

# AVANCE EN LOS SISTEMAS DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA EN ESSALUD\*

*Keveen Steve Salirrosas Flores<sup>1</sup>, Ada Graciela Pastor Goyzueta<sup>2</sup>,  
Javier Rubén Tovar Brandán<sup>3</sup>*

## RESUMEN

El Sistema de Referencia y Contrarreferencia es 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. Dicho Sistema está contemplado en la Reforma de Salud. En muchas partes del mundo existen aprendi-

---

\* Recibido: 10 de enero del 2014; aprobado: 30 de abril del 2014.

1 Médico Auditor. Maestro en Gerencia de Servicios de Salud. Doctorando en Gestión Empresarial.

2 Médica internista. Maestra en Salud Pública. Doctoranda en Gestión Empresarial.

3 Médico intensivista. Master en Administración Estratégica. Doctorando en Gestión Empresarial.

zajes de dicho sistema, dentro de los cuales se destaca que se debe mejorar la interrelación existente entre los diferentes actores del sistema, aumentar el nivel de compromiso de las personas que lo integran, mejorar los sistemas de información que permitan la mejor toma de decisiones, no alejar al paciente de su entorno sociofamiliar y evaluar el impacto de los resultados en los planos social, salud, familiar y no sólo económico. Actualmente se están realizando grandes esfuerzos que incluyen pilotos de respuesta inmediata, los mismos que han mejorado los resultados; no obstante, aún falta mucho por mejorar.

**Palabras clave:** Reforma del Sector Salud, Seguro Social de Salud, Sistema de Referencias, Contrarreferencias y Calidad.

## **PROGRESS IN REFERRAL AND CROSS SYSTEMS IN ESSALUD**

### **ABSTRACT**

*The Referral and Cross System is the set of elements that allows the transfer of a patient from the hospital in affiliation to one of greater response capacity, in order to solve your health problem, making it possible to return to the place of origin at after solving the problem or set a defined operation. This system is covered by the Health Reform. In many parts of the world are learning this system, within which it is stressed that it should improve the interrelationship between the different actors of the system, increase the level of commitment of the people in it, improve information systems enable better decision making, not to alienate the patient from his family socio environment and assess the impact of the results in and social levels, health, family not only economic. Currently they are making great efforts to include drivers for immediate response, they have improved the results and however we still have room for improvement.*

**Key words:** Health Sector Reform, Social Health Insurance, Referrals and Cross System, Quality.

## INTRODUCCIÓN

El Sistema de Referencias y Contrarreferencias en Essalud, se inicia en junio de 1991, al identificar la necesidad de una opinión médica especializada en un paciente de Puno y utilizado el fax se envía a Lima la historia clínica del paciente. En agosto del 1992, por medio de un tercero se inicia este proceso en la sede central y luego se traslada al Centro del Adulto Mayor, de San Isidro.

En 1995, la Seguridad Social, en ese entonces IPSS, ve conveniente implementar las referencias de los pacientes de Lima a través del Sistema de Referencias y Contrarreferencias, conformándose de esta manera el anillo de contención y produciéndose su descentralización.

El actual gobierno peruano, promoviendo mejoras en los servicios a todos sus ciudadanos y según lo estipulado en la Constitución Política del Perú<sup>1</sup>, que establece como un deber del Estado determinar la política nacional de salud, propuso la reforma de este sector a nivel nacional, para brindar mejores servicios con calidad, eficacia y eficiencia a la población nacional.<sup>2</sup>

En julio del 2013, el gobierno peruano, a través del Ministerio de Salud, emitió los lineamientos y medidas de reforma del sector Salud<sup>3</sup>, cuyo primer reto es extender mejoras en el estado de salud de toda la población, dentro de la cual establece cuatro acciones de carácter integral y con lineamientos definidos, siendo uno de los más importantes el relacionado con la continuidad de la atención, que se refiere a la interrelación administrativa-asistencial que debe existir entre establecimientos de salud de diferente capacidad resolutoria, para procurar la atención de una persona sin limitantes, hasta la satisfacción de sus necesidades de salud.

En base a lo descrito, y ante el desorden existente respecto de la referencia de usuarios en el ámbito nacional, el Ministerio de Salud elaboró el documento "Normas del Sistema de Referencia y Contra-

referencia de los establecimientos del Ministerio de salud”<sup>4,5</sup>, con el objetivo de regular este proceso.

El Seguro Social de Salud<sup>6</sup>, alineándose con lo dispuesto por el ente rector, aprobó las "Normas para el Proceso de Referencia y Contrarreferencia de Essalud"<sup>7</sup>, con el objetivo de establecer las normas y procedimientos que regulan el Sistema de Referencia y Contrarreferencia en sus Órganos Desconcentrados y la finalidad de uniformizar criterios y estandarizar la disponibilidad de recursos, a fin de garantizar la continuidad de la atención y el uso racional del servicio de salud.

Dicha norma se encuentra enmarcada dentro de la Reforma del Sector Salud y del Plan Maestro 2013-2021, el cual se elabora con el apoyo del Banco Mundial y está circunscrito en las medidas de reorganización<sup>8</sup>, orientadas a garantizar la efectiva prestación de los servicios.

Finalmente, debemos mencionar que hemos identificado oportunidades de mejora en los procesos de este sistema, cuyo reto está ahora en integrarlo, además de mejorar las competencias de los actores<sup>9</sup> y dotarlos de los recursos necesarios.

## **SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA (SRC)**

El SRC es 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 sus problemas de salud, haciendo posible su retorno al lugar de origen una vez resuelto el problema o establecido un manejo definido.<sup>10</sup>

La referencia de pacientes genera, cuando se hace efectivo, gastos por concepto de movilidad, alojamiento del paciente y su acompañante en el caso de pacientes referidos de provincias<sup>11</sup>, por lo que las principales motivaciones de las autoridades de salud para promover la aplicación de un SRC se basan en tres grandes ámbitos de preocupa-

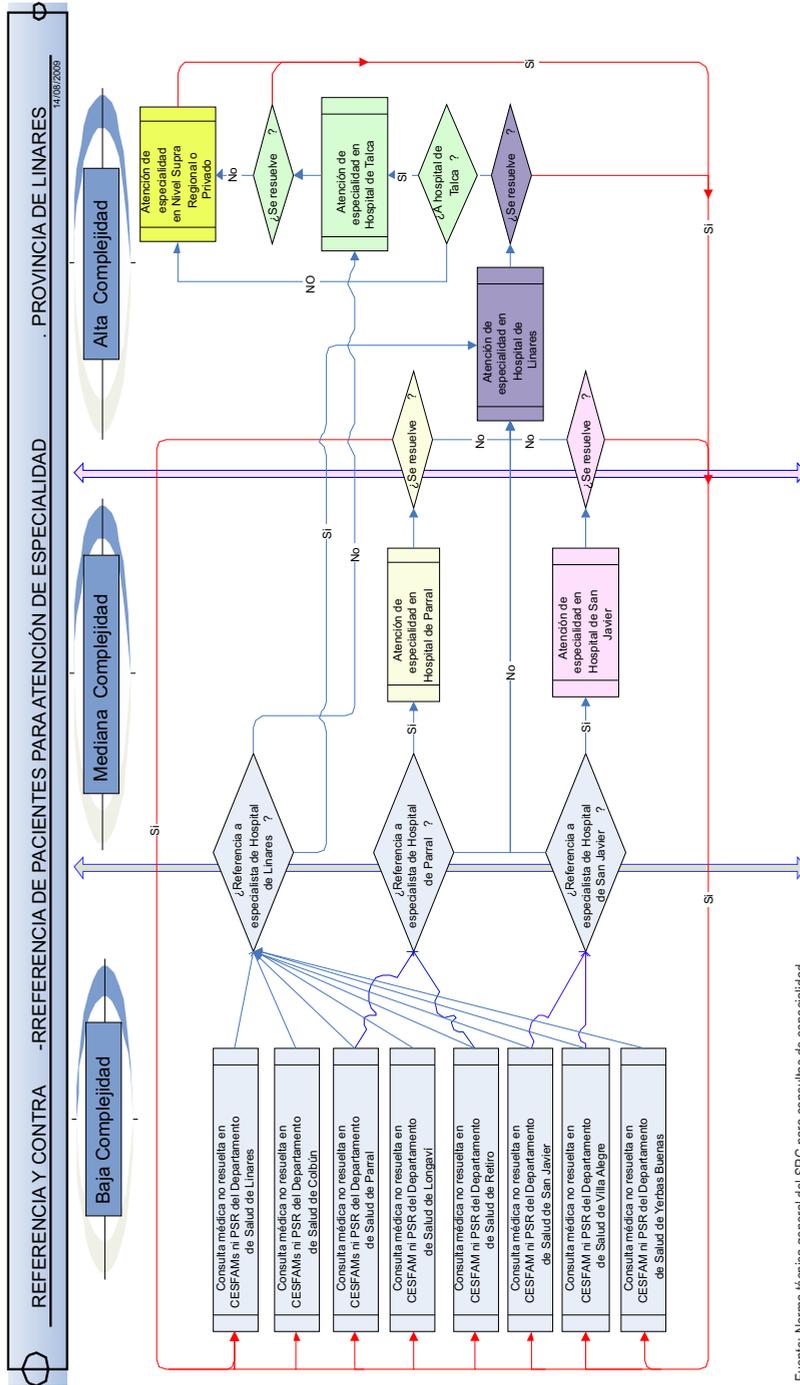
ción: 1) Garantizar la calidad, continuidad y seguimiento de los servicios; 2) Controlar los costos y el uso de recursos escasos; y 3) Asegurar la satisfacción, tanto de los pacientes como de los proveedores.<sup>10</sup>

No obstante, hay muchos otros aspectos que se deben tener en cuenta además de la evaluación del impacto en la salud<sup>12</sup> y de los costos estimados del sector salud<sup>13,14</sup>; ello está referido a la calidad de vida, productividad para el país<sup>15</sup> y desarrollo del entorno social.<sup>16</sup> Si no los tenemos en cuenta, es difícil saber realmente cómo este proceso específico de salud afecta los indicadores del desarrollo mundial<sup>17</sup> y los indicadores líderes de país.<sup>18</sup>

Hoy en día el gran reto está en diseñar las estrategias de mesogestión, las que deben cumplir con lo establecido en la política de gestión del sector salud. En este análisis se evidencian brechas a priorizar según la Organización Mundial de la Salud, las cuales, al evaluar la capacidad de las referencias<sup>19</sup> encuentran que los flujos de referencia son generalmente poco documentados y la mayoría de los sistemas de información no reportan el número y la naturaleza de tales referencias; generando dificultades en la obtención de datos para la toma de decisiones, por lo que recomiendan el uso de un sistema único que permita realizar gestiones de información.

Por otro lado, al analizar los sistemas de otros países, nos damos cuenta que en Cuba<sup>20</sup> no existe un sistema informatizado para la referencia y toda la documentación se realiza en forma manual; no obstante, su fortaleza está en que cada actor del sistema cumple con la tarea encomendada, lo que hace que se perciba un mejor resultado; es decir, que pese a las limitaciones, el compromiso de los actores es muy importante para el éxito de este proceso.

En Brasil<sup>21</sup> y Chile<sup>22</sup> se remarca que la referencia en la medida de lo posible debe mantener al paciente en contacto con su entorno; es decir, que se aproveche la capacidad resolutoria de los establecimientos de salud de cada región, incluso llegando a complementarse, haciendo



Fuente: Norma técnica general del SRC para consultas de especialidad de la dirección de servicio de salud de Maule.

Figura 01. SRC de la Provincia de Linares, Región Maule, Chile.

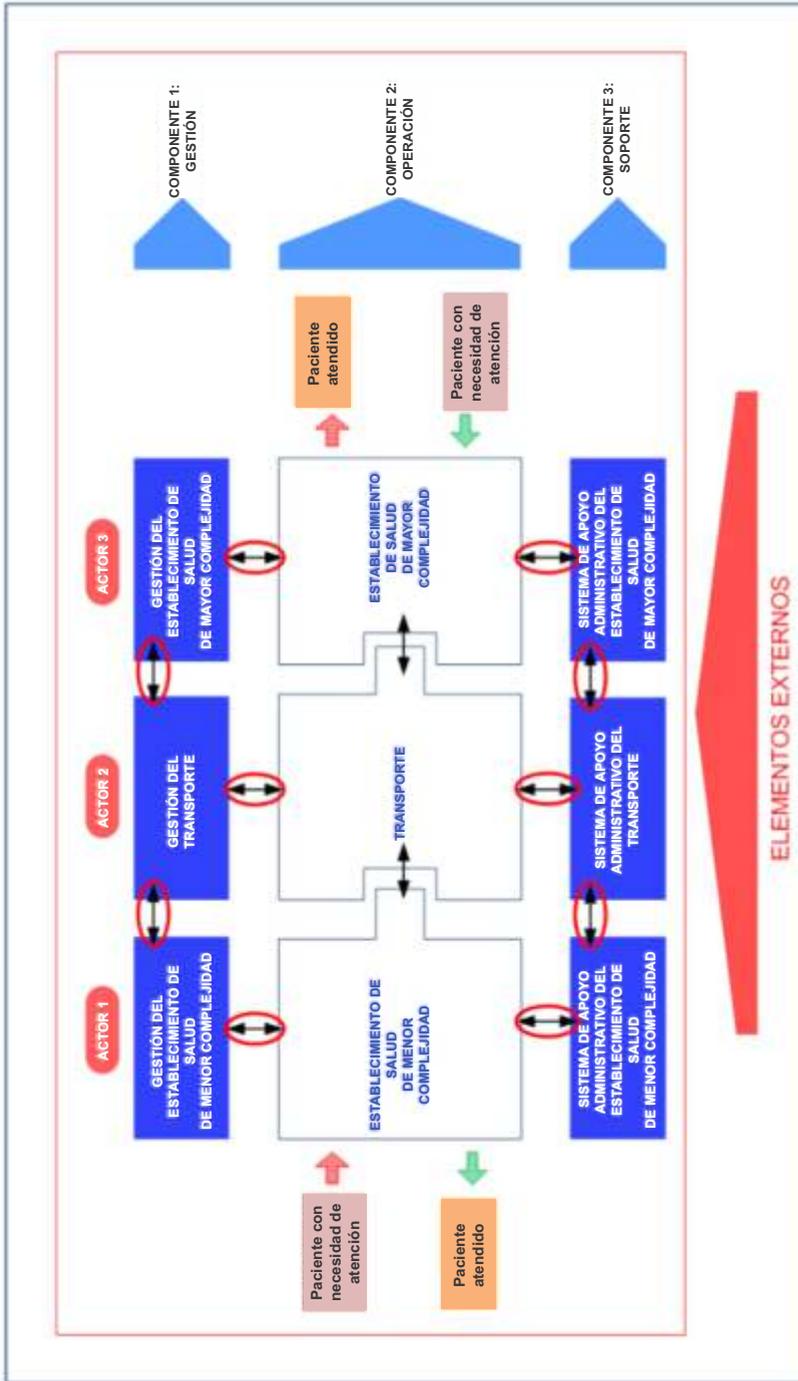
que el paciente no pierda el contacto con su familia, pues se reporta que el entorno familiar acorta el tiempo de recuperación y genera una mayor sensación de bienestar, aceptando que los profesionales de la salud remitan solamente los casos que están fuera de la posibilidad técnica de resolver el daño.

Para hacer todo esto posible han regulado e integrado su sistema entre los actores políticos y gestores, tanto a nivel público como privado, llegando inclusive a especificar un flujo de proceso a nivel regional, tal como se especifica en la figura 01.

En España<sup>23</sup> poseen avances significativos en la integración de sus procesos de referencia y contrarreferencia, pese a que su sistema de salud es bastante heterogéneo, en el que se encuentran comunidades autónomas dentro de las cuales inclusive el sistema público subcontrata con entidades privadas la atención hospitalaria, siendo el 15 y el 20% de la prestación especializada; es decir, diagnóstico de alta resolución o procedimientos quirúrgicos ambulatorios. Incluso resalta la separación de funciones entre los prestadores y aseguradores, regulación eficiente, planificación estratégica separada de la planificación operativa, gestión de la red de servicios y coordinación de la prestación. Es decir, que están demarcados los roles y responsables, pero eso no significa que estén desintegrados al ejecutar sus procesos de salud.

### **Meso proceso del SRC**

En la figura 02 se explica el mesoproceso de referencia y contrarreferencia, en la misma que se identifican 3 actores: 1) Establecimiento de salud de menor complejidad; 2) Transporte, el mismo que no está presente necesariamente en todas las referencias y contrarreferencias; 3) Establecimiento de salud de mayor complejidad. A su vez, cada uno de estos presentan tres componentes: gestión, operación y sistemas de apoyo. Cada uno de ellos está íntimamente relacionado, tal como lo vemos en la figura 02, de tal manera que si uno de ellos



Fuente: Gerencia de Control de Prestaciones de Salud, de la Gerencia Central de Prestaciones de Salud - Essalud.

**Figura 02.** Meso Proceso del SRC.

falla, puede ser que existan errores de gran impacto en el proceso que pueden afectar severamente la salud de los pacientes al no lograr una atención oportuna en su salud y además, afectar su medio económico-social.

Estas interacciones actualmente se encuentran no totalmente articuladas, lo que hace que la oportunidad de atención medida en tiempo no sea la establecida en los estándares. Muchos esfuerzos descritos posteriormente en los pilotos de respuesta inmediata se han basado en este esquema en pro de mejorar los resultados.

Vemos entonces que desde el punto de vista del primer componente, "Gestión", es de suma importancia que los gestores de los tres actores de este proceso tengan una comunicación efectiva, ya que muchas de las fallas en este proceso se presentan debido a la falta de información y comunicación entre ellos. Para citar un ejemplo, imaginemos un paciente en el cual determinamos la necesidad de una atención de mayor complejidad en un establecimiento que se encuentra en otra región del país y necesitamos trasladarlo vía referencia. El médico y el personal de apoyo administrativo realizarán las coordinaciones, tanto asistenciales como administrativas, con el transporte y el establecimiento de mayor complejidad; no obstante, en muchas ocasiones la política del que realiza el transporte vía aérea, el mismo que en varias oportunidades es un actor externo del sistema, no permite que viaje el paciente con balón de oxígeno, por lo que mientras se soluciona este impase administrativo y de gestión se pierden horas o días afectando la salud del paciente. Muchas veces esta demora también afecta la respuesta del centro de mayor complejidad, ya que el paciente llega con mayor compromiso de su salud o, lo que es peor, no cuenta a la llegada del paciente con la capacidad operativa suficiente (falta de oportunidad de cama hospitalaria, sala quirúrgica, disponibilidad del profesional subespecializado, etc.), ya que se hizo la previsión de llegada sin tener en cuenta el tiempo que se pierde por esta falta de coordinación.

Por otro lado, también se han verificado faltas de oportunidad de atención por fallas de coordinación “operativas” o porque los equipos o tratamientos utilizados para la atención del paciente no se encuentran estandarizados; tal es el caso, cuando se utiliza bomba de infusión de diferentes características y el equipo que la usa con una determinada droga tenga que eliminar al pasar del establecimiento de menor complejidad al transporte o al establecimiento de mayor complejidad, generando costos mayores y a la vez limitando la oportunidad del tratamiento del paciente.

Citando a los “sistemas de apoyo administrativo”, se han identificado también oportunidades de mejora al momento de la comunicación entre lo asistencial y administrativo, lo que hace muchas veces que la logística utilizada difiera de lo que se necesita en lo operativo asistencial. Es muy frecuente incluso ver ahora que la línea de negocio (prestación de salud) no es la línea que dirige la operación; por el contrario, el soporte administrativo equivocadamente se ha colocado en este rol, lo que origina que no solamente deje de lograrse el objetivo, sino que también produce malestar y desmotivación en los involucrados en el proceso.

Por todo lo mencionado, los gestores de los establecimientos o del transporte deben tener un set de indicadores de éxito del proceso en los 3 niveles; además, es importante que al momento de monitorizar todo el mesoproceso, los gestores monitoricen las interacciones de los indicadores de éxito en cada actor del mismo, además de medir también el impacto en salud, lo social y económico, logrando al momento de proporcionar la oportunidad de atención de los pacientes que requieren de este tipo de prestación.

A todo lo mencionado debemos agregar la previsión para minimizar los posibles riesgos externos que pueden determinar que en algunas circunstancias se altere algún componente del sistema, tal como inestabilidad política, rotación de recursos asignados, barreras geográficas, climatológicas, económicas, etc.

## Microproceso Operativo del SRC

En la tabla 01 se describe el proceso regular de una referencia<sup>7</sup>: intervienen cuatro médicos, dos operadores y el paciente con las siguientes actividades:

Tabla 1

### MICROPROCESO DE REFERENCIA

| Establecimiento | Actividad  | Responsable                  |
|-----------------|--|------------------------------|
| ORIGEN          | Evalúa al paciente y determina que su patología es para un establecimiento con mayor capacidad resolutive. El médico llena el Formato de Solicitud de Referencia y lo entrega al paciente. | Médico tratante 1            |
|                 | Lleva el Formato de Solicitud al área de referencias.  | Paciente                     |
|                 | Evalúa la pertinencia de la referencia, en caso no se encuentre ninguna observación procede a entregar el Formato de Solicitud de Referencia al operador.                                  | Médico Jefe de Referencias 1 |
|                 | Ingresa el Formato de Solicitud de Referencia al Sistema de Referencias en Web.  | Operador 1                   |
| DESTINO         | Evalúa la pertinencia de la referencia; en caso no se encuentre ninguna observación acepta la solicitud.   | Médico Jefe de Referencias 2 |
|                 | Asigna la cita.  | Operador 2                   |

Tabla 1 (cont.)

| Establecimiento | Actividad  | Responsable       |
|-----------------|--|-------------------|
| ORIGEN          | Regresa luego de 3 días.                         | Paciente          |
|                 | Imprime la cita y entrega al paciente.           | Operador 1        |
|                 | Se traslada al establecimiento de salud destino. | Paciente          |
| DESTINO         | Evalúa al paciente.                              | Médico tratante 2 |

Fuente: Gerencia de Prestaciones de Prestaciones Hospitalarias, de la Gerencia Central de Prestaciones de Salud - Essalud.

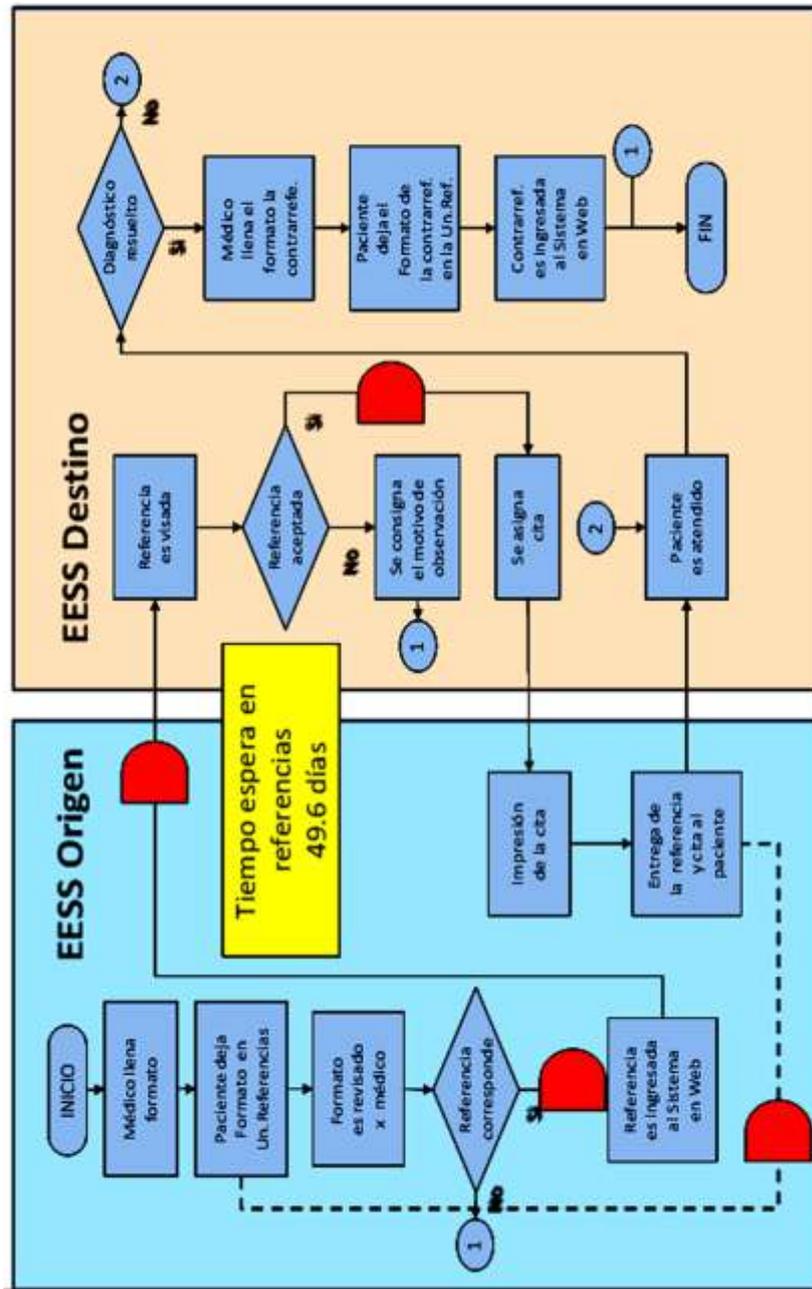
Los médicos que evalúan o visan la referencia tanto en el establecimiento de origen como en el de destino, son actores importantes que tienen la función de garantizar que los criterios de referencia se respeten para acceder a una mayor capacidad resolutive (Figura 03).

## EXPERIENCIAS EN EL SRC

### Sistema informático SRC

Dado que no existe un sistema integrado de gestión de la salud en EsSalud, los hospitales no disponen de la información integral de la atención del paciente. En cada establecimiento se cuenta con un sistema informático que funciona en forma local, diseñado hace más de veinte años, en plataformas actualmente desfasadas. En dicho sistema se registran las consultas, hospitalizaciones, apoyo al diagnóstico y tratamientos, emergencias, entre otros; lo que no se registra en dicho sistema es la referencia del paciente.

Luego que el paciente sale de la consulta externa en el establecimiento de salud, tiene que trasladar el Formato de Referencias a la Unidad de Referencias. En esta actividad se pierde el control del registro oportuno de la Solicitud de la Referencia.



Fuente: Gerencia de Prestaciones de Prestaciones Hospitalarias, de la Gerencia Central de Prestaciones de Salud - Essalud

Figura 03. Micro Proceso del SRC.

Posteriormente, luego de ser evaluado por el Jefe de Referencias, el formato es ingresado al SRC, aplicativo que se encuentra desarrollado en entorno web<sup>24</sup> en una base de datos centralizada, que permite realizar un monitoreo del proceso de referencias del paciente. De esta manera, el SRC constituye una herramienta importante de engranaje entre los establecimientos de salud a nivel nacional. No obstante, este SRC aún se encuentra a nivel de OLAP (On Line Active Process), lo que significa que aún se maneja a nivel de datos y no de inteligencia informática que permita una adecuada toma de decisiones a los gestores.<sup>25</sup>

### **Los tiempos en referencias**

En el proceso de referencias, según lo normado<sup>7</sup>, el tiempo de respuesta, el tiempo de espera del paciente para obtener su cita para consulta externa es 48 horas y para las actividades de apoyo al diagnóstico 72 horas. En teoría, el paciente tiene que regresar luego de dos a tres días posteriores a la consulta para recoger su cita en caso el proceso haya funcionado sin ningún inconveniente; pero si la referencia fue observada, el paciente va tener que regresar cuantas veces sea posible hasta obtener una respuesta positiva.

Se han encontrado referencias que demoran hasta 49 días para que el paciente obtenga respuesta. Este tiempo resulta exagerado considerando que actualmente se viene usando un sistema en línea, con una base de datos centralizada, en la que, por ejemplo, si se enviara una referencia de Tumbes a Tacna, este registro podría ser visto y contestado en cuestión de segundos.

Es preciso indicar que el tiempo de espera para la atención del paciente en la consulta externa en el establecimiento de salud de destino no es en su totalidad responsabilidad del área de referencias. Este tiempo se genera en base a la oferta del establecimiento, a la gestión de los jefes de servicios, directores, gerentes o de la sede central.

### Evaluación de los tiempos

Para citar un ejemplo al respecto, al evaluar el flujo de referencias ingresadas para la atención del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, en el periodo abril a junio 2013 (Figura 04), se encuentra que de 08:00 a 09:00 horas a nivel nacional ingresaron 63,3 registros y se visaron 61,0; una hora más tarde se ingresaron 82,6 registros y se visaron 55,0.

Este gráfico nos da a entender que la brecha de las referencias que se ingresan versus las que se visan no es holgada. En el lapso de la mañana la diferencia es como máximo 27,6. Si todas las referencias ingresadas fueran visadas inmediatamente, vale decir que si de 10:00 a 11:00 horas se visaran 81,1 referencias, el mismo número de referencias que se ingresaron se podría entregar de manera inmediata en menos de una hora el resultado de la referencia al paciente en el establecimiento de origen; así, el paciente no tendría que regresar tres días después.

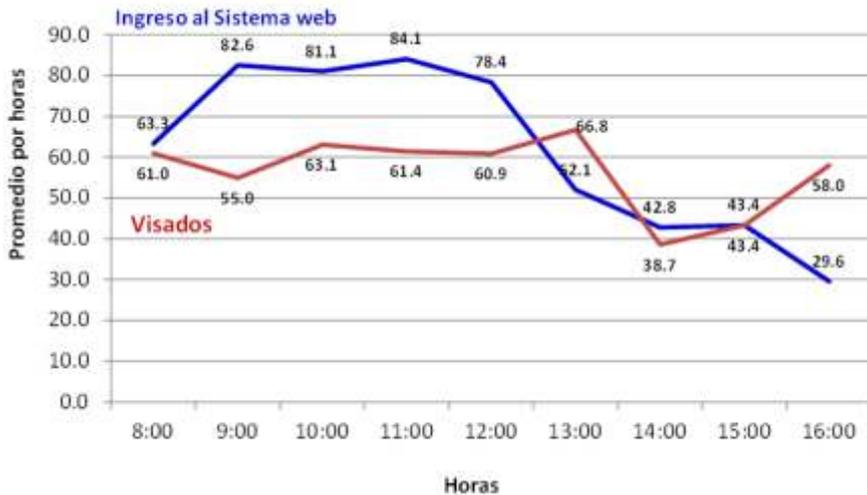


Figura 4. Referencias recibidas por el HN Edgardo Rebagliati según hora - enero a junio 2013.

## **Piloto de respuesta inmediata**

Aprovechando el recurso de un sistema en línea, la Gerencia Central de Prestaciones de Salud<sup>26</sup> propuso un nuevo modelo de atención en referencia, eliminando los tiempos de espera (Figura N° 03) 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. En conclusión, el paciente tendría la posibilidad de esperar aproximadamente 40 minutos luego de dejar su referencia en la Unidad de Referencias y se podría retirar del establecimiento de salud con su cita.

## **Principales problemas encontrados para la aplicación del Piloto**

- El Hospital II Carlos Alcántara tenía un atraso de 15 días en el ingreso de las referencias, que generaba un desorden en la acumulación por bloques de los formatos.
- Falta de organización y estandarización de los procesos en las unidades de referencias en el uso de los formatos, conformación de los comités, horario de atención, etc.
- Los pacientes regresaban muchas veces generando colas largas para obtener el resultado de su referencia.
- El ingreso de las solicitudes de referencias, el visado y la asignación de las citas se producían con mucho retraso.
- Lentitud del sistema de referencias en web, generalmente en horas de la mañana.

## **Propuesta de solución para la aplicación del Piloto**

- Ingresar la solicitud de la referencia, visado y citado en un máximo de 40 minutos.
- Fortalecer en recursos humanos según la carga de trabajo en las áreas de referencias, tanto en operadores como en médicos de referencia.

- Redistribuir las funciones de acuerdo al nuevo proceso.
- Modificar el sistema de referencias en Web según propuesta de procesos.

## **CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

- 1<sup>a</sup> Es importante mantener al paciente cerca de su medio socio-familiar al momento de brindarle la prestación requerida.
- 2<sup>a</sup> Este sistema debe tener en cuenta, además de los costos, que implica la atención de salud no oportuna, el componente psicosocial de apoyo como complemento del tratamiento del paciente.
- 3<sup>a</sup> Evidencia de oportunidades de mejora de la interrelación de los diferentes actores y componentes del mesoproceso de referencia y contrarreferencia.
- 4<sup>a</sup> Es necesario crear indicadores de gestión que midan la interrelación de los actores y los componentes de este sistema, así como los tiempos de los meso y microprocesos.
- 5<sup>a</sup> Falta de estandarización y adaptación de acuerdo a la realidad de cada establecimiento y transporte de los procesos de este sistema.
- 6<sup>a</sup> La gestión de este sistema requiere la transformación de datos en información y esta, a su vez, en inteligencia, que apoye en los gestores en la toma de decisiones.
- 7<sup>a</sup> Mejorar el compromiso de las personas que integran cada uno de los componentes del SRC.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Congreso de la República del Perú. Constitución Política del Perú. 1993. Artículo N° 9, pp. 06.
2. Ministerio de Salud del Perú. Reforma en Salud. 2013. Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2013/reforma/presentacion.html>
3. De Habich M, Del Carmen J. Consejo Nacional de Salud – Ministerio de Salud del Perú. Lineamientos y Medidas de Reforma del Sector Salud. Julio 2013. pp 13, 25.
4. Ministerio de Salud del Perú. Normas del Sistema de Referencia y Contrarreferencia (SRC) de los Establecimiento del Ministerio de Salud. RM N° 155-2001-SA/DM. 2001.
5. Ministerio de Salud del Perú. Norma Técnica del Sistema de Referencia y Contrarreferencia de los Establecimientos del Ministerio de Salud. RM N° 751-2004/MINSA. 2004.
6. Ley N° 27056, Ley de Creación del Seguro Social de Salud (ESSALUD); y su Reglamento aprobado mediante Decreto Supremo N°002-99- TR, modificado por los Decretos Supremos Nros. 002-2004- TR Y 025-2007- TR. 1999, 2004 y 2007.
7. Seguro Social de Salud - ESSALUD. Normas para el Proceso de Referencia y Contrarreferencia de ESSALUD. Resolución N° 210-GG-ESSALUD-2012, la Directiva N° 003 -GG-ESSALUD-2012. 2012.
8. Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo. Declaran en Reorganización el Seguro Social de Salud - ESSALUD. Decreto Supremo 016-2012-TR. 2012.
9. Seguro Social de Salud - ESSALUD. Convocatoria al curso internacional de Referencias y Contrarreferencias. Carta Circular N° 053-GDP-GCGP-2014-ESSALUD. 2014.
10. Má de Bitrán C. Socios para la Reforma del Sector Salud - PHR plus 2004. Sistemas de Referencia y Contrarreferencia en los Servicios de Salud. 4800 Montgomery Lane, Suite 600 Bethesda, Maryland 20814. URL [www.PHRplus.org](http://www.PHRplus.org)
11. Seguro Social - EsSalud. Memoria anual 2012. 2012. Disponible en: [http://www.essalud.gob.pe/transparencia/pdf/memoria/memoria\\_2012.pdf](http://www.essalud.gob.pe/transparencia/pdf/memoria/memoria_2012.pdf)

12. Organización Mundial de la Salud. Evaluación del Impacto de Salud. 2014. Disponible en: [http://www.who.int/water\\_sanitation\\_health/resources/hia/es/](http://www.who.int/water_sanitation_health/resources/hia/es/)
13. Ministerio de Salud del Perú. Guía Metodológica de Determinación de Costos de Servicios de Salud para el Sector Salud. RM 704-2006/MINSA. 2006.
14. Ministerio de Salud del Perú. Metodología para la Estimación de Costos Estándar en los Establecimientos de Salud. RM N° 195-2009/MINSA. 2009.
15. Ministerio de la Producción. Anuario Estadístico Industrial, Mipyme y Comercio Interno. 2012. Disponible en: <http://www.produce.gob.pe/index.php/estadisticas/anuarios-estadistico>
16. Fiol Santos, N. y Conde Williams, A. Algunas valoraciones acerca de la evaluación del impacto social de la atención de salud. Contribuciones a las Ciencias Sociales. Abril 2012. Disponible en: [www.eumed.net/rev/cccss/20/](http://www.eumed.net/rev/cccss/20/)
17. El Banco Mundial. Indicadores del Desarrollo Mundial. 2014. Disponible en: <http://datos.bancomundial.org/pais/peru>
18. Ministerio de Economía y Finanzas. Reporte de Indicadores Líderes. Diciembre 2013. Disponible en: [https://www.mef.gob.pe/index.php?option=com\\_content&view=article&id=3108&Itemid=101950&lang=es](https://www.mef.gob.pe/index.php?option=com_content&view=article&id=3108&Itemid=101950&lang=es)
19. Organización Mundial de la Salud. Referral Capacity. Disponible en: [http://www.who.int/hac/techguidance/tools/disrupted\\_sectors/module\\_09/en/index4.html](http://www.who.int/hac/techguidance/tools/disrupted_sectors/module_09/en/index4.html)
20. Ministerio de Salud Pública de Cuba. Sistema de Referencia y Contrarreferencia. 2014. Disponible en: <http://www.cubagob.cu/gobierno/fichas/fminsap.htm>
21. Tolentino Silva, M. Lineamientos y procesos del sistema de referencias y contrarreferencia: experiencia en Brasil. Universidad Federal del Amazonas. 2014
22. Dirección de Servicio de Salud de Maule, Chile. Norma Técnica General del Sistema de Referencia y Contrarreferencia Para Consultas de Especialidad. 2009.
23. Ministerio de Sanidad y Política Social. Sistema Nacional de Salud de España. 2010. Disponible en: [www.msssi.gob.es/organizacion/sns/docs/sns2010/Principal.pdf](http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/docs/sns2010/Principal.pdf)
24. Seguro Social de Salud. Gerencia Central de Prestaciones de Salud. Sistema de Referencia y Contrarreferencia. 2012.

25. United Nations. Economic and Social Council. Knowledge Management for Decision-Making: Tools, Institutions and Paradigms. September 2001.
26. Seguro Social de Salud - ESSALUD. Procedimiento Piloto de Respuesta Inmediata de las Unidades de Referencias y Contrarreferencias en los Centros Asistenciales que se indican y forman parte de la Red Asistencial Rebagliati de ESSALUD. Resolución N° 64-GCPS-ESSALUD-2013. 2013.

Fuente de financiamiento del estudio:

Recursos propios del autor Keveen Salirrosas Flores

Correspondencia: Keveen Salirrosas Flores

Dirección: Loma Umbrosa 883-885, Monterrico Sur, Santiago de Surco

Teléfono: 957586808

Correo Electrónico: Keveens@gmail.com