# MANUAL DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA APLICADO AL SERVCIO DE URGENCIA

## CONTROL DE CAMBIOS

| Versión | Fecha | Descripción del Cambio |
|---|---|---|
| 1 | 30/03/2012 | Creación del documento |
| 2 | 18/01/2013 | Se actualiza documentación que conforma el manual de calidad de la ESE Hospital Local Cartagena de Indias, ya que se cambia logo de la Entidad. |
| 2.1 | 01/03/2021 | Inclusión de Criterios de remisión a otro nivel población de alto riesgo |
| 3 | 8/07/2022 | Actualización de la población por sub red de atención, citación del Programa de Referencia y Contra referencia, Admisiones de Pacientes, Traslado Asistencial(PRAT) |

## INTRODUCCION

Teniendo en cuenta que la ESE Hospital Local Cartagena de Indias realiza la prestación integral de los servicios de salud a sus usuarios a través de sus diferentes centros de atención los cuales brindan atención de baja complejidad, debe dar cumplimiento a las reglamentaciones vigentes en materia de prestación de los servicios de salud. Por ello debe garantizar la continuidad y seguridad en la atención de sus usuarios, garantizando la existencia y aplicación del Sistema de Referencia y Contrarreferencia el cual debe permitir el cumplimiento de los parámetros de atención establecidos.

**OBJETIVOS.**

**GENERAL**

Garantizar a los usuarios de los servicios de la ESE Hospital Local Cartagena deIndias a través de sus diferentes centros de atención, el acceso oportuno a la prestación de los servicios de salud, según los requerimientos individuales decada paciente.

**ESPECIFICOS:**

1. Verificar el conocimiento y aplicación de los procesos del Sistema de Referencia y Contrarreferencia por parte de las personas directamente involucradas en la atención de los usuarios en cada uno de los puntos de atención.
2. Verificar la integración existente entre las IPS que conforman la red de servicios de cada IPS contratada y el nivel de respuesta de cada una de ellas según su nivel de complejidad.
3. Verificar la disponibilidad de medios de transporte oportunos y adecuados cuando se requieran
4. Asegurar la atención inicial de urgencias de los usuarios
5. Verificar que se realicen las Contrarreferencia al primer nivel de atencióny asegurar que se hagan los controles y seguimientos respectivos.

## NORMATIVIDAD

La ESE Cartagena de Indias adopta y adapta la normatividad que en relación con el régimen de referencia y contra referencia ha señalado el Ministerio de Salud.

Decreto 2759/91, Decreto 2174/96, Componente de traslado 009279, Resolución 1995/99, Resolución 4252/97, Resolución 4445/96), en concordancia con las leyes que rigen la materia, en especial las leyes 10/90, 100/93 Y 715 del 2.001. Normas que son de obligatoria observancia para todas las instituciones o entidades que presten servicios de salud en el Distrito.

## MARCO NORMATIVO

### FUNDAMENTO LEGAL.

- ✓ **Constitución Política de la República de Colombia – artículo 49**. Señaló la potestad del Estado para reglamentar y organizar los niveles de atenciónen la prestación de los servicios de salud, de conformidad con los principios de universalidad, eficiencia y solidaridad. Los artículos 334 y 365 de la Carta Política, establecieron la facultad del Estado para mantener la regulación, control y vigilancia del servicio de salud.
- ✓ **La Ley 10 de 1990,** por medio de la cual se reorganizó el Sistema Nacional de Salud (SNS), redefinió el servicio público de salud, estableciendo quela prestación de los servicios, en todos los niveles, estaba a cargo de la Nación, con carácter gratuito en sus servicios básicos para todos los habitantes del territorio nacional y administrado en asocio con las entidades territoriales, los entes descentralizados y las personas privadas autorizadas para tal efecto.
- ✓ **El Decreto reglamentario 1760 de 1990**. Por el cual se establecieron y definieron los niveles de atención, tipo de servicio y grado de complejidad definió como nivel de atención la responsabilidad del ente territorial en la organización de los servicios de salud, a través de una ovarias entidades que prestan servicios; estableció que estos se organizaran de acuerdo con

su complejidad en servicios, departamentos, unidades, secciones y grupos. Estos comprenden el conjunto de recursohumano, tecnológico y material, organizados para solucionar problemasde salud y apoyar o complementar dicha solución.

- ✓ **Decreto No 1761 de 1990**. Por el cual se reglamentan los servicios de urgencias.
- ✓ **Decreto 2759 del 11 de diciembre de 1991.** Por el cual se organiza y establece el régimen de Referencia y Contra referencia.
- ✓ **La Ley 60 de 1993** Amplió la disponibilidad de recursos tanto del situado fiscal como de las participaciones de los municipios y abrió la posibilidad, posteriormente ratificada en la ley 100 del mismo año, de otorgar subsidios a la demanda de servicios de salud. Además de otras determinaciones de competencia de los entes territoriales, la ley específicamente señaló la competencia de los departamentos y los distritos para garantizar la operación de la red de servicios, así como delsistema de Referencia y Contra referencia de pacientes entre todos los niveles de atención.
- ✓ **La Ley 100 de 1993.** Mediante el cual se establece el Sistema General de Seguridad Social.
- ✓ **Resolución 9279 de 1993**. Por la cual se adopta el manual de normalización del competente traslado para la red nacional de Urgencias. Norma que garantiza un servicio de ambulancias que cumplan con las condiciones técnico-sanitarias, de higiene y dotación que garanticen un adecuado traslado de los pacientes.
- ✓ **Resolución 5261 de agosto de 1994**. Por el cual se establece el manual de actividades, intervenciones y procedimientos del plan obligatorio de salud en el sistema de seguridad social en salud.
- ✓ **Circular externa No. 014 de 1995**. Expedida por la Superintendencia Nacional de Salud. La cual trata sobre la atención de urgencias.
- ✓ **Resolución 741 de 1997**: Instituciones y demás prestadores de servicios de salud deberán tener libros de registro de traslado de usuarios foliados ycon acta de apertura firmado por los responsables de los servicios dondese registre: el nombre del usuario, el número de la historia clínica, la hora de salida o ingreso y el nombre y firma del responsable del traslado. Datosa consignar en el libro de traslados. Nombre de la Institución remitente y de la receptora Nombre de quien ordena y autoriza el traslado Nombre del responsable del traslado
- ✓ **Ley 715 de diciembre 21 de 2001**. En su capítulo 3. Art. 43. Núm. 1.2. Adoptar, difundir, implantar, ejecutar, y evaluar, en el ámbito departamental las normas, políticas, estrategias, planes, programas y proyectos del sector salud del sistema general de seguridad social en salud que formule y expida la nación o en armonía con estas. Art. 45. Competencias en salud por parte de los distritos. Tendrán la misma

competencia que los municipios y departamentos, excepto aquellas que corresponden a la función de intermediación, entre los municipios y la nación. La prestación de los servicios en salud en los distritos de

Barranquilla, Cartagena y Santa Marta se articularán a la red de prestación de servicios en salud de los respectivos departamentos. Capítulo 4. Disposiciones generales del sector salud. Art. 54. organizacióny consolidación de redes. La red de servicio de salud se organizará por grados de complejidad relacionados entre sí mediante un sistema de referencias y contra referencia que provea las normas técnicas y administrativas con el fin de prestar al usuario servicio de salud.

- ✓ **Política nacional de prestación de servicios de salud Decreto 1011 de 2006 Articulo 3. CARACTERÍSTICAS DEL SOGC**.
- ✓ **Resolución 1043/2006 Estándar Referencia y Contra referencia Circularexterna 049 de 2008 SNS** (Modificación).
- ✓ **Circular externa 049 de 2008 SNS** (Modificación).
- ✓ **Decreto 4747/2007**

**DEFINICIÓN DE TERMINOS.**

**Prestadores de servicios de salud:** Se consideran como tales las instituciones prestadoras de servicios de salud y los grupos de práctica profesional que cuentan con infraestructura física para prestar servicios de salud y que se encuentran habilitados. Para efectos del presente decreto, se incluyen los profesionales independientes de salud y los servicios de transporte especial de pacientes que se encuentren habilitados.

**Red de prestación de servicios**: Es el conjunto articulado de prestadores de servicios de salud, ubicados en un espacio geográfico, que trabajan demanera 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 yeficiencia 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 de 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 contrarreferencia.

**Referencia y Contrarreferencia.** 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. (Decreto 4747/2007)

**Referencia**

La referencia es el envío de pacientes o elementos de ayuda diagnóstica por parte de un prestador de servicios de salud, a otro prestador para atención o Complementación diagnóstica que, de acuerdo con el nivel de resolución, de respuesta a las necesidades de salud. Es el flujo multidireccional de usuarios, muestras y/o insumos necesarios entre todas las IPS, EPS y entes territoriales conel objetivo de garantizar un servicio con calidad a nuestros usuarios.
Es el procedimiento administrativo utilizado para canalizar al paciente de una unidad operativa a otra de mayor complejidad, con el fin de que reciba atención médica o se le realicen exámenes de laboratorio o gabinete más especializado y tecnificados.

**Contrarreferencia:**

Es el procedimiento administrativo mediante el cual, una vez resuelto el problema de diagnóstico y tratamiento, se retorna el paciente a la unidad operativa que lo refirió, con el fin de que se le realice el control y seguimientonecesario.

**COMPLEJIDAD DE LOS SERVICIOS.**

Para la prestación del Plan Obligatorio de la salud se establecen tres grados de complejidad, definidos de acuerdo a la tecnología utilizada en la actividad, procedimiento o intervención, contenidos en el manual de actividades, procedimientos e intervenciones vigente; sin que en ningún momento, los grados de complejidad sean excluyentes o restrictivos siempre que cumplan con las condiciones mínimas requeridas para cada servicio específico, los cuales podrán ser ofrecidos bajo las modalidades de HOSPITALARIA (INTERNACIÓN) Y AMBULATORIA. Los grados de Complejidad son bajo, median o alto, en este

último se incluyen los niveles II y V previstos en la Resolución 5261de 1994.

**URGENCIA.**

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

**SERVICIOS DE ATENCIÓN DE URGENCIAS.**

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

**DE LA OBLIGATORIEDAD.**

Todas Las entidades o establecimientos públicos o privados autorizados para la prestación de servicios de urgencias, tienen la obligación de atender los casosde urgencias.

**DE LA CONDUCTA INMEDIATA A LA ATENCIÓN INICIAL DE LA URGENCIA**.

Una vez atendido el paciente, la entidad informará de manera inmediata a la unidad de urgencias del correspondiente nivel de Dirección Seccional o Local de Salud los datos sobre diagnóstico, severidad y necesidad de referencia del paciente. La unidad de urgencias del correspondiente nivel de Dirección Seccional o Local de Salud establecerá la condición del paciente y definirá los procesos a seguir.

**DE LOS PACIENTES NO AMPARADOS POR CUALQUIER SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL O MEDICINA PREPAGADA.**

Si el paciente atendido por los servicios de urgencias no está amparado por ningún sistema de seguridad y previsión social obligatorio o voluntario, una vez atendido, La unidad de urgencias del correspondiente nivel de dirección seccional o local de salud, efectuará la respectiva clasificación socioeconómica con base en el Régimen de Organización y Funciones para la

Fijación y Control de Tarifas que para el efecto expida el Ministerio de Salud.

**FINALIDAD.**

El sistema de referencia y contra referencia tiene como finalidad facilitar la atención oportuna e integral de los usuarios, el acceso universal de lapoblación afiliada y vinculada que se requiera y la racionalización de los recursos institucionales.

**POLÍTICAS DEL SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA**

Utilizar en forma racional los recursos disponibles en las unidades médicas existentes en la entidad.

- ✓ Atender con prioridad, responsabilidad y calidad los casos que son referidos o contra referidos por las diferentes unidades médicas.

Incrementar la comunicación entre las unidades atención médica, así como las relaciones positivas entre el personal involucrado en el sistemade referencia y contrarreferencia de pacientes, con el propósito de mejorar la calidad de la atención a los pacientes.
Proporcionar de acuerdo a los recursos disponibles en la unidad, la orientación y las facilidades necesarias a los pacientes y familiares, paraasegurar su eficiente referencia y contrarreferencia.

**MODALIDAD.**

El servicio de referencia y contrarreferencia se da a través de diferentes modalidades como son:

**Remisión:** Es el procedimiento por el cual transfiere la prestación del servicio de salud de la **ESE Hospital Local Cartagena De Indias** a otro centro asistencial uotro profesional, con la consiguiente derivación de responsabilidad del mismo.

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

**Responsable de la interconsulta:** Es responsable de la Interconsulta el profesional de la salud que se encuentra prestando un servicio a un usuario y quien de acuerdo a las guías de atención requiere de un juicio u orientación de otro profesional o

institución para continuar brindando al usuario un servicio efectivo eficaz y de calidad. Las interconsultas se pueden dar desde el servicio de ambulatorio o de internación y el formato utilizado es el mismo de referencia ycontra referencia. Destino de la interconsulta: Los usuarios remitidos a los profesionales o Instituciones prestadoras de servicios de salud con quienes se haya convenido la interconsulta de pacientes. Se buscará en la lista de la red prestadora de servicios o la de les profesionales contratados.

**Orden de servicio:** Es la solicitud de realización de actividades de apoyo.

**Apoyo tecnológico:** Es el requerimiento temporal de recurso humano y/o técnico que realiza la ESE **Hospital Local Cartagena De Indias** a otro centro asistencial para garantizar la prestación del servicio que requiere el paciente.

**FUNCIONALIDAD DEL RÉGIMEN DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA.**

**La Referencia** se hará desde la ESE **Hospital Local Cartagena De Indias** a una institución de mayor complejidad ya sea de II, III o IV nivel de complejidad del sector oficial o privado.

Se enviará notificación a través de correos electrónicos a la EAPB responsable del paciente, IPS y al CRUED para notificar proceso de remisión de éste.

El correo de donde se enviará la notificación es prat@centros.esecartagenadeindias.gov.co

La ESE **Hospital Local Cartagena De Indias** remitirá los pacientes que requieran una Institución de mayor complejidad teniendo en cuenta los contratos que existen con las distintas EPS-S con las que se tiene contrato e igualmente con su propia red para los pacientes particulares.

**La Contrarreferencia:** Se recibirá en la ESE Hospital Local Cartagena de Indias desde la IPS de mayor complejidad a la cual nuestra institución le realizó la referencia del paciente, cuando se le haya brindado la atención motivo de la referencia y que dadas sus condiciones clínicas pueda y deba ser manejado enel primer nivel de complejidad.

**Medio de transporte:** El medio de transporte que se utilice para la remisión de usuarios dependerá de las condiciones del usuario:

- ✓ Usuario que puede movilizarse por sí mismo y su remisión no es urgente: Se desplazará por sus propios medios hasta la institución de referencia.

- ✓ Usuario que no puede movilizarse por sí mismo y su condición no es crítica: Se remitirá en ambulancia.
- ✓ Usuario en estado crítico o usuario a quien se prestó atención inicial de urgencia: Se remitirá en ambulancia.

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

**Responsable de la interconsulta:** Es responsable de la Interconsulta el profesional de la salud que se encuentra prestando un servicio a un usuario y quien de acuerdo a las guías de atención requiere de un juicio u orientación de otro profesional o institución para continuar brindando al usuario un servicio efectivo, eficaz y de calidad. Las interconsultas se pueden dar desde el servicio de ambulatorio o de internación y el formato utilizado es el mismo de referencia ycontra referencia.

Destino de la interconsulta: Los usuarios remitidos a los profesionales o Instituciones prestadoras de servicios de salud con quienes se haya convenido la interconsulta de pacientes. Se buscará en la lista de la red prestadora de servicios o la de les profesionales contratados.

**Orden de servicio: Toda** remisión debe hacerse en el formato único de referencia y contra referencia, establecido para tal efecto, debidamentediligenciado y con los soportes que sean requeridos.

**REFERENCIA A OTROS NIVELES DE ATENCIÓN.**

Cuando la ESE Hospital Local Cartagena de Indias no tenga capacidad resolutiva para la atención del caso y las condiciones clínicas del paciente excedan nuestra capacidad de atención, se referirá al usuario hacia una institución de mayor complejidad y resolutividad previamente establecida como de referencia, para aquellos componentes del servicio establecido en elámbito territorial y con la cual haya establecido contratación para tal fin. En la eventualidad que el usuario se halle identificado como vinculado o el servicio requerido sea de los establecidos como no POSS, El DADIS, expedirá la correspondiente orden de prestación de servicios, que se acompañara con la certificación de la condición socioeconómica del paciente (Sisbén) para atención a vinculados.

**SUBSISTEMA DE INFORMACIÓN Y DE COMUNICACIONES INTERNAS**

Cada integrante de la red de servicios, manejará la información necesaria que

permita el desarrollo del sistema de referencia y contra referencia. Los instrumentos mínimos son:

- ✓ Bitácora de ambulancia, diario de comunicaciones para las bases fijas de red de comunicaciones. Consolidado mensual de remisiones y contra remisiones.
- ✓ Indicadores que permitan evaluar el desarrollo del sistema.

Los datos de la prestación del servicio y los requerimientos mínimos de la información, serán los dispuestos en la Resolución 03374 del 27 de diciembre de 2000 (RIPS).

**DE LAS CONDICIONES PARA EL TRASLADO DE PACIENTES CON PATOLOGÍAS DE URGENCIA**

El usuario antes de ser remitido debe ser previamente valorado clínicamente y evaluada la posibilidad de ser atendido por el prestador remitente.
El usuario debe ir acompañado de la información mínima para brindarle una adecuada atención y manejo.
El formulario de Referencia y 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 asegura el transporte del afiliado referido o contra referido cuando el caso lo amerite. La ambulancia se considera una extensiónde 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, para hacer ágil el funcionamiento del sistema de referencia y Contrarrefencia.

**DE LAS CONDICIONES DE TRASLADO PARA UN PACIENTE AMBULATORIO**

El usuario debe ir acompañado de la información mínima para brindarle una adecuada atención y manejo.

El formulario de remisión debe ser identificado con el número de identificacióndel usuario.
El usuario debe presentar la orden de servicios si tiene orden de servicio no pospara atención de el II y III nivel entregada por el DADIS o la Secretaría Departamental de Salud.

**PRESTACIÓN DEL SERVICIO**

Para ingresar al sistema toda persona vinculada, que requiera los servicios de salud, debe hacerlo por urgencias o a través de consulta externa de cualquierade las Unidades Periféricas de atención Upas o Centros de Salud de primer nivel de atención del Distrito de Cartagena.

**CÓMO ACCEDER AL SERVICIO**

El departamento de admisiones de cada una de las IPS será el encargado de verificar los derechos, de quienes solicitan la prestación del servicio. Debe hacerse la respectiva historia clínica legible con todos los componentes: Identificación (Resolución 1995/99), número de carnet de Sisben, Diagnóstico, proyección del tratamiento y en caso de necesitar para clínicos pertinencia del mismo.

**ATENCIÓN I NIVEL**

El usuario recibe la atención primaria que puede ser resolutiva o derivada a otro nivel de complejidad si lo amerita (los servicios de I nivel de atención contemplados dentro del contrato deben ser resueltos por la Institución prestadora de servicios) en caso contrario, derivarlos a otras instituciones acreditadas por el DADIS para hacerlos.

**ATENCIÓN II NIVEL**

Si el paciente debe ser enviado a otro nivel de complejidad (2° nivel) se hará alas Instituciones acreditadas que presten el servicio para las especialidades: Medicina Interna, Pediatría, Cirugía General o Ginecobstetricia. O subespecialidades: Ortopedia, Oftalmología o Neurocirugía en el caso de Diagnóstico definido para referencia.

**SE REQUIERE QUE**

Todas las remisiones y exámenes Solicitados deben estar debidamente soportados con pertinencia e impresión diagnostica y enviados a las instituciones acreditadas por el DADIS, como proveedor del servicio, para auditoria posterior.

**ATENCIÓN III NIVEL**

Los procedimientos, tratamientos o eventos de tercer nivel, deben ser referenciados por el especialista tratante de segundo nivel, previo diligenciamiento de datos como filiación, valoración cínica, diagnóstico, pertinencia de remisión, proyecto de tratamiento y pronóstico legible.

**REMISIÓN AMBULATORIA**

Los usuarios subsidiados atendidos en primer nivel y que sean referidos a nivelesde mayor complejidad, deben dirigirse a su EPSs la cual direccionará el eventodentro de su red de servicios.

**SERVICIO NO POSS**

En caso de tratarse de evento no POSS, la EPSs emitirá orden con cargo al subsidio a la oferta, la cual será auditada y aprobada o no por los auditores deDADIS, previa verificación de soportes (historia clínica legible, pertenencia dereferencia, pronóstico y proyección del tratamiento).

**REMISIÓN URGENCIA**: Es importante resaltar en caso de remisión de pacientes a IPS de mayor complejidad de los eventos ingresados por urgencia, la responsabilidad de la prestación de los servicios de salud no cesa para una Institución de baja complejidad, hasta tanto no es recibido el usuario a la IPS de referencia previa comunicación y aceptación de la misma.

**PRESTADORA**

**ATENCIÓN DE BAJA COMPLEJIDAD**

Ofrecemos nuestros Servicios en cuarenta y tres (43) Sedes, ubicados estratégicamente en la zona urbana y rural continental e insular.

Acorde al documento de Red Distrital y la normatividad para la prestación de servicios como prestador primario, contamos con centros que ofrecen servicios según su tipología.

***La Subred Arroz Barato*** cuenta actualmente con 12 sedes, discriminadas de la siguiente manera: una (1) tipo 1C, que es Hospital, dos (2) tipo 1B y siete (7)tipo 1 A. La población asignada actualmente para esta subred es de aproximadamente 104.753 usuarios.

| NOMBRE SUBRED | NOMBRE DE LA SEDE | TIPOLOGIA | | |
|---|---|---|---|---|
| | | 1a | 1b | 1c |
| ARROZ BARATO | HOSPITAL ARROZ BARATO | | | x |
| | CENTRO DE SALUD NUEVO BOSQUE | | x | |
| | CENTRO DE SALUD BLAS DE LEZO | | x | |
| | CENTRO DE SALUD PASACABALLO | | x | |
| | PUESTO DE SALUD SAN VICENTE DE PAUL | x | | |
| | PUESTO DE SALUD LAS REINAS | x | | |
| | CENTRO DE SALUD SOCORRO | x | | |
| | PUESTO DE SALUD TERNERA | x | | |
| | PUESTO DE SALUD BOSQUE | x | | |
| | PUESTO DE SALUD ISLOTE SAN BERNARDO | x | | |
| | PUESTO DE SALUD ISLA FUERTE | x | | |
| | PUESTO DE SALUD NELSON MANDELA | x | | |

***La Subred Canapote*** cuenta actualmente con 16 sedes, discriminadas de la siguiente manera: una (1) tipo 1C, que es Hospital, cuatro (4) tipo 1B y diez (10)tipo 1 A. La población asignada actualmente para esta subred es de aproximadamente 74.399 usuarios.

| NOMBRE SUBRED | NOMBRE DE LA SEDE | TIPOLOGIA | | |
|---|---|---|---|---|
| | | 1a | 1b | 1 c |
| CANAPOTE | HOSPITAL CANAPOTE | | | x |
| | CENTRO DE SALUD ESPERANZA | | x | |
| | CENTRO DE SALUD BOQUILLA | | x | |
| | CENTRO DE SALUD CANDELARIA | | x | |
| | PUESTO DE SALUD FATIMA | x | | |
| | PUESTO DE SALUD SAN PEDRO Y LIBERTAD | x | | |
| | CENTRO DE SALUD BOCACHICA | | x | |
| | PUESTO DE SALUD CAÑO DEL ORO | x | | |
| | PUESTO DE SALUD ISLAS DEL ROSARIO | x | | |
| | PUESTO DE SALUD PUNTA ARENA | x | | |
| | PUESTO DE SALUD TIERRA BOMBA | x | | |
| | PUESTO DE SALUD MANZANILLO | x | | |
| | PUESTO DE SALUD DANIEL LEMAITRE | x | | |
| | PUESTO DE SALUD SAN FRANCISCO 1 | x | | |
| | PUESTO DE SALUD PUERTO REY | x | | |
| | PUESTO DE SALUD TIERRA BAJA | x | | |

***La Subred Pozón*** cuenta actualmente con 16 sedes, discriminadas de la siguiente manera: una (1) tipo 1C, que es Hospital, tres (3) tipo 1B y doce (12)tipo 1 A. La población asignada actualmente para esta subred es de aproximadamente 382.279 usuarios.

| NOMBRE SUBRED | NOMBRE DE LA SEDE | TIPOLOGIA | | |
|---|---|---|---|---|
| | | 1a | 1b | 1 c |
| POZON | HOSPITAL POZON | | | x |
| | CENTRO DE SALUD OLAYA HERRERA | | x | |
| | CENTRO DE SALUD BAYUNCA | | x | |
| | PUESTO DE SALUD PUNTA CANOA | x | | |
| | PUESTO DE SALUD FREDONIA | x | | |
| | PUESTO DE SALUD FOCO ROJO | x | | |
| | PUESTO DE GAVIOTAS | x | | |
| | CENTRO DE SALUD LIBANO | x | | |
| | PUESTO DE SALUD ARROYO GRANDE | x | | |
| | PUESTO DE SALUD ARROYO DE PIEDRA | x | | |
| | PUESTO DE SALUD ARROYO DE LAS CANOAS | x | | |
| | PUESTO DE SALUD PONTEZUELA | x | | |
| | PUESTO DE SALUD BOSTON | x | | |
| | PUESTO DE SALUD NUEVO PORVENIR | x | | |
| | CENTRO DE SALUD BICENTENARIO | | x | |
| | CENTRO DE SALUD POZON | x | | |

***a Subred Pozón*** cuenta actualmente con 16 sedes, discriminadas de la siguiente manera: una (1) tipo 1C, que es Hospital, tres (3) tipo 1B y doce (12)tipo 1 A. La población asignada actualmente para esta subred es de aproximadamente 277587 usuarios.

| NOMBRE SUBRED | NOMBRE DE LA SEDE | TIPOLOGIA | | |
|---|---|---|---|---|
| | | 1a | 1b | 1 c |
| POZON | HOSPITAL POZON | | | x |
| | CENTRO DE SALUD OLAYA HERRERA | | x | |
| | CENTRO DE SALUD BAYUNCA | | x | |
| | PUESTO DE SALUD PUNTA CANOA | x | | |
| | PUESTO DE SALUD FREDONIA | x | | |
| | PUESTO DE SALUD FOCO ROJO | x | | |
| | PUESTO DE GAVIOTAS | x | | |
| | CENTRO DE SALUD LIBANO | x | | |
| | PUESTO DE SALUD ARROYO GRANDE | x | | |
| | PUESTO DE SALUD ARROYO DE PIEDRA | x | | |
| | PUESTO DE SALUD ARROYO DE LAS CANOAS | x | | |
| | PUESTO DE SALUD PONTEZUELA | x | | |
| | PUESTO DE SALUD BOSTON | x | | |
| | PUESTO DE SALUD NUEVO PORVENIR | x | | |
| | CENTRO DE SALUD BICENTENARIO | | x | |
| | CENTRO DE SALUD POZON | x | | |

**Atención de partos baja complejidad**

1. Hospital el Pozón.
2. CS de La Boquilla.
3. CS de Arroz Barato
4. CS de Blas de Lezo.

**Atención de urgencia 24 horas (Baja complejidad)**

- Hospital Arroz Barato
- Cs Blas de Lezo
- Cs Bayunca
- Cs Boquilla
- Cs Esperanza
- Cs Candelaria
- Cs Nuevo Bosque
- Cs Nelson Mandela
- Cs Olaya Herrera

- Hospital Pozón
- Cs Pasacaballo

**ATENCION DE MEDIANA COMPLEJIDAD**

1. Maternidad Rafael Calvo teléfono 6724060
2. Hospital Infantil N. P. F. celular 322 8445647

**ATENCION DE MEDIANA COMPLEJIDAD.**

1. Hospital de Bocagrande. Celular 320 5421973
2. Hospital universitario del Caribe. 300 4364963
3. FIRE_ Hospital neurológico 6056810300
4. Clínica del Bosque 310 4421890
5. Clínica Cartagena del Mar 313 5440327
6. Clínica Crecer autorizacionesclinicacrecer@gmail.com
7. Clínica San José de Torices 314 7885892
8. Clínica Blas de Lezo 317 5181379
9. Clínica Madre Bernarda 321 6777522
10. Clinica la Ermita 304 5754905

**TÉCNICAS ADMINISTRATIVAS DEL RÉGIMEN**

1. Para dar inicio al régimen de referencia y contrarreferencia del paciente este debe ser sometido a una evaluación Clínica previa y definir la posibilidad de atención de la IPS de II, III y IV nivel receptora donde va aser referido o la de I nivel si va ser contrarreferido.

2. Todo paciente referido y/o contrarreferido debe ir acompañado de información necesaria para brindarle la adecuada prestación de los servicios.

3. Todo paciente que requiera servicio de salud de urgencia y que su vida o salud dependa de una atención oportuna e inmediata, independientemente de su asegurador, deberá ser atendido obligatoriamente por el personal de turno de la ESE Hospital Local Cartagena de Indias, estamos en la obligación legal de realizar la atención inicial necesaria para proteger su vida y mejorar su pronóstico, luego coordinar el traslado a la IPS de II, III o IV nivel donde se continuarasu atención cuando sus condiciones clínicas y de salud excedan nuestra capacidad de atención y resolutiva.

4. El médico de turno o la enfermera jefe es la persona encargada de coordinar el traslado del paciente que va a ser referido con la IPS de II, III o IV nivel receptora, quien debe garantizar la atención del mismo, de conformidad con la situación del caso, se comunicará a través de la línea telefónica 318 7757997 y enviará soportes al correo electrónico prat@centros.esecartagenadeindias.gov.co .

5. La auxiliar del PRAT gestionará la referencia y/o Contrarreferencia de los pacientes del centro asistencial(ver Programa de Referencia y Contra referencia, Admisiones de Pacientes, Traslado Asistencial), deberá comunicar previamente la referencia del paciente a la EAPB e IPS receptora.

6. Cuando se imposibilita la comunicación previa sobre la referencia del paciente, La **ESE Hospital Local Cartagena De Indias** garantizará la atención del mismo de conformidad con nuestra capacidad resolutiva y de atención de la patología que presente el paciente, teniendo en cuenta los recursos disponibles en nuestra institución.

7. Los pacientes atendidos por urgencia y cubiertos por el Seguro contra Accidente (SOAT), que deban referirse y contrarreferirse se acogerán a lo establecido en los decretos reglamentarios de la red de urgencia.

**RESPONSABILIDAD.**

1. Antes de ser referido el paciente, el personal del centro asistencial está comprometido a valorar y evaluar la posibilidad de ser atendido en la institución.

2. Para determinar el sitio al cual se va a referir se tendrá en cuenta, la clasificación del grado de complejidad de los servicios que requiera el paciente.

3. Cuando un paciente requiere una referencia hacia otra IPS de mayor complejidad es obligación de nuestro talento humano que labora en el PRAT informe a la EAPB o asegurador del mismo sobre su situación para que sean ellos quienes ubiquen a este paciente en alguna de las IPS que conforman su red de prestadores de servicios.

4. Antes de ser remitido el paciente, se debe hacer la solicitud al organismode

salud receptor a través de correo electrónico o de las líneas telefónicas de la institución o de la línea celular si es posibles, donde se verificará la posibilidad de ser atendido en ese lugar.

5. Todo paciente remitido si sus condiciones lo ameritan, se transportará en ambulancia perteneciente al centro asistencial.

6. Todo paciente remitido debe ir con la hoja de remisión debidamente diligenciada y firmada por el médico remitente de la institución, o si el paciente se encuentra en observación por más de 6 horas, deberá ir con formato de evolución médica.

7. La responsabilidad de la realización y coordinación de las actividades necesarias para la remisión de un paciente es del médico del centro asistencial remitente.

8. La responsabilidad del paciente, es de la **ESE Hospital Local Cartagena De Indias** hasta cuando sea recibido por la IPS receptora.

9. La auxiliar de enfermería o agente de salud encargado de transportar al paciente realizara la entrega de éste en la institución receptora al médico responsable del servicio al cual se refiere el paciente con larespectiva hoja de remisión.

10. La remisión y transporte de elementos Biológicos y muestras de ambiente para el diagnóstico se hará de conformidad con las técnicas de bioseguridad.

11. La contrarreferencia del paciente debe hacerse a la IPS referentecuando el caso lo amerite.

12. Cuando la ESE Hospital Local Cartagena De Indias realice una contrarreferencia, se le entregará al paciente, acompañante o personal de salud encargado del transporte según sea el caso, para su atención en otra institución de mayor complejidad o ambulatoria por especialista, la hoja de contrarreferencia debidamente diligenciada y se le darán las instrucciones precisas para que el afiliado o agente de salud lleve esta al organismo de salud del cual fue referido.

13. Si el paciente es contrarreferido por la ESE Hospital Local Cartagena de Indias a un servicio ambulatorio para que continúe con su tratamiento, se le debe entregar al mismo el formato de referencia y Contrarreferencia con las indicaciones claras del motivo de la Contrarreferencia, el manejo y

tratamiento brindado en nuestra institución, legible, llenado en su totalidad, para garantizar la continuidad de la atención en salud a nuestros usuarios.

**CRITERIOS DE REMISIÓN URGENTE EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS, MUJERESEMBARAZADAS Y POBLACIONES DE ALTO RIESGO.**

**MUJERES EMBARAZADAS:**

- Embarazo mayor a 41 semanas.
- Disminución o ausencia de movimientos fetales.
- Enfermedad sistémica severa.
- Infección urinaria con fiebre.
- Diabetes no controlada.
- Hipertensión no controlada o presencia de convulsiones, visión borrosa o pérdida de conciencia o cefalea intensa.
- Palidez palmar severa o HB < 7 g/dl.
- Edema en cara, manos y piernas.
- Ruptura prematura de membrana antes de las 37 semanas.
- Trabajo de parto menor de 37 semanas.
- Hemorragia vaginal.
- Ruptura prematura de membranas mayor a 12 horas.
- Fiebre o taquicardia materna.
- Cambios en la frecuencia cardiaca fetal < de 120 o > de 160 latidos por minuto.
- Presentación anormal durante trabajo de parto.
- Síntomas respiratorios asociados a disnea, saturación de 02 < de 95%.
- Parto de alto riesgo: Menor de 20 años o mayor de 35 años, primigesta o gran multípara, periodo intergenésico menor de dos años

**NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS:**

**RECIEN NACIDOS:**

- Peso al nacer < de 2000 gr o > de 4000 gr.
- Edad gestacional menor de 35 semanas.
- Temperatura axilar < 35,5 o >38□C.
- Dificultad respiratoria.
- Fiebre materna o Corioamnionitis.
- RPM mayor de 12 horas.
- Palidez o plétora o ictericia.
- Infección intrauterina (TORCH/VIH).
- Anomalías congénitas mayores.
- Lesiones severas debidas al parto.
- APGAR < de 7 a los 5 minutos.
- Se mueve solo al estímulo, letárgico o irritable.
- No puede tomar el pecho.
- Vomita todo lo que ingiere.
- Convulsiones.
- Palidez, cianosis central, ictericia precoz o importante por clínica o bilirrubinas.
- FR ≥ 60 o < 30 por minuto.
- FC >180 o < 100 por minuto.
- Llenado capilar mayor de 2 segundos.
- Fiebre o hipotermia.

- Fontanela abombada.
- Apneas.
- Aleteo nasal.
- Quejido, estridor o sibilancia.
- Tiraje subcostal grave.
- Cualquier signo de infección como: secreción purulenta conjuntival más edema palpebral, supuración de oído, pústulas o vesículas en la piel (muchas o extensas) o eritema periumbilical.
- Equimosis, petequias o hemorragias.
- Distensión abdominal.
- VIH positivo (materna o neonatal).
- Menos de 4 diuresis en 24 horas.

**CUALQUIER NIÑO MENOR DE 5 AÑOS:**

- Letárgico o Inconsciente.
- Intranquilo o irritable.
- Diarrea con deshidratación severa.

- Diarrea prolongada, diarrea con sangre.
- Desnutrición aguda moderada o severa del menor de 6 meses.
- Problema severo de alimentación.
- Convulsiones.
- Tiraje subcostal, Saturación de 02 al aire ambiente < 92%.
- Fiebre □38□C en menor de 3 meses de edad.
- Fiebre de más de 5 días de evolución.
- Fiebre □39□C sin foco aparente en menores de 3 a 6 meses de edad.
- Respuesta inadecuada al estímulo social: no sonrisa, disminución de actividad
- Rigidez de nuca.
- Aspecto tóxico o apariencia de enfermo grave para el profesional.
- Ninguna respuesta al estímulo social.
- Piel pálida, moteada, ceniza o azul.
- Manifestaciones de sangrado.
- Manifestaciones focales de otras infecciones graves (celulitis facial o celulitis extensa, artritis, mastoiditis etc.).
- Dengue grave, dengue con signos de alarma.
- Desnutrición aguda moderada o severa con alguna complicación.
- Hipotermia.

- Anemia severa: hemoglobina < 4 g/dl o < 6g/dl con signos de dificultad respiratoria. Palidez palmar o conjuntivas intensa.
- Prueba de apetito negativa o frecuencia respiratoria aumentada para la edad.
- condición médica o social del niño que requiere evaluación o intervención.
- Maltrato físico muy grave.
- Abuso sexual.
- Estado epiléptico y/o problema neurológico grave (independiente de su etiología).
- posible cáncer o enfermedad muy grave.
- Infección por VIH sintomática confirmada.
- Cetosis o cetoacidosis diabética.
- Diabetes mellitus.
- Edema generalizado.
- Tensiones arteriales elevadas.

**CRITERIOS DE REMISIÓN ELECTIVA A ESPECIALISTA EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS,MUJERES EMBARAZADAS Y POBLACIONES DE ALTO RIESGO.**

**TODA GESTACION CLASIFICADA DE ALTO RIESGO:**

- Menor de 20 años o mayor de 35 años.
- Primigesta o gran multípara.
- Periodo intergenésico menor de dos años o muy prolongado.
- Inicio tardío, poco control o sin control prenatal.
- Altura uterina no correlaciona con la edad gestacional.
- Antecedente de hijos prematuros, bajo peso o malformados al nacer.
- Antecedente de RCIU.
- Antecedente de aborto habitual, muerte fetal o neonatal temprana.
- Enfermedad sistémica controlada.
- Diabetes controlada.
- Hipertensión controlada.
- Palidez palmar y/o Hb 8 a 10 g/dl.
- Flujo vaginal refractario.
- Infección urinaria recurrente, sin fiebre.
- Alcoholismo, tabaquismo o drogadicción.
- Enfermedad mental.

- Ingesta de drogas teratogénicas.
- Ganancia inadecuada de peso.
- Presentación anormal.
- Gestación múltiple.
- Cesárea anterior iterativa.
- Madre Rh negativa.
- VDRL o VIH o hepatitis b positivos.
- Oligo o polihidramnios.
- Malformación congénita en ecografía.
- IMC < de 20 y > de 30.
- Antecedentes de infertilidad (embarazo seguido con tratamiento).
- Placenta previa, acretismo placentario.

**RECIÉN NACIDO DE MEDIANO RIESGO:**

- Peso al nacer entre 2.000 y 2.500 gr.
- Edad gestacional entre 35 y 37 semanas (casi a término).
- Edad gestacional de 42 SG o más.
- Reanimación sin presión positiva y sin masaje.
- Madre VIH positiva o prueba indeterminada o criterios clínicos.
- Anomalías congénitas menores.
- Incompatibilidad Rh o de grupo.

**NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS**

- Problema del crecimiento, desnutrición moderada a severa.
- Obesidad.
- Sospecha de abuso sexual, maltrato emocional y/o negligencia abandono.
- Sospecha de retraso del desarrollo.
- Infecciones crónicas recurrentes: ITU, Otitis media crónica u otitis media recurrente

**CRITERIOS DE REMISION A OTRO NIVEL POBLACIÓN DE ALTO RIESGO:**

**Población con riesgo o alteraciones cardio – cerebro – vascular – metabólicas manifiestas: cualquier complicación aguda o crónica:**

- Diabetes mellitus descompensada, de difícil manejo, cetoacidosis diabética, estado hiperosmolar hiperglucémico, complicaciones microvasculares (nefropatía, retinopatía, neuropatía) o macrovasculares (ACV, IAM, EAP), hipoglicemia severa.
- Accidentes cerebro-vasculares.
- Hipertensión Arterial Primaria (HTA) de difícil manejo, descompensada, urgencias, emergencia hipertensiva o cualquierade sus complicaciones como:
  Angina de pecho, Infarto de miocardio, Insuficiencia cardiaca, accidente cerebrovascular, ataque isquémico transitorio, encefalopatía hipertensiva, demencia vascular, hemorragia retiniana y exudado con o sin edema papilar, creatinina en plasma > 2.0 mg/dl, insuficiencia renal, aneurisma disecante, artropatíaoclusiva sintomática.
- Enfermedad Isquémica Cardiaca (IAM), arritmia cardiaca severa, descompensada con signos de inestabilidad hemodinámica.
- Enfermedad Renal Crónica: declinación progresiva de la función renal, cociente proteína/creatinina >500-1000 mg/g en muestra de orina aislada. Microhematuria. Anemia inexplicada (Hb. < 11 g/dl). Anormalidades Na, Ca y P. Sospecha de enfermedad sistémica. Hipertensión refractaria.

**Población con riesgo o infecciones respiratorias crónicas:**

- EPOC exacerbado de acuerdo a respuesta terapéutica yclasificación de su gravedad.
- ASMA: refractaria a tratamiento, exacerbada con mala respuesta terapéutica o de acuerdo a la clasificación de gravedad.

**Población en riesgo o presencia de alteraciones nutricionales**

- Deficiencias nutricionales
- específicamente anemia severa
- Desnutrición severa
- Sobrepeso y obesidad

**Población con riesgo o trastornos mentales y del comportamiento manifiestos debido a uso de sustancias psicoactivas y adicciones- Psicosis tóxica asociada a consumo SPA**

- Uso nocivo
- Sobredosis
- Dependencia
- Efectos agudos y crónicos sobre la salud problemas sociales agudosy crónicos

**Población con riesgo o trastornos psicosociales y del comportamiento**

- Depresión
- Demencia
- Esquizofrenia
- Suicidio

**Población con riesgo o presencia de cáncer:**

- Procesos relacionados con la neoplasia o sus complicaciones: dolor segundario a su tumor primario o a sus metástasis, síndrome de vena cava superior, síndrome de compresión medular, metástasis cerebrales, carcinomatosis meníngea, hipercalcemia tumoral.
- Procesos relacionados con el tratamiento oncológico: emesis postquimioterapia mucositis oral y esofagitis, fiebre neutropenia.
- Urgencias asociadas con frecuencia a las neoplasias: infecciones, fenómenos tromboembolicos.
- Urgencias por causas independientes a la enfermedad neoplásica, pero que la complican.

**Población con riesgo o infecciones que muestran signos de complicación o gravedad**

- Trasmisión Viral: Dengue, Chikungunya, Malaria, Leishmaniosis, Chagas.

- Transmisión Sexual: VIH, HB, Sífilis, ETS.
- ETA.
- ERA, neumonía y EDA.
- Inmuno-prevenibles.

**Población en riesgo o presencia de zoonosis y agresiones por animales**

- Accidente rábico.
- Accidente ofídico

**Población con riesgo o sujeto de agresiones, accidentes y traumas**

- Violencia relacionada con el conflicto armado.
- Violencia de género.
- Víctima de Violencia Sexual
- Violencia por conflictividad social.

**Población con riesgo o enfermedades raras**

- Hemofilia.
- Fibrosis quística.
- Artritis idiopática, etc.

**Población con riesgo o trastornos visuales y auditivos**

- Defecto refractivo (Miopía, Hipermetropía, astigmatismos).
- Ambliopía.
- Glaucoma.
- Cataratas.
- Retinopatía del prematuro.
- Visión Baja.
- Traumas del oído.
- Hipoacusia.
- Otitis crónica o refractaria.
- Vértigo de difícil manejo

**Población con riesgo o trastornos degenerativos, neuropatías y autoinmunes**

Enfermedades neurológicas, Enfermedades del colágeno y artrosis

**Bibliografía:**

- Ministerio de salud y protección social (2017). Cuadro de procedimientos AIEPI 2017. Recuperado 24, junio, 20202, de https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/cuadro-procedimientos-atencion-integrada-enfermedades-prevalentes-infancia.pdf
- Ministerio de salud y protección social (2016). Política de atención integral en salud "un sistema de salud al servicio de la gente". Recuperado 05, julio, 2020, de https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/modelo-pais-2016.pdf.
- Sistema General de Seguridad Social en Salud – Colombia. (2015). GPC para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la diabetes mellitus tipo 2 en la población mayor de 18 años. Recuperado 05, julio, 2020, de http://gpc.minsalud.gov.co/gpc_sites/Repositorio/Conv_637/GPC_diabetes/DIABETES_TIPO_2_COMPLETA.pdf
- Ministerio de salud (2017). Guía práctica clínica Hipertensión arterial primaria. Recuperado 09/07/2020. http://gpc.minsalud.gov.co/gpc_sites/Repositorio/Conv_500/GPC_hta/gpc_hta_completa.aspx
- Ministerio de salud (2016). Guía práctica clínica para el diagnósticoy tratamiento de la enfermedad renal crónica (adopción). Recuperado 09/07/2020. http://gpc.minsalud.gov.co/gpc_sites/Repositorio/Otros_conv/GPC_e_renal/gpc_e_renal_completa.aspx
- Ministerio de salud y protección social (2014). Guía práctica clínica basada en la evidencia para la prevención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) en población adulta. Recuperado 09/07/2020.

| Realizó | Revisó | Aprobó |
|---|---|---|
| GINA ORTEGA DIAZ<br>COOR. URGENCIAS | DRA. YOLIMA CARGAS JIMENEZ<br>COOR. GESTION DE CALIDAD | |