PROCEDIMIENTO REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

	ELABORÓ	REVISÓ		APROBÓ
FIRMA				
NOMBRE	Lic. Andrés Rincón	Consuelo Medina Peralta	Dra. Waldetrudes Aguirre Ramírez	Dr. Luis Efraín Fernández Otálora
CARGO	Referente Referencia y Contrarreferencia	Líder Sistema Único de Habilitación Planeación y Calidad	Subgerente Científico	Gerente

1. OBJETIVO

Establecer lineamientos técnicos y administrativos, del proceso de referencia y contra referencia a los usuarios con patologías que por su condición clínica, requieren intervención de otra especialidad y/o nivel de atención de mayor complejidad, estudios diagnósticos o complementarios, dando así respuesta a las necesidades, garantizando continuidad en el tratamiento, seguridad durante el traslado y brindando satisfacción del paciente y su familia.

1.1 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Facilitar la atención oportuna e integral del usuario, el acceso universal de la población al nivel de tecnología que se requiera y propender por un uso racional de los recursos institucionales.
- Aplicar el procedimiento no solo a los usuarios de la ESE‘s adscritas sino además a todos los prestadores de servicios de salud, y por ende cobijar a las redes de prestadores no adscritas a los entes territoriales.
- Brindar parámetros a los actores del Sistema de Referencia y Contrarreferencia (SIRC), para el adecuado direccionamiento de los usuarios, muestras biológicas, o estudios de ayuda diagnóstica objeto de estas actividades.
- Hacer del procedimiento de referencia y contra referencia un modo expedito de atención al usuario, aboliendo o minimizando los riesgos a los que podría someterse; dando un trato preferente a las gestantes, los menores de edad y a los adultos mayores especialmente a aquellos en condición de abandono.
- Implementar medidas seguras para el transporte de los pacientes, que incluya la estabilización del mismo antes del traslado.
- Constituir al sistema de garantía de la calidad dentro del procedimiento de referencia y contra referencia, como el instrumento protector más útil ante el riesgo jurídico que la actividad entraña.
- Informar al usuario del sistema, de manera ágil y oportuna, la red de prestadores, los mecanismos administrativos dispuestos en la normatividad vigente de referencia y contra referencia.
- Optimizar los recursos y tecnología disponibles, a fin de garantizar que el funcionamiento del proceso de referencia y contra referencia de respuesta a las necesidades y expectativas de los usuarios y sus familias, así como minimizar el riesgo en el proceso de referenciación.

2. ALCANCE

Aplica a todos los pacientes que asisten a los servicios de urgencias, hospitalización y servicios ambulatorios de la ESE Hospital Mario Gaitán Yanguas, inicia una vez que el profesional de salud determina que la complejidad técnico científica resolutiva de la institución no es suficiente para resolver el problema de salud del usuario y requiere ser remitido a un nivel superior de atención para recibir la atención requerida, o acceder a un medio de apoyo diagnostico garantizando la continuidad del tratamiento.

El procedimiento continuara con las indicaciones a seguir sobre la orientación brindada para su atención ambulatoria en otro nivel de complejidad o con la ubicación efectiva de una institución prestadora de servicios de salud (IPS) receptora en los casos de urgencia y hospitalización y termina cuando el paciente, la muestra o el medio diagnostico solicitado, son ubicados para atención ambulatoria por especialista, aceptación y recepción de la muestra, asignación de cita y traslado en el caso de los exámenes, o cuando en el caso del paciente este es aceptado de forma efectiva y es entregado por el personal asistencial de la tripulación de traslado asistencial básico en la institución receptora.

Adicionalmente, teniendo en cuenta lo anterior, respecto a los 3 casos anteriores, para si es el paciente quien fue remitido, se considerara terminado el proceso cuando la institución receptora generé una contrarreferencia con la que informe sobre la atención realizada al usuario y la conducta a seguir en el primer nivel de atención si es pertinente.

Para el caso de la remisión de muestras este procedimiento debe ceñirse con lo protocolizado por el laboratorio clínico, el servicio generador de la muestra (gastroenterología, salas de cirugía o el servicio que genere la muestra); que para el presente procedimiento, finalice con la confirmación de la entrega y la recepción de la muestra; así como él envió del reporte respectivo.

Finalmente para el caso de los exámenes de apoyo diagnóstico este procedimiento debe ceñirse al protocolo institucional del área de apoyo diagnostico que para el presente procedimiento, finalizara con la recepción del paciente para la realización del examen; así como él envió del reporte respectivo.

De acuerdo con todo lo anterior, se cumpliría con la normatividad vigente, llevando a cabo los principios que están estipulados en el SIRC, como son: continuidad, integralidad, seguridad, pertinencia y eficacia**.**

3. A QUIEN VA DIRIGIDO

El procedimiento está dirigido al personal asistencial y administrativo que participa en la atención de los usuarios que demandan servicios de salud en la ESE Hospital Mario Gaitán Yanguas, teniendo en cuenta los municipios de influencia Soacha, Sibaté y Granada, con todos sus Centros y Puestos de Salud.

4. CONTROL DE CAMBIOS

FECHA	VERSIÓN	DESCRIPCIÓN
Septiembre de 2009	1	Elaboración del procedimiento
Mayo de 2014	2	Actualización del Procedimiento
Octubre 2017	3	Actualización del Procedimiento
Abril 2018	4	Actualización del Procedimiento

5. DEFINICIONES

REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA: Conjunto de procesos, procedimientos y actividades técnico-administrativas que permiten prestar adecuadamente los servicios de salud a los pacientes, garantizando la caridad, accesibilidad, oportunidad, continuidad, integralidad de los servicios, en función de la organización de la red de prestación de servicios definida por la entidad responsable del pago(Res. 6048 De 2016, art 8).

REFERENCIA: Es el envío de pacientes o elementos de ayuda diagnóstica por parte de un prestador de servicios de salud, a otro prestador de acuerdo con el nivel de complejidad que se requiere para dar continuidad a la atención objeto, a través de las redes de atención de servicios adscritas o no al ente territorial, con la intervención de múltiples actores y acorde a los lineamientos constitucionales, éticos y normativos para atención o complementación diagnóstica. (Res. 6048 De 2016, art 8), (Dec. 4747 de 2007).

CONTRARREFERENCIA: Respuesta que los prestadores de servicios de salud receptores de la referencia dan al prestador que remitió, en donde se consigna un resumen de la atención recibida, se explicitan los diagnósticos o impresiones definidas y se dan las recomendaciones médicas y/o

farmacológicas, además de anotar las recomendaciones de tratamiento que se envían al profesional del nivel primario para continuar la atención del usuario. (Dec. 4747 de 2007).

REMISIÓN: Procedimiento por el cual *se transfiere* la atención en salud de un usuario a otro profesional e institución con la consiguiente transferencia de responsabilidad médico legal o profesional sobre el cuidado del mismo, de acuerdo con el nivel de resolución para dar respuesta a las necesidades de salud. (Dec. 4747 de 2007)

URGENCIA: Es la alteración de la integridad física y/o mental de una persona, causada por un trauma o por una enfermedad de cualquier etiología que genere una demanda de atención médica inmediata y efectiva, tendiente a disminuir los riesgos de invalidez y muerte.

INTERCONSULTA: Es la solicitud elevada por el profesional responsable de la atención del usuario a otros profesionales de la salud, quienes emiten juicios, orientaciones y recomendaciones técnico científicas sobre la conducta a seguir con el paciente (Res. 5522 de 2013)

NIVEL DE ATENCIÓN: Es el conjunto de IPS agrupadas según su complejidad para atender determinados paquetes de patologías de un grado de dificultad similar.

ORDEN DE SERVICIO: Es la solicitud de realización de actividades de apoyo diagnóstico y/o tratamiento entre una institución y otra, hoy en desuso por el sistema de pago por actividad final o pago por grupo de diagnóstico relacionado. (Dec. 4747 de 2007).

PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD: Se consideran como tales las instituciones prestadoras de servicios de salud y los grupos de práctica profesional que cuentan con infraestructura física para prestar servicios de salud y que se encuentran habilitados. Para efectos del presente decreto, se incluyen los profesionales independientes de salud y los servicios de transporte especial de pacientes que se encuentren habilitados; (Dec. 4747 de 2007).

RED DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS: Es el conjunto articulado de prestadores de servicios de salud, ubicados en un espacio geográfico, que trabajan de manera organizada y coordinada en un proceso de integración funcional orientado por los principios de complementariedad, subsidiariedad y los lineamientos del proceso de referencia y contra referencia establecidos por la entidad responsable del pago, que busca garantizar la calidad de la atención en salud y ofrecer una respuesta adecuada a las necesidades de la población en condiciones de accesibilidad, continuidad, oportunidad, integralidad y eficiencia en el uso de los recursos. (Dec. 4747 de 2007).

MODELO DE ATENCIÓN: Comprende el enfoque aplicado en la organización de la prestación del servicio, la integralidad de las acciones, y la consiguiente orientación de las actividades de salud. De él se deriva la forma como se organizan los establecimientos y recursos para la atención de la salud desde la perspectiva del servicio a las personas, e incluye las funciones asistenciales y logísticas, como la puerta de entrada al sistema, su capacidad resolutiva, la responsabilidad sobre las personas que demandan servicios, así como el proceso de referencia y contra referencia. (Dec. 4747 de 2007).

ATENCIÓN AMBULATORIA: Modalidad de prestación de servicios de salud, en la cual toda tecnología en salud se realiza sin necesidad de internar u hospitalizar al paciente. Esta modalidad incluye la consulta por cualquier profesional de la salud, competente y debidamente acreditado que permite la definición de un diagnóstico y conducta terapéutica para el mantenimiento o mejoramiento de la salud del paciente. También cubre la realización de procedimientos y tratamientos conforme a la normatividad de calidad vigente. (Dec. 5521De 2013).

ATENCIÓN DE URGENCIAS: Atención de urgencias: Modalidad de prestación de servicios de salud, que busca preservar la vida y prevenir las consecuencias críticas, permanentes o futuras, mediante el uso de tecnologías en salud para la atención de usuarios que presenten alteración de la integridad física, funcional o mental, por cualquier causa y con cualquier grado de severidad que comprometan su vida o funcionalidad. (Res. 6048 De 2016, art 8).

ATENCIÓN CON INTERNACIÓN: Modalidad de prestación de servicios de salud con permanencia superior a 24 horas continúas en una institución prestadora de servicios de salud. Cuando la duración sea inferior a este lapso se considerará atención ambulatoria, salvo en los casos de urgencia u hospital día. Para la utilización de este servicio deberá existir la respectiva remisión u orden del profesional tratante (Res. 6048 De 2016, art 8).

SERVICIO: Es la unidad básica habilitable del Sistema Único de Habilitación de Prestadores, por tanto, es a la cual apuntan los criterios de los estándares de habilitación, a partir de los cuales se establece la autorización para el funcionamiento de cualquier prestador de servicios de salud.(Dec. 4747 de 2014, Manual de inscripción de servicios de salud).

SERVICIO DE AMBULANCIA: conjunto constituido por suministros, equipo, personal y vehículo que reúne los requisitos exigidos por la ley que pueda ser utilizado en el transporte de

pacientes en la atención pre-hospitalaria o intra-hospitalaria de los mismos cuando este sea requerido. (Res 4146 de 1993, art 1).

TRANSPORTE EN AMBULANCIAS: Corresponde a la movilización de pacientes en un vehículo que cumple con las características exigidas por la ley y que incluye la recepción del paciente en el sitio de origen, la aplicación de medidas iniciales de estabilización de acuerdo a recursos y normas establecidas y el traslado de un destino que bien pueda ser para recibir atención en un centro asistencial para que le realicen procedimientos paramédicos o de laboratorio o cuando es transporte a su domicilio habitual por haber sido dado de alta. **(**Res 4146 DE 1993, art 1**).**

AMBULANCIA TERRESTRE: Vehículo de emergencia autorizado para transitar con prioridad de acuerdo con la condición del paciente y acondicionada de manera especial y exclusiva para el transporte de pacientes, con recursos humanos y técnicos calificados para la atención y beneficio de aquellos. Es un vehículo automotor y como tal está regido por las normas nacionales pertinentes, expedidas por el Ministerio de Transporte, sin poseer ningún beneficio adicional al designado en esta definición. Por tanto, no tiene ninguna prerrogativa diferente a la de ser un vehículo con circulación prioritaria. (NTC 3729 de 2007).

TRASLADO EN TRÁNSITO: Es el traslado que se realiza de un paciente desde un sitio donde no hay posibilidad de adecuada atención médica de urgencia, hacia otro sitio o institución hospitalaria donde existan recursos superiores a los que se tienen en la Institución de origen, mientras se logra la remisión definitiva a la IPS donde se le preste la atención en salud requerida.

TRANSPORTE PRIMARIO: Es el traslado de pacientes del lugar de ocurrencia del episodio patológico al hospital. (NTC 3729 de 2007).

TRANSPORTE SECUNDARIO: Traslado interhospitalario de pacientes, el traslado de estos hacia sus domicilios y/o transporte de pacientes limitados que no puedan movilizarse por sus propios medios y no presenten patología de urgencia**.** (NTC 3729 de 2007). Se divide en:

- Vital: Prioridad absoluta, debe realizarse sin demora debido al riesgo vital que supone para el paciente una demora en su diagnóstico y tratamiento. (Tiempo máximo 1 hora)

- Priorizado: Para pacientes con posible riesgo vital pero cuya asistencia puede demorarse minutos u horas. (Tiempo máximo 4 hora)

- Normal: No se precisa de una activación inmediata y pueden programarse. (Tiempo máximo 8 horas)

AMBULANCIA DE TRANSPORTE ASISTENCIAL BÁSICO (TAB): Unidad móvil destinada al transporte y/o asistencia de pacientes cuyo estado real o potencial no precisan cuidado asistencial médico durante la atención y el transporte. (NTC 3729 de 2007).

AMBULANCIAS DE TRANSPORTE ASISTENCIAL MEDICALIZADO (TAM): Unidad móvil destinada al transporte y/o asistencia de pacientes cuyo estado potencial y/o real es de riesgo y requieren equipamiento, material y personal médico durante la atención y el transporte. (NTC 3729 de 2007).

AMBULANCIA MEDICALIZADA NEONATAL: Unidad de traslado de pacientes neonatales con alta tecnología y capacidad de respuesta en situaciones de extrema gravedad y urgencia, tripulada por médico entrenado, enfermera, auxiliar o tecnólogo en atención pre hospitalaria. Tendría lo mismo de la Medicalizada adicionando la cámara de Hood neonatal o incubadora portátil.

ESTABILIZACION DEL PACIENTE: Estabilización del paciente, conseguir que los signos vitales estén dentro de los paramentos de normalidad.

6. NORMATIVIDAD

Constitución Política de Colombia de 1991, en su artículo 49 reafirma la potestad del Estado para reglamentar y organizar los niveles de atención la prestación de los servicios de salud, de conformidad con los principios de universalidad, eficiencia y Solidaridad. Así mismo en sus artículos 334 y 365, establece la facultad del Estado para mantener la regulación, control, y vigilancia del servicio de salud como servicio público.

La ley 100 de Diciembre 3 de 1993, por la cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral, en sus disposiciones generales y como fundamento del sistema, Especifica en el artículo 154, literal f que el estado debe intervenir en la organización de los servicios de salud en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad. En el artículo 159 se le garantiza a los afiliados la atención de urgencias en todo el territorio nacional y la escogencia de las Instituciones Prestadoras de Servicios y de los profesionales entre las opciones que cada Entidad Promotora de Salud ofrezca dentro de su red de servicios. El artículo 162 Plan Obligatorio de Salud, Parágrafo 5, establece para la prestación de dichos servicios que todas las Entidades Promotoras

de Salud establecerán un sistema de referencia y Contrarreferencia para que el acceso a los servicios de alta complejidad se realice por el primer nivel de atención, excepto en los servicios de urgencias.

La ley 715 de Diciembre 21 de 2001, por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros, establece en su artículo 42 como una de las Competencias en salud por parte de la nación: Definir, implantar y evaluar la política de Prestación de Servicios de Salud. En ejercicio de esta facultad regulará la oferta pública y privada de servicios, estableciendo las normas para controlar su crecimiento, mecanismos para la libre elección de prestadores por parte de los usuarios y la garantía de la calidad; así como la promoción de la organización de redes de prestación de servicios de salud, entre otros.

Ley 1438 de Enero de 2011, por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.

El Decreto 4747 de Diciembre 7 de 2007, por medio del cual se regulan algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo, y se dictan otras disposiciones.

Capítulo III, Articulo 17º **proceso de referencia y contrarreferencia,** el diseño, organización y documentación del proceso de referencia y contrarreferencia y la operación del sistema de referencia y contrarreferencia es obligación de las entidades responsables del pago de servicios de salud, quienes deberán disponer de una red de prestadores de servicios de salud que garanticen la disponibilidad y suficiencia de los servicios en todos los niveles de complejidad a su cargo, así como la disponibilidad de la red de transporte y comunicaciones.

Con el fin de garantizar la calidad, continuidad e integralidad en la atención, es obligación de las entidades responsables del pago de servicios de salud la consecución de institución prestadora de servicios de salud receptora que garantice los recursos humanos, físicos o tecnológicos así como los insumos y medicamentos requeridos para la atención de pacientes.
La responsabilidad del manejo y cuidado del paciente es del prestador remisor hasta que ingrese en la institución receptora. Cuando el transporte se realice en una ambulancia debidamente habilitada, que no dependa de la IPS remisora, la entidad que tiene habilitado el servicio de transporte será responsable de la atención durante el mismo, con la tecnología disponible de acuerdo con el servicio de ambulancia habilitado, hasta la entrega del paciente en la entidad receptora definida por la entidad responsable del pago.

Parágrafo Las entidades responsables del pago de servicios de salud podrán apoyarse para la operación del proceso de referencia y contrarreferencia a su cargo, en los centros reguladores de urgencias y emergencias, para lo cual deberán suscribir contratos o convenios según sea el caso.

Resolución 9279 de 1993, Por la cual se adopta el manual de Normatización del Competente Traslado para la Red Nacional de Urgencias y se dictan otras disposiciones.
Resolución 3047 de 2008, Por medio de la cual se definen los formatos, mecanismos de envío, procedimientos y términos a ser implementados en las relaciones entre prestadores de servicios de salud y entidades responsables del pago de servicios de salud, definidos en el Decreto 4747 de 2007.
Articulo 63 Criterios determinantes para la conformación de las redes integradas de servicios de salud. Las reglamentaciones para la habilitación de las redes integradas den servicios de salud se realizará a partir de los siguientes criterios:

63.6 Mecanismos efectivos de referencia y contrarreferencia para garantizar la integralidad y continuidad de la atención del usuario en los diferentes niveles de atención.

Resolución 416 de 2009, publicada en el Diario Oficial No. 47.272 de 23 de febrero de 2009, "Por medio de la cual se realizan unas modificaciones a la Resolución 3047 de2008 y se dictan otras disposiciones".

Resolución 3385 de 2011, publicada en el Diario Oficial No. 48.159 de 12 de agosto de 2011, "Por la cual se modifica el Anexo Técnico número 6 que forma parte integral de la Resolución 3047 de 2008".

Resolución 4331 de 2012, Por medio de la cual se adiciona y modifica parcialmente la Resolución número 3047 de 2008, modificada por la Resolución número 416 de 2009.

Resolución 458 de 2013, "Por la cual se unifica el procedimiento de recobrante el Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga) y se dictan otras disposiciones", publicada en el Diario Oficial No. 48.712 de 22 de febrero de 2013. Rige a partir del 1º. de octubre de 2013.

Resolución 1552 de 2013(14 Mayo), por el cual se aclara artículo 123 y 124. Se modifica consignando en los parágrafos especificaciones en tiempos de referencia y autorización de órdenes de servicio por parte de aseguradoras de salud.

Parágrafo 1º. En los casos en que la cita por medicina especializada requiera autorización previa por parte de la Entidad Promotora De Salud EPS, esta deberá dar respuesta sin exceder los cinco días hábiles, contados a partir de la solicitud.

Artículo 5 optimización de la oportunidad de la consulta médica especializada se incluye la estimación de la pertinencia de la remisión a consulta especializada y la contra remisión respectiva.

Resolución 1132 del 11 de Abril de 2017, Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015, modificada por la Resolución 5975 de 2016, se adoptó la Clasificación Única de Procedimiento en Salud — CUPS, como el ordenamiento lógico y detallado de los procedimientos y servicios en salud que se realizan en el país, en cumplimiento de los principios de interoperabilidad y estandarización de datos, utilizando para tal efecto, la identificación por un código y una descripción validada por los expertos del país. Igualmente, se adoptaron los Anexos Técnicos 1 "Manual de Uso" y 2 "Lista Tabular", los cuales forman parte integral de la CUPS destacando la obligatoriedad de su aplicación en todo el territorio nacional y define los mecanismos para su actualización periódica.

Circular 0016 del 1 de Marzo de 2017, cuyo asunto es el fortalecimiento de acciones que garanticen la atención segura, digna y adecuada de las maternas en el territorio nacional.

Resolución 2003 de 2014, Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud.

Resolución 256 de 2016, Por la cual se dictan disposiciones en relación con el Sistema de Información para la Calidad y se establecen los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud.

Resolución 6048 de 2016, Por la cual se modifica el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación (UPC).

7. RECURSOS

Tecnológicos	Se constatará la existencia en cada una de las sedes de: Computador de escritorio, intranet, internet, office, dinámica gerencial, correo electrónico institucional, teléfono de interconexión IP que le permita comunicación con todas las sedes y comunicación externa para los casos de urgencias, directorio telefónico y de correos electrónicos actualizado con toda la red pública y privado y de las EPS del subsidiado y contributivo; En el área de urgencias la oficina de radio tendrá de los siguientes elementos: Equipo de cómputo de escritorio con acceso a intranet y acceso a correo electrónico, teléfono con conexión IP y para comunicación externa que permita incluso el uso de larga distancia para comunicación con entes territoriales telefónica celular con paquete de datos, directorio telefónico y de correos electrónicos actualizado con toda la red pública y privado y de las EPS del subsidiado y contributivo, impresora multifuncional, avantel, radio y telefax.
	TRANSPORTE: 6 Ambulancias

Logísticos	Dotadas de acuerdo con los requisitos esenciales establecidos en la normatividad para la Prestación de Servicios de Salud y en el Servicio de Transporte la Ambulancia. Para garantizar los traslados primarios y secundarios de la red. •Transporte Asistencial Básico (TAB): unidad móvil destinada al transporte de pacientes cuyo estado real o potencial no precisan cuidado asistencial especializado durante el traslado. En caso de requerimiento de ambulancia medicalizada es importante considerar que este tipo de transporte se debe coordinar con la EPS responsable del traslado o con el CRUE en última instancia o en el caso de tratarse de una emergencia o desastre, el hospital no cuenta con este tipo de ambulancias habilitadas. Transporte Asistencial Medicalizada (TAM) para adultos, neonatales y mixtas: unidad móvil destinada al traslado de pacientes cuyo estado potencial es de alto riesgo y requieren equipamiento, material y personal especializado durante el transporte.
Humanos	Referente del proceso de referencia de referencia y Contrarreferencia, radioperadores, auxiliares de enfermería tripulantes de ambulancia, conductores de ambulancia, personal administrativo de procesos de apoyo.

8. RESPONSABLES

El personal responsable del procedimiento, está compuesto por médico tratante, personal enfermería tanto profesional como auxiliar, personal de apoyo asistencial y administrativo (camillero, personal de toma de muestras de laboratorio clínico, personal profesional y técnico de apoyo diagnóstico, personal administrativo de cada servicio, referentes de cada proceso involucrado en la prestación del servicio de salud y personal operativo en los servicios de apoyo como facturación, autorizaciones, trabajo social , atención al usuario). Y quienes deben actualizar el presente documento si lo amerita es el Coordinador de Referencia y Contrarreferencia, Subgerente Científico y Subgerente Comunitario de la ESE.

9. DISPOSICIONES GENERALES

TRANSPORTE O TRASLADO DE PACIENTES.

El Sistema de Referencia y Contra referencia se desarrolla teniendo como marco normativo el contenido del Decreto 4747 de 2007 y sus debidas actualizaciones.

TRANSPORTE O TRASLADOS DE PACIENTES. El Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC cubre el traslado acuático, aéreo y terrestre (en ambulancia básica, medicalizada y Neonatal) en los siguientes casos:

1. Movilización de pacientes con patología de urgencias desde el sitio de ocurrencia de la misma hasta una institución hospitalaria, incluyendo el servicio pre hospitalario y de apoyo terapéutico en unidades móviles.
2. Entre IPS dentro del territorio nacional de los pacientes remitidos, teniendo en cuenta las limitaciones en la oferta de servicios de la institución en donde están siendo atendidos, que requieran de atención en un servicio no disponible en la institución remisora. Igualmente para estos casos está cubierto el traslado en ambulancia en caso de contrarreferencia.

El servicio de traslado cubrirá el medio de transporte disponible en el sitio geográfico donde se encuentre el paciente, con base en su estado de salud, el concepto del médico tratante y el destino de la remisión, de conformidad con la normatividad vigente. Asimismo, se cubre el traslado en ambulancia del paciente remitido para atención domiciliaria si el médico así lo prescribe.

Por la naturaleza de los servicios que se prestan en la institución, existe la posibilidad de que nuestros usuarios presenten condiciones clínicas que requieran atención en niveles superiores de complejidad o en entidades externas que presten servicios de los que no se disponen en la institución.

Es necesario señalar que son esenciales y producto única y exclusivamente de la disquisición profesional, la decisión médica, sobre:

- El tipo de remisión (Electiva prioritaria o Urgencias) ya que esta definición es la que determina la oportunidad que debe seguir el proceso de remisión del usuario.
- Tipo de usuario (Ambulatorio, Urgencias u Hospitalización) ya que esta definición orienta sobre el trámite que debe tener la remisión.
- El servicio solicitado (Especialidad), ya que es deber del profesional definir el servicio que requiere el usuario para continuar su tratamiento acorde al estado actual del usuario, la historia clínica y el juicio del profesional tratante.
- El nivel de atención y nivel de complejidad que requiere el usuario, es parte integral de la solicitud del servicio, sin excepción este debe ser definido por el médico tratante, ante la posibilidad de que en diferentes niveles se presten servicios por la misma especialidad, y debemos recordar que los grados de atención se dan por niveles de complejidad y no por especialidades.
- El tipo de traslado, que siempre será como mínimo ambulancia básica, lo anterior requiere que las decisiones tomadas se impregnen de coherencia, para que las condiciones de seguridad, pertinencia, calidad y oportunidad, garanticen que el usuario va en un tipo de transporte (TAB o TAM) que corresponde a su condición de salud.
- La anamnesis del paciente debe diligenciarse completa y anexar análisis y resultados de laboratorios y exámenes diagnósticos relacionados con su patología para su respectivo traslado.

Así las cosas, toda remisión que no especifique de manera clara estos elementos se considera incompleta en lo esencial y no podrá ser recibida por el radio operador, para su radicación y trámite, y es obligación del profesional corregir lo anterior de manera inmediata.

Debe ser claro además que en ninguna parte del régimen se define que para acceder a un nivel de complejidad deba transcurrir o haber pasado por los otros niveles que lo preceden, lo anterior quiere decir que para acceder a un tercer nivel ningún actor del sistema puede exigir que proceda de segundo nivel.

El diligenciamiento del formato institucional para la solicitud de servicios debe ser realizado de manera integral, veraz, clara, coherente y responsable, todo acorde a los lineamientos expresados en el instructivo de diligenciamiento del formato de referencia y contra referencia que sirve de anexo al presente instructivo. Anexo técnico No. 9 formato estandarizado de referencia de pacientes (anexo adicionado por la resolución 4747 de 2014).

De suma importancia es el diligenciamiento cuidadoso y veraz del tipo de afiliación (verificación de derechos) que el usuario tiene frente al SGSSS, tanto para su direccionamiento en todos los casos, como para efectos de gestión de la remisión en los casos de atención de urgencias.

Manejo de la central de autorizaciones facturación.

Cumpliendo con el Decreto Ley anti tramites 019 de 2012, el hospital ha creado el área de facturación y central de autorizaciones, en donde los pacientes NO tendrán que realizar trámites de remisión, este trámite se debe de efectuar entre el Hospital Mario Gaitán Yanguas y la entidad responsable de pago en salud EAPB, ya sea urgencias y/o consulta externa.

Se resalta de nuevo la obligatoriedad del área de facturación, y/o trabajo social para la verificación de derechos del usuario para evitar conflictos con la afiliación al SGSSS.

La remisión desde el área de urgencias tiene características especiales, la oportunidad y la pertinencia elementos esenciales más que nunca toman el papel protagónico. Este es el punto de partida para la gestión de ubicación del usuario, gestión apoyada por el radio operador en cabeza del profesional responsable, para la que aplica todo lo dicho para la atención de urgencias.

En el servicio de urgencias y hospitalización la prioridad está determinada por el médico tratante quien es el encargado de realizar la priorización y especificar en el formato de remisión las condiciones actualizadas de los usuarios para presentarla a la aseguradora correspondiente o la posible IPS receptora.

Los servicios solicitados están determinados por las necesidades y riesgos clínicos del paciente, teniendo en cuenta la pertinencia y oportunidad de acceso del paciente, estratificando además la complejidad adecuada para el cada caso. Cabe resaltar que en la mayoría de las IPS el acceso se realiza a través de los servicios de urgencias, donde se inicia la atención y se deriva al servicio

receptor, aunque puede ocurrir para instituciones especificas o unidades especiales el ingreso directo al servicio y la asignación de cama determinadas desde la aceptación. Para estos casos, si se precisan deben estar consignadas en la bitácora y los datos necesarios para la recepción.

GENERALIDADES PARA LA ESTABILIZACION DEL PACIENTE ANTES DEL TRASLADO

En todo traslado de paciente en estado crítico y no crítico, el transporte no se debe **improvisar**, y debe seguir la regla de la **estabilización previa**, siguiendo un orden de prioridades y manteniendo en su entorno todas las **precauciones necesarias** para garantizar su **equilibrio** durante todas sus fases. El propio estado del paciente, su evolución y la necesidad inmediata o no de tratamiento especializado determinan el tipo de medidas de estabilización que se deben aplicar, así como el tiempo a emplear en realizarlas. Como norma general ante pacientes críticos, aquellas medidas de soporte que puedan ser realizadas en la ambulancia, no deben retrasar la evacuación.

PARAMETROS PARA LA ESTABILIZACION DEL PACIENTE ANTES DEL TRASLADO

Dividiremos la estabilización del paciente en tres etapas:

- Valoración general.
- Valoración detallada.
- Preparación.

En la valoración general se trata de conocer el estado general del paciente, patología que presenta y el soporte asistencial que necesita con el objeto de planificar el traslado y prever las necesidades de monitorización e intervención durante el trayecto.

Para la valoración detallada y preparación, se necesita el contacto con el personal médico y de enfermería responsables del paciente quienes informarán del estado clínico del mismo, tratamiento que se le realiza, y últimos controles de signos vitales y análisis clínico del paciente. Se registrarán los parámetros de ventilación si el paciente necesita ventilación mecánica, FIO2, PEEP, frecuencia respiratoria, se comprobará la fijación del tubo endotraqueal para evitar una extubación accidental y la presión del neumotaponador, monitorización de signos vitales del paciente y verificación de funcionamiento del aspirador de secreciones, se revisarán las medidas de soporte circulatorio, vías canalizadas, tipos de catéteres (arterial, presión. etc.), así como tipo de fluido terapia.

El traslado en ambulancia: comienza preparando previamente la camilla de transporte, para el paso del paciente a la camilla debemos tener en cuenta si no se trata de un paciente politraumatizado, se hará con el método directo utilizando la sabana de movimiento. El paciente debe acomodarse en la camilla manteniendo alineado el cuerpo y colocando en posición anatómica los miembros, asegurándolos con las correas de seguridad.

Colocación del paciente para el transporte: De acuerdo con el tipo de lesión que presente el paciente hay diversas posiciones que pueden ser utilizadas para brindarle mayor comodidad y protegerlo.

Decúbito supino: Paciente sin alteraciones ventilatorias, circulatorias o neurológicas.

Decúbito supino semisentado: Paciente con dificultad respiratoria de cualquier origen.

Sentado con piernas colgadas: Pacientes con insuficiencia cardíaca o edema agudo de pulmón.
Decúbito supino en trendelemburg: Paciente hipotenso o en estado de shock.

Decúbito supino en anti-trendelemburg (fowler): Sospecha de hipertensión intracraneal.
Decúbito lateral izquierdo: Embarazadas, sobre todo a partir del tercer trimestre.

Posición lateral de seguridad: Paciente inconsciente.

El equipo de infusión y fluido terapia se colocará en el atril de suero de la camilla y los equipos de monitorización y ventilación a ambos lados, en sus soportes correspondientes, siempre bajo control visual.

Una vez fijada la camilla en la bancada de la ambulancia, se debe seguir un orden correcto de prioridades para acondicionar al paciente, y no se debe pasar al siguiente sin tener resuelto el anterior. Se inicia con:

Soporte ventilatorio, atendiendo la conexión de oxígeno al paciente, ya sea a través de sistema de bajo flujo o mediante ventilación mecánica, comprobándose el correcto funcionamiento de la administración de oxígeno.

Los equipos de perfusión y fluidos se instalarán en los soportes adecuados para ello, verificando su permeabilidad. Durante el tiempo de traslado el paciente debe recibir los mismos cuidados y monitorización que estaba recibiendo en hospitalización.

Como norma general, todos los pacientes críticos deben ser monitorizados electrocardiográficamente, escogiendo una derivación que nos permita apreciar la onda P y donde la amplitud del QRS sea la suficiente para activar de forma correcta el medidor de frecuencia cardiaca.

Asegurar el acompañamiento de un familiar o conocido del paciente y proteger los artículos personales.

Cuando todo está en orden y se han seguido estos pasos, se debe dar la señal de salida al conductor de la ambulancia e iniciar las maniobras de cuidado del paciente durante el transporte.

VIGILANCIA EN EL TRASLADO DE PACIENTES

La monitorización en pacientes ventilados es la de más cuidado, dado que los ventiladores de transporte que habitualmente se usan, no suelen disponer de alarmas de volumen ni presión, por lo que el control de la ventilación sólo la podemos ejercer mediante la observación del paciente, pulsoximetría y vigilancia continua de las presiones inspiratorias.

Los ruidos por las vibraciones del motor dificultan la medición de la tensión arterial tanto por el método manual como con medición automática, por lo que su valoración debe hacerse con prudencia. En caso necesario es conveniente disponer de un monitor con canales para presión invasiva, ya sea arterial, pulmonar o intracraneal.

Durante el traslado se debe:

- Administrar el tratamiento que se haya prescrito y aplicar aquellas medidas o técnicas que sean necesarias para la estabilidad del paciente.
- Mantener durante todo el tiempo el control de las constantes vitales, parámetros de ventilación, inmovilización de fracturas, heridas, drenajes, estado neurológico, etc.
- Todas las maniobras que se realicen deben ser debidamente registradas en la hoja de traslado.
- Mantener durante el traslado contacto tanto con el hospital remitente como con el centro receptor, ya sea de forma directa o a través de un centro coordinador, mediante radio o teléfono móvil, para confirmar la hora aproximada de llegada y por si fuese necesario recibir apoyo especializado o consejos terapéuticos.

En relación al tipo de conducción que se debe hacer durante el transporte:

Es necesario hacer algunas consideraciones. Algunos enfermos son especialmente sensibles a las vibraciones del vehículo, como aquellos donde la presión intracraneal pueda estar elevada, por lo que debería cuidarse que la conducción sea lo menos brusca posible. En otras ocasiones, la conducción tendrá que realizarse a mayor velocidad (manteniendo los márgenes adecuados) en función de una necesidad de intervención especializada urgente.

10. DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES (DESCRIBIENDO PUNTOS DE CONTROL)

PROCEDIMIENTO DE REFERENCIA HOSPITALARIO

No	QUÉ (actividad)	QUIEN (responsable)	COMO (descripción)	PUNTOS DE CONTROL
1	Realizar valoración de paciente y definición de conducta médica intrahospitalaria	Médico tratante	Durante la prestación del servicio, el médico define que el usuario objeto de atención amerita un nivel superior técnico científico. ***(Si se trata de una gestante consultar la Circular 016 de 2017 dar cumplimiento a la atención preferente, adicional a esto revisar los casos para menores de edad, un adulto mayor o paciente en abandono social, favor consultar las consideraciones generales para la atención de esta población).*** Valora el paciente y establece la necesidad de traslado y/o referencia e informa al jefe de enfermería del servicio. Antes de realizar el traslado se estabiliza el paciente y continua tratamiento con el equipo a cargo de la atención Registra en la Historia Clínica la orden médica del traslado y/o referencia, describiendo: motivo de remisión, resumen de atención, hallazgos clínicos, diagnóstico, especialidad requerida y tipo de ambulancia y genera el anexo 9. Informar al paciente y/o familia la necesidad del traslado y/o referencia a otra institución, las condiciones clínicas y el procedimiento administrativo relacionado. Explica al asegurador o IPS receptora directamente la situación clínica de los pacientes críticos o en riesgo en caso de ser necesario. Realiza la epicrisis del paciente una vez haya sido aceptado. Genera el alta médica del paciente en remisión, una vez llegue la ambulancia.	Historia Clínica Formato Remisión Anexo 9 ***(SIRC-FTO-04).***

			Entrega el paciente a la tripulación de la ambulancia en caso de ser ambulancia medicalizada.	
2	Entregar la solicitud de remisión	Profesional de enfermería o Auxiliar de enfermería	Entregar en forma inmediata anexo 9 con copia del documento de identidad del paciente, copia de verificación de derechos en comprobador o consulta en ADRES (BDUA), reportes de resultados de exámenes de laboratorio o apoyo diagnóstico del paciente en la oficina de radio, radicación en el libro de respectivo. Para los pacientes que se encuentran indocumentados y/o con problemas administrativos, se debe de reportar a la oficina de trabajo social donde serán los encargados de identificar y definir el pagador del usuario	Libro de radicación Formato de Referencia y Contra referencia Correo electrónico enviado a correo institucional de la oficina de radio. Formato de referencia y contra referencia física o en medio magnético bitácora
3	Radicar la solicitud de remisión	Radioperador	Recibe la solicitud de la remisión y/o traslado del jefe del servicio asignado, verificación del diligenciamiento del anexo 9 en dinámica gerencial; así como de la documentación anexa necesaria, Inicia el trámite de referencia en los primeros 15 minutos vía email y por confirmación telefónica, de acuerdo a la ruta establecida se inicia el trámite directamente con el asegurador Realiza registros en la bitácora de la gestión realizada desde el inicio del trámite hasta la llegada de la ambulancia (nombres y apellidos de los contactos con quien se comenta la remisión, fecha y hora de comunicación y respuesta del trámite. Realizar registro en la en la matriz de referencia (consolidado mensual) establecida por la IPS.	Libro de radicación Bitácora del proceso de referencia y Contrarreferencia Planilla de referencia y Contrarreferencia

			Explica al asegurador las condiciones clínicas del paciente a referir si es necesario poner en contacto al médico tratante o la enfermera del servicio, según lo requiera el caso. Si el paciente es aceptado se informa a la jefe del servicio la IPS receptora y valida que se encuentre acompañante o familiar para la solicitud de la ambulancia. Se solicita la ambulancia al asegurador según complejidad requerida. Entrega la documentación (historia clínica, reportes de laboratorio y apoyos diagnósticos) a la tripulación de la ambulancia y asegura el cumplimiento de los procesos de estabilización del paciente para el traslado. Monitoriza el tiempo de respuesta del asegurador para el envío de la ambulancia, hasta lograr la movilización del paciente. Puede optarse por utilizar servicio de Ambulancias propias de la IPS previa autorización del asegurador y/o coordinador asignado por la IPS, de lo contrario se solicita apoyo al Centro Regulador de Urgencias, Emergencias y Desastres del respectivo (CRUE) del ente territorial. Se Realizará seguimiento al paciente remitido (críticos, maternas, pediátricos, neonatos y adulto mayor en condición de vulnerabilidad) a las 24 horas siguientes del traslado, y realiza el registro en la bitácora. La demora o dificultades en la remisión por parte del asegurador, debe ser informada a la secretaria de salud de Cundinamarca, supersalud por medio del formato establecido.	Lista de Chequeo Traslado de Pacientes en Ambulancia ***(URG-FTO-11)***
4	Gestionar el trámite de la remisión	Radioperador	La información se remitirá al CRUE Cundinamarca en el caso que el paciente no tenga seguridad social, se trate de un accidente de tránsito o de una urgencia vital que requiera	Bitácora del proceso de referencia y Contrarreferencia

			traslado primario, lo anterior para ubicación del paciente según el requerimiento de la remisión Todo lo anterior debe ser registrado en la bitácora.	Planilla de referencia y contrarreferencia
5	Realizar seguimiento a la gestión del caso en remisión	Radioperador Médico tratante Profesional de enfermería Auxiliar de enfermería	Las frecuencias de estos registros no son determinados en tiempos estrictos, pero los radio operadores deben de acuerdo a la prioridad que amerite cada caso, debe registrar las llamadas, correos y comunicaciones realizadas, con fecha y hora del trámite, en la bitácora del procedimiento. El registro anterior debe conservar estricto orden cronológico, diligenciando completamente el formato de la bitácora, dejando los avances en el trámite de remisión.	Dinámica Gerencial Bitácora del proceso de referencia y Contrarreferencia Planilla de referencia y contrarreferencia
6	Confirmar la ubicación del paciente	Entidad Aseguradora	La entidad aseguradora (EAPB) o el CRUE Cundinamarca, comunica a la oficina de Radio de la institución la confirmación de la aceptación del paciente, el radioperador registra en la bitácora, la ubicación del paciente en la IPS receptora de nivel superior de complejidad para manejo especializado. El nombre y cargo del profesional que lo acepta y en los casos de solicitud de toma de imágenes diagnosticas informa institución que lo admite datos del profesional que lo acepta, datos de ubicación del prestador, consultorio piso en general la información necesaria para preparar al paciente y remitirlo.	Formato de Referencia y Contra referencia, Bitácora individual del proceso de referencia, libro radicado de remisiones
7	Comunicar de la efectividad del trámite de remisión al servicio del que procede el paciente y a los procesos de apoyo asistencial y administrativo	Radioperador	Con la confirmación de la ubicación del paciente, se requiere informar a facturación, trabajo social del ser necesario; así como al servicio donde se encuentre ubicado el usuario para garantizar presencia del familiar o personal que acompaña el traslado y que el usuario se encuentre preparado o en condiciones estables de su estado de salud para realizar el respectivo traslado .En los casos de abandono, usuarias en estado de embarazo, menores de edad, adultos mayores, usuarios en condición de discapacidad con	Bitácora individual del proceso de referencia

			alguna situación especial, consultar las consideraciones generales.	
8	Alistar el paciente para traslado	Personal asistencial, radio operador, facturación.	Posterior a la confirmación de la ubicación del paciente, el radio operador informa al médico tratante sobre la misma, este hace cierre en conjunto con enfermería de la historia clínica, se pasa a facturación y se genera boleta de salida. Se avisa a personal tripulante de ambulancia para traslado o se programa según la disponibilidad de la misma.	Formato de Referencia y Contra referencia, historia clínica
9	Recopilar Documentos completos para realizar el traslado del paciente	Auxiliar de enfermería del servicio. Auxiliar de Ambulancia	Recibe y revisa que los documentos para realizar el traslado se encuentren completos y se procede a realizar registro en las notas de enfermería de la móvil y quien realiza el traslado.	Historia Clínica
10	Trasladar el paciente	Personal Ambulancia	Una Vez se genera boleta de salida, el paciente se pasa a camilla de la ambulancia, se ingresa a la móvil, se asegura según indicaciones de traslado y se procede a realizar traslado a la entidad receptora del paciente.	Bitácora de traslado ambulancia
11	Verificar casos Traslado de paciente en código azul	Medico de procedimiento, Auxiliar de enfermería y Tripulación de ambulancia	Una vez se identifica la necesidad del traslado inmediato del paciente en código azul, se procede a radicar formato de remisión en radio y dar la orden de enviarlo a CRUE Cundinamarca y a institución a donde va a ser llevado el paciente según los requerimientos de manejo del mismo, y posterior a esto se realiza traslado con medico a bordo en ambulancia básica de la institución.	Formato de Referencia y Contra referencia. Bitácora individual del proceso de referencia. Libro radicado de remisiones
12	Entregar Paciente	Médico tratante. Tripulación de ambulancia	Entrega de paciente a la institución receptora y terminar diligenciamiento de registro interno de traslado. Radicando y haciendo firmar el registro interno de traslado por el médico que lo recibe en la IPS receptora	Bitácora de traslado Formato registro interno de traslado (URG-FTO-05)

DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES DESCRIBIENDO PUNTOS DE CONTROL PROCEDIMIENTO DE REFERENCIA PARA CENTROS Y PUESTOS DE SALUD

N°	QUÉ (Actividad)	QUIÉN (Responsable)	COMO (Descripción)	PUNTOS DE CONTROL
1	Valorar y determinar la condición del paciente.	Médico que realiza la atención inicial.	Realizando examen físico, toma de signos vitales y revisión por sistemas, de acuerdo a lo descrito en las guías clínicas de atención. Determinando la necesidad de referencia para un nivel de mayor complejidad y/o atención especializada. Priorizando atención a población especial, materna, niños y adultos mayores. Nota: para la unidad de rehabilitación el personal encargado debe de solicitar apoyo con el coordinador del centro médico de Sibaté, en caso de requerir apoyo de ambulancia para el traslado de paciente, donde será trasladado al centro médico de Sibaté para valoración inicial por el médico general quien definirá si inicia o no tramite de remisión.	Historia clínica
2	Identificar la necesidad de traslado del usuario de los centros o puestos de salud al servicio de urgencias de la institución.	Médico que realiza la atención inicial.	El personal asistencial de los centros y puestos de salud, que identifiquen y definan la necesidad de realizar traslado del usuario al servicio de urgencias, por presentar alteraciones en su condición clínica y cuyas características superen las	Historia Clínica. Formato de Referencia y Contra referencia, URG-FTO-10,

			condiciones técnico científicas del sitio inicial de atención. Evaluar la condición del paciente para establecer si el traslado se debe o no realizar en compañía del médico del servicio. ***(Si se trata de una gestante consultar la Circular 016 de 2017 dar cumplimiento a la atención preferente, un menor de edad, un adulto mayor o paciente en abandono social, favor consultar las consideraciones generales para la atención de esta población).***	URG-FTO-11
3	Remitir a un centro asistencial de nivel superior o más cercano según sea el caso	Médico tratante	Si el cuadro clínico del paciente muestra la necesidad de atención a un nivel superior y/o urgencia vital se remitirá a la institución más cercana o de mayor nivel de complejidad según sea el caso desde el centro o puesto de salud, dando a conocer de manera previa al coordinador de Referencia y Contrarreferencia de la ESE Hospital Mario Gaitán Yanguas	Formato de Referencia y Contrarreferencia Oficina de Radio Operador
4	Realizar Comunicación y Traslado del sitio inicial de atención, al servicio de urgencias de la E.S.E	Personal asistencial del Centro o Puesto de Salud. Personal tripulante de Ambulancia	El personal asistencial realiza comunicación vía telefónica o por Radio, con la oficina de referencia para comentar el paciente al médico de procedimientos y se define la necesidad de traslado de ambulancia al sitio inicial de atención para traslado del mismo al servicio de Urgencias	Formato de Referencia y Contrarreferencia Oficina de Radio Operador

5	Identificar la necesidad de traslado del usuario del servicio de urgencias u Hospitalización a institución de Nivel de complejidad superior o entidad Externa.	Médico tratante	Si el cuadro clínico del paciente muestra la necesidad de atención a un nivel superior. Una vez definida la necesidad de remisión del paciente por parte del médico tratante, a entidad externa para toma de imagen diagnostica o centro asistencial de nivel superior para manejo y tratamiento de su patología de base se procede a diligenciar de forma clara y completa el formato de referencia y Contrarreferencia	Formato de Referencia y Contrarreferencia
5.1	Hospitalizar paciente	Medico Receptor	Si el Medico Receptor evalúa al paciente y considera que puede recibir los servicios de salud pertinentes en la institución, este será hospitalizado.	Historia Clínica
6	Radicar la remisión para realizar referencia	Personal de Enfermería	Radicación del trámite inicia con la recepción y verificación del diligenciamiento del anexo 9 en dinámica gerencial; así como de la documentación anexa necesaria, continua con en el registro de la remisión en la bitácora y planilla de referencia y contrarreferencia, que contiene la fecha y hora; además de toda la información necesaria para comentar al paciente, gestionar la ayuda diagnostica. La entrega de los soportes podrá hacerla mediante envió de los documentos en formato físico con el auxiliar de enfermería que conforma la tripulación o pueden enviarlos vía correo electrónico, comentando y confirmando telefónicamente la recepción de los mismos.	Formato de Referencia y Contrarreferencia. Copia documentos del paciente.

7	Proceso de Referencia del paciente	Radio Operador	Una Vez radicado el documento de referencia y contra referencia, el radio operador procede a presentar el paciente al médico coordinador del servicio de urgencias para confirmación la aceptación del paciente en el hospital, en el caso que el paciente deba ser redireccionado, el médico del centro o puesto recibirá la información pertinente por parte del coordinador médico del hospital para remitir al paciente al nivel adecuado. En cualquier caso se remitirá la móvil disponible previa autorización de la EPS, EPS o centro regulador de urgencias para realizar el traslado del paciente. En el caso que la situación del paciente lo permita y el medico así lo defina, se gestionara desde la oficina de radio del hospital la consecución de la ambulancia por parte del asegurador.	Formato de Referencia y Contra referencia. Bitácora individual del proceso de referencia. Libro radicado de remisiones
8	Traslado del paciente	Personal Ambulancia	Una Vez se genera la aceptación del paciente en el hospital o definida la conducta para el manejo del paciente, el usuario es trasladado a la camilla de la ambulancia, se ingresa a la móvil, se asegura según indicaciones de traslado y se procede a realizar traslado a la entidad receptora del paciente.	Bitácora de traslado ambulancia

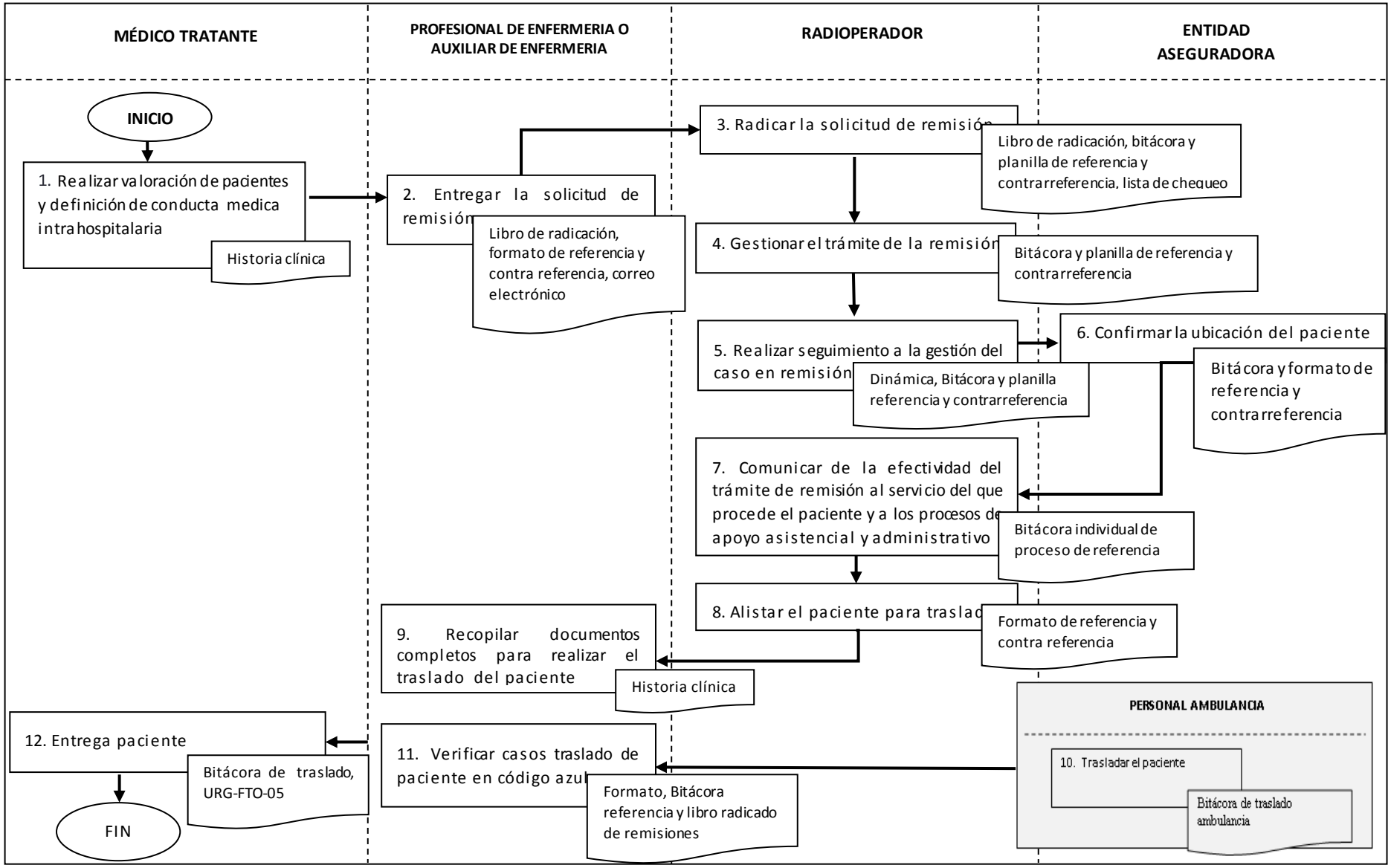
DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES (DESCRIBIENDO PUNTOS DE CONTROL)

PROCEDIMIENTO DE CONTRAREFERENCIA

N°	QUÉ (Actividad)	QUIÉN (Responsable)	COMO (Descripción)	PUNTOS DE CONTROL
1	Radicar la referencia	Personal de Enfermería	Radicación del trámite inicia con la recepción y verificación del diligenciamiento del anexo 9, así como de la documentación anexa necesaria, información remitida por parte de la EPS, EPSS, CRUE de Cundinamarca o IPS. ***(Si se trata de una gestante consultar la Circular 016 de 2017 dar cumplimiento a la atención preferente, un menor de edad, un adulto mayor o paciente en abandono social, favor consultar las consideraciones generales para la atención de esta población).***	Formato de Referencia y Contrarreferencia. Copia documentos del paciente.
2	Proceso de Referencia del paciente	Radio Operador	Una Vez radicado el documento de referencia y contrarreferencia, el radio operador procede a presentar el paciente al médico coordinador del servicio de urgencias o médico especialista de acuerdo con lo requerido en la remisión, para la aceptación o negación del paciente en el hospital, en el caso que el paciente deba ser redireccionado, el médico explicara el personal de radio que la información para remitir la ubicación del paciente por parte del asegurador al nivel adecuado; en el caso en que la entidad responsable del	Formato de Referencia y Contra referencia. Bitácora individual del proceso de referencia. Libro radicado de remisiones

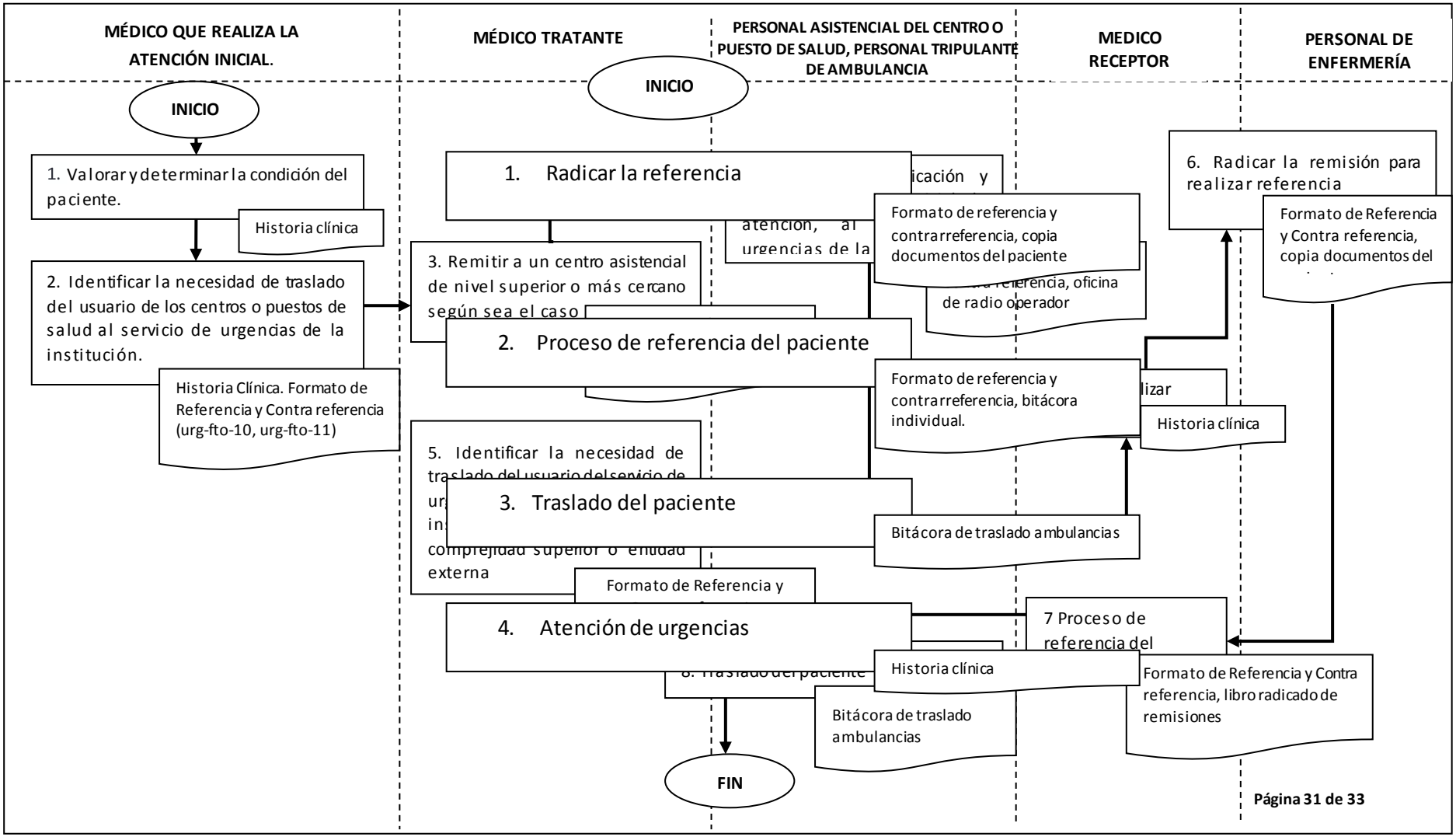
			paciente requiera la prestación del servicio de ambulancia básica con la que cuenta el hospital, se informara previamente a autorizaciones de urgencias, con el fin de obtener el respectivo código, finalmente se remitirá la móvil disponible para realizar el traslado del paciente.	
3	Traslado del paciente	Personal Ambulancia	Auxiliar de enfermería de la tripulación confirma estabilidad del paciente y se asegura según indicaciones de traslado para proceder a realizar el mismo. En caso que el auxiliar identifique algún signo de alarma se debe de reportar al médico tratante para que evalué la complejidad de la ambulancia.	Bitácora de traslado ambulancia
4	Atención de urgencias	Médico receptor	Si el Medico Receptor evalúa al paciente y considera que puede recibir los servicios de salud pertinentes en la institución, este será ingresado al servicio de urgencias del hospital para iniciar su atención al momento de la llegada del paciente a la institución; así como iniciaran los trámites administrativos pertinentes para la admisión del paciente, en caso contrario si algo cambia en la condición del usuario a su llegada será aceptado para estabilizarlo y de ser necesario reiniciar tramite de remisión.	Historia Clínica

11. FLUJOGRAMA DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES (DESCRIBIENDO PUNTOS DE CONTROL) PROCEDIMIENTO DE REFERENCIA

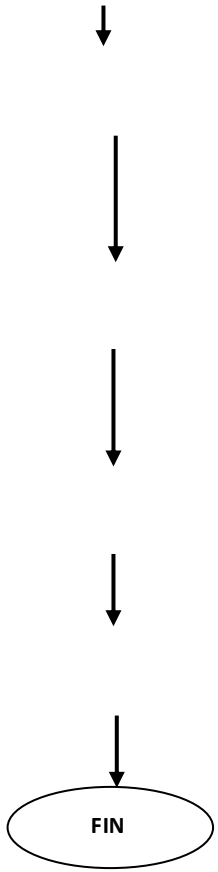

MÉDICO TRATANTE
PROFESIONAL DE ENFERMERIA O AUXILIAR DE ENFERMERIA
RADIOPERADOR
ENTIDAD ASEGURADORA
INICIO
1. Realizar valoración de pacientes y definición de conducta medica intrahospitalaria
Historia clínica
2. Entregar la solicitud de remisión
Libro de radicación, formato de referencia y contra referencia, correo electrónico
3. Radicar la solicitud de remisión
Libro de radicación, bitácora y planilla de referencia y contrarreferencia, lista de chequeo
4. Gestionar el trámite de la remisión
Bitácora y planilla de referencia y contrarreferencia
5. Realizar seguimiento a la gestión del caso en remisión
Dinámica, Bitácora y planilla referencia y contrarreferencia
6. Confirmar la ubicación del paciente
Bitácora y formato de referencia y contrarreferencia
7. Comunicar de la efectividad del trámite de remisión al servicio del que procede el paciente y a los procesos de apoyo asistencial y administrativo
Bitácora individual de proceso de referencia
8. Alistar el paciente para traslad
Formato de referencia y contra referencia
9. Recopilar documentos completos para realizar el traslado del paciente
Historia clínica
PERSONAL AMBULANCIA
10. Trasladar el paciente
Bitácora de traslado ambulancia
11. Verificar casos traslado de paciente en código azul
Formato, Bitácora referencia y libro radicado de remisiones
12. Entrega paciente
Bitácora de traslado, URG-FTO-05
FIN

FLUJOGRAMA DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES (DESCRIBIENDO PUNTOS DE CONTROL) PROCEDIMIENTO DE REFERENCIA PARA CENTROS Y PUESTOS DE SALUD

FLUJOGRAMA DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES (DESCRIBIENDO PUNTOS DE CONTROL)



PROCEDIMIENTO DE CONTRAREFERENCIA



12. DOCUMENTOS RELACIONADOS

- Manual de Toma, Transporte, Conservación y Remisión de Muestras de Laboratorio. (LB-MNL-01)

13. BIBLIOGRAFIA

- **El Decreto 4747 de 2007**, Min Salud
- **Resolución 3047 de 2008** (agosto 14) Min Salud.
- **Resolución 9279 de 1993,** Min Salud
- **Circular 0016 del 1 de Marzo de 2017,** Min Salud
- **GUIA CLINICA PARA ESTABILIZACION DE PACIENTES ANTES DEL TRASLADO EN LA AMBULANCIA**. Seguridad del Paciente - Hospital Universitario CARI ESE. Julio de 2015.

14. ANEXOS

Anexo técnico no. 9.

- Formato Sistema de Referencia y Contrarreferencia (SIRC-FTO-04).
- Formato Lista de Chequeo Traslado de Pacientes en Ambulancia (URG-FTO-11)