



**MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR**  
**SUBSECRETARÍA NACIONAL DE GOBERNANZA DE LA SALUD PÚBLICA**  
**DIRECCIÓN NACIONAL DE NORMATIZACIÓN**

**NORMA DEL SUBSISTEMA DE  
REFERENCIA, DERIVACIÓN  
CONTRAREFERENCIA, REFERENCIA  
INVERSA Y TRANSFERENCIA DEL  
SISTEMA NACIONAL DE SALUD**

SEPTIEMBRE 2013

## **Autoridades:**

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

## **Participantes en el proceso de construcción de esta norma**

### **Grupo de redacción MSP**

Lcda. Sofía Pozo G.	Responsable del Primer Nivel de la Dirección Nacional de Normatización
Dra. Ximena Raza	Coordinadora de la Dirección Nacional de Normatización
Dr. Mario Oquendo	Dirección Provincial de Salud de Cañar
Dr. Luis Abad	Dirección Provincial de Salud de Cañar

### **Grupo de Validación**

Dra. Diana Molina Yépez	Dirección Nacional de Articulación y Manejo del Sistema Nacional de Salud y de la Red Pública
Ing. Diego Borja	Dirección Nacional de Articulación y Manejo del Sistema Nacional de Salud y de la Red Pública
Dr. Juan Sánchez	Dirección Nacional de Articulación y Manejo del Sistema Nacional de Salud y de la Red Pública
Dr. Sergio Carrasco	Dirección Nacional de Articulación y Manejo del Sistema Nacional de Salud y de la Red Pública
Dra. Irlanda Ordoñez	Dirección Nacional de Normatización
Dr. Edisson Quito	Dirección Nacional de Normatización
Dra. Janeth Yar	Dirección Nacional de Normatización
Dra. Martha Gordon	Dirección Nacional de Normatización
Dra. Galud Pinto	Dirección Nacional de Atención del Primer Nivel en Salud
Dra. Janeth Ávila	Dirección Nacional de Atención del Primer Nivel en Salud
Dr. Eduardo Herdoiza	Dirección Nacional de Atención del Primer Nivel en Salud
Teclg. Med. - Lenin Vacas	Dirección Nacional de Atención del Primer Nivel en Salud
Dra. Fernanda Campaña	Dirección Nacional de Red de Hospitales y Atención Ambulatoria Especializada
Mgs. Ibeth Garcés Ruiz	Dirección Nacional de Unidades Móviles de Salud
Ing. Luis Coronel	Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social
Dra. Mónica Cañas	Coordinadora General UELMGAI
Lic. William Lara	Unidad Ejecutora de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia
Dra. Sonia Lara	Dirección Provincial de Salud de Cañar
Ing. Javier Gaona	Dirección Nacional de Información, Seguimiento y Control de Gestión

Sr. Eduardo Bueno

Dr. Andrés Sotomayor

Dr. Alfredo Amores

Dra. Nilda Villacrés

Dirección Nacional de Información, Seguimiento y Control de  
Gestión

Asesor Ministerial MSP

Asesor Ministerial MSP

Asesora Ministerial MSP

## Contenido:

NORMA DEL SUBSISTEMA DE REFERENCIA, DERIVACIÓN, CONTRAREFERENCIA Y REFERENCIA INVERSA, DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD .....	6
I. PRESENTACIÓN .....	6
II. INTRODUCCIÓN .....	7
III. ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN.....	8
IV. MARCO LEGAL: .....	8
1. OBJETIVOS .....	9
2. ALCANCE .....	10
3. MARCO TEÓRICO .....	10
4. DEFINICIONES Y CONCEPTOS BÁSICOS.....	12
Definición del subsistema de referencia, derivación, contrareferencia, referencia inversa y transferencia: .....	12
Niveles de organización del subsistema de referencia, Contrareferencia, referencia inversa, derivación y transferencia .....	12
Niveles de Atención en los Servicios .....	12
5. PROCESO DE REFERENCIA, DERIVACIÓN Y DERIVACIÓN COMUNITARIA.....	15
REFERENCIA.....	15
DERIVACIÓN .....	15
DERIVACIÓN COMUNITARIA.....	15
Responsables de la Referencia y/o Derivación.....	15
Entidad Receptora de la Referencia y/o Derivación:.....	15
Normas y Procedimientos para la Referencia y/o Derivación.....	15
Funciones Administrativas de los Establecimientos de Salud para las Referencias y Derivaciones .....	18
Definiciones de la Referencia .....	19
Definiciones de la Derivación .....	19

6. PROCESO DE CONTRAREFERENCIA.....	20	
Contrareferencia .....	20	
Responsables de la contrareferencia .....	20	
Recepción de la contrareferencia.....	20	
Normas y Procedimientos de la Contrareferencia .....	21	
Definiciones de la contareferencia:.....	21	
7. REFERENCIA INVERSA.....	22	
CAPITULO I.....	23	
FLUJO DE REFERENCIA, DERIVACIÓN, CONTRAREFERENCIA, REFERENCIA INVERSA, TRANSFERENCIA.....	23	Y
CAPITULO II.....	24	
MONITOREO Y EVALUACIÓN.....	24	
Indicadores que miden el funcionamiento del subsistema de referencia, derivación, contrareferencia, referencia inversa y transferencia.....	24	
GLOSARIO DE TÉRMINOS .....	27	
ANEXOS.....	29	
BIBLIOGRAFÍA .....	35	

# NORMA DEL 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 el 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, 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 SISTEMA NACIONAL DE SALUD.

El Sistema Nacional de Salud del Ecuador con la implementación y funcionamiento del Subsistema Nacional de Referencia, Derivación, Contrareferencia, Referencia Inversa y Transferencia en la atención a los usuarios, fortalece y consolida la Red Pública Integral de Salud.

Esta Norma permite la organización por procesos y flujos de atención que garanticen 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 e inmediato, en los establecimientos del Sistema Nacional de Salud en todo el 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-FC) incorporando 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 devienen de los cambios en el perfil demográfico y epidemiológico, a la necesidad de superar las brechas en el acceso a servicios integrales de salud<sup>1</sup>; consolidar la articulación del Sistema Nacional de Salud, 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 transferencia de pacientes de envío de casos, 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 claramente, que los sistemas de salud con un mecanismo de referencia funcional entre niveles muestran una clara 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 de atención, consiguen obtener indicadores de satisfacción de los usuarios y menores costos generales de los servicios de salud<sup>2</sup>.

El Sistema Nacional de Salud, contempla las redes zonales, microredes 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 con criterios de calidad y eficiencia.

En concordancia a la transformación administrativa y técnica del país, y del Sistema Nacional de Salud, es necesario actualizar el Manual para la referencia y contrareferencia de pacientes y usuarios emitida en abril de 2004 por el Ministerio de Salud Pública; y elaborar la Norma técnica y administrativa 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 Sistema Nacional de Salud 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, considerando la sostenibilidad del mismo, en estricto cumplimiento de lo establecido en la Carta Magna del 2008.

Esta normativa se aplicará en los diferentes establecimientos del Sistema Nacional de Salud, en todos los niveles de atención, que permitirá prestar adecuadamente al usuario y usuaria el servicio de salud que

---

<sup>1</sup> MSP- Modelo de Atención Integral del Sistema Nacional de Salud - 2012

<sup>2</sup> Atención Primaria en Salud-Renovada

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 Sistema Nacional de Salud 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 y las usuarias 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 prevalentes en un territorio específico. La implementación paralela 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 y las usuarias referidos de los otros niveles.

Como los servicios con médicos especialistas utilizan más exámenes de apoyo diagnóstico e intervenciones complementarias que requieren mayor experticia y costos elevados, el tamizaje de usuarios y usuarias en el primer nivel permite reducir tanto las intervenciones innecesarias, como los sucesos indeseados y los altos costos 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.

Los resultados exitosos de las experiencias en el Ministerio de Salud Pública, como la de la provincia del Cañar entre otras, han permitido desarrollar la presente Norma, 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 y la definición de indicadores estandarizados para el monitoreo y evaluación.

Este documento incluye un modelo administrativo - operativo para la toma de decisiones. La información que se genere es de gran importancia, para realizar el mejoramiento continuo de la calidad en la atención y satisfacer los problemas de salud de la población.

### ***IV. MARCO LEGAL: (Ver Anexo 1)***

#### ***1.1. Constitución de la República del Ecuador***

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

### ***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, en la Política y lineamientos estratégicos 3.3

### ***1.3 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

***1.4 Acuerdo Ministerial 1203 del 14 de junio del 2012*** “Tipología para Homologar los Establecimiento de Salud por Niveles de Atención del Sistema Nacional de Salud”

***1.5 Acuerdo Ministerial 1484 del 24 de julio 2012*** “Reglamento de aplicación para el proceso de Licenciamiento en los establecimientos del primer nivel de atención del Sistema Nacional de Salud”.

***1.6 Acuerdo Ministerial 00071 10 de marzo del 2004*** “Manual para la Referencia 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 Sistema Nacional de Salud, mediante la aplicación de la norma del subsistema de referencia, derivación, contrareferencia, referencia inversa, y transferencia.

### **1.2 Objetivos específicos**

1.2.1 Mejorar la satisfacción de los usuarios y usuarias mediante la integración, continuidad y complementariedad de la atención.

1.2.2 Brindar al usuario y usuaria atención en salud con calidad, eficiencia, eficacia y efectividad

- 1.2.3 Facilitar a la población el acceso oportuno y eficaz a la atención integral en salud, con la integración de los actores del Sistema Nacional de Salud.
- 1.2.4 Establecer el proceso e instrumentos para la organización y articulación entre los establecimientos de salud de los diferentes niveles de atención.
- 1.2.5 Optimizar los recursos existentes en el Sistema Nacional de Salud definiendo responsabilidades y competencias
- 1.2.6 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 Ministerio de Salud como Autoridad Sanitaria Nacional, para la toma de decisiones.

## **2. ALCANCE**

La presente norma es de aplicación obligatoria en todos los establecimientos del Sistema Nacional de Salud, su difusión y vigilancia del cumplimiento, es de responsabilidad de la Autoridad Sanitaria Nacional.

## **3. MARCO TEÓRICO**

El Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI), es el conjunto de políticas, estrategias, lineamientos y herramientas que al complementarse, organiza el Sistema Nacional de Salud 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 Sistema Nacional de Salud. 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<sup>3</sup>

En caso de las emergencias, se integrará la atención pre hospitalaria a las referencias y canalización del usuario y usuaria 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 constar 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. **Ver gráfico N° 1**

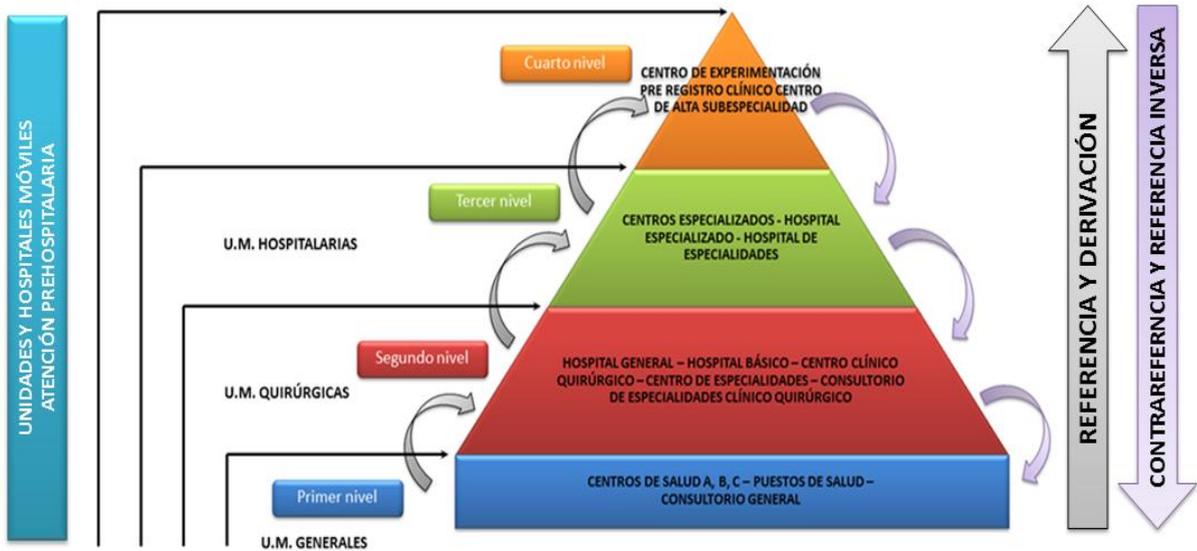
---

<sup>3</sup> Modelo de Atención Integral de Salud Familiar Comunitario e Intercultural – MAIS –FCI

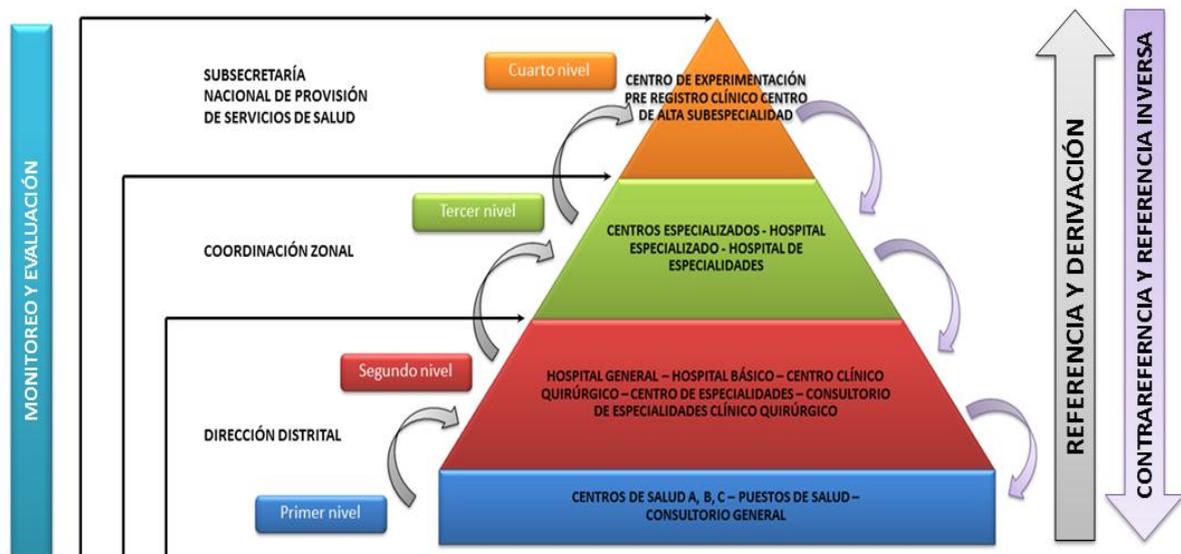
**GRÁFICO 1:**

**OPERATIVO DEL SUBSISTEMA DE REFERENCIA, CONTRAREFERENCIA, REFERENCIA INVERSA, DERIVACIÓN Y TRANSFERENCIA**

**GRÁFICO OPERATIVO DEL SUBSISTEMA DE REFERENCIA, CONTRAREFERENCIA, REFERENCIA INVERSA Y DERIVACIÓN 1**



**GRÁFICO ADMINISTRATIVO DEL SUBSISTEMA DE REFERENCIA, CONTRAREFERENCIA, REFERENCIA INVERSA Y DERIVACIÓN**



## **4. DEFINICIONES Y CONCEPTOS BÁSICOS**

### **Definición del subsistema de referencia, derivación, contrareferencia, referencia inversa y transferencia:**

El subsistema de referencia, derivación, contrareferencia, referencia inversa y transferencia de usuarias o usuarios forma parte del Sistema Nacional de Salud y 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, enviándolos desde la comunidad o del establecimiento de salud de menor a de mayor nivel de atención y complejidad y viceversa, es decir la devolución de la usuaria o usuario del mayor al menor nivel de atención y de complejidad, así como enviar usuarias o usuarios que requieren atención adicional, de apoyo diagnóstico, como es el caso de la derivación entre los actores que integran el Sistema Nacional de Salud

### **Niveles de organización del subsistema de referencia, Contrareferencia, referencia inversa, derivación y transferencia**

#### **Niveles de Gestión**

Subsecretaría Nacional de Gobernanza de la Salud Pública  
Subsecretaría Nacional de Provisión de Servicios de Salud  
Coordinaciones Zonales  
Direcciones Distritales

#### **Niveles Operativos de Atención**

Nivel de Atención Pre- hospitalaria  
Primer Nivel  
Segundo Nivel  
Tercer Nivel  
Cuarto Nivel

#### **Niveles de Atención en los Servicios**

*"Tipología para Homologar los Establecimientos de Salud por Niveles de Atención del Sistema Nacional de Salud" (Ver 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 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<sup>4</sup> .

Hacen referencias entre sí y con unidades de salud fijas, así como derivaciones y transferencias, 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 permite tener una población de referencia y cobertura, sino que sus atenciones y acciones de salud son generadas bajo el criterio de atención espontánea y agendamiento de turno bajo el concepto de difusión previa y participación de la comunidad.

## **Nivel Pre- hospitalario**

Se define como un nivel transversal a los niveles de atención establecidos (I,II, III) Nivel, proporcionando a través del conjunto de establecimientos de salud organizados por niveles de complejidad con prestaciones pre hospitalarias, responsables de prestar atención en salud 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 Pre-hospitalario no se limitan al transporte terrestre, y debe contemplarse medios aéreos y acuáticos según la necesidad y requerimiento pertinente.<sup>5</sup>

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, en el momento que se requiera, 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 las usuarias o 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 Sistema Nacional de Salud. 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.

---

<sup>4</sup> Proyecto de Unidades Móviles de Salud, 2013/MSP

<sup>5</sup> Acuerdo Ministerial Nro. 0001595. “.

Todos los establecimientos de salud del primer nivel de atención, deben tener conocimiento cabal de las capacidades resolutivas de los establecimientos de salud a los que serán referidos las usuarias o 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 clínica pre registro, y/o de procedimientos experimentales; están integrados los centros de subespecialidad que concentran casos complejos; las usuarias o usuarios a ser atendidos deberán ser 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 Ministerio de Salud Pública, 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.

## **5. PROCESO DE REFERENCIA, DERIVACIÓN Y DERIVACIÓN COMUNITARIA.**

### **REFERENCIA**

Es el procedimiento por el cual los prestadores de salud envían a las usuarias o usuarios de un establecimiento de salud de menor a mayor 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.

### **DERIVACIÓN**

Es el procedimiento por el cual los prestadores de salud envían a las usuarias o 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.

### **DERIVACIÓN COMUNITARIA**

Son responsables los agentes de la medicina ancestral, comunitarios y los técnicos de atención integral en salud (TAPS) de identificar las señales de peligro y/o factores de riesgo y enviar a la usuaria o usuario de la comunidad al establecimiento de salud del primer nivel de atención más cercano. En este caso, NO se utilizará el formulario 053.

**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 las usuarias o 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:** Establecimientos de salud del mismo o mayor nivel de atención o de complejidad, con la capacidad resolutive requerida, que reciben a la usuaria o usuario con el formulario N°053 y proceden a brindar la atención.

### **Normas y Procedimientos 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 los establecimientos de salud que refieran o deriven a usuarias o usuarios

ya sea para la realización de consultas de especialidad , tratamientos complementarios u hospitalización, deben llenar el formulario 053 de referencia, derivación , contrareferencia y referencia inversa con datos completos y letra legible, **ver anexo 3** (formulario 053-MSP).

3. Los profesionales de la salud deberá utilizar un formulario N° 053 por cada consulta de especialidad que requiera la usuaria o usuario.
4. Los profesionales de los establecimientos de salud que refieran o deriven a usuarias o usuarios deben aplicar las normas, guías, manuales, protocolos de atención y guías de práctica clínica establecidas por la Autoridad Sanitaria.
5. Realizar el registro de los datos de la usuaria o usuario en la historia clínica, que permitan justificar el proceso de referencia o derivación.
6. Los profesionales de salud que realizan la referencia o la derivación deben informar a la usuaria o usuario y familiares el motivo e importancia de la referencia/ derivación.
7. Los profesionales de salud que realizan la referencia o derivación deben establecer el nivel de atención o nivel de complejidad al que es referido la usuaria o usuario utilizando los criterios de capacidad resolutive, accesibilidad y oportunidad, incluyendo los casos de emergencia.
8. El profesional y/o personal correspondiente debe coordinar con el servicio de admisión del establecimiento a referir o a derivar para agendar la cita o la recepción de la usuaria o usuario.
9. En el caso de ser una emergencia, el profesional de salud comunicará al establecimiento de referencia o derivación para brindar toda la información pertinente de la usuaria o usuario garantizando su atención inmediata.
10. En caso de emergencia si el nivel receptor correspondiente no dispone de espacio físico para la recepción definitiva del usuario, debe recibir y estabilizar a la usuaria o usuario, para posteriormente canalizarlo a otro establecimiento de salud correspondiente.
11. El profesional o el personal del establecimiento de salud que agendó la cita no puede rechazar las referencias o derivaciones establecidas.
12. El establecimiento de salud que recibe la referencia o la derivación deberá contar con el personal destinado 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; la usuaria o 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 referida/o o derivado exceptuando los casos de emergencia.
14. Para toda usuaria o usuario que vaya a recibir atención de especialidad y hospitalización, se debe abrir una historia clínica en la unidad receptora, en caso de que la usuaria o usuario no tenga dicho documento.
15. El profesional de la gestión que refiere o deriva debe informar a las usuarias o usuarios y

familiares sobre el lugar, consultorio, especialidad y hora de consulta del establecimiento de salud al que es referida/do o derivado.

16. En caso de que una usuaria o usuario referido o derivado sea atendido por un especialista que considere que no le corresponde a su especialidad, este profesional tiene la obligación de realizar la interconsulta respectiva al especialista que considere necesario adjuntando el informe médico respectivo.
17. Los profesionales especialistas deben contrareferir a las usuarias o usuarios, una vez finalizado el evento de consulta; se podrá dar cita previa sólo cuando el nivel inferior no tenga la capacidad resolutive.
18. Los profesionales de salud que reciben a las usuarias y 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.
19. Incluir una copia del formulario 053 en la historia clínica de la usuaria o usuario, una vez concluido el proceso.
20. Los profesionales y/o personal de salud deben enviar el formulario 053 original con el o la usuaria o usuario al establecimiento de salud de referencia.
21. Los profesionales y/o personal de salud del primer nivel de atención deberá realizar la búsqueda activa para el seguimiento de la usuaria o 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.
22. 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.
23. El equipo de salud de los establecimientos que refieren o derivan emergencias, deben aplicar las normas, guías de práctica clínica, manuales y otros documentos normativos emitidos por la Autoridad Sanitaria y tratar sin pérdida de tiempo al usuario o usuaria que llega con problemas agudos, traumatismos, parto en curso u otras urgencias o emergencias médicas.

Los profesionales de este establecimiento de salud se responsabilizará del traslado del usuario o usuaria que tiene que ser realizado con el acompañamiento de un profesional calificado sea enfermera/o o médica/o y un familiar, de acuerdo a la gravedad del caso, valorando que el riesgo del traslado no sobrepase los riesgos del tratamiento en el nivel de origen; por lo tanto las usuarias o usuarios deben ser referidos/as en las mejores condiciones posibles según la capacidad resolutive del establecimiento de salud y tomando en cuenta los siguientes criterios:

- Que se encuentre en estado crítico.
- Que no pueda ser tratado en el establecimiento de salud

24. Cuando el profesional de salud acompaña la transferencia en transporte institucional o transporte comunitario a un usuario o usuaria y fallece en el traslado, obligatoriamente debe regresar al establecimiento de salud de origen, para notificar oficial y legalmente el deceso.

25. El profesional del establecimiento de salud, de acuerdo al caso, derivará o referirá al usuario o usuaria al nivel de atención y/o de complejidad correspondiente para la realización de exámenes de apoyo complementarios al diagnóstico.
26. Los profesionales de la salud que atienden a los Miembros de la Comunidad Educativa (Estudiantes, Docentes, Directivos y otros), en los consultorios de los establecimientos educativos públicos y que requieren ser referidos/as a un establecimiento de salud de mayor nivel de atención y/o de complejidad, el profesional que lo atendió debe coordinar con el establecimiento de salud del primer nivel correspondiente para agendar la cita en este nivel y posteriormente referir si es pertinente.
27. Otras que se le asignen.

## 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.

### 1. Agendamiento en casos programados:

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

### 2. Recepción y registro de referencias y derivaciones

El establecimiento de salud deberá definir el mecanismo para el registro de la referencia y derivaciones, para orientar al usuario o usuaria referido/a sobre el proceso a seguir para recibir su atención.

### 3. Devolución de formularios

Los establecimientos de salud que realizan la referencias tienen la responsabilidad del enviar sea en físico o electrónico el formulario N° 053 de referencia al nivel de atención correspondiente.

Los establecimientos de salud que reciben las referencias o derivaciones tienen la responsabilidad de enviar el formulario N° 053 de contrareferencia ya sea en físico o electrónico al establecimiento de salud que lo refirió.

#### 4. 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 para futuros análisis y cotejo de datos. 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.

#### Definiciones de la Referencia

**Referencia cumplida.**- Es aquella en que la usuaria o 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 la usuaria o 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 la usuaria o 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 la usuaria o 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/usuaria y la sección de referencia del formulario N° 053 tiene todos los datos completos y con letra legible.

**Referencia mal llenada.**- Es cuando la sección de datos del usuario/usuaria y la sección de referencia del formulario N° 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.

#### Definiciones de la Derivación

**Derivación cumplida.**- Es cuando la usuaria o 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.

**Derivación no cumplida.**- Es cuando la usuaria o 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 la usuaria o 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 la usuaria o 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 N° 053 tiene todos los datos completos y con letra legible.

**Derivación mal llenada.**- Es cuando la sección de derivación del formulario N° 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.

## **6. PROCESO DE CONTRAREFERENCIA**

### **Contrareferencia**

Es el procedimiento obligatorio por el cual, un usuario o usuaria 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.

### **Responsables de la contrareferencia**

Son responsables los profesionales de la salud que atendieron a la usuaria o 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 N° 053 de contrareferencia.

### **Recepción de la contrareferencia**

1. El profesional de salud del establecimiento de menor nivel de atención y complejidad, recibe al usuario o usuaria y solicita el formulario N° 053, que ya se encuentra con un diagnóstico

definitivo o con un tratamiento de especialidad, para continuar con la atención y seguimiento requerido.

2. El profesional de la salud adjunta una copia del formulario N°053 a la historia clínica.
3. El profesional de la salud Informa al usuario o usuaria y familia la importancia de dar continuidad en la atención.
4. El profesional de la salud da cumplimiento a las indicaciones de especialidad descritas en el formulario N° 053.
5. El profesional de la salud revisa la información contenida en las contrareferencias de usuarios o usuarias con el objeto de verificar si se llenó correctamente el formulario N° 053.
6. El profesional de la salud participa 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.
7. Las demás que estén vinculadas con el subsistema de referencia, contrareferencia, referencia inversa, y derivación de usuarios o usuarias.

## Normas y Procedimientos 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 N° 053 bien llenado y con letra legible.
2. El profesional de salud de los Establecimientos de mayor nivel de atención, Informa al usuario/ usuaria o 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. El profesional de salud llena el formulario de contrareferencia N° 053, una copia envía con el usuario o usuaria al establecimiento de salud correspondiente.
4. El profesional de salud brinda recomendaciones generales al usuario o usuaria y familiares sobre aspecto psicosociales y de auto cuidado.

## Definiciones de la contareferencia:

**Contrareferencia cumplida.-** Es cuando el usuario o usuaria asistió al establecimiento de menor nivel de atención que lo refirió.

**Contrareferencia no cumplida.-** Es aquella en que el usuario o usuaria 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 continua 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 N°053 dentro de los 7 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 N°053 después de los 7 días posteriores a la atención del especialista.

**Contrareferencia bien llenada.-** Es cuando la sección de datos del usuario/usuario y la sección de contrareferencia del formulario N° 053 tiene todos los datos completos y con letra legible.

**Contrareferencia mal llenada.-** Es cuando la sección de datos del usuario/usuario y la sección de contrareferencia del formulario N° 053 no tiene todos 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 o usuaria 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 o usuaria no ameritaba ser remitido al menor nivel de atención o de complejidad.

## **7. REFERENCIA INVERSA**

Este proceso se realiza cuando un usuario o usuaria se autorefiere al servicio de emergencia de un establecimiento de salud del segundo y/o tercer nivel de atención, mismo que debe ser atendido su problema de salud sea urgente o emergente y de ninguna manera se negara la asistencia sanitaria por no tener una referencia.

Luego que el profesional atendió su problema de salud, debe llenar el formulario N°053 donde señale 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 o usuaria al establecimiento de salud del primer nivel de atención correspondiente.

El usuario o usuaria 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 ya sea por desconocimiento del nivel que puede resolver su caso.

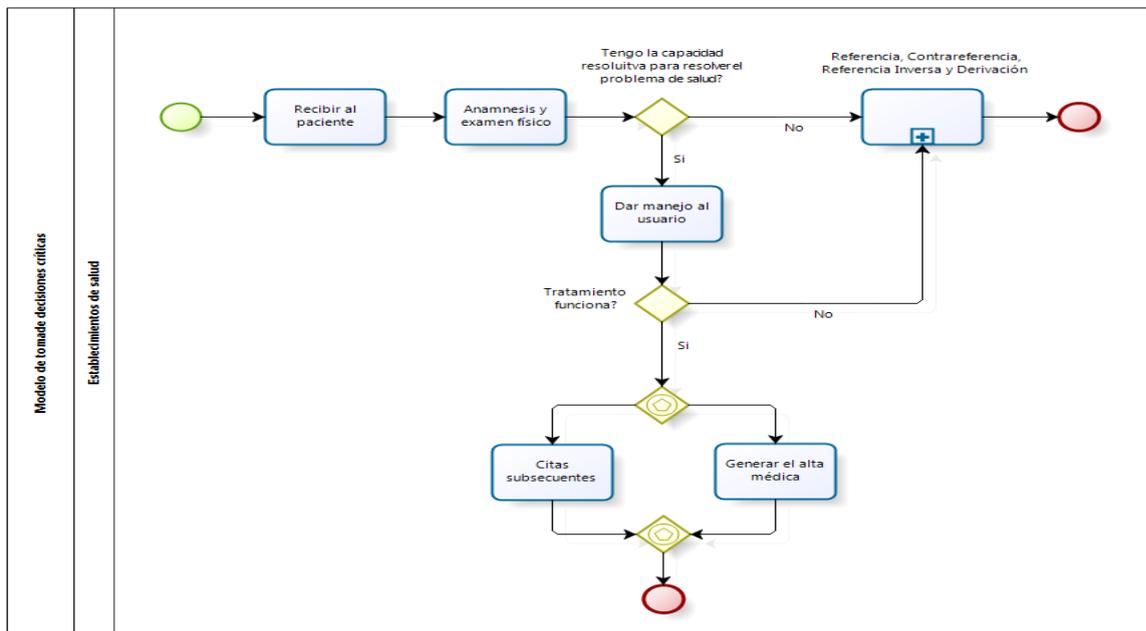
El registro y análisis de estos casos permite corregir el funcionamiento del sistema de salud.

# CAPITULO I

## *FLUJO DE REFERENCIA, DERIVACIÓN, CONTRAREFERENCIA, REFERENCIA INVERSA, Y TRANSFERENCIA*

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

### ALGORITMO DE TOMA DE DECISIONES CLÍNICAS



## CAPITULO II

### *MONITOREO Y EVALUACIÓN*

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

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

**Falsos Positivos:** usuarias o usuarios referidos pero su referencia no es pertinente.

**Falsos Negativos:** usuarias o usuarios que no fueron referidos/as pero se debió hacerlo.

**Verdaderos Negativos:** usuarias o usuarios que no fueron referidos y no se debía hacerlo

### **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 =**

$$\frac{\text{Total de Referencias Solicitadas por profesionales de salud}}{\text{Total de Consultas (1ras y subsecuentes) de Morbilidad}} \times 100$$

**1.2- 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=**

$$\frac{\text{Total de Referencias Cumplidas}}{\text{Total de Referencias Solicitadas}} \times 100$$

**1.3. 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=-**

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

**1.4.- Porcentaje de referencias justificadas (pertinentes);** es la relación entre el total de referencias cumplidas efectivas justificadas dividido para el total de contrareferencias. Meta debe ser mayor del 90 %.

**Porcentaje de Referencia Justificadas =**

$$\frac{\text{Total de Referencias cumplidas efectivas justificada}}{\text{Total de Contrareferencias}} \times 100$$

**2. Porcentaje de contrareferencias** es la relación entre el total de contrareferencias dividido para el total de referencias cumplidas efectivas multiplicado por 100. Meta debe ser superior al 90 %.

**Porcentaje de contrareferencias**

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

**2.1 Porcentaje de contrareferencias bien llenadas:** es la relación entre el total de contrareferencias bien llenadas dividido para el total de contrareferencias multiplicado por 100. Meta es del 100 %.

### Porcentaje de contrareferencias bien llenadas

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

**2.2 Porcentaje de Ausentismos:** es la relación entre el total de contrareferencias cumplidas dividido para el total de referencias cumplidas multiplicado por 100. Meta es del 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 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.

**Autoreferencia.-** 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 Resolutiva:** 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 resolutiva 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 funciona con dos quirófanos y 8 espacios de post cirugía 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 autoreferencia.

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 N° 053 que el usuario 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 o usuaria en un transporte institucional de un establecimiento de salud a otro, con acompañamiento de un servidor de salud.

**Usuario o usuaria 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 de 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, hernio plastia, hernió rafia, lipomectomía, frenulectomía, colecistectomía, injerto de Piel, cauterización, laparoscopia Diagnóstica, ligaduras-Histerectomía radical, Salpingectomía bilateral postparto

**Unidad móvil especializada: 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 8 días posteriores de realizada la referencia, si acudió o no al hospital al que fue referido.

**Emergencia.-** Es la alteración de la integridad 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 resulte en emergencia

### ANEXO 1

#### MARCO LEGAL

##### **1.1. Constitución de la República del Ecuador<sup>6</sup>**

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

##### ✓ **Capítulo Sexto –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.

##### ✓ **Título VII: Régimen del Buen Vivir**

##### **Capítulo Primero: Sección Segunda – Salud**

---

<sup>6</sup> Constitución de la República del Ecuador 2008

**Art. 360.-** El sistema garantizará; a través de las instituciones que lo conforman, la promoción de la salud, prevención y atención integral, familiar y comunitaria, con base en 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 prerrequisito 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.<sup>7</sup>**

- ✓ Consolidar y fortalecer la red pública integral de salud de manera coordinada e integrada, para optimizar el uso de recursos, con base en la capacidad de acogida de los territorios.

---

<sup>7</sup> Plan Nacional del Buen Vivir 2013 – 2017; objetivo 3, pag. 145

- ✓ 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 Salud<sup>8</sup>**

#### **Capítulo 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:**

#### **Capítulo 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.

#### **Capítulo 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.

---

<sup>8</sup> Ley Orgánica de Salud – Actualizada 3 de enero 2011

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 ATENCION, NIVELES DE COMPLEJIDAD, CATEGORIA Y NOMBRES DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD

NIVELES DE ATENCION	NIVELES DE COMPLEJIDAD	CATEGORIA DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD	NOMBRE
<b>Primer Nivel de Atención</b>	1° Nivel de complejidad	I-1	Puesto de salud
	2° Nivel de complejidad	I-2	Consultorio general
	3° Nivel de complejidad	I-3	Centro de salud - A
	4° Nivel de complejidad	I-4	Centro de salud - B
	5° Nivel de complejidad	I-5	Centro de salud - C
<b>Segundo Nivel de Atención</b>	<b>AMBULATORIO</b>		
	1° Nivel de complejidad	II- 1	Consultorio de especialidad (es) clínico - quirúrgico
		II-2	Centro de especialidades
	2° Nivel de complejidad	II-3	Centro clínico- quirúrgico ambulatorio (Hospital del Día)
	<b>HOSPITALARIO</b>		
	3° Nivel de complejidad	II-4	Hospital Básico
	4° Nivel de complejidad	II-5	Hospital General
<b>Tercer Nivel de Atención</b>	<b>AMBULATORIO</b>		
	1° Nivel de complejidad	III-1	Centros especializados
	<b>HOSPITALARIO</b>		
	2° Nivel de complejidad	III-2	Hospital especializado
	3° Nivel de complejidad	III-3	Hospital de especialidades
<b>Cuarto Nivel de Atención</b>	1° Nivel de complejidad	IV-1	Centros de experimentación pre registro clínicos
	3° Nivel de complejidad	IV-2	Centros de alta subespecialidad
<b>Nivel de Atención Prehospitalario</b>	1° Nivel de complejidad	APH-1	Unidad de atención prehospitalaria de transporte y soporte vital básico.
	2° Nivel de complejidad	APH-2	Unidad de atención prehospitalaria de soporte vital avanzado.
	3° Nivel de complejidad	APH-3	Unidad de atención prehospitalaria de 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		Sexo
						día	mes	año
								1=H / 2=M
Nacionalidad	País	Cédula de Ciudadanía ó Pasaporte	Lugar de residencia actual		Dirección Domiciliaria			Nº Telefónico
				Provincia	Cantón	Parroquia		

II. REFERENCIA: 1       DERIVACIÓN: 2

#### 1. Datos Institucionales

Entidad del sistema	Hist. Clínica No.	Establecimiento de Salud	Tipo	Distrito/Área			
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 insta	4 <input type="checkbox"/>
Ausencia temporal del profesion:	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

1		CIE-10	PRE	DEF
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/Área	día	mes	año

#### 2. Resumen del cuadro clínico


#### 3. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos


#### 4. Tratamientos y procedimientos terapéuticos realizados


#### 5. Diagnóstico de la Contrareferencia o Referencia Inversa

1		CIE-10	PRE	DEF
2				

#### 6. Tratamiento recomendado a seguir en Establecimiento de Salud de menor nivel de complejidad


Nombre del profesional especialista: \_\_\_\_\_

Código MSP: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

SNS-MSP/HCU-form. 053/2013

7. RJ

Describir código

8. CJ

Describir código

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. **Asamblea Constituyente del año 2008 en Montecristi.** *Constitución de la República del Ecuador* (Montecristi-Manabí): s.n., 2008.
2. **Ley Orgánica de Salud actualizada** 3 de enero 2011.
3. **Plan Nacional del Buen Vivir 2013 -2017**
4. **Norma Metodológica para la elaboración de normas,** Ministerio de Salud Pública – Ecuador 2012
5. **Modelo de Atención Integral del Sistema Nacional de Salud** del Ministerio de Salud Pública – Ecuador 2012
6. **Manual de Referencia y Contrareferencia,** Ministerio de Salud Pública. 2004.
7. **Manual de Áreas de Salud,** Ministerio de Salud Pública. 2002.
8. **Norma Técnica del Sistema de Referencia y Contrareferencia de los Establecimientos** del Ministerio de Salud del Perú.2004
9. **Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas.** Organización Panamericana de la Salud. Agosto 2004
10. **Tarifario de Prestaciones para el Sistema Nacional de Salud,** Ministerio de Salud Pública. 2012