



MINISTERIO DE SALUD

Normativa — 068

NORMA TÉCNICA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

MANAGUA, JUNIO DEL 2011

FICHA CATALOGRÁFICA

N Nicaragua. Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional
W Ministerio de Salud. Dirección Superior del Ministerio de
64 Salud. **“Norma Técnica de Referencia y Contrarreferencia”/**
0761 Humberto Román Solano. Daysi Navarro Collado. Lissethe
2011 Selva Toruño. Managua: MINSA, jul. 2011

57p.; graf; tab

(Normativa 068, soporte jurídico; Acuerdo Ministerial No.285-2011).

1. Estándares de Referencia
2. Calidad de la Atención de la Salud
3. Control de Formulario y Registros
4. Contrarreferencia (Descriptor Local)
5. Indicadores de Cumplimiento de las Normas Técnicas (Descriptor Local)
6. Registro Diario de Referencias y Contrarreferencia (Descriptor Local)
7. Monitoreo (Descriptor Local)
8. Guía para el Informe Cuantitativo (Descriptor Local)
9. Principios Básicos de Referencia y Contrarreferencia (Descriptor Local)

Ficha Bibliográfica elaborada por la Biblioteca Nacional de Salud
© MINSA- julio 2011

CRÉDITOS

DIRECCION SUPERIOR

Dra. Sonia Castro

Ministra de Salud

Dr. Elías Guevara

Viceministro de Salud

Dr. Enrique Beteta

Secretario General

DIRECTORES GENERALES

Dr. Alejandro Solís

Lic. María del Rosario Sandino

Dr. Alcides González

Dr. Carlos Sáenz

Lic. José Humberto Murillo

Lic. Jaime González

Dr. Freddy Solís

Dra. Wendy Idiáquez

Dirección General de Planificación y Desarrollo.

Dirección General de Regulación Sanitaria

Centro Nacional de Diagnóstico y Referencia

Dirección General de Vigilancia de la Salud

Dirección General de Recursos Humanos

Dirección General Administrativa Financiera.

Dirección General de Docencia e Investigación

Dirección General de Extensión y Calidad de la Atención.

ELABORACIÓN DEL MANUAL

Dr. Humberto Román Solano

Dra. Daysi Navarro Collado

Dra. Lissette Selva Toruño

Consultor Integración Clínica MINSAs.

Consultora RIS SILAIS Matagalpa

Consultora RIS SILAIS RAAN

EQUIPO DE EXPERTOS QUE REVISÓ LA NORMA

Dra. Flavia Palacios.

Dra. Martha Jiménez.

Dra. Yemira Sequeira.

Dr. Alejandro Ortiz.

Dr. Douglas López.

Dr. Federico Narváez.

COMISIÓN NACIONAL DE NORMA QUE APRUEBA EL DOCUMENTO

Lic. María del Rosario Sandino Montes.

Dra. Katya Jaens

Lic. Carlos Bonilla.

Dra. Luisa Campo.

Lic. Maritza Cáceres.

Dr. Waldo Fonseca.

Dr. Carlos Cuadra.

DGRS

DIM

Asesoría Legal

DGVS

DGPD

DGDI

DGECA

Dra. Yemira Sequeira.
Lic. Bertha Blandón
Dra. Martha Jiménez.

Experta DGECA
Experta DGECA
Experta DGVS



Gobierno de Reconciliación
y Unidad Nacional
El Pueblo, Presidente!



Acuerdo Ministerial No. 285-2011

ACUERDO MINISTERIAL
No. 285 - 2011

SONIA CASTRO GONZALEZ, Ministra de Salud, en uso de las facultades que me confiere la Ley No. 290 "Ley de Organización, Competencia y Procedimientos del Poder Ejecutivo", publicada en La Gaceta, Diario Oficial No. 102 del tres de Junio de mil novecientos noventa y ocho, Decreto No. 25-2006 "Reformas y Adiciones al Decreto No. 71-98, Reglamento de la Ley No. 290, Ley de Organización, Competencia y Procedimientos del Poder Ejecutivo", publicado en La Gaceta, Diario Oficial Nos. 91 y 92 del once y doce de Mayo, respectivamente, del año dos mil seis, Ley No. 423 "Ley General de Salud", publicada en La Gaceta, Diario Oficial No. 91 del diecisiete de mayo del año dos mil dos y Decreto No. 001-2003 "Reglamento de la Ley General de Salud", publicado en La Gaceta, Diario Oficial Nos. 7 y 8 del diez y trece de Enero del año dos mil tres, respectivamente.

CONSIDERANDO

I

Que la Constitución Política de la República de Nicaragua, en su Arto. 59, partes conducentes, establece que: "Los nicaragüenses tienen derecho, por igual, a la salud. El Estado establecerá las condiciones básicas para su promoción, protección, recuperación y rehabilitación. Corresponde al Estado dirigir y organizar los programas servicios y acciones de salud".

II

Que la Ley No. 290 "Ley de Organización, Competencia y Procedimientos del Poder Ejecutivo", en su arto. 26, incisos b), d) y e), establece que al Ministerio de Salud le corresponde: b) Coordinar y dirigir la ejecución de la política de salud del Estado en materia de promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud; d) Organizar y dirigir los programas, servicios y acciones de salud de carácter preventivo y curativo y promover la participación de las organizaciones sociales en la defensa de la misma; y e) Dirigir y administrar el sistema de supervisión y control de políticas y normas de salud."

III

Que la Ley No. 423 "Ley General de Salud", en su Artículo 1, Objeto de la Ley, establece que la misma tiene por objeto "tutelar el derecho que tiene toda persona de disfrutar, conservar y recuperar su salud, en armonía con lo establecido en las disposiciones legales y normas especiales, y que para tal efecto regulará: a) Los principios, derechos y obligaciones con relación a la salud; y b) Las acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud".



Seguimos Cambiando Nicaragua!
CRISTIANA, SOCIALISTA, SOLIDARIA!

MINISTERIO DE SALUD

Complejo Nacional de Salud "Dra. Concepción Palacios",
Tel: PBX (505) 22894700. Apartado Postal 107. www.minsa.gob.ni



Gobierno de Reconciliación
y Unidad Nacional

El Pueblo, Presidente!



Acuerdo Ministerial No. 285-2011

IV

Que la Ley No. 423 "Ley General de Salud", en su Artículo 2, Órgano Competente, establece que "El Ministerio de Salud es el órgano competente para aplicar, supervisar, controlar y evaluar el cumplimiento de la presente Ley y su Reglamento; así como para elaborar, aprobar, aplicar, supervisar y evaluar normas técnicas, formular políticas, planes, programas, proyectos, manuales e instructivos que sean necesarios para su aplicación."

V

Que la Ley No. 423 "Ley General de Salud", en su Artículo 4, Rectoría, señala que: "Corresponde al Ministerio de Salud como ente rector del sector, coordinar, organizar, supervisar, inspeccionar, controlar, regular, ordenar y vigilar las acciones en salud, sin perjuicio de las funciones que deba ejercer frente a las instituciones que conforman el sector salud, en concordancia con lo dispuesto en las disposiciones legales especiales"; y el Decreto No. 001-2003, "Reglamento de la Ley General de Salud", en su Arto. 19, numeral 17, establece: "Artículo 19.- Para ejercer sus funciones, el MINSa desarrollará las siguientes actividades: 17. Elaborar las políticas, planes, programas, proyectos nacionales y manuales en materia de salud pública en todos sus aspectos, promoción, protección de la salud, prevención y control de las enfermedades, financiamiento y aseguramiento."

VI

Que con fecha cinco de Julio del año dos mil once, la Dirección General de Regulación Sanitaria, solicitó la aprobación mediante Acuerdo Ministerial del documento denominado "**Norma Técnica de Referencia y Contra referencia**", cuyo objetivo es establecer los mecanismos organizativos y de control para mejorar la articulación entre la comunidad, unidades de salud de los diferentes niveles de atención y otros establecimientos que presten servicios de salud públicos o privados.

Por tanto, esta Autoridad,

ACUERDA

PRIMERO: Se aprueba el documento denominado "**Norma Técnica de Referencia y Contra referencia**" el cual forma parte integrante del presente Acuerdo Ministerial.

SEGUNDO: Se designa a la Dirección General de Regulación Sanitaria, para que dé a conocer el presente Acuerdo Ministerial y el referido documento a los Directores de SILAIS y Directores de establecimientos de salud públicos o privados, que realicen acciones de referencia y contra referencia con otras unidades de salud de igual o diferente nivel de resolución, incluyendo los cuerpos médicos del Ejército de Nicaragua y la Policía Nacional, en estado de emergencia nacional.



Seguimos Cambiando Nicaragua!
CRISTIANA, SOCIALISTA, SOLIDARIA!

MINISTERIO DE SALUD

Complejo Nacional de Salud "Dra. Concepción Palacios",²
Tel: PBX (505) 22894700. Apartado Postal 107. www.minsa.gob.ni



Gobierno de Reconciliación
y Unidad Nacional

El Pueblo, Presidente!



Acuerdo Ministerial No. 285-2011

TERCERO: Se designa a la Dirección General de Extensión de la Calidad de la Atención, para la implementación y monitoreo de la aplicación y cumplimiento de las disposiciones del documento "Norma Técnica de Referencia y Contra referencia" estableciendo las coordinaciones necesarias con los SILAIS, como autoridades de aplicación en las distintas circunscripciones territoriales del país.

CUARTO: El presente Acuerdo Ministerial entrará en vigencia a partir de su firma.

Comuníquese el presente, a cuantos corresponda conocer del mismo.

Dado en la ciudad de Managua, a los cuatro días del mes de Julio del año dos mil once.


MINISTRA DE SALUD
SONIA CASTRO GONZALEZ
MINISTRA DE SALUD.



Seguimos Cambiando Nicaragua!
CRISTIANA, SOCIALISTA, SOLIDARIA!

MINISTERIO DE SALUD

Complejo Nacional de Salud "Dra. Concepción Palacios",³
Tel: PBX (505) 22894700. Apartado Postal 107. www.minsa.gob.ni

Contenido

I.	INTRODUCCIÓN.....	8
II.	ANTECEDENTES.....	9
III.	JUSTIFICACIÓN.....	11
IV.	SOPORTE JURIDICO.....	12
V.	DEFINICIONES Y CONCEPTOS BÁSICOS.....	15
VI.	OBJETO DE LA NORMA.....	18
VII.	UNIVERSO.....	18
VIII.	CAMPO DE APLICACIÓN.....	18
IX.	CARACTERISTICAS GENERALES.....	19
	IX.1 Principios Básico.....	19
	IX.2 Disposiciones Generales.....	20
	IX.3.1 De la Referencia.....	22
	IX.3.2 De la Referencia con Carácter de Urgencia.....	23
	IX.3.3 De la Contrarreferencia.....	24
	IX.3.4 De la Referencia Comunitaria.....	25
	IX.3.5 De la Contrarreferencia Comunitaria.....	25
	IX.3.6 De los Casos de Notificación Obligatoria y Médicos Legales.....	26
	IX.3.7 De la Referencia comunitaria como medio Notificación de Vigilancia Epidemiológica.....	26
X.	PROCEDIMIENTOS GENERALES.....	26
	X.1 Unidad Referente.....	26
	X.2 Unidad Receptora.....	27
	X.3. En Caso de Urgencia.....	28
XI.	LA REFERENCIA POR AGENTES DE SALUD DE LA RED COMUNITARIA.....	29
XII.	PROCEDIMIENTOS ESPECIFICOS.....	30
	XII.1 De las Referencias y Contrarreferencias desde las Unidades de Salud y Comunitarias.....	30
	XII.2 De la Referencia del Puesto de Salud Familiar y comunitario.....	30
	XII.3 De las Referencias del Centro de Salud Familiar y comunitario.....	30
	XII.4 De las Referencias del Hospital.....	31
	XII.5 De las Referencias Comunitarias.....	31
	XII.6. De la Contrarreferencia de los Puestos/ Centros de Salud y Hospitales.....	31
	XII.7. De la Contrarreferencia Comunitaria.....	32
XIII.	DEL MONITOREO Y EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LA NORMA TECNICA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA.....	32
XIV.	INDICADORES DEL CUMPLIMIENTO DE LA NORMA TÉCNICA.....	36
XV.	FLUJOGRAMA.....	38
XVI.	BIBLIOGRAFIA CONSULTADA.....	39
XVII.	ANEXOS.....	40

I. INTRODUCCION

El Ministerio de Salud de Nicaragua, desde el año 2004 emprende el proceso de ordenamiento institucional, que comienza estableciendo una nueva estructura organizativa para el Nivel Central del MINSa, con un nuevo enfoque metodológico basado en la gestión por procesos y la separación de funciones. Entre sus grandes ejes y funciones retoma: la Regulación, el Control y la Provisión, correspondiendo esta última función, a los establecimientos proveedores de servicio de salud.

La Ley General de Salud (Ley 423) define un nuevo Modelo de Atención Integral en Salud, el cual señala cambios innovadores para mejorar el acceso, equidad, calidad, y eficiencia en la prestación de servicios de salud.

El modelo de atención en salud que refiere la ley, hoy denominado: **Modelo de Salud Familiar y Comunitario**, orienta la organización de los establecimientos de salud en redes estructuradas para brindar servicios integrales y por ende el fortalecimiento de la articulación ordenada entre los diferentes niveles de atención, como garantía al usuario de un servicio de salud continuo, integral y de calidad, y a su vez lograr la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de su salud. Paralelamente, contribuir a mejorar la gerencia de las unidades, fortalecer la coordinación con la red comunitaria, así como facilitar el proceso sistemático de enseñanza aprendizaje a través de la retroalimentación entre los diferentes niveles de atención y la sociedad.

Las redes estarán conformadas por un conjunto de establecimientos de diversa complejidad y modalidades de atención (comunitarias, institucionales, públicos y privados) que de manera articulada, comparten objetivos comunes para responder de forma más efectiva a las necesidades y demandas en salud de la población.

Un elemento de integración entre los establecimientos y el proceso de atención del paciente lo constituye el “Sistema de Referencia y Contrarreferencia” entre las unidades de salud que conforman la red, sea: local, departamental, regional o nacional.

El funcionamiento del Sistema de Referencia y Contrarreferencia ha constituido una de las principales preocupaciones del Ministerio de Salud en nuestro país. Se han realizado múltiples esfuerzos para lograrlo, sin embargo continúa siendo uno de sus principales retos.¹ Esto lo trasladamos de antecedentes a introducción

Dando cumplimiento a la Ley General de Salud y su Reglamento que establece su elaboración, la Dirección Superior del Ministerio de Salud ofrece a los/as gerentes del sector salud la Norma Técnica de Referencia y Contra referencia, como un instrumento para fortalecer la calidad de atención que se brinda a los/as usuarios de los servicios entre los diferentes niveles, con el objeto de establecer la organización y enunciar los mecanismos a seguir para la referencia y contrarreferencia de pacientes que incluye: envío, recepción, resolución, derivación y seguimiento, la cual deberá ser aplicada en todas las unidades de salud del país.

¹MINSa. Hospital César Amador Molina. Matagalpa: Propuesta de Reorganización del Sistema de Referencia y Contrarreferencia. Abril 2004. Pág. 4.

En la norma técnica se describe: la estructura organizativa, mecanismos de funcionamiento, procedimientos, monitoria, supervisión y evaluación de este sistema. Se definen las responsabilidades del personal de salud de acuerdo al nivel jerárquico y de resolución.

Para efectos de la norma se entenderá por referencia y contrarreferencia al conjunto de mecanismos con que se articulan los diferentes establecimientos proveedores de servicios de salud que conforman la red de servicios, a fin de garantizar que cada paciente sea atendido de acuerdo a la complejidad de su problema de salud en el nivel de resolución que corresponda.²

Los lineamientos para la Referencia y contrarreferencia a nivel de los diferentes grupos de población en general, constituyen una herramienta Administrativa dirigida a mejorar la coordinación entre los diferentes niveles de atención de las redes de salud pública y privada involucradas, con el objetivo de elevar la calidad de la atención que se brinde a la población en general mediante una atención integral, oportuna y de optimización de recursos económicos, técnicos y humanos.

²Tomado del Reglamento de la Ley General de Salud Ley 423, Título VII, Sección 4: Referencia y Contra referencia. Artículo58.

II. ANTECEDENTES

En el año 1992, con la Resolución Ministerial 96, La Dirección Superior del Ministerio de Salud (MINSA), se crearon los Sistemas Locales de Atención Integral en Salud (SILAIS), donde se descentraliza la gestión gerencial, en un territorio específico, debiendo integrar los recursos de atención primaria y los hospitalarios, para garantizar una prestación de servicios, que responda a las necesidades de los usuarios.

En 1995 La Dirección General de Servicios de Salud (DGSS) del MINSA, emite la normativa del Sistema de Referencia y Contra referencia para ser aplicada en todos los niveles de su red de servicios, las cuales no logran consolidarse, por la falta de monitoreo y evaluación. Esta norma es base para la creación de la Norma Técnica Actual.

En 1997 se formularon las Políticas de Salud 1998-2002 donde se refleja la voluntad de mejorar la atención en las Unidades que conforman la red, considerando la articulación entre el I y II Nivel, como una de las estrategias básicas a desarrollar para lograrlo.

En el año 2002 se realizó la primera revisión de la norma del Sistema de Referencia y Contra referencia de 1995, sin embargo no se logró publicar e implementar en las unidades de salud.

En el año 2006 se realizó la segunda revisión de la norma del Sistema de Referencia y Contra referencia elaborada en 1995 y fue editada en septiembre del 2006. Se introducen nuevas definiciones y conceptos, conforme lo establece la Ley General de Salud (Ley 423) y su Reglamento, el Manual de Organización y Funcionamiento del Sector y el marco conceptual de MOSAFC.

El procedimiento actual de la Normativa presenta una serie de deficiencias que no permiten la continuidad de la atención de los pacientes en la red lo cual también incide en la mala calidad de la prestación de servicios de salud.

Los principales problemas identificados son:

1. Desconocimiento por el personal de salud de la Norma y los procedimientos de Referencia y Contra referencia de los pacientes.
2. Falta de conocimiento por el personal de salud de las unidades de origen, de los servicios que ofertan cada uno de los establecimientos receptores de la red hasta el nivel de unidades de referencia nacional.
3. Deficiencias en la calidad de los traslados: No se evalúa correctamente la gravedad del paciente, la mayoría de las veces el paciente crítico es referido solo o acompañado por personal sin entrenamiento en urgencias.
4. Referencia inadecuada o no justificada, enviando pacientes a unidades distantes, cuando existen unidades de similar resolución a menor distancia. (Hospitales departamentales o bien regionales equipados).
5. Falta de asignación de presupuesto a las unidades de salud para los gastos operativos del traslado de pacientes. Las unidades de salud no cuentan con una adecuada flota vehicular u otros medios de transporte necesarios para que los traslados sean realizados en óptimas condiciones.

6. Fallas gerenciales y administrativas en el sistema implementado (suministro de papelería, flujo del paciente, procesos de registro, acceso a medicamentos, comunicación ineficiente entre las unidades de origen y la receptora y viceversa, etc.).
7. Falta de continuidad del diagnóstico y tratamiento de los pacientes referidos, por ausencia o inadecuada contra referencia.
8. Falta de monitoreo, supervisión y evaluación sistemática del Sistema de Referencia y Contra referencia en el ámbito del SILAIS y en el Nivel Central del MINSA. Se requiere un análisis conjunto de la problemática común de salud entre los diferentes niveles.

III. JUSTIFICACIÓN

Actualmente el MINSA con la implementación del Modelo de Salud Familiar y Comunitaria (MOSAF), plantea en el Manual de Organización y Funcionamiento del Sector: que con el nuevo abordaje de la atención por ciclos de vida, la referencia y contrarreferencia es una Norma a fortalecer para garantizar la continuidad del proceso de atención a los usuarios(as) debiendo asegurar la coordinación entre los diferentes niveles de atención. El trabajo en redes exige una articulación armónica, tanto en el sector público como privado, para ello se debe contar con las normas técnicas de referencia y contrarreferencia que favorezca el establecimiento de mecanismos organizativos y de control, para lograr la articulación entre la comunidad, las unidades de salud de los diferentes niveles de atención y entre otros establecimientos que prestan servicios de salud independiente de su perfil públicos y privados.

El esfuerzo de coordinación tiene como fin promover una participación responsable y organizada de todos los elementos del sistema para beneficio de la población.

La Norma Técnica de Referencia y Contra referencia de pacientes permitirá incidir en los problemas más comunes detectados del sistema actual tales como:

- Retraso de la atención.
- Duplicidad de Recursos y esfuerzos.
- Interrupción del tratamiento, por falta de contrarreferencia.
- Desplazamiento inadecuado de los usuarios externos (pacientes) e internos (personal de Salud).
- Traslado de pacientes críticos aun no estabilizados.
- Mal trato a paciente y familia.
- Inadecuada comunicación entre las unidades que remite y que recibirá al paciente, entre otros.
- Inadecuado manejo y clasificación de la urgencia, incrementando la mortalidad o las secuelas de largo plazo.

IV. SOPORTE JURIDICO

Constitución de la República de Nicaragua Artículo 59 “Los nicaragüenses tienen derecho, por igual, a la salud. El Estado establecerá las condiciones básicas para su promoción, protección, recuperación y rehabilitación.

Corresponde al estado dirigir y organizar los programas, servicios y acciones de salud y promover la participación popular en defensa de la misma.

“Los ciudadanos tienen la obligación de acatar las medidas sanitarias que se determinen”.

Ley de Organización, Competencia y Procedimientos del Poder Ejecutivo, Ley 290. Arto. 26. Al Ministerio de Salud le corresponden las funciones siguientes: Inciso e.- “Dirigir y administrar el sistema de supervisión y control de políticas y normas de salud”.

Ley 290, Capítulo 9 “Ministerio de Salud”. Arto. 239. Dirección General de Control y Aseguramiento de la Calidad de los Servicios de Salud (actualmente Dirección General de Extensión y Calidad de la Atención): Corresponde a esta Dirección General: Numeral 1. Asegurar la verificación y evaluación de la calidad de los bienes y servicios relacionados con la salud. **Ley 290, Capítulo 9 “Ministerio de Salud” Arto. 240.** Dirección de Control y Aseguramiento de la Calidad, Corresponde a esta dirección: **Numeral 1.** Organizar la verificación para evaluar la calidad del proceso de atención.

Ley General de Salud. Ley No. 423.-Título I Disposiciones Fundamentales, Capítulo I Disposiciones Generales: Arto.2.- “El Ministerio de Salud es el órgano competente para aplicar, supervisar, controlar y evaluar el cumplimiento de la presente Ley y su Reglamento; así como elaborar, aprobar, aplicar, supervisar y evaluar normas técnicas, formular políticas, planes, programas, proyectos, manuales e instructivos que sean necesarios para su aplicación”

Ley General de Salud. Ley No. 423.- Título II Competencias, Derechos y Obligaciones, Capítulo I De las competencias del Ministerio de Salud: Arto.7 Son competencias y atribuciones del Ministerio de Salud...” **numeral 6.** “Expedir las normas de organización y funcionamiento técnico administrativo, operativo y científico de las instituciones proveedoras de servicios de salud de naturaleza pública”. **Numeral 12.** “Regular, cuando resulte necesario para los principios de esta Ley, las actividades con incidencia directa o indirecta sobre la salud de la población, que realice o ejecute toda persona natural o jurídica, pública o privada”.

Ley General de Salud. Ley No. 423.- Título IV. Capítulo V Programas Comunes a los Diferentes Regímenes. Arto.52. Programa por Emergencias. Corresponde prestar a todas las entidades públicas o privadas que tengan a su cargo la provisión de servicios dentro del Sector Salud en el territorio nacional, la atención de emergencia sin que sea necesario ningún requisito al usuario como condición para su atención.

Todas las Instituciones Proveedoras de Servicios de Salud deberán garantizar la atención de emergencia conforme sus niveles de complejidad para los servicios que han sido habilitadas.

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

El Reglamento de esta Ley definirá los términos entre los diferentes proveedores de salud y su relación con las entidades aseguradoras.

Reglamento de la Ley General de Salud Título II Principios, Derechos y Obligaciones, Capítulo I: De los principios y de la aplicación de los derechos de los usuarios:, artículo7” Para la aplicación de los derechos de los usuarios establecidos en la Ley, los establecimientos proveedores de servicios de salud, deberán: **numeral 28** Entregar al momento de finalizar la atención médica a cada usuario, los siguientes documentos **inciso 28.4** La hoja de referencia y contrarreferencia que garantice el proceso de atención médica.

Reglamento de la Ley General de Salud Titulo VI Organismos de Administración y Financiamiento. Capítulo II Sistemas Locales de Atención Integral en Salud (SILAIS) artículo 26 “Para el cumplimiento de los objetivos establecidos en la Ley son funciones del SILAIS **numeral10**, articular estrategias en salud pública entre el primero y segundo nivel de atención en salud y otros actores sociales del sector.

Reglamento de la Ley General de Salud, Titulo VII. Modelo de Atención Integral en Salud Capítulo I Generalidades artículo 39 “Son Objetivos del modelo de atención integral en salud (actualmente Modelo de Salud Familiar y Comunitario) **numeral 5**, objetivos: fortalecer la articulación entre los diferentes integrantes del sector salud, así como la coordinación interinstitucional e intersectorial.

Reglamento de la Ley General de Salud, Titulo VII. Modelo de Atención Integral en Salud Capítulo I Generalidades artículo 40 “El modelo de atención integral en salud (*actualmente Modelo de Salud Familiar y Comunitario*) los siguientes **numeral 4**, principios Coordinación entre los niveles de atención.

Reglamento de la Ley General de Salud, Titulo VII. Modelo de Atención Integral en Salud (*actualmente Modelo de Salud Familiar y Comunitario*) Capítulo II 1 Primer Nivel de Atención artículo 45 “En el primer nivel de atención, la red de servicios se organiza de acuerdo a lo siguiente **inciso 8**, Un sistema de referencia y contrarreferencia y de desarrollo del talento humano para garantizar la calidad de la atención.

Reglamento de la Ley General de Salud, Titulo VII. Modelo de Atención Integral en Salud (*actualmente Modelo de Salud Familiar y Comunitario*) Capítulo II Sección 1 Primer Nivel de Atención artículo 48 “Los establecimientos de salud que provean servicios de primer nivel de atención, adecuarán sus bases organizativas y funcionales de acuerdo a lo siguiente: **numeral 3**. “Sistema de referencia y recepción de contrarreferencia”.

Reglamento de la Ley General de Salud, Titulo VII. Modelo de Atención Integral en Salud (*actualmente Modelo de Salud Familiar y Comunitario*) Capítulo II Sección 2 Segundo Nivel de Atención artículo 54 “La organización del segundo nivel de atención priorizara para su funcionamiento de acuerdo a la siguiente, **numeral 2**, Sistema de referencia y recepción de la contrarreferencia de usuarios, **numeral 5**, Coordinación e integración con la red de servicios de salud y otras entidades de su entorno geopolítico.

Reglamento de la Ley General de Salud, Título VII. Modelo de Atención Integral en Salud (actualmente Modelo de Salud Familiar y Comunitario) Capítulo II Sección 4 Referencia y Contrarreferencia artículo 58 “Para efectos del presente Reglamento, se entiende por referencia y contrarreferencia al conjunto de mecanismos con que se articulan los diferentes establecimientos proveedores de servicios de salud que conforman la red de servicios, a fin de garantizar que cada paciente sea atendido de acuerdo a la complejidad de su problema de salud en el nivel de resolución que corresponda. Su organización se establecerá en norma técnica.

Reglamento de la Ley General de Salud, Título VIII Proveedores de Servicios de Salud Capítulo II Generalidades artículo 77 “Los representantes del establecimiento proveedor de servicios de salud, tienen las responsabilidades, **numeral 5**, Garantizar el cumplimiento de los manuales relativos a la salud.

Reglamento de la Ley General de Salud, Título VIII Proveedores de Servicios de Salud Capítulo VII De los hospitales sección 2 Función de los hospitales artículo 96 “Los hospitales tienen las siguientes funciones **numeral 2**, Brindar servicios de salud a la población de acuerdo a su capacidad resolutive, **numeral 3** Articularse con la red de servicios.

Reglamento de la Ley General de Salud, Título VIII Proveedores de Servicios de Salud Capítulo VII De los hospitales sección 2 Función de los hospitales, artículo 97 “Además de las funciones establecidas en el artículo anterior, los hospitales públicos del MINSA tendrán las funciones siguientes, **inciso 1**, ejecutar el sistema de referencia y contrarreferencia de usuarios.

Reglamento de la Ley General de Salud, Título X Programas y Planes en Salud Capítulo VIII De la atención de emergencia artículo 219 “Se entiende por atención de emergencia al conjunto de acciones realizadas por el establecimiento proveedor de servicios de salud, a una persona con uno o más padecimientos, lesiones o intoxicaciones que involucren riesgo inmediato para su vida hasta lograr la estabilización de sus signos vitales, la realización de una impresión diagnóstica y la definición del destino inmediato, según los procedimientos de referencia y contrarreferencia. En el caso de mujeres embarazadas esto es extensivo al producto en los casos que corresponda.

Reglamento de la Ley General de Salud, Título X Programas y Planes en Salud Capítulo VIII De la atención de emergencia Reglamento de la Ley General de Salud, artículo 221 “La transferencia de un paciente se hará cuando el beneficio de su traslado sobrepasa los riesgos que esto implica, debiendo el establecimiento proveedor de servicios de salud contar con el consentimiento del usuario o sus familiares, salvo las excepciones que establece el numeral 8, del artículo 8 de la ley.

Reglamento de la Ley General de Salud, Título X Programas y Planes en Salud Capítulo VIII De la atención de emergencia Reglamento de la Ley General de Salud, artículo 222 “El traslado del paciente deberá observar las condiciones siguientes:

1. Ser apropiado y con personal debidamente entrenado.
2. Se cumplan los manuales establecidos en el sistema de referencia y contrarreferencia.
3. Se cumplan con los criterios de recuperabilidad del estado de salud.
4. Adjuntar las copias del registro médico.

Reglamento de la Ley General de Salud, Título X Programas y Planes en Salud
Capítulo VIII De la atención de emergencia Reglamento de la Ley General de Salud,
Arto. 225. El presente capítulo se aplicará cuando se apruebe la norma técnica respectiva.

V. DEFINICIONES Y CONCEPTOS BASICOS

- **Sector Salud.** Es el conjunto de instituciones, organizaciones, personas, establecimientos públicos, establecimientos privados, actores, programas y actividades, cuyo objetivo principal, frente al individuo, la familia y la comunidad, es la atención de la salud en sus diferentes acciones de prevención, promoción, recuperación y rehabilitación.
- **Establecimientos proveedores de servicios de salud.** Son aquellos donde se realizan actividades dirigidas fundamentalmente a la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud que habilitados por el MINSA proveen servicios de salud en cualquiera de los regímenes que contempla la Ley y su reglamento³.
- **Habilitación.** Proceso por el cual se evalúa el conjunto de requisitos que un establecimiento proveedor de servicios de salud posee para autorizar su funcionamiento⁴.
- **Niveles de atención:** Los niveles de atención son formas organizativas de los servicios de salud que se entregan a la población y se basan en la complejidad de la tecnología que poseen, lo que les dota de capacidad para la satisfacción de necesidades y resolución de problemas de salud.
- Según la legislación vigente se definen tres niveles: primer nivel de atención, segundo nivel de atención y tercer nivel de atención⁵.
- **Primer nivel de atención:** Es el primer escalón de la organización del modelo de atención integral, ahora Modelo de Salud Familiar y Comunitario, está dirigido a resolver las necesidades básicas de salud más frecuentes de la población, considerando que estas necesidades, se resuelven con tecnologías simples, de baja complejidad y efectivas.
- Aborda los problemas más frecuentes de la comunidad y proporciona servicios de promoción, prevención, curación y rehabilitación, capaces de maximizar la salud y el bienestar de la población. Los servicios de este nivel se prestan a la persona, la familia y la comunidad⁶.
- **Segundo nivel de atención:** Es el nivel organizativo que brinda continuidad a la atención iniciada en el primer nivel de atención.
- En este nivel se atiende a los usuarios con problemas de salud que por su complejidad y/o requerimientos tecnológicos (diagnósticos y terapéuticos) no pueden ser resueltos en el nivel precedente, por lo que requieren una atención especializada.

³ Tomado del Marco Conceptual del Modelo de Salud Familiar y Comunitario MINSA Managua Julio 2008.

⁴Idem 3

⁵Idem 3

⁶Idem 3

- El ingreso a este nivel puede ser solicitado desde el primer nivel, a través de dos modalidades: la interconsulta y la referencia. Las emergencias se atienden de forma directa, sin necesidad de una consulta de los facultativos del primer nivel⁷.
- **Tercer nivel de atención:** Aunque en Nicaragua en realidad no existe como tal, se identifican algunos servicios especializados en áreas importantes como: Cardiología, Oncología, Nefrología, Radioterapia, los que serán convertidos en el futuro en Institutos de Investigación.
- Es el nivel responsable de proporcionar servicios de salud en todas las sub - especialidades médicas y quirúrgicas de alta complejidad. Brinda apoyo diagnóstico y terapéutico que amerita alta tecnología y mayor grado de especialización. Desarrolla actividades científicas dirigidas al desarrollo tecnológico y a la generación de nuevos conocimientos aplicables a la realidad del país, mediante la investigación⁸.
- **Red de establecimientos de salud:** Es un conjunto de recursos comunitarios, establecimientos públicos y privados de diversa complejidad y modalidades de atención, que comparten objetivos comunes y se articulan entre sí para responder a la demanda en salud de una población en un determinado territorio⁹.
- **Red Comunitaria:** Son redes sociales organizadas en forma voluntaria para la promoción de la salud y la defensa de los derechos ciudadanos. Está conformado por: líderes comunitarios, consejos, comités, redes de organizaciones, promotores, brigadistas, parteras, Colaboradores Voluntarios (Col-Vol.), curanderos, chamanes, clubes y cualquier otra forma de organización de la comunidad¹⁰.
- **Referencia y Contrarreferencia:** Es el conjunto de mecanismos con que se articulan los diferentes establecimientos proveedores de servicios de salud que conforman la red de servicios, a fin de garantizar que cada paciente sea atendido de acuerdo a la complejidad de su problema de salud en el nivel de resolución que corresponda¹¹.
- **Transferencia de paciente(s).** Son las diferentes acciones realizadas para el envío de uno o varios pacientes de una unidad de salud de menor nivel de resolución (con tecnologías simples o de baja complejidad) a una unidad de salud de mayor resolución (con tecnología de mayor complejidad y mayor número medios de diagnóstico y tratamiento). Para efectos de la presente norma se considerará sinónimo de Traslado, así como el procedimiento inverso, yendo de una unidad de mayor resolución a una de menor resolución también se considerará Traslado.
- **Protocolos de Atención:** Son documentos elaborados por consenso de profesionales de la salud que contienen instrucciones sobre el proceso de atención de problemas de salud, los que serán de carácter referencial y que pueden o no resumir los contenidos de una guía de práctica clínica específica.
- **Norma:** Es una especificación técnica u otro documento a disposición del profesional o técnico de la salud, así como al público en general, elaborada en colaboración con profesionales expertos o concedores sobre la materia que se aborda, basada en resultados consensuados de la ciencia, tecnología y experiencia que se establece

⁷ Tomado del Marco Conceptual del Modelo de Salud Familiar y Comunitario MINSA Managua Julio 2008.

⁸ Ídem 7

⁹ Ídem 7

¹⁰ Ídem 7

¹¹ Tomado del Reglamento de la Ley General de Salud artículo 58

para un uso común, promoviendo beneficios para la población. Su revisión ordinaria cada 4 años y extraordinarias en situaciones especiales.

- **Referencia:** Es el traslado de pacientes de una unidad de salud con menor nivel de resolución, a otra unidad de salud con mayor nivel de resolución, para dar respuesta a la demanda de salud de los pacientes.
- **Contrarreferencia:** Es el informe escrito del reconocimiento, valoración, tratamiento y peritaje realizado, así como la consignación de resultados e indicaciones que se deben seguir por el paciente en su unidad de atención de origen a fin de brindar continuidad al cuidado del paciente.
- **Continuidad de la Atención:** Es el seguimiento que se hace a un problema de salud del individuo, el cual no requiere una relación estrecha médico – paciente. Puede ser de dos o más visitas, involucra la presencia de algunos mecanismos para asegurar la sucesión ininterrumpida de eventos de atención de salud.
- **Referencia con Carácter de Urgencia:** Cuando el caso médico que es transferido requiere de atención inmediata en el nivel de mayor resolución. Para la unidad receptora, debe considerarse una **prioridad** de la atención médica.
- **Referencia No Urgente:** Cuando el caso médico que es transferido no requiere de una atención inmediata. Para la unidad receptora puede ser una valoración médica especializada por consulta externa o para la realización de un estudio o procedimiento diagnóstico o quirúrgico programado.
- **Criterio de Referencia:** Se refiere a los parámetros o argumentos técnicos establecidos en el protocolo de atención o bajo criterio clínico según el caso, para el traslado de un paciente de una unidad de salud de menor nivel de resolución a una unidad de salud de mayor nivel de resolución, para finalmente dar respuesta a la demanda de salud de los pacientes.
- **Criterio de Contrarreferencia:** Se refiere a los parámetros o argumentos técnicos establecidos en el protocolo de atención o bajo criterio clínico según el caso, para el traslado de un paciente de una unidad de salud de mayor nivel de resolución a una unidad de salud de menor nivel de resolución, una vez que se han cumplido los procedimientos y el tratamiento correspondiente a cada caso, con el fin de brindar continuidad al cuidado de los pacientes.
- **Referencia Adecuada:** Es Cuando la referencia se ajusta a los criterios y parámetros considerados en la norma técnica de referencia y contrarreferencia de pacientes establecida por el Ministerio de salud, entre los que se destacan: traslado del paciente en medio de transporte confortable, acompañado por personal de salud técnicamente calificado de la unidad referente, con signos vitales estables para el traslado, formato de referencia - establecido por la norma técnica- llenado de manera adecuada, con letra legible y con los datos completos.
- **Contrarreferencia Adecuada:** Es Cuando la contrarreferencia se ajusta a los criterios y parámetros establecidos en la norma técnica de referencia y contrarreferencia de pacientes establecida por el Ministerio de salud, entre los que se destacan: formato de

contrarreferencia (establecido por la norma técnica) llenado de manera adecuada, con letra legible y con los datos completos, avalado por el recurso médico especialista de mayor jerarquía y recibido oportunamente por la unidad de salud para la continuidad de la atención y cuidado del paciente.

- **Epicrisis:** Hoja de resumen clínico donde se especifican; diagnósticos, procedimientos realizados y conducta terapéutica a seguir una vez que el paciente es dado de alta de un servicio de salud. Según dicta el Artículo No. 7, numeral 27 del reglamento de la Ley General de Salud es un derecho del paciente y un deber del personal de salud realizarlo.
- **Interconsulta:** Es la atención brindada al usuario a solicitud de una institución o servicio para confirmación diagnóstica e implementación de medidas terapéuticas.
- **Sistema de Citas:** Es el mecanismo a través del cual se garantiza fecha, hora y consultorio en que deberá ser atendido el paciente y asegurado la presencia del expediente clínico en el consultorio.
- **Unidad Receptora:** Es la unidad que recibe pacientes que le son enviados desde las diferentes unidades de salud.
- **Unidad Referente:** Es la unidad que envía pacientes a las diferentes unidades de salud.
- **Modalidades de Referencia:** Las modalidades de referencia describen las diferentes formas de envío de pacientes de un nivel de atención a otro, las que se detallan a continuación:
 - De la red comunitaria a las unidades de salud de primer nivel (Sedes de sector, Puestos y Centros de Salud familiar y comunitario, Policlínicos Hospital Primario).
 - De las unidades de salud del Primer Nivel de Atención (Sedes de sector, Puestos y Centros de Salud Familiar y Comunitarios) al segundo nivel: Hospital (Primario, Departamental, Regional) o Policlínicos.
 - De Hospital de segundo nivel de especialidades básicas (Departamental o Regional) a Hospital de segundo nivel con servicios de referencia nacional (Regional, Referencia Nacional, Servicios Nacionales de Tercer Nivel).
- **Modalidades de Contrarreferencia:** Las modalidades de contrarreferencia describen las diferentes formas de reenvío de pacientes de un nivel de atención a otro (principalmente de origen) las que se detallan a continuación:
 - De las unidades de salud a la red comunitaria.
 - De Hospital o Policlínico a las unidades de salud del primer nivel de atención (Sedes de sector, Puestos y Centros de Salud familiar y comunitario).
 - De Hospital a Hospital.

VI. OBJETO DE LA NORMA

La presente normativa tiene por objeto, establecer los mecanismos organizativos y de control para mejorar la articulación entre la comunidad, unidades de salud de los diferentes niveles de atención y otros establecimientos que presten servicios de salud públicos y privados.

VII. UNIVERSO

Esta Norma Técnica deberá ser aplicada por **todo el personal de salud**: asistencial, administrativo y de estadísticas; particularmente por los directores o responsables de unidad de salud, de los diferentes niveles de atención, públicos o privados.

VIII. CAMPO DE APLICACIÓN

Dado que su contenido es de obligatorio cumplimiento y se basa en disposiciones de la Ley General de Salud y su Reglamento ***debe ser aplicado tanto en el sector público, privado y Empresas Médicas Previsionales. Además de los sub sistema especiales de salud: Cuerpo médico militar y del Ministerio de Gobernación, sobre todo en estados de emergencia.***

Su correcta aplicación fortalecerá **la calidad de atención que se brinde a todo usuario** que amerite asistencia en un nivel de mayor resolución al que ha acudido inicialmente y luego su seguimiento por el nivel que lo refirió.

IX. CARACTERÍSTICAS GENERALES

IX.1 PRINCIPIOS BÁSICOS

- IX.1.1 Los mecanismos y procedimientos contenidos en ella presente norma técnica son de **obligatorio cumplimiento** en todos los establecimientos e instituciones que brindan servicios de salud en el país.
- IX.1.2 **Los Directores** de las unidades de salud **serán los responsables** del cumplimiento de todas las normas y procedimientos de Referencia y Contrarreferencia.
- IX.1.3 Los Directores de las unidades del sector salud nombrarán un responsable para la coordinación y el seguimiento de la referencia y contrarreferencia de pacientes, el cual funcionará como punto focal con los responsables de la referencia y contrarreferencia de todas las unidades del sector salud de los diferentes niveles de atención de todo el país.
- IX.1.4 Los responsables de la referencia y contrarreferencia de las unidades de salud, serán los garantes del seguimiento a las referencias y las Contrarreferencia de los pacientes que están bajo la jurisdicción de su unidad de salud, así como de la elaboración del informe de evaluación trimestral.
- IX.1.5 Las unidades de salud implementarán un cuaderno o libro de registro, es mejor crearlo desde acá y que se le lleve seguimiento donde se anotarán las

referencias y contrarreferencias de las diferentes unidades utilizando los formatos establecidos para tal fin.

- IX.1.6 Cuando la unidad de salud no tenga capacidad técnica ni de recursos para dar respuesta al problema de salud del paciente **debe tramitar los Procedimientos de manera inmediata y oportuna** de la Referencia a la unidad de mayor nivel de resolución.
- IX.1.7 **Todo paciente referido debe ser aceptado** en la unidad receptora Independientemente de errores en el proceso de referencia.
- IX.1.8 **A todo proceso de referencia debe corresponder otro de Contrarreferencia.**
- IX.1.9 **Todo el personal de salud debe conocer** los servicios que se prestan en las otras unidades de nivel superior y tener definido cuál es la unidad de referencia apropiada de acuerdo con el problema del paciente.
- IX.1.10 En el proceso de referencia o traslados de usuarios atendidas en situación de **Emergencia** se deberá aplicar las disposiciones **de la norma técnica respectiva**, (Conforme al reglamento de la Ley General de Salud. Arto. No. 225). Además de acatar los procedimientos generales y específicos que la presente Norma técnica dispone.
- IX.1.11 Todo usuario que acuda **de manera espontánea** a una unidad de salud de mayor complejidad debe ser atendido y posteriormente individualizado el caso contrarreferido. **Solamente en aquellos casos** que por la gravedad de la patología o riesgo de contagio o necesite estrecha vigilancia para dar continuidad a la atención recibida se considerará el seguimiento en esta unidad de salud.
- IX.1.12 Para la **operativización de esta normativa** se hace **necesario la capacitación** al personal de salud de todos los niveles de atención involucrada y su difusión a la población usuaria.
- IX.1.13 **Los directores de los establecimientos** de salud, deberán realizar gestiones para implementar una **política de Motivación** relacionada a la Referencia y Contrarreferencia Comunitaria.

IX.2. DISPOSICIONES GENERALES

- IX. 2.1 Los mecanismos y procedimientos para la Referencia y Contrarreferencia se organizan por niveles de atención:

➤ Primer Nivel de Atención.

- Nivel comunitario: casas base, casas maternas, sitios centinelas comunitarios, médicos privados.
- Unidades del sector salud: Centros y Puestos de Salud Familiar y Comunitario, IPSS MINSA, Policlínica.

- Clínicas privadas, IPSS.
 - Hospitales Primarios públicos.
 - Hospitales privados.
- Segundo Nivel de Atención.
- Hospitales Departamentales.
 - Hospitales privados.
 - CMP MINSA, IPSS.
 - Hospitales Regionales.
 - Hospitales de Referencia Nacional público.
- Tercer Nivel de Atención.
- Servicios Nacionales de Tercer Nivel públicos o privados e INSS.

- IX.2.2 **Toda paciente**, que solicite atención en cualquier unidad o establecimiento del Sector salud puede requerir de una referencia, la cual debe realizarse de manera oportuna, con base en una valoración adecuada del caso y con sustento en el protocolo de atención específico a la patología, bajo criterio clínico o circunstancia que corresponda.
- IX.2.3 Todas las Instituciones Proveedoras de Servicios de Salud, públicas y Privadas deberán garantizar **la atención de emergencia** conforme sus niveles de complejidad para los servicios que han sido habilitadas, sin que sea necesario ningún requisito para la atención del usuario. Las instituciones no podrán imponer, crear barreras o impedir el acceso a la población que requiera esta clase de servicio¹².
- IX.2.4 Todo establecimiento proveedor de servicios de salud de acuerdo a su nivel de resolución, debe contar con personal médico/a capacitado/a y disponible para estabilizar a los **pacientes en estado crítico** independiente de su capacidad de pago.
- IX.2.5 La transferencia de un paciente, se hará cuando **el beneficio de su traslado sobrepasa los riesgos** que esta implica, debiendo el establecimiento proveedor de servicios de salud contar con el consentimiento del usuario o sus familiares.
- IX.2.6 Toda referencia con carácter de urgencia **debe ser considerada por la unidad de salud receptora**, como una prioridad en el orden de atención médica.
- IX.2.7 Cuando un paciente acude a la unidad de salud (de forma espontánea o referida por cualquier nivel de atención), que se encuentre en **estado crítico**, se le debe brindar atención inmediata con el fin de **estabilizar sus signos vitales para poder realizar el traslado** de forma urgente a la unidad que corresponda.

¹²Tomado de La Ley General de Salud Ley 423 artículo 52

- IX.2.8 Los formatos de la Norma de Referencia y Contrarreferencia deben ser llenados con **letra clara, legible** conforme al instructivo establecido.
- IX.2.9 **El Director de la unidad o el personal de salud de mayor jerarquía**, responsable de la unidad deben **realizar gestiones** para efectuar los **traslados**, cuando en la unidad de salud no se disponga de los recursos necesarios. Los mecanismos y resultados de dicha gestión deben registrarse en actas y/o el libro de registro de las referencias y contrarreferencias de la unidad de salud.
- IX.2.10 La gestión para todo tipo de traslado debe hacerse de previo y de forma Sistemática involucrando las diversas formas organizativas de la comunidad y especialmente a los consejos municipales o departamentales según sea el Caso.
- IX.2.11 En todas las unidades de salud el **responsable del cumplimiento de la Norma Técnica de Referencia y Contrarreferencia es el Director** y para su Funcionamiento se apoyará en el subdirector médico o persona responsable que nombre el director de la Unidad de salud.
- IX.2.12 Toda unidad de salud pública o privada deberá garantizar el traslado del paciente a la unidad de salud que le corresponda, de la mejor manera posible con rapidez, confort, signos vitales estabilizados y acompañamiento adecuado.
- IX.2.13 Bajo el precepto de la Ley General de Salud, esta Norma Técnica tiene aplicación para todo el sector salud, tanto a nivel público como del sector privado.

IX.3 DISPOSICIONES ESPECÍFICAS

IX.3.1 De la Referencia

IX.3.1.1 Las referencias de pacientes pueden ser de dos **tipos** según su carácter:

- ☛ **Urgentes:** aquellas que ameritan un traslado inmediato debido a causas que ponen en riesgo la vida o la salud del/a paciente, o puedan ocasionar un brote epidémico en su comunidad. Ejemplo: Emergencias obstétricas, pediátricas, quirúrgicas, entre otras.
- ☛ **No urgentes:** aquellas que sin poner en riesgo la salud o la vida del/la paciente requieren de una atención de mayor complejidad pero no de un traslado inmediato. La transferencia se puede realizar, pero la atención no tiene que ser de manera inmediata.

IX.3.1.2 El paciente será referido a una unidad de salud de mayor resolución cuando en su unidad ya se hayan agotado todos los medios para reconocimiento, valoración, tratamiento y peritaje médico.

IX.3.1.3 El personal de salud que atendió al o la paciente realizará el registro de la referencia en forma escrita, utilizando el formato establecido para este fin, dejando una copia en el expediente del paciente. Los parámetros básicos que

debe contener toda referencia serán los consignados en el formato establecido, que se presenta en el **Anexo 1A** de esta Norma Técnica.

- IX.3.1.4 La Referencia deberá llevar el visto bueno del facultativo de mayor jerarquía que representa a la unidad de salud, a través de su firma, sello del médico y sello de la unidad de salud, código del médico, con el nombre y apellidos con letra legible.
- IX.3.1.5 Toda unidad o establecimiento que preste servicios de salud deberá llevar un registro de las referencias realizadas y recibidas. Deberá utilizar el libro de registro conforme el formato establecido en el **Anexo 2** de esta Norma Técnica.
- IX.3.1.6 La omisión de cuidados y atención a las personas referidas de parte del profesional de salud, se considera una **falta grave** y como tal puede ser sancionada según reglamentos vigentes.

Descripción del flujo del paciente referido de forma ambulatoria

El Paciente tiene contacto con la primera unidad de salud: sea de forma espontánea o por referencia de agentes voluntarios de la comunidad, promotores de salud o líderes comunitarios en salud. Ahí es valorado por el recurso que corresponde, puede ser un auxiliar de enfermería, una enfermera, un médico o cualquier otro profesional o técnico facultado para la atención del caso. Este valora el caso y propone la referencia, se consulta al recurso más calificado en el problema del paciente/a, que se encuentre disponible en la unidad de salud. El personal de salud tratante orientara al usuario o usuaria y sus familiares cómo y a qué unidad o establecimiento debe acudir. Quien realiza la referencia tiene el deber de llenar de forma completa, correcta y con letra legible el formato establecido para la referencia. El responsable o director de la unidad de salud (**cuando esto sea posible**), o del jefe de emergencia y/o del jefe de turno que lo representa debe dar el visto bueno de la referencia.

En la unidad receptora el o la paciente debe solicitar información en el servicio de admisión, ahí se explicará el mecanismo y los procedimientos por medio de los cuales será atendido, este dependerá del nivel de complejidad de la unidad receptora; puede ser en una consulta de clasificación inmediata, un ambiente de recepción de referencias no urgentes para valoración y programación de cita, un servicio de consulta externa con sistema de citas, o cualquier otra modalidad.

IX.3.2. De la Referencia con Carácter de Urgencia

- IX.3.2.1 El personal de salud debe tratar sin pérdida de tiempo a todos los pacientes y especialmente a aquellos que lleguen con enfermedades agudas, traumatismo, partos y las demás emergencias médicas y quirúrgicas, obstétricas, pediátricas, independientemente de su jurisdicción territorial.
- IX.3.2.2 Para la referencia de personas en estado crítico el traslado debe reunir los siguientes requisitos:
 - ☞ Que el traslado se realice en base a los Protocolos existentes y disposiciones para atender el caso.

- ☞ Que el traslado se realice con el acompañamiento de un profesional o técnico capacitado para la atención de la persona referida.
- ☞ Que el traslado se realice con el/a paciente con los signos vitales estables.
- ☞ Que en el medio de transporte en el que se realiza el traslado se disponga de insumos y equipo básico necesario para la atención de la persona referida en caso de descompensación durante el mismo.

IX.3.2.3 Todo paciente referido, que fallezca en el traslado deberá regresar a la unidad de origen, en el mismo medio de transporte en que se realizaba el traslado.

IX.3.2.4 La referencia y el traslado del paciente se realizarán de forma inmediata después de que se hayan estabilizado sus signos vitales.

Descripción del flujo del paciente referido en estado de urgencia

El paciente en estado de urgencia tendrá contacto con la primera unidad de salud: llevado por familiares o personas del entorno donde surgió el estado de urgencia, por organismos de beneficencia dedicados a estas actividades o por traslado por la comunidad organizada, sea por agentes voluntarios de la comunidad, por promotores de salud o líderes comunitarios. Ahí es valorado en un ambiente condicionado para la atención de casos de emergencias, por el recurso más capacitado para estos casos, que dependiendo del nivel de complejidad puede ser un auxiliar de enfermería, una enfermera, un médico o cualquier otro profesional o técnico facultado para la atención de estos casos.

Este valora el caso y propone la referencia, se consulta al recurso más calificado en el problema del usuario/a, que se encuentre disponible en la unidad de salud. El responsable o director de la unidad de salud (**cuando esto sea posible**), o del jefe de emergencia y/o del jefe de turno que lo representa debe dar el visto bueno de la referencia y el traslado.

Se orienta al usuario o usuaria y/o a sus familiares cómo y a qué unidad o establecimiento ha sido referido, explicándose el estado de salud de la persona. Aquí el traslado se decide oportunamente, y se realiza inmediatamente después que se establezcan los signos vitales. Se envía al paciente acompañado por un profesional o técnico capacitado para la atención de estos casos de urgencia. Quien realiza la referencia tiene el deber de llenar de forma completa, correcta y con letra legible el formato establecido para la referencia.

En la unidad receptora el o la paciente se recibe en sala de emergencia, ahí se explicará a los familiares el estado del paciente y los procedimientos por medio de los cuales se brindará la atención. Según el nivel de complejidad de la unidad receptora el paciente será atendido por un médico general o especialista o el profesional o técnico disponible al momento de recibir a la persona, quienes son responsables de establecer el diagnóstico e indicar el manejo más adecuado según la patología y conforme a los protocolos o disposiciones para atender el caso.

Las ambulancias utilizadas deben ser acorde a las especificaciones técnicas de los estándares internacionales y deben ser de uso estricto para el traslado de pacientes.

IX.3.3. De la Contrarreferencia

- IX.3.3.1 Toda persona atendida en una unidad o nivel de mayor resolución por motivo de una referencia **deberá ser siempre contrarreferida**, utilizando el formato establecido en **Anexo 1B**.
- IX.3.3.2 El personal de una unidad, establecimiento de salud o ámbito comunitario que reciba una persona contrarreferida deberá seguir las indicaciones y recomendaciones de la contrarreferencia en la atención del/a paciente.
- IX.3.3.3 Toda unidad o establecimiento de salud que preste servicios deberá llevar un registro de las contrarreferencias realizadas y recibidas, para lo cual deberá utilizar el formato presentado en el **Anexo 2** de esta Norma Técnica.
- IX.3.3.4 La Epicrisis no deberá ser considerada nunca como una contrarreferencia, por que la Epicrisis es un documento para el paciente y la contrarreferencia es un documento para la unidad de salud.

Descripción del Flujo del Paciente Contrarreferido

Una vez resuelta la urgencia y tomada la decisión de dar alta a la persona que había sido referida, se deberá realizar la contrarreferencia llenando de forma completa y con letra legible el formato establecido para este fin, especificando el nombre y firma del médico de base de la sala. La decisión del ámbito al cual se hará la contrarreferencia y seguimiento del paciente atendido será tomada por el recurso más calificado que formó parte del equipo que atendió a la persona. Cualquiera que sea el ámbito al cual se refiera se deberá notificar la contrarreferencia y los detalles del caso a la unidad referente o al personal comunitario que la refirió. El personal de la unidad de salud o ámbito comunitario que reciba la persona contrarreferida deberá seguir las indicaciones y recomendaciones de la contrarreferencia para la atención del/a paciente y deberá completar los datos del caso en el formato normado para las referencias y contrarreferencias de la unidad.

IX.3.4. De la Referencia Comunitaria

- IX.3.4.1 Las miembros de la red comunitaria en salud (brigadistas de salud, parteras empíricas adiestradas y otros agentes comunitarios), podrán identificar a las personas que requieren atención en las unidades o establecimientos de salud, realizando una referencia, utilizando los medios a su alcance o solicitando apoyo a la unidad de salud más cercana (**Anexo 3**) Boleta de Referencia y Contrarreferencia Comunitaria o consulte el Manual Normativo del SICO, “Sistema de Información Comunitaria”).
- IX.3.4.2 Cuando el miembro de la red comunitaria, identifique los casos que presentan síntomas de enfermedades sujetas a Vigilancia Epidemiológica Comunitaria y la persona afectada rechaza la referencia comunitaria, deberá enviar el aviso a la unidad de salud utilizando la Boleta de Referencia Comunitaria para activar el sistema de vigilancia epidemiológica institucional.

- IX.3.4.3 La coordinación de la red comunitaria, con el personal de salud constituye el primer nexo de ingreso de personas enfermas al sistema de salud, por lo tanto se le deberá adiestrar en los mecanismos de Referencia y Contrarreferencia, conforme a las disposiciones del Manual Normativo del Sistema de Información Comunitaria (SICO), a través de talleres de capacitación que deberá impartirles el personal de salud que territorialmente corresponda.
- IX.3.4.4 Las referencias enviadas por la red comunitaria, deberán ser registradas en los formatos presentados en esta Norma Técnica y deberán ser analizadas periódicamente en cuanto a calidad y cantidad, de tal forma que permita evaluar y retroalimentar el desempeño de estos recursos.
- IX.3.4.5 Los responsables de los establecimientos de salud del primer nivel (Puntos focales) deberán analizar en conjunto con la red de líderes comunitarios el funcionamiento del sistema de referencia y contrarreferencia en los encuentros comunitarios mensuales.

IX.3.5 De la Contrarreferencia Comunitaria

- IX.3.5.1 A toda persona atendida por motivo de **una referencia** comunitaria **siempre se le deberá entregar** una contrarreferencia para el personal comunitario, plasmando las orientaciones para el seguimiento del caso.
- IX.3.5.2 A toda persona que acudió de **forma espontánea** a la unidad de salud (sin referencia comunitaria) se le deberá entregar una contrarreferencia para el personal comunitario, excepto los **casos que por la gravedad de la patología o riesgo de contagio** amerita seguimiento y deberá ser manejado por el personal de salud.
- IX.3.5.3 El miembro de la red comunitaria que reciba una contrarreferencia, deberá dar seguimiento al caso y/o aplicar las medidas de prevención y control recomendadas en la misma.
- IX.3.5.4 En los casos excepcionales en que una referencia comunitaria llegue directamente al hospital, este enviará la contrarreferencia a la unidad de salud del territorio correspondiente, y éste a su vez lo enviará al miembro de la red comunitaria correspondiente.

IX.3.6 De la atención de casos de Notificación Obligatoria y Médico Legales.

- IX.3.6.1 En los casos de atención de eventos de notificación obligatoria, el personal de la unidad donde ocurrió el primer contacto, será el responsable de registrar el evento en la boleta correspondiente y reflejarlo en la hoja de referencia con el fin de evitar duplicidades.
- IX.3.6.2 En los casos médicos legales, el personal de la unidad de primer contacto será el responsable de la notificación a la instancia correspondiente (Policía Nacional, Ministerio de la familia, Comisaría de la Mujer entre otros) y se debe reflejar en la hoja de referencia con el fin de evitar duplicidades.

IX.3.7 Sobre la Referencia Comunitaria como medio de Notificación de Vigilancia Epidemiológica.

IX.3.7.1 **Al Puesto de Salud:** Cuando una Boletas de Referencia comunitaria llega al puesto de salud reportando un evento de salud que puede estar sujeto a vigilancia epidemiológica. El personal del Puesto de Salud deberá ir a la comunidad de origen de la boleta a verificar el caso y, de ser confirmado, deberá realizar el control de foco correspondiente al caso reportado, además debe notificarlo al Centro de Salud municipal para que sea registrado en el SISNIVEN.

IX.3.7.2 **Al Centro de Salud:** Cuando una Boletas de Referencia comunitaria llega al centro de salud reportando un evento de salud que puede estar sujeto a vigilancia epidemiológica. El personal médico deberá entregársela al responsable de vigilancia epidemiológica, éste/a, en coordinación con el programa correspondiente, realizarán el control de foco, registrara el caso en el SISNIVEN (Sistema Nicaragüense de Vigilancia Epidemiológica Nacional) y lo reportara a vigilancia para la salud del SILAIS.

X. PROCEDIMIENTOS GENERALES

X.1. Unidad Referente.

X.1.1 Si la unidad no cuenta con medios auxiliares diagnósticos o alguna especialidad deberá hacer la referencia al nivel de resolución correspondiente.

X.1.2 Los formatos deben ser llenados con letra clara y legible, especificando la urgencia o no del traslado, anotando los datos personales del paciente, breve informe de sus patologías, estado de salud actual, tratamientos anteriores relacionados con la patología, el propósito de la referencia, lugar, fecha y hora de la misma; además deben constar los datos de identificación del Médico, enfermera o auxiliar de enfermería (sello del médico, sello de la unidad de salud, nombre, apellido, código del médico y firma) y la autorización respectiva del Director de la unidad, jefe de emergencia, jefe de turno, o de aquel al que se le haya delegado esta responsabilidad.

X.1.3 Deberá orientarse al paciente y/o a los familiares sobre su patología, tratamiento y motivo de referencia.

X.1.4 En caso que la referencia sea de emergencia, la unidad se responsabilizará de hacer las gestiones para garantizar el traslado del paciente el que deberá ir acompañado por un profesional o técnico capacitado para la atención de la persona referida, de acuerdo con la gravedad del caso y las posibilidades reales de ese momento.

X.1.5 Los casos que son de emergencia y que son referidos a otras unidades en otros SILAIS, se deberán realizar previamente las coordinaciones y consultas pertinentes, por cualquier medio posible, con la unidad receptora, con el fin de

que esta última disponga de los dispositivos y condiciones para la recepción del paciente.

- X.1.6 Los casos que no son de emergencia y que son referidos a otras unidades en otros SILAIS, deberán ser previamente consultados, por cualquier medio posible, para ver la posibilidad que puedan ser atendidos, confirmando fecha y hora que serán atendidos.
- X.1.7 El personal de cada Unidad Referente debe conocer las especialidades existentes en las Unidades donde les corresponde referir pacientes.

X.2 Unidad Receptora

- X.2.1 Toda persona que llegue espontánea o referida a una unidad de salud de mayor o menor nivel de resolución que no corresponde a su jurisdicción geográfica(hospitales regionales o departamentales), **deberá siempre brindársele la atención necesaria y posteriormente** establecer las coordinaciones necesarias con la unidad referente para coordinar la contrarreferencia correspondiente. Informando a la persona de este procedimiento.
- X.2.2 Al llegar el paciente a la unidad presentará en admisión la hoja de referencia y contrarreferencia, se verificará si requiere Interconsulta o servicios auxiliares de diagnóstico y se derivará al servicio correspondiente. El personal médico deberá ser el responsable de hacerla derivación al servicio correspondiente.
- X.2.3 Una vez que se atienda al paciente deberá verificarse el diagnóstico en la hoja de referencia para realizar un buen llenado de la contrarreferencia.
- X.2.4 Si el paciente requiere interconsulta inmediata se llamará, en ese momento, al especialista correspondiente, para garantizar la atención oportuna; en caso contrario, se le programará cita, para lo cual deberá llenarse el formato de interconsulta al Paciente.
- X.2.5 El médico deberá explicar al paciente el diagnóstico, tratamiento y las recomendaciones para el seguimiento a su problema de salud.
- X.2.6 Ninguna unidad receptora de una referencia urgente deberá rechazar la referencia de un paciente (independientemente de los errores que pueda tener la referencia).
- X.2.7 Cuando en la unidad receptora exista falta de capacidad técnica y de recursos para la atención del paciente referido y se trata de una emergencia el jefe de emergencia y/o el jefe del turno deberá realizar de forma inmediata las coordinaciones necesaria con la unidad de salud con mayor nivel de resolución más cercana, para el traslado del paciente, reportar el caso al jefe del servicio y/o de turno y anotar esta situación en el expediente, como un factor agravante de la atención del caso referido.
- X.2.8 Cuando en la unidad receptora existan falta de capacidad técnica y de recursos para la atención del paciente referido, cuando no se trata de una

emergencia se deberán realizar las coordinaciones con la unidad de salud con mayor nivel de resolución más cercana para el traslado del paciente, reportar el caso al jefe del servicio y/o de turno del servicio y recibir la referencia anotando esta situación en el expediente, como un factor agravante de la atención del caso referido.

- X.2.9 Una vez concluida la atención del paciente en la unidad receptora de la referencia, esta debe contrarreferir al paciente a la unidad de salud que le corresponde llenando el formato específico con letra clara y legible.

X.3 En Caso de Urgencia

- X.3.1 Una vez estabilizado el paciente, la unidad que refiere se responsabilizará del traslado.

- X.3.2 El paciente será entregado por el personal de salud de la unidad referente que lo acompaña, al personal de la sala de emergencia de la unidad receptora.

- X.3.3 Todo traslado de emergencia deberá atenderse de inmediato, verificando después la hoja de Referencia.

- X.3.4 Si la unidad receptora considera que el paciente debe referirse a otro nivel de mayor resolución, se realizarán los mismos procedimientos de referencia. Siendo responsabilidad de la unidad receptora realizar las gestiones pertinentes.

- X.3.5 El médico tratante de la unidad referente, deberá explicarle de forma detallada y sencilla al paciente y/o familiares la conducta a seguir y la unidad donde será enviado.

- X.3.6 El traslado del paciente deberá observar las condiciones siguientes:

- ☞ Debe cumplir los procedimientos establecidos en la norma de referencia y contrarreferencia.
- ☞ Debe realizarse en un medio de transporte apropiado (cuando las condiciones lo permitan) y con personal debidamente entrenado.
- ☞ Debe cumplir con los criterios médicos de recuperabilidad del estado de salud.
- ☞ La unidad de salud receptora debe tener la capacidad técnica y profesional adecuada de acuerdo al problema del paciente.
- ☞ A la hoja de referencia se deben transcribir e interpretar los resultados de medios diagnósticos de importancia realizados en la unidad referente, así como de otros documentos que apoyen la causa de la referencia (Ejemplo: si se traslada a una embarazada por un trabajo de parto prolongado/detenidorealizar transcripción e interpretación de la hoja de monitoreo de partograma que apoye al diagnóstico de referencia).

XI La Referencia por Agentes de Salud de la Red Comunitaria.

- XI.1 Para toda persona que sea detectada por los miembros de red comunitaria o acuda porque necesita atención inmediata en la casa base, por brigadistas, parteras u otros agentes de la red comunitaria en salud, se debe realizar la referencia a la unidad de salud correspondiente llenando el formato disponible para esta acción.
- XI.2 Cuando un miembro de la red comunitaria detecte un caso con síntomas asociados a las enfermedades sujetas a Vigilancia Epidemiológica Comunitaria y el paciente rechaza la referencia, deberá reportarlo a la unidad de salud llevando o enviando la Boleta de Referencia Comunitaria para activar el sistema de vigilancia epidemiológica institucional.
- XI.3 Los casos sujetos a vigilancia epidemiológica comunitaria referidos por agentes de salud que hayan sido confirmados por diagnóstico médico, deberán ser registrados en el Sistema Nicaragüense de Vigilancia Epidemiológica Nacional (SISNIVEN), citando su fuente de procedencia.
- XI.4 El formato para la referencia y contrarreferencia comunitaria para agentes de salud de la Red Comunitaria (Anexo 3), es presentado y descrito con detalle en el Manual Normativo del Sistema de Información Comunitaria (SICO).
- XI.5 De forma periódica como máximo cada trimestre, cada unidad de salud, deberá realizar un recuento y análisis del número y la calidad del llenado de los formatos por parte de la red comunitaria, para realizar las respectivas acciones de capacitación a este personal voluntario. Un resumen de este análisis deberá ser incorporado a los informes que la unidad y el municipio entregarán al nivel superior al momento de monitorear y evaluar el cumplimiento de la Norma Técnica de referencia y contrarreferencia.
- XI.6 El Director o Directora de la unidad de salud es el responsable de este informe y deberá designar esta tarea al Educador en Salud o encargado de la organización y desarrollo de la red comunitaria de la unidad, quien establecerá estrecha coordinación y comunicación con el subdirector médico o el que asigne el director para el seguimiento a las referencias y contrarreferencias de la unidad de salud.
- XI.7 Atendiendo a la importancia de las referencias comunitarias dentro de la norma, se deberán prever las gestiones necesarias para obtener y disponer de esta papelería.

XII. PROCEDIMIENTOS ESPECIFICOS

XII.1 De Referencia y Contrarreferencia desde las Unidades de Salud Comunitaria

El formato para la Referencia y Contrarreferencia de pacientes, se presenta en los **Anexos 1A y 1B** de esta Norma Técnica.

Cada referencia deberá ser registrada en el **formato de Registro Diario de la Norma Técnica de Referencia y Contrarreferencia. (Libro verde de Referencia y Contrarreferencia) Anexo 2** de la presente norma.

XII.2 De la Referencia del Puesto de Salud Familiar y Comunitario

- XII.2.1 Cuando el paciente llega al puesto de salud ya sea espontáneamente o referido por el responsable de la Casa Base, Brigadista de Salud o Partera. El médico que atiende el Puesto de Salud o en su ausencia el/la auxiliar de enfermería, realizara lo siguiente:
- ☞ Evaluar al paciente y determinar si necesita o no ser referido.
 - ☞ Cuando el paciente requiere ser referido, explicará al paciente y/o familiar de forma detallada y sencilla, el motivo de la referencia.
 - ☞ Llenará el formato para la Referencia (Anexo 1A) y enviará al paciente con ésta documentación cuando es una Referencia No Urgente, podrá referirlo con acompañamiento comunitario si no es urgente o le acompañará hasta la unidad de salud de referencia cuando el caso sea de urgencia de acuerdo a las posibilidades o situaciones reales de ese momento.
 - ☞ Todo el personal asistencial del puesto de salud debe conocer las unidades a donde deben hacer las referencias tanto por nivel de complejidad, como por la especialidad, que debe atender al paciente. Estos datos deben ser informados por la persona responsable del cumplimiento de la Norma Técnica en cada unidad o nivel territorial a todo el personal a su cargo.

XII.3 De la Referencia del Centro de Salud Familiar y Comunitario

- ☞ Las personas que se encuentren en estado crítico serán referidos de forma inmediata, **al hospital que le corresponde territorialmente o al que este más accesible geográficamente** previa estabilización de los signos vitales, de manera que le permita llegar con vida a la unidad de salud donde es referido.
- ☞ Todo el personal asistencial del centro de salud debe conocer las unidades a donde deben hacer las referencias tanto por nivel de complejidad, como por la especialidad, que debe atender al paciente. Estos datos deben ser informados por la persona responsable del cumplimiento de la Norma Técnica en cada unidad o nivel territorial a todo el personal a su cargo.
- ☞ El médico tratante es el que debe llenar el formato para la referencia y contrarreferencia del paciente.
- ☞ Previo al traslado del paciente deberá realizarse la comunicación del mismo a la unidad receptora, en los casos en que esto no sea posible, se deberá anotar el motivo en el expediente del paciente y en el formato de referencia.

XII.4 De la Referencia de Hospitales

- ☞ La referencia de un hospital a otra institución u hospital de mayor nivel de resolución, se deberá realizar previa comunicación a la institución u hospital que atenderá la referencia. En los casos en que la referencia sea urgente, y existan dificultades que impidan la comunicación efectiva, los detalles de dichas dificultades deberán ser descritas en el expediente del usuario/a y en el formato de referencia.
- ☞ Se llenará el formato de Referencia bajo los procedimientos establecidos en esta norma técnica de Referencia y Contrarreferencia.
- ☞ Se explicará al paciente y/o familiar es en lenguaje sencillo el motivo de la Referencia.
- ☞ Siempre se anotarán los datos de la referencia en el cuaderno o libro de Registro según lo establecido en esta Norma Técnica de Referencia y Contrarreferencia.

XII.5 De las Referencias Comunitarias

- ☞ El responsable de la Casa Base, Brigadista de Salud, Partera o cualquier miembro de la red comunitaria realizará las referencias en el formato establecido en el **Anexo 3** de esta norma técnica.

XII.6 De la Contrarreferencia de los Puestos/Centros de Salud y Hospitales.

- ☞ Una vez recuperado todo paciente que fue referido con carácter de urgencia, podrá ser dado de alta, y deberá ser contrarreferidos utilizando el formato y los procedimientos para su debido seguimiento (**Anexo 1B**).
- ☞ A los pacientes referidos de forma no urgente también deberá realizarse una contrarreferencia.
- ☞ Todas las contrarreferencias deberán ser recolectadas y enviadas en el menor tiempo posible a la unidad de salud que corresponda o a la sede del SILAIS, en donde se establecerán los mecanismos para hacerlas llegar a dichas unidades a través de vigilancia epidemiológica
- ☞ Toda contrarreferencia deberá ser registrada en el formato de Registro Diario de Referencia y Contrarreferencia, con todos los datos completos (**Anexo 2**) de esta Norma Técnica.
- ☞ La **Epicrisis** no deberá considerarse nunca como una Contrarreferencia, ya que la Epicrisis es un documento para el paciente y la Contrarreferencia es un documento para la unidad de salud.
- ☞ **Toda contrarreferencia deberá ser analizada y utilizada para el seguimiento integral del paciente en su territorio o lugar de origen.**

XII.7 De la Contrarreferencia Comunitaria

- ☞ Todo **caso referido** por un agente comunitario debe de contar **obligatoriamente con una contrarreferencia**, clara y precisa, que le aclare sobre el diagnóstico final y las actividades de seguimiento.
- ☞ La contrarreferencia al nivel comunitario se realizará en el formato establecido en el **Anexo 3** de esta norma técnica.

XIII. DEL MONITOREO Y EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LA NORMA TÉCNICA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

- XIII.1 Los directores de las unidades de salud, de los establecimientos prestadores de servicios de salud público y privados y estructuras territoriales existentes; son los responsables del Monitoreo y Evaluación del cumplimiento de la norma técnica de la referencia y contrarreferencia.
- XIII.2 Según el tipo de unidad de salud, establecimiento o estructura territorial, el responsable del cumplimiento de la Norma Técnica de referencia y contrarreferencia es:
- **En los Puestos de Salud** el responsable de la unidad auxiliado del responsable del seguimiento a las referencias y contrarreferencias de esta unidad.
 - **En los Centros de Salud** el Director de la unidad de salud, auxiliado del responsable del seguimiento a las referencias y contrarreferencias de esta unidad.
 - **En los Hospitales** el Director del Hospital auxiliado del responsable del seguimiento a las referencias y contrarreferencias de esta unidad.
 - **En otros Tipos de establecimientos (Privados).** El director/a auxiliado del responsable del seguimiento a las referencias y contrarreferencias de esta unidad.
 - **En la Sede Municipal** el Director de Hospital Primario o Centro de salud Municipal auxiliado del responsable del seguimiento a las referencias y contrarreferencias de esta unidad.
 - **En la Sede de SILAIS** el Director de SILAIS auxiliado del responsable del seguimiento al cumplimiento de la norma técnica de las referencias y contrarreferencias.
 - **En el Nivel Central** Director de Extensión y Calidad de la Atención auxiliado del responsable del seguimiento al cumplimiento de la norma técnica de las referencias y contrarreferencias.

- XIII.3 El Responsable de la Norma Técnica de Referencia y Contrarreferencia de las redes territoriales deberá ser apoyado y trabajar en conjunto con el responsable de estadística.
- XIII.4 En las redes territoriales donde estén conformados los equipos de calidad, deberán apoyar al responsable para desarrollar sus funciones y vigilar los estándares e indicadores solicitados para el adecuado funcionamiento de esta norma.
- XIII.5 **Las funciones** del responsable de la Norma Técnica de Referencia y Contrarreferencia de cada unidad público y privado son:
- ☞ Conocer en detalle la norma técnica de referencia y contrarreferencia.
 - ☞ Organizar y apoyar en su unidad de salud, la capacitación de todo el personal en el conocimiento y aplicación de la norma técnica de referencia y contrarreferencia.
 - ☞ Vigilar el uso adecuado y el llenado correcto de los formatos de registro de la norma técnica de referencia y contrarreferencia.
 - ☞ Organizar y apoyar el cumplimiento de la monitoria de la norma en el nivel correspondiente.
 - ☞ Organizar y apoyar el cumplimiento de la supervisión de la norma en el nivel correspondiente.
 - ☞ Organizar y apoyar el cumplimiento de la evaluación de la norma en el nivel correspondiente.
- XIII.6 Todas las unidades de salud pública o privada deberán realizar análisis e informe mensual de la referencia y contrarreferencia de pacientes.
- XIII.7 El SILAIS convocará cada seis meses a las unidades de salud sean públicas y privadas de su territorio para hacer análisis y evaluación de las referencia y contrarreferencia, con estricto cumplimiento.
- XIII.8 Todas las unidades de salud públicas y privadas deberán realizar monitoria trimestral del cumplimiento de la norma técnica de referencia y contrarreferencia en los diferentes niveles de atención que le correspondan (Nacional, SILAIS, Municipal, Centros/Puestos de Salud y nivel Comunitario). Se **elaborará un informe** para entregarlo a su nivel inmediato superior en los siguientes períodos:
- I trimestre, entregarlo fecha límite el 15 de Abril.
 - II trimestre, entregarlo fecha límite el 15 de Julio.
 - III trimestre, entregarlo fecha límite el 15 de Octubre.
 - IV trimestre, entregarlo fecha límite el 15 de Enero.
- XIII.9 Toda unidad de salud público y privados, establecimiento o estructura territorial deberá **archivar una copia** de este informe para ser presentado en cualquier visita de monitoria o supervisión que las instancias debidamente identificadas lo soliciten.
- XIII.10 **Los instrumentos para realizar la monitoria son:**

“Guía para el Informe Cuantitativo de la Norma Técnica” en el que se presentan los indicadores que reflejan la actividad y productividad del mismo, ver **Anexo 4**.

“Guía para el Informe Cualitativo de la Norma Técnica” en el que se describen los casos más complejos que se atendieron en el período y otros aspectos cualitativos del funcionamiento de la norma, ver **Anexo 5**.

- XIII.11 Para el buen funcionamiento y cumplimiento de la norma técnica de referencia y contrarreferencia se realizarán supervisiones que proveerán capacitación in situ en el manejo de la norma a las unidades de salud, Públicas o privadas.
- XIII.12 Las supervisiones de monitoreo y evaluación deben ser programadas en el plan anual de cada unidad y nivel correspondiente (nacional, SILAIS; municipal y local) y darles estricto cumplimiento.
- XIII.13 La supervisión será de dos tipos:
- ☞ **Supervisiones Internas:** las realizarán las autoridades de salud de la propia unidad.
 - ☞ **Supervisiones Externa:** las realizarán el personal supervisor del MINSA Central, el SILAIS y de los municipios.
- XIII.14 La supervisión abordará aspectos como: conocimiento por el personal de salud de la norma técnica de referencia y contrarreferencia, manejo correcto de los formatos de la norma técnica, registro de las referencias y contrarreferencias en el expediente clínico y en el libro o cuaderno de registro de las referencias y contrarreferencias de la unidad.
- XIII.15 El personal que realiza la supervisión en la unidad de salud, dejará informe con los resultados, hallazgos y recomendaciones de la supervisión realizada, la unidad de salud por su parte dará estricto cumplimiento a las recomendaciones de cada supervisión.
- XIII.17 El MINSA central a través de la Dirección General de Extensión de la Calidad en la Atención convocará a los SILAIS para realizar **evaluación** del cumplimiento de la Norma Técnica de Referencia y Contrarreferencia una vez al año.
- XIII.18 Cada unidad y nivel correspondiente deberá remitir el informe de la evaluación a la instancia inmediata superior en el plazo de una semana (como máximo) posterior a la realización de este evento.
- XIII.19 **El informe de la evaluación deberá contener los siguientes aspectos:**
- ☞ La suma de los datos cuantitativos de los indicadores de los informes de monitoria de los cuatro trimestres.
 - ☞ Resumen de los informes cualitativos de los cuatro trimestres.
 - ☞ Análisis global del año que permita elaborar conclusiones del funcionamiento y aplicación de la norma técnica y la definición de acciones o intervenciones a desarrollar para fortalecer el funcionamiento de la norma para el año que inicia. Se podrá realizar este análisis utilizando la metodología FODA.

XIII.20 Los establecimientos o instituciones del sector salud públicos y privados que realizan referencias, deberán enviar todos los informes señalados en este capítulo a la SEDE del SILAIS del departamento correspondiente y participar en los foros de debate que realice el SILAIS previa invitación de esta estructura territorial.

XIII.21 La información generada por el Sector Privado y el Seguro Social, deberá ser incluida dentro del informe anual del SILAIS y remitirla al MINSA Central.

XIV. INDICADORES DEL CUMPLIMIENTO DE LA NORMA TECNICA PARA LA REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

Los indicadores de monitoria y evaluación de la norma técnica de referencia y contrarreferencia de pacientes se detallan en el cuadro siguiente:

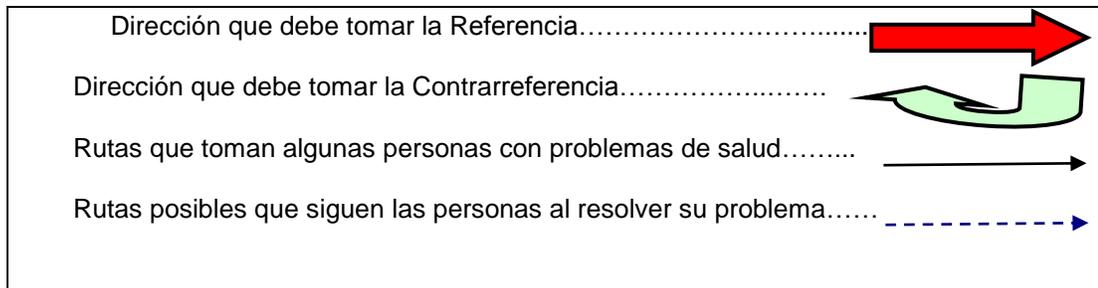
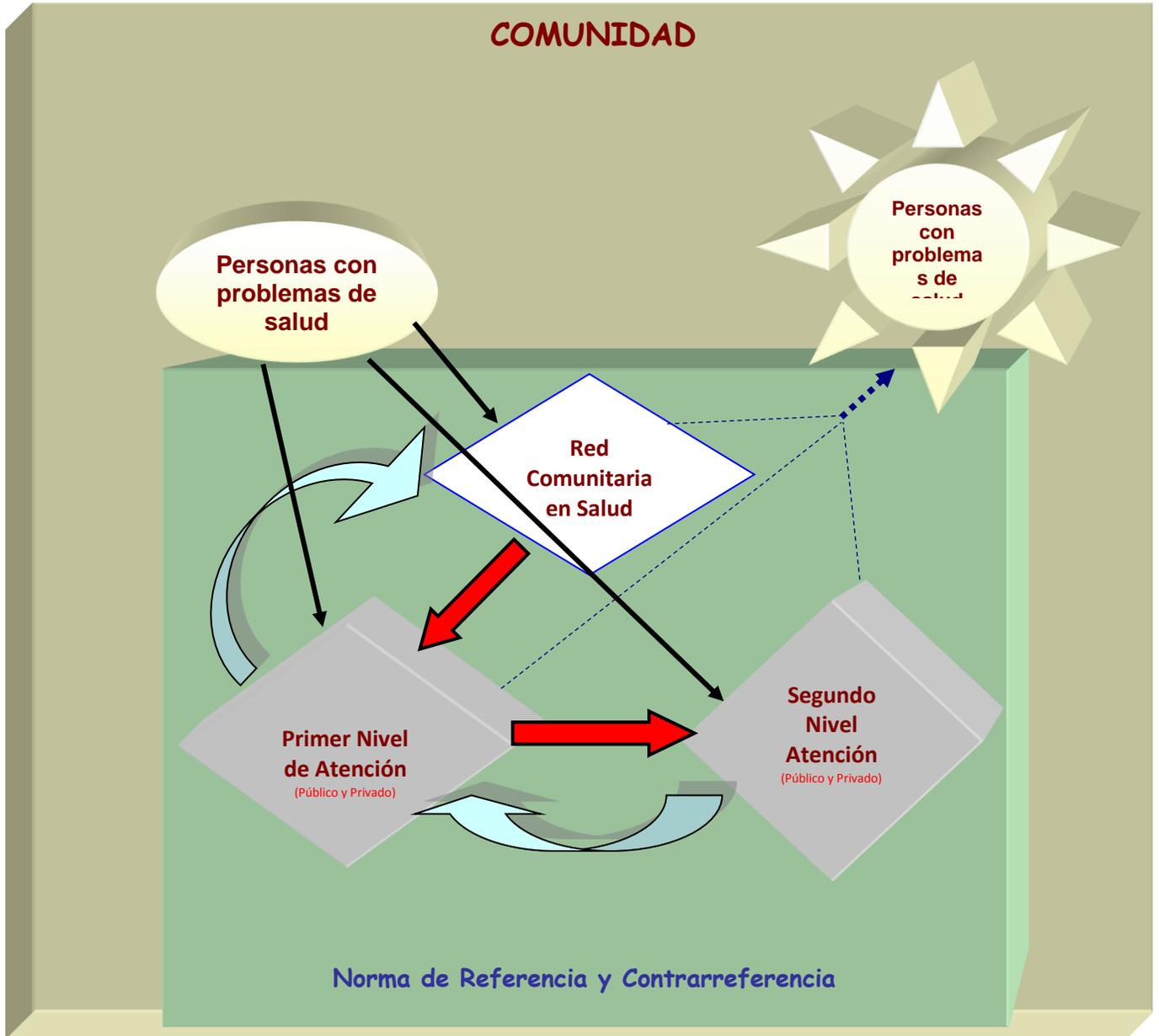
No	INDICADORES	Fórmula	Fuente	Interpretación	Umbral
1	Número de referencias realizadas en el período. (Mensual, trimestral, semestral, anual). • Por niveles (Comunitario, Puestos/Centros de Salud, hospital) público y privados.	Sumatoria de todas las referencias realizadas en el período. (Mensual, trimestral, semestral, anual). • Por niveles (Comunitario, Puestos/Centros de Salud, hospital) Públicos y privados.	Formato de registro para la referencia y contrarreferencia. Copias de las referencias. Expediente clínico.	Refleja la necesidad de atención en un nivel de mayor resolución.	
2	Número de referencias recibidas en el período. (Mensual, trimestral, semestral, anual). • Por niveles (Comunitario, Puestos/Centros de salud, hospital) Públicos y privados.	Sumatoria de todas las referencias recibidas en el período. (Mensual, trimestral, semestral, anual). • Por niveles (Comunitario, Puestos/Centros de Salud, hospital) Públicos y privados.	Idem	Refleja el nivel de demanda de atención organizada en la unidad de salud.	
3	Número de referencias recibidas de la red comunitaria. En el periodo (mensual, trimestral, semestral, anual) público y privados.	Sumatoria de todas las referencias recibidas de agentes voluntarios de la comunidad en el periodo. (Mensual, trimestral, semestral, anual) público y privados.	Idem	Permite planificar el desarrollo de los agentes comunitarios, ya que refleja el desempeño de estos agentes en la comunidad.	
4	Porcentaje de referencias comunitarias recibidas de casos con síntomas asociados a enfermedades sujetas a vigilancia epidemiológica. En el periodo (Mensual, trimestral, semestral, anual) público y privados.	Sumatoria de las referencias comunitarias recibidas de casos con síntomas asociados a enfermedades sujetas a vigilancia epidemiológica entre el total de referencias recibidas por 100.	Idem	Permite analizar la contribución que la red comunitaria realiza en cuanto a la detección y reporte de enfermedades sujetas a vigilancia epidemiológica.	25% o menos
5	Porcentaje de referencias comunitarias a los programas de atención a la mujer y niñez En el periodo (Mensual, trimestral, semestral, anual) público y privados.	Sumatoria de las referencias comunitarias a los programas de atención a la mujer y niñez entre el total de referencias recibidas por 100.	Idem	Permite analizar la contribución que la red comunitaria realiza en cuanto a las coberturas de atención en programas priorizados.	25%
6	Proporción de referencias realizadas de emergencias obstétricas. Período. (mensual, trimestral, semestral, anual) • Por niveles (Comunitario,	No. de referencias de emergencias obstétricas realizadas entre el número total de referencias realizadas por 100.	Idem	Refleja la proporción de mujeres en riesgo de mortalidad materna, su análisis facilita la planificación y organización de los recursos para prevenir y atender oportunamente estas condiciones.	25% o menos

Norma Técnica de Referencia y Contrarreferencia

No	INDICADORES	Fórmula	Fuente	Interpretación	Umbral
	Puestos/Centros de Salud, hospital) público y privados.				
7	Proporción de referencias realizadas en menores de 5 años. En el período. (Mensual, trimestral, semestral, anual) <ul style="list-style-type: none"> Por niveles (Comunitario, Puestos/Centros de Salud, hospital) público y privados. 	No. de referencias realizadas de menores de 5 años entre el número total de referencias realizadas por 100.	Ídem	Permite conocer la proporción de niños y niñas menores de 5 años, en riesgo de mortalidad. Su análisis permite planificar y organizar los recursos para prevenir y atender oportunamente a la niñez.	40%
8	Proporción de referencias realizadas con carácter de urgencia. En el período. (Mensual, trimestral, semestral, anual). <ul style="list-style-type: none"> Por niveles (Comunitario, Puestos/Centros de Salud, hospital) público y privados. 	No. de referencias realizadas con carácter de urgencia entre el número total de referencias realizadas por 100.	Ídem	Refleja el nivel de avances en los mecanismos o acciones de promoción, prevención y detección oportuna de los problemas de salud. Debe esperarse la menor proporción posible. Se debe promover la referencia oportuna no Urgente.	50% o menos
9	Porcentaje de referencias que fueron enviadas correctamente en el periodo (mensual, trimestral, semestral, anual). <ul style="list-style-type: none"> Por niveles Comunitario, Puestos/Centros de Salud, hospital) público y privados 	No. de referencias dirigidas correctamente entre total de referencias elaboradas por 100.	Ídem	Refleja el conocimiento que hay en los centros acerca de los hospitales que les corresponde referir. (Se obtiene de la columna 10 del Formato de Registro de R-CR).	80%
10	Proporción de contrarreferencias enviadas a la red comunitaria. Período. (Mensual, trimestral, semestral, anual) público y privados.	No de contrarreferencias enviadas a la red comunitaria entre el total de casos referidos por la red por 100.	Ídem	Su análisis permite valorar la importancia que se otorga a las referencias enviadas por agentes comunitarios, y refleja el interés por mejorar el desempeño de estos agentes.	85%
11	Porcentaje de referencias adecuadas recibidas. en el periodo .(mensual, trimestral, semestral, anual) <ul style="list-style-type: none"> Por niveles (Comunitario, Puestos/Centros de Salud, hospital) público y privados. 	No. de referencias recibidas cuya elaboración fue adecuada entre el número total de referencias recibidas por 100.	Ídem	Permite identificar el conocimiento de las normas por parte del personal y calificar el desempeño de los recursos que están realizando las referencias.	85%
12	Porcentaje de contrarreferencias adecuadas recibidas en el periodo.(mensual, trimestral, semestral, anual) <ul style="list-style-type: none"> Por niveles (Comunitario, Puestos/Centros de Salud, hospital) público y privados. 	No. de contrarreferencias recibidas cuya elaboración fue adecuada entre el número total de contrarreferencias recibidas por 100.	Ídem	Permite identificar el Conocimiento de las normas por parte del personal y calificar el desempeño de los recursos que están realizando las contrarreferencias.	85%

XV. ESQUEMA FUNCIONAMIENTO DEL SISTEMA

ESQUEMA GRAFICO DEL FUNCIONAMIENTO DE LA REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA



XVI. BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

1. **Ministerio de Salud.** Marco Conceptual del Modelo de Salud Familiar y Comunitario (MOSAFC). Managua, Nicaragua, Julio 2008.
2. **Ministerio de Salud.** Manual de Organización y Funcionamiento del Sector Modelo de Salud Familiar y Comunitario (MOSAFC). Managua, Nicaragua, Julio 2008.
3. Ministerio de Salud. ***Norma Técnica del Sistema de Referencia y Contrarreferencia.*** Managua, Nicaragua. 1995. *Colaboración de OPS.*
4. Ministerio de Salud. **Primera Revisión Norma Técnica del Sistema de Referencia y Contrarreferencia.** Managua, Nicaragua. 2002.
5. Ministerio de Salud. **Segunda Revisión Norma Técnica del Sistema de Referencia y Contrarreferencia.** Managua, Nicaragua. Septiembre 2006.
6. Ministerio de Salud, **SISTEMA DE INFORMACION COMUNITARIO MANUAL NORMATIVO.** Managua, Nicaragua. Junio de 2003.
7. **Constitución Política de la República de Nicaragua.**
8. Ley 290. **Ley de Organización, Competencia y Procedimientos del Poder Ejecutivo.**
9. Decreto Presidencial No. 71 – 98. **Reglamento de la Ley de Organización, Competencia y Procedimientos del Poder Ejecutivo.**
10. *Ley No. 219. Ley de Normalización Técnica y Calidad.*
11. *Ley No. 423. Ley General de Salud.*
12. ***Reglamento de la Ley General de Salud.***
13. Ministerio de Salud. Hospital César Amador Molina. SILAIS Matagalpa: **Propuesta Reorganización del Sistema de Referencia y Contrarreferencia.** Abril 2004.
14. Ministerio de Salud. SILAIS Matagalpa: **Plan de Articulación entre Primero y Segundo Nivel de Atención.** Septiembre 2005.

ANEXOS

Instructivo para el llenado del Formato para la Referencia de Pacientes

Se deberá de realizar una original que se envía a la unidad receptora y una copia que queda en el expediente de la unidad referente la cual deberá ser firmada por el personal que la recibe en la unidad receptora.

1. **Unidad de Salud:** Anotar el nombre de la Unidad referente.
2. **Servicio:** Anotar el nombre del servicio que realiza la referencia (emergencia, gineco obstetricia, etc.)
3. **Expediente:** Anotar el número de expediente asignado en la unidad de salud. Si el/la paciente no tiene expediente debemos colocar "S/E" (Sin expediente).
4. **Nombre y Apellidos:** Anotar el nombre y los dos apellidos (si los tiene) del o la paciente, asegurarse que sean los correctos.
5. **Edad:** Anotar la edad correspondiente del ó la paciente. Especificar si son años", si el paciente tiene de 1 a 11 meses, si el paciente tiene de 1 hasta 29 días y si es un recién nacido con menos de 1 día de vida.
6. **Sexo:** Anotar masculino o femenino según corresponda.
7. **Dirección:** Anote la dirección habitual del o la paciente. En los casos de direcciones rurales, utilizar puntos de referencia importantes y conocidos en la comunidad.
8. **Comunidad:** Anotar el nombre de la comunidad donde reside actualmente el/la paciente.
9. **Municipio:** Anotar el nombre del municipio al que pertenece la comunidad del/la paciente.
10. **Departamento:** Anotar el nombre del Departamento al que pertenece el municipio del/la paciente.
11. **Ocupación:** Anotar el trabajo, empleo u oficio al que se dedica el paciente referido.
12. **Asegurado activo:** Marcar una "X" en SI, si el paciente tiene sus cotizaciones al día (el comprobante es la colilla de pago). Marcar una "X" en NO, si el paciente o su empleador tiene tres meses o más de no pagar sus cotizaciones (el comprobante es la colilla de pago).
13. **Tipo de asegurado:** Marcar una "X" en cotizante si el paciente es el cotizante del seguro, Marcar una "X" en beneficiario si el paciente es hijo (a), esposo (a), pariente, o persona definida como beneficiaria por parte del cotizante.
14. **Accidente de trabajo:** Marcar una "X" en SI, si el paciente sufrió un accidente de trabajo.
15. **Si ocurrió un trauma especificar:** Marcar una "X" en intencional si el accidente de trabajo ocurrió a propósito, marcar una "X" en Auto infligido si el mismo paciente se provocó el accidente, marcar una "X" en accidental si el accidente ocurrió de forma accidental, marcar una "X" en se ignora, si no se conoce la forma de ocurrencia del accidente.
16. **En caso de comunicación llamar a:** Anotar el nombre de un familiar o persona relacionada (o) con el paciente, que pueda apoyar a este en cualquier necesidad.
17. **Parentesco:** Anotar el vínculo (por consanguinidad, afinidad, adopción, matrimonio u otra relación estable de afectividad análoga a esta), que tiene la persona anotada en el ítem 14.
18. **Teléfono:** Anotar el número de teléfono (convencional o celular, fijo o móvil) de la persona anotada en el ítem 14.
19. **Empleador:** Anotar el nombre de la persona natural o jurídica, empresa, institución, organización etc. que emplea al paciente.
20. **Nº de seguro:** Anotar el número de seguro de la persona asegurada.
21. **Motivo de la referencia:** Anotar la causa o razón por la cual se realiza la referencia.
22. **Pulso:** Anotar el número de pulsaciones por minuto encontradas en el examen físico del paciente referido.
23. **Presión arterial:** Anotar el la presión arterial encontrada en el examen físico del paciente referido.
24. **Temperatura:** Anotar la temperatura en grados Celsius encontrada en el examen físico del paciente referido.
25. **Frecuencia respiratoria:** Anotar el número de veces en que se repiten las respiraciones por cada minuto, encontradas en el examen físico del paciente referido.
26. **Peso:** Anotar el peso en kilogramos encontrado en el examen físico del paciente referido.
27. **Talla:** Anotar la talla en metros encontrada en el examen físico del paciente referido.
28. **Resumen clínico y Tratamiento:** Anotar de forma resumida y completa: el motivo de consulta referido por el paciente, lo encontrado en el examen físico, los resultados de exámenes complementarios, resultados de medios diagnósticos, y plan de tratamiento aplicado al paciente referido.
29. **Diagnóstico y/o problema:** Anotar el diagnóstico o problema emitido por el profesional de salud tratante, de la unidad referente.
30. **Fecha de envío:** Anotar la fecha completa (día, mes y año) del envío del paciente referido.
31. **Hora de envío:** Anotar la hora exacta (hora, minutos, a.m. o p.m.) del envío del paciente referido.
32. **Acompañado por:** Nombre y cargo del profesional de salud que acompaña al paciente referido.
33. **Se envía al servicio de:** Nombre exacto del servicio al que se envía al paciente referido (Medicina interna, Pediatría, Gineco-obstetricia, Cirugía, etc.).
34. **Se contactó a:** Anotar el nombre de la persona de la unidad receptora con la que se estableció comunicación para dar a conocer la realización de esta referencia.
35. **De la Unidad:** Anotar el nombre de la unidad receptora a la que se envía al paciente referido.
36. **Del SILAIS:** Anotar el nombre del SILAIS al que pertenece la unidad receptora del paciente referido.
37. **Nombre del médico tratante:** Anotar el nombre completo del médico o profesional de salud que atendió al paciente en la unidad referente.
38. **Del Servicio:** Anotar el nombre del servicio del cual es referido el paciente (emergencia, pediatría, medicina interna, etc.).
39. **Firma y sello:** Firma del médico o profesional de salud que atendió al paciente y sello de la unidad o del servicio referente.
40. **Nombre y firma de quien recibe el traslado:** Nombre completo del médico o profesional de salud que recibe al paciente referido.
41. **Fecha y hora en que se recibe:** Anotar la fecha completa (día, mes y año) y la hora exacta (hora, minutos, a.m. o p.m.) del envío del paciente referido.

Instructivo para el llenado del Formato para la Contrarreferencia de Pacientes

Se deberá de realizar una original que se envía a la unidad referente una copia que queda en el expediente de la unidad receptora.

1. **Unidad de Salud:** Anotar el nombre de la Unidad que realiza la contrarreferencia.
2. **Servicio:** Anotar el nombre del servicio que realiza la contrarreferencia (emergencia, Gineco obstetricia, etc.).
3. **Expediente:** Anotar el número de expediente asignado en la unidad de salud receptora. Si el/la paciente no tiene expediente debemos colocar "S/E" (Sin expediente).
4. **Nombre y Apellidos:** Anotar el nombre y los dos apellidos (si los tiene) del o la paciente, asegurarse que sean los correctos.
5. **Edad:** Anotar la edad correspondiente del o la paciente. Especificar si son años, si el paciente tiene de 1 a 11 meses, si el paciente tiene de 1 hasta 29 días y si es un recién nacido con menos de 1 día de vida.
6. **Sexo:** Anotar masculino o Femenino según corresponda.
7. **Dirección:** Anote la dirección habitual del o la paciente. En los casos de direcciones rurales, utilizar puntos de referencia importantes y conocidos en la comunidad.
8. **Comunidad:** Anotar el nombre de la comunidad donde reside actualmente el/la paciente.
9. **Municipio:** Anotar el nombre del municipio al que pertenece la comunidad del/la paciente.
10. **Departamento:** Anotar el nombre del Departamento al que pertenece el municipio del/la paciente.
11. **Ocupación:** Anotar el trabajo, empleo u oficio al que se dedica el paciente referido.
12. **Asegurado activo:** Marcar una "X" en SI, si el paciente tiene sus cotizaciones al día (el comprobante es la colilla de pago). Marcar una "X" en NO, si el paciente o su empleador tiene tres meses o más de no pagar sus cotizaciones (el comprobante es la colilla de pago).
13. **Tipo de asegurado:** Marcar una "X" en cotizante si el paciente es el cotizante del seguro, Marcar una "X" en beneficiario si el paciente es hijo (a), esposo (a), pariente, o persona definida como beneficiaria por parte del cotizante.
14. **Accidente de trabajo:** Marcar una "X" en SI, si el paciente sufrió un accidente de trabajo.
15. **Si ocurrió un trauma especificar:** Marcar una "X" en intencional si el accidente de trabajo ocurrió a propósito, marcar una "X" en Auto infligido si el mismo paciente se provocó el accidente, marcar una "X" en accidental si el accidente ocurrió de forma accidental, marcar una "X" en se ignora, si no se conoce la forma de ocurrencia del accidente.
16. **En caso de comunicación llamar a:** Anotar el nombre de un familiar o persona relacionada (o) con el paciente, que pueda apoyar a este en cualquier necesidad.
17. **Parentesco:** Anotar el vínculo (por consanguinidad, afinidad, adopción, matrimonio u otra relación estable de afectividad análoga a esta), que tiene la persona anotada en el ítem 14.
18. **Teléfono:** Anotar el número de teléfono (convencional o celular, fijo o móvil) de la persona anotada en el ítem 14.
19. **Empleador:** Anotar el nombre de la persona natural o jurídica, empresa, institución, organización etc. que emplea al paciente.
20. **Nº de seguro:** Anotar el número de seguro de la persona asegurada.
21. **Fecha de egreso y Hora:** Anotar la fecha completa (día, mes y año) y la hora exacta (hora, minutos, a.m. o p.m.) en que es dado de alta el paciente de la unidad receptora.
22. **Días de estancia:** Anotar el número de días que pasó el paciente ingresado en la unidad receptora.
23. **Resumen clínico:** Anotar de forma resumida y completa: el diagnóstico con el que se recibió al paciente, lo encontrado en el examen físico, los resultados de exámenes complementarios, resultados de medios diagnósticos, y plan de tratamiento aplicado al paciente.
24. **La referencia fue:** Marque con una "x" en adecuadacuando esta se ajusta a los criterios de referencia, se realiza en el formato descrito por la norma, con letra legible y con los datos completos. Marque con una "x" en inadecuada con el incumplimiento de uno o más de los criterios antes mencionados.
25. **Inadecuada por:** Anotar la razón principal por la cual es considerada la referencia como inadecuada.
26. **Nombre del médico:** Nombre completo del médico o profesional de salud que atendió al paciente en la unidad receptora.
27. **Diagnóstico de egreso:** Anotar el diagnóstico o problema emitido por el profesional de salud tratante, de la unidad receptora.
28. **Recomendaciones:** Anotar las recomendaciones necesarias a seguir por el paciente y por la unidad de salud referente para dar continuidad al proceso de atención al paciente.
29. **Firma y Sello:** Firma del médico o profesional de salud que atendió al paciente y sello del servicio o de la unidad receptora.

Instructivo para el llenado del Libro de Registro Diario de las Referencias y Contrarreferencias

ENCABEZADO

Llenar la identificación con los datos del SILAIS, Municipio y Unidad de Salud según corresponda.

Columna No.1

“No”: Colocar el número en orden secuencial de los casos conforme se realice el registro.

Columna No.2

“Nombre y Apellidos”: Anotar el nombre y los dos apellidos (si los tiene) del o la paciente, asegurarse que sean los correctos.

Columna No. 3

“Procedencia”: Anote la dirección habitual del o la paciente. (Si es área urbana

Columna No.4

“No. Expediente”: Anotar el Número de expediente asignado en la unidad de salud. Si el/la paciente no tiene expediente debemos colocar “S/E” (Sin expediente).

Columna No. 5

“Sexo”: Marcar con una **“X”** el sexo del o la paciente según corresponda, en **“M”** si es masculino o en **“F”** si es femenino.

Columna No. 6

“Edad”: Anotar la edad correspondiente del o la paciente. Especificar **“a”** si son años, **“m”** si el paciente tiene de 1 a 11 meses, **“d”** si el paciente tiene de 1 hasta 29 días y **“h”** si es un recién nacido con menos de 1 día de vida.

Columna No. 7

“Fecha”: En esta columna se debe anotar la fecha en que se realiza o recibe la referencia.

Columna No. 8

“Enviado por”: Marcar una **“X”** en la casilla correspondiente: En **U/S** si el/la paciente ha sido referido/a de otra unidad de salud. En **“PEA”** si ha sido referida de una partera. En **“BPS”** si ha sido referido de un brigadista. En **“Esp”** si el/la paciente llegó de manera espontánea. En **“Otros”** si ha sido referido por otra persona.

Columna No. 9

Diagnóstico de Referencia: Aquí se debe colocar el **“Diagnóstico”** o bien, el **“Clasificado como:..”** de este caso. Diagnóstico Inicial: Aquí se escribe el diagnóstico con el que fue recibido. Diagnóstico Final: Aquí se escribe el diagnóstico

que emite la unidad de salud al momento de su alta o al envío a otra unidad de salud.

Columna No. 10

“Calidad de la Referencia recibida”: Marcar con una **“X”** en la casilla **“A”** cuando ésta sea Adecuada o **“I”** cuando sea Inadecuada. Se considera adecuada cuando se realiza en el formato descrito por la norma, con letra legible y con los datos completos. Se considera inadecuada con el incumplimiento de uno o más de los criterios antes mencionados.

Columna No. 11

“Carácter”: Marcar una **“X”** en la casilla que corresponde al criterio o carácter con el que se realiza la referencia. Se marcará en **“U”** si el carácter de la referencia o los criterios diagnósticos hacen del caso una **“Urgencia”**, en casos **“No Urgentes”** marcar con una **“X”** en la casilla **“NU”**.

Columna No. 12

“Referido a”: Anotar en esta casilla la unidad hacia donde se realiza la Referencia, en los casos de haber resuelto el problema del o la paciente en nuestra unidad de salud, dejar esta casilla en blanco.

Columna No. 13

“CONTRA/REF”: Esta columna consta de cuatro **“casillas”**, para su llenado se colocará una **“X”**, en **“SI”** cuando se haya recibido una contrarreferencia y en **“NO”** en caso contrario. En las casillas siguientes **“A”** e **“I”**, la **“A”** significa que la contrarreferencia es adecuada. En caso contrario, se marcará con una **“X”** en la casilla **“I”**.

Columna No. 14

“Nombre de quien realiza la referencia”: El que realiza la Referencia debe escribir de forma clara su nombre en esta casilla.

ANEXO No. 3

**MINISTERIO DE SALUD
BOLETA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA COMUNITARIA**



COMPROBANTE

Nombre del Paciente:

Edad

Sexo: Hombre Mujer

Comunidad o Barrio:

Motivo de Referencia:

Fecha de Referencia:

Fecha de contrarreferencia:

Observaciones:

REFERENCIA

Nombre del Paciente:

Edad

Sexo: Hombre Mujer

Comunidad o Barrio:

Fecha de Referencia:

MOTIVO DE REFERENCIA

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Control de Niño/a | <input type="checkbox"/> Lactancia Materna |
| <input type="checkbox"/> Certificado de nacimiento | <input type="checkbox"/> Lepra de Montaña |
| <input type="checkbox"/> Dificultad para respirar | <input type="checkbox"/> Mordedura de Animal |
| <input type="checkbox"/> Diarrea | <input type="checkbox"/> Parto |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Puerperio |
| <input type="checkbox"/> Embarazada | <input type="checkbox"/> Presión Alta |
| <input type="checkbox"/> Enviada a Casa Materna | <input type="checkbox"/> Planificación Familiar |
| <input type="checkbox"/> Estimulación Temprana | <input type="checkbox"/> Recién Nacido |
| <input type="checkbox"/> Fiebre | <input type="checkbox"/> Vomito |
| <input type="checkbox"/> Herida | <input type="checkbox"/> Violencia Intrafamiliar |
| <input type="checkbox"/> Intoxicación | <input type="checkbox"/> Otros |

Observaciones:

Nombre del Agente Comunitario:

CONTRA REFERENCIA

Nombre

Edad

Sexo: Hombre Mujer

Fecha:

Unidad De Salud:

Comunidad o Barrio:

Indicaciones:

Nombre del Médico o Enfermera:

Firma del Médico o Enfermera

BOLETA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA COMUNITARIA INSTRUCCIONES PARA LLENAR LA BOLETA

1.1 COMPROBANTE (Primera Parte)

Será llenada por vos o la persona que designes en tu nombre, esta podrá ser llenada en las visitas casa a casa, actividades educativas individuales y grupales o cuando la persona de la comunidad vaya a tu casa para la referencia.

El talonario con esta primera parte (comprobante) quedará en tus manos, con el propósito de darle seguimiento a los miembros de la comunidad que referis, o los casos de vigilancia epidemiológica. También te permitirá conocer el número de referencias elaboradas en los diferentes períodos: semanal, mensual, trimestral, anual y cuántas de estas referencias son contrarreferidas por las Unidades de salud.

NOMBRE Y APELLIDOS: Se anotará el nombre y apellido de la persona atendida.

EDAD: Se escribirá en esta casilla, la edad de la persona atendida. Está se escribirá en número y se deberá acompañar con una "d" si tiene días, "m" cuando tenga meses o "a" cuando sean años. Ejemplo: 5'. (significa cinco años) y 5 m (significa cinco meses).

SEXO: Se escribirá "x", según el sexo de la persona que refirás, si es Hombre o Mujer.

COMUNIDAD O BARRIO: Escribirás la comunidad donde vive la persona que se está remitiendo a la Unidad de Salud, da la mayor información que podás.

MOTIVO POR EL CUAL SE REFIERE: Anota la cuasa por la que estas enviando a la Unidad de Salud o en el caso que no quiera ir a la Unidad de Salud, envía la referencia a la Unidad de Salud y anota el motivo o la causa por la que considerás que debe ir a la Unidad de Salud.

FECHA DE REFERENCIA: Anotarás el día, mes y año en que enviastes a la persona a la unidad de salud.

FECHA DE CONTRARREFERENCIA: Pondrás la fecha en la que recibistes la contrarreferencia que es llenada por el personal de salud que atendió a la persona que referístes.

OBSERVACIONES: Aquí escribirás algunas cosas importantes que vos debés recordar, cuando hicistes la referencia o indicaciones de la contrarreferencia que debés anotar para darle seguimiento.

1.2 REFERENCIA (Segunda Parte)

Será llenada por vos o la persona que designes en tu nombre, seguido del llenado de la primera parte (comprobante). Se desprenderá del talonario con la tercera parte (Contrarreferencia).

NOMBRE Y APELLIDOS: Se anotará el nombre y apellido de la persona atendida.

EDAD: Se escribirá en esta casilla, la edad de la persona atendida. Está se escribirá en número y se deberá acompañar con una "dO si tiene días, "m" cuando tenga meses o "a" cuando sean años. Ejemplo: 5'. (significa cinco años) y 5 m (significa cinco meses).

SEXO: Se escribirá "x", según el sexo de la persona que refirás, si es Hombre o Mujer.

COMUNIDAD O BARRIO: Escribirás la comunidad donde vive la persona que se está remitiendo a la Unidad de Salud, da la mayor información que podás.

FECHA DE REFERENCIA: Anotarás el día, mes y año en que enviastes a la persona a la unidad de salud.

MOTIVO: Se encuentra un listado de 17 motivos de la referencia por el cual se está enviando a la Unidad de Salud de los cuales podés marcar uno o varios, según sea el caso.

OBSERVACIONES: Podés ampliar sobre el motivo de la referencia o en casos de notificaciones, aclarar que la persona anotada en la referencia no quiere ir a la Unidad de Salud.

NOMBRE DEL COLABORADOR COMUNITARIO / PERFIL: Escribirás tu nombre y que papel jugás en la red comunitaria (perfil) y esta parte será incorporada, por el personal de salud, al expediente de éVla paciente.

1.3 CONTRARREFERENCIA (Tercera Parte)

Esta tercera parte será desprendida con la segunda parte y entregada a la persona atendida para que ésta la entregue en la Unidad de Salud. Esta parte la debe llenar el personal de salud, sin embargo los datos generales pueden ser llenados por el agente comunitario siempre y cuando este én disposición de hacerlo y con previo consentimiento de la Unidad de Salud.

NOMBRE Y APELLIDOS: Se anotará el nombre y apellido de la persona atendida.

EDAD: Se escribirá en esta casilla, la edad de la persona atendida. Está se escribirá en número y se deberá acompañar con una "dO si tiene días, "m" cuando tenga meses o "a" cuando sean años. Ejemplo: 5'. (significa cinco años) y 5 m (significa cinco meses).

SEXO: Se escribirá "x", según el sexo de la persona que refirás, si es Hombre o Mujer.

FECHA: Se anotará la fecha en que se entregue la contrarreferencia a la paciente.

UNIDAD DE SALUD: Aquí el Médico / Enfermera anotará el nombre de la Unidad de Salud, donde se brindó la atención.

COMUNIDAD O BARRIO: Se anotara la comunidad donde vive la persona que se está remitiendo a la Unidad de Salud, da la mayor información que podás.

INDICACIONES: El médico / enfermera, hará una breve descripción de las indicaciones que debe seguir el paciente para curarse del motivo de consulta por el cual fue referido y en lo que podés apoyarle.

NOMBRE DEL MÉDICO O ENFERMERA:

El recurso de salud que atendió a la persona referida, debe anotar su nombre completo.

FIRMA DEL MEDICO O ENFERMERA:

Pondrá su firma.

ANEXO 4
Guía para el Informe Cuantitativo
Referencia y Contrarreferencia

SILAIS: _____ **MUNICIPIO:** _____

Unidad de Salud: _____ **Público () Privado ()**

Período Reportado: _____

Responsable: _____

I. De las referencias

A) Referencias enviadas por sexo y tipo	No	%
<i>Referencias del sexo masculino</i>		
<i>Referencias del sexo femenino</i>		
<i>Niños o niñas menores de cinco años</i>		
<i>Emergencias obstétricas</i>		
<i>Enfermedades sujetas a vigilancia epidemiológica</i>		
<i>Referencias con carácter de urgencia</i>		
<i>Referencias NO urgentes</i>		
Total referencias enviadas en el período:		

B) Referencias recibidas según frecuencia	No	%
<i>Referencias del sexo masculino</i>		
<i>Referencias del sexo femenino</i>		
<i>Niños o niñas menores de cinco años</i>		
<i>Emergencias obstétricas</i>		
<i>Enfermedades sujetas a vigilancia epidemiológica</i>		
<i>Referencias con carácter de urgencia</i>		
<i>Referencias NO urgentes</i>		
Total referencias recibidas en el período:		

C) Referencias recibidas según nivel	No	%
<i>De la Red comunitaria</i>		
<i>De las Unidades del Primer nivel</i>		
<i>De las Unidades del Segundo nivel</i>		
<i>De las otras unidades del Sector</i>		
Total referencias recibidas en el período:		
D) Referencias Comunitarias recibidas	No	%
Realizadas por brigadistas		
Realizadas por parteras		
Realizadas por otros colaboradores		
Total de Referencias comunitarias:		
E) Referencias Comunitarias según diagnóstico	No	%
Atención Prenatal (APN)		
Parto		
Puerperio		
Planificación Familiar		
VPCD		
PAI		
EDA		
IRA		
Otros		
Total de Referencias comunitarias:		

F) Calidad de las Referencias de U/S recibidas	No	%
Adecuadas		
Inadecuadas		
Total de Referencias:		

G) Calidad de las Referencias Comunitarias recibidas	No	%
Adecuadas		
Inadecuadas		
Total de Referencias:		

II. De las Contrarreferencias

A) Contrarreferencias enviadas	No	%
<i>De Puestos de Salud hacia la comunidad</i>		
<i>De Centros de Salud hacia la comunidad</i>		
<i>De Centros de Salud hacia Puestos de Salud</i>		
<i>De Hospital hacia Centros de Salud</i>		
Total contrarreferencias enviadas en el período:		

B) Calidad de las contrarreferencias recibidas	No	%
<i>Contrarreferencias adecuadas</i>		
<i>Contrarreferencias inadecuadas</i>		
Total contrarreferencias recibidas:		

Instructivo para el llenado de la Guía para el informe cuantitativo de las referencias y contrarreferencias

Encabezado

Llenar la identificación con los datos del SILAIS, Municipio, Unidad de Salud, Periodo reportado (puede ser la semana, el mes, el trimestre, el semestre o el año según corresponda) y responsable municipal (Director o su delegado).

La fuente de información para hacer el consolidado del informe cuantitativo, es el registro diario de referencias y contrarreferencias (anexo 2).

I. De las referencias

A) Referencias enviadas según frecuencia: En este inciso A existen tres columnas, la primera columna se refiere a las referencias enviadas según sexo, edad, emergencias obstétricas, enfermedades sujetas a vigilancia, y el carácter de las referencias. En la segunda columna se debe anotar el número de casos referidos según corresponda. En la tercera columna se debe colocar el porcentaje que representa tomando como el 100% el **total de referencias enviadas** en el periodo que corresponde al reporte.

Ejemplo 1: Para el mes de Enero 2010 se enviaron 100 referencias, de estas 48 eran del sexo masculino y 52 del sexo femenino. Colocamos el número en la columna correspondiente y hacemos una regla de tres:

Total de referencias enviadas	100	100%	$48 \times 100\% / 100 = 48\%$
Referencias del sexo masculino	48	X	

A) Referencias enviadas según frecuencia	No	%
<i>Referencias del sexo masculino</i>	48	48
<i>Referencias del sexo femenino</i>	52	52
Total referencias enviadas en el período:	100	100

B) Referencias recibidas según frecuencia: Igual procedimiento que el anterior. Aquí el 100% corresponde al **total de referencias recibidas** en el periodo que corresponde al reporte.

C) Referencias recibidas según nivel: En este inciso C existen tres columnas, la primera columna se refiere a las referencias recibidas según nivel (comunitario, primer nivel, segundo nivel y otras unidades del sector). En la segunda columna se debe anotar el número de casos recibidos según corresponda. En la tercera columna se debe colocar el porcentaje que representa tomando como el 100% el **total de referencias recibidas** en el periodo que corresponde al reporte.

Calculo: Igual procedimiento al ejemplo 1.

D) Referencias Comunitarias recibidas: En este inciso D existen tres columnas, la primera columna se refiere a las referencias comunitarias recibidas según tipo de colaborador (brigadista, partera, otros colaboradores). En la segunda columna se debe anotar el número de casos recibidos según corresponda. En la tercera columna se debe colocar el porcentaje que representa tomando como el 100% el **total de referencias comunitarias recibidas** en el periodo que corresponde al reporte.

Calculo: Igual procedimiento al ejemplo 1.

E) Referencias Comunitarias según diagnóstico: En este inciso E existen tres columnas, la primera columna se refiere a las referencias comunitarias recibidas según diagnóstico (APN, Parto, Puerperio, P. Familiar, VPCD, PAI, EDA, IRA, Otros). En la segunda columna se debe anotar el número de casos recibidos según corresponda. En la tercera columna se debe colocar el porcentaje que representa

tomando como el 100% el **total de referencias comunitarias recibidas** en el periodo que corresponde al reporte.

Cálculo: Igual procedimiento al ejemplo 1.

F) Calidad de las referencias de U/S recibidas: En este inciso F existen tres columnas, la primera columna se refiere a las referencias de U/S recibidas valoradas como adecuadas o inadecuadas:

Referencias adecuadas: datos completos, letra legible, correcto diagnóstico, estudio del paciente completo, terapia adecuada, se utilizó el formato correcto.

Referencias inadecuadas: datos incompletos, letra ilegible, incorrecto diagnóstico, estudio del paciente incompleto, terapia inadecuada, no se utilizó el formato correcto.

En la segunda columna se debe anotar el número de casos recibidos según corresponda. En la tercera columna se debe colocar el porcentaje que representa tomando como el 100% el **total de referencias de U/S recibidas** en el periodo que corresponde al reporte.

Cálculo: Igual procedimiento al ejemplo 1.

G) Calidad de las referencias Comunitarias recibidas: En este inciso G existen tres columnas, la primera columna se refiere a las referencias Comunitarias recibidas valoradas como adecuadas o inadecuadas:

Referencias adecuadas: datos completos, letra legible, correcto motivo de referencia.

Referencias inadecuadas: datos incompletos, letra ilegible, incorrecto motivo de referencia.

En la segunda columna se debe anotar el número de casos recibidos según corresponda. En la tercera columna se debe colocar el porcentaje que representa tomando como el 100% el **total de referencias Comunitarias recibidas** en el periodo que corresponde al reporte.

Calculo: Igual procedimiento al ejemplo 1.

H) Diagnóstico de referencias más frecuente según procedencia: En este inciso H existen cinco columnas (usted puede agregar si es necesario), en la primera columna se anota el nombre de la Unidad de Salud que refirió a nuestra Unidad (puede ser una o varias U/S las que refieren a nuestra Unidad) en las columnas numeradas como **Problema 1 al 4** debe anotarse el nombre del diagnóstico o problema que nuestra Unidad recibió de las Unidades en orden de mayor a menor.

Ejemplo: La Unidad de Salud de Ayapal refirió a nuestra Unidad en el mes de Enero 2006, 10 casos de Neumonía, 8 casos de EDA con deshidratación grado III, 6 casos de Piodermitis y 4 casos de Infección de Vías Urinarias.

H) Diagnóstico de Referencia más frecuente según procedencia				
Unidad de Salud/Comunidad	DIAGNÓSTICO			
	1	2	3	4
Ayapal	Neumonía	EDA DH III	Piodermitis	

II. De las Contrarreferencias

A) Contrarreferencias enviadas: En este inciso A existen tres columnas, la primera columna se refiere a las contrarreferencias enviadas según niveles: De P/S hacia la Comunidad, de C/S hacia la Comunidad, de C/S hacia P/S, de Hospital hacia C/S (ésta última fila se llena solo en el caso de que nuestra unidad es un hospital). En la segunda columna se debe anotar el número de contrarreferencias

según corresponda. En la tercera columna se debe colocar el porcentaje que representa tomando como el 100% el **total de contrarreferencias enviadas** en el periodo que corresponde al reporte.

Cálculo: Igual procedimiento al ejemplo 1.

B) Calidad de las Contrarreferencias recibidas: En este inciso B existen tres columnas, la primera columna se refiere a la calidad de las contrarreferencias recibidas por nuestra unidad.

Contrarreferencias adecuadas: datos completos, letra legible, diagnóstico de egreso, resumen clínico y tratamiento completo, recomendaciones, firma y sello, se utilizó el formato correcto.

Contrarreferencias inadecuadas: datos incompletos, letra ilegible, sin diagnóstico de egreso, sin resumen clínico y tratamiento completo, sin recomendaciones, sin firma y sello, se utilizó el formato incorrecto. En la segunda columna se debe anotar el número de contrarreferencias adecuadas o inadecuadas según corresponda. En la tercera columna se debe colocar el porcentaje que representa tomando como el 100% el **total de contrarreferencias recibidas** en el periodo que corresponde al reporte.

Cálculo: Igual procedimiento al ejemplo 1.

ANEXO 5
GUÍA PARA EL ANÁLISIS CUALITATIVO
NORMA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

SILAIS: _____ Municipio _____
Unidad de Salud: _____ Privados () Público ()

PARA REALIZAR EL ANÁLISIS CUALITATIVO DE LA NORMA
DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA, DEBE:

1. Resumir **Dos casos** (uno de Mujer y uno de niñez) de los más importantes, referidos en el período reportado, señalando dificultades (los aciertos y desaciertos) en el cumplimiento de la norma y en la articulación entre los diferentes niveles de atención del sistema de salud.
2. Incluir casos ó aspectos del proceso de la referencia que han servido para salvar las vidas de mujeres o niños/as (Casos Exitosos).
3. Incluir circunstancias que obstaculizaron el cumplimiento de la Norma Técnica de Referencia y Contrarreferencia o el incumplimiento de las Normas Técnicas de Atención Integral, en las referencias realizadas durante el período reportado.
4. Proponer y programar acciones para superar los problemas que se presentaron en el manejo de los casos más graves que se enviaron o no a través de la norma de Referencia y Contrarreferencia.
5. Registrar con cada problema del cumplimiento de la norma de Referencia y Contrarreferencia la propuesta de solución, posible de realizar, las cuales serán discutidas en la instancia señalada en el proceso de monitoreo y evaluación (evitar enjuiciamientos improductivos).
6. Recordar los avances que se pueden lograr con el adecuado funcionamiento del SR y CR:
 - a. Fortalecer la Calidad de la Atención (No rechazos, no maltrato, no gastos innecesarios).
 - b. Promover un intercambio de conocimientos y la capacitación continua entre los niveles de atención.
 - c. Fortalecer el cumplimiento de las Normas Técnicas de Atención Integral.
 - d. Fuente de Información para la investigación científica.
 - e. Fuente para la auditoria médica.
 - f. Fuente para la supervisión del desempeño del personal de salud.
 - g. Instrumento estratégico para reducir la Mortalidad y las complicaciones (Reducir secuelas y Salvar vidas).
 - h. Fortalecer la participación comunitaria.