

**UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
FACULTAD DE MEDICINA, ENFERMERIA, NUTRICIÓN
Y TECNOLOGIA MÉDICA
UNIDAD DE POSTGRADO**



**SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA
EN LAS REDES DE SALUD COREA Y RED 5 SUR DE
LOS MUNICIPIOS DE EL ALTO Y LA PAZ -
GESTIONES 2018 Y 2019**

**POSTULANTE: Dr. Hermes Fabio Mendoza Villanueva
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**

CREDITOS
COORDINADORA RED COREA EL ALTO

NOMBRE COMPLETO	CARGO
Dr. Omar Campuzano Franco	Coordinador Técnico Red Corea
Lic. Roxana Condori Acarapi	Responsable Salud Pública
Tec. Juan Aliaga Villca	Administrador
Sr. Luis Higuera	Internet /archivos
Aux. Edith Tusco	Apoyo Técnico
Lic. Sofia Poma Calle	Responsable Nutrición
Sra. Jaqui Maquera	Responsable Estadística
Lic. Ruth Silva	Trabajadora Social Distrito 3 y 12
Sr. Raul Mamani	Conductor
Sra. Sonia Mamani	Apoyo logístico
Dra. Leonora Vizcarra	Directora Hospital Municipal Modelo Corea

COORDINADORA RED 5 SUR LA PAZ

NOMBRE COMPLETO	CARGO
Dr. Juan Alfredo Taquino Nina	Coordinador Técnico Red 5 Sur
Lic. Jael Veliz Salas	Responsable Salud Pública
Tec. J. Wilson Hidalgo	Administrador
Sr. Juan J. Mendez Sanchez	Internet /archivos
Dra. Lourdes Murillo	Responsable Estadística
Lic. Marlene Azurduy	Responsable Nutrición
Lic. Patricia Zamorano	Trabajadora Social
Lic. Eugenia choque	Trabajadora social
Sr. Paulo Quispe	Conductor
Sra. Liset Orosco	Apoyo logístico

DEDICATORIA

La presente tesis se la dedico a Dios quien me guio en mi camino, me dio las fuerzas para seguir adelante y no rendirme frente a los problemas y adversidades que se presentaron.

*A mi familia y en especial a mis hijas **Vianeth y Helen** que, gracias a su apoyo emocional continuo, pude concluir esta tesis.*

*Y a mi amada esposa **Aida Virginia** por su apoyo y comprensión en cada momento de mi vida.*

AGRADECIMIENTOS

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

Al Dr. Ariel W. Arancibia Alba, Director técnico y al todo el personal del SEDES La Paz por su respaldo y colaboración en la ejecución del proyecto.

Dr. Omar Campuzano Franco, Coordinador de la Red de Salud Corea y todo el equipo técnico, por abrirnos las puertas de la red Corea.

Dra. Leonora Vizcarra, Directora de Hospital Municipal Modelo Corea, por la generosa colaboración en el suministro de información.

Lic. Ruth Silva, Trabajadora Social de la Red Corea, por su apoyo en la elaboración en la presente Tesis.

Dr. Juan Alfredo Tarquino Nina, Coordinador de la Red 5 Sur y todo el equipo técnico, por permitirnos ingresar a los centros de salud de la red Sur.

Lic. Patricia Zamorano, Trabajadora Social de la Red 5 Sur, por su constante apoyo y predisposición durante las reuniones de debate.

Lic. Fabiola Cáceres, Técnico estadística de la Red 5 Sur, por su gran aporte en la obtención de resultados.

A mis compañeros de Maestría. Por su voluntad e impulso en la conclusión de la presente tesis.

Muchas gracias.

Tabla de contenido	Páginas
I. INTRODUCCIÓN	1
2.1 Antecedentes	3
2.1.1 Red de Salud Corea (El Alto).....	8
2.1.2 Red de Salud 5 Sur (La Paz).....	10
2.2 Justificación	11
III. MARCO TEORICO	13
3.1 Marco Jurídico	13
3.2 CONCEPTOS Y DEFINICIONES	21
3.2.1 Norma Nacional de Referencia y Contrareferencia	21
3.2.2 Sistema de Referencia y Contrareferencia	23
3.2.3 Referencia	23
3.2.4 Contrareferencia	24
3.2.5 Criterio de Referencia	24
3.2.6 Capacidad resolutive	25
3.2.7 Traslado	25
3.2.8 Establecimiento referente	25
3.2.9 Establecimiento receptor	25
3.2.10 Urgencia	25
3.2.11 Emergencia	25
3.2.12 Criterios de referencia (componente de referencia y retorno)	26
3.2.13 Referencia ADECUADA	26
3.2.14 Referencia JUSTIFICADA	26
3.2.15 Referencia OPORTUNA	26
3.2.16 Transferencia	27
3.2.17 Contrareferencia adecuada	27
3.2.18 Interconsulta	27
3.2.19 Referencia comunitaria	27
3.2.20 Contrareferencia comunitaria	28
3.2.21 Medicina tradicional ancestral	28
3.2.22 Medico tradicional ancestral	28
3.2.23 Partera/o	28

3.2.24	Red Funcional de Servicios de Salud.....	28
3.2.25	Redes de Salud.....	29
3.2.26	Funciones de la Red	30
3.2.27	Rectoría de las Redes con enfoque de Referencia	30
3.2.28	Sistema de Salud en Bolivia	33
3.2.29	Funcionalidad de la red de salud.....	36
3.2.30	Implementación del Sistema Único de Salud Familiar Comunitaria Intercultural.	38
IV.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	41
4.1.	PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	42
V.	OBJETIVOS.....	43
5.1.	General.....	43
5.2.	Específicos.....	43
VI.	DISEÑO DE INVESTIGACION.....	44
6.1.	TIPO DE ESTUDIO.....	44
6.2.	ESTRUCTURA DEL INSTRUMENTO.....	44
6.3.	TECNICA DE RECOLECCION DE DATOS.....	47
6.4.	COMPOSICION DEL INSTRUMENTO.....	47
6.5.	PROCESO INVESTIGATIVO.....	47
6.5.1	Fase de negociación.....	48
6.5.2	Fase de conclusión.....	48
6.5.3	Fase de validación del instrumento.....	48
6.5.4	Fase de recolección de datos.....	48
6.5.5	Fase de análisis.....	48
6.5.6	Fase de elaboración del plan.....	49
6.5.7	Mediciones.....	49
6.6.	UNIDADES DE OBSERVACION.....	49
6.7.	MARCO MUESTRAL.....	49
VII.	RESULTADOS	54
VIII.	DISCUSIÓN	81
IX.	CONCLUSIONES.....	83
X.	RECOMENDACIONES.....	86

XI.	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	89
XII.	ANEXOS.....	98

LISTADO DE ACRÓNIMOS Y ABREVIATURAS

APS	Atención Primaria en Salud
COMUSA	Consejo Municipal de Salud
COLOSAS	Consejos locales de salud
CPE	Constitución Política del Estado
D.S.	Decreto Supremo
DILOS	Dirección Local de Salud
FFAA	Fuerzas Armadas
INE	Instituto Nacional de Estadística
MOF	Manual de Organización y Funciones
ONGs	Organización No Gubernamentales
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PDS	Plan de Desarrollo Sectorial
PDM	Planes de Desarrollo Municipal
PEI	Plan Estratégico Institucional
PES	Plan Estratégico de Salud
POA	Plan Operativo Anual
POAi	Plan Operativo Anual individual
REFISS	Redes Funcionales Integradas de Servicios de Salud
RRHH	Recursos Humanos
RyCR	Referencia y Contrarreferencia
RISS	Redes Integradas de Servicios de Salud
SAFCI	Salud Familiar Comunitaria Intercultural
SALMI	Subsistema de Administración Logística de Medicamentos e Insumos
SEDES	Servicios Departamentales de Salud
SIAL	Sistema de Información y Administración Logística
SICE	Sistema de Información Clínico-Estadístico
SICOFS	Sistema Informático de Control Financiero en Salud

ÍNDICE DE FIGURAS

Páginas

FIGURA 1. Efectividad del criterio de referencia ADECUADO. Red de Salud Corea y Red 5 Sur 2018.	54
FIGURA 2. Efectividad del criterio de Referencia ADECUADO. Red de Salud Corea y Red 5 Sur 2019.....	55
FIGURA 3. Efectividad del criterio de Referencia JUSTIFICADO. Red de salud Corea y Red 5 Sur 2018.	56
FIGURA 4. Efectividad del criterio de Referencia JUSTIFICADO. Red de Salud Corea y Red 5 Sur 2019.	57
FIGURA 5. Efectividad del criterio de Referencia OPORTUNO. Red de Salud Corea y Red 5 Sur 2018.	58
FIGURA 6. Efectividad del criterio de Referencia OPORTUNO. Red de Salud Corea y Red 5 Sur 2019.	59
FIGURA 7. Calidad de registro de variables DATOS DE ENVIO de la Red de Salud Corea y Red de Salud 5 Sur. Gestión 2018.	60
FIGURA 8. Calidad de registro de variables DATOS DE ENVIO de la Red de Salud Corea y Red de Salud 5 Sur. Gestión 2019.	61
FIGURA 9. Calidad de registro de variables FICHA DE IDENTIFICACION de la Red de Salud Corea y Red de Salud 5 Sur. Gestión 2018.	62
FIGURA 10. Calidad de registro de variables FICHA DE IDENTIFICACION de la Red de Salud Corea y Red de Salud 5 Sur. Gestión 2019.....	63
FIGURA 11. Calidad de registro de variables CONSENTIMIENTO INFORMADO de la Red de Salud Corea y Red de Salud 5 Sur. Gestión 2018.	64
FIGURA 12. Calidad de registro de variables CONSENTIMIENTO INFORMADO de la Red de Salud Corea y Red de Salud 5 Sur. Gestión 2019.	65
FIGURA 13. Calidad de registro de variables DATOS DEL RESPONSABLE DE ESTABLECIMIENTO QUE REFIERE de la Red de Salud Corea y Red de Salud 5 Sur. Gestión 2018.....	66
FIGURA 14. Calidad de registro de variables DATOS DEL RESPONSABLE DE ESTABLECIMIENTO QUE REFIERE de la Red de Salud Corea y Red de Salud 5 Sur. Gestión 2019.....	67
FIGURA 15. Calidad de registro de variables MOTIVO DE REFERENCIA de la Red de Salud Corea y Red de Salud 5 Sur. Gestión 2018.	68
FIGURA 16. Calidad de registro de variables MOTIVO DE REFERENCIA de la Red de Salud Corea y Red de Salud 5 Sur. Gestión 2019.	69
FIGURA 17. Calidad de registro de variables ESTABLECIMIENTO RECEPTOR de la Red de Salud Corea y Red de Salud 5 Sur. Gestión 2018	70
FIGURA 18. Calidad de registro de variables ESTABLECIMIENTO RECEPTOR de la Red de Salud Corea y Red de Salud 5 Sur. Gestión 2019.	71
FIGURA 19. Interpretación de Sub criterios de evaluación de la variable ADECUADO. de la Red de Salud Corea y Red de Salud 5 Sur. Gestión 2018.....	72

FIGURA 20. Interpretación de Sub criterios de evaluación de la variable ADECUADO de la Red de Salud Corea y Red de Salud 5 Sur. Gestión 2019.....	74
FIGURA 21. Interpretación de Sub criterios de evaluación de la variable JUSTIFICADO de la Red de Salud Corea y Red de Salud 5 Sur. Gestión 2018.....	75
FIGURA 22. Interpretación de Sub criterios de evaluación de la variable JUSTIFICADO de la Red de Salud Corea y Red de Salud 5 Sur. Gestión 2019.....	76
FIGURA 23. Interpretación de Sub criterios de evaluación de la variable OPORTUNO de la Red de Salud Corea y Red de Salud 5 Sur. 2018.	78
FIGURA 24. Interpretación de Sub criterios de evaluación de la variable OPORTUNO de la Red de Salud Corea y Red de Salud 5 Sur. Gestión 2019.....	79

ÍNDICE DE ANEXOS

	Páginas
ANEXO 1. Formulario de referencia y contrareferencia	98
ANEXO 2. Isocronas de la red de salud corea. El alto	99
ANEXO 3. Centros de salud y hospitales que componen la red de salud corea. El alto.	100
ANEXO 4. Isocronas de la red de salud 5 sur. La paz.	101
ANEXO 5. Centros de salud y hospitales que componen la red de salud 5 sur. La paz.	102
ANEXO 6. Marco legal del sistema de referencia y contrareferencia.....	103
ANEXO 7. Descripción cronológica del sistema de referencia y contrareferencia.	105
ANEXO 8. Organización del sector salud en Bolivia.	106
ANEXO 9. Sistema de salud en Bolivia.....	106
ANEXO 10. Redes de servicio de salud en Bolivia.....	107
ANEXO 11. Estructura organizacional de la red de salud.....	109
ANEXO 12. Estructura de los comités de referencia y contrareferencia de la red departamental.....	110
ANEXO 13. Flujograma de atención de la referencia y contrareferencia.....	110
ANEXO 14. Sistema de referencia y contrareferencia.....	111
ANEXO 15. Políticas en salud de Bolivia. Safci.....	112
ANEXO 16. Marco normativo actual del sistema de referencia y contrareferencia	112
ANEXO 17. Criterios de referencia ADECUADA.....	113
ANEXO 18. Criterios de referencia JUSTIFICADO.....	114
ANEXO 19. Criterios de referencia OPORTUNO	115

RESUMEN EJECUTIVO

El envío de pacientes para la continuación en la atención del usuario dentro del Sistema de Salud de Bolivia (tres niveles de atención), de un centro de salud de referencia a otro centro de mayor complejidad, se estructura a través de un proceso denominado Sistema de Referencia y Contrareferencia, y este debe ser efectivo, eficaz basado en la normativa nacional vigente (1), que facilite la atención oportuna, de control y de seguimiento del paciente.

Anualmente el número de referencias y contrareferencias es de 1,138,226 mil de referencias y contrareferencias (RyCR) a nivel nacional. De los cuales solo el departamento de la Paz registra 636,787 personas con referencias y contrareferencias que representa el 55,9% del total de las referencias nacionales.

El **objetivo** de la presente investigación es establecer la efectividad del sistema de referencia y contrareferencia de las redes de salud Corea y red 5 Sur de las gestiones 2018 y 2019 y así poder ver la situación actual ambas redes y poder proponer pautas para la optimización del sistema de referencia y contrareferencia. **Material y Métodos:** Se utilizaron los formularios de referencia y contra referencia de enero de 2018 a diciembre de 2019, existentes en los archivos de cada Centro de salud y hospital de referencia de las Redes de Salud en estudio. Respecto al **Tipo de estudio** corresponde a un estudio Observacional descriptivo, con base a variables cuantitativas y cualitativas

Objeto de estudio es la descripción de la efectividad del sistema de referencia y contrareferencia de las redes de salud Corea y red 5 Sur de las gestiones 2018 y 2019, para lo cual se utilizó la Fuente primaria, que consistió en revisar los formularios de referencia y contra referencia. Durante el Tiempo que va del 01 enero de 2018 a 31 diciembre de 2019.

La investigación tuvo lugar en la Red de Salud Corea del Municipio de El Alto y la Red de Salud 5 Sur de la Ciudad de La Paz dependientes del Servicio departamental de salud la Paz (2).

Los **resultados** del estudio se obtuvieron revisando 1400 formularios de referencias y contrareferencias de ambas redes de salud, de las gestiones 2018 y 2019, del cual la Red Corea de la ciudad de el Alto fue la que presento mayor número de referencias a instituciones de mayor nivel de resolución, triplicando el número de pacientes enviados con relación a la Red 5 Sur de la ciudad de La Paz.

Los resultados encontrados sobre la efectividad de la referencia sobre el criterio ADECUADO durante la gestión 2018. La red de Salud Corea obtuvo la calificación MALO con 56.0% y la Red 5 Sur califico como REGULAR con 82.3%. ya en la gestión 2019, la red de Salud Corea califico REGULAR con 50,0% y la red 5 Sur REGULAR con 81.4%.

Al analizar los resultados de la efectividad del criterio JUSTIFICADO en la gestión 2018, la red de Salud Corea califico REGULAR con 71.7% y la Red 5 Sur califico como REGULAR logrando 89.4%. En la gestión 2019, la red de Salud Corea califico REGULAR con 73,7% y la red 5 Sur MALO alcanzando un 72.0%.

Dentro los resultados de la efectividad del criterio OPORTUNO en la gestión 2018, la red de Salud Corea califico MALO con 59.7% y la Red 5 Sur califico como REGULAR con 95.1%. En la gestión 2019, la red de Salud Corea califico REGULAR con 50,3% y la red 5 Sur REGULAR con 85.1%.

Al revisar los resultados de la calidad del registro de las variables DATOS DE ENVIO se obtiene que en la gestión 2018 La red de salud 5 Sur envió formularios de mejor Calidad de registro en datos de envío llegando a un

96,7%, En la gestión 2019 La red de salud 5 Sur envió formularios de mejor Calidad de registro en datos de envío ligo a 98,5%.

En llenado de la FICHA DE IDENTIFICACIÓN En la gestión 2018 La red de salud Corea envió formularios de mejor Calidad de registro en ficha de identificación llegando a 90,0%. En la gestión 2019 La red de salud Corea envió formularios de mejor Calidad de registro en ficha de identificación llegando al 90,0%.

Los registros del CONSENTIMIENTO INFORMADO En la gestión 2018 La red de salud 5 Sur envió formularios de mejor Calidad de registro en consentimiento informado llegando al 48,3%. Y en la gestión 2019 nuevamente la red de salud 5 Sur envió formularios con mejor Calidad de registro en consentimiento informado llegando al 46,0%.

En el llenado de RESPONSABLE DE ESTABLECIMIENTO QUE REFIERE En la gestión 2018 La red de salud 5 Sur presentó formularios de mejor Calidad de registro responsable de establecimiento que refiere llegando al 98,9% En la gestión 2019 La red de salud 5 Sur envió formularios de mejor Calidad de registro responsable de establecimiento que refiere llegando al 98,0%.

Llenado de MOTIVO DE REFERENCIA En la gestión 2018 La red de salud Corea envió formularios de mejor Calidad en motivo de referencia llegando al 30,4%. En la gestión 2019 La red de salud Corea envió formularios de mejor Calidad en motivo de referencia llegando al 34,2%.

El llenado de ESTABLECIMIENTO RECEPTOR En la gestión 2018 La red de salud Corea nuevamente envió formularios de mejor Calidad en establecimiento receptor llegando al 25,6%. En la gestión 2019 La red de salud Corea también envió formularios de mejor Calidad en establecimiento receptor llegando al 22,8%.

En cuanto a los Sub criterios de referencia Adecuado, Justificado y Oportuno (A.J.O.) ambas redes muestran deficiencias para llegar a la efectividad adecuada.

En conclusión, la red de salud 5 Sur, registró mayor efectividad durante ambas gestiones con relación a la red Corea. Además, demostró mejor calidad de registro y como también presento mejores resultados en los sub criterios de referencias en ambas gestiones con el registro del formulario de referencia y contrareferencia.

PALABRAS CLAVE: Efectividad - Sistema - Referencia – Contrareferencia.

I. INTRODUCCIÓN

Un sistema de salud se considera eficiente cuando es capaz de brindar una atención al usuario de manera adecuada, eficiente y oportuna para la sociedad y con el uso mínimo de recursos. Lograr eficiencia en salud, significa alcanzar los mejores resultados con los recursos disponibles (3). De modo que cuando se persiguen determinados resultados también deben quedar claras cuáles son las formas más eficientes de alcanzarlos y qué procesos técnicos se deben abordar para llegar a ellos con eficiencia que garantice la atención integral y de emergencia entre todos los distintos niveles de salud existentes dentro del territorio nacional, de forma oportuna y con calidad. (4).

El Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia implementa y regula la norma Nacional del sistema de Referencia y Contrareferencia (5). Que es un conjunto de procesos, procedimientos y actividades técnico-administrativas, que permiten prestar adecuadamente servicios de salud a pacientes que así lo requieran, garantizando la calidad, accesibilidad, oportunidad, continuidad e integralidad de los servicios (6).

La efectividad es un término de mayor alcance que la eficacia, pues expresa la medida del impacto que un procedimiento determinado tiene sobre la salud de la población (3); por lo tanto, contempla el nivel con que se proporcionan pruebas, procedimientos, tratamientos y servicios y el grado en que se coordina la atención al paciente entre médicos, instituciones y tiempo (7). Es un atributo que solo puede evaluarse en la práctica real de la Medicina (8).

El objetivo del sistema de referencia y contrareferencia es contribuir al funcionamiento de las Redes funcionales de Salud, aportando a la solución de problemas de salud del usuario, familia y entorno, mediante la acción articulada de los establecimientos de referencia y contrareferencia (9).

Las políticas nacionales establecen el modelo sanitario de Bolivia “Salud Familiar Comunitaria Intercultural – SAFCI” cuyo objetivo es la eliminación de la exclusión social sanitaria traducido como el acceso efectivo a los servicios integrales de salud. El SAFCI está estructurado en un modelo de atención y un modelo de gestión participativa. El modelo de atención sustentado a partir del funcionamiento de la red de servicios como lo define la norma nacional: “La Red de Servicios, de concepción funcional, está 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: público, de las cajas de salud a corto plazo y privado con o sin fines de lucro. Puede darse en un solo Municipio cuando tiene establecimientos de salud de los tres niveles, lo que supone capacidad resolutoria resuelta, de lo contrario deben asociarse entre municipios o establecer mancomunidades (área rural), trascendiendo límites municipales, provinciales, departamentales y nacionales, para garantizar la capacidad resolutoria” (6). La correcta aplicación del instrumento de referencia permitirá conseguir mejores resultados para los usuarios por un lado permitirá identificar aquellas áreas deficitarias desde el punto de vista del paciente y por otra parte sirve para evaluar la situación actual del programa mediante la obtención de los resultados (10).

Por lo tanto, este estudio pretende estudiar la correcta aplicación Norma Nacional de Referencia y Contrareferencia juntamente con su instrumento de envío (efectividad), cumpliendo la normativa de Referencia y Contrareferencia de manera adecuada, justificada, oportuna y con los instrumentos (boleta) de referencia correctamente elaborados (calidad). ya sea dentro de la misma institución o ante el servicio o institución al que se traslada al paciente consiguiendo que el usuario perciba el servicio prestado supera sus expectativas siendo este efectivo y de calidad.

II. ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN

2.1 Antecedentes

A treinta años de la Declaración de Alma – Ata, la Organización Mundial de la Salud (OMS), propone, después redefinir la atención primaria como un conjunto de acciones que llevan al desarrollo sanitario y la evolución de criterios para delimitar las necesidades y determinantes sanitarios de la salud de la población, intentando la equidad de acceso a la atención médica y eficacia en la prestación de servicios (11). El sistema de atención en salud, requiere de una adecuada estructura organizativa, llamada ingeniería de procesos, dentro de esta 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 (12). La Organización Panamericana de la Salud (OPS) propuso en el 2012 la instauración de manuales de organización con modelos de atención integral de salud para la familia y la comunidad, para redirigir de forma favorable el proceso de referencia y contrareferencia, basándose en la comunicación eficiente entre los establecimientos de la región y, que el profesional de salud que utilice de forma habitual derivaciones a servicios especiales, además de señalar la trascendencia de elaboración de protocolos de sistema de referencia y contrareferencia con base en la morbilidad registrada, mejorables en todo momento de acuerdo a las necesidades perceptibles (13).

En la Conferencia internacional sobre Atención Primaria de Salud (A.P.S) celebrada en Alma-Ata, Rusia definió y otorgo reconocimiento internacional a la Atención Primaria de Salud (A.P.S.) (14), concibiéndola como la principal

estrategia para alcanzar la meta de salud Para Todos en el año 2000, adoptada por los Estados Miembros de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1977 (15)

Según la agenda de salud para las Américas 2008-2017, señala la necesidad de "Fortalecer los sistemas de referencia y Contrareferencia" y mejorar los sistemas de información a nivel nacional y local (16).

La estrategia de A.P.S. constituyó 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 en Salud (P.I.A.A.S.), contribuyendo a mejorar la salud debido al impacto de las actividades de la A.P.S (17). 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, por tanto, estas actividades contribuyeron y aun contribuyen 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 necesidades (17).

La SAFCI tiene como estrategia la promoción de la salud, la cual se operativiza a partir de cuatro mecanismos (educación para la vida, participación social, alianzas estratégicas y reorientación de los servicios de salud con interculturalidad), 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 comunitaria, intersectorialidad e interculturalidad. Se concretiza mediante dos componentes: modelo de atención y modelo de gestión participativa y control social en salud (18). Que se comenzó a implementar en los Centros de Salud

del Primer Nivel de Atención, en el año 1996, realizándose su última actualización en el 2008 (Norma Nacional de Referencia y retorno (19).

Desde la implementación del Seguro Universal Materno Infantil (SUMI) ya se elaboraron los primeros pasos para las referencias de las pacientes embarazadas y menores de cinco años, diseñó con la implementación del formulario de referencia y Contrareferencia (20). Los establecimientos de salud de Primer y Segundo Nivel de Atención del área rural podrán aplicar la prestación Traslado de Emergencias para la referencia de pacientes a un hospital de mayor resolución por vía terrestre o fluvial, en casos de urgencia o emergencia, utilizando un medio de transporte propio, del servicio público o de la Comunidad (21).

Otro de los antecedentes más recientes relacionados al funcionamiento del sistema de Referencia y Contrareferencia, se encuentran el Estudio de Base (junio - agosto 2004) y la implementación de un Plan Piloto del Sistema de Referencia y Contrareferencia (noviembre 2004 a enero 2005) desarrollado por el Servicio Departamental de Salud (SEDES) Santa Cruz, para el municipio de la ciudad de Santa Cruz de la Sierra teniendo como conclusiones; personas, equipos de salud y establecimiento de salud. (22).

Posteriormente en la ciudad de Potosí se elaboró la Guía Manual de referencia y retorno cultural la cual incluyo dolencias manejadas con la medicina tradicional de la región (23).

Con estos elementos previos, La Norma Nacional De Referencia Y Retorno en su primera edición fue aprobada mediante resolución ministerial N°1036 del 21 de noviembre del 2008. En septiembre del 2010 se realizó el diagnóstico de la utilización de la norma de 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 presente normativa, para garantizar la aplicación de la misma (24).

Otro antecedente de importancia es la conformación de los Comités de Referencia y Contrareferencia en los hospitales de La Paz desde el año 2010, los resultados encontrados fueron la poca respuesta de las contrareferencias y sugiere la necesidad de fortalecer el sistema de referencia, haciendo seguimiento y cumplimiento de la norma (25).

En Cochabamba el año 2010 también se elabora la Guía Operativa para la aplicación de norma de referencia y retorno elaborado por el equipo FORZA de JICA donde se desarrollaron los criterios ADECUADO, JUSTIFICADO Y OPORTUNO (26).

El 2012 el Servicio departamental de salud Santa Cruz mediante el comité departamental de referencia y contrareferencia elabora el manual de referencia y Contrareferencia que forma parte de los elementos normativos de los hospitales y redes de Salud del área metropolitana de santa Cruz. Equipo técnico del proyecto PSIEC-JICA, FORZA fase II JIZA PREFECTURA (27).

Y finalmente el último antecedente importancia es la elaboración de la conformación el Reglamento de funciones de Comités de Referencia y Contrareferencia para centros de Salud y los hospitales de La Paz en el año 2019 mediante resolución administrativa del SEDES La Paz estableciendo los criterios directos de los comités de referencias (28).

Dentro de los antecedentes internacionales tenemos (Perú 2020) al estudio Calidad del registro de referencia en el sistema web y diferimiento de citas de un hospital Nivel III-E ESSALUD, 2019 (29). De donde los resultados más sobresalientes tenemos que la calidad de registro web de referencia como no cumplimiento 68,3% y de incumplimiento 31,7%. El cumplimiento de la calidad

de registro de la referencia alcanza a un 50,0% de las referencias emitidas. pero algunos centros de salud llegan a un 80% de incumplimiento.

En Perú el año 2018 mediante el estudio Factores de optimización del sistema de referencia y contrareferencia en la red desconcentrada Sabogal busca determinar los factores predominantes en la optimización del sistema de referencia en los centros asistenciales operativos estructurales predominancia de patologías, este estudio muestra que existe un 20% de dificultad en operativo 7% estructura del sistema de referencia y contrareferencia y 6% en la parte técnico profesional (30).

Estudio (Chile 2017) Propuesta de rediseño del sistema de referencia y contrareferencia en Santiago de Chile en año 2017 que sugiere conformar el Sistema de monitoreo y seguimiento virtual que facilite la gestión y el programa y así contribuir el logro de objetivos de manera integral oportuna y de calidad para los pacientes, los resultados encontrados resaltan a 7 aspectos donde mejorar: mantención del estado de salud del paciente, rol del médico evaluador, unificación de criterios de derivación, reconocer flujos alternativos, trabajo colaborativo en los diferentes niveles de atención, aumentar la resolutivez y impulsar en una nueva gestión del sistema de referencia virtual (31).

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 (32)

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 Municipal 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 (33).

La Red de Servicios es parte de la red de salud y está conformada por un conjunto de establecimientos de salud de primer, segundo y tercer nivel, interrelacionados mediante el componente de referencia y contrareferencia, que pueden pertenecer a uno o varios municipios, dependientes de los subsistemas: públicos, caja de salud del seguro social a corto plazo y privado, complementados con el sistema de salud indígena/originario/campesina y articulados a la estructura social en salud, que tiene la finalidad de garantizar la capacidad resolutoria del sistema (16).

2.1.1 Red de Salud Corea (El Alto).

Se encuentra ubicado en la Ciudad de El Alto del Departamento de La Paz, conformado por tres Distritos Municipales: DISTRITO MUNICIPAL 2 DISTRITO MUNICIPAL 3 y DISTRITO MUNICIPAL 12.

La Red de Salud Corea – El Alto, dependiente del Servicio Regional de Salud de El Alto (SERES – EA) como unidad descentralizada del Servicio Departamental de Salud (SEDES – LP), viene desarrollando actividades de atención primaria en salud (34).

La Gerencia de Red de Salud Corea – El Alto, constituye el nivel técnico operativo del DILOS y depende directamente de su nivel operativo (35) (36). Es la encargada de ejecutar las decisiones aprobadas por el DILOS, reportando e informando permanentemente al nivel superior. Se encarga por delegación de dirigir técnica, financiera y administrativamente la Red de Servicios de Salud en el marco de la Política Nacional de Salud, los programas nacionales y las prioridades municipales y locales (34).

Cuenta con 20 establecimientos de salud públicos de primer nivel (integral y ambulatorio) ubicado en el centro sur del municipio de El Alto. Limita al norte

con la Red de Salud Los Andes, al este con la Red de Salud Boliviano Holandés, al nor oeste con la Red de Salud Lotes y Servicios y al sur con la Red de Salud Senkata y el Municipio de Viacha, cuya población asignada para la gestión 2020 es de 256,285 habitantes (34).

Los Distritos 2. 3. 12 se constituyen en un sector que tiene origen indígena aymara con una población laboriosa y rebuscadora, que a pesar de las adversidades cotidianas luchan por forjar una mejor vida, dado el contexto de inseguridad ciudadana, bajo nivel de instrucción, falta de oportunidades en el empleo, violencia y de injusticia social particularmente por presentar prevalencia de diferentes enfermedades, deficiente infraestructura de servicios asistenciales y la falta de recursos para actividades de promoción y prevención (37).

Otra de las características de la red Corea es bastante extensa con una tendencia al crecimiento demográfico, de acuerdo con el desarrollo de trabajo por el personal de salud y equipo técnico de la red se identifican múltiples problemas de salud asociados con niveles de pobreza y extrema pobreza, como personas de mayor riesgo las más alejadas (38). (39)

DISTRITO MUNICIPAL 2: Compuesto por los Centros de Salud Maternos Infantiles Abaroa y Nuevos Horizontes al igual que Santiago II, 6 de junio, asunción san pedro. Urbanización Kenko y San Juan Kenko (2).

DISTRITO MUNICIPAL 3: Conformado por los Centros de Salud Maternos Infantiles 1º de Mayo y Villa Adela al igual que Calama, Luís Espinal, 3 de Mayo, Prefectural, Cosmos 79 y San Martín todos estos de primer nivel de atención (2).

DISTRITO MUNICIPAL 12 con Chijini, Chijini bajo y Copacabana todos estos de primer nivel de atención (2).

Tiene como referencia al Hospital Corea, de 2º nivel, ubicado en el Distrito Municipal 2, todos los Centros de Salud dependientes, van desarrollando sus actividades en sus respectivas zonas, en coordinación con el mencionado nosocomio (2).

2.1.2 Red de Salud 5 Sur (La Paz).

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, coordinaban con médicos tradicionales (parteras), la infraestructura del establecimiento era alquilada y auto sostenible, a los controles prenatales se les daban víveres y leche, posterior se instauran los seguros públicos (40).

En la actualidad 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 Bolognia), 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, Obrajes y centros de salud ambulatorio Alto Obrajes, Alto Seguencoma y Bajo Llojeta) y el establecimiento de segundo nivel el Hospital Municipal Los Pinos (41).

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 (41).

En el Macro Distrito Sur, coexisten dos Sub alcaldías, de la Zona Sur (Obrajes) y de Mallasa, 150 urbanizaciones y/o zonas distribuidas 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 125.479 habitantes distribuidos por grupos etarios (2).

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. (42); 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 (43).

2.2 Justificación.

Bolivia en la actualidad cuenta con un sistema de Referencia y Contra referencia (SRyCR) que data de la gestión 2013. bien estructurado con la participación de un conjunto de instituciones integradas público, seguridad social y privadas adscritas al ministerio de salud a través de los centros coordinadores de referencia y contrareferencia.

Siendo que la red de salud Corea del Alto y la red 5 sur de La Paz se encuentran en municipios distintos en el departamento de la Paz se decidió realizar un estudio y ver la situación actual sistema de Referencia y Contrareferencia porque existe un escaso número de estudios realizados hasta la fecha, sobre el sistema de referencia y contrareferencia en Bolivia.

Por lo tanto, la presente tesis pretende mostrar la efectividad del sistema de referencia y contrareferencia de las redes de salud Corea y Red 5 Sur del

departamento de La Paz. Y así poder dar pautas de la correcta aplicación de la norma nacional de referencia y contrareferencia en ambos municipios, y dar conclusiones de mejora de su comité, el fortalecimiento de su gestión, la mejora del sistema de logística y establecimiento de instancias de coordinación continua entre los hospitales de segundo nivel y tercer nivel, para garantizar la referencia de forma adecuada justificada y oportuna, lo cual incluso podrá repercutir de manera positiva en las referencias de otros servicios (44).

III. MARCO TEORICO

3.1 Marco Jurídico

De acuerdo con las siguientes normativas legales vigentes, las siguientes disposiciones dan curso para el desarrollo y cumplimiento de los servicios de referencias y contrareferencias en el Estado Plurinacional de Bolivia (45).

La Ley N° 15629 “Código de Salud de la República de Bolivia (1978), 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 (45).

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 con criterios de accesibilidad y resolución.

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 (46).

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 (47).

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 y comprender y hacer salud, que involucro, vincula y articula a los médicos académicos y médicos tradicionales, con la persona y familia.

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 cual se operativiza a partir de cuatro mecanismos (educación para la vida, participación social, alianzas estratégicas y reorientación de los servicios de salud con interculturalidad), 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 comunitaria, intersectorialidad e interculturalidad. Se concretiza mediante dos componentes: modelo de atención y modelo de gestión participativa y control social en salud (48).

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 esta 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” (49).

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

Desde la perspectiva de una concepción integral de la salud y de la visión integradora del marco constitucional, varios de sus capítulos y articulados establecen derechos y garantías que se relacionan con la generación de condiciones saludables (50).

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.

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 garantizara 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 (ver anexo 6).

Resolución Ministerial Nº 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) (48).

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.

Ley Nª 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 con 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 con la Ley del Sistema Único de Salud (51).

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 (52).

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 (52).

Reglamento a la Ley N° 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 (53).

Ley N° 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 (54).

- 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 resolutoria o en 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. 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. V. El Ministerio de Salud emitirá el listado de los establecimientos de salud privados con convenio vigente para información de los hospitales públicos.
- VI. 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.
- VII. VII. 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.
- VIII. VIII. 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 (55).

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 de la paciente generada 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) emitida por el personal de salud del establecimiento solicitante y su documento de identidad, no requiriendo boleta de referencia (56).

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 que será remitido al establecimiento de salud solicitante (56).

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 con 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 (ver anexo 7).

3.2 CONCEPTOS Y DEFINICIONES

3.2.1 Norma Nacional de Referencia y Contrareferencia.

La presente Norma Nacional es de obligatorio cumplimiento en todos los establecimientos de los diferentes subsistemas de salud que forman parte de la Red Municipal SAFCI y de la Red de Servicios (9).

Todos los establecimientos de salud, públicos, de las cajas de salud y privados deben garantizar la atención de emergencia conforme su capacidad resolutoria, con independencia de la capacidad de pago del paciente. Los establecimientos

no deben imponer, crear barreras o impedir el acceso a la población que requiera esta clase de servicio.

La Unidad de Servicios de Salud y Calidad del Ministerio de Salud y Deportes es la instancia encargada de regular, monitorizar, supervisar y evaluar la organización y el funcionamiento del Componente de Referencia y Retorno en los Servicios Departamentales de Salud.

Los Servicios Departamentales de Salud son responsables del cumplimiento y aplicación de la presente norma en los establecimientos de las Redes Municipales SAFCI y las Redes de Servicios, mediante el seguimiento, la supervisión capacitante y la evaluación (57).

El Ejecutivo de los Gobiernos Municipales es el responsable de garantizar los recursos (recursos humanos, infraestructura, equipamiento e insumos) para el cumplimiento de la presente norma.

Los directores y/o Responsables de los establecimientos de salud conjuntamente los Comités de Referencia y Retorno de los Hospitales y de la Red de Servicios son los que tienen la responsabilidad del seguimiento y evaluación del cumplimiento de la Norma Nacional de Referencia y Retorno. Los procedimientos de referencia deben efectuarse de manera inmediata y oportuna cuando no haya capacidad resolutive suficiente en un establecimiento de salud.

Todo paciente referido debe ser aceptado en el establecimiento receptor, independientemente de errores en el procedimiento de referencia. A todo proceso de referencia debe corresponder otro de retorno.

Todo el equipo de salud debe conocer los servicios que otorga su establecimiento, así como tener definido cuál es el establecimiento de salud de

referencia apropiado para el problema del paciente, respetando la Red de Servicios y considerando que las redes son “redes de personas”.

Los Coordinadores de las Redes de Servicios y los responsables Municipales SAFCI deben estimular la referencia y retorno comunitarios (con médicos tradicionales, parteras, responsables comunitarios de salud y otros), proporcionando toda información disponible sobre las características de atención de la Red de Servicios y de la Red Municipal SAFCI.

La Autoridad Local de Salud, el Comité Local de Salud, el Consejo Social Municipal de Salud son los responsables de la gestión ante sus representados para garantizar el correcto cumplimiento de la presente norma.

3.2.2 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 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 (ver anexo 13 y 14) (46).

3.2.3 Referencia

Remisión del usuario de un establecimiento de salud de menor capacidad resolutive, a un establecimiento de mayor capacidad resolutive con el objetivo de salvar su vida o solucionar su problema de salud. También

comprende la remisión de usuarios entre los diferentes sectores de salud o con la medicina tradicional.

Referencia (sinónimo de derivación): Es la solicitud de evaluación diagnóstica y/o tratamiento de un paciente derivado de un establecimiento de salud de menor capacidad resolutive a otro de mayor capacidad, con la finalidad de asegurar la continuidad de la prestación de servicio (58).

3.2.4 Contrareferencia.

Procedimiento mediante el cual 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.

Es la respuesta del especialista, dirigida al profesional del establecimiento o Servicio Clínico de origen del paciente, respecto de la interconsulta solicitada. Es aquel procedimiento, mediante el cual se retorna al paciente al establecimiento de origen y/o al que pudiese asegurar la continuidad del caso, luego de haberse atendido satisfactoriamente el requerimiento. Este procedimiento debe incluir la respuesta del especialista respecto de la interconsulta solicitada (58).

3.2.5 Criterio de Referencia

Son los argumentos o parámetros, incluidos en las normas y protocolos de atención vigentes, las guías de Atención con Procedimiento Intercultural son de la Medicina Tradicional y otros que orientan para la referencia/Contrareferencia de un usuario/a (58).

3.2.6 Capacidad resolutive

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 con el conocimiento y tecnología (infraestructura, equipamiento e insumos) a su alcance, contribuyendo de esta manera a la solución del problema que aflige a la persona (46).

3.2.7 Traslado

Se refiere a las diferentes acciones realizadas para trasladar a uno o varios usuarios de un establecimiento de menor capacidad resolutive a otro de mayor capacidad resolutive o viceversa (46).

3.2.8 Establecimiento referente

Es el establecimiento de menor capacidad resolutive que refiere usuarios a un establecimiento a uno de mayor capacidad resolutive (46).

3.2.9 Establecimiento receptor

Es el establecimiento de mayor capacidad resolutive que recibe al usuario referido de otro establecimiento de menor capacidad resolutive (46).

3.2.10 Urgencia

Es todo accidente o proceso patológico de aparición súbita que pone en riesgo la vida, sino recibe auxilio y atención inmediata (46).

3.2.11 Emergencia

Es todo proceso patológico que sin poner en riesgo inminente la vida requiere auxilio y atención inmediata ya sea porque la persona que lo padece sufrió un

daño físico, siente dolor intenso, presenta una crisis psico-emocional o puede sufrir complicaciones serias en las próximas 48 horas (46).

3.2.12 Criterios de referencia (componente de referencia y retorno)

Es conjunto de mecanismos con que se articulan y complementan los diferentes establecimientos de salud, con el propósito de brindar atención médica oportuna, integral y de calidad dentro la Red Funcional de Servicios de Salud de mayor capacidad resolutive (59).

3.2.13 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 evalúan la necesidad y oportunidad de remitir al usuario a un establecimiento de mayor capacidad resolutive cumpliendo con el llenado adecuado de instrumento de registro (58), (60)

3.2.14 Referencia JUSTIFICADA

Es aquella referencia realizada por el establecimiento de salud que luego de haber agotado su capacidad resolutive según el proceso y procedimientos establecidos en la norma que determina permitir al usuario a un nivel de mayor complejidad dependiendo la necesidad de un diagnóstico y/o tratamiento especializado⁽⁵⁹⁾, (60)

3.2.15 Referencia OPORTUNA

Es aquella referencia por el establecimiento de salud que luego de haber agotado su capacidad resolutive según los procesos y procedimiento establecidos en la norma remite al usuario a un nivel de mayor complejidad

previando la estabilidad vital y el tiempo de traslado para la resolución del caso (9), (60)

3.2.16 Transferencia

Es el proceso mediante el cual el usuario es remitido de un servicio a otro centro del mismo establecimiento de salud para su atención, manejo, tratamiento u otro proceso requerido. Es el proceso mediante el cual un usuario es remitido de un establecimiento de salud a otro del mismo nivel, tipo o categoría por carencia de capacidad para atender (9).

3.2.17 Contrareferencia adecuada

Es la remisión del usuario de salud de mayor capacidad resolutive al establecimiento de salud que origino la referencia-cumpliendo con el llenado de instrumentos de registro adecuado- una vez que este recibió el diagnóstico, tratamiento y manejo correspondiente según normativa, para que se le pueda realizar el seguimiento al tratamiento y control respectivo (9).

3.2.18 Interconsulta

Es la solicitud de atención para la valoración que el médico tratante realiza a otros profesionales cuyo concurso es necesario para la atención del usuario (58).

3.2.19 Referencia comunitaria

Es referencia realizada por una partera, medico tradicional, agente comunitario de salud (ACS), la comunidad, barrio, manzano, zona, ayllu, marcas, capitanía, federaciones, sindicatos, colonia u otros aun establecimiento de salud de primer nivel cumpliendo con el llenado de registro adecuado (48), (59)

3.2.20 Contrareferencia comunitaria

Es el procedimiento mediante el cual una vez resuelto el problema de diagnóstico y/o tratamiento, se deriva al usuario tradicional, agente comunitario de salud (ACS) que lo refirió inicialmente para el seguimiento, control y cumplimiento de las indicaciones, haciendo énfasis en la promoción de salud y prevención de enfermedades relacionados a su padecimiento (48) (59)

3.2.21 Medicina tradicional ancestral

Es el conjunto de conocimientos saberes y prácticas milenarias ancestrales pre colonial, basado en la cosmovisión e identidad cultural, transmitidas por tradición histórica oral de generación en generación (48), (59)

3.2.22 Medico tradicional ancestral

Es la persona que practica y ejerce, en sus diferentes formas, la medicina tradicional ancestral, recurriendo a las prácticas y tratamientos en base a plantas, animales, minerales, terapias espirituales y técnicas manuales, para mantener y preservar el equilibrio de las personas familia y comunidad para vivir bien (48), (59)

3.2.23 Partera/o.

Son mujeres y hombres con conocimientos específicos que cuidan y asisten a las mujeres durante y después del embarazo, también cuidan al recién nacido y tratan enfermedades infantiles, maternas y otras (59)

3.2.24 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 y daño (61).

3.2.25 Redes de Salud.

Las Redes de Servicios de Salud que se define 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. Son responsables de producir un mejor estado de salud para su población.

Para el logro de este objetivo se debe integrar la gestión, aumentar la calidad y eficiencia de los servicios preventivos, promocionales y de atención en salud, mediante la separación de roles y funciones en el marco de la concepción de espacios públicos no estatales, considerando como ámbito geográfico poblacional el municipio.

Su carácter público privilegia el derecho al acceso a los servicios de salud, bajo principios de universalidad, equidad y solidaridad que pretende mejorar la calidad de vida de la población, garantizados por la Constitución Política del Estado.

También se entiende como público, la propiedad de los establecimientos de salud, incluidos en la Red, los bienes y las partidas presupuestarias asignadas al funcionamiento de los servicios de salud, de acuerdo con las leyes. La presencia de las organizaciones de la comunidad en todas las instancias da su carácter comunitario a la Red (61).

3.2.26 Funciones de la Red

La Red debe contar con los elementos esenciales para su 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, del individuo, la familia y la 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 de su población.

La dinámica social será la que determine las expresiones del proceso salud-enfermedad en la población de un determinado territorio y será esta comprensión la que marque la estructuración eficiente, eficaz, articulada a la capacidad instalada y funcionalmente existente, para brindar atención oportuna y de calidad a los problemas en salud de la población.

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 de sus componentes y funciones (Ver anexo 11) (28)

3.2.27 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. Es una función de competencias características del gobierno, ejercida mediante la Autoridad Sanitaria Nacional.

Si se entiende que la rectoría significa el ejercicio directo de las responsabilidades exclusivas, substantivas, propias e indelegables de la Autoridad Sanitaria, así como el ejercicio del liderazgo, de la armonización y de la vigilancia del cumplimiento de las funciones que suelen ser compartidas con entes públicos autónomos o descentralizados /desconcentrados y/o privados con o sin fines de lucro. Es necesario establecer claramente en qué consisten las responsabilidades (59).

Las políticas Nacionales de Salud se expresan en la REGULACION y CONDUCCION del Sistema Nacional de Salud.

1. Conducción sectorial comprende la capacidad de orientar a las instituciones del sector y movilizar instituciones y grupos sociales en apoyo de la Política Nacional de Salud.
2. Regulación, dimensiones que abarcan el diseño del marco normativo.
3. Modulación del financiamiento que incluye las competencias

Regulación se operacionaliza mediante:

1. La reglamentación de la atención a la salud, entendido como el conjunto de presentaciones garantizadas, proyectos, servicios, protocolos, garantía de la calidad, caracterización, habilitación, certificación y acreditación de establecimiento y del ejercicio profesional de salud, evaluación de tecnologías y de sus procesos de difusión y participación comunitaria en la gestión de salud.
2. La reglamentación de las intervenciones colectivas y poblacionales territoriales de protección al medio ambiente y sobre las determinantes de la salud, según las competencias definidas en la ley de organización del poder ejecutivo (LOPE).

La Responsabilidad de **conducción** se caracteriza por:

1. El análisis y seguimiento y evaluación de la situación de salud de la población y sus determinantes.
2. El análisis e interpretación de la historia y el contexto social y económico del funcionamiento de las instituciones y organizaciones que impactan en el sector salud y de las dinámicas y el efecto de los procesos de cambio del sistema.
3. La utilización intensiva y sistémica de los métodos epidemiológicos y de la investigación en la salud pública para construir la “inteligencia sanitaria” de los procesos de formulación e implementación de la política sectorial.
4. La priorización de las poblaciones, problema, proyectos e intervenciones y la definición de los objetivos sanitarios de las políticas públicas nacionales.
5. La construcción y negociación de un proceso integrado de planificación
6. La movilización de recursos.
7. La armonización y coordinación de la cooperación Internacional en salud, obteniendo su lineamiento con las políticas públicas, planes de desarrollo y con los objetivos sanitarios.
8. La participación política y técnica en el organismo internacional.
9. La movilización de la participación comunitaria y el fomento del control social en la definición de problemas prioritarios y estrategias de superación de estos.

En el Sentido, la Ley Orgánica del poder Ejecutivo (LOPE) del año 2006 ha asignado funciones al Ministerio de Salud y deporte que tienen, como uno de sus fines, la recuperación y de fortalecimiento de su rectoría como máxima autoridad Sanitaria del País.

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:

1. Nivel Nacional: Rector/Normativo, coordinador/operativo interdepartamental e internacional.
2. Nivel departamental: Coordinador /operativo a nivel departamental.
3. Nivel Municipal: Operativo a nivel municipal. (21)

La Norma nacional de referencia y contra referencia en su primera edición aprobada mediante Resolución Ministerial Nro. 1036 Del 21 de noviembre del 2008 luego la publicación del 2013, La Norma Nacional de Caracterización del Sistema Nacional de Emergencias en Salud y Norma Nacional de Ambulancia terrestres de publicación del 2017 son las 3 Normas que se complementan para el manejo del sistema de salud, para prestar adecuadamente los servicios a la población y garantizar la calidad, accesibilidad, oportunidad, continuidad e integralidad.

3.2.28 Sistema de Salud en Bolivia

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 (62), su organización de acuerdo con la capacidad resolutive se refleja tres niveles de atención:(Ver anexo 8)

1. **El primer nivel de atención**, encargado de 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 con el “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 (63).

2. **El segundo nivel de atención**, alcanza la atención ambulatoria de mayor complejidad y la internación hospitalaria en las especialidades

básicas de medicina interna, cirugía, pediatría, gineco - obstetricia, anestesiología, con servicios complementarios de diagnóstico y tratamiento y, opcionalmente traumatología (64).

3. **El tercer nivel de atención**, 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 (65).

A su vez, los establecimientos de salud conforman tres distintos tipos de Redes de Salud (63):

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) (63).

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 (63).

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 (puestos de salud y centros de salud), el 6,5% al segundo nivel (hospitales básicos) y el 1,5% al tercer nivel (hospitales generales e institutos especializados) (63).

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.

Por su parte, el **subsector de la seguridad social a corto plazo** está constituido por las diferentes Cajas de Salud que prestan servicios a sus beneficiarios y dependen de la Unidad de Servicios del Ministerio de Salud (66). Para este efecto el empleador debe cotizar el 10% de los ingresos de la planilla total.

El asegurado y sus beneficiarios (esposa o conviviente, hijos, padre, madre y hermanos) acceden a la atención en las Cajas de Salud y cuentan con los seguros de enfermedad, maternidad y riesgo profesional, con prestaciones en dinero y en especie.

Los subsectores públicos y de la seguridad social de corto plazo atienden además las prestaciones establecidas en los seguros públicos de salud, como: el Seguro Integral de Salud, dirigido a las mujeres embarazadas desde el inicio de la gestación hasta los seis meses después del parto, al menor de cinco años y a las personas mayores de 60 años; y las prestaciones de programas como Tuberculosis, Chagas, Malaria y otros.

Los subsectores de la Iglesia e Instituciones Privadas están constituidos por los establecimientos de salud pertenecientes a la Iglesia Católica y a productores de salud particulares. El subsector de las ONG's está constituido por

establecimientos de salud que ofrecen diferentes servicios con el financiamiento proveniente de recursos externos (Ver anexo 9 Y 10).

Todos estos seguros y programas públicos de salud son gratuitos y están financiados con los fondos provenientes de la coparticipación tributaria, IDH municipal y recursos externos (67).

3.2.29 Funcionalidad de la red de salud

La Política Departamental respecto a las Redes Funcionales de Salud

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 (59).

Previo a la descripción de las mencionadas leyes, es preciso hacer una remembranza de cómo se creó el Servicio Departamental de Salud (SEDES), es así que debemos referirnos al Decreto Supremo N° 25233, de 27 de noviembre de 1998. El mencionado decreto se creó con el objeto de establecer el modelo básico de organización, atribuciones y funcionamiento de los Servicios Departamentales de Salud, dentro de las previsiones del y las disposiciones vigentes en la materia de salud (68).

En la citada norma, una de sus tres consideraciones 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, articulándolas con la gestión municipal y la participación de las organizaciones de la sociedad civil, acercando los servicios al usuario.

Las Redes de salud con el fin de mejorar el manejo de las referencias y contra referencias deben conformar el comité, quienes deben realizar su reglamento y seguimiento de la norma (28).

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 (69) (70).

El concepto eficiencia, eficacia y efectividad es un término que da oportunidad para mostrar la medición de resultados dentro los distintos centros de salud e instituciones de mayor nivel de resolución y de esta manera contribuir a generar evidencia de los resultados en salud que generan a la sociedad (40), convirtiendo sus centros de trabajo en proveedores de salud de la más alta calidad posible (71).

En Bolivia el Ministerio de Salud y Deportes desde la implementación del Sistema Único de Salud Universal y Gratuita (1), Procesos y Procedimientos para la Atención y de Referencia a Establecimientos de Salud de Mayor Complejidad para Atención Hospitalaria la normativa establece que: (7)

1. 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 en 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** (7).
2. 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 (7).

3. 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 (7).
4. 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 (7).
5. El Ministerio de Salud emitirá el listado de los establecimientos de salud privados con convenio vigente para información de los hospitales públicos (7).

3.2.30 Implementación del Sistema Único de Salud Familiar Comunitaria Intercultural.

El Ministerio de salud y Deportes, 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 (59).

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 Municipal 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 Servicios es parte de la red de salud y está conformada por un conjunto de establecimientos de salud de primer, segundo y tercer nivel, interrelacionados mediante el componente de referencia y contrareferencia, que pueden pertenecer a uno o varios municipios, dependientes de los subsistemas: públicos, caja de salud del seguro social a corto plazo y privado, complementados con el sistema de salud indígena/originario/campesina y articulados a la estructura social en salud, que tiene la finalidad de garantizar la capacidad resolutoria del sistema. (59)

Los principios de la política SAFCI.

La participación social, entendida como la capacidad de participación real y efectiva del pueblo organizado, mediante su representación legítima, para toma de decisiones en salud sobre la planificación, ejecución-administración, seguimiento-control social de las acciones en salud. Considerar las necesidades y los problemas a través de las representaciones (72).

La interculturalidad, es la articulación complementaria entre las personas, familias, comunidades, médicos tradicionales y personal de salud académico, con las mismas posibilidades de ejercer sus sentires, conocimientos y prácticas, para aceptarse, reconocerse y valorarse, promoviendo relaciones armónicas horizontales y equitativas en la atención y en la toma de decisiones en salud (72).

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 los determinantes de la salud en el marco de la corresponsabilidad (72).

La integralidad: 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 (72).

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

Los mecanismos de la promoción de la salud:

La educación en salud.

La movilización social.

La reorientación de los servicios de salud.

Y las alianzas estratégicas.

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El estudio responde a la necesidad de contar con información necesaria de la situación actual del sistema de Referencia y Contrareferencia en dos redes de salud, del departamento de La Paz (red corea de el Alto y red sur de La Paz) gestión 2018 y 2019 del departamento de La Paz, siendo uno de los más sistemas más importantes para una atención médica oportuna, continua, integral y de calidad dentro de la Red Funcional de servicios de Salud mediante los instrumentos utilizados (FORMULARIO 01 DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA), garantizando así el acceso al establecimiento de mayor capacidad resolutive de usuarios referidos para valoración, tratamiento control en estado crítico y una vez resuelto el problema de salud se garantice que éste sea contrareferido a su establecimiento de origen, de dos redes de salud ubicadas en el departamento de La Paz (60).

Desde la aparición de la medicina basada en la evidencia, hace dos décadas, ha reforzado la importancia de demostrar la utilidad de las intervenciones de salud en términos de **eficacia y efectividad** y a finales de los años 1960 aparecieron los primeros estudios de evaluación económica de los programas de salud, que cobraron fuerza a mediados de la década de 1980, cuando se publicaron los primeros estudios que utilizaban indicadores de impacto, como los años de vida ajustados por calidad (73).

Además, analizar la calidad de registro que pueden influir en el comportamiento de las instituciones receptoras de servicios y, de hecho, con la calidad de registro evita pruebas, procedimientos, tratamientos inapropiados o darán información necesaria de medicamentos recetados, se obtendrán mayor beneficio (74).

Por el vacío existente sobre este tema y con el fin de contar con una información actualizada del sistema de Referencia y Contrareferencia óptima y

demostrar a las autoridades, colegios médicos y ramas anexas la importancia de este estudio.

4.1. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál la efectividad de la Referencia y Contrareferencia en dos redes de salud, (Corea de El Alto y Sur de La Paz) gestión 2018 y 2019?

V. OBJETIVOS

5.1. General

Establecer la efectividad de la Referencia y Contrareferencia en dos Redes de Salud Corea de El Alto y Red 5 Sur de La Paz- gestión 2018 y 2019.

5.2. Específicos

- Describir la efectividad de la Referencia y Contrareferencia con los criterios de Adecuado, Justificado y Oportuno (A.J.O.) en las Redes de Salud Corea y Sur.
- Comparar la calidad del registro de las variables del Formulario de Referencia y Contrareferencia en ambos municipios
- Interpretar los sub criterios de evaluación de las variables AJO en cada Red de Salud Corea y Sur en los municipios de El Alto y La Paz.

VI. DISEÑO DE INVESTIGACION

6.1. TIPO DE ESTUDIO.

Se realizó un estudio Observacional descriptivo, con base a variables cuantitativas y cualitativas.

Variables cualitativas.

Por la recolección de información, sometida a proceso de codificación, tabulación y análisis estadístico.

Variables cuantitativas.

También describe la frecuencia y las características de un problema (muestra).

6.2. ESTRUCTURA DEL INSTRUMENTO.

Los variables de verificación fueron tomados de formularios de Referencia y Contrareferencia 01 de cada Red de salud (Red Corea y Red 5 Sur) con verificación de fuentes de información (SNIS).

De los formularios revisados, se extrajeron los criterios AJO (adecuado, justificado y oportuno). Para poder diseñar el instrumento de estudio.

Estos formularios tienen un original y 2 copias: la primera la amarilla y el segundo verde, de preferencia en papel químico, este documento debe contar con los mismos datos de llenado firma y sello del médico y establecimiento.

Formulario de referencia:

- Original del establecimiento que refiere
- Copia 1 amarilla establecimiento receptor
- Copia 2 verde comité de referencia y contrareferencia de la red

Formulario de contrareferencia

- Original establecimiento que contra refiere
- Copia 1 amarilla establecimiento que realizo la referencia inicial
- Copia 2 celeste comité de referencia y contrareferencia de la red.

Criterios de Referencia **ADECUADA**

1. Ha recibido atención médica inicial que le ha permitido que la ha permitido 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 el 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 se ha referido ha sido comunicado el envió de la paciente por medios de comunicación disponible 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 retorno.

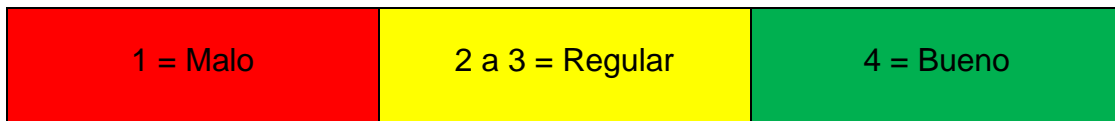
La medición de calidad de Adecuado está dada por los siguientes parámetros.

1 a 2 = Malo	3 a 5 = Regular	6 a 7 = Bueno
--------------	-----------------	---------------

Criterios de Referencia **JUSTIFICADA**

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

La medición de calidad de Justificado está dada por los siguientes parámetros.

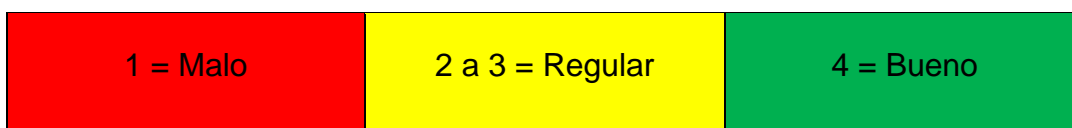


Criterios de Referencia **OPORTUNA**

1. La referencia se ha efectuado en el momento correcto conforme a los protocolos de diagnóstico y tratamiento sin demora innecesarios.
2. El traslado se ha realizado sin demora innecesaria una vez decidida la transferencia (razones mecánicas, bloqueos, otras extra médicos).
3. Se comunica de inmediato al hospital de referencia el envío del paciente más aún si se trata de una emergencia.

4. Hubo una programación de cita médica anticipada en casos de referencia que no son urgencia (cartera de servicios)

La medición de calidad de Oportuno está dada por los siguientes parámetros.



6.3. TECNICA DE RECOLECCION DE DATOS.

La recolección de datos fue mediante visitas a los distintos centros de salud dependientes de cada coordinación de Red, donde se obtuvieron datos cuantitativos y cualitativos en el proceso de verificación de los establecimientos y unidades de gestión de la Red de Salud Corea y red de salud 5 Sur.

6.4. COMPOSICION DEL INSTRUMENTO.

PROCESO DE LEVANTAMIENTO DE DATOS Y ANALISIS.

La investigación tuvo lugar en la Red Corea del Municipio de El Alto y la Red de Salud 5 Sur de la Ciudad de La Paz.

La base de datos fue elaborada en base a los formularios de referencia y contrareferencia, viendo si cumplían la normativa de Referencia y Contrareferencia de manera adecuada, justificada, oportuna y con boleta de referencia correctamente elaborada.

6.5. PROCESO INVESTIGATIVO.

Por ser una investigación enmarcada en la investigación ha sido necesaria considerar en fases y momentos investigativos, que se resume a:

6.5.1 Fase de negociación.

Cuyo objetivo es lograr el consenso con autoridades del SEDES La Paz y los ejecutivos de la Coordinaciones de la Red Corea de El Alto y Red 5 Sur de La Paz.

6.5.2 Fase de conclusión.

Que busco generar habilidades para el manejo del instrumento, dominio de los atributos y metodología de análisis

6.5.3 Fase de validación del instrumento.

Para la validación del instrumento se realizó en tres momentos, con expertos del SEDES (Coordinadores de Red), expertos FACMED-U.M.S.A. (Docentes de post Grado de maestría) y cursantes de la Maestría con revisión, análisis y una validación en el trabajo de campo. Logrando un instrumento válido y confiable, cuyo valor agregado es un instrumento con mejor posibilidad de aplicación en el contexto nacional.

6.5.4 Fase de recolección de datos.

Dos momentos, en una reunión con grupos focales donde se obtuvieron datos cuantitativos y cualitativos y en el proceso de verificación de los datos en los establecimientos y unidades de gestión de la Red Corea de El Alto y Red 5 Sur de La Paz.

6.5.5 Fase de análisis.

En dos momentos, a nivel grupal con base a las recomendaciones de la norma nacional de referencia y contrareferencia y en reuniones con personeros de la Red Corea de El Alto y Red 5 Sur de La Paz. En esta fase se verifico las fuentes y se consolido los datos obtenidos en el trabajo grupal.

6.5.6 Fase de elaboración del plan.

Se realizaron reuniones con participación de expertos de las Redes de Salud y cursante de la maestría.

Para este fin se utilizó matrices de planificación normadas por el ministerio de Salud.

6.5.7 Mediciones.

Las mediciones fueron realizadas en dos etapas, la primera en una reunión efectuada con el grupo de cursantes de la maestría con personeros de la Red Corea de El Alto y Red 5 Sur de La Paz, donde se obtuvieron datos cuantitativos y cualitativos los cuales fueron plasmados en el llenado de la base de datos; y la segunda etapa correspondiente al proceso de verificación de los datos efectuado con el apoyo de la Coordinación de la Red Sur N°5 con sede en instalaciones del centro de salud medico de Alto Obrajes en el Distrito 21 del Municipio de La Paz.

6.6. UNIDADES DE OBSERVACION.

En cuanto al contexto La red de salud Corea se encuentra ubicada en la ciudad del el Alto y la red de salud 5 Sur se encuentra en la ciudad de La Paz, ambos en municipios diferentes y con delimitaciones y poblaciones definidas por el INE.

6.7. MARCO MUESTRAL.

El presente estudio tomó como muestra formularios de referencia y contrareferencia de 2 redes de salud del departamento de La Paz.

Población: Pacientes referidos, atendidos en las Redes de Salud Corea y Red 5 Sur durante las gestiones 2018 y 2019.

Se encontró que en la Red de salud Corea para la gestión 2018 registró un total de 22,605 referencias y contrareferencias y para la gestión 2019 un total de 26,222 formularios de referencia y contrareferencia.

En la Red de salud N° 5 Sur se logró para la gestión 2018 un total de 5,154 formularios de referencia y contrareferencia y para la gestión 2019 un total de 6,307 formularios de referencia y contrareferencia.

Por el volumen se considera calcular un tamaño de muestra basada en la siguiente formula.

FORMULA PARA CÁLCULO DE LA MUESTRA POBLACIONES FINITAS (75).

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

FUENTE. <http://www.berrie.dds.nl/calcss.htm>

Donde:

- N = Total de la población
- Z_{α} = 1.96 al cuadrado (si la seguridad es del 95%)
- p = proporción esperada (en este caso 5% = 0.05)
- q = 1 – p (en este caso 1-0.05 = 0.95)
- d = precisión (en su investigación use un 5%).

TAMAÑO MUESTRAL PARA UNA PROPORCIÓN EN UNA POBLACIÓN FINITA O CONOCIDA		
RED DE SALUD COREA GESTIÓN 2018		
Tamaño de la población	N	22.605
Error Alfa	A	0,05
Nivel de Confianza	1- α	0,95
Z de (1- α)	Z (1- α)	1,96
Prevalencia de la Enfermedad	P	0,35
Complemento de p	Q	0,60
Precisión	D	0,05
Tamaño de la muestra	N	345
Muestra Final		350

TAMAÑO MUESTRAL PARA UNA PROPORCIÓN EN UNA POBLACIÓN FINITA O CONOCIDA		
RED DE SALUD COREA GESTIÓN 2019		
Tamaño de la población	N	26.222
Error Alfa	A	0,05
Nivel de Confianza	1- α	0,95
Z de (1- α)	Z (1- α)	1,96
Prevalencia de la Enfermedad	P	0,35
Complemento de p	Q	0,60
Precisión	D	0,05
Tamaño de la muestra	N	346
Muestra Final		350

TAMAÑO MUESTRAL PARA UNA PROPORCIÓN EN UNA POBLACIÓN FINITA O CONOCIDA		
RED DE SALUD 5 SUR GESTIÓN 2018		
Tamaño de la población	N	6.307
Error Alfa	A	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
Precisión	D	0,05
Tamaño de la muestra	N	344
Muestra Final		350

TAMAÑO MUESTRAL PARA UNA PROPORCIÓN EN UNA POBLACIÓN FINITA O CONOCIDA		
RED DE SALUD 5 SUR GESTIÓN 2019		
Tamaño de la población	N	5.154
Error Alfa	A	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
Precisión	D	0,05
Tamaño de la muestra	N	344
Muestra Final		350

Logrando para cada gestión un tamaño muestral de 350 considerando un nivel de confianza del 95% y un error esperado de 0.05 %

MUESTREO.

El muestreo fue mediante el **tipo aleatorio sistemático**, del total de referencias y contrareferencias de cada gestión dividido por el tamaño de la muestra.

Consideramos el numero 16 como número de elegibilidad es decir sacamos del conjunto de 1400 una muestra cada 16 formularios que no fueron considerados en una muestra.

De esta manera se garantizó la aleatoriedad de las muestras sujetas a estudio.

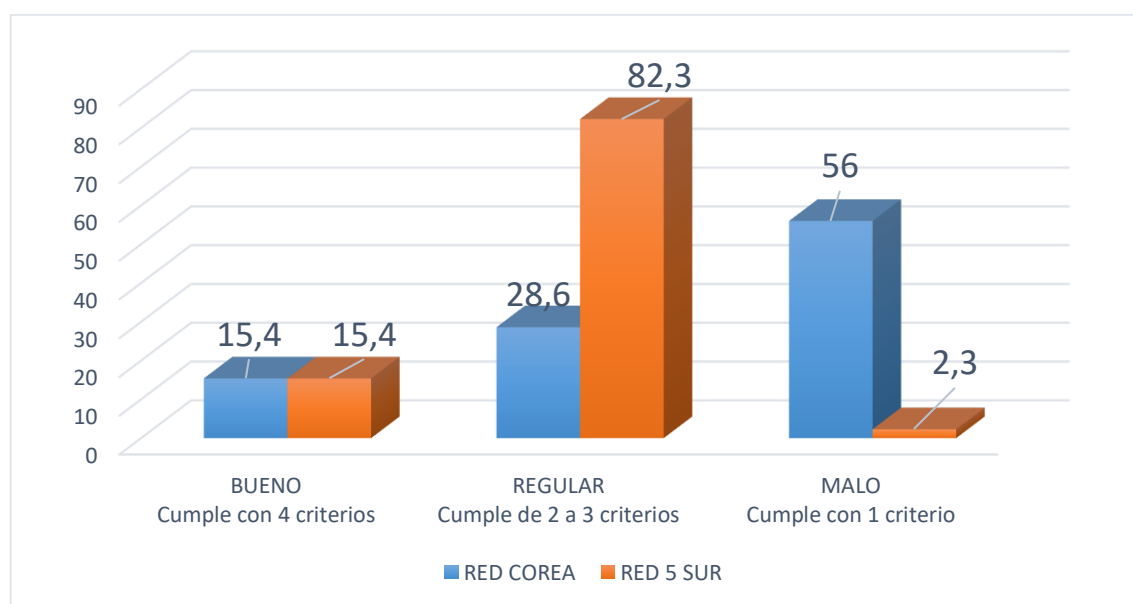
VII. RESULTADOS

La Obtención de los resultados se realizó mediante programas SPSS y Excel, donde se describe los resultados cuantitativos obtenidos de la base de datos extraídos de los formularios de referencia y contrareferencia. Asimismo, los resultados cualitativos, brindan información proveniente del análisis de los formularios de referencia y contrareferencia y establecer lo siguiente:

DESCRIBIR LA EFECTIVIDAD DE LA REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA CON LOS CRITERIOS DE ADECUADO, JUSTIFICADO Y OPORTUNO (A.J.O.) EN LAS REDES DE SALUD COREA Y SUR.

El estudio evaluó un total de 1400 formularios de referencias y contrareferencias. De los cuales 700 formularios pertenecen a cada Red de Salud por ambas gestiones. Revisando 350 formularios por cada gestión en cada Red.

FIGURA 1. Efectividad del criterio de referencia ADECUADO. Red de Salud Corea y Red 5 Sur 2018.

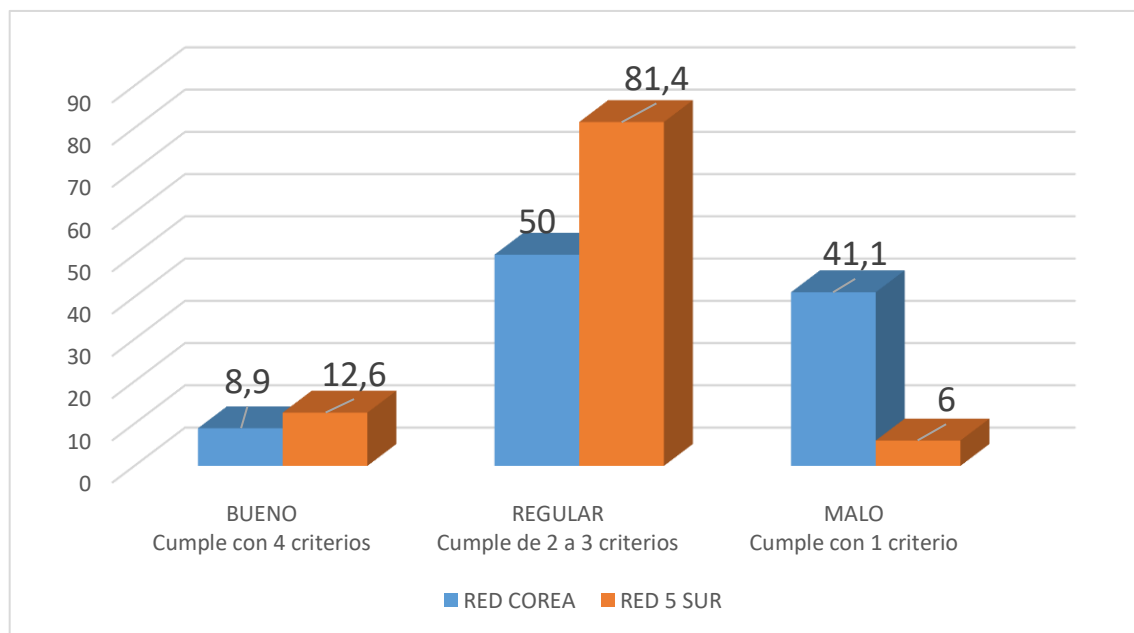


FUENTE. Elaboración propia. SNIS 2018 y 2019, red de Salud Corea y red de Salud 5 Sur

Con el análisis de los cuadros si se Identificó la efectividad de referencias de la Red Corea en función a los criterios Adecuado por el profesional médico gestión 2018, por lo tanto, se determina que la calidad de la referencia en el llenado de los formularios es MALO con un 56.0%.

La efectividad de referencias de la Red 5 Sur en función a los criterios Adecuado por el profesional médico gestión 2018, por lo tanto, se determina que la calidad de la referencia en el llenado de los formularios es REGULAR en un 82.3%.

FIGURA 2. Efectividad del criterio de Referencia ADECUADO. Red de Salud Corea y Red 5 Sur 2019.

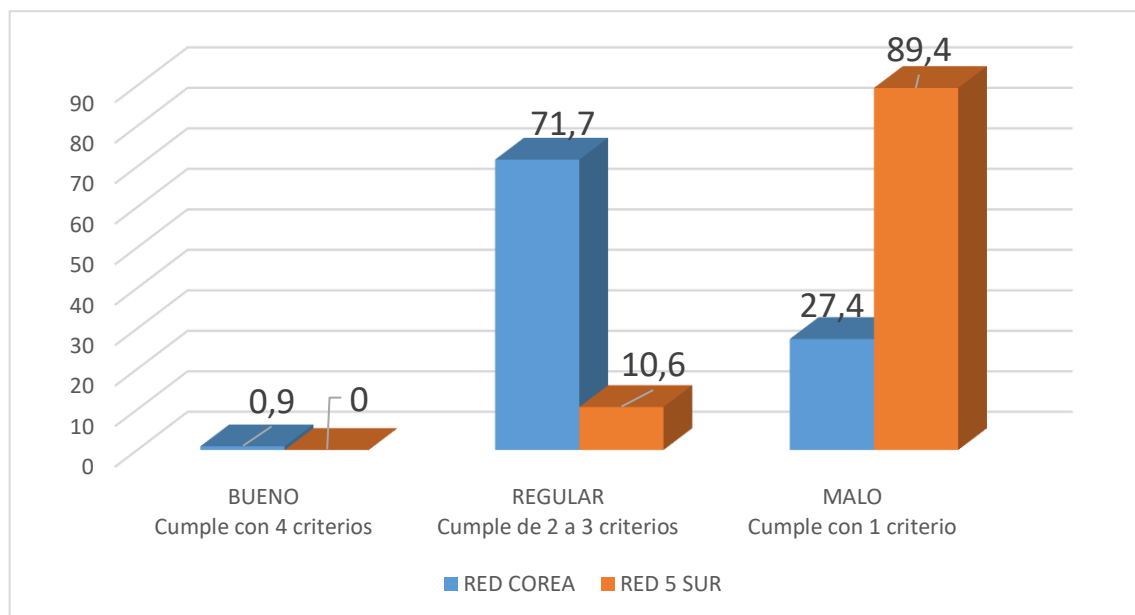


FUENTE. Elaboración propia. SNIS 2018 y 2019, red de Salud Corea y red de Salud 5 Sur

Con el análisis de los cuadros si se Identificó la efectividad de referencias de la Red Corea en función a los criterios Adecuado por el profesional médico gestión 2019, por lo tanto, se determina que la calidad de la referencia en el llenado de los formularios es REGULAR con un 50.0%.

Con el análisis de los cuadros si se Identificó la efectividad de referencias de la Red 5 Sur en función a los criterios Adecuado por el profesional médico gestión 2019, por lo tanto, se determina que la calidad de la referencia en el llenado de los formularios es REGULAR con un 81.4%.

FIGURA 3. Efectividad del criterio de Referencia JUSTIFICADO. Red de salud Corea y Red 5 Sur 2018.

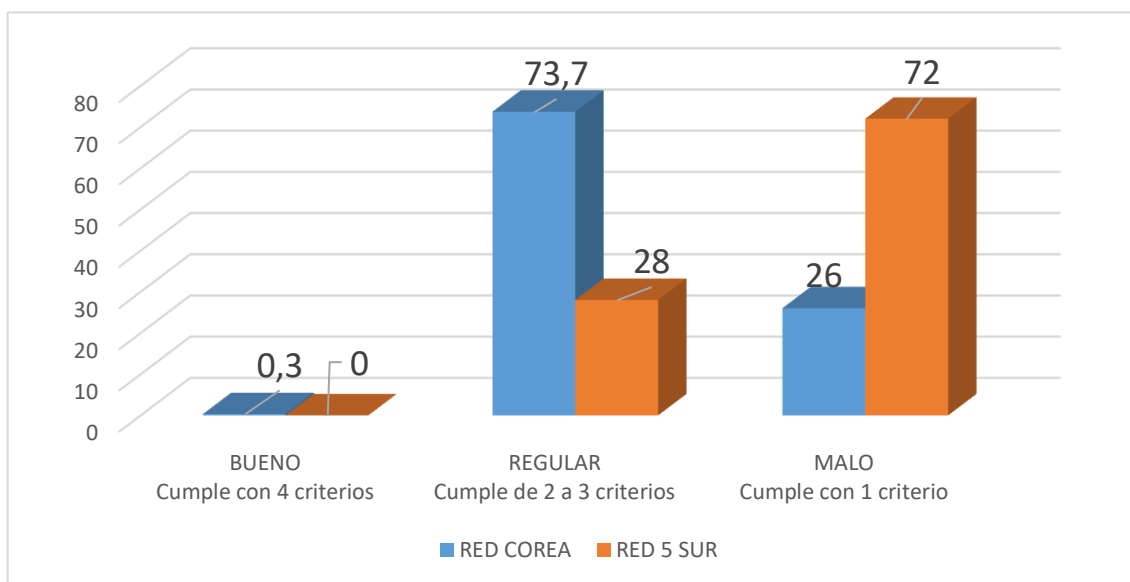


FUENTE. Elaboración propia. SNIS 2018 y 2019, red de Salud Corea y red de Salud 5 Sur

Con el análisis de los cuadros si se Identificó la efectividad de referencias de la Red Corea en función a los criterios Justificado por el profesional médico gestión 2018, por lo tanto, se determina que la calidad de la referencia en el llenado de los formularios es REGULAR con un 71.7%

La efectividad de referencias de la Red 5 Sur en función a los criterios Justificado por el profesional médico gestión 2018, por lo tanto, se determina que la calidad de la referencia en el llenado de los formularios es MALO en un 89.4%.

FIGURA 4. Efectividad del criterio de Referencia JUSTIFICADO. Red de Salud Corea y Red 5 Sur 2019.

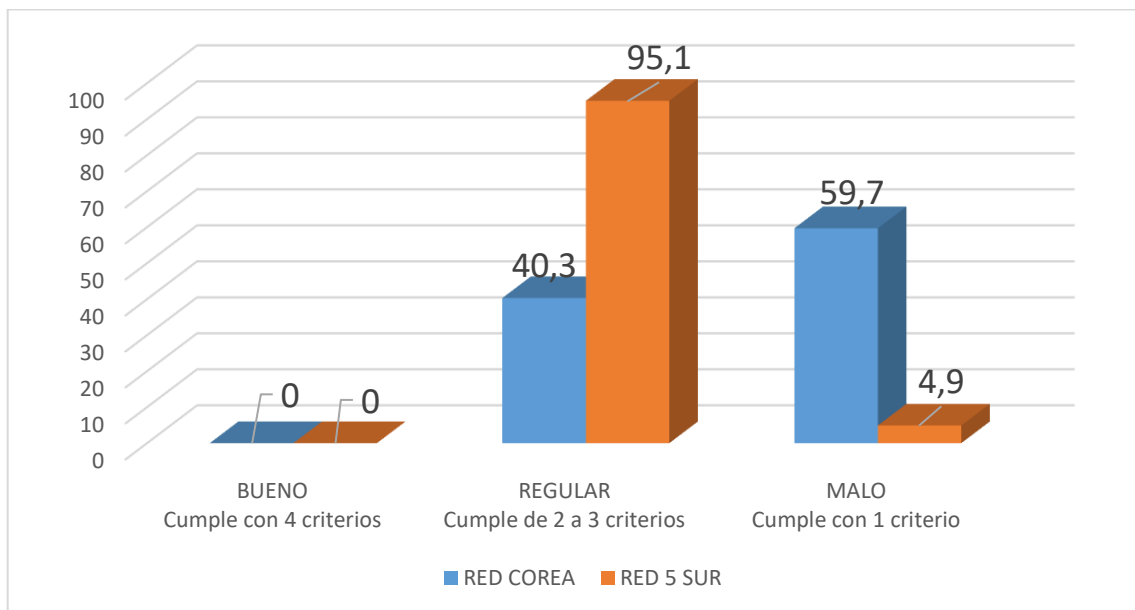


FUENTE. Elaboración propia. SNIS 2018 y 2019, red de Salud Corea y red de Salud 5 Sur

Con el análisis de los cuadros si se Identificó la efectividad de referencias de la Red Corea en función a los criterios Justificado por el profesional médico gestión 2019, por lo tanto, se determina que la calidad de la referencia en el llenado de los formularios es REGULAR con un 73.7%.

La efectividad de referencias de la Red 5 Sur en función a los criterios Justificado por el profesional médico gestión 2019, por lo tanto, se determina que la calidad de la referencia en el llenado de los formularios es MALO con un 72.0%.

FIGURA 5. Efectividad del criterio de Referencia OPORTUNO. Red de Salud Corea y Red 5 Sur 2018.

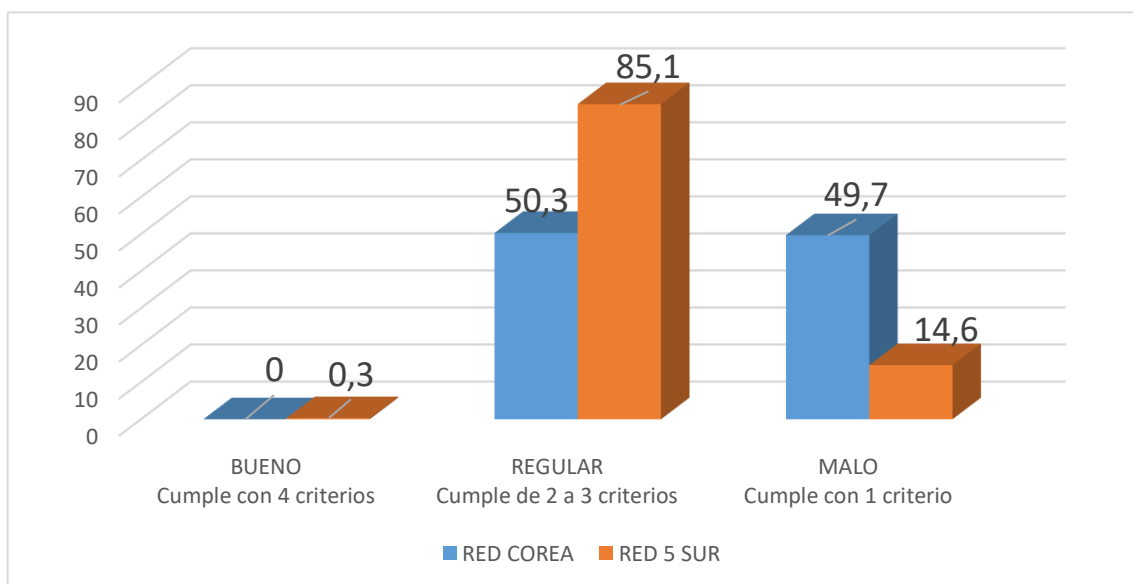


FUENTE. Elaboración propia. SNIS 2018 y 2019, red de Salud Corea y red de Salud 5 Sur

Con el análisis de los cuadros si se Identificó la efectividad de referencias de la Red Corea en función a los criterios Oportuno por el profesional médico gestión 2018, por lo tanto, se determina que la calidad de la referencia en el llenado de los formularios es de forma MALO con un 59.7%.

La efectividad de referencias de la Red 5 Sur en función a los criterios Oportuno por el profesional médico gestión 2018, por lo tanto, se determina que la calidad de la referencia en el llenado de los formularios es de forma REGULAR con un 95.1%.

FIGURA 6. Efectividad del criterio de Referencia OPORTUNO. Red de Salud Corea y Red 5 Sur 2019.



FUENTE. Elaboración propia. SNIS 2018 y 2019, red de Salud Corea y red de Salud 5 Sur

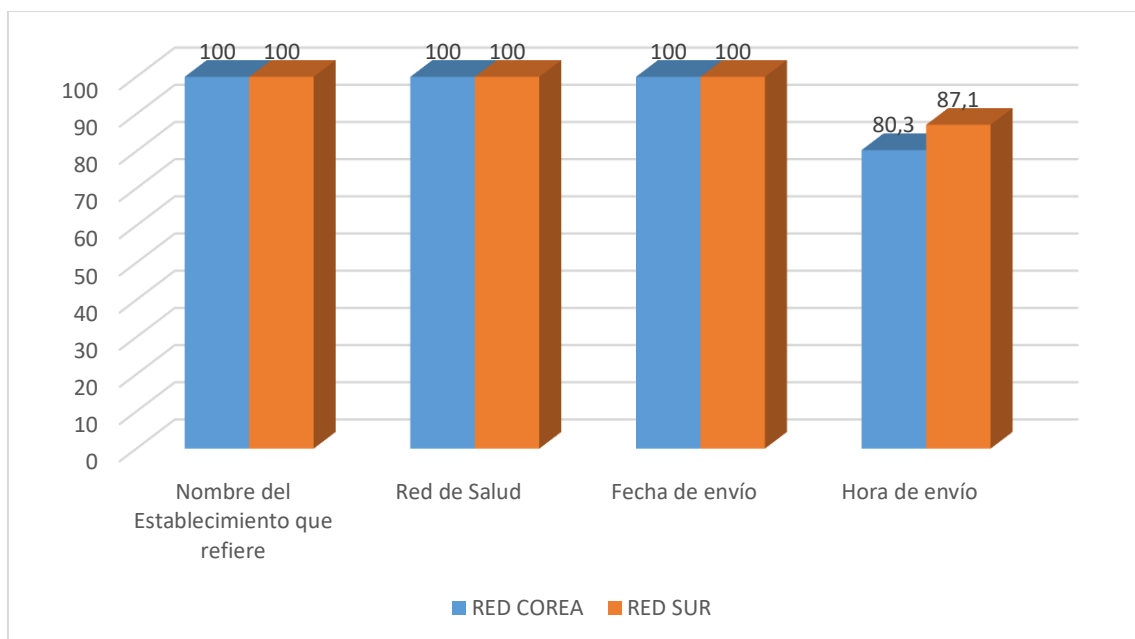
Con el análisis de los cuadros si se Identificó la efectividad de referencias de la Red Corea en función a los criterios Oportuno por el profesional médico gestión 2019, por lo tanto, se determina que la calidad de la referencia en el llenado de los formularios es de forma REGULAR con un 50.3%.

La efectividad de referencias de la Red 5 Sur en función a los criterios Oportuno por el profesional médico gestión 2019, por lo tanto, se determina que la calidad de la referencia en el llenado de los formularios es de forma REGULAR con un 85.1%.

COMPARAR LA CALIDAD DEL REGISTRO DE LAS VARIABLES DEL FORMULARIO DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA EN AMBOS MUNICIPIOS.

Al revisar el comportamiento del registro de las variables se obtuvieron los siguientes promedios.

FIGURA 7. Calidad de registro de variables DATOS DE ENVIO de la Red de Salud Corea y Red de Salud 5 Sur. Gestión 2018.

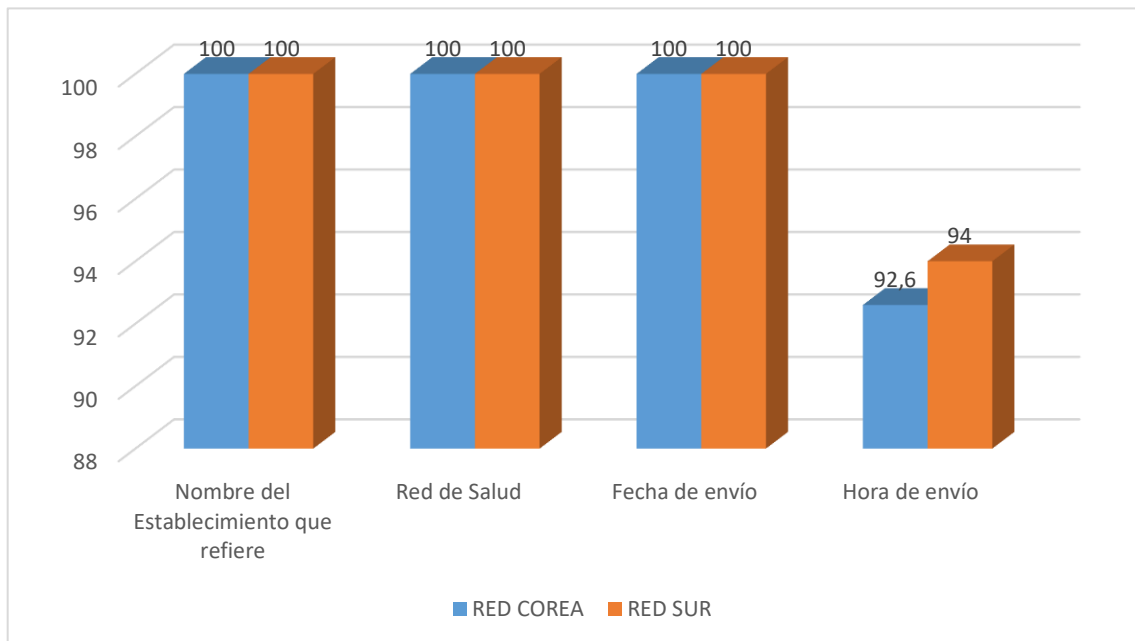


FUENTE. Elaboración propia. SNIS 2018 y 2019, red de Salud Corea y red de Salud 5 Sur

Comparando la calidad del registro de las variables DATOS DE ENVIO En la gestión 2018 La red de salud 5 Sur envió formularios de mejor Calidad de registro en datos de envío llegando a un 96,7% del formulario de referencia y contrareferencia en ambos municipios se obtiene que la red Corea y Red 5 Sur en las variables: Nombre del Establecimiento que refiere, Red de Salud y Fecha de envío, alcanzaron el 100% de registro.

La red 5 Sur registró un 87,1% en la variable Hora de envío, en comparación 80,3% de la red Corea en la gestión 2018.

FIGURA 8. Calidad de registro de variables DATOS DE ENVIO de la Red de Salud Corea y Red de Salud 5 Sur. Gestión 2019.

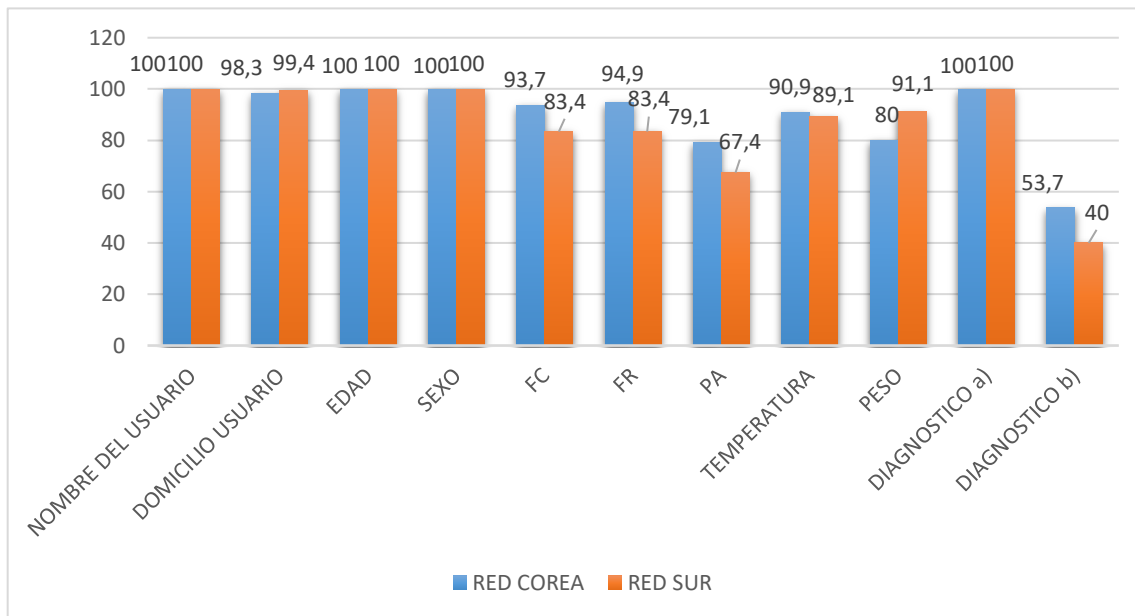


FUENTE. Elaboración propia. SNIS 2018 y 2019, red de Salud Corea y red de Salud 5 Sur

Comparando la calidad del registro de las variables DATOS DE ENVIO En la gestión 2019 La red de salud 5 Sur envió formularios de mejor Calidad de registro en datos de envío llego a 98,5% del formulario de referencia y contrareferencia en ambos municipios durante la Gestión 2019 se tiene nuevamente que la red Corea y la red 5 Sur en las variables: Nombre del Establecimiento que refiere, Red de Salud y Fecha de envío, alcanzaron el 100% de registro.

La red 5 Sur registró un 94,0% en la variable Hora de envío, en comparación 92,6% de la red Corea en la gestión 2019.

FIGURA 9. Calidad de registro de variables FICHA DE IDENTIFICACION de la Red de Salud Corea y Red de Salud 5 Sur. Gestión 2018.



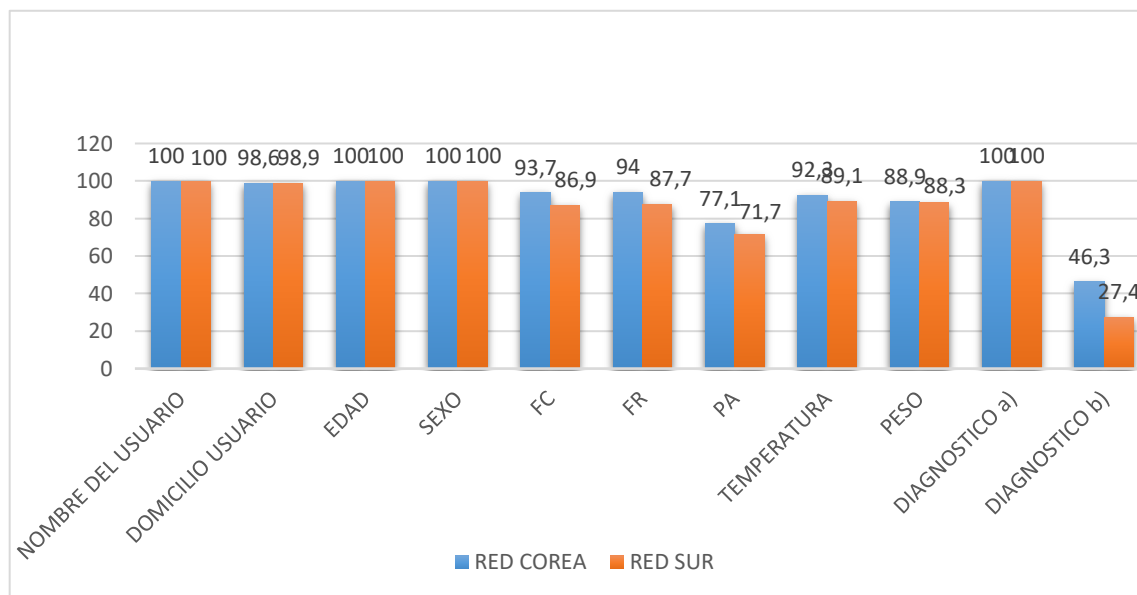
FUENTE. Elaboración propia. SNIS 2018 y 2019, red de Salud Corea y red de Salud 5 Sur

En lo que se refiere a llenado de la FICHA DE IDENTIFICACIÓN En la gestión 2018 La red de salud Corea envió formularios de mejor Calidad de registro en ficha de identificación llegando a 90,0%. al momento de su transferencia durante el 2018 se evidencia que el nombre del usuario, edad y sexo y el diagnóstico a), alcanzaron 100% de registro en la red Corea. Observándose si bien los otros puntos de registro se mantienen cerca del llenado completo (domicilio usuario 98,3% FR 94,9%, FC 93,7, Temperatura 90,9%, Peso 80,0 %, PA 79,1% y por último el Diagnóstico b que se observa un 53.7% para la red corea

En la red 5 Sur también se evidencia que el nombre del usuario, edad y sexo y el diagnóstico a), alcanzaron 100% de registro en la red 5 Sur. Observándose si bien los otros puntos de registro se mantienen cerca del llenado completo (domicilio usuario 99,4%, Peso 91,1%, Temperatura 89,1%,

FR 83,4%, FC 83,4%, PA 67,4%y por último el Diagnostico b) que se observa un 40.0% para la red 5 Sur.

FIGURA 10. Calidad de registro de variables FICHA DE IDENTIFICACION de la Red de Salud Corea y Red de Salud 5 Sur. Gestión 2019



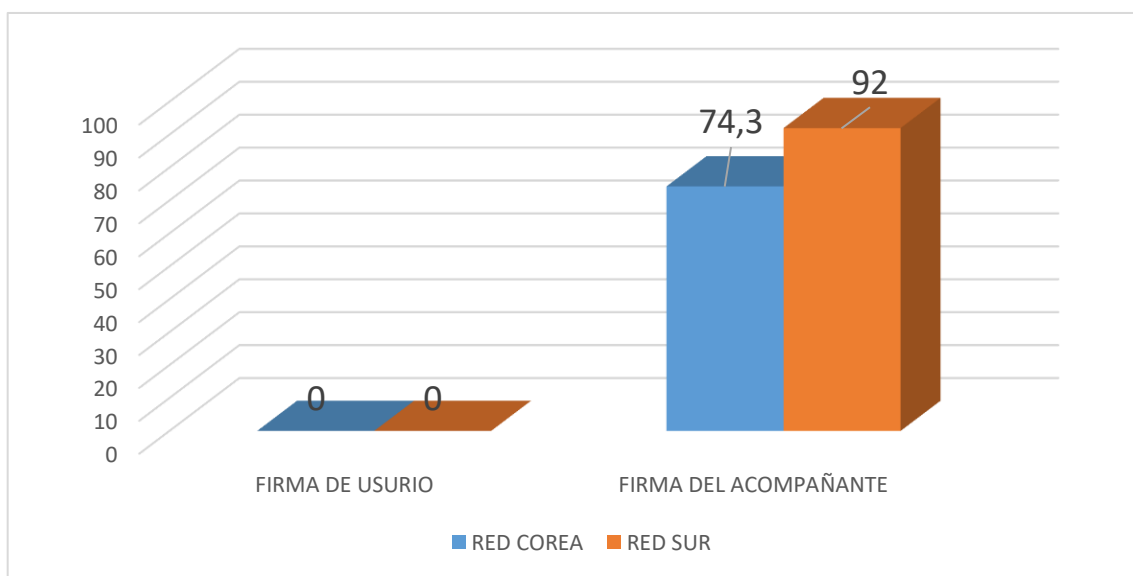
FUENTE. Elaboración propia. SNIS 2018 y 2019, red de Salud Corea y red de Salud 5 Sur

En lo que se refiere a llenado de la FICHA DE IDENTIFICACIÓN En la gestión 2019 La red de salud Corea envió formularios de mejor Calidad de registro en ficha de identificación llegando al 90,0%. Al momento de su transferencia durante el 2019 se evidencia que el nombre del usuario, edad y sexo y el diagnóstico a), alcanzaron 100% de registro en la red Corea. Observándose si bien los otros puntos de registro se mantienen cerca del llenado completo (domicilio usuario 98,6%, FR 94,0%, FC 93,7, Temperatura 92,3%, Peso 88,9 %, PA 77,1%y por último el Diagnostico b que se observa un 46.1% para la red corea.

En la red 5 Sur también se evidencia que el nombre del usuario, edad y sexo y el diagnóstico a), alcanzaron 100% de registro en la red 5 Sur.

Observándose si bien los otros puntos de registro se mantienen cerca del llenado completo (domicilio usuario 98,9%, Temperatura 89,1%, Peso 88,3%, FR 87,7%, FC 86,9%, PA 71,7% y por último el Diagnóstico b) que se observa un 27.4% para la red 5 Sur.

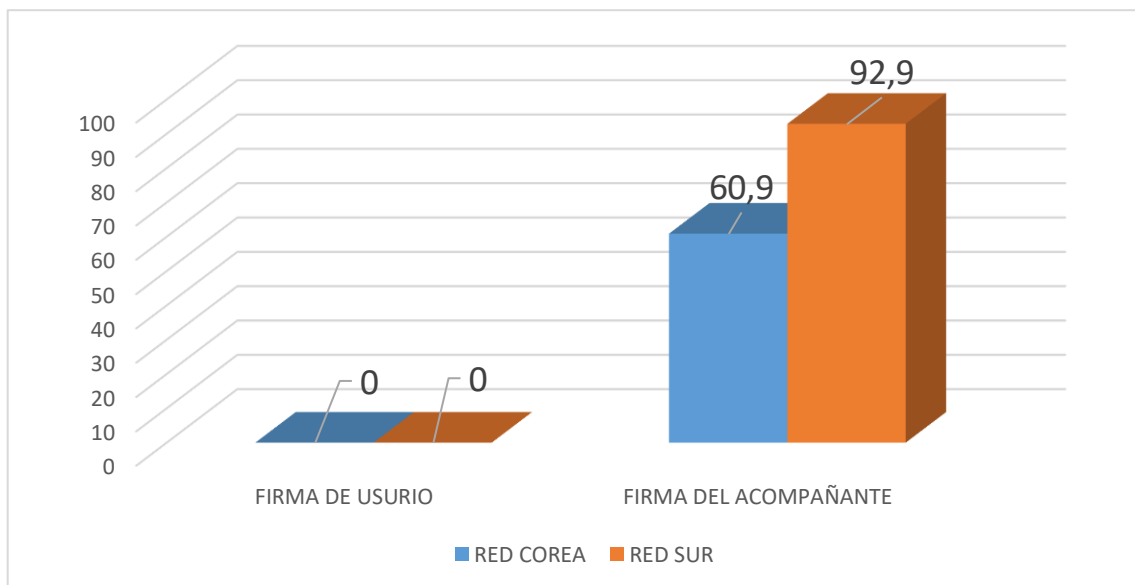
FIGURA 11. Calidad de registro de variables CONSENTIMIENTO INFORMADO de la Red de Salud Corea y Red de Salud 5 Sur. Gestión 2018.



FUENTE. Elaboración propia. SNIS 2018 y 2019, red de Salud Corea y red de Salud 5 Sur

Al analizar los registros del CONSENTIMIENTO INFORMADO En la gestión 2018 La red de salud 5 Sur envió formularios de mejor Calidad de registro en consentimiento informado llegando al 48,3%. se puede ver que el usuario no firma en ambas redes de salud durante la gestión 2018 obteniendo 0%. Pero si se evidencia la firma de acompañante en ambas redes observándose un 74.3% en la red Corea y 92,0% en la red Sur.

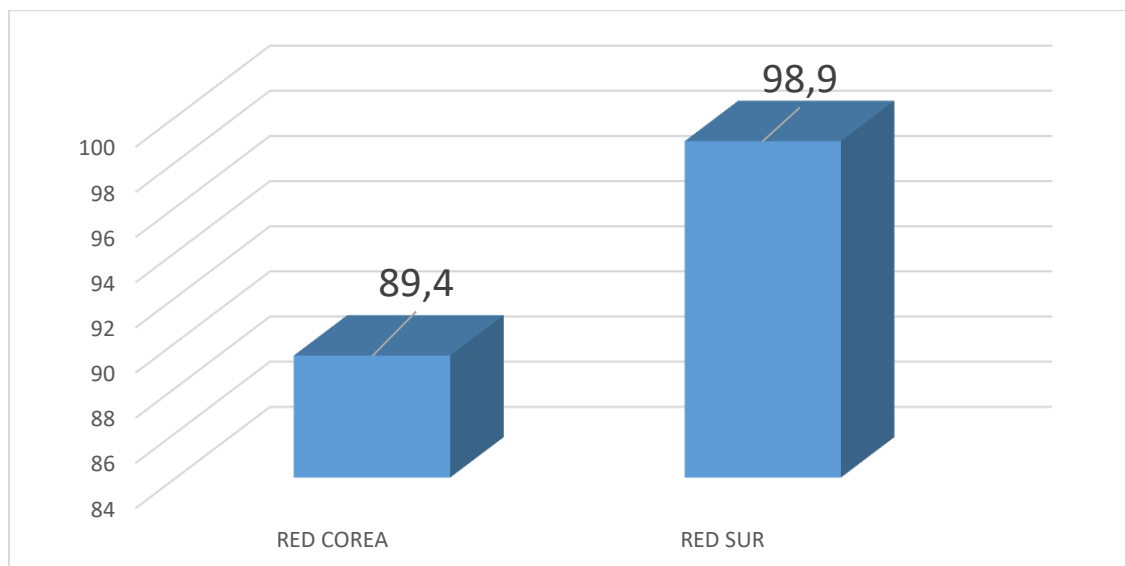
FIGURA 12. Calidad de registro de variables CONSENTIMIENTO INFORMADO de la Red de Salud Corea y Red de Salud 5 Sur. Gestión 2019.



FUENTE. Elaboración propia. SNIS 2018 y 2019, red de Salud Corea y red de Salud 5 Sur

Al analizar los registros del CONSENTIMIENTO INFORMADO En la gestión 2019 La red de salud 5 Sur envió formularios de mejor Calidad de registro en consentimiento informado llegando al 46,0%. se puede ver que la gestión 2019 el usuario no firma obteniendo 0% en ambas redes de salud. Pero si se evidencia la firma de acompañante llegando a una 60.9% en la gestión 2019 para la red corea y un 92.9% para la red sur en la gestión 2019.

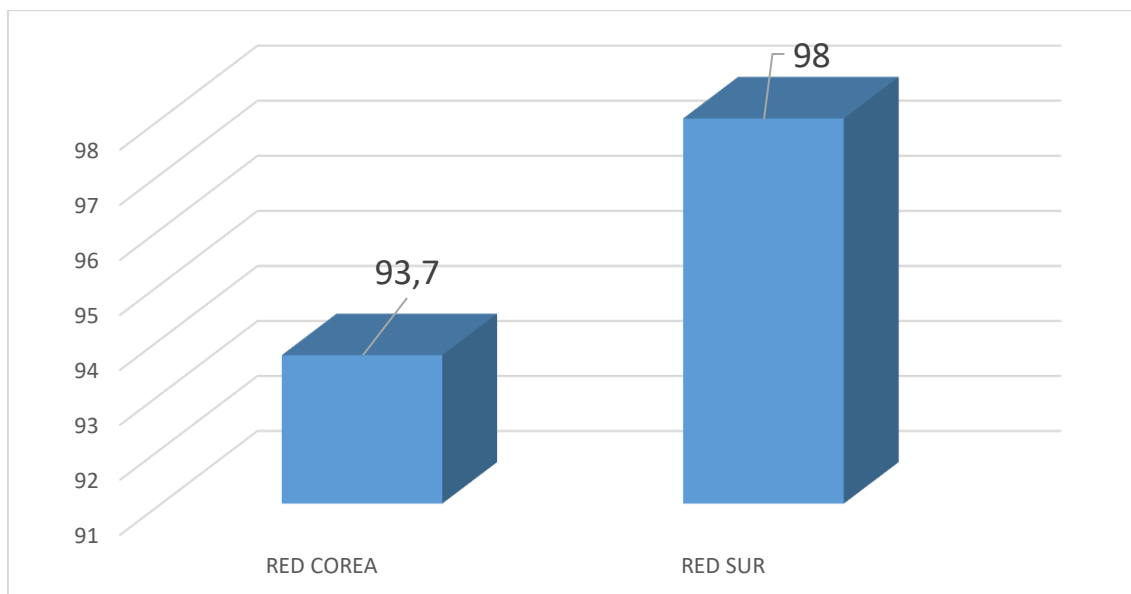
FIGURA 13. Calidad de registro de variables DATOS DEL RESPONSABLE DE ESTABLECIMIENTO QUE REFIERE de la Red de Salud Corea y Red de Salud 5 Sur. Gestión 2018.



FUENTE. Elaboración propia. SNIS 2018 y 2019, red de Salud Corea y red de Salud 5 Sur

Al analizar el llenado de RESPONSABLE DE ESTABLECIMIENTO QUE REFIERE En la gestión 2018 La red de salud 5 Sur envió formularios de mejor Calidad de registro responsable de establecimiento que refiere llegando al 98,9% y se puede encontrar que la red Corea alcanzo 89,4%

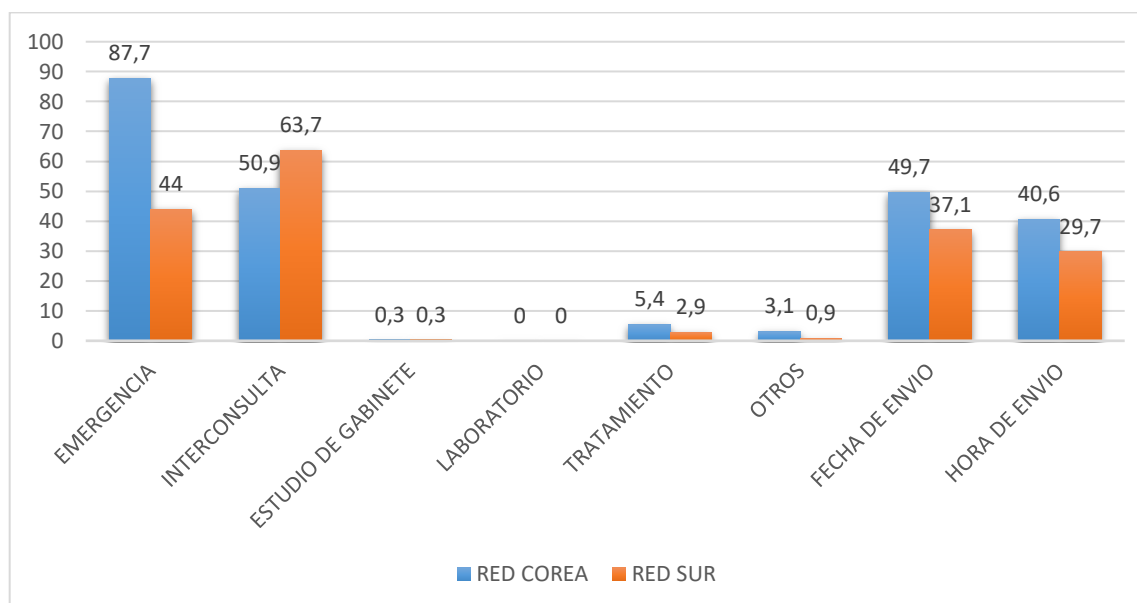
FIGURA 14. Calidad de registro de variables DATOS DEL RESPONSABLE DE ESTABLECIMIENTO QUE REFIERE de la Red de Salud Corea y Red de Salud 5 Sur. Gestión 2019.



FUENTE. Elaboración propia. SNIS 2018 y 2019, red de Salud Corea y red de Salud 5 Sur

Al analizar el llenado de RESPONSABLE DE ESTABLECIMIENTO QUE REFIERE En la gestión 2019 La red de salud 5 Sur envió formularios de mejor Calidad de registro responsable de establecimiento que refiere llegando al 98,0% y la red corea nuevamente presenta un registro de 93.7%.

FIGURA 15. Calidad de registro de variables MOTIVO DE REFERENCIA de la Red de Salud Corea y Red de Salud 5 Sur. Gestión 2018.

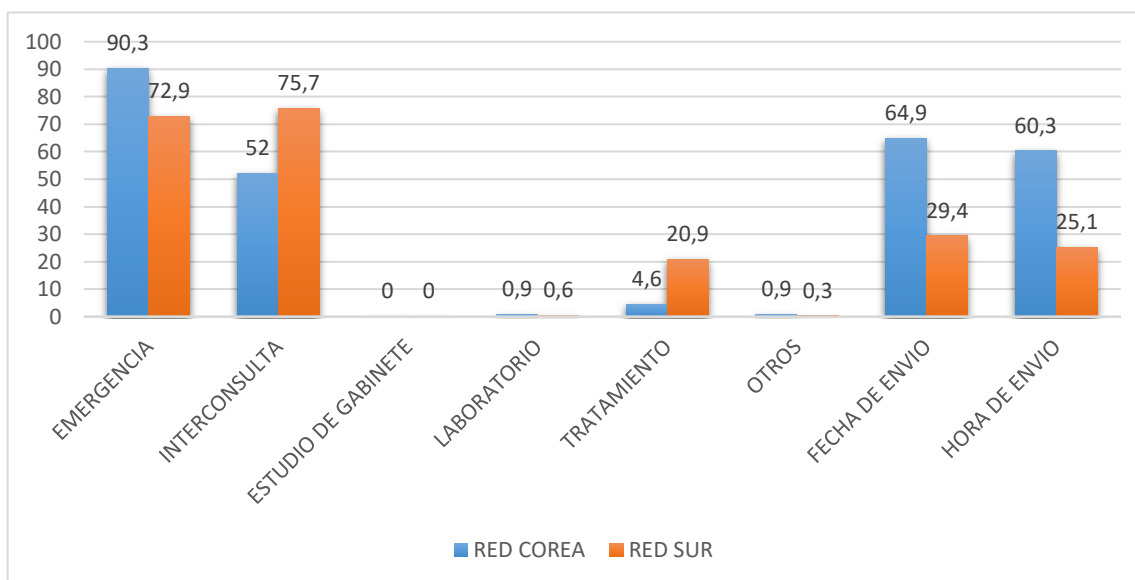


FUENTE. Elaboración propia. SNIS 2018 y 2019, red de Salud Corea y red de Salud 5 Sur

En el Llenado de MOTIVO DE REFERENCIA En la gestión 2018 La red de salud Corea envió formularios de mejor Calidad en motivo de referencia llegando al 30,4%. Se tiene en la red Corea en la casilla emergencia llega a 87,7% e interconsulta a 50,9% como los registros más marcados llegando, fecha de envío 49,7% y hora de envío se registra 40,6%, tratamiento alcanza un 5,4% y otros 3,1%. y estudios de gabinete fue de 0,3% el registro que no se marco fue Laboratorio con un 0%.

En la red 5 Sur las interconsultas es el más requerido por esta red con 63,7%, la emergencia llega a 44,0%, fecha de envío 37,1% y hora de envío se registra 29,7%, tratamiento 2,9%, otros 0,9%, estudio de gabinete 0,3% y laboratorio 0%.

FIGURA 16. Calidad de registro de variables MOTIVO DE REFERENCIA de la Red de Salud Corea y Red de Salud 5 Sur. Gestión 2019.

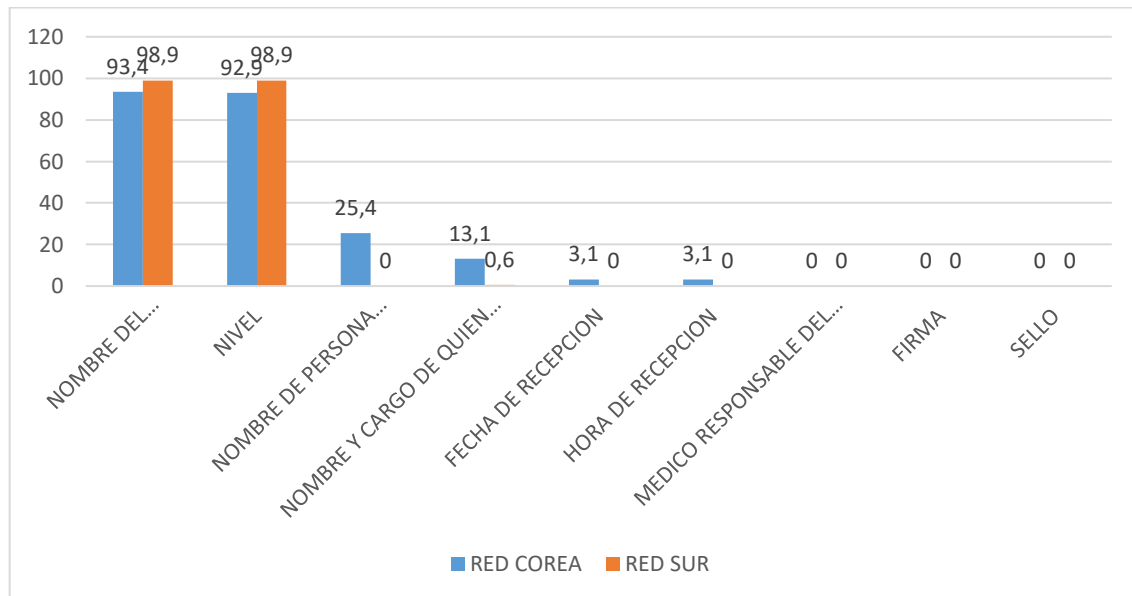


FUENTE. Elaboración propia. SNIS 2018 y 2019, red de Salud Corea y red de Salud 5 Sur

En el Llenado de MOTIVO DE REFERENCIA En la gestión 2019 La red de salud Corea envió formularios de mejor Calidad en motivo de referencia llegando al 34,2%. Se tiene en la red Corea en la casilla emergencia llega a 90,3% e interconsulta a 52,0% como los registros más marcados llegando, fecha de envío 64,9% y hora de envío se registra 60,3%, tratamiento alcanza un 4,6%, Laboratorio con un 0,9% y otros 0,9%. y el registro que no se marco fue estudios de gabinete fue de 0%

En la red 5 Sur las interconsultas es el más requerido por esta red con 75,7%, la emergencia llega a 72,9%, fecha de envío 29,4% y hora de envío se registra 25,1%, tratamiento 20,9%, laboratorio 0,6%, otros 0,3% y estudio de gabinete 0%.

FIGURA 17. Calidad de registro de variables ESTABLECIMIENTO RECEPTOR de la Red de Salud Corea y Red de Salud 5 Sur. Gestión 2018

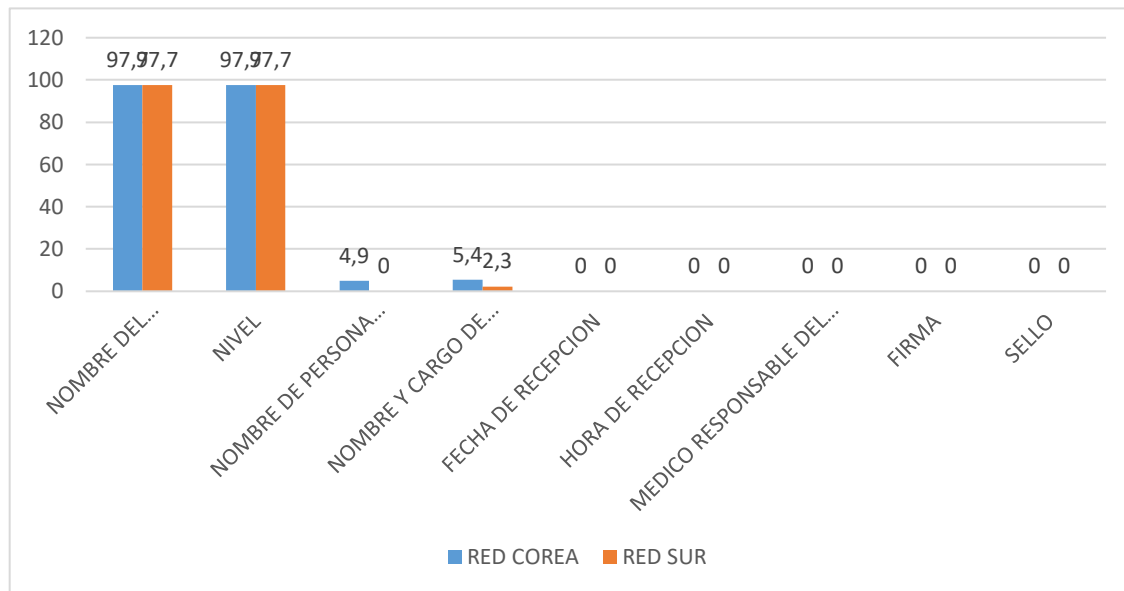


FUENTE. Elaboración propia. SNIS 2018 y 2019, red de Salud Corea y red de Salud 5 Sur

Al analizar llenado de ESTABLECIMIENTO RECEPTOR En la gestión 2018 La red de salud Corea envió formularios de mejor Calidad en establecimiento receptor llegando al 25,6%. Se tiene se puede ver que la red de salud Corea durante la gestión 2018, tiene registrado el nombre del establecimiento 93,4% y el nivel de atención 92,9%, persona contactada 25,4%, nombre y cargo del quien recibe al usuario 13,1% fecha y hora de recepción 3,1% y médico responsable de envío, firma y sello registran un 0%

En la red de salud 5 Sur se registrada el nombre del establecimiento 98,9% y el nivel de atención 98,9%, nombre y cargo del quien recibe al usuario 0,6%, y persona contactada, fecha y hora de recepción, médico responsable de envío, firma y sello registran un 0%.

FIGURA 18. Calidad de registro de variables ESTABLECIMIENTO RECEPTOR de la Red de Salud Corea y Red de Salud 5 Sur. Gestión 2019.



FUENTE. Elaboración propia. SNIS 2018 y 2019, red de Salud Corea y red de Salud 5 Sur

Al analizar llenado de ESTABLECIMIENTO RECEPTOR En la gestión 2019 La red de salud Corea envió formularios de mejor Calidad en establecimiento receptor llegando al 22,8%. Se puede ver que la red de salud Corea durante la gestión 2019, tiene registrado el nombre del establecimiento 97,7% y el nivel de atención 97,7%, nombre y cargo del quien recibe al usuario 5,4%, persona contactada 4,9%, fecha y hora de recepción, médico responsable de envío, firma y sello registran un 0%

En la red de salud 5 Sur se registrada el nombre del establecimiento 97,7% y el nivel de atención 97,7%, nombre y cargo del quien recibe al usuario 2,3%, y persona contactada, fecha, hora de recepción, médico responsable de envío, firma y sello registran un 0%.

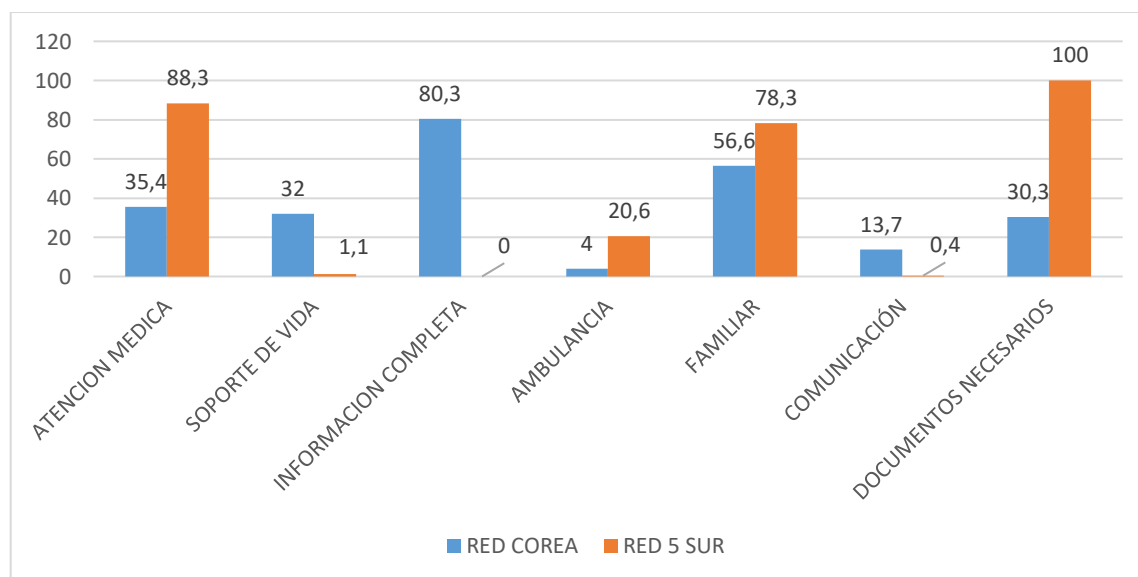
INTERPRETAR LOS SUB CRITERIOS DE EVALUACIÓN DE LAS VARIABLES ADECUADO, JUSTIFICADO Y OPORTUNO EN CADA RED DE SALUD COREA Y SUR DE LOS MUNICIPIOS DE EL ALTO Y LA PAZ.

CRITERIO ADECUADO

El personal médico responsable de la referencia a otro establecimiento de mayor capacidad resolutive es responsable de llenar el formulario de referencia.

Se realiza el Cuadro de contingencia mediante el SPSS donde se procede al análisis de cumplimiento de los 7 sub criterios de la referencia adecuada del 100% de los formularios de referencia, podemos determinar que los criterios que más se cumple son:

FIGURA 19. Interpretación de Sub criterios de evaluación de la variable ADECUADO. de la Red de Salud Corea y Red de Salud 5 Sur. Gestión 2018.

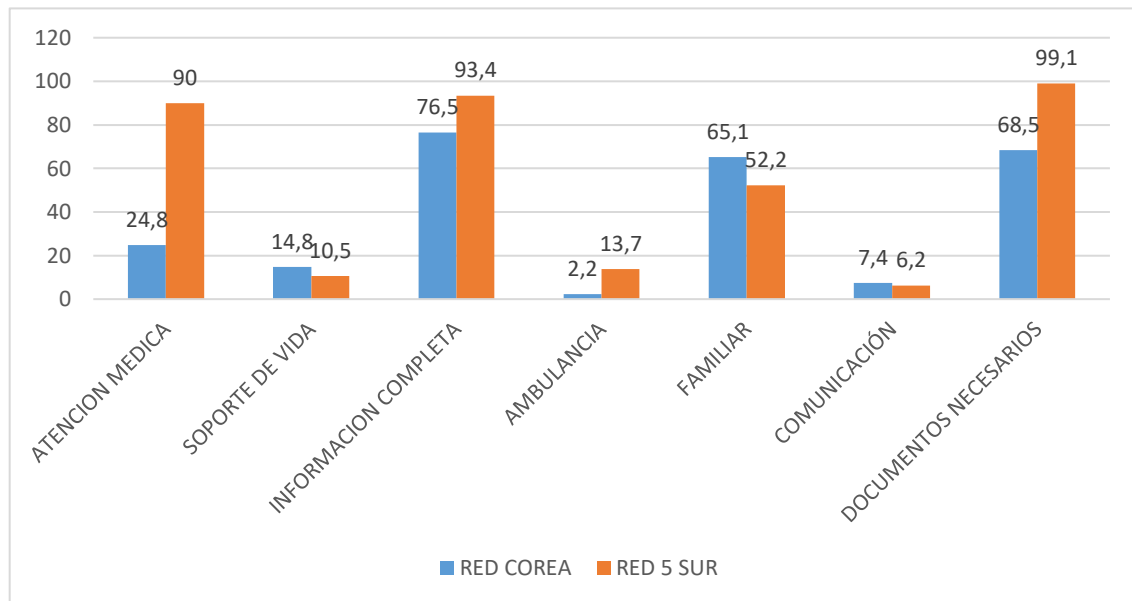


FUENTE. Elaboración propia. SNIS 2018 y 2019, red de Salud Corea y red de Salud 5 Sur

En la red 5 Sur el séptimo sub criterio tiene consigo toda la documentación de referencia necesaria y debidamente llenada alcanzo un 100%, luego el tercer sub criterio ha recibido el usuario o sus familiares la información completa y clara del motivo de referencia 93,9%, El primer sub criterio ha recibido atención medica inicial que permitió estabilizar sus signos vitales en un 88,3%, quinto sub criterio viene acompañado por un familiar 78,3%, el cuarto sub criterio la referencia a otro establecimiento en ambulancia por el personal médico llego a 20,6%, el segundo sub criterio ha recibido soportes mínimos llego a 1,1%, el sexto sub criterio el servicio ha sido comunicado sobre él envió 0,4%.

En la red Corea tercer sub criterio ha recibido el usuario o sus familiares la información completa y clara del motivo de referencia 80,3%, el quinto sub criterio viene acompañado por un familiar 56,6%, el primer sub criterio recibido atención medica inicial que permitió estabilizar sus signos vitales en un 35,4%, el segundo sub criterio ha recibido soportes mínimos llego a 32,%, séptimo sub criterio tiene consigo toda la documentación de referencia necesaria y debidamente llenada en un 30,3%, el sexto sub criterio el servicio ha sido comunicado sobre él envió 13,7% el cuarto sub criterio la referencia a otro establecimiento en ambulancia por el personal médico llego a 4%.

FIGURA 20. Interpretación de Sub criterios de evaluación de la variable ADECUADO de la Red de Salud Corea y Red de Salud 5 Sur. Gestión 2019.



FUENTE. Elaboración propia. SNIS 2018 y 2019, red de Salud Corea y red de Salud 5 Sur

La red 5 Sur presenta séptimo sub criterio tiene consigo toda la documentación de referencia necesaria y debidamente llenada en un 99,1%, continua el tercer criterio ha recibido el usuario o sus familiares la información completa y clara del motivo de referencia 93,4%, primer criterio que dice ha recibido atención medica inicial que permitió estabilizar sus signos vitales en un 90%, quinto criterio viene acompañado por un familiar 52,2%, cuarto criterio la referencia a otro establecimiento en ambulancia por el personal médico llego a 13,7%, el segundo criterio ha recibido soportes mínimos llego a 10,5%, quinto criterio viene acompañado por un familiar 6,2%.

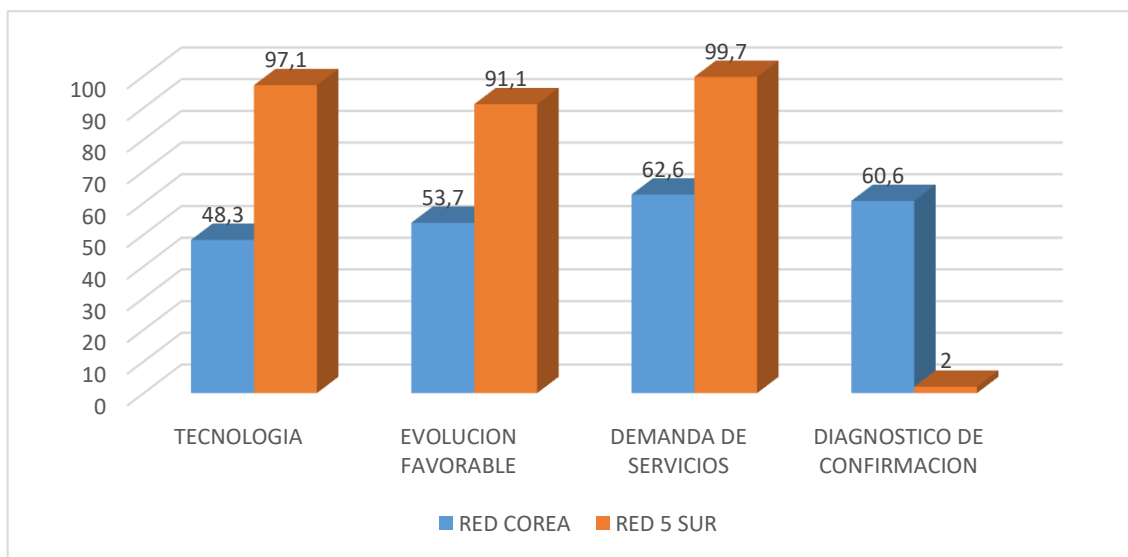
La Red Corea registro, tercer sub criterio ha recibido el usuario o sus familiares la información completa y clara del motivo de referencia 76,5%, quinto sub criterio viene acompañado por un familiar 68,5%, primer sub criterio ha recibido atención medica inicial que permitió estabilizar sus signos vitales en

un 65,1%, el segundo sub criterio ha recibido soportes mínimos luego a 24,8%, séptimo sub criterio tiene consigo toda la documentación de referencia necesaria y debidamente llenada en un 14,8%, el sexto sub criterio el servicio ha sido comunicado sobre él envió 7,4%, cuarto sub criterio la referencia a otro establecimiento en ambulancia por el personal médico luego a 2,2%.

CRITERIO JUSTIFICADO

Este sub criterio contiene 4 preguntas de las cuales justifican el envío del usuario a otro nivel de mayor complejidad. Es decir, lo malo pasa ser bueno porque con ellos se justifica la referencia.

FIGURA 21. Interpretación de Sub criterios de evaluación de la variable JUSTIFICADO de la Red de Salud Corea y Red de Salud 5 Sur. Gestión 2018.

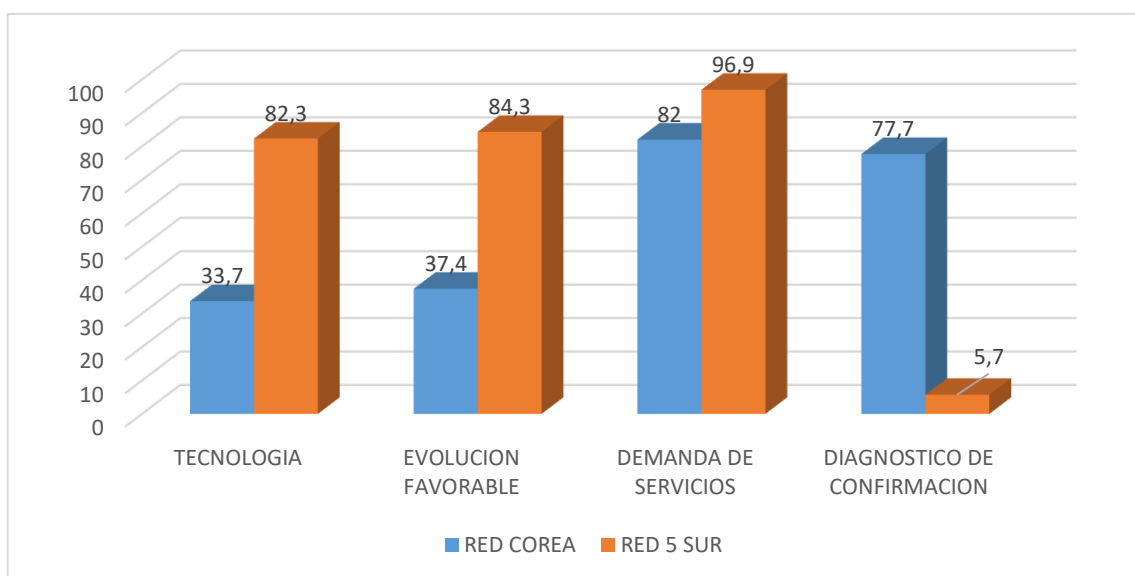


FUENTE. Elaboración propia. SNIS 2018 y 2019, red de Salud Corea y red de Salud 5 Sur

Podemos observar que el personal de los establecimientos de la Red de Corea justifica su referencia con los sub criterios 2, 3 y 4, la evolución del cuadro patológico no ha sido favorable con los tratamientos (53,7%), el sub criterio 3 se refirió a un establecimiento que no sobre pasa la demanda (63,6%) y ultimo sub criterio diagnóstico del hospital que recibe al paciente confirma o guarda relación con el diagnóstico de la referencia en un 60,6%, y el primer sub criterio la tecnología que requiere el usuario no existe en el primer nivel (48,3%)

En la Red de Salud 5 Sur justifica su referencia 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 sub criterio 3 se refirió a un establecimiento que no sobre pasa la demanda (99,7%) y ultimo sub 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%.

FIGURA 22. Interpretación de Sub criterios de evaluación de la variable JUSTIFICADO de la Red de Salud Corea y Red de Salud 5 Sur. Gestión 2019.



FUENTE. Elaboración propia. SNIS 2018 y 2019, red de Salud Corea y red de Salud 5 Sur

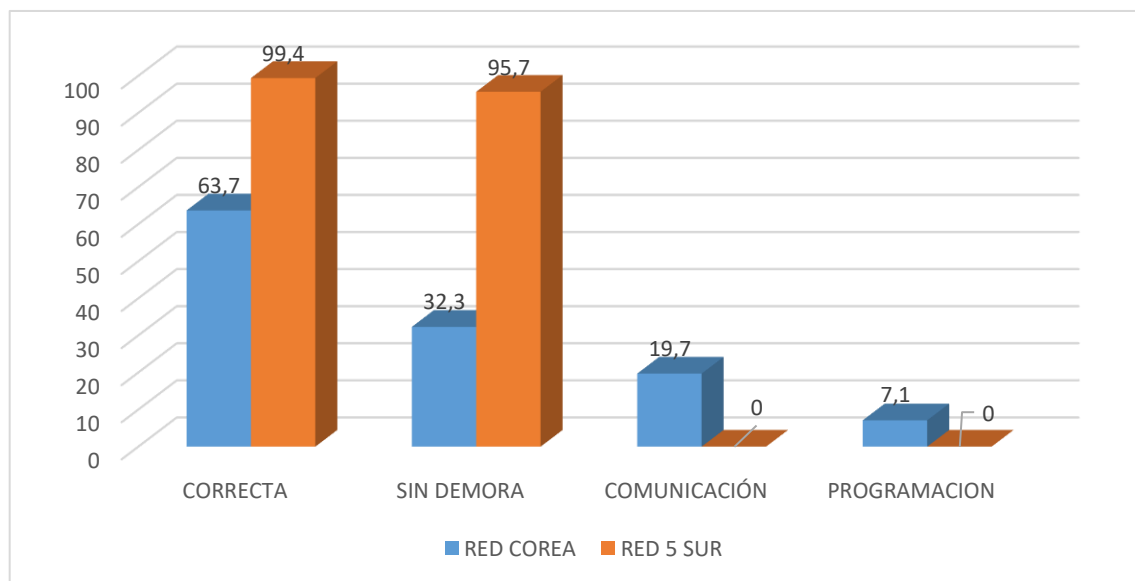
Podemos observar que el personal de los establecimientos de la Red de Corea justifica su referencia con los sub criterios 3 y 4. El sub criterio 3 se refirió a un establecimiento que no sobre pasa la demanda (82,0%), el cuarto sub criterio el diagnóstico del hospital que recibe al paciente confirma o guarda relación con el diagnóstico de la referencia (77,7%). Mientras que la tecnología que requiere el usuario no existe en el primer nivel alcanzo (33,7%), la evolución del cuadro patológico no ha sido favorable con los tratamientos (37,4%) respectivamente.

La Red de Salud 5 Sur justifica su referencia en los sus criterios 1, 2 y 3 con el primer sub criterios la tecnología que requiere el usuario no existe en el primer nivel (82,3%), en segundo sub criterio la evolución del cuadro patológico no ha sido favorable con los tratamientos (84,3%), con el sub criterio 3 se refirió a un establecimiento que no sobre pasa la demanda (96,9%) y ultimo sub criterio que dice el diagnóstico del hospital que recibe al paciente confirma o guarda relación con el diagnóstico de la referencia en un 5,7%.

CRITERIO OPORTUNO

Este criterio contiene 4 preguntas de las cuales el médico para cumplir con la referencia OPORTUNA debe cumplir con los 4 sub criterios.

FIGURA 23. Interpretación de Sub criterios de evaluación de la variable OPORTUNO de la Red de Salud Corea y Red de Salud 5 Sur. 2018.

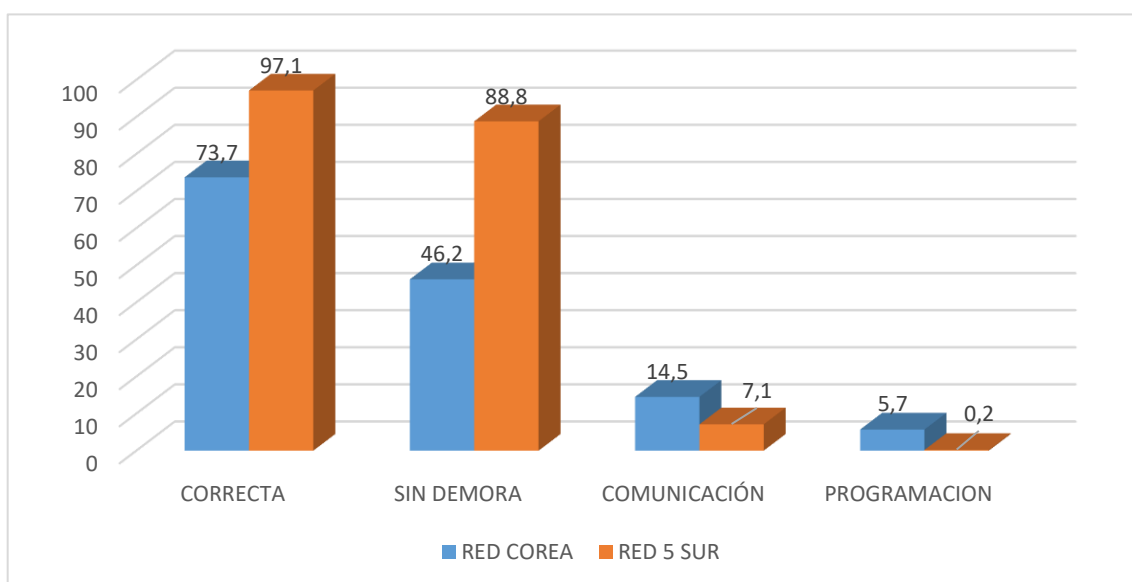


FUENTE. Elaboración propia. SNIS 2018 y 2019, red de Salud Corea y red de Salud 5 Sur

El personal médico de los establecimientos de salud de la Red 5 Sur en la gestión 2018 cumplió con dos sub criterios. La referencia se ha efectuado en el momento correcto conforme a los protocolos de diagnóstico y tratamiento sin demora innecesarios (99,4%). El traslado se ha realizado sin demora innecesaria una vez decidida la transferencia (razones mecánicas, bloqueos, otras extra médicos) (95,7%). Los demás criterios no llegaron a cumplir su objetivo mínimo. Se comunica de inmediato al hospital de referencia él envió del paciente más aún si se trata de una emergencia (6,2%). Hubo una programación de cita médica anticipada en casos de referencia que no son urgencia (cartera de servicios) (0%).

El personal médico de los establecimientos de salud de la Red Corea en la gestión 2018 cumplió con solo un sub criterio. La referencia se ha efectuado en el momento correcto conforme a los protocolos de diagnóstico y tratamiento sin demora innecesarios (63,7%). Los demás criterios no llegaron a cumplir su objetivo mínimo. El traslado se ha realizado sin demora innecesaria una vez decidida la transferencia (razones mecánicas, bloqueos, otras extra médicos) (32,3%). Se comunica de inmediato al hospital de referencia él envió del paciente más aún si se trata de una emergencia (19,7%). Hubo una programación de cita médica anticipada en casos de referencia que no son urgencia (cartera de servicios) (7,1%).

FIGURA 24. Interpretación de Sub criterios de evaluación de la variable OPORTUNO de la Red de Salud Corea y Red de Salud 5 Sur. Gestión 2019.



FUENTE. Elaboración propia. SNIS 2018 y 2019, red de Salud Corea y red de Salud 5 Sur

El personal médico de los establecimientos de salud de la Red Corea en la gestión 2019 cumplió nuevamente con solo un criterio. La referencia se ha efectuado en el momento correcto conforme a los protocolos de diagnóstico y tratamiento sin demora innecesarios (73,7%). Los demás criterios no llegaron a cumplir su objetivo mínimo. El traslado se ha realizado sin demora innecesaria una vez decidida la transferencia (razones mecánicas, bloqueos, otras extra médicos) (46,2%). Se comunica de inmediato al hospital de referencia él envió del paciente más aún si se trata de una emergencia (14,5%). Hubo una programación de cita médica anticipada en casos de referencia que no son urgencia (cartera de servicios) (5,7%).

El personal médico de los establecimientos de salud de la Red 5 Sur en la gestión 2019 nuevamente volvieron a cumplir con mismos sub criterios. La referencia se ha efectuado en el momento correcto conforme a los protocolos de diagnóstico y tratamiento sin demora innecesarios (97,1%). El traslado se ha realizado sin demora innecesaria una vez decidida la transferencia (razones mecánicas, bloqueos, otras extra médicos) (88,8%). Los demás criterios no llegaron a cumplir su objetivo mínimo. Se comunica de inmediato al hospital de referencia él envió del paciente más aún si se trata de una emergencia (7,1%). Hubo una programación de cita médica anticipada en casos de referencia que no son urgencia (cartera de servicios) (0,2%).

VIII. DISCUSIÓN

A nivel nacional no se dispone de información sobre evaluación de la efectividad de los procesos de RyCR en las distintas redes de salud. Como tampoco se observan los indicadores nacionales que reflejen el impacto sanitario de las RyCR en los distintos departamentos de Bolivia.

Estudios previos realizados en nuestro medio (Hospital La Paz, Sedes Santa Cruz, Sedes Cochabamba, Sedes Oruro) se comprobó que el sistema de referencia presenta múltiples irregularidades que dificultan la atención continua de los pacientes. Partiendo de esta realidad nos propusimos, evaluar el sistema de RyCR y elaborar una propuesta de mejora del sistema referencia y contrareferencia, que contribuya a homogenizar la información útil, que se intercambie y facilite la comunicación entre los profesionales de los diferentes niveles de atención. Consideramos que su implementación debe contribuir al fortalecimiento del sistema nacional de salud, partiendo del supuesto, de mejora el proceso de gestión del médico y brinda mayores garantías en la continuidad de la atención a los pacientes.

Durante el presente estudio se logró evidenciar al menos 6 tipos de formularios de referencias y contrareferencias que dificultaron la evaluación de la calidad ya que muchos no cumplían con los requisitos mínimos para el presente estudio. La existencia de un documento de referencia oficial para estos fines, favorece la uniformidad en la información que debe ser emitida hacia cualquier nivel de atención, y con ello se evita la omisión de datos que pueden resultar de interés en la valoración del paciente. Si bien este documento, fue con el paso de los tiempos cada vez más estudiada, hasta momento se continúa mejorando.

Otra de las dificultades que se pudo evidenciar es la poca legibilidad y la poca diferenciación de la ortografía ya que en algunos casos se tiene que

elaborar una propia historia clínica individual al momento de la recepción del paciente dentro de los servicios de recepción de pacientes.

Dentro los antecedentes internacionales se tiene el estudio sobre la calidad de la información donde concluye con la implementación de sistemas informativos en (Peru2020 y Chile 2017) que recalcan la necesidad de implementar estos sistemas informáticos para el avance sistema, junto con la tecnología actual ya que con este sistema informático se eliminaría flujos para los casos clínicos de urgencia, etiquetándolo con prioridad Alta. Además, se agrega una etapa intermedia entre el agendamiento de la cita y la confirmación. Esta etapa consiste en una verificación de los exámenes que el paciente debe traer consigo desde el establecimiento de APS.

Finalmente, se puede afirmar este trabajo cumple con los objetivos propuestos, ya que se evaluó la efectividad sistema RyCR en dos municipios del departamento de La Paz (municipio de El Alto y municipio de La Paz), que incluyó un sistema de monitoreo y control, con el fin de facilitar la gestión de dicho proceso y contribuir al logro de los objetivos de atención integral, oportuna y de calidad de los pacientes.

IX. CONCLUSIONES

Al comparar la efectividad de la referencia y la contrareferencia en las dos redes de salud (red Corea de El Alto y la red 5 sur de La Paz) debemos tomar en cuenta que la realidad y la situación de cada Red de salud es diferente. Si bien las redes de salud se encuentran en el departamento de La Paz pero en dos municipios diferentes que cuentan con población, recursos humanos y centros de salud diferentes.

De acuerdo con la norma de referencia y contrareferencia vigente, ambas redes de Salud deben ser evaluadas de acuerdo a estándares profesionales que se deben cumplir. Y los resultados obtenidos del formulario de Referencia y Contrareferencia tenemos que la EFECTIVIDAD en los criterios ADECUADO JUSTIFICADO Y OPORTUNO durante las gestiones 2018 y 2019 describe a la red 5 Sur con efectividad REGULAR en ambas gestiones en el llenado correcto del formulario de referencia y contrareferencia.

Con respecto a la calidad de registro del formulario durante la gestión 2018. La red Corea logro alcanzar casi los dos tercios del llenado de la totalidad de variables en estudio superando a la red 5 Sur que casi con el mismo registro, pero por debajo de la res corea.

En la gestión 2019, la red corea nuevamente mantiene los dos tercios de calidad del registro del formulario en relación a un ligero incremento de la red 5 Sur.

Revisando los sub criterios de referencia ADECUADO. El personal médico responsable de la referencia a otro establecimiento de mayor capacidad resolutive es responsable de llenar el formulario de referencia. Tenemos que este criterio tiene 7 sub criterios de la referencia.

Tenemos que durante la gestión 2018 la red corea llego a cumplir con dos sub criterios y la red 5 Sur que alcanzo a cumplir cuatro sub criterios de efectividad en la gestión 2018. Durante la gestión 2019 los resultados se mantienen sin mucha variación de efectividad en los sub criterios tanto en la red Corea como en la red 5 Sur.

Al hacer referencia a los sub criterios de referencia JUSTIFICADO Se justifican el envío del usuario a otro nivel de mayor complejidad. Tenemos que este sub criterio contiene 4 preguntas de las cuales lo malo pasa ser bueno porque con ellos se justifica la referencia.

En la gestión 2018 se cumplen tres sub criterios de efectividad en la red Corea y la red 5 Sur alcanzo a cubrir también tres sub criterios de efectividad. Ya en la gestión 2019 se aprecian variaciones en los resultados encontrados llegando la red Corea a dos sub criterios y la red 5 Sur tres sub criterios de efectividad justificada en la red 5 Sur.

Para cumplir con la referencia OPORTUNA El medico debe cumplir con los 4 sub criterios.

Se evidencia que durante la gestión 2018 se alcanza solo un sub criterio de efectividad en la red Corea y la Red 5 Sur cumplió con dos sub criterios de oportuno. Y en la gestión 2019 no se muestran diferencias llamativas manteniéndose con un sub criterio para la red Corea y dos sub criterios para la red 5 Sur.

Obteniéndose como resultado final del trabajo de investigación las siguientes conclusiones:

Existe gran desconocimiento sobre los criterios de calidad del Sistema de Referencia y Contrareferencia por parte del personal salud en ambas redes de salud en ambas gestiones.

Falta de socialización dentro los servicios de emergencias y establecimientos de mayor capacidad resolutive, para recibir y continuar atención medica mediante formularios de referencia y contrareferencia dentro del sistema de referencia departamental y nacional

La relación y comunicación con hospitales de referencia es débil y casi nula más aún si se tiene que realizar la referencia de emergencias. De manera interna cada Red junto a los Comités están evaluando los instrumentos y flujos de envío de pacientes dejando de lado el recurso humano de la referencia entre niveles.

No se cuenta con servicios de ambulancia a disposición para las referencias de urgencia/emergencia, ni 24 horas con mayor porcentaje en la red de salud Corea de la ciudad de el Alto.

Porcentaje de referencias injustificadas, por falta de capacitación y personal médico por parte del personal de Salud de ambas redes y con mayor porcentaje en la red 5 Sur.

Comités de Referencia y Contrareferencia con poco apoyo dentro de las Redes de Salud en estudio, sin embargo, la Red de salud Corea cuenta con reglamentos de referencia y contrareferencia bien establecidos dentro de su área de influencia.

Diversidad de formularios de Referencia y contrareferencia dentro de la red de Salud Corea y envío de pacientes de centros de salud de rural que no cuentan con casillas para evaluar los criterios de Adecuado – Justificado – Oportuno y su llenado.

Falta de compromiso por parte del personal de cumplir con el propósito del Sistema de Referencia y Contrareferencia en ambas Redes de estudio.

X. RECOMENDACIONES

Con el fin de brindar apoyo al sistema de referencia de ambas redes de salud surgen las siguientes recomendaciones extraídas de los resultados encontrados.

Se sugiere Fortalecer la socialización técnico administrativo de Gerencia con sus diferentes unidades para el cumplimiento en el desarrollo de los programas y sistemas administrativos de la gestión pública Subsistema de planificación, Subsistema de organización administrativa SOAP y Subsistema administrativo de personal SAP, y principalmente con el Sistema Nacional de Emergencias en Salud durante gestión 2020 en las Redes de Salud.

Fortalecer los Comités de Referencia y Contrareferencia e implementar el comité de Calidad y satisfacción del usuario para mejorar la calidad de atención en los servicios de salud de las Redes de salud.

Fortalecer la aplicación técnica administrativa de Gerencia con sus diferentes unidades para el cumplimiento en el desarrollo de los programas y sistemas administrativos, en las Redes de salud a partir de la gestión 2020.

La propuesta de rediseño propone cambios tanto en el proceso de referencia como de contrareferencia.

Rediseñar una boleta virtual dentro del sistema informático a nivel nacional que este siempre disponible en las consultas o cuerpos de guardia para referir a cualquier paciente que lo requiera, incluso aquellos que residen fuera del área urbana y rural.

Elaborar un rediseño que en la referencia propone flujos para los casos clínicos de urgencia, etiquetándolo con prioridad Alta. Además, se agrega una etapa intermedia entre el agendamiento de la cita y la confirmación. Esta etapa

consiste en una verificación de los exámenes que el paciente debe traer consigo desde el establecimiento de APS.

Con relación a la contrareferencia mejorar cambios importantes en el retorno del paciente y sus recomendaciones posteriores al tratamiento realizado.

Los rediseños informáticos desde la Ingeniería electrónica se vinculan con la aplicación de herramientas electrónicas que permiten una mayor eficacia y eficiencia. En el sector de salud pública el componente del comportamiento organizacional será vital éxito o fracaso de la propuesta de rediseño, ya que se tiene que es un sector fuertemente burocratizado y jerarquizado. En los cuales no es fácil implementar iniciativas que no provengan de un médico, o de un director.

Por lo tanto, el éxito de la implementación de la propuesta va a depender de quienes lideren el proceso, y como logren convencer a los médicos de que les beneficia utilizar este sistema de referencia y contrareferencia informático, ya que si ellos no adhieren a los procesos la información no tendrá relevancia.

Por último, gestionar nuevas construcciones de mayor resolución, aperturas y ampliaciones de establecimientos de salud dentro del sistema de salud departamental y nacional.

SUGERENCIAS

Continuamente el nivel nacional impulsa el sistema de referencia y contrareferencia, sin tener una visión clara de las necesidades primordiales y capacidad resolutoria de los centros de primer nivel, ya que el manejo de este programa se sigue dejando a los centros de salud de primer nivel, que muchas veces cuentan personal insuficiente con débil y nula capacidad resolutoria.

De manera general el presente estudio propone coadyuvar a mejorar la efectividad de Sistema de RyCR denotando las virtudes y deficiencias del programa de referencia y contrareferencia de ambas redes de salud, integrando elementos de la norma nacional de salud con todos los programas de salud vigentes para mejorar la calidad de registro y así mejorar la efectividad del sistema de referencia y contrareferencia.

Partiendo de este análisis, se sugiere diseñar un nuevo instrumento de referencia y contrareferencia que cumpla con los principios siguientes: único, práctico, integrador y permanente las 24 horas para ser portado por el propio paciente durante la transferencia como también un sistema informático enlazado a nivel nacional.

Mejorar los formatos y registros estandarizados no se aplican a nivel local ni departamental, actualmente seguimos con las deficiencias de equipos de comunicación y transporte para traslados, escaso apoyo financiero para el mantenimiento y sostenibilidad de los sistemas de referencia y contrareferencia.

Crear y disponer de incentivos o sanciones sobre la implementación y operativización del sistema de RyCR a nivel local, departamental y nacional.

Estas observaciones influyen en la referencia adecuada, justificada y oportunas sin embargo, existe un consenso en la literatura, e incluso, dentro de los mismos médicos mediante la Norma Nacional de caracterización de los Sistemas de Emergencias en Salud de los distintos niveles de atención, acerca de la importancia de un sistema de referencia y contrareferencia en la provisión de una atención médica de calidad y digna, de una continuidad del tratamiento y de un uso eficiente tanto de los recursos médicos como administrativos, que incluya un sistema de monitoreo y control, con el fin de facilitar la gestión de dicho proceso y contribuir al logro de los objetivos de atención integral, oportuna y de calidad de los pacientes.

XI. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Decreto Supremo N° 3813,. “Hacia el Sistema Unico de Salud, Universal y Gratuito”. 2019. Ley modificatoria a la Ley N° 475 del 30 de Diciembre de 2013, de prestaciones de Servicios de Salud Integral del estado Plurinacional de Bolivia, Modificada por Ley N° 1069 de 28 de Mayo de 2018.
2. Servicio Departamental de Salud LP. Estructura de Establecimientos de Salud e Isocronas. 100th ed. Servicio Departamental de Salud LP, editor. La Paz: Sistema Departamental de Informacion en Salud; 2019.
3. Lam Díaz RM. Los términos: eficiencia, eficacia y efectividad ¿son sinónimos en el área de la salud? Revista Cubana de Hematología, Inmunología y Hemoterapia. 2008 Mayo-Agosto; 24(2): p. 1561-2996.
4. George Quintero RS, Laborí Ruiz R, Bermúdez Martínez LA, Gonzales I. Aspectos teóricos sobre eficacia, efectividad y eficiencia en los servicios de salud. Revista de Informacion Cientifica. 2017 Noviembre; 96(6).
5. Ministerio de Salud y Deportes B. Norma Nacional de Referencia y Retorno. 104th ed. Mary Elizabeth Tejerina Ortiz JSV, editor. La Paz: Documentos Tecnico Normativos, Ministerio de Salud y Deportes; 2008.
6. Ministerio de Salud y Deportes B. Norma Nacional de la Red Municipal de Salud Familiar Comunitaria e Intercultural y Red de Servicios. Documentos Técnico – Normativos ed. Mary Elizabeth Tejerina Ortiz JSV, editor. La Paz: Documentos Tecnico Normativos, Ministerio de Salud y Deportes; 2008.
7. Ministerio de Salud y Deportes B. Reglamento para la aplicacion tecnica administrativa y financiera de la Ley N° 1152. Documentos Tecnico Normativos ed. Deportes mdSy, editor. La Paz: Ministerio de salud y deportes; 2019.
8. Hernández A, C. “Evaluacion del Sistema de Referencia y Contrareferencia de la Atencion Obstetrica en el Hospital General del Altiplano, de Apan Hidalgo 2016. 2016. Proyecto terminal para obtener el Grado de Maestria en Salud Publica.
9. Ministerio de Salud y Deportes B. Norma Nacional de Referencia y Contrareferencia. Documentos Tecnico Normativos ed. Mary Elizabeth Tejerina Ortiz JSV, editor. La Paz: Ministerio de Salud y deportes; 2013.
10. Ministerio de Salud y Deportes B. Norma Nacional de Caracterizacion del Sistema de Emergencias en Salud. Documentos Tecnico Normativos ed. Omar Flores Velasco ETS, editor. La Paz: Ministerio de Salud y Deportes; 2017.

11. Organization WH. <http://www.who.int/dg/20080915>. [Online].; 2008 [cited 2021 Octubre 12]. Available from: [http://www.who.int/dg/20080915/es/consultado 20 de junio de 2015](http://www.who.int/dg/20080915/es/consultado%20de%20junio%20de%202015).
12. Fuentes Reverón S. El acceso a los servicios de salud: consideraciones teóricas generales y reflexiones para Cuba. *Revista Cubana de Salud Pública*. 2017 mayo; 43(2).
13. Organización panamericana de la Salud OPS. Servicios de emergencias médicas prehospitalarias. REpositorio Institucional para el Intercambio de Información en Salud. 2020 Marzo; 4(4).
14. Organization. PAH. Declaración del Alma-Ata. In Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud; 1978; URSS. p. 1-3.
15. Facultad de Medicina UdC. www.medicina.uchile.cl/. [Online].; 2018 [cited 2021 Junio 13]. Available from: <http://www.medicina.uchile.cl/vinculacion/extension/declaracion-de-alma-ata>.
16. Agreda García S, Berrios Arcienega K, Martínez Aguilar TyMLM. Referencia y Contrareferencia ¿Una utopía aplicable? *Archivos Bolivianos de Medicina*. 2013 Diciembre; 20(88).
17. Organización Panamericana de la Salud O. Sistemas de Salud basados en la Atención Primaria de Salud. Estrategias para el desarrollo de los equipos de APS. La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. 2008 Enero; 1(NLM WA 546.1).
18. Salud Familiar comunitaria e Intercultural S. Curso de educación permanente en Salud familiar Comunitaria Intercultural y Sistema único de Salud. 2016. curso de Educación Permanente en Salud Familiar Comunitaria Intercultural y Sistema Único de Salud.
19. Quimbert Montes , Mejía Salas H. Análisis de la referencia de pacientes a un hospital de tercer nivel pediátrico. *Revista de la Sociedad Boliviana de Pediatría*. 2013 Diciembre; 52(1).
20. Ministerio de Salud y Deportes B. Manual de Aplicación de Procedimientos SUMI. Documentos Técnico Normativos ed. Deportes MdSy, editor. La Paz: Ministerio de Salud y Deportes; 2012.
21. Ministerio dsyd. Norma Nacional de caracterización del Sistema Nacional de emergencias en salud. Documentos Técnico Normativos ed. Deportes MdSy, editor. La Paz: Ministerio de Salud y Deportes; 2017.
22. Soto Villalta J. "Implementación de la Norma de Referencia y Contrareferencia en Obstetricia en los Hospitales Materno Infantiles del Sector Público de Salud, ciudad de la Paz y El Alto, Gestión 2014". 2014. Propuesta de Intervención presentada para optar al Título de Especialista en Gestión de Calidad y Auditoría Médica.

23. Defensoria del Pueblo B. Informe Defensorial Situación de los Centros de Salud Integrales de Primer Nivel en el Marco del Sistema Nacional de Salud. Informe Defensorial Situación de los Centros de Salud Integrales de Primer Nivel en el Marco del Sistema Nacional de Salud. La Paz: Defensoria del Pueblo, La Paz; 2019. Report No.: 5000.
24. Lopez Ruiz RAMPLC. Sistema de Referencia y Contra referencia del Hospital San Pablo de Huacareta 2013. Archivos Bolivianos de Medicina. 2013 Diciembre; 10(88).
25. Terrazas Uria ML. Red de Servicios de Referencia y Contrareferencia. Archivos del Hospital La Paz, La Paz-Bolivia. 2007 Julio-Diciembre; 5(2).
26. Antezana Silva D. Fortalecimiento de las redes rurales de salud materna infantil con enfoque de derechos, interculturalidad y genero. In II CdR, editor. Fortalecimiento de las Redes Rurales de Salud Materna Infantil. Cochabamba: JICA/FORZA; 2010. p. 14, 15, 18, 19,20.
27. Servicio Departamental de Salud SC. Manual de Referencia y Contrareferencia. 2nd ed. SEDES SC, editor. Santa Cruz-Bolivia: Documentos Tecnico Normativos; 2012.
28. Servicio Departamental de Salud LP. Comite de Referencia y Contrareferencia del Departamento de La Paz. Orientar y regular el Sistema de Referencia y Contrareferencia. La Paz: Servicio Departamental de Salud La Paz, La Paz; 2019. Report No.: 100.
29. De la Cruz Rojas R. Calidad del Registro de Referencia en el Sistema Web y Diferimiento de Citas de un Hospital Nivel III-E ESSALUD, 2019. 2020. Tesis para la obtencion del Titulo de. Maestro en Gestion de Servicios de Salud.
30. Sausa Huaman BE. Factores de Optimizacion del Sistema de Referencia y Contrareferencia en la Red Desconcentrada Sabogal. 2018. Tesis para optar el titulo de Maestria en Gestion de Servicios de Salud.
31. Amigo Acuña FF. Propuesta de Rediseño del Sistema de Referencia y Contrareferencia en la Red de Servicios de Salud Metropolitano Occidente. 2017. Memoria para optar el titulo de Ingeniero industrial - Santiago de Chile.
32. Ministerio de Salud y Deportes B. Plan estrategico Institucional 2016-2020. Documentos tecnico Normativos ed. Mary Elizabeth Tejerina Ortiz JSV, editor. La Paz: Ministerio de Salud y Deportes; 2013.
33. Ministerio de Salud y Deportes B. Norma Nacional de caracterizacion de Hospitales de Segundo Nivel. Documentos tecnico normativos ed. Deportes MdSy, editor. La Paz: Ministerio de Salud y Deportes; 2014.
34. Sanizo Zeballos LM. Análisis de Oferta Integral de Servicios en la Red Funcional Integrada de Servicios de Salud Corea Municipio de El Alto Bolivia - 2017. 2017. Tesis de Grado

presentada para optar al título de Magister Scientiarum en Salud Pública mención Gerencia en Salud.

35. Conde Miranda AO, Flores Benito AMP. Auditoria especial sobre cumplimiento al reglamento interno del Personal del SEDES La Paz de la Red de Salud Corea- El Alto. 2011. Trabajo Dirigido para optar Título de Maestria en Salud Publica.
36. Presidencia de la Republica DS2. Modelo de Gestion y Directorio Local de salud. 2002. Sistema Nacional de Salud.
37. Direccion de Planificiacion y Control. Plan de Desarrollo Municipal 2007-2011. Diagnostico Municipal ed. Participativa UdP, editor. La Paz: Unidad de Planificación Participativa; 2011.
38. Montenegro H, Al e. Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su implementación en las Américas. OPS/OMS ed. Reos MI, editor. Washington: OPS; 2010.
39. Poma NQ. "La economia Informal en la Ciudad de El Alto; Periodo (1999 al 2011)". 2013. Tesis de grado para oprtar el titulo de Maestro en Salud Publica.
40. Ministerio de Salud y Deportes B. Bases para la Organización y Funcionamiento del Proyecto Nacional de Calidad en Salud (PRONACS). Documentos tecnico normativos ed. Eduardo OLJ, editor. La Paz: Ministerio de Salud y Deportes; 2008.
41. Secretaria Municipal de planificacion para el D. Pacto Fiscal. Secretaria Municipal de Finanzas; ed. Finanzas SMd, editor. La Paz: Secretaria Municipal de Finanzas; 2017.
42. Jimenez RE. Indicadores de calidad y eficiencia de los servicios hospitalarios. Una mirada actual. Rev Cubana Salud Pública. 2004 Ene-Mar.; 30(1): p. 30.
43. Sánchez Guillaume JL. Un acercamiento a la medicina de urgencias y emergencias. MEDISAN. 2018 Julio-Agosto; 7(22).
44. Llave R, Enrique R. Plan de referencia y contra referencia para mejorar la oferta de servicios de salud en la consulta externa de los hospitales II-1 en la provincia de Trujillo: 2014-2016. Revista Ciencia y Tecnologia. 2016 Septiembre; 85(103): p. 85-103.
45. Presidencia de la Republica RdB. Decreto Ley Nº 15629, 18 de julio de 1978. 1978.Codigo de Salud de la Republica de Bolivia.
46. Ministerio de Salud y Deportes B. Norma Nacional de Referencia y Contrareferencia. Documentos Tecnico Normativos ed. Mary Elizabeth Tejerina Ortiz JSV, editor. La Paz: Ministerio de Salud y Deportes; 2013.
47. Presidente de la Republica PCdIR. Decreto Supremo Nº 26875, 21 de diciembre de 2002.

2002. Directorios Locales de Salud - DILOS.
48. Ministerio de Salud y Deportes B. Norma Nacional de Red de Salud Familiar Comunitaria e Intercultural. Documentos Técnico Normativos ed. Mary Elizabeth Tejerina Ortiz JSV, editor. La Paz: Ministerio de Salud y Deportes; 2008.
 49. Presidencia de la Republica PCdIR. Decreto Supremo N° 29601, 11 de junio de 2008. 2008. (Coordinador de la red de servicios).
 50. Presidencia de la Republica PCdIR. Ley N° 3941, 21 de octubre de 2008. 2008. Honorable Congreso Nacional.
 51. Estado Plurinacional de Bolivia B. Ley N° 031 Ley de 19 de Julio de 2010. 2010. Ley Marco de Autonomías y Descentralización.
 52. Presidente Constitucional del Estado Plurinacional B. Ley Marco de Autonomías y Descentralización "Andrés Ibáñez", 19 de julio de 2010. 2010. Ley Marco de Autonomías y Descentralización "Andrés Ibáñez".
 53. Presidente Constitucional del Estado Plurinacional B. Ley N° 475, de prestaciones de servicios de salud integral del Estado Plurinacional de Bolivia, DS N° 1984, 30 de abril de 2014. 2014. Prestaciones de Servicios de Salud Integral, del Estado Plurinacional de Bolivia.
 54. Presidente Constitucional del Estado Plurinacional B. Ley 1152 Sistema Único de Salud Bolivia. 2019. Sistema Único de Salud Bolivia.
 55. Ministerio de Salud y Deportes B. Norma Nacional de caracterización de establecimientos de Primer Nivel. Documentos Técnico Normativos ed. Ministerio de Salud y Deportes , editor. La Paz: Ministerio de Salud y Deportes; 2013.
 56. Ministerio de Salud y Deportes. Norma Nacional de Referencia y Retorno. Documentos Técnico Administrativos ed. Deportes MdSy, editor. La Paz: Ministerio de Salud y Deportes; 2008.
 57. Servicio Departamental de Salud LP. Portal WEB, Servicio Departamental de Salud SEDES La Paz. [Online].; 2021 [cited 2021 Agosto 3. Available from: <https://www.sedeslapaz.gob.bo/content/redes-de-servicios-de-salud>.
 58. Ministerio de Salud C. Norma de Referencia y Contrareferencia. Ministerio de salud Chile ed. Chile Mds, editor. Santiago: Ministerio de salud Chile; 2016.
 59. Ministerio de Salud y Deportes B. Red Municipal de Salud Familiar Comunitaria e Intercultural -Red Municipal SAFCI- Y Red de Servicios. 2008. Documentos técnico normativos.

60. Servicio Departamental de Salud LP. Manual del Servicio Social Rural Obligatorio - Salud para La Paz. In Paz SDdSL, editor. Salud para La Paz. La paz: Servicio Departamental de Salud; 2019. p. 1-426.
61. Guzmán GE. Redes Funcionales integradas de Salud (REFISS). OPS/OMS-Bolivia ed. OPS/OMS-Bolivia , editor. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud; 2015.
62. Organo Ejecutivo del Estado Plurinacional DSN2. Atribuciones del Ministro de Salud. 2009. Decreto Supremo N° 29894.
63. Ministerio de Salud y Deportes B. Manual de Acreditación de Hospitales de Establecimientos de Salud. Documentos tecnico normativos ed. All MCRE, editor. La Paz: Gacely; 2007.
64. Ministerio de Salud y Deportes B. Guia de Evaluación y Acreditación de Establecimientos de Salud Segundo Nivel. Documentos tecnico normativos ed. Lourdes MC, editor. La Paz: Ministerio de salud y deportes; 2008.
65. Ministerio de Salud y Deportes B. Guia de Evaluación y Acreditación de Establecimientos de Salud de tercer Nivel. Documentos tecnico normativos ed. Lourdes MC, editor. La Paz: Ministerio de salud y deportes; 2008.
66. Vásquez Jiménez A. Revista Jurídica Derecho. Revista Jurídica Derecho. 2014 Julio; 1(1).
67. Organizacion Panamerica de la Salud O. Perfil de los Sistemas de Salud. Tercera ed. Internacional AAEdC, editor. Washington DC: OPS/OMS; 2007.
68. Presidencia de la Republica Pdlr. Decreto Supremo N° 25060. 1998. En Consejo de Ministros.
69. Parra Moscoso MS. Propuesta de un Modelo de Gestion Publica de Referencia - Contrareferencia para optimizar la calidad de servicio al paciente en una Microred Hospitalaria de Lima. 2017 diciembre 31. Trabajo Final para optar el Titulo de Maestro en Salud Publica.
70. Peñaherrera Yáñez JL. Comparación de la funcionalidad del sistema de referencia y contrareferencia antes y después de restaurar al primer nivel de atención como puerta de entrada obligatoria al sistema de salud, en el Distrito de Salud 17D01 - Nanegalito, período 2011-2013. 2015 Febrero 31..
71. Cordova Archundia CB. Subsistema de referencia, derivación, contrareferencia, referencia inversa y transferencia del Sistema Nacional de Salud. Factores que inciden en la demanda de usuarios del área de emergencia del Hospital Básico Playas durante julio - diciembre del 2014. 2016 Mayo 31..

72. Ministerio de Salud y Deportes B. Salud Familiar Comunitario Intercultural. 304th ed. Huanca R, editor. La Paz: Documento Estratégico Versión Didáctico; 2011.
73. Organización Mundial de la Salud O. La Atención Primaria de Salud Más necesaria que nunca. 12th ed. Salud OMDI, editor. Ginebra-Suiza: World Health Report; 2008.
74. George QRS LRBMI. Aspectos teóricos sobre eficacia, efectividad y eficiencia en los servicios de salud. Revista Información Científica. 2017 Diciembre; 96(6): p. 1153-1163.
75. Herrera Castellanos M. Bioestadístico. [Online].; 2021 [cited 2021 Agosto 11. Available from: <http://www.bioestadistico.com/index.php?option=com>.
76. Rapaport J. Diccionario de Acción Humanitaria y Cooperación al Desarrollo-Atención Primaria en Salud Barcelona: Icaria&Hegoa; 2008.
77. Llanos Zavalaga Lf, Orellana Vásquez AT, Aguado Taquire HF. Evaluación inicial del Sistema de Referencia y Contrarreferencia ambulatoria en la DIRIS Lima Norte, desde los centros materno infantiles. Revista Medica Herediana. 2019;; p. 91-102.
78. Gutiérrez Fernández R. La humanización de (en) la Atención Primaria. Revista Clínica de Medicina de Familia. 2017 Febrero; 10(1).
79. Pereda Rodríguez Jea. Urgencias clínicas. Comportamiento según su gravedad. Revista Cubana de Medicina General Integral. 2001 julio-agosto; 17(4).
80. Saeteros Cordero Je, colaboradores y. patologías más frecuentes en servicios de emergencias pediátricas. FAc ciencias medicas Universidad de Cuenca. 2014 diciembre.
81. Luis Toro MPF24. Epidemia de COVID-19 en Chile: impacto en atenciones de Servicios de Urgencia y Patologías Específicas. Revista médica de Chile. 2020 abril; 148(4).
82. <https://www.cns.gob.bo> CNdS. Presentación de PowerPoint - Caja Nacional de Salud. Auditoría externa. La Paz: Caja nacional de Salud, La Paz; 2020. Report No.: 1.
83. DELSOL. <https://www.sdelsol.com/>. [Online].; 2021 [cited 2021 MAYO 3. Available from: <https://www.sdelsol.com/>.
84. <https://www.minsalud.gob.bo/>. <https://www.minsalud.gob.bo/>. [Online].; 2020 [cited 2020 marzo 10. Available from: <https://www.minsalud.gob.bo/>.
85. Alves Cunha ALMPDF1AAQCMPDF1,ÁHM3. Breve historia y fisiopatología del covid-19. scielo. 2020 Julio; 1(61).
86. <https://www.bbc.com/mundo/noticias-america-latina>. <https://www.bbc.com/mundo/noticias-america-latina>. [Online].; 2020 [cited 2020

- diciembre 25. Available from: <https://www.bbc.com/mundo/noticias-america-latina>.
87. <https://fundacionio.com/salud-io/enfermedades/virus/coronavirus-covid-19/>.
<https://fundacionio.com/salud-io/enfermedades/virus/coronavirus-covid-19/>. [Online].; 2021 [cited 2021 ENERO 3. Available from: <https://fundacionio.com/salud-io/enfermedades/virus/coronavirus-covid-19/>].
88. <https://www.paho.org/es/temas/coronavirus/brote-enfermedad-por-coronavirus-covid-19/definiciones-casos-para-vigilancia>.
<https://www.paho.org/es/temas/coronavirus/brote-enfermedad-por-coronavirus-covid-19/definiciones-casos-para-vigilancia>. [Online].; 2021 [cited 2021 JUNIO 20. Available from: <https://www.paho.org/es/temas/coronavirus/brote-enfermedad-por-coronavirus-covid-19/definiciones-casos-para-vigilancia>].
89. J.A. Mirón Canelo MAS. Medidas de frecuencia, asociación e impacto en investigación aplicada. Medicina y Seguridad del Trabajo. 2008 JUNIO; 54(211).
90. X. RVF. <https://manualdelinvestigador.blogspot.com/2015/05/una-introduccion-al-analisis-en-la.html>. [Online].; 2015 [cited 2021 MAYO 29. Available from: <https://manualdelinvestigador.blogspot.com/2015/05/una-introduccion-al-analisis-en-la.html>].
91. Cruz RLM.
http://eprints.rclis.org/6015/1/An%C3%A1lisis_documental_indizaci%C3%B3n_y_resumen.pdf. [Online].; 2015 [cited 2021 junio 20. Available from: http://eprints.rclis.org/6015/1/An%C3%A1lisis_documental_indizaci%C3%B3n_y_resumen.pdf].
92. Echeverri L ME. Derecho a la salud, Estado y globalización. 24th ed. Rodríguez ÓS, editor. Medellín: Universidad de Antioquia; 2006.
93. Langdon EJ. Antropología, Salud y Enfermedad; una introducción al concepto de cultura aplicado a las ciencias de la salud. Revista latino-am Enfermagem. 2010 Junio; 18(3).
94. Salud OPdl. Estrategias para el desarrollo de los equipos de APS - PAHO. OPS/OMS ed. carmen N, editor. Washington DC: OPS/OMS; 2008.
95. Report WH. La atención primaria de salud. Organización Mundial de la Salud ed. Robin-Wahlin PByF, editor. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2008.
96. Autoridad de la Supervisión de la Seguridad Social. GUÍA PRÁCTICA DE ATENCIÓN AL. 1st ed. Autoridad de la Supervisión de la Seguridad Social , editor. La Paz: Autoridad de la Supervisión de la Seguridad Social a corto plazo; 2020.
97. Ministerio de Salud y Deportes b. Guía para el manejo del COVID-19. 1st ed. Ministerio de

salud y Deportes , editor. La Paz-Bolivia: Ministerio de Salud; 2020.

98. Serra Valdés MA. Las enfermedades crónicas no transmisibles y la pandemia por COVID. finlay. 2020 Julio; 10(2).
99. Alfaro Alfaro N. Los determinantes sociales de la salud y las funciones esenciales de la salud pública social. Medigraphic.com. 2014 jul; 1(1).
- 100 Medlineplus. Medlineplus.gov. [Online].; 2021 [cited 2021 mayo 15. Available from: . <https://medlineplus.gov>.
- 101 Organización Mundial de la Salud I. <https://www.who.int/es>. [Online].; 2021 [cited 2021 mayo 9. Available from: <https://www.who.int>.
- 102 Tipos de Investigación. <https://www.tiposdeinvestigacion.org>. [Online].; 2021 [cited 2021 Junio 10. Available from: <https://www.tiposdeinvestigacion.org>.
- 103 Fajardo Gutierrez A. Medición en epidemiología: prevalencia, incidencia, riesgo, medidas de impacto. Revista Alergia Mexico. 2017 Marzo; 64(1).
- 104 Caja Nacional de Salud. Caja Nacional de Salud. [Online].; 2021 [cited 2021 febrero 11. Available from: <https://www.cns.gob.bo>.
- 105 Pan American Health Organization. <https://WWW.PAHO.ORG>. [Online].; 2021 [cited 2021 Marzo 15. Available from: <https://WWW.PAHO.ORG>.
- 106 Organización Mundial de la Salud. Brote de enfermedad por coronavirus (COVID-19). [Online].; 2021 [cited 2021 mayo 3. Available from: <https://www.who.int/covid-19>.
- 107 Salud OMDI. Constitución de la Organización Mundial de la Salud. In OMS , editor. Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Ginebra: OMS; 2015. p. 45.
- 108 Ministerio de Salud y Deportes B. Plan sectorial de desarrollo 2011 - 2015. Documentos Políticos ed. Dupuy J, editor. La Paz: Ministerio de Salud y Deportes; 2010.

XII. ANEXOS

ANEXO 1. FORMULARIO DE REFERENCIA Y CONTRRREFERENCIA



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. F.R. P.A. TEMP. PESO:

RESUMEN DE ANANMESIS Y EXAMEN CLINICO:
.....
.....
.....

RESULTADOS EXAMENES COMPLEMENTARIOS DE DIAGNOSTICO
.....
.....

DIAGNÓSTICOS PRESEUNTIVOS

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

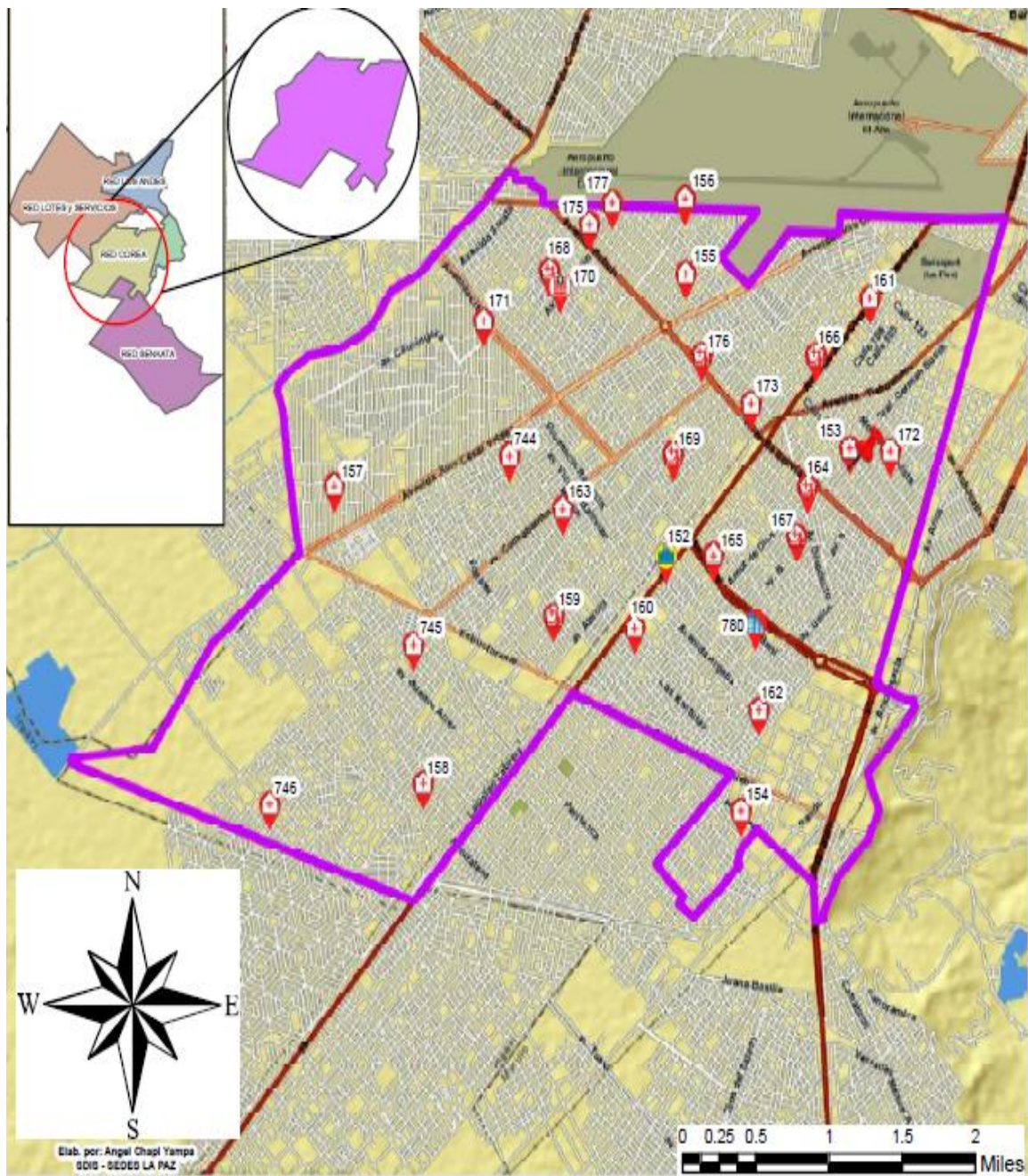
MEDICO RESPONSABLE DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD RECEPTOR

PUBLICO
SEGURO
OTRO

FIRMA DEL MEDICO

SELLO

ANEXO 2. ISOCRONAS DE LA RED DE SALUD COREA. EL ALTO



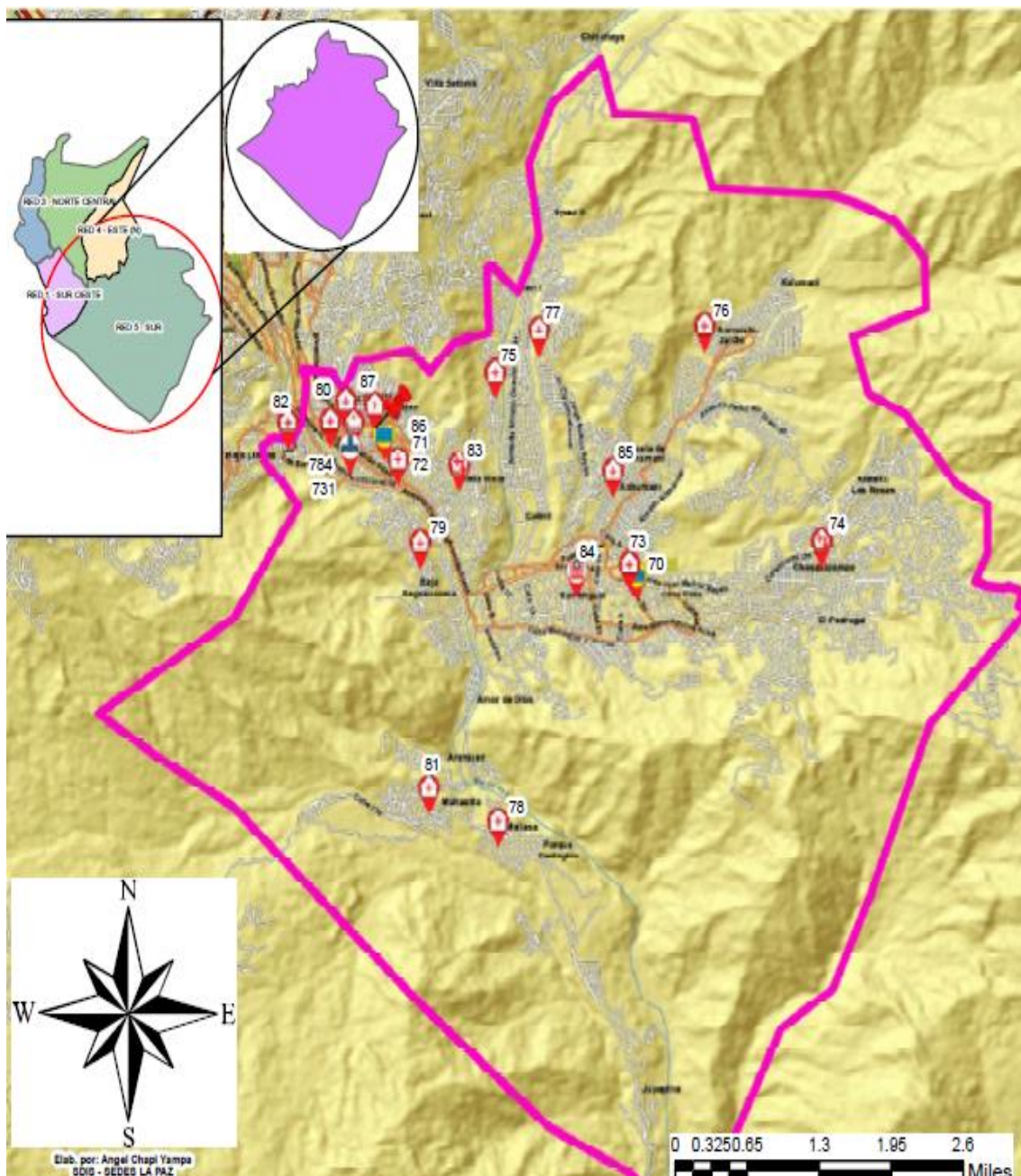
Fuente: Estructura de Establecimientos de Salud e Isochronas (2)

ANEXO 3. CENTROS DE SALUD Y HOSPITALES QUE COMPONEN LA RED DE SALUD COREA. EL ALTO.

DE:	A: Establecimiento de Salud	DISTANCIAS en Km.	Tiempo aproximado
RED COREA	132 HOSPITAL MUNICIPAL BOLIVIANO COREANO	sd	sd
	133 SANTIAGO II	3 Km	19 Min.
	134 SAN JUAN KENKO	3,3 Km.	28 Min
	135 CALAMA	3,3 Km.	24 Min.
	136 LUIS ESPINAL (EL ALTO)	3 Km.	15 Min.
	137 COSMOS 79	3,7 Km	45 Min.
	138 SAN MARTIN	3,6 Km.	45 Min.
	139 3 DE MAYO	3,6 Km.	20 Min.
	160 6 DE JUNIO	2,9 Km.	24 Min.
	161 PREFECTURAL	1,4 Km.	12 Min.
	162 URBANIZACION KENKO	2,6 Km.	21 Min.
	163 ROMERO PAMPA	3,2 Km.	25 Min.
	164 COPACABANA	3,2 Km.	24 Min.
	165 ASUNCION SAN PEDRO	1,9 Km.	15 Min.
	166 VILLA AVAROA	1 Km.	29 Min.
	167 NUEVOS HORIZONTES	1 Km.	7 Min.
	168 VILLA ADELA	3,7 Km.	29 Min.
	169 1RO DE MAYO	2 Km.	16 Min.
	170 POL. VILLA ADELA	sd	sd
	171 PRO MUJER COLLPANI	sd	sd
	172 PRO MUJER SANTIAGO II	sd	sd
	173 PRO MUJER VILLA ADELA	sd	sd
	175 SAN SEBASTIAN	sd	sd
	176 CLINICA JESUS OBRERO	sd	sd
	177 MUJER Y FAMILIA	sd	sd
	744 SAN JOSE DE CHARAPAQUI II	sd	sd
	745 ALTO CHUINI- U.V.A.	sd	sd
	746 CHUINI CHICO- U.V.A.	sd	sd
	780 CENTRO DE SALUD RENAL "SAN JUAN BAUTISTA" UNIDAD DE HEMODIALISIS	sd	sd

Fuente: Estructura de Establecimientos de Salud e Isocronas

ANEXO 4. ISOCRONAS DE LA RED DE SALUD 5 SUR. LA PAZ.



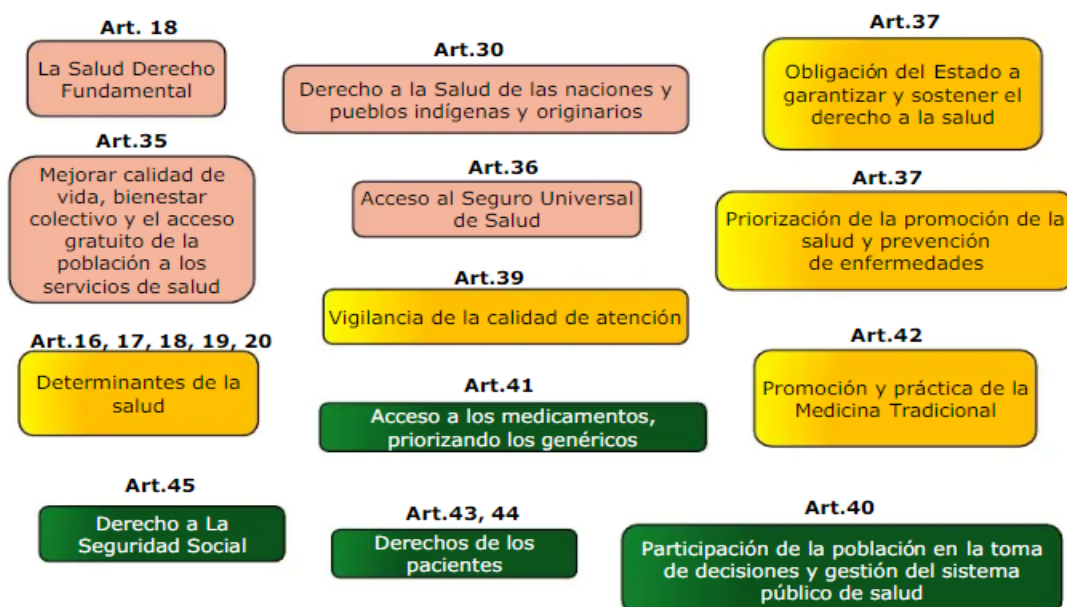
Fuente: Estructura de Establecimientos de Salud e Isochronas

ANEXO 5. CENTROS DE SALUD Y HOSPITALES QUE COMPONEN LA RED DE SALUD 5 SUR. LA PAZ.

DE:	A: Establecimiento de Salud	DISTANCIAS en Km.	Tiempo aproximado
RED - 5 SUR	70 HOSPITAL LOS PINOS	8 KM.	20 MINUTOS
	71 ALTO OBRAJES	0 KM.	0 MINUTOS
	72 OBRAJES	3 KM.	7 MINUTOS
	73 COTA COTA (LOS PINOS)	8 KM.	20 MINUTOS
	74 CHASQUIPAMPA E. SAENZ	10 KM.	20 MINUTOS
	75 BOLOGNIA	7 KM.	10 MINUTOS
	76 ACHUMANI	9 KM.	20 MINUTOS
	77 ALTO IRPAVI	10 KM.	20 MINUTOS
	78 MALLASA	11 KM.	25 MINUTOS
	79 ALTO SEGUENCOMA	8 KM.	10 MINUTOS
	80 CENTRO DE ORIENTACION FEMENINA	4 KM.	8 MINUTOS
	81 MALLASILLA	10 KM.	20 MINUTOS
	82 BAJO LLOJETA	9 KM.	20 MINUTOS
	83 BELLA VISTA	5 KM.	10 MINUTOS
	84 CLINICA CORDES	8 KM.	20 MINUTOS
	85 ACHUMANI PROSALUD	10 KM.	20 MINUTOS
	86 HOSPITAL METODISTA	3 KM.	8 MINUTOS
	87 CLINICA DEL SUR	3 KM.	9 MINUTOS
	106 HOSPITAL VIRGEN DE COPACABANA	5 KM.	12 MINUTOS
	731 HOGAR NIÑO JESUS	3 KM.	9 MINUTOS
784 HOSPITAL CAJA PETROLERA DE SALUD	4 KM.	9 MINUTOS	
785 CLINICA REGIONAL LA PAZ CAJA DE SALUD DE LA BANCA PRIVADA	5 KM.	9 MINUTOS	

Fuente: Estructura de Establecimientos de Salud e Isocronas

ANEXO 6. MARCO LEGAL DEL SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA.



Fuente: Salud Familiar Comunitaria en intercultural

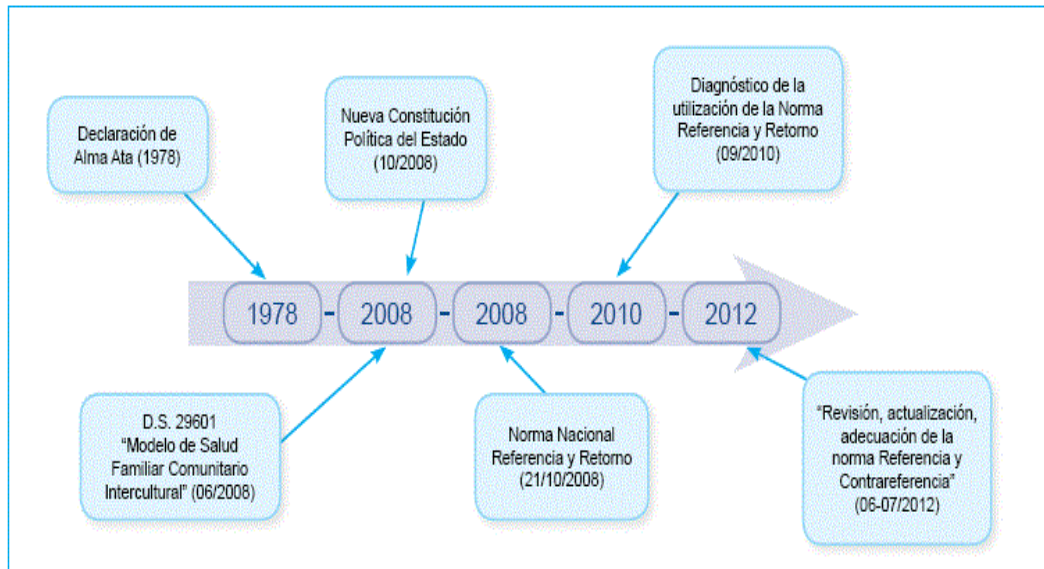
ANEXO 7. LOS PROCESOS POLÍTICOS NACIONALES.

<p>I. La revolution (1952)</p>	<p>Instituye el voto universal, la nacionalización de la minería, la reforma agraria y la reforma educativa. Se inaugura un nuevo periodo en la historia boliviana. La reforma implicó el desplazamiento de la burguesía y con ella el inicio de la participación de los campesinos y proletariados. En 1956 se funda la Seguridad Social. Y la Constitución de 1967 determina que toda persona tiene derecho a la vida, a la salud y a la seguridad; destacando el derecho a la salud individual y colectiva.</p>
<p>II. El gobierno de la UDP</p>	<p>Se logró implementar la estrategia de responsables populares de salud que involucro a la comunidad organizada</p>

(1983)	en actividades de prevención; las campañas de vacunación con una participación masiva de la ciudadanía; y el Plan Integral de Actividades de Áreas de Salud (PIAAS), se hallaba organizado en un contexto regionalizado de servicios, cuyo actor principal es el área de salud, este plan contemplo niveles institucionales de activación, fortificados por las organizaciones populares; el fortalecimiento de los programas verticales; la implementación de los comités populares de salud y la participación social.
III. La descentralización administrativa (1994)	Se desarrolló con las Leyes de Descentralización Administrativa (Nº 1654), de la participación popular (Nº 1551) y de Municipalidades de los Gobiernos Municipales en cuanto a la salud y la participación de la población organizada en las decisiones; así como la generación de una instancia municipal tripartita compuesta por el sector salud, Gobierno Municipal y el Comité de Vigilancia como máxima instancia de gestión en salud.
IV. Procesos políticos de la década (2000)	Los movimientos sociales ocurridos a principios de esta década, así como: la guerra del agua (Cochabamba), octubre negro y motín policial (El Alto – La Paz), recondujeron las políticas del estado. Estos procesos políticos influyeron en las determinantes estructurales de la salud, generando espacios de gerencia pública para el desarrollo de las políticas en beneficio de las poblaciones más excluidas del país. La más importante la Constitución Política del Estado Plurinacional de Bolivia.

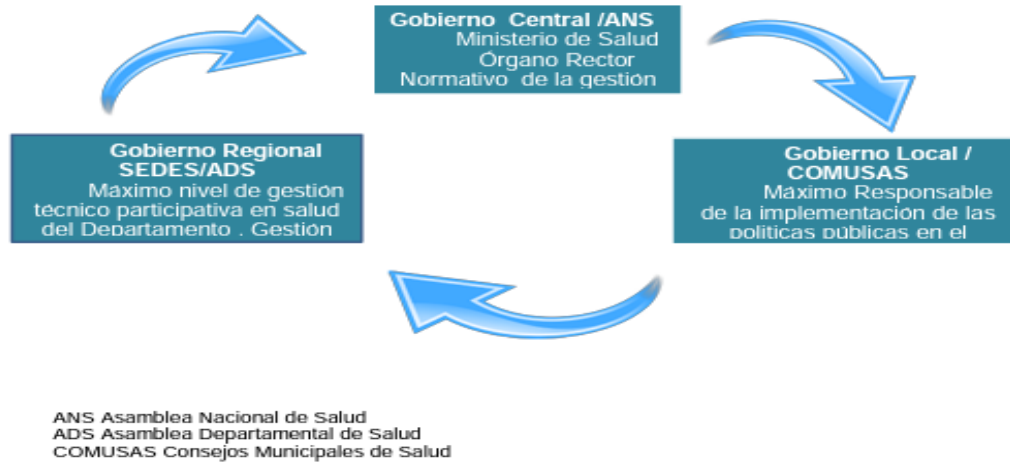
<p>V. Proceso constituyente (2006)</p>	<p>Surge de las demandas sociales que buscan responder al agotamiento y fracaso del modelo neoliberal, a la insurgencia de nuevas propuestas y actores sociales y a la exclusión social, política y económica de las Naciones y Pueblos Indígenas Originarios Campesinos mediante la refundación del Estado. En salud el proceso constituyente debatió temas relacionados al derecho a la salud, como: el acceso universal, la descentralización y autonomías, la intersectorialidad, la participación y movilización social, la interculturalidad y el financiamiento en salud.</p>
---	--

ANEXO 8. DESCRIPCION CRONOLOGICA DEL SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA.



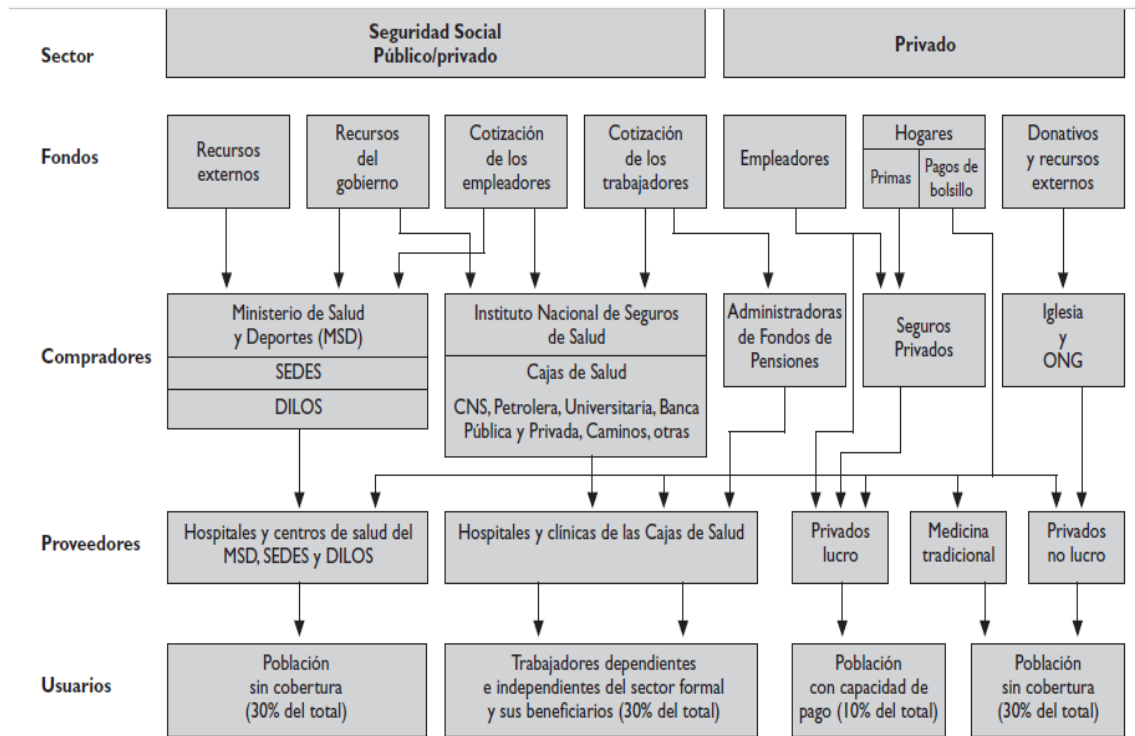
Fuente: Salud Familiar Comunitaria en intercultural

ANEXO 9. ORGANIZACION DEL SECTOR SALUD EN BOLIVIA.



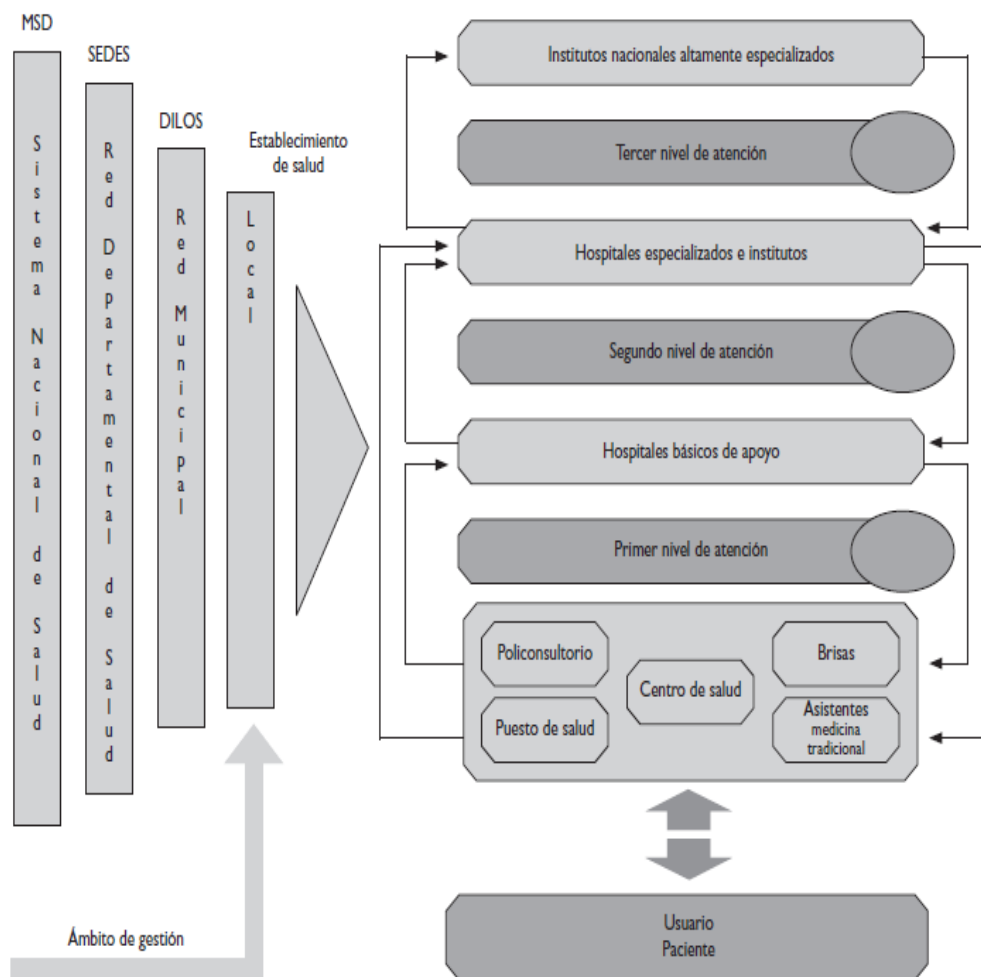
Fuente: Salud Familiar Comunitaria en intercultural

ANEXO 10. SISTEMA DE SALUD EN BOLIVIA.



SEDES: Servicios Departamentales de Salud - Niveles de prefecturas
 DILOS: Directorio Local de Salud - Nivel de municipios
 CNS: Caja Nacional de Salud

ANEXO 11. REDES DE SERVICIO DE SALUD EN BOLIVIA.



Fuente: Salud Familiar Comunitaria en intercultural

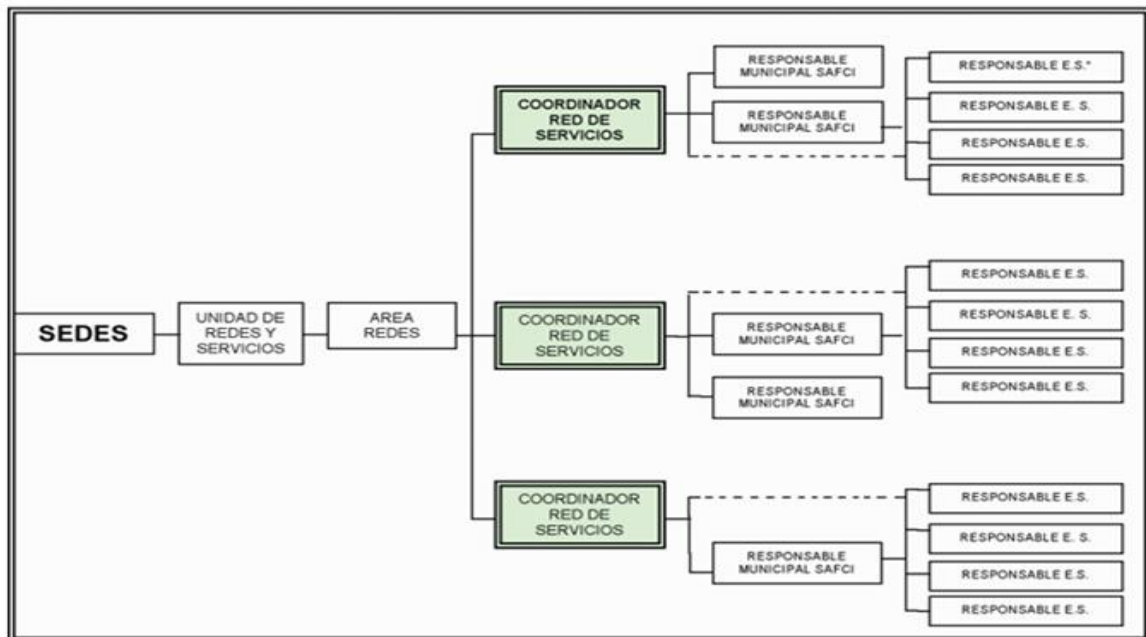
ANEXO 12. ROLES DEL SISTEMA DE SALUD

INSTITUCION	ROLES DEL SISTEMA DE SALUD
Ministerio de Salud	Rector del Sistema de Salud. Elabora la política nacional de salud y las normas nacionales que regulan el funcionamiento de todos los sectores, ámbitos y prácticas relacionadas con la salud.
Servicio Departamental de Salud (SEDES)	Nivel máximo departamental de gestión técnica en salud. Articula las políticas nacionales y la gestión municipal, coordina y supervisa la gestión de los servicios de las redes de salud en el departamento, promueve la participación comunitaria y del sector privado. Es el encargado de cumplir y hacer cumplir las políticas y normas de orden público.
Coordinación de Red en Salud	Articula la política nacional de salud con la política municipal de la Red mediante la asistencia técnica a la elaboración, sistematización y aplicación de la Estrategia de Salud-PDM y POAs
Consejo Municipal de Salud (COMUSA)	Es la máxima autoridad de salud en el ámbito municipal. Es la instancia de dirección que efectiviza el ejercicio de la gestión compartida con participación popular y gestión social en su ámbito de su competencia. Siendo su autoridad y competencia intransferibles. Está conformado por: el Alcalde Municipal, el Jefe médico del servicio de Salud y el Comité de Vigilancia.

Gobernación	Formula, aprueba y establece las condiciones para la implementación del Plan Departamental de Salud en concordancia con el Plan de Desarrollo Sectorial Nacional.
Gobierno Municipal	Formula y ejecuta participativamente el Plan Municipal de Salud y su incorporación en el Plan de Desarrollo Municipal.
Gobierno Autónomo Indígena Originario Campesinos	Formula y aprueba planes locales de salud de su jurisdicción, priorizando la promoción de la salud, la prevención de las enfermedades y el riesgo, promoviendo la gestión participativa de los pueblos indígena originario campesino en el marco de la norma SAFCI.

Fuente: Salud Familiar Comunitaria en intercultural

ANEXO 13. ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL DE LA RED DE SALUD.



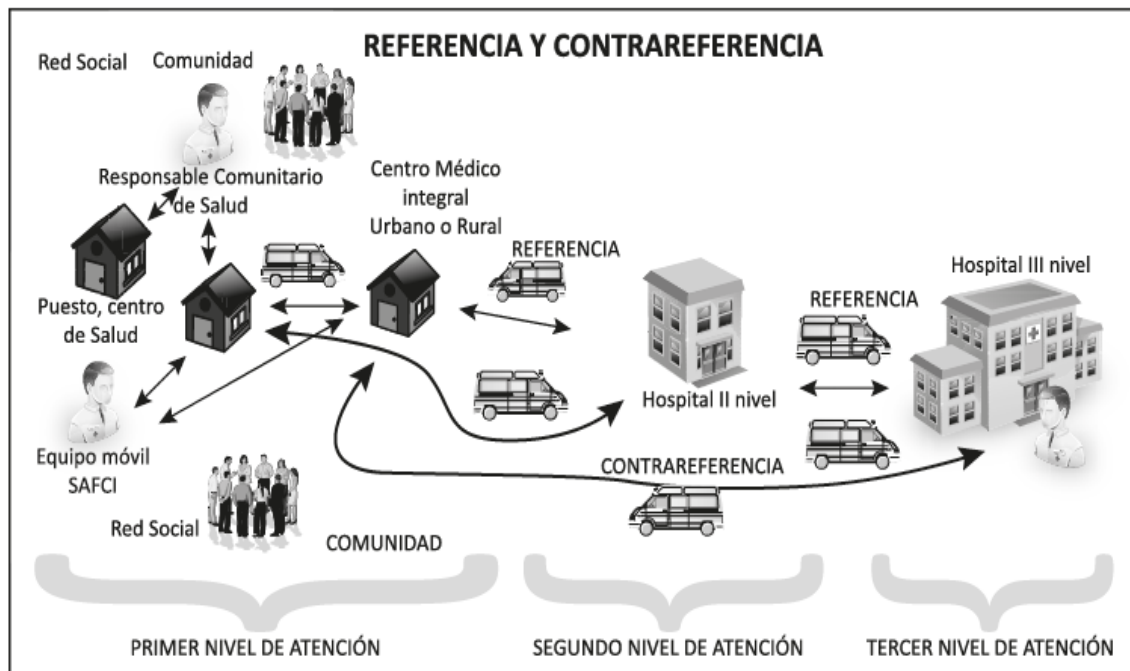
Fuente: Salud Familiar Comunitaria en intercultural

ANEXO 14. ESTRUCTURA DE LOS COMITES DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA DE LA RED DEPARTAMENTAL.



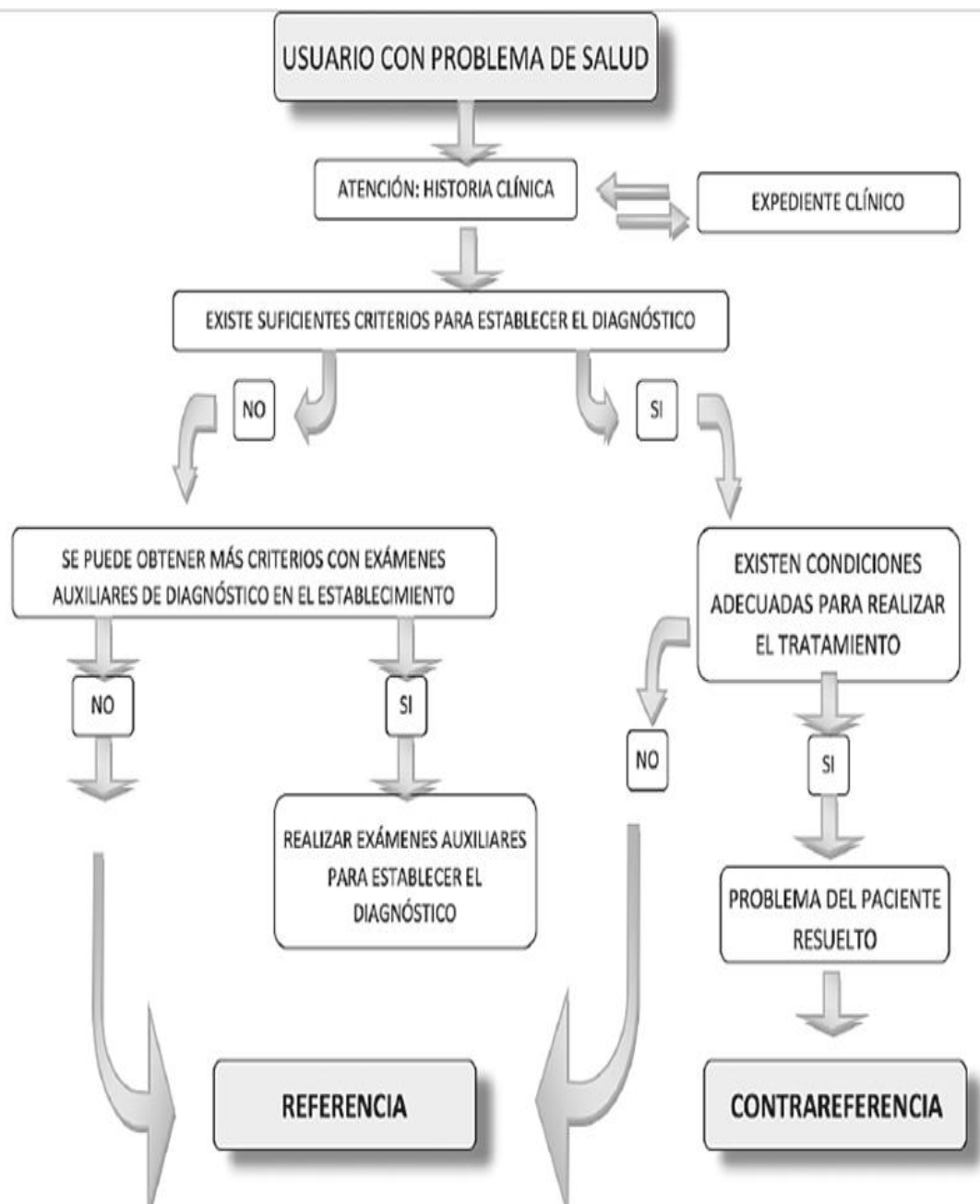
Fuente: Salud Familiar Comunitaria en intercultural

ANEXO 15. FLUJOGRAMA DE ATENCION DE LA REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA.



Fuente: Salud Familiar Comunitaria en intercultural

ANEXO 16. SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA.



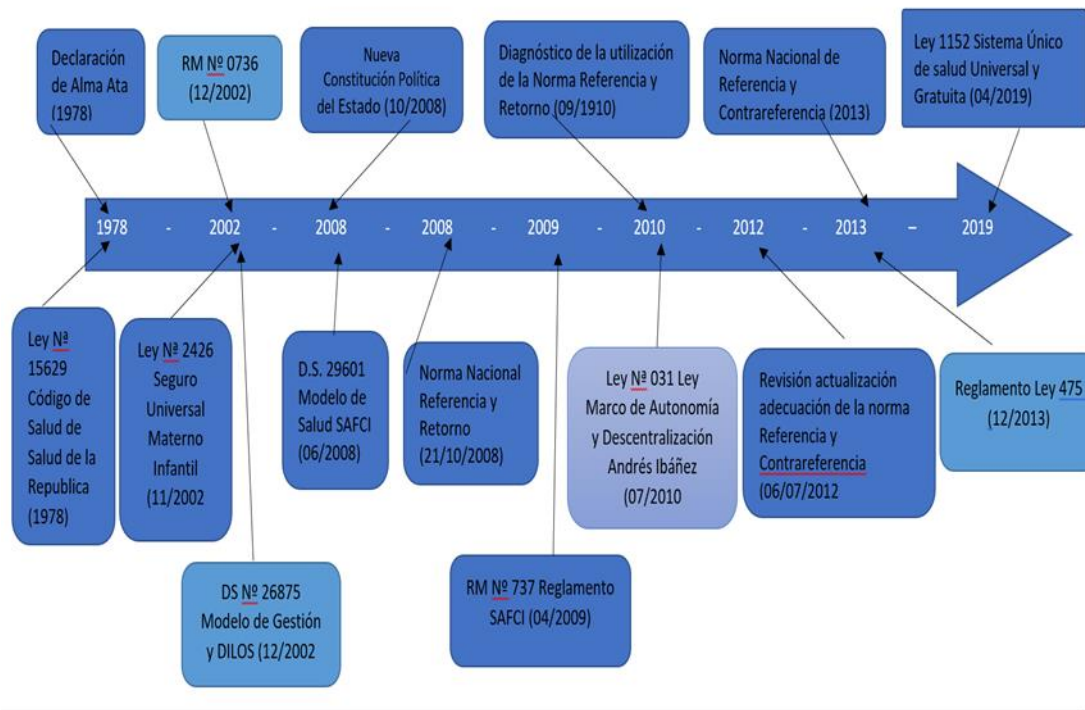
Fuente: Salud Familiar Comunitaria en intercultural

ANEXO 17. POLITICAS EN SALUD DE BOLIVIA. SAFCI.



Fuente: Salud Familiar Comunitaria en intercultural

ANEXO 18. MARCO NORMATIVO ACTUAL DEL SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA



Fuente: Salud Familiar Comunitaria en intercultural

ANEXO 19. CRITERIOS DE REFERENCIA ADECUADA

CALIFICATIVO ADECUADO	Bueno	Regular	Malo
CRITERIOS	6 a 7 criterios	3 a 5 criterios	1 a 2 criterios
1. Ha recibido atención médica inicial que le ha permitido que la ha permitido 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 el 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 se ha referido ha sido comunicado él envió de la paciente por medios de comunicación disponible en la red.			
7. Tiene consigo toda la documentación de referencia necesaria y debidamente llenada por la persona que corresponde de acuerdo con la norma nacional de referencia y retorno.			

ANEXO 20. CRITERIOS DE REFERENCIA JUSTIFICADO.

CALIFICATIVO JUSTIFICADO	Bueno	Regular	Malo
CRITERIOS	4 criterios	2 a 3 criterios	1 criterios
1. La tecnología que requiere la paciente referida para el diagnóstico, tratamiento, no existe en el establecimiento que refiere.			
2. La evolución del cuadro patológico no ha sido favorable con los tratamientos establecidos conforme a los protocolos.			
3. La demanda de servicios al establecimiento que refiere sobrepasa la capacidad resolutive o instalada (en caso de accidentes masivos o desastres).			
4. El diagnóstico del hospital que recibe al paciente confirma o guarda relación con el diagnóstico de la referencia.			

ANEXO 21. CRITERIOS DE REFERENCIA OPORTUNO

CALIFICATIVO OPORTUNO	Bueno	Regular	Malo
CRITERIOS	4 criterios	2 a 3 criterios	1 criterios
1. La referencia se ha efectuado en el momento correcto conforme a los protocolos de diagnóstico y tratamiento sin demora innecesarios.			
2. El traslado se ha realizado sin demora innecesaria una vez decidida la transferencia (razones mecánicas, bloqueos, otras extra médicos).			
3. Se comunica de inmediato al hospital de referencia el envío del paciente más aún si se trata de una emergencia.			
4. Hubo una programación de cita médica anticipada en casos de referencia que no son urgencia (cartera de servicios)			