

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



CALIDAD DEL SISTEMA DE REFERENCIA Y
CONTRAREFERENCIA DE LA RED DE SALUD
Nº5 SUR DE LAS GESTIONES 2018 Y 2019
LA PAZ-BOLIVIA

POSTULANTE: Dr. Ramiro Rojas Balderrama
TUTOR: Msc.Dr. 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

DEDICATORIA

*La presente tesis se la dedico a mis amados padres **Ramiro Rojas Rodríguez y Betzabe Balderrama Arias**, quienes me dieron vida, educación, apoyo y consejos.*

*A mí apreciado docente Dr. **Carlos Tamayo Caballero** que, gracias a su apoyo emocional continuo, pude concluir esta tesis.*

AGRADECIMIENTOS

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

Lic. Fabiola Caceres Mendoza, estadista dependiente del SEDES por su respaldo y colaboración en la ejecución del proyecto

Muchas gracias!!!!

Listado de Acrónimos y abreviaturas utilizadas.

APS	Atención Primaria de la Salud.
ASIS	Análisis Situacional de Salud.
COMUSA	Consejo Municipal de Salud.
COLOSAS	Consejo local de salud.
CPE	Constitución Política del Estado.
D.S.	Decreto Supremo.
DIMUSA	Dirección Municipal de Salud.
INE	Instituto Nacional de Estadística.
MOF	Manual de Organización y Funciones.
ONGs	Organización No Gubernamentales.
OMS	Organización Mundial de la Salud.
OPS	Organización Panamericana de la Salud.
PDES	Plan de Desarrollo Económico y Social.
PSDI	Plan Sectorial de Desarrollo Integral
PTDI	Plan Territorial de Desarrollo Integral.
PEI	Plan Estratégico Institucional.
PES	Plan Estratégico de Salud.
POA	Plan Operativo Anual.
POAi	Plan Operativo Anual individual.
SALMI	Subsistema de Administración Logística de Medicamentos e Insumos.
SPIE	Sistema de Planificación Integral del Estado.
SEDES	Servicios Departamentales de Salud.
SAFCI	Salud Familiar Comunitaria Intercultural.
SICOFS	Sistema Informático de Control Financiero en Salud.
SNIS	Sistema Nacional de Información en Salud.
SNUS	Sistema Nacional Único de Suministro.
SOAPS	Software de Atención Primaria en Salud.
SSCP	Seguridad Social de Corto Plazo.

ÍNDICE GENERAL

CONTENIDO	Página
I. INTRODUCCION	1
II. ANTECEDENTES Y JUSTIFICACION	3
2.1. ANTECEDENTES	3
2.1.1. MARCO JURIDICO	3
2.1.2. DESCRIPCION DE LAS REDES DE SALUD	13
2.2. JUSTIFICACION	15
2.2.1. RED DE SALUD N° 5 SUR.	17
III. MARCO TEORICO	25
3.1. EVALUACION DEL CONCEPTO SALUD.....	25
3.2. ATENCION PRIMARIA EN SALUD	31
3.3. SISTEMA DE SALUD.....	31
3.4. RED FUNCIONAL DE SERVICIOS DE SALUD	32
3.5. REDES DE SALUD	32
3.5. SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	33
3.6. REFERENCIA	34
3.7. CONTRAREFERENCIA.....	34
3.8. CRITERIOS DE REFERENCIA	34
3.9. RECTORIA DE LAS REDES CON ENFOQUE DE REFERENCIA	34
IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	44
V. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	45
VI. OBJETIVOS	45
VII. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.....	46
7.1. METODOLOGIA.....	46
7.1.1 TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	46
7.1.2 ESTRUCTURA DEL INSTRUMENTO	47
7.1.3 COMPOSICIÓN DEL INSTRUMENTO:.....	47
7.1.4 PROCESO DE LEVANTAMIENTO DE DATOS Y ANÁLISIS.....	50
7.2. PROCESO INVESTIGATIVO.....	51
7.2.1 FASE DE NEGOCIACIÓN	51
7.2.2 FASE CAPACITACIÓN:.....	51
7.2.3 FASE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO.....	51
7.2.4 FASE DE RECOLECCIÓN DE DATOS	51
7.2.5 FASE DE ANÁLISIS.....	51
7.2.6 FASE DE ELABORACIÓN DEL PLAN	52
7.2.7 MEDICIONES.....	52

7.3	UNIDAD DE OBSERVACIÓN	52
7.4	MARCO MUESTRAL	52
VIII.	RESULTADOS.....	54
8.1	RESULTADO: DIFERENCIA DE LA CALIFICACION DE LA REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA POR GESTION DE LOS CRITERIOS AJO.....	54
8.1.1	CRITERIO DE REFERENCIA ADECUADA:.....	54
8.1.2	CRITERIO DE REFERENCIA JUSTIFICADA:.....	56
8.1.3	CRITERIO DE REFERENCIA OPORTUNA:	57
8.2	RESULTADO: FACTORES ASOCIADOS A LA CALIDAD DE LA REFERENCIA Y CONTRA REFERENCIA POR GESTIÓN.	58
8.3	RESULTADO: RELACION DEL LLENADO DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO POR GESTION DE LA REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA PARA SU ANALISIS COMPARATIVO	59
8.4	RESULTADO: PERSONAL RECEPTOR PARA SU ANALISIS POR GESTION DE LA REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA.....	60
IX.	DISCUSIÓN	61
X.	CONCLUSIÓN	64
XI.	RECOMENDACIONES.....	66
XII.	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	68
XIII.	ANEXO	70

ÍNDICE DE TABLAS

	PAG
TABLA 1. CALIFICACIÓN DEL CRITERIO DE LA REFERENCIA ADECUADA POR GESTIÓN. RED DE SALUD SUR. LA PAZ BOLIVIA 2018-2019.....	54
TABLA 2. CALIFICACIÓN DEL CRITERIO DE LA REFERENCIA JUSTIFICADA POR GESTIÓN. RED DE SALUD SUR. LA PAZ BOLIVIA 2018-2019.....	55
TABLA 3. CALIFICACIÓN DEL CRITERIO DE LA REFERENCIA OPORTUNA POR GESTIÓN. RED DE SALUD SUR. LA PAZ BOLIVIA 2018-2019.....	56
TABLA 4. CALIFICACIÓN DEL TRATAMIENTO MOTIVO DE REFERENCIA POR GESTIÓN. RED DE SALUD SUR. LA PAZ BOLIVIA 2018-2019.....	57
TABLA 5. CALIFICACIÓN DEL LABORATORIO MOTIVO DE REFERENCIA POR GESTIÓN. RED DE SALUD SUR. LA PAZ BOLIVIA 2018-2019.....	58
TABLA 6. CALIFICACIÓN DEL ESTUDIO DE GABINETE MOTIVO DE REFERENCIA POR GESTIÓN. RED DE SALUD SUR. LA PAZ BOLIVIA 2018-2019.....	58
TABLA 7. CALIFICACIÓN DEL USO DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO POR GESTIÓN. RED DE SALUD SUR. LA PAZ BOLIVIA 2018-2019.....	59
TABLA 8. NOMBRE Y CARGO DEL RECEPTOR POR GESTIÓN. RED DE SALUD SUR. LA PAZ BOLIVIA 2018-2019.....	59

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO 1 FIGURAS DE LOS RESULTADOS.....	70
ANEXO 2 FORMULARIO DE REFERENCIA CONTRAREFERENCIA.....	72
ANEXO 3. FORMULARIO DE BOLETA DE REFERENCIA CONTRAREFERENCIA COMUNITARIA.....	76
ANEXO 4.FORMULARIO DE TRANSFERENCIA INTERNA.....	77
ANEXO 5.ORDEN DE LABORATORIO-IMAGENOLOGIA-GABINETE-SERVICIO DE SANGRE.....	78
ANEXO 6. MARCO NORMATIVO DEL SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA.....	79

I. INTRODUCCION

El entorno socio económico del continente Sudamericano, entre los que se encuentra Bolivia, la inequidad y la exclusión social son una constante histórica, persistiendo niveles de esta vulnerabilidad a nivel de los estratos sociales más deprimidos. Ante este panorama, el sistema de salud cumple con la obligación de resolver los dilemas de salud pública vinculados con la pobreza.

En ese contexto, los sistemas de información deben ser consecuentes como sistemas abiertos que interactúan constantemente con el comportamiento y las dinámicas humanas y sociales, a fin de permitir, modificaciones que respondan a los mínimos necesarios para caracterizar las condiciones de los usuarios. El Ministerio de Salud y Deportes como ente rector, en sus proyectos de descentralizar, competencias y recursos, crea el mecanismo de sistema de Referencia y Contrarreferencia, el cual define estrategias que permiten dar a la población el acceso a los servicios de salud gratuitos, con la participación de los distintos actores involucrados entre los que se cuentan profesionales de la salud y los entes comunitarios.

En las Instituciones Prestadoras de Servicios, el Sistema de Referencia y Contrarreferencia es de los procesos que debe estar mejor estructurado y documentado, no sólo por cumplir con la norma, sino también para dar ese soporte que requieran los usuarios en sus procesos de salud-enfermedad. Este sistema implica en las instituciones el ingreso de los usuarios o el egreso de ellos a otra institución de manera oportuna y segura. Responde a la necesidad de juntar a un conjunto de prestadores de servicios de salud en una red que dé respuesta adecuada, continua, eficiente y de calidad al paciente, de tal manera que este no sufra las secuelas de la fragmentación y segmentación de los servicios.

El objetivo de la presente investigación es establecer calidad del sistema de referencia y contrarreferencia de la red de salud n°5 sur de las gestiones

2018 y 2019 para optimizar el funcionamiento de las redes de servicios y la calidad de atención.

II. ANTECEDENTES Y JUSTIFICACION

2.1. ANTECEDENTES

2.1.1. MARCO JURIDICO

Proceso del Marco jurídico del sistema de referencia y contrareferencia en la salud hasta la actualidad.

1.- En la Conferencia internacional sobre Atención Primaria de Salud celebrada en Alma-Ata, Rusia definió y otorgo reconocimiento internacional a la Atención Primaria de Salud (A.P.S.), concibiéndola como la principal estrategia para alcanzar la meta de salud, Para Todos en el año 2000, adoptada por los Estados Miembros de la OMS en 1977.

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

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

participación organizada de la comunidad a través de los Comités Populares de Salud.

Con esta estrategia, la Atención Primaria de Salud da un salto cualitativo importante, el médico ya no era un hombre omnipotente, debía compartir sus conocimientos con el paciente, el médico debía ir y estar en la comunidad y no esperar pasivamente en los servicios, debía trabajar conjuntamente, enseñar su conocimiento como lo hizo con los Responsables Populares de la Salud R.P.S., que podían tratar las enfermedades Diarreicas Agudas (E.D.A.S.), las infecciones Respiratorias Agudas (I.R.A.S.), participar en las campañas de vacunación como vacunadores, desparasitar, trabajar con las parteras empíricas rescatando sus conocimientos y a la vez capacitándolas e involucrándolas para el trabajo coordinado.

Fue importante la coordinación interinstitucional e intersectorial para la definición y logros de metas, se trabajó con el sector de educación, las Fuerzas Armadas (F.F.A.A.), la iglesia, Organizaciones no gubernamentales (ONG), la policía, los sindicatos, las juntas vecinales, club de madres, la cooperación internacional a través de la Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de Salud (O.P.S.-O.M.S.), el Fondo de las Naciones Unidas Para la Infancia (UNICEF)¹

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

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

4.- Resolución Ministerial N° 0736, (12/2002), establece regulaciones relacionadas a las prestaciones y gestiones del Seguro Universal Materno

¹ Memorias de A.M.A.P.S.

Infantil, uso de instrumentos como el formulario N° 6 de Referencia y Contrarreferencia y el formulario N° 7 de Registro de traslado de Emergencia; además que para el transporte, el establecimiento de origen que refiere al paciente cubrirá los costos de traslado por vía terrestre (referencia y contrarreferencia), con cargo a la Cuenta Municipal de Salud – SUMI, ya sea en un vehículo del establecimiento de salud (ambulancia) o transporte público.

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

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

7.- Decreto Supremos N° 29601, que en el párrafo II del artículo 10 del capítulo II Estructura de la Red de Salud, indica "Según la atención requerida el responsable de la misma podrá realizar la referencia y retorno de un nivel a otro, siendo la puerta de ingreso a la Red de Servicios el establecimiento de Primer Nivel. La atención de emergencia y urgencia serán la excepción"

8.- Nueva Constitución Política del Estado (10/2008), La Constitución 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 artículos establecen derechos y garantías que se relacionan con la generación de condiciones saludables, que a continuación mencionara:

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

Cap. IV "Derechos de las Naciones y Pueblos Indígenas Originario Campesinos"

Art. 30, inciso II, En el marco de la unidad del Estado y de acuerdo con la Constitución las naciones y pueblos indígena originario campesinos gozan

de ciertos derechos entre ellos el derecho al sistema de salud universal y gratuito que respete su cosmovisión y prácticas tradicionales (derecho 13).

Cap. V "Derechos sociales y Económicos" Art. 35 El Estado, en todos sus niveles, protegerá el derecho a la salud, promoviendo políticas públicas orientadas a mejorar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso gratuito de la población a los servicios de salud.

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

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

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

9.- Resolución Ministerial N° 737 Reglamento de la SAFCI (04/2009) Art. 22 Funciones Básicas del Primer Nivel, d) Aplicación de la normativa de Referencia y Retorno de usuarios, incentivando cambios de actitud en el equipo de salud de los tres niveles, no solo hacia la persona sino también a la familia y la comunidad (Norma Nacional de Referencia y Retorno).

Art. 23, El segundo Nivel, se articula con el primer y tercer nivel además con el sistema médico 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 resolutoria de los

establecimientos de segundo nivel, se activa mediante el componente de referencia y retorno.

10.- Ley N^a 031 "Ley Marco de Autonomía y Descentralización – Andrés Ibáñez" (07/2010) Art. 81 Salud, inciso I, numeral 1,4 y 5, Elaborar la política nacional de salud y las normas nacionales que regulen el funcionamiento de todos los sectores, ámbitos y practicas relacionadas con la salud. Ejercer la rectoría del Sistema Único de Salud en todo el territorio nacional, con las características que la Constitución Política del Estado establece, de acuerdo a la concepción del vivir bien y el modelo de salud familiar comunitario intercultural y con identidad de género. Garantizar el funcionamiento del Sistema Único de Salud mediante la implementación del Seguro Universal de Salud en el punto de atención de acuerdo a la Ley del Sistema Único de Salud.

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

Numeral 2, Gobiernos municipales autónomos, incisos c, e, f, g, Administrar la infraestructura y equipamiento de los establecimientos de salud de primer y segundo nivel de atención organizados en la Red Municipal de Salud Familiar Comunitaria intercultural. Ejecutar el componente de atención de salud haciendo énfasis en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad en las comunidades urbanas y rurales. Dotar la infraestructura sanitaria y el mantenimiento adecuado del primer y segundo nivel municipal para el funcionamiento del Sistema Único de Salud. Dotar a los establecimientos de primer y segundo nivel de su jurisdicción: servicios básicos, equipamiento, mobiliario, medicamentos, insumos y demás suministros, así como supervisar y controlar su uso.

11.- 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.

12.- 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

- I. El personal de salud de los establecimientos de salud del Primer Nivel de atención, previa evaluación y según criterio clínico, deberá referir al paciente que requiera atención hospitalaria en otro establecimiento de Primer Nivel con mayor capacidad resolutive o a hospitales de Segundo o Tercer Nivel, cumpliendo la normativa de Referencia y Contrareferencia de manera adecuada, justificada, oportuna y con boleta de referencia correctamente elaborada.

- II. El personal de salud de los Hospitales de Segundo Nivel de atención, previa evaluación y según criterio clínico, podrá referir al paciente a un hospital de Tercer Nivel cumpliendo la normativa específica vigente de manera adecuada, justificada, oportuna y con boleta de referencia correctamente elaborada.
- III. La atención en establecimientos de salud privados bajo convenio con el Ministerio de Salud se realizará sólo cuando el servicio requerido no exista en el subsector público o cuando el mismo esté saturado y, necesariamente, mediante referencia justificada de los establecimientos de salud del subsector público de Tercer Nivel de Atención y excepcionalmente del Segundo Nivel.
- IV. El Ministerio de Salud es responsable de identificar en cada departamento, los establecimientos de salud privados que pueden responder en caso de necesidad probada y por la gestión de los convenios con los mismos.
- V. El Ministerio de Salud emitirá el listado de los establecimientos de salud privados con convenio vigente para información de los hospitales públicos.
- 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. 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. El personal del establecimiento de salud retendrá el original o una copia legible de la boleta de referencia del paciente

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

I. La persona referida a un servicio de salud de mayor complejidad para consulta y/o tratamiento ambulatorio por un especialista, debe contar con la Boleta de Referencia correspondiente y con toda la información clínica necesaria para facilitar su ingreso y atención en el establecimiento de salud al que fue referida.

II. El personal del Hospital de segundo o tercer nivel de atención que atiende a un paciente referido, deberá exigir obligatoriamente la boleta de referencia y toda la información clínica del paciente generado en el establecimiento de salud que refiere, para la atención especializada correspondiente.

III. El personal del establecimiento de salud retendrá el original y entregará una copia legible de la boleta de referencia al paciente.

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

V. Aquellos pacientes referidos que sean diagnosticados por el especialista tratante con una patología crónica, embarazos de alto riesgo obstétrico, niños con desnutrición crónica y que requieran atención periódica en el hospital de mayor complejidad, serán registrados en el establecimiento de salud que recibe la referencia en una lista de personas con patología crónica

para posteriores atenciones, con el propósito de evitar otras referencias del primer nivel y para fines de cobros y pagos intermunicipales.

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

Art. 15 Referencia de Pacientes para Servicios Complementarios.

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

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

Art. 16 Contrarreferencia 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 contrarreferencia del paciente al establecimiento de salud de origen, de acuerdo a la Norma de Referencia y Contrarreferencia 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 continúa de la calidad de la atención.

2.1.2. DESCRIPCION DE LAS REDES DE SALUD

Las Redes de Salud están conformadas por la Red Municipal SAFCI y la Red de Servicios que establecen una interrelación entre establecimientos de salud (infraestructura, equipamiento, insumos) pero ante todo estableciendo redes de vinculación de personas e intercambio de información, saberes, de consejos, que se deben proyectar en y hacia las personas, familias y comunidad, estas redes deben estructurarse y funcionar en base a 3 grupos de recursos:

1. Recursos Materiales a cargo de los gobiernos municipales compuestos por infraestructura, equipamiento e insumos.
2. Recursos Humanos dotados por las instancias jerárquicas de los subsistemas asignados a los establecimientos de salud tomando en cuenta cantidad y calidad, categorías profesionales, técnica y administrativa.
3. Recursos financieros que proviene de diferentes fuentes.

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

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

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

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

El Servicio Departamental de Salud que depende técnicamente del Ministerio de Salud y administrativamente de la Gobernación, está encargado de la implementación del Sistema Único de Salud Familiar Comunitaria Intercultural, coordinando y supervisando la gestión de las Redes de salud (Red de Servicios, Red 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 Contrarreferencia, 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 resolutiva del sistema.²

² Ministerio de salud - Norma Nacional – Red Municipal de Salud Familiar Comunitaria intercultural - Red Municipal SAFCI - y Redes de Servicios, Serie: documentos técnicos - normativos. 2008

2.2. JUSTIFICACION

En Bolivia, en la actualidad no se cuenta con un sistema de Nacional de emergencias en salud estructurado que brinde servicios de atención, con la participación de un conjunto de instituciones integradas público y privadas adscritas al ministerio de salud a través de los centros coordinadores de emergencia de salud.

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

Si bien fue publicada la Norma nacional de referencia y contra referencia el año 2008, lamentablemente no fue fortalecida al cumplimiento de todos los niveles de atención (1ero, 2do y 3er nivel).

Ante situaciones de emergencia y urgencias esta poco organizado y con poca coordinación a niveles Nacional, Departamental y Municipal sin cumplir estándares adecuados de comunicación.

Indicar que dentro del manejo de la referencia y contra referencia no existe un instrumento de seguimiento que pueda coadyuvar en la solución de los problemas que se presente en los 3 niveles de atención.

El sistema de referencia constituida como un conjunto de normas e instrumento que garantizaría a la población y usuario en caso de emergencia su traslado a un centro de mayor capacidad resolutivo según la cartera de servicios , donde muchas veces son rechazados por diferentes situaciones (cartera de servicios no actualizado, no se cuenta con el RRHH especializado y por el mal llenado del formulario de RyCR), El Sistema de RyCR tiene la finalidad de prestar atención accesible, oportuno y de calidad a la población en situaciones de emergencia y urgencias.

Mencionar que para el traslado de un paciente a otro nivel de atención a un existe uso de ambulancias, sin el equipamiento necesario y adecuado, en caso de no acceder a la ambulancia se puede acudir a

otras movilidades como la de bomberos, policía o privado sin que la población pueda acceder y esta desorganización nos trae la mala calidad de atención, ni cordialidad, ni oportunidad para el usuario.

El sistema Nacional de emergencias en Salud, actualmente se encuentra con las; Norma de Referencia y contra referencia, la Norma de caracterización del Sistema de Nacional de Emergencia en Salud y La Norma Nacional de Ambulancia Terrestre la cual tendrá como rol principal contar con un Centro de Coordinación Nacional, Departamental y Municipal (con infraestructura, equipamiento, personal capacitada y provisión de insumos). Contemplado dentro de política SAFCI y la Red de Servicios de Salud.

Las Redes de salud 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.

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.

Para lo cual se selecciono la red de salud N°5 Sur durante las gestiones 2018 y 2019 donde entre ambas gestiones se evaluara la calidad del Sistema de Referencia y Contrareferencia en ambas gestiones para su posterior análisis del funcionamiento buscando mejorar el sistema para poder aportar información necesaria del proceso y como se articula el sistema de referencia y contrareferencia siendo la línea de la presente tesis.

RED DE SALUD N° 5 SUR.

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

En el Macro Distrito Sur, coexisten dos Subalcaldías, de la Zona Sur (Obrajes) y de Mallasa, 150 urbanizaciones y/o zonas distribuidos en los Distritos Municipales 18, 19, 20 y 21, definida territorialmente desde la zona de Bajo Llojeta hacia lo Oeste, Chasquipampa al Este, Alto Irpavi al Norte, y Mallasa al Sur, con una extensión territorio estimada de 9.683 hectáreas, con una población estimada de 125.479 habitantes distribuidos por grupos etarios (dato extraído del SNIS departamento 2020)

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

Los segmentos de población de menores ingresos son los más numerosos, de origen migratorio de áreas rurales de altiplano y de otros departamentos dedicados a diversas labores. Habitando en laderas de cerros con condiciones carentes de alcantarillado, agua potable por cañería e inseguridad ciudadana. En tanto, los segmentos de población de mayor ingreso gozan de la satisfacción de sus necesidades básicas y aún más, se constituyen en poblaciones de alto consumo de necesidades creadas por el mercado. Es de hacer notar que en ambos segmentos de la población

manifiestan problemas de salud mental comunes, ya sea por carencia o por exceso y estas son: estrés, ansiedad, depresión y de somatizaciones que estas producen y detectados en los servicios de salud.

Asimismo, debemos considerar la población de trabajadores y trabajadoras que descienden de la ciudad de El Alto a cumplir labores cotidianas, mayormente informales, las mismas que son consumidoras de diferentes servicios, especialmente de salud.³

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”⁴.

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

SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRA REFERENCIA DE LA RED DE SALUD

El componente 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

³ Propuesta de salud para la zona sur, Dr. Oscar Landívar, 2010

⁴ Entrevista a la Lic. en Enfermería P.I.A.A.S

sectores, la medicina tradicional y comunidad, con el propósito de brindar atención médica oportuna, integral y de calidad, dentro de Red Funcional de Servicios de Salud, garantizando el acceso al establecimiento de salud de mayor capacidad resolutive⁵.

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

Según la Norma la Contrareferencia adecuado, es “La remisión del usuario del establecimiento de salud de mayor capacidad resolutive al establecimiento de salud que origino la referencia (cumpliendo con el llenado del instrumento de registro adecuado)⁶

Para que se cumpla la norma de referencia y contrareferencia vigente, es primordial la conformación del comité, instancia que analiza, monitorea y evalúa su aplicación y cumplimiento con enfoque de calidad.

La Red de Salud 5 Sur, desde la gestión 2017 viene intentando conformar el comité de RCR, en sus inicios solo se contó con la participación del personal del primer nivel, posteriormente según la demanda se fue incorporando al segundo nivel y actualmente el comité está conformado por el 1er nivel de atención (Coordinador de Red, responsables de los centros de salud ambulatorios e integrales) y por el 2do nivel de atención (Director y jefes de servicios del Hospital Municipal Los Pinos), las reuniones se las venía realizando cada mes, a diferencia de la norma que indica que las reuniones deben ser trimestrales, sin embargo, por múltiples actividades de los actores las mismas no se llegaron a cumplir, como primer paso del Comité de la Red 5 Sur, fue el de revisar el llenado adecuado de los

⁵ Ministerio de Salud, Norma Nacional de Referencia y Contrareferencia 2013, pag. 22

⁶ Ministerio de Salud, Norma Nacional de Referencia y Contrareferencia 2013, Pub. 289, pag. 22

formularios de referencia emitidos por el 1er nivel de atención, como ser motivo de referencia, establecimiento receptor y otros acuerdos.

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

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

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

- El hospital enviará mensualmente la cartera de servicios en caso de modificaciones
- 1er y 2do niveles deben actualizar a su personal sobre la Norma de Referencia Contrareferencia y el correcto llenado del formulario (Ej. anotar el hospital y especialidad al que se refiere)
- Cuando se refiera por emergencia, recomendar al paciente que se presente en el hospital inmediatamente, caso contrario el formulario se invalida.
- En caso de Rx para descartar displasia de cadera, se solicita que el servicio del hospital envíe a los centros de salud el informe correspondiente.
- El director del hospital emitirá instructivo a su personal, para el cumplimiento de la contrareferencia.
- Los responsables de los centros de salud ambulatorio deben comunicar al segundo nivel cuando suspenda la atención.

- Los centros de salud no emitirán el formulario de referencia sin haber atendido al paciente.

Los usuarios que son referidos como emergencia, son atendidos y devueltos a las unidades operativas (centro de salud) pero sin contrareferencia del 2do o 3er nivel es decir el personal médico del 1er nivel quien debe seguir con el tratamiento ambulatorio al paciente no tiene idea del tratamiento que recibió durante la emergencia o algún plan a seguir o cuando debe retornar, este problema con la incorporación del 2do nivel al comité está en proceso de resolverse, sin embargo no así con el 3er nivel.

Como señala la norma un comité a nivel de la red funcional debe estar conformado por el Coordinador de Red, responsables municipales de salud, Director del hospital de segundo nivel, representante del gobierno municipal y un representante de la estructura social en salud, la red de salud 5 sur no está cumple con la normativa de la conformación de comité ni con los criterios de referencia puesto que los distintos problemas de salud siguen afectando a la comunidad y siempre están cotizadas tanto las salas de espera de los centros de primer nivel, como la sala de emergencia del hospital Los Pinos, y la sala de consulta externa del mismo.

Se evidencia también que muchos usuarios que buscan atención hospitalaria sin portar la respectiva referencia, lo que es un problema porque el segundo nivel no puede negar la atención al usuario que se auto refiere a la consulta externa del segundo nivel, lo hacen por falta de conocimiento, no saben dónde deben buscar atención para que le solucionen sus problemas de salud, por lo tanto, se ven obligados a tener que pagar su consulta, recordemos que el 1er nivel es la puerta de ingreso al sistema de salud.

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

movilización, la falta de concientización tanto del personal de salud, así como de los usuarios, la falta de comunicación entre los diferentes niveles de salud del sistema

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

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

OBSERVACIONES AL FORMULARIO DE REFERENCIAS:

El formulario al que se hace referencia es el de la norma vigente, Norma Nacional de Referencia y Contrareferencia del 2013, publicación 289, instrumento en el que se observó las siguientes contradicciones en cuanto al instructivo de llenado que se encuentra al reverso del instrumento en la norma, y son las siguientes observaciones:

En las instrucciones del llenado	En el formulario de referencias
Anotar nombre del Municipio al que corresponde el establecimiento que refiere	Esta información no existe
Anotar Apellido Paterno, Apellido Materno y Nombre	Dice registrar Nombre y Apellido del Usuario
La talla si está incluida	No se incluye el dato
Tratamiento, menciona que se debe detallar los tratamientos realizados	Menciona tratamiento inicial
En motivo de referencia, menciona que se	Señala fecha de envió hora de

debe registrar fecha de referencia y hora de referencia	envió
Motivo de referencia, dice marcar con una X, al igual que laboratorio y estudio de gabinete	Se llena con la especialidad a donde se refiriere, para laboratorio y estudio de gabinete existe otro instrumento

Estas observaciones influyen en la referencia adecuada, sin embargo, Ley 1152/2013 Art. 15, inciso I, la última observación (del laboratorio y estudios complementarios) ya fue aclarada.

CONTRAREFERENCIA POR EL 2do y 3er NIVEL DE ATENCION

El hospital Los Pinos segundo nivel de la red de salud N° 5 sur, 2018 y parte del 2019 remitía las contrareferencia en formularios de referencias a los primeros niveles ambulatorios e integrales

El Hospital Materno Infantil de la CNS gestión 2018 aún siguió utilizando las boletas de contrareferencia del SUMI.

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

Con la descripción de los problemas identificados llegamos a la conclusión que el 2do y 3er nivel de atención no valora la contra referencia, como un indicador de seguimiento al paciente, hasta su recuperación total o parcial y/o alta médica.

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

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

- Comités Locales de Salud
- Consejo Social municipal de salud
- Mesa Municipal de Salud

Manejo adecuado de la información compuesto de los siguientes documentos:

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

Otro elemento tal vez más importante es la implementación y cumplimiento de la estrategia de Redes Integrales de Servicios de Salud RISS, entendida como “una red de organizaciones que presta, o hace los arreglos para prestar, servicios de salud equitativos e integrales a una población definida, y que está dispuesta a rendir cuentas por sus resultados clínicos y económicos y por el estado de salud de la población a la que sirve”, y donde “La red de servicios no se representa más como una pirámide de tipo jerárquico en la cual el primer nivel de atención se encuentra en el nivel más bajo. La RISS se muestra de manera horizontal con el primer nivel como eje del Sistema de Salud en contacto con la persona, la familia y la comunidad” ⁷

⁷ Ministerio de Salud, Estrategia de Vigilancia Comunitaria Activa, Plan de Contingencia, Mitigación, y Recuperación Post Confinamiento, En Respuesta a la COVID 19, Pag. 12

III. MARCO TEORICO

3.1. EVALUACION DEL CONCEPTO SALUD

«La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades». La cita procede del Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, que fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946, firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados (Official Records of the World Health Organization, Nº 2, p. 100), y entró en vigor el 7 de abril de 1948. La definición no ha sido modificada desde 1948.

Para el investigador Echeverri (2006) la salud es: —un derecho cardinal que abarca la esfera del ámbito individual, público y social, por lo tanto es transversal a todos los intereses y necesidades de los distintos habitantes agrupados que buscan la protección social del estado a través de la eficiente y equitativa prestación de servicios de salud, como tiene una alta vinculación con la dignidad humana pero fundamentalmente con la vida, los diversos actores reclaman su participación en la toma de decisiones sobre la utilización y destino de los recursos públicos¹¹ .

Por tanto, si comprendemos que la salud es un medio que permite a los seres humanos y a los grupos sociales desarrollar al máximo sus potencialidades, esta sería como la condición sine qua non, que favorece el desarrollo del potencial humano de cualquier persona. Las teorías antropológicas ya no la consideran como una simple ausencia de enfermedad.¹²

Bajo esta nueva conceptualización de la salud, las RISS impulsadas por la OPS —reflejan un interés renovado por la necesidad de fortalecer los sistemas de salud, combatir la segmentación y fragmentación y avanzar más hacia la prestación de servicios más equitativos e integrales para todos los habitantes de la Región¹³.

En Bolivia desde el 2006 con la elaboración del Plan de Desarrollo Sectorial (PDS) 2006-2010 y bajo la consigna de —Movilizados por el derecho a la salud y la vida, las autoridades de salud tienen la finalidad de velar por el pleno ejercicio del derecho a la salud, como parte de las garantías constitucionales, planteando desmercantilizar la salud para lograr un verdadero cambio al Sistema Único de Salud Familiar Comunitario e Intercultural, a través de la estrategia de las redes de salud.¹⁴

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

Definición de Servicios Integrales de Salud

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

El actual sistema boliviano de Salud

El Sistema Nacional de Salud, es —el conjunto de entidades, instituciones y organizaciones públicas y privadas que prestan servicios de salud bajo la regulación del Ministerio de Salud¹⁵, su organización de acuerdo a la capacidad resolutoria se refleja tres niveles de atención:

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 al “Manual de evaluación y acreditación de establecimientos de salud de primer nivel de atención”, este nivel es la puerta de entrada al sistema de salud.

2. El segundo nivel de atención, 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.

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.

En la siguiente Tabla es posible observar los diferentes componentes del Sistema Público de Salud en Bolivia y sus principales funciones y atribuciones, comenzando desde el nivel central hasta los gobiernos municipales y locales que participan en el Sistema de Salud.

Tabla 1. Estructura del Sistema de Salud Institución	ROL
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 o 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: Marco de Asociación País (MAP). Op. Cit., Pág. 11.

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

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

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

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

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

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

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. 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

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

En 2006, el Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia presentó un plan para rediseñar la política sanitaria.²⁰ Una revisión de tal documento deja ver una fuerte voluntad política y nuevas ideas interesantes: los autores

hacen del Estado el garante del derecho a la salud del pueblo. El reconocimiento de preferencias culturales y el enfoque participativo en la administración de los servicios de salud son elementos nuevos. Sin embargo, también se observan contradicciones evidentes, por ejemplo, mientras el acceso adecuado es eliminado como un determinante clave de la salud, aún es visto como objetivo a seguir.

Tabla 2. Los Procesos Políticos Nacionales

I. La revolution (1952)	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.
II. El gobierno de la UDP (1983)	Se logró implementar la estrategia de responsables populares de salud que involucro a la comunidad organizada 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 movimiento 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.
V. Proceso constituyente (2006)	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.

3.2. ATENCION PRIMARIA EN SALUD

Es una estrategia para alcanzar la salud, es la clave para alcanzar un nivel de salud que permita llevar una vida económica y social productiva y representa el primer nivel de contacto de los individuos, familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, presta los servicios de promoción, atención tratamiento y rehabilitación necesaria para resolver problemas de salud, por lo tanto debe estar asistida por sistemas de envío de casos integrados, funcionales y que se apoyen mutuamente a fin de llegar al mejoramiento progresivo de la atención sanitaria completa para todos, dando prioridad a los más necesitados.⁸

3.3. SISTEMA DE SALUD

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

La fragmentación del sistema (sobre todo público y de la seguridad social) y la segmentación (al interior de los entes gestores de la seguridad social) constituye uno de los principales problemas del sistema. La fragmentación y segmentación del sistema reproducen profundas inequidades en el acceso al sistema de salud y a los servicios en particular. Según un estudio de la exclusión en salud de la OPS/OMS, más del 77% de la población boliviana está excluida de los servicios de salud.⁹

⁸ Declaración de Alma Ata (1978)

⁹ Curso de educación permanente en la política de salud familiar comunitaria intercultural y el sistema único de salud

3.4. RED FUNCIONAL DE SERVICIOS DE SALUD

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

3.5. 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.

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.³⁵

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 resolutoria de la Red en la articulación de sus componentes y funciones.

3.5. 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 resolutoria 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.

3.6. REFERENCIA

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

3.7. CONTRAREFERENCIA

Es el procedimiento mediante el cual una vez resuelto el problema de diagnóstico y/o tratamiento, se dirige al usuario al establecimiento de salud que lo refirió inicialmente con el fin de que se lleve a cabo el control, seguimiento y/o continuar con la atención integral.

3.8. CRITERIOS DE REFERENCIA

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

3.9. RECTORIA 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, sustantivas, 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 responsabilidades¹⁰.

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:

- 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.
- 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:

- El análisis y seguimiento y evaluación de la situación de salud de la población y sus determinantes.
- 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.
- La utilización intensiva y sistémica de los métodos epidemiológicos y de la investigación en la salud pública para construir la

¹⁰ Norma Nacional Red Municipal de Salud Familiar Comunitaria Intercultural, gestión 2008, Pub. 97. Pag. 29.

“inteligencia sanitaria” de los procesos de formulación e implementación de la política sectorial.

- La priorización de las poblaciones, problema, proyectos e intervenciones y la definición de los objetivos sanitarios de las políticas públicas nacionales.
- La construcción y negociación de un proceso integrado de planificación
- La movilización de recursos.
- 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.
- La participación política y técnica en el organismo internacional.
- La movilización de la participación comunitaria y el fomento del control social en la definición de problemas prioritarios y estrategias de superación de los mismos.¹¹

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:

- Nivel Nacional: Rector/Normativo, coordinador/operativo interdepartamental e internacional.
- Nivel departamental: Coordinador /operativo a nivel departamental.
- Nivel Municipal: Operativo a nivel municipal.¹²

La Norma nacional de referencia y contra referencia en su primera edición aprobada mediante Resolución Ministerial Nro. 1036 Del 21 de

¹¹ Norma Nacional Red Municipal de Salud Familiar Comunitaria Intercultural, gestión 2008, Pub. 97. Pag. 30.

¹² Norma Nacional de Caracterización Del Sistema Nacional de Emergencia en Salud, Gestión 2017, Pub 433, Pag. 25.

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.

SISTEMA NACIONAL DE EMERGENCIA EN SALUD (SNES)

Es un conjunto de instituciones públicos y privados adscritos al Ministerio de salud, que tiene como rol principal la gestión de las Urgencias/ Emergencias, Catástrofes y Desastres en salud. Con lo siguiente:

- A Nivel Nacional, Centro Coordinador de Emergencia de Salud Nacional (CCES- N). Dependiente de la dirección general de salud. Parte normativa.

El CCES –N como instancia Nacional Tiene la tuición sin restricción, de acceso directo a la base de datos e información tanto de CCE_D y TSES –m en el marco de sus atribuciones como ente normativo y rector a nivel Nacional.¹³

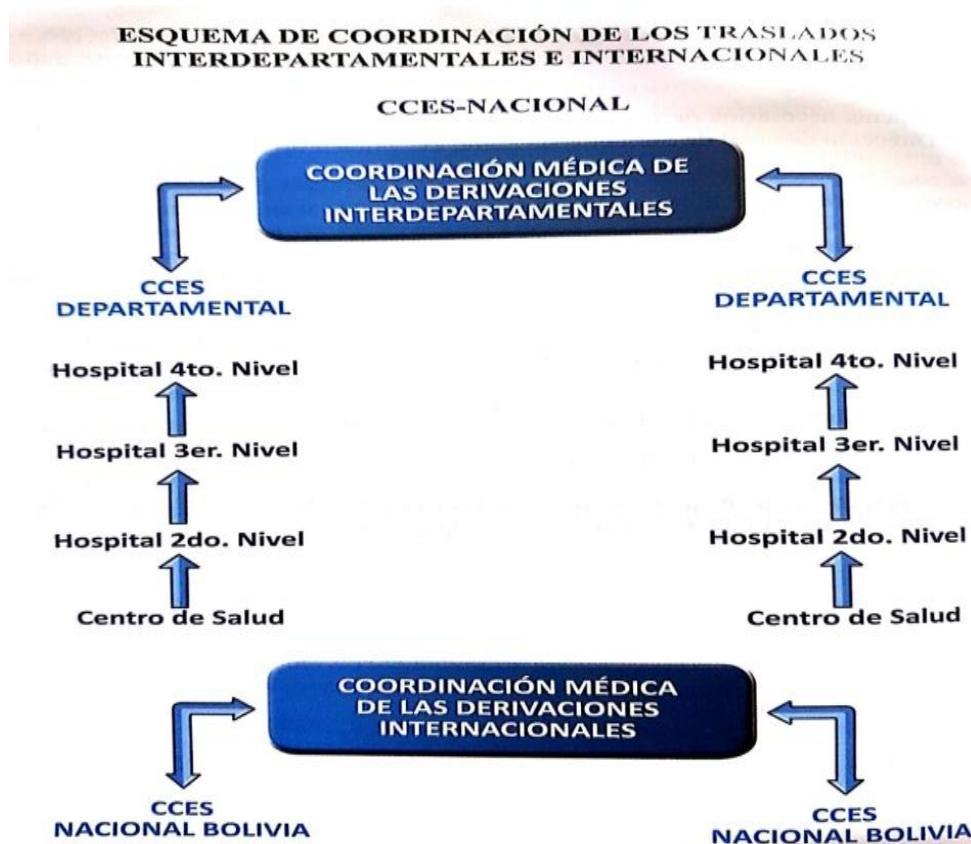
- A Nivel departamental, Centro Coordinador de Emergencia Departamental (CCES-D). Dependiente del SEDES. Instancia de coordinación / operativa en la atención de urgencia , emergencia, catástrofe o desastre en salud en el departamento, garantizando la atención prehospitalaria y la referencia a los pacientes o usuarios que solicitan los servicios y su admisión oportuna en el establecimientos de los 4 niveles y con otras instancias concurrentes al evento como ser bomberos, policía Boliviana, SAR . FAB y otros.
- A Nivel Municipal, a través de Transporte Sanitaria de Emergencia de Salud Municipal (TSES – M) dependiente del municipio. Instancia operativa que presta servicios de transporte sanitario en casos de urgencia, emergencia ,catástrofe y desastre

¹³ Norma Nacional de Caracterización Del Sistema Nacional de Emergencia en Salud,Gestión 2017, Pub 433, Pag. 27.

en salud en el Municipio , garantiza la tención prehospitalaria, interhospitalaria y de referencia a los pacientes o usuarios que solicitan los servicios y coordina la admisión oportuna en el establecimiento de salud.

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

Cuadro 1. Traslado interdepartamental e internacional del Sistema Nacional De Emergencia En Salud



Cuadro 2. Estructura funcional del Sistema Nacional De Emergencia En Salud



Norma Nacional de Caracterización del Sistema Nacional de Emergencia en Salud, Gestión 2017

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

Cuadro 3. Estructura funcional de las coordinaciones de red



Norma Nacional de Caracterización del Sistema Nacional de Emergencia en Salud, Gestión 2017

Cada Red tendría que contar con su reglamento para definir las funciones de los que componen.

La Norma Nacional de Caracterización del Sistema de Emergencias en Salud y La Norma Nacional de Ambulancias Terrestres ambas publicadas en su amplitud en la gestión 2017 son complemento para el funcionamiento de la Norma Nacional de Referencia y contrareferencia del 2013.

Las Redes de salud si bien tienen conformado los comités de RyCR, los mismos después de la aparición de la pandemia ya no funcionan e incluso cuando hubo la explosión de los casos no hubo respuesta por parte del comité departamental a los establecimientos de los 1eros niveles.

Actualmente las Redes de salud Coordina con el CCES-D, en el proceso de respuesta, con el flujograma de:

- Establecimiento de salud notifica a la Coordinación.
- La Coordinación informa a la CCES-D y articula con los hospitales de referencia para la atención del paciente.

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

A 3 años de su publicación de las 2 Normas que complementan a la Norma de RyCR el CCES-D, capacito a los Coordinadores de Red para el cumplimiento del sistema de referencia y contrareferencia, no olvidemos que en sistema también debe estar involucrada la comunidad organizada.

Gobernanza y estrategia:

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

Organización y gestión:

- Gestión integrada de los sistemas de apoyo clínico, administrativo y logístico.

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

La Política Nacional SAFCI dentro del modelo operacional de la Atención Primaria en Salud (APS) tiene como estrategia la promoción, estrategia que permite tener el primer contacto con la comunidad y médicos tradicionales e inclusión de las profesionales en trabajo social en el equipo de salud

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

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

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.¹⁴

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.

La intersectorialidad, es la intervención coordinada entre la comunidad organizada y sector salud con otros sectores estatales (agua, vivienda, educación, saneamiento básico y otras), en base a alianzas estratégicas, para actuar sobre las determinantes de la salud en el marco de la corresponsabilidad.

La integralidad: Es el sentir, conocer y practicar la salud como —un todoll, 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.

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:

¹⁴ Ministerio de Salud, Atención Integral al Continuo de la Vida, 2013.

- La educación en salud.
- La movilización social.
- La reorientación de los servicios de salud.
- Y las alianzas estratégicas

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° 031.9 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 Decreto Supremo N° 25060 y las disposiciones vigentes en la materia de salud.

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.¹⁵



¹⁵ Norma Nacional de Caracterización Del Sistema Nacional de Emergencias en Salud, serie – Documento Normativo. 2017. Pub. 433

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La demanda creciente de atención médica en la población, la evidente transición epidemiológica, la necesidad creciente de incrementar la calidad y cantidad de los servicios de atención médica, la baja y deficiente dotación de recursos en muchos establecimientos de salud, ha hecho que la referencia y contrarreferencia de pacientes un sistema de mucha importancia, que al estar bien implementado, permite el desplazamiento “justificado” del enfermo hacía establecimientos con mejor o mayor capacidad de respuesta a las necesidades del paciente y ubicarlos en los distintos niveles de atención. Este sistema es para evitar sobresaturación o subutilización de los establecimientos y servicios.¹⁶

Por referencia se entiende, la derivación del paciente entre un establecimiento de menor capacidad resolutive hacia otro de mayor, y como contrarreferencia, la derivación de los pacientes en sentido inverso, en el cual se reenvía al establecimiento que refiere la información sobre los servicios prestados y las respuestas e indicaciones a las solicitudes de apoyo asistencial.

Existen dificultades como la comunicación oportuna entre los centros de salud que refiere y el hospital que recepta, la falta de automatización de los procesos por el aumento de la documentación que este proceso requiere y no ayuda de esta manera a los servicios que deberían ser oportunos y adecuados al usuario y al personal que realiza los procesos. El cual provoca una interrupción en los procesos de salud del usuario.¹⁷

La oferta de servicios según clasificación y según su grado de prioridad de las necesidades de salud y de las funciones de producción pertinentes, necesita la ordenación de un sistema de referencia y contrarreferencia que asegure acceso universal, con eficiencia y eficacia, al nivel de atención que

¹⁶ Norma Nacional de Ambulancias Terrestre, - Técnico Normativo del 2017. Pub.430.

¹⁷ Salud Familiar Comunitario Intercultural – documento estratégico Versión Didáctico. Gestión 2011. Pub171.

pertenezca para el problema de salud que se pueda resolver además del mejor funcionamiento del sistema de la referencia y contrarreferencia entre niveles. Motivo por el cual se decide analizar la calidad del sistema de referencia y contrarreferencia de la red de salud sur N°5 de las gestiones 2018 y 2019.¹⁸

V. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál será la calidad del sistema de referencia y contrarreferencia de la red de salud n°5 Sur de las gestiones 2018 y 2019?

VI. OBJETIVOS

6.1. Objetivo general.

- Establecer la calidad del sistema de referencia y contrarreferencia en la Red de salud N°5 Sur del municipio de La Paz en las gestiones 2018-2019

6.2. Objetivos específicos.

- Establecer la diferencia de calificación de referencia y contrarreferencia en la gestión 2018-2019 bajo los criterios AJO
- Determinar por gestión los factores asociados a la calidad de la referencia y contra referencia
- Establecer la relación del llenado del consentimiento informado por gestión de la referencia y contrarreferencia bajo su análisis comparativo

¹⁸ Gestión Participativa e Integral en el Distrito, Modulo 56. Proyecto Desarrollo de Capacidades para la Reforma de Salud en Bolivia. Gestión 2006.

- Identificar el tipo de personal receptor para su análisis por gestión de la referencia y contrareferencia

VII. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

7.1. METODOLOGIA

Diseño de Investigación, Observacional, Descriptivo, Retrospectivo, Cuantitativo.

7.1.1. TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

- 1era Fase
 - Identificado del numero de referencias en cada red de salud
 - Seleccionado de los formularios de Referencia y Contrareferencia
 - Cuantificado del número total de formularios de Referencia y Contrareferencia
- 2da fase Trabajo de campo
 - Entrevistas al personal técnico del SEDES y SNIS para acceso a los formularios de referencia
 - Acceso de a base de datos
 - Verificación de fuentes de información

La base de la recolección de datos utilizada fue el formulario de referencia y contrareferencia utilizado según la normativa nacional de referencia contrareferencia.

Los formularios utilizados fueron los que se obtuvieron de la red de salud N°5 Sur.

7.1.2. ESTRUCTURA DEL INSTRUMENTO

La calidad de la referencia contrareferencia de la red de salud N°5 se midió usando en los formularios en base a los criterios Adecuado, Justificado y Oportuno (AJO).

Se tomo datos de los formularios de Referencia y Contrareferencia útiles para realizar tablas comparativas y análisis por gestión de los resultados obtenidos. Almacenados todos en la base de datos siendo esta el instrumento para el estudio de la tesis.

Estos formularios tienen un original y 2 copias: la primera la amarilla y la segunda 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 contrarefiere
- Copia 1 amarilla establecimiento que realizo la referencia inicial
- Copia 2 celeste comité de referencia y contrareferencia de la red

7.1.3. COMPOSICIÓN DEL INSTRUMENTO:

La base de datos analiza los datos provenientes de los formularios de referencia y retorno, así mismo los datos de la calidad de la misma, valorada por los criterios AJO, los cuales están compuesto para su evaluación por los siguientes criterios

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 él 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 envío 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.

Criterios	
Bueno	5,6,7
Regular	3,4
Malo	1,2

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.

Criterios	
Bueno	5
Regular	3,4
Malo	1

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 aun 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)

Criterios	
Bueno	5
Regular	3,4
Malo	1

Consideraciones Proceso de Referencia en base a los criterios adecuado, justificado, oportuno (AJO):

Esta fase se inicia una vez que evaluado el paciente, el profesional médico decide su derivación al nivel correspondiente; donde, antes de ser enviado, es revisado y evaluado por el Médico tratante del servicio de salud donde se encuentre, quien es el encargado de determinar si éstas se realizan en forma adecuada y con pertinencia según los protocolos definidos

en cada red y validados en los respectivos criterios AJO. Si es pertinente la evaluación por un especialista, esta necesidad puede ser resuelta de diferentes formas: donde una alternativa, y en general la más frecuente, es la derivación a otro establecimiento de la Red que disponga de la especialidad requerida., en el cual los establecimientos determinan la demanda de consultas de especialidad, que pueden satisfacer los criterios adecuado, justificado y oportuno (AJO), además de buscar mantener la continuidad de la atención dada en un inicio

La referencia puede producirse en cualquiera de los Niveles de Atención ambulatoria lo que incluye los establecimientos de Atención Primaria, los Establecimientos de segundo nivel y tercer nivel. La entrada al Proceso ocurre en el momento en el cual ante la anamnesis y el examen físico de un paciente, el profesional que en ese momento lo atiende considera adecuado que este sea evaluado y en algunos casos tratado por un profesional de una especialidad diferente siempre cumpliendo en su referencia para su mejor tratamiento en el nivel correspondiente los criterios adecuado, justificado y oportuno (AJO).

Contrareferencia:

No se realizó el análisis de los formularios de contrareferencia por no tener datos suficientes para el análisis de los mismos..

7.1.4. PROCESO DE LEVANTAMIENTO DE DATOS Y ANÁLISIS.

La base de datos prevé diferentes tipos de respuestas tanto como únicas, dicotómicas o de opción múltiple dependiendo del análisis que se realice a cada parámetro.

Los resultados fueron interpretados empleando tablas con sus respectivos gráficos de columnas asignando los valores obtenidos después del análisis de cada variable.

7.2. PROCESO INVESTIGATIVO

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

7.2.1. FASE DE NEGOCIACIÓN

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

7.2.2. FASE CAPACITACIÓN:

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

7.2.3. FASE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

Logro contar con un instrumento consistente y se realizó en tres momentos, con expertos del SEDES y cursantes de la Maestría, revisión y análisis por expertos del SEDES La Paz y una validación en el trabajo de campo.

Se logró al final un instrumento válido y confiable, cuyo valor agregado es un instrumento con mejor posibilidad de aplicación en el contexto nacional.

7.2.4. FASE DE RECOLECCIÓN DE DATOS

En 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 las Red de Salud Sur N° 5.

7.2.5. 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 de Salud Sur N°5 La Paz. En esta fase se verifico las fuentes y se consolido los datos obtenidos en el trabajo grupal.

7.2.6. FASE DE ELABORACIÓN DEL PLAN

Realizado en un taller conjunto con participación de expertos de la Red de Salud y cursantes de la maestría.

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

7.2.7. 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 Sur N° 5 del Municipio 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.

7.3. UNIDAD DE OBSERVACIÓN

Corresponde a la Red Sur N°5 del Municipio de La Paz, cuya información se encuentra consolidada y disponible en la Coordinación de la Red con sede en instalaciones del centro de salud medico de Alto Obrajes en el Distrito 21.

7.4. MARCO MUESTRAL

Se logro en la Red de Salud Sur N° 5 para la gestión 2018 un total 5.154 y para la gestión 2019 un total de 6. 307. Por el volumen se considera calcular un tamaño de muestra, basada en la siguiente metodología:

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

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

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

Tamaño muestral para una proporción en una población finita o conocida
Red de Salud Nro. 5 Sur Gestión 2019

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	349
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

VIII. RESULTADOS

La Obtención de los resultados se realizó mediante los paquetes SPSS y Excel, se describe en primera instancia los resultados cuantitativos obtenidos de la base de datos de los formularios de referencia y contrareferencia. Asimismo, los resultados cualitativos, información proveniente del análisis de los formularios en profundidad junto con la norma nacional de referencia y contrareferencia que permiten establecer lo siguiente:

8.1. RESULTADO: DIFERENCIA DE LA CALIFICACION DE LA REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA POR GESTION DE LOS CRITERIOS ADECUADO, JUSTIFICADO Y OPORTUNO (AJO)

Este resultado comprende 3 criterios: Adecuado, justificado y oportuno (AJO), las cuales todas con parámetro comparativo en ambas gestiones, como se observa en las siguientes tablas.

8.1.1. CRITERIO DE REFERENCIA ADECUADA:

Tabla 1. Calificación de Criterios de Referencia Adecuada en la Red N°5 Sur del Municipio de La Paz en las gestiones 2018-2019

CALIFICATIVO ADECUADO		AÑO		Total	Diferencia
		2018	2019		
At. Medica	Recuento	1	1	2	0
	%	0,3%	0,3%	0,3%	0,00%
Sop. Vida	Recuento	7	20	27	13
	%	2,0%	5,7%	3,9%	3.7%
Inf. Completa	Recuento	102	128	230	26
	%	29,1%	36,6%	32,9%	7.5%
Ambulancia	Recuento	186	157	343	-29
	%	53,1%	44,9%	49,0%	-8,2%
Familiar	Recuento	49	38	87	-11
	%	14,0%	10,9%	12,4%	-3.1%
Comunicación	Recuento	5	6	11	1
	%	1,4%	1,7%	1,6%	0.3%
Doc. Necesaria	Recuento	0	0	0	0
	%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Total	Recuento	350	350	700	0
	%	50,00%	50,00%	100,00%	0,00%

Fuente: Ministerio de salud SNIS-Vigilancia, 2016

Al comparar la referencia y la contrarreferencia del calificativo adecuado durante las gestiones 2018 y 2019 tenemos como resultados: La atención medica inicial fue igual en ambos años (0.3%) no teniendo diferencias en ambos años. Los soportes mínimos necesarios fueron durante el 2018 de 2% en comparación con la del 2019 que fue de 5.7% con una diferencia positiva de 3.7% a favor del año más próximo. En cuanto a la información completa que hayan recibido el paciente o sus familiares tenemos que durante el 2018 fue de 29.1% en comparación con el año 2019 que fue de 36.6% con una diferencia positiva de 7.5% a favor del 2019. El resultado del traslado por una ambulancia debidamente equipada acompañado por el personal médico adecuado durante el 2018 fue de 53.1% en comparación con el 2019 que fue de 44.9% con una diferencia negativa de 8.2% con el año 2019. En cuanto si el paciente vino acompañado por un familiar el resultado fue de 14% para el 2018 en comparación con 10.9% para el 2019 teniendo también una diferencia negativa de 3.1% para el 2019. La comunicación con el servicio al cual ha sido transferido a sido de 1.4% durante el 2018 a diferencia del 2019 que fue de 1.7% con una diferencia positiva para el 2019 de 0.3%. Por último se analiza si tuvo la documentación de referencia necesaria el cual en ambos años no se realizo no teniendo datos para los resultados del mismo en ambos años.

8.1.2. CRITERIO DE REFERENCIA JUSTIFICADA:

Tabla 2. Calificación de Criterios de Referencia Justificada en la Red N°5 Sur del Municipio de La Paz en las gestiones 2018-2019

CALIFICATIVO JUSTIFICADO		AÑO		Total	Diferencia
		2018	2019		
Tecnología	Recuento	313	252	565	-61
	%	89,4%	72,0%	80,7%	-17.4%
Evolución	Recuento	37	87	124	50
	%	10,6%	24,9%	17,7%	14.3%
Servicios	Recuento	0	11	11	11
	%	0%	3,1%	1,6%	100,00%
Diag. Hosp	Recuento	0	0	0	0
	%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Total	Recuento	350	350	700	0
	%	50,00%	50,00%	100,00%	0,00%

Fuente: Ministerio de salud SNIS-Vigilancia, 2016

En el caso del calificativo justificado para la referencia y contrareferencia, al valorar la tecnología que no existe en el establecimiento tenemos como resultado 89.4% durante la gestión 2018 en comparación con 72% de la gestión 2019 con una diferencia negativa de 17.4%. La evolución del cuadro clínico no favorable da resultado de 10.6% durante la gestión 2018 y de 24.9% en la gestión 2019 con una diferencia positiva de 14.3%. En cuanto a la demanda de servicios que sobrepasa la capacidad resolutive no tenemos datos durante la gestión 2018, teniendo un 3.1% en la gestión 2019 con la diferencia positiva de 100% al no tener casos durante el 2018. Por último valorando la relación del diagnostico de referencia con el diagnostico de recepción vemos que no hay datos reportados durante la gestión 2018 y 2019.

8.1.3. CRITERIO DE REFERENCIA OPORTUNA:

Tabla 3. Calificación de Criterios de Referencia Oportuna en la Red N°5 Sur del Municipio de La Paz en las gestiones 2018-2019

CALIFICATIVO OPORTUNA		AÑO		Total	Diferencia
		2018	2019		
Correcta	Recuento	17	51	68	34
	%	4,9%	14,6%	9,7%	9.7%
Sin Demora	Recuento	311	275	586	-36
	%	88,9%	78,6%	83,7%	-10.3%
Comunicación	Recuento	22	23	45	1
	%	6,3%	6,6%	6,4%	0.3%
Programación	Recuento	0	1	1	1
	%	,0%	,3%	,1%	100,00%
Total	Recuento	350	350	700	0
	%	50,00%	50,00%	100,00%	0,00%

Fuente: Ministerio de salud SNIS-Vigilancia, 2016

Al analizar el calificativo oportuno de la referencia y contrareferencia tenemos, como primer punto si la referencia a sido efectuada en el momento correcto con 4.9% en el año 2018 en comparación de 14.6% durante el 2019 con una diferencia positiva de 9.7%. Viendo si el traslado se realizo sin demora tenemos como resultado de 88.9% en el año 2018 a diferencia del 2019 con un valor de 78.6% con una diferencia de -10.3%. En cuanto si hubo comunicación al hospital de referencia tenemos 6.3% en el año 2018 y de 6.6% en el año 2019 con una diferencia positiva de 0.3%. Por último si hubo una programación en los casos de referencia que no son urgencia no tenemos resultados en el 2018 sin embargo fueron de 0.3% para el 2019 una diferencia de 100% a favor del año 2019.

8.2. RESULTADO: FACTORES ASOCIADOS A LA CALIDAD DE LA REFERENCIA Y CONTRA REFERENCIA POR GESTIÓN.

Tabla 4. Calificación del tratamiento motivo de referencia en la Red N°5 Sur del Municipio de La Paz en las gestiones 2018-2019

TRATAMIENTO DE REFERENCIA		AÑO		Total
		2018	2019	
SI	Recuento	10	73	83
	%	2,90%	20,90%	11,90%
NO	Recuento	340	277	617
	%	97,10%	79,10%	88,10%
Total	Recuento	350	350	700
	%	100,00%	100,00%	100,00%

Fuente: Ministerio de salud SNIS-Vigilancia, 2016

Con respecto al tratamiento de referencia que tuvieron los pacientes en el año 2018 se evidencia que la mayor parte de pacientes no lo tuvo, con un porcentaje de 97.1%, la cual durante la gestión 2019 baja en cantidad de porcentaje a 79.1% siendo aun su diferencia grande en comparación a los que si se realizo tratamiento de referencia.

Tabla 5. Calificación del laboratorio motivo de referencia en la Red N°5 Sur del Municipio de La Paz en las gestiones 2018-2019

LABORATORIO DE REFERENCIA		AÑO		Total
		2018	2019	
SI	Recuento	0	2	2
	%	0,00%	0,60%	0,30%
NO	Recuento	350	348	698
	%	100,00%	99,40%	99,70%
Total	Recuento	350	350	700
	%	100,00%	100,00%	100,00%

Fuente: Ministerio de salud SNIS-Vigilancia, 2016

En lo que se refiere a si los pacientes contaban con laboratorio al momento de su transferencia se durante el 2018 se evidencia que ninguno contaba con laboratorio con un 100% de diferencia; la cual durante la gestión 2019 sigue casi la misma tendencia bajando solamente a 99.7% en comparación con el 0.3% de personas que si contaban con laboratorio.

Tabla 6. Calificación del estudio de gabinete motivo de referencia en la Red N°5 Sur del Municipio de La Paz en las gestiones 2018-2019

ESTUDIO DE GABINETE DE REFERENCIA		AÑO		Total
		2018	2019	
SI	Recuento	1	0	1
	%	0,30%	0,00%	0,10%
NO	Recuento	349	350	699
	%	99,70%	100,00%	99,90%
Total	Recuento	350	350	700
	%	100,00%	100,00%	100,00%

Fuente: Ministerio de salud SNIS-Vigilancia, 2016

Al analizar los estudios de gabinete que tenía al momento de su transferencia se puede observar que en ambas gestiones 2018 y 2019 la mayor parte de pacientes en su traslado no contaba con los estudios de gabinete para la transferencia con un resultado de 99.7% en la gestión 2018 y 100% para la gestión 2019.

8.3. RESULTADO: RELACION DEL LLENADO DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO POR GESTION DE LA REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA PARA SU ANALISIS COMPARATIVO

Tabla 7. Calificación del uso del consentimiento informado en la Red N°5 Sur del Municipio de La Paz en las gestiones 2018-2019

CONSENTIMIENTO INFORMADO		AÑO		Total
		2018	2019	
NO	Recuento	28	25	53
	%	8,00%	7,10%	7,60%
SI	Recuento	322	325	647
	%	92,00%	92,90%	92,40%
Total	Recuento	350	350	700
	%	100,00%	100,00%	100,00%

Fuente: Ministerio de salud SNIS-Vigilancia, 2016

Se obtuvo al analizar el uso del consentimiento informado por gestión que el 92% si lo tuvieron durante la gestión 2018 al momento de su transferencia el

mismo que muestra un leve incremento durante la gestión 2019 teniendo un valor de 92.9%.

8.4. RESULTADO: PERSONAL RECEPTOR PARA SU ANALISIS POR GESTION DE LA REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA.

Tabla 8. Nombre y cargo del receptor por gestión de la Red N°5 Sur del Municipio de La Paz en las gestiones 2018-2019

NOMBRE Y CARGO DE QUIEN RECIBE AL USUARIO		AÑO		Total
		2018	2019	
CARDIO	Recuento	1	0	1
	%	0,30%	0,00%	0,10%
C.GENERAL	Recuento	0	2	2
	%	0,00%	0,60%	0,30%
FISIO	Recuento	1	0	1
	%	0,30%	0,00%	0,10%
GINECO	Recuento	0	1	1
	%	0,00%	0,30%	0,10%
INFECT	Recuento	0	1	1
	%	0,00%	0,30%	0,10%
MED INT	Recuento	0	1	1
	%	0,00%	0,30%	0,10%
OFTAL	Recuento	0	1	1
	%	0,00%	0,30%	0,10%
S. MENT	Recuento	0	2	2
	%	0,00%	0,60%	0,30%
SIN DATO	Recuento	348	342	690
	%	99,40%	97,70%	98,60%
Total	Recuento	350	350	700
	%	100,00%	100,00%	100,00%

Fuente: Ministerio de salud SNIS-Vigilancia, 2016

Al analizar cuál fue el personal receptor durante la referencia y contrareferencia por gestión se evidencio en el año 2018 que la mayor parte de los casos no tuvo datos del personal con un porcentaje de 99.4%, seguido por cardiología 0.3%% y fisioterapia en 0.3%. En el año 2019 se mantiene la misma tendencia con un valor de 97.7% los que no tuvieron datos del receptor, seguida por cirugía general 0.6%, Salud mental 0.6%, Ginecología 0.3%, Infectología 0.3%, Medicina interna 0.3% y oftalmología de 0.3%.

IX. DISCUSIÓN

Una de las dificultades en el análisis fue la elaboración de la base de datos, la misma que tenía que tener los datos de ambas gestiones para realizar las comparaciones respectivas siendo el instrumento para la elaboración de nuestros resultados.

1. Para la evaluación AJO de la calificación de la referencia y contrareferencia por gestión. El instrumento contaba con subpreguntas que eran excluyentes. Las mismas que ocasionaron limitaciones en observar una gráfica representativa de los actores. Siendo el objetivo general de la norma de referencia y contrareferencia que llegue a contribuir a la solución del problema de salud del paciente, su familia y su entorno mediante la acción articulada de los establecimientos de salud de la Red Servicios y Red Municipal SAFCI, bajo los criterios de continuidad, oportunidad, integridad, integralidad, interculturalidad, eficiencia y eficacia. Analizando ambas gestiones se evidenció que hubo cambios positivos del año 2019 en comparación con el 2018 en la mayoría de los subcriterios que conformaban las variables del AJO (Adecuado, justificado y oportuno) teniendo como diferencias negativas para la variable Adecuada el traslado de la ambulancia con un valor de -8.2% en la diferencia de ambos años, así mismo si el paciente venía acompañado de un familiar con una diferencia de -3.1% al comparar ambos años. Así mismo en la variable Justificada tuvo un valor negativo en la apreciación de si la tecnología que requiere la paciente no existe en el establecimiento que refiere con un valor de -17.4%. Por último al analizar la variable oportuna el único valor negativo refiere a si el traslado se realizó si demoras con un valor de -10.3%. Siendo el Componente de Referencia y Retorno el conjunto de actividades y tareas desarrolladas por el equipo de salud de las instancias y establecimientos de salud de los tres niveles del Modelo

de Atención, cuando se requiere la atención a un paciente en estado crítico (urgencia o emergencia) o para completar sus exámenes complementarios o para tratamiento de mayor capacidad resolutive. Se evidencia que se trato en la mayor parte de las subcriterios un avance positivo durante el año 2019 en comparación con el 2018.

2. Al determinar por gestión los factores asociados a la calidad de la referencia y contra referencia, el tratamiento del motivo de referencia tuvo una mejoría durante el año 2019 en comparación con el 2018 con una disminución de un 97.1% a un 79.1% de casos a los que no se realizo el tratamiento en su referencia. A su vez en cuanto a los laboratorios que se pidieron igual hubo una mejoría muy leve teniendo durante el 2018 el 100% a los cuales no se realizo laboratorios en comparación con un 99.4% del 2019, y por ultimo en cuanto a los estudios de gabinete hubo más bien un aumento en los casos en los que no se pidió los mismos con un valor de 99.7% en el año 2018 comparado con un 100% del 2019 de casos a los cuales no se pidió ningún estudio de gabinete. Lo mismo que puede estar asociado a mal funcionamiento de los equipos, falta de mantenimiento o que no exista personal capacitado para el manejo. Por el que podemos ver que siendo la tendencia aun negativa y mostrando que se está tratando de realizar mejores controles en comparación con el año anterior. Teniendo en cuenta que la referencia se origina cuando el problema de salud del paciente que requiere de evaluación y/o tratamiento que supera la capacidad resolutive del establecimiento, el equipo de Salud de cada uno de los establecimientos de los tres niveles, en el marco de la gestión participativa y control social en salud, es el responsable de realizar las acciones de referencia y retorno de pacientes. Por lo que el equipo de salud habiendo notado sus errores durante la gestión 2018 en comparación con la 2019 está tratando de mejorar los mismos haciendo tanto un mejor control del tratamiento de los pacientes como de los laboratorios.

3. En cuanto al llenado del consentimiento informado por gestión en ambos años hubo una tendencia positiva de 92% para el 2018 como de 92.9% para el 2019 por lo que se puede ver que el equipo de salud del establecimiento conoce y aplicar los procedimientos y protocolos de atención según su capacidad resolutive, agotando todos los medios para la valoración y tratamiento, antes de realizar la referencia. Donde una vez decidida ésta, se evidencia que es registrada con datos completos y letra legible en el Expediente Clínico, así mismo como el llenado del consentimiento informado por el personal. el cual se repite en cada uno de los establecimientos para tener resultados positivos como muestra los resultados.

4. Por último al identificar el tipo de personal receptor para su análisis por gestión se pudo observar que en ambos años el mayor numero de porcentajes esta sin tener el dato del personal que recibió la referencia con un porcentaje de 99.4% para el 2018 y 97.7% para el 2019 ya que siendo responsabilidad del establecimiento de salud de origen realizar el trámite de referencia ante el establecimiento de mayor capacidad resolutive, así mismo no teniendo el médico tratante, del establecimiento de salud que reciba al paciente, no se puede informar en forma detallada y con adecuación cultural sobre los procesos, procedimientos y evolución del paciente a sus familiares o tutores. Siendo un sesgo para el personal de salud del establecimiento ya que el equipo de salud de todo establecimiento de salud, debe llevar el registro de las referencias y retornos realizados y recibidos aplicando los formularios respectivos.

X. CONCLUSIONES

La valoración de la calidad del sistema de referencia y contrareferencia de la red de salud n°5 sur de las gestiones 2018 y 2019, puntualizo las siguientes conclusiones.

1. En conclusión, la efectividad del sistema de referencia y contrareferencia durante las gestiones 2018 y 2019 se realizó durante ambos años tanto la misma que se evidencia al observar la evaluación con los criterios AJO (adecuado, justificado y oportuno), La percepción del análisis global de los criterios AJO fue considerada como la principal fuente de valoración de la calidad de los procesos de referencia y contrareferencia de pacientes en la institución hospitalaria. Se tuvo en cuenta que la oportunidad de la atención y la resolución efectiva de las necesidades de los pacientes son los principales criterios que atienden los usuarios al momento de calificar positiva o negativamente la calidad del servicio.
2. Con respecto a los factores asociados a la calidad de la referencia y contra referencia fue que se trató de seguir los criterios mencionados anteriormente, AJO(adecuado, justificado y oportuno) ya que la no contar con los mismos en ambas gestiones como ser de un tratamiento para la referencia, laboratorios o estudios de gabinete, se hizo la referencia siendo el deber ser de las instituciones públicas propender por la atención oportuna de los pacientes sabiendo las limitaciones de los centros para su posterior referencia y verificar la pertinencia en la atención en cada nivel de complejidad, permitiendo así mismo ayudar a la sostenibilidad del sistema, por lo cual se debe buscar la manera de dar continuidad en el personal de los diferentes centros y servicios, permitiendo mayor empoderamiento, sentido de pertenencia, que las áreas tengan un mejoramiento continuo desde el

mismo personal con un trabajo en equipo que a la larga será más eficaz y útil para la red de salud.

3. Con respecto a llenado del consentimiento informado por gestión los resultados evidencian un indicador positivo en ambas gestiones. por lo que se evidencia que el personal de la red de salud N°5 Sur esta consiente del trámite y documentación de las referencias y contrarreferencias que garantizarían una respuesta más oportuna en casos específicos de acuerdo con el nivel de respuesta del sistema y el estado de salud del paciente. Por lo que está establecida la responsabilidad Sanitaria del equipo del Primer nivel, esta se encuentra enmarcada en los pilares de la Política SAFCI.
4. Uno de los factores críticos dentro de la calidad de la referencia y la contrarreferencia de pacientes en las gestiones 2018 y 2019 lo constituyó el identificar el tipo de personal receptor para su análisis por gestión, porque en ambas gestiones no se tuvo datos en su mayoría del personal receptor al momento de realizar la referencia y contrareferencia, considerando que las actuaciones de los profesionales de la medicina durante la referencia y contrarreferencia de los pacientes, en ocasiones no guarda correspondencia con algunos detalles importantes que se encuentran en la normativa, que si se los lograra aplicar tendríamos el logro de un resultado satisfactorio si se atendería mejor este aspecto. Con lo que se podrá conformar el equipo multidisciplinario como propone la política SAFCI así mismo la normativa nacional de referencia y contrareferencia, enmarcado en los principios de la APS renovada para tener un sistema solido a la larga después de su buen funcionamiento.

XI. RECOMENDACIONES

La investigación considera fundamental trabajar en diferentes ámbitos con acciones concretas, pero estas no tendrán efecto si no son concebidas y trabajadas.

1. Se recomienda continuar con las capacitaciones al personal de salud. Asimismo, verificar el conocimiento y aplicación de los procesos del Sistema de Referencia y Contrarreferencia por parte de las personas directamente involucradas en la atención de los usuarios en cada uno de los puntos de atención.
2. Para que la red sur N°5 fortalezca la calidad de referencia y contrarreferencia a través de los años verificar dentro de la red la existencia del recurso humano, físico y tecnológico que garantice la atención en todos los niveles de complejidad. Gestionar equipos Mi Salud para la coordinación de esta atención. Además, fortalecer los comités de referencia y contrarreferencia establecidos en la red Sur N°5.
3. Los servicios de salud integrales deben ser suministrados en equidad y con suficiencia técnica a través de la Red de Servicios, constituida por instituciones y personas acreditadas conforme a la normatividad vigente, para desempeñarse como prestadores de servicios de salud en el territorio nacional.
4. Para garantizar la disponibilidad de los recursos, el Hospital debe definir los requerimientos mínimos en recursos físicos, humanos y tecnológicos para cada servicio según el nivel de atención y realizará verificación permanente de la red ofertada en la entidad territorial.
5. Revisar desde el comité de calidad la manera de realizar la gestión integral de ingresos y egresos de pacientes desde el Sistema de

Referencia y Contrareferencia, realizar un sistema articulado desde un software integrado, si fuera posible, permitiendo mejorar el flujo de pacientes la momento de realizar las referencias y contrareferencias así tener un mejor servicio hacia la comunidad.

6. De igual manera, se sugiere para facilitar el acceso de los usuarios a los servicios de salud, velar por la posibilidad de contratar los recursos físicos, humanos y tecnológicos existentes en la localidad adicionales a los establecidos en el nivel de atención e incluirlos en su red de servicios, con lo cual se garantiza que el usuario recibe todos los servicios existentes en su área geográfica, sin requerir traslados excesivos y solo realizarlos cuando sean pertinentes.

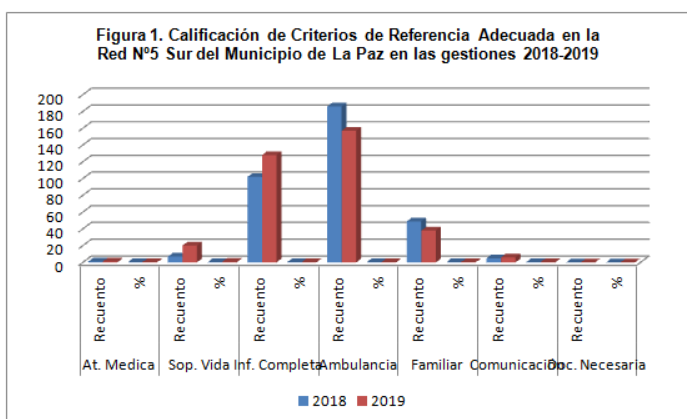
XII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Declaración de Alma Ata (1978) 12 septiembre 1978. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud patrocinada por la OMS y el UNICEF, párrafo 10.
2. Actas de Asociación Mundial para la Ayuda de los Pueblos necesitados.AMAP. 2019. p. 8=15
3. Ministerio de Salud, Norma Nacional de Referencia y Contrareferencia. Serie Documentos Técnico - Normativos. La Paz-Bolivia. 2013.
4. Guía Técnica para la Aplicación de la Norma Nacional de Referencia y Contrareferencia, FORSA Potosí. 2020.
5. Ministerio de Salud, Obtención del consentimiento informado, 2008, Publicación 65.
6. Bolivia: Reglamento a la Ley N° 3131 del Ejercicio Profesional Médico, DS N° 28562, 2005. p.25-50
7. Ministerio de Salud, Estrategia de Vigilancia Comunitaria Activa, Plan de Contingencia, Mitigación, y Recuperación Post Confinamiento, En Respuesta a la COVID 19. 2019.
8. Gaceta Oficial del Estado Plurinacional de Bolivia. Ley N° 031. Ley Marco De Autonomías y Descentralización —Andrés Ibáñezll. Ley de 19 de Julio de 2010.
9. Ministerio de Salud y deportes de Bolivia, Sistema Nacional de Información en Salud y Vigilancia Epidemiológica SNIS – VE Guía General Indicadores De Gestión En Salud, 2008.
10. Reglamento de Aplicación Técnica Administrativa y Financiera de la Ley N° 1152 “Hacia el Sistema Único de Salud Universal y Gratuito” 2017.
11. Plan Sectorial de desarrollo Integral para Vivir Bien 2016 – 2020
12. Curso de educación permanente en la política de salud familiar comunitaria intercultural y el sistema único de salud. 2020.

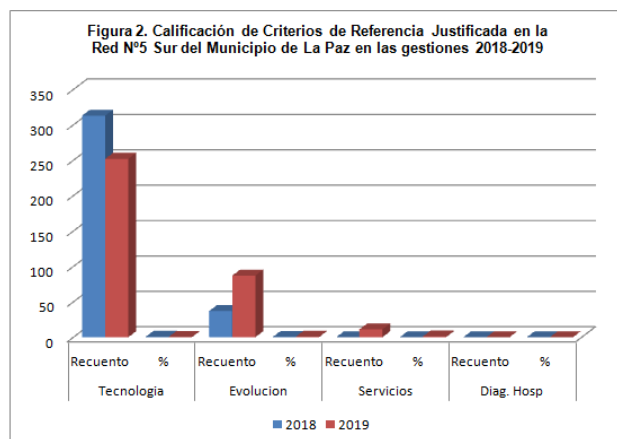
13. Ministerio de salud - Norma Nacional – Red Municipal de Salud Familiar Comunitaria intercultural - Red Municipal SAFCI - y Redes de Servicios, Serie: documentos técnicos - normativos. 2008
14. Ministerio de Salud, Atención Integrar al Continuo de la Vida, 2013.
15. Norma Nacional de Caracterización Del Sistema Nacional de Emergencias en Salud, serie – Documento Normativo. 2017. Pub. 433
16. Norma Nacional de Ambulancias Terrestre, - Técnico Normativo del 2017. Pub.430.
17. Salud Familiar Comunitario Intercultural – documento estratégico Versión Didáctico. Gestión 2011. Pub171.
18. Gestión Participativa e Integral en el Distrito, Modulo 56. Proyecto Desarrollo de Capacidades para la Reforma de Salud en Bolivia. 2006.

XIII. ANEXO

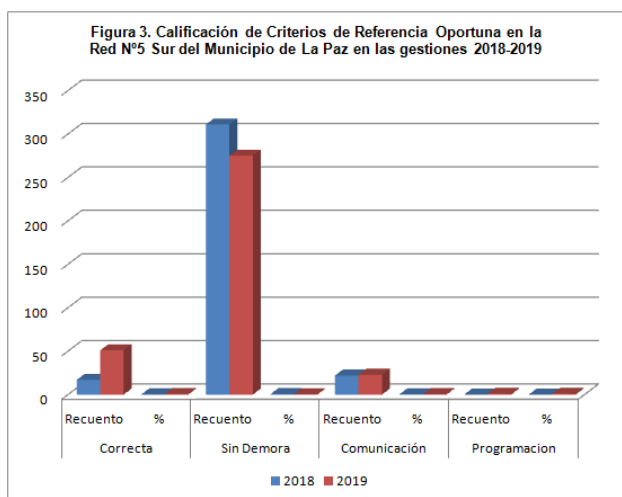
13.1. Anexo 1: Graficos de la diferencia de la calificación de la referencia y contrareferencia por gestion de los criterios adecuado, justificado y oportuno (AJO)



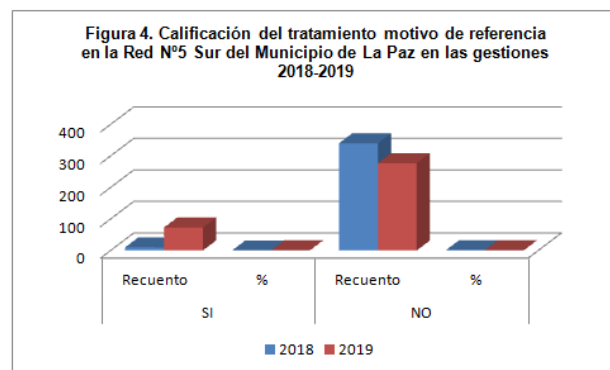
Fuente: Ministerio de salud SNIS-Vigilancia, 2016



Fuente: Ministerio de salud SNIS-Vigilancia, 2016

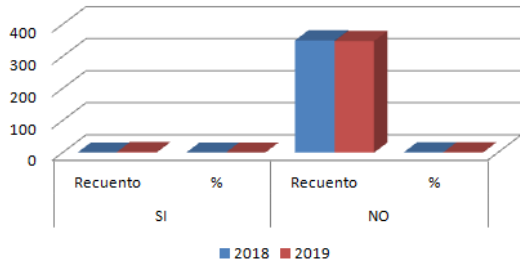


Fuente: Ministerio de salud SNIS-Vigilancia, 2016



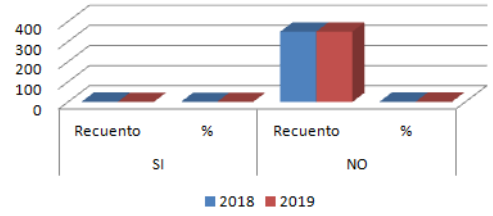
Fuente: Ministerio de salud SNIS-Vigilancia, 2016

Figura 5. Calificación del laboratorio motivo de referencia en la Red N°5 Sur del Municipio de La Paz en las gestiones 2018-2019



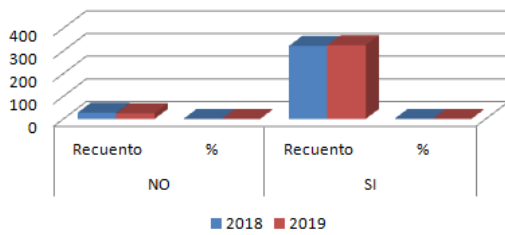
Fuente: Ministerio de salud SNIS-Vigilancia, 2016

Figura 6. Calificación del estudio de gabinete motivo de referencia en la Red N°5 Sur del Municipio de La Paz en las gestiones 2018-2019



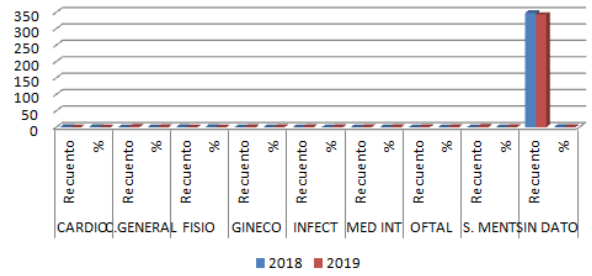
Fuente: Ministerio de salud SNIS-Vigilancia, 2016

Figura 7. Calificación del uso del consentimiento informado en la Red N°5 Sur del Municipio de La Paz en las gestiones 2018-2019



Fuente: Ministerio de salud SNIS-Vigilancia, 2016

Figura 8. Nombre y cargo del receptor por gestión de la Red N°5 Sur del Municipio de La Paz en las gestiones 2018-2019



Fuente: Ministerio de salud SNIS-Vigilancia, 2016

13.2. Anexo 2: Formularios de Referencia y Contrareferencia



Estado Plurinacional de Bolivia
Ministerio de Salud y Deportes

(ANEXO N° 1) FORMULARIO N°1 – REFERENCIA

NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO QUE REFIERE.....

RED DE SERVICIOS..... 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 ANAMNESIS Y EXAMEN CLINICO

.....
.....
.....
.....

RESULTADOS, EXAMENES COMPLEMENTARIOS DE DIAGNOSTICO

.....
.....

DIAGNÓSTICOS PRESUNTIVOS

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 ENVÍA AL USUARIO O RESPONSABLE DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD QUE REFIERE

..... FIRMA Y SELLO

MOTIVO DE REFERENCIA

UEGENCIA /EMERGENCIA..... INTERCONSULTA..... ESTUDIO DE GABINETE.....

LABORATORIO..... TRATAMIENTO..... OTROS.....

FECHA DE ENVÍO..... HORA DE ENVÍO.....

ESTABLECIMIENTO DE SALUD RECEPTOR

NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO..... NIVEL.....SUBSECTOR

NOMBRE DE LA PERSONA CONTACTADA.....

PUBLICO
SEGURO
OTRO

NOMBRE Y CARGO DE QUIEN RECIBE AL USUARIO.....

FECHA DE RECEPCIÓN..... HORA DE LLEGADA HORA DE RECEPCIÓN.....

MEDICO RESPONSABLE DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD RECEPTOR.....

FIRMA DEL MEDICO

SELLO

Original, para Establecimiento que realiza la REFERENCIA
1ra copia, Amarilla para la Historia clínica del establecimiento RECEPTOR.
2da Copia, Verde para Comité de REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA.

(ANEXO N° 1)
**INSTRUCCIONES PARA LLENAR EL FORMULARIO N°1 –
REFERENCIA**

La institución puede incluir el logo a la que corresponde el formulario en la casilla que se encuentra en la parte superior derecha (ESPACIO PARA EL LOGOTIPO DE LA INSTITUCION)

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

ESTABLECIMIENTO DEL QUE SE REFIERE

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

RED: Anotar nombre de la Red Funcional de Servicios al que pertenece el establecimiento de salud referente.

MUNICIPIO: Anotar nombre del municipio al que pertenece el establecimiento de salud referente.

FECHA: Anotar la Fecha en la que se refiere al usuario (día/mes/año).

HORA: Anotar la hora en la que se refiere al usuario, marcando am o pm.

IDENTIFICACION DEL USUARIO

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

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

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

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

SIGNOS VITALES .

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

P.A. (Presión Arterial): anotar en mmHg que corresponda.

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

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

PESO: anotar el peso en Kilogramos que corresponda.

TALLA: anotar la talla en centímetros/metros, que corresponda

RESUMEN DE LA ANAMNESIS y EXAMEN CLÍNICO: Anotar de forma resumida y completa, los hallazgos clínicos que se encuentren en el usuario de la anamnesis y el examen físico.

RESULTADOS DE EXAMENES COMPLEMENTARIOS DE DIAGNÓSTICO

Resumen de los exámenes realizados

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

TRATAMIENTOS REALIZADOS: Detallar el tratamiento aplicado.

CONSENTIMIENTO INFORMADO: Se debe explicar el motivo de la referencia al usuario y familiares y tienen que firmar,

NOMBRE Y CARGO DE QUIEN ENVÍA AL USUARIO O RESPONSABLE DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD

QUE REFIERE Nombre completo firma y sello

MOTIVO DE REFERENCIA anotar para que es la referencia marcar con una X , la fecha della referencia y hora de referencia

URGENCIA /EMERGENCIA, INTERCONSULTA, ESTUDIO DE GABINETE, LABORATORIO, TRATAMIENTO, OTROS

FECHA DE referencia HORA DE Referencia

ESTABLECIMIENTO DE SALUD RECEPTOR

ESTABLECIMIENTO DE SALUD: Anotar el nombre del establecimiento de salud de mayor capacidad resolutive receptor.

NIVEL, anotar a que nivel pertenece Primer segundo o tercer nivel

SUBSECTOR Puplico , seguro y otro anota con una x a cual pertenece

RED: Anotar nombre de la Red Funcional de Servicios al que pertenece el establecimiento de salud de mayor capacidad resolutive receptor.

MUNICIPIO: Anotar nombre del municipio al que pertenece el establecimiento de salud de mayor capacidad resolutive receptor.

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

NOMBRE Y CARGO DE QUIEN RECIBE AL USUARIO Anotar el nombre y apellidos del personal de salud que recibe al usuario

FECHA DE RECEPCIÓN Anotar fecha clara de recepción

HORA DE LLEGADA Anotar la hora de llegada al establecimiento de referencia

HORA DE RECEPCIÓN Anotar la hora en la que el usuario recibe la atención del personal de salud de referencia.

FIRMA Y SELLO DE MÉDICO TRATANTE: Firma y sella quien realiza la referencia.

SELLO: Sello del Establecimiento de salud que realiza la referencia

Al final se entrega las siguientes hojas:

Original, para el Establecimiento que refiere.

1ra copia, para Historia Clínica.

2da Copia, amarilla para el comité de RCR.

Se anotará también los datos de contacto del Establecimiento de Salud que realiza la referencia: Frecuencia de Radio, teléfono(s), teléfono de servicio de Emergencia o urgencia, Numero de Fax, Dirección y email.



Estado Plurinacional de Bolivia
Ministerio de Salud y Deportes

FORMULARIO N 2°
CONTRAREFERENCIA
ESTABLECIMIENTO AL QUE RETORNA EL USUARIO

ESTABLECIMIENTO DE SALUD: FECHA:/..... HORA:
SERVICIO REFRENTE: RED: se contacto al establecimiento SI NO
NOMBRE DE LA PERSONA CONTACTADA

IDENTIFICACION DEL USUARIO

NOMBRES APELLIDOS:
DOMINICIO: EDAD:

DATOS CLINICOS

DÍAS DE INTERNACION: SEXO: M F PESO :

T° P.A. .../.....mmHg FC..... FR.....

DIAGNOSTICO(S) DE INGRESO:

- 1)
2)

DIAGNOSTICO(S) DE EGRESO SEGÚN CIE - 10

- 1)
2)
3)

EVOLUCION, COMPLICACIONES:

.....
.....
.....

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS DE DX .

- a)
b)
c)

OTROS EXAMENES E INTERCONSULTAS:

TRATAMIENTOS REALIZADOS

.....
.....
.....

SEGUIMIENTO A TRAMATIENTO

.....
.....

RECOMENDACIONES PARA EL USUARIO

..... la

REFERENCIA FUE

ESTABLECIMIENTO DE SALUD AL QUE SE REALIZA LA CONTRAREFERIERE

ESTABLECIMIENTO DE SALUD:

MUNICIPIO: REDDE SERVICOS

NOMBRE DE ACOMPAÑANTE, FAMILIAR Y OTROS :

CONTACTO DEL ESTABLECOIMIEMTO QUE SE REALIZA LA CONTRAREFERENCIA:

.....

FIRMA SELLO DE MEDICO TRATANTE	SELLO DEL ESTABLECIMIENTO	FIRMA Y NOMBRE DE USUARIO O ACOMPAÑANTE:
--------------------------------	---------------------------------	--

Original, para Establecimiento que realiza la CONTRAREFERENCIA
1ra copia, Amarilla establecimiento que realizo La REFERENCIA.
2da Copia, Celeste para Comite de REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA.

Frecuencia de Radio [], teléfono,
Emergencia, Fax, Dirección, email.

**FORMULARIO N° DE CONTRAREFERENCIA
ESTABLECIMIENTO AL QUE SE RETORNA AL USUARIO**

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

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

FICHA DE IDENTIFICACION

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

DOMICILIO: Anote la dirección habitual del/la usuario. En los casos de direcciones rurales, utilizar puntos de referencia importantes y conocidos en la comunidad. Anotar el nombre de la comunidad, municipio donde reside actualmente el/la usuario.

EDAD: Anotar la edad correspondiente del/la usuario. Especificar si son años, si el usuario tiene de 1 a 11 meses, si el usuario tiene de 1 hasta 29 días y si es un recién nacido con menos de 1 día de vida.

DATOS CLINICOS: Anotar los variables vitales con los que al usuario retorna. **DIAS DE INTERNACION** anotar en días.

SEXO: Anotar masculino o Femenino (según corresponda).

Peso, Temperatura, Presión Arterial, frecuencia cardiaca y frecuencia respiratoria.

DIAGNÓSTICO(S) DE INGRESO: Anotar de forma resumida y completa: el diagnóstico con el que se recibió al usuario, lo encontrado.

DIAGNÓSTICO DE EGRESO SEGÚN CIE-10: Anotar el diagnóstico o problema emitido por el profesional de salud tratante.

EVOLUCIÓN Y COMPLICACIONES: Anotar resumen de las complicaciones y tratamientos realizados.

EXAMENES COMPLEMENTARIO DE DX: Anotar resumen de los exámenes realizados de acuerdo a la patología.

OTROS EXAMENES E INTERCONSULTAS: Anotar las interconsultas u otros exámenes realizados Realizados.

SEGUIMIENTO A TRATAMIENTO: Anotar que tratamiento se tienen que realizar.

13.3. Anexo 3: Formulario de Referencia y Contrareferencia Comunitaria

**ANEXO 3
FORMULARIO N°3
BOLETA COMUNITARIA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA**

<p style="text-align: center;">COMPROBANTE</p> <p>NOMBRE APELLIDOS: _____</p> <p>Edad: _____</p> <p>Sexo: Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/></p> <p>Comunidad o Barrio: _____</p> <p>Fecha de Referencia: _____</p> <p>Hora de Referencia: _____</p> <p>Establecimiento donde refiere: _____</p> <p>Observaciones: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p style="text-align: center;">REFERENCIA</p> <p>Nombre del paciente: _____</p>	<p style="text-align: center;">CONTRAREFERENCIA</p> <p>Nombre del paciente: _____</p>
<p>Sexo: Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/></p> <p>Edad: _____</p> <p>Comunidad o Barrio: _____</p> <p>Fecha de Referencia: _____</p> <p>MOTIVO (marque con una "X")</p> <p><input type="checkbox"/> Embarazo (Control)</p> <p><input type="checkbox"/> Parto</p> <p><input type="checkbox"/> Puerperio</p> <p><input type="checkbox"/> Fiebre</p> <p><input type="checkbox"/> Recién Nacido</p> <p><input type="checkbox"/> Dificultad de Amamantamiento</p> <p><input type="checkbox"/> Control niño/a</p> <p><input type="checkbox"/> Dificultad Respiratoria</p> <p><input type="checkbox"/> Diarrea y/o vómitos</p> <p><input type="checkbox"/> Mordedura de animal</p> <p><input type="checkbox"/> Herida</p> <p><input type="checkbox"/> Certificado de Nacimientos</p> <p><input type="checkbox"/> Certificado de Defunción</p> <p><input type="checkbox"/> Enfermedad de Riesgo Epidérmico</p> <p><input type="checkbox"/> Enviado a Casa Materna</p> <p><input type="checkbox"/> Otros</p> <p>Observaciones: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Nombre del Comunitario que refiere: _____</p>	<p>Sexo: Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/></p> <p>Edad: _____</p> <p>Comunidad o Barrio: _____</p> <p>Establecimiento de Salud: _____</p> <p>Indicaciones: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Nombre del Médico/a: _____</p>	<p style="text-align: center;">FIRMA Y SELLO DEL MEDICO/A</p>

13.4. Anexo 4: Formulario de transferencia interna



CENTRO DE SALUD

FORMULARIO DE TRANSFERENCIA INTERNA

1. Datos del Paciente:

Nombre: _____
Edad: _____ Sexo: _____

2. Servicio de Referencia: _____

3. Servicio al que Refiere: _____

4. Fecha y Hora: ____ / ____ / ____ : ____

5. Motivo de Referencia:

--

6. Tratamiento Realizado:

--

Nombre y Firma
del personal que refiere
C.I.: _____

Nombre y Firma
del Paciente
C.I.: _____



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



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

Orden N° _____ Fecha: _____ / _____ / _____ N° de Registro: _____

ESTABLECIMIENTO DE SALUD: _____ MUNICIPIO: **L a P a z**

SUBSECTOR: **P b l i c o**

LOCALIDAD: **L a P a z**

RED: _____

NOMBRE DEL USUARIO: _____

DIAGNÓSTICO: _____ SEXO: M F EDAD: _____

SERVICIOS REALIZAR:

<input type="checkbox"/>	Grupo Sanguíneo y Rh	<input type="checkbox"/>	Mico Test
<input type="checkbox"/>	Hemograma Completo	<input type="checkbox"/>	Coprocultivos
<input type="checkbox"/>	Examen General de Orina	<input type="checkbox"/>	Proteínas
<input type="checkbox"/>	Bacteriología de _____	<input type="checkbox"/>	Guía Orina (María)
<input type="checkbox"/>	Glicemia	<input type="checkbox"/>	RPT (pH)
<input type="checkbox"/>	Creatinina	<input type="checkbox"/>	PAp
<input type="checkbox"/>	Bilirrubina	<input type="checkbox"/>	Estudio Histopatológico
<input type="checkbox"/>	Transaminasas	<input type="checkbox"/>	Ecografía
<input type="checkbox"/>	Cultivo de _____	<input type="checkbox"/>	Rayos X

OTROS: _____

INDICACIONES: _____

SERVICIO DE SANGRE / Síntesis de: _____

Grupo Sanguíneo: _____ Rh: _____

Sangre Total: _____ Paquete Glóbulos _____

Plasma fresco congelado: _____ Concentrado de Plaquetas _____

Otros específicos: _____

Nombre del Médico o Personal de Salud Solicitante: _____

Cargo del Médico o Personal de Salud Solicitante: _____

Firma del Médico o Personal de Salud Solicitante: _____

Nota: Llenar con letra de imprenta

Form. 8.

Orden N° _____ Fecha: _____ / _____ / _____ N° de Registro: _____

LABORATORIO: _____ MUNICIPIO: _____

LOCALIDAD: _____

RED: _____ SUBSECTOR: _____ SEXO: M F EDAD: _____

NOMBRE DEL USUARIO: _____

ESTABLECIMIENTO Y MEDICO SOLICITANTE: _____

RESULTADOS DEL EXAMEN DE: _____

SERVICIO DE SANGRE / Síntesis de: _____

Grupo Sanguíneo: _____ Rh: _____

Sangre Total: _____ Paquete Glóbulos _____

Plasma fresco congelado: _____ Concentrado de Plaquetas _____

Otros específicos: _____

Nombre del Médico o Personal de Salud Solicitante: _____

Cargo del Médico o Personal de Salud Solicitante: _____

Firma del Médico o Personal de Salud Solicitante: _____

Nota: Llenar con letra de imprenta

Form. 8.

13.6. Anexo 6: Marco Normativo del Sistema de Referencia y Contrareferencia

