

Subsistema de referencia, derivación, contrareferencia, referencia inversa y transferencia del Sistema Nacional de Salud

Norma Técnica

2014

616 + 614 + 618 (866)

M665

Ministerio de Salud Pública del Ecuador

Subsistema de referencia, derivación, contrareferencia, referencia inversa y transferencia del Sistema Nacional de Salud. Norma Técnica

Quito: Ministerio de Salud Pública, Dirección Nacional de Normatización, MSP; 2013.

---- 46p: tabs: gra: 18x25 cm.

ISBN 978-9942-07-573-4

1. Salud pública

2. Sistema Nacional de Salud

3. Ecuador

4. Norma técnica

Ministerio de Salud Pública del Ecuador

Av. República de El Salvador N36-64 y Suecia

Quito - Ecuador

Teléfono: (593 2) 381 44 00

www.salud.gob.ec

Subsistema de referencia, derivación, contrareferencia, referencia inversa y transferencia del Sistema Nacional de Salud. Norma Técnica

Edición general: Dirección Nacional de Normatización

Publicado en abril 2014.

ISBN 978-9942-07-573-4



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-Compartir Igual 3.0 Ecuador, y puede reproducirse libremente citando la fuente sin necesidad de autorización escrita, con fines de enseñanza y capacitación no lucrativos dentro del Sistema Nacional de Salud.

Ministerio de Salud Pública. Subsistema de referencia, derivación, contrareferencia, referencia inversa y transferencia del Sistema Nacional de Salud Norma Técnica, 1ª Edición. Quito: Dirección Nacional de Normatización; 2013. Disponible en: <http://salud.gob.ec>

Impreso por El Telégrafo

Corrección de estilo: La Caracola Editores

Hecho en Ecuador - Printed in Ecuador

No

00004431

LA MINISTRA DE SALUD PÚBLICA

CONSIDERANDO:

- Que;** la Constitución de la República del Ecuador ordena: “Art. 32.- La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir. El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.”;
- Que;** la Carta Magna en el artículo 154 dispone: “A las ministras y ministros de Estado, además de las atribuciones establecidas en la ley les corresponde: 1. Ejercer la rectoría de las políticas públicas del área a su cargo y expedir los acuerdos y resoluciones administrativas que requiera su gestión. (...)”;
- Que;** el artículo 361 de la Norma Suprema establece que el Estado ejercerá la rectoría del sistema a través de la autoridad sanitaria nacional, será responsable de formular la política nacional de salud, y normará, regulará y controlará todas las actividades relacionadas con la salud, así como el funcionamiento de las entidades del sector;
- Que;** la Ley Orgánica de Salud manda: “Art. 4.- La autoridad sanitaria nacional es el Ministerio de Salud Pública, entidad a la que corresponde el ejercicio de las funciones de rectoría en salud; así como la responsabilidad de la aplicación, control y vigilancia del cumplimiento de esta Ley; y, las normas que dicte para su plena vigencia serán obligatorias.”;
- Que;** el artículo 6 de la Ley *Ibidem* prescribe como responsabilidad del Ministerio de Salud Pública, entre otras, cumplir y hacer cumplir esta Ley, los reglamentos y otras disposiciones legales y técnicas relacionadas con la salud;
- Que;** el Estatuto Orgánico de Gestión Organizacional por Procesos del Ministerio de Salud Pública, emitido mediante Acuerdo Ministerial No. 00001034 de 1 de noviembre de 2011, publicado en el Registro Oficial No. 279 de 30 de marzo de 2012, dispone como Misión de la Dirección Nacional de Normatización definir normas, manuales de protocolos clínicos, protocolos terapéuticos, protocolos odontológicos y guías de manejo clínico, por ciclos de vida y niveles de atención, así como de procesos de organización y gestión; y,
- Que;** es prioritario para el Ministerio de Salud Pública, en su calidad de Autoridad Sanitaria Nacional, garantizar la calidad e integralidad de la atención en los establecimientos del Sistema Nacional de Salud, mediante la aplicación del subsistema de referencia, derivación,



contrareferencia, referencia inversa y transferencia, para lo cual es necesario contar con una norma que contenga disposiciones que puedan ser aplicadas en dichos establecimientos.

EN EJERCICIO DE LAS ATRIBUCIONES LEGALES CONFERIDAS POR LOS ARTÍCULOS 151 Y 154, NUMERAL 1 DE LA CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA DEL ECUADOR Y POR EL ARTÍCULO 17 DEL ESTATUTO DEL RÉGIMEN JURÍDICO Y ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN EJECUTIVA

ACUERDA:

- Art.1** Aprobar y autorizar la publicación de la “**NORMA DEL SUBSISTEMA DE REFERENCIA, DERIVACIÓN, CONTRAREFERENCIA, REFERENCIA INVERSA Y TRANSFERENCIA DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD**”, elaborada por el Ministerio de Salud Pública con la colaboración de instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud y de expertos en la materia.
- Art.2.-** Disponer que la “**NORMA DEL SUBSISTEMA DE REFERENCIA, DERIVACIÓN CONTRAREFERENCIA, REFERENCIA INVERSA Y TRANSFERENCIA DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD**”, sea aplicable a nivel nacional, como una normativa del Ministerio de Salud Pública de carácter obligatoria para el Sistema Nacional de Salud.
- Art.3.-** Publicar la “**NORMA DEL SUBSISTEMA DE REFERENCIA, DERIVACIÓN CONTRAREFERENCIA, REFERENCIA INVERSA Y TRANSFERENCIA DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD**” en la página web del Ministerio de Salud Pública.

DISPOSICIÓN GENERAL

Todos los establecimientos que conforman el Sistema Nacional de Salud utilizarán el formulario No. 053 de Referencia, Derivación, Contrareferencia y Referencia Inversa, con el respectivo logotipo del Ministerio de Salud Pública en la parte superior izquierda y el de la institución requirente en la parte superior derecha. (Ejemplo: MSP – IESS)


DISPOSICIÓN FINAL

De la ejecución del presente Acuerdo Ministerial que entrará en vigencia a partir de la fecha de su suscripción, sin perjuicio de su publicación en el Registro Oficial, encárguese a la Subsecretaría Nacional de Provisión de Servicios de Salud, a través de las Direcciones Nacionales de Red de Hospitales y Atención Ambulatoria Especializada; de Atención del Primer Nivel en Salud; de Gestión y Calidad de los Servicios; de Discapacidades, Rehabilitación y


Cuidado Especial en Salud; y, de Unidades Móviles de Salud y a la Subsecretaría Nacional de Vigilancia de la Salud Pública, a través de la Dirección Nacional de Vigilancia Epidemiológica.

DADO EN EL DISTRITO METROPOLITANO DE QUITO, a

21 DE JULIO DE 2010



Carina Vance Maffa
MINISTRA DE SALUD PÚBLICA



	Nombre	Área	Cargo	Sumilla
Revisado	Dña. Elisa Jaramillo	Coordinación General de Asesoría Jurídica	Coordinadora General	
	Abg. Isabel Ledesma		Directora Nacional de Consultoría Legal	
	Dra. Elini Herrera		Analista	
Elaborado		Dirección Nacional de Normalización	Equipo Técnico	
Aprobado	Dr. Miguel Mole	Viceministerio de Gobernanza y Vigilancia de la Salud	Viceministro	
	Dr. Hernán Salgado	Subsecretaría Nacional de Provisión de Servicios de Salud	Subsecretario	
	Dña. Patricia Granja	Subsecretaría Nacional de Gobernanza de la Salud Pública	Subsecretaría Nacional, Subrogante	
Solicitado y Aprobado	Dña. Gabriela Aguinaga	Dirección Nacional de Normalización	Directora Nacional, Encargada	

Autoridades MSP

Mgs. Carina Vance M, Ministra de Salud Pública

Dra. Marysol Ruilova, Viceministra de Atención Integral de Salud

Dr. Miguel Malo, Viceministro de Gobernanza y Vigilancia de la Salud Pública

Dr. Francisco Vallejo F. Subsecretario Nacional de Gobernanza de la Salud Pública

Dra. Ivonne Martínez, Directora Nacional de Gestión y Calidad de los Servicios

Dra. Gabriela Aguinaga, Directora Nacional de Normatización

Ing. Mónica García, Directora Nacional de Información, Seguimiento y Control de Gestión

Contenido

I. Presentación	9
II. Introducción	10
III. Antecedentes y justificación	11
IV. Marco legal	11
1. Objetivos	13
2. Alcance	13
3. Marco teórico	13
4. Definiciones	15
5. Proceso de referencia, derivación y derivación comunitaria	20
6. Proceso de contrareferencia	23
7. Referencia inversa	24
8. Flujo de referencia, derivación, contrareferencia, referencia inversa y transferencia	25
9. Monitoreo y evaluación	26
Glosario	29
Anexos	32
Instructivo del formulario No. 053	39
Referencias	45

Subsistema de Referencia, Derivación, Contrareferencia y Referencia Inversa del Sistema Nacional de Salud

I. Presentación

El Modelo de Atención Integral en Salud del Ecuador se orienta al cumplimiento de las políticas nacionales del Plan del Buen Vivir y es uno de los mecanismo para el reconocimiento del mandato Constitucional sobre el derecho que tiene todo ciudadano del acceso a la atención oportuna, pertinente e integral de la salud. El contar con un marco normativo e instrumentos necesarios para la implementación, ejecución y control del subsistema de referencia, derivación, contrareferencia, referencia inversa y transferencia por niveles de atención y complejidad constituye una necesidad del Sistema Nacional de Salud (SNS), con el propósito de permitir el acceso inmediato de la comunidad y, si se requiere, la continuidad de la atención en los niveles de mayor complejidad.

La efectividad en la aplicación de este subsistema permite mejorar la producción del primer nivel, así como el uso racional y óptimo de los recursos, bajo el enfoque de Atención Primaria de Salud y Promoción de la Salud, que tiene como punto fundamental que el Primer Nivel de Atención sea la puerta de ingreso al SNS.

El SNS del Ecuador, con la implementación y funcionamiento del Subsistema de referencia, derivación, contrareferencia, referencia inversa y transferencia en la atención a los usuarios, fortalece y consolida la Red Pública Integral de Salud (RPIS).

Esta Norma técnica permite la organización por procesos y flujos de atención que contribuyen a garantizar la calidad, calidez, continuidad, pertinencia, eficacia, eficiencia, efectividad e integralidad en la atención, para la solución de los problemas de salud de la población ecuatoriana.

La aplicación de esta Normativa es de carácter obligatorio en los establecimientos del SNS del país.

Carina Vance Mafla
MINISTRA DE SALUD PÚBLICA

II. Introducción

El Estado ecuatoriano, dando cumplimiento al Sumak Kausay o el Buen Vivir, ha definido como prioritario el sector social y particularmente la salud, lo que se traduce en el establecimiento de la política de universalidad y gratuidad progresiva de la atención de salud, con la implementación de un modelo basado en la Atención Primaria de Salud (APS).

El fortalecimiento del Modelo de Atención Integral de Salud con enfoque familiar, comunitario e intercultural (MAIS-FCI) incorpora la estrategia de Atención Primaria de Salud Renovada (APS-R); es uno de los ejes prioritarios del proceso de transformación del sector salud. Su organización e implementación deben responder a las nuevas demandas y necesidades de salud del país que provienen de los cambios en el perfil demográfico y epidemiológico, a la necesidad de superar las brechas en el acceso a servicios integrales de salud;¹ consolidar la articulación del SNS, así como el fortalecimiento de la capacidad resolutive en todos los niveles de atención.

La atención integral de la salud a la población debe estar asistida por sistemas de referencias de usuarios, integrados, funcionales y que se apoyen mutuamente, a fin de llegar al mejoramiento progresivo de la asistencia sanitaria completa para todos. La literatura médica señala que los sistemas de salud con un mecanismo de referencia funcional entre niveles muestran una ventaja, sobre aquellos que tienen un primer nivel poco desarrollado o que no ejerce la función de filtro o triage de usuarios. Los países cuyos sistemas de salud han logrado un buen desarrollo de la atención en el primer nivel, consiguen obtener indicadores de satisfacción de los usuarios y menores costes generales de los servicios de salud.²

El SNS contempla las redes zonales y microrredes distritales de salud que se encuentran distribuidas en las circunscripciones geográfico-poblacionales definidas al interior de cada territorio. Tienen como objetivo organizarse para lograr la satisfacción de las necesidades de salud y la solución o el control de los problemas más imperativos y trascendentales a su cargo.

En concordancia a la transformación administrativa y técnica del país y del SNS, es necesario actualizar el manual para la referencia y contrareferencia de pacientes y usuarios emitida en abril de 2004 por el MSP y elaborar la norma técnica del subsistema de referencia, derivación, contrareferencia, referencia inversa y transferencia como parte del fortalecimiento de los servicios de salud, que tiene como fin regular al SNS de acuerdo a la organización propuesta por la Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo Sectorial (SENPLADES) para garantizar el acceso a los servicios de salud.

Esta normativa se aplicará en los diferentes establecimientos del SNS en todos los niveles de atención y permitirá prestar adecuadamente al usuario el servicio de salud que lo requiere, según el nivel de atención y grado de complejidad con el propósito de contribuir a garantizar la continuidad, complementariedad en la atención de salud, con criterios de calidad, calidez, eficacia y eficiencia.

III. Antecedentes y justificación

La organización del SNS con el enfoque de APS puede funcionar en forma eficiente y eficaz si están integrados los niveles de atención mediante la referencia, derivación, contrareferencia, referencia inversa y transferencia cuando los usuarios requieren atención de mayor complejidad que aquella que se oferta en los establecimientos de salud del Primer Nivel de Atención. Para ello, el personal debe estar capacitado para ofrecer los servicios acorde al nivel de atención y al perfil epidemiológico prevalente en un territorio específico. La implementación en el primer nivel de atención, por ser la puerta de entrada al sistema, permite no sobrecargar la capacidad hospitalaria y brindar apoyo adecuado a los usuarios referidos de los otros niveles.

Como los servicios con médicos de los centros de especialidades utilizan más exámenes de apoyo diagnóstico e intervenciones complementarias que requieren mayor experticia y costes elevados, el tamizaje de usuarios en el primer nivel permite reducir tanto las intervenciones innecesarias como los sucesos indeseados y los altos costes de las atenciones en hospitales. Por lo tanto, es importante que los establecimientos de salud del primer nivel de atención conozcan las carteras de servicios de los establecimientos de segundo y tercer nivel de atención para realizar las referencias en forma adecuada y garantizar la continuidad de la atención.

Un ejemplo son los resultados exitosos de las experiencias en el MSP de la provincia del Cañar, que han permitido desarrollar la presente norma técnica, incorporando elementos claves, para garantizar la continuidad de la atención, sumando aspectos importantes como la información básica para la historia clínica en base al Sistema Nacional de Información (SNI) y la definición de indicadores estandarizados para el monitoreo y evaluación.

Este documento incluye un modelo administrativo operativo para la toma de decisiones.

IV. Marco legal (refiérase al anexo 1)

a. Constitución de la República del Ecuador

La Constitución es 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 Buen Vivir, el Sumak Kawsay, desde la perspectiva de concepción integral de la salud y de la visión integradora del marco constitucional, varios de sus capítulos y articulados establecen derechos y garantías que se relacionan con la generación de condiciones saludables.

- Cap. II Sección 7, Art. 32 “Derechos del Buen Vivir”
- Cap. Sexto- Derechos de Libertad, Art. 66
- Título VII, Régimen del Buen Vivir; capítulo Primero, Sección Segunda – Salud: Art. 360, 361, 365.

b. Plan Nacional del Buen Vivir 2013–2017

Este plan, en concordancia con los mandatos constitucionales, define objetivos, políticas y metas prioritarias de las que, en salud, se pueden resaltar:

- En el Objetivo 3, en la Política y lineamientos estratégicos 3.3.

c. Ley Orgánica de Salud

- Capítulo II, De la Autoridad Sanitaria Nacional, sus competencias y responsabilidades Art. 6.
- Título 1, Capítulo I: Disposiciones Comunes, Art. 10
- Capítulo III: De las enfermedades no transmisibles, Art. 69

d. Acuerdo Ministerial 1203 del 14 de junio de 2012

“Tipología para Homologar los Establecimiento de Salud por Niveles de Atención del Sistema Nacional de Salud”

e. Acuerdo Ministerial 1484 del 24 de julio de 2012

“Reglamento de aplicación para el proceso de Licenciamiento en los establecimientos del primer nivel de atención del Sistema Nacional de Salud”.

f. Acuerdo Ministerial 00071 del 10 de marzo de 2004

“Manual para la referencia y contrareferencia de pacientes y usuarios.

1. Objetivos

1.1 Objetivo general

Contribuir a garantizar la calidad, continuidad e integralidad de la atención en los establecimientos del SNS mediante la aplicación de la norma técnica del subsistema de referencia, derivación, contrareferencia, referencia inversa y transferencia.

1.2 Objetivos específicos

- a. Mejorar la satisfacción de los usuarios mediante la integración, continuidad y complementariedad de la atención.
- b. Brindar al usuario atención en salud con calidad, eficiencia, eficacia y efectividad.
- c. Facilitar a la población el acceso oportuno y eficaz a la atención integral en salud, con la integración de los actores del SNS.
- d. Establecer el proceso e instrumentos para la organización y articulación entre los establecimientos de salud de los diferentes niveles de atención.
- e. Optimizar los recursos existentes en el SNS definiendo responsabilidades y competencias.
- f. Definir indicadores del funcionamiento del subsistema de referencia, derivación, contrareferencia, referencia inversa y transferencia que deben ser registrados en el Sistema de Información de Salud (SIS) del MSP como Autoridad Sanitaria Nacional, para la toma de decisiones.

2. Alcance

La presente norma técnica es de aplicación obligatoria en todos los establecimientos del SNS. Su difusión y vigilancia del cumplimiento es de responsabilidad de la Autoridad Sanitaria Nacional.

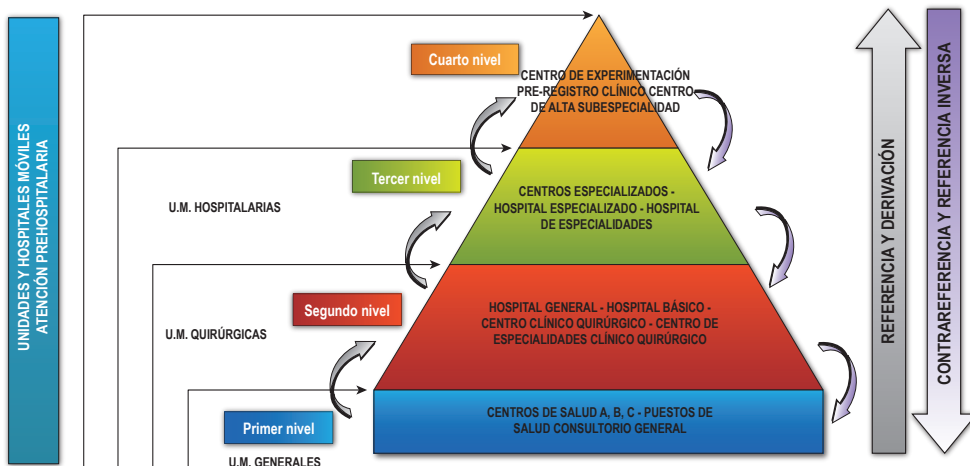
3. Marco teórico

El MAIS-FCI es el conjunto de políticas, estrategias, lineamientos y herramientas que al complementarse, organiza el SNS para responder a las necesidades de salud de las personas, las familias y la comunidad, permitiendo la integralidad y complementariedad entre niveles de atención del SNS. Por tanto, el MAIS-FCI define como van a interactuar los actores de los sectores públicos y privados, los miembros de la red de servicios de salud y la comunidad para llevar a cabo las acciones conjuntas que permitan dar soluciones integrales a las necesidades o problemas de salud de la comunidad contribuyendo de esta manera a mejorar su calidad de vida.³

En caso de las emergencias, se integrará la atención prehospitalaria a las referencias y canalización del usuario de acuerdo a la gravedad y cartera de servicios de los establecimientos de salud de los distintos niveles de atención. El criterio conceptual básico para un subsistema de referencia, derivación, contrareferencia y referencia inversa es contar por lo menos en

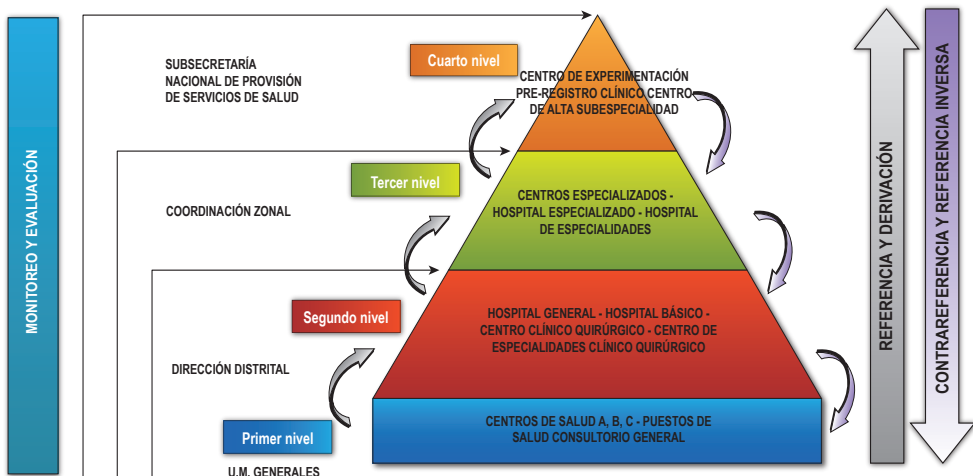
dos niveles de atención: el nivel que hace la referencia y el nivel que recibe la referencia, cuando la capacidad resolutoria lo justifica. (véase gráfico No. 1).

GRÁFICO 1: operativo del subsistema de referencia, derivación, contrareferencia, referencia inversa y transferencia



Fuente y elaboración: MSP, equipo técnico del desarrollo de la norma técnica

GRÁFICO 2: administrativo del subsistema de referencia, derivación, contrareferencia, referencia inversa y transferencia



Fuente y elaboración: MSP, equipo técnico del desarrollo de la norma técnica

4. Definiciones

Subsistema de referencia, derivación, contrareferencia, referencia inversa y transferencia: es el conjunto ordenado de procesos asistenciales y administrativos, que contribuye a garantizar la continuidad de la atención de salud, con oportunidad, eficacia y eficiencia, enviando al usuario desde la comunidad o del establecimiento de salud de menor al mayor nivel de atención y/o complejidad y viceversa; así como enviar usuarios que requieren atención adicional, de apoyo diagnóstico, como es el caso de la derivación entre los actores que integran el SNS.

Niveles de organización del subsistema

Niveles de gestión: Subsecretaría Nacional de Gobernanza de la Salud Pública, Subsecretaría Nacional de Provisión de Servicios de Salud, Coordinaciones Zonales y Direcciones Distritales.

Niveles de atención: Nivel de Atención Prehospitalaria, Primer Nivel, Segundo Nivel, Tercer Nivel y Cuarto Nivel

“Tipología para Homologar los Establecimientos de Salud por Niveles de Atención del Sistema Nacional de Salud” (Véase anexo 2)

Unidades y hospitales móviles de salud: son unidades prestadoras de salud con la característica de ser itinerantes en función de los tiempos y espacios donde prestan sus servicios de salud, se ubican en zonas que estén en emergencia y/o desastre o dando apoyo contingente; también ofertan sus servicios para poblaciones que habitan en parroquias y comunidades rurales y urbano marginales donde no existen unidades fijas de salud, o zonas con población dispersa y brindar atención a los grupos priorizados de la población.

Al hacer referencia a las unidades móviles de salud se puede hablar de unidades móviles de salud general y unidades móviles de salud especializada, entendiéndose quirúrgicas y de diagnóstico oncológico. Mientras que los hospitales móviles puede pasar de un hospital básico a un hospital de especialidades según la complejidad de cirugías que se debe realizar. Estas unidades fueron concebidas bajo el criterio “facilitar el acceso de la población a los servicios de salud, con el fin de incrementar la cobertura de atención, teniendo como eje la participación organizada, generándose interacción y participación.”⁴

Las unidades móviles hacen referencias entre sí y con unidades de salud fijas, así como derivaciones y referencias, según el cuadro clínico y la pertinencia del caso. Más no pueden hacer contrareferencias, puesto que al ser de carácter itinerantes entre las zonas geográficas, no pueden tener una población de referencia y cobertura, sino que sus atenciones y acciones de salud son generadas bajo el criterio de atención por demanda espontánea previa difusión y participación de la comunidad.

Nivel prehospitalario: es un nivel transversal a todos los niveles de atención proporcionando prestaciones temporales prehospitalarias, responsables de brindar atención en salud a

aquellas personas que han sufrido una alteración aguda de su integridad física o mental, causada por trauma o enfermedad de cualquier etiología, mediante la utilización de recursos suficientes para preservar la vida y disminuir las complicaciones y los riesgos de discapacidad o muerte, en el sitio de ocurrencia del evento y durante el traslado, hasta la admisión en la institución asistencial.

Los medios para realizar transporte sanitario en la atención prehospitalario no se limitan al transporte terrestre, y debe contemplarse medios aéreos y acuáticos según la necesidad y requerimiento pertinente.⁵

Organización del nivel prehospitalario: este nivel organiza la respuesta a emergencias que ocurren fuera de los establecimientos de salud y tienen dos elementos; el centro coordinador de llamadas SIS ECU 911 y las ambulancias para transporte primario brindando servicios asistenciales de salud, estabilizan al paciente en condiciones críticas y lo transportan a los servicios de emergencia de los establecimientos de salud para el diagnóstico y tratamiento inmediato. La entrega recepción de los pacientes se registran en el formulario HCU-F002.

Primer nivel de atención: es el nivel de atención más cercano a la población, facilita y coordina el flujo de los usuarios dentro del sistema, es ambulatorio y resuelve el 85% de problemas y necesidades de salud de baja complejidad. Es la puerta de entrada al SNS. Garantiza una referencia y derivación adecuada, asegura la continuidad y complementariedad de la atención.

Además promueve acciones de salud pública de acuerdo a normas emitidas por la Autoridad Sanitaria Nacional.

Todos los establecimientos de salud del primer nivel de atención, deben tener conocimiento de las capacidades resolutorias de los establecimientos de salud a los que serán referidos los usuarios. Es necesario que se asegure la disponibilidad inmediata de servicios, para evitar pérdida de tiempo, complicaciones del cuadro clínico y garantizar la atención con calidad. Para esto, el primer nivel de atención debe estar en constante comunicación con los otros niveles de atención a través de herramientas diseñadas e implementadas para este efecto.

Segundo nivel de atención: este nivel comprende todas las acciones y servicios de atención ambulatoria especializada y aquellas que requieran hospitalización (hospital básico y general con sus diferentes grados de complejidad). Constituye el escalón de referencia inmediata del primer nivel de atención. En este nivel se desarrollan nuevas modalidades de atención no basadas exclusivamente en la cama hospitalaria, sino en el tipo de servicio brindado: centro clínico quirúrgico ambulatorio (modalidad hospital del día y cirugía mayor ambulatoria).

Tercer nivel de atención: este nivel corresponde a los establecimientos que prestan servicios ambulatorios y hospitalarios de especialidad y especializados, (Ej.: pediátricos, gineco-obstétricos, psiquiátricos, entre otros) son de referencia nacional; resuelven los problemas de salud de alta complejidad, tienen recursos de tecnología de punta, intervención quirúrgica de alta complejidad, cuidados intensivos, realiza trasplantes, cuenta con subespecialidades

reconocidas por la ley.

Cuarto nivel de atención: en este nivel se concentra la atención de la más alta complejidad que se combina con investigación. Están integrados los centros de subespecialidad que concentran casos complejos. Los usuarios que deban ser atendidos serán referidos de los establecimientos de salud del tercer nivel.

Para su funcionamiento, debe contar con las más altas tecnologías, y tener la aprobación especial del MSP a través del Viceministerio Nacional de Gobernanza y Vigilancia de la Salud Pública.

Estos establecimientos son autorizados en los subsistemas públicos de la Red Pública Interinstitucional de Salud.

Referencia: es el procedimiento por el cual los prestadores de salud envían a los usuarios de un establecimiento de salud de menor a mayor complejidad o al mismo nivel de atención o de complejidad cuando la capacidad instalada no permite resolver el problema de salud.

La referencia se realiza entre establecimientos de salud de una misma entidad del sistema utilizando el formulario 053 (Véase anexo 3).

Referencia cumplida: es aquella en que el usuario asistió al servicio de admisión, consulta externa o de emergencia del establecimiento de salud de la misma entidad al que fue referido y es registrado en un sistema informático o manual.

Referencia no cumplida: es aquella en que el usuario referido no asistió al servicio de admisión, consulta externa o de emergencia del establecimiento de salud de la misma entidad o no fue registrado en un sistema informático o manual.

Referencia cumplida efectiva: es aquella en que el usuario referido asistió al servicio de admisión, consulta externa o de emergencia del establecimiento de salud de la misma entidad al que fue referido y fue atendido por el profesional de salud.

Referencia cumplida no efectiva: es aquella en que el usuario referido asistió al servicio de admisión, consulta externa o de emergencia del establecimiento de salud de la misma entidad al que fue referido y no fue atendido por el profesional de salud.

Referencia bien llenada: es cuando la sección de datos del usuario y la sección de referencia del formulario No. 053 tiene todos los datos completos y con letra legible.

Referencia mal llenada: es cuando la sección de datos del usuario y la sección de referencia del formulario No. 053 no tiene todos los datos completos o se encuentra con letra ilegible.

Referencia justificada (pertinente): es cuando una referencia ha sido realizada conforme a las normas de atención, guías de práctica clínica, protocolos y otras normativas emitidas por la Autoridad Sanitaria y tiene una evaluación positiva del especialista.

Referencia injustificada (no pertinente): es cuando una referencia no ha sido realizada

conforme a las normas de atención, guías de práctica clínica, protocolos y otras normativas emitidas por la Autoridad Sanitaria y tiene una evaluación negativa del especialista.

Derivación: es el procedimiento por el cual los prestadores de salud envían a los usuarios de cualquier nivel de atención a un prestador externo público (Red Pública Integral de Salud) o privado (Complementario) del mismo o mayor nivel de atención y/o de complejidad, cuando la capacidad instalada del establecimiento o de la entidad a la que pertenece no permite resolver el problema de salud, por la que se le envía, buscando la complementariedad de los servicios previa la autorización correspondiente.

Para realizar las derivaciones a la red complementaria, primeramente se debe agotar la red pública de salud y se debe utilizar el formulario 053 (Véase anexo 3).

Derivación comunitaria: es el envío de los usuarios desde la comunidad al establecimiento de salud del primer nivel de atención más cercano cuando los prestadores de la medicina ancestral, líderes comunitarios y/o los técnicos de atención integral en salud (TAPS) han identificado señales de peligro y/o factores de riesgo. En este caso, NO se utilizará el formulario 053.

Derivación cumplida: es cuando el usuario derivado asistió al servicio de admisión, consulta externa o de emergencia de los establecimientos de la Red Pública Integral de Salud (RIPS) o privada (Complementaria) al que fue derivado y es registrado en un sistema o aplicativo.

Contrareferencia: es el procedimiento obligatorio por el cual un usuario que inicialmente fue referido/derivado es retornado luego de haber recibido la atención con la información pertinente al establecimiento de salud de menor nivel de atención correspondiente, para garantizar la continuidad y complementariedad de su atención.

Derivación no cumplida: es cuando el usuario derivado no asistió al servicio de admisión, consulta externa o de emergencia del establecimiento al que fue derivado o no fue registrado en un sistema o aplicativo.

Derivación cumplida efectiva: es cuando el usuario derivado asistió al servicio de admisión, consulta externa o de emergencia del establecimiento de salud al que fue derivado y fue atendido por el profesional de salud.

Derivación cumplida no efectiva: es cuando el usuario derivado asistió al servicio de admisión, consulta externa o de emergencia del establecimiento de salud al que fue derivado y no fue atendido por el profesional de salud.

Derivación bien llenada: es cuando la sección de derivación del formulario No. 053 tiene todos los datos completos y con letra legible.

Derivación mal llenada: es cuando la sección de derivación del formulario No. 053 no tiene todos los datos completos o se encuentra con letra ilegible.

Derivación justificada (pertinente): es cuando una derivación ha sido realizada conforme

a las normas de atención, guías de práctica clínica, protocolos y otras normativas, emitidas por la Autoridad Sanitaria y tiene una evaluación positiva del especialista.

Derivación injustificada (no pertinente): es cuando una derivación no ha sido realizada conforme a las normas de atención, guías de práctica clínica, protocolos y otras normativas emitidas por la Autoridad Sanitaria y tiene una evaluación negativa del especialista.

Contrareferencia cumplida: es cuando el usuario asistió al establecimiento de menor nivel de atención que lo refirió.

Contrareferencia no cumplida: es aquella en que el usuario no asistió al establecimiento de menor nivel de atención que lo refirió.

Contrareferencia cumplida efectiva: es aquella en que el profesional de salud registra la contrareferencia y continúa con el plan de tratamiento recomendado por el especialista.

Contrareferencia cumplida no efectiva: es aquella en que el profesional de salud no registra la contrareferencia, ni continúa con el plan de tratamiento recomendado por el especialista.

Contrareferencia oportuna: es aquella en que el establecimiento de salud de menor nivel de atención recibe el formulario No. 053 dentro de los siete días posteriores a la atención del especialista.

Contrareferencia no oportuna: es aquella en que el establecimiento de salud de menor nivel de atención recibe el formulario de contrareferencia No. 053 después de los siete días posteriores a la atención del especialista.

Contrareferencia bien llenada: es cuando la sección de datos del usuario y la de contrareferencia del formulario No. 053 tiene todos los datos completos y con letra legible.

Contrareferencia mal llenada: es cuando la sección de datos del usuario y la de contrareferencia del formulario No. 053 no tiene los datos completos y la letra es ilegible.

Contrareferencia justificada: es cuando el profesional de salud ha realizado la contrareferencia tomando en cuenta la capacidad resolutive del establecimiento de destino, y/o cuando el usuario ameritaba ser remitido al menor nivel de atención o de complejidad.

Contrareferencia injustificada: es cuando el profesional de salud ha realizado la contrareferencia sin haber tomado en cuenta la capacidad resolutive del establecimiento de destino, y/o cuando el usuario no ameritaba ser remitido al menor nivel de atención o de complejidad.

5. Proceso de referencia, derivación y derivación comunitaria

Responsables de la referencia y/o derivación: es responsabilidad de los profesionales de los establecimientos de salud referir/derivar y ejecutar la referencia/derivación a los usuarios al nivel de atención o de complejidad que corresponde, según capacidad resolutive y pertinencia clínica, misma que es de su competencia desde que se inicia la atención en el establecimiento de destino de la referencia o de la derivación hasta cuando recibe la contrareferencia.

Entidad receptora de la referencia y/o derivación: es el establecimiento de salud del mismo o mayor nivel de atención o de complejidad, con la capacidad resolutive requerida, que recibe al usuario con el formulario No. 053 y procede a brindar la atención.

Normas técnicas para la referencia y/o derivación

1. Las referencias y/o derivaciones serán solicitadas por profesionales de la salud de acuerdo a sus competencias; en su ausencia y únicamente en condiciones de emergencia, realizará otro personal de salud.
2. Los profesionales de salud que refieran o deriven a usuarios, ya sea para la realización de consultas de especialidad, tratamientos complementarios u hospitalización, deberán llenar el formulario No. 053 de referencia, derivación, contrareferencia, referencia inversa y transferencia con datos completos y letra legible (Véase anexo 3).
3. Se debe utilizar un formulario No. 053 por cada consulta de especialidad que requiera el usuario.
4. Para referencia o derivación de usuarios, deben aplicar las normas, guías, manuales, protocolos de atención y guías de práctica clínica (GPC) establecidas por la Autoridad Sanitaria.
5. Realizar el registro completo de los datos del usuario en la historia clínica, que permitan justificar el proceso de referencia o derivación.
6. Se debe informar al usuario y familiares el motivo e importancia de la referencia/derivación.
7. Se debe establecer el nivel de atención o nivel de complejidad al que es referido el usuario utilizando los criterios de capacidad resolutive, accesibilidad y oportunidad, incluyendo los casos de emergencia.
8. El personal administrativo debe coordinar con el servicio de admisión del establecimiento al cual se refiere o deriva para agendar la cita del usuario.
9. En el caso de ser una emergencia, el personal administrativo comunicará al establecimiento de referencia o derivación para brindar toda la información pertinente del usuario garantizando su atención inmediata.

10. En caso de emergencia, si el nivel receptor no dispone de espacio físico para la recepción definitiva del usuario, debe estabilizarlo antes del envío a otro establecimiento de salud.
11. El personal administrativo que agendó la cita no puede rechazar las referencias o derivaciones establecidas.
12. El establecimiento de salud deberá contar con el personal administrativo y equipamiento necesario para agendar las citas.
13. El establecimiento de salud receptor atenderá únicamente las referencias o derivaciones solicitadas desde el nivel inferior o del mismo nivel de atención; el usuario no podrá acudir al establecimiento de salud de referencia o derivación correspondiente sin tener agendada la cita con hora, fecha y especialidad a la que fue referido o derivado. Se exceptúan los casos de emergencia.
14. Para todo usuario que vaya a recibir atención de especialidad y/o hospitalización, se debe abrir una historia clínica.
15. El personal administrativo que agendó la cita debe informar al usuario y familiares sobre el lugar, consultorio, especialidad y hora de consulta del establecimiento de salud al que es referido o derivado.
16. En caso de que un usuario referido o derivado sea agendado a un especialista que no le corresponde a su especialidad, el profesional tiene la obligación de realizar la interconsulta respectiva al especialista que considere necesario, adjuntando el formulario de interconsulta No. 007/2008 (véase anexo 4).
17. Los profesionales de salud que reciben a los usuarios referidos son los responsables de realizar la contrareferencia respectiva al nivel de atención o de complejidad que corresponde, independientemente de las interconsultas que se realicen con los diferentes especialistas.
18. Se debe incluir una copia del formulario No. 053 en la historia clínica del usuario, una vez concluido el proceso.
19. Los profesionales de salud deben enviar el formulario No. 053 original con el usuario al establecimiento de salud de referencia y una copia se archivará en la historia clínica.
20. El personal administrativo del primer nivel de atención deberá realizar la búsqueda activa para el seguimiento del usuario referido o derivado, en caso de que el mismo no retorne con la contrareferencia al establecimiento de salud, que puede ser a través de la visita domiciliaria u otras formas de comunicación.
21. El profesional de salud debe coordinar con el sistema de ambulancias y con los sistemas comunitarios de transporte, en caso de requerir derivación o referencia de emergencia.

22. El equipo de salud de los establecimientos que refieren o derivan emergencias debe aplicar las normas, Guías de Práctica Clínica (GPC), manuales y otros documentos normativos emitidos por la Autoridad Sanitaria y tratar sin pérdida de tiempo al usuario que llega con problemas agudos, traumatismos, parto en curso u otras emergencias o urgencias médicas.
23. En caso de usuarios en estado crítico, un profesional calificado sea médico/a o enfermero/a debe acompañar durante su transferencia, considerando que el riesgo de traslado no sobrepase los riesgos de tratamiento en el nivel de origen.
24. Cuando el profesional de salud acompaña la transferencia en transporte institucional o transporte comunitario a un usuario y fallece en el traslado, obligatoriamente debe regresar al establecimiento de salud de origen, para notificar legalmente el deceso.
25. El profesional del establecimiento de salud, de acuerdo al caso, derivará o referirá al usuario al nivel de atención y/o de complejidad correspondiente para la realización de exámenes de apoyo complementarios al diagnóstico, siempre y cuando el establecimiento de salud no cuente con dichas prestaciones.
26. Todos los profesionales de salud que realicen referencias y contrareferencias deben aplicar la codificación CIE-10 en sus diagnósticos, en todos los niveles de atención.
27. Para los usuarios que son atendidos en los consultorios de los establecimientos educativos y que requieren ser referidos o derivados a un establecimiento de salud de mayor nivel de atención o de complejidad, el profesional de salud que los atendió debe coordinar con el establecimiento de salud del primer nivel de atención para el agendamiento de la cita.

Funciones administrativas de los establecimientos de salud para las referencias y derivaciones

Las funciones administrativas son: agendamiento, recepción de formularios (en papel o registro electrónico), registro, devolución de formularios y manejo e informe estadístico con sus indicadores, así como seguimiento del proceso de referencia, derivación, contrareferencia y referencia inversa hasta su finalización efectiva.

a. Agendamiento en casos programados

- Agendar el turno en el establecimiento de salud de referencia o derivación y comunicar al usuario la dirección, fecha y hora de la cita.
- El establecimiento de salud deberá organizar el otorgamiento de citas previas dando prioridad a la referencia y derivación.
- En caso de que un usuario tenga más de una referencia o derivación simultánea, hay que procurar que el agendamiento se realice de ser posible en el mismo día.

b. Recepción y registro de referencias y derivaciones

El establecimiento de salud debe registrar la referencia y/o derivación. Orientar al usuario referido sobre el proceso a seguir para recibir su atención.

c. Devolución de formularios

Los establecimientos de salud que realizan las referencias y/o contrareferencias tienen la responsabilidad de enviar, sea en físico o electrónico, el formulario No. 053 al nivel de atención correspondiente.

d. Manejo estadístico

Los establecimientos de los distintos niveles de referencia, derivación, contrareferencia y referencia inversa están obligados a llevar registro estadístico de atenciones recibidas y realizadas. Sus obligaciones en este ámbito son:

- Hacer el seguimiento del cumplimiento de las referencias y derivaciones.
- Registrar la información de las contrareferencias y referencias inversas recibidas.
- Enviar los formularios de contrareferencias a los establecimientos de salud del nivel que lo refirió.
- Monitorear, evaluar y analizar la información para su retroalimentación.

6. Proceso de contrareferencia

Responsables de la contrareferencia: son responsables los profesionales de la salud que atendieron al usuario referido/derivado y que deben contrareferir al menor nivel de atención o complejidad que corresponde, aplicando las normas, protocolos, Guías de Práctica Clínica, manuales emitidas por la Autoridad Sanitaria, utilizando el formulario No. 053 de contrareferencia (véase anexo 3).

Recepción de la contrareferencia

1. El profesional de salud del establecimiento de menor nivel de atención y complejidad, recibe al usuario y solicita el formulario No. 053, que ya se encuentra con un diagnóstico definitivo o con un tratamiento de especialidad, para continuar con la atención y seguimiento requerido.
2. Se debe adjuntar una copia del formulario No. 053 a la historia clínica.
3. Se debe informar al usuario y familia la importancia de dar continuidad en la atención.
4. Se debe dar cumplimiento a las indicaciones de especialidad descritas en el formulario No. 053.
5. Se debe revisar la información contenida en las contrareferencias con el objeto de verificar si se llenó correctamente el formulario No. 053.

6. Se debe participar en los procesos de capacitación y actualización de procedimientos que se realicen; así como en los intercambios de información que se tengan con personal de los diferentes niveles de atención, con el objeto de evaluar la pertinencia de las referencias.

Normas técnicas de la contrareferencia

1. El profesional de salud de los establecimientos de mayor nivel de atención, una vez proporcionado el servicio, obligatoriamente tiene que realizar la contrareferencia al establecimiento de origen, con el formulario No. 053 con datos completos y letra legible.
2. Se debe informar al usuario y familia sobre su condición de salud actual y la importancia de retornar al establecimiento de salud de origen para la continuidad del tratamiento, seguimiento y control.
3. Se debe llenar el formulario de contrareferencia No. 053, una copia envía con el usuario al establecimiento de salud correspondiente.
4. Se debe brindar recomendaciones generales al usuario y familiares sobre aspecto psicosociales y de autocuidado.

7. Referencia inversa

Se entiende como referencia inversa cuando un usuario se autorefiere al servicio de emergencia de un establecimiento de salud del segundo y/o tercer nivel de atención, en el que debe ser atendido su problema de salud sea urgente o emergente y de ninguna manera se negará la asistencia sanitaria por no tener una referencia.

Luego que el profesional haya atendido su problema de salud, debe llenar el formulario No. 053 y señalar que no ha sido referido/a desde el primer nivel de atención y enfatizando este hecho con mayúsculas en la parte superior del formulario.

Este formulario debe ser enviado con el usuario al establecimiento de salud del primer nivel de atención correspondiente.

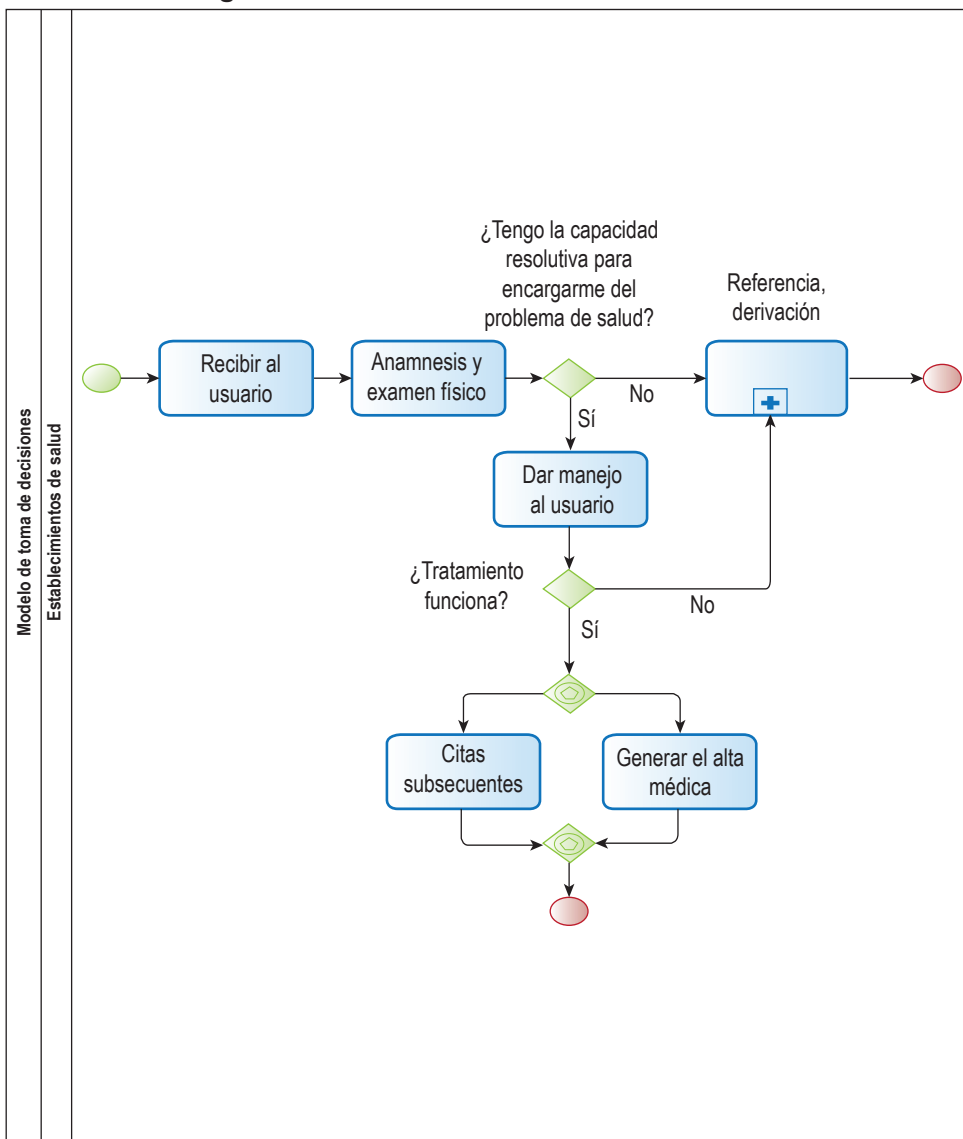
El usuario se autorefiere a un establecimiento de salud de mayor nivel de atención debido a que no recibió atención o no dispone de establecimientos de salud del primer nivel cerca de su domicilio, o por desconocimiento del nivel que puede resolver su caso.

El registro y análisis de estos casos permite corregir el funcionamiento del sistema de salud.

8. Flujo de referencia, derivación, contrareferencia, referencia inversa y transferencia

El proceso de referencia, derivación, contrareferencia y referencia inversa se puede presentar de la siguiente forma:

Algoritmo de toma de decisiones clínicas



9. Monitoreo y evaluación

Para explicar los indicadores que siguen, se establecen las cuatro categorías de referencias entre los usuarios:

Verdaderos positivos: usuarios o usuarias que fueron referidos y su referencia es pertinente.

Falsos positivos: usuarios o usuarias referidos, pero su referencia no es pertinente.

Falsos negativos: usuarias o usuarios que no fueron referidos, pero deberían haber sido.

Verdaderos negativos: usuarias o usuarios que no fueron referidos y no debían serlo.

Indicadores que miden el funcionamiento del subsistema de referencia, derivación, contrareferencia, referencia inversa y transferencia

1. Porcentaje de referencias solicitadas: es la relación entre las referencias solicitadas por profesionales de la salud sobre el total de las consultas primera y subsecuente de morbilidad, multiplicada por 100. El valor aceptable es un rango entre 5/10%.

Porcentaje de referencias solicitadas =

$$\frac{\text{Total de referencias solicitadas por profesionales de salud}}{\text{Total de consultas (primeras y subsecuentes) de morbilidad}} \times 100$$

2. Porcentaje de cumplimiento de las referencias: es la relación entre el total de referencias cumplidas, dividido para el total de referencias solicitadas por los profesionales de la salud, multiplicado por 100. El valor aceptable es del 70%.

Porcentaje de cumplimiento de referencias=

$$\frac{\text{Total de referencias cumplidas}}{\text{Total de referencias solicitadas}} \times 100$$

3. Porcentaje de la referencia cumplida efectiva: es la relación entre el total de referencias cumplidas efectivas, dividido para el total de referencias cumplidas, multiplicado por 100. La meta es del 100%.

Porcentaje de la referencia cumplida efectiva=

$$\frac{\text{Total de referencias cumplidas efectivas}}{\text{Total de referencias cumplidas}} \times 100$$

4. Porcentaje de referencias justificadas (pertinentes): es la relación entre el total de referencias cumplidas efectivas justificadas dividido para el total de contrareferencias. Como meta, debe ser mayor del 90%.

Porcentaje de referencia justificadas =

$$\frac{\text{Total de referencias cumplidas efectivas justificada}}{\text{Total de contrareferencias}} \times 100$$

5. Porcentaje de contrareferencias: es la relación entre el total de contrareferencias dividido para el total de referencias cumplidas efectivas multiplicado por 100. La meta debe ser superior al 90%.

Porcentaje de contrareferencias =

$$\frac{\text{Total de contrareferencias}}{\text{Total de referencias cumplidas efectivas}} \times 100$$

6. Porcentaje de contrareferencias bien llenadas: es la relación entre el total de contrareferencias bien llenadas dividido para el total de contrareferencias multiplicado por 100. La meta es del 100%.

Porcentaje de contrareferencias bien llenadas=

$$\frac{\text{Total de contrareferencias bien llenadas}}{\text{Total de contrareferencias}} \times 100$$

7. Porcentaje de ausentismos: es la relación entre el total de contrareferencias cumplidas dividido para el total de referencias cumplidas multiplicado por 100. La meta es hasta 100%.

Porcentaje de ausentismos=

$$\frac{\text{Total de contrareferencias cumplidas}}{\text{Total de referencias cumplidas}} \times 100$$

Glosario de términos

Accesibilidad geográfica: para elegir el establecimiento de salud para la referencia, debe tomarse en consideración la cercanía, vías accesibles de comunicación y transporte.

Atención Primaria de Salud Renovada (APS-R)

La APS-R: es una estrategia que orienta el desarrollo de los sistemas de salud. Su implementación como todo proceso social, ha estado sujeta a las contradicciones e intereses económicos y políticos que configuran las formas de organización de las sociedades.

Autorreferencia: se da cuando un usuario o usuaria consulta directamente a un nivel de atención superior, sin haber sido referido desde el nivel de atención inferior. Este proceso es aceptable cuando se trata de una emergencia, más no cuando el usuario o usuaria acude a un establecimiento de mayor complejidad sin haber asistido al establecimiento de menor nivel de atención de su área geográfica de residencia.

Capacidad resolutive: es el nivel de respuesta que tiene un establecimiento de salud a la demanda de atención o solución inmediata a cuadros complejos de salud de una persona o grupo de personas, con acciones integrales, inmediatas y oportunas haciendo uso de los recursos físicos y humanos debidamente calificados, quienes harán diagnóstico y tratamiento oportuno. La capacidad resolutive se expresa en la cartera de servicios del establecimiento.

Cita: procedimiento administrativo que se establece cuando el establecimiento de salud otorga al usuario/a una fecha, hora y especialidad para ser atendido.

Hospital móvil: es una unidad de tercer nivel de complejidad que funciona con dos quirófanos y ocho espacios de poscirugía y UCI; cuenta con los servicios de emergencia, laboratorio y consulta externa. En su quirófano, se pueden atender cirugías de cráneo y corazón abierto. Es funcional y opera a su máxima capacidad cuando así se lo requiere.

Interconsulta: es la solicitud de la valoración de otro profesional de diferente especialidad en el mismo establecimiento, por ejemplo, cuando “el cirujano, antes de una operación, pide interconsulta con el cardiólogo”. Esto no es una referencia y en este caso, se utiliza el formulario de interconsulta de la historia clínica.

Referencia inversa: se da cuando el nivel de atención superior envía a un usuario usuaria a un nivel de atención inferior, con la debida información, sin que este usuario o usuaria haya pasado primero por el nivel inferior, generalmente ocurre después de una autorreferencia. El registro de estos casos permite corregir el funcionamiento del sistema de salud; se debe usar el formulario de referencia, contrareferencia, referencia inversa y derivación, señalando, en la parte superior del formulario No. 053, que el usuario o usuaria no ha sido referido/a y enfatizando este hecho con mayúsculas.

Oportunidad: el usuario o la usuaria deben ser referidos en el momento y lugar adecuado aplicando las normas, protocolos de atención y guías de práctica clínica, manuales, emitidas por la Autoridad Sanitaria.

Transferencia: es el traslado de un usuario en un transporte institucional de un establecimiento de salud a otro, con acompañamiento de un profesional de salud calificado.

Usuario de un servicio de salud: es toda persona física que adquiera el derecho a utilizar bienes o servicios de salud.

Unidad móvil integral de salud: de acuerdo a su capacidad resolutive, son unidades de atención ambulatoria, que ofrecen servicios con un paquete básico de atención, el mismo que es complementario a la atención integral e integrada en función de las normas del Modelo de Atención Integral en Salud. Da atención a la morbilidad más frecuente, realiza acciones preventivas, actividades de promoción de la salud y del medio ambiente, presta su contingente humano y profesional en situaciones de emergencias y desastres, movilizándose a cualquier lugar del territorio nacional que se requiera. El equipo básico de salud de la Unidad Móvil General brinda atención integral de medicina general, odontología, psicología y enfermería. Entre las unidades móviles de salud están:

- Unidades Terrestres de Salud
- Unidades Fluviales de Salud
- Unidades Aéreas de Salud

Unidad móvil especializada quirúrgica: prestan servicios de salud específicos en atención médico quirúrgica, en coordinación con el nivel de acción correspondiente en el Sistema Nacional de Salud, así como su organización y gestión en red. Está provista de un quirófano y equipada con la tecnología de punta, para realizar procedimientos o cirugías menores en los sectores donde la población, en su mayoría campesina, colona, indígenas y afrodescendientes, y otras nacionalidades, no tienen acceso a las prestaciones de salud especializadas. Se registran procedimientos como: cirugía laparoscopia, colecistectomía, hernioplastia, herniografía, lipomectomía, frenulectomía, colecistectomía, injerto de piel, cauterización, laparoscopia diagnóstica, ligaduras-histerectomía radical, salpingectomía bilateral posparto.

Unidad móvil especializada de diagnóstico oncológico: es una unidad de tercer nivel de atención ambulatoria cuyo objetivo es realizar el diagnóstico oportuno de cáncer; llega a lugares donde la población en su mayoría es indígena y campesina, y que no tiene acceso a servicios de salud especializados. Es un servicio estratégico de salud móvil terrestre que brinda atención itinerante de prevención de cáncer de mama y útero, cuenta con servicio de laboratorio básico y complementario, rayos X, mamografías para diagnóstico precoz de cáncer de mama, ecosonografía y colposcopia y referencia de lesiones sospechosas tumorales y malignas Del Manual 2010.

Visita domiciliaria: es verificar en el domicilio del usuario referido, en caso de que no exista la contrareferencia, en los ocho días posteriores de realizada la referencia, si acudió o no al hospital al que fue referido.

Emergencia: es la alteración de la integralidad física, funcional y/o psíquica por cualquier causa con diversos grados de severidad, que comprometen la vida o funcionalidad de la persona y que requieren de la protección inmediata de servicios de salud, a fin de conservar la vida y prevenir consecuencias críticas presentes o futuras.

Urgencia: enfermedad o problema de salud que podría convertirse en una emergencia si es que el cuidado médico dado por una condición que, sin tratamiento en su debido tiempo, se podría esperar que resulte en emergencia.

Anexos

Anexo 1

Marco legal

1.1. Constitución de la República del Ecuador⁶

La Constitución aprobada en 2008, constituye el marco normativo que rige la organización y vida democrática del país, representa un nuevo pacto social para la garantía y ejercicio de los derechos y responsabilidades en función del logro del Buen Vivir, el Sumak Kawsay.

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

Cap. II: Derechos del Buen Vivir, sección séptima – salud

Art. 32 “La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir.

El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva.

La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.”

Cap. VI: Derechos de Libertad: se reconoce y garantiza a las personas

Art. 66 “El derecho a una vida digna, que asegure la salud, alimentación y nutrición, agua potable, vivienda, saneamiento ambiental, educación, trabajo, empleo, descanso y ocio, cultura física, vestido, seguridad social y otros servicios sociales necesarios”.

Titulo VII: Régimen del Buen Vivir

Cap. I: Sección Segunda – Salud

Art. 360 “El sistema garantizará a través de las instituciones que lo conforman, la promoción de salud, prevención y atención integral, familiar y comunitaria, sobre la base de la atención primaria de salud; articulará los diferentes niveles de atención, y promoverá la complementariedad con las medicinas ancestrales y alternativas.

La red pública integral de salud será parte del sistema nacional de salud y estará conformada por el conjunto articulado de establecimientos estatales, de la seguridad social y con otros proveedores que pertenecen al Estado, con vínculos jurídicos, operativos y de complementariedad”.

Art. 361 “El Estado ejercerá la rectoría del sistema a través de la autoridad sanitaria nacional, será responsable de formular la política nacional de salud, y normará, regulará y controlará todas las actividades relacionadas con la salud, así como el funcionamiento de las entidades del sector”.

Art. 365 “Por ningún motivo los establecimientos públicos o privados ni los profesionales de la salud negarán la atención de emergencia. Dicha negativa se sancionará de acuerdo con la ley”.

1.2 Plan Nacional del Buen Vivir 2013 -2017

El Plan Nacional del Buen Vivir, en concordancia con los mandatos constitucionales, define objetivos, políticas y metas prioritarias que en salud se puede resaltar los siguientes:

En el Objetivo 3: “ Mejorar la calidad de vida de la población”

La vida digna requiere acceso universal y permanente a bienes superiores, así como la promoción del ambiente adecuado para alcanzar las metas personales y colectivas. La calidad de vida empieza por el ejercicio pleno de los derechos del Buen Vivir: agua, alimentación, salud, educación y vivienda, como pre-requisito para lograr las condiciones y el fortalecimiento de capacidades y potencialidades individuales y sociales.

Este objetivo plantea mejorar la calidad y calidez de los servicios sociales de atención, garantizar la salud de la población desde la generación de un ambiente y practicas saludables

En la Política y Lineamientos Estratégicos:

3.3 Garantizar la prestación universal y gratuita de los servicios de atención integral de salud.⁷

- Consolidar y fortalecer la red pública integral de salud de manera coordinada e integrada, para optimizar el uso de recursos, sobre la base de la capacidad de acogida de los territorios.
- Implementar el sistema de referencia y contrareferencia entre instituciones de la red pública y la red complementaria en todos los niveles, garantizando el acceso oportuno y optimizando el uso de todos los recursos disponibles en el país.
- Fortalecer y consolidar el primer nivel de atención de salud como el punto de entrada al Sistema Nacional de Salud, para que facilite y coordine el itinerario del paciente

en el sistema y permita la detección, el diagnóstico y el tratamiento temprano de las enfermedades en la Red Pública Integral de Salud.

- Potenciar los servicios de atención integral en el segundo nivel del Sistema Nacional de Salud Pública y fortalecer sus mecanismos de referencia.

1.3 Ley Orgánica de Salud⁸

Cap. II: De la Autoridad Sanitaria Nacional, sus competencias y responsabilidades

Art. 6 “Es responsabilidad del Ministerio de Salud Pública:

- Ejercer la rectoría del Sistema Nacional de Salud
- Diseñar e implementar programas de atención integral y de calidad a las personas durante todas las etapas de la vida y de acuerdo con sus condiciones particulares”.

Título I:

Cap. I: Disposiciones comunes

Art. 10 “Quienes forman parte del Sistema Nacional de Salud aplicarán las políticas, programas y normas de atención integral y de calidad, que incluyen acciones de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos de la salud individual y colectiva, con sujeción a los principios y enfoques establecidos en el artículo 1 de esta Ley”.

Cap. III: De las enfermedades no transmisibles

Art. 69 “La atención integral y el control de enfermedades no transmisibles, crónico-degenerativas, congénitas, hereditarias y de los problemas declarados prioritarios para la salud pública, se realizará mediante la acción coordinada de todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud y de la participación de la población en su conjunto.


Comprenderá la investigación de sus causas, magnitud e impacto sobre la salud, vigilancia epidemiológica, promoción de hábitos y estilos de vida saludable, prevención, recuperación, rehabilitación, reinserción social de las personas afectadas y cuidados paliativos.

Los integrantes del Sistema Nacional de Salud garantizarán la disponibilidad y acceso a programas y medicamentos para estas enfermedades, con énfasis en medicamentos genéricos, priorizando a los grupos vulnerables.

Anexo 2

NIVELES DE ATENCIÓN, NIVELES DE COMPLEJIDAD, CATEGORÍA Y NOMBRES DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD			
NIVELES DE ATENCIÓN	NIVELES DE COMPLEJIDAD	CATEGORÍA DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD	NOMBRE
Primer Nivel de Atención	1º Nivel de complejidad	I-1	Puesto de salud
	2º Nivel de complejidad	I-2	Consultorio general
	3º Nivel de complejidad	I-3	Centro de salud - A
	4º Nivel de complejidad	I-4	Centro de salud - B
	5º Nivel de complejidad	I-5	Centro de salud - C
Segundo Nivel de Atención	AMBULATORIO		
	1º Nivel de complejidad	II-1	Consultorio de especialidad (es) clínico-quirúrgico
		II-2	Centro de especialidades
	2º Nivel de complejidad	II-3	Centro de clínico-quirúrgico ambulatorio (Hospital del Día)
	HOSPITALARIO		
	3º Nivel de complejidad	II-4	Hospital Básico
	4º Nivel de complejidad	II-5	Hospital General
Tercer Nivel de Atención	AMBULATORIO		
	1º Nivel de complejidad	III-1	Centros especializados
	HOSPITALARIO		
	2º Nivel de complejidad	III-2	Hospital especializado
3º Nivel de complejidad	III-3	Hospital de especialidades	
Cuarto Nivel de Atención	1º Nivel de complejidad	IV-1	Centros de experimentación pre registro clínicos
	3º Nivel de complejidad	IV-2	Centros de alta subespecialidad
Nivel de Atención Prehospitalario	1º Nivel de complejidad	APH-1	Unidad de atención prehospitalaria de transporte y soporte vital básico.
	2º Nivel de complejidad	APH-2	Unidad de atención prehospitalaria de transporte y soporte vital avanzado.
	3º Nivel de complejidad	APH-3	Unidad de atención prehospitalaria de transporte y soporte vital especializado.

Anexo 3



MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
FORMULARIO DE REFERENCIA, DERIVACIÓN, CONTRAREFERENCIA Y REFERENCIA INVERSA

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido paterno		Apellido materno		Nombres			Fecha de Nacimiento			EDAD	SEXO
							día	mes	año	d.m.a	F/M/O
Nacionalidad	País	Cédula de Ciudadanía ó Pasaporte		Lugar de residencia actual			Dirección Domicilio			Nº Telefónico	
Ver instructivo	describir país	cédula diez dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria			Convencional/Celular		

II. REFERENCIA: 1 **DERIVACIÓN:** 2

1. Datos Institucionales

Entidad del sistema	Hist. Clínica No.	Establecimiento de Salud	Tipo	Distrito/Area
Refiere o Deriva a:				Fecha
Entidad del sistema	Establecimiento de Salud	Servicio	Especialidad	día mes año

2. Motivo de la Referencia o Derivación:

Limitada capacidad resolutive	1 <input type="checkbox"/>	Saturación de capacidad instalada	4 <input type="checkbox"/>
Ausencia temporal del profesional	2 <input type="checkbox"/>	Otros /Especifique:	5 <input type="checkbox"/>
Falta de profesional	3 <input type="checkbox"/>		

3. Resumen del cuadro clínico

--

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

--

5. Diagnóstico

	CIE-10	PRE	DEF
1			
2			

Nombre del profesional: _____ Código MSP: _____ Firma: _____

III. CONTRAREFERENCIA: 3 **REFERENCIA INVERSA:** 4

1. Datos Institucionales

Entidad del sistema	Hist. Clínica Nro.	Establecimiento de Salud	Tipo	Servicio	Especialidad del servicio
Contrarefiere o Referencia inversa a:					Fecha
Entidad del sistema	Establecimiento de Salud	Tipo	Distrito/Area	día mes año	

2. Resumen del cuadro clínico

--

3. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

--

4. Tratamientos y procedimientos terapéuticos realizados

--

5. Diagnóstico

	CIE-10	PRE	DEF
1			
2			

6. Tratamiento recomendado a seguir en el establecimiento de salud de menor nivel de atención y/o de complejidad

--

Nombre del profesional especialista: _____ Código MSP: _____ Firma: _____

MSP/DNISC/Ifom. 053/dic/2013

7. Referencia Justificada	<input type="checkbox"/>
----------------------------------	--------------------------

Anexo 4

ESTABLECIMIENTO SOLICITANTE		NOMBRE		APELLIDO		SEXO (H-M)	EDAD	N° HISTORIA CLÍNICA	
1 CARACTERÍSTICAS DE LA SOLICITUD Y MOTIVO									
ESTABLECIMIENTO DE DESTINO		SERVICIO CONSULTADO		SERVICIO QUE SOLICITA		SALA		CAMA	
NORMAL	URGENTE	MÉDICO INTERCONSULTADO		DESCRIPCIÓN DEL MOTIVO					
2 CUADRO CLÍNICO ACTUAL									
3 RESULTADOS DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS									
4 DIAGNÓSTICO									
	PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PR E	DE F			CIE	PR E	DE F
1				4					
2				5					
3				6					
5 TRATAMIENTO REALIZADO									
FECHA		HORA		NOMBRE DEL PROFESIONARIO		CODIGO	FIRMA		NUMERO DE HOJA

SNS-MSP / HCU-form.007 / 2008

INTERCONSULTA - SOLICITUD

ESTABLECIMIENTO CONSULTADO	NOMBRE	APELLIDO	SEXO (H-H)	EDAD	N° HISTORIA CLÍNICA

6 CUADRO CLÍNICO DE INTERCONSULTA

7 RESUMEN DEL CRITERIO CLÍNICO

8 DIAGNÓSTICO		PRE-PRESUNTIVO DEF-DEFINITIVO	CIE	PR E	DE F	4	CIE	PR E	DE F
1									
2									
3									

9 EXÁMENES COMPLEMENTARIOS PROPUESTOS

PLAN DE TRATAMIENTO PROPUESTO TERAPEUTICOS Y EDUCATIVO

FECHA	HORA	NOMBRE DEL PROFESIONA	CODIGO	FIRMA	NUMERO DE HOJA
-------	------	-----------------------	--------	-------	----------------

Instructivo para el llenado del Formulario No. 053 de Referencia, Derivación, Contrareferencia y Referencia Inversa

Todos los campos del formulario deben ser llenados con letra clara y legible

I. Datos del usuario

- a. **Apellido paterno, apellido materno y nombres:** escriba apellidos y nombres completos en cada uno de los casilleros correspondientes.
- b. **Fecha de nacimiento:** escriba el día, mes y año; según formato: 01-07-2013 (dd-mm-aaaa).
- c. **Edad:** calcule la edad en función a la fecha de nacimiento; si es menor de un mes, registre el número de días añadiendo la letra “d” (25d); si es menor de un año, registre el número de meses añadiendo la letra “m” (5m) y si la edad es en años cumplidos, registre el número de años añadiendo la letra “a” (12a).
- d. **Sexo:** escriba 1 si es hombre y 2 si es mujer.
- e. **Nacionalidad:** escriba la nacionalidad del país de origen, ejemplo: ecuatoriana, colombiana, peruana, cubana y otras.
- f. **País:** escriba el nombre del país correspondiente.
- g. **Cédula de ciudadanía o pasaporte:** escriba el número de cédula de ciudadanía para nacionalidad ecuatoriana y pasaporte para nacionalidad extranjera.
- h. **Lugar de residencia actual:** escriba el nombre de la provincia, cantón y parroquia donde vive actualmente.
- i. **Dirección domiciliaria:** escriba el nombre de la calle principal, número de casa, nombre de la calle secundaria.
- j. **No. telefónico:** escriba el número de teléfono convencional con el código respectivo de la provincia y/o número celular, ejemplo: 04-2569875 o 09-95657575

II. Referencia / Derivación

Marque el casillero 1 si es referencia y el 2 si es derivación. Solo puede escoger una de estas dos opciones; en ningún caso deberá marcarse los dos casilleros.

1. Datos institucionales

- a. **Entidad del sistema:** escriba el nombre de la entidad a la que pertenece el establecimiento de salud como se establece a continuación.
 - Ministerio de Salud Pública y sus entidades adscritas (MSP)
 - Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS)
 - Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social Campesino (IESS Campesino)
 - Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas (ISSFA)
 - Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional (ISSPOL)
 - Red Complementaria (RC)

- b. Historia clínica:** escriba el número de la historia clínica del usuario donde se origina la referencia o derivación.
- c. Establecimiento de salud:** escriba el nombre del establecimiento de salud donde se origina la referencia o derivación, ejemplo (Hospital Pablo Arturo Suárez).
- d. Tipo:** registre con las siguientes siglas la tipología del establecimiento de salud a la que corresponde de acuerdo a la siguiente clasificación: PS (Puesto de Salud); CG (Consultorio General), CS- A (Centro de Salud - A), CS- B (Centro de Salud - B), CS- C (Centro de Salud - C), CEs (Consultorio de Especialidades), CEEs (Centro de Especialidades), CE (Centro Especializado), HD (Hospital del Día), HB (Hospital Básico), HG (Hospital General), HE (Hospital Especializado) , HES (Hospital de Especialidades).
- e. Distrito:** registre el nombre del Distrito de salud a la que pertenece el establecimiento donde se genera la referencia o derivación.

Refiere o deriva a:

- a. Entidad de sistema:** escriba el nombre de la entidad a la que pertenece el establecimiento de salud como se establece a continuación.
 - Ministerio de Salud Pública y sus entidades adscritas (MSP)
 - Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS)
 - Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social Campesino (IESS Campesino)
 - Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas (ISSFA)
 - Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional (ISSPOL)
 - Red Complementaria (RC)
- b. Establecimiento de salud:** escriba el nombre del establecimiento de salud donde se origina la referencia o derivación, ejemplo (Hospital Enrique Garcés).
- c. Servicio:** escriba el nombre del servicio del establecimiento de salud a donde es referido o derivado al usuario, ejemplo: (consulta externa, hospitalización y emergencia).
- d. Especialidad:** escriba el nombre de la especialidad del servicio del establecimiento de salud donde es referido o derivado como: urología, pediatría, traumatología, ginecología y obstetricia, dermatología, cirugía, oftalmología, neumología, psicología, psiquiatría, cardiología, infectología, otorrinolaringología, gastroenterología, oncología, medicina interna, otros servicios (especifique).
- e. Fecha:** registre la fecha en la que se genera la referencia o derivación. Formato 04-05-2013 (dd-mm-aaaa)

2. Motivo de la referencia o derivación

- a. **Limitada capacidad resolutive:** marque el casillero 1, cuando la cartera de servicios del establecimiento no permite resolver el problema de salud del usuario, que puede ser por las siguientes causas: equipos en mal estado, falta de equipamiento, falta de insumos y materiales, problemas en la infraestructura.
 - b. **Ausencia temporal del profesional:** marque el casillero 2, cuando el profesional de salud, que por motivos de vacaciones, permisos, calamidad y otros, no asista a la jornada de trabajo.
 - c. **Falta de profesional:** marque el casillero 3, cuando en el establecimiento de salud no cuente con el profesional que, de acuerdo a la cartera de servicios, es requerido.
 - d. **Saturación de la capacidad instalada:** marque el casillero 4, cuando el establecimiento de salud se encuentra sobre el límite de capacidad para brindar servicio adecuado de salud al usuario. Ejemplo: sin camas hospitalarias disponibles, turnos de consulta externa copados, capacidad de emergencia abarrotada.
 - e. **Otros especifique:** marque el casillero 5, cuando en el establecimiento de salud se presenten otras causas que no sean las que se encuentran en los numerales del 1 a 4, especifique.
3. **Resumen del cuadro clínico:** detalle de manera concreta el problema de salud de la usuaria o usuario.
 4. **Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos:** detalle los exámenes y procedimientos realizados al usuario y adjuntar una copia de los resultados.
 5. **Diagnóstico:** escriba el o los diagnósticos de acuerdo a la codificación del CIE 10 y marcar con una x en el casillero PRE Presuntivo o DEF Definitivo, según el caso.
 6. **Nombre del profesional:** escriba el nombre y apellido del profesional que genera la referencia o derivación.
 7. **Código MSP:** escriba el número del código del profesional, regulado por el MSP.
 8. **Firma:** coloque la firma y rúbrica del profesional que envía la referencia o derivación.

III. Contrareferencia / referencia inversa

Marque el casillero 3 si es contrareferencia y el 4 si es referencia inversa. Solo puede escoger una de estas dos opciones; en ningún caso deberá marcarse los dos casilleros.

1. Datos institucionales

- a. Entidad del sistema:** escriba el nombre de la entidad a la que pertenece el establecimiento de salud como se establece a continuación.
- Ministerio de Salud Pública y sus entidades adscritas (MSP)
 - Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS)
 - Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social Campesino (IESS Campesino)
 - Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas (ISSFA)
 - Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional (ISSPOL)
 - Red Complementaria (RC)
- b. Historia clínica:** escriba el número de la historia clínica del usuario donde se origina la contrareferencia o referencia inversa.
- c. Establecimiento de salud:** escriba el nombre del establecimiento de salud donde se origina la contrareferencia o referencia inversa, ejemplo (Hospital Pablo Arturo Suárez).
- d. Tipo:** registre con las siguientes siglas la tipología del establecimiento de salud a la que corresponde de acuerdo a la siguiente clasificación: PS (Puesto de Salud); CG (Consultorio General), CS- A (Centro de Salud - A), CS- B (Centro de Salud - B), CS- C (Centro de Salud - C), CEs (Consultorio de Especialidades), CEEs (Centro de Especialidades), CE (Centro Especializado), HD (Hospital del Día), HB (Hospital Básico), HG (Hospital General), HE (Hospital Especializado) , HES (Hospital de Especialidades).
- e. Servicio:** escriba el nombre del servicio del establecimiento de salud a donde está contrarrefiriendo o refiriencia inversamente al usuario, ejemplo: consulta externa, hospitalización y emergencia.
- f. Especialidad del servicio:** escriba el nombre de la especialidad del servicio del establecimiento de salud donde es contrarreferido o referenciada inversa como: urología, pediatría, traumatología, ginecología y obstetricia, dermatología, cirugía, oftalmología, neumología, psicología, psiquiatría, cardiología, infectología, otorrinolaringología, gastroenterología, oncología, medicina interna, otros servicios (especifique).

Contrarrefiere o refiere inversa a

1. **Entidad de sistema:** escriba el nombre de la entidad a la que pertenece el establecimiento de salud como se establece a continuación:
 - Ministerio de Salud Pública y sus entidades adscritas (MSP)
 - Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS)
 - Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social Campesino (IESS Campesino)
 - Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas (ISSFA)
 - Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional (ISSPOL)
 - Red Complementaria (RC)
- g. **Establecimiento de salud:** escriba el nombre del establecimiento de salud donde se origina la contrareferencia o referencia inversa, ejemplo (Hospital Enrique Garcés).
- h. **Tipo:** registre con las siguientes siglas la tipología del establecimiento de salud a la que corresponde de acuerdo a la siguiente clasificación: PS (Puesto de Salud); CG (Consultorio General), CS- A (Centro de Salud - A), CS- B (Centro de Salud - B), CS- C (Centro de Salud - C), CEs (Consultorio de Especialidades), CEEs (Centro de Especialidades), CE (Centro Especializado), HD (Hospital del Día), HB (Hospital Básico), HG (Hospital General), HE (Hospital Especializado) , HES (Hospital de Especialidades).
- i. **Distrito/Área:** registre el nombre del Distrito o Área de salud a la que pertenece el establecimiento de donde se genera la contrareferencia o referencia inversa.
- j. **Fecha:** registre la fecha en la que se genera la contrareferencia o referencia inversa. Formato: 04-05-2013 (dd-mm-aaaa)
2. **Resumen del cuadro clínico:** detalle de manera concreta el problema de salud de la usuaria o usuario.
3. **Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos:** detalle los exámenes y procedimientos realizados al usuario o usuaria y adjuntar una copia de los resultados.
4. **Tratamientos y procedimientos terapéuticos realizados:** escriba los tratamientos y procedimientos terapéuticos realizados en el establecimiento de salud.
5. **Diagnóstico:** escriba el o los diagnósticos de acuerdo a la codificación del CIE 10 y marcar con una x en el casillero PRE Presuntivo o DEF Definitivo, según el caso.
6. **Tratamiento recomendado para seguir en un establecimiento de salud de menor nivel de atención y/o de complejidad:** describa el tratamiento recomendado por el profesional de la salud que atendió a la usuaria o el usuario.

- **Nombre del profesional:** escriba el nombre y apellido del profesional que genera la contrareferencia o referencia inversa.
 - **Código MSP:** escriba el número del código del profesional, otorgado por el MSP.
 - **Firma:** coloque la firma y rúbrica del profesional que genera la contrareferencia o referencia inversa.
7. **R.J.: Referencia justificada:** el profesional de salud que atiende la referencia solicitada debe escribir el número 1 si es una referencia justificada o el número 2 si la referencia no es justificada.

Referencia justificada (pertinente).- Es cuando una referencia ha sido realizada conforme a las normas de atención, guías de práctica clínica, protocolos y otras normativas, emitidas por la Autoridad Sanitaria y tiene una evaluación positiva del especialista.

Referencia injustificada (no pertinente).- Es cuando una referencia no ha sido realizada conforme a las normas de atención, guías de práctica clínica, protocolos y otras normativas emitidas por la Autoridad Sanitaria y tiene una evaluación negativa del especialista.

Referencias

1. Ministerio de Salud Pública, Subsecretaría Nacional de Gobernanza de la Salud Pública, Dirección Nacional de Articulación y Manejo del Sistema Nacional de Salud y de la Red Pública. Modelo de Atención Integral del Sistema Nacional de Salud (MAIS). Quito: MSP; 2012.
2. Atención Primaria en Salud-Renovada.
3. Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI).
4. Ministerio de Salud Pública. Proyecto de Unidades Móviles de Salud. Quito: MSP; 2013.
5. Acuerdo Ministerial No. 0001595. Registro Oficial 151(Diciembre 26, 2013).
6. Constitución de la República del Ecuador. Registro Oficial 449 (Octubre 20, 2008).
7. Plan Nacional del Buen Vivir 2013-2017. Registro Oficial Suplemento 78 (Septiembre 11, 2013).
8. Ley orgánica de Salud. Registro Oficial Registro Oficial Suplemento 423 (Diciembre 22, 2006).
9. Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Normatización. Acuerdo Ministerial 1202. Quito: MSP; Junio 14, 2012.
10. Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Áreas de Salud. Manual para la referencia y contrareferencia de pacientes y usuarios. Acuerdo Ministerial 071. Quito: MSP; Marzo 10, 2004.
11. Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Áreas de Salud. Manual de organización y funcionamientos de las áreas de salud. Acuerdo Ministerial 0266. Quito: MSP; Junio 09, 2000.
12. Ministerio de Salud del Perú (MINSA). Norma técnica del Sistema de Referencia y Contrareferencia de los Establecimientos del Ministerio de Salud. Resolución Ministerial 751. Lima: MINSA; 2004.

13. Macinko J, Montenegro H, Nebot Adell C, Etienne C; Grupo de Trabajo de Atención Primaria de Salud de la Organización Panamericana de la Salud. La renovación de la atención primaria de salud en las Américas. Rev Panam Salud Publica. 2007; 21 (2/3):73–84.
14. Subsecretaría Nacional de Gobernanza de la Salud Pública. Tarifario de prestaciones para el Sistema Nacional de Salud. Acuerdo Ministerial 160. Quito: MSP; Febrero 8, 2012.



ISBN 978-9942-07-573-4



9 789942 075734



Ministerio
de Salud Pública