

2025

MANUAL DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

ASOCIACION PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LAS
COMUNIDADES DE GUATEMALA
ASDICGUA

QUETZALTENANGO, GUATEMALA

MANUAL DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA ASDICGUA

REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

Referencia	Contrareferencia
Transferencia formal mediante un instrumento uniforme y oficializado para la atención del usuario con una necesidad de salud que supera la capacidad de resolución del proveedor a otro proveedor de un nivel de mayor complejidad.	Devolución formal del proveedor de un mayor nivel de complejidad a un proveedor de menor complejidad para el seguimiento del caso, cuando ya no se requiere atención en el nivel de mayor complejidad.

Causas de referencia y contrareferencia

Causas de referencia:

- Solicitud de procedimiento diagnóstico.
- Solicitud de procedimiento terapéutico.
- Seguimiento y/o tratamiento

Causas de contrareferencia:

- Retorno de la responsabilidad del manejo médico del paciente a su efecto de origen con la debida respuesta a lo solicitado.

BASE LEGAL

CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LA REPÚBLICA

Artículo 93: "El goce de la salud es derecho fundamental del ser humano, sin discriminación alguna"

Artículo 95: "La salud de los habitantes de la nación es un bien público. Todas las personas e instituciones están obligadas a velar por su conservación y restablecimiento".

CÓDIGO DE SALUD

Artículo 4. "El Estado desarrollara a través del Ministerio de Salud Pública y demás instituciones acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud".

Artículo 11. "La organización y administración de los programas y servicio de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de salud será desconcentrada y descentralizada"

LEY DE PROTECCIÓN INTEGRAL DE LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA

Artículo 1. “objeto de la ley”.

Artículo 25. “Los niños, niñas y adolescentes tiene derecho a un nivel de vida adecuado y a la salud”

Artículo 28. “Queda asegurada la atención medica al niño, niña y adolescente a través del sistema de salud pública acceso universal e igualitario”.

1. OBJETIVO GENERAL

Establecer el procedimiento estandarizado para la referencia y contrareferencia de casos de desnutrición infantil, garantizando atención oportuna, continua y coordinada entre ASDICGUA y los servicios públicos de salud.

1.1 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Asegurar la atención integral del niño con desnutrición aguda o crónica.
- Garantizar el seguimiento posterior a la recuperación nutricional.
- Entregar insumos nutricionales y de apoyo alimentario a las familias según criterios técnicos ya establecidos por el MSP y ASDICGUA.

2. ALCANCE

Este manual aplica para todo el personal técnico, comunitario, y administrativo de ASDICGUA que participa en programas de prevención, detección, tratamiento y seguimiento de desnutrición infantil en comunidades de Guatemala.

3. PROCEDIMIENTO DE REFERENCIA

- Detección: Promotores identifican casos mediante medición de peso y talla.
- Fichas: Se llenan con datos del niño, familia y vivienda. (Anexos)
- Acompañamiento: Visitas domiciliarias continuas, capacitaciones sobre nutrición, jornadas de evaluación de peso y talla.

4. PROCEDIMIENTOS DE CONTRAREFERENCIA

- Nutricionistas: Emiten reporte indicando evolución y recomendaciones.

- ASDICGUA: Lleva registro continuo de cada reporte emitido.
- Seguimiento: Se programan visitas mensuales y se verifica ganancia de peso.

5. ENTREGA INSUMOS NUTRICIONALES

ASDICGUA proporciona insumos nutricionales según criterios clínicos y sociales. Los insumos incluyen atoles fortificados y raciones familiares.

Categoría	Duración del apoyo	Frecuencia de control
En riesgo de desnutrición	Según Plan de Trabajo	Mensual
Desnutrición aguda / severa	Según Plan de Trabajo	15 días/ o cuando se considere necesario

6. ROLES Y RESPONSABILIDADES

- Promotor comunitario: Detección de casos, referencia y entrega de insumos.
- Nutricionista: Validación de criterios, ajuste de insumos y seguimiento nutricional.
- Coordinador de programa: Supervisión, registro y comunicación interinstitucional.
- Encargado logístico: Gestión de inventario, almacenamiento y distribución de insumos.

Anexo 1.

Boleta Factores Socioeconómicos de Niñas y Niños beneficiados por el Plan de Trabajo 2025

Municipio

S.J.O.	S.M.S	P.L.A.	Cantel	La Esperanza
--------	-------	--------	--------	--------------

 Responsable _____

I. Información General del Niña (o)			
No. Expediente			
Nombre y apellidos			
Fecha de nacimiento		Edad	Años: _____ meses: _____
Sexo	☐ M ☐ H	Discapacidad	☐ Física ☐ Intelectual ☐ Visual ☐ Auditiva ☐ Múltiple ☐ Otro _____
Lugar de residencia: (anotar la mayor referencia posible)			
II. Datos del encargado			
Nombre y apellidos			
DPI/CUI		Teléfono	
Pueblo		Idioma Materno	Escolaridad
☐ 1.Mestizo ☐ 4.Xinca ☐ 2.Maya ☐ 5.Otro ☐ 3.Garífuna ☐ 6.Extranejera ☐ 7.No indica		☐ 1.K'iché ☐ 2.Mam ☐ 3.Castellano ☐ 4.Otros	☐ 1.Preprimaria ☐ 2.Primaria ☐ 3.Básico ☐ 4.Diversificado ☐ 5.Universidad ☐ 6.Ninguno
III. Factores Socioeconómicos			
¿Quién es el jefe del hogar?		¿Cuál es la ocupación del jefe del hogar?	
☐ 1.Padre ☐ 2.Madre ☐ 3.Abuelo ☐ 4.Abuela ☐ 5.Tío ☐ 6. Tía ☐ 7. Otro		☐ 1.Patrona (o) empleador (a) ☐ 2.Empleado público ☐ 3.Empleado por área privada ☐ 4.Empleo doméstico ☐ 5.Economía informal ☐ 6.Familiar no remunerado ☐ 7.Otros _____	

¿Cuántas personas viven en el hogar?	¿La vivienda en la que habita es?	¿De dónde obtienen el agua para uso en el hogar?
☐ 1 a 3 personas ☐ 4 a 5 personas ☐ Más de 6 personas.	☐ Propia ☐ Alquilada ☐ Cedida o prestada ☐ Otra forma ¿Cuál? _____ _____ _____	☐ Agua entuba municipal ☐ Agua de COCODE ☐ Chorro o tanque público ☐ Pozo (común o perforado) ☐ Agua de lluvia ☐ Río, lago o manantial ☐ Camión cisterna ☐ Otro _____ _____
IV. Condiciones e infraestructura del hogar		
¿Posee servicio de drenaje?	¿Posee servicio de energía eléctrica?	¿Cómo elimina su basura inorgánica?
☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Recolección municipal o privada ☐ Quemarla ☐ Enterrarla ☐ Tirarla al río/quebrada
¿Qué método utiliza para purificar el agua?	Estructura de la casa	Condiciones de cocina
☐ Hervirla ☐ Comprar garrafón sellado ☐ Filtro de agua ☐ No la hierve ☐ Otros: _____ _____	☐ De block y cemento ☐ Adobe ☐ Lamina ☐ Otros: _____ _____	☐ Área específica para cocina ☐ No cuenta con cocina ☐ Piso torta cemento ☐ Piso de granito ☐ Piso de tierra ☐ Estufa de gas ☐ Estufa eléctrica ☐ Plancha ☐ Pollo ☐ Otros: _____ _____ _____

¿Siembran alimentos?	
☐ Si ☐ Para venta ☐ Para consumo ☐ Para consumo y venta ☐ No	¿Cuáles? _____ _____ _____ _____
¿Crían animales?	
☐ Si ☐ Para venta ☐ Para consumo ☐ Para consumo y venta ☐ No	¿Cuáles? _____ _____ _____ _____ _____

NOTA:

Adjuntar fotografías (2) legibles del área de cocina, o en su defecto del espacio que utiliza como cocina.

Firma/huella dactilar de beneficiaria

Anexo 2.

PLAN DE TRABAJO 2025

FICHA DE REGISTRO

Foto del niño o niña

(6cm *8)

Número de expediente:

1. DATOS GENERALES DE LA NIÑA O NIÑO:

Nombre Completo: _____

Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____

Edad: _____ años _____ meses _____

Sexo: Femenino _____ Masculino _____

Dirección de la vivienda de la niña/o: Paraje _____

Comunidad _____ Municipio _____ Dpto. _____

Número de carné del Distrito de Salud: _____

2. DATOS GENERALES DE PADRE, MADRE DE FAMILIA O ENCARGADO DEL NIÑO/A:

Nombre completo: _____

Especifique el parentesco de niña o niño:

☐ Mamá: ☐ Papá ☐ Abuela ☐ Tía/o ☐ Otro: _____

Número de DPI: _____

Teléfono de contacto: _____

3. ESTADO NUTRICIONAL

Estado inicial de peso: _____

Estado inicial de talla: _____

Desviaciones:

P/T _____ P/E _____ T/E _____

Clasificación nutricional: (Este espacio está destinado para anotar la información inicial que sea proporcionada oficialmente por el Distrito de Salud del área correspondiente)

☐

Desnutrición aguda

☐

Recuperado Desnutrición Aguda

☐

En Riesgo

Observaciones de estado nutricional de niña o niño:

4. ANTECEDENTES DE SALUD

Enfermedades previas relevantes:

5. COMPROMISO DE PARTICIPACIÓN:

Yo, _____, en calidad de padre/madre o responsable del niño o niña inscrito(a) en este documento, acepto participar en los talleres y acciones programadas dentro del “Plan de trabajo 2025”, con el fin de contribuir al bienestar y desarrollo saludable de mi hijo/a.

Asimismo, hago del conocimiento que los servicios de salud brindados en el marco del Plan de trabajo 2025 son totalmente gratuitos. Firmo la presente nota como constancia de mi conocimiento y aceptación.

En caso de no saber o no poder firmar, dejaré la impresión digital de mi dedo pulgar derecho.

En el caso de niñas y niños con discapacidad, firmará el padre, madre, encargado o responsable legal.

Firma o huella del padre/madre o responsable: _____

Fecha: _____

Nota: Adjuntar copia de certificado de nacimiento del niño/a y DPI de persona encargada

Anexo 3.

INFORME DE FALLECIMIENTO
NIÑO Y NIÑA PARTICIPANTE
PROYECTO “PLAN DE TRABAJO 2025”

1. Datos del niño o niña

- Nombre completo: _____
- Fecha de nacimiento: _____ / _____ / _____
- Edad al fallecer: _____ años _____ meses
- Comunidad: _____ Municipio: _____
- Departamento: _____

2. Información del fallecimiento:

- Fecha de fallecimiento: _____ / _____ / _____
- Lugar de fallecimiento: _____

3. Estado nutricional al momento del fallecimiento:

- ☐ Desnutrición aguda
- ☐ En riesgo de desnutrición
- ☐ Estado nutricional adecuado

EXPLICACIÓN DETALLADA DEL FALLECIMIENTO:

APOYO BRINDADO POR LA ASOCIACIÓN: (SE PRESENTARON LAS CONDOLENCIAS A LA FAMILIA O SE ENTREGO BOLSA DE ALIMENTOS)

5. Confirmación y registro

- Nombre y firma del personal del Plan de trabajo 2025: _____
- Fecha de registro: _____ / _____ / _____
- Firma de madre/padre o responsable: _____

Nota: Adjuntar el acta de defunción del niño/a

Anexo 4.

PLAN DE TRABAJO 2025

FICHA VISITA DOMICILIARIA POR FALTA DE PARTICIPACIÓN

1. Datos de la persona responsable de niña/o:

- Nombre completo: _____
- DPI / Identificación: _____
- Dirección: _____
- Comunidad: _____ Municipio: _____
- Teléfono de contacto: _____

2. Datos del niño o niña

- Nombre completo: _____
- Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____
- Edad: ____ años ____ meses
- Estado nutricional:
 - ☐ Desnutrición aguda
 - ☐ En riesgo

3. Registro de visitas domiciliarias

No.	Fecha de visita	Hora	Nombre del Personal del Plan de trabajo 2025	Declaración del encargado/o	Firma del encargado/a de niña/o
1	____ / ____ / ____				
2	____ / ____ / ____				

3	___ / ___ / ___				

(En el apartado de declaración del encargado/a s registrar la actitud de la madre, razones por las que no participa, contexto familiar y cualquier información relevante.)

Información adicional:

4. Declaración final de la madre o responsable

Yo, _____, declaro que he recibido **tres visitas domiciliarias** por parte del personal del proyecto y en cada una de ellas manifesté que **no deseo seguir participando en las acciones del proyecto del Plan de trabajo 2025**. Con ello, confirmo que **mi hijo/a no continuará participando en el proyecto**, comprendiendo las implicaciones de mi decisión.

Nombre Firma o huella de la madre o responsable:

Nombre y Firma del personal del proyecto:

Fecha de salida del proyecto: _____

BOLETA DE CONTRAREFERENCIA

Institución remitente: **ASDICGUA**

Fecha: ____ / ____ / ____

Datos del paciente

Nombre completo: _____

Edad: _____

Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino

Comunidad / Dirección: _____

Motivo de contrarreferencia

☐ Niño/a en riesgo de desnutrición que ha ingresado a desnutrición aguda

☐ Síntomas gastrointestinales (ej. diarrea, vómitos)

☐ Síntomas respiratorios (ej. tos, resfriado, dificultad respiratoria)

☐ Fiebre / decaimiento

☐ Pérdida de peso reciente

☐ Otro:

Observaciones / Datos relevantes

Requiere atención en distrito de salud para:

☐ Evaluación médica

☐ Tratamiento de infección aguda

☐ Seguimiento nutricional

☐ Otro: _____

Dr. Mario López Reyes

MÉDICO Y CIRUJANO

COLEGIADO 27588

Refiere: _____