Hospital San Rafael de Fusagasugá

"Hospital humano, hospital comprometido"

E.S.E - II NIVEL

2018

MANUAL DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA



REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGÁ

26/01/2018

MANUAL DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

Elaborado por:
DAVID ALBERTO ROJAS FLOREZ
Profesional de Apoyo a Referencia y Contrarreferencia

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGÁ
MACROPROCESO MISIONAL
PROCESO APOYO DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICO
SUBPROCESO REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA
AÑO 2018

Aprobación: 26-ENE-2018

MANUAL DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

TABLA DE CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN 3
2. OBJETIVOS 3
2.1. OBJETIVO GENERAL 3
2.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS 3
3. ALCANCE 4
4. CONTENIDO 4
4.1. FUNDAMENTO LEGAL 4
4.2. DEFINICIONES Y TÉRMINOS 9
4.3. OPERATIVIDAD DEL SERVICIO 11
4.4. COMPONENTES DEL SISTEMA 13
5. BIBLIOGRAFÍA 16
6. APROBACIÓN, CONTROL Y DISPOSICIÓN DEL DOCUMENTO 18
6.1. APROBACIÓN 18
6.2. CONTROL DE CAMBIOS Y REVISIONES (SE REVISAN Y ACTUALIZAN CADA 3 AÑOS SOLO SE DILIGENCIA A PARTIR DE LA PRIMERA ACTUALIZACIÓN) 18
6.3. CONTROL DE COPIAS 18
6.4. CONTROL Y DISPOSICIÓN DE REGISTROS DOCUMENTALES 18

1. INTRODUCCIÓN

La E.S.E. Hospital San Rafael de Fusagasugá, hace parte de la subred sur del departamento de Cundinamarca, donde actúa como nodo de red, la cual se encuentra conformada territorialmente por 19 municipios. El sistema de referencia y contrarreferencia se enmarca dentro del modelo de prestación de servicios de salud de la E.S.E. siendo parte de su estrategia operativa, se constituye como un servicio complementario misional, el cual tiene como finalidad asegurar la continuidad de la atención en salud en todos los niveles de complejidad, garantizando así un servicio oportuno e integral a los usuarios, acceso universal de la población afiliada y vinculada al nivel de tecnología que se requiera, y la racionalización en la utilización de los recursos institucionales.

Por lo anterior y debido a la creciente demanda en la atención médica de la población del municipio, la necesidad creciente de incrementar la calidad y cantidad de los servicios de atención médica que se ofertan a la población, adicional de la necesidad en aumentar la dotación de recursos técnico, científicos y administrativos, ha hecho de la referencia y contrarreferencia de usuarios una necesidad latente, ya que permite el desplazamiento justificado del usuario hacía establecimientos con mejor o mayor capacidad de respuesta a las necesidades del usuario y de acuerdo con la naturaleza o severidad de su proceso patológico y no como una práctica de enviar enfermos a cualquier otro establecimiento sin responsabilidad institucional, es decir que representa la transferencia o traslado de usuarios entre los distintos establecimientos de una red asistencial, para poder garantizar un flujo de usuarios de manera correcta y poder contar con la información necesaria de seguimiento entre las diferentes instituciones.

La E.S.E. Hospital San Rafael de Fusagasugá implementa el proceso de referencia y contrarreferencia de acuerdo con su capacidad técnica científica y nivel de atención, velando siempre por el cumplimiento del principio de universalidad en los servicios de salud, la oportunidad e integralidad en la atención. Mediante el desarrollo técnico y administrativo del sistema de referencia y contrarreferencia, teniendo en cuenta los componentes de transporte, información y comunicación dentro del área de influencia de la entidad.

La E.S.E. Hospital San Rafael de Fusagasugá acorde a la normativa vigente diseña el presente manual de referencia y contrarreferencia donde se definen los lineamientos necesarios para garantizar la atención integral de los usuarios y el mejor aprovechamiento de los recursos humanos, tecnológicos y materiales disponibles en la institución, que articulando con los establecimientos de salud según niveles de atención y grados de complejidad permita ofrecer al usuario los servicios de salud más eficientes y eficaces para el tratamiento de sus patológicas clínicas.

2. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GENERAL

Garantizar al usuario el acceso a los servicios en salud bajo los criterios de oportunidad, eficiencia y eficacia en la E.S.E. Hospital San Rafael de Fusagasugá.

2.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Contribuir en la racionalización de los recursos en salud para la población.
- Fortalecer la gestión eficiente de los servicios de salud.
- Integrar los diferentes actores en la atención de referencia y contrarreferencia de la entidad.
- Favorecer la adecuada articulación de los diferentes actores del SGSSS teniendo en cuenta a los niveles de atención y grados de complejidad.

- Mejorar la operación del sistema de referencia y contrarreferencia de la E.S.E.

3. ALCANCE

Brindar elementos jurídicos, administrativos, teóricos, conceptuales y operativos, acerca de la referencia y la contrarreferencia de los usuarios de servicios de salud de la E.S.E. Hospital San Rafael de Fusagasugá, como insumo para implementar un proceso de atención integral y continua a la población, que permita la articulación de los diferentes niveles de atención y complejidad, ofreciéndose al usuario la atención que demanda, aplicando criterios de oportunidad, eficiencia y eficacia.

4. CONTENIDO

4.1. FUNDAMENTO LEGAL

CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA – ARTÍCULO 49: Señaló la potestad del Estado para reglamentar y organizar los niveles de atención en la prestación de los servicios de salud, de conformidad con los principios de universalidad, eficiencia y solidaridad. Los artículos 334 y 365 de la carta política, establecieron la facultad del Estado para mantener la regulación, control y vigilancia del servicio de salud.

LEY 10 DE 1990: Por medio de la cual se reorganizó el Sistema Nacional de Salud (SNS), redefinió el servicio público de salud, estableciendo que la prestación de los servicios, en todos los niveles, estaba a cargo de la Nación, con carácter gratuito en sus servicios básicos para todos los habitantes del territorio nacional y administrado en asocio con las entidades territoriales, los entes descentralizados y las personas privadas autorizadas para tal efecto.

DECRETO REGLAMENTARIO 1760 DE 1990: Por el cual se establecieron y definieron los niveles de atención, tipo de servicio y grado de complejidad definió como nivel de atención la responsabilidad del ente territorial en la organización de los servicios de salud, a través de una o varias entidades que prestan servicios; estableció que estos se organizaran de acuerdo con su complejidad en servicios, departamentos, unidades, secciones y grupos. Estos comprenden el conjunto de recurso humano, tecnológico y material, organizados para solucionar problemas de salud y apoyar o complementar dicha solución.

DECRETO 1761 DE 1990: Por el cual se reglamentan los servicios de urgencias.

DECRETO 2759 DE 1991: Por el cual se organiza y establece el régimen de Referencia y Contrarreferencia.

ARTÍCULO 2 de la definición: El régimen de referencia y contrarreferencia, es el conjunto de normas técnicas y administrativas que permiten prestar adecuadamente al usuario el servicio de salud, según el nivel de atención y grado de complejidad de los organismos de salud con la debida oportunidad y eficacia.

PARÁGRAFO 1: El régimen de referencia y contrarreferencia facilita el flujo de usuarios y elementos de ayuda diagnóstica, entre los organismos de salud y unidades familiares, de tal forma que se preste una atención en salud oportuna y eficaz.

ARTÍCULO 3 de la finalidad: El régimen de referencia y contrarreferencia tiene como finalidad facilitar la atención oportuna e integral del usuario, el acceso universal de la población al nivel tecnología que se requiera y propender por una racional utilización de los recursos institucionales.

ARTÍCULO 5 de la remisión en caso de urgencias: Las entidades públicas o privadas del sector salud, que hayan prestado la atención inicial de urgencias, deben garantizar la remisión adecuada de estos usuarios hacia la institución del grado de complejidad requerida, que se responsabilice de su atención.

PARÁGRAFO: Las entidades del subsector oficial que hayan prestado la atención inicial de urgencias remitirán al usuario cubierto por la seguridad social, a la institución de salud correspondiente.

ARTÍCULO 6 de la responsabilidad de la institución referente: La institución referente, será responsable de la atención del usuario o del elemento objeto de remisión, hasta que ingrese a la institución receptora.

LEY 60 DE 1993: Amplió la disponibilidad de recursos tanto del situado fiscal como de las participaciones de los municipios y abrió la posibilidad, posteriormente ratificada en la ley 100 del mismo año, de otorgar subsidios a la demanda de servicios de salud. Además de otras determinaciones de competencia de los entes territoriales, la ley específicamente señaló la competencia de los departamentos y los distritos para garantizar la operación de la red de servicios así como del sistema de referencia y contrarreferencia de usuarios entre todos los niveles de atención.

LEY 100 DE 1993: Por la cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral. La seguridad social integral es el conjunto de instituciones, normas y procedimientos, de que disponen la persona y la comunidad para gozar de una calidad de vida, mediante el cumplimiento progresivo de los planes y programas que el estado y la sociedad desarrollen para proporcionar la cobertura integral de las contingencias, especialmente las que menoscaban la salud y la capacidad económica, de los habitantes del territorio nacional, con el fin de lograr el bienestar individual y la integración de la comunidad.

ARTÍCULO 154 intervención del estado: El estado intervendrá en el servicio público de seguridad social en salud, conforme a las reglas de competencia de que trata esta Ley, en el marco de lo dispuesto en los artículos 48, 49, 334 y 365 a 370 de la constitución política.

b) Asegurar el carácter obligatorio de la seguridad social en salud y su naturaleza de derecho social para todos los habitantes de Colombia.

f) Organizar los servicios de salud en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad.

ARTÍCULO 162 el sistema general de seguridad social de salud: Crea las condiciones de acceso a un plan obligatorio de salud para todos los habitantes del territorio nacional antes del año 2001.

PARÁGRAFO 5: Todas las entidades promotoras de salud establecerán un sistema de referencia, y contrarreferencia para que el acceso a los servicios de alta complejidad se realicen por el primer nivel de atención, excepto en los servicios de urgencias.

RESOLUCIÓN 9279 DE 1993: Por la cual se adopta el manual de normalización del competente traslado para la red nacional de urgencias. Norma que garantiza un servicio de ambulancias que cumplan con las condiciones técnico-sanitarias, de higiene y dotación que garanticen un adecuado traslado de los usuarios.

RESOLUCIÓN 5261 DE 1994: Por la cual se establece el manual de actividades, intervenciones y procedimientos del plan obligatorio de salud en el sistema general de seguridad social en salud.

ARTÍCULO 2 disponibilidad del servicio y acceso a los niveles de complejidad: En todo caso los servicios de salud que se presten en cada municipio estarán sujetos al nivel de complejidad y al desarrollo de las instituciones prestadoras de servicios de salud autorizadas para ello. Cuando las condiciones de salud del usuario ameriten una atención de mayor complejidad, esta se hará a través de la red de servicios asistenciales que establezca cada E.P.S.

PARAGRAFO: El acceso al servicio siempre será por el primer nivel o por el servicio de urgencias. Para los niveles subsiguientes el usuario deberá ser remitido por un profesional en medicina general de acuerdo a las normas definidas para ello, las que como mínimo deberán contener una historia clínica completa en la que se especifique el motivo de la remisión, los tratamientos y resultados previos. Cuando en el municipio de residencia del usuario no se cuente con algún servicio requerido, este podrá ser remitido al municipio más cercano que cuente con él. Los gastos de desplazamiento generados en las remisiones serán de responsabilidad del usuario, salvo en los casos de urgencia debidamente certificada o en los usuarios internados que requieran atención complementaria. Se exceptúan de esta norma las zonas donde se paga una U.P.C. diferencial mayor, en donde todos los gastos de transporte estarán a cargo de la E.P.S.

ARTICULO 93 remisión: Es el procedimiento administrativo asistencial mediante el cual se transfiere el cuidado de un usuario de un profesional del área de la salud a otro profesional, un especialista o nivel superior de atención, con la consiguiente transferencia de responsabilidad por la salud del usuario.

CIRCULAR EXTERNA N° 014 DE 1995: Expedida por la superintendencia nacional de salud. La cual trata sobre la atención de urgencias.

LEY 715 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.

CAPÍTULO IV ARTÍCULO 54, La red de servicios se organiza por grados entre sí mediante un sistema de referencia y contrarreferencia. Provee las normas técnicas y administrativas con el fin de prestar servicios de salud al usuario acorde con sus necesidades, atendiendo los requerimientos de eficiencia y oportunidad.

DECRETO 1011 DE 2006: Por el cual se establece el sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención de salud del sistema general de seguridad social en salud.

ARTÍCULO 36 procesos de auditoría en las EAPB. Las EAPB establecerán un programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud que comprenda como mínimo, los siguientes procesos: 1. Autoevaluación de la red de prestadores de servicios de salud. La entidad evaluará sistemáticamente la suficiencia de su red, el desempeño del sistema de referencia y contrarreferencia, garantizará que todos los prestadores de su red de servicios estén habilitados y que la atención brindada se dé con las características establecidas en el artículo 3° de este decreto.

DECRETO 4747 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. En el CAPÍTULO I ARTÍCULO 3, Se define el sistema de referencia: Conjunto de procesos, procedimientos y actividades técnicos y administrativos que permiten prestar adecuadamente los servicios de salud a los usuarios, garantizando la calidad, accesibilidad, oportunidad, continuidad e integralidad de los servicios, en función de la organización de la red de prestación de servicios definida por la entidad responsable del pago. LA REFERENCIA: Es el envío de usuarios o elementos de ayuda diagnóstica por parte de un prestador de servicios de salud, a otro prestador para atención o complementación diagnóstica que, de acuerdo con el nivel de resolución, dé respuesta a las necesidades de salud.LA CONTRARREFERENCIA: Es la respuesta que el prestador de servicios de salud receptor de la referencia, da al prestador que remitió. La respuesta puede ser la contrarremisión del usuario con las debidas indicaciones a seguir o simplemente la información sobre la atención prestada al usuario en la institución receptora, o el resultado de las solicitudes de ayuda diagnóstica.

ARTÍCULO 12 informe de la atención inicial de urgencias: Todo prestador de servicios de salud deberá informar obligatoriamente a la entidad responsable del pago, el ingreso de los usuarios al servicio de urgencias dentro de las veinticuatro (24) horas siguientes al inicio de la atención. El informe de atención inicial de urgencias se realizará mediante el diligenciamiento y envío del formato correspondiente, el cual será definido por el Ministerio de la Protección Social.

ARTÍCULO 17 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 usuarios. La responsabilidad del manejo y cuidado del usuario 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 usuario 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.

ARTÍCULO 18 organización y operación de los centros reguladores de urgencias, emergencias y desastres: Sin perjuicio de las funciones asignadas a las entidades promotoras de salud de los regímenes contributivo y subsidiado, las entidades adaptadas, las administradoras de riesgos profesionales, las entidades que administran regímenes de salud especiales y de excepción y a los prestadores de servicios de salud, corresponde a las direcciones territoriales de salud, regular los servicios de urgencias de la población de su territorio y coordinar la atención en salud de la población afectada por emergencias o desastres en su área de influencia. El Ministerio de la Protección Social establecerá las condiciones y requisitos para la organización, operación y funcionamiento de los centros reguladores de urgencias y emergencias y desastres (CRUE).

RESOLUCIÓN NÚMERO 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.

ARTÍCULO 1 OBJETO: El objeto de la presente resolución es definir los formatos, mecanismos de envío, procedimientos y términos que deberán ser adoptados por los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de tales servicios.

ARTÍCULO 3 formato y procedimiento para el informe de la atención inicial de urgencias: El informe de la atención inicial de urgencias de que trata el artículo 12 del Decreto 4747 de 2007 adoptará el formato definido en el anexo técnico N° 2 que hace parte integral de la presente resolución.

LEY NÚMERO 1122 DE 2007: Por la cual se hacen algunas modificaciones en el sistema general de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones.

ARTÍCULO 23º: obligaciones de las aseguradoras para garantizar la integralidad y continuidad en la prestación de los servicios: Las empresas promotoras de salud (EPS) del régimen contributivo y subsidiado deberán atender con la celeridad y la frecuencia que requiera la complejidad de las patologías de los usuarios del mismo. Así mismo las citas médicas deben ser fijadas con la rapidez que requiere un tratamiento oportuno por parte de la EPS, en aplicación de los principios de accesibilidad y calidad correspondiente.

RESOLUCIÓN 1220 DE 2010: Por la cual se establecen las condiciones y requisitos para la organización, operación y funcionamiento de los centros reguladores de urgencias, emergencias y desastres (CRUE).

ARTÍCULO 1 objeto: La presente resolución tiene por objeto establecer las condiciones y requisitos para la organización, operación y funcionamiento de los centros reguladores de urgencias, emergencias y desastres (CRUE), buscando que por parte de las entidades territoriales exista una adecuada y oportuna regulación de usuarios urgentes, coordinación para la atención de emergencias o desastres, estandarización de procesos de referencia y contrarreferencia y la adecuada integración de los recursos relacionados con estos eventos, a través del fomento de la cooperación y la articulación de los diferentes actores del sistema general de seguridad social en salud y del sistema nacional de prevención y atención de desastres (SNPAD).

LEY 1438 DE 2011: Por medio de la cual se reforma el sistema general de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones

ARTÍCULO 63 numeral 6: En el cual uno de los criterios a considerar para la conformación de redes de prestadores de servicios de salud son los mecanismos efectivos del sistema de referencia y contrarreferencia para garantizar la integralidad y continuidad de la atención al usuario en los diferentes niveles de atención y escenarios intramurales y extramurales. Además en su artículo 67 plantea la necesidad de reglamentar el sistema de emergencias médicas, modelo general integrado que comprende, entre otros los mecanismos para notificar las emergencias médicas, la prestación de servicios pre hospitalarios y de urgencias, las formas de transporte básico y medicalizado, la atención hospitalaria, el trabajo de los centros reguladores de urgencias y emergencias, los programas educacionales y los procesos de vigilancia.

RESOLUCIÓN 4331 DE 2012: A través de la cual se modifican algunos formatos y procedimientos adoptados mediante la resolución 3047 de 2008, de manera tal que se simplifiquen los trámites por parte de los usuarios del sistema general de seguridad social en salud, así como se dictan disposiciones inherentes a las relaciones entre aseguradores y prestadores de servicios de salud. Modifica los artículos 7, 10 y 12 de la Resolución 3047 de 2008, así como los anexos técnicos 4,6, 7 y 8 de la mencionada resolución. Crea el anexo técnico 9, formato estandarizado de referencia de usuarios, el anexo técnico 10, formato estandarizado de contrarreferencia de usuarios y el anexo técnico 11, contenido de los avisos que obligatoriamente deben publicar las entidades responsables del pago y los prestadores de servicios de salud.

RESOLUCIÓN 5521 DE 2013: Por medio del cual se define, aclara y actualiza integralmente el plan obligatorio de salud (POS).

RESOLUCIÓN 6408 DE 2016: Por la cual se modifica el plan de beneficios en salud con cargo a la unidad de pago por capitación (UPC).

ARTÍCULO 126 transporte o traslados de usuarios: El plan de beneficios en salud con cargo a la UPC cubre el traslado acuático, aéreo y terrestre (en ambulancia básica o medicalizada) en los siguientes casos: 1 Movilización de usuarios 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 usuarios 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 usuario, 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 usuario remitido para atención domiciliaria si el médico así lo prescribe.

4.2. DEFINICIONES Y TÉRMINOS

AMBULANCIA: Unidad móvil acondicionada de manera especial para el transporte de usuarios críticos o limitados, con la disponibilidad de recursos humanos y técnicos en función del beneficio de aquellos.

APOYO TECNOLÓGICO: Es el requerimiento temporal de recursos humanos, de dotación e insumos, de un organismo a otro, para contribuir a la eficiencia y eficacia en la prestación de servicios, de conformidad con el principio de la subsidiariedad, evitando así el desplazamiento de usuarios (Decreto 2759 de 1991).

COMPLEJIDAD DE LOS SERVICIOS: Para la prestación del plan obligatorio de salud se establecen tres grados de complejidad, definidos de acuerdo a la tecnología utilizada, en la actividad, procedimiento o intervención, contenidos en el manual de actividades, procedimientos e intervenciones vigente; sin que en ningún momento, los grados de complejidad sean excluyentes o restrictivos siempre que cumplan con las condiciones mínimas requeridas para cada servicio específico, los cuales podrán ser ofrecidos bajo las modalidades de HOSPITALARIA (INTERNACIÓN) Y AMBULATORIA. Los grados de complejidad son bajo, median o y alto, en éste último se incluyen los niveles II y V previstos en la resolución 5261 de 1994.

CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA: Es aquella realizada por un médico especialista en alguna de las ramas de la medicina autorizadas para su ejercicio en Colombia, quien recibe al usuario por remisión de un médico general, o interconsulta especializada, o directamente en casos de urgencia por que la patología que presenta el usuario requiere evaluación especializada, internación o cirugía que el médico general no esté en condiciones de realizar. Una vez el usuario haya sido evaluado o tratado por el médico especialista continuará siendo manejado por el médico general remitente.

CONTRARREFERENCIA: Es la respuesta que el prestador de servicios de salud receptor de la referencia, da al prestador que remitió. La respuesta puede ser la contrarremisión del usuario con las debidas indicaciones a seguir o simplemente la información sobre la atención prestada al usuario en la institución receptora, o el resultado de las solicitudes de ayuda diagnóstica (Decreto 2759 de 1991).

FORMATO DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA: Es una herramienta que garantiza la integralidad por subredes de la atención en salud con énfasis en la población vinculada del sistema, ofreciéndole una respuesta oportuna, pertinente y suficiente, entre las instituciones prestadoras de servicios de salud de la red adscrita y no adscrita del Distrito Capital.

ORDEN DE SERVICIO: Es la solicitud de realización de actividades de apoyo diagnóstico y/o tratamiento entre una IPS y otra (Decreto 2759 de 1991).

PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD: Se consideran como tales, las instituciones prestadoras de servicios de salud, los profesionales independientes de salud y los servicios de transporte especial de usuarios, además se consideran como instituciones prestadoras de servicios de salud a los grupos de práctica profesional que cuentan con infraestructura física para prestar servicios de salud (Decreto 1011 de 2006).

SERVICIOS DE ATENCIÓN DE URGENCIAS: El servicio de atención de urgencias, comprende la organización de recursos humanos, materiales, tecnológicos y financieros de un proceso de cuidados de salud indispensables e inmediato a personas que presentan una urgencia, desde el momento y lugar de ocurrencia, durante el traslado y su permanencia en las entidades del Sector Salud autorizadas para prestar estos servicios.

RED DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: Conjunto articulado de prestadores de servicios de salud u organizaciones funcionales de servicios de salud, públicos y privados; ubicados en un ámbito territorial definido de acuerdo con las condiciones de operación del MIAS, con una organización funcional que comprende un componente primario y un componente complementario; bajo los principios de disponibilidad, aceptabilidad, accesibilidad y calidad al igual que los mecanismos requeridos para la operación y gestión de la prestación de servicios de salud, con el fin de garantizar el acceso y la atención oportuna, continua, integral, resolutiva a la población, contando con los recursos humanos, técnicos, financieros y físicos para garantizar la gestión adecuada de la atención, así como de los resultados en salud (Resolución 429 de 2016).

REFERENCIA: Es el envío de usuarios o elementos de ayuda diagnóstica por parte de un prestador de servicios de salud, a otro prestador para atención o complementación diagnóstica; considera el nivel de resolución y se realiza con el fin de dar respuesta a las necesidades de salud (Decreto 2759 de 1991).

RÉGIMEN DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA: Es el conjunto de normas técnicas y administrativas que permiten prestar adecuadamente al usuario el servicio de salud, según el nivel de atención y grado de complejidad de los organismos de salud con la debida oportunidad, eficacia e integralidad. Facilitar el flujo de usuarios y elementos de ayuda diagnostica entre aquellos y las unidades familiares.

TRANSPORTE ASISTENCIAL BÁSICO Y MEDICALIZADO: Es el traslado de un usuario en un medio de transporte terrestre, aéreo, marítimo y/o fluvial que debe contar con una dotación básica para dar atención oportuna y adecuada al usuario durante el desplazamiento (NTC 3729 de 2007, Resolución 2003/14).

TRANSPORTE PRIMARIO: Es el traslado de usuarios del lugar de ocurrencia del episodio patológico al hospital; y/o el transporte de usuarios limitados que no puedan movilizarse por sus propios medios.

TRANSPORTE SECUNDARIO: Es el traslado inter-hospitalario de usuarios o hacia el domicilio del usuario.

URGENCIA: Se entiende por urgencia la alteración de la integridad física y/o psíquica por cualquier causa con diversos grados de severidad que comprometen la vida o funcionabilidad de la persona y que requiera de la protección inmediata de servicios de salud con los recursos existentes, a fin de conservar la vida y prevenir consecuencias críticas.

4.3. OPERATIVIDAD DEL SERVICIO

DE LA OBLIGATORIEDAD: La E.S.E tiene la obligación de atender los casos de urgencias y en caso de no poder brindar la atención garantizara los recursos y dirigirá esfuerzos tendientes a ubicar el usuario en el nivel de atención que corresponda.

REMISIÓN: Se entiende por remisión el procedimiento por el cual se transfiere la atención en salud del usuario, a otro profesional o institución, con la consiguiente transferencia de responsabilidad sobre el cuidado del mismo, y quien ce acuerdo a las guías de atención justifica el envío del usuario a otra institución o profesional con quien se tiene convenida la prestación de servicios q.ie no posee la entidad prestadora remitente. Las remisiones se pueden producir desde los servicios ambulatorios y de internación.

DESTINO DE REMISIÓN: Los usuarios serán remitidos a los profesionales o Instituciones prestadoras de servicios con quienes se haya convenido la remisión de usuarios. Se buscará en la lista de empresas o profesionales contratados por el departamento o municipios.

MEDIO DE TRANSPORTE: El medio de transporte que se utilice para la remisión de usuarios dependerá de las condiciones del usuario:

- Usuario que puede movilizarse por sí mismo y su remisión no es urgente: Se desplazará por sus propios medios hasta la institución de referencia.
- Usuario que no puede movilizarse por sí mismo y su condición no es crítica: Se remitirá en ambulancia.
- Usuario en estado crítico o usuario a quien se prestó atención inicial de urgencia: Se remitirá en la ambulancia directa de su manejo.

TRASLADO ASISTENCIAL BÁSICO: Es el traslado de un usuario en un medio de transporte terrestre, marítimo y/o fluvial que no se encuentra críticamente enfermo y que debe contar con una dotación básica para dar atención oportuna y adecuada al usuario durante el desplazamiento (Resolución 2003 de 2014).

TRASLADO ASISTENCIAL MEDICALIZADO: Es el traslado de un usuario en un medio de transporte terrestre, marítimo y/o fluvial o aéreo, que se encuentra críticamente enfermo y que debe contar con una dotación de alto nivel tecnológico para dar atención oportuna y adecuada a usuarios cuya patología amerite el desplazamiento en este tipo de unidades (Resolución 2003 de 2014).

MISIÓN MÉDICA: Es el conjunto de bienes, instalaciones, instituciones, transporte terrestre, aéreo, fluvial y marítimo, equipos y materiales necesarios para llevar a cabo las actividades propias de la prestación de servicios de salud, tales como, asistencia sanitaria, salud preventiva, educación en salud, administración y apoyo en la prestación de los servicios de salud, atención prehospitalaria, hospitalaria y extramural, conformado a su vez, por el personal profesional de la salud y otras disciplinas, con vinculación laboral o civil, que ejercen funciones sanitarias, en el marco de la misión humanitaria en situaciones o zonas de conflicto armado u otras situaciones de violencia que afecten la seguridad pública, desastres naturales y otras calamidades.

INTERCONSULTA: Es la solicitud elevada por el profesional a otros profesionales o instituciones de salud para que emitan juicios y orientaciones sobre la conducta a seguir con determinados usuarios, sin que estos profesionales o instituciones asuman la responsabilidad directa de su manejo.

- **RESPONSABLE DE LA INTERCONSULTA:** Es responsable de la Interconsulta el profesional de la salud que se encuentra prestando un servicio a un usuario y quien de acuerdo a las guías de atención requiere de un juicio u orientación de otro profesional o institución para continuar brindando al usuario un servicio efectivo eficaz y de calidad. Las interconsulta se pueden dar desde el servicio de ambulatorio o de internación y el formato utilizado es el mismo de referencia y contrarreferencia.
- **DESTINO DE LA INTERCONSULTA:** Los usuarios remitidos a los profesionales o Instituciones prestadoras de servicios de salud con quienes se haya convenido la interconsulta de usuarios. Se buscará en la lista de la red prestadora de servicios o la de los profesionales contratados.

ORDEN DE SERVICIO: Toda remisión debe hacerse en el formato único de referencia y contrarreferencia (anexo 9 y 10), establecido para tal efecto, debidamente diligenciado y con los soportes que sean requeridos.

4.4. COMPONENTES DEL SISTEMA

Los siguientes son los componentes básicos para el funcionamiento del sistema de referencia y contrarreferencia:

- Usuarios.
- Centro de referencia y contrarreferencia.
- Recurso humano: líder de proceso y auxiliares operadores.
- Vehículos para transporte terrestre de usuarios.
- Red de comunicaciones.
- Red de información.
- Manual de referencia y contrarreferencia.

USUARIOS: Para el presente manual se definen como usuarios a todas las personas que soliciten servicios de salud en las diferentes sedes de la IPS, de acuerdo al tipo de afiliación al sistema de seguridad social en salud.

RED E INFRAESTRUCTURA DE TRANSPORTE: La institución cuenta con una flota de ambulancias de transporte asistencial que cumplen con la normativa vigente y están habilitadas por la secretaria de salud del departamento de Cundinamarca. Todos los vehículos están dotados de un sistema de radiocomunicaciones, elementos e insumos necesarios para el manejo adecuado, integral, oportuno y eficiente de los usuarios que lo requieren según su condición patológica.

RED E INFRAESTRUCTURA DE COMUNICACIONES: La E.S.E. cuenta con una adecuada red de comunicaciones que garantiza una oportuna y eficiente prestación de los servicios de salud intercomunicando las diferentes Instituciones prestadoras de servicios de salud, teniendo en cuenta el nivel de resolutividad de las mismas y de acuerdo a la patología que presenta el usuario en el momento de la atención. Se especifica por cada una de los centros, puestos de salud y sede central de la E.S.E la capacidad técnica en comunicaciones de la siguiente manera:

- **SISTEMA DE INFORMACIÓN:** Conformado por los registros que permiten analizar el sistema, el perfil epidemiológico existente en determinada área de influencia y el funcionamiento de las unidades prestadoras en cuanto a servicios de apoyo e inventario de recursos existentes.
- **FORMATO DE REFERENCIA:** Corresponde al estandarizado por la resolución 4331 de 2012 del Ministerio de Salud y Protección Social en su contenido y está integrado al sistema para su diligenciamiento como registro clínico magnético; se prevé la disponibilidad de formato en físico para contingencias. El formato de referencia presenta los siguientes ítems:
    - Identificación de la institución que refiere el usuario.
    - Datos completos de identificación del usuario.
    - Datos completos de la referencia.

- Resumen de la historia clínica (Anamnesis y hallazgos del examen físico) e informe del resultado de pruebas diagnósticas realizadas (Anexas).
- Impresión diagnostica.
- Tratamientos realizados.
- Nombre del profesional responsable de la referencia y firma correspondiente.
- Fecha, hora de solicitud, hora de confirmación y nombre del profesional que recibe la comunicación de la remisión.

DESCRIPCIÓN FÍSICA, TECNOLÓGICA Y HUMANA DEL ÁREA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

- **RECURSO HUMANO:** Médicos de turno del servicio de urgencias, personal de facturación, personal radio operador constante, tripulación de ambulancia (Medico, paramédico y conductores) y demás personal de apoyo.
- **RECURSO FISICO:** Una central que coordina el sistema de referencia y contrarreferencia, en donde se encuentra la coordinación del área, el personal radio operador y la auxiliar de referencia. Ella es la persona encargada de recibir telefónica y personalmente las órdenes de servicio requeridas para las actividades prestadas.
- **RECURSO TECNOLOGICO:** Equipos de cómputo, líneas telefónicas, radioteléfonos, fax.

REFERENCIA A OTROS NIVELES DE ATENCIÓN: Cuando la institución prestadora de servicio del segundo nivel, no tenga capacidad resolutiva para la atención del caso (Red adscrita, red no adscrita), ella referirá al usuario hacia una institución previamente establecida como de referencia, para aquellos componentes del servicio establecido en el ámbito territorial y con la cual haya establecido contratación para tal fin. En la eventualidad que el usuario se halle identificado como vinculado o el servicio requerido sea de los establecidos como no POSS, La secretaria de salud, expedirá la correspondiente orden de prestación de servicios, que se acompañara con la certificación de la condición socioeconómica del usuario (SISBEN) para atención a vinculados.

SUBSISTEMA DE INFORMACIÓN Y DE COMUNICACIONES INTERNAS: Cada integrante de la red de servicios, manejará la información necesaria que permita el desarrollo del sistema de referencia y contrarreferencia. Los instrumentos con los que cuenta son:

- Bitácora de ambulancia, bitácora de traslado, listas de chequeo, control de inventarios, consentimiento y desistimiento, hojas de gastos, control diario de comunicaciones para las bases fijas de red de comunicaciones. Consolidado mensual de remisiones y contra remisiones.
- Indicadores que permitan evaluar el desarrollo del sistema.
- Los datos de la prestación del servicio y los requerimientos mínimos de la información, serán los dispuestos en la resolución 03374 del 27 de diciembre de 2000 (RIPS) y la circular única (047), la cual deroga la circular 030.

DE LAS CONDICIONES PARA EL TRASLADO DE USUARIOS CON PATOLOGÍAS DE URGENCIA:

- El usuario antes de ser remitido debe ser previamente valorado clínicamente y evaluada la posibilidad de ser atendido por el prestador remitente.
- El usuario debe ir acompañado de la información mínima para brindarle una adecuada atención y manejo.
- El formulario de Referencia y Contrarreferencia debe ser identificado con el número de identificación del usuario.
- Cuando sea imposible la comunicación previa sobre la referencia, la entidad receptora debe garantizar la atención del usuario conforme a la gravedad del caso.
- La responsabilidad del cuidado del usuario está en el organismo referente hasta que ingrese a la otra Institución y que sea efectivamente recibido por el personal a cargo del servicio de urgencias, apoyo diagnóstico o terapéutico.
- La institución remitente debe asegurar el transporte del afiliado referido o contra referido cuando el caso lo amerite. La ambulancia se considera una extensión de la institución referente.
- Todo usuario remitido de urgencia debe ir acompañado por un agente de salud (Trabajo social) y un integrante de su familia mayor de edad y con capacidad de decisión.
- Es necesario que la institución referente, utilice los servicios de CRUE, Centro Regulador de Urgencias y emergencias de Cundinamarca, para hacer ágil el funcionamiento del sistema de referencia y contra referencia.

DE LAS CONDICIONES DE TRASLADO PARA UN USUARIO AMBULATORIO:

- El usuario debe ir acompañado de la información mínima para brindarle una adecuada atención y manejo.
- El formulario de remisión (Anexo 9 Y 10) debe ser identificado con el número de identificación del usuario.
- El usuario debe presentar la orden de servicios si tiene orden de servicio no pos para atención del II y III nivel entregada por la Secretaría Departamental de Salud.

CÓMO ACCEDER AL SERVICIO: El área de admisiones de la E.S.E será el encargado de verificar los derechos, de quienes solicitan la prestación del servicio. Debe hacerse la respectiva historia clínica legible con todos los componentes: Identificación (Resolución 1995 de 1999), número de carné de SISBEN, Diagnóstico, proyección del tratamiento y en caso de necesitar para clínicos pertinencia del mismo.

ATENCIÓN I NIVEL: El usuario recibe la atención primaria que puede ser resolutiva o derivada a otro nivel de complejidad si lo amerita, que para el caso se trata de la E.S.E Hospital San Rafael de Fusagasugá de acuerdo a su nivel de complejidad y servicios ofertados.

ATENCIÓN III NIVEL: Si el usuario debe ser enviado a otro nivel de complejidad (3er nivel) se hará a las Instituciones acreditadas que presten el servicio para la especialidad requerida de acuerdo a la red de prestadores para cada EAPB. Los procedimientos, tratamientos o eventos de tercer nivel, deben ser referenciados por el especialista tratante de segundo nivel, previo diligenciamiento de datos como filiación, valoración cínica, diagnóstico, pertinencia de remisión, proyecto de tratamiento y pronóstico legible. Se requiere que todos los usuarios sean referidos por el CRUED cuando se trate del servicio de urgencias. SE

REQUIERE QUE: Todas las remisiones y exámenes solicitados deben estar debidamente soportados con pertinencia y pronóstico.

REMISIÓN AMBULATORIA: Los usuarios subsidiados atendidos en primer nivel y que sean referidos a niveles de mayor complejidad, deben dirigirse a su EAPB la cual direccionará el evento dentro de su red de servicios.

REMISIÓN URGENCIA: El usuario admitido por urgencias: Es importante actuar en caso de remisión de usuarios a IPS de mayor complejidad, de los eventos ingresados por urgencia, la responsabilidad de la prestación de los servicios de salud no cesa para una Institución de baja complejidad, hasta tanto no es recibido el usuario a la IPS de referencia previa comunicación y aceptación de la misma. Los procedimientos, tratamientos o eventos de tercer nivel, deben ser referenciados por el especialista tratante de segundo nivel, previo diligenciamiento de datos como filiación, valoración cínica, diagnóstico, pertinencia de remisión, proyecto de tratamiento y pronóstico legible. Se requiere que todos los usuarios sean referidos por el CRUE de Cundinamarca cuando se trate del servicio de urgencias.

DE LA CONTRARREFERENCIA: DE USUARIOS: Los usuarios pueden ser contrarremitidos en el caso de terminar la prestación de los servicios hospitalarios o especiales generados en una remisión, en este caso se debe llenar el formato de referencia y contrarreferencia que contenga el resumen de la atención durante la estancia en la institución, los resultados, el diagnóstico y los conceptos emitidos por los especialistas. DE RESULTADOS: La contrarreferencia es este caso consistirá en el envío de los resultados de los análisis a las muestras enviadas, esta se podrá realizar por otras vías como Correos electrónicos, o en casos de urgencia por vía telefónica.

5. BIBLIOGRAFÍA

- Corte constitucional de Colombia. (2016).Constitución política de Colombia 1991. Bogotá, Colombia. Recuperado de:
- http://www.corteconstitucional.gov.co/inicio/Constitucion%20politica%20de%20Colombia%20-%202015.pdf
- Senado de la República de Colombia. (2016). Ley 100 de 1993.Bogotá, Colombia. Recuperado de:
- http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_0100_1993.html
- Departamento Nacional de planeación Colombia. (2016).Ley 715 de 2001.Bogotá, Colombia. Recuperado de:
- https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/_layouts/15/WopiFrame.aspx?sourcedoc=/CDT/Desarrollo%20Territorial/6.%20Ley%20715%20de%20diciembre%2021%20de%202001.pdf&action=default
- Senado de la República de Colombia. (2016).Ley 1122 de 2007.Bogotá, Colombia. Recuperado de:
- http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1122_2007.html
- Secretaria distrital de salud de Bogotá. (2016). Decreto 4747 de 2007. Bogotá, Colombia. Recuperado de:
- http://www.saludcapital.gov.co/Documents/Decreto-4747-de-2007.pdf
- Ministerio de salud y protección social de Colombia. (2016). Resolución 3047 de 2008. Bogotá, Colombia. Recuperado de:
- https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/Relaciones%20entre%20Entidades%20Prestadoras%20y%20Pagadoras%20de%20Servicios%20de%20Salud.aspx

- Ministerio de salud y protección social de Colombia. (2016). Resolución 5334 de 2008. Bogotá, Colombia. Recuperado de:
- https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/RESOLUCI%C3%93N%205334%20DE%202008.pdf
- Ministerio de salud y protección social de Colombia. (2016). Resolución 1220 de 2010. Bogotá, Colombia. Recuperado de:
- https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/RESOLUCI%C3%93N%201220%20DE%202010.pdf
- Ministerio de salud y protección social de Colombia. (2016). Ley 1438 de 2011. Bogotá, Colombia. Recuperado de:
- https://www.minsalud.gov.co/Paginas/ReformaalasaludLey1438de2011.aspx
- Ministerio de salud y protección social de Colombia. (2016). Resolución 4331 de 2012. Bogotá, Colombia. Recuperado de:
- https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%204331%20de%202012.pdf
- Ministerio de salud y protección social de Colombia. (2016). Decreto 0780 de 2016. Bogotá, Colombia. Recuperado de:
- https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Decreto%200780%20de%202016.pdf
- Ministerio de salud y protección social de Colombia. (2016). Resolución 6408 de 2016. Bogotá, Colombia. Recuperado de:
- https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%206408%20de%202016.pdf
- Ministerio de salud y protección social de Colombia. (2016). Resolución 5521 de 2013. Bogotá, Colombia. Recuperado de:
- https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-5521-de-2013.pdf
- Ministerio de salud y protección social de Colombia. (2016). Decreto 2759 de 1991. Bogotá, Colombia. Recuperado de:
- https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/DECRETO%202759%20DE%201991.pdf
- Ministerio de salud y protección social de Colombia. (2016). Resolución 0429 de 2016. Bogotá, Colombia. Recuperado de:
- https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%200429%20de%202016.pdf
- Ministerio de salud y protección social de Colombia. (2016). Decreto1011 de 2006. Bogotá, Colombia. Recuperado de:
- https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/DECRETO%201011%20DE%202006.pdf
- Gobernación de Nariño. (2016). Norma técnica colombiana NTC 3729 de 2013. Pasto, Colombia. Recuperado de
- http://www.idsn.gov.co/index.php/subdireccion-de-calidad-y-aseguramiento/160-red-de-urgencias-y-emergencias-crue/red-de-transporte/540-norma-tecnica-colombiana-ntc-3729
- Ministerio de salud y protección social de Colombia. (2016). Resolución 2003 de 2014. Bogotá, Colombia. Recuperado de:
- https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%202003%20de%202014.pdf
- Ministerio de salud y protección social de Colombia. (2016). Manual de misión medica 2012. Bogotá, Colombia. Recuperado de:
- https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Manual%20de%20Misi%C3%B3n%20M%C3%A9dica.pdf

6. APROBACIÓN, CONTROL Y DISPOSICIÓN DEL DOCUMENTO

6.1. APROBACIÓN

	Nombre	Cargo	Fecha	Firma
Elaboró	DAVID ALBERTO ROJAS FLOREZ	PROFESIONAL DE APOYO A REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA	01-DIC-2017	
Revisó	JULIÁN NIETO BELTRÁN	INGENIERO INDUSTRIAL	22.ENE-2018	
	ADRIAN GARCÍA	CALIDAD	22.ENE-2018	
	ANDREI ROJAS CASTILLO	SUBGERENTE CIENTÍFICO	22.ENE-2018	
Aprobó	JOHN CASTILLO MARTÍNEZ	GERENTE	26-ENE-2018	

6.2. CONTROL DE CAMBIOS Y REVISIONES (SE REVISAN Y ACTUALIZAN CADA 3 AÑOS SOLO SE DILIGENCIA A PARTIR DE LA PRIMERA ACTUALIZACIÓN)

Versión	Descripción del cambio o revisión	Nombre	Fecha	Firma
01	Creación del documento.	DAVID ALBERTO ROJAS FLOREZ	27-MAY-2017	
02	Actualización del documento.	DAVID ALBERTO ROJAS FLOREZ	01-DIC-2017	

6.3. CONTROL DE COPIAS

Copias	Nombre de quien recibe	Cargo	Fecha	Firma
Original	JAIRO BOBADILLA MONTENEGRO	PLANEACIÓN INSTITUCIONAL	26-ENE-2018	ORIGINAL FIRMADO

6.4. CONTROL Y DISPOSICIÓN DE REGISTROS DOCUMENTALES

Identificación		Área de almacenamiento	Conservación		Disposición final
Código	Nombre del documento		Archivo de gestión	Archivo central	
40-23-03	Manual de referencia y contrarreferencia.	Planeación institucional	2	8	Conservación total