1. OBJETIVO:

Garantizar la continuidad en la prestación de los servicios de salud al paciente, gestionando de manera oportuna, y efectiva el proceso de remisión a través de los diferentes agentes del Sistema de Salud (EAPB, Centro Regulador de Urgencias, IPS, Ambulancias, Familia). Aplicando los procesos institucionales.

2. ALCANCE:

El presente instrumento aplica para la sede principal y centro de salud de Quipile del Hospital San Antonio de Anolaima.

3. POBLACIÓN OBJETO

Todo paciente que ingrese a la ESE Hospital San Antonio de Anolaima y dentro de su plan de tratamiento le sea solicitado el servicio de referencia a otra institución de mayor complejidad o por valoración de especialista

4. MARCO NORMATIVO

- **Ley 1122 de 2007**, por la cual se hacen algunas reformas al Sistema General de Seguridad Social en Salud. **Artículo 23°**. Obligaciones de las Aseguradoras para garantizar la Integralidad y continuidad en la Prestación de los Servicios. Las Empresas Promotoras de Salud (EPS) del régimen contributivo y subsidiado deberán atender con la celeridad y la frecuencia que requiera la complejidad de las patologías de los usuarios del mismo. Así mismo las citas médicas deben ser fijadas con la rapidez que requiere un tratamiento oportuno por parte de la EPS, en aplicación de los principios de accesibilidad y calidad correspondiente.
- El **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 **Artículo 3°** se define el **Sistema de Referencia y Contrarreferencia** 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.
- **El Artículo 17 del Decreto 4747/07**, define. El diseño, organización y documentación del proceso de referencia y contrarreferencia y la operación del sistema de referencia y contrarreferencia es obligación de las entidades responsables del pago de servicios de salud, quienes deberán disponer de una red de prestadores de servicios de salud que garanticen la disponibilidad y suficiencia de los servicios en todos los niveles de complejidad a su cargo, así como la disponibilidad de la red de transporte y comunicaciones.
- **Resolución 4331 de 2012** Por medio de la cual se adiciona y se modifica parcialmente la Resolución 3047 de 2008 modificada por la Resolución 416 de 2009.
- **DECRETO 780 De 2016** Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social
- **RESOLUCIÓN NO. 3100 DE 2019** del Ministerio de la Protección Social establece las condiciones que deben cumplir los prestadores de servicios de salud para habilitar sus

servicios y su capacidad tecnológica y científica. En el caso específico del campo de la atención prehospitalaria, la resolución en su anexo técnico 1 menciona como servicio no solo las ambulancias de traslado asistencial básico y avanzado, sino que incluye la atención prehospitalaria de urgencias, emergencias y desastres, así como la atención domiciliaria.

5. DEFINICIONES:

5.1 REFERENCIA. El envío de usuarios o elementos de ayuda diagnóstica por parte de las unidades prestatarias de servicios de salud, a otras instituciones de salud para atención o complementación diagnóstica, que de acuerdo con el grado de complejidad den respuesta a las necesidades de salud.

5.2 CONTRARREFERENCIA. La respuesta que las unidades prestatarias de servicios de salud receptoras de la referencia dan al organismo o a la unidad familiar. La respuesta puede ser la contra remisión del usuario con las debidas indicaciones a seguir o simplemente la información sobre la atención recibida por el usuario en la institución receptora, o el resultado de las solicitudes de ayuda diagnóstica.

5.3 DE LAS MODALIDADES DE SOLICITUD DE SERVICIOS. Dentro del Régimen de Referencia y Contrarreferencia se dan las siguientes modalidades de solicitud de servicios:

5.3.1. REMISION. Procedimiento por el cual se transfiere la atención en salud de un usuario, a otro profesional o institución, con la consiguiente transferencia de responsabilidad sobre el cuidado del mismo.
5.3.2. INTERCONSULTA. Es la solicitud elevada por el profesional o institución de salud, responsable de la atención del usuario a otros profesionales o instituciones de salud para que emitan juicios y orientaciones sobre la conducta a seguir con determinados usuarios, sin que estos profesionales o instituciones asuman la responsabilidad directa de su manejo.
5.3.3. ORDEN DE SERVICIO. Es la solicitud de realización de actividades de apoyo diagnóstico y/o tratamiento entre una institución y otra. Para lo anterior pueden referirse: Personas, elementos o muestras biológicas y productos del ambiente.
5.3.4. APOYO TECNOLOGICO. Es el requerimiento temporal de recursos humanos, de dotación o insumos, de un organismo a otro, para contribuir a la eficiencia y eficacia en la prestación de servicios, de conformidad con el principio de subsidiariedad, evitando así el desplazamiento de usuarios.
5.3.5. DE LA REMISION EN CASO DE URGENCIAS. Las entidades públicas o privadas del sector salud, que hayan prestado la atención inicial de urgencias, deben garantizar la remisión adecuada de estos usuarios hacia la institución del grado de complejidad requerida, que se responsabilice de su atención.
5.3.6 DE LA RESPONSABILIDAD DE LA INSTITUCION REFERENTE. La institución referente, será responsable de la atención del usuario, hasta ser entregado (a) a los responsables del continuar con el manejo y la atención.

6. RESPONSABLES:

Área de referencia y contrarreferencia (auxiliares de línea de frente) haciendo énfasis en las responsables del cuidado del usuario y resaltar el compromiso del organismo referente hasta que ingrese a la otra institución, deberá identificar y registrar variables mínimas: La definición de los componentes de referencia y contrarreferencia es la siguiente:

- Médico Tratante
- Enfermera Jefe

- Auxiliar de enfermería
- Auxiliar de línea de frente
- EPS – EAPB

Referencia:

- Identificación de la institución y el servicio referentes y de la institución a la cual se remite. Identificación completa del usuario incluyendo el tipo de seguridad social al cual pertenece.
- La historia clínica incluyendo informe del resultado de las pruebas de ayuda diagnóstica realizadas.

Contrarreferencia:

- Diagnóstico final.
- Pertinencia de la remisión.
- Resumen de historia clínica incluyendo informe del resultado de las pruebas de ayuda diagnóstica realizadas.

7. CONDICIONES GENERALES

1. La responsabilidad de garantizar la continuidad del proceso de referencia es del equipo interdisciplinario en cabeza del médico tratante o médico de turno.
2. Garantizar una comunicación asertiva entre el equipo interdisciplinario de la ESE y las entidades externas.
3. Toda acción realizada con el paciente debe quedar registrada en la Historia Clínica.
4. Informar a la Gerencia asistencial de la ESE en caso de no lograr la referencia del paciente.

Subprocesos del Sistema de referencia y contrarreferencia.

Subprocesos	Responsabilidades	Funciones	Observaciones
1. Destino de Remisión:	Auxiliarles de referencia	Realizar la búsqueda del centro de resolución de mayor capacidad	Manejo de la red de servicios
2. Medio de transporte:	Médico y auxiliar de la ambulancia	Estabilización y manejo del paciente durante el traslado	Técnicas de soporte vital, durante el traslado
3. Orden remisión:	Médico en los diferentes servicios	Durante la atención de que cualquier tipo de servicio.	Cargar en la historia clínica
4. Estabilización del paciente	Médico entrega paciente para traslado	Debe realizar una valoración general y detalla y la preparación	Medidas preventivas para mantener en las mejores condiciones al paciente
5. Traslado terrestre	Auxiliares de referencia	Buscar una ambulancia según la necesidad	Determinar las condiciones de traslado del paciente
6. Recepción del paciente en otra institución	Médico de urgencias	Estabilización y manejo del paciente durante el ingreso	Entrega de la Epicrisis o y sus paraclínicos

Subproceso de Sistema de Referencia de Consulta Externa a Urgencias

Subprocesos	Responsabilidades	Funciones	Observaciones
1. Destino de Servicio:	Personal de consulta Externa	Si identifican usuario que requiera atención en el servicio de urgencia, Llevar al paciente bajo condiciones seguras a urgencias y entregarlo a la Auxiliar de Enfermería de Turno quien reportara el caso medico de Turno.	Según el caso que se presente, se tiene todos los cuidades de seguridad, confiabilidad que requiera
2. Medio de transporte:	Deambulando/ Silla de ruedas si lo requiere	Realizar el traslado del paciente según el estado de salud de forma segura	Garantizar el bienestar del paciente
3. Ingreso al servicio de urgencias:	Enfermera de turno	Recibe el paciente, y realiza la toma de signos vitales e ingresa al servicio según necesidad y avisa a medico de turno	Realizar con las normas de bioseguridad
4. Estabilización del paciente	Medico realiza atención	Debe realizar una valoración general y detalla y la preparación	Medidas preventivas para mantener en las mejores condiciones al paciente
5. Definición de conducta	Medico	Determina el plan de tratamiento, si es institucional, o se inicia remisión	Se inicia flujo grama de referencia por remisión si es necesario

8. PROCEDIMIENTO

El procedimiento se debe tener claro los medios por el cual se transfiere la atención de la salud de un usuario, las remisiones se pueden producir desde los diferentes servicios. Pero la transferencia de responsabilidad sobre el cuidado del mismo hace referencia a la entidad prestadora remitente. Se tiene en cuenta la siguiente relación de conceptos:

Cuadro Relación de procedimientos.

Destino de Remisión:	Medio de transporte
Los usuarios serán remitidos a los profesionales o Instituciones prestadoras de servicios con quienes se haya convenido la remisión de pacientes. Se buscará en la lista de empresas o profesionales contratados por el departamento o municipios	El medio de transporte que se utilice para la remisión de usuarios dependerá de las condiciones del usuario: *Usuario que puede movilizarse por sí mismo y su remisión no es urgente: Se desplazará por sus propios medios hasta la institución de referencia. ++Usuario que no puede movilizarse por sí mismo y su condición no es crítica: Se remitirá en ambulancia. ++Usuario en estado crítico o usuario a quien se prestó atención inicial de urgencia: Se remitirá en la ambulancia directa de su manejo.

Interconsulta:	Responsable de la interconsulta:
++Es la solicitud elevada por el profesional a otros profesionales o instituciones de salud para que emitan juicios y orientaciones sobre la conducta a seguir con determinados usuarios, sin que estos profesionales o instituciones asuman la responsabilidad directa de su manejo.	++Es responsable de la Interconsulta el profesional de la salud que se encuentra prestando un servicio a un usuario. Las interconsulta se pueden dar desde el servicio de ambulatorio o de internación y el formato utilizado es el mismo de referencia y contrarreferencia.

Fuente: http://cundinet.cundinamarca.gov.co:8080/aplicaciones/gobernacion/centroDocumental/docsalud.

7.1 Determinar la necesidad de remitir al usuario

Para ingresar al sistema toda persona vinculada, que requiera los servicios de salud, debe hacerlo por urgencias o a través de consulta externa de cualquiera de los puntos de atención.

Definir riesgo y criterio de remisión los cuales son determinados por el médico tratante, en caso que se requieran servicios adicionales en el servicio de urgencias u hospitalización, se debe realizar la solicitud de autorización, es importante que la solicitud de autorización se anexe a la historia.

Diligenciar el Anexo Técnico No. 3 al Formato para la solicitud de autorización, dicho formato se debe diligenciar en los siguientes casos:

a. Cuando el paciente al que le han prestado un servicio de atención inicial de urgencias, consulta externa, quirúrgicos, hospitalización o promoción y prevención requiere la prestación de servicios adicionales.

b. Esta solicitud debe ser realizada por el médico tratante dentro de las cuatro (4) horas siguientes a la terminación de dicha atención. Depende del estado del paciente, en condiciones críticas la respuesta es inmediata.

7.2.1 Estabilización del paciente y manejo

Por estabilización se entiende:

- La puesta en marcha de todas las acciones protocolizadas de soporte vital hacia la persona críticamente enferma o /y traumatizada con el fin de mantener y/ restaurar las funciones vitales.
- Acciones de carácter imprescindible y necesario realizar antes de iniciar el traslado.
- Realizadas de forma rápida y al mismo tiempo eficaz. Dado el orden secuencial de las actuaciones de un equipo de emergencia ante la estabilización y posterior traslado, las mismas se dividirán en tres etapas:

1. **ETAPA: VALORACIÓN GENERAL:**

- Vía aérea con ó sin control de la columna cervical, según el caso.
- Control de la ventilación y respiración
- Control de las hemorragias y soporte circulatorio.
- Examen neurológico
- Exposición del paciente con prevención de hipotermia si fuese necesario. Insistir en la necesidad de seguir los pasos de forma secuencial sin saltarse ninguno de ellos, hasta que no concluyamos el inmediatamente anterior.

2. **ETAPA: VALORACIÓN DETALLADA**

En esta fase registraremos en nuestra historia clínica todos aquellos datos, valores analíticos y parámetros obtenidos durante nuestra intervención con el paciente. Revisaremos todas las medidas de soporte iniciadas con el paciente, circulatorias, respiratorias, catéteres, vías, tipo de fluidos, medicación, etc. Se completará la valoración con el examen del estado neurológico y con la previsión de si tiene o no necesidad de sedación.

3. **PREPARACIÓN**

Adecuación del enfermo antes de iniciar el traslado, entendida como un correcto manejo del paciente hacia el interior del habitáculo de la ambulancia, situándolo en la posición más adecuada y procurando la máxima inmovilización cuidando sobremanera, todas aquellas vías, sondas y demás material que porte el enfermo, evitando que pueda sufrir cualquier extubación y/o retirada accidental de alguno de los accesorios, además de colocar y conectar todos los aparatos a sus fuentes de energía y transferencia del paciente desde nuestra unidad asistencial hasta la ubicación al centro hospitalario , incluyendo, una detallada y completa información de la historia clínica de urgencias,

así como de la historia personal del paciente, incidencias durante el traslado y medicación y demás soporte instrumental suministrado durante el traslado.

Manejo del paciente y precauciones:

Durante el transporte del paciente hay elementos externos que van a actuar sobre el paciente, el personal que le atiende e incluso el material utilizado. Estos factores pueden producir, en las personas enfermas o lesionadas, cambios fisiológicos que pueden determinar un agravamiento de su estado. Por esta razón se debe determinar los siguientes pasos:

1. Informar al paciente, si es posible, y sus familiares o acompañantes sobre:

- Todas las intervenciones disponibles en el lugar que sean consideradas necesarias para avanzar en el tratamiento del paciente.
- Los beneficios que se prevé obtener con el traslado.
- Los pasos que se han dado para su realización, la dificultad que conlleva, los posibles riesgos previsibles para el paciente.
- El plan de realización previsto, incluyendo la estimación del tiempo de llegada de la ambulancia (en caso de que no esté ya presente en el lugar) así como el lugar de destino y el tiempo estimado de traslado.

2. Repercusiones del Transporte Terrestre

- Efectos de la aceleración-desaceleración:
- Para el transporte terrestre el paciente irá acostado y con la cabeza en la dirección de la marcha. - Conducción prudente y regular.
- Inmovilización del paciente mediante colchón de vacío si procede.
- Sólido amarre de la camilla al vehículo.
- Protección con cinturones de seguridad del personal acompañante.
- Protección y fijación del material.
- Las drogas vasoactivas deben administrarse mediante bombas portátiles de infusión continua.

3. Efectos de las vibraciones: los efectos de las vibraciones sobre los pacientes se reducen mediante la inmovilización con colchón de vacío (en los vehículos con suspensión inadecuada las vibraciones se transmiten fácilmente a la camilla y al propio enfermo). Además, las ambulancias deben tener sistemas de suspensión en perfecto estado.

4. Efectos del ruido: de todos los ruidos producidos en las ambulancias, la sirena es la que más influye en los enfermos por lo que debe utilizarse únicamente si es imprescindible. Efectos de la temperatura: Estos efectos se pueden paliar mediante el adecuado aislamiento asistencial, un buen sistema de acondicionamiento de aire, la no exposición al sol ni al frío de los vehículos de transporte y el uso de mantas térmicas.

5. Historia Clínica

- Cuando el traslado esté indicado por un médico, y la situación del paciente lo permite, se incluirá un informe escrito dirigido al médico del centro asistencial receptor, en el que figuren:
- Datos de filiación del paciente.
- Antecedentes personales y tratamientos previos.
- Enfermedad actual y situación que provoca el traslado
- Técnicas y tratamientos aplicados
- Evolución y monitorización de constantes anteriores y durante el traslado.

- De disponerse de ellos, acompañar con informes médicos y pruebas complementarias del historial del paciente.
- Con independencia del tipo de traslado elegido, al menos un miembro del equipo debe permanecer en todo momento en el compartimento asistencial junto al paciente. El traslado en las ambulancias de familiares, o acompañantes no asistenciales, se debería considerar sólo de forma extraordinaria en el caso de niños o ancianos, no debiendo producirse en el resto de los casos. Debería desaconsejarse expresamente la posibilidad de que vehículos particulares sigan a corta distancia el recorrido de la ambulancia. Se debería mantener una comunicación fluida entre la ambulancia, la central de comunicaciones y el centro asistencial destinatario, informando de las incidencias del traslado, pero teniendo en cuenta la necesidad de preservar durante las transmisiones la intimidad del enfermo y la confidencialidad de la información médica, y cuidando siempre de evitar la realización de comentarios que pudieran afectar al paciente.

6. Técnicas

Conviene recordar que cualquier técnica que se prevea que pueda ser necesaria durante el traslado, se realizará en condiciones más seguras para el paciente antes de iniciarlo, salvo que se trate de una situación de riesgo vital inminente en la que no sea útil ninguna de las medidas disponibles por el equipo de traslado, en cuyo caso la actitud más prudente es agilizar al máximo el traslado al centro asistencial.

7. Traslado a la Ambulancia

Cualquier movilización del paciente deberá ser realizada bajo estricta supervisión por personal experto, y tras adoptar las medidas de inmovilización de columna y miembros consideradas idóneas en cada caso. El empleo de las llamadas camillas de "cuchara", "tijera" o "pala" deberá a limitarse a la movilización inicial del paciente hasta la camilla, no siendo recomendable su posterior permanencia entre el paciente y la camilla durante el transporte.

8. Colocación del Paciente

La colocación del paciente en una determinada posición sobre la camilla dependerá de su estado, pudiendo optarse por diferentes posibilidades. Y en el vehículo, el paciente será colocado en sentido longitudinal a la marcha (con la cabeza en el sentido de ésta en las ambulancias terrestres o indistintamente en los helicópteros), sujetar firmemente al paciente, colocar almohadas que eviten el contacto directo del mismo con superficies rígidas (recordar la utilidad del colchón de vacío). Realización del Transporte En todo momento debería mantenerse una comunicación fluida entre el equipo asistencial y el conductor o piloto, que debería advertir, en lo posible, sobre las maniobras extraordinarias que vaya a realizar.

Posibilidades de colocación del paciente para el traslado.

Decúbito supino con tronco semiincorporado	Paciente estándar, sin alteraciones ventilatorias, circulatorias o neurológicas.
Decúbito supino con tronco incorporado	Pacientes con insuficiencia respiratoria de origen pulmonar.
Sentado con piernas colgando	Pacientes con insuficiencia cardiaca y/o edema agudo de pulmón.
Posición de seguridad	Pacientes con bajo nivel de consciencia sin posibilidad de aislar la vía aérea.
Decúbito supino a 180 grados con cabeza y tronco alineado	En general todo paciente traumatizado. Pacientes con patología de médula espinal, con nivel superior a D-10, dentro del primer mes de evolución y siempre que desarrollen hipotensión por elevación de la cabeza o el tronco
Decúbito supino en Trendelenburg	Presencia de hipotensión y shock.
Decúbito supino en anti-Trendelenburg	Sospecha de hipertensión intracraneal.
Decúbito lateral izquierdo	Embarazadas, sobre todo el tercer trimestre (se coloca en DLI a la paciente con ayuda de una almohada bajo la cadera derecha).
Posición genupectoral	Presencia de prolapso de cordón umbilical (una de las personas que acompañan a la embarazada deberán ir desplazando la presentación para alejarla del cordón, evitando empujarlo hacia el útero, ya que puede interrumpirse el flujo, además de favorecer la infección uterina.

9. Vigilancia

- Monitorización cardíaca.
- Tensión arterial o en su defecto el pulso.
- Pulsioximetría.
- Diuresis.
- Fluidos administrados.
- Balas de oxígeno.

10. Control de problemas
El deterioro del paciente se relaciona con la severidad de la lesión.

1. Ventilación:
- Obstrucción de la vía aérea: si el paciente está intubado, intentar aspirar las secreciones y ventilar con O2 100%, en caso de no lograr una buena oxigenación, se debe sustituir el tubo endotraqueal ante sospecha de obstrucción.
- Extubación accidental: parar la ambulancia e intubar de nuevo. Preoxigenar con O2 100%.
- Fallo del respirador: ventilación manual (pieza en T y bolsa de resucitación)
- Fallo en la administración de O2: ventilar con bolsa de resucitación hasta nuevo suministro de O2. - Neumotórax en pacientes ventilados o en aviones: conectar sistema de drenaje conectado a un sello de agua.
- Broncoespasmo: valorar la administración de broncodilatadores y sedación.
- Paciente desadaptado del ventilador: Sedar y valorar relajación muscular.

Cardiocirculatorios:

- Antes del traslado se deben canalizar 2 vías periféricas o una central en función de la patología.
- Si existen problemas para su canalización recordar la posibilidad de la vía intraósea.
- Inestabilidad hemodinámica: administrar fluidos y si persiste, comenzar con drogas vasoactivas.
- Parada cardíaca: iniciar maniobras de R.C.P: preferentemente con la ambulancia parada.
- Arritmias: iniciar protocolo específico.

Neurológicos:

- Aumento de la presión intracraneal: elevar cabeza, hiperventilación moderada y administrar manitol. Convulsiones: drogas anticonvulsivas
- Deterioro neurológico: en traumatismo craneal sospechar hipertensión craneal.

Fallecimiento durante el traslado Comunicar este hecho al Centro de Coordinación y según consenso con los hospitales, dejar el cadáver en el lugar destinado a dicho fin.

11. Transferencia del paciente al centro asistencial

La entrada en el centro asistencial se debería realizar:

Urgencia: por el área destinada a la recepción de urgencias, entregando al paciente, acompañado de la información verbal y documental (Historia Clínica) al equipo médico que lo atenderá.

Emergencia: de tratarse de un enfermo de alto riesgo o en situación crítica, debería ser trasladado hasta la zona de recepción de este tipo de pacientes prevista en cada centro (Área de Críticos). Aplica para el centro de Salud de Quipile.

Especial interés tendría la entrega sistemática de un registro en papel de la intervención (Historia Clínica), con referencia especial a las incidencias del traslado.

La llegada y los datos de filiación del paciente deberían ser siempre comunicados al Servicio de Admisión, para su registro en el centro. Esta comunicación puede efectuarla el familiar o acompañante en caso de existir. Situación de Disponibilidad El centro asistencial receptor debería facilitar al equipo de transporte la devolución del material empleado en el traslado, de cara a una rápida recuperación de operatividad. Sólo excepcionalmente dicho material debería ser mantenido

en su uso durante la realización de nuevas técnicas como pruebas diagnósticas, canalización de vías, aplicación de tratamientos, etc.; a tal fin, cada centro debería disponer de un equipamiento material y humano propio

12. Transferencia y Disponibilidad
El equipo de transporte debería proceder a la recuperación de operatividad en el menor tiempo posible, reponiendo el material empleado, acondicionando el interior del vehículo para un nuevo traslado, y contactando con su central de comunicaciones para comentar las incidencias registradas, el estado del paciente a su llegada al centro receptor y, si se dispone de ella, información adicional sobre los resultados de las técnicas que motivaron la solicitud de traslado. Sería conveniente la existencia de mecanismos de fluidos de retorno de información desde los centros destinatarios a los equipos médicos emisores de los pacientes.

7.3. Tipos de remisión

7.3.1. Remisión ambulatoria

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

7.3.2. Servicio no POSS

En caso de tratarse de evento no POSS, la E.P.S emitirá orden con cargo al subsidio a la oferta, previa verificación de soportes (historia clínica legible, pertenencia de referencia, pronóstico y proyección del tratamiento).

7.3.3. Remisión urgencia o de otro servicio:

Es importante actuar en caso de remisión de pacientes que necesiten 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 o E.S.E de referencia previa comunicación y aceptación de la misma. Se deben establecer los criterios de remisión teniendo en claro los siguientes conceptos. Ver cuadro.

Cuadro: Definiciones relevantes del proceso

Remisión: Se entiende por remisión el procedimiento por el cual se realiza el envío del usuario a otra institución o profesional con quien se tiene convenida la prestación de servicios q.ie no posee la entidad prestadora remitente. **Destino de Remisión:** los usuarios serán remitidos a los profesionales o Instituciones prestadoras de servicios con quienes se haya convenido la remisión de pacientes. Se buscará en la lista de empresas o profesionales contratados por el departamento o municipios. **Orden de servicio:** Toda remisión debe hacerse en el formato único de referencia y contrarreferencia, establecido para tal efecto, debidamente diligenciado y con los soportes que sean requeridos.

Fuente: http://www.hospitalpablovibosa.gov.co/Documentos/Procesos/2013/002_2013_Manual.pdf

8. Verificación de los documentos (comprobaron de derechos)
El encargado de verificar los derechos, son los funcionario/as del sistema de referencia y contra-referencia; quienes solicitan la prestación del servicio.

Debe hacerse la respectiva historia clínica legible con todos los componentes: Identificación (Resolución 1995/99), Diagnóstico, proyección del tratamiento y en caso de necesitar para clínicos se adjuntan.

8.1 Lista de documentos de remisión (usuario)

1. Autorización si amerita.
2. Fotocopia de la cedula
3. Resumen de atención o epicrisis.
4. Fotocopia de la hoja de administración de medicamentos
5. Resultado de los exámenes de apoyo diagnóstico.

8.2 Lista de documentos de remisión (diligenciamiento funcionarios del sistema de referencia y contrarreferencia)

6. Anexo 3. Anexo Técnico N° 4. Solicitud en el formato Único de Autorización.
7. Anexo 4.Anexo Técnico N° 5. Negación del servicio / Medicamento.
8. Anexo 5.Anexo Técnico N° 5. Formato estandarizado de referencia de pacientes
9. Anexo 6.Anexo Técnico N°10. Formato estandarizado de Contra referencia de pacientes

8.3 Aceptación y Autorización.

Recepciona solicitud de referencia de pacientes o traslados enviada por los médicos, se espera Respuesta del centro de control de llamadas.
1. Se informa la situación clínica del paciente.
2. se comunican con profesional de la salud (medico) del operador y medico (Hospital) descripción técnicamente la condiciones etiológicas y patológicas.
3. Código de aceptación o nombre de quien lo acepta.

8.4. Registro salidas e ingresos bitácora manual y física

Manejará la información necesaria que permita el desarrollo del sistema de referencia y contrarreferencia. Los datos de la prestación del servicio y los requerimientos mínimos de la información serán los dispuestos en la Resolución 03374 del 27 de Diciembre de 2000 (RIPS) y la circular única (047), la cual deroga la circular 030. La información del sistema se registra en los siguientes instrumentos, los cuales son:

Bitácora institucional: donde se reportan las remisiones diarias.
Bitácora de ambulancia, se realiza diariamente, además está el consolidado mensual de remisiones y contra remisiones.

8.5 Ubicación paciente a la red adscrita (AEPB))

Se solicitud de documentos de identificación y persona que se encuentre bajo la responsabilidad y custodia del paciente. Los documentos requeridos son los siguientes:
Copia de documento identificación
Copia del carnet de salud
Se realiza diligencia de los anexos, según la necesidad. Se determinar los niveles de complejidad.

9. lista de chequeo y facturación egreso paciente

Facturación egreso paciente
Es importante realizar la verificación del área de facturación y sus soportes para el pago.
Es importante que en el momento de facturación los documentos sean los siguientes según sea el caso:

1. Factura o documento equivalente.
2. Autorización.
3. Resumen de atención o epicrisis.
4. Fotocopia de la hoja de administración de medicamentos. (Si aplica).
5. Resultado de los exámenes de apoyo diagnóstico, excepto los contemplados en los artículos 99 y 100 de la Resolución 5261 de 1994 o la norma que la modifique, adicione o sustituya. Deberán estar comentados en la historia clínica o epicrisis. (Si aplica).
6. Descripción quirúrgica. (Si aplica).
7. Registro de anestesia. (Si aplica).
8. Comprobante de recibido del usuario. (Si aplica).
9. Fotocopia del informe patronal de accidente de trabajo (IPAT), o reporte del accidente por el trabajador o por quien lo represente. (Si aplica).
10. Fotocopia de la factura por el cobro al SOAT y/o FOSYGA, en caso de accidente de tránsito. (Si aplica).

Ambulancia: Factura o documento equivalente, detalle de cargos, en el caso de que la factura no lo detalle, fotocopia de la hoja de administración de medicamentos, (Si aplica), Autorización, (Si aplica), Hoja de traslado.

ACTIVIDAD	RESPONSABLE
Para que el paciente sea referido este debe de estar estabilizado	Médico de turno
Valorar el paciente clínicamente con el fin de determinar la pertinencia de la referencia a otra institución.	Médico de turno
Realizar los registros correspondientes a la valoración en la Historia clínica. Determinar las condiciones del traslado (tipo de ambulancia y acompañante), registrarlo en la historia clínica.	Médico de turno
Diligenciar completamente el Formato de Referencia y Contrarreferencia, en el que se identifique claramente los diagnósticos mentales y orgánicos con códigos de CIE-10, resumen de historia centrado en el motivo de remisión, condición clínica actual que incluya signos vitales, Glasgow, examen físico y mental, tratamiento administrado y observaciones. Determinar las condiciones del traslado (tipo de ambulancia y acompañante), registrarlo en la historia clínica.	Médico de Turno
Realizar contacto con la EPS a la cual pertenece el paciente dando a conocer el motivo de la remisión y el requerimiento del paciente.	Médico Turno /Enfermero Jefe / Auxiliar de Facturación Urgencias
Realizar el registro en el formato de referencia y contrarreferencia de las acciones que se realizan durante el proceso de remisión de manera oportuna.	Enfermero Jefe / Auxiliar de Facturación Urgencias
Envía por correo electrónico el formato de remisión, última evolución del estado del paciente a la EPS y posteriormente se realiza una llamada telefónica para confirmar el recibido.	Enfermero Jefe / Auxiliar de Facturación Urgencias
Informar al paciente y familia la decisión y los motivos de la referencia.	Médico de Turno

ACTIVIDAD	RESPONSABLE
Para que el paciente sea referido este debe de estar estabilizado	Médico de turno
Informar a los familiares sobre la necesidad del paciente y los motivos de la referencia, asegurando dar orientación sobre los procedimientos a seguir. Demandar su presencia inmediata en las instalaciones de la ESE.	Médico Turno /Enfermero Jefe
Cuando se trate de un menor de edad sin acompañante o adulto mayor en abandono la ESE signara una persona (Auxiliar de enfermería) que realizara todo el acompañamiento hasta la entrega y recepción en la institución receptora. Cuando se trata de un menor de edad y la condición lo amerite se informará a ICBF, y de ser un adulto en abandono se informara a la comisaria de familia, personería.	Médico Turno /Enfermero Jefe
Registrar en la historia clínica el estado y evolución del paciente y las acciones realizadas	Médico Turno Enfermera Jefe de turno / auxiliar de enfermería
Realizar monitoreo del proceso de la remisión de acuerdo a la necesidad del paciente cada 15 minutos, cada 30 minutos, cada hora, cada dos horas según necesidad de acuerdo a la evolución del paciente.	Médico Turno Enfermera Jefe de turno / auxiliar de enfermería
En Caso de no recibir respuesta oportuna de la EPS se informara al CRUE del Departamento.	Enfermero Jefe / Auxiliar de Facturación Urgencias
Realizar la solicitud de transporte del paciente: Servicio de Ambulancia de acuerdo al grado de complejidad que requiere el paciente Medicalizada, básica. En articulación con la EPS.	Enfermero Jefe / Auxiliar de Facturación Urgencias
Informar al Médico Tratante o Médico de Turno y a la enfermera Jefe el resultado de la gestión.	Enfermero Jefe / Auxiliar de Facturación Urgencias /o Jefe de Turno
Consignar en la Historia Clínica la fecha, hora, EPS o IPS con la cual se establece contacto, persona que recibe la llamada y la IPS a la cual debe ser remitido el paciente.	Médico Tratante de Turno Enfermera Jefe de turno
Diligenciar completamente el formato de Referencia Contrarreferencia incluyendo la información sobre los contactos establecidos para el proceso de referencia registrando claramente la hora de la comunicación, persona con quien habla, información suministrada.	Enfermero Jefe / Auxiliar de Facturación Urgencias
Entregar al paciente a la tripulación de la ambulancia registrando en el formato de traslado la hora de salida, toda remisión debe ir acompañado de un familiar o acudiente, incluyendo los casos de niño, niñas, adolescente o adulto en abandono.	Enfermero Jefe, Auxiliar de enfermería
Al terminar el traslado trasladado el médico o la auxiliar de enfermería deberá garantizar la entrega del soporte del traslado en un tiempo no superior a 24 horas con sus respectivas firmas y registros completos, con el propósito de cerrar la facturación y alimentar el sistema de información de la ESE.	Enfermero Jefe, Auxiliar de enfermería
En los casos de Urgencias si no se ha logrado el traslado del paciente el medico procede a dar aviso a la Gerencia asistencial y a, para reforzar la atención realizada y prevenir el posible deterioro del paciente. Realiza contacto con EPS o buscar otras alternativas de atención para el paciente.	Médico Turno Enfermera Jefe de turno

ACTIVIDAD	RESPONSABLE
Para que el paciente sea referido este debe de estar estabilizado	Médico de turno
CONTRAREFERENCIA	
Recibe la llamada de la IPS o EPS solicitando la contrarreferencia del paciente, una vez le ha sido prestada la atención. Solicitar él envió por correo electrónico el resumen de la historia clínica y el resultado de los exámenes practicados con sus respectivos reportes.	Enfermero Jefe / Auxiliar de Facturación Urgencias
Informar al Médico Tratante o al Médico de turno sobre la decisión de la IPS.	
Verificar que se ha superado la necesidad de referencia del paciente y que cumple con los criterios para aceptar la contrarreferencia. Establece los documentos e información requerida para su recepción. E informar al equipo interdisciplinario de la ESE	Médico de Turno
Recibe al paciente, verifica las condiciones en que regresa y si trae los documentos, resúmenes e información solicitados	Enfermera Jefe de Turno Medico de turno
Evalúa al paciente y consigna en la Historia Clínica las condiciones en que regresa el paciente y las indicaciones de tratamiento de acuerdo al resultado de la referencia.	Médico de Turno - Enfermera Y Auxiliar de enfermería

8. REGISTROS:

Formato de Referencia y Contrarreferencia
Registro de Actividades Extrainstitucionales
Historia clínica

DOTACION DE AMBULANCIA BASICA		
Las ambulancias terrestres y marítimas o fluviales	SI	NO
1. Camilla principal con sistema de anclaje.	X	
2. Camilla secundaria para inmovilización espinal y correas para asegurar el paciente.	X	
3. Tabla espinal corta o chaleco de extracción vehicular	X	
4. Atril portasuero de dos ganchos.	X	
5. Silla de ruedas portátil, liviana y plegable, con una capacidad de carga de mínimo 120 kg. Permitiendo el lavado y desinfección sin deteriorarse. Deberá tener mínimo dos cinturones.	X X	
De sujeción para el paciente y para su transporte al interior de la ambulancia		
6. Monitor de Signos Vitales con mínimo monitoreo de Presión Arterial no invasiva, brazaletes adulto y pediátrico, frecuencia cardíaca y oximetría de pulso.	X	
7. Un tensiómetro adulto.	X	
8. Un tensiómetro pediátrico.	X	
9. Un fonendoscopio adulto.	X	
10. Un fonendoscopio pediátrico.	X	
11. Pinzas de Maguill.	X	
12. Tijeras de material o corta todo.	X	
13. Glucómetro.	X	
14. Una riñonera.	X	
15. Un pato mujeres.	X	

16. Un pato hombres.	X	
17. Una lámpara de mano (linterna) con baterías de repuesto.	X	
18. Una manta térmica aluminizada.	X	
19. Sistema de oxígeno medicinal con capacidad total de almacenamiento de mínimo tres (3) metros cúbicos permanentes disponibles.	X	
20. Adicionalmente debe presentar sistema portátil de oxigeno de mínimo 0.5 metros cúbicos para permitir el desplazamiento de las camillas manteniendo el suministro de oxígeno al paciente.	X	
21. Equipo eléctrico de aspiración de urgencia con todos sus accesorios (manguera de succión y sondas de aspiración de varios tamaños).	X	
22. Conjunto para inmovilización que debe contener inmovilizadores cervicales graduables adulto (2) y pediátrico (2), inmovilizadores laterales de cabeza, inmovilizadores para extremidades superiores e inferiores.	X	
23. Resucitador pulmonar manual.	X	
24. Torniquetes para el control de hemorragias	X	
25. Aspirador nasal manual.	X	
26. Desfibrilador externo automático, incluyendo electrodos adhesivos para adultos y pediátricos, con fecha de vencimiento vigente.	X	
27. Contenedores para la clasificación y segregación de los residuos generados.	X	
28. Un extintor para fuegos ABC, con capacidad mínima de carga de 2.26 kg. para cada uno de los compartimentos de la ambulancia (conductor y paciente).	X	
29. Chalecos reflectivos para la tripulación.	X	

Además contendrá lo dispuesto en la resolución 3100 numeral 11.6.2

9. TRASLADO ASISTENCIAL BASICO DESDE CENTRO DE SALUD DE QUIPILE.

PROCEDIMIENTO:

El sistema de referencia en el centro de salud de Quipile operara por Emergencia entendida esta como el traslado de un enfermo de alto riesgo o en situación crítica, que debe ser trasladado hasta la zona de recepción por clasificación y definición de Traslado primario se remiten a los centros de mayor complejidad Hospital de la Mesa y/o hospital de Facatativá, en los demás casos de emergencia se remite a la sede principal del Hospital San Antonio de Anolaima.

Para el caso de traslado inmediato por emergencia a centros de mayor complejidad se adelantarán los pasos descritos en los numerales 2 a 8 de este manual.

Para el caso de traslado a la sede principal del Hospital San Antonio de Anolaima, el medico de turno del centro de salud de Quipile comentará al médico del servicio de urgencias en turno de la sede principal del Hospital San Antonio de Anolaima el caso, condiciones y diagnostico presuntivo, con el avance del proceso de remisión e interconsulta u orden de hospitalización y se dará inicio a la remisión con sujeción de lo dispuesto en los numerales 7 a 8 de este manual.

11. APROBACIÓN DEL DOCUMENTO

Elaboro	Reviso	Aprobó
Firma: Nombre: Diana Pava Cargo: Enfermera Profesional	Firma: Nombre: Adriana Paola Sierra Cargo: Asesor de Calidad	Firma: Nombre: Doris Marcela Sánchez Cargo: Gerente

CONTROL DE CAMBIOS

Descripción de cambios realizados	Fecha de aprobación	Versión
Revisión documental	Febrero 2019	0.1
Ajuste de acuerdo con visita de habilitación Resolución 3100 – 2019	Agosto 2020	0.2
Revisión general del protocolo	Enero 2021	0.3
Ajuste del manual	Agosto 2021	0.4
Ajuste de actividades, y se eliminan tablas que se dejan como anexo	Noviembre 2023	0.5