



**ESCUELA DE POSGRADO**  
UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

Factores de Optimización del Sistema de Referencia y  
Contrarreferencia en la Red Desconcentrada Sabogal-  
EsSalud 2016

**TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE:**

Maestra en Gestión de los Servicios de Salud

**AUTOR:**

Bch. Betty Eliana Sausa Huamán

**ASESOR:**

Mgtr. Eliana Castañeda Núñez

**SECCIÓN**

Ciencias Médicas

**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN**

Gestión de los Servicios de Salud

**PERÚ - 2018**

Página del Jurado

---

Dra. Jessica Palacios Garay  
Presidente

---

Dra. Karen Zevallos Delgado  
Secretario

---

Mgtr. Eliana Castañeda Núñez  
Vocal

### **Dedicatoria**

A Dios que acompaña mi vida y la de mi familia proporcionándonos fuerza para salir adelante ante las dificultades

A mi esposo, compañero incondicional y a mis hijos, que son la alegría y razón de mi vida, por su amor y comprensión.

## **Agradecimiento**

A Dios por guiar mi camino y por todo lo bueno que me otorga día a día.

A mi familia que siempre está conmigo.

A mis docentes por los consejos y enseñanzas a lo largo de la maestría.

A la Magister Eliana Castañeda Núñez por asesorar el desarrollo de la presente tesis.

## Declaración de Autoría

Yo, Betty Eliana Sausa Huamán, estudiante de la Escuela de Postgrado, Maestría en Gerencia de los Servicios de Salud, de la Universidad César Vallejo, Sede Lima Norte; declaro el trabajo académico titulado “Factores de Optimización del Sistema de Referencias y Contrarreferencias en la Red Desconcentrada Sabogal-EsSalud 2016”, presentada, en 93 folios para la obtención del grado académico de Magister en Gerencia de los Servicios de Salud es de mi autoría.

Por tanto, declaro lo siguiente:

- He mencionado todas las fuentes empleadas en el presente trabajo de investigación, identificando correctamente toda cita textual o de paráfrasis proveniente de otras fuentes, de acuerdo con lo establecido por las normas de elaboración de trabajos académicos.
- No he utilizado ninguna otra fuente distinta de aquellas expresamente señaladas en este trabajo.
- Este trabajo de investigación no ha sido previamente presentado completa ni parcialmente para la obtención de otro grado académico o título profesional.
- Soy consciente de que mi trabajo puede ser revisado electrónicamente en búsqueda de plagios.
- De encontrar uso de material intelectual ajeno sin el debido reconocimiento de su fuente o autor, me someto a las sanciones que determinen el procedimiento disciplinario.

Lima, 11 de Marzo del 2017

---

**Betty Eliana Sausa Huamán**  
DNI: 06029530

## Presentación

Señores miembros del Jurado, presento ante ustedes la Tesis titulada “Factores de Optimización de los Sistemas de Referencias y Contrarreferencias en la Red Desconcentrada Sabogal-EsSalud 2016”, con la finalidad de establecer los factores que puedan optimizar el Sistema de Referencia y Contrarreferencia en la Red Desconcentrada Sabogal del el Seguro Social del Perú., en cumplimiento del Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad César Vallejo para obtener el Grado Académico de Magister en Gerencia en los Servicios de Salud.

Esta investigación es un trabajo desarrollado en el contexto del Sistema de Referencia y Contrarreferencia sobre factores estructurales, técnico administrativos y operativos que optimizan el sistema de Referencia y Contrarreferencia.

La investigación propuesta buscó mejorar la calidad de los Sistemas de Referencia y Contrarreferencia en la red Desconcentrada Sabogal, a fin de que se determinen los factores predominantes para lograr la optimización del Sistema, de manera que conociendo los factores que causaron distorsión, se puedan desarrollar acciones y planes de mejora, lo que contribuirá con el descongestionamiento de hospitales mediante el fortalecimiento del sistema de referencia y contrarreferencia.

La investigación consta de 7 capítulos estructuralmente interrelacionados en forma secuencial determinados por la Universidad César Vallejo en su reglamento, como son: Capítulo I: Introducción, Capítulo II: Marco metodológico, Capítulo III: Resultados, Capítulo IV: Discusiones, Capítulo V: Conclusiones, Capítulo VI: Recomendaciones, Capítulo VII: Referencias y VIII Anexos.

Esperando cumplir con los requisitos de aprobación.

**El autor**

## Resumen

El objetivo del estudio fue determinar los factores predominantes de la optimización del Sistema de Referencias y Contrarreferencias (SRC) en la Microrred Negreiros de la Red Asistencial Sabogal, EsSalud en el año 2016. Para ello se establecieron 3 dimensiones: 1) Operativa, relacionada a la organización 2) Técnico Profesional, relacionada a la capacidad y habilidad profesional y 3) Estructural, que incluye infraestructura, recursos humanos y materiales.

El estudio se realizó con un enfoque cuantitativo, utilizando un método descriptivo de tipo Básico y diseño no experimental transversal. El tamaño de la muestra analizada de 79332 referencias emitidas durante el 2016, se utilizaron 2 técnicas de recolección de datos, la observación estructurada y el análisis documentario con 2 instrumentos.

Se obtuvo como resultado que el factor predominante en optimización del SRC fue el factor operativo con un 20% sobre los factores estructurales 7% y técnico profesionales con un 6%. Se concluyó que los factores operativos son predominantes en la optimización de los sistemas de referencias y Contrarreferencias en los tres niveles de atención por lo que se recomienda elaborar acciones y planes de mejora de los factores operativos para optimizar el Sistema de referencia y contrarreferencia.

Palabras claves: Optimización-sistema-referencia y contrarreferencia-operativo-técnico profesional-estructural

## **Abstract**

The objective of the study was to determine the predominant factors of the optimization of the References and Counter-Referral System in the Microrred Negreiros of the Sabogal Assistance Network, EsSalud in 2016. For this, three dimensions were established: 1) Operative, related to the organization 2) Professional Technician, related to the capacity and professional ability and 3) Structural, that includes infrastructure, human and material resources.

The study was carried out with a quantitative approach, using a descriptive method of Basic type and non-experimental cross-sectional design. The sample size analyzed was 79332 references issued during 2016, 2 techniques of data collection; structured observation and documentary analysis were used with 2 instruments; Check table and checklist.

As a result, the predominant factor in optimization of the Reference and Counter-Referencing System was the operating factor with 20% on structural factors 7% and technical professionals with a 6%. It was concluded that the operating factors are predominant in the optimization of Reference systems and counter-references in the three levels of attention, so it is recommended to develop actions and plans to improve operating factors to optimize the Reference and Counter-referral System.

Keywords: Optimization-system-reference – counter reference-operative-technical -professional-structural

## Tabla de Contenido

	<b>Página</b>
Página del Jurado	ii
Dedicatoria	iii
Agradecimiento	iv
Declaratoria de autenticidad	v
Presentación	vi
Resumen Abstract	vii
Tabla de Contenido	ix
Lista de Tablas	xi
Tabla de Figuras	xii
<b>I. Introducción</b>	
1.1 Antecedentes	14
1.2 Fundamentación científica, técnica o humanística	20
1.3 Justificación	33
1.4 Problema	35
1.5 Objetivos	40
<b>II. Marco Metodológico</b>	
2.1. Variables	42
2.2. Operacionalización de variables	42
2.3. Metodología	43
2.4. Tipos de estudio	43
2.5. Diseño	44
2.6. Población, muestra y muestreo	44
2.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	47
2.7.1. Técnicas de recolección de información	47
2.7.2. Técnicas de recolección de datos	47
2.7.3. Instrumento	48

2.7.3. Validación y la confiabilidad	49
2.8. Métodos de análisis de datos	49
2.9. Aspectos éticos	49
III. Resultados	51
IV. Discusión	61
V. Conclusiones	66
VI. Recomendaciones	68
VII. Referencias	70
VIII. Anexos	74
Anexo 1. Matriz de Consistencia	75
Anexo 2. Constancia emitida por la institución que acredite la realización del estudio in situ	77
Anexo 3. Matriz de datos	79
Anexo 4. Instrumento	84
Anexo 5. Normas de Referencia y Contrarreferencia	86
Anexo 6. Glosario de Términos	88
Anexo 7. Artículo Científico	150

## Lista de Tablas

		Página
Tabla 1	Porcentaje de referencias emitidas en relación a los establecimientos de la Microrred Negreiros	38
Tabla 2	Operacionalización de la Variable del Sistema de Referencias y Contrarreferencias	43
Tabla 3	Distribución de la población referida a los establecimientos del II y III Nivel de atención de la Microrred Lima Norte-Negreiros	45
Tabla 4	Porcentaje de referencias observadas en los establecimientos del Primer nivel de la Microrred Negreiros	46
Tabla 5	Desarrollo de Lista de cotejo	48
Tabla 6	Desarrollo de lista de chequeo	48
Tabla 7	Factores predominantes de optimización del Sistema de Referencias según dimensiones	51
Tabla 8	Desarrollo de los Factores operativos según nivel de atención	52
Tabla 9	Desarrollo de Factores técnico profesional según niveles de atención	54
Tabla 10	Indicador de Contrarreferencia en II y III Nivel de atención	56
Tabla 11	Registros inadecuados en el Primer nivel de atención	57
Tabla 12	Desarrollo de Factores estructurales según nivel de atención	58
Tabla 13	Factores predominantes en la optimización del Sistema de Referencias y Contrarreferencias según niveles de atención	59

## Tabla de Figuras

		Página
Figura 1	Factores del Sistema deficiente de Referencias y Contrarreferencias	24
Figura 2	Sistema de Salud del Perú. Lima	26
Figura 3	Un modelo de Red Integrada del Sistema de Salud	30
Figura 4	Relación de atenciones vs referencias de los establecimientos de I nivel de la Microrred Negreiros al II y III Nivel de atención	38
Figura 5	Referencias emitidas en la Microrred Negreiros del I Nivel de atención	46
Figura 6	Porcentaje de Referencias observadas en establecimientos del I Nivel de la Microrred Lima Norte-Negreiros	46 51
Figura 7	Factores predominantes en la Optimización del Sistema de Referencias y Contrarreferencias según dimensiones	52
Figura 8	Dimensión Operativa según nivel de atención	
Figura 9	Indicadores de la dimensión operativa	53
Figura 10	Dimensión Técnico Profesional según nivel de atención	54
Figura 11	Indicadores de la Dimensión Técnico Profesional	55
Figura 12	Porcentaje de Contrarreferencia del II y III Nivel de atención	56
Figura 13	Registros inadecuados en el Primer nivel de atención	57
Figura 14	Dimensión estructural según niveles de atención	58
Figura 15	Indicadores de la dimensión estructural	59
Figura 16	Factores predominantes en la optimización del Sistema de Referencias y Contrarreferencias según niveles de atención	60

# **I. Introducción**

## 1.1. Antecedentes

### 1.1.1. Antecedentes Internacionales.

Taligua (2016) en su monografía *Evaluación del Sistema de Referencias y Contrarreferencias por parte de los prestadores de servicio en el municipio de Montería departamento de Córdoba* planteó como objetivo evaluar el sistema de Referencias y Contrarreferencias de los prestadores del servicio de salud en el Municipio de Morelia para establecer propuestas de mejoramiento, realizó una evaluación descriptiva y retrospectiva, encontrando como resultado una serie de deficiencias en el SRC que afectan la oportunidad de atención, ocasionadas por falta de información y conocimiento de protocolos y normativas por los usuarios del sistema de referencia, por mal uso de los servicios por parte de los pacientes, lo que ocasiona congestión en el segundo y tercer nivel de atención, subutilización del primer nivel de atención, listas de espera y elevación de costos, por lo que concluye que el SRC promueve la eficacia en el sector salud, tanto la eficiencia productiva como la eficiencia económica a fin de hacer buen uso de los recursos. Un SRC evita la generación de costos innecesarios, no solo para el sistema de salud sino también para los usuarios. El SRC se constituye en una herramienta de gestión importante.

Zurita (2014) en su tesis sobre la *Reestructuración del Sistema de Referencias y Contrarreferencias en el Hospital Sagrado Corazón de Jesús de la Ciudad de Quevedo* para optar por el Título de Magister de Gerencia de Servicios de Salud en la Universidad Regional Autónoma de los Andes (UNIANDES), de Ecuador, planteó como objetivo reestructurar el manejo del sistema de Referencia – Contrarreferencia en el Hospital Sagrado Corazón de Jesús para mejorar la atención de salud de los usuarios, con criterios de satisfacción y cumplimiento sus necesidades, para ello utilizó un estudio de tipo descriptivo, Inductivo-Deductivo, y empleó las técnicas de Observación, encuesta y entrevista con el Cuestionario como herramienta. Los resultados obtenidos fueron insatisfacción del paciente, falta de orientación, mala calidad de la atención, y tiempo de espera para ser atendido prolongado, falta de monitoreo y evaluaciones de indicadores operacionales, falta de supervisión directa y

demora en la contrarreferencia, por lo que propone una reestructuración del manejo del Sistema de Referencia y Contrarreferencia (SRC), del Hospital Sagrado Corazón de Jesús del Cantón Quevedo.

García, Abreu, Antonietti, Guillén y Said (2013) en su artículo original sobre *Sistema de Referencia-contrarreferencia entre el segundo y el tercer nivel de salud en una red hospitalaria en el conurbano bonaerense*, en Argentina planteó como objetivo describir el sistema de referencia y contrarreferencia en la unidad de cuidados intermedios pediátricos del Hospital de Alta Complejidad en Red El Cruce, determinó los puntos álgidos que podrían impedir el fortalecimiento de la red y averiguó el nivel de conocimiento de los profesionales sobre la Red Hospitalaria. Para ello realizaron un estudio observacional, prospectivo que evaluó los indicadores relacionados al ingreso y egreso de los pacientes pediátricos y realizaron una encuesta a todos los jefes de servicios pediátricos de la Red. Los resultados obtenidos mostraron que el 83,9% de los pacientes fueron referidos desde la Red, se aceptaron 71,1% de las referencias solicitadas y el 9,4% fueron contrarreferidos al centro de origen. De la encuesta realizada, se concluyó que el 70% de los jefes de servicios pediátricos no conocían el menú prestacional de la red. Por lo que se concluyó que el éxito del sistema de referencia se encuentra en la continuidad de atención, es decir en el paso del paciente al segundo nivel de atención con la aceptación de su referencia y se identificó como problemas: la escasa contrarreferencia hacia los centros de origen y el bajo nivel autoconocimiento del sistema prestacional del personal de la red asistencial.

Medina y Miranda (2013) en su artículo original sobre la *Aplicación de la norma de Referencia y Contrarreferencia en el Centro de Salud Señor Santiago de Presto. 2013*. Bolivia, planteó como objetivo describir el funcionamiento del Sistema de Referencia y Contrarreferencia del Centro de Salud Señor Santiago de Presto, en la gestión 2013. Esta investigación tiene enfoque cuantitativo, es de carácter descriptivo, observacional y transversal, teniendo como resultado que existe una debilidad bastante importante de relación entre los servicios de salud del Municipio de Presto dentro de su propia Red y más aún con los servicios de

mayor complejidad, deficiencias en el cumplimiento de normas establecidas sobre todo en contrarreferencias.

Ramírez y Viana (2012) en su tesis para optar al grado de especialización en Gerencia de Salud. En la Universidad de Cartagena *Evaluación del Sistema de referencias y contrarreferencias en el servicio de urgencias de la Empresa social del estado Hospital local Arjona* planteó como objetivo evaluar la calidad del sistema de referencia y contrarreferencia en el servicio de urgencias en la ESE. Hospital Local Arjona en el primer semestre del año 2010 con el fin de mejorar el proceso. La metodología empleada fue un esquema descriptivo de corte transversal sincrónico, método analítico en la población de Arjona utilizando un instrumento estandarizado, obteniendo como resultado un Indicador Global de satisfacción en Referencias y Contrarreferencias Bajo ( 60% malo) y en los ítems por mejorar concluye que 40% debe mejorar en red de servicios y 25% sugiere ampliar cobertura.

Peñaherrera (2015) en su tesis para optar el grado de Magister en Salud Pública en la Pontificia Universidad Católica del Ecuador *Comparación de la funcionalidad del sistema de referencia y contrarreferencia antes y después de instaurar al primer nivel de atención como puerta de entrada obligatoria al sistema de salud, en el distrito de salud 17d01 — Nanegalito, período 2011-2013*” planteó como objetivo comparar la efectividad del sistema de referencia y contrarreferencia, antes y después de implementada, como puerta de entrada obligatoria al sistema de salud, el primer nivel de atención, en el Distrito de Salud 17D01 – Nanegalito, período 2011-2013. Para el análisis de la problemática del Sistema de Referencia y Contrarreferencia, utilizó la Teoría General de Sistemas, optando como metodología la Investigación – Acción; con la participación activa de los involucrados en todo el proceso de referencia y contrarreferencia. La obligatoriedad de ser atendidos por el primer nivel, previa la atención por especialidad; y la evaluación de la pertinencia de los formularios de referencia, permitió contar con información útil para el especialista y reducir las referencias injustificadas.

### 1.1.2. Antecedentes nacionales.

Salirrosas, Pastor y Tovar (2014) en su artículo original de *Avances en los Sistemas de Referencia y Contrarreferencia en EsSalud* planteó como objetivo Determinar el avance del sistema de Referencia y Contrarreferencia en EsSalud, mediante la evaluación de SRC determinando datos para la toma de decisiones y acciones de mejora, para ello realizó un estudio descriptivo de la base de datos de EsSalud y realizó un Piloto, propuso un nuevo modelo de atención en referencia, eliminando los tiempos de espera a través de un Piloto entre el H.II Carlos Alcántara, H.III Angamos y Hospital Nacional Edgardo Rebagliati. La propuesta consistía en atender lo antes posible las solicitudes de referencia en menos de una hora. Los resultados, presentaron inconvenientes debido a que en el Hospital Alcántara se tenía atraso en el ingreso de referencias, los procesos no estaban estandarizados en los 3 centros del piloto, el visado de referencias se realizaba con mucho retraso, lentitud del sistema web, por lo cual concluyó que existen problemas en la meso gestión de referencias, era necesario crear indicadores de gestión que midan la interrelación de los actores y los componentes de este sistema, así como los tiempos de la meso y microprocesos. Era necesario estandarizar y adaptar el sistema de acuerdo a su realidad.

Llave y Rodríguez (2015) en su artículo original *Plan de referencia y contra referencia para mejorar la oferta de servicios de salud en la consulta externa de los hospitales II-1 en la provincia de Trujillo: 2014-2016* publicado en *“Ciencia y Tecnología, Año 11, N° 4, 2015, 85-103* planteó como objetivo la elaboración e implementación de un “Plan referencia y contra referencia” que contribuya a mejorar la oferta de servicios de salud en la consulta externa, para ello utilizó el método descriptivo, explicativo y analítico. La técnica empleada fue la encuesta aplicada a los pacientes. Los resultados más importantes y trascendentales fueron el “Diagnóstico de la referencia y contra referencia del Departamento de la Libertad y su incidencia en la Provincia de Trujillo año 2012” y el “Análisis de la oferta de los servicios de salud en la consulta externa de los siete hospitales II-1 en la Provincia de Trujillo año 2013” los mismos que permitieron concluir que el problema fue el déficit en la oferta en la consulta externa tanto de infraestructura,

equipamiento, recursos humanos, y organización de la atención.

Cahua (2015) en su tesis para optar grado de maestra en gestión estratégica de la calidad y auditoría médica *Nivel de cumplimiento del indicador de referencia en el marco de la tercerización de los servicios de salud, 2014 – 2015* propuso como objetivo determinar si una IPRESS de la ciudad de Lima que tercerizó servicios de salud para EsSalud entre agosto 2014 y agosto 2015 cumplía con el indicador de referencia generadas en las consultas médicas preventivas y/o recuperativas por trimestre en el contexto de la tercerización. Para ello realizó un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo de corte longitudinal en que concluye que la IPRESS tercerizada alcanzó el porcentaje requerido de referencias, cumpliendo con el indicador de referencias generadas en la consulta médica en los cuatro trimestres evaluados.

### **1.1.3. Antecedentes en EsSalud.**

En 1995 inicia en EsSalud el Sistema Nacional de Referencias y Contrarreferencias como respuesta a la falta de oportunidad de atención, especialmente de asegurados de zonas alejadas de la capital, que no tenían acceso a los hospitales de alta complejidad, ya que estos se encontraban en Lima. El Sistema de Referencias y Contrarreferencias pretendió establecer una atención en Red, con continuidad de atención a través de los diferentes niveles de atención, donde el sistema permitía referir pacientes que requieren mayor capacidad resolutiva y contrarreferir al centro de origen al paciente aliviado/tratado. El sistema de atención era tipo piramidal y la capacidad de atención era determinada por niveles.

En 1995, aparece la Primera Directiva N° 008 de EsSalud. En ella se definió el Sistema de Referencias, Objetivos, Tipos de Referencia y Procesos. En el año 1998, se realizó la Primera Convención de Referencias y Contrarreferencias y se elaboró una nueva propuesta de normas y flujos. En el año 2000 entró en vigencia la Directiva 011.GG-EsSalud, en ella se disminuyen procedimientos administrativos, para flexibilizar la norma y lograr una rápida

respuesta.

En el 2012 con la *Directiva 003-GG-EsSalud-2012* se establece las *Normas del Proceso de Referencia y Contrarreferencia de EsSalud* que describió a la referencia como “Un procedimiento asistencial mediante el cual el médico tratante del establecimiento de origen desplaza la responsabilidad de la continuidad del manejo médico y/o ayuda al diagnóstico del paciente a otro establecimiento de mayor capacidad resolutive”. En 2015 con *Directiva N°014-GG-EsSalud 2015* establece “*Normas del Proceso de Referencia y Contrarreferencia de EsSalud*”, introduciendo en ella la auditoria de la referencia y guías de algunas patologías médicas

Los Sistemas de Comunicación que comprenden el Sistema de Referencias y Contrarreferencias, a lo largo de los años también han mejorado y constituyen un pilar importante para lograr la atención de los pacientes que acceden al sistema de referencias y contrarreferencias, logrando así la continuidad de atención, mejorando la oportunidad, obteniendo mayor información estadística y mayor fluidez en el manejo de la carga de Referencias, así como en el envío de las Contrarreferencias al establecimiento de origen.

Las primeras comunicaciones que se establecieron para el sistema de referencias de EsSalud eran manuales, usaban fax para comunicarse y eran dirigidos desde la Gerencia Central. Luego, se conforman las Unidades de Referencias en los diferentes establecimientos para descentralizar las atenciones y se conforman las Unidades de Referencias que contaban con medios de comunicación, los que luego son informatizados con el uso del Internet. Actualmente se cuenta con una web lo que permite una interconexión real a nivel nacional.

Pero la evolución del sistema trajo consigo no sólo trajo mejora de la comunicación e interconexión, trajo consigo:

- Aumento en la demanda de referencias hacia hospitales o institutos de mayor complejidad, por falta de resolución en establecimientos menor nivel.

- Resistencia de los pacientes referidos a hospitales de mayor complejidad a regresar a establecimientos de primer nivel.
- Citas diferidas para pacientes referidos nuevos.
- Bajo número de contrarreferencias desde hospitales de mayor complejidad
- Retorno frecuente de los pacientes contrarreferidos desde establecimientos de menor complejidad u hospitales de provincias para sus controles, por falta de especialistas, médicos capacitados y protocolos estandarizados en sus hospitales de origen.

El Ministerio de Salud en la Norma Técnica N°018 (2004), define al sistema de referencia y contra referencia (SRC) como el conjunto ordenado de procedimientos asistenciales y administrativos, a través del cual se asegura la continuidad de la atención de las necesidades de salud de los usuarios, con la debida oportunidad, eficacia y eficiencia, transfiriéndolo de la comunidad o establecimiento de salud de menor capacidad resolutive a otro de mayor capacidad resolutive. (p 22)

## **1.2. Fundamentación científica.**

Según la Directiva de EsSalud N°014-GG- 2015 se definió al Sistema de Referencias y Contrarreferencias como el conjunto de elementos que permite el traslado de un paciente desde su centro asistencial de adscripción a otro de mayor capacidad resolutive, con la finalidad de garantizar la continuidad de la atención considerando la capacidad resolutive operativa, haciendo posible su retorno al lugar de origen una vez resuelto el problema o establecido un manejo definido. (p.22)

Los factores de optimización del Sistema de Referencia y Contrarreferencia se definen como los elementos que contribuyen a la mejora y continuidad de la atención del paciente desde que es referido desde su centro asistencial de adscripción a otro de mayor capacidad resolutive, hasta su retorno al lugar de

origen una vez resuelto su problema de salud.

### **Factores de Optimización del Sistema de Referencia y Contrarreferencia**

La optimización es definida como un método para determinar las variables que intervienen en un proceso o sistema para mejorar el rendimiento de la actividad evitando pérdida de tiempo o datos y que el resultado sea el mejor posible. Así, los factores de optimización del Sistema de Referencia y contrarreferencia se definieron como los elementos que contribuyen a mejorar el sistema de referencia y contrarreferencia logrando el mejor resultado.

Los estudios realizados del sistema de referencia, determinan algunos factores que intervienen en la optimización del sistema de manera aislada. Así Talaigua (2016) describe algunas deficiencias del sistema de referencias ocasionados por la falta de conocimiento de protocolos, mal uso de los servicios del usuario y desconocimiento de normativa de referencia. Zurita (2014), al evaluar el Sistema de Referencia y Contrarreferencia en Ecuador, señala deficiencias en tiempos de espera, falta de monitoreo y evaluaciones de indicadores operacionales, falta de supervisión directa y demora en contrarreferencias. Llave y Rodríguez (2015) señalan como problemas del Sistema de Referencia y Contrarreferencia en Trujillo la infraestructura, el recurso humano, el equipamiento y la organización de la atención. Taligua señala 8 aspectos claves necesarios en los procesos de referencias y contrarreferencias . de la Dirección General de salud de Ayacucho señala factores del sistema deficiente de Referencias y contrarreferencia, agrupadas en 3 tipos de problemas: operativa, gestión e institucional.

El Ministerio de Salud en la *Norma Técnica de Salud NTS N° 21 MINSA/DGSP (2011)* conceptualiza a la “oferta de servicios de salud al conjunto de recursos del sistema de salud de la población, considerando los siguientes elementos: estructura, capacidad

resolutiva, capacidad de oferta (recursos humanos, infraestructura, equipamiento, organización de la atención”. (p 8-9).

En base a estos estudios y la observación directa se definieron factores que intervienen en el Sistema de Referencia y Contrarreferencias y se agruparon en 3 dimensiones.

### ***Dimensión 1: Operativa***

Elementos relacionados a la operatividad y organización del Sistema de Referencias y Contrarreferencias, incluye procesos, flujos de atención, elementos administrativos del sistema. Los factores operativos descritas en la Guía de Gestión en la pequeña empresa, 1998, y relacionados a la capacidad operativa resolutiva descrita en la Directiva 014 N°014-GG- 2015 Normas para el proceso de referencia y Contrarreferencias en Es Salud, están referidos a los procesos que sigue una prestación de servicio, teniendo en cuenta las instalaciones de uso y los instrumentos empleados para el cumplimiento de sus tareas, los elementos tangibles e integran el servicio y los estándares de calidad. Los procesos en calidad están referidos a lo que los médicos y proveedores son capaces de hacer por los pacientes en relación a las actividades de apoyo, además de las habilidades, actitudes, destrezas y técnicas con las que se lleva a cabo.

### ***Dimensión 2: Técnico Profesional***

Elementos relacionados a la capacidad del profesional, conjunto de conocimientos y habilidades del profesional.

Se enfatiza la capacitación y la destreza profesional como factor técnico de calidad que va a incidir en registros médicos, en referencias, traslados, altas, etc.

### ***Dimensión 3: Estructural***

Relacionado a elementos accesibilidad y disponibilidad de del sistema de referencias y Contrarreferencias, incluye recursos humanos y materiales. La estructura es un factor de Calidad descrito por Donabedian para evaluar no solo los aspectos de estructura física sino los elementos que dan soporte a la atención médica, por ello se incluye recursos humanos, materiales, insumos, etc.

#### **Factores que intervienen los Sistemas de Referencia y Contrarreferencia.**

Talaigua (2016) señala 8 aspectos claves que se deben tener en cuenta para la implementación de los Sistemas de Referencias y Contrarreferencias:

- Red de servicios de salud,
- Carteras o catálogos de servicios,
- Protocolos de atención para cada nivel.
- Formularios del sistema de referencias y contrarreferencias.
- Mecanismo de supervisión.
- Sistemas de información.
- Mecanismos de evaluación.
- Mecanismos de incentivos para el cumplimiento del SRC.

Quispe (2004) “*Sistema de referencias y Contrarreferencias en Ayacucho*” (Diapositiva). Ayacucho, Dirección General de Ayacucho, presenta factores del sistema deficiente de Referencias y Contrarreferencias, agrupándole en 3 tipos de problemas: Problemas de gestión, problemas operativos y problemas institucionales.

ht  
2015.ppt

**FACTORES DEL SISTEMA DEFICIENTE DE REFERENCIAS Y CONTRARREFERENCIAS**

SS026-



*Figura 1. Factores del Sistema deficiente de referencia y Contrarreferencias*

*Nota: Dirección General de Salud Ayacucho*

### **Enfoque Humanístico.**

El desarrollo del presente trabajo logró determinar los factores de afectan la optimización del sistema de referencia y Contrarreferencias de Es Salud en los tres niveles de atención de salud. Es por ello fue necesario definir algunos conceptos que nos permitieron conocer la realidad de nuestro sistema de salud, los niveles de atención, la conformación de redes de salud, las carteras de servicios, protocolos, y normativa vigente del sistema de referencia y Contrarreferencias en EsSalud.

Los resultados permitieron sustentar la optimización de la oferta de los servicios de referencias y contrarreferencias bajo el enfoque de la teoría del desarrollo humano, propuesta por Carl Rogers que propone el progreso poblacional con un servicio universal y de calidad en la salud de las personas.

El enfoque humanístico se basa en la persona humana en sus cualidades y en el desarrollo de sus potencialidades, considerando a la persona como un ser individual único, con iniciativa, con necesidades de desarrollarse, crecer y resolver sus problemas de manera creativa. Los seres no solo son personas con conocimientos sino que tienen sentimientos, afectos, intereses y valores propios que los hace ser personas totales. La finalidad del humanista es fortalecer la toma de decisiones respetando los derechos de la persona, lo que contribuirá para optimizar el sistema de referencias y Contrarreferencias.

Rogers (1980) propuso que las personas que maduran son las que se sienten autorrealizadas y van adquiriendo mayor objetividad y congruencia en su vida, desarrollando todo su potencial humano.

### **Sistemas de Servicios d Salud.**

La OMS definió a los sistemas de salud como: “La suma de todas las organizaciones, instituciones y recursos cuyo objetivo principal consiste en mejorar la salud” Un sistema de salud necesita personal, financiación, información, suministros, transporte y comunicación, así como una orientación y una dirección generales. Además, tiene que proporcionar buenos tratamientos y servicios que respondan las necesidades de la población.

Alcalde, Lazo y Nigenda (2011) describieron al sistema de salud de Perú y sus componentes: “El sistema de salud del Perú tiene dos sectores, el público y el privado. Para la prestación de servicios de salud, el sector público se divide en régimen subsidiado o contributivo indirecto y régimen contributivo directo, que es el que corresponde a la seguridad social. El gobierno ofrece servicios de salud a la población no asegurada a cambio del pago de una cuota de recuperación de montos variables sujetos a la discrecionalidad de las organizaciones o a través del Seguro Integral de Salud (SIS). La prestación de servicios tanto para el régimen subsidiado de población abierta como para la población afiliada al SIS se realiza a través de la red de establecimientos del Ministerio de Salud (MINSA), hospitales e institutos especializados que están ubicados en las regiones y en la capital de la república. El sistema de seguridad social en salud tiene dos subsistemas: el seguro social con provisión tradicional (EsSalud) y la provisión privada (EPS). Es

Salud ofrece servicios de salud a la población asalariada y sus familias en sus propias instalaciones, pero desde la promulgación de la Ley de Modernización de la Seguridad Social en 1997, el sector privado le ha vendido servicios personales a Es Salud a través de las Entidades Prestadoras de Salud (EPS). Los militares, policías y sus familias tienen su propio subsistema de salud integrado por las Sanidades de las Fuerzas Armadas (FFAA) y la Policía Nacional del Perú (PNP). En el sector privado se distingue el privado lucrativo y el privado no lucrativo. Forman parte del privado lucrativo las EPS, las aseguradoras privadas, las clínicas privadas especializadas y no especializadas, los centros médicos y policlínicos, los consultorios médicos y odontológicos, los laboratorios, los servicios de diagnóstico por imágenes y los establecimientos de salud de algunas empresas mineras, petroleras y azucareras. Como prestadores informales están los proveedores de medicina tradicional. El sector privado no lucrativo está clásicamente representado por un conjunto variado de asociaciones civiles sin fines de lucro. La mayor parte presta servicios de primer nivel y frecuentemente reciben recursos financieros de cooperantes externos, donantes internos, gobierno y hogares.”

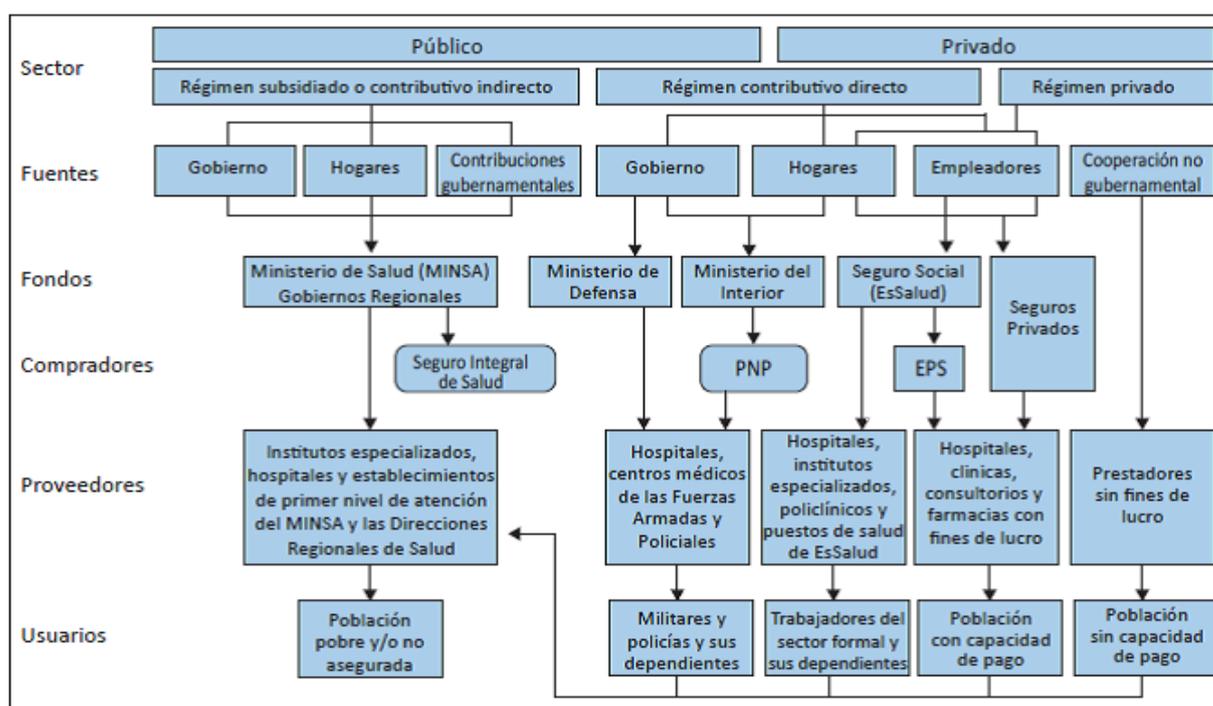


Figura 2. Sistema de Salud del Perú.

Nota: Universidad Peruana Cayetano Heredia Lazo-Gonzales O (sf). 2011. Lima

## Niveles de atención

Vigoro, Vacarezza, Álvarez y Sosa (2014), define niveles de atención como una forma ordenada y estratificada de organizar los recursos para satisfacer las necesidades de la población. Las necesidades a satisfacer no pueden verse en términos de servicios prestados, sino en el de los problemas de salud que se resuelven, clásicamente se distinguen tres niveles de atención. (p12)

El primer nivel de atención es el primer contacto, el más directo y cercano a la población. Está organizado con los recursos necesarios para responder a las necesidades básicas, las que pueden ser resueltas con actividades de promoción de salud, prevención de la enfermedad y por procedimientos de recuperación y rehabilitación. Cuenta con establecimientos de baja complejidad, como consultorios, policlínicas, centros de salud, etc. En este nivel se ubica el 85% de la demanda de atención de problemas prevalentes, los cuales pueden ser resueltos en este nivel permitiendo una adecuada accesibilidad de la población, pudiendo realizar una atención oportuna y eficaz. En el segundo nivel de atención se ubican los hospitales y establecimientos donde se prestan servicios relacionados a la atención en especialidades básicas, medicina interna, pediatría, ginecoobstetricia, cirugía general y psiquiatría. Se estima que entre el primer y el segundo nivel se pueden resolver hasta 95% de problemas de salud de la población. El tercer nivel de atención se reserva para la atención de patologías complejas, especializadas, de problemas poco prevalentes que requieren procedimientos especializados y de alta tecnología. Su ámbito de cobertura debe ser la totalidad de un país, o gran parte de él. En este nivel se resuelven aproximadamente 5% de los problemas de salud que se planteen. (Vignolo, Vacarezza, Alvarez y Sosa 2014, p 12)

Vignolo, Vacarezza, Alvarez, y Sosa (2014) Para que los niveles de atención funcionen adecuadamente debe existir un sistema de referencia y contrarreferencia que permita la continencia o capacidad operativa de cada uno de los mismos. Para que el

proceso de atención a los usuarios se pueda dar ininterrumpidamente por parte del sistema sanitario, los niveles de atención deben de funcionar con una adecuada referencia y contrarreferencia y para esto es fundamental la coordinación entre los diferentes niveles. Para que esto se pueda dar debe existir una continencia o capacidad operativa de cada uno de ellos acorde con las necesidades, debiendo tener siempre en cuenta que la entrada del usuario al sistema debe darse siempre desde el primer de atención. (Ppm 12)

### **Redes de Atención de Salud.**

La OMS/OPS en su publicación de las Redes de atención en salud señala la importancia del trabajo en redes, la diferencia de trabajar niveles de complejidad de atención o de complejidad creciente, términos que resultan discriminatorios para la atención primaria y expresan una falta de articulación de la atención en redes, una falta de continuidad de la atención que se traduce en atenciones fragmentadas, competitivas, con duplicación de esfuerzos y que resultan en problemas de accesibilidad de atención. El sistema de referencia y contrarreferencia debe estar inmerso en un sistema de redes que priorice la resolución del problema de salud en los diferentes niveles.

Vilaca, (2013) definió la importancia de las redes de atención:

Las propuestas de redes como base para las políticas públicas han sido adoptadas cada vez más, a partir de la década del 90, para superar el modelo burocrático y jerárquico hegemónico, en un contexto de creciente complejidad de las cuestiones sociales, de procesos de privatización, de descentralización acelerada, de globalización, de proliferación de organizaciones no gubernamentales y de fortalecimiento del control público.

“ Fleury y Ouverney (2007) Las redes han sido propuestas para administrar políticas y proyectos en los que los recursos son escasos y los problemas complejos; donde interactúan agentes

públicos y privados, centrales y locales; donde se manifiesta una creciente demanda por beneficios y participación ciudadana. (p.79) Agranoff y Lindsay (1983). La gestión eficaz de las redes implica: trabajar rutinariamente en la producción de consensos; operar con situaciones en las que todos los actores ganen; armonizar los decisores políticos y administrativos; negociar las soluciones; y monitorear y evaluar permanentemente los procesos (p.79)

Las redes de atención buscan establecer patrones estables de interrelaciones que permitan concretar planes de su institucionalidad. Las principales ventajas de las redes, señaladas por Pondolny y Page en 1998, son:

- La extensión y capacidad de aprendizaje, la difusión de conocimiento y la creación de nuevos conocimientos a través de las redes.
- La legitimación y estatus, la integración de los diferentes actores del sector reduce la inseguridad de las políticas y programas
- Beneficios económicos porque el intercambio, la interrelación de instituciones y la reducción de costos posibilitan mejorar la economía y mejorar la calidad.

Por otro lado, las redes presentan algunas características que crean dificultades y disminuyen su eficacia. Por ejemplo, los numerosos actores que intervienen en las redes que dificulta llegar a consenso, negociar, rendir cuentas y establecer mecanismos de participación, coordinación y control de las Redes. (FLEURY y OUVRENEY, 2007, p.80)

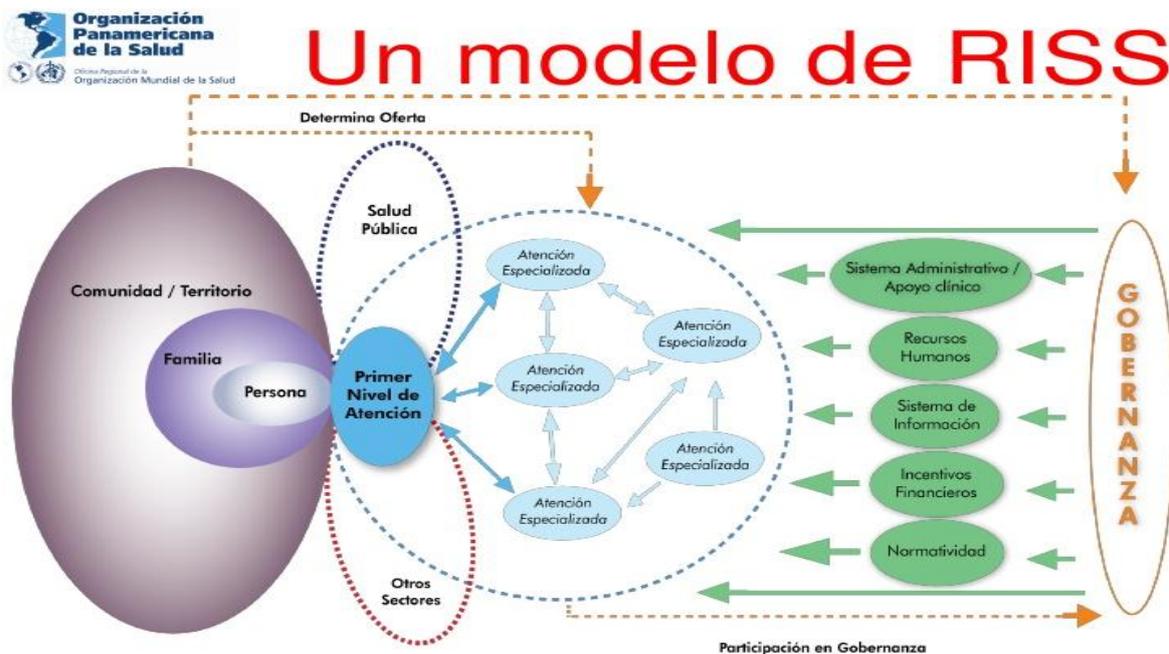


Figura 3. Un modelo de Red Integrada del Sistema de Salud.

Nota: Las Redes de atención de salud. (2013). Editorial en español OP

### 1.2.7 Atención médica.

Para nuestro estudio, emplearemos el concepto de Atención Médica, referido a "la totalidad de los servicios que se prestan directamente a las personas para la atención de la salud, incluyendo a las tradicionales actividades de promoción, protección, diagnóstico, tratamiento, recuperación y rehabilitación."

Analizaremos el sistema de referencia y contrarreferencia entre los niveles de atención teniendo en consideración la accesibilidad y oportunidad para obtener la continuidad de atención. Esto es considerar a la referencia – contrarreferencia como un proceso que se produce naturalmente en los establecimientos de salud para lograr la continuidad de atención del usuario cuando se la iniciado la atención teniendo como puerta de entrada al sistema de salud el primer nivel de atención.

#### **Cobertura.**

Capacidad de cubrir las necesidades de atención de la totalidad de la población, contando para ello con oferta de servicios básicos de salud, el cual

se encuentra organizado de manera suficiente y efectiva, garantizando una provisión en forma continua, con lugares accesibles y en forma aceptable para la población. A la vez, debe facilitar el acceso a diferentes niveles del sistema de salud.

### ***Accesibilidad.***

Se entiende por accesibilidad al grado de ajuste entre las características de la población y los recursos de atención de la salud.

Aquí se encuentran incluidos recursos estructurales, características de la población: económicas, sociales, demográficas, epidemiológicas, etc.

### **1.2.8. Mejoramiento continuo de la calidad en los servicios de salud.**

El participar en procesos de Mejoramiento Continuo de la Calidad (MCC) resulta una experiencia que encuentra al personal de los establecimientos de salud en un espectro de actitudes que varían desde una gran excitación y expectativa, hasta notable escepticismo y rechazo, debido a los significativos cambios que el trabajo por la calidad introduce en la dinámica de la organización.

Para llevar adelante estos procesos, una entidad debe instalar los denominados 3 pilares de MCC: concentrar el foco en los requerimientos del usuario, revisar continuamente sus procesos y trabajar en equipo. Como se supone, operacionalizar estos tres pilares, exige un cambio notable en la dinámica de la organización, así:

- Focalizar en los requerimientos del usuario
- Revisar continuamente los procesos: asociada estrechamente a lo anterior, exige revisar lo actuado para identificar desde su pertinencia, hasta su adecuación a los requerimientos de los usuarios. La revisión de los procesos implica recoger evidencias del funcionamiento y los resultados de la organización en relación a los requerimientos de los usuarios, por tanto requiere un manejo serio de los datos y la información producida por la organización.
- Trabajar en equipo: la participación de múltiples actores e instancias de la organización en los procesos de producción de los servicios a los usuarios,

requiere que todos quienes participan en ellos, estén involucrados en su revisión. Se requiere de múltiples perspectivas para identificar adecuadamente los problemas y generar las mejores soluciones.

### ***La gestión por procesos con enfoque al usuario.***

Afianzándose en una concepción de mejoramiento continuo de la calidad, la gestión por procesos es la forma de gestionar toda la organización basándose en los procesos críticos. Entendiendo estos como una secuencia de actividades orientadas a generar un valor añadido sobre una entrada para conseguir un resultado, y una salida que a su vez satisfaga los requerimientos del usuario.

### **1.2.9. Normas para el Proceso de Referencia y Contrarreferencia en EsSalud .**

Con Resolución de Gerencia General N° 1517-GG-EsSalud-2015 se aprueba la Directiva de Gerencia General N°014 EsSalud 2015, la cual contiene anexos a través de los cuales podemos evaluar cumplimiento de la directiva, y determinar factores que impiden la optimización del sistema de referencia

### ***Flujo del Proceso de Referencias y Contrarreferencias de pacientes***

Establece los pasos que se deben seguir en el proceso de referencia, desde el otorgamiento de la referencia en consultorio médico a la obtención de la cita y atención en la especialidad requerida en el centro de destino

### ***Recursos Humanos en las Unidades de Referencias y Contrarreferencias***

Consigna los recursos humanos a programar en las unidades de referencia de acuerdo a su nivel de atención.

### ***Infraestructura y equipamiento en las unidades de referencias y contrarreferencias***

Consigna la infraestructura necesaria para el funcionamiento del sistema de referencias y contrarreferencias.

### ***Criterios de referencia y contrarreferencia del segundo al tercer nivel de atención***

Establece criterio mínimos de aceptación en el segundo o tercer nivel de patologías priorizadas.

## **1.3 Justificación**

### **1.3.1. Justificación Técnica (teórica).**

Zurita (2014) señala que el sistema de referencia y contrarreferencia, es el mecanismo a través del cual se definen estrategias que permitan garantizar el acceso y continuidad de los servicios de salud en el marco de las políticas de descentralización de competencias y recursos, con la participación de distintos actores involucrados, entre ellos los prestadores de salud.

El Sistema de Referencia y Contrarreferencias se encuentra enmarcado en Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS), teniendo un enfoque en la Atención Primaria en Salud; por tanto podemos afirmar que el sistema se creó para lograr una mejor atención y direccionamiento que satisfaga sus expectativas y necesidades de salud. Teniendo en cuenta que en los procesos de referencia y Contrarreferencias existen dificultades para garantizar la oportunidad y la continuidad de atención, es necesario conocer los factores que influyen en la optimización del sistema a fin de mejorarlos y elevar la calidad de servicio.

### **1.3.2. Justificación Práctica.**

Mensualmente, la Red Asistencial Sabogal de EsSalud atiende aproximadamente seis mil referencias y contrarreferencias, teniendo problemas en la oportunidad de citas y satisfacción del usuario. La detección de los factores que influyen en la calidad del sistema y su posterior intervención permitirá optimizar los servicios de referencia y contrarreferencias de la Red Asistencial Sabogal, haciéndolo más eficiente. La investigación propuesta busca mejorar la calidad de los sistemas de referencias y contrarreferencias, a fin de que se determinen las acciones necesarias para intervenir los factores que causan distorsión y que sirvan de base

para acciones y planes de mejora, lo que contribuirá con el descongestionamiento de hospitales mediante el reforzamiento de la atención primaria y la mejora de los sistemas de referencia y contrarreferencia.

El conocer factores intervinientes en la optimización de referencia y Contrarreferencia beneficiará no sólo a la Institución sino a los usuarios y al personal de la Red Asistencial Sabogal, pudiendo ser válidos para las otras redes asistenciales de EsSalud.

### **1.3.3. Justificación metodológica.**

La identificación de factores que intervienen en la optimización del sistema de referencias, mediante la descripción y basada en el análisis de la normativa existente, en los hallazgos encontrados en estudios de evaluación del sistema previos y los resultados obtenidos, lo que permitirá no sólo identificar los factores de optimización, sino establecer las razones por la que no se obtienen los resultados esperados al aplicar la normativa vigente.

### **1.3.4. Justificación normativa**

#### ***Generalidades del Sistema de Referencias y Contrarreferencia en EsSalud.***

El Sistema de Referencias y Contrarreferencias es el conjunto de normas técnicas y administrativas establecidas para otorgar una atención de salud adecuada, basada en los valores institucionales de equidad, oportunidad, calidad y eficiencia en los diferentes establecimientos de salud, según nivel de atención y grado de complejidad dentro de la Red Asistencial de Salud. A través del Sistema de Referencia y Contrarreferencia se pretende lograr la articulación de la red prestadora de servicios de salud, de manera que garantice la continuidad de la atención de salud de acuerdo a la capacidad resolutoria de las instituciones prestadoras de servicios de salud.

Es decir, el Sistema de Referencia y Contrarreferencia es el conjunto de actividades administrativas y asistenciales, por la cual se transfiere la atención de salud, el estudio diagnóstico y/o el tratamiento especializado de un establecimiento de menor complejidad el cuidado de la salud o elementos de diagnóstico, de un establecimiento de salud de menor complejidad mediante la referencia a otro de mayor capacidad resolutive, con el retorno del paciente aliviado, con resultados de exámenes y/o tratamiento especializado mediante la Contrarreferencia.

### ***Referencia.***

Es el procedimiento asistencial y administrativo mediante el cual se derivan pacientes de una entidad prestadora de servicios de salud de menor complejidad a otra de mayor complejidad a fin de continuar con la prestación de atención y/o complementar diagnóstico.

### ***Contrarreferencia.***

Es un procedimiento de respuesta de las entidades prestadoras de servicios de salud de mayor complejidad hacia las entidades de menor complejidad, siendo la respuesta el retorno del usuario con diagnóstico, indicaciones y tratamiento y/o el resultado de una prueba diagnóstica.

## **1.4. Problema**

### **1.4.1. Realidad Problemática.**

El Sistema de Referencia y Contrarreferencia es un conjunto de elementos, procesos, procedimientos, actividades técnicas y administrativas que en función a una organización de redes permite garantizar la calidad, accesibilidad, oportunidad, continuidad, seguimiento e integralidad de los servicios de salud a los pacientes, asegurando servicio la satisfacción del usuario y el prestador de salud.

El funcionamiento de un sistema de salud en redes está dirigido a mejorar la eficiencia de los servicios, teniendo como reto superar la fragmentación de la atención de salud. Las redes de salud integran y asocian a los centros asistenciales, logrando una eficiencia y cooperación en la atención que no

lograrían por sí solos. El trabajo en redes implica la construcción de sistemas integrados que atraviesan todas las instituciones que conforman la red, requiere que los involucrados tengan conocimiento del trabajo en redes, del camino que deben seguir los pacientes dentro de la red y que trabajen coordinadamente para lograr resultados positivos.

En países que cuentan con sistemas integrados en redes de atención de salud y/o con sistemas únicos en el sector salud, los sistemas de referencias cumplen con los objetivos de continuidad e integralidad de la atención. A nivel de Latinoamérica se presentan diferentes resultados: se tienen resultados positivos en Brasil, Chile, donde se encuentran integradas las redes de atención y los sistemas de salud, al igual que en Cuba y en países como el Perú, Bolivia, Ecuador donde encontramos sistemas fragmentados de salud, los sistemas de referencias y contrarreferencias, presentan serias deficiencias.

En nuestro país tanto el Sistema de Referencia y Contrarreferencia de MINSA o de EsSalud, tienen deficiencias que les impide dar una atención oportuna y satisfactoria a los usuarios. Así, resulta común escuchar en quejas de atención de referencias en relación a la oportunidad de atención

Pareja (2014) indicó que en EsSalud el Sistema Nacional de Referencias y Contrarreferencias se inicia en 1995 para dar continuidad de atención a los pacientes asegurados, especialmente a los de provincias, quienes no tenían oportunidad de recibir atención especializada, se inicia las referencias y contrarreferencias manuales de establecimientos del primer nivel de atención a hospitales de mayor capacidad, para ello Essalud, a lo largo de estos años ha diseñado diferentes Directivas que han fortalecido el sistema de referencia y contrarreferencia, además cuenta con un sistema informático interconectado que agiliza la comunicación a lo largo de todo el país.

Mensualmente, la Red Asistencial Sabogal de EsSalud atiende aproximadamente seis mil referencias y contrarreferencias. A pesar del tiempo y los progresos informáticos los Sistema de Referencias y Contrarreferencias, sólo

se cumple parcialmente con el objetivo de dar continuidad y oportunidad de atención de los servicios de salud, teniendo serios problemas en la satisfacción del usuario y en la oportunidad de atención, atribuidos principalmente al déficit de personal especializado en los hospitales o la brecha entre la oferta demanda de las especialidades, que representa aproximadamente el 45% de la oferta, según Zevallos (2011).

Si bien el déficit de especialistas es una realidad que afecta a todo el sector salud, existen otros factores que van a intervenir en la optimización de los Sistemas de Referencias y Contrarreferencias y que son descritos en los diferentes trabajos revisados, como: la sobredemanda de especialidades por el primer nivel que condiciona dificultad de brindar capacidad resolutive uniforme en los centros asistenciales de la institución, mal direccionamiento por nivel de resolución de la patología, lo cual incrementa el diferimiento, falta de recursos humanos, referencias mal llenadas, falta de protocolos estandarizados para las referencias, bajo nivel de contrarreferencias, falta de resolución en el primer nivel de atención, inadecuada evaluación de procesos, falta de ordenamiento de atención, acceso directo al segundo nivel de atención etc. Esta situación no sólo genera insatisfacción del usuario externo, sino también del usuario interno que por las deficiencias del sistema se sienten frustrados y enfrentados al paciente.

Conocer los factores que intervienen en la optimización del Sistema de Referencia y Contrarreferencia en los tres niveles de atención nos permitirá realizar la priorización de problemas y las mejoras necesarias para lograr la satisfacción de los usuarios. El presente trabajo determina los factores predominantes en la optimización del Sistema de Referencias y Contrarreferencias en la Microrred Negreiros de EsSalud. La Microrred Negreiros se encuentra conformada por 4 establecimientos de salud, 3 de nivel primario, 1 Hospital II. Los datos fueron obtenidos del software del Sistema de Referencias y Contrarreferencias y de la aplicación de 2 listas de chequeo.

EsSalud estable como uno de sus indicadores sanitarios el número de Referencias por consulta, el cual debe ser menor o igual a 7, cifra que fue

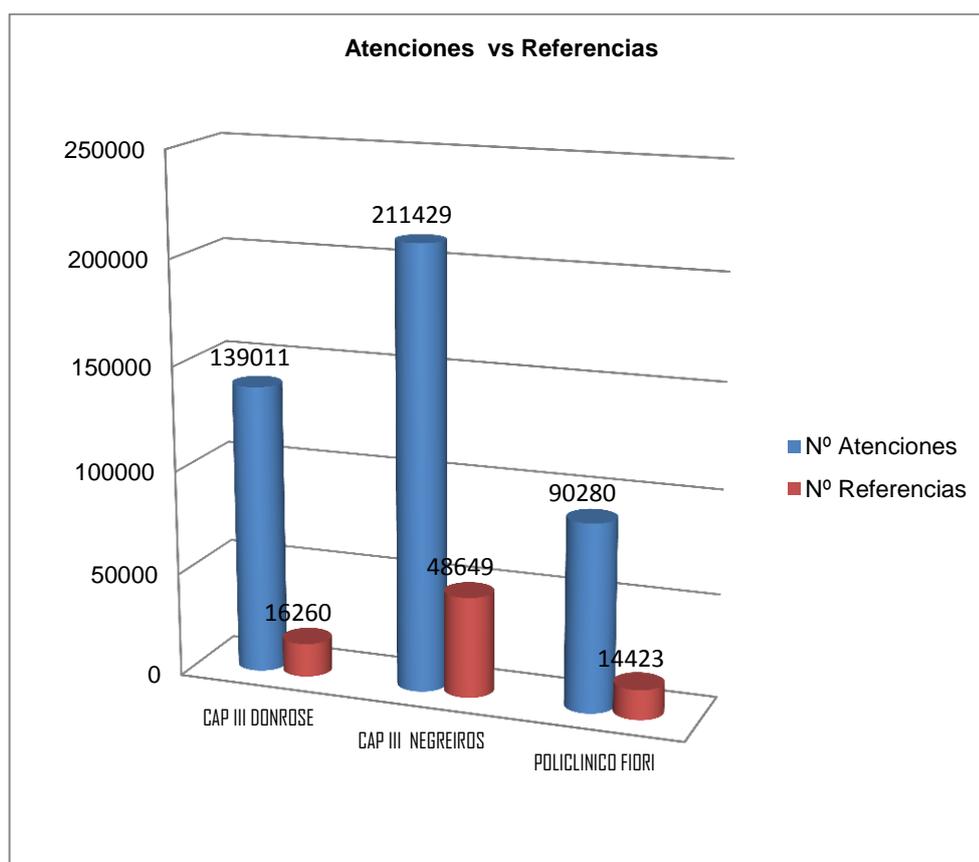
excedida en todos los establecimientos que conforman la Microrred Negreiros durante el año 2016, como se observa en la tabla 1.

Teniendo como punto de partida el incremento de referencias en la Microrred Negreiros es necesario determinar los factores que intervienen en la optimización del Sistema de Referencia Contrarreferencia.

*Tabla 1*

*Porcentaje de referencias emitidas en relación a las atenciones de los establecimientos de la Microrred Negreiros*

ESTABLECIMIENTO	REFERENCIAS EMITIDAS EN EL 2016		
	Nº Atenciones	Nº Referencias	% de Referencias
CAP III HERMANA MARIA DONROSE S.	139011	16260	12
CAP III LUIS NEGREIROS VEGA	211429	48649	23
POLICLINICO FIORI	90280	14423	16



*Figura 4. Relación de atenciones vs referencias de los establecimientos de I nivel de la Microrred Negreiros al II y III Nivel de atención*

En la tabla 1 se puede observar que el número de referencias excede al 7% en todos los establecimientos de la Microrred Negreiros, siendo el CAP II Luis Negreiros el que realiza la mayor cantidad de atenciones y el que solicita el mayor número de referencias, que constituyen el 23% de sus atenciones.

Los factores predominantes en la optimización del sistema de referencias y contrarreferencias se recopilaron del Software del Sistema de Referencia y Contrarreferencia, de las referencias que fueron observadas por los centros de destino durante el año 2016 y las cuales no pudieron obtener la referencia solicitada.

A las referencias observadas se le aplicó una lista de chequeo. Las referencias observadas resultaron datos variables, en razón a que la Directiva 14 GG-EsSalud 2015 Normas para el proceso de Referencia y Contrarreferencia en EsSalud establece que las referencias de pacientes observadas por un tiempo mayor a 30 días deben ser eliminada por lo que no se pudo obtener datos de referencias observadas del CAP III Negreiros ni de aquellas eliminadas del sistema por los otros establecimientos. La Directiva 14 también establece que el Jefe de Referencia del Hospital de destino mediante el anexo 12 debe remitir el listado de referencias observadas en la IPRESS de destino, sin embargo, no se contaba con estos datos en los centros de origen.

#### **1.4.2. Formulación del problema.**

¿Cuáles son los factores predominantes en la optimización del Sistema de Referencias y Contrarreferencias en la Red Asistencial Sabogal, EsSalud en el año 2016?

#### **1.4.3. Problemas específicos.**

¿Será el factor operativo predominante en la optimización del Sistema de Referencias y Contrarreferencias según nivel de atención?

¿Será el factor técnico profesional predominante en la optimización del Sistema de Referencias y Contrarreferencias según nivel de atención?

¿Será el factor estructural predominante en la optimización del Sistema de Referencias y Contrarreferencias según nivel de atención?

¿Qué indicadores intervienen predominantemente en la optimización del Sistema de Referencias y Contrarreferencias según nivel de atención?

## **1.5. Objetivos.**

### **1.5.1. General.**

Determinar los factores predominantes de la optimización del Sistema de Referencias y Contrarreferencias en la Red Asistencial Sabogal, EsSalud en el año 2016.

### **1.5.2. Específicos.**

Determinar la predominancia del factor operativo según nivel de atención en la optimización del Sistema de Referencias y Contrarreferencias.

Determinar la predominancia del factor técnico profesional según nivel de atención en la optimización del Sistema de Referencias y Contrarreferencias.

Determinar la predominancia del factor estructural según nivel de atención en la optimización del Sistema de Referencias y Contrarreferencia.

Determinar la predominancia de indicadores operativos, técnico profesionales y estructurales según nivel de atención en la optimización del Sistema de Referencias y Contrarreferencia.

## **II. Marco Metodológico**

## **2.1. <http://dspace.uniandes.edu.ec/bitstream/123456789/829/1/TUAMGSS026-2015.pdf>Identificación de variables.**

### **2.1.1. Variable: Sistema de Referencia y Contrarreferencia**

#### ***Definición conceptual.***

Los factores de optimización del Sistema de Referencia y Contrarreferencia se definen como los elementos que contribuyen a la mejora y continuidad de la atención del paciente desde que es referido desde su centro asistencial de adscripción a otro de mayor capacidad resolutive, hasta su retorno al lugar de origen una vez resuelto su problema de salud.

Según la Directiva de EsSalud N°014-GG- 2015 se definió al Sistema de Referencias y Contrarreferencias como el conjunto de elementos que permite el traslado de un paciente desde su centro asistencial de adscripción a otro de mayor capacidad resolutive, con la finalidad de garantizar la continuidad de la atención considerando la capacidad resolutive operativa, haciendo posible su retorno al lugar de origen una vez resuelto el problema o establecido un manejo definido. (p.22)

## **2.2. Operacionalización de variables.**

### **2.2.1. Definición operacional.**

Instrumento de 27 ítems contenidos en una lista de chequeo con escala dicotómica, y 1 con escala porcentual, dividido en tres dimensiones e indicadores para cada dimensión cuenta con sus propios ítems el primero tiene 21 ítems, el segundo 12 ítem. El valor de cada escala es de 1: SI, 2: NO.; un segundo instrumento para la dimensión de estructura con indicadores y sus propios ítems, 28 con escala dicotómica

**Tabla 2**  
**Operacionalización de la variable Sistema de Referencias y Contrarreferencias**

Dimensión	Indicadores	Ítems	Escala de medición	nivel
F. Operativa	Cumple funciones	1,2,3,4,5,6,7,8	S (1) NO (0)	Cumple Por mejorar
	Cumple proceso	1,3,4		
F. Técnico Profesional	Cumple protocolos	9,10,11,12,13 ,2	S (1) NO (0)	Cumple Por mejorar
	Direccionamiento	4,5,6,7,8,9,10,11		
	Problemas administrativos	23,24,25,26,27		
	Registros médicos	12,13,14,15,16,17,18,19,20 21,22		
	Datos inconsistentes	29	Escala porcentual	
	Contrarreferencias		S (1) NO (0)	
F. Estructura	Recursos Humanos	13,14,15	Si (0) no (1)	Cumple Por mejorar
	Infraestructura	17,18,19,20,21,22,23,24,25,		
	Otros	26,27,28		

### 2.3. Metodología

En el estudio se realizó con un enfoque cuantitativo, utilizando un método descriptivo De manera que se recolectaron datos a través de la determinaron factores predominantes en la optimización de los sistemas de Referencias y Contrarreferencias, las cuales se analizaron bajo las dimensiones establecidas en el estudio.

Según Hernández, Collado y Batista (2014), un estudio descriptivo busca especificar las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis y es útil para mostrar con precisión los ángulos o dimensiones de un fenómeno, suceso, comunidad (p.92).

### 2.4. Tipos de estudio

Según los autores Sánchez y Reyes (2009) la investigación realizada fue de tipo Básica ya que se orientó, a la búsqueda de nuevos conocimientos y campos de investigación para acrecentar los conocimientos teóricos, persiguiendo la generalización de sus resultados.

## 2.5. Diseño

Según los autores Hernández, Collado y Baptista (2014) la investigación tuvo un diseño no experimental transversal, pues se recolectaron datos del total de atenciones realizadas en el 2016 en el sistema de referencias y contrarreferencias, no manipulando realidad y la recolectando datos en un solo momento, en un único del tiempo y de carácter descriptivo.

Descriptiva porque identifica, describe y analiza factores de optimización en relación al nivel de atención del sistema de referencia y Contrarreferencias (p.98)

## 2.6. Población, muestra y muestreo

EsSalud ha conformado en Lima 3 Redes Asistenciales: Red Asistencial Rebagliatti, Red Asistencial Almenara y Red Asistencial Sabogal, dentro de cada Red se han constituido de manera funcional las microrredes de atención. La Red Sabogal está constituida por 4 Microrredes que comprenden centros de atención primaria y tiene como cabeza de Microrred un Hospital I o II, así tenemos:

- Microrred Negreiros: Conformada por el Hospital Lima Norte, el CAP III Hermana Maria Donrose Sutmöller, el CAP III Luis Negreiros Vega y el Policlínico Fiori
- Microrred Marino Molina: Conformada por Hospital Marino Molina, CAP III Carabayllo y CAP III Puente Piedra
- Microrred Mongrut: Conformada por el Hospital Mongrut, el CAP III Bellavista y el Policlínico de Complejidad Creciente Metropolitano.
- Microrred Lanatta: Conformada por el Hospital Lanatta y los establecimientos del Norte de Lima Provincias

La población del presente estudio incluyó a todos los pacientes acreditados y adscritos a la Microred Negreiros de la Red Desconcentrada Sabogal- EsSalud, los cuales fueron referidos producto de una atención de salud médica y/o no médica de acuerdo a los Términos de Referencia durante el año 2016 (1 de enero del 2016 al 31 de diciembre del 2016) desde los establecimientos que conforman la Micro Red Negreiros: CAP III Hermana Maria Donrose Sutmöller, CAP III Luis Negreiros vega, Policlínico Fiori a establecimientos de segundo y tercer nivel de atención: Hospital Lima Norte Luis Negreiros y Hospital Sabogal.

### Tamaño de la muestra

El presente estudio trabajó con todas las referencias generadas en las consultas externas médicas recuperativas y recuperativa/preventiva de asegurados adscritos y acreditados a en los establecimientos de la Microrred Negreiros de la Red Desconcentrada Sabogal, en el periodo de Enero-Diciembre 2016.

A fin de determinar los factores predominantes en la optimización del sistema de referencias y contrarreferencias se recopilaron las referencias que fueron observadas por los centros de destino, durante el año 2016 (figura 5), las cuales no pudieron obtener la referencia solicitada y se aplicó una lista de chequeo. El tamaño de la muestra analizada fue de 79332 referencias emitidas durante el 2016, cuya distribución según nivel de atención podemos observarla en la tabla N°2 y los factores intervinientes se seleccionaron a partir de las referencias observadas, las cuales fueron 1809

*Tabla 3*

Distribución de la población referida a los establecimientos del II y III Nivel de atención de la Microrred Lima Norte-Negreiros

ESTABLECIMIENTOS DE I NIVEL DE ATENCIÓN	REFERENCIAS EMITIDAS	
	N°	%
CAP III HERMANA MARIA DONROSE S.	16260	21
CAP III LUIS NEGREIROS VEGA	48649	61
POLICLINICO FIORI	14423	18
TOTAL	79332	100

*Nota.* Sistema de Referencias y Contrarreferencias EsSalud

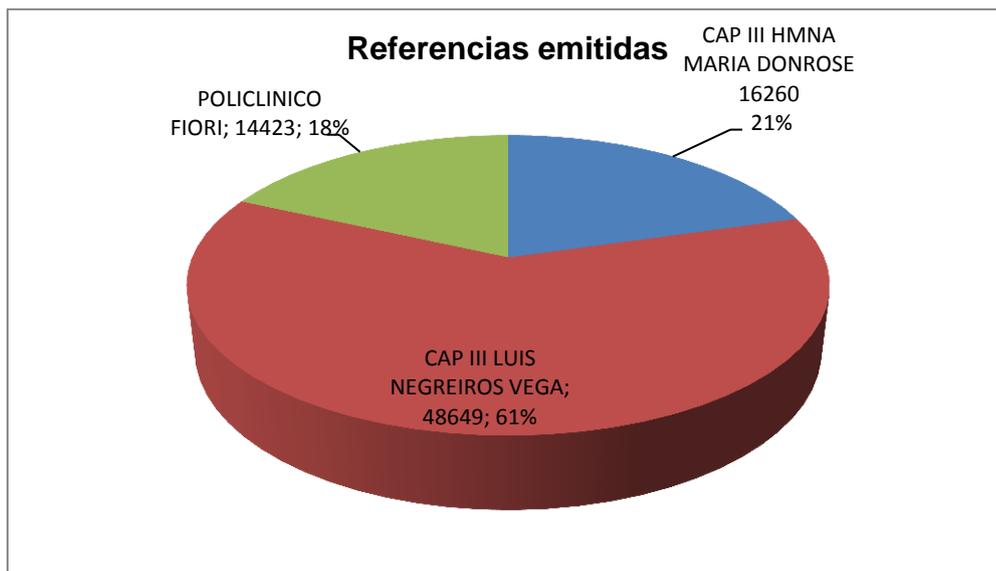


Figura 5. Referencias emitidas en la Microrred Negreiros del I Nivel de atención

Tabla 4

Porcentaje de referencias observadas en los establecimientos de primer nivel de la Microrred Negreiros

MICRORRED NEGREIROS	REFERENCIAS EMITIDAS	REFERENCIAS OBSERVADAS	% REFERENCIAS OBSERVADAS
CAP III HERMANA MARIA DONROSE SUTMÖLLER	13714	1429	10
CAP III LUIS NEGREIROS VEGA	45711	1	0
POLICLINICO FIORI	12947	379	3
TOTAL	72372	1809	2

Nota: Sistema de Referencias y Contrarreferencias EsSalud

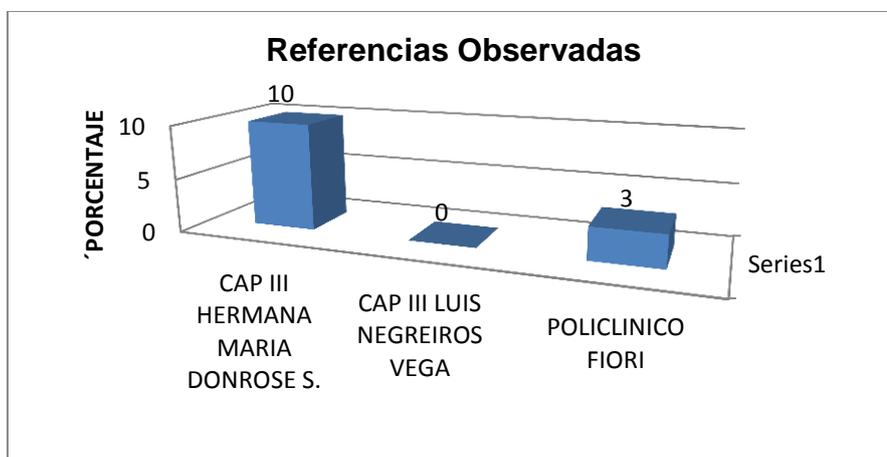


Figura 6 Porcentaje de Referencias observadas en establecimientos de Primer Nivel de la Microrred Lima Norte-Negreiros

## **2.7 Técnicas e instrumentos de recolección de datos**

### **2.7.1. Técnica de recolección de información.**

Se realizó una revisión de literatura sobre instrumentos sistemas de medición utilizados anteriormente, no se encontró instrumento requerido para el estudio.

Se utilizó la base de datos del Sistema de Referencia y Contrarreferencia de EsSalud, Explotación de datos del Sistema de Gestión de Servicios de Salud (SGH), de las referencias generadas en las consultas médicas recuperativas y preventivas/recuperativas en IPRESS de la Red Sabogal.

Además, se aplicarán 1 Lista de Chequeo y 1 Lista de Cotejo con alternativas dicotómica tipo lista de chequeo y de recolección de datos para evaluar dimensiones relacionadas al cumplimiento de directiva de referencias y Contrarreferencias vigente en EsSalud y a la operatividad del sistema de referencias y Contrarreferencias.

### **2.7.2. Técnica de recolección de datos.**

Se aplicaron 2 técnicas: la observación estructurada y el análisis documentario.

La observación estructurada porque estamos frente a una investigación en la que sabemos exactamente lo que vamos a investigar. Según Campos (2012) “la Observación estructurada es la observación metódica que es apoyada por los instrumentos como la guía de observación y el diario de campo mediante la utilización de categorías previamente codificadas y así poder obtener información controlada, clasificada y sistemática”. (p. 53)

El análisis documentario es una técnica de recolección de datos que consiste en recolectar datos de interés de fuentes secundarias utilizando. En este caso se utilizó como fuente el registro de software del Sistema de Referencia y Contrarreferencias para obtener los datos que interesaban al presente estudio, previamente establecidos. Estos datos fueron analizados, procesados y organizados

Se aplicó Lista de Chequeo de acuerdo para cumplimiento de normativa vigente, la cual se desarrolló con personal a cargo de la Oficina de Referencias y Contrarreferencias.

### 2.7.3. Instrumento.

En la presente investigación se aplicaron 2 instrumentos: la lista de cotejo y la lista de chequeo. Lista de cotejo que es un instrumento estructurado que registra ausencia o presencia de determinado rasgo. Es dicotómica. La lista de cotejo se empleó para recoger información de la observación estructurada de la Oficina de referencia para la observación de datos que recogimos con ayuda del personal del área de referencias y una lista de chequeo para recojo de información del software de referencia. Lista de chequeo que es un instrumento de recolección de datos en la que se registraron los datos previamente definidos y obtenidos del software de referencia.

Tabla 5

#### *Desarrollo de la Lista de cotejo*

---

##### **Ficha técnica del Instrumento**

---

**Autores:** Sausa

**Aplicación y administración:** Observación a empleados del área de Referencia de los centros de la Red Sabogal. Microrred Negreiros

**Duración:** La recolección de datos toma 20 minutos por operador de referencias para ser completada

**Objetivo:** Medir los factores estructurales y operativos de optimización identificados

---

**Organización de la Lista:** Consiste en 28 afirmaciones con respuestas dicotómicas

**Calificación:** Se hará uso de una plantilla de respuesta (Lista de cotejo)

---

Tabla 6

#### *Desarrollo de la Lista de chequeo*

---

##### **Ficha técnica del Instrumento**

---

**Autores:** Sausa

**Aplicación y administración:** Recojo de información del Software del Sistema de Referencia de los centros de la Red Sabogal. Microrred Negreiros

**Duración:** La recolección de datos duró 7 días c operador de referencias para ser completada

**Objetivo:** Medir los factores estructurales y operativos de optimización identificados

---

**Organización de la Lista:** Consiste en 28 afirmaciones con respuestas dicotómicas

**Calificación:** Se hará uso de una plantilla de respuesta (Lista de cotejo)

---

#### **2.7.4. Validación y confiabilidad.**

Se utilizó lista de chequeo y ficha de recolección de datos. Los datos se obtuvieron del software del sistema de gestión hospitalaria (SGH, SGSS) y del software del Sistema de Referencias y Contrarreferencia de EsSalud.

#### **2.8. Métodos de análisis de datos.**

Para el análisis de la presente investigación se utilizó el programa Excel 2013, en un computador Intel Core i6. Para mostrar los resultados obtenidos, se trabajaron cuadros de frecuencias y porcentajes y gráficos de barras para la parte descriptiva.

#### **2.9. Aspectos éticos**

La presente investigación por su tipo y diseño se basó en recolección de datos del sistema de referencia y contrarreferencia, tomando en estudio a toda la población que realizó un trámite de referencia y contrarreferencia en consulta externa, por lo que no presenta problemas éticos, no se requirió de la obtención del consentimiento informado ya que no se realizará ningún procedimiento que involucre pacientes.

La presente investigación contó con la aprobación del Protocolo de Investigación del Comité de Investigación de la Red Desconcentrada Sabogal. Se trabajó con cifras de software del Sistema de Referencias y Contrarreferencias de EsSalud por lo que no se identificaron los participantes, manteniendo el anonimato de los participantes, siendo que la información recopilada fue de uso exclusivo para el presente estudio.

### **III. Resultados**

### 3.2. Resultados de la variable

#### 3.2.1. Descripción de la variable

El Sistema de Referencia y Contrarreferencia es definido por Salirrosas (2014) como el conjunto de elementos que permiten el traslado de un paciente desde su centro asistencial de adscripción a otro de mayor capacidad resolutive, con la finalidad de resolver su problema de salud, haciendo posible su retorno al lugar de origen una vez resuelto el problema o establecido un manejo definitivo

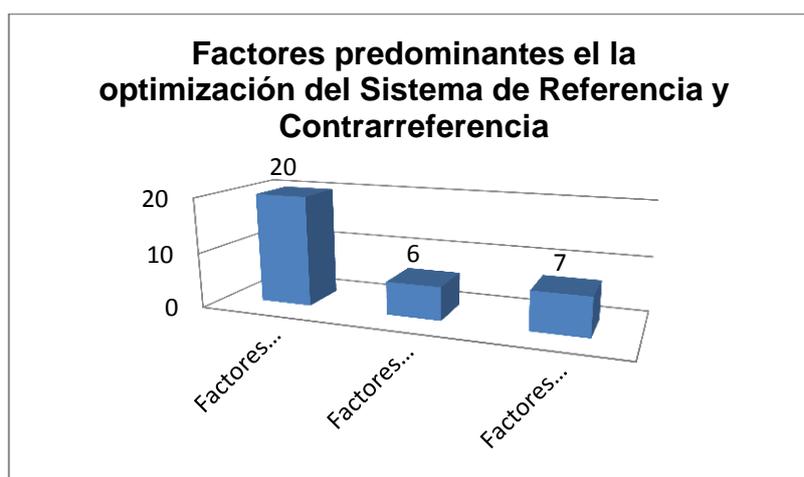
Presentamos los factores predominantes en la Optimización del Sistema de Referencia y Contrarreferencias según las dimensiones establecidas

*Tabla 7*

*Factores predominantes en la Optimización del Sistema de Referencias y Contrarreferencias según dimensiones*

Factores predominantes	Dimensión Operativa		Dimensión técnico profesional		Dimensión estructural	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Si presentan	6104	80	75798	94	1748	93
No presentan	1565	20	4504	6	124	7
Total	7669	100	80302	100	1872	100

Fuente: Software del SRC- EsSalud



*Figura 7. Factores predominantes en la Optimización del Sistema de Referencias y Contrarreferencias según dimensiones*

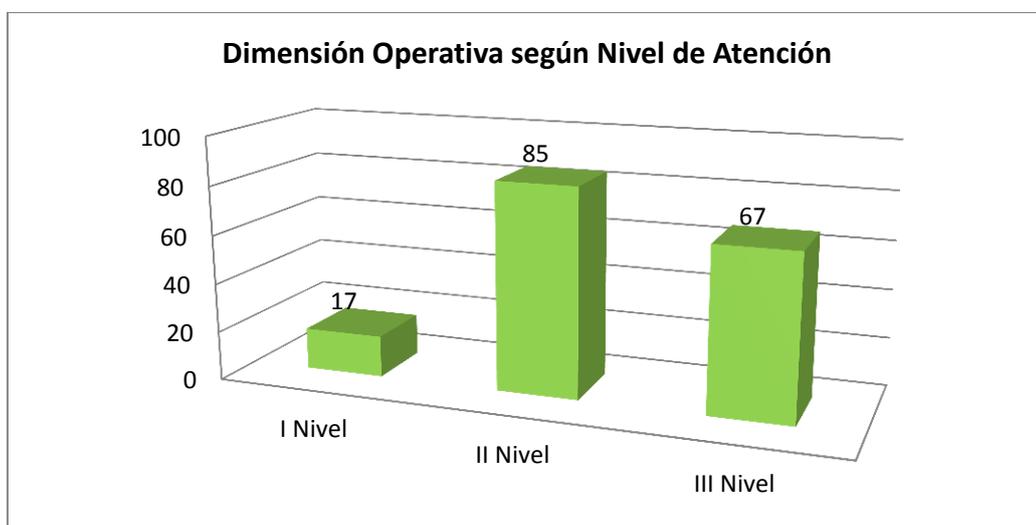
En la figura 7 observamos la distribución de factores de optimización del Sistema de Referencias y Contrarreferencias según las dimensiones establecidas

previamente, notando que en la dimensión operativa presenta los factores predominantes de optimización del Sistema de Referencia y Contrarreferencia con un 20% sobre los factores estructurales 7% y técnico profesionales con un 6%.

### ***Dimensión 1: Operativa***

**Tabla 8**  
***Desarrollo de los Factores Operativos según nivel de atención***

Nivel de atención	I Nivel		II Nivel		III Nivel	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Si presentan	6043	83	57	15	4	33
No presentan	1226	17	331	85	8	67
Total	7269	100	388	100	12	100



**Figura 8.** Dimensión operativa según nivel de atención

En la figura 8 se muestra la predominancia del factor Operativo en la Optimización del Sistema de Referencia y Contrarreferencia, la misma que es predominante en los 3 niveles de atención, constituyendo en el primer nivel de atención el 17% de las referencias observadas, en tanto que en el segundo nivel representan el 85% y en el tercer nivel el 67%

## Indicadores de la Dimensión Operativa según nivel de atención

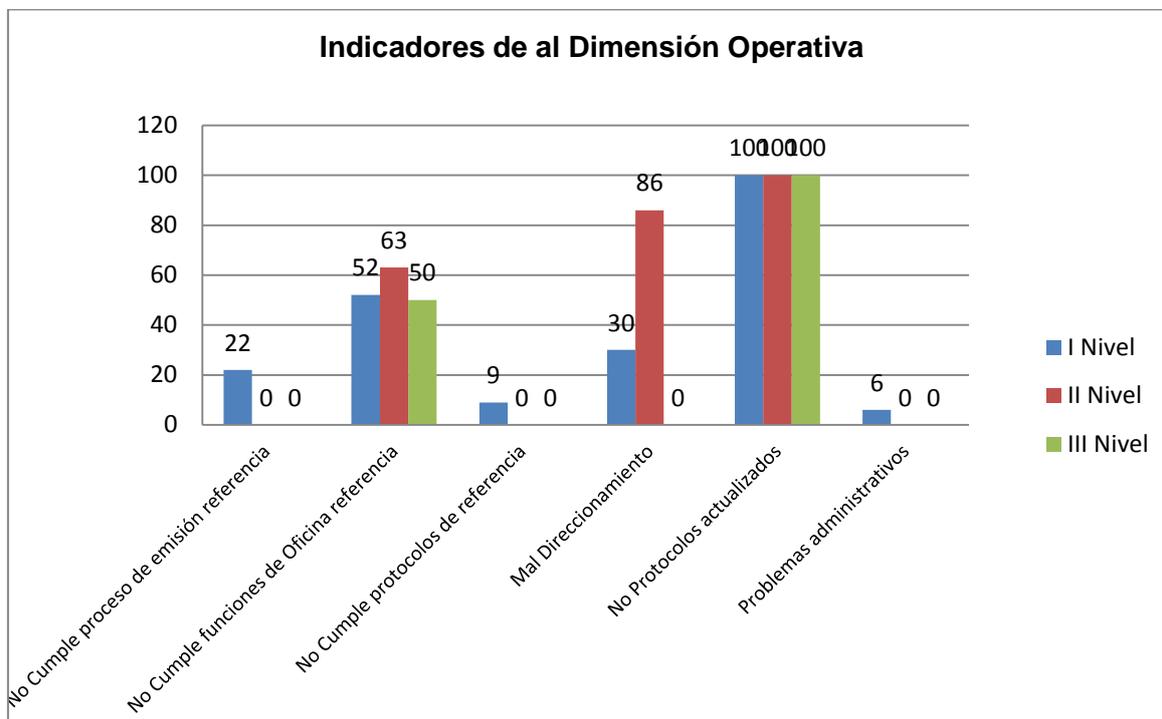


Figura 9 Indicadores de la dimensión operativa

En la figura 9 se muestran los indicadores de la dimensión operativa según nivel de atención, en la que destaca la falta de protocolos actualizados (100%) en los tres niveles de atención, el mal direccionamiento en primer y segundo nivel de atención con un 63% y 86% de las referencias observadas respectivamente y el no cumplimiento de funciones de la oficina de referencia encima del 50% en los 3 niveles de atención

## Dimensión 2: Técnico profesional

Tabla 9

Desarrollo de Factores Técnico profesional según nivel de atención

Nivel de atención	I Nivel		II Nivel		III Nivel	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Si presentan	3326	92	69104	95	3368	45
No presentan	292	8	4020	5	4192	55
Total	3618	100	73124	100	7560	100

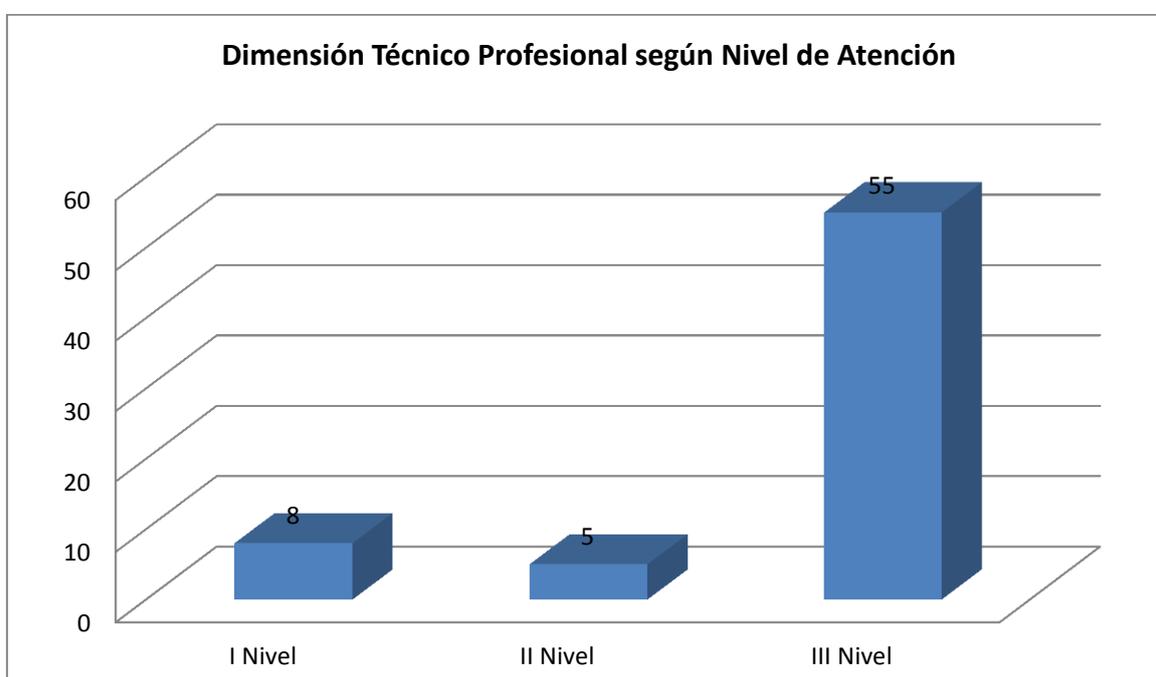


Figura 10. Dimensión Técnico Profesional según Nivel de Atención

En la figura 10 se muestra la predominancia del factor Técnico Profesional en la optimización de referencias en el tercer nivel de atención con un 55%, seguido por el primer nivel con un 8% y el segundo nivel con un 5%.

Resultando ser un factor importante para el tercer nivel de atención, constituido por solo un indicador el indicador de Contrarreferencias.

### Indicadores de la Dimensión Técnico Profesional según Nivel de Atención

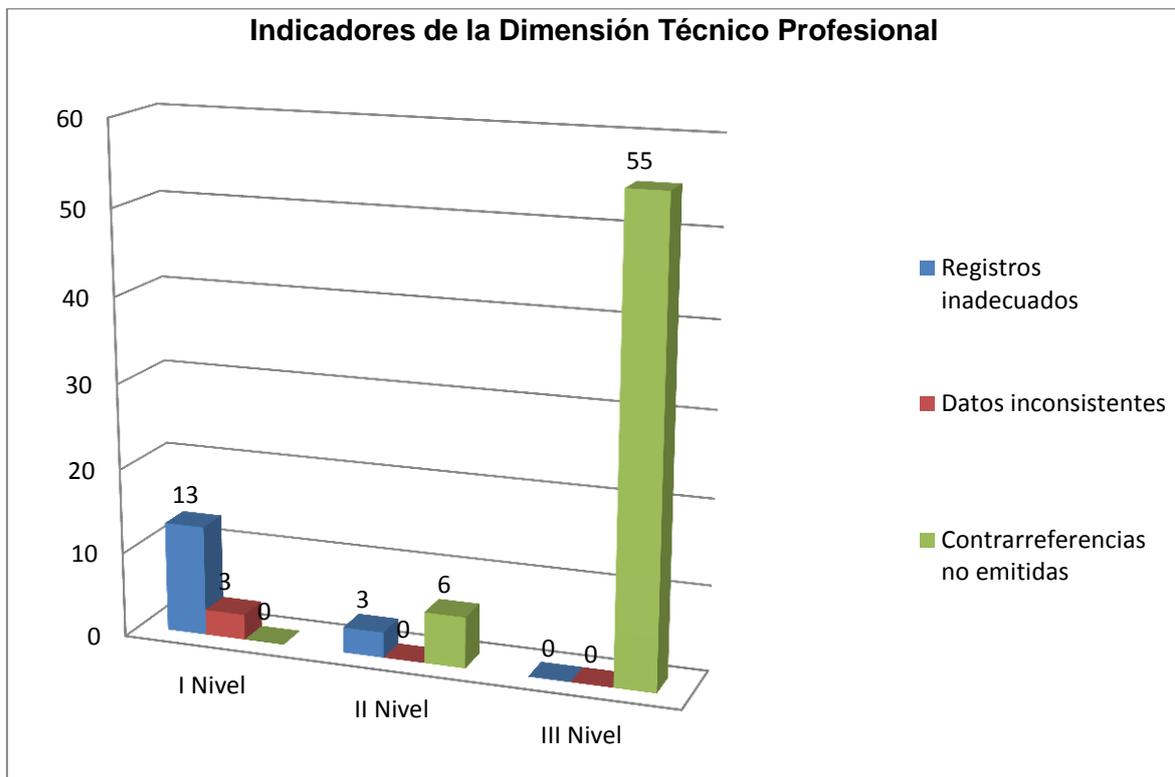


Figura 11. Indicadores de la Dimensión Técnico Profesional

En la figura 11 se muestran los indicadores de la dimensión Técnica Profesional, siendo el indicador predominante en el primer nivel los registros inadecuados con un 13% de las referencias observadas, seguidas por los datos inconsistentes con un 3% en tanto, en el segundo y tercer nivel el indicador predominante es la contrarreferencia con un 6% y un 55% respectivamente.

El indicador contrarreferencia solo es aplicable al Y Tercer Nivel al igual que el indicador registros médicos es aplicable sólo al I Nivel de atención

Factores del Indicador del II y III Nivel de atención de la Dimensión Técnico Profesional : Contrarreferencias

Tabla 10

*Indicador Contrarreferencia en el II y III Nivel de atención*

MICRORRED NEGREIROS	% DE CONTRARREFERENCIA	
	II Nivel	III Nivel
CAP III HERMANA MARIA DONROSE S.	86	44
CAP III LUIS NEGREIROS VEGA	96	29
POLICLINICO FIORI	98	76
TOTAL	94	45

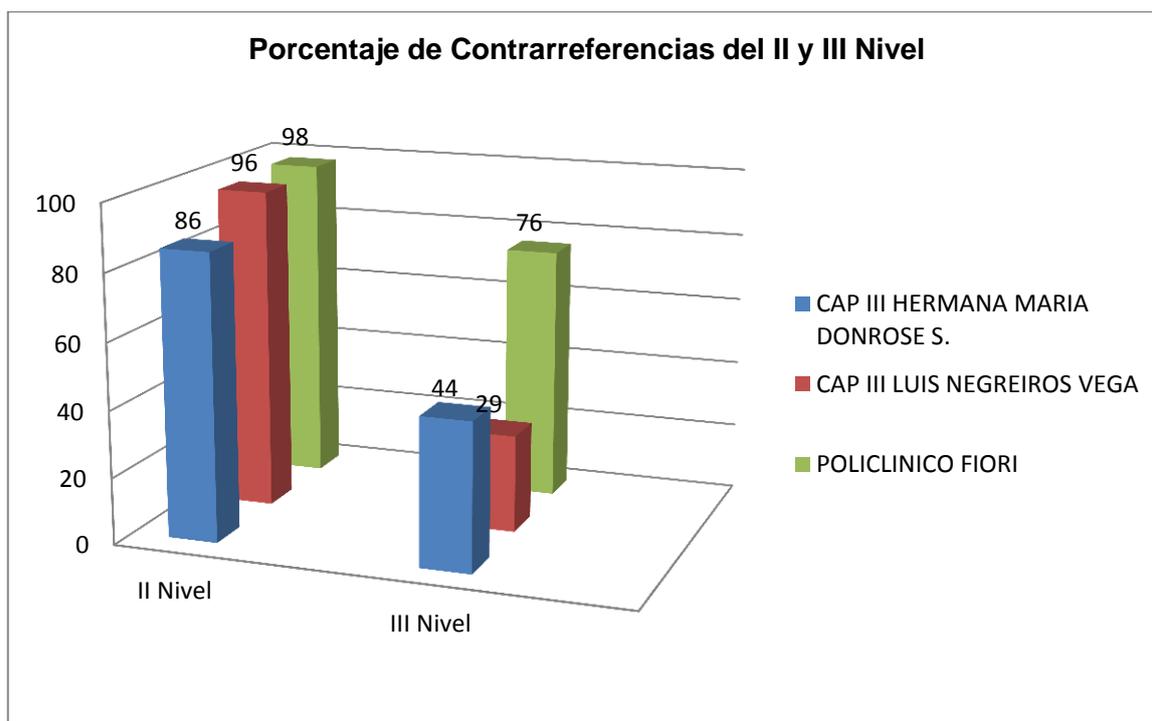


Figura 12. Porcentaje de Contrarreferencia del II y III Nivel de atención

En la figura 12 se muestra el factor predominante de la dimensión técnico profesional, el porcentaje de contrarreferencias, el cual se evalúa en el segundo y tercer nivel de atención. En el nivel III se encuentra debajo del indicador establecido por EsSalud (90%) con un 45% a diferencia del Segundo nivel que logra un indicador de 94% de referencias.

Factores del Indicador del I Nivel de atención de la Dimensión Técnico Profesional  
Registros inadecuados

Tabla 11  
*Registros inadecuados en el I Nivel de atención*

REGISTRO INADECUADO	N°	%
Inadecuados signos/síntomas/resumen	84	8
Mal registro del servicio de destino	52	5
Mal registro del área de referencia	24	2
Mal registro del motivo de referencia	25	2
Mal registro del diagnóstico	28	3
Mal registro de la subactividad destino	14	1
Falta de registro de acto médico	7	1
Mal registro del servicio de origen	3	0
Mal registro del médico que refiere	1	0
TOTAL	238	22

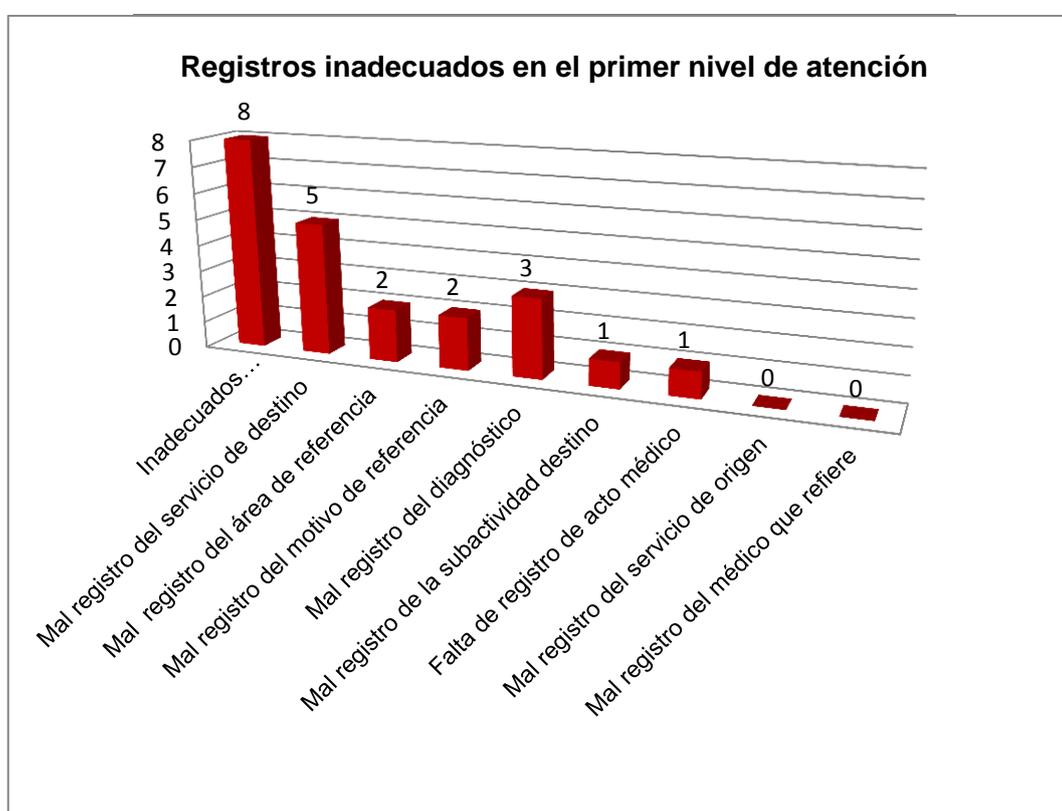


Figura 13. Registros inadecuados en el Primer nivel de atención

En la figura 13 podemos ver las causas de registro inapropiado, teniendo al registro inadecuado de signos, síntomas y resumen como principal causa, con un 8%, seguida con registro inadecuado de destino (5%), registro inadecuado de diagnóstico (3%), mal registro del área de referencia (2%) y mal registro del motivo de referencia (2%)

### Dimensión 3: Estructural

Tabla 12  
Desarrollo de Factores Estructurales según nivel de atención

Nivel de atención	I Nivel		II Nivel		III Nivel	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Si presentan	1718	94	15	94	15	52
No presentan	109	6	1	6	14	48
Total	1827	100	16	100	29	100

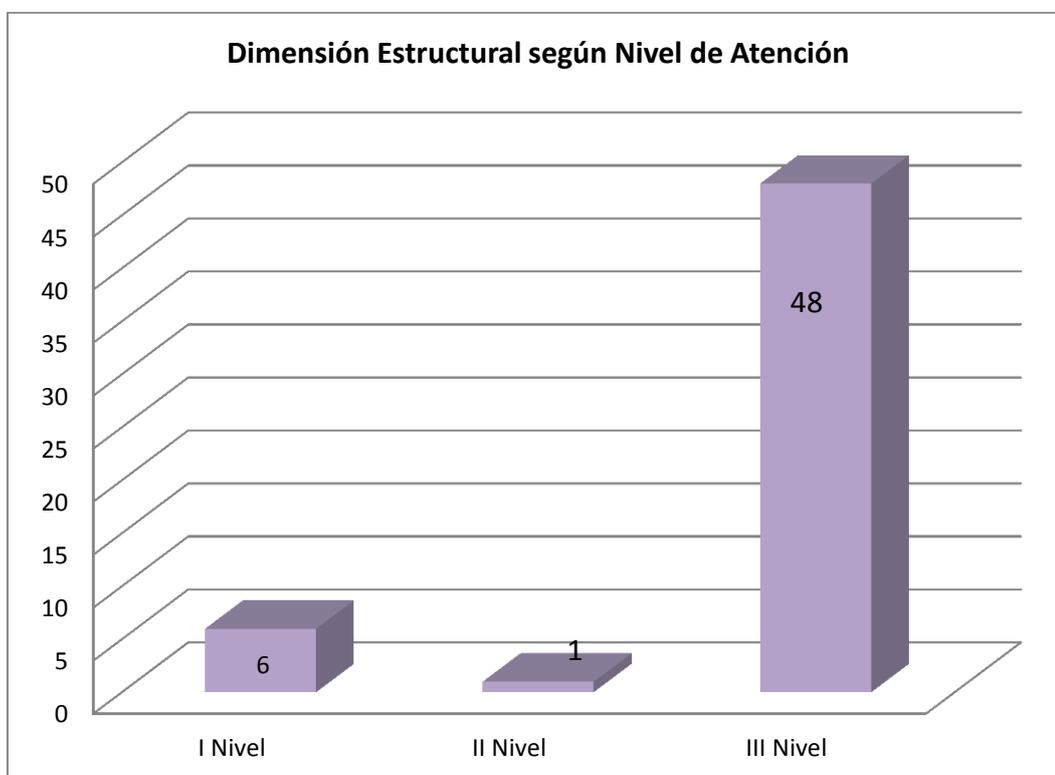


Figura 14. Dimensión estructural según nivel de atención

En la figura 14 podemos observar que el factor estructural no es predominante en el primer y segundo nivel de atención, con un 6% y 1% respectivamente, pero si lo es el tercer nivel con el 48%.

## Indicadores de la Dimensión Técnico Profesional según Nivel de Atención

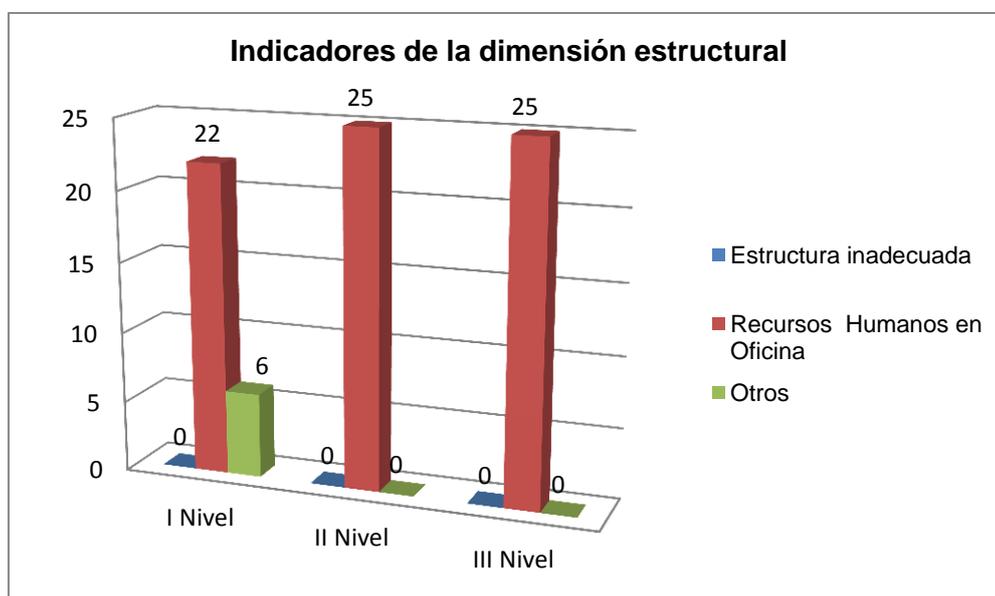


Figura 15. Indicadores de la dimensión estructural

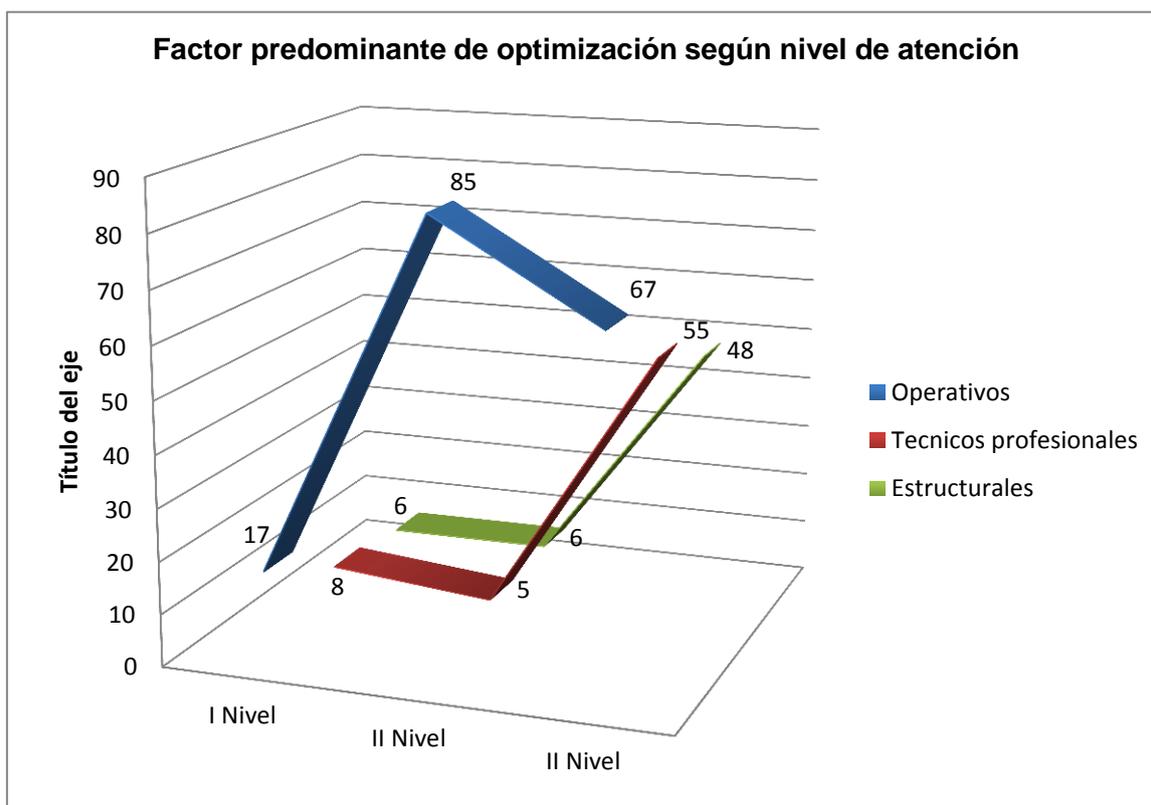
En la figura 15 podemos observar los indicadores de la dimensión estructural, teniendo que en los 3 niveles se cuenta con estructura adecuada, en tanto que el recurso humano en Oficina de Referencias es inadecuado en un 25% en el segundo y tercer nivel y 22% en el primer nivel.

### Tabla 13

Factores predominantes en la optimización del Sistema de Referencias y Contrarreferencias según niveles de atención

Dimensiones por Nivel de atención	I Nivel		II Nivel		III Nivel	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Operativa	1226	17	331	85	8	67
Técnico Profesional	292	8	4020	5	4192	55
Estructural	109	6	1	6	14	48

En la tabla 13 se muestran los factores que el factor predominantes en la optimización del sistema de referencia, de las referencias observadas en la Microrred Negreiros, es el factor operativo.



*Figura 16.* Factores predominantes en la optimización del Sistema de Referencias y Contrarreferencias según niveles de atención

La figura 16 muestra que los factores operativos son predominantes en la optimización de los sistemas de referencia y contrarreferencia en los tres niveles de atención, seguidos por los factores técnicos profesionales y los factores estructurales

## **IV. Discusión**

El Sistema de Referencia y Contrarreferencia en salud tiene por objetivo lograr la continuidad de la atención, considerando la capacidad resolutive y la organización funcional de los servicios, para ello debe articular diferentes procesos de los diferentes actores de los niveles de atención interviniente.

Salirrosas, Pastor y Tóvar (2014) definió al Sistema de Referencias y Contrarreferencias como el conjunto de elementos que permite el traslado de un paciente desde su centro asistencial de adscripción a otro de mayor capacidad resolutive, con la finalidad de resolver su problema de salud, haciendo posible su retorno al lugar de origen una vez resuelto el problema o establecido un manejo definido (p.1).

El Sistema de Referencias se constituye en un modelo de Redes de atención. Mendes (2013), OMS/OPS en su publicación de Redes de atención en salud señalan la importancia de trabajar en redes y la diferencia de trabajar en niveles de complejidad de atención o complejidad creciente, términos que resultan discriminatorios para la atención primaria y expresan una falta de articulación de redes, una falta de continuidad de atención que se traduce en atenciones fragmentadas, competitivas, con duplicación de esfuerzos y que resultan en problemas de accesibilidad de atención. El Sistema de referencias y Contrarreferencias debe estar inmerso en un sistema de redes que priorice la resolución del problema en los diferentes niveles. (61-64)

Mensualmente la Red Asistencial Sabogal de EsSalud atiende seis mil referencias y Contrarreferencias, presentando problemas para atender con oportunidad a los solicitantes de referencia, lo que repercute en la satisfacción del paciente. La principal causa de diferimientos en las citas de especialidad es la falta de especialistas, situación que se encuentra descrita por Zevallos, Reyna y Moscoso (2011), quienes establecen brechas de especialistas a nivel nacional en su publicación de *Oferta y demanda de médicos especialistas en los Establecimientos de Salud del Ministerio de Salud: brechas a nivel nacional, por regiones y tipo de especialidad*.

En estudios previos, Taligua (2016) señala deficiencias en el Sistema de Referencia y Contrarreferencia por falta de información y conocimiento de protocolos y normativas por los usuarios del sistema de referencia, por mal uso de los servicios por parte de los pacientes, y por subutilización del primer nivel de atención. García et al (2013), señalan la escasa contrarreferencia y el bajo nivel autoconocimiento del sistema prestacional del personal de la red asistencial como problema principal en el Sistema de Referencia y Contrarreferencia. Medina y Miranda (2013), señalan la deficiencia el cumplimiento de normas establecidas y las Contrarreferencias. Y Salirrosas et al (2014), señala problemas en al mesogestión.

En el presente estudio se ponen de manifiesto todas las deficiencias encontradas previamente como desconocimiento y cumplimiento de normativa vigente, la contrarreferencia, uso de protocolos y se añaden otros problemas derivados de la atención propiamente del profesional (factores técnico profesionales) y de estructura, ya descrito por Llave y Rodriguez (2015)

Taligua, M (2016) señalaba 8 aspectos claves que se deben tener en cuenta para la implementación de los Sistemas de Referencias y Contrarreferencias: a. Red de servicios de salud, b. Carteras o catálogos de servicios, c. Protocolos de atención para cada nivel, d. Formularios del sistema de referencias y Contrarreferencias, e. Mecanismo de supervisión, f. Sistemas de información, g. Mecanismos de evaluación y h. Mecanismos de incentivos para el cumplimiento del SRC. De los 8 aspectos claves tenemos que hay 2 aspectos no considerados en otros estudios, el mecanismo de supervisión, evaluación e incentivos, todos ellos aplicables al personal interviniente en el proceso de Referencia y Contrarreferencias.

Teniendo definido que los problemas de oportunidad de cita se deben a falta de especialistas, situación que a nivel nacional no se podrá resolver en muchos años y a la falta de integración de redes asistenciales, situación que requiere cambios a nivel superior, se buscaron otros factores que intervienen en el proceso de referencia a fin de determinar factores que puedan contribuir a

mejorar la oportunidad de cita optimizando el Sistema de Referencia y Contrarreferencia. Así se utilizaron como primeros factores, los requisitos que contribuyen a tener una referencia aceptada, los estándares establecidos para referencias y Contrarreferencias, los recursos humanos y estructurales con los que debe contar la Oficina de referencia, entre otros, los cuales se relacionaron entre sí constituyeron los indicadores evaluados a los cuales se les agrupo en 3 dimensiones : a) Operativa, en la que consolidó aspectos de procesos, cumplimiento de estándares y normativa, relacionados a la gestión: b) Técnico profesionales, relacionado al trabajo de responsabilidad del profesional y c) estructurales para evaluar recursos humanos e infraestructura, de responsabilidad administrativa. Teniendo los resultados de predominancia de factores, podemos gestionar los factores operativos, estructurales y técnicos profesionales, generando mecanismos de mejora de los factores priorizados.

En los resultados encontramos como factor predominante el factor operativo, que incluye indicadores de falta de protocolos actualizados, falta de cumplimiento de protocolos, no cumplimiento de proceso de referencia, no cumplimiento de funciones del servicio de referencia y mal direccionamiento, los cuales reflejan una falta de supervisión y de organización de procesos de atención. Es interesante notar que la falta de protocolos actualizados es un común denominador de todos los establecimientos y quizá una de las causa del número elevado de referencias. Con este resultado, podemos señalar que todos los indicadores hallados pueden ser mejorados. En cuanto a factores técnico profesional está relacionado a los registros médicos, relación de sus capacidades y su responsabilidad, por ello resulta más difícil de manejar, ya que no se trata de llenar adecuadamente el documento o controlar el llenado del mismo. A pesar de ello, el involucramiento del personal en la optimización de estos factores, la participación en los planes o acciones de mejorar, pueden lograr una respuesta favorable de los profesionales. Esto sumado al trabajo de los comités de apoyo, los comités de referencias, auditoría, capacitaciones, etc. En relación a los factores estructurales y de recursos humanos en la oficina de referencia, tenemos que son los que presentan mejores indicadores, por lo que se supone deben ser superados sin dificultades.

Un aspecto preocupante es encontrar pacientes con mal registro de atención, siendo que luego que el médico realiza la referencia, el personal encargado de ingreso de referencia en la Oficina de Referencia corrobora datos con el paciente y al remitir la referencia debe contar con todos los datos,. Por lo que no debería reportarse este error. Ese registro equivocado prolonga la espera de cita innecesariamente.

Durante el desarrollo del estudio encontramos el hecho que la Directiva y disposiciones de cumplimiento de indicadores del sistema de referencia y contrarreferencia pueden enmascarar resultados como la oportunidad de cita, referencias observadas y emitidas debido a que para lograr el cumplimiento de indicadores de gestión, se realizan estrategias de mejora como anulación de referencias de Contrarreferencias administrativas en menor tiempo del establecido, observación de referencias por falta de cita o al momento de ser medido el indicador, en cuyo caso estaríamos frente a una realidad cada vez más presente en la cual prima el resultado en indicadores sobre la satisfacción del paciente.

Finalmente, esperamos con este trabajo contribuir a la mejora de los Sistemas de Referencia y Contrarreferencia de los establecimientos de la Microrred Negreiros de la Red Desconcentrada Sabogal y que el establecer factores predominantes en la optimización de referencia, represente una oportunidad de mejora de procesos, supervisión y control en la gestión de salud, la cual redundará en el beneficio de los asegurados, el ahorro de recursos, optimización de tiempos de espera, mejoramiento del direccionamiento y capacitación del personal. Quedando pendiente evaluar el trabajo en redes de atención por el cual podríamos optimizar más aún el recurso en nuestra Microrred.

## **V. Conclusiones**

- Primero** El Sistema de Referencia y Contrarreferencia es un conjunto de elementos que permite mantener la continuidad de atención médica a través de los diferentes niveles de atención y tiene una serie de factores que intervienen en su optimización
- Segundo** Los factores predominantes para lograr la optimización del Sistema de Referencia y Contrarreferencia en la Microrred Negreiros de la Red Asistencial Sabogal en el año 2016, fueron los factores operativos en el primer nivel de atención, los factores técnico profesionales en tres niveles de atención y en menor medida los factores estructurales
- Tercero** El factor Operativo es el factor predominante en la optimización del Sistema de Referencias y Contrarreferencias Microrred Negreiros de la Red Asistencial Sabogal en el año 2016 en los tres niveles de atención, dentro de este factor los indicadores predominantes de optimización fueron: alta de protocolos actualizados e incumplimiento del proceso de Referencias y Contrarreferencias
- Cuarto** El factor Técnico profesional fue predominante en la optimización del Sistema de Referencias y Contrarreferencias en el tercer nivel de atención, teniendo como único indicador la Contrarreferencia, el cual se encuentra por debajo del nivel óptimo (80%).
- Quinto** El factor Estructural es el menos predominante en la optimización del Sistema de Referencia y Contrarreferencias, siendo preponderante en el tercer nivel de atención.
- Sexto** Los indicadores predominantes para lograr la optimización del Sistema de Referencia y Contrarreferencia fueron la falta de protocolo y el cumplimiento de la Directiva 014-GG-EsSalud 2015

## **VI. Recomendaciones**

- Primero** Se recomienda al Jefe de Referencia y Contrarreferencia de la Microrred Negreiros realizar un Plan de Mejora de Sistema de Referencia y Contrarreferencias a partir de los factores predominantes establecidos, factores operativos, técnico profesionales y estructurales
- Segundo** Se recomienda a los Coordinadores y Jefes de Referencia revisar factores operativos a fin optimizar el Sistema de Referencia y Contrarreferencia en la Microrred Negreiros, realizando seguimiento de procesos establecidos, revisión de protocolos y mejorar el registro de Contrarreferencias en el II y III Nivel de atención.
- Tercero** Se recomienda a los jefes de servicio, capacitar al personal médico a fin de disminuir los problemas de registros y mal encontrados en la revisión de factores técnico profesionales en el primer y segundo nivel de atención. Optimizar Contrarreferencias en el tercer nivel de atención gestión para llegar al estándar de 80% de contrarreferencias
- Cuarto** Se recomienda a los equipos de Gestión revisar los factores estructurales de las Unidades de Referencias y Contrarreferencias a fin de dotarlos de recursos suficientes para su mejor funcionamiento.
- Quinto** Se recomienda a jefes y Directores difundir, Supervisar y Evaluar cumplimiento de norma de Referencia y Contrarreferencia en Es Salud.

## **VII. Referencias**

- Acosta, R. (2012). *Evaluación del Sistema de Referencias y Contrarreferencias de la Clínica de Cartagena del Mar S.A. durante el año 2010*. *Research, Health & Medicine*, Sep 18. Recuperado de <https://es.scribd.com/document/106262256/EVALUACION-DEL-SISTEMA-DE-REFERENCIA-Y-CONTRARREFERENCIA-DE-LA-CLINICA-CARTAGENA-DEL-MAR-SA-DURANTE-EL-ANO-2010>
- Agranoff, R. y Lindsay, V. (1983). Concepto de redes de atención de Salud. En E. Vilaca. Autor Recuperado en <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/3147/LAS-REDES-DE-ATENCION-DE-SALUD-web3%5B1%5D.pdf?sequence=1>
- Alcalde-Rabanal, J., Lazo-González, O. y Nigenda, G. (Enero 2011). *Sistemas de Salud del Perú*. *Salud Pública México, Supl.2 243-254*. Recuperado de [p://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid S0036-36342011000800019](p://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342011000800019)
- Cahua, V. (2015). *Nivel de cumplimiento del indicador de referencia en el marco de la tercerización de los servicios de salud 2014-2015*. (Tesis de Maestría Universidad San Martín de Porres. México) Recuperada de [http://www.repositorioacademico.smp.edu.pe/bitstream/usmp/2082/1/cahua\\_vj.pdf](http://www.repositorioacademico.smp.edu.pe/bitstream/usmp/2082/1/cahua_vj.pdf)
- Campos, G. y Lule, N. (Enero-Junio de 2012). *La observación un método de estudio para la realidad*. *Revista Xihmai VII (13), 4-60*. Recuperado de [file:///C:/Users/User /Downloads/Dialnet-LaObservacionUnMetodoPara ElEstudioDeLaRealidad-3979972% 20\(2\).pdf](file:///C:/Users/User/Downloads/Dialnet-LaObservacionUnMetodoParaElEstudioDeLaRealidad-3979972%20(2).pdf)
- Carls, R. (1980). Carls Rogers y la perspectiva centrada en la persona. En Frager, J. y Fadiman, R. Autor Recuperado de <http://biblio3.url.edu.gt/Libros/2013/teo-per/13.pdf>
- CEPAL. (2009). *Manual de la Micro, Pequeña y Mediana Empresa*. (pp.54,55) San Salvador Diciembre 2009. Recuperado de [http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/ 11362/2022 /1/Manual\\_Micro\\_Pequenha\\_Mediana\\_Empresa\\_es.pdf](http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/2022/1/Manual_Micro_Pequenha_Mediana_Empresa_es.pdf)
- EsSalud. (Octubre de 2008). *Manual Institucional. Defensoria del asegurado*. Lima. Recuperado de [http://www.essalud.gob.pe/defensoria/manual\\_institucional.pdf](http://www.essalud.gob.pe/defensoria/manual_institucional.pdf)

- EsSalud. (2012). *Normas del proceso Referencia y Contrarreferencia de EsSalud. Directiva 003-GG-EsSalud 2012. Lima* Recuperado de <https://es.scribd.com/document/347549096/DIR-No-003-REFERENCIAS-GG-ESSALUD-2012-Normas-Para-El-Proceso-de-Ref-y-Contraref>
- EsSalud. (2015). *Normas para el proceso de Referencia y Contrarreferencia en EsSalud. Directiva 014-GG-ESSALUD-2015. Lima.* Recuperada de <https://es.scribd.com/document/324921959/RGG-1517-Referencia-y-Contrareferencia>
- Fleury, S. (2007). *Las Redes de atención de salud. En E. Vilaca, Autor* Recuperado de <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/3147/LAS-REDES-DE-ATENCION-DE-SALUD-web3%5B1%5D.pdf?sequence=1>
- García, M., et al. (2013). *Sistema de Referencia y Contrarreferencia en el segundo y tercer nivel de salud en una red hospitalaria pediátrica en el conurbano bonaerense. Archivos Argentinos Pediatricos, 111(5), 405-411.* Recuperado de [http://www.scielo.org.ar/pdf/aap/v111n5/es\\_v111n5a08.pdf](http://www.scielo.org.ar/pdf/aap/v111n5/es_v111n5a08.pdf)
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación. (6.ªed.) México: Mc Graw Hill.* Recuperado de <https://metodologiaecs.wordpress.com/2016/01/31/libro-metodologia-de-la-investigacion-6ta-edicion-sampieri-pdf/>
- Llave, R. y Rodríguez, E. (2015). *Plan de Referencia y Contrarreferencia para mejorar la oferta de servicios de salud en la consulta externa de los hospitales II-1 en la provincia de Trujillo: 2014-2016. Ciencia y Tecnología., Año 11(4), 85-103.* Recuperado en <http://revistas.unitru.edu.pe/index.php/PGM/article/viewFile/1152/1091>
- MINSA: Dirección General de las Personas. (2005). *Norma Técnica del Sistema de referencia y Contrarreferencia de los establecimientos del Ministerio de Salud. NT N° 018 MINSA-DGSP-V.01.* Recuperado de [http://bvs.minsa.gob.pe/local/dgsp/115\\_ntrefycon.pdf](http://bvs.minsa.gob.pe/local/dgsp/115_ntrefycon.pdf)
- Morales, N. (2011). *Las Redes Integradas de Salud: una propuesta en construcción.* Documento de investigación de la Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud. Editorial de la Universidad del Rosario, Bogotá. Recuperado de [http://www.urosario.edu.co/urosario\\_files/ab/abe56836-](http://www.urosario.edu.co/urosario_files/ab/abe56836-)

f233-459d-bc20-f5f29bf89ed3.pdf

- Pareja, A. (Junio 2014). Mesa redonda: Referencia y contrarreferencia. En II Encuentro Nacional de Hospitales. II Foro Internacional de Gestión Hospitalaria . EsSalud (Diapositivas) Recuperado de <http://slideplayer.es/slide/1639560/>
- Peñaherrera, J. (2015). *Comparación de la funcionalidad del sistema de referencia y contrarreferencia antes y después de instaurar al primer nivel de atención como puerta de entrada obligatoria al sistema de salud, en el distrito de salud 17D01-Nanegalito, periodo 2011-2013.* (Tesis de Maestría en Salud Pública en la Pontificia Universidad Católica de Ecuador). Recuperada de <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/7641/TESIS%20DE%20SALUD%20P%20C3%9ABLICA%20-%20LISTA%20PARA%20EMPASTAR%2030012015.pdf?sequence=1>
- Pondoly, J. y Page, K. (1998). El Concepto de redes de atención de salud. En E. Vilaca, Autor Recuperado de <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/3147/LAS-REDES-DE-ATENCION-DE-SALUD-web3%5B1%5D.pdf?sequence=1>
- Quispe, R. (Junio de 2004). Sistemas de Referencia y Contrarreferencia en Ayacucho. Experiencias del Sistema de Referencia y Contrarreferencia Dirección Regional de Ayacucho.(Diapositivas) Recuperado de <http://slideplayer.es/slide/1640231/>
- Ramirez, E. y Viana, N. (2012). *Evaluación del Sistema de Referencias y Contrarreferencia en el Servicio de Urgencia de la Empresa Social del Estado Hospital Local Arjona.* (Tesis de Especialidad de Gerencia de la Salud en la Universidad de Cartagena). Recuperada de <https://es.scribd.com/document/336066502/Evaluacion-Sistema-Referencia-y-Contrarreferencia-ERIKA-Y-NIRLIS>
- Sanchez, H. y Reyes, C. (2015). *Metodología de la investigación.* Recuperado en [http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/Tesis/Human/Quiroz\\_PR/Cap4.pdf](http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/Tesis/Human/Quiroz_PR/Cap4.pdf)
- Silberman, M. (2007). *Optimización del proceso de Referencia y Contrarreferencia entre niveles de atención de la salud.* (Tesis de Maestría en Salud Pública Universidad Nacional de la Plata) Recuperado de

ps://www.researchgate.net/publication/299362351\_Optimizacion\_del\_proceso\_de\_Referencia\_-Contrarreferencia\_entre\_niveles\_de\_atencion\_de\_la\_salud\_Evaluacion\_de\_la\_implementacion\_de\_un\_sistema\_de\_comunicacion\_electronico

- Talaigua, M. (2016). *Evaluación del Sistema de Referencia y Contrarreferencia por parte de los prestadores de servicio en el Municipio de Monteería departamento de Córdoba*. Córdoba: Monografía publicada. Recuperado en <http://www.monografias.com/trabajos109/evaluacion-del-sistema-referencia-y-contrarreferencia/evaluacion-del-sistema-referencia-y-contrarreferencia.shtml>
- Vignolo, J., Vacarrea, M., Alvarez, C. y Sosa, A. (2011). *Niveles de atención, de prevención y de atención primaria de la salud*. *Archivos de Medicina Interna*, XXXIII (1): 11-14. Recuperado en <http://www.monografias.com/trabajos109/evaluacion-del-sistema-referencia-y-contrarreferencia/evaluacion-del-sistema-referencia-y-contrarreferencia.shtml>
- Zevallos, A., Reyna, P. y Moscoso, B. (2011). *Oferta y demanda de médicos especialistas en los Establecimientos de Salud del Ministerio de Salud: brechas a nivel nacional, por regiones y tipo de especialidad*. *Med. Exp. Salud Pública*, 28 (2):177-85. Recuperado en [file:///C:/Users/User/Downloads/482-483-1-PB%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/User/Downloads/482-483-1-PB%20(1).pdf)
- Zurita, M. (2015). *Reestructuración del Sistema de Referencia y Contrarreferencia en el Hospital Sagrado Corazón de Jesús de la ciudad de Quevedo*. (Tesis de Maestría de la Universidad Regional Autónoma de los Andes Uniandes). Recuperado en <http://dspace.uniandes.edu.ec/bitstream/123456789/829/1/TUAMGSS026-2015.pdf>

## **VIII. Anexos**

### Anexo 1. Matriz de Consistencia

TITULO DE INVESTIGACION:

Factores de Optimización del Sistema de Referencia y Contrarreferencia en la Red Desconcentrada Sabogal – EsSalud 2016

PROBLEMA DE INVESTIGACION	OBJETIVO GENERAL	HIPOTESIS GENERAL	VARIABLES/ DIMENSIONES	DISEÑO
¿Cuáles son los factores predominantes en la optimización del Sistema de Referencias y Contrarreferencias en la Red Asistencial Sabogal, EsSalud en el año 2016?	Determinar los factores predominantes de la optimización del Sistema de Referencias y Contrarreferencias en la Red Asistencial Sabogal, EsSalud en el año 2016	No aplica	<p><b>Variable independiente:</b> Sistema de Referencia y Contrarreferencia.</p> <p><b>Dimensiones:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Operativa</li> <li>▪ Técnico-Profesional</li> <li>▪ Estructural</li> </ul>	No experimental Básico Descriptivo
PROBLEMAS ESPECIFICOS	OBJETIVO ESPECIFICO	HIPOTESIS ESPECIFIC A		
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ¿Será el factor operativo predominante en la optimización del Sistema de Referencias y Contrarreferencias según nivel de atención?</li> <li>▪ ¿Será el factor técnico profesional predominante en la optimización del Sistema de Referencias y Contrarreferencias según nivel de atención?</li> <li>▪ ¿Será el factor estructural predominante en la optimización del Sistema de Referencias y Contrarreferencias según nivel de atención?</li> <li>▪ ¿Qué indicadores intervienen predominantemente en la optimización del Sistema de Referencias y Contrarreferencias según nivel de atención?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Determinar la predominancia del factor operativo según nivel de atención en la optimización del Sistema de Referencias y Contrarreferencias.</li> <li>▪ Determinar la predominancia del factor técnico profesional según nivel de atención en la optimización del Sistema de Referencias y Contrarreferencias.</li> <li>▪ Determinar la predominancia del factor estructural según nivel de atención en la optimización del Sistema de Referencias y Contrarreferencia.</li> <li>▪ Determinar la predominancia de indicadores operativos, técnico profesionales y estructurales según nivel de atención en la optimización del Sistema de Referencias y Contrarreferencia.</li> </ul>	No aplica		

**Anexo 2**      Constancia de autorización de ejecución de la investigación en la Red Desconcentrada Sabogal



"Año del Buen Servicio al Ciudadano"  
"Año de la Lucha contra la Corrupción"

CARTA N° 1735 – GRDS – ESSALUD -- 2017

Jesús María, 03 de Mayo del 2017

**SEÑOR DOCTOR**  
**RICARDO MUÑOZ IBARCENA**  
**DIRECTOR**  
**HOSPITAL CAP III HNA. MARIA DONROSE SUTMÖLLER**  
**ESSALUD**  
**Presente.** -

**ASUNTO:**      INFORME DEL COMITÉ DE INVESTIGACIÓN DE LA SRTA. BETTY SAUSA HUAMAN. "FACTORES DE OPTIMIZACIÓN DE LOS SISTEMAS DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA, CAP III MARIA DONROSE VENTANILLA"

**REFERENCIA:**    CARTA N° 03 – COMITÉ DE INVESTIGACIÓN – ESSALUD – 2017

De mi consideración:

Es grato dirigirme a usted para saludarlo cordialmente y en atención al documento de la referencia, informarle que el Comité de Investigación ha tenido por conveniente **APROBAR** el protocolo de Investigación de la Srta. BETTY SAUSA HUAMAN. "FACTORES DE OPTIMIZACIÓN DE LOS SISTEMAS DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA, CAP III MARIA DONROSE VENTANILLA"

Asimismo, por recomendación del mencionado comité, el investigador se compromete a informar los avances de la investigación para el adecuado control.

Hago propicia la oportunidad para reiterarle mi especial consideración y estima personal.

Atentamente,



*Luis Alejandro Rivera León*

**Dr. Luis Alejandro Rivera León**  
GERENTE  
GERENCIA DE RED DESCONCENTRADA SABOGAL

NIT	606	2017	483
-----	-----	------	-----

FOLIOS: 01

EsSalud      CAP III Hna. María Donrose Sutmöller - EsSalud

Procedido N°: ..... D-CAP III HMDG - EsSalud-20.....

Ventanilla:.....

Pase:.....

Para: Av. Arenales N° 1302 Oficina N° 318      Autorizar

www.essalud.gob.pe      Complejo Arenales, Jesús María      Seguimiento y Fines

Lima-Perú      Coordinar       Difundir       Evaluar       Ejecutar       Bajar

Para V°B° y/o Firma      Otros

Prioridad en el Día      48 Horas       72 Horas



"Año del Buen Servicio al Ciudadano"  
"Año de la Lucha contra la Corrupción"

**CARTA N° 03 – COMITÉ DE INVESTIGACIÓN – ESSALUD -- 2017**

Jesús María, 03 de Mayo del 2017

**SEÑOR DOCTOR  
J. ALBERTO PORTAL GUTH  
JEFE DE LA OFICINA DE INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN  
RED DESCONCENTRADA SABOGAL  
ESSALUD  
Presente. -**

<b>ASUNTO:</b>	INFORME DEL COMITÉ DE INVESTIGACIÓN DE "FACTORES DE OPTIMIZACIÓN DE LOS SISTEMAS DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA, CAP III MARIA DONROSE VENTANILLA"
<b>REFERENCIA:</b>	1.- CORREO ELECTRONICO DEL 11 DE ABRIL DEL 2017. EVALUACION DE PROYECTO: FACTORES DE OPTIMIZACION DE LOS SISTEMAS DE REFERENCIAS Y CONTRARREFERENCIAS EN LA RED DESCONCENTRADA SABOGAL- ESSALUD 2016 2.- CARTA N° 251-D -CAP IIIHMSD-RDS-ESSALUD-2017

De nuestra consideración:

Nos es grato dirigirnos a usted para saludarlo cordialmente y en atención a los documentos de la referencia, informarle que este comité ha tenido por conveniente **APROBAR** el protocolo de Investigación "FACTORES DE OPTIMIZACIÓN DE LOS SISTEMAS DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA, CAP III MARIA DONROSE VENTANILLA".

Asimismo, el investigador se compromete a informar los avances de su investigación para el adecuado control del comité.

Hacemos propicia la oportunidad para reiterarle nuestra especial consideración y estima personal.

Atentamente,

  
COMITÉ DE INVESTIGACIÓN  
RED DESCONCENTRADA SABOGAL  
ESSALUD



[www.essalud.gob.pe](http://www.essalud.gob.pe)

Av. Arenales N° 1302  
Complejo Arenales, Oficina 416  
Jesús María  
Lima 11 – Perú  
Tel.: 265-6000 / 265-7000

N°	FACTORES (2)	I Nivel	II Nivel
1	Mal proceso de referencia	389	2
2	Referencia puede ser resuelta en su IPRESS	275	
3	No hay programación médica	207	207
4	No cumple con protocolos de servicio	171	38
5	Otros	107	
6	Referencia corresponde a IPRESS de menor capacidad resolutive	83	1
7	Referencia puede ser resuelta en su Red Desconcentrada/Asistencial	90	179
8	Inadecuados signos/síntomas/resumen	84	8
9	Diferimiento muy largo, consulte otro centro	76	
10	Referencia puede ser resuelta en su Red o Microrred	72	1
11	Mal registro del servicio de destino	52	1
12	Datos inconsistentes múltiples del paciente	49	1
13	Mal registro del área de referencia	24	
14	Mal registro del motivo de referencia	25	
15	Pérdida de vigencia de atención y periodo de latencia	21	
16	Mal registro del diagnóstico	28	2
17	Mal registro de la subactividad destino	14	
18	Referencia corresponde a la IPRESS de mayor capacidad resolutive	7	141
19	No se cuenta con el servicio o la subactividad solicitada	6	
20	Falta de registro de acto médico	7	
21	Datos inconsistentes en la filiación del paciente	5	
22	No se cuenta con especialista	4	
23	Mal registro del servicio de origen	3	
24	Falta de insumos	3	
25	Paciente fue contrarreferido por tratamiento farmacológico	2	
26	No pertinencia por capacidad resolutive	2	
27	equipo inoperativo	2	
28	Mal registro del médico que refiere	1	
	TOTAL	1809	581

N°	ITEMS	I NIVEL	II NIVEL	III NIVEL
----	-------	---------	----------	-----------

	PROCESO DE REFERENCIA	CAP III	POLICLINICO	CAP III	HOSPITAL	HOSPITAL
		DONROSE	FIORI	NEGREIROS	LIMA NORTE	SABOGAL
1	La Of. ¿Referencias y Contrarreferencia cumplen con horario de atención?	1	1	1	1	1
2	¿Se dispone de lugares de recepción de referencias fuera de horario?	1	1	1	1	1
3	El Director y/o Gerente recibe informe mensual para evaluación	2	2	2	2	2
4	Se cumplen plazos de visación del total de referencias RECIBIDAS (<2 días)	2	2	1	2	2
5	Se realizan anulaciones de referencia de acuerdo a directiva	2	2	1	1	1
6	¿Cumple plazos de otorgamiento de citas?	2	2	2	2	2
7	¿Se reservan los cupos para pacientes nuevos en el segundo y tercer nivel?	NA	NA	NA	2	1
8	Cuenta con Referencia observada > 30 d	1	1	2	2	2
PROTOCOLOS DE REFERENCIA						
9	Cumple Protocolo de servicio	2	2	2	2	2
10	Uso de protocolos de referencia	2	2	2	2	2
11	IPRESS de destino cuenta con protocolos de referencia	2	2	2	2	2
12	Existen protocolos de atención de Refer. Por servicio de la IPRESS de destino?	2	2	2	2	2
RECURSOS HUMANOS						
13	Se programa recursos humanos en la Of. Referencia de acuerdo a Directiva	1	1	1	1	1
14	Médico Responsable (0-6 h /día CAP III )	2	2	1	2	2
15	Médico Auditor (II y III Nivel)	NA	NA	NA	2	2
16	Digitador	1	1	1	1	1
INFRAESTRUCTURA Y EQUIPAMIENTO						
17	ambiente diferenciado	1	1	1	1	1
18	hospital nacional: 01 línea telefónica directa de accesos a nivel nacional	NA	NA	NA	1	1
19	línea telefónica directa a nivel local y anexo con enlace teléf. a otras IPRESS	1	1	1	1	1
20	01 línea telefónica de conexión inalámbrica de alcance local	NA	NA	NA	1	1
21	01 computadora por cada digitador	1	1	1	1	1
22	01 impresora láser	1	1	1	1	1
23	01 módulo de atención por cada digitador	1	1	1	1	1
24	mueble(s) archivador(es)	1	1	1		1
25	01 scanner por cada IPRES	1	1	1	1	1
26	correo electrónico institucional para cada jefe de referencias y Contrarreferencias	1	1	1	1	1
27	correo electrónico institucional para el medico auditor	NA	NA	NA	2	2
28	Correo electrónico institucional para la Of. referencias y Contrarreferencias x IPRESS	1	1	1	1	1

Tabla N° Referencias observadas en el SRC-Enero a Diciembre 2016 - CAP III Hermana María Donrose Sutmöller

REFERENCIAS OBSERVADAS	CAP III HMNA. MARIA DONROSE SUTMÖLLER												
	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DIC	TOTAL
No cumple con protocolos de servicio			2	4	16	44	31	14	11	11	10		143
Paciente fue contrarreferido por tratamiento farmacológico	1						1						2
Referencia corresponde a la IPRESS de mayor capacidad resolutive			1		1	2							4
Referencia corresponde a IPRESS de menor capacidad resolutive		7	6	1		2		2	11	4			33
Referencia puede ser resuelta en su Red Desconcentrada/Asistencial				27		3	8	13	4	3	5	1	64
Referencia puede ser resuelta en su IPRESS	5	30	30	42	19	33	10	5	5	13	11	8	211
Referencia puede ser resuelta en us Red o Microrred	4	5	6	2	7	6	8	7	4	7	5	2	63
Mal registro de la subactividad destino									5		2	7	14
Mal registro del área de referencia	2	11	5						1	1	1		21
Mal registro del diagnóstico	2	3			1	6	1	4	2	2	4	1	26
Mal registro del servicio de destino		2	2	10	2	1	10	9		2	3		41
Mal registro del servicio de origen											3		3
Falta de registro de acto médico						5			2				7
Datos inconsistentes en la filiación del paciente									2			2	4
Datos inconsistentes múltiples del paciente						4	1	1	6	1		29	42
Inadecuados signos/síntomas/resumen	2	2	2		5		4	13	5	4		10	47
Pérdida de vigencia de atención y periodo de latencia	15	1											16
No se cuenta con el servicio oa la subactividad solicitada	6												6
Mal proceso de referencia	8	13	5	14	11	25	15	44	22	18	18	84	277
No hay programación médica	77	87	1	4	5	2	4	1	2	5	5		193
No se cuenta con especialistas	3	1											4
Mal registro del médico que refiere	1												1
Falta de insumos	2	1											3
Mal registro del motivo de refrencia	1				3	7		2		2	6	4	25
Diferimiento muy largo, consulte otro centro	38	25	5	3	3								74
No pertinencia por capacidad resolutive		2										1	3
Otros			3	68	4	5	6	10	1	5			102
TOTAL	167	190	68	175	77	145	99	125	83	78	73	149	1429

REFERENCIAS OBSERVADAS	POLICLINICO FIORI												
	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DIC	TOTAL
No cumple con protocolos de servicio					6	4	7	2	1		5	1	26
Paciente fue contrarreferido por tratamiento farmacológico													0
Referencia corresponde a la IPRESS de mayor capacidad resolutive						1		1	1				3
Referencia corresponde a IPRESS de menor capacidad resolutive			1		1	6	5	14	13	4		5	49
Referencia puede ser resuelta en su Red Desconcentrada/Asistencial				11		1	4	1	3				20
Referencia puede ser resuelta en su IPRESS		10	5	23	3	1	1	2	9	2		8	64
Referencia puede ser resuelta en us Red o Microrred		1	3				3					2	9
Mal registro de la subactividad destino													0
Mal registro del área de referencia	1			1						1			3
Mal registro del diagnóstico												2	2
Mal registro del servicio de destino	1	3						1			5	1	11
Mal registro del servicio de origen													0
Falta de registro de acto médico													0
Datos inconsistentes en la filiación del paciente						1							1
Datos inconsistentes múltiples del paciente								1	1	1		1	4
Inadecuados signos/síntomas/resumen		1	1		3	5	1	17		1	1	5	35
Pérdida de vigencia de atención y periodo de latencia	5												5
No se cuenta con el servicio oa la subactividad solicitada													0
Mal proceso de referencia	1	3		1	16	11	6	7	5	2	10	50	112
No hay programación médica		14											14
No se cuenta con especialistas													0
Mal regsitro del médico que refiere													0
Falta de insumos													0
Mal registro del motivo de refrencia													0
Diferimiento muy largo, consulte otro centro		2											2
No pertinencia por capacidad resolutive													0
Equipo inoperativo		2											2
Otros			1	1				3					5
TOTAL	8	36	11	37	29	30	27	49	33	11	21	75	367

## INDICADORES POR DIMENSIONES SEGÚN NIVEL DE ATENCION

DIMENSIONES	INDICADORES	I NIVEL				II NIVEL				III NIVEL			
		SI		NO		SI		NO		SI		NO	
		N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Factores Operativos	Cumple proceso de emisión referencia	1420	78	389	22								
	Cumple funciones de Oficina referencia	10	48	11	52	3	38	5	63	4	50	4	50
	Cumple protocolos de referencia	1638	91	171	9								
	Direccionamiento	1272	70	537	30	54	14	322	86				
	Protocolos actualizados	0	0	12	100	0	0	4	100	0	0	4	100
	Problemas administrativos	1703	94	106	6								
	<b>TOTAL</b>	<b>6043</b>	<b>83</b>	<b>1226</b>	<b>17</b>	<b>57</b>	<b>15</b>	<b>331</b>	<b>85</b>	<b>4</b>	<b>33</b>	<b>8</b>	<b>67</b>

DIMENSIONES	INDICADORES	I NIVEL				II NIVEL				III NIVEL			
		SI		NO		SI		NO		SI		NO	
		N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Factores Técnico Profesionales	Registros adecuados	1571	87	238	13	365	97	11	3				
	Datos consistentes	1755	97	54	3	375	100	1	0				
	Contrarreferencias emitidas					68364	94	4008	6	3368	45	4192	55
	<b>TOTAL</b>	<b>3326</b>	<b>92</b>	<b>292</b>	<b>8</b>	<b>69104</b>	<b>95</b>	<b>4020</b>	<b>5</b>	<b>3368</b>	<b>45</b>	<b>4192</b>	<b>55</b>

DIMENSIONES	INDICADORES	I NIVEL				II NIVEL				III NIVEL			
		SI		NO		SI		NO		SI		NO	
		N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Factores estructurales	Estructura adecuada	9	100	0	0	12	100	0	0	12	100	0	0
	Recursos Humnaos en Oficina	7	78	2	22	3	75	1	25	3	75	1	25
	Otros	1702	94	107	6								
	<b>TOTAL</b>	<b>1718</b>	<b>94</b>	<b>109</b>	<b>6</b>	<b>15</b>	<b>94</b>	<b>1</b>	<b>6</b>	<b>15</b>	<b>94</b>	<b>1</b>	<b>6</b>

## ANEXO 4. INSTRUMENTO

N°	ITEMS	LISTA DE COTEJO	
		SI=0	NO=1
1	La Oficina de Referencias y Contrarreferencia cumplen con horario de atención?		
2	Se dispone de lugares de recepción de referencias fuera de horario?		
3	El Director y/o Gerente recibe informe mensual para evaluación		
4	Se cumplen plazos de visación del total de referencias RECIBIDAS (plazo no mayor a 2 días laborables)		
5	Se realizan anulaciones de referencia de acuerdo a directiva		
6	Se cumplen los plazos de otorgamiento de citas?		
7	Se reservan los cupos para pacientes nuevos en el segundo y tercer nivel?		
8	Se cuenta con Referencia observada mayor a 30 días		
	<b>PROTOCOLOS DE REFERENCIA</b>		
9	Cumple con requisito de protocolo de servicio		
10	Uso de protocolos de referencia		
11	IPRESS de destino cuenta con protocolos de referencia		
12	Existen protocolos de atención y referencia por cada servicio de la IPRESS de destino?		
	<b>RECURSOS HUMANOS</b>		
13	Se programa recursos humanos en la Unidad de Referencia de acuerdo a Directiva		
14	Médico Responsable (0-6 horas /día en CAP III )		
15	Médico Auditor (II y III Nivel)		
16	Digitador		
	<b>INFRAESTRUCTURA Y EQUIPAMIENTO</b>		
	<b>AMBIENTE DIFERENCIADO</b>		
17	HOSPITAL NACIONAL: 01 línea telefónica directa de accesos a nivel nacional		
18	UNA LINEA TELEFONICA DIRECTA A ACCESOS A NIVEL LOCAL Y anexo con enlace telefónico con otras IPRESS		
20	01 LINEA TELEFONICA DE CONEXIÓN INALAMBRICA DE ALCANCE LOCAL		
21	01 COMPUTADORA POR CADA DIGITADOR		
22	01 IMPRESORA LÁSER		
23	01 MODULO DE ATENCION POR CADA DIGITADOR		
24	MUEBLE(S) ARCHIVADOR(ES)		
25	01 SACNNER POR CADA IPRESS		
26	CORREO ELECTRONICO INSTITUCIONAL PARA CADA JEFE DE REFERENCIAS Y CONTRARREFERENCIAS		
27	CORREO ELECTRONICO INSTITUCIONAL PARA EL MEDICO AUDITOR		
28	CORREO ELECTRONICO INSTITUCIONAL PARA LA UNIDAD DE REFERENCIAS Y CONTRAREFERENCIAS DE CADA IPRESS		

## LISTA DE CHEQUEO

N°	FACTORES	SI=1	NO=0
1	Mal proceso de referencia		
2	Referencia puede ser resuelta en su IPRESS		
3	No hay programación médica		
4	No cumple con protocolos de servicio		
5	Otros		
6	Referencia corresponde a IPRESS de menor capacidad resolutive		
7	Referencia puede ser resuelta en su Red Desconcentrada/Asistencial		
8	Inadecuados signos/síntomas/resumen		
9	Diferimiento muy largo, consulte otro centro		
10	Referencia puede ser resuelta en su Red o Microrred		
11	Mal registro del servicio de destino		
12	Datos inconsistentes múltiples del paciente		
13	Mal registro del área de referencia		
14	Mal registro del motivo de referencia		
15	Pérdida de vigencia de atención y periodo de latencia		
16	Mal registro del diagnóstico		
17	Mal registro de la subactividad destino		
18	Referencia corresponde a la IPRESS de mayor capacidad resolutive		
19	No se cuenta con el servicio o la subactividad solicitada		
20	Falta de registro de acto médico		
21	Datos inconsistentes en la filiación del paciente		
22	No se cuenta con especialista		
23	Mal registro del servicio de origen		
24	Falta de insumos		
25	Paciente fue contrarreferido por tratamiento farmacológico		
26	No pertinencia por capacidad resolutive		
27	equipo inoperativo		
28	Mal registro del médico que refiere		

## **ANEXO 5. NORMAS DE REFERENCIAS Y CONTRARREFERENCIAS ESSALUD**

dResolución de Gerencia General N° 1517-GG-EsSalud-2015 se aprueba la Directiva de Gerencia General N°014 EsSalud 2015



RESOLUCIÓN DE GERENCIA GENERAL N° 1517

-GG-ESSALUD-2015

Lima, 31 de diciembre del 2015

**VISTO:**

La Carta N° 7380-GCPS-ESSALUD-2015 y el Informe Técnico N° 057-GPNAIS-GCPS-ESSALUD-2015 de la Gerencia Central de Prestaciones de Salud; la Carta N° 2477 -GCAJ-ESSALUD-2015 y el Informe N° 275 -GNAAGCAJ-ESSALUD-2015 de la Gerencia Central de Asesoría Jurídica; y;

**CONSIDERANDO:**

Que, mediante el artículo I del Título Preliminar de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, se establece que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo;



Que, de conformidad a lo establecido en el numeral 1.2 del artículo 1° de la Ley N° 27056, Ley de Creación del Seguro Social de Salud, ESSALUD tiene por finalidad dar cobertura a los asegurados y sus derechohabientes, a través del otorgamiento de prestaciones de prevención, promoción, recuperación, rehabilitación, prestaciones económicas, y prestaciones sociales que correspondan al Régimen Contributivo de la Seguridad Social en Salud, así como otros seguros de riesgos humanos;

Que, asimismo, en el literal e) del artículo 2° de la Ley N° 27056 se establece como una de las funciones de ESSALUD, formular y aprobar sus reglamentos internos, así como otras normas que le permitan ofrecer sus servicios de manera ética, eficiente y competitiva;



Que, en el artículo 1° del Texto Único Ordenado de la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, aprobado por Decreto Supremo N° 020-2014-SA, se señala que dicha Ley tiene el objeto de establecer el marco normativo del aseguramiento universal en salud, a fin de garantizar el derecho pleno y progresivo de toda persona a la seguridad social en salud, así como normar el acceso y las funciones de regulación, financiamiento, prestación y supervisión del aseguramiento;



Que, mediante Decreto Supremo N° 008-2010-SA se aprobó el Reglamento de la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, en cuyo artículo 140° se señalan las características de la articulación de las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS) en el proceso de Aseguramiento Universal en Salud, entre las cuales se encuentra la de disponer de servicios de salud propios o contratados y organizados en redes funcionales de atención, considerando un sistema de referencias y contrarreferencias del cual serán responsables, que garantice la continuidad de la atención bajo los principios de unidad e integralidad establecidos en la Ley;

Que, mediante Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 656-PE-ESSALUD-2014 se aprobó el Reglamento de Organización y Funciones del Seguro Social de Salud - ESSALUD, estableciéndose en su artículo 148° que la Gerencia Central de Prestaciones de Salud es el órgano de línea encargado de elaborar, proponer, monitorear y evaluar el cumplimiento de las políticas, normas y estrategias relacionadas con la atención integral de salud que se brindan a los usuarios a través de las IPRESS propias, de terceros y otras modalidades, así como en salud ambiental, seguridad y salud en el trabajo y medicina complementaria, en el marco de las normas sectoriales;



[www.essalud.gob.pe](http://www.essalud.gob.pe)

Av. Domingo Cuello N° 120  
 Jesús María  
 Lima 11 - Perú  
 T.: 265-6000 / 265-7600

154-2015-012



RESOLUCIÓN DE GERENCIA GENERAL N° 1517 -GG-ESSALUD-2015

Que, con Cartas de Vistos la Gerencia Central de Prestaciones de Salud remite un proyecto de Resolución de Gerencia General que aprueba la Directiva denominada "Normas para el Proceso de Referencia y Contrarreferencia en ESSALUD", con el objetivo de establecer los procesos y procedimientos que regulan el Sistema de Referencia y Contrarreferencia en las IPRESS institucionales y extrainstitucionales; y, por finalidad estandarizar la implementación del proceso de atención del Sistema de Referencia y Contrarreferencia, a fin de lograr la continuidad de la atención en las IPRESS institucionales y extrainstitucionales;

Que, asimismo, como sustento técnico del proyecto de Directiva en mención se remite el Informe Técnico N° 057-GPNAIS-GCPS-ESSALUD-2015 elaborado por la Gerencia de Políticas y Normas de Atención Integral de Salud de la citada Gerencia Central, en el que se señala que la aprobación de la propuesta de directiva, dejará sin efecto la Directiva N° 003-GG-ESSALUD-2012, "Normas para el Proceso de Referencia y Contrarreferencia de ESSALUD", aprobada por Resolución de Gerencia General N° 210-GG-ESSALUD-2012, en atención al cambio de la estructura organizacional de la institución que ha generado modificaciones a la naturaleza y funciones de la Gerencia Central de Prestaciones de Salud y el traslado de la función de control y supervisión de aspectos prestacionales a la Gerencia Central de Operaciones; además, indica que la propuesta formulada busca mejorar los procesos y procedimientos de atención a pacientes referidos en las IPRESS y plantea adecuaciones para un apropiado direccionamiento y priorización de los asegurados a fin de brindar una atención con calidad;

Que, con Carta N° 2477 -GCAJ-ESSALUD-2015 e informe N° 275 -GNAJ-GCAJ-ESSALUD-2015 la Gerencia Central de Asesoría Jurídica emitió opinión señalando que el proyecto de Directiva denominado "Normas para el Proceso de Referencia y Contrarreferencia en ESSALUD", el cual constituye un instrumento de índole técnico cuya elaboración estuvo a cargo de la Gerencia Central de Prestaciones de Salud, conforme a sus competencias, el cual guarda concordancia con la Ley N° 29344, cuyo Texto Único Ordenado ha sido aprobado con el Decreto Supremo N° 020-2014-SA, y sus normas reglamentarias, y acorde con los fines de la Entidad establecidos en el numeral 1.2 del artículo 1° de la Ley N° 27056, en lo referido al otorgamiento de cobertura a los asegurados y sus derechohabientes, y en el marco de lo establecido en el Plan Estratégico Institucional 2012 - 2016;

Que, en tal sentido, resulta necesario contar con un documento técnico normativo actualizado que permita establecer procedimientos y actividades que optimicen el desarrollo de las labores que se realizan en las Unidades y Áreas encargadas de administrar el Sistema de Referencia y Contrarreferencia en los diferentes establecimientos de salud del Seguro Social de Salud - ESSALUD;

Que, de acuerdo a lo establecido en el literal b) del artículo 9° de la Ley N° 27056, el Gerente General es competente para dirigir el funcionamiento de la Institución, emitir las directivas y los procedimientos internos necesarios, en concordancia con las políticas, lineamientos y demás disposiciones del Consejo Directivo y del Presidente Ejecutivo;

Con las visaciones de la Gerencia Central de Operaciones, la Gerencia Central de la Persona Adulta Mayor y Persona con Discapacidad, la Gerencia Central de Gestión Financiera, la Gerencia Central de Prestaciones de Salud, la Gerencia Central de Planeamiento y Desarrollo y la Gerencia Central de Asesoría Jurídica, y;

Estando a lo expuesto y en uso de las facultades conferidas;

[www.essalud.gob.pe](http://www.essalud.gob.pe)

Av. Domingo Cueto N° 120  
Jesús María  
Uma 11 - Perú  
T.: 265-6000 / 265-7000





RESOLUCIÓN DE GERENCIA GENERAL N° 1517 -GG-ESSALUD-2015

**SE RESUELVE:**

1. **APROBAR** la Directiva N° -14 -GG-ESSALUD-2015, "Normas para el Proceso de Referencia y Contrareferencia en ESSALUD", que en anexo adjunto forma parte integrante de la presente Resolución.
2. **DISPONER** que la Gerencia Central de Prestaciones de Salud se encargue de la difusión, capacitación y evaluación de la Directiva aprobada por la presente Resolución, a nivel nacional.
3. **DISPONER** que las Redes Desconcentradas / Redes Asistenciales, y Órganos Prestadores Nacionales, en el ámbito de sus competencias, adopten las acciones que resulten necesarias para la implementación progresiva de la Directiva aprobada, de acuerdo a su disponibilidad presupuestal, debiendo la Gerencia Central de Operaciones realizar el seguimiento, control, supervisión y evaluación hasta su total implementación.
4. **DISPONER** que los Órganos Centrales coadyuven al cumplimiento de la implementación de la Directiva aprobada por la presente Resolución, debiendo la Gerencia Central de Operaciones conducir las acciones a efectos que sean implementadas por dichos Órganos Centrales según sus competencias.
5. **DEJAR SIN EFECTO** la Directiva N° 003-GG-ESSALUD-2012, Normas para el Proceso de Referencia y Contrareferencia de ESSALUD, aprobada por Resolución de Gerencia General N° 210-GG-ESSALUD-2012.
6. **PUBLICAR** en el Compendio Normativo del Seguro Social de Salud – ESSALUD.

**REGÍSTRESE Y COMUNÍQUESE.**



  
 EGO, MIGUEL LA ROSA PAREDES  
 GERENTE GENERAL  
 ESSALUD

www.essalud.gob.pe

Av. Domingo Costo N° 120  
 Jesús María  
 Lima 11 - Perú  
 T.: 265-6000 / 265-7000

## **SEGURO SOCIAL DE SALUD - ESSALUD**

DIRECTIVA DE GERENCIA GENERAL N°...<sup>014</sup>-ESSALUD-2015



### **“NORMAS PARA EL PROCESO DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA EN ESSALUD”**

GERENCIA CENTRAL DE PRESTACIONES DE SALUD

LIMA – PERÚ

**Dra. VIRGINIA BAFFIGO TORRÉ DE PINILLOS**  
**PRESIDENTA EJECUTIVA**



**Eco. MIGUEL ANGEL LA ROSA PAREDES**  
**GERENTE GENERAL**



**Dra. MILAGROS DALILA SANCHEZ TORREJON**  
**GERENTE CENTRAL DE PRESTACIONES DE SALUD**

**Dr. WALTER UBILLUS FARFÁN**  
**GERENTE DE POLÍTICAS Y NORMAS DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD**



## EQUIPO DE FORMULACIÓN DE DIRECTIVA

Dra. Blanca Aurora Castro Quiroz	Presidente del Comité Nacional de Referencias y Contrareferencias – GCPS
Dr. Víctor Manuel Huasasquiche	Ex Jefe de la Oficina/ Unidad de Admisión, Registros Médicos, Referencia y Contrareferencia del Hospital Nacional "Edgardo Rebagliati Martins".
Dr. Carlos Alberto Muñoz Cárdenas	Jefe de la Oficina/ Unidad de Admisión, Registros Médicos, Referencia y Contrareferencia del Hospital Nacional "Guillermo Almenara Irigoyen".
Dr. Ramón Espino Cortés	Jefe de la Oficina/ Unidad de Admisión, Registros Médicos, Referencia y Contrareferencia del Hospital IV "Alberto Sabogal Sologuren".
Ing. Zoilo Silva Alvarado	Jefe de División – Gerencia Central de Operaciones.

## EQUIPO DE VALIDACIÓN INTERNA

Abg. Elizabeth Limo Huanrán	Representante de Gerencia Central de Planeamiento y Desarrollo.
Abg. José Antonio Quispe Salcedo	Representante de Gerencia Central de Asesoría Jurídica.
Abg. Catherin Loza Orozco	Representante de Gerencia Central de Asesoría Jurídica.
Dr. Walter Ubillus Farfan	Gerente de la Gerencia de Políticas y Normas de Atención Integral de Salud – GCPS.
Dr. Carlos Ramírez Santos	Sub Gerente de Prestaciones Especializadas – GPNAIS – GCPS.
Dr. Marco Cárdenas Rosas	Asesor de la GCPS.
Dr. Erick de la Torre Bejarano	Director de la Gerencia de Políticas y Normas de Atención Integral de Salud – GCPS.
Dra. Blanca Aurora Castro Quiroz	Presidente del Comité Nacional de Referencias y Contrareferencias – GCPS.
Dr. Daniel Aurelio Angulo Poblete	Representante de la Oficina de Calidad.
Dr. Víctor Manuel Huasasquiche	Ex Jefe de la Oficina/ Unidad de Admisión, Registros Médicos, Referencia y Contrareferencia del Hospital Nacional "Edgardo Rebagliati Martins".
Dr. Ramón Espino Cortés	Jefe de la Oficina/ Unidad de Admisión, Registros Médicos, Referencia y Contrareferencia del Hospital IV "Alberto Sabogal Sologuren".
Dr. Carlos Alberto Muñoz Cárdenas	Jefe de la Oficina/ Unidad de Admisión, Registros Médicos, Referencia y Contrareferencia del Hospital Nacional "Guillermo Almenara Irigoyen".
Dr. Sergio Carlos León Roca	Profesional Médico de la Gerencia Central de Prestaciones de Salud
Ing. Pablo Rivera Leyva	Representante de la Gerencia Central de Tecnologías de Información Comunicaciones.
Ing. Zoilo Silva Alvarado	Jefe de División – Gerencia Central de Operaciones.



"DIRECTIVA N° 014 -09-ESSALUD-2015"

"NORMAS PARA EL PROCESO DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA EN ESSALUD"



TÍTULO ORIGINAL:

"NORMAS PARA EL PROCESO DE REFERENCIA Y  
CONTRARREFERENCIA EN ESSALUD"



Gerencia Central de Prestaciones de Salud  
Gerencia de Políticas y Normas de Atención Integral de Salud  
Av. Domingo Cueto N° 120 – 8vo Piso – Lima 11 – Perú

**DERECHOS DEL AUTOR:**

Este documento no puede reproducirse total o parcialmente por ningún método gráfico, electrónico o mecánico, incluso los sistemas de fotocopiados, registro magnetofónico o alimentación de datos, sin permiso previo de la Gerencia Central de Prestaciones de Salud – ESSALUD-2015.

## INDICE

I	OBJETIVO.....	7
II	FINALIDAD.....	7
III	BASE LEGAL.....	7
IV	ÁMBITO DE APLICACIÓN.....	8
V	RESPONSABILIDAD.....	8
VI	DISPOSICIONES.....	8
	6.1 DISPOSICIONES GENERALES.....	8
	6.2 DISPOSICIONES ESPECÍFICAS.....	10
	6.3 DISPOSICIONES COMPLEMENTARIAS.....	19
VII	CONCEPTOS DE REFERENCIA.....	20
VIII	ANEXOS.....	22
	ANEXO 01: PROCEDIMIENTO PARA LA SOLICITUD DE LA REFERENCIAS.....	23
	ANEXO 02: PROCEDIMIENTO DE REFERENCIA ADMINISTRATIVA PARA PACIENTES ONCOLÓGICOS, CON TBC MDR Y XDR, NEONATOS ALTO RIESGO, VIH-SIDA, PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL TERMINAL ESTADIO 5, ENFERMEDADES RARAS Y PSIQUIÁTRICOS.....	24
	ANEXO 03: PROCEDIMIENTO DE REFERENCIA DE EPS.....	24
	ANEXO 04: PROCEDIMIENTO DE CONTRARREFERENCIA.....	25
	ANEXO 05: PROCEDIMIENTO DE CONTRARREFERENCIA FARMACOLÓGICA.....	26
	ANEXO 06: PROCEDIMIENTO EXTENSIÓN DE LA REFERENCIA.....	27
	ANEXO 07: FLUJO DEL PROCESO DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA DE PACIENTES.....	28
	ANEXO 08: FORMATO DE SOLICITUD DE REFERENCIA.....	29
	ANEXO 09: FORMATO DE CONTRARREFERENCIA.....	30
	ANEXO 10: SOLICITUD DE PASAJES.....	31
	ANEXO 11: OTORGAMIENTO DE PASAJES.....	32
	ANEXO 12: LISTADO DE REFERENCIAS OBSERVADAS EN LA IPRESS DE DESTINO.....	33
	ANEXO 13: INDICADORES DE REFERENCIAS Y CONTRARREFERENCIAS.....	34
	ANEXO 14: FORMATO DE CONSTANCIA DE ATENCIÓN DE REFERENCIA.....	38
	ANEXO 15: FORMATO DE VALIDACIÓN DE LA CALIDAD DEL REGISTRO DE LA REFERENCIA.....	39
	ANEXO 16: FORMATO DE VALIDACIÓN DE LA CALIDAD DEL REGISTRO DE LA CONTRARREFERENCIA.....	40
	ANEXO 17: TABLA DE ESTADOS DE REFERENCIAS.....	41
	ANEXO 18: RECURSOS HUMANOS EN LAS UNIDADES DE REFERENCIAS Y CONTRARREFERENCIAS.....	42
	ANEXO 19: INFRAESTRUCTURA Y EQUIPAMIENTO EN LAS UNIDADES DE REFERENCIAS Y CONTRARREFERENCIAS.....	43





"DIRECTIVA N° 014 -GG-ESSALUD-2015"

"NORMAS PARA EL PROCESO DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA EN ESSALUD"

ANEXO 20: REQUISITOS PARA LA ACREDITACIÓN COMPLEMENTARIA.....	44
ANEXO 21: FLUJO DE CONTRARREFERENCIAS FARMACOLÓGICAS .....	45
ANEXO 22: HOJA DE RUTA DE REFERENCIAS .....	46
ANEXO 23: PROCEDIMIENTO PARA RECONFIRMACIÓN, REPROGRAMACIÓN O ANULACIÓN DE CITAS DESDE ESSALUD EN LINEA Y/O ADMISION .....	52
ANEXO 24: CRITERIOS MINIMOS DE ACEPTACIÓN DE REFERENCIAS.....	53
ANEXO 25: CRITERIO DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA DEL SEGUNDO AL TERCER NIVEL DE ATENCION PARA ALGUNAS ESPECIALIDADES (REFERENCIALES).....	53
ANEXO 26 REFERENCIA DE PACIENTES EN SITUACIÓN DE EMERGENCIA A IPRESS EXTRAINSTITUCIONALES .....	56





"DIRECTIVA N° 014 -GG-ESSALUD-2015"

"NORMAS PARA EL PROCESO DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA EN ESSALUD"

## NORMAS PARA EL PROCESO DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA EN ESSALUD

### I OBJETIVO

Establecer procesos y procedimientos que regulen el Sistema de Referencia y Contrarreferencia en las IPRESS institucionales y extrainstitucionales

### II FINALIDAD

Estandarizar la implementación del proceso de atención del Sistema de Referencia y Contrarreferencia, a fin de lograr la continuidad de la atención en las IPRESS institucionales y extrainstitucionales.

### III BASE LEGAL

- Ley N° 26790, Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud y modificatorias; y su Reglamento aprobado por Decreto Supremo N° 009-97-SA y modificatorias.
- Ley N° 26842, Ley General de Salud y sus modificatorias.
- Ley N° 27056, Ley de Creación del Seguro Social de Salud (ESSALUD) y su Reglamento, aprobado mediante Decreto Supremo N° 002-99-TR, y modificatorias.
- Ley del Servicio Civil N° 30057 y su Reglamento aprobado mediante el Decreto Supremo N° 040-2014-PCM.
- Decreto Supremo N° 013-2008-SA, que aprueba el Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
- Decreto Supremo N° 005-2012-SA, que aprueba las Disposiciones Complementarias relativas al Intercambio Prestacional, entre los Establecimientos de Salud financiados por el Seguro Integral de Salud - SIS y el Seguro Social de Salud - ESSALUD en el marco de la Ley 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud.
- Decreto Supremo N° 020-2014-SA que aprueba el Texto Único Ordenado (TUC) de la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud.
- Reglamento de la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, aprobado mediante Decreto Supremo N° 008-2010-SA y modificatoria.
- Decreto Supremo N° 031-2014-SA, que aprueba el "Reglamento de Infracciones y Sanciones de la Superintendencia Nacional de Salud - SUSALUD" y modificatoria.
- Resolución de Superintendencia N° 092-2014-SUSALUD/S que aprueba el "Reglamento para la Recolección, Transferencia y Difusión de Información de las Prestaciones de Salud generadas por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) y Unidades de Gestión de IPRESS".
- Resolución Ministerial N° 186-2015-PCM, que aprueba el manual para mejorar la atención a la ciudadanía en las entidades de la administración pública.
- Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 838-PE-ESSALUD-2013, que aprueba la Directiva N° 01-PE-ESSALUD-2013 "Normas para el otorgamiento y rendición de pasajes, viáticos y asignación por gastos de traslados e instalación en ESSALUD dentro del Territorio Nacional".
- Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 656-PE-ESSALUD-2014, aprueba la Estructura Orgánica y el Reglamento de Organización y Funciones del Seguro Social de Salud - ESSALUD y modificatorias.
- Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 601-PE-ESSALUD-2015, que aprueba el Modelo de Organización de la Gerencia de Red Desconcentrada y los Reglamentos de Organización y Funciones de las Gerencias de Red Desconcentradas de Lima y Callao.
- Resolución de Gerencia General N° 1261-GG-ESSALUD-2013, que aprueba la Directiva N° 013-GG-ESSALUD-2013 "Normas para la Formulación, Aprobación y Actualización de Directivas en ESSALUD".
- Resolución de Gerencia General 1471-GG-ESSALUD-2013, que aprueba la Directiva 018-GG-ESSALUD-2013 "Definición, características y funciones generales de los establecimientos de salud del Seguro Social (ESSALUD)".





"DIRECTIVA N° 014 -GG-ESSALUD-2015"

"NORMAS PARA EL PROCESO DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA EN ESSALUD"

- Directiva N° 12-GG-ESSALUD-2014 "Programación de las Actividades Asistenciales de los Profesionales de la Salud y No Profesionales de la Salud en ESSALUD", aprobada con Resolución de Gerencia General N° 1008-GG-ESSALUD-2014.

#### IV ÁMBITO DE APLICACIÓN

La presente directiva es de aplicación en las IPRESS propias y de terceros a nivel nacional.

#### V RESPONSABILIDAD

- Gerente Central de Prestaciones de Salud.
- Gerente Central de Operaciones.
- Gerente Central de Seguros y Prestaciones Económicas.
- Gerente Central de Gestión Financiera.
- Gerente Central de Gestión de las Personas.
- Gerente Central de Tecnologías de Información y Comunicaciones.
- Gerente Central de Planeamiento y Desarrollo.
- Gerente de Red Desconcentrada / Gerente o Director de Red Asistencial.
- Gerente de Oferta Flexible.
- Gerente de Centro Nacional de Salud Renal.
- Sub Gerente de Operaciones de Red de Salud.
- Director del Instituto Nacional Cardiovascular.
- Gerente / Director de IPRESS propia y de terceros
- Jefes de Oficinas de Coordinación de Prestaciones y Atención Primaria
- Jefe de Departamento / Servicio.
- Jefe de la Oficina de Gestión y Desarrollo.
- Jefe de la Oficina de Admisión y Registros Médicos.
- Jefe de la Oficina/ Unidad de Admisión, Registros Médicos, Referencia y Contrarreferencias según corresponda.
- Jefe de las Oficinas de Soporte Informático.
- Jefe de la Oficina de Seguros o según corresponda.



#### VI DISPOSICIONES

##### 6.1 DISPOSICIONES GENERALES

- 6.1.1 La atención del paciente referido, es exclusiva para el diagnóstico que genera la referencia. Cuando amerite el caso, el médico tratante puede realizar hasta tres interconsultas a especialidades relacionadas con la patología que originó la referencia, con un máximo de 02 citas por cada especialidad de acuerdo a criterio médico y Guías de Práctica Clínica según disponibilidad.
- 6.1.2 El horario de atención al público en la Oficina/ Unidad de Admisión, Registros Médicos, Referencia y Contrarreferencias el área que haga sus veces, es de 8 horas como mínimo de lunes a viernes y los días sábados de 6 horas como mínimo.
- 6.1.3 Los Directores/Gerentes de las IPRESS institucionales y extrainstitucionales realizan las acciones necesarias para la actualización mensual del listado de sub actividades y procedimientos disponibles en el Sistema de Referencias y Contrarreferencias.
- 6.1.4 El Gerente o Director de la IPRESS, dispone los mecanismos necesarios para la recepción de los formatos de Solicitud de Referencias en otros horarios, según se requiera (buzones, personal de admisión, entre otros).
- 6.1.5 Los pacientes referidos de las redes del interior del país tienen prioridad para las atenciones en los servicios de ayuda al diagnóstico y procedimientos mediante oferta propia o por terceros, y consultas de control en un plazo máximo de 72 horas.
- 6.1.6 Sólo se admite la extensión de la referencias en proceso por oferta insuficiente debido a falta de especialista en la IPRESS de Destino. Toda referencia en proceso en la IPRESS







## "NORMAS PARA EL PROCESO DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA EN ESSALUD"

controla el Sistema de Referencias y Contrarreferencias en el ámbito territorial asignado.

6.2.1.3 La Oficina/ Unidad de Admisión, Registros Médicos, Referencia y Contrarreferencia realiza las actividades operativas del Sistema de Referencia y Contrarreferencia en la IPRESS; incluye:

- Gestión de las referencias.
- Coordinación con los Jefes de unidades de referencia de IPRESS de origen, destino y extensión
- Coordinación con los Jefes de servicios asistenciales
- Asignación de citas para pacientes referidos
- Monitoreo de indicadores del sistema
- Gestión de contrarreferencias.

6.2.1.4 La Oficina/ Unidad de Admisión, Registros Médicos, Referencia y Contrarreferencia cuenta con recursos humanos, infraestructura y equipamiento de acuerdo a lo establecido en los anexos 19 y 20.

6.2.1.5 El responsable de la Oficina/ Unidad de Admisión, Registros Médicos, Referencia y Contrarreferencia informa periódicamente al Gerente/Director, de acuerdo a lo establecido en la presente norma, respecto al comportamiento de los indicadores del sistema.



## 6.2.2 DE LA REFERENCIA

## A. DE CONSULTA EXTERNA

6.2.2.1 Las IPRESS de destino del tercer nivel de atención reservan 25% de sus cupos para pacientes nuevos referidos; las IPRESS de destino del segundo nivel de atención reservan 15% de sus cupos para pacientes nuevos referidos.

6.2.2.2 El Digitador Asistencial de la unidad de referencias verifica si el asegurado se encuentra acreditado. Debe precisarse, en el sistema de información Institucional vigente, el tipo de seguro al que pertenece.

6.2.2.3 Los asegurados que figuran en el sistema como no acreditados, acceden a la acreditación complementaria a través de la Plataforma de Atención (Oficinas de Aseguramiento, Agencias de Seguros y Módulos de Seguros) o del Módulo de Soporte de Seguros para el caso de Lima, de acuerdo a lo establecido en la normatividad vigente. Para tales fines, el asegurado debe cumplir con lo establecido en el Anexo 20, procedimiento que será utilizado hasta la implementación del Nuevo Esquema de Transferencia e Información (NETI).

6.2.2.4 Los médicos emiten referencias a pacientes afiliados al Seguro Independiente, exclusivamente para los diagnósticos o procedimientos que constan en la lista de condiciones asegurables, disponible en el consultorio y de conocimiento del asegurado.

6.2.2.5 En caso el paciente afiliado al Seguro Independiente requiera una prestación que no se encuentre en la lista de condiciones asegurables, el personal de Admisión, de Módulo de Seguros o quien haga sus veces, procede a informar al asegurado las alternativas disponibles.

6.2.2.6 Toda referencia es producto de una consulta médica u odontológica originada en la Consulta Externa, Hospitalización o Emergencia, según corresponda, para lo cual se utiliza el Formato de Solicitud de Referencia consignado en el Anexo 06, cuyo procedimiento se describe en el Anexo 01. No procede para solicitar calificación de incapacidad, prescripción farmacológica exclusiva y servicios de apoyo tales como Nutrición, Psicología y Trabajo Social.

6.2.2.7 Las referencias de gestantes de bajo riesgo pueden ser generadas por el profesional de obstetricia de manera excepcional en el primer nivel con el visto bueno del Jefe Médico-Quirúrgico o quien haga sus veces.

## "NORMAS PARA EL PROCESO DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA EN ESSALUD"

- 6.2.2.8 El profesional de obstetricia registra los datos requeridos en el Formato de Solicitud de Referencia en forma clara y legible (Anexo 08); el dato de la IPRESS de Destino se registra en la Oficina/ Unidad de Admisión, Registros Médicos, Referencia y Contrarreferencia de acuerdo a la capacidad resolutive disponible.
- 6.2.2.9 El Digitador Asistencial registra las Referencias y Contrarreferencias en el Sistema de Referencia y Contrarreferencia en Web el mismo día de su recepción. Debe considerar la siguiente información:
- Fecha de recepción del Formato de Solicitud de Referencia.
  - Número del Acto Médico que corresponde a la atención en la IPRESS de Origen y cuando se asigne la cita en la IPRESS de Destino.
  - Número de Historia Clínica.
  - Teléfono, correo electrónico o algún medio de comunicación con el paciente.
  - Servicio médico donde se generó la referencia.
  - Servicio médico de destino.
  - Resumen de historia clínica y resultados de exámenes de ayuda al diagnóstico.
  - Diagnóstico(s) del paciente con el código CIE 10 correspondiente.
  - Registro del Número de Colegio Médico del Médico Tratante.
- 6.2.2.10 El Director de la IPRESS de Destino o quien haga sus veces, dispone las acciones necesarias para la atención de todo paciente referido en la fecha asignada. En ausencia del médico o falta de disponibilidad para la realización del/los procedimiento(s) de Ayuda al Diagnóstico y Tratamiento por situaciones imprevistas, dispone las medidas correctivas para brindar la atención el mismo día, o en la fecha más próxima.
- 6.2.2.11 El responsable de Referencias y Contrarreferencias de la IPRESS de Destino visa la referencia en un plazo no mayor de dos (02) días laborables.
- 6.2.2.12 El responsable de Referencias y Contrarreferencias de la IPRESS de Destino, consulta la pertinencia de la referencia solicitada con el Jefe de Servicio o Jefe de Departamento, en los casos que se requiera.
- 6.2.2.13 El Digitador asistencial de la Oficina/ Unidad de Admisión, Registros Médicos, Referencias y Contrarreferencias de la IPRESS de Destino asigna la cita de la referencia visada en un plazo no mayor a un (01) día hábil para Consulta Externa y no mayor a dos (02) días hábiles para exámenes y procedimientos de Ayuda al Diagnóstico y Tratamiento. Se confirma la cita de acuerdo a lo señalado en el Anexo 23.
- 6.2.2.14 El Jefe de la Oficina/ Unidad de Admisión, Registros Médicos, Referencias y Contrarreferencias de la IPRESS de Destino comunica al Jefe o responsable de la Unidad de la IPRESS de Origen, la referencia observada, en un plazo no mayor de dos (02) días hábiles de recibida la referencia. El Jefe de la Oficina/ Unidad de Admisión, Registros Médicos, Referencias y Contrarreferencias de la IPRESS de Origen, o la persona a quien delegue, se encarga de subsanar la observación y lo comunica un (01) día después al Jefe de la Unidad de la IPRESS de Destino; o anula la referencia, de corresponder.
- 6.2.2.15 El Jefe de la Oficina de Admisión, Registros Médicos, Referencias y Contrarreferencias de la IPRESS de Origen, tramita la referencia preferentemente a la IPRESS donde el paciente cuenta con historia clínica, para la continuidad de su tratamiento en las siguientes condiciones:
- a) Pacientes con diagnóstico oncológico.
  - b) Paciente en estudio Pre Trasplante y control Post Trasplante.
  - c) Neonatos de alto riesgo.
  - d) Otras condiciones de alto riesgo.



**B. DE LOS SERVICIOS DE EMERGENCIA**

- 6.2.2.16 Las referencias de pacientes al servicio de emergencia se realizan mediante la coordinación entre los Jefes de Guardia por vía telefónica y correo electrónico. La IPRESS de Origen registra La Solicitud de Referencia en el plazo máximo de 24 horas de haber sido efectivizada la referencia. La aceptación, observación o rechazo de la referencia debe constar en la Historia Clínica.
- 6.2.2.17 En caso que el paciente atendido en emergencia con prioridad I o II requiera una referencia, debe de ser comunicado al paciente y/o familiar; de no aceptar, el Jefe de Guardia o a quien delegue, debe de comunicar el hecho al fiscal de turno.
- 6.2.2.18 Todo paciente atendido en el Servicio de Emergencia de una IPRESS a la cual no está adscrito, y que fue hospitalizado, puede recibir una (01) prestación de control en consulta externa, posterior al alta de hospitalización en el servicio correspondiente. Al término de la misma, el médico tratante realiza la contrarreferencia a la IPRESS de adscripción.
- 6.2.2.19 El Jefe de Guardia de Emergencia de la IPRESS de Origen autoriza el medio de transporte para el traslado del paciente en los casos que corresponda y para tales fines aplica el Formato de Solicitud de Referencia (Anexo 08) y la solicitud de pasajes (Anexo 10).

**C. DE HOSPITALIZACIÓN**

- 6.2.2.20 La referencia de los pacientes referidos entre servicios de Hospitalización se efectúa mediante la coordinación de los Jefes del Servicio correspondientes, de acuerdo a lo siguiente:
- El acceso a la IPRESS de Destino es a través del Servicio de Emergencia.
  - El Jefe del Servicio en la IPRESS de Destino asigna la cama a la cual se trasladará el paciente, hecho que se pone de conocimiento al Jefe de la Guardia.
  - El médico tratante de la IPRESS de Origen realiza la Solicitud de Referencia por duplicado. El original es trasladado con el paciente y el duplicado queda en la Oficina/ Unidad de Admisión, Registros Médicos, Referencias y Contrarreferencias.
  - La Oficina/ Unidad de Admisión, Registros Médicos, Referencias y Contrarreferencias de la IPRESS de Origen registra Formato de Solicitud de Referencia en el Sistema Informático en el lapso máximo de 24 horas.
- 6.2.2.21 Los pacientes referidos a Hospitalización pueden acceder a todas las prestaciones que se requieran durante su permanencia.
- 6.2.2.22 La vigencia de la referencia para hospitalización, termina al alta del paciente procedimiento que debe estar acompañado con la epícrisis y el formato de Contrarreferencia (Anexo 09) para ser derivada a la Oficina/ Unidad de Admisión, Registros Médicos, Referencias y Contrarreferencias.

**D. PARA PRESTACIONES DE AYUDA AL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO**

- 6.2.2.23 La referencia para prestaciones de ayuda al diagnóstico y tratamiento tiene validez hasta la realización de la prueba o procedimiento.
- 6.2.2.24 Los resultados de Exámenes de Ayuda al Diagnóstico y Tratamiento son firmados por el médico responsable y entregados al Jefe de la Oficina/ Unidad de Admisión, Registros Médicos, Referencias y Contrarreferencias al término del día para formar parte de la Contrarreferencia.
- 6.2.2.25 El Jefe de la Oficina/ Unidad de Admisión, Registros Médicos, Referencias y Contrarreferencias registra los resultados en Sistema de Referencia en Web como archivo adjunto (copias a scanner) como Contrarreferencia Médica en un



"DIRECTIVA N° 014 -GG-ESSALUD-2015"

## "NORMAS PARA EL PROCESO DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA EN ESSALUD"

plazo no mayor a dos (02) días hábiles. El servicio que realiza el examen entrega una copia del resultado al paciente si éste lo solicita.

- 6.2.2.26 El Jefe de los servicios de ayuda al diagnóstico de las IPRESS de destino es responsable de brindar acceso en todo momento a los módulos de resultados de ayuda al diagnóstico y tratamiento de sus sistemas de información institucional a los especialistas de las IPRESS de origen.
- 6.2.2.27 En caso de confirmación diagnóstica de condiciones oncológicas, VIH-SIDA Tuberculosis Multi Drogo Resistente, Tuberculosis Extremadamente Drogo Resistente y Enfermedad Renal Crónica estadios 3b, 4 y 5, el Jefe del Servicio de Ayuda al diagnóstico, si la IPRESS de Destino dispone de capacidad resolutive y operativa necesaria, genera la(s) Referencia(s) Administrativa(s) a (los) Servicio(s) correspondiente(s) según lo señalado en los Cuadros 01 y 02. Emplea para tales fines el Acto Médico 9999. Procede del mismo modo ante el hallazgo de resultados que indiquen otras condiciones de alto riesgo.
- 6.2.2.28 Las IPRESS institucionales recurren a las IPRESS Extrainstitucionales, de ser necesario, para brindar oferta de ayuda al diagnóstico y tratamiento.
- 6.2.2.29 El transporte de muestras para estudios de ayuda al diagnóstico y tratamiento, no genera referencia.
- 6.2.2.30 Los pacientes referidos para servicios de ayuda al diagnóstico y tratamiento o procedimientos que no acudan a las citas en el lapso de un mes son contrareferidos administrativamente bajo responsabilidad de la Unidad de Referencia y Contrareferencia.

**E. A LAS IPRESS EXTRAINSTITUCIONALES PARA PRESTACIONES ELECTIVAS**

- 6.2.2.31 La Red Desconcentrada / Red Asistencial cuenta con contratos y/o convenios con IPRESS Extrainstitucionales para la referencia de pacientes para prestaciones electivas clínicas, quirúrgicas y de procedimientos diagnósticos y terapéuticos.
- 6.2.2.32 El Jefe de la Oficina / Unidad de Admisión, Registros Médicos, Referencias y Contrareferencias de la IPRESS utiliza los recursos existentes en las IPRESS propias y de terceros, dentro del ámbito de influencia geográfica de la Red Asistencial / Desconcentrada, a fin de brindar las prestaciones que se requieran.
- 6.2.2.33 Ante la falta de oferta suficiente en su ámbito de influencia geográfica, el Jefe de la Oficina / Unidad de Admisión, Registros Médicos, Referencias y Contrareferencias de la IPRESS evalúa la posibilidad de atención en otra Red Desconcentrada / Asistencial u Órgano Prestador Nacional de EsSalud o IPRESS extrainstitucional pública y privada que cuente con la capacidad resolutive en el territorio nacional.
- 6.2.2.34 Las IPRESS extrainstitucionales privadas cuentan con el Sistema de Referencia y Contrareferencia de EsSalud, condición que forma parte de los términos contractuales. En caso de IPRESS extrainstitucionales públicas, se procede de acuerdo a los mecanismos de intercambio prestacional y de información acordados entre las partes.
- 6.2.2.35 La IPRESS extra institucional brinda las atenciones requeridas y contrarefiere al paciente mediante el Formato de Contrareferencia con los siguientes documentos, según corresponda:
- Resultado de ayuda diagnóstico o procedimientos
  - Informe Médico
  - Epicrisis
  - Documentos administrativos que correspondan.

- 6.2.2.36 La IPRESS emite la conformidad y deriva la documentación a las instancias respectivas para las acciones administrativas que correspondan.
- 6.2.2.37 Los órganos desconcentrados son responsables de implementar, supervisar e informar mensualmente a la Gerencia Central de Operaciones del requerimiento y ejecución de los contratos de servicios prestados por las IPRESS extrainstitucionales.

#### F. A LAS IPRESS EXTRAINSTITUCIONALES PARA PRESTACIONES EN SITUACIONES DE EMERGENCIA

- 6.2.2.38 La Red Desconcentrada / Red Asistencial cuenta con contratos y/o convenios con IPRESS Extraintitucionales para la referencia de pacientes en situación de emergencia
- 6.2.2.39 Son motivos de Referencia a IPRESS Extraintitucionales:
- No contar con el médico especialista de guardia o de retén para brindar la atención que se requiere.
  - No contar con camas disponibles en sala de observación de emergencia, sala de recuperación post anestésica o salas de cuidados intensivos de adultos, pediátricos o neonatales.
  - No contar con Sala de Operaciones / Sala de Procedimientos disponible.
  - No disponer de equipamiento operativo para diagnóstico o tratamiento de emergencia.
  - Cuando existe sobredemanda quirúrgica y se prevé un diferimiento que limite o impida la resolución de la emergencia en un plazo que no ponga en riesgo la vida del paciente o no cause secuelas.
- 6.2.2.40 En las circunstancias descritas en el numeral precedente, es suficiente la autorización del Médico Jefe de Guardia. En otras circunstancias, se requiere la autorización del Gerente Quirúrgico o del Subgerente de Operaciones de Red de Salud, según corresponda.
- 6.2.2.41 El Jefe de Guardia de la IPRESS de Origen coordina con el Jefe de Guardia de la IPRESS de Destino con convenio o contrato vigente, para el traslado del paciente. Asimismo, ante dificultades para la ejecución de la referencia, cuya solución esté fuera de su alcance, coordina con el Gerente Quirúrgico o Subgerente de Operaciones de Red de Salud, según corresponda.
- 6.2.2.42 Las IPRESS extraintitucionales privadas cuentan con el Sistema de Referencia y Contrarreferencia de EsSalud, condición que forma parte de los términos contractuales. En caso de IPRESS extraintitucionales públicas, se procede de acuerdo a los mecanismos de intercambio prestacional y de información acordados entre las partes.
- 6.2.2.43 El Médico tratante de la IPRESS de Origen elabora la Solicitud de Referencia en el formato consignado en el anexo 09 por duplicado. El original es trasladado con el paciente y el duplicado queda disponible para ser entregado a la Oficina/ Unidad de Admisión, Registros Médicos, Referencias y Contrarreferencias.
- 6.2.2.44 La Oficina/ Unidad de Admisión, Registros Médicos, Referencias y Contrarreferencias de la IPRESS de Origen registra el Formato de Solicitud de Referencia en el Sistema Informático en el lapso máximo de 24 horas.
- 6.2.2.45 La IPRESS extraintitucional brinda las atenciones requeridas y contrarrefiere al paciente mediante el Formato de Contrarreferencia con los siguientes documentos, según corresponda:
- Copia de historia clínica autenticada o fedateada
  - Epicrisis
  - Documentos administrativos que correspondan



- 6.2.2.46 El Gerente Quirúrgico, el Gerente Clínico o el Subgerente de Operaciones de Red de la IPRESS de Origen, según corresponda, emite la conformidad y deriva la documentación a las instancias respectivas para las acciones administrativas que correspondan.
- 6.2.2.47 Los órganos desconcentrados son responsables de implementar, supervisar e informar mensualmente a la Gerencia Central de Operaciones del requerimiento y ejecución de los contratos de servicios prestados por las IPRESS extrainstitucionales.

#### G. DE LA EXTENSIÓN DE LA REFERENCIA

- 6.2.2.48 La Extensión de la Referencia en la IPRESS de Destino es realizada por el Jefe de Referencias y Contrarreferencias y/o médico tratante según corresponda, solo por no contar con los médicos especialistas. En tal situación, se genera una referencia en el sistema informático de la Institución a otra IPRESS con capacidad resolutoria disponible utilizando el Anexo 06.

#### H. DE LOS PACIENTES AFILIADOS A UNA ENTIDAD PRESTADORA DE SALUD (EPS)

- 6.2.2.49 La atención de los pacientes bajo la condición señalada, es de acuerdo a lo establecido en el Procedimiento de Referencias de EPS (Anexo 03).
- 6.2.2.50 Las referencias de pacientes de las EPS se realiza a los establecimientos de mayor capacidad resolutoria de la Red Desconcentrada/Asistencial a la que pertenece según diagnóstico y criterios de selección.

#### I. DE LA INASISTENCIA A LA CITA

- 6.2.2.51 El paciente referido dentro de la misma ciudad que no acude a su cita, por causas ajenas a ESSALUD, habiendo sido debidamente notificado, debe acudir a la Oficina/Unidad de Admisión, Registros Médicos, Referencias y Contrarreferencias de la IPRESS de Destino, para registrar la razón de su inasistencia y solicitar su próxima cita.
- 6.2.2.52 En caso que el paciente referido de otra ciudad viaje y no acuda a su cita debe justificar su inasistencia en la Unidad de Referencias y Contrarreferencias de la IPRESS de Destino y ésta gestiona la reprogramación.
- 6.2.2.53 En el caso que el paciente no viaje, debe justificar su inasistencia en la Unidad de Referencias y Contrarreferencias de la IPRESS de Origen y ésta gestiona la reprogramación.

#### J. DE LA ANULACIÓN DE LAS REFERENCIAS

- 6.2.2.54 Los responsables del área de Referencias y Contrarreferencias de la IPRESS de Origen, son los encargados de realizar la anulación de las solicitudes de referencias de pacientes, basados en los siguientes considerandos:
- Pacientes con Referencia observada mayor a 30 días.
  - Las solicitudes de Referencias cuyo motivo de observación es "referencia puede ser resuelta en la IPRESS de origen".
  - Pacientes que voluntariamente rechazan la IPRESS de destino de la Referencia.
  - Pacientes fallecidos.
  - Pacientes que a la fecha han perdido su acreditación vigente y no cuentan con periodo de latencia.



"DIRECTIVA N° 014 -GG-ESSALUD-2015"

"NORMAS PARA EL PROCESO DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA EN ESSALUD"

- f) Pacientes no ubicados por cambio de domicilio y adscripción a otra IPRESS o residentes en el extranjero.
- g) Pacientes atendidos por el motivo de la referencia en otras IPRESS institucionales o extrainstitucionales bajo contrato o convenio.
- h) Pacientes que ya no procede la referencia por una contraindicación médica absoluta de la IPRESS de Destino.
- i) Pacientes que rechazan el tratamiento médico indicado.
- j) Pacientes que no asistan recurrentemente a su cita médica en más de 02 oportunidades.



### 6.2.3 DE LA CONTRARREFERENCIA

- 6.2.3.1 Las Contrarreferencias son de 2 tipos: Médicas y Farmacológicas.
- 6.2.3.2 El médico tratante efectúa la Contrarreferencia correspondiente para la IPRESS de Origen al alta del paciente. Para tal fin se aplica el Procedimiento de Contrarreferencia según sea el caso (Anexo 04 y 05) y el formato correspondiente (Anexo 09), el mismo que es llenado con letra clara y legible.
- 6.2.3.3 La Contrarreferencia es emitida sólo si se ha generado una referencia de la IPRESS de Origen.
- 6.2.3.4 La IPRESS de Origen realiza las acciones necesarias a fin de disponer de los medicamentos prescritos y consignados en las Contrarreferencias Farmacológicas. Las restricciones de uso por nivel de complejidad de acuerdo a lo establecido en la Normativa de uso del petitorio farmacológico no tienen efecto en estos casos. Los servicios de Farmacia llevan a cabo las acciones que fueran necesarias para dar cumplimiento de lo señalado en la presente disposición.
- 6.2.3.5 Las IPRESS de Destino emiten Contrarreferencias Farmacológicas a las IPRESS de Origen Extrainstitucionales, de acuerdo a los términos contractuales. De ser el caso coordinan la transferencia de medicamentos con la Oficina de Medicamentos de la Red Desconcentrada / Asistencial.

### 6.2.4 DEL TRANSPORTE DE PACIENTES REFERIDOS

- 6.2.4.1 El Médico tratante de la IPRESS de Origen, determina el medio de transporte (terrestre, aéreo o fluvial) para el traslado del paciente y su acompañante (familiar y/o asistencial) de ser necesario, debidamente sustentado en el Formato de Solicitud de Referencia y validado por el jefe de servicio correspondiente. (Anexo 08).
- 6.2.4.2 El Gerente Central de Operaciones autoriza el servicio de Ambulancia Aérea, en caso se cumplan los criterios de recuperabilidad, evaluados por una Junta Médica compuesta por especialistas de las IPRESS de Origen y/o de Destino, de manera presencial o a través de video conferencia.
- 6.2.4.3 La necesidad del acompañante (familiar y/o asistencial), está condicionada a los casos de pacientes con restricciones severas de la orientación y/o dependencia física, así como a menores de 18 años y a mayores de 70 años.
- 6.2.4.4 El acompañante debe ser mayor de 18 años y estar en buenas condiciones físicas y mentales.
- 6.2.4.5 El Jefe de la Oficina/ Unidad de Admisión, Registros Médicos, Referencias y Contrarreferencias firma la solicitud de pasajes previo a la autorización del Director de la IPRESS de Origen (Anexo 10).
- 6.2.4.6 La atención de los asegurados en el servicio de emergencia de una IPRESS a la que no están adscritos, no genera el beneficio de transporte para el retorno a su localidad de Origen o IPRESS de adscripción.



## "NORMAS PARA EL PROCESO DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA EN ESSALUD"

- 6.2.4.7 El Gerente o Director de la Red Desconcentrada / Asistencial u Hospital Nacional es responsable de autorizar las excepciones a los alcances del numeral precedente según las condiciones del paciente.
- 6.2.4.8 El personal asistencial acompañante, en caso se requiera, puede permanecer en la IPRESS de Destino como máximo 48 horas, y el otorgamiento de pasajes y viáticos se rige de acuerdo a la Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 938-PE-ESSALUD-2013, que aprueba la Directiva N° 01-PE-ESSALUD-2013 "Normas para el otorgamiento y rendición de pasajes, viáticos y asignación por gastos de traslados e instalación en ESSALUD dentro del Territorio Nacional".

## 6.2.5 DEL OTORGAMIENTO DE PASAJES

- 6.2.5.1 Comprende los pasajes de ida y retorno al paciente y/o acompañante, para las citas en la IPRESS localizadas fuera de la provincia. El área de Logística suministra en forma oportuna los pasajes que se requieran.
- 6.2.5.2 Los documentos requeridos para la emisión de los pasajes, son los siguientes:
- Formato de solicitud de Referencia
  - Cita o citas de control para interconsultas, procedimientos o exámenes de ayuda al diagnóstico.
  - Orden de hospitalización, según sea el caso
  - Constancia de atención, en caso de pacientes continuadores.
- 6.2.5.3 El personal de la Oficina/ Unidad de Admisión, Registros Médicos, Referencias y Contrarreferencias confirma la fecha de cita previa a la tramitación de los pasajes de pacientes continuadores en la IPRESS de Destino.
- 6.2.5.4 La Red Desconcentrada / Asistencial de Origen, asume los gastos de desplazamiento en el caso que la referencia haya sido extendida a otra Red Desconcentrada / Asistencial.
- 6.2.5.5 El procedimiento para el otorgamiento de pasajes se consigna en el Anexo 11
- 6.2.5.6 La entrega de los pasajes para prestaciones electivas se realiza por lo menos 72 horas antes de la fecha de viaje. Las áreas administrativas hacen el control correspondiente e informan al paciente o al acompañante que las penalidades por cambio de fecha de ida o retorno no son asumidas por ESSALUD. Asimismo, informa que en caso de hacer uso del mismo y no asistir a la cita programada en la IPRESS de Destino deberá revertir el monto de los pasajes.
- 6.2.5.7 La reprogramación de la cita y por ende de la fecha de viaje se realiza únicamente por imponderables que afecten el traslado del paciente, verificados por el responsable de la Oficina/Unidad de Admisión, Registros Médicos, Referencias y Contrarreferencias de la IPRESS de Origen.
- 6.2.5.8 El fallecimiento de un paciente referido da lugar a la generación de la Contrarreferencia Médica.
- 6.2.5.9 La IPRESS de Origen, genera la solicitud de traslado del cadáver ingresando los datos en el Sistema de Referencias y Contrarreferencias.
- 6.2.5.10 La IPRESS de Origen asume los gastos de traslado del cadáver, previa solicitud del familiar responsable, en estricta sujeción a las disposiciones del Código Civil.
- 6.2.5.11 Las (os) Trabajadoras(es) Sociales de la IPRESS de Destino y de Origen, coordinan los trámites correspondientes para el traslado del cadáver y adjuntan las copias de la Contrarreferencia Médica y del Certificado de Defunción.





### 6.2.6 DE LOS ACCESOS AL SISTEMA DE REFERENCIAS Y CONTRARREFERENCIAS EN WEB

- 6.2.6.1 El Jefe de la Oficina/Unidad de Admisión, Registros Médicos, Referencias y Contrarreferencias es el único que otorga las claves de acceso a usuarios con perfiles de Digitador o Médico respectivamente, según normatividad. Es responsable de la adecuada asignación y baja de usuarios y claves, así como de la supervisión y monitoreo de las transacciones realizadas en el Sistema de Referencias y Contrarreferencias.
- 6.2.6.2 El usuario con la clave de acceso es responsable de las operaciones que realice con ella. El uso indebido de la clave de acceso constituye falta administrativa, lo que da origen al procedimiento administrativo disciplinario correspondiente o a la aplicación de las cláusulas contractuales que corresponden.
- 6.2.6.3 El Jefe de la Oficina/Unidad de Admisión, Registros Médicos, Referencias y Contrarreferencias, o quien haga sus veces en la IPRESS, es responsable de informar a la Gerencia Central de Operaciones cualquier modificación en la tabla de usuarios del sistema: activación, modificación y desactivación.
- 6.2.6.4 El Jefe de la Oficina/Unidad de Admisión, Registros Médicos, Referencias y Contrarreferencias, o quien haga sus veces, o el Subgerente de Operaciones de la Red Desconcentrada son los únicos profesionales autorizados para solicitar a la Gerencia Central de Operaciones el acceso electrónico al sistema para su personal a cargo, especificando el perfil del usuario.



### 6.2.7 DE LA CAPACITACIÓN

- 6.2.7.1 El Gerente o Director de la Red Desconcentrada / Asistencial, Hospital Nacional, Instituto Nacional Cardiovascular, Centro Nacional de Salud Renal, a través del área competente, es responsable de la capacitación anual del personal de las Oficinas/Unidades de Referencias y Contrarreferencias, para el buen funcionamiento del sistema.

### 6.2.8 DE LA CALIDAD DEL REGISTRO

- 6.2.8.1 El Jefe de la Oficina/Unidad de Admisión, Registros Médicos, Referencias y Contrarreferencias, o quien haga sus veces, es responsable de monitorear la calidad del registro de la referencia y contrarreferencia (Anexos 15 y 16) e informar al Gerente/Director de la IPRESS.
- 6.2.8.2 El Jefe de la Oficina/Unidad de Admisión, Registros Médicos, Referencias y Contrarreferencias, o quien haga sus veces en la IPRESS de Destino es responsable de reportar el listado de referencias observadas (Anexo 12) al Gerente/Director de la IPRESS de Origen.

### 6.3 DISPOSICIONES COMPLEMENTARIAS

- 6.3.1 Los Gerentes/Directores de las IPRESS realizan las acciones que sean necesarias a fin de contar con la oferta que se requiera para atender con oportunidad la demanda de la población de su ámbito de adscripción, para lo cual hacen uso de todas las opciones que brinda la institución (Apoyo Descentralizado, Telemedicina, compra de servicios, convenios interinstitucionales, entre otros). El sistema de referencias y contrarreferencias se aplica luego de haber agotado todas las alternativas disponibles para la atención en el ámbito local.
- 6.3.2 Las IPRESS disponen de Centros de Telemedicina para acceder a una atención oportuna con médicos especialistas donde no se cuenta con ellos, evitando referencias y traslados del asegurado a ciudades distantes. Se usa en la práctica clínica para tele diagnóstico, teleconsulta, monitoreo remoto, reuniones médicas para obtener una segunda opinión (teleconferencia), almacenamiento digital de datos o fichas médicas.

- 6.3.3 El acceso al Sistema de Referencias y Contrarreferencias para los Centros de Atención de Medicina Complementaria (CAMEC) y Centros de Prevención de Riesgo del Trabajo (CEPRIT) se realiza a través de una IPRESS de la Red Desconcentrada / Asistencial, en tanto se gestione la inscripción en RENAES (Registro Nacional de Establecimientos) de acuerdo a la normatividad vigente.
- 6.3.4 El incumplimiento de las disposiciones contenidas en la presente Directiva por parte de los Gerentes, Subgerentes, Directores de IPRESS propias y de terceros, Jefes de Departamento, Jefes de Servicio, trabajadores profesionales y no profesionales de la salud, constituye falta de carácter disciplinario o contractual y es sancionada según normatividad vigente.
- 6.3.5 El inicio de procedimientos administrativos disciplinarios y las imposiciones de las sanciones que pudiesen corresponder a los servidores pertenecientes a los regímenes laborales comprendidos bajo el Decreto Legislativo N° 276 (Público), Ley de Bases de la Carrera Administrativa y de Remuneraciones del Sector Público, y sus modificatorias; el Texto Único Ordenado del Decreto Legislativo N° 728 (Privado), Ley de Productividad y Competitividad Laboral, aprobado por el Decreto Supremo N° 003-97-TR, y sus modificatorias; y el Decreto Legislativo N° 1057 (CAS), Decreto que regula el régimen especial de contratación administrativa de servicios, se efectúa de acuerdo a las normas contenidas en la Ley del Servicio Civil N° 30057 y su Reglamento aprobado mediante Decreto Supremo N° 040-2014-PCM, así como por la Directiva N° 002-2015-SERVIR/GPGSC aprobada por Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 101-2015-SERVIR-PE.
- 6.3.6 El Gerente / Director y el Jefe de la Oficina de Administración de la Red Desconcentrada / Asistencial son los responsables del cumplimiento de la presente Directiva en todas las IPRESS de su jurisdicción.



## VII CONCEPTOS DE REFERENCIA

### 7.1 ACOMPAÑANTE

Persona o familiar que acompaña al asegurado en el traslado a la IPRESS de destino.

### 7.2 ACREDITACIÓN

Atributo del registro de la persona natural con el cual habilita el derecho de cobertura del plan de seguro afiliado.

### 7.3 ACREDITACIÓN COMPLEMENTARIA

Es el reconocimiento del derecho a las prestaciones que tiene el asegurado, previa verificación del cumplimiento de los requisitos y criterios del seguro al que se encuentra afiliado para otorgarle la acreditación.

### 7.4 CAPACIDAD RESOLUTIVA

Está referida a la capacidad de cada IPRESS de acuerdo a su categoría y nivel de complejidad, de otorgar prestaciones con fines de diagnóstico y terapéuticos, las cuales están determinadas, entre otros, por los servicios, recursos humanos, especialidades y equipamiento del IPRESS. Se subdivide en: Capacidad Resolutiva Cualitativa, cuando se refiere al tipo de especialidad o equipamiento con que cuenta el IPRESS; y, Capacidad Resolutiva Cuantitativa, cuando se refiere a la cantidad de especialistas o equipamiento con que cuenta.

### 7.5 CONTRARREFERENCIA MÉDICA

Es un procedimiento administrativo asistencial mediante el cual se retorna la responsabilidad del manejo médico, de ayuda al diagnóstico y/o tratamiento del paciente, al médico tratante de la IPRESS de Origen. La Contrarreferencia no es un procedimiento usado para suscribir los pasajes de un paciente atendido.

**7.6 CONTRARREFERENCIA FARMACOLÓGICA**

Es el Procedimiento Administrativo mediante el cual el médico tratante de la IPRESS de Destino retoma la responsabilidad del manejo médico del paciente a su IPRESS de Origen, indicando claramente el tratamiento a largo plazo que va a seguir (hasta 06 meses) y otorga recetas para 45 días, a aquellos pacientes que tienen enfermedades crónicas que periódicamente reciben recetas múltiples.

**7.7 EXTENSIÓN DE LA REFERENCIA**

Es el procedimiento que realiza el médico tratante o Jefe de la Oficina/Unidad de Admisión, Registros Médicos, Referencias y Contrarreferencias, de la IPRESS de Destino al no contar con capacidad resolutive en el servicio de destino para garantizar la continuidad de la atención solicitada, generando una referencia a otra IPRESS. La extensión se realiza a cualquier IPRESS, propia o Extrainsitucional, con la capacidad resolutive disponible.

**7.8 EXÁMENES DE AYUDA AL DIAGNÓSTICO COMPLEJOS**

Entiéndanse como tales a los exámenes realizados por profesionales altamente especializados, con infraestructura y tecnología específica para tal fin, e insumos y material médico de alto costo.

**7.9 IPRESS**

Son aquellos establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo, públicos, privados o mixtos, creados o por crearse, que realizan atención de salud con fines de prevención, promoción, diagnóstico, tratamiento y/o rehabilitación; así como aquellos servicios complementarios o auxiliares de la atención médica, que tienen por finalidad coadyuvar en la prevención, promoción, diagnóstico, tratamiento y/o rehabilitación de la salud.

En adición al cumplimiento de las normas de carácter general del Ministerio de Salud para brindar servicios de salud deberán encontrarse registradas en la Superintendencia Nacional de Salud.

**7.10 IPRESS DE ORIGEN**

Es aquella IPRESS que refiere al paciente a la IPRESS de Destino para el otorgamiento de prestaciones asistenciales que superan su capacidad resolutive.

**7.11 IPRESS DE DESTINO**

Es aquella IPRESS que recibe al paciente referido y que cuenta con la capacidad resolutive suficiente para otorgar las prestaciones asistenciales motivo de la referencia.

**7.12 IPRESS DE EXTENSIÓN**

Es aquella IPRESS a la cual es referido el paciente mediante una extensión de referencia por falta de especialistas en la IPRESS de Destino.

**7.13 MÉDICO TRATANTE**

Es quien recibe al paciente en la primera consulta por un daño o patología nueva y toma bajo su responsabilidad su atención; solicita los exámenes de evaluación integral de ser pertinentes y, dependiendo del estado clínico, solicita las interconsultas a otras especialidades y/o derivaciones a los Profesionales de la Salud en caso se requiera. El rol del médico tratante termina al alta, referencia o contrarreferencia correspondiente.

**7.14 NUEVO ESQUEMA DE TRANSFERENCIA E INFORMACIÓN (NETI)**

Proyecto que permitirá poner a disposición de ESSALUD la información que actualmente es enviada por medio de archivos planos a un servidor de base de datos secundarios ubicado en instalaciones de ESSALUD, el cual es una réplica en línea de un servidor primario ubicado en instalaciones de SUNAT.

**7.15 REFERENCIA ADMINISTRATIVA**

Es el recurso administrativo que se usa para facilitar la atención a un paciente que requiere una referencia, para ser atendido en forma extraordinaria en una IPRESS de Destino bajo parámetros específicos utilizando el código de Acto Médico 9999.





"DIRECTIVA N° 014 -GG-ESSALUD-2015"

"NORMAS PARA EL PROCESO DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA EN ESSALUD"

#### 7.16 REFERENCIA OBSERVADA

Es aquella no admitida en la Unidad de Referencia de la IPRESS de Origen y/o de Destino.

#### 7.17 REFERENCIA DEL PACIENTE

Es un procedimiento administrativo asistencial, mediante el cual un médico tratante de la IPRESS traslada la responsabilidad del manejo médico y/o ayuda al diagnóstico de un paciente a otro médico de una IPRESS institucional o Extrainstitucional de mayor capacidad resolutive o de capacidad resolutive disponible independientemente de la categoría de la misma.

#### 7.18 REFERENCIA MÉDICA

Es el documento mediante el cual se traslada el manejo médico del paciente de una IPRESS de Origen a otra IPRESS de Destino.

#### 7.19 SISTEMA DE REFERENCIAS Y CONTRARREFERENCIAS

Es el conjunto de procesos que articulan el otorgamiento de prestaciones de salud entre IPRESS de EsSalud y entidades extrainstitucionales de salud con la finalidad de garantizar la continuidad de la atención, considerando la capacidad resolutive operativa.

#### 7.20 REFERENCIAS EN PROCESO POR OFERTA INSUFICIENTE

Es aquella referencia visada, que aún no obtiene cita en la IPRESS de Destino por falta de especialistas.

#### 7.21 REFERENCIA VISADA

Es aquella que es aceptada en la IPRESS de Destino, estando apta para el otorgamiento de la cita.

### VIII ANEXOS

- ANEXO 01: PROCEDIMIENTO PARA LA SOLICITUD DE LA REFERENCIAS
- ANEXO 02: PROCEDIMIENTO DE REFERENCIA ADMINISTRATIVA PARA PACIENTES ONCOLÓGICOS, CON TBC MDR Y XDR, NEONATOS ALTO RIESGO, VIH-SIDA, PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL TERMINAL ESTADIO 5, ENFERMEDADES RARAS Y PSIQUIÁTRICOS
- ANEXO 03: PROCEDIMIENTO DE REFERENCIA DE EPS
- ANEXO 04: PROCEDIMIENTO DE CONTRARREFERENCIA
- ANEXO 05: PROCEDIMIENTO DE CONTRARREFERENCIA FARMACOLÓGICA
- ANEXO 06: PROCEDIMIENTO EXTENSIÓN DE LA REFERENCIA
- ANEXO 07: FLUJO DEL PROCESO DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA DE PACIENTES
- ANEXO 08: FORMATO DE SOLICITUD DE REFERENCIA
- ANEXO 09: FORMATO DE CONTRARREFERENCIA
- ANEXO 10: SOLICITUD DE PASAJES
- ANEXO 11: OTORGAMIENTO DE PASAJES
- ANEXO 12: LISTADO DE REFERENCIAS OBSERVADAS EN LA IPRESS DE DESTINO
- ANEXO 13: INDICADORES DE REFERENCIAS Y CONTRARREFERENCIAS
- ANEXO 14: FORMATO DE CONSTANCIA DE ATENCIÓN DE REFERENCIA
- ANEXO 15: FORMATO DE VALIDACIÓN DE LA CALIDAD DEL REGISTRO DE LA REFERENCIA
- ANEXO 16: FORMATO DE VALIDACIÓN DE LA CALIDAD DEL REGISTRO DE LA CONTRARREFERENCIA
- ANEXO 17: TABLA DE ESTADOS DE REFERENCIAS
- ANEXO 18: RECURSOS HUMANOS EN LAS UNIDADES DE REFERENCIAS Y CONTRARREFERENCIAS
- ANEXO 19: INFRAESTRUCTURA Y EQUIPAMIENTO EN LAS UNIDADES DE REFERENCIAS Y CONTRARREFERENCIAS
- ANEXO 20: REQUISITOS PARA LA ACREDITACIÓN COMPLEMENTARIA
- ANEXO 21: FLUJO DE CONTRARREFERENCIAS FARMACOLÓGICAS
- ANEXO 22: HOJA DE RUTA DE REFERENCIAS
- ANEXO 23: PROCEDIMIENTO PARA RECONFIRMACIÓN, REPROGRAMACIÓN O ANULACIÓN DE CITAS DESDE ESSALUD EN LINEA Y/O ADMISION
- ANEXO 24: CRITERIOS MÍNIMOS DE ACEPTACIÓN DE REFERENCIAS



## ANEXO 01: PROCEDIMIENTO PARA LA SOLICITUD DE LA REFERENCIAS

ESSALUD Gerencia Central de Prestaciones de Salud GCPS		PROCEDIMIENTOS	Versión: 01-2015
		REFERENCIA	
PASO	DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES	RESPONSABLE	
01	Evaluar el cuadro clínico y exámenes auxiliares del paciente. Consignar los datos con letra legible en el Formato de Referencia (Anexo 09) sin llenar el espacio correspondiente a la IPRESS de Destino.	<u>IPRESS de Origen</u> Médico Tratante	
02	Trasladar el Formato de Referencias emitido al área de Referencias y Contrarreferencias	<u>IPRESS de Origen</u> Paciente o familiar Técnico de Consulta	
03	Evaluar y calificar la pertinencia de la referencia; si es materia de observación, consultar en primera instancia con el médico tratante; y en segunda instancia, al superior inmediato, si fuera el caso, para la respectiva corrección y devolución en un plazo no mayor de 24 horas. Si la referencia es procedente, seguir paso 05.	<u>IPRESS de Origen</u> Médico de Referencias	
04	Si es improcedente, asignar cita al paciente con el médico tratante para la información y el seguimiento del caso, en un plazo máximo de 02 (dos) días hábiles.	<u>IPRESS de Origen</u> Médico de Referencias	
05	Verificar los datos consignados en el formato impreso, luego registrar y remitir el formato de Referencia a través del Sistema de Referencia y Contrarreferencia u otra vía de comunicación antes de las 48 horas de la recepción. En caso que el paciente tenga problemas con acreditación, seguir con el Paso 06; en caso contrario seguir con el Paso 07.	<u>IPRESS de Origen</u> Digitador o Técnico Administrativo	
06	Realizar la verificación de la acreditación de derecho y su cobertura. De no acreditar, informar al paciente sobre las limitaciones de su atención. De acreditar, imprimir la hoja de filiación, visar y sellar. Entregar el Formato de Referencia más la hoja de filiación al área de Referencias o la que haga sus veces.	<u>IPRESS de Origen</u> Encargado de Acreditación	
07	Evaluar la pertinencia de la Referencia. Para las referencias aceptadas: Paso 08. Para las referencias observadas: Paso 09.	<u>IPRESS de Destino</u> Jefe de la Unidad de Referencias y C.	
08	Otorgar la fecha de la cita en un plazo no mayor de 24 horas para Consulta Externa y 48 horas para Servicios de Ayuda al Diagnóstico, después de obtenido el visado.	<u>IPRESS de Destino</u> Unidad de referencias y contrarreferencias	
09	Registrar el motivo de la observación de la referencia en el Sistema de Referencia y Contrarreferencia y reporta a la IPRESS de origen	<u>IPRESS de Destino</u> Jefe de la Unidad de Referencias y C.	
10	Evaluar el motivo de observación: 1. Amerita levantar la observación y reenviar. Paso 11 2. No amerita reenviar, anular la referencia y pasar a Paso 04.	<u>IPRESS de Origen</u> Jefe de la Unidad de Referencias y C.	
11	Otorgar cita	<u>IPRESS de Destino</u> Digitador	
12	Imprimir la cita gestionada y remitida por el Sistema de Referencia y Contrarreferencia u otra vía de comunicación Comunicar al paciente la fecha y hora de la cita con 48 horas de anticipación, entregar la cita al paciente, junto con la Referencia Original y los exámenes practicados. Reconfirmación de citas (Anexo 23)	<u>IPRESS de Origen</u> Digitador	
13	Acudir directamente al consultorio o servicio donde está citado debiendo estar presente 30 minutos antes del horario señalado con el formato de referencia.	<u>IPRESS de Destino</u> Paciente	



"DIRECTIVA N° 014 -GG-ESSALUD-2015"

"NORMAS PARA EL PROCESO DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA EN ESSALUD"

**ANEXO 02: PROCEDIMIENTO DE REFERENCIA ADMINISTRATIVA PARA  
PACIENTES ONCOLÓGICOS, CON TBC MDR Y XDR, NEONATOS ALTO RIESGO,  
VIH-SIDA, PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL TERMINAL ESTADIO 5,  
ENFERMEDADES RARAS Y PSIQUIATRICOS**

ESSALUD Gerencia Central de Prestaciones de Salud GCPS		PROCEDIMIENTOS	Versión: 01-2015
		REFERENCIA ADMINISTRATIVA PARA PACIENTES ONCOLÓGICOS CON TBC MDR Y XDR, NEONATOS ALTO RIESGO, VIH-SIDA, PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL TERMINAL, ENFERMEDADES RARAS Y PSIQUIATRICOS.	
PASO	DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES	RESPONSABLE	
1	Evaluar los resultados confirmatorios de los exámenes clínicos y/o de Ayuda al Diagnóstico del paciente para las condiciones señaladas. Registrar en un Formato de Referencia el Diagnóstico bajo codificación CIE-10 y la solicitud de Referencia(s) Administrativa(s).	IPRESS de Destino Médico Tratante	
2	Trasladar el Formato de Referencia a la Unidad de Referencias y Contrarreferencias.	IPRESS de Destino Paciente, Familiar o Técnico Asistencial	
3	Ingresar la(s) Referencia(s) en el Sistema de Referencia y Contrarreferencia, asignar las citas.	IPRESS de Destino Digitador o Técnico Administrativo	
4	Comunicar las citas al paciente.	IPRESS de Destino Digitador o Técnico Administrativo	

**ANEXO 03: PROCEDIMIENTO DE REFERENCIA DE EPS**

ESSALUD Gerencia Central de Prestaciones de Salud GCPS		PROCEDIMIENTOS	Versión: 01-2014
		REFERENCIA DE PACIENTES EPS	
PASO	DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES	RESPONSABLE	
1	Recibir del asegurado el formato de la Solicitud de Referencias con resultados de Ayuda al Diagnóstico y efectuar lo siguiente: a) Verificar vigencia de acreditación en el sistema prestacional. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Corresponde, continuar en literal b.</li> <li>• No corresponde, derivar caso a Área de Seguros para verificar información.</li> </ul> b) Evaluar diagnóstico (capa compleja) y pertinencia de la referencia: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Corresponde, asignar cita médica.</li> <li>• No corresponde, informar al asegurado.</li> </ul>	IPRESS de Destino Director o Gerente	
2	Fin del proceso		



"DIRECTIVA N° 014 -GG-ESSALUD-2015"

"NORMAS PARA EL PROCESO DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA EN ESSALUD"

## ANEXO 04: PROCEDIMIENTO DE CONTRARREFERENCIA

ESSALUD Gerencia Central de Prestaciones de Salud GCPS		PROCEDIMIENTOS  CONTRARREFERENCIA MÉDICA	Versión: 01-2015
Paso	DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES	RESPONSABLE	
1	Generar por duplicado la Contrarreferencia, indicando las recomendaciones al paciente, consignar el número de acto médico, fecha probable de la próxima cita (de corresponder) y otros, según se requiera en el Formato de Contrarreferencia (Anexo 09). Entregar el original y copia del formato al Paciente, Familiar o Técnico Asistencial	<u>IPRESS de Destino</u> Médico Tratante	
2	Trasladar los formatos a la Unidad de Referencias y Contrarreferencias. El original con el sello de recepción se queda con el paciente y la copia en la Oficina/ Unidad de Admisión, Registros Médicos, Referencias y Contrarreferencias.	<u>IPRESS de Destino</u> Paciente, Familiar o Técnico Asistencial	
3	Ingresar las Contrarreferencias al Sistema (incluye las copias a scanner de resultados de ayuda al diagnóstico u otros que correspondan) en un plazo máximo de dos días laborables desde la recepción del formato, debiendo gestionar la cita en la IPRESS de origen	<u>IPRESS de Destino</u> Digitador de la Oficina/ Unidad de Admisión, Registros Médicos, Referencias y Contrarreferencias	
4	Recibir Contrarreferencias, adjuntar en la Historia Clínica y reconfirmar cita	<u>IPRESS de Origen</u> Digitador o Técnico Administrativo Personal de Admisión, Registros Médicos, Referencias y Contrarreferencias	



"DIRECTIVA N° 014 -GG-ESSALUD-2015"

"NORMAS PARA EL PROCESO DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA EN ESSALUD"

## ANEXO 05: PROCEDIMIENTO DE CONTRARREFERENCIA FARMACOLÓGICA

ESSALUD Gerencia Central de Prestaciones de Salud		PROCEDIMIENTOS CONTRARREFERENCIA FARMACOLÓGICA	Versión: 01-2015
Paso	DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES	RESPONSABLE	
	<p><b>En caso que el médico disponga de PC en el consultorio:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ingresar el Formato de la Contrarreferencia en el Sistema Informático con las indicaciones del tratamiento farmacológico hasta por 06 meses; consignar: conclusiones y recomendaciones de controles clínicos o analíticos, nombre del medicamento, concentración, presentación, dosis, número total de medicamentos y tiempo de administración en meses (intervalo).</li> <li>- Prescribir una receta por 45 días para la atención en Farmacia de la IPRESS de Destino, indicando que es una Contrarreferencia Farmacológica (sello o manuscrito).</li> <li>- Imprimir 01 copia del Formato de la Contrarreferencia y entregar al paciente. (paso 04)</li> </ul> <p><b>En caso que el médico no disponga de PC en el consultorio:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Llenar el Formato de la Contrarreferencia (Anexo 04) por duplicado con las indicaciones del tratamiento farmacológico hasta por 6 meses; consignar: conclusiones y recomendaciones de controles clínicos o analíticos, nombre del medicamento, concentración, presentación, dosis, número total de medicamentos y tiempo de administración en meses (intervalo).</li> <li>- Prescribir una receta por 45 días para la atención en Farmacia de la IPRESS de Destino, indicando que es una Contrarreferencia Farmacológica (sello o manuscrito).</li> <li>- Entregar original y copia del Formato de la Contrarreferencia al paciente.</li> </ul>	IPRESS de Destino Médico Tratante	
02	Trasladar los formatos a la Unidad de Referencias y Contrarreferencias. El original con el sello de recepción se queda con el paciente y la copia en la Oficina/Unidad de Admisión, Registros Médicos, Referencia y Contrarreferencia.	IPRESS de Destino Paciente o familiar Técnico Asistencial	
03	Ingresar la Contrarreferencia Farmacológica al Sistema de Referencia y Contrarreferencia en Web. Adjuntar la copia (a scanner) del formato de Contrarreferencia Farmacológica en el Sistema en los siguientes 02 días laborables como máximo. Gestionar la cita en la IPRESS de Origen para los 45 días.	IPRESS de Destino Digitador de la Unidad de Referencias	
04	Dentro de los 04 días laborables de recibida la contrarreferencia farmacológica, informa al Área de Farmacia, a fin de que se tome las provisiones para el abastecimiento de medicación, de acuerdo a lo indicado en la Contrarreferencia.	IPRESS de Origen Digitador de la Unidad de Referencias	
05	Hacer los requerimientos de medicación que haya indicado el médico tratante, según Contrarreferencia Farmacológica para las recetas a futuro, Llevar el control de estos medicamentos, con la finalidad de que formen parte del abastecimiento regular.	IPRESS de Origen Jefe de Farmacia	
06	Confirmar cita en el servicio correspondiente para el control y prescripción de los fármacos indicados por la IPRESS de destino para la continuidad del tratamiento. Imprimir la Contrarreferencia Farmacológica y archivar en la Historia Clínica.	IPRESS de Origen Digitador de Admisión	



"DIRECTIVA N° 014 -GG-ESSALUD-2015"

"NORMAS PARA EL PROCESO DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA EN ESSALUD"

## ANEXO 06: PROCEDIMIENTO EXTENSIÓN DE LA REFERENCIA

ESSALUD Gerencia Central de Prestaciones de Salud GCPS		PROCEDIMIENTO	Versión: 01-2015
		EXTENSIÓN DE LA REFERENCIA	
PASO	DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES	RESPONSABLE	
01	Evalúa el cuadro clínico y exámenes auxiliares del paciente. Consigna los datos en el Formato de Extensión de la Referencia	<u>IPRESS de Destino</u> Médico Tratante o Médico de Interconsulta	
02	Traslada el Formato de la Extensión de la Referencias al área de Referencias y Contrarreferencias	<u>IPRESS de Destino</u> Paciente	
03	Verifica y visa la conformidad del llenado del Formato. De disponer el servicio informar al paciente sobre las limitaciones de su atención en el destino. De existir la conformidad esta será ingresada como una referencia más a la IPRESS de Destino con el acto médico que produjo la extensión del servicio.	<u>IPRESS de Destino</u> Jefe de la Unidad de Referencias y Contrarreferencias.	







"DIRECTIVA N° 014 -GG-ESSALUD-2015"

"NORMAS PARA EL PROCESO DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA EN ESSALUD"

**ANEXO 08: FORMATO DE SOLICITUD DE REFERENCIA**

FORMATO DE SOLICITUD REFERENCIA						
Número de Referencia		EsSalud	Extracomunitarios	Organización	Área Destino	
DIR		PRES Origin		C-Origen		
Día Mes Año		Servicio de Origen		Hospitalización		
		Servicio de Destino		Emergencia		
		Número de Acto Médico		Ayuda de		
		Tipo de Seguro:		Regular	Independiente	
<b>I. Identificación del paciente</b>						
Apellido paterno			Edad			
Apellido materno			Sexo			
Nombre			Teléfono Fijo			
Correo electrónico			Teléfono Celular			
<b>II. Resumen de la historia clínica (signos y síntomas)</b>						
<b>Resultados de Pruebas Diagnósticas</b>						
Diagnóstico de referencia						
			Presuntivo	Definitivo	CIE10	
1						
2						
<b>Motivo de referencia</b>						
<b>Tipo de transporte según prescripción médica</b>						
Terrestre		Fluvial		Aéreo		
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
Requiere acompañante		NO		Tipo de Acompañante		Familiar
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Sustento en caso requiera acompañante terrestre o fluvial:						
<b>II. Sustento del pasaje aéreo del paciente</b>						
				Procede <input type="checkbox"/> Improcedente <input type="checkbox"/>		
<b>III. Sustento del pasaje aéreo para el acompañante</b>						
<b>Firma del Cargo de Rechazo de la Referencia</b> .....						



Firma del Médico Tratante

Jefe de Servicio



"DIRECTIVA N° 014 -GG-ESSALUD-2015"

"NORMAS PARA EL PROCESO DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA EN ESSALUD"

**ANEXO 09: FORMATO DE CONTRARREFERENCIA**



Día	Mes	Año	Num. Referencia	DNI	Acto Médico

**I. Identificación del paciente**

Apellido paterno	
Apellido materno	
Nombre	

TIPO

Médica  
 Farmacológica  
 Administrativa

**II. Conclusiones y recomendaciones de controles clínicos y/o analíticos**

Requiere acompañante: \_\_\_\_\_

Fecha de próxima cita: \_\_\_\_\_

**III. Sustento de pasajes aéreos o terrestres**

**FECHA SUGERIDA DE CONTROL**

	Diagnóstico de contrarreferencia	Presuntivo	Definitivo	CIE10
1				
2				

**III. Indicaciones terapéuticas de tratamiento farmacológico**

	Medicamento	Concentración	Presentación	Dosis	Intervalo (*)	Total
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						

(\*) Indicar el intervalo que el paciente debe mantener la medicación.

**IV. Identificación del médico tratante o responsable**

Nombre del Médico	CMP
Estado del paciente Curado <input type="checkbox"/> Redo voluntario <input type="checkbox"/> Mejorado <input type="checkbox"/> Fallecido <input type="checkbox"/>	Firma y Sello del Médico Tratante

Adjuntar toda documentación que permita una adecuada continuación del tratamiento del paciente en el origen





"DIRECTIVA N° 014 -GG-ESSALUD-2015"

"NORMAS PARA EL PROCESO DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA EN ESSALUD"

## ANEXO 11: OTORGAMIENTO DE PASAJES

ESSALUD Gerencia Central de Protecciones de Salud		PROCEDIMIENTOS OTORGAMIENTO DE PASAJES	Versión: 01-2015
Paso	DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES	RESPONSABLE	
01	Generar la referencia y sustentar la necesidad del acompañante en caso se justifique	<b>IPRESS de Origen</b> Médico Tratante	
02	Registrar la referencia en el sistema, gestionar la referencia y cita. Ingresar y tramitar la solicitud de pasaje al área administrativa. Informar al paciente que debe presentar la constancia de atención del destino para otorgar la siguiente cita; comunicar las implicancias y penalidades por el uso inadecuado del pasaje.	<b>IPRESS de Origen</b> Digitador Unidad de Referencia	
03	Otorgar el pasaje al paciente y registrar en el Sistema el gasto realizado.	<b>IPRESS de Origen</b> Jefe de Administración	
04	Atender al paciente y firmar constancia de atención.	<b>IPRESS de Destino</b> Médico Tratante	
05	Recibir del paciente la Constancia de Atención y verificar en el sistema la asistencia a la cita.	<b>IPRESS de Origen</b> Jefe de la Oficina/ Unidad de Admisión, Registros Médicos, Referencias y Contrarreferencias	





"DIRECTIVA N° 014 -GG-ESSALUD-2015"

"NORMAS PARA EL PROCESO DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA EN ESSALUD"

**ANEXO 12: LISTADO DE REFERENCIAS OBSERVADAS EN LA IPRESS DE DESTINO**

IPRESS DE ORIGEN:  
SERVICIO:

	Apellidos y nombres de paciente	CIE 10	Diagnostico	Médico tratante	Motivo de Observación
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					



\_\_\_\_\_  
Firma de Jefe de Referencias



"DIRECTIVA N° 014 -GG-ESSALUD-2015"

"NORMAS PARA EL PROCESO DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA EN ESSALUD"

## ANEXO 13: INDICADORES DE REFERENCIAS Y CONTRARREFERENCIAS

## ANEXO 13A

INDICADOR PORCENTAJE DE CONTRARREFERENCIAS	
Fundamento	Es un indicador de proceso, para medir la eficacia del proceso de Referencias y Contrarreferencias en el sentido de completar el ciclo de atención. Mediante la referencia se traslada la responsabilidad del manejo médico y/o ayuda al diagnóstico de un paciente a otro médico de una IPRESS de mayor capacidad resolutive o de capacidad resolutive disponible independientemente de la categoría de la misma; el proceso termina con el retorno del paciente a la IPRESS de origen una vez resuelta la condición que motivó la derivación; sin embargo se dan situaciones en que por diversos motivos el paciente no es contrarreferido dando lugar a que no se complete el proceso. Mediante este indicador se busca evaluar la culminación y eficacia del proceso.
A qué Objetivo Estratégico Institucional Contribuye	"Brindar atención integral a los asegurados con los más altos estándares de calidad, en el marco de un fuerte compromiso del Estado con el bienestar de los asegurados, mejorar el trato a los asegurados, cambiar el modelo de atención por uno basado en la atención primaria y actuar sobre los determinantes sociales de la salud, con énfasis en los aspectos preventivo – promocionales, contando para ello con el apoyo técnico de la OPS/OMS
Tipo de indicador	Continuo de incremento
Objetivo	Medir la eficacia del proceso
Ambito de Aplicación	IPRESS que participan en el proceso de referencias y Contrarreferencias
Forma de cálculo	$\frac{\text{Nro. de Contrarreferencias emitidas}}{\text{Total de Referencias Recibidas Citadas}} \times 100$
Definición Operacional	<b>Nro. de Contrarreferencias emitidas:</b> Son las Contrarreferencias realizadas por médicos y cirujanos dentistas <b>Total de Referencias Recibidas Citadas:</b> Suma de Referencias en la IPRESS de Destino que cuentan con cita
Meta 2016 (Basal)	Especialidades. Quirúrgicas = 90% Especialidades. Clínicas = 80%
Fuente de Información (Origen de datos)	Sistema de Referencias y Contrarreferencias
Frecuencia de envío de información	Trimestral
Frecuencia de Evaluación del indicador	Semestral
Oficina/ Gerencia Responsable del registro y consolidación en el RREG Desconcentrada/Asistencia	Jefe o Responsable de la Unidad de Referencias y Contrarreferencias.
Oficina/ Gerencia Responsable de la consolidación y Evaluación de la información en el Nivel Central	Gerente de Operaciones territoriales



"DIRECTIVA N° 014 -GG-ESSALUD-2015"

"NORMAS PARA EL PROCESO DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA EN ESSALUD"

## ANEXO: 13B

INDICADOR: PORCENTAJE DE CONTRARREFERENCIAS FARMACOLÓGICAS	
Fundamento	Cuando se da el alta del paciente, o una vez terminado el otorgamiento de las prestaciones asistenciales motivo de la referencia, y si requiere tratamientos farmacológicos prolongados, la IPRESS de Origen gestiona la disponibilidad de los medicamentos prescritos consignados en las contrarreferencias. Las restricciones de uso por nivel de complejidad no tienen efecto en tales casos de acuerdo a lo establecido en la Normativa de uso del Petitorio Farmacológico. Para ello los servicios de Farmacia dan cumplimiento a lo señalado.
A qué Objetivo Estratégico Institucional Contribuye	"Brindar atención integral a los asegurados con los más altos estándares de calidad, en el marco de un fuerte compromiso del Estado con el bienestar de los asegurados, mejorar el trato a los asegurados, cambiar el modelo de atención por uno basado en la atención primaria y actuar sobre los determinantes sociales de la salud, con énfasis en los aspectos preventivo – promocionales, contando para ello con el apoyo técnico de la OPS/OMS"
Tipo de Indicador	Determinación de línea basal durante un ejercicio de 6 meses, y posterior a ello, continuo de incremento.
Objetivo	Medir la eficacia del proceso de la contrarreferencia farmacológica.
Ámbito de Aplicación	IPRESS involucradas en el sistema de Referencias y Contrarreferencias
Forma de cálculo	$\frac{\text{Número de contrarreferencias farmacológicas gestionadas y atendidas en IPRESS de origen}}{\text{Número de Contrarreferencias con prescripción farmacológica emitidas en IPRESS de destino}} \times 100$
Definición Operacional	Numerador: Son las contrarreferencias con prescripción de fármacos con restricciones de uso por especialidad, gestionadas por el jefe de la URyCR y atendidos en la IPRESS de origen. Denominador Total de contrarreferencias con prescripción de fármacos con restricciones de uso por especialidad, emitidas por médicos y cirujanos dentistas en la IPRESS de destino.
Meta 2016 /Basa	Incremento progresivo a partir de la línea basal
Fuente de Información (Origen de datos)	Sistema de Referencias y Contrarreferencias
Frecuencia de envío de información	Mensual
Frecuencia de Evaluación del Indicador	Trimestral
Oficina / Gerencia Responsable del registro y consolidación en la Red Descentralizada /Asistencial	Jefe o Responsable de la Unidad de Referencias y Contrarreferencias.
Oficina / Gerencia Responsable de la Consolidación y Evaluación de la información en el Nivel Central	Gerente de Operaciones Territoriales



"DIRECTIVA N° 014 -GG-ESSALUD-2015"

"NORMAS PARA EL PROCESO DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA EN ESSALUD"

## ANEXO: 13C

INDICADOR	
PORCENTAJE DE REFERENCIAS EN PROCESO POR OFERTA INSUFICIENTE EN LA IPRESS DE DESTINO O DE EXTENSION	
Fundamento	Indicador intermedio que permite medir la disponibilidad de oferta en las IPRESS de destino. Las referencias recibidas en las IPRESS de destino pueden quedar en espera de ser visadas y de otorgamiento de cita por falta de especialistas en la IPRESS de destino.
A qué Objetivo Estratégico Institucional Contribuye	"Brindar atención integral a los asegurados con los más altos estándares de calidad, en el marco de un fuerte compromiso del Estado con el bienestar de los asegurados, mejorar el trato a los asegurados, cambiar el modelo de atención por uno basado en la atención primaria y actuar sobre los determinantes sociales de la salud, con énfasis en los aspectos preventivo - promocionales, contando para ello con el apoyo técnico de la OPS/OMS
Tipo de Indicador	Continuo de disminución
Objetivo	Medir la disponibilidad de oferta en la IPRESS de destino o de extensión
Ámbito de Aplicación	IPRESS de destino involucradas en el sistema de referencias y contrarreferencias.
Forma de cálculo	$\frac{\text{Numero de referencias en proceso por oferta insuficiente por falta de especialista} \times 100}{\text{Total de Referencias en proceso de oferta insuficiente}}$
Definición Operativa	<b>Numero de referencias visadas en proceso por oferta insuficiente:</b> Son las Referencias sin cita por falta de especialista en la IPRESS de destino o de extensión. <b>Total de Referencias Visadas:</b> Suma de Referencias en la IPRESS de Destino Referencias en proceso de oferta insuficiente
Meta 2016, Base	< 3%
Fuente de Información (Origen de datos)	Sistema de Referencias y Contrarreferencias
Frecuencia de envío de información	Mensual
Frecuencia de Evaluación del Indicador	Mensual
Oficina / Gerencia Responsable del registro y consolidación en la Red Desconcentrada/Asistencia	Jefe o Responsable de la Unidad de Referencias y Contrarreferencias.
Oficina / Gerencia Responsable de la Consolidación y Evaluación de la información en el Nivel Central	Gerente de Operaciones Territoriales



"DIRECTIVA N° 014 -GG-ESSALUD-2015"

"NORMAS PARA EL PROCESO DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA EN ESSALUD"

## ANEXO: 13D

INDICADOR DIFERIMIENTO EN LA ATENCIÓN	
Fundamento	Es un indicador de proceso. El diferimiento de la atención por falta de oferta en las IPRESS de destino o de extensión afecta la efectividad del sistema de referencias y Contrarreferencias de manera directa.
A qué Objetivo Estratégico Institucional Contribuye	"Brindar atención integral a los asegurados con los más altos estándares de calidad, en el marco de un fuerte compromiso del Estado con el bienestar de los asegurados, mejorar el trato a los asegurados, cambiar el modelo de atención por uno basado en la atención primaria y actuar sobre los determinantes sociales de la salud, con énfasis en los aspectos preventivo – promocionales, contando para ello con el apoyo técnico de la OPS/OMS
Tipo de Indicador	Continuo de disminución.
Objetivo	Medir la efectividad del proceso
Ámbito de Aplicación	IPRESS de destino involucradas en el proceso de referencias y Contrarreferencias..
Forma de cálculo	Fecha de la cita de atención- Fecha del ingreso de la referencia.
Definición Operacional	Tiempo de espera en días la referencia emitida y el otorgamiento de cita
Meta 2016 Basal	Categoría III-1 y III-2 <= 17 días Categoría II-1 y II-2 <= 12 días
Fuente de Información (Origen de datos)	Sistema de Referencias y Contrarreferencias
Frecuencia de envío de Información	Mensual
Frecuencia de Evaluación del Indicador	Mensual
Oficina/ Gerencia Responsable del registro y consolidación en la Red Desconcentrada/Asistencia	Jefe o Responsable de la Unidad de Referencias y Contrarreferencias.
Oficina/ Gerencia Responsable de la Consolidación y Evaluación de la Información en el Nivel Central	Gerente de Operaciones territoriales.



"NORMAS PARA EL PROCESO DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA EN ESSALUD"

**ANEXO 14: FORMATO DE CONSTANCIA DE ATENCIÓN DE REFERENCIA**

FORMATO DE CONSTANCIA DE ATENCIÓN DE REFERENCIA						
Número de Referencia		IPRESS de Origen		Área Destino		
		Servicio de Origen		C/Salud		
Día	Mes	Año	Servicio de Destino		Hospitalización	
			Acto médico		Emergencia	
		Motivo nueva cita: SI NO		Fecha de próxima atención		Atención
<b>I. Identificación del paciente</b>						
CUI						
Apellido paterno						
Apellido materno						
Nombres						
<b>II. Sustento del pasaje aéreo o terrestre del paciente</b>						
<b>III. Sustento si requiere acompañante la próxima cita</b>						
<b>IV. Identificación del médico tratante o responsable</b>						
Nombre del Médico					CNP	
Firma y Sello del Médico Tratante						
ESTE DOCUMENTO SERVIRÁ DE SUSTENTO DE LA CITA REALIZADA Y PARA OTORGAR EL PASAJE DE LA SIGUIENTE CITA.						





DIRECTIVA N° 014-GG-ESSALUD-2015

"NORMAS PARA EL PROCESO DE REFERENCIA Y CONTRARRREFERENCIA EN ESSALUD"

### ANEXO 15: FORMATO DE VALIDACIÓN DE LA CALIDAD DEL REGISTRO DE LA REFERENCIA

<b>RED ASISTENCIAL</b>			
PAIS			
Apellidos y Nombres del auditor medico			
Fecha de Auditoria			
Consignar: "1" si la respuesta es Afirmativa o No aplica y "0" si es Negativa			
	SI	NO	NO APLICA
<b>DATOS GENERALES DE LA REFERENCIA</b>			
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
<b>IDENTIFICACION DEL PACIENTE (EN HISTORIA CLINICA)</b>			
1			
2			
3			
4			
5			
<b>RESUMEN DE HISTORIA CLINICA</b>			
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
<b>MEDICO TRATANTE O RESPONSABLE UNIDAD REFERENCIA</b>			
1			
2			
3			
<b>PRESENTACION DE LA REFERENCIA</b>			
1			
2			
<b>OBSERVACIONES</b>			
PUNTAJE TOTAL			
CALIFICACION			
Menor de 21 requiere mejorar			
Si alcanza 21 o mas es bueno			
FIRMA Y SELLO DEL AUDITOR			



**ANEXO 16: FORMATO DE VALIDACIÓN DE LA CALIDAD DEL REGISTRO DE LA CONTRARREFERENCIA**

FORMATO DE VALIDACIÓN DE LA CALIDAD DEL REGISTRO DE LA CONTRARREFERENCIA			
RED ASISTENCIAL			
IPRESS			
Apellidos y Nombres del Auditor médico			
Fecha de auditoría			
<p>Consignar: "1" si la respuesta es Afirmativa o No aplica y "0" si es Negativa</p>			
	SI	NO	NO APLICA
<b>I. DATOS GENERALES</b>			
1 Registro del número de referencia			
2 Registro del número de DNI			
3 Fecha de contrarreferencia			
<b>II. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE</b>			
1 Registra Apellidos y Nombres del paciente			
<b>III. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</b>			
1 Registra conclusiones			
2 Registra recomendaciones			
3 Registra fecha sugerida de control			
4 Registra diagnóstico de contrarreferencia			
5 Registra CIE 10			
<b>IV. INDICACIONES TERAPÉUTICAS</b>			
1 Registro del medicamento (s)			
2 Registro de concentración, presentación, vía, dosis, total			
3 Registro de tiempo que debe mantener medicación			
<b>V. IDENTIFICACIÓN DE MÉDICO TRATANTE</b>			
1 Registro de Nombre del médico			
2 Registro de CMP			
3 Registro de firma y sello del médico			
4 Registro de la firma y sello del responsable de Admisión o su equivalente			
<b>VI. PRESENTACIÓN DE LA CONTRARREFERENCIA</b>			
1 Letra legible			
2 Uso de formatos oficiales correspondientes y no uso de abreviaturas (abreviaturas no reconocidas por la institución)			
<b>OBSERVACIONES</b>			
<p><b>PUNTAJE TOTAL</b>  <b>CALIFICACIÓN</b></p> <p>Menor de 14 requiere mejorar                  Si alcanza 14 ó mas es bueno</p>			
<p><b>FIRMA Y SELLO DEL AUDITOR</b></p>		<p>Firma y sello                  Jefe de Referencias y Contrarreferencias</p>	





\*NORMAS PARA EL PROCESO DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA EN ESSALUD\*

### ANEXO 17: TABLA DE ESTADOS DE REFERENCIAS

1. EN ESPERA.
2. OBSERVADA – (Motivo IPRESS de Origen)
3. VISADA.
4. EN PROCESO POR OFERTA INSUFICIENTE – Falta de especialista en la IPRESS de destino
4. CITADA.
5. PRORROGADA.
6. CONTRARREFERIDA.
7. ANULADA.
8. EXTENDIDA.



\* Observada por causas atribuibles a la IPRESS de Origen

- a) Datos inconsistentes de filiación del paciente.
- b) Datos inconsistentes múltiples del paciente.
- c) Falta registro de acto médico.
- d) Inadecuado signos/síntomas/resumen.
- e) Mal proceso de referencia.
- f) Mal registro de la sub actividad destino.
- g) Mal registro del área de referencia.
- h) Mal registro del diagnóstico.
- i) Mal registro del motivo de referencia.
- j) Mal registro del Servicio de Destino.
- k) Mal registro del Servicio de Origen.
- l) No cumple con requisito de protocolo del servicio.
- m) Paciente fue contrarreferido por tratamiento farmacológico.
- n) Problema de acreditación del paciente (gestantes, carta filiación).
- o) Referencia corresponde a la IPRESS de mayor capacidad resolutive.
- p) Referencia corresponde a la IPRESS de menor capacidad resolutive.
- q) Referencia puede ser resuelta en su red Desconcentrada / Asistencial.
- r) Referencia puede ser resuelto en su IPRESS.
- s) Referencia puede ser resuelto en su Red o Micro Red.
- t) Cuenta con cita en el IPRESS, no necesita referencia.



DIRECTIVA N° 014 -GG-ESSALUD-2015

"NORMAS PARA EL PROCESO DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA EN ESSALUD"

### ANEXO 18: RECURSOS HUMANOS EN LAS UNIDADES DE REFERENCIAS Y CONTRARREFERENCIAS

#### A. PERSONAL MÉDICO

Nivel de Complejidad (*)	N° Médico o Responsable	N° Médico Auditor Obligatorio
Hospital Nacional e Institutos	1	1
Hospital I, II y III	1	1
Policlínicos y Centros Médicos Centro Especializado	Hasta 6 horas diarias según corresponda (Profesional de la Salud).	–

(\*) Denominación de acuerdo a la Directiva 018-GG-ESSALUD-2013

#### B. PERSONAL DIGITADOR

Estándares para el cálculo del número de digitadores de las unidades de Referencias y Contrarreferencias (\*)

Actividades	Tiempos promedio
Referencia enviada	32 min. (con pasaje)
	22 min (sin pasaje)
Referencia recibida	12 min
Contrarreferencia recibida	8 min
Contrarreferencia enviada	4 min

(\*) Denominación de acuerdo a la Directiva 018-GG-ESSALUD-2013

### ANEXO 19: INFRAESTRUCTURA Y EQUIPAMIENTO EN LAS UNIDADES DE REFERENCIAS Y CONTRARREFERENCIAS

Las áreas de Referencias y Contrarreferencias cuentan como mínimo con los siguientes recursos:

1. Ambiente diferenciado que cumpla con los estándares básicos de oficina de atención al público, y con accesibilidad a todo tipo de pacientes.
2. En el Instituto Nacional Cardiovascular, Centro Nacional de Salud Renal, Hospitales Nacionales y Hospitales IV: 01 línea telefónica directa de acceso a nivel nacional.
3. En todas las IPRESS: 01 línea telefónica directa de acceso a nivel local y un Anexo con enlace telefónico que garantice la comunicación con otras IPRESS.
4. 01 línea telefónica (fija y/o móvil) de conexión inalámbrica de alcance local.
5. 01 computadora por cada Digitador Asistencial
6. 01 impresora láser.
7. 01 Módulo de Atención por cada Digitador Asistencial
8. Mueble(s) Archivador(es).
9. 01 scanner por cada IPRESS.
10. Correo electrónico institucional, para el Jefe de Referencias y Contrarreferencias.
11. Correo electrónico institucional, para el Médico Auditor.
12. Correo electrónico institucional para la Unidad de Referencias y Contrarreferencias de cada IPRESS.





## ANEXO 20: REQUISITOS PARA LA ACREDITACIÓN COMPLEMENTARIA

Requisitos del Trámite: enumeración de requisitos como se señala en el TUPA	Fundamento legal específico de cada requisito (Ley, decreto, ordenanza)	Fundamento Técnico - científico (de ser el caso)
  <p>1. Presentar documento original y una (01) copia de:</p> <p>1.1. La boleta de pago del último o penúltimo mes previo a la prestación o Constancia de Trabajo o Constancia de Pensionista (pensionista AFP).</p> <p>1.2. En caso de Trabajador del Hogar: Formulario de Pago N° 1070 ó 1676 (copia) de los tres (03) últimos meses previos a aquel que solicita la prestación, en el que conste el código de identificación otorgado por SUNAT o ESSALUD.</p> <p>1.3. En caso de trabajador agrario independiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Formulario de pago (copia) de los tres (03) últimos meses previos a aquel que solicita la prestación, en el que conste el código de identificación otorgado por SUNAT o ESSALUD.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Resolución N°09-GCSEG-GDA-ESSALUD-05</li> <li>• Procedimiento 5 - Paso 5.</li> <li>• Resolución N°19-GCSEG-GDA-ESSALUD-06 Art. 1° y 2°.</li> <li>• Resolución N°12-GCASEG-ESALUD-09 Art. 4°</li> </ul>	<p>Es importante la presentación de estos documentos, toda vez que permiten comprobar el vínculo laboral de los asegurados con el empleador.</p>
<p>2. Mostrar Documento de Identidad del asegurado titular (DNI, Camé Extranjería, Pasaporte).</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ley N° 26497 Art. 20°.</li> <li>• Resolución N° 12-GCASEG-ESALUD-09, Art. 4°</li> </ul>	<p>Para identificar a las personas.</p>
<p>3. Mostrar originales de los documentos requisitos señalados anteriormente.</p>		

\*Considerar de acuerdo al TUPA vigente.

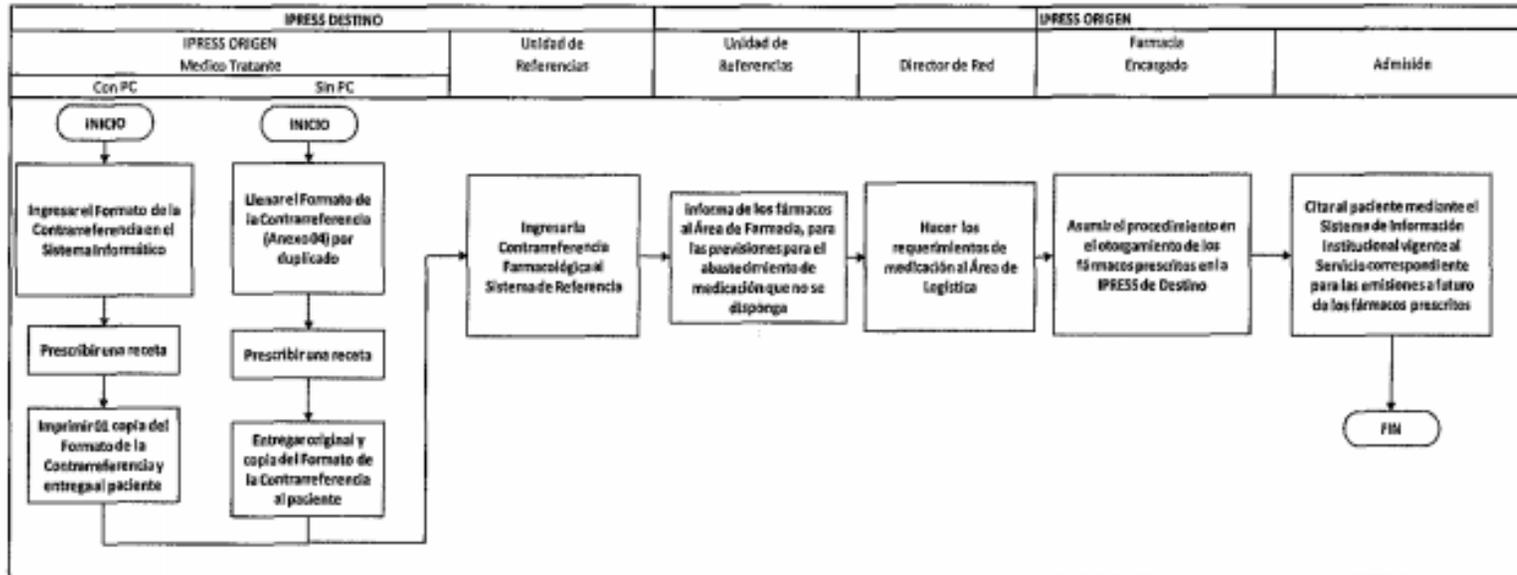
\*\* El presente formato será utilizado hasta la implementación del Nuevo Esquema de Transferencia e Información (NETI).



DIRECTIVA N° 014 -GG-ESSALUD-2015

"NORMAS PARA EL PROCESO DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA EN ESSALUD"

**ANEXO 21: FLUJO DE CONTRARREFERENCIAS FARMACOLÓGICAS**





DIRECTIVA N° 014 -GG-ESSALUD-2015

"NORMAS PARA EL PROCESO DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA EN ESSALUD"

## ANEXO 22: HOJA DE RUTA DE REFERENCIAS

## ZONA NORTE

ZONA	SUBZONAS	RUTA TERRESTRE	RUTA AEREA	
NORTE	Región TUMBES	Tumbes - Piura	Tumbes - Piura	
		Tumbes - Lambayeque	Tumbes - Lima	
		Tumbes - Trujillo	Tumbes - Trujillo	
		Tumbes - Chimbote	Tumbes - Chimbote	
		Piura - Piura		
	Región PIURA	Piura - Chiclayo	Piura - Chiclayo	
		Piura - Trujillo	Piura - Trujillo	
		Piura - Cajamarca	Piura - Cajamarca	
		Piura - Chimbote	Piura - Chimbote	
		Piura - Lima	Piura - Lima	
		Chachapoyas - Bagua Chico		
		Chachapoyas - Bagua Grande		
	Región AMAZONAS	Chachapoyas - Chiclayo	Chachapoyas - Chiclayo	
		Chachapoyas - Piura	Chachapoyas - Piura	
		Chachapoyas - Trujillo	Chachapoyas - Trujillo	
		Chachapoyas - Jaén		
		Chachapoyas - Cajamarca		
		Chachapoyas - Moyobamba		
		Chachapoyas - Tarapoto		
		Chachapoyas - Lima	Chachapoyas - Lima	
		Región CAJAMARCA	Cajamarca - Cajamarca	
			Cajamarca - Jaén	
	Cajamarca - Chiclayo		Cajamarca - Chiclayo	
	Cajamarca - Piura		Cajamarca - Piura	
	Cajamarca - Trujillo		Cajamarca - Trujillo	
	Cajamarca - Chimbote		Cajamarca - Chimbote	
	Región LAMBAYEQUE	Cajamarca - Lima	Cajamarca - Lima	
		Chiclayo - Chiclayo		
		Chiclayo - Piura	Chiclayo - Piura	
		Chiclayo - Trujillo	Chiclayo - Trujillo	
		Chiclayo - Chimbote		
	Región LA LIBERTAD	Chiclayo - Cajamarca	Chiclayo - Cajamarca	
		Chiclayo - Lima	Chiclayo - Lima	
		Trujillo - Trujillo		
		Trujillo - Chiclayo	Trujillo - Chiclayo	
		Trujillo - Piura	Trujillo - Piura	
		Trujillo - Cajamarca	Trujillo - Cajamarca	
		Trujillo - Chimbote		
	Región ANCASH COSTA	Trujillo - Lima	Trujillo - Lima	
		Chimbote - Chimbote		
		Chimbote - Chiclayo		
		Chimbote - Trujillo		
		Chimbote - Piura		
		Chimbote - Huancayo		
	Chimbote - Lima			





DIRECTIVA N° 014 -GG-ESSALUD-2015

"NORMAS PARA EL PROCESO DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA EN ESSALUD"

### HOJA DE RUTA DE REFERENCIAS ZONA NOR-ORIENTE

ZONA	SUBZONAS	TERRESTRE	AEREA	FLUVIAL	
MOR ORIENTE	Región LORETO	Iquitos - Iquitos	Iquitos - Pucallpa	Iquitos - Iquitos	
			Iquitos - Tarapoto	Iquitos - Pucallpa	
			Iquitos - Lima		
	Región SAN MARTIN	Moyobamba - Tarapoto			
		Moyobamba - Chachapoyas	Moyobamba - Chachapoyas		
		Moyobamba - Chiclayo	Moyobamba - Chiclayo		
		Moyobamba - Piura	Moyobamba - Piura		
		Moyobamba - Trujillo	Moyobamba - Trujillo		
		Moyobamba - Lima	Moyobamba - Lima		
		Tarapoto - Moyobamba			
		Tarapoto - Chachapoyas	Tarapoto - Chachapoyas		
		Tarapoto - Chiclayo	Tarapoto - Chiclayo		
		Tarapoto - Piura	Tarapoto - Piura		
		Tarapoto - Trujillo	Tarapoto - Trujillo		
		Tarapoto - Lima	Tarapoto - Lima		

### HOJA DE RUTA DE REFERENCIAS ZONA COSTA CENTRO

ZONA	SUBZONAS	TERRESTRE	AEREA	
COSTA CENTRO	Región LIMA	Lima - Callao		
	Región CALLAO	Callao - Lima		
	Región ANCASH SIERRA	Huarez - Chimbote		
		Huarez - Trujillo		
		Huarez - Lima	Huarez - Lima	



"NORMAS PARA EL PROCESO DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA EN ESSALUD"

HOJA DE RUTA DE REFERENCIAS  
ZONA CENTRO ORIENTE

ZONA	SUBZONAS	TERRESTRE	AEREA	FLUVIAL	
CENTRO ORIENTE	Región HUANUCO	Huánuco - Huánuco			
		Huánuco - Pucallpa	Huánuco - Pucallpa		
		Huánuco - Huancayo	Huánuco - Huancayo		
		Huánuco - Cerro de Pasco	Huánuco - Cerro de Pasco		
		Huánuco - La Oroya			
		Huánuco - Lima	Huánuco - Lima		
	Región UCAVALI	Pucallpa - Huánuco			Pucallpa - Pucallpa
		Pucallpa - Cerro de Pasco	Pucallpa - Iquitos		
		Pucallpa - Huancayo			
		Pucallpa - La Oroya			
		Pucallpa - Tarma			
		Pucallpa - La Merced			
		Pucallpa - Lima	Pucallpa - Lima		
	Región PASCO	Cerro de Pasco - Huánuco	Cerro de Pasco - Huánuco		
		Cerro de Pasco - Pucallpa			
		Cerro de Pasco - La Merced			
		Cerro de Pasco - Huancayo	Cerro de Pasco - Huancayo		
		Cerro de Pasco - La Oroya			
		Cerro de Pasco - Lima	Cerro de Pasco - Lima		
	Región JUNIN	Huancayo - Huancayo			
		Huancayo - La Oroya			
		Huancayo - Huánuco	Huancayo - Huánuco		
		Huancayo - Pucallpa	Huancayo - Pucallpa		
		Huancayo - Lima	Huancayo - Lima		
		Huancayo - Ica	Huancayo - Ica		
		Huancayo - Huamanga			
		Huancayo - Huancavelica			
	Región HUANCABELICA NORESTE	Pampas - Huancayo			
		Chancama - Huancayo			
	Región AYACUCHO CENTRO-NORTE	Huancavelica - Huancayo	Huancavelica - Huancayo		
		Huancavelica - La Oroya			
		Huancavelica - Pisco			
		Huancavelica - Chincha			
		Huancavelica - Huánuco	Huancavelica - Huánuco		
		Huancavelica - Pasco	Huancavelica - Pasco		
		Huancavelica - Lima	Huancavelica - Lima		
		Urcay - Pisco			
		Urcay - Chincha			
		Urcay - Huancayo			
		Urcay - Ayacucho			
		Urcay - Lima			
		Acobamba - Pisco			
		Acobamba - Chincha			
	Acobamba - Huancayo				
	Acobamba - Ayacucho				
	Acobamba - Lima				





DIRECTIVA N° 014 -GG-ESSALUD-2015

## "NORMAS PARA EL PROCESO DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA EN ESSALUD"

ZONA	SUBZONAS	TERRESTRE	AEREA	
	Región CUCCO NOROCCIDENTE	Kimbiri - Huamanga		
		Kimbiri - Huanta		
		Kimbiri - San Miguel		
		Kimbiri - Huancavelica		
		Kimbiri - Lima		
		Luciana - Huamanga		
		Luciana - Huanta		
		Luciana - San Miguel		
		Luciana - Huancavelica		
		Luciana - Lima		
		San Francisco - Huamanga		
		San Francisco - San Miguel		
		San Francisco - Huamanga		
		San Francisco - Lima		
		Región SAN MARTIN SUR	Uchiza - Huanuco	
	Uchiza - Pucallpa			
	Uchiza - Tingo Maria			
	Uchiza - Tarapoto			
	Uchiza - Moyobamba			
	Uchiza - Cerro de Pasco			
	Uchiza - La Merced			
	Uchiza - Lima			Uchiza - Lima
	Tocache - Huamanga			
	Tocache - Pucallpa			
	Tocache - Tingo Maria			
	Tocache - Tarapoto			
	Tocache - Moyobamba			
	Tocache - Cerro de Pasco			
	Tocache - La Merced			
	Tocache - Lima			Tocache - Lima





DIRECTIVA N° 014 -GG-ESSALUD-2015

"NORMAS PARA EL PROCESO DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA EN ESSALUD"

**HOJA DE RUTA DE REFERENCIAS  
ZONA SUR ORIENTE**

ZONA	SUSZONAS	TERRESTRE	AREIA
SUR ORIENTE	Región ICA	Ica - Ica	
		Ica - Pisco	
		Ica - Chincha	
		Ica - Cañete	
		Ica - Arequipa	
		Ica - Ayacucho	
		Ica - Lima	Ica - Lima
	Región HUANCAVELICA SUR-OESTE	Huayta - Pisco	
		Huayta - Cañete	
		Huayta - Ica	
		Huayta - Lima	
		Castrovirreyna - Pisco	
		Castrovirreyna - Cañete	
		Castrovirreyna - Ica	
	Región AYACUCHO SUR OESTE	Coracora - Ica	
		Coracora - Nazca	
		Coracora - Lima	
		Paqulo Ica	
		Paqulo - Nazca	
		Paqulo - Lima	
	Región CUZCO	Cuzco - Cuzco	
		Cuzco - Arequipa	Cuzco - Arequipa
		Cuzco - Juliaca	Cuzco - Juliaca
		Cuzco - Puno	
		Cuzco - Lima	Cuzco - Lima
	Región APURIMAC	Pucallpa - Cuzco	Pucallpa - Cuzco
		Pucallpa - Juliaca	Pucallpa - Juliaca
		Pucallpa - Lima	Pucallpa - Lima
	Región MADRE DE DIOS	Puerto Maldonado - Cuzco	Puerto Maldonado - Cuzco
		Puerto Maldonado - Puno	
		Puerto Maldonado - Juliaca	Puerto Maldonado - Juliaca
		Puerto Maldonado - Arequipa	Puerto Maldonado - Arequipa
		Puerto Maldonado - Lima	Puerto Maldonado - Lima
Región NOR OESTE DE AREQUIPA	Yura,Chala, Acari - Ica		
	Yura,Chala, Acari - Nazca		
	Yura,Chala, Acari - Pisco		
	Yura,Chala, Acari - Chincha		
	Yura,Chala, Acari - Cañete		
	Yura,Chala, Acari - Lima		





DIRECTIVA N° 014 -GG-ESSALUD-2015

"NORMAS PARA EL PROCESO DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA EN ESSALUD"

### HOJA DE RUTA DE REFERENCIAS ZONA SUR

ZONA	SUBZONAS	TERRESTRE	AEREA
SUR	Región PUNO	Puno - Puno	
		Puno - Juliaca	
		Puno - Cuzco	Puno - Cuzco
		Puno - Lima	Puno - Lima
		Juliaca - Juliaca	
		Juliaca - Cuzco	Juliaca - Cuzco
		Juliaca - Lima	Juliaca - Lima
	Región TACNA	Tacna - Tacna	Tacna - Lima
		Tacna - Moquegua	
		Tacna - Arequipa	Tacna - Arequipa
		Tacna - Puno	
		Tacna - Juliaca	Tacna - Juliaca
		Tacna - Cuzco	Tacna - Cuzco
		Tacna - Lima	Tacna - Lima
	Región MOQUEGUA	Moquegua - Ilo	
		Moquegua - Arequipa	Moquegua - Arequipa
		Moquegua - Tacna	
		Moquegua - Ica	Moquegua - Ica
		Moquegua - Lima	Moquegua - Lima
	Región AREQUIPA	Arequipa - Arequipa	
		Arequipa - Cuzco	Arequipa - Cuzco
		Arequipa - Puno	
		Arequipa - Juliaca	Arequipa - Juliaca
		Arequipa - Ica	Arequipa - Ica
		Arequipa - Lima	Arequipa - Lima

**Nota:** Estas rutas son referenciales quedando a criterio de los responsables en los tres niveles de decisión, elegir las rutas más adecuadas para lograr la complementariedad y eficiencia del buen uso de la oferta propia, pública y privada.



"NORMAS PARA EL PROCESO DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA EN ESSALUD"

**ANEXO 23: PROCEDIMIENTO PARA RECONFIRMACIÓN,  
REPROGRAMACIÓN O ANULACIÓN DE CITAS DESDE ESSALUD EN  
LINEA Y/O ADMISION**

**PROCEDIMIENTO PARA RECONFIRMACIÓN, REPROGRAMACIÓN O ANULACIÓN DE CITAS  
DESDE ESSALUD EN LINEA Y/O MÓDULO DE ADMISION**

**Objetivo:** Reconfirmar la cita otorgada, con una anterioridad no menor de 48 horas o reprogramar/anular la cita con una anterioridad no menor de 24 horas.

**Alcance:** ESSALUD en Línea y Unidades de Admisión, Registros Médicos, Referencias y Contrarreferencias de IPRESS con y sin población adscrita.

N°	Descripción de las Actividades	Responsables
	Listado de Citas para las siguientes 48 horas	Digitador de ESSALUD en Línea o Módulo de Admisión.
	Llamada telefónica a los asegurados con 48 horas de anticipación	Digitador de ESSALUD en Línea o Módulo de Admisión
3	(Asegurado contesta la llamada) Se consulta sobre la cita: a) Si reconfirma su cita, la ingresa al sistema informático. b) Si no reconfirma, se anula la cita. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si solicita reprogramación, la nueva cita ingresa al sistema informático</li> <li>• Si no solicita, fin del proceso.</li> </ul>	Digitador de ESSALUD en Línea o Módulo de Admisión.
4	(El asegurado no contesta la llamada) <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mantiene reservadas en el sistema las citas no reconfirmadas</li> </ul>	Digitador de ESSALUD en Línea o Módulo de Admisión.
5	Rellamada telefónica a los asegurados con citas no reconfirmadas, con 24 horas de anticipación	Digitador de ESSALUD en Línea o Módulo de Admisión
6	(Asegurado contesta la llamada) Se consulta sobre la cita: c) Si reconfirma su cita, la ingresa al sistema informático. d) Si no reconfirma, se anula la cita. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si solicita reprogramación, la nueva cita ingresa al sistema informático</li> </ul> e) Si no solicita, fin del proceso.	Digitador de ESSALUD en Línea o Módulo de Admisión.
7	(El asegurado no responde) <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mantiene reservadas en el sistema las citas no reconfirmadas</li> </ul>	Digitador de ESSALUD en Línea o Módulo de Admisión.



## ANEXO 24: CRITERIOS MINIMOS DE ACEPTACIÓN DE REFERENCIAS



- a) Llenado completo de todos los datos del formato de solicitud de referencias.
- b) Registro del acto médico.
- c) Descripción completa de signos y síntomas.
- d) Registro de presunción diagnóstica o diagnóstico definitivo
- e) Registro correcto de la sub actividad destino.
- f) Registro correcto del área de referencia.
- g) Registro correcto del motivo de referencia.
- h) Registro del Servicio de Destino.
- i) Registro del Servicio de Origen.
- j) Acreditación vigente
- k) Correspondencia entre el Diagnóstico y capacidad resolutoria de la IPRESS de destino y de origen.

**ANEXO 25: CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA DEL SEGUNDO AL TERCER NIVEL DE ATENCIÓN (Las siguientes especialidades son referenciales)**

CIRUGIAS			
CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA			
DIAGNOSTICOS (CIE 10)	CRITERIOS DE REFERENCIA	PRE-REQUISITOS PARA LA REFERENCIA	CRITERIOS DE CONTRARREFERENCIA
Neoplasias	Para Tratamiento quirúrgico con diagnóstico anatómico patológico y con etapa de enfermedad	Resultado de AP, tipificación.	Serán transferidos al alta quirúrgica a los servicios de oncología, y de allí a su hospital de origen
Tumor maligno secundario			
Traumatismo ó lesiones de órganos	Diagnóstico clínico después de haber agotado los estudios.		Al termino del procedimiento.
Malformación congénitas	Diagnóstico clínico después de haber agotado los estudios.		Al termino del procedimiento.
Fistula enterocutaneas	Soporte nutricional artificial (enteral o parenteral).	Pacientes con ayuno prolongado postquirúrgico, signos de desnutrición e incapacidad para la alimentación normal.	Alta del paciente.



"NORMAS PARA EL PROCESO DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA EN ESSALUD"

MEDICINA INTERNA VII			
DIAGNÓSTICOS (CIE 10)	CRITERIOS DE REFERENCIA	PRE-REQUISITOS PARA LA REFERENCIA	CRITERIOS DE CONTRAREFERENCIA
B20 Enfermedad Por Virus De La Inmunodeficiencia Humana (VIH), Resultante En Esclerodermia Infecciosa Aguda B21 Enfermedad Por Virus De La Inmunodeficiencia Humana (VIH), Sin Otro Especificador A21 Enfermedad Por Virus De La Inmunodeficiencia Humana (VIH), Resultante En Tumores Malignos B20 Enfermedad Por Virus De La Inmunodeficiencia Humana (VIH), Resultante En Otro Esclerodermia Infecciosa	Diagnóstico confirmado de infección VIH, ELISA y/o Prueba Rápida. Prueba confirmatoria de infección por VIH con CO4 menor o igual a 300. Pacientes gestantes con VIH Positivo		PACIENTES ESTABLES QUE AL NO REQUERIR TERAPIA ANTIRRETROVIRAL: CO4 > 300
OTRAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS COMPLICADAS	Que requiera tratamiento y manejo especializado	Coordinación previa con la jefatura de servicio.	
NO TIENE DE ORIGEN DESCONOCIDO	Fiebre por 60 semanas sin diagnóstico luego de exámenes pertinentes.	Examen de laboratorio básicos Examen Clínico Completo Fiebre de forma Escapada Cultivos especiales de sangre y otros relevantes	- Diagnóstico establecido y tratamiento. - Paciente estable

MINISTERIO DE SALUD  
 DIRECCIÓN GENERAL DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA  
 DIVISIÓN DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA

NEONATOLOGÍA			
CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA DEL II AL III NIVEL			
DIAGNÓSTICOS (CIE 10)	CRITERIOS DE REFERENCIA	PRE-REQUISITOS PARA LA REFERENCIA	CRITERIOS DE CONTRAREFERENCIA
P07.0) Otros recién nacidos prematuro	Todos los peso/as menores de 1000 g o <32 semanas		Pacientes estabilizados y con tratamiento instalado
P20) ASPIRA	Que cumpla los criterios para estudio clínico y de laboratorio.	ASA, Ecografía neonatal, Evaluación pediatra o neonatólogo.	Paciente estabilizado.
P22 al P26) DISTURBIO RESPIRATORIO DEL RECIEN NACIDO	Que requieren oxigenoterapia y ventilación mecánica.	Paciente con hemostasia.	Paciente estabilizado.
P26) TRASTORNOS CARDIOVASCULARES ORIGINADOS EN EL PERIODO PERINATAL	Pacientes con shock, cianosis y alteración hemodinámica.	Electrocardiograma, ecocardiograma y re de base.	Pacientes estabilizados y con tratamiento instalado
P30) SÉPSIS BACTERIANA DEL RECIEN NACIDO	Inestabilidad hemodinámica, respiratoria e infecciosa.	Hemograma patológico, PCR positivo, hemocultivos positivos.	Pacientes estabilizados y con tratamiento instalado
P32 al 35) Problemas hemorrágicos	Hemodinámicamente inestable	Ecografía neonatal, Evaluación pediatra o neonatólogo.	Pacientes estabilizados y con tratamiento instalado
P38 al 40) Ictericas	Ictérica con valores que requieren fototerapia y/o transfusión de sangre.	Prueba de función hepática.	Pacientes estabilizados y con tratamiento instalado
P71 al 75 - P80.0) Pasajeros cardíacos	Pacientes que requieren tratamiento quirúrgico.	Paciente que requiere tratamiento quirúrgico inmediato sin coagulativo.	Pacientes estabilizados, operado y con tratamiento instalado
P80-P91) ALTERACIONES CEREBRALES Y NEUROLÓGICAS DEL RECIEN NACIDO	Alteraciones neurológicas.	Ecografía neonatal, electroencefalograma, evaluación pediatra o neonatólogo.	Pacientes estabilizados y con tratamiento instalado



DIRECTIVA N° 014 -GG-ESSALUD-2015

"NORMAS PARA EL PROCESO DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA EN ESSALUD"

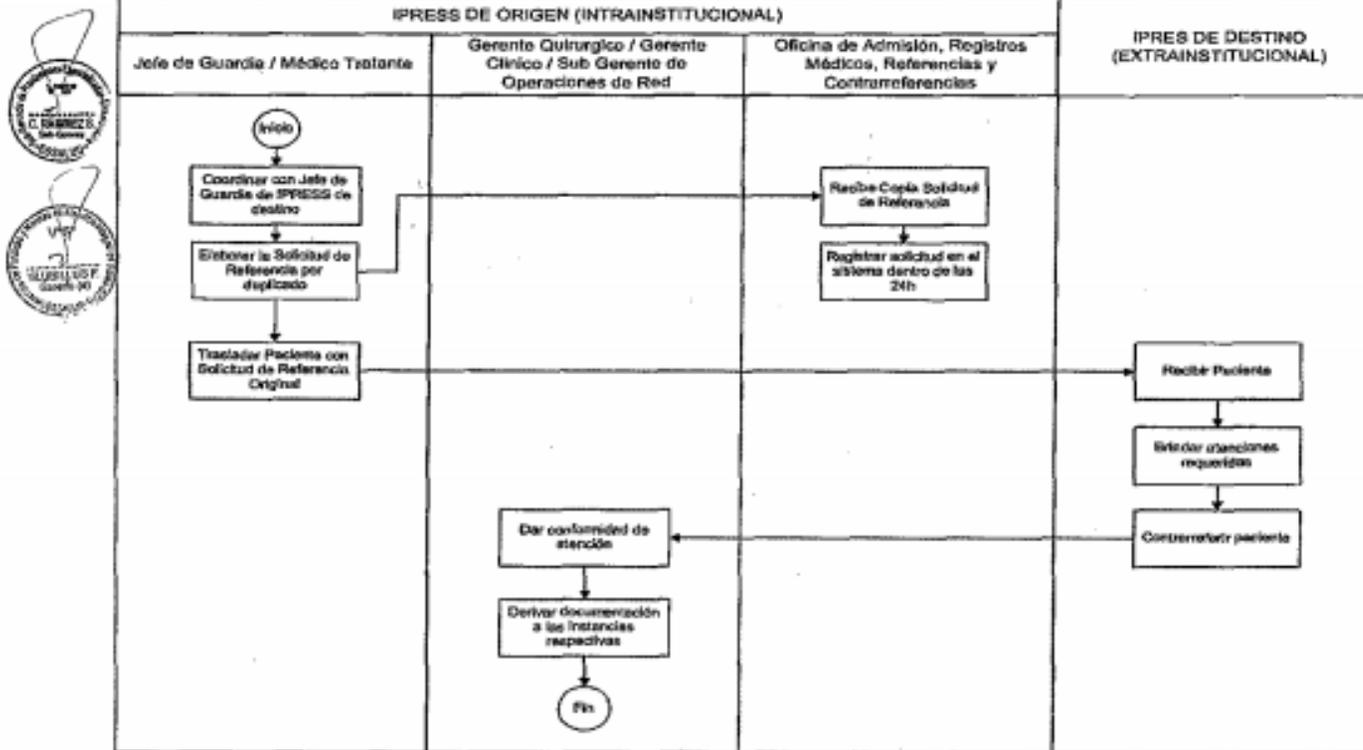
GINECOLOGIA - OBSTETRICIA - GINECOLOGIA ONCOLOGICA			
CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA DEL E AL II NIVEL			
DIAGNOSTICOS (CIE 10)	CRITERIOS DE REFERENCIA	PRE-REQUISITOS PARA LA REFERENCIA	CRITERIOS DE CONTRARREFERENCIA
C80 TUMOR MALIGNO DE LA VAGINA	Para diagnóstico y tratamiento	Evaluación clínica, ecografía y citometría	
C82.X TUMOR MALIGNO DE LA VAGINA		Evaluación clínica y estudio histológico.	
C51 TUMOR MALIGNO DE LA VULVA		Evaluación clínica y resultado de examen biológico anormal (PAP +)	
C53 TUMOR MALIGNO DEL CUELLO DEL UTERO		Evaluación clínica y resultado examen de esputo si diagnóstico.	
C54 TUMOR MALIGNO DEL CUERPO DEL UTERO		Evaluación clínica y resultado examen de esputo si diagnóstico.	
C55.X TUMOR MALIGNO DEL UTERO, PARTE NO ESPECIFICADA		Evaluación clínica y resultado examen de esputo si diagnóstico.	
C56.X TUMOR MALIGNO DEL CERVIX		Evaluación clínica y resultado examen de esputo si diagnóstico.	
C50.X TUMOR MALIGNO DE LA MAMARIA	Para tratamiento	Cuidado clínico	Paciente operado
N93 PROLAPSO DE LA CÚPULA VAGINAL, DESPUES DE HISTERECTOMIA	Para diagnóstico y tratamiento	Cuidado clínico y ecografía pélvica.	Paciente diagnosticado y tratado.
O82 OTROS MALFORMACIONES CONGENITAS DE LOS ORGANOS GENITALES FEMENINOS		Cuidado clínico.	Paciente diagnosticado y con tratamiento de alta complejidad.
N97 INFERTILIDAD FEMENINA	Para tratamiento	Embrazo prelevado menor de 32 semanas.	Paciente estable.
O34.8 SUPERVISION DE EMBARAZO DE ALTO RIESGO, SIN OTRA ESPECIFICACION	Para tratamiento	Embrazo prelevado menor de 32 semanas en trabajo de parto.	
O68.X PARTO PREMATURO	Para tratamiento	Cuidado clínico y ecografía pélvica.	Paciente estable.
O71 ECLAMPSIA		Cuidado clínico y laboratorio.	
O74.1 PRE-ECLAMPSIA SEVERA		Cuidado clínico y ecografía	
O00.1 000.2 EMBRAZOS MULTIPLES		Cuidado clínico y ecografía	
O38.8 ATENCION MATERNA POR (PRESENIA) ANORMALIDAD Y LESION FETAL, NO ESPECIFICADA		Suportar.	
O38.2 ATENCION MATERNA POR REDOPRESA FETAL			
O38.3 ATENCION MATERNA POR DEFICIT DEL CRECIMIENTO FETAL			
O43 DISTORSIONES PLACENTARIAS			
O44 PLACENTA PRECOX			
O45.8 HEMORRAGIA INTRAPARTO CON DEFECTOS DE COAGULACION			





"NORMAS PARA EL PROCESO DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA EN ESSALUD"

**ANEXO 26: REFERENCIA DE PACIENTES EN SITUACIÓN DE EMERGENCIA A IPRESS EXTRAINSTITUCIONALES**



## **ANEXO 6. GLOSARIO DE TÉRMINOS**

### ***Apoyo Tecnológico.***

Es el requerimiento temporal de recursos humanos, de dotación e insumos, de un organismo a otro, para contribuir a la eficiencia y eficacia en la prestación de servicios, de conformidad con el principio de subsidiariedad, evitando así el desplazamiento de usuarios.

### ***Acreditación de Derecho.***

Es el procedimiento administrativo por el que el representante de seguros en el Centro Asistencial de Origen, quien verifica y/o gestiona la vigencia y cobertura de aseguramiento de la persona, que requiere una prestación asistencial, para el daño por el cual solicita la prestación asistencial en ESSALUD.

Esta verificación se hace mediante los requisitos y procedimientos establecidos por la Gerencia Central de Aseguramiento.

### ***Acto Médico.***

Es el conjunto de actividades y procedimientos que realiza el médico para atender a los usuarios, sea para prevenir, diagnosticar, curar o rehabilitar dentro del ejercicio de la profesión médica y en el cumplimiento de sus deberes y las funciones establecidas por la institución, incluyendo a las actividades que derivan directamente de ésta atención (auditoría médica, pericia y otros)

### ***Capacidad Resolutiva.***

Está referida a la capacidad de atención cada establecimiento asistencial de acuerdo a su categoría, su nivel de complejidad y sus recursos, de otorgar prestaciones de salud que incluyen fines diagnóstico y terapéuticos, para lo cual requiere contar con los recursos suficientes para su nivel de atención, equipamiento, recursos humanos, especialidades, infraestructura, etc.

### ***Centro Asistencial de Destino.***

Es aquel Centro Asistencial que recibe al paciente referido y que tiene la capacidad

resolutiva suficiente para continuar con las prestaciones asistenciales y resolver el motivo de la referencia.

### ***Centro Asistencial de Origen.***

Es aquel Centro Asistencial que refiere al paciente para el otorgamiento de prestaciones asistenciales que requieren un nivel mayor de complejidad con el cual no cuentan.

### ***Comité de Referencia y Contrarreferencia.***

Es el conjunto de profesionales médicos responsables de resolver dudas, controversias, realizar auditorías de la calidad de la Referencia y Contrarreferencia, así como establecer criterios médicos para las atenciones de interconsultas y prórrogas, a través de la segunda opinión calificada. Esta constituido en cada Centro Asistencial, Red Asistencial, Órgano Desconcentrado, Macro Región y Sede Central, y brinda apoyo técnico para cumplimiento de lo establecido en la norma.

### ***Contrarreferencia Administrativa.***

Es un procedimiento que deja sin efecto un trámite administrativo de referencia cuando el paciente no solicita atención en 60 días (deserción de referencia), o cuando es solicitado por el Centro Asistencial de Origen. Este procedimiento no justifica el sustento del gasto de pasajes del paciente.

### ***Contrarreferencia Médica.***

Es un procedimiento administrativo-asistencial mediante el cual se el médico tratante del establecimiento de destino después de resolver el motivo de referencia, retorna la responsabilidad del manejo médico o de ayuda al diagnóstico y tratamiento del paciente, al médico tratante del Centro Asistencial de Origen.

### ***Deserción de Atención.***

Es aquella situación que ocurre cuando un paciente no acude a la cita programada.

***Deserción de Referencia***

Es cuando el paciente abandona su atención en un periodo mayor a 60 días.

***Extensión de la Referencia.***

Es el procedimiento que realiza el médico tratante, del Centro Asistencial de Destino por no contar con capacidad resolutive para garantizar la atención solicitada en el servicio que llegó, generando una referencia a otro Centro Asistencial.

***Prórroga.***

Es el procedimiento mediante el cual se extiende la vigencia de la referencia en el Centro Asistencial de Destino en caso de que no haya resuelto el motivo de la referencia.

***Referencia Aceptada.***

Es aquella referencia admitida en la Unidad de Referencia del Centro Asistencial de Origen y de Destino.

***Referencia Administrativa:*** Es un recurso de Referencias que se usa para dar las facilidades de atención a un paciente para que pueda ser atendido en un Centro Asistencial de Destino bajo parámetros específicos, utilizando contingencialmente el código de Acto Médico.

***Referencia Anulada.***

Es aquella referencia en el Centro Asistencial de Origen que no procede o no amerita continuar con el proceso correspondiente.

***Referencia del Paciente***

Es un procedimiento administrativo asistencial mediante el cual un médico tratante de un Centro Asistencial traslada la responsabilidad del manejo médico y/o ayuda al diagnóstico de un paciente a otro médico de un Centro Asistencial de mayor capacidad resolutive.

***Referencia en Espera.***

Es aquella referencia en espera a ser visada en el Centro Asistencial de Destino.

***Referencia Observada.***

Es aquella referencia no admitida en la Unidad de Referencia del Centro Asistencial de Origen y de Destino.

***Referencia Vencida.***

Es aquella referencia cuya vigencia de autorización se ha cumplido.

***Referencia/Contrarreferencia Indevida.***

Aquella referencia cuyos procesos médicos y administrativos no cumplen con la normatividad vigente y está sujeta a auditoría.

***Referencias Embalsadas.***

Son las referencias en espera de asignación de cita o de ser visadas que fueron emitidas 10 días antes de la fecha que se mide la información; y las que están en estado de observación por motivos del Centro Asistencial de Destino y que se mide la información.

***Sistema de Referencia y Contrarreferencia.***

Es el conjunto de procesos que articulan el otorgamiento de prestaciones de salud entre Centros Asistenciales de los Órganos Desconcentrados de EsSalud y entidades extra institucionales de salud con la finalidad de garantizar la continuidad de la atención, considerando la capacidad resolutoria y la organización funcional de los Servicios.

***Visación.***

Procedimiento médico administrativo por el cual una referencia es aceptada o denegada en el Centro Asistencial de Origen y de Destino.

## ANEXO 7. ARTICULO CIENTIFICO

### Factores de Optimización del Sistema de Referencia y Contrarreferencia en la Red Desconcentrada Sabogal-EsSalud 2016

**Autor** Betty Eliana Sausa Huamán [bettysausa@hotmail.com](mailto:bettysausa@hotmail.com) EsSalud

#### Resumen

El objetivo del estudio fue determinar los factores predominantes de la optimización del Sistema de Referencias y Contrarreferencias en la Microrred Negreiros de la Red Asistencial Sabogal, EsSalud en el año 2016. Para ello se establecieron 3 dimensiones: 1) Operativa, relacionada a la organización 2) Técnico Profesional, relacionada a la capacidad y habilidad profesional y 3) Estructural, que incluye recursos humanos y materiales.

El estudio se realizó con un enfoque cuantitativo, utilizando un método descriptivo de tipo Básico y diseño no experimental transversal. El tamaño de la muestra analizad fueron 79332 referencias emitidas durante el 2016, se utilizaron 2 técnicas de recolección de datos, la observación estructurada y el análisis documentario con 2 instrumentos; lista de chequeo y lista de cotejo.

Se obtuvo como resultado que el factor predominante en optimización del Sistema de Referencia y Contrarreferencia fue el factor operativo con un 20% sobre los factores estructurales 7% y técnico profesionales con un 6. Se concluyó que los factores operativos son predominantes en la optimización de los sistemas de referencia y contrarreferencia en los tres niveles de atención por lo que se recomienda elaborar acciones y planes de mejora de los factores operativos para optimizar el Sistema de referencia y contrarreferencia.

**Palabras claves:** Optimización-sistema-referencia-contrarreferencia-operativo-técnico-professional-estructural-red asistencial

#### Abstract

The objective of the study was to determine the predominant factors of the optimization of the References and Counter-Referral System. The objective of the present study is to determine the predominant factors of the optimization of the Reference and Counter-Referral System in the Microrred Negreiros of the Sabogal Assistance Network, EsSalud in 2016. For this, three dimensions were established: 1) Operative, related to the organization 2) Professional Technician, related to the capacity and professional ability and 3) Structural, that includes human and material resources.

The study was carried out with a quantitative approach, using a descriptive method of Basic type and non-experimental cross-sectional design. The sample size analyzed was 79332 references issued during 2016, 2 techniques of data collection, structured observation and documentary analysis were used with 2 instruments; Checklist and checklist.

As a result, the predominant factor in optimization of the Reference and Counter-Referencing System

was the operating factor with 20% on structural factors 7% and technical professionals with a 6. It was concluded that the operating factors are predominant in the optimization of Reference systems and counter-references in the three levels of attention, so it is recommended to develop actions and plans to improve operating factors to optimize the Reference and Counter-referral System

**Keywords :** Optimization - system - reference – counter reference-operative - technical – professional –structural

El Sistema de Referencia y Contrarreferencia parte del Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS), tiene el enfoque en la Atención Primaria en Salud; es decir que este sistema está diseñado para mejorar la atención del usuario y realizar un adecuado direccionamiento otorgar una atención que satisfaga sus necesidades de salud. Teniendo en cuenta que en los procesos de referencia y contrarreferencia existen dificultades para garantizar la oportunidad y la continuidad de atención, es necesario conocer los factores que influyen en la optimización del sistema a fin de que se determinen las acciones necesarias para intervenir los factores que causan distorsión y que sirvan de base para acciones y planes de mejora, lo que contribuirá con el descongestionamiento de hospitales mediante el fortalecimiento de la atención primaria y al aplicación de los sistema de referencia y contrarreferencia

El funcionamiento de un sistema de salud en redes está dirigido a mejorar la eficiencia de los servicios, teniendo como reto superar la fragmentación de la atención de salud. En países que cuentan con sistemas integrados en redes de atención de salud y/o con sistemas únicos en el sector salud, los sistemas de referencias cumplen con los objetivos de continuidad e integralidad de la atención. A nivel de Latinoamérica se presentan diferentes resultados: se tienen resultados positivos en Brasil, Chile, donde se encuentran integradas las redes de atención y los sistemas de salud, al igual que en Cuba y en países como el Perú, Bolivia, Ecuador donde encontramos sistemas fragmentados de salud, los sistemas de referencia y contrarreferencia, presentan serias deficiencias .

Si bien el déficit de especialistas es una realidad que afecta a todo el sector salud, existen otros factores que van a determinar la optimización de los Sistemas de Referencias y Contrarreferencias y que son descritos en los diferentes trabajos, así la sobredemanda de especialidades por el primer nivel que condiciona dificultad de brindar capacidad resolutive uniforme en los centros asistenciales de la institución, el mal direccionamiento por nivel de resolución de la patología, lo cual incrementa el diferimiento, falta de recursos humanos, referencias mal llenadas, falta de protocolos estandarizados para las referencias, bajo nivel de Contrarreferencias, falta de resolución en el primer nivel de atención, inadecuada evaluación de procesos, falta de ordenamiento de atención, acceso directo al segundo nivel de atención etc. Esta situación no sólo genera insatisfacción del usuario externo, sino también del usuario interno que por las deficiencias del sistema se sienten frustrados y enfrentados al paciente.

Mensualmente, la Red Asistencial Sabogal de EsSalud atiende aproximadamente seis mil

referencias y contrarreferencia, teniendo problemas en la oportunidad de citas y satisfacción del usuario. El conocer factores intervinientes en la optimización de referencia y Contrarreferencia beneficiará no sólo a la Institución sino a los usuarios y al personal de la Red Asistencial Sabogal, pudiendo ser válidos para las otras redes asistenciales de EsSalud.

La investigación tuvo un enfoque cuantitativo, utilizó método descriptivo, con tipo de estudio básica y no experimental transversal. La población del presente estudio fue de incluyó a todos los pacientes acreditados y adscritos a la Microrred Negreiros de la Red Desconcentrada Sabogal- EsSalud, los cuales fueron referidos producto de una atención de salud médica y/o no médica de acuerdo a los términos de Referencia durante el año 2016 (1 de enero del 2016 al 31 de diciembre del 2016) desde los establecimientos que conforman la Micro Red Negreiros: CAP III Hermana Maria Donrose Sutmöller, CAP III Luis Negreiros Vega, Policlínico Fiori a establecimientos de segundo y tercer nivel de atención: Hospital Lima Norte Luis Negreiros y Hospital Sabogal, se analizaron 79332 referencias emitidas y los factores de optimización se obtuvieron de las referencias observadas durante el 2017, la cuales fueron 1809. Se aplicaron 2 técnicas de recolección de datos: la observación estructurada y el análisis documental y dos instrumentos la lista de cotejo y la lista de chequeo.

Dentro de los resultados obtenidos, tenemos que los factores operativos fueron predominantes en la optimización del Sistema de Referencia y Contrarreferencia con un 20% sobre los factores estructurales 7% y técnico profesionales con un 6%. La predominancia del factor Operativo se da en los 3 niveles de atención, constituyendo en el primer nivel de atención el 17% de las referencias observadas, en tanto que en el segundo nivel representan el 85% y en el tercer nivel el 67%, en los indicadores de la dimensión operativa según nivel de atención, destaca la falta de protocolos actualizados (100%) en los tres niveles de atención. La predominancia del factor Técnico Profesional en la optimización de referencias se presentó en el tercer nivel de atención con un 55%, seguido por el primer nivel con un 8% y el segundo nivel con un 5%, el indicador predominante en esta dimensión fue los registros inadecuados con un 13% de las referencias observadas, en tanto, en el segundo y tercer nivel el indicador predominante es la contrarreferencia con un 6% y un 55% respectivamente. La dimensión estructural no resultó ser un factor predominante en la optimización del sistema de referencia y contrarreferencia.

El Sistema de Referencia y Contrarreferencia en salud tiene por objetivo lograr la continuidad de la atención, considerando la capacidad resolutoria y la organización funcional de los servicios, para ello debe articular diferentes procesos de los diferentes actores de los niveles de atención interviniente.

Salirrosas, Pastor y Tóvar (2014) definen al Sistema de Referencias y Contrarreferencias como el conjunto de elementos que permite el traslado de un paciente desde su centro asistencial de adscripción a otro de mayor capacidad resolutoria, con la finalidad de resolver su problema de salud, haciendo posible su retorno al lugar de origen una vez resuelto el problema o establecido un manejo definido (p.1).

En estudios previos, Taligua (2016) señala deficiencias en el Sistema de Referencia y Contrarreferencia por falta de información y conocimiento de protocolos y normativas por los usuarios del sistema de referencia, por mal uso de los servicios por parte de los pacientes, y por subutilización del primer nivel de atención. García et al (2013), señalan la escasa contrarreferencia y el bajo nivel autoconocimiento del sistema prestacional del personal de la red asistencial como problema principal en el Sistema de Referencia y Contrarreferencia. Medina y Miranda (2013), señalan la deficiencia el cumplimiento de normas establecidas y las Contrarreferencias, como problema principal, en tanto, Salirrosas et al (2014), señala problemas en la mesogestión.

En el presente estudio se ponen de manifiesto todas las deficiencias encontradas previamente como desconocimiento y cumplimiento de normativa vigente, la contrarreferencia, uso de protocolos y se añaden otros problemas derivados de la atención propiamente del profesional (factores técnico profesionales) y de estructura, ya descrito por Llave y Rodríguez (2015)

Taligua, M (2016) señalaba 8 aspectos claves que se deben tener en cuenta para la implementación de los Sistemas de Referencias y Contrarreferencias: a.Red de servicios de salud, b.Carteras o catálogos de servicios, c. Protocolos de atención para cada nivel, d.Formularios del sistema de referencias y Contrarreferencias, e. Mecanismo de supervisión, f. Sistemas de información, g. Mecanismos de evaluación y h. Mecanismos de incentivos para el cumplimiento del SRC. De los 8 aspectos claves tenemos que hay 2 aspectos no considerados en otros estudios el mecanismo de supervisión, evaluación e incentivos, todos ellos aplicables al personal interviniente en el proceso de Referencia y Contrarreferencias.

Teniendo definido que los problemas de oportunidad de cita se deben a falta de especialistas, situación que a nivel nacional no se podrá resolver en muchos años y a la falta de integración de redes asistenciales, situación que requiere cambios a nivel superior, se buscaron otros factores que intervienen en el proceso de referencia a fin de determinar factores que puedan contribuir a mejorar la oportunidad de cita optimizando el Sistema de Referencia y Contrarreferencia. Así se utilizaron como primeros factores, los requisitos que contribuyen a tener una referencia aceptada, los estándares establecidos para referencias y Contrarreferencias, los recursos humanos y estructurales con los que debe contar la Oficina de referencia, entre otros, los cuales se relacionaron entre sí constituyeron los indicadores evaluados y se les agrupo en 3 dimensiones : a) Operativa, en la que consolidó aspectos de procesos, cumplimiento de estándares y normativa, relacionados a la gestión: b) Técnico profesionales, relacionado al trabajo de responsabilidad del profesional y estructurales para evaluar recursos humanos e infraestructura, de responsabilidad administrativa. Teniendo los resultados de predominancia de factores, podemos gestionar los factores operativos, estructurales y técnicos profesionales, generando mecanismos de mejora de los factores priorizados.

El factor predominante fue el factor operativo, que incluye indicadores de falta de protocolos actualizados, falta de cumplimiento de protocolos, no cumplimiento de proceso de referencia, no

cumplimiento de funciones del servicio de referencia y mal direccionamiento, los cuales reflejan una falta de supervisión y de organización de procesos de atención, todos ellos superables . En cuanto a factores técnico profesional está relacionado al registro médico por lo que resulta más difícil controlar este factor, sin embargo, se pueden establecer mecanismos que mejoren este factor, con los diferentes controles de los comités de referencias, auditoría, capacitaciones, etc. En relación a los factores estructurales y de recursos humanos tenemos que son los que se encuentra mejor y puede ser fácilmente superable.

Finalmente, señalar que todos los factores encontrados como predominantes en la optimización del Sistema de Referencia y Contrarreferencia, permitirán establecer mecanismos de mejora y proyectos de mejora y esperamos contribuyan a la mejora del establecimiento de la Microrred Negreiros de la Red Desconcentrada Sabogal

Podemos concluir que los factores de optimización del Sistema de Referencia y Contrarreferencias en la Microrred Negreiros de la Red Desconcentrada Sabogal en el año 2016 fueron predominantemente operativos en el primer nivel de atención, técnico profesional en los tres niveles de atención y en menor medida estructurales. El factor operativo fue el factor predominante, destacando en el primer nivel la falta de protocolos actualizados y el cumplimiento del proceso de Referencias y Contrarreferencia. El factor técnico profesional fue predominante en el tercer nivel de atención, teniendo como único indicador a las Contrarreferencias y el factor estructural fue el menos predominante en los tres niveles de atención.

## Referencias

- Acosta, R. (2012). Evaluación del Sistema de Referencias y Contrarreferencias. La Clínica de Cartagena del Mar S.A. durante el año 2010. *Research, Health Medicine*, 1-107.
- Agranoff, R. (1983). Concepto de redes de atención de Salud. En O. Vilaca, *Las Redes de atención de salud* (pág. 79). OPS-OMS.
- Alcalde J, Lazo O, Nigenda G. (2011). Sistemas de Salud del Perú. *Salud Pública México*, 243-254.
- Cahua, V. (2015). Nivel de cumplimiento del indicador de referencia en el marco de la tercerización de los servicios de salud 2014-2015. *Tesis de Maestría Universidad San Martín de Porres*. México.
- Campos G, Lule E. (Enero-Junio de 2012). La observación un método de estudio para la realidad. *Revista Xihmai VII* (13), 4-60.
- Carls, R. (1980). Carls Rogers y la perspectiva centrada en la persona. En *Teorías de la personalidad*.

- CEPAL. (2009). Manual de la Micro, Pequeña y Mediana Empresa. 54,55.
- EsSalud. (Octubre de 2008). Manual Institucional. Defensoria del asegurado.
- EsSalud. (2012). Normas del proceso Referencia y Contrarreferencia de EsSalud. *Directiva 003-GG-EsSalud 2012*.
- EsSalud. (2015). Normas para el proceso de Referencia y Contrarreferencia en EsSalud. *Directiva 014-GG-ESSALUD-2015*.
- Fleury, S. (2007). Las Redes de atención de salud. En O. Vilaca. OPS.
- García M, Abreu M, Antonietti L. (2013). Sistema de Referencia y Contrarreferencia en el segundo y tercer nivel de salud en una red hospitalaria pediátrica en el conurbano bonaerense. *Archivos Argentinos Pediatricos*(111), 405-411.
- Hernandez R, Fernandez C, Baptista Pilar. (2014). *Metodología de la investigación*. México: Mc Graw Hill.
- Lazo -Gonzales, O; Alcalde, JE. (2011). Sistemas de Salud en el Perú. Universidad Peruana Cayetano Heredia.
- Llave,R y Rodriguez, E. (2015). Plan de Referencia y Contrarreferencia para mejorar la oferta de servicios de salud en la consulta externa de los hospitales II-1 en la provincia de Trujillo: 2014-2016. *Ciencia y Tecnología*., Año 11(4), 85-103.
- MINSA-Dirección General de las Personas. (s.f.). *Norma Técnica del Sistema de referencia y Contrarreferencia de los establecimientos de Salud de MINSA*.
- Morales, E. (2011). Las Redes Integradas de Salud: una propuesta en construcción. *Documento de investigación*. Bogotá.
- Pareja, F. (2014). [www.slideserve.com/.../mesa-redonda-sistema-de-r](http://www.slideserve.com/.../mesa-redonda-sistema-de-r).
- Peñaherrera, J. (2015). Comparación de la funcionalidad del sistema de referencia y contrarreferencia antes y después de instaurar al primer nivel de atención como puerta de entrada obligatoria al sistema de salud, en el distrito de salud 17D01-Nanegalito, periodo 2011-2013. *Tesis para optar el grado de Magister en Salud Pública en la Pontificia Universidad Católica de Ecuador*. Ecuador.
- Pondoly, S; Page, . (1998). Fundamentos de las redes de atención de salud. En Vilaca, *Las Redes de Atención de Salud*.

- Quispe, R. (Junio de 2004). *Sistemas de Referencia y Contrarreferencia en Ayacucho*. Ayacucho.
- Ramirez B., Viana N, Guzman. (2012). *Evaluación del Sistema de Referencias y Contrarreferencia en el Servicio de Urgencia de la Empresa Social del Estado Hospital Local Arjona*. Arjona.
- Sanchez, H; Reyes, C. (2015). *Metodología de la investigación*.
- Silberman M. (2007). *Optimización del proceso de Referencia y Contrarreferencia entre niveles de atención de la salud*. Tesis de Maestría en Salud Pública- Orientación en Sistemas Municipales- Facultad de ciencias médicas.
- Talaigua, M. (2016). *Evaluación del Sistema de Referencia y Contrarreferencia por parte de los prestadores de servicio en el Municipio de Monteería departamento de Córdova*. Córdova: Monografía publicada.
- Vilaca ,E. (2013). *Las Redes de atención de salud*. Editorial en español OPS.
- Vignolo J, Vacarreza M, Alvarez C, Sosa A. (2011). Niveles de atención, de prevención y de atención primaria de la salud. *Archivos de Medicina Interna*, XXXIII (1): 11-14.
- Zevallos A, Reyna P, Moscoso B. (2011). Oferta y demanda de médicos especialistas en los Establecimientos de Salud del Ministerio de Salud: brechas a nivel nacional, por regiones y tipo de especialidad. *Med. Exp. Salud Pública*, 28 (2):177-85.
- Zurita, M. (2015). *Reestructuración del Sistema de Referencia y Contrarreferencia en el Hospital Sagrado Corazón de Jesús de la ciudad de Quevedo*. Quevedo: Tesis de Maestría de la Universidad Regional Autónoma de los Andes Uniandes.

**DECLARACIÓN JURADA****DECLARACIÓN JURADA DE AUTORÍA Y AUTORIZACIÓN  
PARA LA PUBLICACIÓN DEL ARTÍCULO CIENTÍFICO**

Yo Betty Eliana Sausa Huamán egresado del Programa. De Maestría de Gestión en los Servicios de Salud de la Escuela de Postgrado de la Universidad César Vallejo, identificado(a) con DNI 06029530, con el artículo titulado

“Factores de Optimización del Sistema de Referencia y Contrarreferencia en la Red  
Desconcentrada Sabogal-EsSalud 2016

Declaro bajo juramento que:

- 1) El artículo pertenece a mi autoría
- 2) El artículo no ha sido plagiado ni total ni parcialmente.
- 3) El artículo no ha sido autoplagiado; es decir, no ha sido publicada ni presentada anteriormente para alguna revista.
- 4) De identificarse la falta de fraude (datos falsos), plagio (información sin citar a autores), autoplagio (presentar como nuevo algún trabajo de investigación propio que ya ha sido publicado), piratería (uso ilegal de información ajena) o falsificación (representar falsamente las ideas de otros), asumo las consecuencias y sanciones que de mi acción se deriven, sometiéndome a la normatividad vigente de la Universidad César Vallejo.
- 5) Si, el artículo fuese aprobado para su publicación en la Revista u otro documento de difusión, cedo mis derechos patrimoniales y autorizo a la Escuela de Postgrado, de la Universidad César Vallejo, la publicación y divulgación del documento en las condiciones, procedimientos y medios que disponga la Universidad.

Lugar y fecha Los Olivos, 30 de Mayo del 2017

Nombres y apellidos Betty Eliana Sausa Huamán