

REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA ¿UNA UTOPIA APLICABLE?

Reference and counter. Apply a utopia?

*Agreda García Sergio (1); Berrios Arciénega Karen (2); Martínez Aguilar Tamara (3); Mendoza Lazarte Mireya (4). (1); (2); (3); (4) Médico General. Centro de Salud Sopachuy. Provincia Tomina. Departamento de Chuquisaca. Internado de Servicio Social Rural Obligatorio. Salud Pública. Facultad de Medicina. Universidad Mayor Real y Pontificia de San Francisco Xavier de Chuquisaca.

RESUMEN

Bolivia desde 1980 influenciado por Alma Ata, ha ido mostrando diferentes modelos de atención a la población susceptible, pero con cada uno de ellos también se corroboraba la necesidad de crear redes, tanto comunitarias con las de servicios de salud. La Norma de Referencia y Contrareferencia a través de la Ley de Salud Familiar Comunitaria e Intercultural esta intentando consolidar el que el paciente pueda ser traslado con prontitud y de una manera segura hacia los servicios de salud donde se cuente con el personal más adecuado, pero también sugiere la contrareferencia que significa hacer retornar al paciente.

PALABRAS CLAVES

Redes de Servicios de Salud, Ley Salud Familiar Comunitaria e Intercultural, Referencia y Contrareferencia.

SUMMARY

Bolivia from 1980 influenced by Alma Ata, has been showing different models of care for the susceptible population, but with each of them the need for both community networks with health services also corroborated. Standard reference and counter through Law Community and Intercultural Family Health is trying to consolidate the patient to be moving swiftly and safely to health services where it has the most appropriate staff, but also counterreferral suggests it means to return to the patient.

KEYWORDS

Networks Health Services Act Community and Intercultural Family Health, reference and counter.

Recepción: 4 de Octubre 2013

Aceptación: 12 de Noviembre 2013

INTRODUCCION

A comienzos de la década de los 80 se produce uno de los cambios más importantes del Sistema de Salud y se implementa en Bolivia, como consecuencia de la Declaración de Alma Ata, la estrategia de la Atención Primaria de Salud donde se desarrolla la implementación del Plan Integral de Actividades en Áreas de Salud, a la vez se conforman las áreas y los distritos de salud, enfatizando la importancia, por primera vez de los establecimientos del primer nivel, acercándolos de esta manera a la población desprotegida, posteriormente se instauran los seguros públicos, para luego cambiar el enfoque del sistema, predominantemente administrativo (distritos de salud), al enfoque de redes centrado en la capacidad resolutoria. Desde ese hecho las instituciones de salud en sus diferentes instancias se organizaron espontáneamente para responder en forma adecuada y oportuna a las necesidades de referencia de los establecimientos de salud.

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

Bolivia, actualmente un estado plurinacional desde la promulgación de la actual constitución política del estado implementa profundas transformaciones en el plano político, social y cultural, incluyendo al sector salud siendo concurrente de la Atención Primaria de Salud (APS).

El modelo sanitario en Bolivia a través del decreto supremo N° 29601, modelo de salud familiar comunitario intercultural, se constituye en estrategia para lograr vivir bien, enfocada en las personas, las familias y las comunidades, de esta manera estableciéndose la “Salud Familiar Comunitaria e Intercultural” (SAF-CI) y la inclusión de la medicina tradicional, pueblos indígenas originarios campesinos (PIOCs) con el que se proyecta hacia un sistema único integral e intercultural.

Al comenzarse a tratar de manera integral e intercultural, se van tomando en cuenta la construcción de redes entre cada uno de los servicios de salud, construyéndose la normativa que regirá al componente referencia y Contrareferencia, que a continuación se detallaran dentro de los siguientes antecedentes:

En el reglamento del Seguro Universal Materno Infantil (SUMI) destinado a otorgar prestaciones para la protección a la madre y el niño se diseñó el formula-

rio de referencia y Contrareferencia (Formulario N°6) para el manejo administrativo.

Entre los antecedentes más recientes relacionados al funcionamiento del componente de Referencia y Contrareferencia, se encuentran el Estudio de Base (junio – agosto 2004) y la implementación de un Plan Piloto (noviembre 2004 a enero 2005) del Sistema de Referencia y Contrareferencia desarrollado por el Servicio Departamental de Salud (SEDES) Santa Cruz, para el municipio de la ciudad de Santa Cruz de la Sierra. Las conclusiones del estudio se refieren a tres aspectos: 1) personas, 2) equipo de salud y 3) establecimiento de salud.

En relación a las **personas** se encontró que el índice de referencia era alto y que el seguro público (SUMI) incrementó la demanda de atención.

En cuanto al **equipo de salud** se encontró que su función orientadora es fundamental para que la referencia culmine con éxito.

En cuanto al **establecimiento de salud** se encontró que si éste cambiaría sus condiciones de atención, tales como la aplicación de protocolos y la accesibilidad al transporte de personas, disminuirían las referencias injustificadas y la referencia.

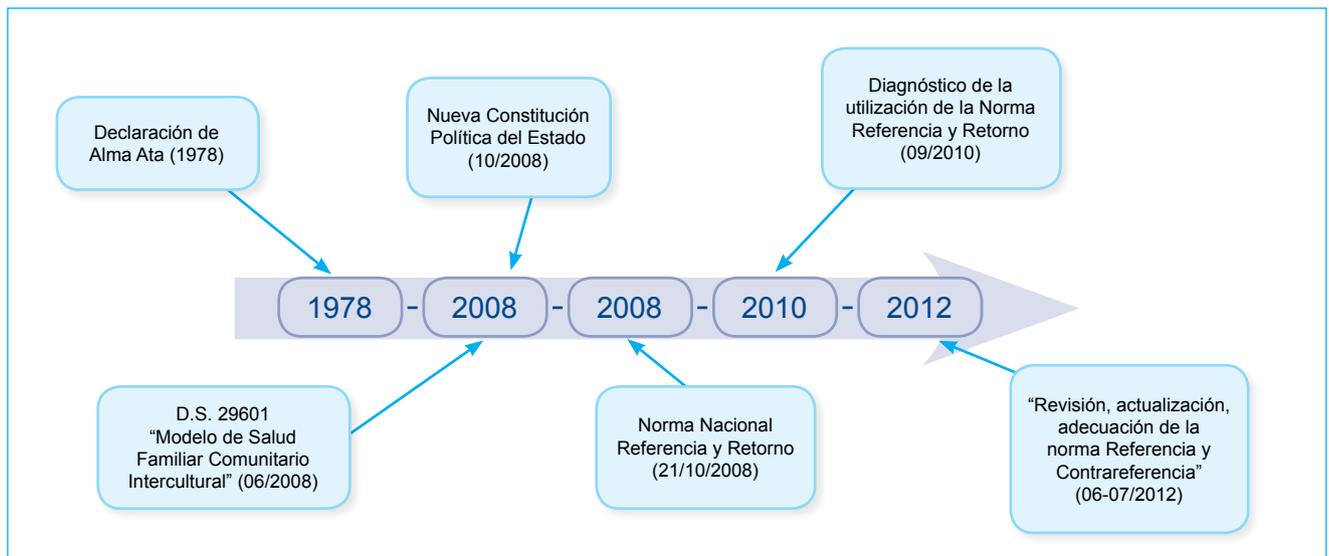
Otro antecedente importante es la conformación de los Comités de Referencia y Contrareferencia en los hospitales de La Paz.

En el departamento de Potosí se elaboró como prueba piloto la guía manual de referencia y retorno cultural la cual incluyó dolencias manejadas con la medicina tradicional de la región.

Con estos elementos previos la norma nacional de referencia y retorno en su primera edición fue aprobada mediante resolución ministerial N°1036 del 21 de noviembre del 2008.

En septiembre del 2010 se realizó el diagnóstico de la utilización de la norma de la referencia y retorno siendo sus principales conclusiones, la poca difusión de la norma, con poca magnitud en su aplicación, carencia de recursos humano, infraestructura, equipamiento, medicamentos e insumos, además del nuevo concepto de redes funcionales, se vio la necesidad de actualizar la presente normativa, para garantizar la aplicación de la misma ⁽¹⁾.

Cuadro 1



Descripción cronológica del Sistema Referencia-Contrareferencia

Fuente: Norma Nacional Referencia-Contrareferencia.

Sistema de Referencia y Contrareferencia

Es el conjunto de mecanismos mediante los cuales se articulan y por el cual se complementan los establecimientos del Sistema único de Salud, que incluye los diferentes subsectores, la medicina tradicional y comunidad, con el propósito de brindar atención médica oportuna, continua, integral y de calidad, dentro la red Funcional de servicios de Salud, garantizando el acceso al establecimiento de salud de mayor capacidad resolutive en caso que el usuario requiera tratamiento, o para que se le realice exámenes complementarios de diagnóstico o atención en estado crítico (urgencia o emergencia), una vez resuelto el problema de salud del usuario se podría garantizar que éste sea contrareferido a su establecimiento de origen para su seguimiento y control posterior.

Algunas conceptualizaciones para tomar en cuenta

Norma Nacional de Referencia y Contrareferencia: Es el instrumento normativo que regula el componente de Referencia y Contrareferencia ⁽²⁾.

Referencia: Remisión del usuario de un establecimiento de salud de menor capacidad resolutive, a un establecimiento de mayor capacidad resolutive con el

objeto de salvar su vida o solucionar su problema de salud. También comprende la remisión de usuarios entre los diferentes sectores de salud o con la medicina tradicional.

Contrareferencia: Procedimiento mediante el cual resuelto el problema de diagnóstico y/o tratamiento, se dirige al usuario al establecimiento de salud que lo refirió inicialmente con el fin de que se lleve a cabo el control, seguimiento y/o continuar con la atención integral ⁽³⁾.

Criterio de Referencia: Son los argumentos o parámetros, incluidos en las normas y protocolos de atención vigentes, las guías de Atención con Procedimiento Interculturales de la Medicina Tradicional y otros que orientan para la referencia/Contrareferencia de un usuario/a.

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

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

Establecimiento referente: Es el establecimiento de menor capacidad resolutive que refiere usuarios a un establecimiento a uno de mayor capacidad resolutive.

Establecimiento receptor: Es el establecimiento de mayor capacidad resolutive que recibe al usuario referido de otro establecimiento de menor capacidad resolutive.

Urgencia: Es todo accidente o proceso patológico de aparición súbita que pone en riesgo la vida, sino recibe auxilio y atención inmediata⁽⁴⁾.

Emergencia: Es todo proceso patológico que sin poner en riesgo inminente la vida requiere auxilio y atención inmediata ya sea porque la persona que lo padece sufrió un daño físico, siente dolor intenso, presenta una crisis psico-emocional o puede sufrir complicaciones serias en las próximas 48 horas.

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

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

Referencia justificada: Es aquella referencia realizada por el establecimiento de salud que luego de haber agotado su capacidad resolutive según los procesos y procedimientos establecidos en la norma que determina permitir al usuario a un nivel de mayor complejidad dependiendo la necesidad de un diagnóstico y/o tratamiento especializado.

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

bilidad vital y el tiempo de traslado para la resolución del caso⁽³⁾.

Transferencia: Es el proceso mediante el cual el usuario es remitido de un servicio a otro centro del mismo establecimiento de salud para su atención, manejo, tratamiento u otro proceso requerido.

Es el proceso mediante el cual un usuario es remitido de un establecimiento de salud a otro del mismo nivel, tipo o categoría por carencia de capacidad para atender.

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

Interconsulta: Es la solicitud de atención para la valoración que el médico tratante realiza a otros profesionales cuyo concurso es necesario para la atención del usuario⁽⁴⁾.

Referencia comunitaria: Es referencia realizada por una partera, médico tradicional, agente comunitario de salud (ACS), la comunidad, barrio, manzano, zona, ayllu, marcas, tempas, capitánía, federaciones, sindicatos, colonia u otros aun establecimiento de salud de primer nivel cumpliendo con el llenado de registro adecuado.

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

Medicina tradicional ancestral: Es el conjunto de conocimientos saberes y prácticas milenarias ancestrales precoloniales, basadas en la cosmovisión e identidad cultural, transmitidas por tradición histórica oral de generación en generación⁽⁴⁾.

Médico tradicional ancestral: Es la persona que practica y ejerce, en sus diferentes formas, la medicina tradicional ancestral, recurriendo a las prácticas y tratamientos en base a plantas, animales, minerales, terapias espirituales y técnicas manuales, para man-

tener y preservar el equilibrio de las personas familia y comunidad para vivir bien.

Partera/o: Son mujeres y hombres con conocimientos específicos que cuidan y asisten a las mujeres durante y después del embarazo, también cuidan al recién nacido y tratan enfermedades infantiles, maternas y otras⁽⁴⁾.

Características Legales

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

- Decreto Supremo N° 29601 que en el párrafo II del artículo 10 del capítulo II Estructura de la Red de Salud, indica “Según la atención requerida el responsable de la misma podrá realizar la referencia y retorno de un nivel a otro, siendo la puerta de ingreso a la Red de Servicios el establecimiento de Primer Nivel. La atención de emergencias y urgencias serán la excepción”
- Ley N° 2426 establece que “la Red de Servicios de Salud está conformada por los establecimientos de salud de primer, segundo y tercer nivel de acuerdo a criterios de accesibilidad y resolución”.
- Decreto Supremo N° 26875 define que el acceso de la población a la red de servicios de salud se realiza mediante establecimientos de salud del primer nivel y estos refieren al paciente a establecimientos de segundo y tercer nivel; solo en caso de emergencia comprobada, el paciente puede acceder directamente al segundo o tercer nivel.
- Resolución Ministerial N° 0736, que establece regulaciones relacionadas a las prestaciones y gestión del Seguro Universal Materno Infantil, uso de instrumentos como el Formulario N° 6 de Referencia y Contrareferencia y el Formulario N° 7 de Registro de Traslado de Emergencia; además que para el transporte, el establecimiento de origen que refiere al paciente cubrirá los costos de traslado por vía terrestre (referencia y Contrareferencia), con cargo a la Cuenta Municipal de Salud — SUMI, ya sea en un vehículo del establecimiento de salud (ambulancia) o transporte público⁽¹⁾.

Características de la atención de salud

El acceso al Sistema Nacional de Salud se inicia en:

- Establecimientos de primer nivel: Centro/Puesto SAFCI y Centro SAFCI con camas.

- Equipos Móviles de Salud
- Responsables Comunitarios de Salud.
- Médicos tradicionales, parteras y otros.

Redes funcionales 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 resolutoria en salud con pertinencia, idoneidad, oportunidad y efectividad desarrollando acciones de promoción de la salud, prevención, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad y daño.

Establecimiento de Salud: Es la unidad funcional básica de la prestación de servicios de salud, tiene tres categorías:

- Establecimiento de salud del Primer Nivel: Centro/Puesto SAFCI, Centro SAFCI con camas, policlínicos y policonsultorios SAFCI.
- Establecimientos de salud del segundo nivel: Hospital de Segundo Nivel.
- Establecimientos de salud del Tercer Nivel: Hospitales Generales, Hospitales especializados e Institutos.

En cuanto a la atención es necesario resaltar lo siguiente:

- El ingreso al sistema se realiza a través de los establecimientos de primer nivel, exclusivamente, salvo en casos de emergencia o urgencia.
- La complementación con la Medicina Tradicional permite realizar acciones de intercambio, saberes y haceres de la comunidad para preservar su salud; está representada principalmente por prácticas ancestrales de autocuidado, por parteras y médicos tradicionales que tienen distintas denominaciones de acuerdo al pueblo originario al que pertenecen.
- La Norma Nacional de Caracterización de Establecimientos presenta las características de los recursos, organización y funciones de estos establecimientos.
- La atención en salud se ejecuta dentro y fuera de los establecimientos de salud pertenecientes a tres niveles que se distinguen por su capacidad resolutoria:
 - Primer Nivel: puerta de entrada al sistema de atención de salud, sus principales funciones son la promoción de la salud, prevención y tratamiento de la enfermedad y rehabilitación, centrado en las per-

sonas, familias y comunidades en base a los principios de integralidad, participación comunitaria, intersectorialidad e interculturalidad. Sus establecimientos de salud son el Centro/Puesto SAFCI, el Centro SAFCI con camas, el Policlínico SAFCI y Policonsultorios/Consultorio SAFCI, que se complementan y articulan con la medicina tradicional.

- Segundo Nivel: corresponde a la modalidad de atención de mayor capacidad resolutive que el anterior, incluye hospitalización, cuenta con la atención de especialidades básicas (medicina interna, cirugía, pediatría, ginecología-obstetricia y anestesiología, en algunos casos traumatología). Su unidad operativa es el Hospital de Segundo Nivel.
- Tercer Nivel: corresponde a hospitales generales, hospitales de especialidades e institutos, en todas las especialidades y subespecialidades.

Los hospitales de tercer y segundo nivel son complementarios a los establecimientos de salud del primer nivel, debiendo existir continuidad en la atención, sin sobre posiciones ni paralelismos en su accionar, logrando la fluidez en el manejo de los personas y de la información. Cada nivel es responsable de sus propias decisiones, coordinando el seguimiento y el retorno de las personas al establecimiento de salud de origen.

En relación a la referencia de pacientes de urgencia, es primordial su estabilización previa al traslado, además de asegurar el acompañamiento con un integrante del equipo de salud calificado hasta concretar la referencia. Se debe proveer los recursos necesarios en el Plan Operativo Anual (POA) para efectivizar las referencias (combustible, mantenimiento del transporte, estipendio y otros)⁽⁴⁾.

Requisitos para el Funcionamiento de la Referencia y Contrareferencia.

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

- A. Organización de la Red Funcional de Servicios de Salud.
- B. Criterios de referencia y Contrareferencia.
- C. Procedimientos específicos de la Referencia y Contrareferencia.
- D. Organización de la Red Funcional de Servicios de Salud.

La Red Funcional de Servicios de Salud del Sistema Único de Salud está conformada por un conjunto de establecimientos de salud de diferentes niveles, que

cuentan con diferentes capacidades resolutive, además de pertenecer a los distintos subsistemas (público, cajas de salud de los seguros a corto plazo, privado con y sin fines de lucro).

Equipo de salud:

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 de acuerdo al nivel, es el responsable de realizar las acciones de referencia y Contrareferencia de usuarios.

Comité de Referencia y Contrareferencia

El Comité de Referencia y Contrareferencia es una instancia interinstitucional que debe analizar, monitorear y evaluar la aplicación de la norma de Referencia y Contrareferencia y su cumplimiento con enfoque de Calidad e Interculturalidad.

El SEDES de cada departamento es el responsable de la conformación de sus Comités de Referencia y Contrareferencia para su implementación, análisis y evaluación. Acorde a la estructura de las Redes Funcionales de Servicios de Salud, así mismo deberá realizar las gestiones necesarias para dar funcionalidad a este. De ser necesario se podrá convocar a otros sectores para poder fortalecer el sistema en caso que los comités vean necesario.

Las recomendaciones del Comité de Referencia y Contrareferencia deben ser tomadas en cuenta para mejorar el Sistema Único de Salud en cada uno de los niveles de gestión, en base a competencias y capacidades u otros problemas estructurales o sub-componentes incluidos en la norma⁽²⁾.

Se reconocen básicamente los siguientes comités:

- a) *A nivel de la Red Funcional de Servicios de Salud*, se debe conformar un Comité de Referencia y Contrareferencia encabezado por el Coordinador de la Red en representación del SEDES, el o los responsables municipales de salud de la Red de cada municipio, el Director del hospital de segundo nivel, representante en salud del o de los gobiernos autónomos municipales, representante del o los consejos sociales municipales en representación de la sociedad civil. Se elegirá un Secretario de Actas y un Vocal, quienes serán elegidos de acuerdo a mecanismos propios, debiendo formar parte todos los mencionados de esta directiva. Este comité debe reunirse mínima-

mente 4 veces al año, dependiendo de la cantidad de referencia podrá reunirse más veces, debiendo dar a conocer sus resultados en el Comité de Análisis de Información (CAI) de Red.

- b) *A nivel Departamental*, se debe conformar un Comité de Referencia y Contrareferencia encabezado por el Director del SEDES, directores de hospitales de segundo y tercer nivel, representante en salud de la Asociación Municipal del departamento, Representante del consejo social departamental en representación de la sociedad civil. Se elegirá un Secretario de Actas y un Vocal, quienes serán elegidos de acuerdo a mecanismos propios, debiendo formar parte todos los mencionados de esta directiva. Este comité debe reunirse mínimamente 2 veces al año, dependiendo de la cantidad de referencia podrá reunirse más veces, debiendo dar a conocer sus resultados en el CAI Departamental.
- c) *A nivel Nacional*, se debe conformar un Comité de Referencia y Contrareferencia encabezado por el o la Ministra de Salud y Deportes, Directores de SEDES, Representante de Directores de hospitales de tercer nivel, representante de la Federación de Asociaciones Municipales, Representante del Concejo Social Nacional en representación de la sociedad civil. Se elegirá un Secretario de Actas y un Vocal, quienes serán elegidos de acuerdo a mecanismos propios, debiendo formar parte todos los mencionados de esta directiva. Tiene un carácter normativo, de evaluación y gestión. El Comité Nacional desarrollará su reglamento y considerará los indicadores pertinentes para evaluar su funcionamiento. Los resultados de su liberación serán expuestos y analizados en el CAI Nacional y Congreso Nacional de Salud si amerita.
- d) *Operativamente los subsectores en salud*, diferentes al público, deberán conformar sus comités acordes a su estructura, que responde a los comités propuestos anteriormente y deben ser incorporados paulatinamente al Sistema Único de Salud.

Sus principales funciones son:

- ▶ Elaborar el reglamento del Comité de Referencia y Contrareferencia.
- ▶ Asegurar y garantizar el cumplimiento de la norma de Referencia y Contrareferencia.
- ▶ Es la instancia que evalúa la aplicación de los

procedimientos en forma periódica mediante reuniones ordinarias y extraordinarias, de acuerdo a un cronograma.

- ▶ Se podrá convocar y solicitar información de otras instancias de acuerdo a necesidad y requerimiento.
- ▶ Podrá conformar otros sub-comités de acuerdo a la necesidad de cada Red Funcional de Servicios de Salud.
- ▶ Gestionará recursos para el buen funcionamiento del sistema de Referencia y Contrareferencia ⁽⁴⁾.

B. Criterios de Referencia y Contrareferencia

Para la referencia del paciente se tienen los siguientes criterios:

a) Toma de decisiones:

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

- ▶ Atención médica de urgencia o emergencia debiendo realizar el traslado de acuerdo a la Norma Nacional de Caracterización y Utilización de Ambulancias.
- ▶ Transferencia externa, por requerimiento del médico tratante que envía a otro profesional cuyo concurso pueda ser necesario para la atención del paciente.
- ▶ Cuando el tratamiento que necesita el paciente tiene especificidades que superan el nivel de atención del establecimiento.

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

b) Selección del establecimiento para la referencia.

Se toman en cuenta los siguientes criterios:

- **Capacidad Resolutiva:** El establecimiento de salud al que el paciente es referido debe tener la capacidad para resolver el motivo de la referencia de acuerdo a su cartera de servicios, el médico tratante se podrá guiar en la lista de prestaciones por nivel de atención.

- **Accesibilidad:** El establecimiento de salud elegido para la referencia debe ser el más cercano y accesible través de vías de comunicación y transporte convencionales (ambulancia y transporte).
- **Oportunidad:** El paciente debe ser referido en el momento que lo establezcan las Normas de Atención Clínica. Previa a la referencia debe haber comunicación ya sea de forma directa o mediante el centro coordinador de emergencia en caso que exista, con el establecimiento receptor, de mayor capacidad resolutive.
- **Control del usuario en el traslado:** El establecimiento de salud debe garantizar que el usuario motivo de la referencia sea controlado durante su traslado hasta su recepción en el establecimiento de destino.

En caso de urgencia el paciente debe ser estabilizado y acompañado durante su traslado por un integrante calificado del equipo de salud y uno de sus familiares según la Norma Nacional de Caracterización y Utilización de Ambulancias.

c) Destino del Paciente Referido.

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

- **Servicio de Emergencia o Urgencia:** El paciente es referido a este servicio de acuerdo al cuadro clínico del usuario.
- **Servicios ambulatorios:** El paciente es referido a otro establecimiento, cuando su problema de salud requiere de exámenes complementarios o procedimientos de mayor tecnología o tratamiento especializado o interconsulta.
- **Otros destinos:** son las unidades nutricionales, de rehabilitación, servicios legales como Defensorías de la Niñez, Adolescencia y la Mujer, etc., de acuerdo a las necesidades del paciente ⁽¹⁾.

C. Procedimientos generales de la Referencia y Contrareferencia.

a) Referencia desde Establecimientos de Salud de Primer Nivel.

Todo el equipo de salud debe conocer los protocolos de atención vigentes por nivel de atención; lista de cartera de servicios de los establecimientos de mayor capacidad resolutive de su Red de Servicios de Salud.

El responsable del establecimiento de salud, o en su ausencia el/la integrante del equipo de salud que lo reemplaza, previa evaluación del paciente y al determinar la necesidad de referirlo, debe explicar al paciente, al familiar o acompañante en forma sencilla y clara el motivo de la referencia, posibles riesgos y beneficios; para lo cual, debe llenar el Formulario N°1-Referencia, el paciente o familiar debe también firmar este formulario como parte de consentimiento informado y referir al paciente con esta documentación. En situación de Urgencia/Emergencia, marcar REFERENCIA DE URGENCIA, llenar en el formulario de referencia la información más relevante, firmar.

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

La recepción del paciente en el hospital debe ser realizada obligatoriamente por un médico de planta, no así por otro miembro del equipo de salud.

La no aceptación de usuarios por cualquier motivo debe estar descrita en la hoja de referencia del paciente con firma y sello de quien rechaza mencionada referencia, también se registra en el cuaderno respectivo del SNIS-VE, para que el establecimiento justifique esta falta de atención, así como deberá explicar al paciente esta situación y derivara inmediatamente a otro establecimiento de salud que corresponda para salvaguardar la salud del paciente.

b) Referencia desde un establecimiento de segundo nivel

Cuando un servicio de un hospital de segundo nivel ha decidido realizar la referencia de un paciente a un establecimiento de mayor capacidad resolutive debe comunicarse previamente con el establecimiento receptor, también debe explicar al paciente, familiar o acompañante de forma sencilla y clara el motivo de la referencia, posibles riesgos y beneficios, para lo cual debe llenar el Formulario N°1- Referencia, y el paciente o familiar también debe firmar este formulario como parte de consentimiento informado y referir al pacien-

te con esta documentación.

Si la referencia es urgente o existiera dificultades para la comunicación efectiva, estos detalles deben ser descritos en el expediente clínico, así mismo en el formulario de referencia y enviar al paciente inmediatamente.

La recepción del paciente en el hospital debe ser realizada obligatoriamente por un médico de planta, no así por otro miembro del equipo de salud.

La no aceptación de usuarios por cualquier motivo debe estar descrita en la hoja de referencia del paciente con firma y sello de quien rechaza mencionada referencia, también se registra en el cuaderno respectivo del SNIS-VE, para que el establecimiento justifique esta falta de atención, así como deberá explicar al paciente esta situación y derivara inmediatamente a otro establecimiento de salud que corresponda para salvaguardar la salud del paciente ⁽²⁾.

c) Referencia Comunitaria

Cuando la referencia la realiza el Médico Tradicional, partera, Agente Comunitario de Salud o Promotor de Salud, u otros involucrados se debe utilizar el Formulario N°3 – Referencia y Contrareferencia Comunitaria.

d) Contrareferencia

Una vez resuelto el problema de salud del usuario referido, el establecimiento receptor contrarefiere al establecimiento de origen o más cercano a su domicilio, siguiendo el procedimiento respectivo, para ello se utiliza el Formulario N°2 –Contrareferencia/Epicrisis, que se entrega al usuario o familiar, explicándoles que asista y entreguen esta documentación al personal de salud del establecimiento

La Contrareferencia mejora la capacidad resolutive en la red de servicios y la comparación del diagnóstico final respecto al diagnóstico inicial, la valoración y el tratamiento realizados, así como resultados, indicaciones y recomendaciones que debe realizar el establecimiento de salud, para mejorar el criterio técnico y médico del personal de salud en establecimiento.

e) Contrareferencia Comunitaria.

Una vez resuelto el problema de salud del usuario referido, el establecimiento receptor lo contrarefiere al Médico Tradicional, partera, Agente Comunitario de Salud, Promotor de Salud u otro que realizo la referencia, para lo que se debe llenar el segundo cuerpo del Formulario N°3 – Referencia y Contrareferencia comunitaria, en una forma clara, sencilla y precisa, consignando el diagnóstico final y las actividades de seguimiento que se debe realizar.

Cuadro 2



Sistema Referencia-Contrareferencia.

Fuente: Responsable SAFCI.

f) Formularios de Referencia y Contrareferencia

Estos formularios tienen un original y dos copias: la primera amarilla y la segunda verde, de preferencia en papel químico, este documento debe contar con los mismos datos llenados, firmas y sello del médico, sello del establecimiento.

Formulario de Referencia

- Original establecimiento que refiere
- Copia 1 Amarilla - establecimiento receptor
- Copia 2 Verde – comité de Referencia y Contrareferencia de la Red.

Una vez que el paciente es recibido en el establecimiento de referencia, el médico receptor tiene que firmar y sellar con sello personal e institucional el original y las dos copias.

- El original retorna con ambulancia o con el personal de salud que acompañó la referencia, al establecimiento que dio origen a la referencia.
- La primera copia (amarilla) se queda en el establecimiento receptor y debe ser parte del expediente clínico del paciente.
- La segunda copia (verde) una vez dado de alta el paciente, será enviado con la copia celeste del formulario de Contrareferencia al comité de Referencia y Contrareferencia⁽⁵⁾.

Formulario de Contrareferencia

- Original establecimiento que contra refiere
- Copia 1 Amarilla - establecimiento que realizó la referencia inicial.
- Copia 2 Celeste – comité de Referencia y Contrareferencia de la Red.

Una vez que el paciente es dado de alta, el paciente o familiar tiene que firmar el original y las 2 copias.

- El original se queda en el establecimiento de salud que recibió la referencia en el expediente clínico.
- La primera copia (amarilla) se entrega al paciente o familiar y este debe entregar al establecimiento de Salud que realizó la referencia.
- La segunda copia (celeste) una vez dado de alta el paciente, será enviado con la copia verde del formulario de referencia al comité de Referencia y Contrareferencia.

Formulario – Referencia y Contrareferencia comunitaria

Este formulario tiene características especiales ya que debe ser llenado por el agente comunitario de salud (ACS), médico tradicional, partera u otros.

Consta de un original dividido en tres partes por líneas dentadas que faciliten su corte y separación.

- Parte 1: Comprobante
- Parte 2: Referencia Comunitaria
- Parte 3: Contrareferencia Comunitaria

La Parte 1: Comprobante y la Parte 2: Referencia Comunitaria debe ser llenada por el ACS, médico tradicional, partera u otro personal que refiere al usuario al establecimiento de salud más cercano a su domicilio. La persona que realiza la referencia comunitaria debe cortar por la línea punteada y separar la Parte 1- Comprobante y lo archiva para su seguimiento posterior y entrega las 2 partes restantes (Parte 2 Referencia Comunitaria y Parte 3 Contrareferencia Comunitaria) para que el usuario o su familiar lo presenten al personal del establecimiento de salud.

Una vez resuelto el problema de salud, el personal del establecimiento de referencia, corta y separa por la línea punteada la Parte 2 Referencia Comunitaria la archiva con el expediente clínico y la parte 3 Contrareferencia Comunitaria debidamente llenada, firmada y sellada, se devuelve al usuario o familiar, para que este sea entregado a la persona que lo refirió, una vez llegue a su comunidad⁽¹⁾.

CONCLUSIONES

La aplicación de las normativas en los diferentes ámbitos de atención de los pacientes, nos recuerdan el proceso de mejora de la calidad de atención. Es decir las normas dirigen a que las actividades y procedimientos médicos se realicen de la manera más adecuada.

En nuestro país estas normas de Referencia y Contrareferencia han estado presentes durante muchos años, se han realizado estudios pilotos para su implementación, pero también se ha podido determinar una gran debilidad que la socialización dentro del mismo personal y de estos a la población en general es la que ha puesto mayor cantidad de obstáculos, sobre todo en la contrareferencia.

Si bien para un clínico, o para un cirujano estos aspectos son muy burocráticos, deben ser obligatorios, ya que estos aspectos han ido insinuando que pueden presentarse dificultades de mala praxis.

Sobre todo el nivel del Servicio Departamental de Salud debería ser la instancia de implementar mejor esta estrategia, y de realizar evaluaciones permanentes y no solo contar pacientes, sino introducirse a evaluar donde esta la mayor problemática, si es solo de información y aplicación o tiene que ver aspectos de actitud en el personal.

Las políticas actuales de salud son bastante claras la Ley de Salud Familiar Comunitaria e Intercultural ha tratado de estructurar mejor la redes de servicios que son las externas, pero debe trabajar aún más en las redes internas de cada uno de los servicios de salud. Y en el aspecto de precautelar la salud de las personas que acuden a nuestros servicios solo resta mencionar una frase: "...la ley se cumple, no se discute..."

riego cuencas, Sopachuy – Bolivia 2006-2012.

- 10 J Alejandro Avalos Bracho. Operación del Sistema Electrónico para la Referencia y Contrareferencia de Pacientes, Nayarit Marzo 2008
- 11 Información de Enero a Octubre 2013 (Última Actualización 03-12-2013) <http://www.sns.gob.bo/snis/>

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 Ministerio de salud y deportes; Norma Nacional de Referencia y Contrareferencia la paz Bolivia 2013.
- 2 Norma Técnica para la Referencia y la Contrareferencia. Ministerio de Salud, Nicaragua, UNICEF, 2006.
- 3 David Aguilar; ¿qué es el sistema de referencia y Contrareferencia? Octubre 2012 <http://instituciones.msp.gob.ec/somossalud/index.php/renovando-el-ministerio/131-que-es-el-sistema-de-referencia-y-contrareferencia>
- 4 Salud Familiar Comunitaria Intercultural. Serie Documentos técnicos Normativos. Pub. 4. MSyD. 2007.
- 5 Plan de Desarrollo Sectorial. 2006 a 2011. Ministerio de Salud y Deportes. 2007.
- 6 Plan Nacional de Desarrollo. Ministerio de Planificación y Desarrollo. Bolivia. 2006.
- 7 Instituto Nacional de estadística; BOLIVIA características de población y vivienda, censo nacional de población y vivienda 2012.
- 8 Fundación Tierra Sopachuy, problemática agraria y desarrollo municipal sucre – Bolivia febrero 2004
- 9 Ministerio de medio ambiente y agua; DOSSIER estadístico de inversión en agua, saneamiento,