Contrarreferencia entre los establecimientos de salud del MINSA
- Optimizar los recursos del sistema de salud, a través de la utilización de flujos de referencia y contrarreferencia de usuarios entre los establecimientos de salud del MINSA.
- Mejorar los niveles de satisfacción de los usuarios de los servicios de salud de los diferentes niveles de atención del MINSA en relación al uso oportuno, eficiente y efectivo del Sistema de referencia y contrarreferencia.

4. BASE LEGAL

Constitución Política del Perú.

Ley N° 26842: Ley General de Salud.

Ley N° 27657: Ley del Ministerio de Salud.

Ley N° 27813: Ley del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud.

Ley 27783: Ley de Bases de la Descentralización.

Ley 27867: Ley Orgánica de Gobiernos Regionales.

Decreto Supremo N° 013-2002-SA: Reglamento de la Ley 27657.

Decreto Supremo N° 014-2002-SA: Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.

Decreto Supremo N° 016-2002-SA: Reglamento de la Ley 27604 que modifica la Ley General de Salud N° 26842, respecto de la obligación de los establecimientos de salud a dar atención médica en caso de emergencias y partos.

Resolución Ministerial N° 155-2001-SA/DM: que aprueba el documento Normas del Sistema de Referencia y Contrarreferencia de los Establecimientos del Ministerio de Salud.

Resolución Ministerial N° 573-2003-SA/DM: que aprueba los Reglamentos de Organización y Funciones de las Direcciones de Salud y de las Direcciones de Red de Salud.

Resolución Ministerial N° 616-2003-SA/DM: que aprueba el Modelo de Reglamento de Organización y Funciones de los Hospitales.

Resolución Ministerial N° 638-2003-SA/DM: que aprueba el documento Delimitación de las Direcciones de Salud, Direcciones de Red de Salud y Microrredes de salud del Ministerio de Salud.

Resolución Ministerial N° 729-2003-SA/DM: que aprueba el documento La Salud Integral: Compromiso de Todos – El Modelo de Atención Integral de Salud.

Planes de Política Sectorial para el Período 2002 – 2012 y Principios Fundamentales para el Plan Estratégico Sectorial del Quinquenio Agosto 2001 – Julio 2006.



5. MARCO CONCEPTUAL, DEFINICIONES DEL SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

5.1 MARCO CONCEPTUAL DEL SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA.

El **Modelo de Atención Integral de Salud** del Ministerio de Salud se basa en principios de universalidad en el acceso, equidad, Integralidad de la atención, calidad, eficiencia, respeto a los derechos de las personas, descentralización y participación ciudadana.

Estos principios han exigido cambios y redefiniciones coherentes y complementarias en el modelo de prestación de los servicios de salud. El principio de integralidad a su vez tiene varias dimensiones, siendo una de ellas, la continuidad de la atención, que supone que la atención de la salud de una persona no puede darse en forma limitada o verse interrumpida por factores atribuibles a la limitada capacidad resolutoria de los establecimientos de salud, sino por el contrario, esta debe ser seguida y completada hasta la resolución del daño o episodio de enfermedad específica. Principio que determina la integralidad como un sistema abierto de salud, basado en la interacción de la oferta de servicios complementarios existentes para resolver las necesidades de salud de la comunidad, independientemente de su condición social, económica o ideológica, logrando que el sistema no discrimine ni fomente la presencia de poblaciones de segunda categoría en relación a su derecho al acceso de servicios de salud de calidad.

Todos los servicios que recibe una persona tanto en el establecimiento como en otros espacios, ya sea referido a la promoción, prevención, recuperación o rehabilitación, deben estar relacionados e integrados y complementarse para atender a sus necesidades de salud, ligados dentro del eje sanitario de satisfacer las necesidades de salud en forma integral y de calidad, dentro de un sistema de salud, dinámico, eficiente y eficaz.

Por lo tanto con la *continuidad de la atención* se busca que el usuario sea captado, identificado, evaluado y seguido dentro de un sistema ordenado de atención de salud, integrando la atención promocional, preventiva y recuperativa, organizándola y articulándola por niveles de resolución, y asegurándole adecuados procedimientos de relación entre ellos.

En este contexto de adecuación de la prestación al Modelo de Atención Integral de Salud, el Ministerio de Salud promueve que las regiones apliquen criterios técnicos claramente definidos y consensuados, que le permitan delimitar y formalizar sus establecimientos de salud en la lógica de redes y microredes. Las microredes están conformadas por establecimientos de salud del primer nivel de atención de variada capacidad de resolución; tienen como elementos integradores redes viales y corredores sociales, lo que se aprovecha para que se articulen funcional y administrativamente, a fin que combinen sus recursos y complementen sus servicios para asegurar la provisión de cuidados de la salud, en función de las necesidades de salud de la población de su ámbito geográfico, proceso que se enmarca dentro de la política de descentralización que garantizaría la identificación de los problemas locales y regionales y el planteamiento de estrategias viables y sostenibles para mejorar sus indicadores sanitarios.

Los procesos de referencia y contrareferencia son parte inherente del sistema prestacional de salud al que hemos denominado: Sistema de Referencia y Contrareferencia (SRC). Que tiene como principio el integrar en forma técnica-asistencial-administrativa las capacidades resolutorias existentes en la oferta de servicios de los niveles locales, Regionales y nacionales que el problema o necesidad de salud requiere para lograr la satisfacción del usuario como un derecho a la vida.



Este sistema se ha diseñado y organizado de tal manera que involucre a todos los actores del proceso en salud, incorporando a la comunidad organizada, Puestos, Centros, Hospitales e Institutos Especializados (establecimientos de salud), dentro del Ministerio de Salud, así como a las autoridades locales, regionales y nacionales de otros sectores que permitan la optimización de este sistema y sobre todo la viabilidad en su ámbito local, Regional y Nacional. Dentro de este contexto se considera la accesibilidad económica al servicio de Salud, la forma de subvención prestacional existente (Seguros Públicos de Salud) que determina la operativización en todos los componentes y sobre todo la sostenibilidad de los procesos en todos los niveles operativos, el papel del financiador se ubica dentro de un esquema integrado de reconocimiento financiero de normas técnicas prestacionales cuyo objetivo es la satisfacción plena del usuario el cual debe tener un plan de beneficios con respecto a su necesidad de salud por un Sistema de Salud Integrado del Sector.

La organización, articulación y el adecuado funcionamiento del SRC se basan en criterios de oportunidad, accesibilidad y capacidad resolutoria de los establecimientos de salud para satisfacer las necesidades de salud de la población.

5.2 DEFINICION DEL SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA (SRC) :

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

6. ALCANCE

La presente Norma es de alcance nacional considerado la división geopolítica; Distritos, Provincias, Departamentos y Regiones del Perú, involucrando en cada nivel a las autoridades competentes.



ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

Para el MINSA el alcance es de acuerdo a los siguientes niveles de organización:

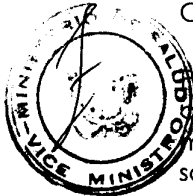
Administrativa:

Nivel Nacional del MINSA.
Direcciones Regionales de Salud.
Dirección de salud y direcciones de Red de Salud.
Microrredes de Salud.



Asistencial:

Establecimientos de Salud:
Institutos Especializados.
Hospitales.
Centros de Salud y Puestos de Salud.



Para fines operativos, se considera además, un *Nivel Comunal*, que se articulará con el nivel Institucional (MINSA) a través de vínculos, que permitan el monitoreo de la referencia y contrarreferencia por los establecimientos de salud del primer nivel de atención y la comunidad :

- Nivel Comunal (Agentes Comunitarios de Salud, y otros Actores Sociales)



7.1 RESPONSABILIDAD

Son responsables funcionales del cumplimiento de la siguiente norma:

1. Nivel Administrativo		
1.1	Nivel Nacional.	- Dirección General de Salud de las Personas - Coordinador Nacional de Referencias y Contrarreferencias. - Comité Nacional del SRC Integrado por: - Coordinador Nacional de Referencias y Contrarreferencias. - Oficina General de Comunicaciones. - Oficina General Defensa Nacional. - Oficina General de Epidemiología.
1.2	Nivel Regional	- Director General de la Región de Salud - Director de Servicios de salud de la región (que será el Coordinador Regional de Referencias y Contrarreferencias). - Comité Regional del SRC integrado por: - Coordinador Regional de Referencias. - Coordinadores de Referencias de DISAS y Redes. - Coordinadores de Unidades u Oficina de Referencias o quien haga sus veces de Hospitales e Institutos.
1.3	Nivel de Dirección subregional (DISA) y Dirección de Red de Salud:	- Director de la DISA o Red de Salud. - Coordinador de SIS y/o Referencias de la DISA o Red. - Comité o Equipo Técnico de gestión de la DISA o Red (**).
1.4	Nivel Microrredes de Salud:	- Jefe de la Microrred de Salud. - Coordinador del SIS y/o Referencias. - Comité o Equipo técnico de gestión de la Microred(**).
2. Nivel Prestacional:		
2.1	Hospitales III (Regionales *) e Inst. Especializados.	- Director del Hospital o Instituto Especializado. - Oficina o Unidad Regional de Seguros y/o Referencias. - Comité o Equipo técnico de gestión(**).
2.2	Hospitales de I y II	- Director del Hospital. - Oficina o Unidad de Seguros, Referencias o Admisión del Hospital.(***) - Comité o Equipo técnico de gestión del Hospital(**).
2.3	Centros de Salud:	- Jefe del Centro de Salud. - Responsable del SIS, Referencias y/o Admisión del Centro de Salud.(***) - Comité o Equipo técnico de gestión del Centro de Salud(**).
2.4	Puestos de Salud :	- Jefe del Puesto de Salud . - Responsable del SIS, Referencias y/o Admisión del Puesto de Salud. (***)

(*) Los Hospitales Regionales serán aquellos de mayor complejidad en cada región y serán definidos por el proceso de categorización y designados por la autoridad regional correspondiente.

(**) Los Comités o Equipos de gestión no son exclusivos para el tema del SRC, sino deberán asumir dentro de su agenda integral la evaluación de dicho aspecto (SRC).

(***) La responsabilidad de la conducción del SRC en el nivel prestacional podrá ser incorporado al SIS, Admisión o mantenerse como Unidad funcional independiente.

FUNCIONES POR NIVEL ESTRUCTURAL Y FUNCIONAL

La organización del SRC esta basado en los niveles organizativos estructurales del Ministerio de Salud:



7.2 NIVEL ADMINISTRATIVO

7.2.1 Nivel Nacional :

El Nivel Nacional, a través de la Dirección General de Salud de las Personas – Dirección Ejecutiva de Servicios de Salud, Coordinador Nacional del Sistema de Referencia y Contrarreferencia y el Comité Nacional de Referencia y Contrarreferencia.

Es el órgano técnico-normativo y de control del SRC en el nivel nacional.

7.2.1.1 Responsables:

- Dirección General de Salud de las Personas y Dirección Ejecutiva de Servicios de Salud.
- Coordinador Nacional de Referencias y Contrarreferencias.
- Comité Nacional de Referencia y Contrarreferencia.

7.2.1.1.1 Funciones de la Dirección de Salud de las Personas y Dirección Ejecutiva de Servicios de Salud:

- a. Establecer la normatividad técnica para la implantación y funcionamiento adecuado del SRC en el ámbito nacional.
- b. Definir las competencias de los diferentes niveles funcionales que conforman el SRC.
- c. Firmar convenios de intercambio prestacional que considere la referencia y contrarreferencia de pacientes entre el MINSA y otras instituciones en el marco del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud.
- d. Emitir y aprobar normatividad modificatoria o complementaria en el campo de su competencia.



7.2.1.1.2 Funciones del Coordinador Nacional Referencias y Contrarreferencias :

- a. Controlar la implementación y funcionalidad del SRC en el ámbito nacional.
- b. Asegurar la Implementación de los recursos tecnológicos e informáticos a las Unidades de Referencias asistenciales de acuerdo a su nivel de complejidad.
- c. Coordinación permanente entre los miembros del Comité Nacional del SRC para fortalecer los procesos de funcionamiento del Sistema
- d. Asesorar y prestar apoyo técnico a las Direcciones de Salud en la organización, implementación, supervisión y evaluación de los SRC al interior de las mismas.
- e. Difundir los documentos normativos relacionados al SRC, para mejorar el accionar del personal de salud en el ámbito nacional.
- f. Identificar y socializar en forma oportuna la capacidad resolutoria disponible de los Institutos Especializados y Hospitales a los establecimientos de salud del ámbito Nacional.
- g. Cogestionar con el Nivel regional aspectos Técnico-Financieros intra y extrainstitucional que fortalezca el componente de soporte del SRC a nivel Nacional.



- h. Establecer coordinaciones con los Gobiernos Regionales, y autoridades competentes, otras Instituciones y Establecimientos del Sector, para fortalecer el funcionamiento del SRC Sectorial en el ámbito Nacional.
- i. Presidir el Comité Nacional de Referencias y Contrarreferencias.
- j. Otras funciones que se le asignen.

7.2.1.2 Funciones del Comité Nacional del SRC:

- a. Evaluar trimestralmente los indicadores del SRC en el ámbito Nacional, proponiendo estrategias que optimicen el SRC a nivel Nacional.
- b. Establecer mecanismos que integren los sistemas financieros a las actividades prestacionales originada en el SRC.
- c. Generar espacios de interacción intrainstitucional, intrasectorial e intersectorial para fortalecer la funcionalidad del SRC.
- d. Analizar y retroalimentar la información referente al SRC, a las Direcciones de Salud, proponiendo alternativas para la mejora del SRC.
- e. Las reuniones serán trimestrales y en forma extraordinaria cuando se requiera.
- f. Emitir propuestas de normatividad modificatoria o complementarias. Otras que el comité considere necesarias.

7.2.2 Nivel Regional (Direcciones Regionales de Salud).



Constituido por la Dirección Regional de Salud, a través de la Dirección Ejecutiva de Salud de las Personas, la Dirección de Servicios de Salud quien será, preferentemente, el Coordinador Regional del SRC y el Comité Regional del SRC.

7.2.2.1 Responsables:

- Director General.
- Director Ejecutivo de Salud de las Personas.
- Director de Servicios de Salud que será el Coordinador Regional de Referencias y Contrarreferencias.
- Comité Regional de SRC.



7.2.2.1.1 Funciones de la Dirección General de Salud y Dirección Ejecutiva de Salud de las Personas:

- a. Complementar la normatividad nacional del SRC para adecuar su operatividad y funcionalidad a la realidad sanitaria de su ámbito.
- b. Planificar, organizar y conducir de manera estratégica el SRC dentro de su ámbito.
- c. Designar y formalizar a los responsables y/o comités de la conducción del SRC en el ámbito regional.
- d. Establecer convenios con otras Direcciones de Salud, Institutos Especializados u Hospitales, para optimizar y complementar el funcionamiento del SRC, que permitan la utilización de las Capacidad Resolutiva de los



- Establecimientos de Salud a nivel Regional e Inter regional.
- e. Establecer coordinaciones con los Gobiernos Regionales, y autoridades competentes, otras Instituciones y Establecimientos del Sector, para fortalecer el funcionamiento del SRC Sectorial en su ámbito.
 - f. Definir las competencias de los diferentes niveles funcionales que conforman el SRC a nivel regional.
 - g. Firmar convenios de intercambio prestacional que considere la referencia y contrarreferencia de pacientes entre el MINSA y otras instituciones en el marco del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud en el nivel regional y local.
 - h. Garantizar mediante mecanismos técnico-administrativos que los sistemas financieros reconozcan en forma oportuna y adecuada las actividades prestacionales originada en el SRC.
 - i. Emitir y aprobar normatividad modificatoria o complementaria en el campo de su competencia.

7.2.2.1.1 Funciones del Director de Servicios de Salud (Coordinador Regional de Referencias y Contrarreferencias):

- a. Brindar asistencia técnica a las Direcciones de Red y Microrredes y establecimientos de Salud para la conducción del SRC.
- b. Gestionar y concertar con los equipos de gestión de las Direcciones de Red de Salud la asignación de los recursos necesarios para la funcionalidad del SRC.
- c. Realizar acciones de control para la conducción, operatividad y perfeccionamiento del SRC en el ámbito de la región.
- d. Controlar la implementación y funcionalidad del SRC en el ámbito regional.
- e. Coordinación permanente entre los miembros del Comité Regional del SRC para fortalecer los procesos de funcionamiento del Sistema
- f. Difundir los documentos normativos relacionados al SRC, para mejorar el accionar del personal de salud en el ámbito regional.
- g. Cogestionar con el Nivel local, aspectos Técnico-Financieros intra y extrainstitucionales que fortalezcan el componente de soporte del SRC a nivel Nacional.
- h. Establecer coordinaciones con los Gobiernos locales, instituciones y autoridades competentes, para fortalecer el funcionamiento del SRC Sectorial en el ámbito regional.
- i. Presidir el Comité Regional de Referencias y Contrarreferencias.
- j. Otras funciones que se le asignen.



7.2.2.2 Funciones del Comité Regional del SRC:

- a. Evaluar bimensualmente los indicadores del SRC, proponiendo estrategias que optimicen el SRC en el ámbito regional.



- b. Establecer mecanismos que integren los niveles de complejidad en los procesos de mejora continua de los servicios de salud del nivel Regional.
- c. Generar espacios de diálogo, intercambio de competencias entre los niveles de complejidad con el propósito de mejorar la utilización de la capacidad resolutoria de los establecimientos de salud del ámbito Regional.
- d. Generar espacios de interacción intrainstitucional, intrasectorial e intersectorial para fortalecer la funcionalidad del SRC en su ámbito regional.
- e. Emitir y prepara propuestas de normatividad complementaria para que se optimice el SRC en el ámbito Regional.
- f. Otras que el comité considere necesarias y que permitan el desarrollo de las funciones asignadas al nivel regional.

7.2.3 Nivel de Dirección de Salud y Dirección de Red de Salud:

Es el nivel responsable de la organización, coordinación, conducción y control del SRC en su ámbito, a través de su Dirección Ejecutiva, Coordinador de Seguros y Referencias o de quien cumpla las veces, del ámbito respectivo y el Comité o Equipo de Gestión de la DISA o Red.

7.2.3.1 Responsables:

- Director Ejecutivo de la DISA o Dirección de la Red.
- Coordinador de Seguros y Referencias de la DISA o Red o quien haga sus veces.
- Comité o equipo técnico de Gestión de la DISA o Red.

7.2.3.2 Funciones de la Dirección de Salud o Dirección de la Red:

- a. Velar el cumplimiento de la normatividad y disposiciones del SRC, emitidas por los niveles superiores, dentro de su ámbito.
- b. Designar y formalizar a los responsables del SRC en los diferentes niveles organizacionales estructurales de su ámbito.
- c. Gestionar y asignar los recursos necesarios para la operatividad y funcionamiento del SRC en su ámbito.
- d. Garantizar mediante mecanismos técnicos-administrativos que los sistemas financieros reconozcan en forma oportuna y adecuada las actividades prestacionales originada en el SRC.
- e. Otras funciones que se le asignen.

7.2.3.3 Funciones del Coordinador del SIS y/o Referencias de la DISA o Red.

- a. Ejecutar el cumplimiento de la normatividad y disposiciones del SRC, emitidas por los niveles superiores, dentro de su ámbito.
- b. Planifica, organiza, conduce y controla la implementación del SRC en su ámbito.



- c. Brindar asistencia técnica a las microrredes y establecimientos de salud, para la organización, implementación, ejecución y control de la referencia y contrarreferencia
- d. Obtener y mantener actualizada la información referente a los recursos de soporte del SRC existente en las microrredes y establecimientos de salud pertenecientes a su jurisdicción.
- e. Coordinar la referencia y contrarreferencia de usuarios entre las microrredes de salud de su jurisdicción y otros establecimientos del Sector e Instituciones, garantizando un flujo de comunicación oportuno y eficiente del SRC de su ámbito.
- f. Acopiar, procesar, analizar y retroalimentar la información del SRC a las Microrredes de Salud y Hospitales que le correspondan en coordinación con la Unidad Regional de Referencias, reportando información estratégica a los establecimientos de salud de su ámbito, para la optimización del SRC.
- g. Supervisar a los responsables de la conducción del SRC al interior de la microrredes y establecimientos de salud.
- h. Realizar actividades de capacitación continua a sus recursos humanos en temas relacionados al SRC.
- i. Monitorear la ejecución de las actividades del SRC en las microrredes y establecimientos de salud.
- j. Establecer coordinaciones con las autoridades locales competentes, otras Instituciones y Establecimientos del Sector, para fortalecer el funcionamiento del SRC Sectorial en su ámbito.
- k. Elevar al Comité Regional las sugerencias o recomendaciones que el Equipo de gestión de la DISA o Red proponga.
- l. Otra funciones que se le asignen.



7.2.3.4 Funciones del Equipo técnico de Gestión de la DISA o Red en relación al SRC :

- a. Evaluar mensualmente los resultados y metas del SRC en su ámbito.
- b. Evaluar mensualmente los indicadores del SRC en el ámbito de la Red de Salud, proponer y establecer estrategias que optimicen el SRC en el ámbito de la DISA o Red de Salud.
- c. Establecer mecanismos que integren los niveles de complejidad en los procesos de mejora continua de los servicios de salud del ámbito de la DISA o Red.
- d. Generar espacios de intercambio de competencias entre los niveles de complejidad orientado a mejorar capacidades resolutivas a nivel de la DISA o Red.
- e. Generar espacios de interacción intrainstitucional, intrasectorial e intersectorial para fortalecer la funcionalidad del SRC en su ámbito de la Red.
- f. Proponer recomendaciones para el mejoramiento del SRC en su ámbito lo cual será canalizado por el coordinador correspondiente al Comité Regional.
- g. Otras funciones que se le asignen.

7.2.4 Nivel de Microred:

Nivel que coordina, facilita, asigna, prevee, recursos para las actividades de referencia y contrarreferencia entre los establecimientos de salud de su ámbito.

7.2.4.1 Responsables:

- Jefe de la Microrred.
- Coordinador del SIS y/o Referencias de la Microrred.
- Equipo de Gestión de la Microrred.

7.2.4.2 Funciones de la Jefatura de la Microrred.

- Velar el cumplimiento de la normatividad y disposiciones del SRC, emitidas por los niveles superiores, dentro de su ámbito.
- Designar y formalizar a los responsables del SRC en los diferentes establecimientos de su ámbito.
- Gestionar y asignar los recursos necesarios para la operatividad y funcionamiento del SRC en su ámbito.
- Garantizar mediante mecanismos técnicos-administrativos que los sistemas financieros reconozcan en forma oportuna y adecuada las actividades prestacionales originada en el SRC.
- Coordinar, asignar recursos y facilitar la referencia o contrarreferencia, entre sus establecimientos y con otras microrredes de salud.
- Otras funciones que se le asignen.

7.2.4.3 Funciones del Coordinador SIS y/o Referencias de la Microrred:

- Planificar, organizar, implementar y conducir el SRC dentro de su jurisdicción.
- Brindar asistencia técnica en los procesos y procedimientos del SRC a los Establecimientos de salud.
- Socializar y mantener actualizada la información de los recursos de soporte y la Cartera de Servicios de sus establecimientos de salud en coordinación con la Unidad Regional de Referencias.
- Registrar, consolidar, procesar, analizar y retroalimentar la información del SRC de sus establecimientos de salud, remitiendo un consolidado de la información procesada a la Dirección de Red o DISA correspondiente.
- Supervisar, monitorear y evaluar el SRC de sus establecimientos de salud.
- Establecer y realizar el seguimiento de medidas correctivas para la mejora del SRC mediante reuniones periódicas con los EESS de su ámbito.



- g. Realizar actividades de capacitación continua a sus recursos humanos de los Establecimientos de salud en temas relacionados al SRC.
- h. Establecer coordinaciones con las autoridades locales competentes, otras Instituciones y Establecimientos del Sector, para fortalecer el funcionamiento del SRC Sectorial en su ámbito.
- i. Ejecutar el cumplimiento de la normatividad y disposiciones del SRC, emitidas por los niveles superiores, dentro de su ámbito.
- j. Elevar al Comité Regional a través de la DISA o Red correspondiente las sugerencias o recomendaciones que el Equipo de gestión de la Microrred proponga.
- k. Otra funciones que se le asignen.

7.2.4.4 Funciones del Equipo de Gestión de la Microrred en relación al SRC:

- a. Evaluar mensualmente los indicadores del SRC en el ámbito de la Microrred de Salud y establecer estrategias que optimicen el SRC en el ámbito de la Microrred de Salud.
- b. Establecer mecanismos que integren los niveles de complejidad en los procesos de mejora continua de los servicios de salud del ámbito de la Microrred.
- c. Generar espacios de intercambio de competencias entre los niveles de complejidad orientado a mejorar capacidades resolutivas a nivel de la Microrred.
- d. Proponer recomendaciones para el mejoramiento del SRC en su ámbito lo cual será canalizado por el coordinador correspondiente al Comité Regional.
- e. Otras funciones que se le asignen.



7.3

Nivel Prestacional:

Este nivel cuenta con establecimientos de salud de diferente complejidad y capacidad resolutiva como Institutos Especializados, Hospitales (I,II,III), Centros y Puestos de Salud. El Establecimiento de Salud es la unidad operativa prestacional, encargada de la ejecución de referencias y contrarreferencias, dentro de los cuales tenemos:



7.3.1

Institutos Especializados y Hospitales I, II y III:

Por ser los establecimientos de salud de mayor capacidad resolutiva, recae en ellos la mayor responsabilidad el objetivo de complementar la continuidad de la atención de los usuarios del nivel Regional o Nacional, mediante la Unidad u Oficina de Seguros y/o Referencias.

Esta área se encargará de realizar coordinar y ejecutar en lo que corresponde los procesos de referencia y contrarreferencia de los usuarios y estará conformado por un equipo de personas, cuya cantidad y tipo variará de acuerdo a la complejidad del establecimiento de Salud y será conducida por un Coordinador o Responsable que deberá ser un profesional de la salud a dedicación exclusiva, designado por la Dirección Ejecutiva y un técnico de salud con conocimiento de informática para el manejo del software de referencias.



Responsables:

- Jefe de la Unidad de Seguros y/o de Referencias Regional(*) y de Hospitales Nacionales e Institutos especializados.
- Jefe de la Unidad de Seguros y/o Referencias Hospitalarias de menor complejidad.
- Responsables del SIS y/o Referencias y/o Admisión de los Centros y Puestos de Salud.

(*)En cada Región, según el proceso de Categorización la autoridad regional competente designará el Hospital de Mayor Complejidad de la Región, en el cual se implementará la **UNIDAD DE SEGUROS Y/O REFERENCIAS REGIONAL**, para asumir funciones adicionales a las Unidades de Seguros y Referencias hospitalarias, tal como se explica en el siguiente ítem de la presente norma.

7.3.1.1 Estructura y Funciones de las Unidades de Seguros y/o Referencias Regionales y de Hospitales Nacionales e Institutos Especializados.

ESTRUCTURA

La Unidad de Seguros y Referencia Regional o De Hospitales Nacionales e Institutos Especializados, deberá contar como mínimo con:

- Un profesional de la salud, preferentemente a tiempo completo que será el jefe de la Unidad.
- Un personal técnico de salud a tiempo completo con conocimiento de informática y dominio del software de Referencias.
- Una PC pentium IV, 2.4 GHZ, 256 RAM, 40 HD, tarjeta de MODEM con acceso a internet de banda ancha (256 Kbp)
- Un telefax de línea dedicada, que tenga opción de anexos y Red radio celular.
- Acceso a Radio HF con equipo de interfase Radio – teléfono.
- Ubicado colindante o cerca a la Oficina de Admisión

FUNCIONES

- a. Hacer cumplir la normatividad y disposiciones del SRC, emitidas por los niveles superiores, dentro del ámbito hospitalario y de los Institutos especializados.
- b. Coordinar y establecer la referencia y contrarreferencia de usuarios externos entre establecimientos e Institutos Especializados y Hospitales, a través de los centros de comunicación permanentes instalados, que garantice la vinculación e integración del SRC en el ámbito regional y nacional.
- c. Designar las funciones específicas del personal de salud involucrado en el flujo de los pacientes manejados en el SRC.
- d. Brindar asistencia técnica complementaria a los servicios hospitalarios, para la organización, implementación, ejecución y control de la referencia y contrarreferencia.



- e. Mantener actualizada y disponible la cartera de servicios Regional y Nacional, de tal manera que cualquier establecimiento de salud acceda a dicha información en tiempo real, identificado la capacidad resolutoria existente y disponible en los servicios.
- f. Coordinar la referencia y contrarreferencia de usuarios (condiciones de traslado del paciente) fuera del Nivel Regional y en el ámbito nacional.
- g. Resolver los casos de referencias especiales y de emergencia que requieran una atención urgente y oportuna.
- h. Retroalimentar mensualmente a todos los establecimientos información sobre procesos inadecuados o disfuncionales identificados del proceso de la referencia y contrarreferencia, con el propósito de contribuir al mejoramiento continuo.
- i. Realizar actividades de capacitación continua a los recursos humanos del hospital o Instituto en el SRC.
- j. Otras funciones que se le asigne.

7.3.1.2 Estructura y Funciones de la Oficina o Unidad de Seguros y/o Referencias de los Hospitales de menor complejidad:



ESTRUCTURA

La Unidad de Seguros y Referencia de Hospitales de menor complejidad, deberá contar como mínimo con:

- Un profesional de la salud a tiempo completo o parcial que será el jefe de la Unidad.
- Un personal técnico de salud a tiempo completo con conocimiento de informática y dominio del software de Referencias.
- Una PC pentium IV, 2.4 GHZ, 256 RAM, 40 HD, tarjeta de MODEM con acceso a internet de banda ancha (256 Kbp)
- Un telefax de línea dedicada, que tenga opción de anexos y Red radio celular.
- Acceso a Radio HF con equipo de interfase Radio – teléfono.

FUNCIONES

- a. Hacer cumplir la normatividad y disposiciones del SRC, emitidas por los niveles superiores, dentro del ámbito hospitalario.
- b. Coordinar y resolver la referencia y contrarreferencia de usuarios externos desde los establecimientos de menor complejidad.
- c. Designar las funciones específicas del personal de salud involucrado en el flujo de los pacientes manejados en el SRC en su ámbito hospitalario.
- d. Brindar asistencia técnica complementaria a los servicios hospitalarios, para la organización, implementación, ejecución y control de la referencia y contrarreferencia.
- e. Mantener actualizada y disponible la cartera de servicios de su Hospital informando al nivel administrativo Regional y la Unidad de Seguros y Referencia Regional, de tal manera

que cualquier establecimiento de salud acceda a dicha información en tiempo real, identificado la capacidad resolutive existente y disponible en los servicios.

- f. Resolver los casos de referencias especiales y de emergencia que requieran una atención urgente y oportuna, debiendo tener una actitud proactiva y de iniciativa en la solución de problemas administrativos y/o asistenciales que generen las referencias y/o contrarreferencias .
- g. Retroalimentar mensualmente a todos los establecimientos información sobre procesos inadecuados o disfuncionales identificados del proceso de la referencia y contrarreferencia, con el propósito de contribuir al mejoramiento continuo de la calidad del SRC.
- h. Realizar actividades de capacitación continua a los recursos humanos de su hospital en el tema del SRC.
- i. Realizar la revisión de la calidad de las referencias recepcionadas en base a los criterios técnicos del SRC y del acto en salud, considerando el proceso en forma integral y articulándose con los Establecimientos de salud del ámbito de la Red o de la Región.
- j. Otras funciones que se le asigne.



7.3.1.3 Estructura y Funciones del SIS y/o Admisión y/o Unidad de Referencias Centros y Puestos de Salud en relación al tema del SRC :

ESTRUCTURA

Los Centros y Puestos de Salud, deberá contar como mínimo con:

- Un profesional o técnico de la salud a tiempo parcial que será el responsable del SRC, quién podrá ser a su vez el responsable del SIS y/o de admisión del establecimiento.
- Una PC pentium IV, 2.4 GHZ, 256 RAM, 40 HD, tarjeta de MODEM con acceso a internet de banda ancha (256 Kbp) de uso no exclusivo (puede compartirse con otros procesos) en aquellos lugares en donde sea posible el uso.
- Un sistema de comunicación de acuerdo a las posibilidades técnicas del lugar (radio HF, telefonía fija, fax, Radio celular)
- Ubicado en alguna área específica o en Admisión.

FUNCIONES

Son funciones del Responsable del SRC en los Puestos y Centros de Salud:

- a. Implementar el SRC en su establecimiento.
- b. El jefe del establecimiento de salud designará al responsable del SRC que de preferencia será el personal del SIS y/o de Admisión.
- c. Capacitar en forma continua al personal del establecimiento de salud y a los agentes comunitarios en los procesos y procedimientos del SRC.
- d. Establecer relaciones con la comunidad y los agentes comunitarios para determinar la organización comunitaria y facilitar los procedimientos de las referencias y



contrarreferencias entre la comunidad y el establecimiento de salud.

- e. Prestar el apoyo logístico necesario para la referencia de usuarios de la comunidad al establecimiento de salud.
- f. Coordinar con otros establecimientos de salud la referencia y contrarreferencia de usuarios y la atención oportuna y eficaz de los mismos.
- g. Usar los formatos aprobados para la referencia y contrarreferencia de usuarios.
- h. Realizar el seguimiento o control de los usuarios referidos y contrareferidos.
- i. Registrar e Informar las referencias comunales.
- j. Gestionar los recursos necesarios para garantizar el manejo prestacional y la referencia oportunas.
- k. Participar mensualmente en el análisis de la referencia y contrarreferencia de usuarios con la Microrred de Salud.
- l. Reportar los problemas o limitaciones encontrados al operar el sistema y proponer las medidas correctivas que correspondan.
- m. Supervisar periódicamente las acciones del personal con relación al SRC, para realizar las adecuaciones necesarias a los mecanismos establecidos.
- n. Otras funciones que se le asignen.



7.4 Nivel Comunal

Constituido por la comunidad organizada a través de sus organizaciones sociales y/o agentes comunitarios.

7.4.1 Co-Responsables Sociales:

- Agente Comunitario de Salud (Promotoras, parteras etc.)
- Comités Comunales o Locales de Salud.
- Organizaciones capacitadas en acciones preventivas y de promoción en salud (Bomberos, Defensa Civil, Cruz roja etc.) u otros actores sociales.

7.4.1.1 Actividades:

- a. Enviar o acompañar al usuario al Establecimiento de Salud cuando presente signos de peligro y/o alarma, factores de riesgo y/o daño(s) en salud.
- b. Coordinar e informar al Puesto o Centro de Salud asignado, la referencia y contrarreferencia de usuarios.
- c. Solicitar apoyo logístico al Puesto o Centro de Salud de referencia, en caso que la condición de salud del usuario así lo requiera.
- d. Organizar e implementar en la comunidad el transporte de usuarios del SRC.
- e. Usar los formatos aprobados para la referencia de usuarios.
- f. Vigilar e informar el cumplimiento de las indicaciones terapéuticas, en caso de usuarios dados de alta.



- g. Reportar problemas o limitaciones encontrados en la referencia de usuarios.

8. PROCESO DE LA REFERENCIA DE USUARIOS.

8.1 DEFINICIÓN DE REFERENCIA:

La **Referencia** es un proceso administrativo-asistencial mediante el cual el personal de un establecimiento de salud, transfiere la responsabilidad de la atención de las necesidades de salud de un usuario a otro establecimiento de salud de mayor capacidad resolutive y cuando el agente comunitario o las organizaciones sociales, identifican signos de peligro o alarma o factores de riesgo en usuarios y su necesidad de traslado, desde su comunidad hacia un establecimiento de salud del primer nivel de atención para que sean atendidos.

8.2 RESPONSABLE DE LA REFERENCIA

8.2.1 A nivel comunal

el agente comunitario o la organización comunal, tendrá como deber identificar los signos de peligro, alarma y/o factores de riesgo para derivar o trasladar al usuario al establecimiento de salud más cercano.

8.2.2 A nivel del establecimiento de salud.

la responsabilidad de la referencia corresponde al personal de salud que brinda la atención (médico, profesional de la salud no médico o técnico de salud) la cual termina hasta que se inicie la atención en el establecimiento de destino de la Referencia. A este le corresponde las siguientes obligaciones:

- a. Decidir la referencia del usuario, basándose en las guías de atención previamente establecidas en función de la capacidad resolutive del establecimiento de acuerdo a su nivel de complejidad.
- b. Elegir el establecimiento de destino de la referencia para lo cual utilizará los criterios de referencia, las tablas de información de los recursos de soporte, la cartera de servicios y los flujos de referencia de usuarios entre establecimientos de salud. La Unidad u Oficina de Referencias o la que haga sus veces, decidirá en última instancia el establecimiento destino hacia el cual se dirigirá la referencia, excepto en los casos de emergencia, en los cuales será el servicio de emergencia el que asuma dicha responsabilidad.
- c. Llenar correctamente la Hoja de Referencia.
- d. La comunicación de la necesidad e importancia de la referencia al usuario y/o familiares.
- e. La coordinación y confirmación de la referencia con el área de admisión de su establecimiento
- f. Indicar el cuidado necesario del usuario durante el traslado, especialmente en caso de emergencia o cuando la urgencia lo justifique por corresponderle.
- g. Indicar y garantizar el traslado de una referencia de emergencia con el acompañamiento de un personal de



- salud profesional o no profesional de acuerdo al nivel de complejidad del caso.
- h. Otras que se le asignen.

8.3 ORIGEN DE LA REFERENCIA

La referencia de un usuario puede generarse en los siguientes niveles:

8.3.1 A Nivel Comunal:

Cuando un agente comunitario, organización social en atenciones de salud o cualquier poblador de la comunidad detecte en algún integrante o miembros de la comunidad signos de alarma, factores de riesgo o cualquier problema de salud que requiera atención en un establecimiento de salud.

8.3.2 A Nivel de Establecimientos de Salud:

Cuando el problema de salud del usuario requiere de evaluación, tratamiento médico-quirúrgico y/o procedimientos de apoyo al diagnóstico, que no corresponden a la capacidad resolutive del establecimiento.

8.4 ESTABLECIMIENTO DESTINO DE LA REFERENCIA

Es el establecimiento de salud a donde es referido el usuario para la atención de la necesidad y/o problema de salud identificado, a través de las unidades productora de servicios (Emergencia, Consultorios externos y Apoyo al Diagnóstico), el cual puede ser: Puesto de Salud, el Centro de Salud, el Hospital I, el Hospital II, el Hospital III y el Instituto Especializado. También se consideran los laboratorios referenciales de las Direcciones de Salud.

8.5 UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS DESTINO DE LA REFERENCIA

Son las Unidades Productoras de Servicios del establecimiento destino de la Referencia, a las que podrán ser referidos los usuarios:

8.5.1 Consulta Externa: Cuando el problema de salud del usuario requiere de la atención en consulta externa de otro establecimiento de salud de mayor complejidad.

8.5.2 Emergencia: Cuando el usuario según criterios de clasificación de emergencia, presenta signos y síntomas que indican gravedad, riesgo de perder la vida o posibilidad de quedar con secuelas invalidantes, y se requiere de la atención inmediata para estabilizarlo y/o luego referir en caso se complique y/o no se pueda manejar adecuadamente por escasa capacidad resolutive del establecimiento de salud. Así mismo, recepcionará algunos casos que requieran continuar con su hospitalización y manejo especializado así como aquellos que a criterio del



personal de salud teniendo criterios de urgencia requiera ser referido.

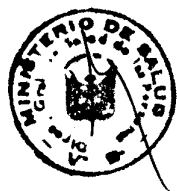
8.5.3 Apoyo al Diagnóstico: Cuando el usuario requiere para su confirmación diagnóstica, seguimiento o control, de una prueba o examen que no se practica en el establecimiento de salud de origen y requiere ser enviado a una Unidad Productora de Servicio de apoyo al diagnóstico en un establecimiento de mayor complejidad.

8.6 CRITERIOS PARA LA SELECCIÓN DEL ESTABLECIMIENTO DE DESTINO DE LA REFERENCIA

8.6.1 Capacidad Resolutiva: El usuario debe ser referido al establecimiento de salud que tenga la capacidad resolutiva (cartera de servicios) para resolver el motivo de la referencia.

8.6.2 Accesibilidad: El establecimiento de salud elegido para la referencia de acuerdo a su capacidad resolutiva debe ser el más cercano y el más accesible a través de vías de comunicación y transportes convencionales. Esto significa que no necesariamente se va a circunscribir dentro de los límites de su Microrred, Red o Dirección de Salud, sino puede acceder a otro ámbito de otra Dirección de Salud, Red o Microrred colindante.

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



8.7 PROCEDIMIENTOS DE LA REFERENCIA:

8.7.1 A NIVEL COMUNAL:

8.7.1.1. Del Establecimiento de Salud:

Las microrredes, los establecimientos de salud y la comunidad organizada determinarán sus problemas de salud más importantes, de acuerdo al perfil epidemiológico de su ámbito, para elaborar un listado de los signos de alarma y/o factores de riesgo que los agentes comunitarios y otras organizaciones deben identificar en una persona para su atención y/o referencia.

El listado de signos de alarma y factores de riesgo se complementará con las preguntas claves y las observaciones clínicas para su identificación.

La Hoja de Referencia Comunal, se adecuara al nivel local que facilite su uso por los agentes comunitarios, (se



presenta propuesta de la hoja de referencia comunal, ver Anexo).

El Responsable del SIS y/o Referencias llevará el registro de las referencias de sus agentes comunitarios y otras organizaciones.

8.7.1.2. Del Agente Comunitario y otras organizaciones:

- a. Deberá identificar los signos de alarma, peligro y/o factores de riesgo y/o daños para la salud en las personas de su comunidad.
- b. Llenar la Hoja de Referencia Comunal, dirigido al establecimiento de salud más cercano.
- c. Informar a los familiares y coordinar con otros actores sociales y con el establecimiento de salud para el traslado del usuario al EESS.
- d. Acompañar al usuario, durante su traslado al establecimiento de salud de destino, en caso de presentarse signos de alarma.
- e. Otras funciones que se consideren pertinentes.



8.7.2 A NIVEL DEL ESTABLECIMIENTO ORIGEN DE LA REFERENCIA:

8.7.2.1.1. Actividades Generales

Son las actividades comunes que todo responsable de la prestación de un establecimiento de salud debe realizar para referir: (Ver anexo 1: Mapa de Procesos).



- a. Atiende al usuario e identifica la necesidad de la referencia y el establecimiento y servicio de destino.
- b. Selecciona, de acuerdo a los criterios de referencia y al flujo establecido, el establecimiento de salud, función que será de responsabilidad de la Unidad u Oficina de Referencias o la que haga sus veces en el establecimiento la cual también coordinará la referencia con el establecimiento de Salud de destino, garantizando la recepción oportuna y adecuada del mismo excepto en los casos de Emergencia.
- c. Llena la Hoja de Referencia (original y 2 copias) en forma correcta. La vigencia de la hoja de referencia, para los destinos de consulta externa y servicios de apoyo al Diagnóstico, será de 60 días calendario a partir de su fecha de emisión renovable según la solicitud del médico tratante del motivo inicial que generó la referencia.
- d. Informa al usuario y/o familiares sobre lo siguiente:
 - Su estado de Salud y los riesgos que presenta.
 - Las razones para referirlo a otro establecimiento.
 - La importancia de la misma.
- e. Entrega la Hoja de Referencia (original y 2 copias) a la Unidad/Oficina de Seguros, del SRC o Admisión o quién haga sus veces, quienes son responsables de las siguientes



actividades en relación al sistema de referencia y contrarreferencia:

- Recibir la hoja de Referencia (original y 2 copias).
- Coordina la referencia con el establecimiento de destino, en forma directa.
- Registra en la Hoja de Referencia los datos que consigna el formato sobre la coordinación de la cita, para la atención respectiva.
- Entrega al usuario el ticket de atención conteniendo la información de su referencia al establecimiento de destino, la fecha y la hora de atención, el nombre del profesional que lo atenderá y el servicio en el que será atendido, como la información administrativa necesaria (Seguros de salud existentes, beneficios y tarifarios).
- Entrega al usuario o familiar responsable, el original de la Hoja de Referencia firmada y sellada excepto en los casos de emergencia que debe ser llevada por el personal de salud que acompañará al paciente.
- Archiva la hoja de Referencia en la Historia Clínica y hará llegar una copia al responsable del SRC para el consolidado respectivo.
- En caso de que existan dificultades durante la coordinación con el establecimiento de destino, se notificara al ente inmediato superior, según corresponda, haciendo uso de la vía de comunicación establecida o disponible.
- Los establecimientos de salud deberán monitorear que el paciente llegue al establecimiento de destino.



El usuario y/o sus familiares asumirán los costos de traslado y del tratamiento y/o procedimientos, excepto aquellos que son cubiertos por los planes de los seguros existentes, en caso de ser beneficiario de uno de ellos (si fueran seguros privados o de EsSalud, dichas instituciones tendrán que rembolsar los costos de la atención).

Considerando que en los casos de Emergencia no debe existir impedimento asistencial ni administrativo para su atención y traslado en ningún caso, los pacientes o usuarios que carecen de medios económicos y no están dentro de ningún seguro de atención de salud que asuma los gastos operativos de la atención y la referencia; las autoridades y personal de salud, autoridades locales y regionales deberán prever el traslado y los gastos que implique la atención y referencia del paciente y/o familiar (si en caso lo requiera), para lo cual deberá la autoridad de salud competente, liderar la formulación multisectorial e interinstitucional de un Plan de Contingencia para estos casos.

8.7.2.1.2. **Actividades Específicas, del Establecimiento de origen** cuando decide referir a un paciente son las siguientes:



Consulta Externa:

- a. El Personal responsable de la Unidad de seguros/admisión y/o referencias solicitará y coordinará con el responsable del SRC del *establecimiento de salud de destino*, la fecha, hora y médico (u otro profesional de la salud) de la consulta externa, a fin de comunicárselo al usuario antes que abandone el establecimiento.
- b. El personal responsable de la Unidad de Seguros/admisión o responsable de referencias, que coordinó la referencia entregará la hoja de la referencia para la atención (consignando los datos de la cita y/o ticket de cita) en el establecimiento de destino, dándole el original de la Hoja de Referencia al usuario o al familiar y la copia será adjuntada en su historia clínica.

Emergencia:

- a. La referencia de usuarios en situación de emergencia se ejecutará con la oportunidad necesaria para no agravar la situación de salud del paciente, así como garantizar el cuidado durante su traslado, en caso contrario, el establecimiento a través de sus directivos y/o jefe de guardia, asumirán la responsabilidad legal y administrativa por las consecuencias que devengan de un período mayor de observación.
- b. El establecimiento de salud que refiere debe coordinar detalles del cuidado durante el traslado del usuario con el Jefe de Emergencia / Urgencia o de Guardia del establecimiento de destino, a través de los medios de comunicación más rápidos y directos disponibles.
- c. Se deberá establecer las coordinaciones con la unidad de Referencias Regional o Nacional para la conformidad de la existencia y disponibilidad de la capacidad resolutive cuando el caso lo requiera.
- d. Durante el traslado del usuario al establecimiento de destino, el responsable de la referencia designará a un personal de salud competente según la gravedad del caso. También se solicitará a un miembro de la familia que acompañe al usuario en su traslado. Si no tuviera familiar, puede ser un responsable o un miembro de la comunidad según la pertinencia del caso.
- e. En el establecimiento de destino de la referencia, el personal de salud acompañante del paciente hará firmar la Hoja de Referencia por el responsable de la Emergencia, dejando así constancia de la recepción del usuario. Luego una copia de esta será devuelta a la unidad de referencias o la que haga sus veces en el establecimiento de origen, para su archivo en la historia clínica y su registro respectivo.
- f. Si ocurriera el fallecimiento del usuario durante el traslado, éste será regresado al establecimiento de origen para los trámites legales y administrativos pertinentes. En caso que requiera necropsia de ley, el cadáver será remitido a la



morgue, al médico legista o a la autoridad que haga sus veces.

Apoyo al Diagnóstico:

Laboratorio y Anatomía Patológica:

- a. Los establecimientos de salud que cuentan con laboratorio clínico y/o de anatomía patológica son centros de referencia de aquellos que no cuentan con el procedimiento requerido. Estos últimos, se constituyen en Unidades Tomadoras de Muestras (UTM).
- b. Las Microrredes, Direcciones de Red y Dirección de Salud organizarán y definirán los flujos de referencia de las muestras de laboratorio y anatomía patológica al interior de las mismas, según nivel de bio-seguridad y complejidad de los laboratorios.
- c. Las Direcciones de Red de Salud adecuarán sus protocolos y procedimientos para la obtención y envío de muestras, control de calidad y otros de su competencia de acuerdo a lo normado por el Instituto Nacional de Salud.
- d. El personal responsable de la atención del usuario y/o el responsable de la UTM del establecimiento comunicará la referencia de muestras a la unidad de referencias o la que haga sus veces, a fin que coordine su envío al nivel de referencia de destino correspondiente.
- e. La unidad de referencia o la que haga sus veces en el establecimiento de origen, coordinará con la contraparte del establecimiento destino para confirmar la disponibilidad de la capacidad resolutive del procedimiento o examen requerido, procediendo luego a indicarle al usuario el procedimiento que debe seguir. En caso que se requiera la presencia del usuario en el establecimiento destino se procederá de manera similar a la referencia de consulta externa, es decir se le entregará el ticket de atención y la hoja de referencia, en caso de que esto no sea necesario, el servicio destino se encargará del transporte de la muestra cumpliendo las condiciones de calidad y bio seguridad.
- f. En los establecimientos de destino de la referencia, no es necesaria la evaluación del usuario y/o formato de referencia por otro profesional para que se realice el examen solicitado por el establecimiento de origen de la referencia.
- g. En el caso que el personal del establecimiento de origen sea técnico, deberá realizar la consulta mediante radio y teléfono (Teleconsulta) al médico del establecimiento de referencia para decidir la pertinencia de que se realice una referencia de consulta externa en lugar de la referencia de muestra.
- h. El usuario que llegue al establecimiento de destino presentará su hoja de referencia al personal de la Unidad de Referencias o del área designada, quién a su vez instruirá adecuadamente al usuario y realizará los trámites correspondientes para la atención preferencial del referido.



Servicio de Diagnóstico por Imágenes:

- a. Los establecimientos de Salud que cuentan con servicios de diagnóstico por imágenes son centros de referencia de aquellos que no lo tienen.
- b. El responsable de la atención del usuario procederá a llenar la orden del servicio de diagnóstico por imágenes requerido la que será adjuntada a la hoja de referencia.
- c. El usuario entregará la copia de la Hoja de Referencia a la unidad de referencias o la que haga sus veces para que coordine y confirme una cita con el establecimiento de destino de la referencia la cual será entregada en un ticket de cita, el que contiene el día y horario de atención del usuario, lo cual le será comunicado antes que abandone el establecimiento, adjuntando la hoja de referencia.
- d. El usuario al llegar al establecimiento de destino presentará su hoja de referencia y el ticket de atención al personal de la Unidad de referencias o quien haga sus veces en el establecimiento de destino de la referencia, quién a su vez realizará los trámites correspondientes para la atención del usuario y el procedimiento de la contrarreferencia.



8.7.3 A NIVEL DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD DESTINO DE LAS REFERENCIAS.

8.7.3.1. Actividades Generales para la atención de las referencias:

Son las actividades comunes que todo establecimiento de salud que recibe una referencia debe realizar: (Ver anexo 01: Mapa de Procesos)

a. La Unidad de Seguros y/o Referencias u otra área designada para dicho fin, debe realizar las siguientes actividades:

- Recibir al usuario y solicitar la Hoja de Referencia y el ticket de cita en el caso que corresponda.
- Verificar la coordinación de la referencia, en la hoja de referencia donde debe consignarse con quien se hizo la coordinación.
- Verificar la calidad de la hoja de referencia así como la pertinencia de la referencia, debiendo asumir la resolución de cualquier observación, evitando trasladar al usuario las consecuencias de algún problema administrativo.
- En el caso de usuarios asegurados, comprobar dicha condición y solicitar la documentación complementaria pertinente.
- Registrar la Referencia en el Registro ó Software correspondiente.
- Adjuntar la Hoja de Referencia en la Historia Clínica.
- Realizar los trámites administrativos correspondientes para la atención prioritaria del usuario referido.
- Indicar al usuario el servicio donde recibirá la atención y brindarle todas las facilidades para recibir la atención correspondiente.



- Es el responsable administrativo de generar y hacer que las contrarreferencias lleguen al establecimiento de origen.
- b. Atender al usuario referido en forma preferencial, asegurando que cuando sea necesario, éste reciba todas las consultas, ínter consultas y exámenes de diagnóstico pertinentes hasta solucionar su problema de salud en el tiempo mas corto posible, a fin de que retorne a su lugar de origen en el más breve plazo.
- c. Realizar el monitoreo de las referencias recibidas hasta su contrarreferencia.

8.7.3.2. Actividades Específicas de los Servicios de Atención de los Usuarios Referidos:

Consulta Externa:

- a. El encargado de la atención recepcionará la Historia clínica que el servicio de Admisión le entregue en la cual deberá estar incluida la hoja de referencia.
- b. El servicio de Admisión será la responsable de incluir la hoja de referencia en la historia clínica del usuario referido.
- c. Se Coordinará con el Médico de Consultorio externo para la atención preferencial del paciente referido.
- d. Se brinda la atención médica según protocolos establecidos, y se decide que tipos de atención adicional necesita el paciente, para luego llenar la Hoja de Contrarreferencia en caso no se hospitalice, o refiera a otro establecimiento de mayor complejidad o requiera su atención ambulatoria en el mismo establecimiento de destino.
- e. Entrega la Hoja de Referencia y contrarreferencia a admisión o Unidad de referencias para que realicen los trámites administrativos correspondientes.
- f. El responsable de la Unidad de referencias, unidad de Admisión u otra área designada, coordinará la contrarreferencia al establecimiento de origen de la referencia o la referencia a otro establecimiento de mayor complejidad si lo requiere. Así mismo, archivara una copia de la referencia y otra hoja entregara al punto de digitación para su respectivo consolidado.
- g. Todo usuario referido que por opinión del profesional tratante (por escrito), requiera continuar con su tratamiento en el establecimiento destino, tendrá un periodo de 60 días renovables en los cuales podrá ser atendido en todos los servicios que solicite el profesional tratante, sin necesidad de tener una nueva hoja de referencia, excepto si se trata de otra patología diferente a la que generó la referencia inicial.



Emergencia:

- a. Aceptada la referencia, el Jefe de Guardia o responsable de la atención de la emergencia comunicará al personal médico y de enfermería para la preparación del servicio en el que se dará atención inmediata al usuario referido, según protocolos establecidos.
- b. Presentará la copia de la hoja de referencia a la Unidad de Referencias o quien haga sus veces cada 24 horas con el propósito de que la unidad de referencias actualice su base



de datos de los casos de referencia recibida o de las referencias efectuadas.

- c. La unidad de Referencias o quien haga sus veces coordinará con el establecimiento de origen, sobre el estado o situación de salud del paciente, así como su contrarreferencia.

De los Servicios de Exámenes de Apoyo al Diagnóstico

El responsable de la atención deberá:

- a. Recepcionar la Hoja de Referencia y las órdenes de exámenes de apoyo al diagnóstico que la Unidad de Referencia le pase para su atención.
- b. No es necesaria la evaluación del usuario y/o formato de referencia por otro profesional del establecimiento de destino, para que se realice el examen solicitado por el establecimiento de origen de la referencia.
- d. Realizar los trámites administrativos correspondientes para la atención prioritaria del usuario referido.
- e. La Unidad de referencia o quien haga sus veces indicará al usuario el servicio donde recibirá la atención



8.8 REFERENCIA INJUSTIFICADA

Es aquella en la cual el usuario, no debió haber sido referido a otro establecimiento de salud de mayor capacidad de resolución. Se consideran los siguientes casos:

- Cuando el establecimiento de origen de la referencia sí contaba con la capacidad resolutive para solucionar el motivo de la referencia.
- Cuando el establecimiento de destino no cuenta con la capacidad resolutive para resolver el motivo de la referencia.

Las referencias injustificadas serán evaluadas por la Oficina o Unidad de Seguros y/o Referencias o quien haga sus veces y el Comité del SRC de los niveles correspondientes, quién informa los resultados y propone las medidas correctivas pertinentes.

9. PROCESO DE LA CONTRARREFERENCIA:

9.1 DEFINICIÓN DE CONTRARREFERENCIA.

La **Contrarreferencia** es un procedimiento administrativo-asistencial mediante el cual, el establecimiento de salud de destino de la referencia devuelve o envía la responsabilidad del cuidado de la salud de un usuario o el resultado de la prueba diagnóstica, al establecimiento de salud de origen de la referencia o del ámbito de donde procede el paciente, por que cuentan con la capacidad de manejar o monitorizar el problema de salud integralmente.

9.2 RESPONSABILIDAD DE LA CONTRARREFERENCIA

Es del médico, otro profesional de la salud o técnico de salud capacitado, que atiende al usuario referido y que decide su contrarreferencia de acuerdo a los procedimientos normados.



Así mismo informará la condición del egreso del usuario autodirigido al establecimiento que le corresponda y de acuerdo a la magnitud del daño.

9.3 CONDICIONES DEL USUARIO PARA LA CONTRAREFERENCIA:

Las condiciones que determinan la contrarreferencia del usuario son:

9.3.1 Curado: Cuando se ha solucionado el problema de salud motivo de la referencia del usuario o se determina la situación del Alta Definitiva del usuario.

9.3.2 Mejorado: Cuando se ha resuelto el problema de salud motivo de la referencia en forma parcial, siendo pertinente que el usuario continúe con tratamiento bajo control y supervisión en el establecimiento que realizó la referencia, con baja frecuencia de atenciones (una cada tres meses).

9.3.3 Atendido por Apoyo al Diagnóstico: Cuando se han obtenido los resultados y/o informes de los exámenes de ayuda diagnóstica solicitadas.

9.3.4 Retiro Voluntario: Cuando el usuario decide interrumpir la continuidad de su tratamiento en el establecimiento de destino de la referencia, dejando constancia de ello en una Hoja de Exoneración de Responsabilidad. Frente a casos que vayan en contra de la vida del usuario, el responsable del establecimiento comunicará al ministerio público la decisión del mismo.

9.3.5 Deserción: Cuando el usuario abandona o interrumpe la continuidad de su tratamiento en el establecimiento de destino de la referencia, a pesar de los esfuerzos para localizar al usuario y para reiniciar su tratamiento.

9.3.6 Fallecimiento. Cuando el usuario fallece durante su tratamiento en el establecimiento de referencia.

9.4 PROCEDIMIENTOS DE LA CONTRAREFERENCIA

9.4.1 Del Establecimiento Destino de la Referencia

Es el establecimiento de salud donde ha sido atendido el usuario referido y donde se origina la contrarreferencia hacia el establecimiento de origen.

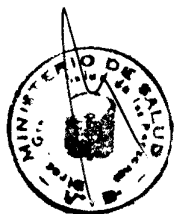
9.4.1.1 Actividades Generales.

Son las actividades comunes que todo médico, otro profesional de salud o técnico de salud capacitado debe realizar para ejecutar la contrarreferencia:

- Determina la condición del usuario y decide la contrarreferencia del mismo.
- Informa al usuario que su problema de salud ha sido solucionado total o parcialmente, las condiciones de su



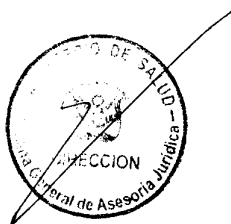
- salud actual y la necesidad de retornar a su establecimiento de origen o de continuar con el tratamiento, seguimiento o control en dicho establecimiento de salud de la red.
- c. Llena la Hoja de Contrarreferencia consignando todos los datos referidos al diagnóstico, tratamiento, prescripción, interconsultas (si las hubiera), exámenes de laboratorio, de imágenes u otros según corresponda.
 - d. Envía el original y 2 copias de la Hoja de Contrarreferencia a la Oficina o Unidad de Seguros y Referencias, Unidad de Admisión o al responsable del SRC según corresponda, para que ésta realice las siguientes acciones:
 - i. Recibe las Hoja de Contrarreferencia (original y copias).
 - ii. Archiva la contrarreferencia (copia) e ingresa los datos al software si lo tuviera.
 - iii. Archiva el original de la Hoja de Contrarreferencia en la Historia clínica e informa y envía la segunda copia de la hoja de contrarreferencia al establecimiento de origen.
 - e. Educar al usuario sobre la importancia de la continuidad del tratamiento, su control y seguimiento en el establecimiento de destino de la referencia, los aspectos psico-sociales y otros que sean necesarios para su auto cuidado.
 - f. Se considera que la contrarreferencia es oportuna cuando el establecimiento de Salud de origen, recibe la hoja de contrarreferencia de un usuario hasta dentro de los primeros 7 días de emitida la Hoja de la Contrarreferencia en el establecimiento de salud de destino.



9.4.1.2 Actividades Específicas

9.4.1.2.1 Contrarreferencia de la Emergencia:

- a. Concluida la atención de emergencia de un usuario, pueden ocurrir las siguientes situaciones: Hospitalización del usuario, manejo ambulatorio del caso o referido cuando el caso se ha complicado y necesita una atención o procedimientos de mayor complejidad.
- b. La hoja de contrarreferencia de un usuario referido por emergencia y que ha sido resuelto el daño o controlado será responsabilidad del médico o personal de salud que atendió la emergencia.
- c. El Médico de guardia o personal de salud entregará diariamente las copias de las hojas de contrarreferencias a la Oficina o Unidad de Seguros y Referencias o a la Unidad o área que haga las veces.
- d. En algunas ocasiones recibirán las hojas de contrarreferencia de un nivel de atención superior, los cuales deberán presentarlo a la Oficina o Unidad de Seguros y Referencias, Admisión o a la oficina o área que se ha designado.



9.4.1.2.2 Contrarreferencia de los Resultados e Informes de Exámenes de Diagnóstico

- a. En la hoja de contrarreferencia deberá adjuntar la información correspondiente a los resultados de los exámenes de diagnóstico: formatos, gráficos, placas u otros correspondientes.
- b. La hoja de contrarreferencia deberá ser llenada y suscrita por el profesional o responsable del laboratorio, anatomía patológica o servicio de imágenes que determinó la contrarreferencia.
- c. Entregará la hoja de contrarreferencia a la Oficina o Unidad de Seguros y Referencias para su trámite administrativo correspondiente, la cual se encargara de hacerla llegar a su contraparte del establecimiento de origen.

9.4.2 Del Establecimiento Origen de la Referencia

Es el establecimiento de salud origen de la referencia, hacia el cual debe llegar la contrarreferencia.

9.4.2.1. Oficina o Unidad de Seguros y/o Referencias o el Servicio de Admisión debe:

- a. Recibir al usuario y solicitar la Hoja de Contrarreferencia o recepcionarla directamente de su contraparte del establecimiento de destino.
- b. Adjunta la Hoja de Contrarreferencia a la historia clínica.
- c. Indicar al usuario el servicio en el que será atendido si es necesario.
- d. Atender al usuario cumpliendo con las indicaciones consignadas en la Hoja de Contrarreferencia.
- e. Orientar al usuario sobre su seguimiento y/o control en el establecimiento y la importancia de la continuidad de la atención.
- f. Realizar la visita domiciliaria, en caso de inasistencia del usuario.
- g. En el caso de contrarreferencia de resultados de exámenes de apoyo diagnóstico (laboratorio e imágenes), el personal responsable del traslado de estos debe entregar las hojas de contrarreferencia al servicio de admisión para su registro correspondiente y adjuntarlo en la Historia clínica.

9.5 CONTRARREFERENCIA INJUSTIFICADA

Es aquella cuando el usuario es contrareferido sin tener en consideración las condiciones del usuario para la contrarreferencia. Puede ser en las siguientes situaciones:

- ✓ Aquella en la que todavía amerita seguir en el establecimiento que lo refirió.
- ✓ Cuando se contrarefiere al paciente sin tener en cuenta la cartera de servicios y capacidad resolutoria del establecimiento a contrareferir para manejar el caso.



10. RECURSOS DE SOPORTE DEL SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA.

10.1 RECURSOS HUMANOS

Para el funcionamiento del sistema de referencia y contrarreferencia son los recursos humanos existentes en el establecimiento de salud, quienes como parte de sus funciones y responsabilidades en los diferentes niveles organizacionales participarán de acuerdo a su calificación y previa capacitación sobre el sistema.

Los responsables operativos del SRC serán los mismos responsables o coordinadores del SIS o de admisión, a quienes mediante las disposiciones legales pertinentes se les encargarán dichas funciones adicionales. Estos responsables se encargarán de sensibilizar y capacitar al Recurso Humano del establecimiento para la organización y operativización del sistema en el nivel organizacional respectivo. Cabe mencionar el recurso humano va a representar un soporte importante para el funcionamiento del sistema para lo cual es necesario implementar una serie de acciones que fortalezca la vinculación del recurso humano de los diferentes niveles de atención, como:

- Establecer espacios de evaluación, entre el personal de salud de todos los niveles
- Promover Política de incentivos y reconocimientos
- Intercambio de experiencias : Pasantías y otros.
- Establecer mecanismos de mejoramiento de calidad.



ESTRUCTURA DE RECURSOS HUMANOS POR NIVELES

	NIVEL	RECURSOS HUMANOS
ADMINISTRATIVO	MINISTERIO DE SALUD	- Coordinador Nacional del Sistema de Referencia y Contrarreferencia.
	DIRECCION REGIONAL DE SALUD	- Director de servicios (coordinador del sistema de referencias y contrarreferencias).
	DISAS, REDES	- Coordinador local del SIS y/o Referencias.
	MICROREDES	- Responsable del SIS y/o Referencias .
ASISTENCIAL	HOSPITAL NACIONAL, REGIONAL E INSTITUTOS ESPECIALIZADOS.	- Jefe de la Unidad u Oficina de Seguros y/o Referencias - Personal Administrativo de Apoyo
	HOSPITALES	- Jefe de la Unidad u Oficina de Seguros y/o Referencias o de admisión. - Personal administrativo de Apoyo
	CENTROS Y PUESTOS DE SALUD	- Responsables de SIS y/o Referencias o de Admisión.



10.2 INSTRUMENTOS DE REGISTRO E INFORMACIÓN.

Los instrumentos de registro e información son:

- ❖ Hoja de Referencia y Contrarreferencia Comunal (original y copia)
- ❖ Hoja de Referencia (original y 2 copias)
- ❖ Hoja de Contrarreferencia (original y 2 copias)
- ❖ Sistema informático (Software) del Sistema de Referencia y Contrarreferencia que funcionará en los puntos de digitación establecidos.

10.2.1 Hoja de Referencia Comunal:

El Formato que se utilizará como la hoja de Referencia Comunal debe contener la siguiente información mínima:

a. Información general del paciente:

- Nombres y Apellidos del paciente,
- Fecha y Hora que refiere
- Sexo y edad
- Domicilio del Paciente
- Nombre del establecimiento al que se refiere
- Otros datos socio económicos y culturales que se crea conveniente.



b. Motivo de la referencia:

- La molestia principal que el paciente refiere u observa
- Condiciones en la que se encuentra el paciente referido.
- Causas probables relacionados a la salud del paciente si cree conveniente



c. Información general del Agente comunitario:

- Nombres y Apellidos
- Firma o Huella digital



Los agentes comunitarios u otros actores sociales (integrantes de organizaciones sociales) llenarán un original y una copia de este formato. La copia y el original lo remitirán al establecimiento de salud de referencia, con el usuario.

Las indicaciones para el manejo domiciliario del usuario deberán ser considerada en la hoja de epicrisis o informe de alta la cual debe ser correctamente llenado por duplicado por el responsable de la atención del usuario referido, y se entregará la copia a la Unidad de referencia o a la que haga sus veces, para su registro y archivo con la Historia clínica, y el original lo remitirá al agente comunitario, con el usuario.

10.2.2 Hoja de Referencia Institucional:

El formato es único a Nivel Nacional y será usado en todos los establecimientos de salud del MINSa bajo la responsabilidad del técnico o profesional de la salud que requiera referir a un usuario (por emergencia o consulta externa) o solicitar exámenes de ayuda diagnóstica a un



establecimiento de mayor capacidad resolutive, esté afiliado o no a algún tipo de seguro.

10.2.3 Hoja de Contrarreferencia Institucional:

El formato es único a Nivel Nacional y será usado en todos los establecimientos de salud del MINSA bajo responsabilidad del profesional de salud responsable del tratamiento del usuario o por el profesional del laboratorio y diagnóstico por imágenes que envía los resultados e informes de los exámenes al establecimiento que realizó la referencia.

Los pacientes que sean referidos o contrareferidos de un establecimiento y que lleguen a los servicios de emergencia o admisión, serán registrados en los libros o sistemas informáticos ya existentes del establecimiento de salud y si es necesario tendría que adecuarse para algunos datos adicionales si se cree conveniente, por tanto no se necesita de un Libro especial de registro de las referencias y contrarreferencias.

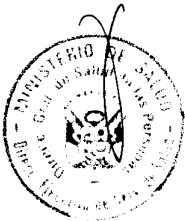
10.2.4 Software del Sistema de referencia y Contrarreferencia:

Mediante el software se elaborará y manejará la data correspondiente a la referencia y contrarreferencia de usuarios, siendo responsabilidad de la Diresa, establecer en la parte Regional una red informática mediante puntos de entrega de información que facilite el registro, consolidación, análisis, evaluación y reportes relacionados al SRC.

Establecido este sistema informático se obviará el manejo de Libros de registros e Informes operacionales, generándose sólo reportes gerenciales para su análisis respectivo en los niveles correspondientes.

10.3 FLUJO DE INFORMACION DEL SRC : HOJAS DE REFERENCIAS Y CONTRAREFERENCIAS A LOS PUNTOS DE DIGITACION.

- Las Direcciones Regionales de Salud establecerán la Red de Informática haciendo uso de los puntos de entrega de Información existentes (Puntos de Digitación de las atenciones de Seguros, HIS-MIS) en el cual deberán procesar la información de las hojas de referencia y contrarreferencia de los establecimientos de salud.
- Los establecimientos de Salud deberán enviar mensualmente la copia de los formatos de Referencia y Contrarreferencia realizadas a los Puntos de Digitación establecidos en las fechas correspondientes.
- Los Puntos de Entrega de Información deberán remitir un reporte impreso (Data) y la base de datos en medio magnético a cada establecimiento de salud, así como a la Microrred dentro de los 5 días posteriores a la recepción de información desde los establecimientos de salud.
- Los Puntos de entrega de información se articularán con la oficina de estadística de cada nivel organizacional, con el fin de integrar la información sanitaria para la toma de decisiones.



Cuadro X.1. Plazos de Envío de los reportes según Nivel Organizacional, SRC – 2004

Flujos de Envío por Nivel Organizacional	Plazos
De los Puestos y Centros de Salud a los puntos de digitación Microrredes.	Hasta el tercer día del mes siguiente remitirán los formatos de RF y CR.
De las Microrredes, Hospitales I y a las Direcciones de Red de Salud.	Hasta el octavo día del mes siguiente el punto de Digitación y/o la oficina de estadística del nivel respectivo, remitirán el reporte mensual (vía Internet y magnético)
De las Direcciones de Red, Institutos Especializados y Hospitales II, III a la Dirección Regional de Salud o a la DISA en el caso de Lima.	Hasta el noveno- día del mes siguiente , el punto de digitación y/o la oficina de estadística del nivel respectivo remitirá el reporte mensual (vía Internet, magnético)
De las Direcciones Regionales de Salud al Nivel Nacional	Hasta el décimo quinto día del mes siguiente punto de digitación y/o la oficina de estadística del nivel respectivo remitirá el reporte mensual (vía Internet, magnético)

10.4 TRANSPORTE.

- 10.4.1 La DIRESA, deberá coordinar a todo nivel, sectorial e interinstitucional de la región la implementación de un sistema de transporte coordinado según un flujo de referencia y contrarreferencia previamente establecido de manera que se formen redes de transporte, para lo que definirán la ubicación de las unidades de transporte, a fin de mejorar la eficiencia del uso de los vehículos, que permitan el traslado oportuno y en óptimas condiciones de los usuarios del SRC.
- 10.4.2 El Jefe o Director del establecimiento de salud, es el responsable que las unidades de transporte se encuentren permanentemente operativas.
- 10.4.3 Los Responsables del SRC en cada nivel de organización funcional serán los encargados de coordinar el transporte en el ámbito de su jurisdicción y definirán la ubicación de las unidades de transporte o unidades equipadas.
- 10.4.4 En la organización del transporte se tomará en cuenta las condiciones geográficas, climatológicas, viales, medios de transporte, idiosincrasia de la población y costos.
- 10.4.5 El transporte se usará para la referencia de pacientes de emergencia y para la contrarreferencia de usuarios en caso que el estado de salud del usuario así lo amerite. El profesional tratante determinará el uso del transporte para la referencia o contrarreferencia de un usuario sobre la base del estado de salud del usuario y con autorización del Jefe / Director del establecimiento de salud.
- 10.4.6 Las ambulancias constituyen el prototipo de vehículo para el transporte terrestre de usuarios, sin embargo, se debe considerar otras modalidades según vía de comunicación y las características geográficas de la jurisdicción.
- 10.4.7 El uso de ambulancias es básicamente para el transporte de usuarios en estado crítico o postrado, que representan casos de emergencias de acuerdo a los criterios previamente establecidos.
- 10.4.8 Se preferirá el uso de transportes menores para el traslado de elementos de diagnóstico y/o resultados.
- 10.4.9 Para las referencias de pacientes críticos (emergencias individuales o masivas) de alcance nacional se coordinará con defensa Nacional y otras instituciones o autoridades locales,



regionales y Nacionales para aspectos de comunicación y/o apoyo logístico, de acuerdo a la necesidad.

- 10.4.10 En todo paciente que se decida su referencia por constituir una Emergencia; el personal de salud del Establecimiento asumirá la responsabilidad de transferir al paciente a un establecimiento de salud de mayor complejidad resolutive.
- 10.4.11 Los costos que se generen en el traslado de un paciente para casos sólo de Emergencia, serán asumidos de la siguiente manera:
- En caso de que el paciente sea asegurado (EsSalud, SIS, Privados, otros), entonces el seguro asumirá los gastos que ocasione el traslado del paciente.
 - En caso de que el paciente no sea asegurado, el establecimiento de salud ya sea con sus ingresos propios o los que pueda gestionar con las Autoridades Locales, asumirá los costos de traslado de dicho paciente, garantizando la oportunidad de la atención y la Vida del Paciente.
 - Los diferentes niveles de organización (La Microrred, la Red, DISAs y DIRESA) asumirán la responsabilidad de prever, a través de coordinaciones y gestiones necesarias; que los establecimientos de salud de su ámbito cuenten con las facilidades permanentes de poder transportar un paciente de emergencia a otro establecimiento de mayor capacidad resolutive.
 - Ningún paciente en caso de emergencia que necesite ser referido a un establecimiento de mayor capacidad resolutive tendrá que discontinuar su atención por limitaciones de índole administrativo y/o financiera; asumiendo la responsabilidad el establecimiento quién lo atiende así como los otros niveles de organización, es decir, la Microrred, Red, DISAs y DIRESA.



10.5 COMUNICACIONES

- 10.5.1 El Ministerio de Salud, las Dirección de Salud y Direcciones de Red dispondrán la instalación y funcionamiento de una red de comunicación que alcance al máximo de establecimientos de salud y de comunidades de su ámbito.
- 10.5.2 La red de comunicaciones facilitará las coordinaciones para las referencias, contrarreferencias y el transporte de usuarios. Además, permitirá consultas entre el personal de salud de los establecimientos involucrados.
- 10.5.3 Los establecimientos de salud que cuenten con medios de comunicación mantendrán los mismos en perfecto estado de funcionamiento, a fin de facilitar la comunicación oportuna entre establecimientos.
- 10.5.4 Cada establecimiento contará con la hoja de reporte de comunicaciones en la cual el personal operador consignará la fecha, hora, nombre del establecimiento que refiere, así como del usuario y si se tratara de una emergencia, comunicará inmediatamente al Jefe de Guardia o al que haga sus veces.
- 10.5.5 Se podrán utilizar cualquier medio de comunicación disponible como teléfono, radio, Internet, y otros.
- 10.5.6 Los gobiernos o autoridades locales, regionales y Nacionales deberán gestionar el uso de otros medios de comunicación disponibles de otras instituciones que faciliten la coordinación oportuna de los pacientes.
- 10.5.7 En caso de requerir una comunicación de ámbito nacional o Inter regional, La Unidad Regional de Referencias deberá asumir dicha



coordinación, con el propósito de canalizar o resolver el problema de los usuarios que lo requieran.

10.6 ABASTECIMIENTO

10.6.1 Es de responsabilidad de las Direcciones de Salud, de las Direcciones de Red y de la Microrred proveer de los recursos materiales necesarios para la operatividad del sistema de referencia y contrarreferencia al nivel Operativo.

10.6.2 Los responsables del sistema de abastecimiento al interior de los establecimientos, microrredes, Direcciones de Red y Direcciones Regionales de salud deberán prever el abastecimiento de los recursos materiales y servicios necesarios que aseguren el adecuado funcionamiento del SRC (repuestos para los equipos de comunicación y transporte, mantenimiento de unidades de transporte y otros equipos, combustible, disponibilidad de choferes, etc.)

10.6.3 En casos de urgencias y emergencias, los responsables del sistema de abastecimiento dispondrán la respuesta inmediata de este sistema a fin de garantizar la oportunidad de la referencia.



11. CONTROL DE LA REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA:

11.1 SUPERVISIÓN

La supervisión del SRC se articulará dentro del enfoque integral y descentralizado en cada nivel organizacional de supervisión, siendo responsabilidad del equipo de conducción (equipo técnico respectivo) del SRC incorporar los criterios de supervisión inherentes al SRC dentro de las actividades de supervisión integral, según niveles de organización funcional.

Las supervisiones debe ser planificada periódicamente en los diversos niveles de organización, especialmente en aquellos

donde se evidencie problemas en el manejo sanitario o cuando el equipo del nivel organizacional lo considere técnicamente necesario.

Las áreas a explorar a través de la supervisión serán: Organización, flujo de referencia y contrarreferencia, difusión y conocimiento de normas, capacitación, gestión logística, manejo del sistema de información y registro, sistema de comunicación y transporte. En el área asistencial se explorará la oportunidad y pertinencia de la referencia y contrarreferencia y el cumplimiento de las normas.

11.2 MONITOREO

El Monitoreo del SRC se incorporara dentro del enfoque integral y descentralizado del monitoreo de la gestión sanitaria en cada nivel organizacional, siendo responsabilidad del equipo de conducción de cada nivel organizacional del SRC establecer los



procesos inherentes al SRC que deben incorporarse para ser monitorizados y la utilización de dicha información para el proceso de mejoramiento continuo.

El monitoreo es un proceso de control que será asumido por los responsables de las Unidades de referencias o quien haga sus veces para informar a los comités de referencias y contrarreferencias según el nivel correspondiente.

Los indicadores utilizados para el monitoreo que figuran en el presente documento son los que se tomarán en cuenta en el nivel nacional, sin embargo cada nivel podrá adecuar los indicadores adicionales o complementarios de acuerdo a sus necesidades de gestión.

11.3 EVALUACIÓN



La Evaluación del SRC se incorporará dentro de la evaluación integral y descentralizada de la gestión sanitaria, incorporándose indicadores de estructura, resultados e impacto que midan los objetivos propuestos en cada nivel organizacional, y que permita establecer estrategias integradas de intervención sanitaria.

Estos indicadores son los mismos que se utilizarán para el monitoreo, pudiendo incorporarse otros adicionales en cada nivel del sistema, según su necesidad local.

❖ **Indicadores del SRC** que permiten medir los resultados e impacto del SRC. Estos se elaboran a partir de los Informes Operacional del SRC.

A continuación presentamos los siguientes indicadores de evaluación:

Cuadro XI.1.: Indicadores de Evaluación del SRC



INDICADOR DE ESTRUCTURA	FRECUENCIA	UTILIDAD
<p>Porcentaje de establecimientos de salud que cuentan con medios de comunicación operativo:</p> $\frac{\text{N}^\circ \text{ de EEES con equipo de comunicaciones operativo}}{\text{N}^\circ \text{ Total de establecimientos de salud}} \times 100$	Semestral	Medir el grado de capacidad de articularse en términos de comunicación en el sistema
<p>Grado de Inclusión de establecimientos en Sistema de transporte para el SRC:</p> $\frac{\text{N}^\circ \text{ de establecimientos incluidos en el Plan de transporte para SRC}}{\text{N}^\circ \text{ Total de establecimientos}} \times 100$	Semestral	Mide la capacidad de transportar pacientes del SRC
INDICADOR DE PROCESO	FRECUENCIA	UTILIDAD
<p>Grado de resolutivez:</p> $\frac{\text{N}^\circ \text{ total de referencias enviadas}}{\text{N}^\circ \text{ total de atenciones}} \times 100$	Mensual/ Trimestral	Estimación de la capacidad resolutivez del establecimiento que realiza la referencia. Valor aceptable:



		5%, pero se tendrá que definir por cada nivel de atención.
<p>Porcentaje de Referencias efectivas:</p> $\frac{\text{N}^\circ \text{ de referencias que llegan al Establecimiento Destino} \times 100}{\text{N}^\circ \text{ Total de Referencias realizadas.}}$ <p>* También se puede considerar del nivel Comunal, consulta ambulatoria, hospitalización, emergencia, apoyo al diagnóstico.</p>	Mensual/ Trimestral	Mide el cumplimiento de las referencias que realizan y confianza en los establecimientos de salud. Valor aceptable: 80%
<p>Cobertura de contrarreferencias:</p> $\frac{\text{N}^\circ \text{ de contrarreferencias recibidas} \times 100}{\text{N}^\circ \text{ total de referencias realizadas}}$	Trimestral	Mide la efectividad del SRC en el establecimiento de origen de la referencia. Valor aceptable: > 75%
INDICADOR DE RESULTADOS	FRECUENCIA	UTILIDAD
<p>Porcentaje de Muertes evitadas de Emergencias Obstétricas:</p> $\frac{\text{N}^\circ \text{ de muertes maternas evitadas que usaron el SRC} (*) \times 100}{\text{Total de muertes maternas evitadas}}$	Semestral	La eficacia del SRC
<p>Porcentaje de muertes evitadas</p> $\frac{\text{N}^\circ \text{ de ref. de emergencia recibidas que están de alta} \times 100}{\text{N}^\circ \text{ Total de referencias de emergencias recibidas}}$	Semestral	La eficacia del SRC

De acuerdo al nivel de atención o de organización, los establecimientos de salud podrán agregar otros indicadores utilizando la metodología de análisis y evaluación del SRC en su jurisdicción correspondiente.

(*) **Muerte Materna Evitada:** Es toda aquella gestante o puerpera con diagnóstico de Hemorragia puerperal, Infección puerperal y/o Pre eclampsia severa, que es captada y manejada por los establecimientos de salud y se encuentra en condición clínica estable hasta la primera semana del puerperio.

12. ASPECTOS COMPLEMENTARIOS

12.1 PARTICIPACION DE OTRAS DIRECCIONES Y OFICINAS GENERALES DEL MINSA EN EL DESARROLLO DEL SRC.

12.1.1 De la Dirección General de Comunicaciones:

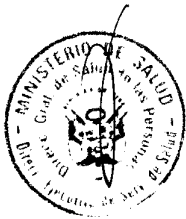
- Participar activamente en el proceso comunicacional del Sistema de referencia y Contrarreferencia para el usuario externo e interno.
- Establecer las estrategias de imagen, prensa y comunicación social para posicionar en el contexto nacional de la población, el Sistema de Referencias y Contrarreferencias del Ministerio de Salud.



- c. Mantener relaciones interinstitucionales para lograr los objetivos de imagen, prensa y comunicación social en el tema de referencias y contrarreferencias.
- d. Coordinar y ejecutar a todo nivel del Ministerio de Salud las acciones de información al usuario externo e interno.
- e. Investigar y analizar la información en los sistemas locales y nacionales para fortalecer la imagen y posicionar el sistema de referencias y contrarreferencias del Ministerio de salud.
- f. Participar en las reuniones del Comité técnico Nacional del SRC

12.1.2 De la Oficina de DEFENSA NACIONAL :

- a. Contribuir como nexo inmediato de comunicación para los pacientes que sean referidos por Emergencia y Desastres a los Niveles macro regional y Nacional para el SRC.
- b. Mantener la disponibilidad de su servicio de comunicación para el SRC durante las 24 horas del día y los siete días de la semana a fin de contribuir en la articulación de la comunicación entre las Regiones y los Niveles Macro regionales y Nacionales.
- c. Apoyar con recursos para el transporte y otros tipos de ayuda a los pacientes referidos y contrarreferidos cuando así lo amerite el caso, según los procesos del SRC.
- d. Coordinar con el Comité Nacional de Referencias en forma permanente las referencias de pacientes, para sumar esfuerzos
- e. Aspectos de comunicación, y búsqueda de apoyo logístico y de transporte en beneficio del traslado de los pacientes.
- f. Contar con un registro actualizado del número de los casos de referencia y contrarreferencia coordinados, generando reportes periódicamente al equipo técnico del MINSA y otras Direcciones Generales.
- g. Ser el ente competente en el manejo de los eventos de emergencias y desastres masivos a nivel Nacional, articulándose al SRC en forma oportuna.
- h. Participar en las reuniones del Comité técnico Nacional del SRC.



12.2 ACTIVIDADES TÉCNICO-ADMINISTRATIVAS

Los equipos de gestión de todos los niveles realizarán actividades de apoyo a la gestión como son: Participación en comités, comisiones; reuniones de evaluación operativa de los servicios de salud y programación de actividades del trabajo de salud, para la operatividad y funcionalidad del SRC, articulando a los gobiernos y/o autoridades locales, regionales y Nacionales en la optimización de los procesos del SRC dirigido a la mejora sanitaria del ámbito correspondiente.

12.3 DE LA IMPLEMENTACION DEL SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA:

La implementación del sistema de Referencia y Contrarreferencia será de responsabilidad de cada nivel



organizacional, de acuerdo a las competencias que establece el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, este proceso se realizara con la asistencia técnica permanente del Nivel Nacional.

El proceso de Implementación debe contemplar los aspectos técnicos del Plan Marco Nacional de Implementación para el desarrollo de los Planes de Implementación a nivel Regional.

12.4 DE LA CARTERA DE SERVICIOS:

- Las Unidades de Referencia Regionales serán las responsables de mantener actualizada la Cartera de Servicios de todo su ámbito regional y de los Hospitales Regionales, Nacionales e Institutos Especializados.
- La referencia debe responder a la complejidad de la patología y a la capacidad de resolución de los establecimientos de salud que se objetiviza a través de la "Cartera de Servicios" de cada establecimiento de salud.
- Las Microrredes de Salud, la Dirección de Red y la Dirección Regional manejarán formatos informáticos a fin de socializar la capacidad resolutive de cada establecimiento de salud al interior y exterior de las mismas.
- Los establecimientos de salud deberán contar como mínimo con información actualizada de la capacidad resolutive existente en el ámbito de la Microrred de Salud.
- La información de la capacidad resolutive (cartera de servicios) debe ser revisada y actualizada como máximo semanalmente, bajo responsabilidad de la Unidad Regional de Referencias, considerando la actualización inmediata en los casos de cambios de la capacidad resolutive que altere el flujo prestacional.
- Las Microrredes definirán redes y flujos prestacionales en base a la información de la cartera de servicios considerando los criterios técnicos de la referencia, y el perfil epidemiológico existente, los cuales serán susceptibles de momificación permanente por actualización.
- Para el manejo de la información de la capacidad resolutive y elaboración de flujos se usaran tablas básicas de información (Ver anexos 03: tablas básicas de información para el SRC) .
- Las Tablas básicas de información del SRC y las redes prestacionales actualizados a nivel de la Microrred deberán estar disponibles en todos los establecimientos de salud de la Microrred , siendo responsabilidad de este nivel su cumplimiento.



12.5 DE LOS USUARIOS QUE NO ACEPTAN LA REFERENCIA

La no-aceptación de una referencia a otro establecimiento de salud puede tener varias causas (dudas, desconfianza, necesidad de otra opinión, escasez de recursos económicos para asumir de inmediato la referencia, etc.), sin embargo, el rechazo de una referencia debe quedar documentada a fin de librar de responsabilidad al profesional o técnico de salud que atiende al usuario y al propio establecimiento de salud. Para ello, el personal responsable de la atención, hará firmar, una *Hoja de Exoneración de Responsabilidad* al usuario o su familiar responsable, el que además escribirá el N° de su DNI o Libreta Electoral e imprimirá su huella digital.

No obstante la decisión del usuario o su familiar responsable, el personal responsable de la atención, explicará cortésmente a éste que la firma del documento no significa la pérdida de su derecho de atención en cualquier momento en el establecimiento de salud.

En los casos en que la no-aceptación de la referencia pone en riesgo la vida del usuario, el personal de salud que atiende al usuario solicitará, de considerarlo pertinente, la intervención de la autoridad del ministerio público o de quien haga sus veces.



12.6 DEL SEGURO INTEGRAL DE SALUD

El Ministerio de Salud otorga atención integral de salud a la población de escasos recursos, que no tienen posibilidades de acceso a otros regímenes de aseguramiento en salud, a través del *Seguro Integral de Salud* (SIS).

Uno de los principales objetivos del SIS es contribuir a mejorar el estado de salud y la calidad de vida de la población peruana, particularmente disminuir las tasas de morbi-mortalidad infantil y materna.

En base a las prioridades sanitarias ya definidas, a las limitaciones de presupuesto y al eficiente uso que debe hacerse de los recursos, las prestaciones del SIS están agrupadas actualmente en los siguientes componentes y planes:

Componente Materno-Infantil:

- Plan A, del Niño de 0 a 4 años
- Plan C, de Gestantes

Otros Componentes:

- Plan B, del Niño y Adolescentes de 0 - 17 años: escolares y no escolares
- Plan D, del Adulto en situación de Emergencia
- Plan E, del Adulto Focalizado determinado por ley.



Las intervenciones de las patologías de cada uno de los planes (A, B, C, D y E) o paquetes de atención integral de salud, así como las tarifas y formas de pago a los Hospitales, Centros y Puestos de Salud se describen en las Resoluciones Ministeriales N° 265, 1014,1090, 1239, 1287 – 2002 SA/DM y el Decreto Supremo N° 003-2002-SA, entre otras normas legales.

Las carteras de servicios de cada establecimiento de salud son determinadas por ellos mismos bajo la responsabilidad de las Microrredes y Redes de Salud.

El SIS dentro del plan de beneficios reconoce el pago del traslado de las referencias de las emergencias las que se enmarcaran dentro de los procesos técnicos que la presente norma establece, para esto los establecimientos de salud de salud deberán tener en cuenta las Directivas administrativas que definen los procesos para el pago del reembolso respectivo, siendo responsabilidad del establecimiento de salud el cumplir dichos procedimientos de no ser así las consecuencias económicas que esto ocasionaría serán asumidos por el establecimiento de salud, no perjudicando en ningún caso al paciente.



12.7 DE LA INDIGENCIA DE PACIENTES NO ASEGURADOS QUE AMERITA SU REFERENCIA

Considerando dentro de los derechos a la vida que la constitución del Perú establece a todos los peruanos y dentro del marco de descentralización y la corresponsabilidad de la salud por las instituciones y comunidad organizada el preservar la salud de todos los peruanos, es necesario que la DIRESA en conjunto con los gobiernos y/o autoridades locales, Regionales establezcan un **Plan de Contingencia** para garantizar la atención de los pacientes que no se encuentran dentro de un plan de subvención en salud (Seguros Públicos en Salud). Dicho Plan debe ser instaurado por parte de las autoridades locales competentes con el direccionamiento de las instituciones técnicas que garanticen el uso adecuado de los recursos (por ejemplo fondos de solidaridad, seguros potestativos, etc.).

12.8 DE LA REFERENCIA PRE-HOSPITALARIA Y DE LA OFERTA MOVIL:

Se llama referencia pre-hospitalaria a aquella que se realiza desde una unidad de atención médica móvil (ambulancia), que atiende a un usuario en cualquier punto de la ciudad, hacia un establecimiento de salud que resolverá el problema de salud. La ampliación de este concepto, como sus consideraciones técnico-normativas y de procedimientos vienen siendo evaluada por el Equipo Técnico de Servicios Especializados de la Dirección Ejecutiva de Servicios de Salud del MINSA.

Así mismo, los equipos de atención de salud de cualquiera de los tipos de la oferta móvil (ELITES, Campañas de salud local, Internacional, Hospitales de Campaña u otros) también realizarán las referencias necesarias a los establecimientos del ámbito que correspondan, de acuerdo a las normas



establecidas, el cual a su vez se encargará del monitoreo del usuario o la contrarreferencia al establecimiento de menor capacidad resolutive o agente comunitario respectivo si se cree conveniente.

12.9 DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS DISPOSICIONES DE LA REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA DE USUARIOS

El incumplimiento de las disposiciones descritas en el presente documento normativo confiere al personal involucrado responsabilidad legal y administrativa por las consecuencias que se deriven de su actuar.

Corresponde a los niveles administrativos o de conducción calificar, proponer medidas correctivas y/o sancionar el incumplimiento de los procedimientos de las referencias y contrarreferencias.

12.10 DE LAS POSIBLES DISFUNCIONES DEL SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

En los diversos sistemas de referencia y contrarreferencia se observan las siguientes disfunciones, las mismas que, luego de un periodo de observación y análisis se corregirán gradualmente:

B. AUTODIRIGIRSE

Es la facilidad que tienen los usuarios para consultar directamente en los Hospitales I, II y III o en los Institutos Especializados u otros establecimientos de salud. En el Perú, este fenómeno es muy común, a diferencia de muchos otros países donde ningún usuario puede auto dirigirse o va a un hospital de referencia, sin antes haber pasado por un establecimiento del primer nivel de complejidad. Cabe mencionar que en caso amerite se estará comunicando sobre el estado o situación del paciente o usuario para continuación de la atención de salud o seguimiento.

C. LA SUB-UTILIZACIÓN

Se produce cuando el personal profesional o técnico de salud que refiere desconoce los servicios que presta otro establecimiento de mayor capacidad resolutive, o cuando los usuarios no cumplen con las referencias indicadas dadas por el personal de salud, para acudir a otro establecimiento de mayor capacidad resolutive por dificultades de accesibilidad, desconfianza o desconocimiento de dicho nivel de complejidad superior.

D. LA SOBRE-UTILIZACIÓN:

Se produce cuando el personal profesional o técnico de salud hace referencias frecuentes e innecesarias por casos que no ameritan.



E. ESCASA INFORMACIÓN

Se produce cuando los profesionales de los mayores niveles de complejidad se quejan de la poca información que le brindan los profesionales o técnicos del primer nivel y viceversa.

12.11 DEL MAPA DE PROCESOS Y FLUJOGRAMAS DE ATENCION :

Los Mapas de Procesos globales del SRC contempla los pasos básicos que se deben realizar que garantice la continuidad de la atención en todos los niveles prestacionales, (Ver anexo 01) el cual se adecuará de acuerdo a la realidad de cada establecimiento de salud (Se deberá considerar por servicios): Consulta externa, Emergencia y apoyo al Diagnóstico (de acuerdo a la complejidad del establecimiento de salud) estableciendo el Flujograma de atención integral incorporando los procesos de referencia y contrarreferencia de los pacientes que facilite la orientación a la demanda y el manejo por parte del nivel operativo.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. MINISTERIO DE SALUD. Normas del Sistema de Referencia y Contrarreferencia de los establecimientos del Ministerio de Salud. Ministerio de Salud. Lima – Perú. 2001.
2. MINISTERIO DE SALUD. Lineamientos para la Conformación de Redes de Salud. Ministerio de Salud. Lima = Perú. 2001.
3. MINISTERIO DE SALUD. Programa de Administración de Acuerdos de Gestión – Salud Básica para Todos – Administración Compartida. Lineamientos Técnicos del Sistema de Referencia y Contrarreferencia para Redes de Servicios de Salud. Ministerio de Salud del Perú. Lima. 2000.
4. MINISTERIO DE SALUD - Dirección Regional de Salud Cusco. Manual del Sistema de Referencia y Contrarreferencia. Dirección Regional de Salud Cusco. Cusco – Perú. 2000.
5. MINISTERIO DE SALUD - Proyecto Mejora de Servicios de Salud. Análisis de Referencias. Ministerio de Salud. Lima – Perú. 2001.
6. MINISTERIO DE SALUD - Proyecto Salud y Nutrición Básica. Manual de Procedimientos del Sistema de Referencia y Contrarreferencia. Ministerio de Salud del Perú. Lima. 2000.
7. MINISTERIO DE SALUD - Proyecto Salud y Nutrición Básica. Manual de Organización y Funciones del Sistema de Referencia y Contrarreferencia. Ministerio de Salud del Perú. Lima. 2000.
8. MINISTERIO DE SALUD - Proyecto Salud y Nutrición Básica. Manual de Operaciones del Sistema de Referencia y Contrarreferencia. Ministerio de Salud del Perú. Lima. 2000.
9. MINISTERIO DE SALUD - Proyecto Salud y Nutrición Básica. Propuesta de Organización del Sistema de Referencia y Contrarreferencia y Comunicaciones. Ministerio de Salud del Perú. Lima. 2000.
10. MINISTERIO DE SALUD - Proyecto Salud y Nutrición Básica. Sistematización Referencial Comunal. Ministerio de Salud del Perú. Lima. 2000.
11. MINISTERIO DE SALUD - Proyecto Salud y Nutrición Básica. El Nuevo Modelo de Atención. Ministerio de Salud del Perú. Lima. Julio 2,001.
12. MINISTERIO DE SALUD - Proyecto Salud y Nutrición Básica. Lineamientos Generales para la Organización de Microrredes y Modelos de Manual de Organización y Funciones. Ministerio de Salud del Perú. Lima. 2,000.



13. SANCHEZ A. Análisis del régimen de referencia y contrarreferencia en usuarios de la red de servicios en el distrito de Cártago. Santiago de Cali; 1995 [Trabajo de Investigación de Maestría - Escuela de Salud Pública de la Universidad del Valle].
14. SECRETARIA DE SALUD. Manual de Procedimientos para la Referencia y Contrarreferencia de Usuarios. Secretaría de Salud de los Estados Unidos Mexicanos. México D.F. 2000.
15. SEVILLA R. Fortalecimiento del sistema de referencia y contrarreferencia a través de la ampliación de la red computarizada en 4 centros de salud de la jurisdicción sanitaria Silos I del estado de Colima - Colombia.
16. MINISTERIO DE SALUD. Normas sobre Niveles de Complejidad de Servicios y Establecimientos Públicos en las Redes de Salud. Ministerio de Salud del Perú. Lima. Julio 2001.

MINISTERIO DE SALUD. Dirección General de Salud de las Personas. Propuesta: Categorías de Establecimientos de Salud (Documento de Trabajo). Ministerio de Salud del Perú. Mayo del 2002.

MINISTERIO DE SALUD. Aspectos Teórico Conceptuales para la Organización de la Oferta de Servicios de Salud. Ministerio de Salud del Perú. Lima. 2000.

19. MINISTERIO DE SALUD. Normas para los Procedimientos de Referencia y Contrarreferencia entre los Centros Asistenciales del Ministerio de Salud para el Seguro Integral de Salud (SIS). Ministerio de Salud del Perú. Lima. 2001.

FUNCION LEGISLATIVA No. 00158 del Ministro de Salud Pública del Ecuador, del 05 de marzo del 2002. Aprueba Manual para la Referencia y Contrarreferencia de Usuarios.

MINISTERIO DE SALUD - Instituto Nacional de Salud. Modelo de Organización de la Red de Laboratorios del Primer Nivel de Atención. Ministerio de Salud del Perú. Lima. Diciembre del 2000.

22. MINISTERIO DE SALUD - Proyecto Salud y Nutrición Básica - CARE - Perú. Manual de Procedimientos de Admisión Integral en establecimientos del Primer Nivel de Atención. Documento de Trabajo del Ministerio de Salud del Perú. Lima. 2001.

REGION NOR ORIENTAL DEL MARAÑON (RENOM) - Sub Región de Salud IV CAJAMARCA - APRISABAC. Sistema de Información Comunal de Salud (SICS). Cajamarca - Perú. Noviembre 1994.

24. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Curso AIEPI para Agentes Comunitarios de Salud: Guía Metodológica para la Capacitación del ACS. Washington DF. 2002.

25. HTTP(http://paidoteca.dgsca.unam.mx/paido_mat/cursots/ManejodeRecursos/recon.htm) Referencia y Contrarreferencia.

26. SEGURO SOCIAL DE SALUD (EsSalud). Resolución de Gerencia General N° 961-GG-EsSalud-2000: Aprueba Directiva N° 011-GG-EsSalud-200: Normas para el Proceso de referencia y Contrarreferencia de EsSalud. Lima 20 de noviembre del 2000.

27. SEGURO SOCIAL DE SALUD (EsSalud). Guía Metodológica para el Mejoramiento Continuo de los Procesos. Gerencia Central de Salud - EsSalud. Lima - Perú. Abril de 1999.

28. MINISTERIO DE SALUD. Manual de Llenado de Centros y Puestos de Salud - 2° Censo de Infraestructura Sanitaria y Recursos del Sector Salud 1996. Ministerio de Salud del Perú: Oficina de Estadística e Informática - Programa de Fortalecimiento de Servicios de Salud. Lima, mayo de 1996.

29. MINISTERIO DE SALUD. Manual de Llenado de Hospitales - Clínicas - 2° Censo de Infraestructura Sanitaria y Recursos del Sector Salud 1996. Ministerio de Salud del Perú: Oficina de Estadística e Informática - Programa de Fortalecimiento de Servicios de Salud. Lima, mayo de 1996.

30. MINISTERIO DE SALUD. Normas Técnicas de Ambulancias Terrestres (Documento de Trabajo). Ministerio de Salud del Perú. Lima 2003.



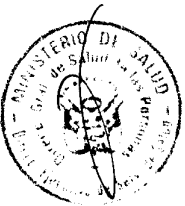
14. LISTA DE ANEXOS:

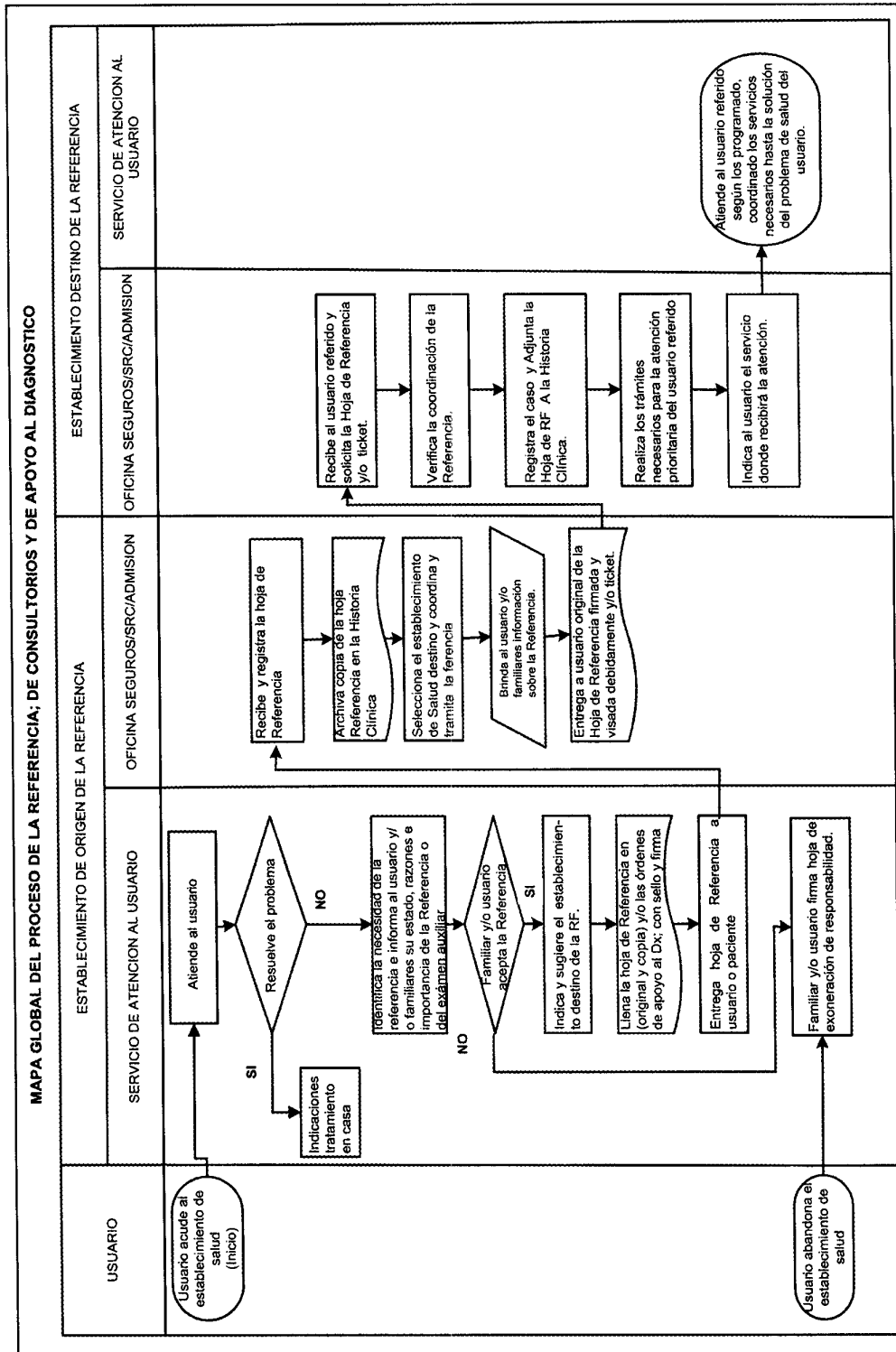
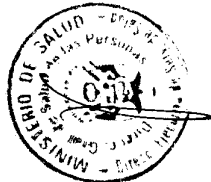
1. Mapa Global del Proceso de Referencia y Contrarreferencia.
2. Formatos e Instructivos del Sistema de Referencia y Contrarreferencia.
 - Hoja de Referencia y Contrarreferencia Comunal.
 - Hoja de Referencia Institucional.
 - Hoja de Contrarreferencia Institucional.
3. Tablas Básicas de Información del SRC:
 - Transportes.
 - Comunicaciones.
 - Cartera de Servicios.
 - Establecimientos de Referencia de acuerdo a la UPS a referir.
4. Aspectos Técnicos del Plan Marco de Implementación del SRC
5. Glosario de Términos.



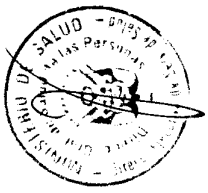
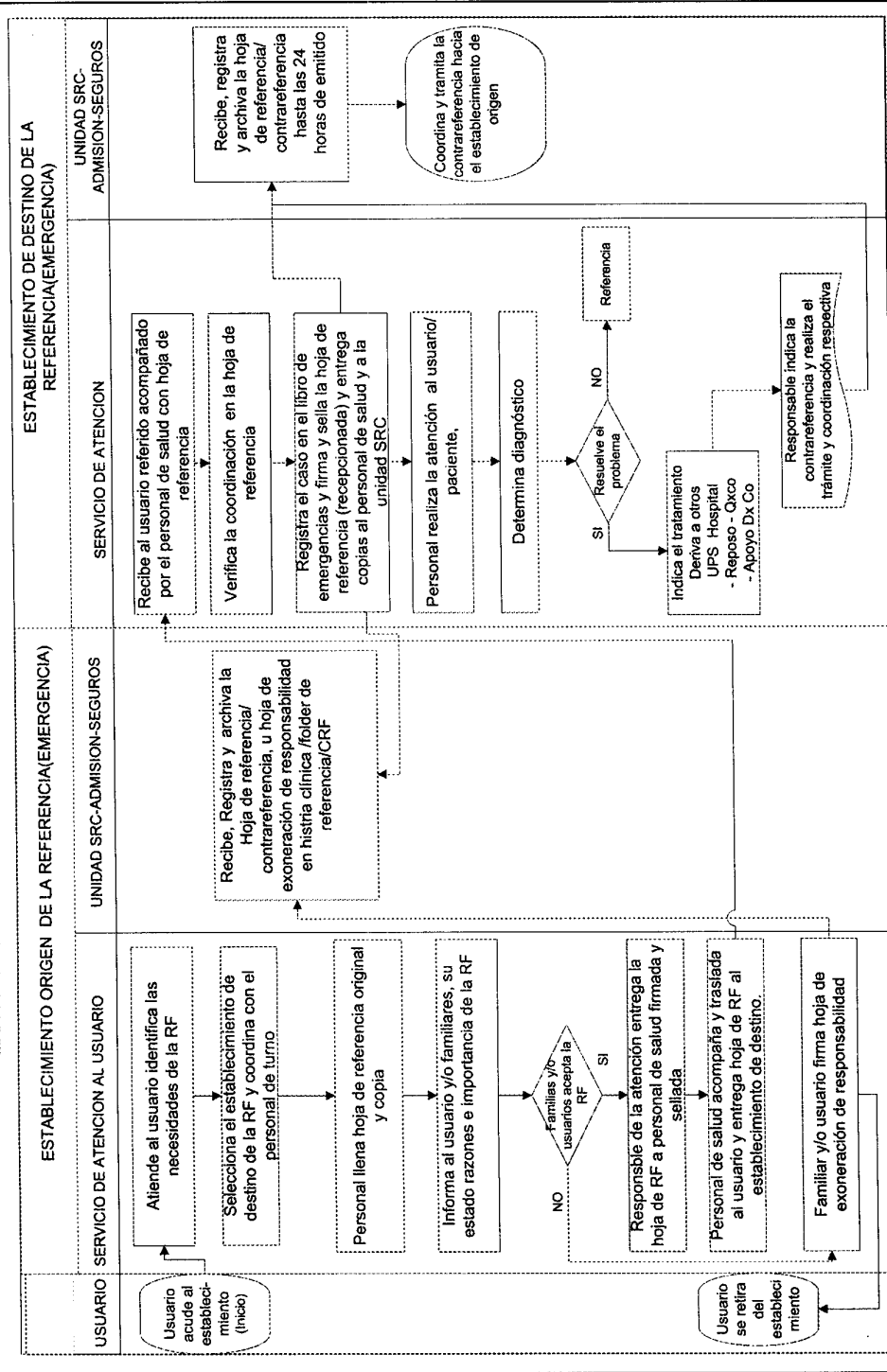
Anexo 01:

MAPA GLOBAL DEL PROCESO DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

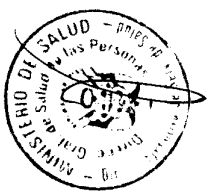
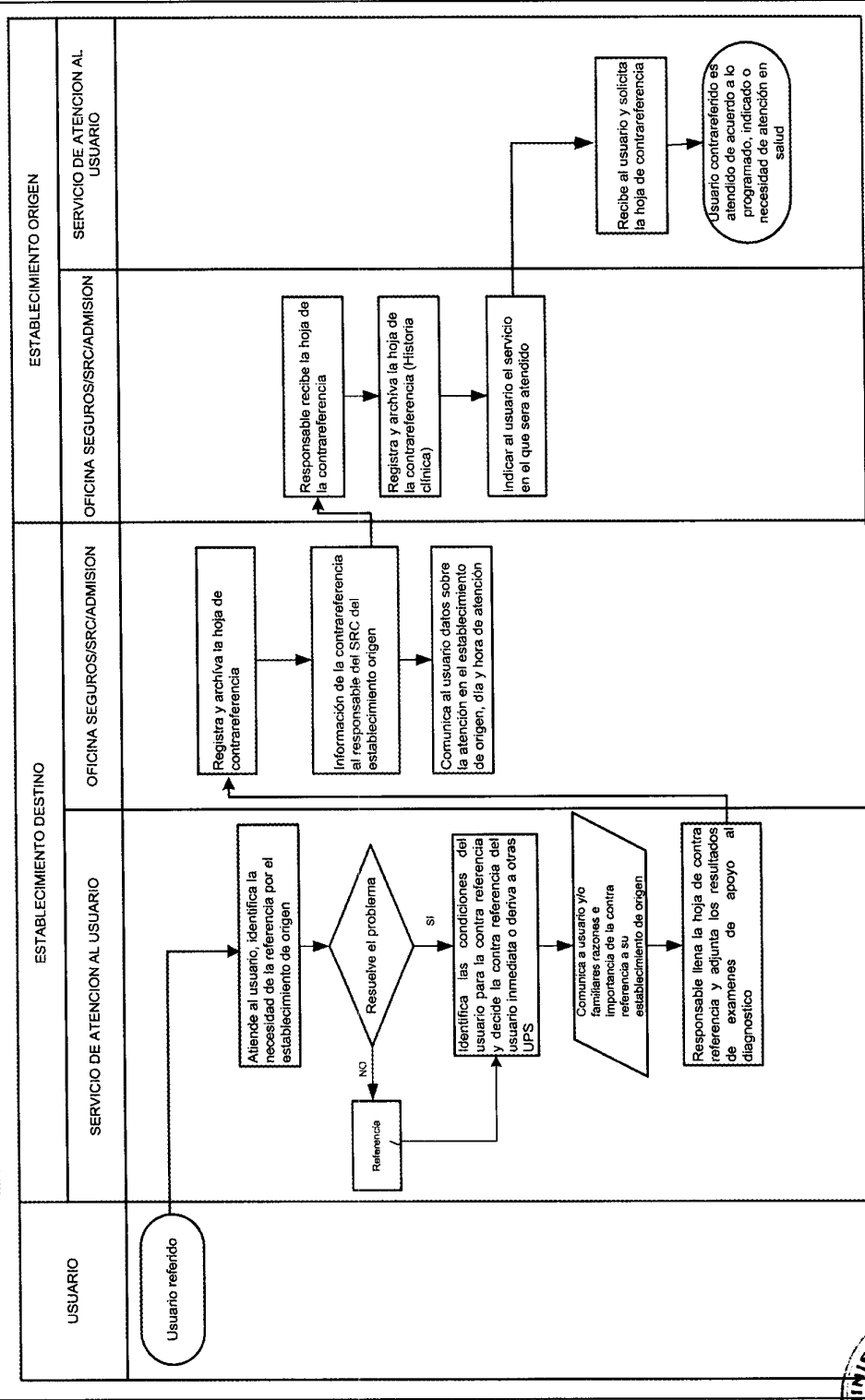


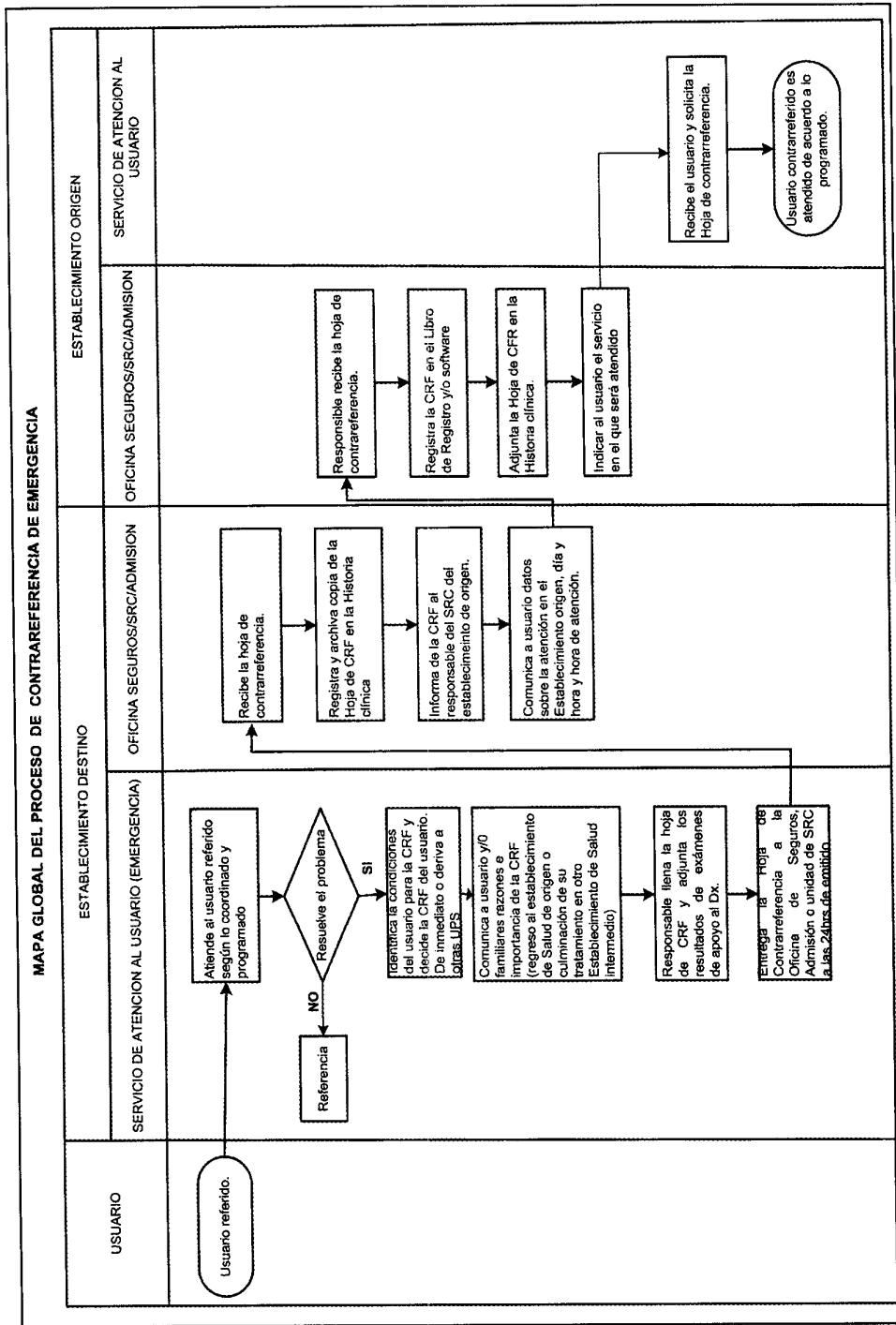
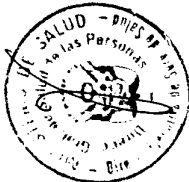


MAPA GLOBAL DEL PROCESO DE REFERENCIA EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA



MAPA GLOBAL DEL PROCESO DE CONTRAREFERENCIA DE CONSULTORIO EXTERNO Y DE APOYO AL DIAGNOSTICO





Anexo 02:
**FORMATOS E INSTRUCTIVOS DEL SISTEMA
DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA**



ANEXO N° 02.1
HOJA DE REFERENCIA INSTITUCIONAL



HOJA DE REFERENCIA

N°

1. DATOS GENERALES

Fecha día mes año Hora Asegurado: SI NO PLANES DE ATENCIÓN SIS A B C D E
Tipo:.....

Establecimiento de Origen de la Referencia

Establecimiento Destino de la Referencia

2. IDENTIFICACION DEL USUARIO

CODIGO DE AFILIACION AL SIS N° HISTORIA CLINICA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Sexo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Edad Años <input type="text"/> <input type="text"/>	Meses <input type="text"/> <input type="text"/> Dias <input type="text"/> <input type="text"/>
Dirección:	Distrito:	Departamento:

3. RESUMEN DE HISTORIA CLINICA

Anamnesis

Examen Físico T° P.A. F.R. F.C.

Exámenes Auxiliares

Diagnóstico	1)	2)	3)	CIE - 10	D	P	R
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Tratamiento

4. DATOS DE LA REFERENCIA

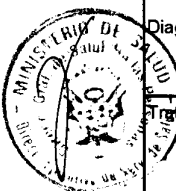
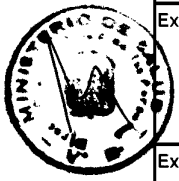
Coordinación de la Referencia	UPS Destino de la Referencia:		
	Emergencia <input type="checkbox"/>	Consulta Externa <input type="checkbox"/>	Apoyo al Diagnóstico (Adjuntar Orden) <input type="checkbox"/>
	Fecha en que será atendido:	<input type="text"/>	
	Hora en que será atendido:	<input type="text"/>	
Nombre de quien lo atenderá:	<input type="text"/>		
Nombre con quien se coordinó la atención:	<input type="text"/>		

Especialidad de Destino:
 Pediatría Medicina Cirugía Gineco-Obst. Lab. Dx. Imag. Otros

Condiciones del Paciente al Inicio del Traslado
 Estable Mal Estado

Responsable de la RF	Responsable del Establecimiento	Personal que acompaña	Personal que recibe
Nombre <input type="text"/>	Nombre <input type="text"/>	Nombre <input type="text"/>	Nombre <input type="text"/>
Colegiatura <input type="text"/>	Colegiatura <input type="text"/>	Colegiatura <input type="text"/>	Colegiatura <input type="text"/>
Profesión <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Enfermera <input type="checkbox"/> Obstetriz <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>	Profesión <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Enfermera <input type="checkbox"/> Obstetriz <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>	Profesión <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Enfermera <input type="checkbox"/> Obstetriz <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>	Profesión <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Enfermera <input type="checkbox"/> Obstetriz <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>
Firma y Sello <input type="text"/>	Firma y Sello <input type="text"/>	Firma y Sello <input type="text"/>	Fecha <input type="text"/> Hora: <input type="text"/>

Condiciones del Paciente a la llegada al Establecimiento Destino de la Referencia
 Estable Mal Estado Fallecido



INSTRUCTIVO PARA LLENAR LA HOJA DE REFERENCIA

1. DATOS GENERALES

- ⇒ **Nº (NUMERO DE REFERENCIA):** Escribir el número correlativo de la hoja de referencia. La referencia Nº 001 corresponde a la primera referencia realizada desde el 1º de Enero y termina con la última realizada hasta el 31 de Diciembre del año en curso.
- ⇒ **FECHA:** Escribir el día, mes y año en el que se realiza la referencia
- ⇒ **HORA:** Escribir la hora exacta en la que se realiza la referencia. Anotarla como la hora real del día. Ejemplo: 14:25 horas y no 02:25 p.m. Evitar las siglas a.m. o p.m.
- ⇒ **ASEGURADO:** Señalar si el usuario es beneficiario de algún tipo de seguro y especificar el tipo de seguro
- ⇒ **PLANES DE ATENCIÓN SIS:** Sólo si el paciente es beneficiario del Seguro Integral de Salud (SIS) se marcará una X en el cuadro correspondiente al plan de atención del que es beneficiario. En caso de no ser asegurado no se marcará nada en esta sección.
- ⇒ **ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN:** Registrar el nombre completo del establecimiento de salud que realiza la referencia.
- ⇒ **ESTABLECIMIENTO DESTINO DE LA REFERENCIA:** Escribir el nombre completo del establecimiento de salud a donde se refiere al usuario o muestra.

IDENTIFICACIÓN DEL AFILIADO:

- ⇒ **CODIGO DE AFILIACIÓN AL SIS:** Solo si el paciente es beneficiario del Seguro Integral de Salud (SIS) se registrará su código de atención al SIS. En caso de no ser asegurado no se marcará nada en esta sección.
- ⇒ **Nº DE HISTORIA CLÍNICA:** Anote el número de historia clínica del usuario.
- ⇒ **APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO Y NOMBRES:** Registre cada apellido y nombre en cada uno de los casilleros diseñados para ello.
- ⇒ **SEXO:** Marque una X en el casillero correspondiente al sexo del usuario, F para femenino y M para masculino.
- ⇒ **EDAD:** Anote la edad en los cuadros correspondientes. Para el caso de los mayores de un año solo basta registrar en los cuadros correspondientes a AÑOS. En caso de los pacientes entre 1 y 11 meses sólo se utilizará los cuadros correspondientes a MESES. En caso de los menores de un mes, se utilizará los cuadros correspondientes a DIAS.



RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA:

- ⇒ **ANAMNESIS:** Detallar en forma concisa el inicio, curso y estado actual de la enfermedad motivo de la referencia y los antecedentes del paciente que considere importante.
- ⇒ **EXAMEN FÍSICO:** Detallar en forma concisa los hallazgos del examen físico, especificando los signos vitales.
- ⇒ **EXÁMENES AUXILIARES:** Registre en forma concisa y cronológica la fecha, el nombre y el resultado de los exámenes auxiliares que se hayan realizado al usuario. Ejemplo: 23/11/02: Hematocrito = 27%; 24/11/02: Hemoglobina = 8 g./dl.
- ⇒ **DIAGNÓSTICO:** Registre el o los diagnósticos con su respectivo código de la 10ª. Clasificación Internacional de Enfermedades y con una X indique si se trata de un diagnóstico Definitivo, Presuntivo o Repetitivo.
- ⇒ **TRATAMIENTO:** Anote el tratamiento farmacológico, biológico u otro que haya administrado al usuario hasta el momento de la referencia.
- ⇒ **UNIDAD PRODUCTORA DESTINO DE LA REFERENCIA:** Marque una X en el casillero correspondiente a la unidad productora donde irá referido el usuario: Consulta externa, emergencia o apoyo al diagnóstico.
- ⇒ **COORDINACIÓN:** Indicar el nombre de la persona con quien se coordinó la referencia en el establecimiento de destino.
 - ⇒ En casos de emergencia registrar la fecha y la hora de la coordinación
 - ⇒ En casos de consulta ambulatoria y apoyo al diagnóstico registrar la fecha, hora y el nombre de la persona que brindará la atención en el establecimiento destino.
- ⇒ **ESPECIALIDAD DESTINO DE LA REFERENCIA:** Marque una X en el casillero correspondiente a la especialidad donde irá referido el usuario: Pediatría, Medicina, Cirugía, Gineco-Obstetricia, Laboratorio, Imágenes, Otros. Registrar en cada caso la especialidad o sub especialidad respectiva. En el rubro otros, considerar las especialidades no médicas: psicología, nutrición, odontología, etc.
- ⇒ **CONDICIONES DEL PACIENTE AL INICIO DEL TRASLADO:** Marque una X en el casillero correspondiente a las condiciones de salud del paciente en el momento de la referencia:

Estable :
Mal Estado :



- ⇨ **RESPONSABLE DE LA REFERENCIA:** El personal que refiere al usuario anotará su nombre, N° de Colegiatura (sí es profesional). Además, marcará con una X en el casillero correspondiente a su Profesión; en Otro anotará el nombre de su profesión o si es Técnico o Auxiliar de Enfermería. Por último colocará su sello y firmará la referencia.
- ⇨ **RESPONSABLE DEL ESTABLECIMIENTO O SU REPRESENTANTE:** El personal Jefe o Director del establecimiento de salud o quien haga sus veces (Ejemplo: Jefe de la Guardia) anotará su nombre, N° de Colegiatura (sí es profesional). Además, marcará con una X en el casillero correspondiente a su Profesión; en Otro anotará el nombre de su profesión o si es Técnico o Auxiliar de Enfermería. Por último sellará y firmará la referencia.
- ⇨ **PERSONAL QUE ACOMPAÑA:** El personal que acompaña al usuario (en caso de justificarse que acompañe al usuario) anotará su nombre, N° de Colegiatura (sí es profesional). Además, marcará con una X en el casillero correspondiente a su Profesión; en Otro anotará el nombre de su profesión o si es Técnico o Auxiliar de Enfermería. Por último pondrá su sello y firmará la referencia.
- ⇨ **PERSONAL QUE RECIBE:** El personal que recibe al usuario referido anotará su nombre, N° de Colegiatura, marcará con una X en el casillero correspondiente a su Profesión, en Otro anotará el nombre de su profesión. Por último anotará la fecha y hora en que recibió la referencia, luego sellará y firmará la referencia en señal de conformidad de la recepción.
- ⇨ **CONDICIONES DEL PACIENTE A LA LLEGADA:** Marcar con una X las condiciones de salud del paciente a la llegada al establecimiento de destino: Estable, Mal Estado o Fallecido



ANEXO N° 02.2 HOJA DE CONTRARREFERENCIA INSTITUCIONAL



HOJA DE CONTRARREFERENCIA

N°

1. DATOS GENERALES

Fecha día mes año Hora Asegurado: SI NO
 Tipo:..... PLANES DE ATENCIÓN SIS A B C D E

Establecimiento que Contrarrefiere

Establecimiento Destino de la Contrarreferencia

2. IDENTIFICACION DEL USUARIO

CODIGO DE AFILIACION AL SIS	N° HISTORIA CLINICA
<input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/>

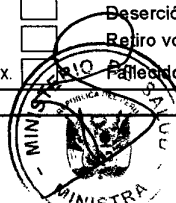
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
Sexo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Edad Años <input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/>	Meses <input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/> Días <input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/>
Dirección:	Distrito:	Departamento:

3. RESUMEN DE LA HISTORIA CLINICA

Fecha de Ingreso <input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/>	Fecha de Egreso <input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/>																		
Diagnóstico de ingreso																			
<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>																			
<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>																			
Diagnóstico de egreso																			
<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>																			
<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>																			
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 70%;"></th> <th colspan="2">CIE - 10</th> <th>D</th> <th>P</th> <th>R</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td><input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/></td> </tr> </tbody> </table>			CIE - 10		D	P	R	<input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/>
	CIE - 10		D	P	R														
<input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/>														
<input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/>														
Tratamiento y/o procedimientos realizados.																			
<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>																			
<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>																			
Adjuntar informes y reportes de procedimientos																			
<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>																			
<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>																			

4. DATOS DE LA CONTRARREFERENCIA

Origen de la Referencia		
De la Comunidad <input type="radio"/>	De un Establecimiento de Salud <input type="radio"/>	Autorreferencia <input type="radio"/>
Calificación preliminar de la Referencia		
Justificada <input type="radio"/>	No Justificada <input type="radio"/>	
UPS que orden la Contrarreferencia		
Consulta Ext. <input type="radio"/>	Emergencia <input type="radio"/>	Apoyo al Dx. <input type="radio"/> Hospitalización <input type="radio"/>
Especialidad que Ordena la Contrarreferencia		
Pediatria <input type="radio"/>	Medicina <input type="radio"/>	Cirugia <input type="radio"/> Gineco-Obst. <input type="radio"/> Lab. <input type="radio"/> Dx. Imag. <input type="radio"/> Otros <input type="radio"/>
Recomendaciones e Indicaciones para el Seguimiento		
<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>		
<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>		
<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>		
Responsable de la Contrarreferencia		
Condición del usuario para la contrarreferencia		Nombre: <input style="width: 100%;" type="text"/>
Curado <input type="checkbox"/> Mejorado <input type="checkbox"/> Atendido x Apoyo al Dx. <input type="checkbox"/>	Deserción <input type="checkbox"/> Retiro voluntario <input type="checkbox"/> Fallecido <input type="checkbox"/>	N° de colegiatura: <input style="width: 100%;" type="text"/>
Firma y sello <input style="width: 100%;" type="text"/>		



INSTRUCTIVO PARA LLENAR LA HOJA DE CONTRARREFERENCIA

1. DATOS GENERALES

- ⇒ **N° (NUMERO DE CONTRARREFERENCIA):** Escribir el número correlativo de la hoja de contrarreferencia. La contrarreferencia N° 001 corresponde a la primera contrarreferencia realizada desde el 1° de Enero y termina con la última realizada hasta el 31 de Diciembre del año en curso.
 - ⇒ **FECHA:** Escribir el día, mes y año en el que se realiza la contrarreferencia
 - ⇒ **HORA:** Escribir la hora exacta en la que se realiza la contrarreferencia. Anotarla como la hora real del día. Ejemplo: 14:25 horas y no 02:25 p.m. Evitar las siglas a.m. o p.m.
 - ⇒ **ASEGURADO:** Señalar si el usuario es beneficiario de algún tipo de seguro y especificar el tipo de seguro
 - ⇒ **PLANES DE ATENCIÓN SIS:** Solo si el paciente es beneficiario del Seguro Integral de Salud (SIS) se marcará una X en el cuadro correspondiente al plan de atención del que es beneficiario. En caso de no ser asegurado no se marcará nada en esta sección.
 - ⇒ **ESTABLECIMIENTO ORIGEN DE LA CONTRARREFERENCIA:** Escribir el nombre completo del establecimiento de salud que realiza la contrarreferencia.
 - ⇒ **ESTABLECIMIENTO DESTINO DE LA CONTRARREFERENCIA:** Registrar el nombre completo del establecimiento de salud a donde será referido el usuario.
- ### 2. IDENTIFICACIÓN DEL AFILIADO:
- ⇒ **CODIGO DE AFILIACIÓN AL SIS:** Solo si el paciente es beneficiario del Seguro Integral de Salud (SIS) se registrará su código de atención al SIS. En caso de no ser asegurado no se marcará nada en esta sección.
 - ⇒ **N° DE HISTORIA CLÍNICA:** Anote el número de historia clínica del usuario.
 - ⇒ **APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO Y NOMBRES:** Registre cada apellido y nombre en cada uno de los casilleros diseñados para ello.
 - ⇒ **SEXO:** Marque una X en el casillero correspondiente al sexo del usuario, F para femenino y M para masculino.
 - ⇒ **EDAD:** Anote la edad en los cuadros correspondientes. Para el caso de los mayores de un año solo basta registrar en los cuadros correspondientes a AÑOS. En caso de los pacientes entre 1 y 11 meses solo se utilizará los cuadros correspondientes a MESES. En caso de los menores de un mes, se utilizará los cuadros correspondientes a DIAS.
 - ⇒ **PROCEDENCIA:** Anote el distrito de procedencia y la Dirección del Usuario

RESUMEN DE LA HISTORIA CLINICA:

FECHA DE INGRESO: Anote el día mes y año en que ingresó el usuario al establecimiento en condición de referido.

FECHA DE EGRESO: Anote el día, mes y año en que egresó el usuario del establecimiento que realiza la contrarreferencia.

DIAGNÓSTICO DE INGRESO: Anote el o los diagnósticos con que el usuario llegó al establecimiento de salud

⇒ **DIAGNÓSTICO DE EGRESO:** Registre el o los diagnósticos de egreso del usuario, a los que llegó como conclusión el establecimiento que atendió al usuario referido, con su respectivo código de la 10^{ma}. Clasificación Internacional de Enfermedades y con una X indique si se trata de un diagnóstico Definitivo, Presuntivo o Repetitivo

TRATAMIENTO REALIZADO: Anote el manejo y/o tratamiento farmacológico, biológico y otros que se hayan administrado al usuario, así como los procedimientos realizados hasta el momento de la contrarreferencia. Se debe adjuntar los informes y resultados de éstos procedimientos.

ORIGEN DE LA REFERENCIA: Marque una X en el casillero correspondiente al Origen de la Referencia: De la Comunidad, De un establecimiento de salud, autodirigirse (autorreferencia) .

CALIFICACIÓN DE LA REFERENCIA: El personal que recibe al paciente y que realiza la contrarreferencia realiza la calificación preliminar de la referencia: **Justificada** o **No Justificada**, de acuerdo a lo establecido en la norma técnica.

⇒ **UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPS) QUE ORDENA LA CONTRARREFERENCIA :** El personal que realiza el llenado marcará con una X en la Unidad Productora de Servicios que ordena la contrarreferencia del usuario : Consulta Externa, Emergencia, Apoyo al Diagnóstico u Hospitalización.

⇒ **ESPECIALIDAD QUE ORDENA DE LA REFERENCIA:** Marque una X en el casillero correspondiente a la especialidad que ordena la contrarreferencia del usuario: Pediatría, Medicina, Cirugía, Gineco-Obstetricia, Laboratorio, Imágenes, Otros. Registrar en cada caso la especialidad o sub especialidad respectiva. En el rubro otros, considerar las especialidades no médicas: psicología, nutrición, odontología, etc.

RECOMENDACIONES E INDICACIONES PARA EL SEGUIMIENTO: Anotar en forma clara y precisa las recomendaciones e indicaciones, que deberá seguir el personal de salud del establecimiento de origen, para el control y seguimiento.

CONDICIÓN DEL USUARIO CONTRARREFERIDO: Marque una X en el casillero correspondiente a las condiciones del usuario en el momento de la contrarreferencia: Curado, Mejorado en tratamiento, Atendido por Apoyo al Diagnóstico, Deserción, Retiro Voluntaria o Fallecido.

RESPONSABLE DE LA CONTRARREFERENCIA: El personal de salud (médico, otro profesional de salud o técnico) que atiende y contrarrefiere al usuario anotará su nombre, N° de Colegiatura y por último pondrá su sello y firmará la contrarreferencia.

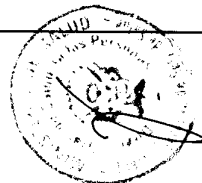


Anexo 03:
**TABLAS BASICAS DE INFORMACION DEL
SISTEMA DE REFERENCIA Y
CONTRARREFERENCIA**



SISTEMA DE TRANSPORTE

AMBULANCIAS TERRESTRES (4)		Nombre del EESS	E E S S	COD. EESS	N ú m e r o	MICRORRED	R E D	C A M I O N E T A	M O T O C A R R O	M O T O	B I C I C L E T A	CAMILLA DE TRANSPORTE MANUAL DE PACIENTES (10)	B O T E	OTROS (12)



INSTRUCTIVO DEL LLENADO DE LAS TABLAS BASICAS DE INFORMACIÓN.

Para el llenado de las tablas del SRC considerar lo siguiente:

1. Estas Tablas tienen como objetivo alcanzar la información básica necesaria para realizar las referencias y contrarreferencias a nivel de los Establecimientos de salud.
2. Estas Tablas recabarán la información de la oferta existente en cada establecimiento, considerando su funcionalidad óptima de los equipos o medios de soporte solicitado, y sobre el recurso humano que se encuentra actualmente laborando. (No se reportará los equipos que están inoperativos y el personal que no se encuentra laborando los últimos tres meses en el EESS).
3. Estas Tablas no es un inventario de la oferta de servicios.
4. Los datos ingresados deberán tener la confiabilidad al 100% .
5. Tener en cuenta que estas tablas estarán disponibles para el manejo de todo el personal de salud (Técnicos y profesionales de la salud) y deben ser lo mas comprensibles posibles.

Las Tablas que se consideran formarán parte de la guía de procedimientos del SRC a nivel de cada EESS son:

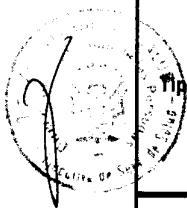
I. SISTEMA DE TRANSPORTE

Nota: Se ha omitido las columnas de los datos de la red, Microrred y EESS.

- Ambulancias Terrestres: Considerar las que existen y están operativas.

⇒ Para la determinación del tipo de ambulancia considerar: (*)

AMBULANCIAS TERRESTRES (4)			A U T O M Ó V	C A M I O N E T A	M O T O C A R R O	M O T O	B I C I C L E T A	CAMILLA DE TRANSPORTE MANUAL DE PACIENTES (10)	B O T E	O T R O (12)
Tipo 1	Tipo 2	Tipo 3								



Tipo 1: Con equipo mínimo para transportar pacientes estables: Camilla, Balón de oxígeno, tensiómetro, estetoscopio y equipo de partos

Tipo 2: Con equipo para transportar pacientes complicados, como mínimo: el equipo del tipo 1 más electrocardiógrafo, resucitador.

Tipo 3: Equipo sofisticado para manejar pacientes graves, se adiciona al equipo del tipo 2 equipo de shock trauma.

(*) Documento fuente: Normas de Ambulancias de la DGSP. Colocar el número de ambulancias en el casillero correspondiente



(2) SOBRE LA CARTERA DE SERVICIOS:

⇒ Consignará en cada columna del servicio existente en el EESS el turno o los turnos que esta disponible al público, considerar lo siguiente:

- M : atención de 7 a.m. a 1p.m.
- T : atención de 1p.m. a 7p.m.
- N : atención de 7 p.m. a 7 a.m.
- TD : atención las 24 horas.



De acuerdo a esto considerar en cada cuadro por ejemplo si el servicio atiende por las mañanas la letra: "M" y si atiende mañana y tarde colocar : "MT".

Consulta ambulatoria considerar el tipo de RH que lo brinda en forma cotidiana, si existe medico, enfermera, no puede existir consulta por técnico. El servicio debe estar operativo continuamente y contar con todos los requisitos para su operativización, de lo contrario no considerar.



(3) SOBRE EL RECURSO HUMANO: Solo considerar el que esta laborando actualmente.

Consignar en cada tipo profesional el tipo de relación laboral con la institución (nombrado, contratado, serums remunerado) colocar el numero de profesionales en la columna correspondiente.

IV. ACCESIBILIDAD A LOS EESS DE REFERENCIA

EESS DE REFERENCIA INMEDIATA																			
CARTERA DE SERVICIOS (1)							DISTANCIA EN KM (2)	VIAS DE ACCESO (3)			TIEMPO SEGÚN MEDIO DE TRANSPORTE ACCESIBLE (4)								
CONSULTA MEDICA		ODONTOLOGIA		ATENCION DE PARTO		LABORATORIO		RADIOLOGIA	URGENCIAS	EMERGENCIAS	CARROZABLE	TROCHA	FLUVIAL	A PIE	BICICLETA	MOTOCARRRO /	AUTOMÓVIL /	CANOA	BOTE C / MOTOR
GENERAL	ESPECIAL	GENERAL	ESPECIAL	EUTOCICO	DISTOCICO														

DEL EESS DE REFERENCIA:

⇒ Determinar el EESS de Referencia considerando los criterios de accesibilidad , oportunidad y capacidad resolutive, sobre esto en la tabla no se debe consignar un solo EESS si no el número necesario que garantice la continuidad del manejo de los problemas de salud de su comunidad.



Ejem.:

C.S. Ocros : Refiere a los EESS siguientes A,B,C, por tener capacidades resolutivas diferentes y necesarias para el C.S. de acuerdo a esto insertar el número de filas de acuerdo al número de EESS de referencia consignando con una "X" a que servicio refiere.

(1) DE LA CARTERA DE SERVICIOS: por la cual referimos.

⇒ Sobre este punto en donde corresponde consulta medica, odontológica: establecer que complejidad es la que se requiere: General o de especialidad y colocar una "X"

⇒ En las otras columnas colocar una "X" de acuerdo al servicio por el que se refiere.

(2) DISTANCIA EN KM:

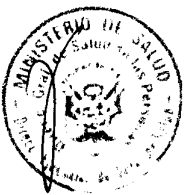
⇒ Colocar la distancia en Kilómetros del EESS de origen al de referencia.

(3) VIAS DE ACCESO:

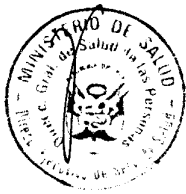
⇒ Marcar con una "X" la vía de acceso existente.

(4) TIEMPOS SEGÚN MEDIO DE TRANSPORTE:

Colocar en la columna que corresponde al medio de transporte usado el tiempo en minutos totales, ejemplo si el tiempo es de 3.5 horas colocar 210 minutos



Anexo 04:
**ASPECTOS TECNICOS DEL PLAN MARCO
PARA LA IMPLEMENTACION DEL SRC.**



ASPECTOS TECNICOS DEL PLAN MARCO PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

El Sistema de Referencia y Contrarreferencia será implementado por niveles de organización funcional y en el marco de la descentralización del modelo de atención integral, del desarrollo de redes de salud y de la categorización de establecimientos de salud.

La implementación del SRC será desarrollada transversalmente en cada uno de los niveles de organización funcional del Ministerio de Salud, como son las Direcciones de Salud (DISAs) o Direcciones de Salud (DISAs/DIRES), Direcciones de Redes, Microrredes y Establecimientos de Salud.

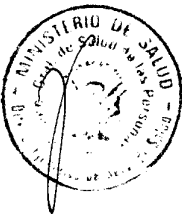
A continuación se presenta un modelo de implementación del SRC, el cual se ha dividido en etapas y en cada una de ellas se describen las actividades a realizar:

ETAPA I: PLANEAMIENTO

A. SOCIALIZACIÓN Y SENSIBILIZACIÓN DE DOCUMENTOS NORMATIVOS:

Este subproceso se realizará al interior de cada nivel organizativo funcional con la participación de:

- ✓ Equipos de gestión de las DISAs
- ✓ Equipos de gestión de las Direcciones de Redes de Salud, y
- ✓ Jefes de las Microrredes y establecimientos de salud



La socialización y sensibilización se realizará en una *Reunión Técnica*. En ésta se inducirá y motivará al personal de salud participante a fin que incorpore nuevos conceptos normativos y técnicos del Manual del Sistema de Referencia y Contrarreferencia, que le permitan un cambio de actitud y el compromiso con responsabilidad para el desarrollo de la implementación del SRC.

B. DEFINICIÓN DE LA SITUACIÓN DE SALUD:



Las Direcciones de Salud deberán considerar la realización de un *Estudio de Oferta y Demanda*, ya que éste brinda información relevante para la toma de decisiones en el planeamiento estratégico tendiente a cambiar, en forma positiva, el estado de salud de la población.

La Explicación Situacional será elaborada por los responsables de los niveles de gestión correspondientes: Microrred, Red y DISA. Ésta se hará a través de una descripción y análisis, integral y contundente, de los siguientes aspectos de la realidad regional: Política, Social, Cultural, Económica, Psicológicas, etc. que permita tener una idea clara del contexto jurisdiccional bajo el que se implementará el SRC.

El Análisis Situacional de Salud también será actualizado y analizado por los niveles respectivos (Microrred, Red y DISA). En el mismo, se considerarán los aspectos de oferta y demanda que den una idea clara de la realidad de salud jurisdiccional en la que se implementará el SRC. En esta se considerarán los siguientes aspectos:



DEMANDA:

- Características de la Población: N° de Habitantes según INEI por microrredes y establecimientos de salud; estructura poblacional; principales características demográficas y socioeconómicas, etc.
- Situación de Salud: Principales Indicadores del estado de salud de la población: Mortalidad, Morbilidad, Factores de Riesgo e Incapacidad.
- Saneamiento Básico: Condiciones de los servicios básicos de saneamiento: Agua potable, desagüe, limpieza, etc. que reflejan algunos riesgos para la salud y los estilos de vida.
- Accesibilidad de la Demanda: Geográfica, económica y cultural.

OFERTA:

- Gestión: Organización, Planificación, Direccionamiento, Control, etc.
- Cartera de Servicios
- Productividad: Indicadores de Rendimiento y Producción.
- Recursos Humanos: Capacitación, disponibilidad, políticas, etc.
- Materiales y Equipos: Transportes, Comunicaciones, etc.
- Finanzas: Fuentes de financiamiento, % del plan financiado, etc.
- Infraestructura: Establecimientos por materiales de construcción, N° de ambientes por establecimiento, etc.

La información de oferta y demanda, será recolectada desde el nivel local y consolidada y analizada por lo niveles correspondientes: Microrred, Red, DISA y Nivel Central.

C. ORGANIZACIÓN DEL SRC:



Los responsables de esta actividad son las autoridades de salud por cada uno de los niveles de organización funcional, quienes conformarán y designarán de los respectivos Comités o Coordinadores de Referencia y Contrarreferencia según corresponda.

D. ESTABLECIMIENTO DEL FLUJO DEL SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA:



Para el establecimiento de los flujos del SRC, se debe tener en cuenta la capacidad resolutive y accesibilidad de los establecimientos de salud.

a. Evaluación de la Capacidad Resolutiva

Capacidad Resolutiva es la capacidad que tiene la oferta de servicios, para satisfacer las necesidades de salud de la población. Puede ser:

- **Cuantitativa:** Es la capacidad que tienen los recursos de un establecimiento para producir la cantidad de servicios necesarios para satisfacer el volumen de necesidades existentes en la población. Depende de la cantidad de sus recursos disponibles.
- **Cualitativa:** Es la capacidad que tienen los recursos del establecimiento para producir el tipo de servicios necesarios para solucionar la severidad de las necesidades de la población. Depende de la especialización y tecnificación de sus recursos. Se expresa a través de la **cartera de servicios** del establecimiento de salud.



Se debe recoger información de la capacidad resolutive cualitativa y cuantitativa de los establecimientos de salud y consolidarse por niveles.

b. Evaluación de la accesibilidad y oportunidad:

Cada establecimiento de salud y/o nivel de organización del SRC debe documentar ampliamente las características de accesibilidad como:

- Accesibilidad Geográfica.
- Accesibilidad Cultural.
- Accesibilidad Económica.
- Accesibilidad Dependiente de la Organización.

c. Determinación de los Posibles Flujos de Referencia:

Los encargados de la determinación de los flujos de referencia y contrarreferencia, en cada uno de los niveles de organización funcional, son los comités o coordinadores (responsables) designados para la gestión del SRC.

Sobre la base de toda la información referente a la oferta, demanda, recursos, capacidad resolutive, etc. se determinará los flujos más dinámicos y oportunos para la referencia de usuarios por o unidades de producción de servicios de salud.

Este proceso, se hará por niveles de organización funcional, teniendo en cuenta las necesidades de salud de la población (riesgos y daños), y se graficarán en mapas y fluxogramas para conocimiento de todo el personal de salud. Debe iniciarse desde la comunidad.



ETAPA II: EJECUCIÓN

A. CAPACITACIÓN DEL PERSONAL DE SALUD:

a. Capacitación del Personal Conductor del SRC a Nivel de DISAs/DIREs

La capacitación a este grupo seleccionado de personas es de responsabilidad del Equipo de Profesionales de la Dirección Ejecutiva de Servicios de Salud del Nivel Central.

b. Capacitación del Personal Conductor y Operativo de las Redes, Microrredes y Establecimientos de Salud:

Será de responsabilidad de la Dirección Regional de Salud y de las Direcciones de Redes.

B. APROVISIONAMIENTO DE RECURSOS:

a. En el Nivel DISAs/DIREs:

Las DISAs de acuerdo a su Plan Operativo Institucional dotarán de los recursos necesarios (recursos humanos, equipos, materiales e insumos) a sus Direcciones de Redes de Salud para la implementación del SRC.

b. En el Nivel Dirección de Red:

Este será responsable del aprovisionamiento oportuno de las Microrredes de su ámbito, con recursos materiales y humanos necesarios para el funcionamiento del SRC.

Es de responsabilidad de las Direcciones de Redes facilitar y asegurar los recursos humanos y equipos necesarios a las Microrredes.

c. En el Nivel Microrred:



Programará, solicitará y asignará los recursos necesarios a cada uno de sus establecimientos de salud de acuerdo a las necesidades de la demanda y capacidad resolutive de la oferta.

ETAPA III: CONTROL

A. ELABORACIÓN DE UN PLAN DE SUPERVISIÓN, MONITOREO Y EVALUACIÓN DEL PLAN DE IMPLEMENTACIÓN DEL SRC:

El Ministerio de Salud controlará la implementación del SRC al interior de las DISAs, éstas a su vez, controlarán la implementación del SRC al interior de sus Direcciones de Redes, Microrredes y Establecimientos de Salud.

Cada nivel de organización funcional, diseñarán un Plan de Control de la implementación del SRC en sus respectivos ámbitos. Este plan medirá el avance y el cumplimiento de los objetivos y actividades de cada una de las etapas consideradas en el proceso de implementación.



B. DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES DE CONTROL :

Las actividades de control serán asumidos por cada nivel, de acuerdo a las competencias que establece el ROF del Ministerio de Salud y de acuerdo a la normatividad del SRC.

SOPORTE TÉCNICO y/o ASISTENCIA TÉCNICA - ADMINISTRATIVA:

La asistencia técnica en los procesos de planificación, organización, direccionamiento y control de la implementación del SRC en el nivel nacional es de responsabilidad del Nivel Central y de las Direcciones Regionales.



PLAZO DE IMPLEMENTACION DE LA NORMA TECNICA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

La presente Norma deberá ser implementada y encontrarse operativa en todos los establecimientos del Ministerio de Salud a los seis meses calendarios de publicada en El Peruano.



Anexo 05: **GLOSARIO DE TERMINOS.**



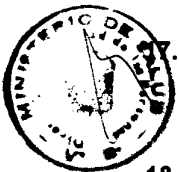
GLOSARIO DE TÉRMINOS

1. **Accesibilidad:** Facilidad con la que los usuarios pueden obtener asistencia sanitaria, disminuyendo las barreras geográficas, socio-económicas, organizativas y culturales.
2. **Accesibilidad Física:** Posibilidad de hacer recorridos aceptables dentro de un territorio, tomando en consideración las condiciones físicas del medio. Está determinada por la distancia/tiempo que deben recorrer tanto los usuarios como los trabajadores de los establecimientos de salud para lograr que los primeros obtengan atención de salud. La distancia/tiempo depende a su vez de la presencia de barreras geográficas naturales y artificiales que cortan el territorio (ríos, carreteras, avenidas, zonas industriales, etc.) y de la disponibilidad de medios de transporte.
3. **Agente Comunitario:** Es el miembro activo y representativo de su comunidad que mediante adecuada información y capacitación desarrolla actividades preventivo promocionales y de vigilancia de la salud comunitaria; desempeñan su actividad en coordinación con los servicios de salud u otras instituciones del ámbito.
4. **Apoyo al Diagnóstico:** Es el conjunto de servicios de salud y/o exámenes auxiliares que sirven para determinar el o los diagnósticos de un usuario.
5. **Atención Integral en Salud:** Es la provisión continua y con calidad de la atención de salud orientada hacia promoción de la salud, prevención de daños y riesgos, recuperación de la enfermedad y rehabilitación de la incapacidad, dirigida a las personas, en el contexto de su familia y comunidad. Dicha atención está a cargo del personal de salud competente, a partir de un enfoque biopsicosocial, quienes trabajan como un equipo de salud coordinado y contando con la participación de la sociedad.
6. **Atenciones:** Es el número de actividades (atenciones, servicios o prestaciones) de salud brindadas a pacientes dentro de un establecimientos de salud, en un tiempo determinado.
7. **Atendidos:** Es el número de personas que han recibido, por primera vez en el año, una atención de salud dentro de un establecimiento. Puede determinarse para un tiempo determinado (mes, trimestre, año).
8. **Autodirigirse:** Es la facilidad que tienen los usuarios para consultar directamente en establecimientos de salud asignados a su ámbito geográfico y/o del segundo o tercer nivel de atención sin antes haberse atendido en un establecimiento de salud de atención primaria o el de su jurisdicción.
9. **Capacidad de Resolución:** Es la capacidad que tiene un establecimiento de salud para ofrecer un conjunto de actividades y procedimientos que satisfagan las necesidades de los usuarios, dando respuesta integral y oportuna a determinados daños o patologías.
10. **Capacidad Resolutiva Cuantitativa:** Capacidad que tiene un profesional, establecimiento o red de servicios para *atender* a los que solicitan atención. Esta depende solamente de un factor cuantitativo: el volumen total de atenciones que puede otorgar, el cual, a su vez, depende del número de *instrumentos de atención* disponible (horas/médicos, días/cama, etc.), y del *rendimiento* de esos instrumentos (pacientes atendidos por hora, porcentaje de ocupación y rotación de camas).
11. **Capacidad Resolutiva Cualitativa:** Es la capacidad que tiene ese profesional, establecimiento o red de servicios para *satisfacer* las necesidades de salud (cualitativas) del paciente. Depende de un factor cualitativo: la *complejidad de la atención otorgada* que, a su vez, está determinada por el grado de formación y capacitación del profesional que otorga la atención, la tecnificación de los servicios de apoyo con los cuales cuenta para el diagnóstico y la tecnificación de los recursos terapéuticos de que dispone para tratar el caso. La capacidad resolutiva cualitativa de un centro asistencial será inversamente proporcional a la frecuencia y levedad de los problemas y directamente proporcional a la severidad de los mismos. Esto quiere decir que a mayor frecuencia y levedad de los problemas de salud a atender menor capacidad resolutiva cualitativa (menor complejidad



de los servicios otorgados). Por otro lado, a mayor severidad de los problemas de salud mayor capacidad resolutive cualitativa.

12. **Cartera de Servicios:** Relación de prestaciones de salud que brinda un establecimiento o microrred de salud. Puede entenderse como el conjunto de daños que un establecimiento de salud puede resolver.
13. **Centros de Salud:** Son establecimientos de salud del primer nivel de atención, con complejidad mayor a la de los Puestos de Salud, donde se brinda atención de las necesidades de salud mas frecuentes de la población a través de la atención integral ambulatoria, promoviendo la salud, previniendo los riesgos y daños y brindando manejo recuperativo de las patologías según perfil epidemiológico de su ámbito.
14. **Complejidad de los Establecimientos de Salud (Niveles de Complejidad):** Es el grado de diferenciación de las tareas que integran la actividad global de un establecimiento (capacidad resolutive cualitativa) y el grado de desarrollo alcanzado por el mismo (complejidad = especialización de los Recursos Humanos y tecnificación del resto de recursos). Por lo tanto, representa únicamente los aspectos cualitativos de la oferta de servicios de salud y está destinada a abordar en estos mismos términos a los requerimientos de la demanda.
15. **Consulta Ambulatoria:** Es una actividad prestacional de salud en la que se proporciona ambulatoriamente atención individual de recuperación o control de la salud a un usuario. La consulta ambulatoria puede ser brindada por cualquier profesional de la salud. Aquella brindada por el médico, considerada de mayor interés estadístico, se denomina consulta médica, la misma que puede ser general o especializada.
16. **Contrarreferencia:** Es un procedimiento administrativo-asistencial mediante el cual, el establecimiento de salud de destino de la referencia devuelve la responsabilidad del cuidado de la salud de un usuario o el resultado de la prueba diagnóstica, al establecimiento de salud de origen de la referencia o a la comunidad.



17. **Contrarreferencia Indevida:** Es aquella contrarreferencia que no han cumplido con los criterios determinados en la presente directiva, es decir, aquella en la que no se contrarrefirió a un usuario referido, que se hizo en forma inoportuna o en la que no se llenó adecuadamente la Hoja de Contrarreferencia.
18. **Corredores Sociales:** Articulación social determinada por los flujos poblacionales, de producción y comerciales, así como por los patrones de desarrollo económico de un ámbito geográfico.



19. **Curado:** Denominación que se le asigna a un usuario, previa a su contrarreferencia, al que se le ha solucionado el o los diagnósticos que motivaron su referencia a un establecimiento de salud de mayor capacidad resolutive o en quien se ha determinado su alta definitiva.
20. **Demanda:** Es la cantidad de atención médica de un cierto tipo, requerida por una o más personas (población) a uno o más prestadores, durante un cierto período de tiempo, en función de las características de las personas y de los proveedores.

22. **Direcciones de Salud:** Son los órganos que por delegación de la Alta Dirección del Ministerio de Salud ejercen la autoridad de salud y deben lograr los objetivos funcionales generales en sus respectivas jurisdicciones. Son órganos desconcentrados del Ministerio de Salud en el departamento de Lima y Provincia Constitucional del Callao y son órganos desconcentrados de los Gobiernos Regionales (Direcciones Regionales de Salud) en cada departamento de la República.
23. **Direcciones de Red de Salud:** Órganos desconcentrados de las Direcciones de Salud o Direcciones Regionales de Salud conformados por un conjunto de establecimientos y servicios de salud, de diferentes niveles de complejidad y capacidad de resolución, interrelacionados por una red vial y corredores sociales, funcional y administrativamente, cuya combinación de recursos y complementariedad de servicios asegura la provisión y continuidad de un conjunto de atenciones prioritarias de salud, en función de las necesidades de la población.
24. **Emergencia:** Es toda situación que se presenta en forma imprevista, violenta o súbita que pone en peligro la vida, alterando profundamente el estado de salud de la persona y por lo tanto exige atención médica o quirúrgica inmediata.



25. **Emergencia de Transeúntes:** Forma de referencia en la que un usuario, que ha visto afectada su salud en la vía pública, es llevado por un tercero a un establecimiento de salud para que reciba atención médica..
26. **Establecimientos de Salud:** Son aquellos establecimientos implementados con recursos humanos, materiales y equipos, que realizan actividades así como procedimientos asistenciales y administrativos que permiten brindar atenciones sanitarias ya sea preventivas, promocionales, recuperativas o de rehabilitación tanto intramurales como extramurales.
27. **Establecimiento de Salud de Origen de la Referencia:** Es el establecimiento de salud que transfiere la responsabilidad del cuidado de la salud de un usuario o un elemento diagnóstico a otro establecimiento de salud de mayor capacidad resolutive, a través de la Hoja de Referencia. (viene a ser lo mismo que Establecimiento de Destino de la Contrarreferencia, en el caso de la contrarreferencia de un usuario).
28. **Establecimiento de Salud de Destino de la Referencia:** Es el establecimiento de salud de mayor capacidad resolutive al que, a través de la Hoja de Referencia, se le transfiere la responsabilidad del cuidado de la salud de un usuario o un elemento diagnóstico. (viene a ser lo mismo que Establecimiento de Origen de la Contrarreferencia, en el caso de la contrarreferencia de un usuario).
29. **Hoja de Referencia:** Es el documento con el que el establecimiento de salud de origen de la referencia solicita la transferencia de la responsabilidad de la atención de salud de un usuario o exámenes de ayuda diagnóstica, a un establecimiento de mayor capacidad resolutive (establecimiento de destino de la referencia).
30. **Hoja de Contrarreferencia:** Es el documento con el que el establecimiento de origen de la contrarreferencia devuelve o envía la responsabilidad de la atención de salud de un usuario o el resultado de los exámenes de ayuda diagnóstica, a el establecimiento de destino de la contrarreferencia.
31. **Hospital de Baja Complejidad:** Es un establecimiento de salud donde se brinda atención integral ambulatoria y hospitalaria, con capacidad para resolver las necesidades de los daños, mediante las especialidades de Medicina Interna, Gineco-Obstetricia, Cirugía y Pediatría, aplicando procedimientos de diagnóstico y terapéuticos médico-quirúrgicos de baja complejidad. Son órganos desconcentrados de las Direcciones de Red de Salud.
32. **Hospital de Mediana Complejidad:** Es un establecimiento de salud donde se brinda atención integral ambulatoria y hospitalaria especializada recuperativa y de rehabilitación, mediante la oferta de especialidades médicas y quirúrgicas, aplicando procedimientos de diagnóstico y terapéuticos de mediana complejidad. Son órganos desconcentrados de las Direcciones de Red de Salud.
33. **Hospital de Alta Complejidad:** Es un establecimiento responsable de satisfacer la demanda de servicios de salud de su ámbito referencial, brindando atención integral ambulatoria y hospitalaria altamente especializada, mediante la oferta de sub-especialidades médicas y quirúrgicas, aplicando procedimientos de diagnóstico y terapéuticos de alta complejidad. Son órganos desconcentrados de las Direcciones de Salud.
34. **Institutos Especializados:** Son los órganos de investigación e innovación científico-tecnológica y de docencia en un campo especializado de la salud.
35. **Manual de Organización del Sistema de Referencia y Contrarreferencia de los Establecimientos del Ministerio de Salud:** Es el documento técnico-normativo de gestión que describe en forma ordenada y sistemática como organizar, operar y controlar el sistema de referencia y contrarreferencia en los establecimientos, Microrredes, Direcciones de Redes y Direcciones Regionales de Salud / Direcciones de Salud del MINSa, con la participación de la comunidad.
36. **Mejorado:** Denominación que se le asigna a un usuario, previa a su contrarreferencia, en el que se ha resuelto el motivo de la referencia en forma parcial, siendo pertinente que el usuario continúe con tratamiento bajo control y supervisión del establecimiento de salud que realizó la referencia o al que pertenece.



37. **Microrredes de Salud:** Órgano de Línea de las Direcciones de Red de Salud conformados por un conjunto de establecimientos de salud del primer nivel de atención cuya articulación funcional, según criterios de accesibilidad, ámbito geográfico y epidemiológico, facilita la organización de la prestación de servicios de salud. Constituye la unidad básica de gestión y organización de la prestación de servicios. La agregación de microrredes conforma una Dirección de Red de Salud.
38. **Niveles de Atención:** Conjunto de unidades productoras de servicios de salud con recursos humanos y tecnologías apropiadas para resolver con eficacia y eficiencia problemas específicos de salud de diferente magnitud y severidad. Se sustenta en la comprobación empírica que los problemas de salud de menor severidad o gravedad tienen mayor frecuencia relativa que los mas severos y viceversa. Se reconocen típicamente tres niveles de atención de salud
39. **Oferta:** Es el Conjunto de recursos humanos, de infraestructura, equipamiento, de información, de organización, insumos, financieros, entre otros, que organizados adecuadamente enfrentan a los requerimientos de la demanda a través de la entrega o realización de las prestaciones de salud, que son muy diversas y variadas.
40. **Oportunidad:** Criterio que debe ser considerado en la decisión de la referencia de un usuario y que se refiere al momento propicio en que debe hacerse a fin de no ir en contar de la salud del usuario.
41. **Puestos de Salud:** Son establecimientos de salud del primer nivel de atención, con capacidad para atender las necesidades de salud mas frecuentes de la población a través de una atención integral ambulatoria, con énfasis en la promoción de la salud y la prevención de los riesgos y daños, fomentando la participación comunitaria.
42. **Referencia:** Es un proceso administrativo-asistencial mediante el cual un agente comunitario o el personal facultado de un establecimiento de salud, transfiere la responsabilidad de la atención de las necesidades de salud de un usuario, a otro establecimiento de salud de mayor capacidad resolutive.
43. **Referencia Comunal:** Es la referencia de un usuario desde la comunidad a un establecimiento de salud por parte de un agente comunitario u otro actor social.
44. **Referencia Injustificada:** Es aquella en la cual el usuario, por la necesidad de salud, no ha merecido ser referido a otro establecimiento de salud de mayor capacidad de resolución por que el establecimiento de origen de la referencia si contaba con la capacidad resolutive para solucionar el motivo de la referencia, cuando el establecimiento de destino no cuenta con la capacidad resolutive para resolver el motivo de la referencia, cuando es inoportuna de acuerdo a los flujos de referencia determinados y a la evaluación realizada por los comités del SRC o cuando el diagnóstico del establecimiento de destino no guarda relación con el motivo de la referencia.
45. **Seguro Integral de Salud:** Órgano Descentralizado del MINSa cuyo rol es el de administrar los fondos dedicados al financiamiento de las prestaciones de salud individual, bajo un modelo de aseguramiento público sostenible que contribuya a la mejora del estado de la salud de los peruanos.
46. **Sistema de Referencia:** Conjunto ordenado de procedimientos administrativos y asistenciales, a través del cual se asegura la continuidad de la atención de las necesidades de salud de los usuarios, con la debida oportunidad, eficacia y eficiencia, transfiriéndolo de la comunidad o establecimiento de salud de menor a otro de mayor capacidad resolutive o viceversa.
47. **Urgencia:** Es toda situación que se presenta imprevista, violenta o súbita, que altera el estado de salud de las personas y que requiere de atención médica inmediata, no existiendo riesgo inminente de muerte.

