

**UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS  
FACULTAD DE MEDICINA, ENFERMERÍA, NUTRICIÓN  
Y TECNOLOGÍA MÉDICA  
UNIDAD DE POSTGRADO**



**CALIDAD DE REGISTRO DEL SISTEMA DE REFERENCIA Y  
CONTRAREFERENCIA DE LA RED DE SALUD Nº 5 SUR  
MUNICIPIO LA PAZ, GESTIÓN - 2018**

**POSTULANTE:** Lic. Patricia Zamorano Aguilar  
**TUTOR:** Dr. M.Sc. Carlos Tamayo Caballero

**Tesis de Grado presentada para optar al título de Magister  
Scientiarum en Salud Pública Mención Gerencia en Salud**

La Paz - Bolivia  
2022

## **DEDICATORÍA**

***Esta tesis se la dedico a Dios, quien fue la luz que ilumino mi camino para llegar a este momento de triunfo.***

***A mi querido hijo Cristian, a quien le prive de mi compañía por alcanzar mejores condiciones de vida para la familia***

***A mi querida mami Mery, mentora y guía en el proceso de vida por ella soy lo que soy, me ha dado todo lo que represento como persona, valores y principios que sembró en mi***

## **AGRADECIMIENTOS**

*Dr. Carlos Tamayo Caballero, tutor  
de esta tesis, por su paciencia  
compromiso orientación y  
motivación continúa durante el  
proceso de elaboración de trabajo  
de investigación*

*A mis compañeros de tesis que no  
dejaron que desfallezca en el  
proceso*

*Muchas gracias,  
Dios los bendiga*

## Listado de Acrónimos y abreviaturas utilizadas.

APS	Atención Primaria de la Salud.
ASIS	Análisis Situacional de Salud.
COMUSA	Consejo Municipal de Salud.
COLOSAS	Consejo local de salud.
CPE	Constitución Política del Estado.
D.S.	Decreto Supremo.
DIMUSA	Dirección Municipal de Salud.
INE	Instituto Nacional de Estadística
OMS	Organización Mundial de la Salud.
OPS	Organización Panamericana de la Salud.
PDES	Plan de Desarrollo Económico y Social.
PSDI	Plan Sectorial de Desarrollo Integral
PTDI	Plan Territorial de Desarrollo Integral.
PEI	Plan Estratégico Institucional.
PES	Plan Estratégico de Salud.
EDAS	Enfermedades Diarreicas Agudas
SPIE	Sistema de Planificación Integral del Estado.
SEDES	Servicios Departamentales de Salud.
SAFCI	Salud Familiar Comunitaria Intercultural.
PIAAS	Plan Integral de Acciones en Áreas de Salud
SNIS	Sistema Nacional de Información en Salud.
SNUS	Sistema Nacional Único de Suministro
SOAPS	Software de Atención Primaria en Salud.
SSCP	Seguridad Social de Corto Plazo.

SRyCR	Sistema de referencia y Contrareferencia
ONG	Organizaciones No Gubernamentales
RPS	Responsables Populares de la Salud
IRAS	Infecciones Respiratorias Agudas
F.F. A.A.	Fuerzas Armadas
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
DILOS	Directorio Local de Salud
AJO	Adecuado, Justificado, Oportuno
SRC	Sistema de Referencia y Contrareferencia
SICE	Sistema Informático Clínico Estadístico
RISS	Redes Integrales de Servicios de Salud
SNES	Sistema Nacional de Emergencia en Salud
CCES -N	Centro Coordinador de Emergencias en Salud Nacional
CCES-D	Centro Coordinador de Emergencias en Salud Departamental
TSES	Trasporte Sanitario de Emergencias de Salud
DX	Diagnostico
TXT	Tratamiento
PRONACS	Programa Nacional de Calidad en Salud
RRHH	Recursos Humanos

## ÍNDICE

Páginas

I.	INTRODUCCIÓN.....	1
II.	ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN .....	3
2.1	ANTECEDENTES.....	3
2.1.1	MARCO JURÍDICO .....	5
2.1.2	DESCRIPCIÓN DE LAS REDES DE SALUD .....	18
2.2.	JUSTIFICACIÓN.....	19
2.2.1.	RED DE SALUD Nº 5 SUR .....	23
III.	MARCO TEÓRICO.....	31
3.1.	EVOLUCIÓN DEL CONCEPTO SALUD.....	31
3.2	ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD.....	34
3.3	SISTEMA DE SALUD.....	34
3.4	RED FUNCIONAL DE SERVICIOS DE SALUD .....	35
3.5	REDES DE SERVICIOS DE SALUD .....	35
3.6.	SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA.....	35
3.7.	REFERENCIA.....	36
3.8.	CONTRAREFERENCIA.....	36
3.9.	CRITERIOS DE REFERENCIA.....	37
3.10.	REFERENCIA ADECUADA .....	38
3.11.	REFERENCIA JUSTIFICADA .....	38
3.12.	REFERENCIA OPORTUNA .....	38
3.13.	CAPACIDAD RESOLUTIVA.....	38
3.14.	RECTORÍA DE LAS REDES CON ENFOQUE DE REFERENCIA.....	39
3.15.	SISTEMA NACIONAL DE EMERGENCIA EN SALUD (SNES) .....	39
3.16.	CALIDAD EN SALUD.....	47
3.17.	ANTECEDENTES DE LA CALIDAD EN BOLIVIA.....	48
IV.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	50
V.	PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	52
VI.	HIPOTESIS .....	53
VII.	OBJETIVOS.....	54
7.1.	OBJETIVOS GENERAL.....	54

7.2	<b>OBJETIVOS ESPECIFICOS:</b> .....	54
VIII.	<b>DISEÑO DE INVESTIGACIÓN</b> .....	55
8.1.	<b>TIPO DE ESTUDIO</b> .....	55
8.2.	<b>DISEÑO TRANSVERSAL</b> .....	56
8.3.	<b>CONTEXTO O LUGAR DE INTERVENCIÓN</b> .....	56
8.4.	<b>TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS</b> .....	56
8.5.	<b>POBLACIÓN DE ESTUDIO (criterios de inclusión y exclusión)</b> .....	56
8.6.	<b>UNIDAD DE ESTUDIO</b> .....	57
8.7.	<b>UNIDAD DE INFORMACIÓN</b> .....	57
8.8.	<b>UNIDAD DE OBSERVACIÓN</b> .....	57
8.9.	<b>MARCO MUESTRAL</b> .....	57
8.10	<b>CRITERIOS DE REFERENCIA</b> .....	59
IX.	<b>OPERACIONALIZACION DE VARIABLES</b> .....	62
X.	<b>RESULTADOS</b> .....	64
XI.	<b>DISCUSIÓN</b> .....	80
XII.	<b>CONCLUSIONES</b> .....	83
XIII.	<b>RECOMENDACIONES</b> .....	84
XIV.	<b>REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS</b> .....	86

## ÍNDICE DE TABLAS

	Páginas
TABLA Nº 1 REFERENCIA ADECUADA SEGÚN CRITERIOS CUMPLIDOS.....	69
TABLA Nº 2 REFERENCIA JUSTIFICADA SEGÚN CRITERIOS CUMPLIDOS.....	71
TABLA Nº 3 REFERENCIA OPORTUNA SEGÚN CRITERIOS CUMPLIDOS.....	72
TABLA Nº 4 DISTRIBUCIÓN DE CRITERIOS DE REF. ADECUADA.....	74
TABLA Nº 5 DISTRIBUCIÓN DE REFERENCIA OPORTUNA .....	75
TABLA Nº 6. DISTRIBUCIÓN DE CRITERIOS DE REF OPORTUNA/JUSTIFICADA.....	76
TABLA Nº 7 URGENCIA/EMERGENCIA SEGÚN CRITERIOS DE REF/AD Y OP.....	77
TABLA Nº 8 URGENCIA/EMERGENCIA SEGÚN CRITERIOS DE REF. ADECUADA .....	78

## ÍNDICE DE FIGURAS

	Páginas
FÍGURA Nº 1 LÍNEA DE TIEMPO DEL SR Y CR.....	17
FÍGURA Nº 2 PROPÓSITO DE SRYC .....	20
FÍGURA Nº 3 DISTRIBUCIÓN PIRAMIDE POBLACIONAL.....	23
FÍGURA Nº 4 ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL CCES.....	41
FÍGURA Nº 5 ESTRUCTURA FUNCIONAL DEL CCES.....	42
FÍGURA Nº 6 FLUJOGRAMA DE REFERENCIA .....	43
FÍGURA Nº 7 ESQUEMA DE LA SAFCI.....	46
FÍGURA Nº 8 PIRAMIDE POBLACIONAL EN ESTUDIO.....	65

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Páginas
GRÁFICO Nº 1 PORCENTAJE DE REF. S/SEXO DEL USUARIO.....	66
GRÁFICO Nº 2 PORCENTAJE MOTIVO DE REF. URG/EMER SEGÚN SEXO DEL USUARIO.....	66
GRÁFICO Nº 3 PORCENTAJE Y FRECUENCIA ABSOLUTA DE PRESCRIPCIONES CIE 10.....	67
GRÁFICO Nº 4 ESTABLECIMIENTOS DE SALUD SEGÚN REF. ENVIADAS.....	68
GRÁFICO Nº 5 CALIDAD DE REF. ADECUADA.....	70
GRÁFICO Nº 6 CALIDAD DE REF. JUSTIFICADA.....	72
GRÁFICO Nº 7 CALIDAD DE REF. OPORTUNA .....	73

## RESUMEN

*La atención de usuarios/as en el Sistema de Salud Público en los tres niveles de atención, se estructura mediante un proceso de referencia y contrareferencia, que, de ser efectivo, eficaz y con base en la normativa, favorecería a la acción oportuna y seguimiento de pacientes.* **Objetivo** Establecer la calidad de registro del Sistema de Referencia y Contrareferencia en la Red de Salud N° 5 Sur, del Municipio de La Paz – Bolivia durante la gestión 2018. **Material y Método**, Se utilizó el formulario N° 1 de Referencia y formulario N° 2 de Contrareferencia de enero a diciembre de 2018 existentes en archivos de siete centros de salud de primer nivel de atención entre ambulatorios e integrales del sistema público, el tipo de estudio corresponde a un estudio de cohorte Trasversal, descriptivo, y observacional, con enfoque cualitativo que fue sometido a un proceso de codificación, tabulación y análisis estadístico. La **Unidad de estudio**, formularios de referencias de usuarios/as que fueron atendidos en establecimientos de primer nivel, se utilizó la **Fuente primaria** que consistió en revisar formularios de referencia y contrareferencia durante un lapso de tiempo que va de 01 de enero a 30 de diciembre del año 2018.

**Descripción del método:** El proceso de la calidad de registro del Sistema de Referencia y Contrareferencia se realizó en cuatro tiempos: recolección de los formularios de referencia y contrareferencia de enero a diciembre de 2018; tabulación de la información mediante la revisión de las variables incluidas en el formato de referencia y contrareferencia; el análisis de los datos fue a través de una base de Excel y convertidos al programa estadístico SPSS, plasmando los resultados en tablas y gráficas, utilizando los programas de Word y Power Point para la presentación de resultados.

**Criterios de selección de establecimientos** estuvo basado en la pre disponibilidad de los responsables de los centros de salud en facilitar las boletas de referencia y contrareferencia de la gestión en estudio. El plan de análisis de datos fue mediante el programa estadístico del SPSS.

**Resultados:** el estudio se lo realizó en un tamaño de muestra de 350, de una población de 5.154 obteniendo los siguientes resultados, el 68% de las referencias corresponde al sexo femenino y un 32% al sexo masculino, Cota Cota es el centro de salud ambulatorio con mayor referencia 20%, seguido por el centro de salud integral Chasquipampa con 18.6% y el centro de salud que menos refirió en la gestión de estudio fue Mallasa con un 8,3%.

De los siete criterios de la *referencia adecuada* el personal solo cumple con cuatro criterios por lo tanto su cumplimiento es de nivel regular con 82.3%. Los criterios de la *referencia justificada lo malo pasa a ser bueno porque justifican su referencia a otro nivel, en cuanto a la referencia oportuna es de nivel regular por cumplir de dos a tres criterios con el 95%*

*En tabla N° 6 de 2x2 con criterios de referencia oportuna y justificada estadísticamente significativa chi cuadrado 0,059 P = 0,808, y en tabla N° 8 con criterios de adecuado estadísticamente significativo Chi cuadrado 0,537 P = 0,464 la hipótesis nula es comprobada.*

*Se recomienda a la Coordinación realizar gestiones para cumplir con el propósito del Sistema de Referencia y Contrareferencia que es el de crear valor público, valores que: **Garantice:** la calidad de la atención, la continuidad del servicio en el sistema de salud, el seguimiento al tratamiento según el diagnóstico. **Controle:** el costo de servicio, uso efectivo de recurso que son escasos. **Asegurar:** la satisfacción del usuario interno y externo.*

**Palabras Clave:** Sistema de Referencia y Contrareferencia, criterios de Adecuado, Justificado y Oportuno, calidad de registro

## **Abstract**

The care of users in the public Health System in its three levels of care is structured through a referral and counter-referral process, which, if effective, efficient and based on the regulations, would favor timely action and follow-up of patients. **Objective To** establish the quality of the records of the System of Reference and Counter-reference of the Health Network No. 5 Sur, of the municipality of La Paz - Bolivia during the 2018 management. **Material and Method**, Form No. 1 of reference and form No. 2 of counter-reference from January to December 2018, existing in the archives of seven first-level health centers for outpatient and comprehensive care of the Health Network No. 5 South. The type of study corresponds to a cross-sectional, descriptive, and observational study, with a qualitative approach that was subjected to a coding, tabulation and statistical analysis process to test the hypothesis. **The study unit**, users who demand health services in health establishments of Network No. 5 Sur, for which the primary source was used, which consisted of reviewing the referral and counter-referral form during a period of time ranging from January 1 to December 30, 2018.

**Description of the method:** The process of the registration quality of the Reference and Counter-referral System was carried out in four stages: collection of the referral and counter-referral forms from January to December 2018; tabulation of the information by reviewing the variables included in the reference and counter-reference format; The data analysis was through an Exel database and converted to the SPSS statistical program, translating the results in tables and graphs using Word and Power Point programs for the presentation of results. **The selection criteria** was based on the availability of those responsible for the health centers to provide the reference and counter-reference forms of the management under study. The data analysis plan was through the SPSS statistical program.

**Results:** The study was carried out on a sample size of 350 from a population of 5,154 obtaining the results, 68% of the references correspond to the female sex and 32% to the male sex, Cota Cota is the outpatient health center with the highest reference 20%, followed by the Chasquipampa comprehensive health center with 18.6% and the health center that referred the least in the management of the study is Mallasa with 8.3%.

Of the seven criteria of the adequate reference, the staff only meets four criteria; therefore, their compliance is regular with 82.3%. The criteria of the justified reference, the bad thing happens because they justify their reference to another level, as for the timely reference it is regularly to meet two to three criteria with 95%

*In Table No. 6 of 2x2 with timely and justified reference criteria statistically significant Chi-square 0.059 P = 0.808, and in Table No. 8 with adequate criteria statistically significant Chi-square 0.537 P = 0.464 the null hypothesis is proven.*

It is recommended that the Coordination take steps to comply with the purpose of the Reference and Counter-referral System, which is to create values, values that: **Guarantee:** The quality of care, The continuity of the service in the health system, the follow-up of treatment depending on the diagnosis. **Control:** Service costs, Effective use of resources that are scarce. **Ensure** User satisfaction and service provider satisfaction

**Key Words:** System of Reference and Counter-reference, criteria of Adequate, Justified and Timely, quality of registration

## I. INTRODUCCIÓN

La Norma Nacional de Referencia y Contrareferencia, modificada a través de la Resolución Ministerial 0039 del 30 de enero de 2013 dentro su objetivo general esta, el de fortalecer las redes funcionales de salud para resolver el problema de salud del usuario. Normativa que no se socializo en su aplicación técnica antes de la gestión 2020. Si bien después de su publicación se difundió conceptos y términos de la normativa mencionada; pero no hubo la rectoría, evaluación, supervisión del cumplimiento de la normativa medible a través de la aplicación técnica, analizada para determinar acciones para su mejora.

El Sistema de Referencia y Contrareferencia es un componente importante en la gestión del sistema de salud, es el conjunto de mecanismos mediante los cuales se articulan y complementan los establecimientos del Sistema Único de Salud, que incluye a los diferentes sub sectores, la medicina tradicional y comunidad, con el propósito de brindar atención médica oportuna, continua, integral y de calidad, dentro de la Red Funcional de Servicios de Salud, garantizando el acceso al establecimiento de salud de mayor complejidad y capacidad resolutive en caso que el usuario requiera tratamiento especializado, o para que se le realice exámenes complementarios de diagnóstico o atención en estado crítico (urgencia o emergencia), una vez resuelto el problema de salud del usuario, se debe garantizar que este sea contrareferido a su establecimiento de origen para su seguimiento y posteriores controles si fueran necesarios.

Para que se cumpla con el funcionamiento del Sistema de Referencia y Contrareferencia son necesarios cuatro componentes: comunicación continua, isócronas, transporte y por ultimo equipamiento e insumos y entre los requisitos que se debe cumplir están:

- 1) La organización de las Redes Funcionales de Servicios de Salud (Equipo de salud, Comité de RyCR)

- 2) Criterios de la Referencia y Contrareferencia
- 3) Procedimientos generales de la Referencia y Contrareferencia (RyCR comunitaria)
- 4) Financiamiento
- 5) Normativa Complementaria al componente de RyCR

Se establece que con este sistema se incrementaría la demanda en el primer nivel, que tiene la responsabilidad de cumplir con la parte preventiva de la enfermedad y promoción de los servicios de salud, que es el de menor costo, descongestionando de esta manera los hospitales de segundo y tercer nivel.

El propósito del trabajo de investigación es el de determinar que en la Red de Salud N° 5 Sur del municipio de La Paz, no está implementado el Sistema de Referencia y Contrareferencia con sus cuatro componentes y sus cinco requisitos que señala la norma vigente.

Para el estudio de investigación se identificaron siete centros de salud públicos de primer nivel de atención de la Red de Salud N° 5 Sur, cinco ambulatorios (Alto Obrajes, Bajo Llojeta, Alto Irpavi, Cota Cota, y Mallasa) y dos integrales (Bella vista y Chasquipampa) que pertenecen a los distritos municipales 18, 19,20 y 21, la información fue extraída de los Formularios N° 1 de Referencia emitidos por los establecimientos de salud mencionados, durante la gestión 2018.

El proceso metodología que se implemento fue de tipo observacional descriptivo, retrospectivo, analítico y de cohorte transversal, cualitativa, tamaño de muestra por población finita o conocida.

El número de muestra fue sometida a un proceso de codificación, tabulación y análisis estadístico de datos en el programa SPSS y los resultados obtenidos según tablas de contingencia que demuestran que el cumplimiento de los criterios de calidad de la referencia medicas es de un promedio regular

## II. ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN

### 2.1 ANTECEDENTES

La norma es de cumplimiento obligatorio por el personal de salud, el cual debe conocer y aplicar los procedimientos y protocolos de atención según su capacidad resolutive, agotando todos los medios de valoración y tratamiento antes de realizar una referencia, esto enmarcado en la Norma Nacional de Referencia y Contrareferencia bajo Resolución Ministerial N° 0039 del 30 de enero del 2013.

La Política Nacional de Salud incorpora la gestión de calidad en los establecimientos de salud como una estrategia para mejorar la oferta de servicios de salud que respondan a las necesidades y expectativas de la población, logrando el desarrollo de procesos estandarizados, sostenibles y de gestión en los establecimientos de salud orientados a uniformar la atención en salud a la que tiene derecho a acceder toda la población boliviana sin ningún tipo de discriminación<sup>1</sup>

Al no encontrar antecedentes de estudios a nivel local, pasamos a describir investigaciones que se realizaron en otra Red de salud del municipio de La Paz y otros estudios fuera del país.

- En el 2007 se realizó un artículo retrospectivo para demostrar el *impacto de la implementación del formulario de referencia y contrareferencia* en los Servicios de Salud para su utilización en los diferentes niveles de atención, estudio realizó en el centro de salud Obispo Indaburo perteneciente a la Red de Salud Noroeste de la ciudad de La Paz, recopilando datos desde el año 1996 hasta el 2007. 12 años de seguimiento, referidas a los diferentes Centros y Hospitales y las contrareferencias al Servicio que emitió, se elaboraron varias tablas las cuales mostraron los diferentes flujos tanto de ida como de vuelta de la información de los diferentes centros y de hospitales. Por los

datos presentados se evidencia que la contrareferencia no es una práctica habitual, sobre todo en los Hospitales, siendo necesario fortalecer la referencia y contrareferencia en todo el Sistema de Salud, a través de la difusión de las normas vigentes e implementar una evaluación y seguimiento continuo al cumplimiento de las mismas, garantizando de esta manera el desarrollo de los vínculos institucionales como un eslabón que permita unir a todos los Establecimientos de Salud, el no contar con esta información, es trabajar a ciegas, como si no deseáramos conocer los resultados de nuestros propios esfuerzos.<sup>2</sup>

- Investigación realizada por Erika Ramírez Buelvas y Nirlis Viana Guzmán, sobre *Evaluación del Sistema de Referencia y Contra - referencia* en el Servicio de Urgencias de la Empresa Social del Estado, Hospital Local Arjona, especialización gerencia en salud, Universidad de Cartagenas en Salud XVII, 2012, donde se determina que de acuerdo con los hallazgos, la referencia y contra - referencia de pacientes en el Hospital debe ser objeto de *un proceso de mejoramiento continuo de la calidad, tanto en los aspectos técnico-operativos como de gestión y articulación con los diferentes niveles de atención*, lo que implica necesariamente la evaluación, rediseño operacional y atención debida a las diversas alternativas de satisfacción del usuario de los servicios de salud, mejoramiento en los aspectos humanos, y de logística del servicio<sup>3</sup>
  
- En el artículo original realizado por los Drs.: Rossy Quimbert Montes y Héctor Mejía Salas, sobre el *Análisis, de la referencia de pacientes a un hospital de tercer nivel pediátrico, estudio descriptivo de las referencias de pacientes que llegan al Hospital del Niño "Dr. Ovidio Aliaga Uría"*, de la Revista Scielo, publicado en la gestión 2013, tomando en cuenta la red de referencia, el nivel de atención del que fue referido, justificación de referencias, calidad de las mismas, diagnóstico dado, tratamiento indicado, coordinación y la necesidad

de internación de estos pacientes. **Resultados:** Entre julio y septiembre de 2012, se realizaron 300 referencias, 51% fueron justificadas, y 49% injustificadas. Según el nivel de atención, el 1er nivel fue el que tuvo más referencias injustificadas, seguido del 3er nivel y luego del 2do nivel. El 1er tuvo la mayor cantidad de referencias de mala calidad, con manejos errados, trasladados sin personal médico ni ambulancia, independientemente del estado del paciente, referidos directamente al tercer nivel sin coordinación previa, saltando al segundo nivel.<sup>4</sup>

- Estudio realizado por Facultad de Medicina de la Universidad de Duke, centro médico Duke, Centro Medico de Asuntos de Veterinaria de NC, EE. UU. departamento de ciencias de la salud de la población, Cerrando el círculo de derivaciones: un análisis de las derivaciones de atención primaria a especialistas a un gran sistema de salud, con el objetivo de evaluar el sistema de salud para cerrar el ciclo de derivaciones generados por registros médicos electrónicos (EMR), estudio realizado en marzo 2017, mostro 103.737 intentos de programación de referencias analizadas, solo 36.072 (34.8%) resultaron en citas completas y documentadas. De los intentos de programación restantes, 18.531 (17,9%) fueron cancelados, 4.117 (4,0%) no se presentaron, 4.640 (4,4%) fueron otros. Ej. Fecha programada para el pos análisis, 40.377 (38.9%) no se habían documentado, para cerrar el ciclo de derivaciones y la diferencia en tiempos de espera entre especialistas entre las citas completas e incompletas impulsaron esta brecha, otros hallazgos notables incluye la variación en altos tiempos de espera y las bajas finalizaciones de citas documentadas.<sup>5</sup>

### **2.1.1 MARCO JURÍDICO**

Marco jurídico del proceso del Sistema de Referencia y Contrareferencia en salud hasta la actualidad. **(Figura N° 1)** en Pág. 17

1.- En la Conferencia internacional sobre **Atención Primaria de Salud** celebrada en Alma-Ata, Rusia se definió y otorgo reconocimiento internacional a la Atención Primaria de Salud (A.P.S.), concibiéndola como la principal estrategia para alcanzar la meta de salud de la población, intentando la equidad de acceso a la atención médica y eficacia en la prestación de servicios.

La estrategia de A.P.S. constituyo el elemento central de las políticas nacionales de salud y la respuesta sectorial a los problemas de salud. Esta meta valiente y ambiciosa fue adoptada por el gobierno de entonces, con los médicos del **Plan Integral de Acciones en Áreas de Salud** (P.I.A.A.S.), contribuyendo a mejorar la salud debido al impacto de las actividades de Atención Primaria de Salud (A.P.S.) en la educación y promoción de la salud, la alimentación y nutrición, el abastecimiento de agua y saneamiento básico, la asistencia materno-infantil y la planificación familiar, las inmunizaciones, la prevención y control de enfermedades, el tratamiento de enfermedades, y acceso a medicamentos esenciales, estas actividades contribuyeron y aun contribuye a mejorar los indicadores de salud.

Para el logro de sus objetivos, fue fundamental la participación y el compromiso de la comunidad con los programas de salud a través de la identificación de sus propias necesidades.

La Participación comunitaria se constituye en el eje principal de las A.P.S. porque la Atención Primaria en el país no habría podido implementarse sin la presencia de sus dos instrumentos básicos: los Médicos P.I.A.A.S. y la participación organizada de la comunidad atreves de los Comités Populares de Salud.

Con esta estrategia, la Atención Primaria de Salud da un salto cualitativo importante, el medico ya no era un hombre omnipotente, debía compartir sus conocimientos con el paciente, el medico debía ir y estar en la comunidad y no esperar pasivamente en los servicios, debía trabajar conjuntamente, trasmitir sus conocimientos como lo hizo con los **Responsables Populares de la Salud**

R.P.S., que podían tratar las Enfermedades Diarreicas Agudas (E.D.A.), las Infecciones Respiratorias Agudas (I.R.A.), participar en las campañas de vacunación como vacunadores, desparasitar, trabajar con las parteras empíricas rescatando sus conocimientos y a la vez capacitar e involucrarlas para el trabajo coordinado.

Fue importante la coordinación interinstitucional e intersectorial para la definición y logros de metas, se trabajó con el sector de educación, las Fuerzas Armadas (F.F.A.A.), la iglesia, Organizaciones no gubernamentales (ONG), la policía, los sindicatos, las juntas vecinales, club de madres, la cooperación internacional a través de la Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de Salud (O.P.S.-O.M.S.), el Fondo de las Naciones Unidas Para la Infancia (UNICEF)<sup>6</sup>

**2.- Ley N° 15629 “Código de Salud de la República de Bolivia (1978), en su Art. 5, inciso e)** A ser atendido por cualquier servicio médico público o privado en caso de emergencia, al margen de cualquier consideración económica o del sistema de atención médica a que pertenece el paciente<sup>7</sup>.

**3.- Ley N° 2426, Seguro Universal Materno Infantil (11/2002),** Establece que la Red de Servicios de Salud está conformada por los establecimientos de salud de primer, segundo y tercer nivel de acuerdo a criterios de accesibilidad y resolución.<sup>8</sup>

**4.- Resolución Ministerial N° 0736, (12/2002),** establece regulaciones relacionadas a las prestaciones y gestiones del Seguro Universal Materno Infantil, uso de instrumentos como el formulario N° 6 de Referencia y Contrareferencia y el formulario N° 7 de Registro de traslado de Emergencia; además que para el transporte, el establecimiento de origen que refiere al paciente cubrirá los costos de traslado por vía terrestre (referencia y contrareferencia), con cargo a la Cuenta Municipal de Salud – SUMI, ya sea en un vehículo del establecimiento de salud (ambulancia) o transporte público.<sup>9</sup>

**5.- Decreto Supremo N° 26875, Modelo de Gestión y Directorio Local de Salud (DILOS) (12/2002)**, define que el acceso de la población a la red de servicios de salud se realiza mediante establecimientos de salud del **primer nivel** y estos refieren al paciente a establecimiento de segundo y tercer nivel; solo en caso de emergencia comprobada, el paciente puede acceder directamente al segundo o tercer nivel.<sup>10</sup>

**6.- Modelo de Salud Familiar Comunitario Intercultural (06/2008)**, Modelo de Salud SAFCI y DS 29601, que tiene como objetivo de contribuir a la eliminación de la exclusión social sanitaria (traducida como el acceso a los servicios integrales de salud), reivindicar, fortalecer y profundizar la participación social en la toma de decisiones en la gestión de salud y brindar servicios de salud que tomen en cuenta a la persona, familia y comunidad, por lo cual se constituye en la nueva forma de sentir, pensar, comprender y hacer salud, que vincula y articula a los médicos académicos y médicos tradicionales, con la persona y familia.<sup>11</sup>

La SAFCI reconoce y fortalece las organizaciones de la población lo que permite interactuar con el servicio de salud en la **toma de decisiones** sobre la planificación, ejecución, administración y seguimiento – control social de las acciones de salud y el abordaje de las determinantes de la salud.

La SAFCI tiene como estrategia la promoción de la salud, la misma que se operativiza a partir de cuatro mecanismos (educación para la vida, participación social, alianzas estratégicas y reorientación de los servicios de salud con interculturalidad), se incorpora en la norma la implementación **oportuna de la referencia y contrareferencia** entre la medicina académica y la medicina tradicional. Los principios de la SAFCI son la integralidad, participación social, intersectorialidad e interculturalidad y se concretiza mediante dos componentes: modelo de atención y modelo de gestión participativa y control social en salud.

**7.- Decreto Supremos Nº 29601**, que en el párrafo II del artículo 10 del capítulo II Estructura de la Red de Salud, indica Según la atención requerida el responsable de la misma podrá realizar la **referencia y retorno** de un nivel a otro, siendo la puerta de ingreso a la Red de Servicios el establecimiento de primer nivel. La atención de emergencia y urgencia serán la excepción<sup>12</sup>

**8.- Nueva Constitución Política del Estado (10/2008)**, Se constituye en el marco normativo que rige la organización y vida democrática del país, representa un nuevo pacto social para garantizar el ejercicio de los derechos y responsabilidades en función del logro del Bien Vivir, el Suma qamaña.

Desde la perspectiva de una concepción integral de la salud, y de la visión integradora del marco constitucional, los capítulos y artículos 18, 30, 35, 40, 42, 44 establecen derechos y garantías que se relacionan con la generación de condiciones saludables e implementan profundas transformaciones en el plano político, social y cultural, siendo concurrente con la renovación de la Atención Primaria en Salud.

**Cap. II “Derechos Fundamentales” Art. 18**, Todas las personas tienen derecho a la salud, el Estado garantiza la inclusión y el acceso a la salud de todas las personas, el sistema único de salud será universal, gratuito, equitativo, intracultural, intercultural, participativo, con calidad, calidez y control social.

**Cap. IV “Derechos de las Naciones y Pueblos Indígenas Originario Campesinos”**

**Art. 30, inciso II**, En el marco de la unidad del Estado y de acuerdo con la Constitución las naciones y pueblos indígena originario campesinos gozan de ciertos derechos entre ellos el derecho al sistema de salud universal y gratuito que respete su cosmovisión y prácticas tradicionales (derecho 13).

**Cap. V “Derechos Sociales y Económicos” Art. 35** El Estado, en todos sus niveles, protegerá el derecho a la salud, promoviendo políticas públicas

orientadas a mejorar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso gratuito de la población a los servicios de salud.

**Art. 40** El Estado garantizará la participación de la población organizada en la toma de decisiones y la gestión de todo el sistema público de salud.

**Art. 42** Es responsabilidad del Estado promover y garantizar el respeto, uso, investigación y prácticas de la medicina tradicional rescatando los conocimientos y prácticas ancestrales desde el pensamiento y valores de todas las naciones y pueblos indígena originario campesinos.

**Art, 44** Todas las bolivianas y bolivianos tiene derecho a acceder a la seguridad social, mismos que no podrán ser privatizados ni concesionados.<sup>13</sup>

#### **9.- Resolución Ministerial N° 737 Reglamento de la SAFCI (04/2009)**

**Art. 22 Funciones Básicas del Primer Nivel, d)** Aplicación de la normativa de **Referencia y Retorno** de usuarios, incentivando cambios de actitud en el equipo de salud de los tres niveles, no solo hacia la persona sino también a la familia y la comunidad (Norma Nacional de Referencia y Retorno). **Art. 23, El segundo Nivel,** Se articula con el primer y tercer nivel además con el sistema medico tradicional mediante el componente de referencia y retorno. **Art. 24 El Tercer nivel,** Su misión es la de resolver problemas de salud de usuarios, cuya gravedad ha excedido la capacidad resolutive de los establecimientos de segundo nivel, se activa mediante el componente de referencia y retorno.<sup>14</sup>

**10.- Ley N° 031 "Ley Marco de Autonomía y Descentralización – Andrés Ibáñez" (07/2010) Art. 81 Salud, inciso I, numeral 1, 4 y 5,** Elaborar la política nacional de salud y las normas nacionales que regulen el funcionamiento de todos los sectores, ámbitos y practicas relacionadas con la salud. Ejercer la **rectoría** del Sistema Único de Salud en todo el territorio nacional, con las características que la Constitución Política del Estado establece, de acuerdo a la

concepción del vivir bien y el modelo de salud familiar comunitario intercultural y con identidad de género. Garantizar el funcionamiento del Sistema Único de Salud mediante la implementación del Seguro Universal de Salud en el punto de atención de acuerdo a la Ley del Sistema Único de Salud.

**Inciso III, numeral 1, Gobiernos Autónomos Departamentales, inciso b, d, f, g y n** Ejercer la rectoría en salud en el departamento para el funcionamiento del Sistema Único de Salud, en el marco de las políticas nacionales. Proveer a los establecimientos de salud del **tercer nivel**, servicios básicos, equipos, mobiliarios, medicamentos, insumos y demás suministros, así como supervisar y controlar su uso. Planificar la **estructuración de redes de salud funcionales** y de calidad, en coordinación con las entidades territoriales autónomas municipales e indígena originario campesinas en el marco de la Política Nacional de la Salud Familiar Comunitaria Intercultural. Establecer mecanismos de cooperación y cofinanciamiento en, coordinación con los gobiernos municipales e indígena originario campesinos, para garantizar la provisión de todos los servicios de salud en el departamento. Cofinanciar políticas, planes programas y proyectos de salud en coordinación con el nivel central del Estado y las entidades territoriales autónomas en el departamento.

**Numeral 2, Gobiernos Municipales Autónomos, incisos c, e, f, g,** Administrar la infraestructura y equipamiento de los establecimientos de salud de **primer y segundo nivel de atención** organizados en la Red Municipal de Salud Familiar Comunitaria Intercultural. Ejecutar el componente de atención de salud haciendo énfasis en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad en las comunidades urbanas y rurales. Dotar la infraestructura sanitaria y el mantenimiento adecuado del primer y segundo nivel municipal para el funcionamiento del Sistema Único de Salud. Dotar a los establecimientos de primer y segundo nivel de su jurisdicción: servicios básicos, equipamiento,

mobiliario, medicamentos, insumos y demás suministros, así como supervisar y controlar su uso.<sup>15</sup>

**11.- Reglamento a la Ley Nº 475 "Prestación de Servicios de Salud Integral" (12/2013) Cap. I Disposiciones Generales Art. 2 Definiciones, inciso c, Redes funcionales de servicios de salud,** Es aquella conformada por establecimientos de salud de primer, segundo y tercer nivel, de los subsectores públicos, de la seguridad social a corto plazo y el privado con o sin fines de lucro, articulados mediante el componente de referencia y contrareferencia complementados con la medicina tradicional ancestral boliviana y la estructura social en salud.<sup>16</sup>

**12.- Resolución Ministerial Nº 0017 Norma Nacional de Caracterización del Sistema Nacional de Emergencias en salud (01/2017),** se aprueba el documento con el propósito de brindar un mejor funcionamiento y articulación del Sistema de Referencia y Contrareferencia, por medio de los centros Coordinadores de Emergencia en Salud: Nivel Nacional, rector/normativo y coordinador/operativo interdepartamental e internacional; Nivel Departamental como coordinador/operador a nivel departamental; y Nivel Municipal como operativo a nivel municipal<sup>17</sup>

**13.- Ley Nº 1152 "Sistema Único de Salud Universal y Gratuita" (04/2019) Cap. II "Procesos y Procedimientos para la Atención" Art. 13 Referencia a Establecimientos de Salud de Mayor Complejidad para Atención Hospitalaria**

- I. El personal de salud de los establecimientos de salud del Primer Nivel de Atención, previa evaluación y según criterio clínico, deberá referir al paciente que requiera atención hospitalaria en otro establecimiento de Primer Nivel con mayor capacidad resolutive o a hospitales de Segundo o

Tercer Nivel, cumpliendo la normativa de Referencia y Contrareferencia de manera adecuada, justificada, oportuna y con boleta de referencia correctamente elaborada.

- II. El personal de salud de los Hospitales de Segundo Nivel de Atención, previa evaluación y según criterio clínico, podrá referir al paciente a un Hospital de Tercer Nivel cumpliendo la normativa específica vigente de manera adecuada, justificada, oportuna y con boleta de referencia correctamente elaborada.
- III. La atención en establecimientos de salud **privados** bajo convenio con el Ministerio de Salud se realizará sólo cuando el servicio requerido no exista en el subsector público o cuando el mismo esté saturado y, necesariamente, mediante **referencia** justificada de los establecimientos de salud del subsector público de **Tercer Nivel** de Atención y excepcionalmente del Segundo Nivel.
- IV. El Ministerio de Salud es responsable de identificar en cada departamento los establecimientos de salud privados que pueden responder en caso de necesidad probada y por la gestión de los convenios con los mismos.
- V. El Ministerio de Salud emitirá el listado de los establecimientos de salud privados con convenio vigente para información de los hospitales públicos. Todos los **casos de emergencia o urgencia** referidos a un establecimiento de salud de mayor complejidad requieren la estabilización previa del paciente antes de su referencia y el control permanente del personal de salud calificado durante su traslado y acompañado, de ser posible, por uno de sus familiares o allegado.

Entendiendo que **emergencia** es la situación de salud que se presenta repentinamente, requiere inmediato tratamiento o atención ya que lleva implícito una alta probabilidad de *riesgo de vida* del paciente y **urgencia** que también se presenta repentinamente, pero sin riesgo de vida del paciente y puede requerir asistencia médica dentro de un periodo de tiempo razonable ya sea para calmar la signo-sintomatología o para prevenir complicaciones mayores.<sup>18</sup>

- VI. El establecimiento de salud que refiere al paciente, debe conocer o verificar previamente que el hospital al que refiere al paciente cuente con la capacidad resolutive necesaria para la atención adecuada del mismo.
- VII. El personal del establecimiento de salud retendrá el original o una copia legible de la boleta de referencia del paciente

***Art, 14 Referencia a Establecimientos de Salud de Mayor Complejidad para Atención Ambulatoria de Especialidad:***

- I. La persona referida a un servicio de salud de mayor complejidad para consulta y/o tratamiento ambulatorio por un especialista, debe contar con la Boleta de Referencia correspondiente y con toda la información clínica necesaria para facilitar su ingreso y atención en el establecimiento de salud al que fue referida.
- II. El personal del Hospital de segundo o tercer nivel de atención que atiende a un paciente referido, deberá exigir obligatoriamente la boleta de referencia y toda la información clínica del paciente generado en el establecimiento de salud que refiere, para la atención especializada correspondiente.
- III. El personal del establecimiento de salud retendrá el original y entregará una copia legible de la boleta de referencia al paciente.

IV. El **costo de la atención** de los pacientes referidos de establecimientos de salud de primer o segundo nivel a Hospitales de tercer nivel, cuya resolución corresponde al primer o segundo nivel de atención será asumido por el municipio del **establecimiento de salud que realizó la referencia de manera injustificada.**

V. Aquellos pacientes referidos que sean diagnosticados por el especialista tratante con una **patología crónica, embarazos de alto riesgo obstétrico, niños con desnutrición crónica y que requieran atención periódica en el hospital** de mayor complejidad, serán **registrados en el establecimiento de salud que recibe la referencia en una lista de personas con patología crónica para posteriores atenciones, con el propósito de evitar otras referencias del primer nivel** y para fines de cobros y pagos intermunicipales.

VI. Las interconsultas entre especialidades requerirán solamente de la solicitud respectiva y podrán realizarse de forma remota en el consultorio del programa TELESALUD para patologías crónicas estables, de acuerdo a normativa vigente.

***Art. 15 Referencia de Pacientes para Servicios Complementarios:***

I. Cuando el establecimiento de salud no cuente con los medios para la realización de exámenes complementarios, podrá referir al paciente a otro establecimiento de salud **portando la solicitud de exámenes de laboratorio, gabinete o servicios de sangre** (Documento 8, Anexo 3) emitida por el personal de salud del establecimiento solicitante y su documento de identidad, no requiriendo boleta de referencia.

II. El establecimiento de salud que realiza los exámenes o servicios solicitados, debe registrar correctamente los datos del paciente en el reporte de resultados de exámenes de laboratorio, gabinete o servicios de sangre (Documento 9, Anexo 3) que será remitido al establecimiento de salud solicitante

**Art. 16 Contrareferencia de Pacientes,** El médico del establecimiento de salud que realizó la atención de la persona referida, una vez concluida la misma, debe cumplir con la **contrareferencia del paciente** al establecimiento de salud de origen, de acuerdo a la Norma de Referencia y Contrareferencia y acompañando una copia de la **epicrisis**, con el fin de que el establecimiento de salud de origen:

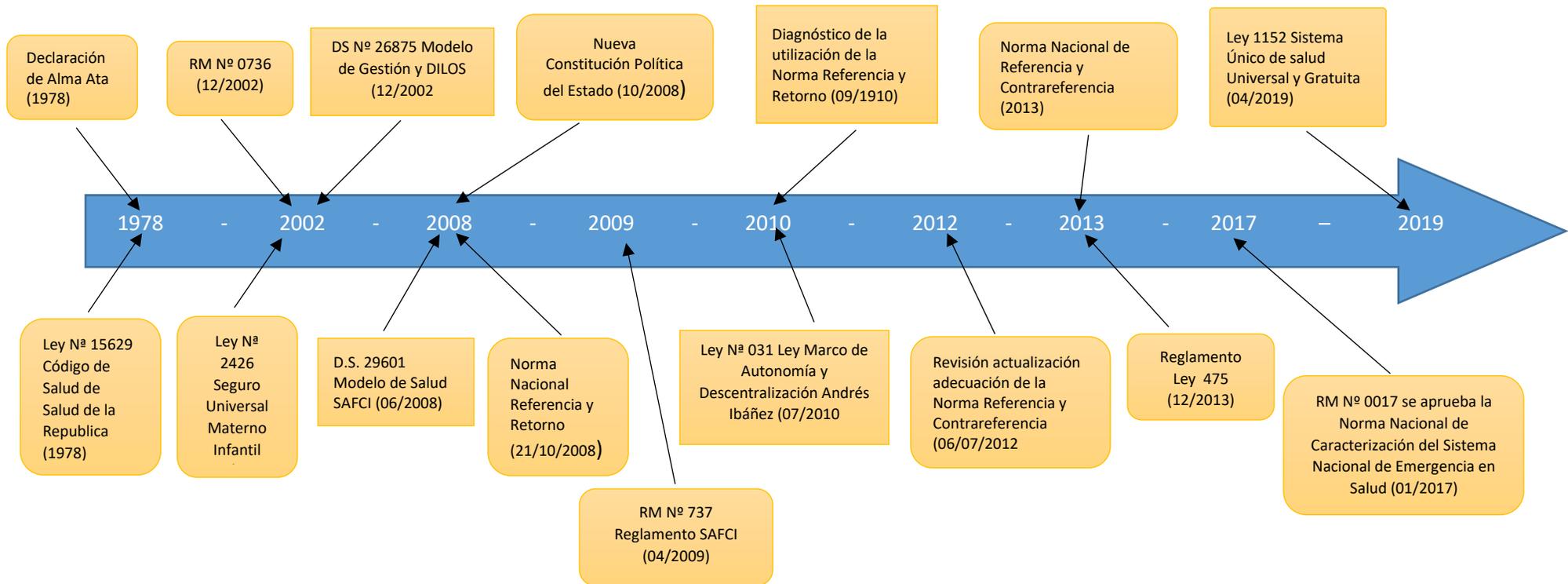
- Esté informado del resultado final de la atención.
- Supervise el cumplimiento del tratamiento ambulatorio prescrito.
- Efectué el seguimiento del paciente.
- Retroalimente al personal con la información pertinente para la mejora continua de la calidad de la atención.

El sistema de atención en salud, requiere de una adecuada estructura organizativa, llamada ingeniería de procesos, dentro de este requiere la atención medica efectiva, es decir del total de los servicios que se prestan a las personas para la atención de la salud y enfermedad como actividades de promoción a la salud, prevención y diagnóstico oportuno, tratamiento, referencia y contrareferencia si lo requiere para su mejor tratamiento, recuperación y rehabilitación deberá ser accesible para el usuario<sup>19</sup>

FÍGURA Nº 1

MARCO NORMATIVO DEL SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

LÍNEA DE TIEMPO



Fuente: Elaboración propia, complemento a la Norma Nacional de Referencia y Contrareferencia 2013

### **2.1.2 DESCRIPCIÓN DE LAS REDES DE SALUD**

Las Redes de Salud deben estar conformadas por la Red Municipal SAFCI y la Red de Servicios que deben establecer una interrelación entre establecimientos de salud (infraestructura, equipamiento, insumos) pero ante todo estableciendo redes de vinculación de personas e intercambio de información, de saberes, de consejos, que se deben proyectar en y hacia la persona, familia y comunidad, estas redes deben estructurarse y funcionar en base a tres grupos de recursos:

**Recursos Materiales** a cargo de los gobiernos municipales compuestos por infraestructura, equipamiento e insumos.

**Recursos Humanos** dado por las instancias jerárquicas de los subsistemas asignados a los establecimientos de salud tomando en cuenta cantidad y calidad, categorías profesionales, técnicas y administrativas.

**Recursos Financieros** que proviene de diferentes fuentes.

La población del área de influencia de las redes se caracterizan desde un punto de vista demográfico, epidemiológico y socioeconómico, por lo que debe ser clasificada tomando en cuenta las siguientes variables:

- ❖ Estructura por grupos de edad y distribución por sexo
- ❖ Crecimiento observado en la población en los últimos periodos censales
- ❖ Nivel socioeconómico
- ❖ Aseguramiento en salud
- ❖ Cultura y etnia
- ❖ Migración y variaciones estacionales

Cada Red debe tener establecido los niveles de gestión responsables de efectivizar su funcionamiento.

El Ministerio de salud, responsable de la rectoría del sector salud para lograr el Vivir Bien de la población, garantiza la inclusión y el acceso a la salud de todas las personas sin exclusión ni discriminación.

El Servicio Departamental de salud que depende técnicamente del Ministerio de Salud y administrativamente de la Gobernación, está encargado de la implementación del **Sistema Único de Salud Familiar Comunitaria Intercultural**, coordinando y supervisando la gestión de las Redes de Salud (Red de Servicios, Red Municipales SAFCI) del departamento, en directa y permanente coordinación y articulación con los gobiernos municipales, la estructura de la gestión participativa y control social ( Estructura social SAFCI) con el propósito de mejorar la calidad de vida de la población.

La Red de Servicio es parte de la red de salud y cada red debe estar conformada por un conjunto de establecimientos y servicios de salud de primer, segundo y tercer nivel articulados mediante el componente de referencia y retorno de pacientes respetando la puerta de ingreso al sistema, siendo la excepción la urgencia/emergencia

## **2.2. JUSTIFICACIÓN**

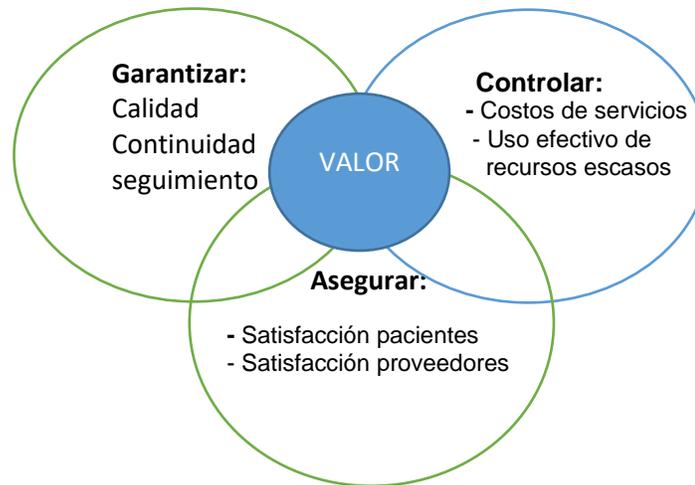
El Sistema de Referencia y Contrareferencia debe cumplir como el propósito que es el de crear valor público. Valor que **garantice** la calidad, continuidad y seguimiento de los servicios; **Controlar** el costo de servicios, uso efectivo de recursos escasos y el de **asegurar** la satisfacción del paciente y del proveedor **(Figura Nº 2/ Pág. 20)**

El corazón de un Sistema de Referencia y Contrareferencia es, sin duda un sistema de información que permita realizar seguimiento, por lo tanto, los formularios deben contar con la información necesaria del paciente a ser referido y contrareferido para cumplir con el respectivo seguimiento, otro elemento

indispensable es la cartera de servicios instrumento donde debe indicar las características de los servicios que ofrece cada nivel de atención.

## FÍGURA Nº 2

### PROPÓSITO DE SRC: CREAR VALOR PÚBLICO



**Fuente:** Socios para la reforma del sector salud, Cartilla de Políticas, SRyCR en los servicios de salud, Perú, agosto, 2004

Actualmente el Personal de Salud refiere de manera poco adecuada sin cumplir los criterios de calidad de la referencia, puede ser por el desconocimiento o por una débil difusión promoción de la Norma Nacional del Sistema de Referencia y Contrareferencia vigente desde 2013.

Los centros integrales no emiten la contrareferencia requisito para continuar con la atención en los centros ambulatorios esto sucede dentro de la misma red de salud, también mencionar la ausencia de la contrareferencia de 2do y 3er nivel de atención a establecimientos de salud que dio origen a la referencia.

Viendo la necesidad latente por la que pasan los pacientes que son los más afectados en busca de respuestas que alivie el problema de salud en el que se

encuentran y no habiendo encontrado estudios a nivel local referente al tema, el trabajo de investigación pretende realizar un diagnóstico de la calidad de registro de los formularios N° 1 de referencia de manera Adecuada, Justificada y de forma Oportuna e identificar posibles soluciones que contribuyan al cumplimiento de la norma y cumplimiento de criterios que ayudaran a medir la calidad de la referencia en los centros de salud de la Red de Salud N° 5 Sur, cuyo beneficio será para la población que habita la zona sur.

En la actualidad en Bolivia, no se cumple con el Sistema Nacional de Emergencias en Salud estructurado, que brinde servicios de atención, con la participación de un conjunto de instituciones entre públicos y privados adscritos al ministerio de salud a través de los centros coordinadores de emergencia de salud, como se detalla en el documento publicado el año 2017, con el número de publicación 433 del Ministerio de Salud, que aún no fue socializado

La atención pre hospitalaria e inter hospitalaria debe ser comprendida en toda su extensión como un sistema encadenado donde las personas y las instituciones trabajen coordinadamente, con el fin de brindar atención oportuna y de calidad.

La Norma Nacional de Referencia y Retorno publicada el año 2008, no fue fortalecida con el cumplimiento de todos los niveles de atención (1ero, 2do y 3er nivel), la misma fue modificada a través de la Resolución Ministerial Nro. 0039/2013, y tiene como objetivo principal fortalecer las redes funcionales de salud para resolver problemas de salud del usuario externo ante situaciones de emergencia y urgencias, pero, esta poco organizado y con poca coordinación a niveles Nacional, Departamental y Municipal sin cumplir estándares adecuados de comunicación.

Dentro del manejo de la referencia y contrareferencia no existe un instrumento de seguimiento que permita coadyuvar en la solución de los problemas que se presentan en los tres niveles de atención del sistema de salud.

Mencionar que, para el traslado de un paciente a otro nivel de atención de mayor complejidad y capacidad resolutive, si existen las redes de ambulancias, pero sin el equipamiento necesario y adecuado, en caso de no acceder a la ambulancia, se puede acudir a otras movilizaciones como la de bomberos, policía o privado, pero esta desorganización trae la mala calidad de atención, que el usuario expresa.

El Sistema Nacional de Emergencias en Salud, se encuentra respaldado con la: Norma Nacional de Referencia y Contrareferencia, Norma Nacional de Caracterización del Sistema Nacional de Emergencia en Salud y La Norma Nacional de Ambulancia Terrestre, la cual tendrá como rol principal contar con un **Centro de Coordinación Nacional, Departamental y Municipal** (con infraestructura, equipamiento, personal capacitada y provisión de insumos). Contemplado dentro de política SAFCI y la Red de Servicios de Salud.

Las Redes de Salud son el brazo operativo del Servicio Departamental de Salud La Paz (SEDES – LA PAZ), institución desconcentrada del Gobierno Autónomo del Departamento de La Paz, con la misión de coadyuvar a mejorar la oferta de servicios de salud integrales y con capacidad resolutive, a través de procesos de calidad de atención, asociados al cumplimiento de políticas y programas de salud, la gestión de recursos humanos, infraestructura y equipamiento, con la finalidad de facilitar el acceso de toda la población a las Redes funcionales de salud, caracterizada por niveles de atención

La Red de Salud N° 5 Sur del municipio de La Paz, será escenario de la investigación por tanto describiremos el contexto geográfico, el funcionamiento, estructura, población y número de establecimientos que conforman, y como se articula mediante el sistema de referencia y contrareferencia, entendida como un proceso administrativo para envío – recepción – regreso de paciente con el propósito de brindar una atención cumpliendo criterios de calidad de referencia.

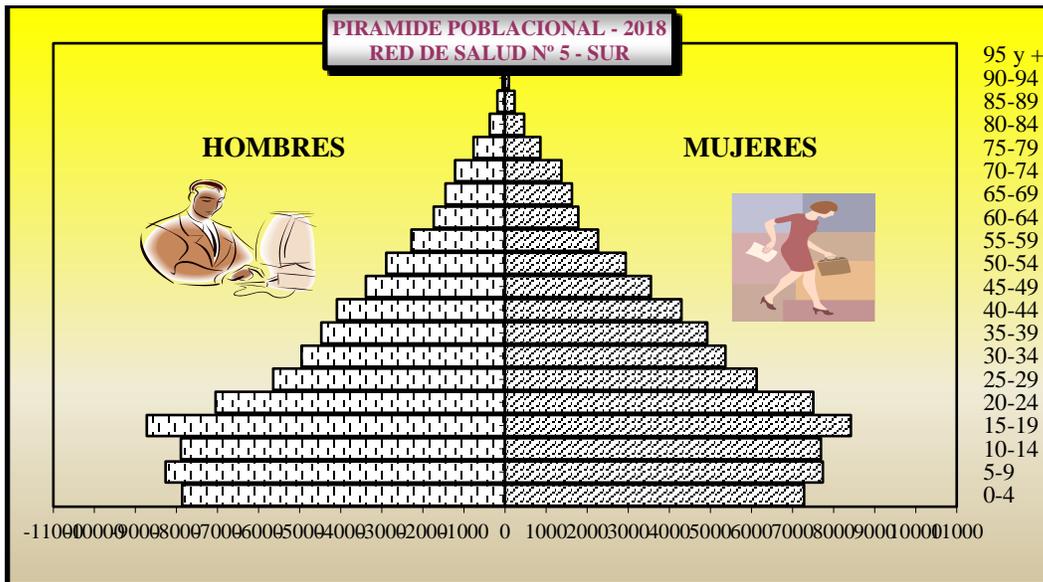
### 2.2.1. RED DE SALUD Nº 5 SUR

El Macro Distrito Sur, está ubicada en la región geográfica más baja de la ciudad de La Paz, con clima privilegiado con variaciones de 12 a 20°C, con zonas irregulares que hacen de la vista y paisaje una característica acogedora y especial para la población.

En el Macro Distrito Sur, coexisten dos Subalcaldías, de la Zona Sur (Obrajes) y de la zona de Mallasa, 150 urbanizaciones y/o zonas distribuidos en los Distritos Municipales 18, 19, 20 y 21, definida territorialmente desde la zona de Bajo Llojeta hacia lo Oeste, Chasquipampa al Este, Alto Irpavi al Norte, y Mallasa al Sur, con una extensión territorio estimada de 9.683 hectáreas, con una población estimada de 156.342 habitantes distribuidos por grupos etarios (dato extraído del SNIS departamento 2018) (*Figura Nº 3*)

**FÍGURA Nº 3**

#### **DISTRIBUCIÓN DE PIRAMIDE POBLACIONAL**



**Fuente:** SNIS, Población gestión 2018

Conviven en este territorio sur, segmentos de la población que pertenecen al de mayor ingreso, con segmentos de la población de menor ingreso, por lo tanto, existe un índice de desarrollo desigual. No extraña que la situación de salud se refleja con diferentes perfiles epidemiológicos y diferentes necesidades de atención: por una parte los segmentos de la población con mayores ingresos sufren de enfermedades como la obesidad, diabetes, enfermedades cardiovasculares etc.; en contraste, a los segmentos de población de menores ingresos que sufren de desnutrición, enfermedades gastrointestinales agudas, infecciones respiratorias agudas, complicaciones del embarazo, parto, posparto, y todas aquellas a las que la pobreza los expone día a día.

Los segmentos de población de menores ingresos son los más numerosos, de origen migratorio de áreas rurales de altiplano y de otros departamentos dedicados a diversas labores. Habitando en laderas de cerros con condiciones carentes de alcantarillado, agua potable por cañería e inseguridad ciudadana. En tanto, los segmentos de población de mayor ingreso gozan de la satisfacción de sus necesidades básicas y aún más, se constituyen en poblaciones de alto consumo de necesidades creadas por el mercado. Es de hacer notar que en ambos segmentos de la población manifiestan problemas de salud mental comunes, ya sea por carencia o por exceso y estas son: estrés, ansiedad, depresión y de somatizaciones que estas producen y detectados en los servicios de salud.

Asimismo, debemos considerar la población de trabajadores y trabajadoras que descienden de la ciudad de El Alto a cumplir labores cotidianas, mayormente informales, las mismas que son consumidoras de diferentes servicios, especialmente de salud.<sup>20</sup>

La Red de Salud Nro. 5 Sur, que en sus "inicios denominado distrito de salud, solo contaba con cuatro establecimientos de salud ( Bolognia, Cota Cota, Chasquipampa y Bella Vista) atendidos por un médico y una auxiliar de enfermería, quienes realizaban trabajo de comunidad dos veces a la semana, en

coordinación con médicos tradicionales (parteras), las infraestructuras de los establecimientos eran alquiladas y auto sostenible, a los controles prenatales se les daban víveres y leche, posterior se instauran los seguros públicos”<sup>21</sup>.

En la actualidad la Red de Salud N° 5 Sur está conformada por 12 establecimientos de salud de primer nivel pertenecientes al sistema público y distribuidos en cuatro distritos municipales, D - 18 (centros de salud ambulatorios Alto Irpavi, Achumani y Bologna), D - 19 (centros de salud integral de Chasquipampa y centro de salud ambulatorio Cota Cota), D - 20 (centros ambulatorios Mallasa y Mallasila ), D - 21 ( centro de salud Integral Bella Vista, centros ambulatorios Obrajes, Alto Obrajes, Alto Seguencoma y Bajo Llojeta) y como establecimiento de segundo nivel el Hospital Municipal Los Pinos

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

Cada Red representa un núcleo de acción estratégica del sector salud, pues dentro del contexto normativo se le asigna competencias y responsabilidades en la gestión de la salud pública, por tanto, cada Coordinación de Red deberá desarrollar tareas importantes enmarcadas en el modelo, hoy Política de Salud SAFCI. La Red es una estructura funcional, vale la pena aclarar que en ella convergen diversas condiciones geográficas, sociales, culturales, económicas, políticas y religiosas, una de sus responsabilidades es cumplir con la referencia de forma adecuada, justificada y oportuna

La Red de Salud 5 Sur, desde la gestión 2017 viene intentando conformar el Comité de Referencia y Contrareferencia, en sus inicios solo se contó con la participación del personal del primer nivel, posteriormente según la necesidad y

demanda se incorpora al segundo nivel, por el 1er nivel de atención participaron (Coordinador de Red, responsables de los centros de salud ambulatorios e integrales) y por el 2do nivel de atención (Director y jefes de servicios del Hospital Municipal Los Pinos), las reuniones se las venía realizando cada mes, a diferencia de la norma que indica que las reuniones deben ser trimestrales, sin embargo, por múltiples actividades de los principales actores las mismas no se llegaron a cumplir, como primera actividad del Comité de la Red de Salud N° 5 Sur, fue el de revisar el llenado adecuado de los formularios de referencia enviados por los establecimientos de primer nivel al segundo nivel de atención quedando en:

Mejorar el llenado sobre todo motivo de referencia, establecimiento receptor y otros acuerdos.

**En motivo de referencia** no se debe anotar simultáneamente varias casillas. Si se refiere a un paciente para atención de emergencia, el servicio hospitalario solicitará los estudios que se requieran. Si es interconsulta, el especialista procederá de la misma forma.

Según la norma dice que el profesional que realizara la respectiva referencia debe tomar en cuenta Capacidad resolutive (de acuerdo a la cartera de servicios), Accesibilidad y Oportunidad

**Establecimiento receptor**, según norma una vez identificado el establecimiento de destino se debe anotar claramente el establecimiento y/o unidad o servicio del mismo, donde se envía al paciente.

Entre los otros acuerdos que quedaron están:

- *El hospital enviará mensualmente la cartera de servicios en caso de modificaciones*

- *Primer y segundo niveles deben actualizar a su personal sobre la Norma de Referencia Contrareferencia y el correcto llenado del formulario (Ej. anotar el hospital y especialidad al que se refiere)*
- *Cuando se refiera por emergencia, recomendar al paciente que se presente en el hospital inmediatamente, caso contrario el formulario se invalida.*
- *En caso de Rx para descartar displasia de cadera, se solicita que el servicio del hospital envíe a los centros de salud el informe correspondiente.*
- *El director del hospital emitirá instructivo a su personal, para el cumplimiento de la contrareferencia.*
- *Los responsables de los centros de salud ambulatorio deben comunicar al segundo nivel cuando suspenda la atención.*
- *Los centros de salud no emitirán el formulario de referencia sin haber atendido al paciente.*

Los usuarios que son referidos como emergencia, son atendidos y devueltos a las unidades operativas (centro de salud) pero sin contrareferencia del segundo o tercer nivel es decir el personal médico del primer nivel quien debe seguir con el tratamiento ambulatorio al paciente no tiene idea del tratamiento que recibió durante la emergencia o algún plan a seguir o cuando debe retornar, este problema con la incorporación del segundo nivel al comité está en proceso de resolverse, sin embargo no así con el tercer nivel.

Como señala la norma el Comité a nivel de la Red Funcional debe estar conformado por el Coordinador de Red, responsables municipales de salud, Director del hospital de segundo nivel, representante del gobierno municipal y un representante de la estructura social en salud, la Red de Salud 5 Sur no está cumpliendo con la normativa de la conformación de comité ni con los criterios de

referencia puesto que los distintos problemas de salud siguen afectando a la comunidad y siempre están cotizadas tanto las salas de espera de los centros de primer nivel, como la sala de emergencia y consulta externa del segundo nivel.

Se evidencia también que muchos usuarios buscan atención hospitalaria sin portar la respectiva referencia, lo que es un problema porque el segundo nivel no puede negar la atención al usuario que se auto refiere a la consulta externa del segundo nivel, se puede decir que el usuario lo hacen por desconocimiento, no saben dónde deben buscar atención para solucionar los problemas de salud, por lo tanto, se ven obligados a tener que pagar su consulta, recordemos que el primer nivel de atención es la puerta de ingreso al sistema de salud.

Existen muchos otros factores que afectan al cumplimiento de este sistema, entre los que más se destacan son; la falta de conocimiento del personal de salud sobre el sistema de referencia y contrareferencia, la poca colaboración del personal de salud, la falta de apoyo logístico y técnico para su movilización, la falta de concientización tanto del personal de salud, así como de los usuarios, la falta de comunicación entre los diferentes niveles de salud del sistema

Si no se da solución a los problemas, del sistema de referencia y contrareferencia, de un primer a un segundo o tercer nivel de atención, no se podrá brindar atención de calidad, ni corregir las distintas dificultades de salud que afectan a la comunidad lo que implica más gastos económicos para la familia y el estado, aumentando la insatisfacción de los pacientes que necesitan atención de otro nivel de mayor capacidad resolutive.

Una referencia debe cumplir con los criterios de: Adecuada, Justificada y Oportuna. El incumplimiento de estos criterios de referencia se refleja en la insatisfacción del usuario/ paciente, que lo único que busca es respuesta a su problema de salud.

El personal médico de los establecimientos de salud identificó contradicciones en el formulario y el instructivo de llenado, observaciones que influyen en la calidad de la referencia adecuada, con la Ley 1152/2019 Art. 15, inciso I, se implementa un nuevo formulario para la solicitud de examen de laboratorio, imagelología, gabinete y sangre segura, por lo tanto, el formulario de referencia ya no sería utilizado para la solicitud de estos servicios complementarios.

El Hospital Municipal Los Pinos segundo nivel de la Red de Salud N° 5 Sur, durante las gestiones 2018 aun enviaba las contrareferencia en los formularios N° 1 de referencias.

El Hospital Materno Infantil de la CNS aún continúa utilizando las boletas de contrareferencia del SUMI.

Los establecimientos integrales (Chasquipampa y Bella Vista) no cumplen con la remisión del formulario N° 2 de contrareferencia como señala la norma, ya que estos centros integrales reciben referencia de los centros ambulatorio en los casos de Atención de parto, Pediatría, Ginecología y Nutrición.

Con la descripción de los problemas identificados llegamos a la conclusión que, el segundo y tercer nivel de atención no valora la contrareferencia, como un indicador de seguimiento al paciente, hasta su recuperación total o parcial y/o alta médica.

El Dr. Carlos Tamayo, en su presentación señala: que la Estructura del sistema de Referencia y Contrareferencia depende de varios elementos que deben operativizarse en conjunto para que el sistema esté funcionando adecuadamente y estos son:

**Modelo de gestión y atención en salud de la política SAFCI que contiene las estructuras:**

- *Comités Locales de Salud*
- *Consejo Social municipal de salud*

- *Mesa Municipal de Salud*

**Manejo adecuado de la información compuesto de los siguientes documentos:**

- *Expediente Clínico*
- *Formulario de Referencia*
- *Formulario de Contrareferencia/Epicrisis*
- *Formulario de Referencia y Contrareferencia comunitaria*
- *Cuadernos del SNIS, además de softwares del SNIS:*
- *SOAPS (Software de Atención Primaria en Salud)*
- *SICE (Sistema Informático Clínico Estadístico)*

Otro elemento tal vez, el más importante es la implementación y cumplimiento de la estrategia de Redes Integrales de Servicios de Salud RISS, entendida como “una red de organizaciones que presta, o hace los arreglos para prestar, servicios de salud equitativos e integrales a una población definida, y que está dispuesta a rendir cuentas por sus resultados clínicos y económicos y por el estado de salud de la población a la que sirve”, y donde “La red de servicios no se representa más como una pirámide de tipo jerárquico en la cual el primer nivel de atención se encuentra en el nivel más bajo. La RISS se muestra de manera horizontal con el primer nivel como eje del Sistema de Salud en contacto con la persona, la familia y la comunidad” <sup>22</sup>

### III. MARCO TEÓRICO

#### 3.1. EVOLUCIÓN DEL CONCEPTO SALUD

«La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades». La cita procede del Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, que fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946, firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados<sup>23</sup>, y entró en vigencia el 7 de abril de 1948. La definición no ha sido modificada desde año.

Para el investigador Echeverri (2006) la salud es: —un derecho esencial que abarca la esfera del ámbito individual, público y social, por lo tanto, es transversal a todos los intereses y necesidades de los habitantes agrupados que buscan la protección social del estado a través de la eficiente y equitativa prestación de servicios de salud, los diversos actores reclaman su participación en la toma de decisiones sobre la utilización y destino de los recursos públicos.

Por tanto, si comprendemos que la salud es un medio que permite a los seres humanos y a los grupos sociales desarrollar al máximo sus potencialidades, esta sería como la condición **sine qua non**, que favorece el desarrollo del potencial humano de cualquier persona. Las teorías antropológicas ya no la consideran como una simple ausencia de enfermedad.

Bajo esta nueva conceptualización de la salud, las RISS impulsadas por la OPS —reflejan un interés renovado por la necesidad de fortalecer los sistemas de salud, combatir la segmentación y fragmentación y avanzar más hacia la prestación de servicios más equitativos e integrales para todos los habitantes de la Región.

En Bolivia desde el 2006 con la elaboración del Plan de Desarrollo Sectorial (PDS) 2006 - 2010 y bajo la consigna de —Movilizados por el derecho a la salud

y la vida, las autoridades de salud tienen la finalidad de velar por el pleno ejercicio del derecho a la salud, como parte de las garantías constitucionales, planteando desmercantilizar la salud para lograr un verdadero cambio al Sistema Único de Salud Familiar Comunitario e Intercultural, a través de la estrategia de las redes de salud.

En esta misma filosofía, la sociedad ha ido asumiendo roles cada vez más protagónicos buscando un estado de bienestar integral, universal e incluyente que garantice el cumplimiento pleno de este derecho, para mejorar su vida.

### **Definición de Servicios Integrales de Salud**

Es el conjunto amplio, continuo de intervenciones de promoción, protección, recuperación, rehabilitación de la salud, prevención, diagnóstico - tratamiento de enfermedades, daños a la salud y cuidados paliativos, que las personas reciben a través de los diferentes niveles de atención del sistema de salud y ámbitos de desarrollo humano, de acuerdo a sus necesidades y a lo largo del curso y ciclos de vida (OPS/OMS. MAYO 2008).

### **El Actual Sistema Boliviano de Salud**

El Sistema Nacional de Salud, es el conjunto de entidades, instituciones y organizaciones públicas y privadas que prestan servicios de salud bajo la regulación del Ministerio de Salud, su organización es de acuerdo a la capacidad resolutive se refleja en tres niveles de atención:

1. **El primer nivel de atención**, donde se realiza la promoción, prevención, consulta ambulatoria e internación de tránsito, está conformado por los puestos de salud, centros ambulatorios de salud, policlínicos y policonsultorios, la medicina tradicional y las brigadas móviles de salud.

De acuerdo al “Manual de evaluación y acreditación de establecimientos de salud de primer nivel de atención”, este nivel es la PUERTA DE ENTRADA AL SISTEMA DE SALUD.

2. **El segundo nivel de atención**, es complemento del anterior nivel, donde encontramos un grado mayor de complejidad y la internación hospitalaria en las especialidades básicas de medicina interna, cirugía, pediatría, gineco - obstetricia, anestesiología, con servicios complementarios de diagnóstico - tratamiento y opcionalmente traumatología.

3. **El tercer nivel de atención**, es el nivel de mayor especialización y capacidad resolutive en cuanto a recursos humanos y tecnológicos está constituido por la atención ambulatoria de especialidad, la internación hospitalaria de especialidad y subespecialidad, los servicios complementarios de diagnóstico y tratamiento de alta tecnología y complejidad; sus unidades operativas son los hospitales generales e institutos u hospitales de especialidades.

A su vez, los establecimientos de salud conforman tres distintos tipos de Redes de Salud:

1. La Red de Salud **Municipal**, conformada por los establecimientos de primer y segundo nivel de atención, que funciona bajo la responsabilidad del Secretario de Salud (Ex Director Municipal de Salud).

A partir de 2013 el Gobierno Municipal es corresponsable de la provisión y administración de la infraestructura, equipamiento, suministros e insumos médicos del primer y del segundo nivel de atención.

2. La Red de Salud **Departamental**, conformada por las redes de salud municipales y los establecimientos de salud del tercer nivel de atención del departamento.

La responsabilidad técnica de esta red recae sobre el SEDES, y la responsabilidad administrativa sobre la Gobernación, responsable de la gestión de los recursos humanos. A partir de 2013 la Gobernación es responsable de la provisión y administración de la infraestructura, equipamiento, suministros e insumos médicos del tercer nivel de atención.

3. La Red **Nacional** de establecimientos de salud está conformada en total por los 3553 establecimientos de salud de Bolivia, que están estructurados en cinco subsectores: Público, Seguridad Social, Instituciones privadas, Iglesia y ONG. De éstos el 92% corresponde al primer nivel de atención, el 6,5% al segundo nivel y el 1,5% al tercer nivel.

En su estructura, el Sistema Nacional de Salud comprende los subsectores públicos, privado, de la seguridad social de corto plazo, las instituciones de convenio con y sin fines de lucro y el sector de la medicina tradicional.

### **3.2 ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD**

Es una estrategia clave para alcanzar un alto nivel de salud, que permita llevar una vida económica y social productiva, representa el primer nivel de contacto de los individuos, familia y comunidad con el sistema nacional de salud, llevando la atención de salud al lugar donde residen y/o trabajan las personas, prestan los servicios de promoción, atención tratamiento y rehabilitación necesaria para resolver problemas de salud, por lo tanto debe estar asistida por **sistemas de envío** de casos integrados, funcionales y que se apoyen mutuamente a fin de llegar al mejoramiento progresivo de la atención sanitaria completa para todos, dando prioridad a los más necesitados.<sup>24</sup>

### **3.3 SISTEMA DE SALUD**

El Sistema Nacional de Salud está compuesta por el subsector público, subsector de la seguridad social de corto plazo, salud privada y la medicina tradicional.

La fragmentación del sistema (sobre todo público y de la seguridad social) y la segmentación (al interior de los entes gestores de la seguridad social) constituye uno de los principales problemas del sistema, reproducen profundas inequidades en el acceso al sistema de salud y a los servicios en particular. Según estudio de

la OPS/OMS, más del 77% de la población boliviana está excluida de los servicios de salud.<sup>25</sup>

### **3.4 RED FUNCIONAL DE SERVICIOS DE SALUD**

Es el conjunto de recursos humanos, físicos y financieros de los establecimientos de primer, segundo y tercer nivel, organizados y articulados según criterios sociales, culturales, técnicos y administrativos de implementación y sostenibilidad, para garantizar la capacidad resolutive en salud con pertinencia, idoneidad, oportunidad y efectividad desarrollando acciones de promoción de la salud, prevención, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad.<sup>26</sup>

### **3.5 REDES DE SERVICIOS DE SALUD**

*Conformada por un conjunto de establecimientos de salud de primer, segundo y tercer nivel, articulados mediante el componente de referencia y retorno, que pueden pertenecer a uno o varios municipios, dependientes de los subsistemas: públicos, de las cajas de salud a corto plazo y privados con o sin fines de lucro, complementados con la medicina indígena/originaria/campesina y la estructura social en salud. Puede darse en un solo municipio cuando tiene establecimientos de salud de los tres niveles, lo que supone capacidad resolutive resuelta, de lo contrario deben asociarse entre municipios o establecer mancomunidades, trascendiendo límites municipales, provinciales, departamentales y nacionales para garantizar la capacidad resolutive<sup>27</sup>*

### **3.6. SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA**

Es el conjunto de mecanismos mediante los cuales se articulan y complementan los establecimientos del Sistema Único de Salud, que incluye los diferentes sub sectores, la medicina tradicional y comunidad, con el propósito de brindar

atención médica oportuna, continua, integral y de calidad, dentro de la Red Funcional de Servicios de Salud, garantizando el acceso al establecimiento de salud de mayor capacidad resolutive en caso que el usuario requiera tratamiento, o para que se le realice exámenes complementarios de diagnóstico o atención en estado crítico (urgencia o emergencia), una vez resuelto el problema de salud del usuario garantiza que este sea contrareferido a su establecimiento de origen para su seguimiento y control posterior.<sup>28</sup>

### **3.7. REFERENCIA**

Es la remisión del usuario de un establecimiento de salud de menor capacidad resolutive a uno de mayor capacidad resolutive con el objeto de solucionar un problema de salud. También comprende la remisión de usuarios entre los diferentes sectores de salud o con la medicina tradicional<sup>29</sup>.

El Formulario N° 1 de referencia se utiliza en caso de pacientes que tengan que ser derivados a otros establecimientos. Las notas de referencia se elaboran en tres ejemplares (1 original y dos copias); la primera copia se entrega al paciente, la segunda copia queda para el Comité de referencia y el original se incorpora en el expediente. El formulario contiene lo siguiente: Datos generales del establecimiento de salud que refiere, datos generales del paciente, resumen de anamnesis y examen clínico, resultados de exámenes complementarios de diagnóstico, diagnóstico presuntivo, tratamiento inicial, firma del paciente y/o familiar que da el consentimiento informado, motivo de referencia, datos del establecimiento receptor, firma y sello del médico que refiere.<sup>30</sup>

### **3.8. CONTRAREFERENCIA**

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

inicialmente con el fin de que se lleve a cabo el control, seguimiento y/o continuar con la atención integral.<sup>31</sup>

El formulario N° 2 de contrareferencia se elaboran en tres ejemplares (1 original y dos copias); la primera copia se entrega al paciente, la segunda copia queda para el Comité de referencia y el original se incorpora en el expediente.

El formulario contiene: Datos del establecimiento al que retorna el usuario: establecimiento de salud, fecha y hora, servicio referente, Red de salud se contactó al establecimiento, nombre de la persona contactada. Identificación del usuario: Nombre y apellido, domicilio, edad; datos clínicos: Días de internación, sexo, peso, temperatura, presión arterial, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria; diagnóstico de ingreso, diagnóstico de egreso, evolución, complicaciones, exámenes complementarios de diagnóstico, otros exámenes e interconsultas, tratamientos realizados, seguimiento al tratamiento, recomendaciones al paciente. Datos del establecimiento al que se realiza la contrareferencia: Establecimiento de salud, municipio, Red de servicios, nombre de acompañante, familiar y otros, contacto del establecimiento al que se realiza la contrareferencia. Firma y sello del médico tratante, sello del establecimiento, firma y nombre del usuario o acompañante<sup>32</sup>

### **3.9. CRITERIOS DE REFERENCIA**

Son los argumentos o parámetros, incluidos en la norma y protocolos de atención vigentes, las guías de atención con procedimientos interculturales de la medicina tradicional y otros que orientan para la referencia de un usuario/a.<sup>33</sup>

Toda referencia debe contener los criterios de calidad que son **adecuado**, **justificado** y **oportuno** (AJO) mismos <sup>34</sup> que permite medir la calidad de la referencia

### **3.10. REFERENCIA ADECUADA**

Es aquella referencia realizada por el establecimiento de salud, que luego de haber agotado su capacidad resolutive según los procesos y procedimiento establecidos en la norma evalúa la necesidad y oportunidad de remitir al usuario a un establecimiento de mayor capacidad resolutive cumpliendo con el **llenado adecuado de instrumento de registro**.<sup>35</sup>

### **3.11. REFERENCIA JUSTIFICADA**

Es aquella referencia realizada por el establecimiento de salud que luego de haber agotado su capacidad resolutive según los proceso y procedimientos establecidos en la norma que determina remitir al usuario a un nivel de mayor complejidad dependiendo **la necesidad de un diagnóstico y/o tratamiento especializado**.<sup>36</sup>

### **3.12. REFERENCIA OPORTUNA**

Es aquella referencia por el establecimiento de salud que luego de haber agotado su capacidad resolutive según los procesos y procedimientos establecidos en la norma remite al usuario a un nivel de mayor complejidad previendo la estabilidad vital y el tiempo de traslado para la resolución del caso<sup>37</sup>

### **3.13. CAPACIDAD RESOLUTIVA**

Son las habilidades y destrezas del equipo de salud de los establecimientos en sus diferentes niveles de atención según su complejidad, para diagnosticar, tratar y resolver problemas de salud de acuerdo al conocimiento y tecnología (infraestructura, equipamiento e insumos) a su alcance, contribuyendo de esta manera, a la solución del problema que aflige a la persona.<sup>38</sup>

El establecimiento de salud al que el paciente es referido debe tener la capacidad para resolver el motivo de la referencia de acuerdo a su cartera de servicios, el médico tratante se podrá guiar en la lista de prestaciones por nivel de atención. Debe cumplir con la accesibilidad y con la oportunidad

### **3.14. RECTORÍA DE LAS REDES CON ENFOQUE DE REFERENCIA**

La OPS define la rectoría en salud como el ejercicio de las responsabilidades y competencias sustantivas de la política pública en salud en el contexto del nuevo esquema de relaciones entre gobierno y sociedad en el Estado moderno.

Las Políticas Nacionales de Salud se expresan en la REGULACIÓN y CONDUCCIÓN del Sistema Nacional de Salud.

Con el propósito de brindar un mejor funcionamiento y articulación se establecen tres niveles de gestión, con características claramente definidas de acuerdo a su dependencia y ubicación (Nivel Nacional, Departamental y Municipal)

La Norma Nacional de Referencia y Retorno en su primera edición aprobada mediante Resolución Ministerial Nro. 1036 del 21 de noviembre del 2008, es remplazada por la Norma Nacional de Referencia y Contrareferencia, Publicación 289 del 2013, La Norma Nacional de Caracterización del Sistema Nacional de Emergencias en Salud, Publicación 433 y Norma Nacional de Ambulancia Terrestres Publicación 430 del 2017, son las 3 Normas que se complementan para el **manejo del sistema de salud**, prestar los servicios de salud a la población de forma adecuada, que garantice la calidad, accesibilidad, oportunidad, continuidad e integralidad del servicio.

### **3.15. SISTEMA NACIONAL DE EMERGENCIA EN SALUD (SNES)**

Es un conjunto de instituciones públicos y privados adscritos al Ministerio de salud, que tiene como rol principal la gestión de Urgencias/ Emergencias,

Catástrofes y Desastres en Salud. Es aprobado mediante Resolución Ministerial N° 0017/2017, y tiene como propósito el de brindar un mejor funcionamiento y articulación del Sistema de Referencia y Contrareferencia, por medio de los Centros Coordinadores de Emergencia en Salud a nivel:

- **A Nivel Nacional**, (Rector/Normativo, coordinador/operativo interdepartamental e internacional), Centro Coordinador de Emergencia de Salud Nacional (CCES- N). Dependiente de la dirección general de salud. Parte normativa.

*El CCES –N como instancia Nacional Tiene la tuición sin restricción , de acceso directo a la base de datos e información tanto de CCES - D y TSES – M, en el marco de sus atribuciones como ente normativo y rector a nivel Nacional.<sup>39</sup> (Figura N° 4) Pág. 41*

- **A Nivel Departamental**, (Coordinador /operativo a nivel departamental), Centro Coordinador de Emergencia Departamental (CCES-D). Dependiente del SEDES. Instancia de coordinación/operativa en la atención de urgencia, emergencia, catástrofe o desastre en salud en el departamento, garantizando la atención pre hospitalaria y la referencia a los pacientes o usuarios que solicitan los servicios y su admisión oportuna en el establecimiento de los 4 niveles y con otras instancias concurrentes al evento como ser bomberos, policía boliviana, SAR. FAB y otros. (Figura N° 4)

- **A Nivel Municipal**: (Operativo a nivel municipal), a través de Transporte Sanitaria de Emergencia de Salud Municipal (TSES – M) dependiente del municipio. Instancia operativa que presta servicios de transporte sanitario en casos de urgencia, emergencia, catástrofe y desastre en salud en el Municipio, garantiza la tención prehospitalaria, interhospitalaria y de

referencia a los pacientes o usuarios que solicitan los servicios y coordina la admisión oportuna en el establecimiento de salud.<sup>40</sup> (**Figura Nº 4**)

Son niveles donde se optimiza el uso de los recursos para la atención de emergencias, urgencias catástrofes o desastres en salud y cuyo propósito es el de coordinar, administrar y apoyar a la red pública de servicios de salud del departamento o municipio por medio de la comunicación eficiente, oportuna y movilizar ordenadamente los recursos para las diferentes actividades de rescate, traslado y atención entre los establecimientos de salud por niveles de complejidad tanto públicos, privados , ONGs y otros.

**FÍGURA Nº 4**

**ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL DEL CENTRO COORDINADOR DE EMERGENCIAS DE SALUD**



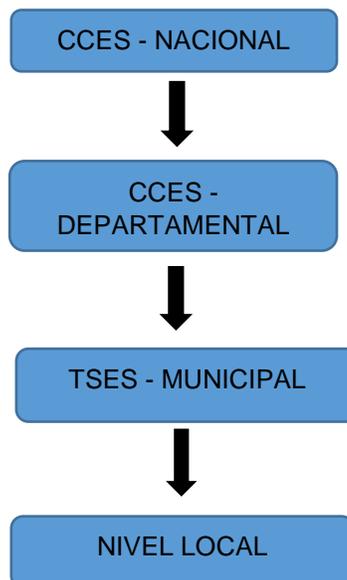
**Fuente:** Ministerio de Salud, Norma Nacional de Caracterización del Sistema de Emergencia en Salud, Pág. 42

Los fines que deben cumplir los diferentes niveles de coordinación de urgencia y emergencia medicas son: **(Figura Nº 5)**

- ❖ *El de facilitar el acceso rápido del usuario al sistema sanitario*
- ❖ *Dar una respuesta humanitaria, ágil, responsable, eficaz, eficiente de acuerdo a la demanda de ayuda del usuario*
- ❖ *Adecuar la coordinación y gestión de los recursos utilizados, disponiendo de información sobre los mismos, localización y disponibilidad*
- ❖ *Coordinar los diferentes niveles asistenciales y unidades operativas*
- ❖ *Coordinar e integrar instituciones públicas y privadas*

### **FÍGURA Nº 5**

#### **ESTRUCTURA FUNCIONAL DEL CENTRO COORDINADOR DE EMERGENCIAS DE SALUD**

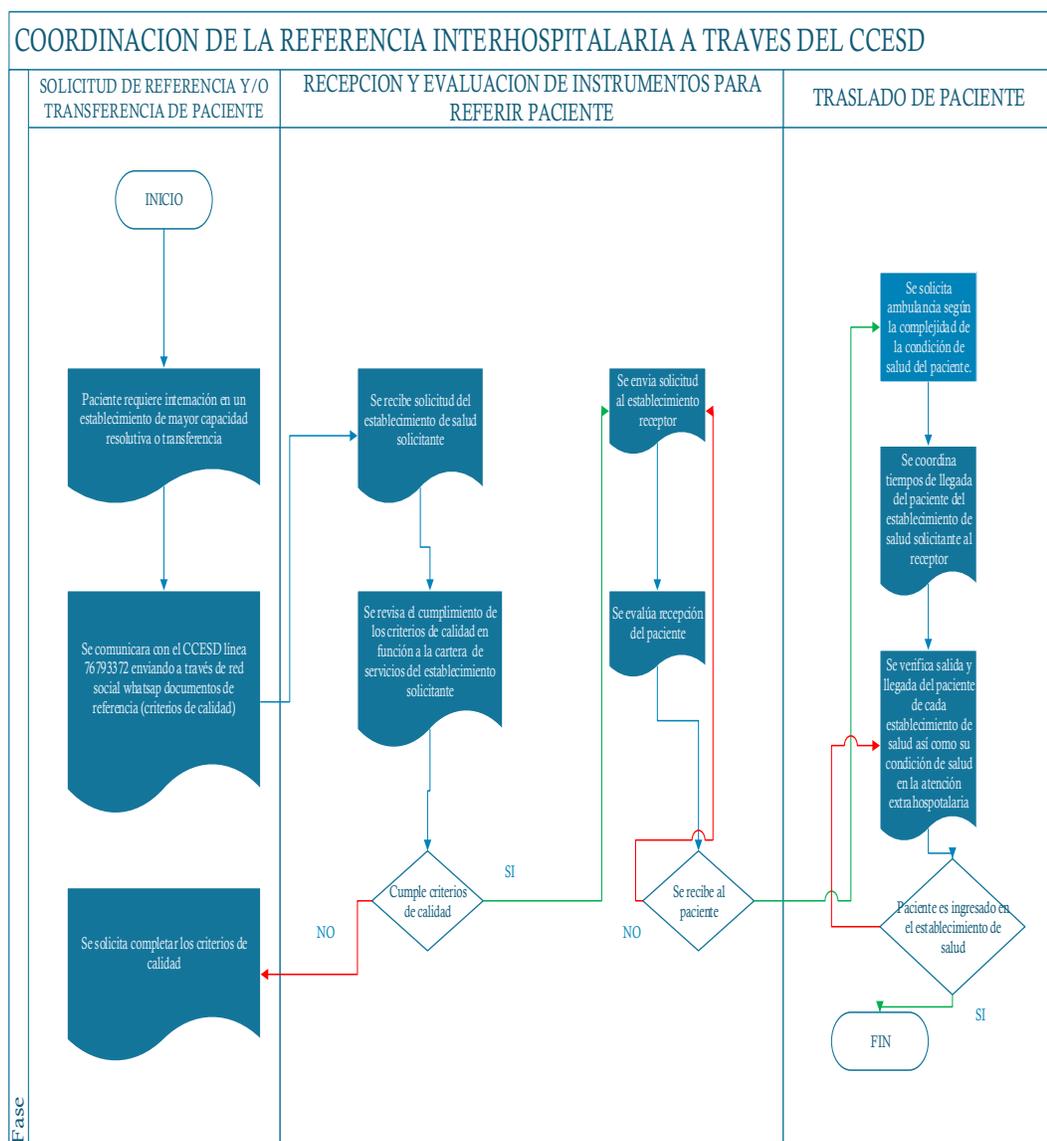


**Fuente:** Ministerio de Salud, Norma Nacional de Caracterización del Sistema de Emergencia en Salud, Pág. 43

Los niveles locales constituyen un aliado estratégico fundamental para ejercer el control social, el mismo que coadyuvara a la implementación de la norma.

Las Redes de salud si bien conforman los comités de RyCR, los mismos no son sostenibles en el tiempo, ni operativizan sus funciones. Actualmente las Redes de salud Coordinan con el CCESD, en el proceso de respuesta, según el siguiente flujograma de referencia (**Figura Nº 6**) Pág. 43

**FÍGURA Nº 6**



**FUENTE:** Centro Coordinador de Emergencias en Salud – SEDES La Paz

Los CCES–D, brinda información sobre la disponibilidad de ambulancias, número de camas y coordina con el hospital que será transferido.

A 3 años de su publicación de las dos Normas que complementan a la Norma de Referencia y Contrareferencia el CCES-D, capacitó a los Coordinadores de Red para el cumplimiento del Sistema de Referencia y Contrareferencia, no olvidemos que el sistema también debe estar involucrada con la comunidad organizada.

***Gobernanza y estrategia:***

- *Un sistema de gobernanza único para toda la red.*
- *Participación social amplia.*
- *Acción intersectorial y abordaje de las determinantes de la salud y la equidad en salud.*

***Organización y gestión:***

- *Gestión integrada de los sistemas de apoyo clínico, administrativo y logístico.*
- *Recursos humanos suficientes, competentes, comprometidos y valorados por la Red.*
- *Sistema de información integrado que vincula a todos los miembros de la Red, con desglose de los datos por sexo, edad, lugar de residencia, origen étnico y otras variables pertinentes.*
- *Gestión basada en resultados. Asignación e incentivos: financiamiento adecuado e incentivos financieros alineados con las metas de la Red.*

La Política Nacional SAFCI dentro del modelo operacional de la Atención Primaria en Salud (APS) tiene como estrategia la promoción, estrategia que

permite tener el primer contacto con la comunidad y médicos tradicionales e inclusión de las profesionales en trabajo social en el equipo de salud.

En esta coyuntura la Constitución Política de Bolivia aprobada en 2008, en su (Artículo 18) señala el derecho a la salud que tienen todas las personas y que el Estado garantiza la inclusión y el acceso a los servicios de salud, sin exclusión ni discriminación alguna. También se determina constitucionalmente que el sistema de salud es único, universal, gratuito, equitativo, intercultural, participativo, con calidad, calidez y control social. Y se basa en los principios de solidaridad, eficiencia y corresponsabilidad. A su vez el sistema de salud se desarrolla mediante políticas públicas en todos los niveles de gobierno.

De esta manera ha sido implementada la política sanitaria de la Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI) que se constituye en la política de salud del Estado Plurinacional de Bolivia y en la nueva forma de sentir, pensar, comprender y hacer la salud pues complementa y articula al personal de salud y a médicos tradicionales de las Naciones y Pueblos Indígena Originario Campesino con la persona, familia, comunidad, Madre Tierra y Cosmos, en base a sus organizaciones en la gestión participativa y control social y la atención integral intercultural de la salud.

La Política SAFCI tiene como principios **La participación social**, con toma de decisiones en salud sobre la planificación, ejecución - administración, seguimiento - control social de las acciones en salud, **La interculturalidad**, es la articulación de médicos tradicionales y personal de salud académico, con las mismas posibilidades de ejercer sus conocimientos y prácticas, promoviendo relaciones armónicas horizontales y equitativas en la atención y en la toma de decisiones en salud, **La intersectorialidad**, es la intervención coordinada entre la comunidad organizada y sector salud con otros sectores estatales (agua, vivienda, educación, saneamiento básico y otras), en base a alianzas

estratégicas, para actuar sobre las determinantes de la salud en el marco de la corresponsabilidad, **La integralidad**: que es el sentir, conocer y practicar la salud como un todo, que contempla la persona y su relación de armonía con la familia, comunidad, madre tierra, cosmos y el mundo espiritual, para desarrollar procesos de promoción para la salud, prevención, atención y rehabilitación de las enfermedades y daños de manera pertinente oportuna ininterrumpida e idónea. **(Figura N° 7)**

**FÍGURA N° 7**



**FUENTE:** SEDES LA PAZ, Área de Gestión Participativa

La promoción de la salud, es un proceso político de movilización social, intersectorial, transformador de determinantes de la salud, realizado en corresponsabilidad entre la población organizada, autoridades, del sector salud y otros sectores para alcanzar el Vivir Bien.

Los mecanismos de la promoción de la salud:

- *La educación en salud.*
- *La movilización social.*
- *La reorientación de los servicios de salud.*
- *Alianzas estratégicas*

La estructura política en salud a nivel departamental está establecida por la Ley Integral de Salud N° 475 y la Ley Marco de Autonomías N° 031/2010

Previo a la descripción de las leyes, es preciso hacer una remembranza de cómo se creó el Servicio Departamental de Salud (SEDES), debemos referirnos al Decreto Supremo N° 25233, de 27 de noviembre de 1998, con el objeto de establecer el modelo básico de organización, atribuciones y funcionamiento de los Servicios Departamentales de Salud, dentro de las previsiones está el Decreto Supremo N° 25060 y las disposiciones vigentes en materia de salud.

La norma indica que es necesario impulsar la especialización, coherencia tecnológica, unidad sistémica y capacidad resolutive en la gestión de la salud, mediante redes de servicios organizadas territorialmente, articuladas con la gestión municipal y la participación de las organizaciones de la sociedad civil, acercando los servicios al usuario.

### **3.16. CALIDAD EN SALUD**

La calidad de la atención técnica consiste en la aplicación de la ciencia y tecnologías médicas en una forma que maximice sus beneficios para la salud sin aumentar en forma proporcional sus riesgos. El grado de calidad es, por consiguiente, la medida en que se espera que la atención suministrada logre el equilibrio más favorable de riesgo y beneficio.<sup>41</sup>

Condición de la organización sanitaria que, de acuerdo a caracterización y normativa definida dentro de un sistema, permite cumplir funciones bien realizadas que cumplen satisfactoriamente las expectativas, requerimientos y

necesidades de los usuarios, con recursos optimizados y equitativamente distribuidos.

La calidad es el grado en el que un conjunto de características del servicio cumplen con los requisitos específicos Norma ISO 9000 – 2000

“Funciones y características de un producto o servicio con capacidad para satisfacer las necesidades del usuario”. American Society for quality Control – USA.<sup>42</sup>

### **3.17. ANTECEDENTES DE LA CALIDAD EN BOLIVIA**

Históricamente los esfuerzos por mejorar la calidad de los servicios en Bolivia se remontan a fines de la década de 1990, abordando la problemática de la atención médica para que sea eficiente, eficaz y equitativa por parte de los sistemas de salud, con una propuesta de transformación, que exigía la necesidad de contemplar los aspectos relacionados con la evaluación y garantía de calidad, como propuesta de documento original en mayo 1989, con el nombre de “ Guía para una Estrategia de Evaluación y garantía de calidad de los sistemas de atención de salud”.<sup>43</sup>

En concordancia y complementación al plan de desarrollo sectorial 2006 – 2011 que se constituye en el referente de las políticas, estrategias y prioridades del sector, se presenta el documento “Bases para la organización del Proyecto Nacional de Calidad en Salud – PRONACS”.

Asegurar la calidad de las prestaciones de los servicios de salud en un marco de equidad, efectividad, eficacia y eficiencia con la responsabilidad de atención a cargo del personal de salud.

Lograr que las referencias realizadas sean justificada, adecuada y oportuna para el beneficio del paciente, familia y comunidad, midiendo indicadores para mejorar los porcentajes:

Porcentaje de referencia justificada, mide la justificación de la referencia del establecimiento de origen al establecimiento receptor con valor aceptable del 80%. Porcentaje de referencia adecuada recibida, mide las referencias que no cumplió con los procedimientos y protocolos de referencia con valor aceptable menor al 20%. Porcentaje de referencias oportunas, mide la referencia de pacientes que llegaron a tiempo al establecimiento receptor desde el establecimiento de origen, valor aceptable mayor al 80%.

#### **IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Una Red de Servicios de Salud, definida como un conjunto integrado, interconectado e interdependiente de servicios de salud, con una capacidad de resolución, organizada en forma escalonada por niveles de complejidad, con oferta diferenciada y evitando duplicidades existentes en un espacio geográfico específico, que tiene como objetivo mejorar la calidad de vida de la población garantizados por la Constitución Política del Estado<sup>44</sup>

Una Red debe contar con los elementos esenciales para la implementación y puesta en operación, conformando un conjunto de establecimientos y servicios de salud de variados niveles de complejidad, articulados funcionalmente con un esquema apropiado de relación administrativa, con el fin de asegurar la atención de salud y enfermedad, de la persona, familia y comunidad, con oportunidad y calidad, en proporción a la complejidad de la demanda de un ámbito geográfico-poblacional determinado, con la capacidad de expresar una organización apropiada de los servicios públicos, iglesias, ONGs., privados, medicina tradicional y la comunidad organizada, para dar una respuesta a la particular dinámica y expresión de los problemas de la salud<sup>45</sup>

El Sistema de Referencia y Contrareferencia constituida como un conjunto de normas e instrumento que garantizaría a la población usuaria en caso de emergencia su traslado a un centro de mayor capacidad resolutivo según la cartera de servicios, donde muchas veces son rechazados por diferentes situaciones (cartera de servicios no actualizado, por no contar con el RRHH especializado y por el mal llenado del formulario de RyCR), este Sistema tiene la finalidad de prestar atención accesible, oportuno y de calidad a la población en situaciones de emergencia y urgencias.<sup>46</sup>

Cada Red enfrentará un conjunto de problemas particulares, por lo que; se tendrá que desarrollar, potencialidades, capacidades y competencias que serán los

medios para asegurar la capacidad resolutive de la Red en la articulación mediante el componente de referencia y contrareferencia.

Las Redes de salud con el fin de mejorar el manejo de las referencias y contra referencias deben conformar su comité, quienes deben elaborar su reglamento e instrumentos de seguimiento al cumplimiento de la norma.

En la Red de Salud N° 5 Sur, el Sistema de Referencia y Contrareferencia, presenta debilidades en su funcionamiento de acuerdo al criterio Adecuada Justificada y Oportuna (AJO), debido a que el personal de salud a pesar de haber sido capacitado no maneja un adecuado llenado del formulario de referencia a establecimiento de mayor complejidad, así también realiza referencias inadecuadas debido a que se podrían resolver dentro de un establecimiento de primer nivel, falta de comunicación entre los tres niveles de atención lo cual no coadyuva a una referencia oportuna y va en desmedro del paciente y no pudiendo realizar el seguimiento adecuando de mismo.

Los niveles de mayor complejidad no envían las contrareferencias a los primeros niveles de atención, ya que en las gestiones 2018 se tuvo un porcentaje muy bajo de contra referencias, del 100% de las referencias se podría decir que solo se llegó a un 0,5% de Contrareferencias, por lo cual el primer nivel de atención al no contar con esta información no puede realizar un seguimiento adecuado tanto en su tratamiento como en los procedimientos que posiblemente los hospitales de segundo nivel realizaron al paciente.

La norma Nacional de Referencias y Contrareferencias se debe revisar para mejorar los formularios y actualizar, adecuar a los cambios de los protocolos de salud.

En formularios N° 1 de Referencia y en el sistema se observa los siguientes problemas:

1. *Débil o ausencia de comunicación y coordinación entre los 3 niveles del sistema de salud*

2. *Llenado incompleto o incorrecto de la boleta de referencia*
3. *Calidad del diagnóstico con dudas razonables (AJO)*
4. *No existe la Fluctuación de la cartera de servicios entre los niveles involucrados*
5. *Insuficiente actualización al RRHH en la norma y procedimientos*
6. *La contrareferencia no es enviada por el 2do y 3er nivel de atención.*
7. *No se cuenta con un software estadístico de consulta para el Sistema de Referencia y Contrareferencia –(SRyCR)-*
8. *No existe seguimiento de los pacientes referidos por el 1er nivel*
9. *Uso INDEVIDO del formulario para laboratorios y estudios de gabinete.*
10. *En el formulario de referencia no indica el medio de traslado del paciente ya sea en ambulancia o por propios medios.*
11. *Transferencias realizadas son más para interconsultas que de emergencia.*
12. *Rechazo de los Hospitales de 2do y 3er nivel de los pacientes transferidos por falta de sello y firma del Médico.*
13. *MULTIPLES formularios antiguos y propios de referencia y contrareferencia dificulta un análisis adecuado*

## **V. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

*¿Cuáles serán los factores por los que, las referencias médicas de los centros de salud de primer nivel de atención de la Red de salud N° 5 Sur, no cumplen con el correcto registro de los criterios de calidad: Adecuada – Justificada – Oportuna, durante la gestión 2018 ?*

## **VI. HIPOTESIS**

**Ho** = La gestión de la Referencia y Contrareferencia en la Red de Salud N° 5 Sur en la gestión 2018 no cumple con los criterios de calidad de Adecuado – Justificado - Oportuno

**Ha** = La gestión de la Referencia y Contrareferencia en la Red de Salud N° 5 Sur en la gestión 2018 SI cumple con los criterios de calidad de Adecuado – Justificado - Oportuno

## VII. OBJETIVOS

### 7.1 OBJETIVOS GENERAL

Establecer la calidad de registro del Sistema de Referencia y Contrareferencia en la Red de Salud N° 5 Sur, Municipio de La Paz, durante la gestión 2018

### 7.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- *Identificar la calidad del llenado de los formularios de referencias en función a los criterios AJO (Adecuado, Justificado y Oportuno) por el profesional médico de la Red de Salud N° 5 Sur durante la gestión 2018*
- *Determinar la habilidad del manejo de los formularios N° 1 de referencia según la Norma por el personal médico de la Red de salud N° 5 Sur.*
- *Analizar factores asociados al funcionamiento del Sistema de Referencia y Contrareferencia en la Red de Salud N° 5 Sur durante la gestión 2018*
- *Implementar casillas de criterios de calidad en los formularios de referencia A = Adecuado, J = Justificado, O = Oportuno, en los 7 establecimientos de salud de la Red de Salud N° 5 Sur.*

## VIII. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

### 8.1 TIPO DE ESTUDIO

Estudio observacional descriptivo de tipo retrospectivo, analítico y de cohorte transversal, variable cualitativa, tamaño de muestra por población finita conocida número de formularios.

Toda investigación debe estar guiada por una estrategia metodológica, la cual se compone de actividades técnicas e instrumentos que organizados de una perspectiva orientan al desarrollo del estudio de un objetivo específico. Por lo tanto, se presenta a continuación el desglose de la estrategia metodológica de investigación propuesta y su análisis respectivo.

El estudio fue de **corte transversal** debido a que se realizó el trabajo en un determinado tiempo de enero a diciembre de las gestiones 2018, al pretender analizar conocimiento y la aplicación técnica de Normas de Referencia y Contrareferencia en el personal de salud, fue **descriptivo** debido a que en este tipo de investigación se describen características generales y particulares identificadas en relación con la problemática de estudio en nuestro caso, es evaluar la calidad del registro del sistema de Referencia y Contrareferencia del personal de salud de la Red de Salud No 5 Sur.

El enfoque utilizado fue **cualitativo**, considerado porque se usó la recolección de información sometido a proceso de codificación, tabulación y análisis estadístico de datos para probar una hipótesis, también se describe la frecuencia y las características de un problema (muestra).

## **8.2 DISEÑO TRANSVERSAL.**

*Recolección de datos en un solo cohorte a un tiempo determinado.*

## **8.3 CONTEXTO O LUGAR DE INTERVENCIÓN**

El presente estudio se lo realizó en el ámbito geográfico de la zona sur específicamente en la Red de Salud N° 5 Sur perteneciente al Servicio Departamental de Salud La Paz - Bolivia, durante la gestión 2018 en 7 Centros de salud públicos, entre ambulatorios e integrales.

## **8.4 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

### **❖ 1ra. Fase**

- *Identificando los establecimientos de salud de la Red N° 5 Sur que serán tomados en cuenta para el estudio*
- *Entrevista a personal profesional de los centros de salud para acceso a formularios de referencia y contrareferencia*
- *Seleccionando los formularios de referencia y contrareferencia*
- *Cuantificando el número total de formularios de referencia y contrareferencia*

## **8.5 POBLACIÓN DE ESTUDIO (criterios de inclusión y exclusión)**

**Población:** 156.342 habitantes del Macro Distrito Sur

### **❖ Inclusión:**

- *Usuarios que demandan los servicios de salud y son referidos a centros de mayor complejidad*

- *Usuarios que fueron atendidos en 2do y 3er nivel de atención y retornan con el formulario de contrareferencia al 1er nivel*

❖ **Exclusión:**

- *Usuarios referidos por el servicio de odontología*
- *Usuarios que viene directamente con la contrareferencia de un 2do o 3er nivel*

### **8.6. UNIDAD DE ESTUDIO**

- *Formularios de referencias de usuarios que fueron atendidos en establecimientos de primer nivel de la Red N° 5 Sur en el 2018*

### **8.7. UNIDAD DE INFORMACIÓN**

- *Formulario N° 1 – Referencia y Formulario N° 2 - Contrareferencia de 1er, 2do y 3er nivel de atención*

### **8.8 UNIDAD DE OBSERVACIÓN**

- *Usuarios referidos a centros de mayor complejidad y capacidad resolutivo*

### **8.9 MARCO MUESTRAL**

La información para el presente trabajo de investigación se obtuvo de 7 establecimientos de Salud públicos, 5 ambulatorio y 2 integral de la Red de Salud N° 5 Sur Urbano de la ciudad La Paz - Bolivia, dependientes del Servicio Departamental de Salud-, SEDES – La Paz

La selección de centros de salud se debió a la pre disponibilidad de los responsables de los mismos en brindar los formularios para el estudio.

**Fuente primaria**, que consistió en revisar el formato de referencia y contrareferencia durante un lapso de tiempo

**Muestreo**, fue probabilístico mediante aleatorio simple, del total 5.154 formularios de referencia de la gestión 2018, divididos por el tamaño de la muestra de 350. Consideramos cada 15 como número de elegibilidad, es decir sacamos del conjunto, una muestra cada 15 formularios que no fueron considerados en la muestra. De esta manera se garantizó la aleatoriedad de la muestra sujetas de estudio para la presente investigación

**FORMULA MUESTRAL**

$$n = \frac{N * Z_{1-\alpha}^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_{1-\alpha}^2 * p * q}$$

Logrando para la gestión 2018 un tamaño muestral de 350, considerando un nivel de confianza del 95% y un error esperado de 0,05

**Tamaño muestral para una proporción en una población finita o conocida  
Red de Salud Nro. 5 Sur Gestión 2018**

Tamaño de la población	N	<b>5.154</b>
Error Alfa	α	0,05
Nivel de Confianza	1-α	0,95
Z de (1-α)	Z (1-α)	1,96
Prevalencia de la Enfermedad	p	0,40
Complemento de p	q	0,60
Precision	d	0,05

Tamaño de la muestral	n	<b>344</b>
<b>Muestra Final</b>		<b>350</b>

## 8.10 CRITERIOS DE REFERENCIA

El Formulario N° 1 – Referencia debe cumplir con criterios de calificación Adecuada – Justificada – Oportuno.

### REFERENCIA ADECUADA – LLENADO ADECUADO, CLARO Y CONCISO DEL FORMULARIO

Toma en cuenta a 7 criterios

1. *Ha recibido atención médica inicial que permitió estabilizar sus signos vitales, en caso de estar alterados disminuyendo el riesgo de muerte*
2. *Ha recibido para su traslado los soportes mínimos necesarios de vida (vías respiratorias libres, oxígeno, venoclisis permeable).*
3. *Ha recibido ella o sus familiares la información completa y clara del propósito o motivo de referencia*
4. *Es trasladado en una ambulancia debidamente equipada, acompañada por un médico o personal de enfermería o auxiliar del centro de salud que refiere*
5. *Viene acompañado por un familiar*
6. *Cuando el servicio al que ha referido ha sido comunicado él envió de el/la paciente por los medios de comunicación disponibles en la red*
7. *Tiene consigo toda la documentación de referencia necesaria y debidamente llenada por la persona que corresponde de acuerdo a la norma nacional de referencia y contrareferencia.*

PARAMETROS DE CALIFICACION REFERENCIA ADECUADA		
CUMPLEN DE	5 a 7	BUENO
	3 a 4	REGULAR
	1 a 2	MALO

**Fuente:** Aporte propio, 2018

## REFERENCIA JUSTIFICADA – NECESIDAD DE UN DX Y/O TXT ESPECIALIZADO

- *La tecnología que requiere la paciente referida para el diagnóstico, tratamiento, no existe en el establecimiento que refiere.*
- *La evolución del cuadro patológico no ha sido favorable con los tratamientos establecidos conforme a los protocolos.*
- *La demanda de servicios al establecimiento que refiere sobre pasa la capacidad resolutive o instalada (en caso de accidentes masivos o desastres).*
- *El diagnóstico del Hospital que recibe al paciente confirma o guarda relación con el diagnóstico de la referencia.*

PARAMETROS DE CALIFICACION REFERENCIA JUSTIFICADA		
CUMPLE	4	BUENO
	2 a 3	REGULAR
	1	MALO

Fuente: Aporte propio, 2018

## REFERENCIA OPORTUNA – TIEMPO DE TRASLADO PARA RESOLUCIÓN DE CASO

- *La referencia ha sido efectuada en el momento correcto conforme a los protocolos de diagnóstico y tratamiento sin demora innecesaria.*
- *El traslado se ha realizado sin demora innecesario una vez decidida la transferencia (razones mecánicas, bloques otras extra medicas)*
- *Se comunica de inmediato al hospital de referencia él envió de pacientes más aún si se trata una emergencia.*

- *Hubo una programación de la cita médica anticipado en casos de referencia que no son urgencia (cartera de servicios).*

PARAMETROS DE CALIFICACION REFERENCIA OPORTUNA		
CUMPLE	4	BUENO
	2 a 3	REGULAR
	1	MALO

**Fuente:** Aporte propio, 2018

## IX. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLES	INDICADORES	VALOR FINAL	TIPO DE VARIABLE
Edad	Edad	En años	Cuantitativa discreta
Sexo	Sexo	Femenino Masculino	Cualitativa Nominal
Referencia adecuada	7 criterios	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. A recibido atención medica que permitió estabilizar sus signos vitales en caso de estar alterados disminuyendo el riesgo de muerte.</li> <li>2. Ha recibido para su traslado los soportes mínimos necesarios de vida: (vías respiratorias libres, Oxígeno, venoclisis permeable).</li> <li>3. Ha recibido ella o sus familiares la información completa y clara del propósito o motivo de referencia.</li> <li>4. Es trasladado en ambulancia debidamente equipada y acompañada por un médico, personal de enfermería o auxiliar del CS que refiere.</li> <li>5. Viene acompañado por un familiar.</li> <li>6. Cuando el servicia al que se ha referido ha sido comunicado él envió de la paciente por los medios de comunicación disponibles en la red.</li> <li>7. Tiene consigo toda la documentación de referencia necesaria y debidamente llenada por la persona que corresponde de acuerdo a la norma nacional de referencia y retorno</li> </ol>	Cualitativa ordinal
Referencia justificada	4 Criterios	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. La tecnología que requiere la paciente referida para Dx, TXT, no existe en el establecimiento que refiere</li> <li>2. La evolución del cuadro patológico no ha sido favorable con los tratamientos establecidos conforme a los protocolos</li> <li>3. La demanda de servicios al establecimiento que refiere sobrepasa la capacidad resolutive o instalada</li> <li>4. El diagnóstico del hospital que recibe al paciente confirma o guarda relación con el DX de la referencia</li> </ol>	Cualitativa ordinal

VARIABLES	INDICADORES	VALOR FINAL	TIPO DE VARIABLE
Referencia oportuna	4 Criterios	<p>1. Referencia se ha efectuado en el momento correcto conforme a los protocolos de Dx y TXT sin demora innecesaria</p> <p>2. El traslado se ha realizado sin demora innecesaria una vez decidida la transferencia (razones mecánicas, bloqueos otras extra médicos)</p> <p>3. Se comunica de inmediato al hospital de referencia el envío del paciente más aún si se trata de una emergencia.</p> <p>4. Hubo una programación de la cita médica anticipada en caso de referencia que no son urgencia (cartera de servicios)</p>	Cualitativa ordinal
Referencias	Referencias emitidas	Numero Referencias emitidas	continua cuantitativa discreta
Contrareferencia	Contrareferencia recibidas	Numero de Contrareferencia recibidas	continua cuantitativa discreta
Niveles de atención	nivel de atención	1er nivel 2do. Nivel 3er Nivel	cualitativa Ordinal
Motivo de referencia	Motivo	Urgencia /emergencia Interconsulta tratamiento laboratorio, gabinete otros (Cuales)	Cualitativa Nominal
Parámetros de calidad del llenado	Llenado del formulario cumplimiento de criterios	<p><b>Referencia Adecuada</b> Bueno de 5 a 7 criterios Regular de 3 a 4 Malo de 1 a 2</p> <p><b>Referencia Justificada y Oportuna</b> Buena 4      Regular de 2 a 3      Malo 1</p>	Cualitativa Nominal
Establecimiento receptor	Establecimientos	Publico Seguro privado	Cualitativa nominal

## X. RESULTADOS

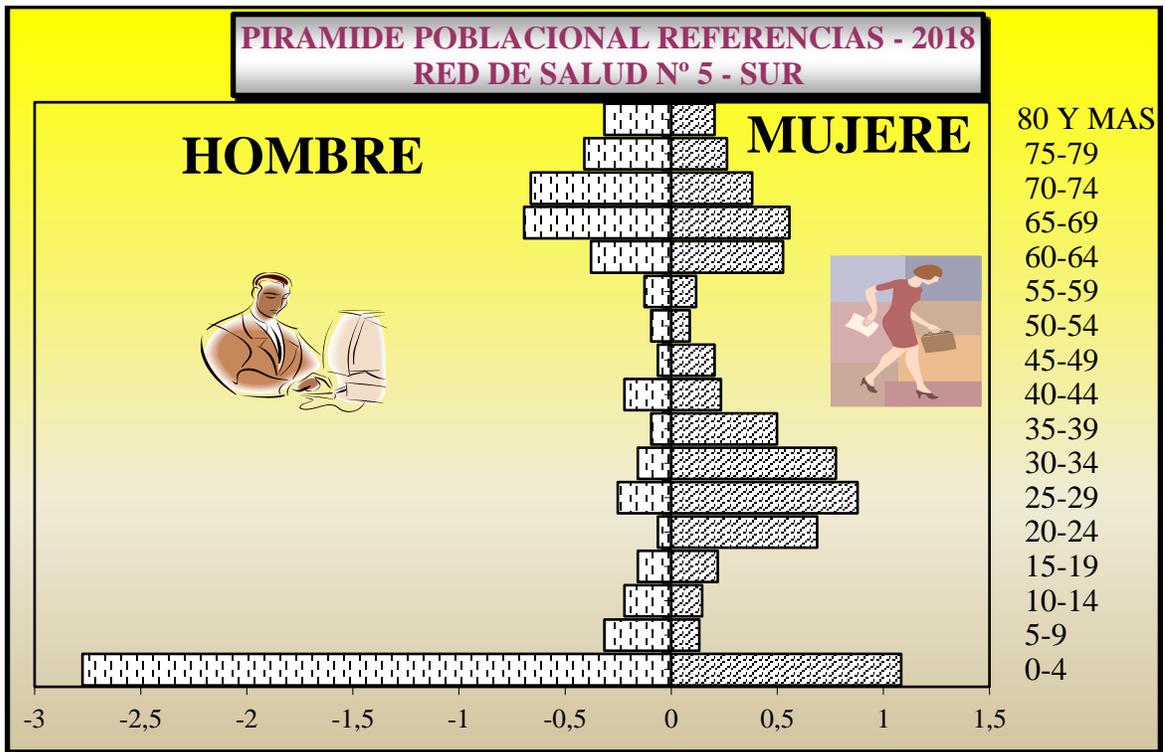
La Red de salud 5 Sur es parte del Servicio Departamental de Salud – SEDES La Paz, se encuentra en la Zona Sur consta de 12 centros de salud públicos de primer nivel de atención los cuales son: centro de salud ambulatorio Obrajes, centro de salud ambulatorio Alto Obrajes, centro de salud ambulatorio Bolognia-Irpavi, centro de salud ambulatorio Alto Irpavi, , centro de salud ambulatorio, Mallasa, centro de salud ambulatorio Mallasilla, centro de Salud ambulatorio Alto Seguencoma, centro de salud ambulatorio Achumani, centro de salud ambulatorio Cota–Cota, centro de Salud ambulatorio Bajo Llojeta, centro de salud integral Bella Vista, centro de salud Integral Chasquipampa.

El estudio se realizó en 7 Centros de Salud de primer nivel de la Red de salud No 5 Sur de la ciudad de La Paz, perteneciente al Servicio Departamental de Salud La Paz, 5 centros con atención ambulatorios de atención en: medicina general, enfermería, odontología, farmacia, laboratorio y 2 de atención integral con atención de: medicina general, enfermería, odontología, FIM, atención de parto, ecografía, laboratorio, pediatría ginecología, nutricionista y trabajo social, la atención de los centros ambulatorios es de 6 y 12 horas y los centros integrales de 24 hora.

El estudio se lo realizo en el periodo de enero a diciembre de 2018, la información se obtuvo de 350 formulario N° 1 de referencia de los establecimientos de salud de estudio, con el programa estadístico de SPSS se obtuvo la base de datos de donde se obtiene los siguientes resultados que a continuación se presenta según objetivos planteados.

En la Figura N° 8, se puede observar la distribución de edades según grupo etario del SNIS de la población en estudio.

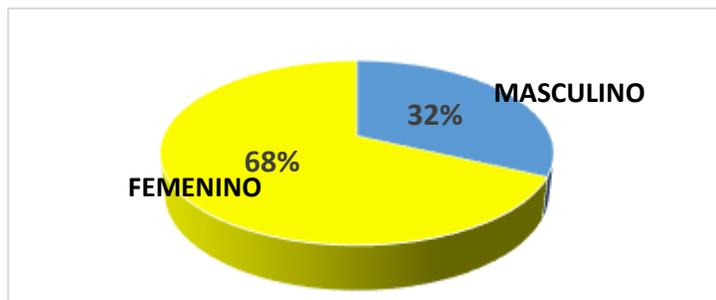
**FÍGURA Nº 8**  
**PIRAMIDE POBLACIÓN EN ESTUDIO**



**Fuente:** Según formularios de referencia en estudio, 2018

### GRÁFICO Nº 1

#### PORCENTAJE DE REFERENCIA SEGÚN SEXO DEL USUARIO RED DE SALUD Nº 5 SUR – 2018

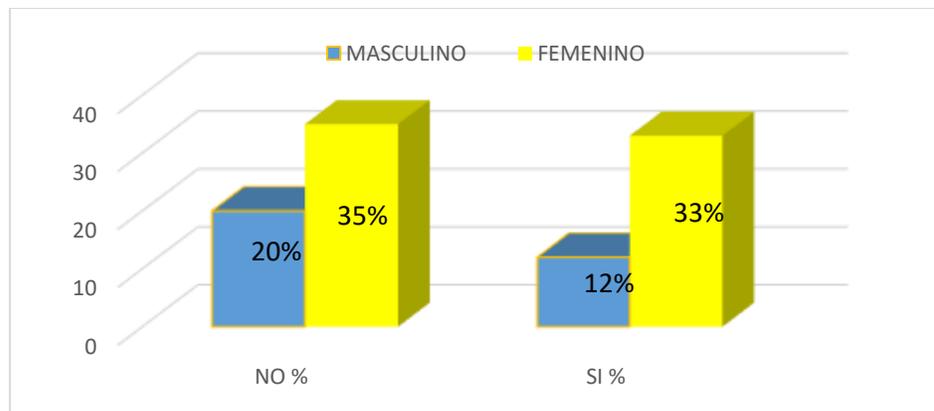


*Fuente:* Según formularios de referencia, Red de Salud 5 Sur, 2018

*Del 100% de las referencias efectuadas en 2018 el 68% son del sexo femenino y un porcentaje menor corresponde al sexo masculino 32%*

### GRÁFICO Nº 2

#### PORCENTAJE DE MOTIVO DE REFERENCIA URGENCIA/EMERGENCIA SEGÚN SEXO DEL USUARIO RED DE SALUD 5 SUR - 2018

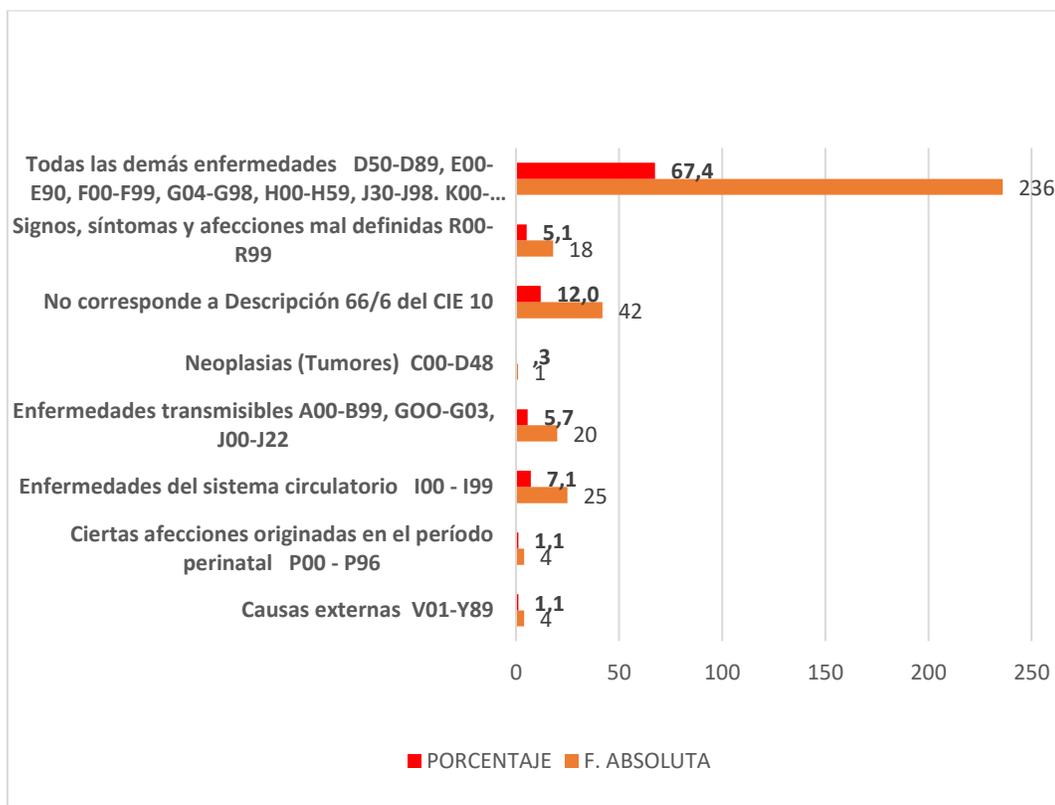


*Fuente:* Según formularios de referencia de la Red de Salud 5 Sur , 2018

*Podemos observar que existe un predominio de mujeres en ser referidas por motivo de urgencia/emergencia (33%) en relacion al varon (12%)*

### GRÁFICO Nº 3

#### PORCENTAJE Y FRECUENCIA ABSOLUTA DE PRESCRIPCIONES DE CIE 10 RED DE SALUD 5 SUR 2018

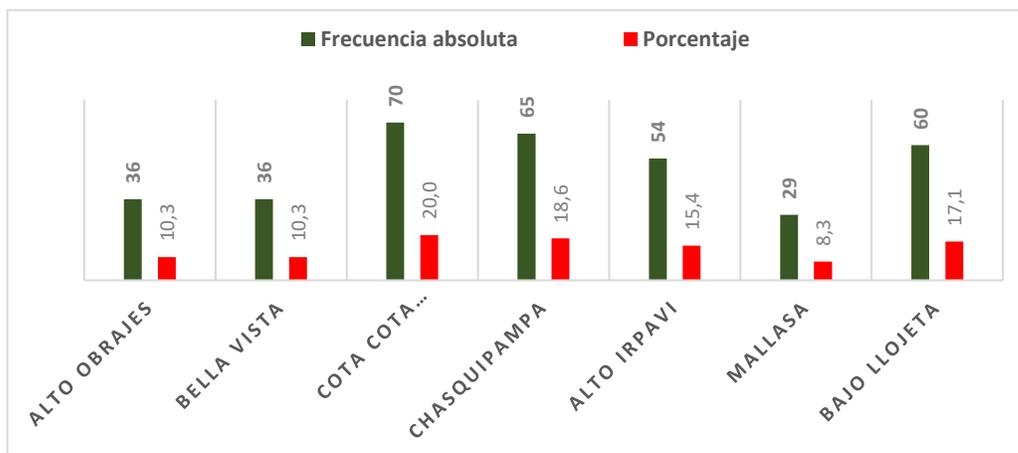


**Fuente:** Según formularios de referencia de la Red de Salud 5 Sur, 2018

*El 67,4% que es el mayor porcentaje y según el CIE 10 es donde se ubican todas las demás enfermedades (D50 - D89, E00 - E90, F00 – F99; G04 – G98, H00 – H59, J30 – J99, K00 – K93, L00 – L99, M00 – M99, N00 – N99, O00 – O99, Q00 – Q99) podemos deducir que el personal médico no clasifica los diagnóstico según el CIE 10 o que son diagnósticos mal definidos*

## GRÁFICO Nº 4

### ESTABLECIMIENTOS DE SALUD SEGÚN REFERENCIAS ENVIADAS RED DE SALUD Nº 5 SUR – 2018



**Fuente:** Según formularios de referencia de la Red de Salud 5 Sur, 2018

El centro de salud que realiza más referencias según datos estadísticos es el centro ambulatorio Cota Cota (20,0%), seguido por centro integral Chasquipampa (18,6%) y el que menos refiere es Mallasa (8,3%)

## RESULTADOS DEL PRIMER OBJETIVO

**Primer Objetivo,** Identificar la calidad del llenado de los formularios de referencias en función a los criterios AJO (Adecuado, Justificado y Oportuno) por el profesional médico de la Red de Salud Nº 5 Sur gestión 2018

**TABLA N° 1**

**REFERENCIA ADECUADA SEGÚN CRITERIOS CUMPLIDOS  
RED DE SALUD 5 SUR – 2018**

CRITERIOS DE REFERENCIA ADECUADA	CUMPLIMIENTO DE LOS CRITERIOS		
	% SI CUMPLIO	% NO CUMPLIO	TOTAL
HA RECIBIDO ATENCION MEDICA INICIAL QUE PERMITIO ESTABILIZAR SUS SIGNOS VITALES	88,3	11,7	100,0
HA RECIBIDO PARA SU TRASLADO LOS SOPORTES MINIMOS NECESARIOS DE VIDA	1,1	98,9	100,0
HA RECIBIDO EL USUARIO O SUS FAMILIARES LA INFORMACION COMPLETA Y CLARA DEL MOTIVO DE REFERENCIA	92,0	8,0	100,0
ES TRASLADADO EN UNA AMBULANCIA DEBIDAMENTE EQUIPADA A COMPAÑADA POR UN MEDICO O PERSONAL DE ENFERMERIA	20,6	79,4	100,0
VIENE ACOMPAÑADO POR UN FAMILIAR	78,3	21,7	100,0
CUANDO EL SERVICIO AL QUE SE HA REFERIDO HA SIDO COMUNICADO EL ENVIO	2,6	97,4	100,0
TIENE CONSIGO TODA LA DOCUMENTACION DE REFERENCIA NECESARIA Y DEBIDAMENTE LLENADA	100,0		100,0

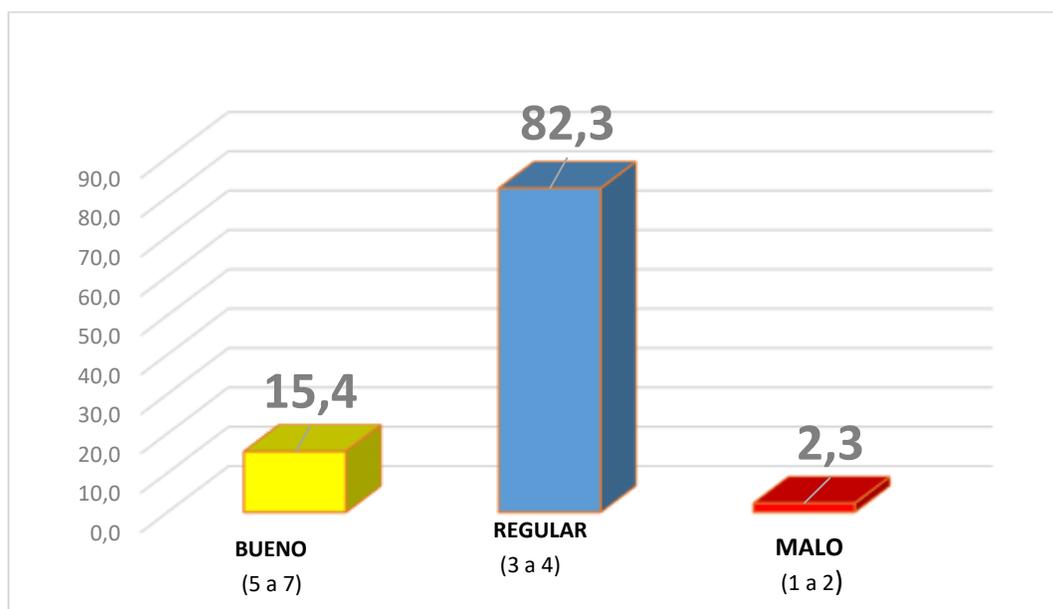
**Fuente:** Según formularios de referencia de la Red de Salud 5 Sur, 2018

*Se realiza la tabla de contingencia mediante el SPSS donde se procede al análisis de cumplimiento de los 7 criterios de la referencia adecuada del 100% de los formularios de referencia, podemos determinar que los criterios que más se cumple son: el primer que dice ha recibido atención medica inicial que permitió estabilizar sus signos vitales en un **88,3%**, tercer criterio ha recibido el usuario o sus familiares la información completa y clara del motivo de referencia **92,0%**, viene acompañado por un familiar cuarto criterio **78,3%**, séptimo y último criterio tiene consigo toda la documentación de referencia necesaria y*

debidamente llenada en un 100% , de los 7 criterios de la referencia adecuada el personal médico responsable de la referencia a otro establecimiento de mayor capacidad resolutiva solo cumple con 4 criterio al llenar el formulario de referencia.

Con el gráfico N° 5 se complementa para el análisis a la tabla N° 1 se determina que la referencia adecuada se cumple de forma regular (82,3%) cumpliendo de 3 a 4 criterios.

**GRÁFICO N° 5**  
**CALIDAD DE LA REFERENCIA ADECUADA**



**Fuente:** Según los formularios de referencia de la Red de Salud 5 Sur, 2018

*La tabulación de bueno, regular y malo según número de criterios cumplidos al llenar el formulario de referencia, fue determinación del grupo de la tesis, para el respectivo puntaje y valoración del criterio adecuado*

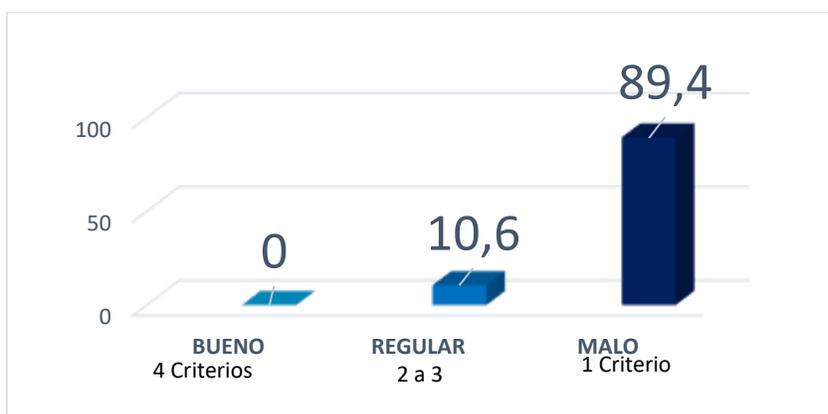
**TABLA Nº 2**  
**REFERENCIA JUSTIFICADA SEGÚN CRITERIOS CUMPLIDOS**  
**RED DE SALUD 5 SUR – 2018**

CRITERIOS REFERENCIA JUSTIFICADA	CUMPLE	
	SI %	NO %
LA TECNOLOGIA QUE REQUIERE LA PACIENTE NO EXISTE EN EL 1ER NIVEL	2,9	97,1
LA EVOLUCIÓN DEL CUADRO PATOLOGICO NO HA SIDO FAVORABLE CON LOS TRAMIENTOS	8,9	91,1
LA DEMANDA DE SERVICIOS AL ESTABLECIMIENTO QUE REFIERE SOBREPASA LA CAPACIDAD RESOLUTIVA	,3	99,7
EL DX DEL HOSPITAL QUE RECIBE AL PACIENTE CONFIRMA EL DX	98,0	2,0

**Fuente:** Según formularios de referencia de la Red de Salud 5 Sur, 2018

La referencia justificada tiene 4 criterios, en la Tabla Nº 2 podemos observar que el personal de los establecimientos de la Red de Salud 5 Sur justifica su referencia con los criterios 1 y 2 que dice la tecnología que requiere el usuario no existe en el primer nivel (**97,1**), la evolución del cuadro patológico no ha sido favorable con los tratamientos (**91,1%**) respectivamente, con el criterio 3 se refirió a un establecimiento que no sobrepasa la demanda (**99,7%**) y último criterio que dice el diagnóstico del hospital que recibe al paciente confirma o guarda relación con el diagnóstico de la referencia en un **98,0%**, en el cuadro siguiente se puede ver que la referencia justificada **si se cumple**, por que en esta referencia los criterios justifican el envío del usuario a otro nivel de mayor complejidad, es decir lo malo pasa ser bueno por que con el no se justifica la referencia, la Gráfico Nº 6 es complemento para analizar el resultado de la referencia justificada, el puntaje y valoración a los criterios se determino en grupo.

**GRAFICO Nº 6**  
**CALIDAD DE LA REFERENCIA JUSTIFICADA**



*Fuente:* Según formularios de referencia de la Red de Salud 5 Sur, 2018

**TABLA Nº 3**  
**REFERENCIA OPORTUNA SEGÚN CRITERIOS CUMPLIDOS**  
**RED DE SALUD 5 SUR – 2018**

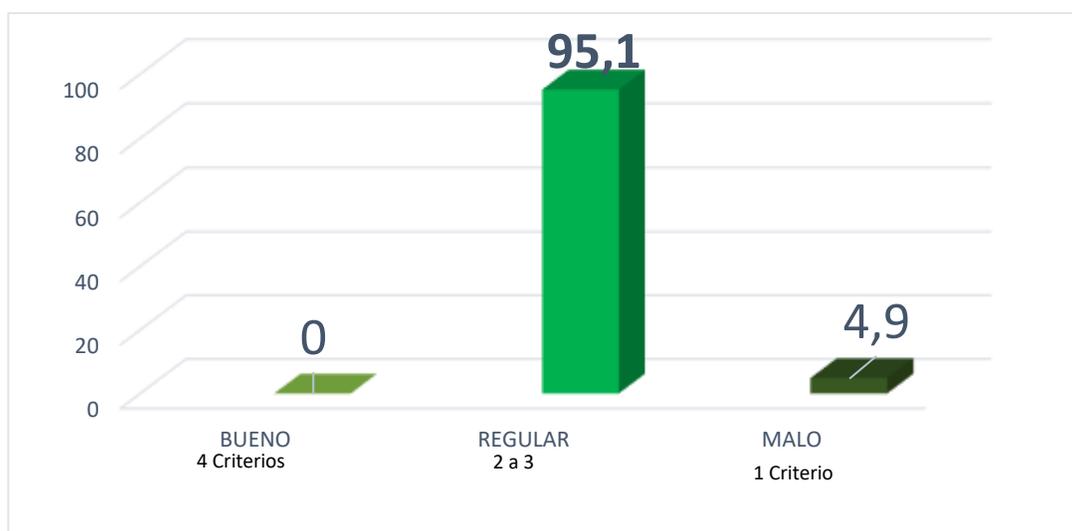
CRITERIOS DE REFERENCIA OPORTUNA	CUMPLE	
	SI %	NO %
LA REFERENCIA SE HA EFECTUADO CONFORME A LOS PROTOCOLOS DE DX.	99,4	,6
EL TRASLADO SE HA REALIZADO SIN DEMORAS	95,7	4,3
SE COMUNICO AL HOSPITAL DE REFERENCIA EL ENVIO	6,3	93,7
HUBO PROGRAMACION DE CITA MEDICA EN CASOS DE REFERENCIA QUE NO SON UGENCIA		100,0

*Fuente:* Según formularios de referencia de la Red de Salud 5 Sur, 2018

*Para cumplir con la referencia oportuna se debe cumplir con los 4 criterios, pero el personal médico de los establecimientos de salud de la Red 5 Sur en la*

gestión 2018 solo cumple con 2 criterios que dicen, la referencia se ha efectuado en el momento correcto conforme a los protocolos de diagnóstico (99.4%), el traslado se ha realizado sin demora innecesaria una vez decidida la transferencia (95,7%) la Gráfico N° 7 que es complemento para la explicación de la referencia oportuna y porque tiene los calificativo de bueno, regular y malo según a criterios cumplidos y el mayor porcentaje está en regular (95%) que cumple de 2 a 3 criterios.

**GRAFICO N° 7**  
**CALIDAD DE LA REFERENCIA OPORTUNA**



**Fuente:** Según formularios de referencia de la Red de Salud 5 Sur, 2018

Con el análisis de los cuadros si se Identifico la calidad del llenado de los formularios de referencias en función a los criterios AJO (Adecuado, Justificado y Oportuno) por el profesional médico de la Red de Salud N° 5 Sur gestión 2018, por lo tanto, se determina que la calidad de la referencia en el llenado de los formularios es de forma regular.

## RESULTADOS DEL SEGUNDO OBJETIVO

**Segundo objetivo** Determinar la habilidad del manejo del Formulario N° 1 de Referencia según la Norma de Referencia y Contrareferencia por el personal médico de la Red de salud N° 5 Sur. Durante la gestión 2018

Para la explicación de este 2do objetivo se realizaron tablas de contingencia de 2 X 2 de criterios de referencia adecuada, justificada y oportuna.

**TABLA N° 4**  
**DISTRIBUCIÓN DE CRITERIO DE REFERENCIA ADECUADA**

CRITERIOS DE REFERENCIA ADECUADA			ES TRASLADADO EN UNA AMBULANCIA DEBIDAMENTE EQUIPADA ACOMPAÑADA POR UN MEDICO		Total
			SI	NO	
HA RECIBIDO ATENCION MEDICA INICIAL QUE PERMITIO ESTABILIZAR SUS SIGNOS	SI	Frecuencia Absoluta	63	246	309
		%	20,4%	79,6%	100,0%
	NO	Frecuencia Absoluta	9	32	41
		%	22,0%	78,0%	100,0%
Total		Frecuencia Absoluta	72	278	350
		%	20,6%	79,4%	100,0%

**Fuente:** Según formularios de referencia de la Red de Salud 5 Sur, 2018

El total de los pacientes que recibieron atención médica que permitió estabilizar sus signos vitales el 20,4% si fueron trasladados en ambulancia **en contraste** del 79,6% que no fueron trasladadas en ambulancia. Estadísticamente significativo Chi cuadro 0,059 P = 0,816

**TABLA Nº 5**  
**DISTRIBUCIÓN DE CRITERIOS DE REFERENCIA OPORTUNA**

CRITERIOS DE REFERENCIA OPORTUNA			LA REFERENCIA SE HA EFECTUADO EN EL MOMENTO CORRECTO CONFORME A LOS PROTOCOLOS DE DX.		Total
			SI	NO	
SE COMUNICA DE INMEDIATO AL HOSPITAL DE REFERENCIA EL ENVIO DE PACIENTE	SI	Frecuencia Absoluta	22	0	22
		%	6,3%	0,0%	6,3%
	NO	Frecuencia Absoluta	326	2	328
		%	93,7%	100,0%	93,7%
Total		Frecuencia Absoluta	348	2	350
		%	100,0%	100,0%	100,0%

*Fuente: Según formularios de referencia de la Red de Salud 5 Sur, 2018*

El total de las referencias efectuadas en el momento correcto conforme a los protocolos de diagnóstico es de 6,3% y si se comunicó de inmediato al hospital de referencia **en relación** al 93,7% que no fue comunicado su envío. Estadísticamente significativo Chi cuadrado 0,135 P = 0,713

**TABLA N° 6**  
**DISTRIBUCIÓN DE CRITERIO DE REFERENCIA OPORTUNA Y**  
**JUSTIFICADA**

CRITERIO DE JUSTIFICADO Y OPORTUNO		LA REFERENCIA SE HA EFECTUADO EN EL MOMENTO CORRECTO CONFORME A LOS PROTOCOLOS DE DX.		Total
		SI	NO	
LA TECNOLOGIA QUE REQUIERE LA PACIENTE NO EXISTE EN EL ESTABLECIMIENTO QUE REFIERE	SI	Frecuencia Absoluta 10 2,9%	0 0,0%	10 2,9%
	NO	Frecuencia Absoluta 338 97,1%	2 100,0%	340 97,1%
Total		Frecuencia Absoluta 348 100,0%	2 100,0%	350 100,0%

**Fuente:** Según formularios de referencia de la Red de Salud 5 Sur, 2018

El 2,9% de las referencias se ha efectuado en el momento correcto conforme a los protocolos de diagnóstico tratamiento sin demora, pero si existe la tecnología requerida en el establecimiento, **en relación** al 97,1% que fueron referidos por no existir la tecnología. Que estadísticamente significativo Chi cuadrado 0,059 P = 0,808

**En conclusión:** Con estas tablas de 2 x 2 podemos determinar que la habilidad del manejo del formulario N° 1 de Referencia según la Norma de Referencia y Contrareferencia por el personal médico de la Red de salud N° 5 Sur. Durante la gestión 2018 es limitada por que el 79,6 de las pacientes no fueron trasladados en ambulancia, el 93,7 no fueron comunicado su envió al establecimiento receptor pero el 97,1 si fueron referidas por no existir la tecnología en el centro de salud de primer nivel de atención, lo que debería preocupar es el 3% de las referencias injustificadas

## RESULTADOS DEL TERCER OBJETIVO

**Tercer objetivo** Analizar factores asociados al funcionamiento del sistema de referencia y contrareferencia en la Red de Salud N° 5 Sur durante la gestión 2018.

Para la explicación de este objetivo se realiza dos tablas de estadístico descriptivo de cruce de 3 variables que permitirá analizar los factores que dificultaron el cumplimiento del sistema de Referencia y Contrareferencia en la Red de salud 5 Sur durante la gestión 2018.

**TABLA N° 7**  
**URGENCIA EMERGENCIA SEGÚN CRITERIOS DE REFERENCIA**  
**OPORTUNA Y REFERENCIA ADECUADA**

URGENCIA EMERGENCIA MOTIVO DEREFERENCIA				SE COMUNICA DE INMEDIATO AL HOSPITAL DE REFERENCIA EL ENVIO DEL PACIENTE		Total
				SI	NO	
SI	ES TRASLADADO EN UNA AMBULANCIA DEBIDAMENTE EQUIPADA ACOMPAÑADA POR UN MEDICO	SI	Frecuencia Absoluta	6	43	49
			%	12,2%	87,8%	100,0%
	NO	Frecuencia Absoluta	4	101	105	
		%	3,8%	96,2%	100,0%	
<b>Total</b>			Frecuencia Absoluta	10	144	<b>154</b>
			%	6,5%	93,5%	100,0%
NO	ES TRASLADADO EN UNA AMBULANCIA DEBIDAMENTE EQUIPADA ACOMPAÑADA POR UN MEDICO	SI	Frecuencia Absoluta	5	18	23
			%	21,7%	78,3%	100,0%
	NO	Frecuencia Absoluta	7	166	173	
		%	4,0%	96,0%	100,0%	
<b>Total</b>			Frecuencia Absoluta	12	184	196
			%	6,1%	93,9%	100,0%
<b>Total</b>	ES TRASLADADO EN UNA AMBULANCIA DEBIDAMENTE EQUIPADA ACOMPAÑADA POR UN MEDICO	SI	Frecuencia Absoluta	11	61	<b>72</b>
			%	15,3%	84,7%	100,0%
	NO	Frecuencia Absoluta	11	267	278	
		%	4,0%	96,0%	100,0%	
<b>Total</b>			Frecuencia Absoluta	22	328	<b>350</b>
			%	6,3%	93,7%	<b>100,0%</b>

*Fuente: Según formularios de referencia de la Red de Salud 5 Sur, 2018*

Podemos observar en la tabla N° 10 que, del 100% (350) de las referencias efectuadas por el primer nivel de atención de la Red 5 Sur, el 44% (154) fueron

referencias por motivo de urgencia/emergencia a un establecimiento de mayor capacidad resolutive y que solo el 20,5% (72) fueron trasladados en ambulancia debidamente equipada y que un porcentaje bajo de 6,2% (22) se comunicó al hospital de 2do o 3er nivel de atención él envió del usuario, **en contraste** al 79,4% (278) que no fueron trasladadas en ambulancia y no fue comunicado su envío al hospital de referencia en un 93.7% (328). Que estadísticamente significativo Chi cuadrado 0,12,443 P = 0,000. Por lo tanto, se determinar que el personal encargado de referir a los/as pacientes desconocen la norma, puesto que no cumplen con los criterios de la referencia adecuada y oportuna

**TABLA Nº 8**

**URGENCIA EMERGENCIA SEGÚN CRITERIOS DE REFERENCIA ADECUADA**

URGENCIA EMERGENCIA MOTIVO DEREFERENCIA			HA RECIBIDO ATENCION MEDICA INICIAL QUE PERMITIO ESTABILIZAR SUS SIGNOS		Total	
			SI	NO		
SI	HA RECIBIDO PARA SU TRASLADO LOS SOPORTES MINIMOS NECESARIOS DE VIDA	SI	Frecuencia Absoluta %	3 100,0%	0 0,0%	3 100,0%
		NO	Frecuencia Absoluta %	144 95,4%	7 4,6%	151 100,0%
	Total	Frecuencia Absoluta %	147 95,5%	7 4,5%	154 100,0%	
NO	HA RECIBIDO PARA SU TRASLADO LOS SOPORTES MINIMOS NECESARIOS DE VIDA	SI	Frecuencia Absoluta %	1 100,0%	0 0,0%	1 100,0%
		NO	Frecuencia Absoluta %	161 82,6%	34 17,4%	195 100,0%
	Total	Frecuencia Absoluta %	162 82,7%	34 17,3%	196 100,0%	
Total	HA RECIBIDO PARA SU TRASLADO LOS SOPORTES MINIMOS NECESARIOS DE VIDA	SI	Frecuencia Absoluta %	4 100,0%	0 0,0%	4 100,0%
		NO	Frecuencia Absoluta %	305 88,2%	41 11,8%	346 100,0%
	Total	Frecuencia Absoluta %	309 88,3%	41 11,7%	350 100,0%	

*Fuente: Según formularios de referencia de la Red de Salud 5 Sur, 2018*

*Del 100% (350) de referencias efectuadas por el primer nivel de atención el 44% (154) fueron por motivo de urgencia/emergencia de los cuales solo un porcentaje del 1,1% (4) recibieron para su traslado los soporte mínimos necesarios de vida, pero si recibieron atención médica inicial que permitió estabilizar sus signos vitales en un 88,2% (309), **en contraste** al 98.8% (346) que no recibieron para su traslado los soporte mínimos necesarios de vida ni recibieron atención médica inicial que permitió estabilizar sus signos vitales 11,7% (41). Estadísticamente significativo Chi cuadrado 0,537 P = 0,464*

**En Conclusión:** *Con este análisis de las dos tabla cruzada de 2x2 con tres variables nos da enter que los primero niveles de la Red 5 Sur no cuentan con los soporte mínimos necesarios par la atención del usuario que va ser referido como ser vías respiratorias libres, oxígeno y venoclisis permeable para cubrir a la población demandate*

*Por lo tanto, se determina que los factores asociados al funcionamiento del sistema de Referencia y Contrareferencia en la Red de Salud Nº 5 Sur durante la gestión 2018 son: desconocimiento de la norma en cuanto a criterios de calidad (adecuado – justificado – oportuno), poco recursos humanos para el acompañamiento, débil comunicación entre los tres niveles de atención, poca disponibilidad de transporte/ambulancia, falta de equipamiento e insumos necesarios y el no funcionamiento del comité de referencia y contrareferencia instancia interinstitucional que analizar, monitorear y evaluar la aplicación técnica de la Norma Nacional de Referencia – Contrareferencia y su operativización con enfoque de calidad en la Red de Salud 5 Sur.*

## XI. DISCUSIÓN

Posterior a realizar el trabajo de campo y recabar la información los resultados fueron analizados y orientados en primer lugar para establecer la situación real y actual de la calidad de registro de referencia y contrareferencia en los Establecimientos de Salud de la Red 5 Sur identificando áreas de fortaleza y otras debilidades del mencionado sistema las cuales podrían servir para futuras intervenciones o brindando herramientas a los responsables y al comité de referencia de la red para realizar un plan de mejora de acuerdo a las debilidades encontradas.

La calidad del llenado de los formularios de referencias en función a los criterios AJO (Adecuado, Justificado y Oportuno) por el profesional médico de la Red de Salud N° 5 Sur gestión 2018, los criterios que más se cumple son: el primer que dice ha recibido atención medica inicial que permitió estabilizar sus signos vitales en un **88,3%**, tercer criterio ha recibido el usuario o sus familiares la información completa y clara del motivo de referencia **92,0%**, viene acompañado por un familiar cuarto criterio **78,3%**, séptimo y último criterio tiene consigo toda la documentación de referencia necesaria y debidamente llenada en un **100%**, de los 7 criterios de la referencia adecuada el personal médico responsable de la referencia a otro establecimiento de mayor capacidad resolutive solo cumple con 4 criterio al llenar el formulario de referencia. Realizándose una referencia adecuada en forma regular en un **82,3%**

La referencia justificada tiene 4 criterios, el personal de los establecimientos de la Red de Salud 5 Sur justifica su referencia con los criterios 1 y 2 que dice la tecnologia que requiere el usuario no existe en el primer nivel (**97,1**), la evolucion del cuadro patologico no ha sido favorable con los tratamientos (**91,1%**) respectivamente, con el criterio 3 se refirio a un establecimiento que no sobre pasa la demanda (**99,7%**) y ultimo criterio que dice el diagnostico del hospital que recibe al paciente confirma o guarda relacion con el diagnostico de la

referencia en un **98,0%**, la referencia justificada **si se cumple**, por que los criterios justifican el envío del usuario a otro nivel de mayor complejidad, es decir lo malo pasa ser bueno, por que con el no se justifica la referencia a otro nivel, lo que coincide con el artículo realizado por los Drs.: Rossy Quimbert Montes y Héctor Mejía Salas, sobre el Análisis, de la referencia de pacientes a un hospital de tercer nivel pediátrico, estudio descriptivo de las referencias de pacientes que llegan al Hospital del Niño "Dr. Ovidio Aliaga Uría", de la Revista Scielo, publicado en la gestión 2013, tomando en cuenta la red de referencia, el nivel de atención del que fue referido, Según el nivel de atención, el 1er nivel fue el que tuvo más referencias injustificadas, seguido del 3er nivel y luego del 2do nivel. El 1er nivel tuvo la mayor cantidad de referencias de mala calidad, con manejos errados, trasladados sin personal médico ni ambulancia, independientemente del estado del paciente, referidos directamente al tercer nivel sin coordinación previa, sin pasar por el segundo nivel.

La referencia oportuna se debe cumplir con 4 criterios, pero el personal médico de los establecimientos de salud de la Red 5 Sur en la gestión 2018 solo cumple con 2 criterios que dicen, la referencia se ha efectuado en el momento correcto conforme a los protocolos de diagnóstico (**99.4%**), el traslado se ha realizado sin demora innecesaria una vez decidida la referencia (**95,7%**)

Se determina que la calidad del llenado de los formularios de referencias en función a los criterios AJO (Adecuado, Justificado y Oportuno) por el profesional médico de la Red de Salud N° 5 Sur gestión 2018, es de forma regular.

Las referencias efectuadas por el primer nivel de atención de la Red 5 Sur, el 44% (154) fueron referencias por motivo de urgencia/emergencia a un establecimiento de mayor capacidad resolutive, el 20,5% (72) fueron trasladados en ambulancia debidamente equipada y un porcentaje bajo que es del 6,2% (22)

se comunicó al hospital de 2do o 3er nivel de atención él envió del usuario, **en contraste** al 79,4% (278) que no fueron trasladadas en ambulancia y no fue comunicado su envió al hospital de referencia en un 93.7% (328).

Por lo tanto, se determinar que el personal encargado de referir a los/as pacientes desconocen la norma, puesto que no cumplen con los criterios de la referencia adecuada y oportuna.

Otro estudio realizado por la Dra, María Luz Terrazas sobre red de servicios: referencia y contra referencia 2017, por los datos presentados se evidencia que la contrareferencia no es una práctica habitual, sobre todo en los Hospitales, siendo necesario fortalecer la referencia y contrareferencia en todo el Sistema de Salud, a través de la difusión de las normas vigentes e implementar una evaluación - seguimiento, y por ultimo Investigación realizada por Erika Ramírez Buelvas y Nirlis Viana Guzmán, sobre Evaluación del Sistema de Referencia y Contra - referencia en el Servicio de Urgencias de la Empresa Social del Estado Hospital Local Arjona, especialización gerencia en salud, 2012, donde se determina que de acuerdo con los hallazgos, la referencia y contrareferencia de pacientes en el Hospital debe ser objeto de un proceso de mejoramiento continuo de la calidad, tanto en los aspectos técnico - operativos como de gestión y articulación.

En el presente estudio también se evidencia que los niveles de mayor capacidad resolutivo y complejidad no realizar la contrareferencia por lo tanto se debe contar con un proceso de mejoramiento continuo y actualizado.

## **XII. CONCLUSIONES**

Obteniendo como resultado del trabajo de investigación:

- El Personal médico debe emitir las referencias cumpliendo con los criterios de calidad.
- Los establecimientos de mayor capacidad resolutive deben socializar la cartera de servicio cumpliendo la norma.
- Se debe mejorar el sistema de comunicación entre los tres niveles de atención del sistema de salud sobre todo en referencias por /emergencia deben ser continuas y permanente.
- Las referencias por motivo de urgencia/emergencia en su mayoría deben ser trasladadas en ambulancia en compañía de un personal de salud.
- Mejorar el sistema de ambulancias para que se cumpla la referencia oportuna.
- Se debe activar el comité de Referencia y Contrareferencia en la Red de salud 5 Sur según la norma.
- El formulario N° 1 de Referencia debe tener las casillas para evaluar los criterios de Adecuado – Justificado – Oportuno y su llenado tiene que ser continuo
- El personal de salud de la Red debe comprometerse a cumplir con el propósito del Sistema de Referencia y Contrareferencia
- Implementar el plan de mejora continua

### XIII. RECOMENDACIONES

En septiembre del 2010 se realizó el diagnóstico de la utilización de la norma de la referencia y retorno siendo sus principales conclusiones, la poca difusión de la norma, con poca magnitud en su aplicación, carencia de recursos humano, infraestructura, equipamiento, medicamentos e insumos, además del nuevo concepto de redes funcionales, se vio la necesidad de actualizar la actual norma de Referencia y Contrareferencia Publicación 289/2013, pero ya es tiempo de que este documento base para el funcionamiento del sistema debe ser evaluado y actualizado en su totalidad a la realidad y actuales políticas del sistema de salud, damos a conocer mediante este trabajo de investigación observaciones que el personal médico de los establecimientos de la Red N° 5 identifico, específicamente contradicciones en el formulario y el instructivo de llenado que se encuentra al reverso del instrumento en la norma, y son las siguientes observaciones:

<b><i>En las instrucciones del llenado</i></b>	<b><i>En el formulario de referencias</i></b>
<i>Anotar nombre del Municipio al que corresponde el establecimiento que refiere</i>	<i>Esta información no existe</i>
<i>Anotar Apellido Paterno, Apellido Materno y Nombre</i>	<i>Dice registrar Nombre y Apellido del Usuario</i>
<i>La talla si está incluida</i>	<i>No se incluye el dato</i>
<i>Tratamiento, menciona que se debe detallar los tratamientos realizados</i>	<i>Menciona tratamiento inicial</i>
<i>En motivo de referencia, menciona que se debe registrar fecha de referencia y hora de referencia</i>	<i>Señala fecha de envió hora de envió</i>
<i>Motivo de referencia, dice marcar con una X, al igual que laboratorio y estudio de gabinete</i>	<i>Se llena con la especialidad a donde se refiriere, para laboratorio y estudio de gabinete existe otro instrumento</i>

Estas observaciones influyen en la referencia adecuada, sin embargo, Ley 1152/2013 Art. 15, inciso I, la última observación (del laboratorio y estudios complementarios) ya fue subsanada, pero amerita una evaluación a la actual norma ya que su vigencia es de hace 5 años atrás.

El Sistema de Referencia y Contrareferencia debe cumplir su propósito que es el de crear valor público que:

**Garantice:**

*La calidad de la atención*

*La continuidad del servicio en el sistema de salud*

*El seguimiento al tratamiento según el diagnóstico*

**Controle:**

*Costos de servicio*

*Uso efectivo de los recursos que son escasos*

**Asegurare:**

La satisfacción del usuario

La satisfacción de proveedor del servicio

#### XIV. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

---

<sup>1</sup> *Ministerio de Salud y Deportes. Manual de Evaluación y Acreditación de Establecimientos de Salud Segundo Nivel de Atención., 2008, Pág. 21 - 22*

<sup>2</sup> *Terrazas Uría María Luz, Red de Servicios: Referencia y Contra referencia, Revista Médica La Paz, 2007, Vol. 5, no 2, La Paz*

<sup>3</sup> *Ramírez Buelvas Erika y Guzmán Nirlis Viana, Evaluación del Sistema de Referencia y Contra - referencia en el Servicio de Urgencias de la Empresa Social del Estado Hospital Local Arjona, especialización gerencia en salud XVII, Universidad de Cartagenas en Salud XVII, 2012*

<sup>4</sup> *Quimbert Montes Rossy, Mejía Salas Hector, Análisis de la Referencia de Pacientes a un hospital de tercer nivel pediátrico, Revista de la Sociedad Boliviana de Pediatría, 2013*

<sup>5</sup> *Martha P. Patel, BSPH; Facultad de Medicina de la Universidad de Duke, 8 Centro Médico de la Universidad de Duke, Durham, NC, EE.UU. Sociedad de Medicina Interna General 2018*

<sup>6</sup> *Memorias de A.M.A.P.S, Dra, Olga Céspedes de Mora, La Paz - Bolivia, 2011*

<sup>7</sup> *Ministerio de Salud y Deportes. Norma Nacional de Referencia y Contrareferencia, Publicación 289, Bolivia, 2013, pág. 21*

<sup>8</sup> *Ministerio de Salud y Deportes. Norma Nacional de Referencia y Retorno, Publicación 104, Bolivia, 2008, pág. 18*

<sup>9</sup> *Ministerio de Salud y Deportes. Norma Nacional de Referencia y Retorno, Publicación 104, Bolivia, 2008, pág. 18*

<sup>10</sup> *Ministerio de Salud y Deportes. Norma Nacional de Referencia y Retorno, Publicación 104, Bolivia, 2008, pág. 18*

<sup>11</sup> *Ministerio de Salud y Deportes. Política de Salud Familiar Comunitaria Intercultural, Movilizados por el Derecho a la Salud y Vida, La Paz - Bolivia, 2011, pág. 13*

<sup>12</sup> *Ministerio de Salud y Deportes. Norma Nacional de Referencia y Contrareferencia, Publicación 289, Bolivia, 2013, pág. 21*

---

<sup>13</sup> *Estado Plurinacional de Bolivia. Nueva Constitución Política del Estado. Versión oficial. 2008*

<sup>14</sup> *Ministerio de Salud y Deportes. Norma Nacional de Referencia y Contrareferencia, Publicación 289, Bolivia, 2013, pág. 21*

<sup>15</sup> *Estado Plurinacional de Bolivia, Ministerio de Salud, Norma Nacional de Caracterización del Sistema Nacional de Emergencias en Salud, Publicación 433, Serie de Documentos Técnicos Normativos, La Paz – Bolivia, 2017, Pág. 12*

<sup>16</sup> *Estado Plurinacional de Bolivia. Reglamento para la Gestión Administrativa de la Ley N° 475. Ley de Prestaciones de Servicios de Salud Integra, 2013*

<sup>17</sup> *Estado plurinacional de Bolivia, Ministerio de Salud, Norma Nacional de Caracterización del Sistema Nacional de Emergencias en Salud, Publicación 433, Serie de Documentos Técnicos Normativos, La Paz – Bolivia, 2017, pág. 12*

<sup>18</sup> *Ministerio de Salud y Deportes, Norma Nacional de Caracterización del Sistema Nacional de Emergencia en Salud, Pub. 433, La Paz – Bolivia, 2017, Pág. 20*

<sup>19</sup> *Paganini, José M., "La Evaluación de la Accesibilidad, Cobertura, Calidad y Equidad en Salud". Exposición en la Maestría en Salud Pública, UNLP, La Plata 2003.*

<sup>20</sup> *Landívar Zambrana Oscar, Propuesta de Salud Para la Zona Sur, La Paz – Red de salud 5 Sur, 2010*

<sup>21</sup> *Entrevista a la Lic. en Enfermería P.I.A.A.S*

<sup>22</sup> *Ministerio de Salud, Estrategia de Vigilancia Comunitaria Activa, Plan de Contingencia, Mitigación, y Recuperación Post Confinamiento, En Respuesta a la COVID 19, Pág. 12*

<sup>23</sup> *Official Records of the World Health Organization, N° 2, p. 100*

<sup>24</sup> *Declaración de Alma Ata (1978)*

<sup>25</sup> *Curso de Educación Permanente en la Política de Salud Familiar Comunitaria Intercultural y el Sistema Único de Salud*

<sup>26</sup> *Ministerio de Salud y Deportes, Norma Nacional de Referencia y Contrareferencia, Pub. 289, 2013, Pág. 27*

---

*27 Ministerio de Salud - Norma Nacional – Red Municipal de Salud Familiar Comunitaria intercultural - Red Municipal SAFCI - y Redes de Servicios, Serie: documentos técnicos – normativos, Pub. 97, 2008, Pág. 24*

*28 Ministerio de Salud y Deportes, Norma Nacional de Caracterización de Establecimientos de Salud de Primer Nivel, Pub. 284, 2013*

*29 Ministerio de Salud y Deportes, Norma Nacional de Referencia y Contrareferencia, Pub. 289, 2013, Pág. 21*

*30 Servicio Departamental de Salud La Paz, Reglamento del Expediente Clínico Para el Primer Nivel de Atención, La Paz – Bolivia, 2020, Pág. 25*

*31 Ministerio de Salud y Deportes, Norma Nacional de Referencia y Contrareferencia, Pub. 289, Serie de documentos técnicos normativos, La Paz – Bolivia, 2013, Pág. 21*

*32 Servicio Departamental de Salud La Paz, Reglamento del Expediente Clínico Para el Primer Nivel de Atención, La Paz – Bolivia, 2020, Pág. 25*

*33 Ministerio de Salud y Deportes, Norma Nacional de Referencia y Contrareferencia, Pub. 289, Serie de documentos técnicos normativos, La Paz – Bolivia, 2013, Pág. 21*

*34 Ministerio de Salud, Norma Nacional de Caracterización de Establecimientos de Primer Nivel, Pub. 284, 2013*

*35 Ministerio de Salud, Norma Nacional de Caracterización de Establecimientos de Primer Nivel, Pub. 284, 2013*

*36 Ministerio de Salud, Norma Nacional de Caracterización de Establecimientos de Primer Nivel, Pub. 284, 2013*

*37 Ministerio de Salud, Norma Nacional de Caracterización de Establecimientos de Primer Nivel, Pub. 284, 2013*

*38 Revistas Bolivianas, Artículo Original Referencia y Contrareferencia ¿una Utopía Aplicable?, Sucre, 2013, Pág. 5*

*39 Ministerio de Salud y Deporte, Norma Nacional de Caracterización Del Sistema Nacional de Emergencia en Salud, Gestión 2017, Pub 433, Pág. 27.*

*40 Ministerio de Salud y Deporte, Norma Nacional de Caracterización Del Sistema Nacional de Emergencia en Salud, Gestión 2017, Pub 433, Pág. 25*

---

<sup>41</sup> Donabedian, A. (1980) *Explorations in Quality Assessment and Monitoring*, Ann Arbor, Mi: Health Administration Press, 5-6.

<sup>42</sup> *Bases para la organización y funcionamiento del proyecto nacional de calidad en salud PRONACS. Gestión, Pub. 56. Pág. 6.*

<sup>43</sup> *Bases para la organización y funcionamiento del proyecto nacional de calidad en salud PRONACS, GESTION 2008. Pub.56. Pág. 9*

<sup>44</sup> *Ministerio de Salud y Deportes, Norma Nacional de Caracterización de Establecimientos de Salud de Primer Nivel, Pub. 284, 2013, Pág. 35*

<sup>45</sup> *Cartilla Política, Socios Para la Reforma del Sector Salud, Sistema de Referencia y Contrareferencia en los servicios de salud, USAID, Perú, agosto, 2004*

<sup>46</sup> *Ministerio de Salud y Deportes. Norma Nacional de Referencia y Contrareferencia, Publicación 289, Bolivia, 2013.*

## XV. ANEXOS

### ANEXO 1

#### FORMULARIO Nº 1 - REFERENCIA

  
Ministerio de Salud

**FORMULARIO Nº 1 - REFERENCIA**

NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO QUE REFIERE: \_\_\_\_\_  
RED DE SALUD: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_

**FICHA DE IDENTIFICACION**

NOMBRE Y APELLIDOS DEL USUARIO: \_\_\_\_\_  
DOMICILIO: \_\_\_\_\_  
EDAD: años \_\_\_\_\_ meses \_\_\_\_\_ SEXO: M ( ) F ( )  
DATOS CLINICOS SIG. VITALES: F.C. \_\_\_\_\_ P.R. \_\_\_\_\_ P.A. \_\_\_\_\_ TEMP. \_\_\_\_\_ PESO: \_\_\_\_\_

RESUMEN DE ANAMNESIS Y EXAMEN CLINICO:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

RESULTADOS EXAMENES COMPLEMENTARIOS DE DIAGNOSTICO:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

DIAGNOSTICOS PRESENTIVOS:  
a) \_\_\_\_\_  
b) \_\_\_\_\_

TRATAMIENTO INICIAL:  
\_\_\_\_\_

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

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

FIRMA USUARIO: \_\_\_\_\_ FIRMA ACOMPAÑANTE: \_\_\_\_\_

NOMBRE Y CARGO DE QUIEN ENVIA AL USUARIO O RESPONSABLE DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD QUE REFIERE:  
\_\_\_\_\_  
FIRMA Y SELLO: \_\_\_\_\_

**MOTIVO DE REFERENCIA**

URGENCIA / EMERGENCIA \_\_\_\_\_ INTERCONSULTA \_\_\_\_\_ ESTUDIO DE GABINETE \_\_\_\_\_  
LABORATORIO \_\_\_\_\_ TRATAMIENTO \_\_\_\_\_ OTROS \_\_\_\_\_  
FECHA DE ENVIO \_\_\_\_\_ HORA DE ENVIO \_\_\_\_\_

**ESTABLECIMIENTO DE SALUD RECEPTOR**

NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO \_\_\_\_\_ NIVEL \_\_\_\_\_ SUBSECTOR \_\_\_\_\_  
NOMBRE DE LA PERSONA CONTACTADA \_\_\_\_\_  
NOMBRE Y CARGO DE QUIEN RECIBE AL USUARIO \_\_\_\_\_  
FECHA DE RECEPCION \_\_\_\_\_  
MEDICO RESPONSABLE DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD RECEPTOR \_\_\_\_\_

PUBLICO
SEGURO
OTRO

FIRMA DEL MEDICO \_\_\_\_\_ SELLO \_\_\_\_\_

---

**ANEXO 2**  
**FORMULARIO DE TRASFERENCIA INTERNA**



**CENTRO DE SALUD**

FORMULARIO DE TRANSFERENCIA INTERNA

1. Datos del Paciente:

Nombre: _____	
Edad: _____	Sexo: _____

2. Servicio de Referencia: \_\_\_\_\_

3. Servicio al que Refiere: \_\_\_\_\_

4. Fecha y Hora: \_\_\_\_\_

5. Motivo de Referencia:  
\_\_\_\_\_

6. Tratamiento Realizado:  
\_\_\_\_\_

Nombre y Firma  
del personal que refiere  
C.I.: \_\_\_\_\_

Nombre y Firma  
del Paciente  
C.I.: \_\_\_\_\_

### ANEXO 3

## FORMULARIO: SOLICITUD DE EXAMENES DE LABORATORIO, IMAGENOLOGIA/GABINETE Y SANGRE SEGURA

**Orden de Laboratorio / Imagenología / Gabinete / Servicio de Sangre**  
**PARTE 1**

Orden N° \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ N° de Registro: \_\_\_\_\_

LABORATORIO: \_\_\_\_\_ MUNICIPIO: \_\_\_\_\_

LOCALIDAD: \_\_\_\_\_

RED: \_\_\_\_\_ SUBSECTOR: \_\_\_\_\_ SEXO: EDAD: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL USUARIO: \_\_\_\_\_ M / F

ESTABLECIMIENTO Y MEDICO SOLICITANTE: \_\_\_\_\_

RESULTADOS DEL EXAMEN DE: \_\_\_\_\_

**Orden de Laboratorio / Imagenología / Gabinete / Servicio de Sangre**  
**PARTE 2**

Orden N° \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ N° de Registro: \_\_\_\_\_

LABORATORIO: \_\_\_\_\_ MUNICIPIO: \_\_\_\_\_

LOCALIDAD: \_\_\_\_\_

RED: \_\_\_\_\_ SUBSECTOR: \_\_\_\_\_ SEXO: EDAD: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL USUARIO: \_\_\_\_\_ M / F

ESTABLECIMIENTO Y MEDICO SOLICITANTE: \_\_\_\_\_

RESULTADOS DEL EXAMEN DE: \_\_\_\_\_

**Orden de Laboratorio / Imagenología / Gabinete / Servicio de Sangre**  
**PARTE 1**

Orden N° \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ N° de Registro: \_\_\_\_\_

ESTABLECIMIENTO DE SALUD: \_\_\_\_\_ MUNICIPIO: **La Paz**

RED: \_\_\_\_\_ SUBSECTOR: **0111111111**

LOCALIDAD: \_\_\_\_\_ LOCALIDAD: **La Paz**

NOMBRE DEL USUARIO: \_\_\_\_\_

DIAGNOSTICO: \_\_\_\_\_ SEXO: EDAD: \_\_\_\_\_

M / F

SERVICIOS REALIZAR:

<input type="checkbox"/> Grupo Sanguíneo y Rh <input type="checkbox"/> Hemograma Completo <input type="checkbox"/> Examen General de Orina <input type="checkbox"/> Sedimentación UI <input type="checkbox"/> Glucosa <input type="checkbox"/> Creatinina <input type="checkbox"/> Bilirrubina <input type="checkbox"/> Transaminasas <input type="checkbox"/> Calcio de _____	<input type="checkbox"/> Moco Fecal <input type="checkbox"/> Coproparasitológico <input type="checkbox"/> Proliferada <input type="checkbox"/> Gota Gruesa (Método) <input type="checkbox"/> RPR (SIFIS) <input type="checkbox"/> PMP <input type="checkbox"/> Estudio Histopatológico <input type="checkbox"/> Espectro <input type="checkbox"/> Rayos X
--	---

OTROS: \_\_\_\_\_

INDICACIONES: \_\_\_\_\_

**Orden de Laboratorio / Imagenología / Gabinete / Servicio de Sangre**  
**PARTE 2**

Orden N° \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ N° de Registro: \_\_\_\_\_

ESTABLECIMIENTO DE SALUD: \_\_\_\_\_ MUNICIPIO: **La Paz**

RED: \_\_\_\_\_ SUBSECTOR: **0111111111**

LOCALIDAD: \_\_\_\_\_ LOCALIDAD: **La Paz**

NOMBRE DEL USUARIO: \_\_\_\_\_

DIAGNOSTICO: \_\_\_\_\_ SEXO: EDAD: \_\_\_\_\_

M / F

SERVICIOS REALIZAR:

<input type="checkbox"/> Grupo Sanguíneo y Rh <input type="checkbox"/> Hemograma Completo <input type="checkbox"/> Examen General de Orina <input type="checkbox"/> Sedimentación UI <input type="checkbox"/> Glucosa <input type="checkbox"/> Creatinina <input type="checkbox"/> Bilirrubina <input type="checkbox"/> Transaminasas <input type="checkbox"/> Calcio de _____	<input type="checkbox"/> Moco Fecal <input type="checkbox"/> Coproparasitológico <input type="checkbox"/> Proliferada <input type="checkbox"/> Gota Gruesa (Método) <input type="checkbox"/> RPR (SIFIS) <input type="checkbox"/> PMP <input type="checkbox"/> Estudio Histopatológico <input type="checkbox"/> Espectro <input type="checkbox"/> Rayos X
--	---

OTROS: \_\_\_\_\_

INDICACIONES: \_\_\_\_\_

SERVICIO DE SANGRE / Servicio otorgar:

Grupo Sanguíneo: \_\_\_\_\_ Rh: \_\_\_\_\_

Sangre Total: \_\_\_\_\_ Paquete Glóbulos \_\_\_\_\_

Plasma fresco congelado: \_\_\_\_\_ Concentrado de Plaquetas \_\_\_\_\_

Otros específicos: \_\_\_\_\_

Horario del Médico o Personal de Salud Solicitante: \_\_\_\_\_

Cargo del Médico o Personal de Salud Solicitante: \_\_\_\_\_

Firma del Médico o Personal de Salud Solicitante: \_\_\_\_\_

Nota: Llenar con letra de imprenta Form. B.

SERVICIO DE SANGRE / Servicio otorgar:

Grupo Sanguíneo: \_\_\_\_\_ Rh: \_\_\_\_\_

Sangre Total: \_\_\_\_\_ Paquete Glóbulos \_\_\_\_\_

Plasma fresco congelado: \_\_\_\_\_ Concentrado de Plaquetas \_\_\_\_\_

Otros específicos: \_\_\_\_\_

Horario del Médico o Personal de Salud Solicitante: \_\_\_\_\_

Cargo del Médico o Personal de Salud Solicitante: \_\_\_\_\_

Firma del Médico o Personal de Salud Solicitante: \_\_\_\_\_

Nota: Llenar con letra de imprenta Form. B.