E.S.E Hospital
Santa Rosa
Tenjo

MANUAL DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

TABLA DE CONTENIDO

1. CONTROL DE CAMBIOS DEL DOCUMENTO 3
2. OBJETO 3
3. OBJETIVO GENERAL 3
4. OBJETIVOS ESPECIFICOS 3
5. ALCANCE 4
6. JUSTIFICACIÒN 4
6. MARCO NORMATIVO Y CONCEPTUAL 5
7. DEFINICIONES 7
8. RESPONSABLES 9
9. GENERALIDADES 9
10. CONDICIONES GENERALES 10
11. SERVICIOS DE URGENCIAS 12
12. SERVICIOS AMBULATORIOS 18
13 ACCIONES DE CONTROL 21
14 INDICADORES 21
15 . CONTROL DE REGISTROS 21
16 DOCUMENTOS RELACIONADOS 21
17 VALIDACIÓN 22

1. CONTROL DE CAMBIOS DEL DOCUMENTO

Version No.	Descripción u origen del cambio	Aprobó	Fecha
01	Elaboración del documento	Gerencia	2019
02	Ajuste al interior del documento	Gerencia	Junio 2021
03	Inclusión elementos utilizados	Gerencia	Septiembre 2021

2. OBJETO

El presente manual tiene como objeto estandarizar los conceptos y el procedimiento concerniente al sistema de referencia y contrarreferencia a nivel institucional, con base en la normatividad legal del país, y siguiendo las directrices del departamento de Cundinamarca.

Finalmente, el objetivo es el de preservar la integridad, la salud y la vida del paciente en caso de que presente una complicación o una condición clínica adversa o inesperada, derivada o no de la atención, que requiera una remisión a otra disciplina u otro nivel de atención, por haber superado las capacidades técnico científicas disponibles en el consultorio.

3. OBJETIVO GENERAL

Definir los lineamientos del proceso entre los prestadores de servicios de salud, que forman parte de nuestra Red Integrada, en busca de garantizar el acceso, la continuidad, la oportunidad y la calidad de la atención en salud, optimizando los recursos disponibles por la E.S.E. Hospital Santa Rosa de Tenjo.

4. OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Permitir a la población el acceso oportuno y funcional a la atención integral en salud, de acuerdo a la red de servicios del departamento y de la red de servicio de las EAPB.

2. Ofrecer a los usuarios que consultan en nuestra institución la oportunidad de acceder a la atención en niveles superiores de atención y tecnología de acuerdo a su necesidad, bajo los criterios de eficacia y eficiencia.

3. Capacitar a los usuarios sobre el régimen de referencia y contrarreferencia para que lo utilicen de forma adecuada.

4. Integrar como institución prestadora de servicios de salud en el Municipio de

Tenjo, junto con los diferentes organismos de salud de nuestra área de influencia, una red de IPS tomando como base los niveles de atención y grados de complejidad de las mismas, con el fin de permitir el acceso oportuno, eficaz y funcional a la atención integral de salud a toda la población beneficiaria de estos servicios.

5. ALCANCE

Este manual aplica a todos los colaboradores del Hospital Santa Rosa de Tenjo que deban informar al usuario sobre los servicios referencia y contra referencia, como la remisión de paciente a las redes de servicios de los diferentes pagadores del Sistema de Salud.

6. JUSTIFICACIÒN

Por la naturaleza de los servicios que se prestan en el E.S.E. Hospital Santa Rosa de Tenjo del grupo de consulta externa (medicina, odontología y enfermería) I Nivel ESE, que incluye la realización de procedimientos *mínimos (o menores)*, existe la posibilidad de que algún paciente presente alteraciones de salud que lleven a la necesidad de tomar decisiones para la REFERENCIA DE PACIENTES DE URGENCIA.

Pueden presentarse, entre otros, las siguientes situaciones:

- Que un paciente que es atendido en consulta o para un procedimiento presente una complicación, una reacción o incidente adverso resultante de la atención prestada, que le ocasione una alteración orgánica cuyas características superen la capacidad técnico científica de que se dispone en el consultorio o área donde se realiza la atención.

- Que un paciente que es atendido en consulta o para un procedimiento presente una complicación, una reacción o incidente adverso sin relación con la atención prestada, que le ocasione una alteración orgánica cuyas características superen la capacidad técnico científica de que se dispone en el consultorio área donde se realiza la atención.

- Que una persona (paciente, familiar, acompañante, etc.) que se encuentre en las instalaciones o en su proximidad, presente un evento súbito de alteración de la salud que le ocasione una alteración orgánica cuyas características superen la capacidad técnico científica de que se dispone en el consultorio área donde se realiza la atención.

Cuando ocurra una complicación o un evento o incidente adverso derivados de la atención realizada, se procederá a tratar de controlar o resolver la situación

aplicando los **protocolos de manejo que se tienen previamente establecidos** para el manejo de dichas complicaciones.

Si no se encuentra una respuesta adecuada al manejo, se establecerá que la situación ha superado la capacidad técnico científica disponible la ESE y que se requiere realizar una REFERENCIA del paciente a otro prestador cuya disciplina de salud y/o nivel de complejidad de la atención sea apropiado para tal manejo.

6. MARCO NORMATIVO Y CONCEPTUAL

- Este Manual se desarrolla teniendo en cuenta como marco de referencia la Constitución Política de Colombia de 1991 que reglamenta y orienta los niveles de atención en la prestación de los servicios de salud por las diferentes IPS, con los principios de universalidad, eficiencia y solidaridad. Así mismo se adoptan los principios de mantener la regulación, control y vigilancia de los servicios de salud, con la siguiente normatividad:

- Constitución Política de Colombia de 1991, Artículo 49. La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También, establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control. Así mismo, establecer las competencias de la Nación, las entidades territoriales y los particulares, y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la ley. Los servicios de salud se organizarán en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad. La ley señalará los términos en los cuales la atención básica para todos los habitantes será gratuita y obligatoria. Toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y la de su comunidad.

- Ley 100 de 1993, Artículo 159. Garantías De Los Afiliados. Se garantiza a los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud la debida organización y prestación del servicio público de salud, en los siguientes términos:

- La atención de los servicios del Plan Obligatorio de Salud del artículo 162 por parte de la Entidad Promotora de Salud respectiva a través de las Instituciones Prestadoras de servicios adscritas. La atención de urgencias en todo el territorio nacional.

- La libre escogencia y traslado entre Entidades Promotoras de Salud, sea la modalidad de afiliación individual o colectiva, de conformidad con los

procedimientos, tiempos, límites y efectos que determine el gobierno nacional dentro de las condiciones previstas en esta Ley.

- 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.

- La participación de los afiliados, individualmente o en sus organizaciones, en todas las instancias de asociación, representación, veeduría de las entidades rectoras, promotoras y prestadoras y del Sistema de Seguridad Social en Salud.

- Ley 100 de 1993, Artículo 162 Parágrafo 5o. Para la prestación de los servicios del Plan Obligatorio de Salud, todas las Entidades Promotoras de Salud establecerán un sistema de referencia y contrarreferencia para que el acceso a los servicios de alta complejidad se realizase por el primer nivel de atención, excepto en los servicios de urgencias. El gobierno nacional, sin perjuicio del sistema que corresponde a las entidades territoriales, establecerá las normas.

- Resolución 4331 de 2012 "adoptando entre otros, los formatos y procedimientos para la autorización de servicios de salud y el Manual Único de Glosas, Devoluciones y Respuestas a que deben sujetarse las relaciones entre las entidades responsables del pago y los prestadores de servicios de salud".

- Decreto reglamentario 1471 de 1990 "Por el cual se establece la estructura orgánica del Ministerio de Salud y se dictan las funciones de sus dependencias".

- Decreto 412 de 1992 "Por el cual se reglamenta parcialmente los servicios de urgencias y se dictan otras disposiciones".

- 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".

- Decreto 780 de 2016 "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".

- Decreto 4747 de 2007 Capítulo I Artículo 3. Definiciones; 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 contrarreferencia 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.

117

- Resolución 3100 de 2019: Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud y se adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud.

7. DEFINICIONES

Ambulancia De Transporte Asistencial Básico (TAB): Unidad móvil destinada al transporte de pacientes cuyo estado potencial o real de salud no precisa cuidado asistencial médico durante la atención y el transporte.

Ambulancia De Transporte Asistencial Medicalizado (TAM): Unidad móvil destinada al traslado de pacientes cuyo estado potencial o real implica riesgo y requiere equipamiento, material y personal médico durante la atención y el transporte.

Apoyo Diagnóstico: Conjunto de imágenes, laboratorios y medios (invasivos y no invasivos) definidos para cada especialidad que tengan por objeto contribuir a determinar el diagnóstico a partir del cual se elaborará el plan de manejo.

Apoyo Terapéutico: Conjunto de actividades y de procedimientos asistenciales que se prestan al usuario que tienen por objeto generar, mantener y mejorar la calidad de vida del paciente.

Atención Inicial De Urgencias: Acción realizada en una persona con patología de urgencia que tienda a estabilizarla en sus signos vitales, a realizarle un diagnóstico de impresión y a definirle un destino inmediato tomando como base el nivel de atención y el grado de complejidad de la entidad que realiza la atención inicial de urgencias.

Centro regulador de urgencias y emergencias (CRUE): El Centro Regulador de Urgencias y emergencias es un área administrativa operacional no asistencial dependiente del orden Departamental, Distrital, encargada de coordinar la utilización de los recursos de infraestructura, técnicos, científicos, humanos, traslado, comunicaciones e información de la red nacional de urgencias públicas y privadas, organismos de socorro y fuerza pública, en beneficio de la comunidad

Contrarreferencia: Es la respuesta que la IPS receptora de la referencia, dan a la Institución remitente. La respuesta puede ser la contra remisión del usuario con las debidas indicaciones a seguir o simplemente la información sobre la atención recibida por el usuario en la institución receptora, o el resultado, o el resultado de las solicitudes de ayuda diagnostica.

IPS Origen: Institución Prestadora de servicios donde se brinda la atención inicial de urgencias, donde a criterio del médico tratante se solicita manejo por una especialidad o un nivel de complejidad mayor.

IPS Receptora: Institución prestadora de servicios, donde es aceptado el pacientes para ser manejado de acuerdo a la solicitud durante el proceso de remisión.

Primer nivel de atención: Es el que requiere tecnología de baja complejidad, sencilla y simple de utilizar con el fin de atender problemas de salud de baja severidad, con recurso humano de tipo profesional, técnico y auxiliar.

Referencia: El envío de usuarios o elementos de ayuda diagnostica por parte de las instituciones prestadoras de servicios de salud a otras instituciones de salud para atención o complementación diagnostica.

Red de Urgencias: Conjunto articulado de unidades prestadoras de atención de urgencias (según su nivel de atención y su grado de complejidad) ubicado en un espacio poblacional concreto, con capacidad de resolución para la atención de las personas con patologías de urgentes y apoyado en las normas operativas, técnicas y administrativas expedidas por el Ministerio de Salud.

Red Prestación De Servicios: 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 contrarreferencia 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.

Servicio de Urgencias: Unidad que en forma independiente o dentro de una entidad que preste servicios de salud cuenta con los recursos adecuados (humanos, físicos y de dotación) que permitan la atención de personas con patología aguda y con riesgo inminente para su vida o su salud, acorde con el nivel de atención y el grado de complejidad previamente definidos y calificados por el Ministerio de Salud.

Segundo nivel de atención: Es el que requiere de tecnología de mediana complejidad que precisa de profesionales especializados para su utilización con el fin de atender problemas de salud de mediana severidad; la atención será brindada por profesionales especializados responsables de la prestación del servicio.
Traslado Primario en Ambulancia: Atención y/o traslado en ambulancias TAB o TAM que se realiza en y desde el sitio de ocurrencia del evento (residencia, vía pública, comercio, parques, etc.) hasta un centro asistencial en salud, que posea el nivel de atención y grado de complejidad pertinente para la condición actual o futura del paciente. Involucra la movilización del vehículo hasta su llegada al sitio de atención.

118

Traslado Secundario en Ambulancia: Atención y/o traslado en ambulancias TAB o TAM de un paciente manejado o controlado por personal de la salud complejidad den respuesta a las necesidades de salud.

Tercer nivel de atención: Es el que requiere tecnología de la más alta complejidad y personal especializado y subespecialidad responsable de la prestación del servicio.

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 inmediato y efectiva, tendiente a disminuir los riesgos de invalidez y muerte. (Decreto 412 de 1992).

Siglas

- ✓ **CRUE.** Centro Regulador de Urgencias y Emergencias.
- ✓ **EAPB.** Empresas Administradoras de Planes de beneficios
- ✓ **EPS.** Entidad Promotora de Salud
- ✓ **ESE.** Empresa Social del Estado
- ✓ **IPS.** Institución Prestadora de Servicios

8. RESPONSABLES

Médicos Generales, Personal de enfermería (enfermeras jefes y auxiliares), auxiliar de admisiones, conductores, y otros profesionales a cargo del proceso de atención en salud de la E.S.E. Hospital Santa Rosa de Tenjo.

9. GENERALIDADES

El Sistema 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.

La Ley 715 de 2001 en su artículo 54 determina que, "El servicio de salud a nivel territorial deberá prestarse mediante la integración de redes que permitan la articulación de las unidades prestadoras de servicios de salud, la utilización adecuada de la oferta en salud y la racionalización del costo de las atenciones en beneficio de la población, así como la optimización de la infraestructura que la soporta (...) La red de servicios de salud se organizará por grados de complejidad relacionados entre sí mediante un sistema de referencia y contrarreferencia que provea las normas técnicas y administrativas con el fin de prestar al usuario servicios de salud acordes con sus necesidades, atendiendo los requerimientos de eficiencia y oportunidad, de acuerdo con la reglamentación que para tales efectos expida el Ministerio de Salud".

El Gobierno Nacional, al regular aspectos relacionados con las relaciones entre prestadores de servicios de salud y las entidades responsables de pago, dispuso en el artículo 17 del Decreto 4747 de 2007 que el proceso de referencia y contrarreferencia, a través del cual se garantiza la calidad, accesibilidad, oportunidad, continuidad e integralidad de los servicios, se hará en función de la organización de la red de prestación de servicios definida por la entidad responsable del pago, pudiendo esta última apoyarse, para la operación de dicho proceso, en los Centros Reguladores de Urgencias, Emergencias y Desastres - CRUE.
La E.S.E Hospital Santa Rosa de Tenjo tiene en cuenta el papel fundamental del régimen de referencia y contrarreferencia el cual consiste en facilitar el acceso universal a los servicios de salud y la atención oportuna e integral a los usuarios mediante el desarrollo legal, técnico y administrativo del régimen como un componente de la red de servicios, teniendo en cuenta los componentes de transporte, información y comunicaciones en el área de influencia del municipio de Tenjo.

La Referencia y Contra referencia son un Conjunto de norma 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. Esto facilita la integralidad de la atención en salud para que de acuerdo a la necesidad de los usuarios se garanticen elementos de ayuda diagnóstica superiores de otros organismos de salud, de tal forma que se preste una atención oportuna y eficaz.
La finalidad de la red de referencia y contrarreferencia es facilitar la atención oportuna e integral del usuario, el acceso universal de la población al nivel de tecnología que se requiera de acuerdo a su necesidad y propender por una racional utilización de los recursos institucionales.

10. CONDICIONES GENERALES

La referencia y contrarreferencia se da en diferentes espacios y con necesidades diferentes, pero tienen un solo fin, que es la atención continua, integral, segura y de calidad del paciente su familia y la comunidad.

Entidades responsables del pago de servicios de salud
El diseño, organización, documentación del proceso de referencia y contrarreferencia y su operación 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 la 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.

119

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.

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.

Organización y operación de los centros reguladores de urgencias, y emergencias.

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 Departamental

El formato estandarizado de referencia de pacientes (ANEXO TECNICONo.9) debe ser diligenciado de forma clara y completa por el profesional de salud que realiza la atención y solicita la referencia

Las entidades que presten la atención inicial de urgencias remitirán al usuario cubierto por la seguridad social a la institución de salud correspondiente.
Todo usuario remitido de urgencias de la ESE Hospital Santa Rosa de Tenjo debe ser atendido por la entidad receptora previo llamado y comunicación entre instituciones para adecuar la infraestructura técnica, física y humana y poder brindar atención integral oportuna, eficiente y de manera ágil al usuario que lo requiere.

Los casos de pacientes con necesidad de remisión y/o traslado intrahospitalario y que no sean ubicados oportunamente en la red de la EPS (red adscrita, red alterna o red no contratada), deberán ser comentados al CRUE para apoyo en la ubicación en la red o prestación de servicio de ambulancias para el traslado.

En los casos en los que no se logre la remisión y el paciente está siendo tratado en alguna IPS de la red no contratada, se le puede seguir dando manejo, se deberá autorizar la continuidad de la atención en la IPS de origen. Si no pueden dar manejo se deberá insistir en la remisión escalando a la red según lo definido previamente,

dejando previamente los registros de todas las solicitudes y contestaciones realizadas.

11. SERVICIOS DE URGENCIAS

Referencia

Se constituye para la atención de pacientes que requieren servicios de urgencias, los siguientes lineamientos:

- Toda persona que llegue al Hospital con una patología que implique manejo clínico de urgencias debe ser atendido en este servicio y recibir las atenciones necesarias para proteger su vida y mejorar su pronóstico.
- En caso de requerir hospitalización se debe solicitar código de hospitalización en comunicación telefónica o a través de la página WEB de la EPS.
- El proceso de referencia se debe realizar a través de facturación que será la encargada de realizar la gestión de ubicar al usuario en una de las instituciones de la red de prestadores de acuerdo con su necesidad, donde se continuará la atención en forma integral.
- Si el usuario ingresa por urgencias y por disponibilidad de camas no es posible el ingreso a hospitalización, la IPS iniciará procedimiento de remisión contactando a la EPS a la que pertenece el paciente para solicitar su ubicación de acuerdo a la red establecida.
- Cuando el usuario requiera un examen de apoyo diagnóstico y terapéutico que el Hospital no tenga ofertado, se deberá entregar formato de referencia al servicio de facturación quien deberá iniciar el trámite de remisión. Y registrar la respectiva gestión.
- La responsabilidad del manejo y cuidado del paciente es del prestador remisor hasta que ingrese y sea recibido por la institución receptora.
- Cuando el transporte se realice en una ambulancia que no dependa de la IPS remisora, la entidad que tiene habilitado el servicio de transporte será responsable de la atención durante el mismo hasta la entrega del paciente en la entidad receptora definida por la entidad responsable del pago.
- Para la autorización de los eventos hospitalarios la IPS debe enviar el anexo técnico número vía correo electrónico y la EPS generara el anexo técnico número 4 según normatividad vigente
- Con el objetivo de garantizar la continuidad de la atención todo usuario que egrese de una atención hospitalaria debe contar con una epicrisis clínica del egreso con información del plan de manejo a seguir por parte del médico tratante a nivel ambulatorio.

Interconsulta

En caso de que se necesite realizar interconsulta, se diligenciará el formato estandarizado de referencia de pacientes (ANEXO TECNICONo.9), se envía el usuario para valoración especializada y de la misma manera el médico especialista

120

deberá dejar constancia en el formato de contra referencia de sus conceptos y/o apreciaciones sobre la patología del usuario interconsulta do.

Contrarreferencia
Si la **contrarreferencia viene del servicio de urgencias,** el usuario inmediatamente deberá ser valorado por el médico de turno del servicio de urgencias, para confirmar la condición y elaborar órdenes médicas en caso de necesidad. El formato estandarizado de contrarreferencia de pacientes (ANEXO TÉCNICO No.10) deberá ser anexado a la historia clínica del usuario.

Gestión desde el área de facturación
El área de facturación está integrada por un recurso humano y tecnológico capacitado para gestionar la operatividad del sistema de referencia y contra referencia. El médico tratante del usuario será el responsable de elaborar el formato de referencia con todos los datos del paciente y entregarlo oportunamente a facturación con el fin de iniciar la gestión de la referencia.

Dentro de las funciones encontramos:

- Referencia y Contra referencia institucional de pacientes de los servicios de urgencias, observación y hospitalización.
- Gestión de ayudas diagnosticas o terapéuticas para el paciente hospitalizado, de urgencias o de observación
- Gestión y autorización de ambulancias propias o de las EAPB.

El área de facturación de urgencias laborará las 24 horas del día, de manera ininterrumpida en el curso del año y las solicitudes de remisión se inician tan pronto se reciba la información.

Todas las referencias se registrarán en matriz control de Excel en medio magnético, llamada "CUADRO DE REFERENCIA", la cual es diligenciada por cada uno de los facturadores.

Los canales de contacto son: correo electrónico hospitalsantarosadetenjo@gmail.com, línea directa 8646415, línea celular 310 8548104.

Descripción del procedimiento de referencia en el servicio de urgencias

Qué	Cómo	Cuando	Para qué	Por qué
Solicitar servicio de referencia	Revisando Formato de Referencia entregado por el Médico Tratante	Se necesite la atención de salud en un nivel superior	Prestar un servicio integral al paciente	El paciente necesita atención de especialistas
Validar estado de afiliación de servicios (portabilidad)	Revisando en Base de Datos de las EAPB del usuario	Se necesite solicitar autorización	Prestar servicio integral al paciente en servicio de mayor nivel de complejidad	El médico tratante solicita consulta en mayor nivel de complejidad para continuar tratamiento
Validar tipo de especialidad y Red de servicios	Revisando Red de servicios enviada por la EAPB	El paciente tenga el formato de referencia debidamente diligenciado y firmado	Solicitar su ingreso a un Hospital o Clínica de mayor nivel de complejidad	El médico tratante solicita consulta en mayor nivel de complejidad para continuar tratamiento
Realizar cadena de llamadas solicitando referencia de pacientes	Realizando llamadas a la EAPB a la que pertenece el paciente	Se ha verificado la Red de servicios de la EAPB a la que pertenece el paciente	Buscar sitio de ubicación del paciente en nivel de mayor complejidad	Se necesita continuar con el tratamiento integral del paciente
Informar aceptación de Paciente SI. Notificar a la EAPB de origen del paciente su aceptación	Informando inmediatamente la aceptación del paciente al Médico Tratante	Una vez es aceptado por la IPS receptora	Iniciar los trámites de traslado del paciente	Se debe elaborar y consolidar toda la documentación necesaria para el Traslado del paciente
NO. Notificar al Ente Territorial la demora en referencia de pacientes	Enviando datos del paciente pendiente de remisión al CRUE	No se logre conseguir aceptación en las IPS informadas como parte de la Red de las EAPB	El CRUE tenga conocimiento del incumplimiento por parte de las EAPB sobre la insuficiencia de la Red contratada por éstas	Debe quedar registro de los inconvenientes presentados para remisión de pacientes y la gestión realizada por la ESE.
Programar ambulancia propia o solicitar a EAPB ambulancia para traslado	Solicitando autorización del servicio de ambulancia o envío de ambulancia por	Una vez se logre conseguir aceptación de remisión	Se logre el cobro del servicio por parte de la ESE en caso de ser autorizada.	Es un paso necesario para facturar el servicio prestado. De lo contrario puede ser glosado.

	parte de la EAPB			
Dar Egreso al paciente por parte de facturación	Entregando documentación a tripulantes de ambulancia	Una vez se tenga autorizado el traslado	Entregar documentos e Historia Clínica del paciente remitido	Se debe entregar el diagnóstico de egreso del paciente con todos los soportes paraclínicos necesarios para su atención en otro nivel

1. Una vez es aceptado el paciente en la red se notifica a la EPS de origen.
2. Programación y autorización de ambulancia.
3. Verificación de servicios a la EPS de destino.

Toda referencia incluye el intercambio de información, el apoyo técnico-administrativo y la supervisión y análisis periódicos de la dinámica y funcionamiento de la red asistencial. Este intercambio de información se debe extender a los subprocesos involucrados en la organización de forma oportuna.

Son prioridad inmediata las remisiones de niños y maternas. Para cada situación, se evalúa la severidad del caso y se determina la prioridad que debe darse con respecto a las demás solicitudes.

En todos los casos se inicia tramite con la red contratada, en caso de no ubicación de la paciente se comenta a red no contratada y en caso de no ubicación se solicita apoyo al Centro Regular de Urgencias y Emergencias del Municipio y/o departamento de localización de la paciente para ubicación en la red pública.

Documentos soportes de la referencia

Los documentos que deben incluirse para la referencia del paciente son:

- Remisión con firma y sello del médico tratante
- Copia del carné de afiliación a EPS, ARS, ARL, Carné de Vinculado
- Copia del documento de identificación: Cédula de ciudadanía, tarjeta de identidad o registro civil de nacimiento.

En caso de **Accidente de tránsito,** además de los documentos anteriores, se debe anexar:

- Copia del croquis del accidente o reporte de accidente de la policía de tránsito.
- Fotocopia de póliza del SOAT vigente
- Fotocopia de FUSOAT y Certificado de atención a víctima de accidente de tránsito.

- Fotocopia de licencia(s) de conducción
- Fotocopia de tarjeta de propiedad del vehículo(s)

En caso de **Accidente de trabajo,** además de los documentos inicialmente enunciados, se debe anexar:

- Copia del reporte de accidente de trabajo, diligenciado por la empresa y sellada por el médico tratante del Hospital.

Registros

- Formato Registro cadena de llamadas. (Matriz existente en el servicio de urgencias)
- Matriz control de referencia de pacientes (Archivo en Excel en computadores de Urgencias)

Articulación con el CRUE

1. Atención Prehospitalaria en urgencias y emergencias
2. Apoyo en la gestión de riesgo para la prevención y atención de emergencias y desastres en el sector salud.

Mecanismos tecnológicos e Insumos necesarios para el proceso de referencia y contra referencia.

Teléfono/fax: números: ESE Hospital santa Rosa de Tenjo Cel. 310 8548104 línea directa 8646415.
Sistema de Información:
Internet para la verificación de derechos en bases de datos, FOSYGA, DNP, BDUA
Correo electrónico de referencia institucional: hospitalsantarosadetenjo@gmail.com
Radioteléfono
Vehículos transporte para pacientes: 2 ambulancias TAB
Conductores certificados en primeros auxilios.
Auxiliares en servicios de salud con certificación de soporte vital básico.
Manual de referencia y contra referencia.
Historia clínica.
Papelería.

Personal responsable:

- ✓ Personal área de admisiones.
- ✓ Profesional médico.
- ✓ Técnico en salud y/o profesional médico disponible para el traslado del paciente.
- ✓ Conductor de turno o disponibilidad

Documentos necesarios para el traslado del paciente (Paquete de documentos).

Los documentos que deben incluirse para la remisión del paciente son:

- El formato Régimen de referencia y contra referencia en original.
- Copa del documento de identificación:
- Cédula de ciudadanía
- Tarjeta de identidad
- Registro civil de nacimiento.
- Cedula de extranjería y/o pasaporte.
- Copia del carnet de afiliación a la EAPB, si lo tiene.
- EPICRISIS o resumen de historia clínica.
- Copia de resultados de laboratorio clínico, resultado de ecografía, si se tiene.
- Placas de exámenes de radiología.

Documentación adicional SOAT

- Copia del reporte de accidente de tránsito por la autoridad competente (policía de tránsito).
- Fotocopia de póliza del SOAT vigente
- Fotocopia de FURIPS y Certificado de atención a víctima de accidente de tránsito.
- Fotocopia de licencia(s) de conducción
- Fotocopia de tarjeta de propiedad del vehículo(s)
- Fotocopia de revisión tecno mecánica.
- Fotocopia de los documentos de identificación del conductor del vehículo y del paciente lesionado.
- Factura de cobro de la E.S.E.

Registros médicos en el traslado de ambulancia

- Formatos record de traslado en ambulancia.
- Régimen de Referencia y Contra referencia Servicio de Ambulancia.

Los cuales deben ser diligenciados por el personal técnico de salud o profesional médico responsable del paciente en el traslado y anexados a la historia clínica del paciente.

Además se cuenta con la bitácora de traslado del vehículo de ambulancia donde se registra:

- Nombres y apellidos completos del paciente trasladado.
- Fecha y hora de origen.
- Destino del servicio.
- Tipo de servicio.
- Nombre del personal que atiende el servicio.
- Evolución y procedimientos durante el traslado o atención a los pacientes en el servicio.

Estabilización del paciente previo traslado.

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 Contra referencia 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 y un integrante de su núcleo familiar. Es necesario que la institución referente, utilice los servicios de CRUE, Centro Regulador de Urgencias y emergencias, para hacer ágil el funcionamiento del sistema de referencia y contra referencia.

12. SERVICIOS AMBULATORIOS

Interconsultas

La solicitud del servicio de interconsulta desde el área ambulatoria de la misma forma se diligenciará el formato estandarizado de referencia de pacientes (ANEXO TECNICONo.9).

La ESE Hospital Santa Rosa De Tenjo, no realiza interconsultas vía telefónica o radiotelefónica.

Las patologías objeto de referencia en la ESE Hospital Santa Rosa De Tenjo, Desde cualquier tipo de servicio que oferta la institución, están orientadas, basadas y sustentadas en las diferentes guías de manejo y atención adoptadas por la empresa. El profesional de la salud quien realiza la atención y solicita la referencia y/o interconsulta, será responsable de la aplicación con criterio clínico de las guías de manejo medico al igual que dejara constancia en la historia clínica y en la referencia de los motivos que llevaron a ésta.

Se contará con la información sobre los diferentes organismos que conformen la Red de Servicios de Salud, disponibles en nuestro Departamento, que permita la oportuna y adecuada referencia de usuarios y de elementos de ayuda diagnostica.

La remisión y transporte de elementos biológicos, y muestras del ambiente para diagnostico se harán de conformidad con las normas técnicas específicas para su manejo.

Para la remisión de los usuarios se debe realizar en primera instancia con las instituciones del subsector oficial, sin detrimento de los contratos establecidos, con las otras instituciones del subsector privado y de seguridad social o de acuerdo a la red que contemple la respectiva EPS.

Los organismos que soliciten apoyo tecnológico a otra institución deben identificar y justificar la necesidad de transferencia de recursos, cumpliendo con las normas administrativas y fiscales.

Para monitorización del proceso se llevan indicadores del proceso: oportunidad (tiempo de aceptación, tiempo de traslado), volumen, porcentaje de cancelación, disgregado por IPS de origen y destino.

En el contexto ambulatorio la comunicación del equipo médico con los especialistas de la red debe ser permanente y en doble vía. El profesional del área asistencial puede solicitar un concepto médico, una interconsulta o una remisión ante una duda, confirmación del diagnóstico o manejo del paciente. En todos los casos debe realizarse formalmente en los elementos definidos en la historia clínica, para tal fin a su vez debe registrarse en la historia clínica el concepto que soporte la decisión tomada.

Referencia

Procedimiento por el cual el equipo médico requiere que la continuidad del manejo del paciente sea realizada por médico especialista ya que no puede continuarse el manejo en el nivel de complejidad del que está siendo manejado el paciente. Esta referencia se realizará por escrito en la Historia Clínica, donde se deberá registrar los hallazgos del paciente, las conclusiones y el requerimiento puntual por el cual se remite, el manejo recibido y la solicitud explicita del manejo requerido. En el momento que el paciente es estabilizado o solucionado el requerimiento y sea dado de alta será contra referido al Médico tratante para continuar con el manejo integral, con las recomendaciones pertinentes y un resumen de la atención realizada para documentar al médico en la continuidad del manejo.

Contrarreferencia

En los servicios ambulatorios la contrarreferencia incorpora dos momentos:

1. ***La respuesta inicial o retorno***: Cuando el paciente recibe la atención, se contra remite al Médico Personal informando que fue atendido, se confirma o descarta la hipótesis o duda diagnóstica, se dan recomendaciones y el plan de tratamiento.

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

En todo momento el documento oficial para el registro tanto de la referencia y los requerimientos de manejo del paciente como la contrarreferencia y la respuesta de manejo deberán realizarse por historia clínica y dejar debidamente registrado.

Los datos de la contrarreferencia del usuario deberán registrarse en el formato estandarizado "contrarreferencia de pacientes" (ANEXO TÉCNICO No.10) y debe ser diligenciado de forma clara y completa por el profesional responsable de la atención (médico especialista).

Si la contrarreferencia viene del servicio ambulatorio, la ESE asignará cita con médico general para continuar con el control y seguimiento de acuerdo a las recomendaciones impartidas por el médico especialista.

Descripción del procedimiento de referencia en servicios ambulatorios

Qué	Cómo	Cuando	Para qué	Por qué
Verificar servicio de referencia	Revisando Formato de Referencia entregado por el Médico Tratante en consulta externa	Se necesite la atención de salud en un nivel superior para continuar tratamiento	Prestar un servicio integral al paciente	El paciente necesita atención de especialistas
Registrar la Referencia	Registrando todos los datos del formato en la matriz control de referencias de Consulta Externa	El paciente egrese de cualquier servicio de consulta externa	Llevar el control de las especialidades más solicitadas por médicos tratantes	Se puede considerar el tema de contratar la especialidad por el hospital
Informar al paciente procedimiento a seguir	Informando a donde se debe dirigir en caso de necesitar autorización del servicio	Siempre que el paciente tenga una solicitud de referencia	Dar información clara de los pasos a seguir para continuar con el tratamiento	Se debe informar claramente los pasos para obtener una atención integral a su dolencia

124

13 ACCIONES DE CONTROL

No	Riesgo	Punto de Control
1	Financiero. Riesgo de glosa de la atención por falta Notificación de la atención de urgencias al pagador posterior al ingreso al servicio de urgencias.	Evidencia de notificación al pagador.
2	Legal. Soportar las evidencias de elaboración de Triage, formatos de Historia clínica, formatos de remisión y traslado de paciente.	Verificación de firmas de los soportes.
3	Científico. Demora en el diagnostico o en la identificación del paciente que requiere remisión a tercer o segundo nivel.	Reporte de enfermería de la llegada de ayudas diagnósticas, cambio del estado clínico al médico tratante.

14 INDICADORES

No	Nombre	Descripción
1	% de pacientes remitidos.	Número de pacientes remitidos /Total de pacientes atendidos en el puesto de salud

15. CONTROL DE REGISTROS

No.	Nombre
1	Transporte en ambulancia
2	Récord de traslado en ambulancia

16 DOCUMENTOS RELACIONADOS

- Protocolo de lavado de manos
- Protocolo de atención al paciente agitado
- Manejo de urgencias de atención en paciente con intento de suicidio y síndrome de abstinencia a sustancias psicoactivas.
- Manual de Historia Clínica
- Protocolo de identificación de pacientes
- Protocolo manejo y prevención de caídas

17 VALIDACIÓN

DETALLE	RESPONSABLE	FECHA
ACTUALIZÓ	Rossy Zapata Jefe de servicio	Septiembre 2021
REVISÓ	Dayanni Preciado García Líder Calidad	Septiembre 2021
VALIDÓ	Martha Milena Ramírez Balamba Subgerente Científica	Septiembre 2021
APROBÓ	Jorge Francisco Sánchez Caicedo Gerente	Septiembre 2021