Referencia y Contrareferencia



2025

Tabla de contenido

1. Introducción 3
2. Objetivo general 4
3. Objetivos Específicos 4
4. Alcance del Manual 4
5. Cargo líder y responsables del cumplimiento del manual. 4
6. Marco legal 5
7. Glosario de términos 6
8. Condiciones generales 13
9. Argumentos técnicos del manual 16
9.1 Normatividad 16
10. Descripción de las actividades operativas 21
11. Actividades de contingencia 63
12. Recomendaciones importantes 64
13. Documentos de referencia 66
14. Anexos 66
15. Formatos y registros 66
16. Bibliografía 67

1. Introducción

En Colombia el Sistema de Referencia y Contra-referencia se define como el conjunto de Normas Técnicas y Administrativas que garantizan la prestación adecuada de los servicios de salud, según el nivel de atención y grado de complejidad de las IPS

El sistema referencia contra-referencia hace parte del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud, según el Decreto 780 de 2016 y terminando con la Resolución 3100 de 2019

La importancia de la implementación del Sistema de Referencia y Contrareferencia se remite a la realización de procedimientos enmarcados a la búsqueda de la integralidad de la atención en salud del paciente y es la principal motivación del manual

Los componentes del sistema de referencia y contrareferencia establecidos en el presente manual pretenden determinar los actos involucrados en la adecuada operativizaciòn del sistema, con los cuales se podrán detectar en qué lugar se presentan las fallas para mejorarlas.

2. Objetivo general

Facilitar el acceso universal a los servicios de salud y la atención oportuna e integral a los usuarios de la ESE, mediante el desarrollo legal, técnico y administrativo del régimen de referencia y contrareferencia como un componente de la red de servicios de salud.

3. Objetivos Específicos

- Ofrecer al usuario en salud los servicios de atención en el primer nivel de atención, bajo los criterios de oportunidad, eficiencia y eficacia.
- Contribuir a la racionalización de los recursos de salud, procurando una eficiente gestión de los servicios y de la satisfacción del usuario.
- Capacitar a todos los actores del sistema de seguridad social en salud del Departamento en los conceptos de referencia y contrareferencia para que utilice en forma adecuada la red de servicios.

4. Alcance del Manual

Lo establecido en este protocolo aplica para el trasporte asistencial prestado en los servicios intramurales y extramurales de la ESE HOSPITAL SAN JOSE DE LA PALMA, la unidad móvil Y CENTRO DE SALUD SAN ANTONIO DE YACOPI y el seguimiento a la contrareferencia o respuesta que emite la unidad a la cual fue remitido el paciente.

5. Cargo líder y responsables del cumplimiento del manual.

Los responsables del cumplimiento de este protocolo son todos los funcionarios del servicio de referencia y contrareferencia de la ESE HOSPITAL SAN JOSE DE LA PALMA, en cabeza del (la) jefe del servicio, las enfermeras, los conductores y auxiliares de enfermería y los funcionarios que estén tendiendo en la unidad móvil.

6. Marco legal

- Constitución Política de Colombia de 1991 que en su artículo 49 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.
- En la Ley 10 de 1990 se otorgan atribuciones al Ministerio de Salud para organizar el régimen de referencia y contrareferencia
- Decreto reglamentario 1471 de 1990 le asigna a la división de referencia y contrareferencia la función de diseñar, implementar, controlar y evaluar el régimen.
- 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. MAPIPOS, definiciones de urgencias.
- 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 por medio del cual se regulan algunas relaciones entre los prestadores de los servicios de salud y de las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo y se dictan otras disposiciones.
- Circular externa no. 014 de 1995: de la superintendencia nacional de salud. Atención de urgencias. Numeral 9. Sistema de Referencia y Contrareferencia
- Resolución 5521 de 2013 por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS).
- Resolución 3100 de 2019: Donde se fijan los requisitos mínimos esenciales de prestación de servicios de salud
- Resolución 4331 de 2012, del ministerio de salud y protección social, que modifica el procedimiento de autorizaciones y formatos de referencia y contrareferencia.
- Decreto 2759 de 1991: por el cual se organiza y establece el régimen de referencia y contrareferencia.

7. Glosario de términos

- **Referencia y contrareferencia:** Conjunto de procesos, procedimientos y actividades técnicos y administrativos que permiten prestar adecuadamente los servicios de salud a los pacientes, 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.

- **Referencia:** Es el envío de pacientes o elementos de ayuda diagnóstica por parte de servicios de salud, a otro prestador para atención o complementación diagnóstica que, de acuerdo con el nivel de resolución, de respuesta a las necesidades de salud.

- **Contrareferencia:** Es la respuesta que el prestador de servicios de salud receptor de la referencia, da al prestador que remitió. La respuesta puede ser la contra reemisión del paciente con las debidas indicaciones a seguir o simplemente la información sobre la atención prestada al paciente en la institución receptora, o el resultado de las solicitudes de ayuda diagnóstica.

- **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 invalides y muerte.

- **Red de urgencias:** Es el conjunto articulado de unidades prestadoras de atención de urgencias, según niveles de atención y grados de complejidad, ubicado cada uno en un espacio poblacional.

- **Historia clínica :**Todos los documentos que son diligenciados y utilizados en el servicio de referencia y contrareferencia y que hacen parte de la historia clínica del paciente (formatos de traslado ambulancia terrestre, consentimientos informados, paraclínicos realizados por otro prestador) deben ser diligenciados en su totalidad con letra clara, legible, sin tachones

ni enmendaduras, los registros deben cumplir con las siguientes características:

- **Integralidad:** La historia clínica debe reunir información de los aspectos científicos, técnicos y administrativos hábitos etc, relativos a la atención de la salud en las fases de la de la promoción de la salud, prevención, diagnóstico y tratamiento y rehabilitación de la enfermedad abordando como un todo en sus aspectos biológicos, psicológico y social, e interrelacionado con sus dimensiones personal, familiar y comunitaria.

- **Secuencialidad:** Los registros de la prestación de los servicios en salud deben consignarse en la secuencia cronológica en que ocurrió la atención, desde el punto de vista archivístico la historia clínica es un expediente que de manera cronológica debe acumular documentos relativos a la prestación de los servicios brindados al usuario.

- **Racionalidad científica:** Es la aplicación de criterios científicos en el diligenciamiento y registro de las acciones en la salud brindadas a un usuario de modo que evidencie en forma lógica, clara y completa, el procedimiento que se realizó en la investigación de las condiciones de salud del paciente, diagnóstico y plan de manejo.

- **Disponibilidad:** Es la posibilidad de utilizar la historia clínica en el momento que se necesita, con las limitaciones que impone la ley.

- **Oportunidad:** Es el diligenciamiento de los registros de atención de la historia clínica, simultáneamente o inmediatamente después de que ocurre la prestación del servicio.

- **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 contrareferencia 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.

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

- **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.

- **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.

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

- **Centro regular de urgencias y emergencias (CRUE):** El Centro Regulador de Urgencias y emergencias es un área administrativaoperacional 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

- **Accesibilidad**: Es la posibilidad que tiene la población de recibir atención de la salud en los establecimientos de salud de la red de prestadores de servicios de salud. Esta posibilidad, se determina por factores económicos, geográficos, medios de comunicación, culturales, etc.

- **Ambulancia terrestre**: Vehículo de emergencia debidamente identificado, dotado de señales acústicas, visuales, habilitado por la Secretaría de Salud de Cundinamarca, para la atención en vía pública, domicilios y/o el traslado a y desde los centros asistenciales de personas con patología urgente o que requiera su movilización por este medio. En todo momento el vehículo debe acogerse a lo establecido en las Normas del Código Nacional de Tránsito vigente.

- **Bitácora del servicio de ambulancia:** Es el documento escrito donde se registran los datos pertinentes para justificar la movilización prioritaria y no prioritaria de una ambulancia.

- **Capacidad resolutiva**: Es la facultad que tiene un establecimiento de salud en responder de manera integral y oportuna a la demanda por contingencia de la salud. Vale decir, que permita diagnosticar y dar tratamiento adecuado a un determinado grado de complejidad del daño.

- **Entidades responsables del pago de servicios de salud:** Se consideran como tales las direcciones departamentales, distritales y municipales de salud, las entidades promotoras de salud de los regímenes contributivo y subsidiado, las entidades adaptadas y las administradoras de riesgos profesionales.

- **establecimiento de origen**: Es aquel establecimiento de salud con menor capacidad resolutiva, donde se inicia la atención y determina la referencia del paciente o de los elementos de diagnóstico.

- **Establecimiento de destino:** Es aquel establecimiento de salud con mayor capacidad resolutiva, que recibe al paciente o elemento de diagnóstico referido por el establecimiento de salud de origen, para su tratamiento o examen solicitado.

- **Finalidad:** El régimen de Referencia y Contrareferencia tiene como finalidad facilitar la atención oportuna e integral del usuario, al acceso universal de la población al nivel de tecnología que se requiera propender por la racionalización de los recursos Institucionales.

- **Interconsulta**: Es la solicitud elevada por el profesional, Establecimiento de Sanidad o institución de salud contratada, responsable de la atención del usuario a otros profesionales, Establecimientos de Sanidad o instituciones de salud contratadas, 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.

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

- **Movilización prioritaria:** Es la movilización de ambulancias TAB o TAM en la cual un menor tiempo en el desplazamiento, contribuye a facilitar la atención oportuna del paciente en riesgo real o potencial de salud; incluye el desplazamiento desde el sitio donde la tripulación recibe la solicitud hasta el lugar donde se requiera la prestación del servicio.

- **Movilización no prioritaria:** Es la circulación de ambulancias TAB o TAM con o sin paciente a bordo, en la cual el uso de velocidades autorizadas para estos vehículos y de sistemas de señalización auditiva de emergencia, no contribuyen a mejorar la condición clínica de un paciente.

- **Oportunidad de la atencion en el sistema de referencia y contrareferencia:** Cualidad de la atención del sistema de referencia y contrareferencia, por la cual se brinda la atención de salud en el tiempo

necesario y en el establecimiento de salud con la capacidad resolutiva adecuada.

- **Orden de servicio:** es la solicitud de realización de actividades de apoyo diagnóstico y/o tratamiento entre una institución y otra. Para lo anterior puede referirse: personas, elementos o muestras biológicas y productos del ambiente.

- **Prestadores de servicios de salud**: Se consideran como tales las instituciones prestadoras de servicios de salud y los grupos de práctica profesional que cuentan con infraestructura física para prestar servicios de salud y que se encuentran habilitados.

- **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 contrareferencia 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.

- **Remisión**: Procedimiento por el cual un profesional de la salud transfiere la atención en salud de un usuario, a otro profesional, o Institución Contratada, con la siguiente transferencia de responsabilidad sobre el cuidado del mismo.

- **Remisión en casos 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 de grado de complejidad requerida, que se responsabilice de su atención. Las entidades del subsector oficial que hayan prestado la atención inicial de urgencias, remitirán al usuario cubierto por la seguridad social de la institución de salud correspondiente.

- **Responsabilidad de la institución referente:** La Institución referente será la responsable de la atención del usuario o del elemento objeto de remisión, hasta que ingrese a la Institución receptora.

- **Sistema de registro referencia y contrareferencia**: Es el conjunto de actividades administrativas, mediante las cuales se consigna los datos que son necesarios para una adecuada información, comunicación y coordinación de las actividades realizadas por efectos del sistema de referencia y contrareferencia.

- **Tipos de ambulancia terrestre:** De acuerdo con la resolución 1439 de 2002, expedida por el Ministerio de la Protección Social, se categorizan dos tipos de ambulancia: Ambulancia de Transporte Asistencial Básico (TAB) y Ambulancia de Transporte Asistencial Medicalizado (TAM).

- **Transporte ambulancia básica (TAB):** Unidad de intervención con equipo específico de respuesta inicial tripulada por auxiliar de enfermería o técnico en atención pre hospitalaria.

- **Transporte ambulancia medicalizada:(TAM):** Unidad de intervención con equipo avanzado tripulada por médico entrenado, enfermera, auxiliar o técnico en atención pre hospitalaria.

- **Transporte primario:** Es el traslado que se realiza desde el sitio de ocurrencia del evento hasta un centro de atención inicial. Este es el que implica directamente a la atención pre hospitalaria.

- **Transporte priorizado o secundario sin confirmar (VITAL):** Paciente que se encuentra en un estado crítico y requiere con urgencia el traslado a otro nivel de atención.

- **Transporte secundario:** Es el traslado que se realiza desde un centro asistencial hasta otro centro o sitio, con el fin de completar el proceso de atención definitiva. Este aplica a la atención pre hospitalaria.

8. Condiciones generales

- En la ESE se cumplen las normas vigentes relacionadas con el sistema de referencia-contrareferencia
- Todo paciente referido de la ESE, debe ir acompañado de la información mínima necesaria para que el ente remitido tenga una información clara de lo actuado y realizado al usuario.
- Todo usuario antes de ser remitido de la ESE, debe ser valorado clínicamente por el médico de turno, quien debe establecer diagnósticos claros de acuerdo a la CIE 10, realizar un plan de manejo y determinar de forma clara y especifica los criterios de remisión.
- Siempre debe exigirse al ente remitido la generación de la contrareferencia, para que el médico de la ESE se entere de lo realizado en el institución remitida
- El formato de remisión debe ser identificado con el número de la cédula o tarjeta de identidad del usuario y de acuerdo a disposiciones de normatividad vigente, el profesional de salud quien realiza atención y solicita referencia es responsable de diligenciar completamente el formato.
- En la remisión ambulatoria debe diligenciarse el formato de referencia de la ESE (el cual debe aplicar a la normatividad vigente) de manera completa y clara; se debe dejar constancia de la referencia en la historia clínica del paciente. El usuario debe canalizarse por parte de la asesora local de la EPS con el área ambulatoria respectiva de la institución solicitante de la referencia para asignación de cita respectiva y posterior atención.
- Todo usuario que llegue a la ESE con una patología de manejo clínico de urgencias, debe ser atendido en el servicio de urgencias, aplicándole las medidas necesarias para proteger su vida y mejorar su pronóstico; en caso necesario que se requiera atención de

mayor complejidad se procederá a definir el sitio donde se continuará su atención en forma oportuna e integral, según red de servicios establecida.

- Todo usuario remitido de urgencias de la ESE 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, pero, en caso de urgencia vital, en la que no tengamos los recursos de un nivel superior para actuar y las EPS o IPS requeridas no respondan o nieguen la atención, no se puede perder tiempo y si es necesario, debe acudirse al traslado primario

- La responsabilidad del cuidado del usuario será del personal de la ESE, hasta que ingrese a la institución referida.

- La ESE debe asegurar el transporte asistencial básico del usuario referido en caso de urgencias, con el fin de disminuir el riesgo de complicación o muerte del mismo.

- El usuario remitido de urgencias debe ir acompañado por el equipo de salud y por un familiar. En los casos que incluya traslado de niños y personas en abandono o sin acompañante se asignara a una auxiliar de enfermería o enfermera jefe que garantice recibido adecuada del paciente y se responsabilice con la entrega, la custodia de la IPS receptora

- La contra-referencia del usuario debe hacerse por el profesional responsable de la atención de la entidad referida, a su nivel primario de referencia con todas las indicaciones sobre el manejo del mismo. Si la contra-referencia viene al área ambulatoria de la ESE, se asigna cita con médico general para realizar control y seguimiento de acuerdo a las recomendaciones impartidas por el remitido.

- Si la contra-referencia viene al área de urgencias, el usuario inmediatamente será valorado por el medico de turno de urgencias para confirmar condición y ordenes médicas y debe generarse el formato de contra-referencia, en todo caso, este formato debe referenciarse en la historia clínica del usuario.

- En todo manejo de usuarios referidos y contra-referidos, se debe respetar las pautas culturales y creencias de los diferentes grupos étnicos.

- 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 práctica clínica, al igual que dejara constancia en la historia clínica y en la referencia de los motivos que llevaron a esta, cumpliendo los criterios plasmados en dicha guía

- Se contara 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, los cuales deben estar en un listado en físico en lugar visible y permanente en el sitio de referencia

- Para la remisión de los usuarios se debe realiza r 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.

- Cuando el usuario es cubierto por el seguro obligatorio de accidentes y se remite a otra institución, los cobros se harán proporcionalmente a los gastos que haya incurrido cada institución.

- Las entidades que presten la atención inicial de urgencias, remitirán al usuario cubierto por la seguridad social a la institución de salud correspondiente.

- 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.

- En la ESE se debe garantizar el recurso humano habilitado en urgencias las 24 horas del día, los 365 días del año.

- En la ESE solo se podrá prestar los servicios que se tienen habilitados ante Secretaría de Salud Departamental.

- En la ESE se debe contar con un manual del sistema de referencia y Contra-referencia actualizado anualmente.

9. Argumentos técnicos del manual

El Sistema de referencia y contrareferencia se desarrolla teniendo como marco normativo el contenido del Decreto 4747 de 2007 (compilado en el decreto 780 de 2016, Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, artículos Artículo 2.5.3.2.16- Artículo 2.5.3.2.17), en el cual se define la referencia-contrareferencia como el conjunto de procesos, procedimientos y actividades técnicas y administrativas que permiten prestar adecuadamente los servicios de salud a los pacientes, 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.

9.1 Normatividad

La Constitución Política Colombiana en su artículo 49 reafirma la competencia 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. Así mismo en sus artículos 334 y

365, establece la facultad del Estado para mantener la regulación, control, y vigilancia del servicio de salud como servicio público.

- La Ley 100 de diciembre 3 de 1993, por la cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral, en sus disposiciones generales y como fundamento del sistema, especifica en el artículo 154, literal f que el Estado debe intervenir en la organización de los servicios de salud en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad. En el artículo 159 se le garantiza a los afiliados la atención de urgencias en todo el territorio nacional y la escogencia de las Instituciones Prestadoras de Servicios y de los profesionales entre las opciones que cada Entidad Promotora de Salud ofrezca dentro de su red de servicios. El artículo 162, Plan Obligatorio de Salud, Parágrafo 5, establece para la prestación de dichos servicios que todas las Entidades Promotoras de Salud establecerán un sistema de referencia y contrareferencia para que el acceso a los servicios de alta complejidad se realice por el primer nivel de atención, excepto en los servicios de urgencias. El artículo 174 señala que le corresponde a los departamentos, distritos y municipios, las funciones de dirección y organización de los servicios de salud para garantizar la salud pública y la oferta de servicios de salud por instituciones públicas, por contratación de servicios o por el otorgamiento de subsidios a la demanda.

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

  En su artículo 43.1.5 establece como función de dirección de los entes territoriales departamentales " vigilar y controlar el cumplimiento de las políticas y normas técnicas, científicas y administrativas que expida el Ministerio de Salud, así como las actividades que desarrollan los municipios

de su jurisdicción, para garantizar el logro de las metas del sector salud y del Sistema General de Seguridad Social en Salud". Así mismo el artículo 43.2.4 señala como competencia la de organizar, dirigir, coordinar y administrar la red de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud pública en el departamento. Con relación a la organización y consolidación de redes, la misma norma en su artículo 54 establece 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 contrareferencia 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".

Documento CONPES 3175/02 y 3204/02 - Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud.

- Ley 1122 de 2007, articulo 20 "se garantiza a todos los colombianos la atención inicial de urgencias en cualquier IPS del país. Las EPS o las entidades territoriales responsables de la atención a la población pobre no cubierta por los subsidios a la demanda, no podrán negar la prestación y pago de servicios a las IPS que atiendan sus afiliados, cuando estén causados por este tipo de servicios, aún sin que medie contrato".

- Decreto 4747 de diciembre 7 de 2007, por medio del cual se regulan algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo y se dictan otras disposiciones. En el Capítulo I, artículo 3º se define el Sistema de referencia y contrareferencia como el conjunto de procesos, procedimientos y actividades técnicas y administrativas que permiten prestar adecuadamente los servicios de salud a los pacientes, 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. Esta

misma norma en el parágrafo 1º hace referencia a la organización de la red y la difusión de la misma:

"Parágrafo 1°. En el diseño, y organización de la red de prestación de servicios, incluyendo los servicios administrativos de contacto con el paciente, las entidades responsables del pago de los servicios de salud garantizarán los servicios de baja complejidad de manera permanente en el municipio de residencia de los afiliados, salvo cuando a juicio de estos sea más favorable recibirlos en un municipio diferente con mejor accesibilidad geográfica".

- El artículo 17 define que el diseño, organización y documentación del proceso de referencia y contrareferencia y la operación del sistema de referencia y contrareferencia 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. Parágrafo. Las entidades responsables del pago de servicios de salud podrán apoyarse para la operación del proceso de referencia y contrareferencia a su cargo, en los centros reguladores de urgencias y emergencias, para lo cual deberán suscribir contratos o convenios según sea el caso.

- Resolución 3047 de 2007 y resolución 5334 de 2008 mediante las cuales se definen los formatos, los 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 y los reglamentarios que la modifiquen o sustituyan.

- Resolución 1220 de 2010. Por medio de la cual se establecen las condiciones y requisitos para la organización, operación y funcionamiento de los Centros Reguladores de Urgencias, Emergencias y Desastres CRUE.

- Ley 1438 de 2011, articulo 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 contrareferencia 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 pacientes, el anexo técnico 10, formato estandarizado de contrareferencia de pacientes 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 26 de diciembre 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 PACIENTES. 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 pacientes con patología de urgencias desde el sitio de ocurrencia de la misma hasta una institución hospitalaria, incluyendo el servicio pre hospitalario y de apoyo terapéutico en unidades móviles.

2. Entre IPS dentro del territorio nacional de los pacientes remitidos, teniendo en cuenta las limitaciones en la oferta de servicios de la institución en donde están siendo atendidos, que requieran de atención en un servicio no disponible en la institución remisora. Igualmente para estos casos está cubierto el traslado en ambulancia en caso de contrareferencia. El servicio de traslado cubrirá el medio de transporte disponible en el sitio geográfico donde se encuentre el paciente, con base en su estado de salud, el concepto del médico tratante y el destino de la remisión, de conformidad con la normatividad vigente. Asimismo, se cubre el traslado en ambulancia del paciente remitido para atención domiciliaria si el médico así lo prescribe.

10. Descripción de las actividades operativas

10.1 Procedimiento de referencia y contrareferencia

El Sistema de Referencia y Contrareferencia, 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, para brindar apoyo transversal en los procesos de manejo terapéutico y apoyo diagnostico entre los diferentes niveles de complejidad (I al IV).

10.2 Propósito:

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 de Referencia y Contra referencia como componente de la red de servicios.

10.3 Funciones del nivel local:

Adecuar y adoptar las normas que sobre el régimen expidan los Niveles Nacional y Departamental.

Desarrollar e implementar el régimen de referencia y contrareferencia en la E.S.E. Hospital San José de La Palma y Centra de Salud San Antonio de Yacopí.

Promover el fortalecimiento y articulación de los diferentes regímenes para facilitar el desarrollo del sistema de referencia y contrareferencia.

Crear y desarrollar mecanismos de coordinación Inter-institucional que permitan un eficiente desarrollo del régimen, en la jurisdicción y en la red departamental.

Controlar, asesorar y evaluar el desarrollo del régimen en la Institución.

Promover en la comunidad el uso adecuado de los servicios de ambulancia y referencia, en los diferentes organismos que conforman la red.

10.4 Normas técnicas y administrativas:

- Cruzar información con la red de servicios de todos los organismos en todos sus niveles que permitan la oportuna y adecuada referencia de usuarios y de elementos de ayuda diagnóstica.

- El paciente antes de ser remitido a un organismo de salud debe ser previamente valorado clínicamente y evaluada la posibilidad de ser atendido por esta institución.

- Se deben solicitar los documentos del paciente y verificar afiliación en la base de datos, para ser enviados a la unidad receptora, si el paciente no aparece con vinculación alguna se debe informar a la Secretaría de Salud Departamental para su respectiva autorización, según el caso y que este sea asumido como vinculado.

- Todo paciente referido y contra referido, debe ir acompañado de la información necesaria mínima para brindarle una adecuada atención y manejo.

- El formato de remisión debe ser identificado con el número de identificación personal del paciente.

- Las auxiliares que se encuentren en el servicio de urgencias/hospitalización deberán tomar registro de la referencia del paciente con los datos relevantes que se solicitan relacionando además el número del recibo para el combustible y diligenciando el formato para reclamación de viatico del profesional que asiste la remisión si es el caso.

- Todo paciente que llegue a la institución, con una de las patologías de manejo clínico de urgencias, debe ser atendido en el servicio de urgencias, aplicándole las medidas necesarias para proteger su vida y mejorar su pronóstico, luego se procederá a definir el sitio donde se continuará su atención en forma integral, comentándolo en su EPS`s correspondiente o de manera interna entre IPS según sea el caso.

- El médico deberá entregar el formato de referencia a la persona encargada de realizar el trámite o iniciarlo por sus propios medios si no se cuenta con el personal enviando los soportes correspondientes a la EPS y/o aseguradora del paciente si es el caso ante las instituciones de salud prestadoras y/o de la red, para que, una vez aceptada la remisión, se proceda al traslado, gestionando las autorizaciones correspondientes ante su EPS`S

- La responsabilidad del cuidado del paciente, será de la E.S.E. Hospital San José de La Palma y Centro de Salud San Antonio de Yacopí, incluyendo el ingreso a la entidad receptora, y el seguimiento de la información que la institución remisora proporcione sobre la continuidad del tratamiento, el resultado de las ayudas diagnósticas, las recomendaciones de manejo, entre otras.

- *Cuando el médico tratante defina que el traslado debe ser inmediato, este o el Auxiliar de Referencia llama a la EPS y CRUE para reportar el traslado inmediato y se procede a remitir el paciente en ambulancia del Hospital*

independientemente de que no se cuente con la autorización de la institución receptora.

- La E.S.E. Hospital San José de La Palma y Centro de salud San Antonio de Yacopi deberán asegurar el transporte del paciente referido y/o contrarreferido cuando el caso lo amerite.

- Todo paciente remitido de urgencia debe ir en ambulancia para Traslado Asistencial Básico, con auxiliar de enfermería y/o médico de acuerdo al estado de salud y con un familiar o acompañante que sea mayor de edad y pueda responder por el paciente.

- La E.S.E. Hospital San José de La Palma y Centro de salud San Antonio de Yacopi deberán prestar los servicios al paciente referido, según su capacidad de resolución.

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

- Para la remisión de pacientes se debe utilizar en primera instancia las instituciones del subsector oficial, sin detrimento de los contratos establecidos, con las otras instituciones del sector privado.

- Cuando el paciente es cubierto por el seguro obligatorio de accidentes de tránsito (SOAT) y se remite a otra institución, los cobros se harán proporcionalmente a los gastos en que haya incurrido cada institución.

- *Es responsabilidad del Medico* Realizar la admisión de urgencias y realizar la Historia clínica de cada paciente con el seguimiento o la información concerniente a la contrareferencia que reporta la IPS si es el caso.

- En todo manejo de pacientes referidos y contrareferidos, se deben respetar las pautas culturales y creencias de los diferentes grupos étnicos.

- Todo paciente remitido debe ir limpio, si su patología lo permite, con acceso venoso permeable y con los reportes de las ayudas diagnósticas que hasta el momento el paciente porte. Así mismo, todo paciente que se acepte en remisión debe ser enviado en las mismas condiciones.

- Una vez sale el paciente remitido, se debe consignar en el formato de remisiones y libro de registro diario de remisiones todos los datos de la salida y aceptación del paciente.

- Si el paciente sale en ambulancia de otras instituciones se deben registrar todos los datos del paciente y de la salida en el libro de registro diario de remisiones

- Todo paciente que sea comentado a la institución para aceptar remisión, debe ser comentado telefónicamente con el médico jefe de turno de urgencias, los datos básicos del paciente, documentos y el resumen de Historia Clínica.

- El formato de referencia y contrareferencia debe ir totalmente diligenciado, no debe haber ningún espacio en blanco, enmendadura.

- Las notas médicas, la valoración cefalocaudal y la información del paciente y su patología deben ser completas y claras.

10.5 Requisitos para la referencia de pacientes

Si un paciente va a ser trasladado a otra institución debe cumplir con los siguientes requisitos:

- Lista de chequeo para el traslado de pacientes.
- Copia de la historia clínica
- Autorizaciones de (Traslado, hospitalización o procedimiento) ✞ Paraclínicos.
- Copia de documento de identidad.
- Record de traslado
- Acompañante para el traslado.

- Carta de compromiso por parte de la E.S.E en caso de que el paciente se encuentre en condición de abandono.

10.6 Comunicaciones:

El servicio de Urgencias (Referencia y contrareferencia) cuenta con dos líneas telefónicas una teléfono fijo (8505166 Ext. 102) y una línea celular (3504264854) un sistema de radioteléfono con enlace a CRUE de Cundinamarca y la red departamental de salud de Cundinamarca, las cuales están a disposición las 24 horas del día.

Se cuenta con un directorio telefónico, de las principales instituciones prestadoras de servicios de salud del departamento, Empresas promotoras de salud donde se pueden remitir los usuarios.

Anexo 1

DIRECTORIO TELEFÓNICO EPS`S- CRUE	
CRUE	2627056
FAMILINEA	310 218 3011 - 3078089
SERVISALUD	320 322 2303 – 7456061
CAPITAL SALUD	3389760
ECOOPSOS	5190962 -
SALUD VIDA	2088330 – 322 437 0837
NUEVA EPS	3077058
COMPENSAR	018000915202 – 018000915212