



MINISTERIO DE SALUD
Subsecretaría de Redes Asistenciales
División de Gestión de Redes Asistenciales
Departamento de Gestión de Procesos Clínicos Asistenciales

Sistema de Referencia- Contrarreferencia

Cada Red de Salud debe diseñar su “Mapa de Red” donde se describe los establecimientos que la conforman, su complejidad y el alcance de sus carteras de Servicio que deben ser complementarias y dar respuesta a las necesidades de salud de la población beneficiaria.

Para que este diseño funcione tiene que contar con un sistema de comunicación que permita que este beneficiario fluya en forma segura y eficiente a través de esta Red.

Este mecanismo técnico administrativo recibe el nombre de Referencia y Contrarreferencia.

Sistema de Referencia y Contrarreferencia: Es el conjunto de actividades administrativas y asistenciales, que definen la referencia del usuario de un establecimiento de salud de menor a otro de mayor capacidad resolutive y la contrarreferencia de este a su establecimiento de origen, a objeto de asegurar la continuidad de atención y cuidado de su salud.

Referencia (sinónimo de derivación): Es la solicitud de evaluación diagnóstica y/o tratamiento de un paciente derivado de un establecimiento de salud de menor capacidad resolutive a otro de mayor capacidad, con la finalidad de asegurar la continuidad de la prestación de servicio.

Contrarreferencia: Es la respuesta del especialista, dirigida al profesional del establecimiento o Servicio Clínico de origen del paciente, respecto de la interconsulta solicitada. Es aquel procedimiento, mediante el cual se retorna al paciente al establecimiento de origen y/o al que pudiese asegurar la continuidad del caso, luego de haberse atendido satisfactoriamente el requerimiento. Este procedimiento debe incluir la respuesta del especialista respecto de la interconsulta solicitada.

La **Contrarreferencia** incorpora dos momentos:

1.- La respuesta inicial o Retorno: Cuando el paciente recibe su primera atención (consulta nueva), donde se informa al establecimiento de origen que el paciente fue atendido, se confirma o descarta la hipótesis o duda diagnóstica y el plan de tratamiento.

2.- El momento de alta del paciente del establecimiento de mayor complejidad, donde se informa al establecimiento referente que el paciente está dado de alta de la patología por la cual fue derivado o que fue estabilizado y requiere continuidad de la atención con un plan terapéutico definido.

Situaciones especiales:

- a) En el caso excepcional que el origen de la referencia sea el Servicio de Urgencia la contrarreferencia será remitida al establecimiento de APS donde está inscrito el beneficiario.
- b) Aquellas situaciones en que la solicitud sea una consulta y/o procedimiento con carácter de tamizaje también requerirán una respuesta del resultado al referente.
- c) En el caso de programas de Crónicos, donde el control del paciente es compartido entre APS y nivel secundario o terciario con acciones definidas en cada nivel, en esta situación debe existir un mecanismo de comunicación expedito entre ambos establecimiento que asegure la continuidad del cuidado.

El documento de contrarreferencia debe contar con los siguientes datos:

- 1.- **Datos del paciente: Nombre, Rut, edad.**
- 2.- **Datos del establecimiento que contrarrefiere.**
- 3.- **Datos del establecimiento de referencia.**
- 4.- **Diagnóstico.**
- 5.- **Tratamiento realizado**
- 6.- **Plan o indicaciones para APS.**
- 7.- **Datos del médico especialista que contrarrefiere:**
Nombre, Rut y especialidad.
- 8.- **Fecha.**

Protocolo de Referencia y Contrarreferencia: Son instrumentos de aplicación, eminentemente práctica que determinan los procedimientos administrativos y asistenciales requeridos para efectuar la referencia y contrarreferencia de los usuarios entre establecimientos de la red asistencial, que deben ser elaborados y validados por la Red asistencial donde se aplican.

Pertinencia: Derivación de acuerdo a los protocolos de referencia y contrarreferencia de la red.

Se pueden identificar dos tipos de No Pertinencia:

- 1.- No pertinencia por no cumplir con las reglas de derivación: esta ocurre cuando la derivación no cumple con los criterios definidos en los flujos de derivación (Normas de Referencia y Contrarreferencia) sobre el establecimiento y/o especialidad a la cual derivar.
- 2.- No pertinencia por no respetar los criterios clínicos de Inclusión o exclusión del problema de salud causante de la derivación.

