

 ADMINISTRACIÓN DEL SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN (MECI - CALIDAD)	SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN MECI – CALIDAD) ANEXO 9 PROCESO DE REFERENCIA Y CONTRA REFERENCIA		 La salud es de todos Minsalud
VERSIÓN: 2.0	CÓDIGO: APAJUOAJFO15	FECHA ACTUALIZACIÓN: DICIEMBRE 19 DE 2014	PÁGINA 1 DE 20



PROCESO DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA 2019

 ADMINISTRACIÓN DEL SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN (MECI - CALIDAD)	SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN MECI – CALIDAD) ANEXO 9 PROCESO DE REFERENCIA Y CONTRA REFERENCIA		 La salud es de todos Minsalud
VERSIÓN: 2.0	CÓDIGO: APAJUOAJFO15	FECHA ACTUALIZACIÓN: DICIEMBRE 19 DE 2014	PÁGINA 2 DE 20

CONTROL DE CAMBIOS			
Versión	Fecha y acto administrativo que lo adopta	Cambio	Solicitante
01		Anexo 4.10 Protocolo de Referencia y Contrareferencia	Luz Elena Gutiérrez Suarez
02		Proceso de Referencia y Contrareferencia 2019	Luz Elena Gutiérrez Suarez Maira Alejandra Gutiérrez Arcila

 ADMINISTRACIÓN DEL SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN (MECI - CALIDAD)	SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN MECI – CALIDAD) ANEXO 9 PROCESO DE REFERENCIA Y CONTRA REFERENCIA		 La salud es de todos Minsalud
VERSIÓN: 2.0	CÓDIGO: APAJUOAJO15	FECHA ACTUALIZACIÓN: DICIEMBRE 19 DE 2014	PÁGINA 3 DE 20

TABLA DE CONTENIDO

PROCESO DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA 2019

I. INTRODUCCION	4
II. DEFINICIONES	4
A. PROCESO DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	4
B. NIVELES DE ATENCIÓN	4
C. REMISIÓN	5
D. INTERCONSULTA	5
III. COMPONENTES DEL PROCESO DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	5
IV. OBJETIVOS	5
A. GENERAL	5
B. ESPECIFICOS	6
V. MARCO NORMATIVO	6
VI. FUNCIONAMIENTO DEL PROCESO DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	8
A. CENTROS DE ATENCIÓN	9
B. PROCESO BASICO	9
C. GASTOS DE DESPLAZAMIENTO	11
1. Usuarios Programa Ferrocarriles POS y PAC y Puertos POS:	11
2. Usuarios Programa Puertos PAC:	12
D. ATENCIÓN DE URGENCIAS	13
E. REFERENCIA Y CONTRA REFERENCIA RUTA MATERNO PERINATAL	15
VII. INDICADORES DEL PROCESO DE REFERENCIA Y CONTRA REFERENCIA	16
A. FICHA TÉCNICA INDICADORES	16

 ADMINISTRACIÓN DEL SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN (MECI - CALIDAD)	SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN MECI – CALIDAD) ANEXO 9 PROCESO DE REFERENCIA Y CONTRA REFERENCIA		 La salud es de todos Minsalud
VERSIÓN: 2.0	CÓDIGO: APAJUOAJFO15	FECHA ACTUALIZACIÓN: DICIEMBRE 19 DE 2014	PÁGINA 4 DE 20

PROCESO DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA 2019

I. INTRODUCCION

Teniendo en cuenta que el Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia realiza la prestación integral de los servicios de salud a sus afiliados y beneficiarios a través de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud contratadas en zonas geográficamente establecidas, los cuales brindan la atención de los diferentes niveles de complejidad, sin requerir autorización por parte de la EPS adaptada para la remisión y traslado de usuarios entre estos; es responsabilidad del Fondo la verificación de la existencia y aplicación del Proceso de Referencia y Contrareferencia por parte de cada una de las IPS contratadas, el cual debe permitir el cumplimiento de los parámetros de atención establecidos por el Fondo en los términos de referencia de la contratación.

Para garantizar a los usuarios el cumplimiento por parte de las IPS contratadas del Proceso de Referencia y Contrareferencia, el Fondo ha definido en el presente documento las condiciones mínimas que debe implementar cada una, las cuales son revisadas y evaluadas permanentemente dentro del Modelo Integral de Auditoría Médica.

II. DEFINICIONES

A. PROCESO DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

El Proceso de Referencia y Contrareferencia es el conjunto de instituciones, normas y procedimientos que permiten el traslado de usuarios, muestras para realización de estudios, diagnósticos y reportes de los mismos entre un nivel de atención y otro y entre un prestador de servicios de salud y otro, con el objetivo de garantizar la accesibilidad, oportunidad y seguimiento en la atención de pacientes que necesitan atención en un nivel o sitio diferente, según la complejidad de las patologías y la capacidad resolutive de los diferentes prestadores de servicios de salud.

B. NIVELES DE ATENCIÓN

Se denomina niveles de atención al conjunto de IPS agrupadas según su complejidad para atender determinado paquete de patologías de un grado de dificultad de atención similar.

 ADMINISTRACIÓN DEL SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN (MECI - CALIDAD)	SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN MECI – CALIDAD) ANEXO 9 PROCESO DE REFERENCIA Y CONTRA REFERENCIA		 La salud es de todos Minsalud
VERSIÓN: 2.0	CÓDIGO: APAJUOAJFO15	FECHA ACTUALIZACIÓN: DICIEMBRE 19 DE 2014	PÁGINA 5 DE 20

C. REMISIÓN

Es el procedimiento administrativo asistencial mediante el cual se transfiere el cuidado de un paciente 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.

D. INTERCONSULTA

Es la solicitud expedida por el profesional de la salud responsable de la atención de un paciente a otros profesionales del área, quienes emiten juicios, orientaciones y recomendaciones sobre la conducta a seguir en determinados pacientes, sin asumir la responsabilidad directa de tratantes, es decir, no hay en este aspecto transferencia de responsabilidad por parte del profesional tratante.

III. COMPONENTES DEL PROCESO DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

El Proceso de Referencia y Contrareferencia de pacientes, lo conforman los siguientes componentes:

- Afiliados a los servicios de salud del Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia.
- Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud contratadas por el Fondo para la prestación integral de los servicios de salud de los afiliados.
- Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud propias y subcontratadas por las IPS contratadas por el Fondo de primer, segundo y tercer nivel de complejidad.
- Coordinadores médicos y/o administrativos de las IPS contratadas por el Fondo en cada una de las localidades de prestación de servicios de salud, encargados de coordinar el traslado de usuarios, muestras para estudios diagnósticos y reporte de los mismos.
- Vehículos para transporte de pacientes (propios o subcontratados por las IPS).
- Red de comunicaciones.
- Formatos del Proceso de Referencia y Contrareferencia de pacientes (Anexo Técnico 9 y 10 Resolución 4331 de 2012).
- Procedimiento documentado del Proceso de Referencia y Contrareferencia.
- Médicos Auditores del Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales.

IV. OBJETIVOS

A. GENERAL

 ADMINISTRACIÓN DEL SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN (MECI - CALIDAD)	SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN MECI – CALIDAD) ANEXO 9 PROCESO DE REFERENCIA Y CONTRA REFERENCIA		 La salud es de todos Minsalud
VERSIÓN: 2.0	CÓDIGO: APAJUOAJFO15	FECHA ACTUALIZACIÓN: DICIEMBRE 19 DE 2014	PÁGINA 6 DE 20

Garantizar a los usuarios de servicios de salud del Fondo a través de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud contratadas, el acceso oportuno a la prestación de los servicios de salud en cada uno de los niveles de atención y de intervención, según los requerimientos individuales de cada paciente.

B. ESPECIFICOS

1. Verificar dentro de la Red de Prestadores de Servicios de Salud de cada región geográfica, la existencia del recurso humano, físico y tecnológico que garantice la atención en todos los niveles de complejidad, tanto ambulatoria como hospitalaria.
2. Verificar la existencia de Proceso de Referencia y Contrareferencia en cada una de las IPS contratadas por el Fondo.
3. Verificar el conocimiento y aplicación de los procesos del Proceso de Referencia y Contrareferencia por parte de las personas directamente involucradas en la atención de los usuarios en cada uno de los puntos de atención.
4. Verificar la integración existente entre las IPS que conforman la red de servicios de cada contratista del FPSFCN y el nivel de respuesta de cada una de ellas según su nivel de complejidad.
5. Verificar la disponibilidad de medios de transportes oportunos y adecuados cuando se requieran.
6. Asegurar la atención de urgencias de los usuarios.
7. Verificar que se realicen las Contrareferencias al primer nivel de atención y asegurar que se hagan los controles y seguimientos respectivos.

V. MARCO NORMATIVO

NORMATIVIDAD	CONCEPTO
Ley Estatutaria 1751 de 2015	La presente ley tiene por objeto garantizar el derecho fundamental a la salud, regularlo y establecer sus mecanismos de protección.
Ley 019 de 2012 (Ley Antitramites) - Artículo 125	AUTORIZACIONES DE SERVICIOS DE SALUD. Las Entidades Promotoras de Salud, EPS, tendrán la obligación de contar con sistemas no presenciales para autorizar los servicios de salud, de tal forma que el afiliado no tenga que presentarse nuevamente para recibir la misma. En ningún caso las autorizaciones podrán exceder los cinco (5) días hábiles contados a partir de la solicitud de la autorización. De igual forma, las EPS contarán con sistemas

 FONDO DE PASIVO SOCIAL FERROCARRILES NACIONALES DE COLOMBIA ADMINISTRACIÓN DEL SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN (MECI - CALIDAD)	SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN MECI – CALIDAD) ANEXO 9 PROCESO DE REFERENCIA Y CONTRA REFERENCIA		 La salud es de todos Minsalud
VERSIÓN: 2.0	CÓDIGO: APAJUOAJFO15	FECHA ACTUALIZACIÓN: DICIEMBRE 19 DE 2014	PÁGINA 7 DE 20

	de evaluación y seguimiento de los tiempos de autorización que deberán reportarse a la Superintendencia Nacional de Salud y publicarse periódicamente en medios masivos de comunicación. El incumplimiento de esta disposición acarreará las sanciones previstas en la ley.
Ley 1384 de 2010 - Artículo 14	Ley Sandra Ceballos, por la cual se establecen las acciones para la atención integral del cáncer en Colombia. Artículo 14. SERVICIO DE APOYO SOCIAL. Los beneficiarios de la misma tendrán derecho, cuando así lo exija el tratamiento o los exámenes de diagnóstico, a contar con los servicios de un Hogar de Paso, pago del costo de desplazamiento, apoyo psicosocial y escolar, de acuerdo con sus necesidades, certificadas por el Trabajador Social o responsable del Centro de Atención a cargo del paciente.
Decreto 730 de 2016 - Capítulo 2	Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social. Capítulo 2. Atención de urgencias, emergencias y desastres.
Decreto 2353 de 2015	Por el cual se unifican y actualizan las reglas de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, se crea el Sistema de Afiliación Transaccional y se definen los instrumentos para garantizar la continuidad en la afiliación y el goce efectivo del derecho a la salud.
Decreto 1383 de 2013	Por el cual se adopta el Plan Decenal para el Control del Cáncer en Colombia, 2012-2021.
Decreto 4747 de 2007 - 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 pacientes 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.
Decreto 41 de 1993	Por el cual se fijan las escalas de viáticos.
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. SERVICIO DE URGENCIAS. Servicio responsable de dar atención a las alteraciones de la integridad física, funcional y/o psíquica por cualquier causa con diversos grados de severidad, que comprometen la vida o funcionalidad de la persona y que requiere de la presentación inmediata de servicios de salud, a fin de conservar la vida y prevenir consecuencias críticas presentes o futuras. El servicio debe ser prestado las 24 horas al día.
Resolución 3280 de 2'18	Por medio de la cual se adoptan los lineamientos técnicos y

 FONDO DE PASIVO SOCIAL FERROCARRILES NACIONALES DE COLOMBIA ADMINISTRACIÓN DEL SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN (MECI - CALIDAD)	SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN MECI – CALIDAD) ANEXO 9 PROCESO DE REFERENCIA Y CONTRA REFERENCIA		 La salud es de todos Minsalud
VERSIÓN: 2.0	CÓDIGO: APAJUOAJFO15	FECHA ACTUALIZACIÓN: DICIEMBRE 19 DE 2014	PÁGINA 8 DE 20

	operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal y se establecen las directrices para su operación.
Resolución 4331 de 2012 – Anexo Técnico N° 4 Formato único de autorización de servicios	Este formato tiene por objeto estandarizar la información que debe diligenciar la entidad responsable del pago al prestador de servicios de salud cuando emite una autorización.
Resolución 4331 de 2012 – Anexo Técnico N° 9 Formato estandarizado de referencia de pacientes	Este formato tiene por objeto identificar y presentar un resumen de historia clínica del paciente que a juicio del profesional tratante se debe remitir para atención o complementación diagnóstica que, de acuerdo con el nivel de resolución, de respuesta a las necesidades de salud, de manera que el prestador receptor conozca la información clínica del paciente. Debe ser diligenciado por el funcionario por el funcionario que designe la entidad responsable del pago.
Resolución 4331 de 2012 – Anexo Técnico N° 10 Formato estandarizado de contrareferencia de pacientes	Este formato tiene por objeto registrar la información clínica relacionada con la atención resultado de una remisión, para garantizar la continuidad de la atención.
Resolución 3047 de 2008 - Anexo Técnico No. 2 Formato para el informe de la atención inicial de urgencias	Este formato tiene por objeto estandarizar la información que deben remitir los prestadores de servicios de salud a las entidades responsables del pago cuando se presta a un paciente el servicio de atención inicial de urgencias. Debe ser diligenciado por el funcionario que designe el prestador, una vez el médico tratante haya establecido la impresión diagnóstica y definido el destino del paciente.
Resolución 3047 de 2008 - Anexo Técnico No. 3 Formato para la solicitud de autorización de servicios posteriores a la atención inicial de urgencias	Este formato tiene por objeto estandarizar la información que deben enviar los prestadores de servicios de salud a las entidades responsables del pago para solicitar autorización de servicios si en el acuerdo de voluntades se tiene establecido como requisito la autorización. El formato se utilizará en los siguientes casos: a. Cuando el paciente al que le han prestado un servicio de atención inicial de urgencias, requiere la prestación de servicios adicionales. b. Para solicitar una autorización adicional cuando se requiera ampliar la autorización inicial, sea en urgencias o en hospitalización (Ley Estatutaria 1751 de 2015). c. Solicitud de servicios electivos.

VI. FUNCIONAMIENTO DEL PROCESO DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

Teniendo en cuenta que cada IPS contratada en la zona geográfica deberá adoptar el Proceso de Referencia y Contrareferencia del FPSFCN para la atención de sus usuarios, para lo cual en el presente documento el Fondo determina las condiciones que debe cumplir cada Contratista para garantizar el acceso oportuno y adecuado de los usuarios.

 ADMINISTRACIÓN DEL SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN (MECI - CALIDAD)	SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN MECI – CALIDAD) ANEXO 9 PROCESO DE REFERENCIA Y CONTRA REFERENCIA		 La salud es de todos Minsalud
VERSIÓN: 2.0	CÓDIGO: APAJUOAJFO15	FECHA ACTUALIZACIÓN: DICIEMBRE 19 DE 2014	PÁGINA 9 DE 20

A. CENTROS DE ATENCIÓN

Los servicios de salud integrales se prestarán a través de la Red de Servicios de cada IPS contratada por el Fondo, la cual estará conformada por instituciones y profesionales que cumplan los requisitos establecidos para desempeñarse como prestadores de servicios de salud y/o profesionales independientes. Para garantizar la disponibilidad de los recursos, el Fondo ha definido los requerimientos mínimos en recursos físicos, humanos y tecnológicos para cada localidad según los servicios habilitados y al demanda definida, que se conforman en una Red Integrada de Prestadores de Servicios de Salud (RIPSS) con un Componente Primario y un Componente Complementario, que garantiza todos los servicios requeridos por el usuario, bien sea en su punto de atención o a través del proceso de referencia en la localidad más cercana, y realizará verificación permanente de la red ofertada por cada IPS contratada.

En los casos en que el usuario requiera un servicio que no existe en el punto de atención que le corresponde, será remitido al punto de atención de la red de mayor complejidad más cercano.

B. PROCESO BASICO

Las IPS Contratadas por el FPSFCN deben contar con el componente primario de red en todas las localidades, según los servicios habilitados, que garantice el acceso a los servicios básicos de medicina general, odontología general y urgencias, los cuales serán la puerta de entrada. De igual manera, todos los servicios definidos por el Fondo en el componente primario se deberán garantizar en los puntos de atención establecidos, si se encuentran habilitados. Solamente podrán remitirse fuera del punto de atención los servicios del componente primario que no estén habilitados en la localidad, o, aquellos que, por tratarse de servicios únicos, no sea posible su contratación, lo cual será verificado por el Fondo. En todos los casos la remisión a servicios no existentes en la localidad, deberá realizarse al punto de atención más cercano que cuente con el servicio habilitado.

Para los niveles subsiguientes el paciente deberá ser remitido por un profesional de la medicina, utilizando el formato de referencia, que como mínimo debe contener la identificación del paciente, el resumen de la historia clínica, el diagnóstico presuntivo, los tratamientos y resultados de los exámenes complementarios previos, el motivo de la remisión y la especialidad o servicio a que se refiere el paciente.

Si se trata de una especialidad en el mismo punto de atención donde reside el usuario prestada directamente por el contratista, este debe dirigirse al sitio de asignación de citas de la localidad con la respectiva remisión y solicitar la cita con la especialidad o servicio al que se remitió. No se requiere autorización previa por parte del Contratista y/o del Fondo para la referencia.

Si se trata de una especialidad existente en la localidad en red externa o en una localidad de mayor complejidad, el usuario se dirigirá a la Coordinación Médica del Contratista o al Área de Atención al Usuario en la localidad, entregando el formato de referencia, para que esta oficina

 ADMINISTRACIÓN DEL SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN (MECI - CALIDAD)	SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN MECI – CALIDAD) ANEXO 9 PROCESO DE REFERENCIA Y CONTRA REFERENCIA		 La salud es de todos Minsalud
VERSIÓN: 2.0	CÓDIGO: APAJUOAJFO15	FECHA ACTUALIZACIÓN: DICIEMBRE 19 DE 2014	PÁGINA 10 DE 20

realice la consecución de la cita y entregue la respectiva orden, debidamente diligenciada para su atención. En ningún caso se aceptará que sea el usuario quien deba realizar este trámite.

Para todos los servicios de apoyo diagnóstico y terapéutico y demás complementarios de baja complejidad, deberán generarse las órdenes al proveedor externo directamente desde la consulta, sin requerir autorización posterior. Solamente podrá requerirse trámite de autorización para los servicios de mediana y alta complejidad, así como los servicios y procedimientos de alto costo, aplicando las disposiciones para trámite de autorización establecidas en este documento.

Las órdenes de remisión a servicios en red externa deberán ser entregadas en el momento de presentación del usuario, de lo contrario, se implementarán canales de remisión electrónicos, que permitan el acceso del usuario a las mismas sin realizar desplazamientos innecesarios a los puntos de atención.

Igualmente, la orden expedida por el contratista contendrá la información necesaria para que el usuario pueda acudir directamente a la IPS donde será atendido, sin tener que realizar trámites previos en la localidad a la cual fue remitido.

Para el caso de servicios quirúrgicos, una vez radicada la orden por parte del usuario se deberán generar automáticamente la fecha y número de radicado. Una vez radicada la orden, y dentro de los cinco días siguientes, se deben generar las ordenes de laboratorios pre quirúrgicos requeridos (siempre que no sean de baja complejidad que no requieren autorización) y las citas de valoración pre quirúrgica requeridas.

El Contratista tendrá la obligación de contar con sistemas no presenciales para autorizar los servicios de salud de mediana y alta complejidad, de tal forma que el afiliado no tenga que presentarse nuevamente para recibir la misma. En ningún caso la expedición y remisión de las autorizaciones podrá exceder los cinco (5) días hábiles contados a partir de la solicitud de la autorización. De igual forma, el Contratista contará con sistemas de evaluación y seguimiento de los tiempos de autorización que deberán reportarse a la Superintendencia Nacional de Salud y publicarse periódicamente en medios masivos de comunicación. Este sistema será evaluado en forma permanente por el equipo de auditoría del Fondo, para garantizar el cumplimiento de lo establecido en el (Artículo 125 de la Ley 019 de 2012 - Ley Antitramites).

Para la remisión a servicios de mayor complejidad, dentro o fuera del punto de atención del usuario, se deberán respetar en todos los casos los tiempos de asignación de citas o realización de procedimientos definidos en el Modelo de Atención Integral en Salud del Fondo (MIAS FPSFCN).

Los contratistas no podrán implementar juntas de evaluación o autorizaciones adicionales para generar las ordenes de servicios, salvo en los casos de servicios de alto costo que requieran estas valoraciones para su realización definidos en protocolos.

 ADMINISTRACIÓN DEL SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN (MECI - CALIDAD)	SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN MECI – CALIDAD) ANEXO 9 PROCESO DE REFERENCIA Y CONTRA REFERENCIA		 La salud es de todos Minsalud
VERSIÓN: 2.0	CÓDIGO: APAJUOAJFO15	FECHA ACTUALIZACIÓN: DICIEMBRE 19 DE 2014	PÁGINA 11 DE 20

Una vez atendido el usuario, cada IPS contratada deberá definir el proceso interno para garantizar el diligenciamiento adecuado del formato de Contrareferencia por parte del profesional que presta la atención y su envío e inclusión en la historia clínica única del usuario, bien sea en la misma localidad o en otro punto de atención. Este mismo proceso deberá implementarse para el resultado de exámenes complementarios y demás. El Fondo verificará el cumplimiento de este proceso por parte de cada IPS.

De igual manera, cada IPS contratista deberá contar con un proceso de seguimiento al proceso de Contrareferencia, garantizando la devolución del paciente al nivel de atención primaria para su seguimiento y control, el cual será verificado por la auditoría del FPSFCN.

Para la atención de los usuarios fuera de su lugar de residencia se aplicarán los parámetros de oportunidad de asignación de citas de medicina especializada, programación quirúrgica y demás servicios de salud establecidos en los términos de referencia.

C. GASTOS DE DESPLAZAMIENTO

Para el reconocimiento de los gastos de desplazamiento que se generen por la referencia de pacientes a otra localidad de mayor complejidad, se aplicarán las siguientes normas:

1. Usuarios Programa Ferrocarriles POS y PAC y Puertos POS:

Cuando la IPS contratada, en casos de imposibilidad justificada para contratar una especialidad en una localidad o la no existencia de la especialidad en forma integral que garantice la total atención de los usuarios, desplace un usuario a otro punto de atención que se encuentre a más de 40 kilómetros de distancia, asumirá los costos de transporte a las tarifas de transporte intermunicipal vigentes o suministrará el transporte adecuado ida y vuelta, el cual siempre será facilitado por el Contratista, no se aceptará que se les entregue dinero para que el usuario haga la consecución de este.

Igualmente se suministrarán gastos de estadía, correspondientes a dos salarios mínimos diarios vigentes por cada día de permanencia fuera de la localidad. Estos gastos se reconocerán desde el primer día de traslado, sin importar si el usuario pernocta o no en la localidad.

Para los menores de edad, mayores de sesenta años y aquellos usuarios que de acuerdo a su patología requieran acompañante según dictamen del médico tratante, se suministrará transporte y gastos de estadía para el acompañante.

En los casos en que no exista el recurso en la localidad, los gastos de desplazamiento serán asumidos directamente por el usuario que es remitido.

 FONDO DE PASIVO SOCIAL FERROCARRILES NACIONALES DE COLOMBIA ADMINISTRACIÓN DEL SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN (MECI - CALIDAD)	SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN MECI – CALIDAD) ANEXO 9 PROCESO DE REFERENCIA Y CONTRA REFERENCIA		 La salud es de todos Minsalud
VERSIÓN: 2.0	CÓDIGO: APAJUOAJFO15	FECHA ACTUALIZACIÓN: DICIEMBRE 19 DE 2014	PÁGINA 12 DE 20

Para el caso de pacientes que requieran ser remitidos a otra localidad diferente a la de residencia para diagnóstico o tratamiento de cualquier tipo de cáncer, el contratista deberá asumir los gastos de desplazamiento y estadía en la localidad de remisión por todo el tiempo que requiera permanecer en la localidad de remisión. En los casos en que se requiera acompañante, por la edad del paciente o su estado de salud, definido por el médico tratante, se deberán cubrir los gastos de desplazamiento y estadía para el paciente y el acompañante (Artículo 14 de la Ley 1384 de 2010).

Cuando por causa de la IPS contratada se incumple la atención fuera del punto de atención de origen, el Contratista deberá rembolsar el valor de los gastos de desplazamiento y deberá reprogramarlo oportunamente.

2. Usuarios Programa Puertos PAC:

En los casos de remisión fuera de la localidad, la IPS contratada reconocerá:

- Tumaco: cuando de acuerdo con el dictamen del médico tratante del Contratista se ordene tratamiento ambulatorio fuera del sitio de atención, este reconocerá al paciente los pasajes y un auxilio equivalente al valor mínimo de la tabla de viáticos, siempre que el usuario no sea hospitalizado. Solamente en caso de suma gravedad del paciente que haga necesario el acompañamiento de un familiar a juicio del médico y en menores de quince años, el Contratista reconocerá los pasajes y el auxilio tanto al enfermo como al acompañante (Artículo 69 CCT). El valor mínimo de la tabla de viáticos vigente al momento en que expiró la Convención Colectiva de Trabajo -1992- era de quince mil ochocientos (\$15.800.00) pesos (Decreto 41/93).
- Buenaventura y Cali: cuando de acuerdo con el dictamen médico del médico tratante del Contratista se ordene tratamiento ambulatorio fuera del sitio de atención, este reconocerá el transporte al paciente remitido. En los casos en que según el mismo dictamen médico se requiera acompañante se reconocerá el transporte al mismo y un auxilio económico equivalente a cuatro mil pesos (\$4.000.00) diarios para la ciudad de Cali y siete mil pesos diarios (\$7.500.00) para Bogotá. En los casos en que el beneficiario se traslade sin requerir acompañante, se reconocerá el anterior auxilio económico al usuario. Este auxilio económico cesará el mismo día que el paciente quede hospitalizado y durante el tiempo de hospitalización (Artículo 73 CCT).
- Barranquilla, Santa Marta, Cartagena y Bocas de Ceniza: cuando de acuerdo con el dictamen médico del médico tratante del Contratista se ordene tratamiento ambulatorio fuera del sitio de atención, este reconocerá al paciente el transporte. En los casos en que según el mismo dictamen médico se requiera acompañante y en menores de edad se reconocerá el transporte al mismo y un auxilio económico que para Cartagena, Barranquilla y Bocas de Ceniza será de siete mil trescientos

 ADMINISTRACIÓN DEL SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN (MECI - CALIDAD)	SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN MECI – CALIDAD) ANEXO 9 PROCESO DE REFERENCIA Y CONTRA REFERENCIA		 La salud es de todos Minsalud
VERSIÓN: 2.0	CÓDIGO: APAJUOAJO15	FECHA ACTUALIZACIÓN: DICIEMBRE 19 DE 2014	PÁGINA 13 DE 20

veinticuatro pesos diarios (\$7.324.00) cuando los traslados sean a otras ciudades de la costa atlántica y nueve mil setecientos sesenta y cinco pesos diarios (\$9.765.00) para Bogotá y otras ciudades del interior del país; y para Santa Marta de cinco mil setecientos diecinueve pesos (\$5.719.00) en el primer caso y siete mil quinientos veinticinco pesos (\$7.525.00) para el segundo caso. En los casos en que el beneficiario se traslade sin requerir acompañante, se reconocerá el anterior auxilio económico al usuario. Este auxilio económico cesará el mismo día que el paciente quede hospitalizado y durante el tiempo de hospitalización (Artículo 131 CCT).

En los casos en que se establece auxilio económico, este se reconocerá los días de desplazamiento de ida y regreso y los días de permanencia extra hospitalaria.

D. ATENCIÓN DE URGENCIAS

Es la alteración de la integridad física y/o mental de una persona, causada por un trauma o por una enfermedad de cualquier etiología que genere una demanda de atención médica inmediata y efectiva tendiente a disminuir los riesgos de invalidez y muerte (Capítulo 2 del Decreto 730 de 2016).

Atención inicial de urgencia: todas las acciones realizadas a una persona con patología de urgencia y que tiendan a estabilizarla en sus signos vitales, realizar un diagnóstico de impresión y definirle el destino inmediato, tomando como base el nivel de atención y el grado de complejidad de la entidad que realiza la atención inicial de urgencia, al tenor de los principios éticos y las normas que determinan las acciones y el comportamiento del personal de salud.

Se establecen como acciones realizadas a una persona con patología de urgencias las siguientes:

- Las actividades, procedimientos e intervenciones necesarias para la estabilización de sus signos vitales.
- La realización de un diagnóstico de impresión.
- La definición del destino inmediato de la persona con la patología de urgencia tomando como base el nivel de atención y el grado de complejidad de la entidad que realiza la atención inicial de urgencia, al tenor de los principios éticos y las normas que determinan las acciones y el comportamiento del personal en salud

Para la atención de los usuarios afiliados al Fondo, las IPS contratadas aplicarán los siguientes principios:

 ADMINISTRACIÓN DEL SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN (MECI - CALIDAD)	SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN MECI – CALIDAD) ANEXO 9 PROCESO DE REFERENCIA Y CONTRA REFERENCIA		 La salud es de todos Minsalud
VERSIÓN: 2.0	CÓDIGO: APAJUOAJFO15	FECHA ACTUALIZACIÓN: DICIEMBRE 19 DE 2014	PÁGINA 14 DE 20

- La atención de urgencias comprende la organización de recursos humanos, materiales, tecnológicos y financieros de un proceso de cuidados de salud indispensables e inmediatos a personas que la requieran.
- El Contratista dispondrá de este servicio las veinticuatro (24) horas del día.
- Las urgencias se atenderán en cualquier parte del territorio nacional sin que para ello sea necesaria la autorización de la entidad Contratista a cargo o remisión.
- La contratación del servicio de urgencias de acuerdo con lo contemplado en la Ley 100 y Decretos Reglamentarios, no puede ser limitada para la Entidad que asume esta responsabilidad, y debe contemplar la atención integral del paciente de acuerdo a lo establecido en la normatividad vigente (Resolución 3100 de 2019); por lo tanto, el Contratista deberá garantizar la disponibilidad de todos los especialistas existentes en la institución sin importar el nivel de complejidad, las 24 horas del día para brindar atención inmediata en los casos requeridos.
- Cuando no se cuente con este recurso, estarán obligados a acatar las órdenes que generen la atención por parte de los especialistas de las entidades subcontratadas.
- El Contratista suministrará los medios de transporte necesarios en los casos en que deba ser trasladado el usuario.
- Cuando un usuario, en caso de urgencia (médica, quirúrgica u odontológica) acuda a una institución no incluida en la red, deberá informar a la institución el nombre de la entidad administradora de salud responsable de su atención (Fondo de Pasivo Social de FCN) y será responsabilidad de la IPS tratante dar aplicación a lo establecido en el Artículo 12 del Decreto 4747 de 2007, informando al call center de autorización de urgencias del Fondo dentro de las veinticuatro (24) horas siguientes al inicio de la atención, mediante la remisión del Informe de Atención Inicial de Urgencias establecido en el Anexo Técnico No. 2 de la Resolución 3047 de 2008 al correo electrónico y/o fax que establezca el Fondo para tal fin.
- Para la atención de servicios posteriores a la atención inicial de urgencias por IPS no incluidas en la red de prestadores del Fondo, se requerirá en todo caso autorización de esta entidad, para lo cual la IPS que atienda el usuario deberá remitir al call center del Fondo dentro de las cuatro (4) horas siguientes a la terminación de la atención inicial de urgencias el Formato de Solicitud de Autorización de Servicios Posteriores a Atención Inicial de Urgencias establecido en el Anexo No. 3 de la Resolución 3047 de 2008 al correo electrónico y/o fax que establezca el Fondo para tal fin.

Trámite para la generación de autorizaciones de servicios posteriores a la Atención Inicial de Urgencias:

- Una vez recibido el Informe de Atención Inicial de Urgencias, el call center del FPSFCN remitirá correo electrónico al call center del contratista que corresponda al punto de atención

 ADMINISTRACIÓN DEL SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN (MECI - CALIDAD)	SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN MECI – CALIDAD) ANEXO 9 PROCESO DE REFERENCIA Y CONTRA REFERENCIA		 La salud es de todos Minsalud
VERSIÓN: 2.0	CÓDIGO: APAJUOAJFO15	FECHA ACTUALIZACIÓN: DICIEMBRE 19 DE 2014	PÁGINA 15 DE 20

del afiliado con copia al Médico Especialista o Auditor anexando los documentos soporte remitidos por la IPS tratante.

- El contratista deberá informar al call center del Fondo por escrito al correo electrónico de remisión, en un lapso no mayor a doce (12) horas después de recibido el informe, el trámite adelantado y la situación del paciente. SI PASADAS LAS 12 HORAS, NO SE TIENE RESPUESTA POR ESCRITO DEL CONTRATISTA INFORMANDO EL TRÁMITE ADELANTADO, EL FPSFCN CANCELARA EL VALOR DE LA URGENCIA CUANDO LE SEA REMITIDA LA CUENTA DE COBRO UTILIZANDO EL PROCEDIMIENTO DE PAGO POR SERVICIOS DE URGENCIAS A IPS.
- En el caso de las Solicitudes Autorización de Servicios Posteriores a la Atención Inicial de Urgencias remitidas en el Formato establecido en el Anexo Técnico No. 3 de la Resolución 3047 de 2008, serán recibidas por el call center del FPSFCN, debiendo ser remitidas en forma inmediata al contratista que corresponda al punto de atención del afiliado con copia al Médico Especialista o Auditor correspondiente a la dirección de correo electrónico que se defina, quienes procederán a evaluar el caso y determinar la pertinencia de las solicitudes de servicios posteriores a la atención inicial de urgencias. El contratista deberá informar al call center del Fondo por escrito dentro de las dos (2) horas siguientes al recibo de la comunicación el trámite adelantado por la IPS y la situación de tratamiento del usuario. si pasadas las 2 horas, no se tiene respuesta por escrito del contratista informando el trámite adelantado, el call center del FPSFCN procederá a evaluar el caso a través del médico auditor, con el fin de definir la pertinencia de las atenciones solicitadas, generando las autorizaciones respectivas mediante el Anexo Técnico 4 de la Resolución 4331 de 2012 o el formato de negación de servicios, según sea el caso. En el caso de servicios pertinentes que hayan sido autorizados por el call center del Fondo por falta de respuesta del contratista, una vez recibida la cuenta de cobro correspondiente procederá el pago de los servicios, según el Procedimiento de AUDITORIA CUENTAS SERVICIOS DE SALUD EN RED EXTERNA.

E. REFERENCIA Y CONTRA REFERENCIA RUTA MATERNO PERINATAL

En el presente documento se relación los indicadores del proceso que aportan al logro de los resultados en la atención de la gestante, que permiten monitorear la gestión adelantada por cada actor del sistema relacionado con las intervenciones en la ruta integral de atención materno perinatal (RIAMP).

A continuación se da a conocer los indicadores objeto de seguimiento y análisis en el proceso de referencia y contra referencia frente a RIAMP (RC03 y RC04), donde se identifica el tiempo de espera para las citas de ginecología y obstetricia el cual no debe ser mayor a 7 días y se identifica el tiempo de espera para la remisión en caso de morbilidad materna externa que debe ser menor a 5 minutos según normatividad vigente Resolución 3280 de 2018.

 ADMINISTRACIÓN DEL SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN (MECI - CALIDAD)	SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN MECI – CALIDAD) ANEXO 9 PROCESO DE REFERENCIA Y CONTRA REFERENCIA		 La salud es de todos Minsalud
VERSIÓN: 2.0	CÓDIGO: APAJUOAJFO15	FECHA ACTUALIZACIÓN: DICIEMBRE 19 DE 2014	PÁGINA 16 DE 20

VII. INDICADORES DEL PROCESO DE REFERENCIA Y CONTRA REFERENCIA

Levantamiento de los indicadores correspondiente al proceso de referencia y contra referencia:

Indicadores de Sistema de Referencia y Contra referencia	
Indicador	Meta
RC01 Aplicación de protocolos de referencia y Contra referencia.	Mayor o igual a 90%.
RC02 Oportunidad en la remisión a consulta especializada a localidades de nivel superior.	100%
RC03 Promedio del tiempo de oportunidad (en días) cita de ginecología y obstetricia - Ruta de Atención en Salud Materno Perinatal.	Menor a 7 días
RC04 Tiempo promedio de trámite de remisión en casos de morbilidad materna extrema - Ruta de Atención en Salud Materno Perinatal.	Menor a 5 minutos

A. FICHA TÉCNICA INDICADORES

FICHA TÉCNICA-INDICADOR RC 01

Nombre	Aplicación de protocolos de referencia y Contra referencia
Código	RC 01
Objetivo	Garantizar la disponibilidad de recursos en la red contratada según los parámetros exigidos por el FPSFCN de acuerdo a las frecuencias de utilización de la población y definidos en los términos de referencia
Alcance	Gestión

DEFINICIÓN OPERACIONAL

Numerador	Número de IPS evaluadas cuyos funcionarios responsables del proceso de referencia y contra referencia conocen y aplican los protocolos establecido por el FPSFCN
Denominador	Total de IPS evaluadas
Unidad de medición	Denominación Porcentual
Fórmula de cálculo	Se divide el numerador entre el denominador y el resultado se multiplica por cien

VARIABLES

	Numerador	Denominador
Origen de la información	1. Reporte o acta de auditorias	1. Reporte o acta de auditorias
Periodicidad recomendada de generación de la información	Mensual (3 primeros meses)	

 FONDO DE PASIVO SOCIAL FERROCARRILES NACIONALES DE COLOMBIA ADMINISTRACIÓN DEL SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN (MECI - CALIDAD)	SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN MECI – CALIDAD) ANEXO 9 PROCESO DE REFERENCIA Y CONTRA REFERENCIA		 La salud es de todos Minsalud
VERSIÓN: 2.0	CÓDIGO: APAJUOAJFO15	FECHA ACTUALIZACIÓN: DICIEMBRE 19 DE 2014	PÁGINA 17 DE 20

Periodicidad de remisión de la información (obligatoria)	Trimestral (obligatorio)
Responsable de la obtención y remisión de la información del indicador	Médico auditor por regional
Segmentación	1. Regional 2. Municipio 3. IPS

ANÁLISIS

Ajuste por riesgo	NO requiere ajuste por riesgo	X	
	Ajuste por edad		Ajuste por sexo
Umbral de desempeño NO aceptable	Menor a 70%		
Estándar meta	Adecuado: mayor o igual a 90% Inadecuado: menor a 90%		

FICHA TÉCNICA-INDICADOR RC 02

Nombre	Oportunidad en la remisión a consulta especializada a localidades de nivel superior
Código	RC 02
Objetivo	Garantizar el funcionamiento adecuado del proceso de referencia y contra referencia para efectuar remisiones hacia otras localidades de nivel superior en forma oportuna
Alcance	Gestión

DEFINICIÓN OPERACIONAL

Numerador	Número de remisiones oportunas realizadas a otras localidades de nivel superior en el periodo
Denominador	Número total de remisiones realizadas a nivel superior en el periodo
Unidad de medición	Denominación Porcentual
Fórmula de cálculo	Se divide el numerador entre el denominador y el resultado se multiplica por cien

VARIABLES

	Numerador	Denominador
Origen de la información	1. Base de datos de remisiones	1. Base de datos de remisiones
Periodicidad recomendada de generación de la información	Mensual (3 primeros meses)	

 FONDO DE PASIVO SOCIAL FERROCARRILES NACIONALES DE COLOMBIA ADMINISTRACIÓN DEL SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN (MECI - CALIDAD)	SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN MECI – CALIDAD) ANEXO 9 PROCESO DE REFERENCIA Y CONTRA REFERENCIA		 La salud es de todos Minsalud
VERSIÓN: 2.0	CÓDIGO: APAJUOAJO15	FECHA ACTUALIZACIÓN: DICIEMBRE 19 DE 2014	PÁGINA 18 DE 20

Periodicidad de remisión de la información (obligatoria)	Trimestral (obligatorio)
Responsable de la obtención y remisión de la información del indicador	Médico auditor por regional
Segmentación	1. Regional 2. Municipio 3. IPS

ANÁLISIS

Ajuste por riesgo	NO Requiere ajuste por riesgo	X	
	Ajuste por edad		Ajuste por sexo
Umbral de desempeño NO aceptable	Menor de 80%		
Estándar meta	Adecuado: igual a 100% Inadecuado: menor de 100%		

FICHA TÉCNICA-INDICADOR RC 03

Nombre	Promedio del tiempo de oportunidad (en días) cita de ginecología y obstetricia - Ruta de Atención en Salud Materno Perinatal
Código	RC 03
Objetivo	Identificar el tiempo de espera para las citas de ginecología y obstetricia
Alcance	Gestión

DEFINICIÓN OPERACIONAL

Numerador	Sumatoria del tiempo entre la solicitud de la cita de ginecología y obstetricia y su realización
Denominador	Total de citas de ginecología y obstetricia programadas que se realizan en el periodo
Unidad de medición	Días Calendario
Fórmula de cálculo	Se divide el numerador entre el denominador

VARIABLES

	Numerador	Denominador
Origen de la información	1. Base de datos recolección información resolución 1552	1. Base de datos recolección información resolución 1552
	2. Base de datos seguimiento citas	2. Base de datos seguimiento citas
Periodicidad recomendada de generación de la información	Mensual (3 primeros meses)	

 FONDO DE PASIVO SOCIAL FERROCARRILES NACIONALES DE COLOMBIA ADMINISTRACIÓN DEL SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN (MECI - CALIDAD)	SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN MECI – CALIDAD) ANEXO 9 PROCESO DE REFERENCIA Y CONTRA REFERENCIA		 La salud es de todos Minsalud
VERSIÓN: 2.0	CÓDIGO: APAJUOAJFO15	FECHA ACTUALIZACIÓN: DICIEMBRE 19 DE 2014	PÁGINA 19 DE 20

Periodicidad de remisión de la información (obligatoria)	Trimestral (obligatorio)
Responsable de la obtención y remisión de la información del indicador	1. Contratista 2. IPS
Segmentación	1. Contratista 2. IPS

ANÁLISIS

Ajuste por riesgo	NO requiere ajuste por riesgo	X	
	Ajuste por edad		Ajuste por sexo
Umbral de desempeño NO aceptable	mayor a 9 días		
Estándar meta	Adecuado: menor a 7 días Inadecuado: mayor a 7 días		

FICHA TÉCNICA-INDICADOR RC 04

Nombre	Tiempo promedio de trámite de remisión en casos de morbilidad materna extrema - Ruta de Atención en Salud Materno Perinatal
Código	RC 04
Objetivo	Identificar el tiempo de espera para la remisión en caso de morbilidad materna externa
Alcance	Gestión

DEFINICIÓN OPERACIONAL

Numerador	Sumatoria del tiempo entre la solicitud de la referencia y la autorización por parte del contratista en caso de morbilidad materna externa
Denominador	Número total de solicitudes de referencia en caso de morbilidad materna externa en el periodo
Unidad de medición	Minutos
Fórmula de cálculo	Se divide el numerador entre el denominador

VARIABLES

	Numerador	Denominador
Origen de la información	1. Base de datos informe resolución 256 Autorización Servicios Salud 2. Bitacora de referencia y contrareferencia	1. Base de datos informe resolución 256 Autorización Servicios Salud 2. Bitacora de referencia y contrareferencia

 ADMINISTRACIÓN DEL SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN (MECI - CALIDAD)	SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN MECI – CALIDAD) ANEXO 9 PROCESO DE REFERENCIA Y CONTRA REFERENCIA		 La salud es de todos Minsalud
VERSIÓN: 2.0	CÓDIGO: APAJUOAJO15	FECHA ACTUALIZACIÓN: DICIEMBRE 19 DE 2014	PÁGINA 20 DE 20

Periodicidad recomendada de generación de la información	Mensual (3 primeros meses)
Periodicidad de remisión de la información (obligatoria)	Trimestral (obligatorio)
Responsable de la obtención y remisión de la información del indicador	1. Contratista 2. IPS
Segmentación	1. Contratista 2. IPS

ANÁLISIS

Ajuste por riesgo	NO requiere ajuste por riesgo	X	
	Ajuste por edad		Ajuste por sexo
Umbral de desempeño NO aceptable	Mayor a 15 minutos		
Estándar meta	Adecuado: menor a 5 minutos Inadecuado: mayor a 5 minutos		