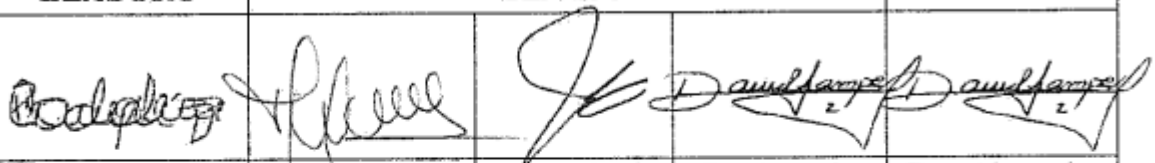
PROCEDIMIENTO REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

	ELABORÓ	REVISÓ			APROBÓ
FIRMA					
NOMBRE	Jf. Edith Carolina Rodriguez	Dra. Yury Maricela Ruiz Rodriguez	Dra. Johana Bolivar Cuellar	Dr. Antonio David Samper Fajardo	Dra. Alexandra González Moreno
CARGO	Referente de Referencia y Contrareferencia	Referente de Habilitación	Referente de Calidad	Subgerente Científico	Gerente

CONTENIDO

1. OBJETIVO GENERAL 3
2. OBJETIVOS ESPECIFICOS 3
3. ALCANCE 4
4. A QUIEN VA DIRIGIDO 4
6. DEFINICIONES 4
7. NORMATIVIDAD 8
8. RECURSOS 12
9. RESPONSABLES 13
10. DISPOSICIONES GENERALES 13
11. ENFOQUE DIFERENCIAL 26
12. DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES, PROCEDIMIENTO DE REFERENCIA 26
13. DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES PROCEDIMIENTO DE CONTRAREFERENCIA 32
14. DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES ARCHIVO Y CADENA DE CUSTODIA DE HISTORIA CLINICA DE TRASLADO 34
15. FLUJOGRAMA DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES PROCEDIMIENTO DE REFERENCIA 36
16. FLUJOGRAMA DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES PROCEDIMIENTO DE REFERENCIA 37
17. FLUJOGRAMA DEL PROCEDIMIENTO DE CONTRAREFERENCIA 38
18. DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES TRASLADO PRIORIZADO MATERNAS 39
19. FLUJOGRAMA PROCEDIMIENTO DE REFERENCIA PRIORIZADA DE MATERNAS 43
20. ANEXOS 44
21. RED DE INSTITUCIONES QUE INTERVIENEN EN EL PROCESO DE REFERENCIA YCONTRAREFERENCIA 46
22. INDICADORES DE GESTION. 46
23. BIBLIOGRAFIA 48

1. OBJETIVO GENERAL

Establecer los lineamientos técnicos y administrativos, del proceso de referencia y contra referencia para los usuarios que requieran Traslado Asistencial Básico TAB.

2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Preservar la integridad, la salud y la vida del paciente en caso de que presente una complicación o una condición clínica adversa o inesperada, derivada o no de la atención, que requiera remisión a otro nivel de atención, o por haber superado las capacidades técnico científicas disponibles en el servicio de Promoción y Prevención de los Centros y Puestos de Salud y las sedes adscritas.
- Facilitar la atención oportuna e integral del usuario, el acceso universal de la población al nivel de tecnología que se requiera y propender por un uso racional de los recursos institucionales.
- Aplicar el procedimiento no solo a los usuarios, sino además a todos los prestadores de servicios de salud, y por ende cobijar a las redes de prestadores no adscritas y a los entes territoriales.
- Brindar parámetros a los actores del Sistema de Referencia y Contra referencia (SIRC), para el adecuado direccionamiento de los usuarios a otros niveles de atención, a la toma de estudios de ayuda diagnóstica y/o el traslado de muestras biológicas.
- Hacer del procedimiento de referencia y contra referencia un modo expedito de atención al usuario, minimizando los riesgos a los que podría someterse; dando un trato preferente a las gestantes, los menores de edad, los adultos mayores, personas con discapacidad y especialmente a aquellos en condición de abandono o vulnerabilidad.
- Implementar medidas seguras para el transporte de los pacientes, que incluyan la estabilización del mismo antes del traslado.
- Informar de manera ágil y oportuna al usuario del sistema y su familiar, la red de prestadores y los mecanismos administrativos dispuestos en la normatividad vigente de referencia y contra referencia.
- Optimizar los recursos y tecnología disponibles, a fin de garantizar que el funcionamiento del proceso de referencia y contra referencia de respuesta a las necesidades y expectativas de los usuarios y sus familias, así como minimizar el riesgo durante el proceso de referenciación.

3. ALCANCE

Aplica a todos los pacientes que asisten a los diferentes servicios de salud ambulatorios del Centro de Salud de Sibaté y el Centro de Salud de Granada.

El proceso inicia en el momento que el médico general y/o especialista o agente de salud determina que la complejidad técnico científica resolutiva de la institución no es suficiente para resolver el problema de salud del usuario y requiere ser remitido a un nivel superior de atención, o acceder a un medio de apoyo diagnóstico, garantizando la continuidad del manejo y tratamiento médico.

4. A QUIEN VA DIRIGIDO

Este procedimiento está dirigido al personal asistencial y administrativo que participa en el Proceso de Referencia y Contra referencia, al personal auxiliar de enfermería y conductores (tripulaciones de la ambulancia básica), que forman parte de las móviles de traslado asistencial básico de la Empresa Social del Estado región de salud Soacha.

5. CONTROL DE CAMBIOS

FECHA	VERSIÓN	DESCRIPCIÓN
06/07/2023	00	Revisión y Actualización del procedimiento

6. DEFINICIONES

REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA: Conjunto de procesos, procedimientos y actividades técnico-administrativas que permiten prestar adecuadamente los servicios de salud a los pacientes, garantizando la calidad, accesibilidad, oportunidad, continuidad, integralidad de los servicios, en función de la organización de la red de prestación de servicios definida por la entidad responsable del pago (Res. 6048 de 2016, art 8).

REFERENCIA: Es el envío de pacientes o elementos de ayuda diagnóstica por parte de un prestador de servicios de salud, a otro prestador de acuerdo con el nivel de complejidad que se requiere para dar continuidad a la atención objeto, a través de las redes de atención de servicios adscritas o no al ente territorial, con la intervención de múltiples actores y acorde a los lineamientos

constitucionales, éticos y normativos para atención o complementación diagnóstica. (Res. 6048 de 2016, art 8), (Decreto 4747 de 2007).

CONTRARREFERENCIA: Respuesta que los prestadores de servicios de salud receptores de la referencia dan al prestador que remitió, en donde se consigna un resumen de la atención recibida, se explicitan los diagnósticos o impresiones definidas y se dan las recomendaciones médicas y/o farmacológicas, además de anotar las recomendaciones de tratamiento que se envían al profesional del nivel primario para continuar la atención del usuario. (Decreto 4747 de 2007).

REMISIÓN: Procedimiento por el cual *se transfiere* la atención en salud de un usuario a otro profesional e institución con la consiguiente transferencia de responsabilidad médico legal o profesional sobre el cuidado del mismo, de acuerdo con el nivel de resolución para dar respuesta a las necesidades de salud. (Decreto 4747 de 2007)

INTERCONSULTA: Corresponde a la solicitud elevada por el profesional o institución de salud, responsable de la atención del usuario a otros profesionales o instituciones 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.

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 inmediata y efectiva, tendiente a disminuir los riesgos de invalidez y muerte.

ORDEN DE SERVICIO: Es la solicitud de realización de actividades de apoyo diagnóstico y/o tratamiento entre una institución y otra, hoy en desuso por el sistema de pago por actividad final o pago por grupo de diagnóstico relacionado. (Decreto 4747 de 2007).

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; (Decreto 4747 de 2007).

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 contra referencia 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. (Decreto 4747 de 2007).

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 contra referencia. (Decreto 4747 de 2007).

ATENCIÓN AMBULATORIA: Modalidad de prestación de servicios de salud, en la cual toda tecnología en salud se realiza sin necesidad de internar u hospitalizar al paciente. Esta modalidad incluye la consulta por cualquier profesional de la salud, competente y debidamente acreditado que permite la definición de un diagnóstico y conducta terapéutica para el mantenimiento o mejoramiento de la salud del paciente. También cubre la realización de procedimientos y tratamientos conforme a la normatividad de calidad vigente. (Decreto 5521 de 2013).

ATENCIÓN DE URGENCIAS: Atención de urgencias: Modalidad de prestación de servicios de salud, que busca preservar la vida y prevenir las consecuencias críticas, permanentes o futuras, mediante el uso de tecnologías en salud para la atención de usuarios que presenten alteración de la integridad física, funcional o mental, por cualquier causa y con cualquier grado de severidad que comprometan su vida o funcionalidad. (Resolución 6048 de 2016, art 8).

ATENCIÓN CON INTERNACIÓN: Modalidad de prestación de servicios de salud con permanencia superior a 24 horas continúas en una institución prestadora de servicios de salud. Cuando la duración sea inferior a este lapso se considerará atención ambulatoria, salvo en los casos de urgencia u hospital día. Para la utilización de este servicio deberá existir la respectiva remisión u orden del profesional tratante (Resolución 6048 de 2016, art 8).

SERVICIO: Es la unidad básica habitable del Sistema Único de Habilitación de Prestadores, por tanto, es a la cual apuntan los criterios de los estándares de habilitación, a partir de los cuales se establece la autorización para el funcionamiento de cualquier prestador de servicios de salud. (Decreto 4747 de 2014, Manual de inscripción de servicios de salud).

SERVICIO DE AMBULANCIA: conjunto constituido por suministros, equipo, personal y vehículo que reúne los requisitos exigidos por la ley que pueda ser utilizado en el transporte de pacientes en la atención prehospitalaria e intrahospitalaria de los mismos cuando este sea requerido. (Resolución 4146 de 1993, art 1).

TRANSPORTE EN AMBULANCIAS: Corresponde a la movilización de pacientes en un vehículo que cumple con las características exigidas por la ley y que incluye la recepción del paciente en el sitio de origen, la aplicación de medidas iniciales de estabilización de acuerdo a recursos y normas establecidas y el traslado de un destino que bien pueda ser para recibir atención en un centro asistencial para que le realicen procedimientos paramédicos o de laboratorio o cuando es transporte a su domicilio habitual por haber sido dado de alta. **(**Resolución 4146 de1993, art 1**).**

AMBULANCIA TERRESTRE: Vehículo de emergencia autorizado para transitar con prioridad de acuerdo con la condición del paciente y acondicionada de manera especial y exclusiva para el transporte de pacientes, con recursos humanos y técnicos calificados para la atención y beneficio de aquellos. Es un vehículo automotor y como tal está regido por las normas nacionales pertinentes, expedidas por el Ministerio de Transporte, sin poseer ningún beneficio adicional al designado en esta definición. Por tanto, no tiene ninguna prerrogativa diferente a la de ser un vehículo con circulación prioritaria. (NTC 3729 de 2007).

TRASLADO EN TRÁNSITO: Es el traslado que se realiza de un paciente desde un sitio donde no hay posibilidad de adecuada atención médica de urgencia, hacia otro sitio o institución hospitalaria donde existan recursos superiores a los que se tienen en la Institución de origen, mientras se logra la remisión definitiva a la IPS donde se le preste la atención en salud requerida.

TRANSPORTE PRIMARIO: Es el traslado de pacientes del lugar de ocurrencia del episodio patológico al hospital. (NTC 3729 de 2007).

TRANSPORTE SECUNDARIO: Traslado interhospitalario de pacientes, el traslado de estos hacia sus domicilios y/o transporte de pacientes limitados que no puedan movilizarse por sus propios medios y no presenten patología de urgencia**.** (NTC 3729 de 2007). Se divide en:
Vital: Prioridad absoluta, debe realizarse sin demora debido al riesgo vital que supone para el paciente una demora en su diagnóstico y tratamiento. (Tiempo máximo 1 hora)

Priorizado: Para pacientes con posible riesgo vital pero cuya asistencia puede demorarse minutos u horas. (Tiempo máximo 4 hora)

Normal: No se precisa de una activación inmediata y pueden programarse. (Tiempo máximo 8 horas).

TRANSPORTE ASISTENCIAL BÁSICO TAB: destinada al transporte de pacientes cuyo estado real o potencial no precisan cuidado asistencial especializado durante el traslado.

Transporte Asistencial Medicalizado (TAM) para adultos, neonatales y mixtas: unidad móvil destinada al traslado de pacientes cuyo estado potencial es de alto riesgo y requieren equipamiento, material y personal especializado durante el transporte**.**

ESTABILIZACION DEL PACIENTE: Estabilización del paciente, conseguir que los signos vitales estén dentro de los paramentos de normalidad.

CRUE: Centro regulador de urgencias de Cundinamarca
SEM: Servicio de emergencias médicas y atención a desastres de Cundinamarca

7. NORMATIVIDAD

CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA DE 1991, en su artículo 49 reafirma la potestad del Estado para reglamentar y organizar los niveles de atención 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 contra referencia para que el acceso a los servicios de alta complejidad se realice por el primer nivel de atención, excepto en los servicios de urgencias.

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.

LEY 1438 DE ENERO DE 2011, por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.

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.

EL DECRETO 780 DE 2016, que compila y simplifica todas las normas reglamentarias preexistentes en el sector de la salud, tiene como objetivo racionalizar las normas de carácter reglamentario que rigen en el sector y contar con un instrumento jurídico único.

CAPÍTULO III, ARTICULO 17º PROCESO DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA, el diseño, organización y documentación del proceso de referencia y contra referencia y la operación del mismo es obligación de las entidades responsables del pago de servicios de salud, quienes deberán disponer de una red de prestadores de servicios de salud que garanticen la disponibilidad y suficiencia de los servicios en todos los niveles de complejidad a su cargo, así como la disponibilidad de la red de transporte y comunicaciones.

Con el fin de garantizar la calidad, continuidad e integralidad en la atención, es obligación de las entidades responsables del pago de servicios de salud la consecución de institución prestadora de servicios de salud receptora que garantice los recursos humanos, físicos o tecnológicos, así como los insumos y medicamentos requeridos para la atención de pacientes.

La responsabilidad del manejo y cuidado del paciente es del prestador remisor hasta que ingrese en la institución receptora. Cuando el transporte se realice en una ambulancia debidamente habilitada, que no dependa de la IPS remisora, la entidad que tiene habilitado el servicio de transporte será responsable de la atención durante el mismo, con la tecnología disponible de acuerdo con el servicio de ambulancia habilitado, hasta la entrega del paciente en la entidad receptora definida por la entidad responsable del pago.

Parágrafo Las entidades responsables del pago de servicios de salud podrán apoyarse para la operación del proceso de referencia y contra referencia a su cargo, en los centros reguladores de urgencias y emergencias, para lo cual deberán suscribir contratos o convenios según sea el caso.

DECRETO 2759 DE 1991 Ministerio de Salud y Protección Social. Art. 5: las entidades públicas o privadas del sector salud que hayan prestado la atención inicial de urgencias, deben garantizar la remisión adecuada de estos usuarios a la institución del grado de complejidad requerida que se responsabilice de su atención.

RESOLUCIÓN 9279 DE 1993, Por la cual se adopta el manual de Normalización del Competente Traslado para la Red Nacional de Urgencias y se dictan otras disposiciones.

DECRETO 2423/96; ART. 7 DECRETO 2174 /96 Ministerio de Salud y Protección Social.: hace referencia a la responsabilidad de las EPS y las IPS en la ubicación y la remisión de los pacientes.

RESOLUCIÓN 1995 DE 1999 del Ministerio de Salud: la elaboración de una correcta historia clínica está protegida y regulada por la ley 23/81 al igual que la ausencia del consentimiento informado al paciente, el cual deberá ir firmado por el paciente o los testigos.

RESOLUCIÓN 3047 DE 2008, Por medio de la cual se definen los formatos, 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.

Articulo 63 Criterios determinantes para la conformación de las redes integradas de servicios de salud. Las reglamentaciones para la habilitación de las redes integradas de servicios de salud se realizarán a partir de los siguientes mecanismos efectivos de referencia y contra referencia para garantizar la integralidad y continuidad de la atención del usuario en los diferentes niveles de atención.

RESOLUCIÓN 416 DE 2009, publicada en el Diario Oficial No. 47.272 de 23 de febrero de 2009, "Por medio de la cual se realizan unas modificaciones a la Resolución 3047 de2008 y se dictan otras disposiciones".

RESOLUCIÓN 3385 DE 2011, publicada en el Diario Oficial No. 48.159 de 12 de agosto de 2011, "Por la cual se modifica el Anexo Técnico número 6 que forma parte integral de la Resolución 3047 de 2008".

RESOLUCIÓN 4481 DEL 2012 del Ministerio de Salud y Protección Social: Por la cual se adopta el Manual de Misión Médica y se establecen normas relacionadas con la señalización y divulgación de su Emblema.

RESOLUCIÓN 4331 DE 2012, Por medio de la cual se adiciona y modifica parcialmente la Resolución número 3047 de 2008, modificada por la Resolución número 416 de 2009.

RESOLUCIÓN 458 DE 2013, "Por la cual se unifica el procedimiento de recobrante el Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga) y se dictan otras disposiciones", publicada en el Diario Oficial No. 48.712 de 22 de febrero de 2013. Rige a partir del 1º. de octubre de 2013.

RESOLUCIÓN 1552 DE 2013(14 MAYO), por el cual se aclara artículo 123 y 124. Se modifica consignando en los parágrafos especificaciones en tiempos de referencia y autorización de órdenes de servicio por parte de aseguradoras de salud.

Parágrafo 1º. En los casos en que la cita por medicina especializada requiera autorización previa por parte de la Entidad Promotora De Salud EPS, esta deberá dar respuesta sin exceder los cinco días hábiles, contados a partir de la solicitud.

Artículo 5° Optimización de la oportunidad de la consulta médica especializada se incluye la estimación de la pertinencia de la remisión a consulta especializada y la contra remisión respectiva.

RESOLUCIÓN 1132 DEL 11 DE ABRIL DE 2017, Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015, modificada por la Resolución 5975 de 2016, se adoptó la Clasificación Única de Procedimiento en Salud — CUPS, como el ordenamiento lógico y detallado de los procedimientos y servicios en salud que se realizan en el país, en cumplimiento de los principios de interoperabilidad y estandarización de datos, utilizando para tal efecto, la identificación por un

código y una descripción validada por los expertos del país. Igualmente, se adoptaron los Anexos Técnicos 1 "Manual de Uso" y 2 "Lista Tabular", los cuales forman parte integral de la CUPS destacando la obligatoriedad de su aplicación en todo el territorio nacional y define los mecanismos para su actualización periódica.

CIRCULAR 0016 DEL 1 DE MARZO DE 2017, cuyo asunto es el fortalecimiento de acciones que garanticen la atención segura, digna y adecuada de las maternas en el territorio nacional.

RESOLUCIÓN 256 DE 2016, Por la cual se dictan disposiciones en relación con el Sistema de Información para la Calidad y se establecen los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud.

RESOLUCIÓN 6048 DE 2016, Por la cual se modifica el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación (UPC).

RESOLUCIÓN 3100 DEL 2019 del Ministerio de Salud y Protección Social: Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud y se adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud.

8. RECURSOS

Tecnológicos	El servicio de Referencia y Contra referencia cuenta en cada una de las sedes con: centro de cómputo, intranet, internet, office, dinámica gerencial, correo electrónico institucional, teléfono de interconexión IP que le permita comunicación con todas las sedes y comunicación externa para los casos de urgencias, directorio telefónico y de correos electrónicos actualizado con toda la red pública y privado y de las EPS del subsidiado y contributivo.
Equipos Biomédicos.	**AMBULANCIAS DE TRANSPORTE:** Dos (2) transporte asistencial básico TAB **TAB**: unidad de intervención con equipo específico de respuesta inicial tripulada por auxiliar de enfermería o técnico en atención prehospitalaria. Debe tener una camilla principal con sistema de anclaje, camilla secundaria, tabla espinal corta, tabla espinal larga, camilla tipo cuchara, millar o camilla de vacío, silla de ruedas, sistema de oxígeno con capacidad total de almacenamiento de 6 metros cúbicos, equipo de radiocomunicaciones, sistema sonoro de alerta vial adicional al pito o bocina.

Talento Humanos	**TAB**: unidad de intervención con equipo específico de respuesta inicial tripulada por auxiliar de enfermería o técnico en atención prehospitalaria y conductor. Referente del Proceso de Referencia y Contrarreferencia, radio operador y personal administrativo de los procesos de apoyo (Facturación-Autorizaciones).
Medicamentos y dispositivos Médicos	Descritos en los protocolos de atención documentados para el transporte asistencial básico.

9. RESPONSABLES

Son responsables de la ejecución y cumplimiento de las disposiciones del protocolo:

a. Referente de Referencia y Contra referencia, supervisor de la adecuada implementación y adherencia al Procedimiento.

b. Referente del centro de salud: Supervisor de la adherencia al procedimiento.

c. Referente de Urgencias y Hospitalización: Supervisor de la adherencia al adecuado traslado de pacientes en la ambulancia básica adscrita a la sede Hospitalaria.

d. Auxiliar de enfermería: Aplicar los protocolos relacionados al traslado del paciente en la ambulancia básica, acogiendo todas las disposiciones descritas.

e. Conductor: Efectuar el traslado del paciente en ambulancia básica, acogiendo todas las disposiciones descritas y velar por la supervisión técnica del automotor.

f. Médico de turno consulta externa, emitir la orden de servicio y/o autorización para el traslado.

Los responsables de la revisión y actualización del presente procedimiento son el Referente de Referencia y Contra referencia en coordinación con los demás referentes y líderes de los procesos de las subgerencia científica y comunitaria de la ESE Hospital Mario Gaitán Yanguas y el profesional de calidad asignado por la gerencia.

10. DISPOSICIONES GENERALES

10.1. CONTEXTO

El Sistema de Referencia y contrarreferencia es el conjunto de Normas Técnicas y Administrativas que permiten prestar adecuadamente al usuario el servicio de salud, según el grado de complejidad de los organismos de salud con la debida oportunidad y eficacia. De conformidad con las normas referentes al Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud, y siguiendo las directrices impartidas desde el nivel Nacional, dada por la reglamentación del Sistema General de Seguridad Social en Salud, estipulado en la ley 10 de 1993, ley 715 de 2001, decreto 780 de 2016; 4747 de 2007, la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA, implementa un proceso de Referencia y contrarreferencia de sus usuarios, de acuerdo a su capacidad técnico científica y nivel de complejidad, integrando la red de servicios de salud al departamento de Cundinamarca con su sede principal Hospital Mario Gaitán Yanguas – Empresa Social del Estado Región de Salud Soacha y sus centros de salud de Sibaté y Centro de Salud de Granada.

La EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA, cabecera de la Región de Salud Soacha en el marco del lineamiento del Decreto 515 del 2022 del 28 de diciembre del 2022 “Por el cual se establece la reorganización y modernización de la red pública de prestadores de servicios de salud del departamento de Cundinamarca, en desarrollo de redes funcionales, en el marco de lo dispuesto por la Ordenanza 07 del 2020” la cual ratifica la red funcional Región de Salud Soacha, articulada con el Hospital Cardiovascular de Cundinamarca con servicios de alta complejidad y la ESE Municipal Julio Cesar Peñaloza, fortalece su red de referencia y contrarreferencia.

Constituyendo el Acuerdo No 002 del servicio con la denominación “Traslado unificado para todos”, del año 2022, a partir del cual los integrantes de la Región de Salud Soacha, evalúan el seguimiento a los indicadores trimestralmente con reporte a la Dirección de Desarrollo de servicios de la secretaria de Salud de Cundinamarca.

Facilitando el acceso a los servicios de salud y la atención oportuna e integral a los usuarios mediante la red de servicios, teniendo en cuenta los componentes de transporte, información y comunicaciones en el área de influencia de los Municipios de Granada, Sibaté y Soacha.

Así mismo se efectuó el análisis de las principales causas del servicio de transporte asistencial básico para el año 2022 encontrándose:

SEDE CENTRO DE SALUD GRANADA				
PRIMERAS CAUSAS DE TRANSPORTE ASISTENCIAL BASICO				
SERVICIO OFERTADO	1 CAUSA TRASLADO		2 CAUSA TRASLADO	
	TOTAL	DIAGNOSTICO	TOTAL	DIAGNOSTICO
TRANSPORTE ASISTENCIAL BASICO	7	DOLOR ABDOMINAL-DISPEPSIA	4	FALSO TRABAJO DE PARTO

Fuente: SIPAC 2022

SEDE CENTRO DE SALUD SIBATE				
PRIMERAS CAUSAS DE TRANSPORTE ASISTENCIAL BASICO				
SERVICIO OFERTADO	1 CAUSA TRASLADO		2 CAUSA TRASLADO	
	TOTAL	DIAGNOSTICO	TOTAL	DIAGNOSTICO
TRANSPORTE ASISTENCIAL BASICO	27	DOLOR ABDOMINAL-DISPEPSIA	42	FALSO TRABAJO DE PARTO

Fuente: SIPAC 2022

10.2. TIPOS DE SOLICITUD DE PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD

Remisión: Proceso mediante el cual se transfiere la atención en salud de un usuario, de una IPS de menor grado con el fin de que se presten los servicios profesionales y que se complementen los recibidos por la IPS remisora, adquiriendo la responsabilidad directa de su manejo la entidad receptora, una vez el usuario entra a la institución.

Orden de Servicio: Solicitud que hace una IPS para realizar actividades de apoyo diagnóstico y/o tratamientos. Para este servicio pueden referirse personas, elementos, muestras biológicas o productos del ambiente.

10.3. NIVELES DE COMPLEJIDAD

Bajo: En donde se realizan las prácticas clínico quirúrgicas menos complejas, pero que cubren el mayor volumen de población y las cuales son llevadas a cabo especialmente por los equipos de cuidado médico y odontológico, previa autorización de servicios de quien tenga a cargo el I nivel.

Mediano: En el cual se realizan las prácticas clínico quirúrgico de mediana complejidad sobre todo en especialidades de frecuente demanda, tales como: medicina interna, cirugía, ginecoobstetricia, traumatología, anestesia y pediatría.

Alta: Se realizan prácticas clínico quirúrgicas con la máxima tecnología y complejidad en las diferentes especialidades.

10.4. TRASLADO PRIORIZADO

La decisión de este traslado la toma el médico tratante y activar el proceso de referencia, con el soporte respectivo, una vez se tome la decisión de este traslado, debe reportarse al Centro Regulador de Urgencias de Cundinamarca, a la EPS-S, a la EPS-C, a la ARL, a la Superintendencia de Salud o al pagador que sea necesario, además se debe informar a la IPS donde se trasladara el (la) paciente o usuario (a), en el caso de menores de edad se informara a la personería municipal y bienestar familiar, policía de menores, en caso de no contar con familiar o adulto responsable del paciente, asimismo l**a Circular 016 de 2017** fortalece las acciones que garantizan la atención segura, digna y adecuada de las maternas en el territorio nacional.

Las Gestantes hacen parte de una población de alto riesgo por su condición de embarazo, por lo que se les dará prioridad en su proceso de referencia y apoyo en los diferentes niveles de complejidad y se activará el CODIGO ROJO en caso de emergencia manifiesta.

Por lo que las IPS **debemos enfatizar y brindar prestación preferencial, oportuna, continúa y segura al binomio, madre - hijo,** según lo establecido en las guías adoptadas o la norma que la modifique, adicione o sustituya.

Garantizar la atención segura del binomio, madre - hijo como buena práctica de seguridad del paciente cuando se tengan habilitados servicios para la atención materna perinatal.

Con el fin de evitar demoras en la atención a gestantes catalogadas como de alto riesgo obstétrico, las IPS de primer nivel deben establecer los procedimientos de control que garanticen la documentación completa de paraclínicos de estas pacientes al momento de su envío ya sea ambulatorio o de urgencias.

Así mismo las IPS receptoras deben establecer mecanismos que faciliten las asignaciones de citas de manera ágil y oportuna que reduzca las barreras de acceso y mejore la oportunidad en la atención y continuidad en el tratamiento al momento de su salida o valoración.

Ahora bien, uno de los grandes avances en la **reducción de la mortalidad perinatal** lo constituyó la regionalización de los cuidados y el transporte de los recién nacidos a instituciones con los recursos adecuados para su atención y tratamiento. Los recién nacidos no son adultos pequeños, por lo que es necesario un conjunto de recursos específicos diseñados para ellos y sus peculiaridades, y eso incluye todo lo relacionado con el transporte en situaciones clínicas a veces muy complejas y delicadas. **El derecho a recibir un tratamiento adecuado a las necesidades de la enfermedad neonatal** hace que se deba en todo momento anticipar el nivel de cuidados y coordinar con los centros asistenciales la necesidad de atender a la madre y a su hijo con las garantías necesarias.

Las familias deben de estar bien informadas antes de los recursos que en cada caso va a necesitar el recién nacido y las posibilidades de que haya que ofrecerlos en otro centro diferente. No podemos olvidar finalmente los **derechos del recién nacido a recibir los cuidados**, la atención especializada y el nivel de tratamiento adecuado y dimensionado éticamente y de garantizarlos en todo momento, para el traslado de los neonatos debemos tener en cuenta la preparación y calentamiento de la incubadora de trasporte con anterioridad, ya que el transporte posnatal es una parte esencial dentro de la estructura de los servicios de salud perinatales.

El objetivo del transporte neonatal es trasladar al recién nacido a un centro especializado que disponga de la infraestructura y la experiencia necesarias para su asesoramiento, por ello es necesario disponer de conocimientos y medios para la reanimación y la estabilización del recién nacido en el momento del parto y de un sistema de transporte neonatal especializado que permita trasladar a los pacientes con el mismo nivel de cuidados que recibiría en el hospital receptor sin que suponga en ningún caso un deterioro de su salud o un riesgo elevado para ella (se realiza mapa procesos).

10.5. TRANSPORTE O TRASLADO DE PACIENTES

Se describe en el AMB-PTC-05 Protocolo de traslado de pacientes en Ambulancia Básica las directrices a seguir y se menciona:

El Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC cubre el traslado acuático, aéreo y terrestre (en ambulancia básica, medicalizada y Neonatal) en los siguientes casos:

- **Traslado 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.

- **Traslado de Pacientes Remitidos Entre IPS del Territorio Nacional,** 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 contra referencia.
- **Traslado como 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.
- **Traslado en Ambulancia del Paciente Remitido para Atención Domiciliaria** si el médico así lo prescribe.

Por la naturaleza de los servicios que se prestan en la institución, existe la posibilidad de que nuestros usuarios presenten condiciones clínicas que requieran atención en niveles superiores de complejidad o en entidades externas que presten servicios de los que no se disponen en la institución.

Como en los servicios ambulatorios se prestan servicios que incluyen la realización de procedimientos mínimos (o menores), existe la posibilidad de que algún paciente presente alteraciones de salud que lleven a la necesidad de tomar decisiones para la referencia de los pacientes al servicio de urgencias de la sede asistencial.

10.5.1. Pueden Presentarse Entre Otras, las Siguientes Situaciones:

- Que un paciente que es atendido en consulta ambulatoria, por la modalidad extramural o para un procedimiento menor en los servicios de prioritarias de los centros de salud de Sibaté y Granada presente una complicación, una reacción o incidente adverso resultante de la atención prestada, que le ocasione una alteración orgánica cuyas características superen la capacidad técnico científica de que se dispone en el servicio.
- Que un paciente que es atendido en consulta o para un procedimiento menor presente una complicación, una reacción o incidente adverso sin relación con la atención prestada, que le ocasione una alteración orgánica cuyas características superen la capacidad técnico científica de que se dispone en el consultorio.
- Que una persona (paciente, familiar, acompañante, etc.) que se encuentre en las instalaciones o en su proximidad, presente un evento súbito de alteración de la salud, que le ocasione una alteración orgánica cuyas características superen la capacidad técnico científica de que se dispone en el servicio.

10.5.2. Es Necesario Señalar que son Producto Única y Exclusivamente de la Discreción del Médico:

- El tipo de remisión (Electiva prioritaria o de urgencias) ya que esta definición es la que determina la oportunidad que debe seguir el proceso de remisión del usuario.
- Tipo de usuario (ambulatorio, urgencias u hospitalización) ya que esta definición orienta sobre el trámite que debe tener la remisión.
- El servicio solicitado (especialidad), ya que es deber del profesional definir el servicio que requiere el usuario para continuar su tratamiento acorde al estado actual del usuario, la historia clínica y el juicio del profesional tratante.
- El nivel de complejidad que requiere el usuario, es parte integral de la solicitud del servicio, sin excepción este debe ser definido por el médico tratante, ante la posibilidad de que en diferentes niveles se presten servicios por la misma especialidad, y debemos recordar que los grados de atención se dan por niveles de complejidad y no por especialidades.
- El tipo de traslado, que siempre será como mínimo ambulancia básica, lo anterior requiere la valoración inicial por parte del profesional que las decisiones tomadas se impregnen de coherencia, para que las condiciones de seguridad, pertinencia, calidad y oportunidad, garanticen que el usuario va en un tipo de transporte (TAB o TAM) que corresponde a su condición de salud.
- La anamnesis del paciente debe diligenciarse completa y anexar análisis y resultados de laboratorios y exámenes diagnósticos relacionados con su patología para su respectivo traslado.

Así las cosas, toda remisión que no especifique de manera clara estos elementos se considera incompleta en lo esencial y no podrá ser recibida por el radio operador, para su radicación y trámite, y es obligación del profesional (médico) corregir lo anterior de manera inmediata.

Debe ser suficientemente clara, además de que en ninguna parte del régimen se define que para acceder a un nivel de complejidad deba transcurrir o haber pasado por los otros niveles que lo preceden, lo anterior quiere decir que para acceder a un tercer nivel ningún actor del sistema puede exigir que proceda de segundo nivel.

El diligenciamiento del formato institucional para la solicitud de servicios debe ser realizado de manera integral, veraz, clara, coherente y responsable, por el médico tratante, todo acorde a los lineamientos expresados en el instructivo de diligenciamiento del formato de referencia y contra referencia que sirve de anexo al presente instructivo. Anexo técnico No. 9 formato estandarizado de referencia de pacientes (anexo adicionado por la resolución 4747 de 2014).

De suma importancia es el diligenciamiento cuidadoso y veraz del tipo de afiliación (verificación de derechos) que el usuario tiene frente al SGSSS, tanto para su direccionamiento en todos los casos, como para efectos de gestión de la remisión en los casos de atención de urgencias.

10.5.3. Criterios de remisión a sede asistencial - urgencias de puestos de salud, centro de salud de Granada y Sibaté

Paciente con crisis hipertensivas tipo urgencias TA mayor de 180/90, en quienes no tengan evidencia clínica de compromiso de órgano blanco, y no disponibilidad farmacológica para la atención.

Todo paciente con alteración del estado de conciencia cuya etiología no esté clara debe ser direccionado a la institución.

Todo paciente con sospecha de código blanco debe ser direccionado al área asistencial de urgencias, previo a comentarlo como se describe el el procedimiento citado adelante.

Paciente hipotenso TA menor 90/60 mmHg, o media menor de 65 mmHg, cuya etiología no esté clara debe ser remitido al área asistencial - urgencias, previo a comentarlo como se describe el el procedimiento citado adelante

Toda gestante con actividad uterina, ausencia o disminución de movimientos fetales, sangrado, amniorrea, debe ser trasladado al área asistencial previo a comentarlo como se describe el procedimiento citado adelante

Todo paciente inestable, traumas mayores, o menores que requieran imágenes diagnósticas y atención integral, bradiarritmias, taquiarritmias, debe ser trasladado al área asistencial previo a comentarlo como se describe el procedimiento citado adelante.

Procedimiento: Todo paciente debe ser comentado al Referente de urgencias, y al médico del área de reanimación quien en conjunto definirán el acompañamiento del médico del centro o puesto de salud.''

Identificar oportunamente la necesidad de aislamiento del paciente y en caso de ser el familiar no puede ser trasladado e implica cambio de acompañante.

En caso de patología de salud pública, se debe anexar la ficha de reporte epidemiológico a la historia clínica de traslado.

Todo paciente que requiera oxígeno suplementario a más de 2 lt x min FiO2 mayor a 28%, y/o signos clínicos de dificultad respiratoria, requiere valoración inicial por urgencias.

10.5.4. Criterios para traslado secundarios a otras instituciones

Todo paciente que tenga criterios para manejo multidisciplinario, servicio no ofrecido, o exámenes diagnósticos complementarios con los que no se cuente en la institución, se realizan trámites de remisión.

Los pacientes que ingresan al ciclo de atención, trasladados desde centro y puestos y requieran traslado secundario inmediato como urgencia vital, serán puestos en remisión y comentados al CRUE, de acuerdo a su urgencia vital serán priorizados a otras instituciones según corresponda. En adelante se dará hincapié a los criterios generales y específicos según patologías para remisión a unidad de cuidado intensivo.

10.5.5. Manejo de la Central de Autorizaciones en Facturación

Cumpliendo con el Decreto Ley anti tramites 019 de 2012, el hospital ha creado el área de facturación y central de autorizaciones, en donde los pacientes NO tendrán que realizar trámites de remisión, este trámite se debe de efectuar entre el Hospital Mario Gaitán Yanguas y la entidad responsable de pago en salud EAPB, ya sea urgencias y/o consulta externa.

Se resalta de nuevo la obligatoriedad del área de facturación, y/o trabajo social para la verificación de derechos del usuario para evitar conflictos con la afiliación al SGSSS.

La remisión desde el área de urgencias tiene características especiales, la oportunidad y la pertinencia, elementos esenciales más que nunca toman un papel protagónico. Una vez realizada la remisión en el formato correspondiente, el médico la entrega a la enfermera y/o auxiliar de enfermería de los servicios de urgencias, hospitalización y/o quirúrgicos para que la radique de manera oportuna en la oficina de radio y se inicie el trámite de remisión.

Si la remisión es de las sedes ambulatorias a la sede principal HMGY, el médico entrega la remisión al auxiliar de enfermería para que se haga responsable de ella mientras el traslado. Este es el punto de partida para la gestión de ubicación del usuario, gestión apoyada por el radio operador en cabeza del referente responsable, para la que aplica todo lo dicho para la atención de urgencias.

En el servicio de urgencias, hospitalización y/o quirúrgicos define la prioridad por el médico tratante quien es el encargado de realizar la priorización y especificar en el formato de remisión las condiciones actualizadas de los usuarios para presentarla a la aseguradora correspondiente o la posible IPS receptora.

Los servicios solicitados están determinados por las necesidades y riesgos clínicos del paciente, teniendo en cuenta la pertinencia y oportunidad de acceso del paciente, estratificando además la

complejidad adecuada para el cada caso. Cabe resaltar que en la mayoría de las IPS el acceso se realiza a través de los servicios de urgencias, donde se inicia la atención y se deriva al servicio receptor, aunque puede ocurrir para instituciones especificas o unidades especiales el ingreso directo al servicio y la asignación de cama determinadas desde la aceptación. Para estos casos, si se precisan deben estar consignadas en la bitácora y los datos necesarios para la recepción.

10.6. GENERALIDADES PARA LA ESTABILIZACION DEL PACIENTE ANTES DEL TRASLADO

En todo traslado de paciente en estado crítico y no crítico, el transporte **no se debe improvisar**, y debe seguir la **regla de la estabilización previa**, siguiendo un orden de prioridades y manteniendo en su entorno todas las **precauciones necesarias** para **garantizar su equilibrio** durante todas sus fases. El propio estado del paciente, su evolución y la necesidad inmediata o no de tratamiento especializado determinan el tipo de medidas de estabilización que se deben aplicar, así como el tiempo a emplear en realizarlas. Como norma general ante pacientes críticos, aquellas medidas de soporte que puedan ser realizadas en la ambulancia, no deben retrasar la evacuación.

10.6.1. Parámetros para la estabilización del paciente antes del traslado

Dividiremos la estabilización del paciente en tres etapas:

- Valoración general.
- Valoración detallada.
- Preparación.

10.6.2. Valoración general

Se trata de conocer el estado general del paciente, patología que presenta y el soporte asistencial que necesita con el objeto de planificar el traslado y prever las necesidades de monitorización e intervención durante el trayecto. Conocer el estado del paciente, la patología que presenta y el soporte asistencial que necesita, con el objeto de planificar el traslado y prever las necesidades de monitoreo e intervención durante el trayecto.

10.6.3. Valoración detallada

Para la valoración detallada, se necesita el contacto con el personal médico y de enfermería responsables del paciente quienes informarán del estado clínico del mismo, tratamiento que se le realiza, y últimos controles de signos vitales y análisis clínico del paciente. Se registrarán los

parámetros de ventilación si el paciente necesita ventilación mecánica, FIO2, PEEP, frecuencia respiratoria, se comprobará la fijación del tubo endotraqueal para evitar una extubación accidental y la presión del neumo taponador, monitorización de signos vitales del paciente y verificación de funcionamiento del aspirador de secreciones, se revisarán las medidas de soporte circulatorio, vías canalizadas, tipos de catéteres (arterial, presión. etc.), así como tipo de fluido terapia, llevar un control de las hemorragias y prestar atención al shock, revisar vías canalizadas, clases de catéteres, así como tipo de terapia endovenosa. Precisar necesidad de sedación, control de eliminación, revisión de drenajes y de sonda vesical y nasogástrica, fijándolas para evitar su salida con tracciones que se le realicen al paciente.

10.6.4. Preparación del paciente

La preparación del paciente facilita el manejo e inmovilización correcta del mismo sin agravar o producir nuevas lesiones y prestar atención constante al paciente y los equipos de monitoreo.

El paciente debe ser controlado sistemáticamente con una frecuencia aproximada de 10 minutos, registrando todas las novedades en la historia clínica prehospitalaria que incluya los siguientes parámetros: monitoreo cardíaco, tensión arterial y pulso, oximetría, diuresis, fluidos administrados y oxigenoterapia.

10.7. TRASLADO EN AMBULANCIA

El traslado en la ambulancia comienza preparando previamente la camilla de transporte, para el paso del paciente a la camilla debemos tener en cuenta si no se trata de un paciente politraumatizado, se hará con el método directo utilizando la sabana de movimiento.

10.7.1. Posición adecuada del paciente para el transporte

De acuerdo con el tipo de lesión que presente el paciente hay diversas posiciones que pueden ser utilizadas para brindarle mayor comodidad y protegerlo. El paciente adulto debe acomodarse en la camilla manteniendo alineado el cuerpo y colocando en posición anatómica los miembros, asegurándolos con las correas de seguridad.

- **Decúbito Supino:** Paciente sin alteraciones ventilatorias, circulatorias o neurológicas.
- **Decúbito Supino (semisentado):** Paciente con dificultad respiratoria de cualquier origen.
- **Sentado con Piernas Colgadas:** Pacientes con insuficiencia cardíaca o edema agudo de pulmón. **Decúbito supino en Trendelemburg:** Paciente hipotenso o en estado de shock.

- **Decúbito supino en fowler (anti-trendelemburg):** Sospecha de hipertensión intracraneal. **Decúbito lateral izquierdo:** Embarazadas, sobre todo a partir del tercer trimestre.
- **Posición lateral de seguridad:** Paciente inconsciente.

El equipo de infusión y fluido terapia se colocará en el atril de suero de la camilla y los equipos de monitorización y ventilación a ambos lados, en sus soportes correspondientes, siempre bajo control visual.

Una vez fijada la camilla en la bancada de la ambulancia, se debe seguir un orden correcto de prioridades para acondicionar al paciente, y no se debe pasar al siguiente sin tener resuelto el anterior. Se inicia con:

Soporte ventilatorio, atendiendo la conexión de oxígeno al paciente, ya sea a través de sistema de bajo flujo o mediante ventilación mecánica, comprobándose el correcto funcionamiento de la administración de oxígeno.

Los equipos de perfusión y fluidos se instalarán en los soportes adecuados para ello, verificando su permeabilidad. Durante el tiempo de traslado el paciente debe recibir los mismos cuidados y monitorización que estaba recibiendo en hospitalización.

Como norma general, todos los pacientes críticos deben ser monitorizados electrocardiográficamente, escogiendo una derivación que nos permita apreciar la onda P y donde la amplitud del QRS sea la suficiente para activar de forma correcta el medidor de frecuencia cardiaca.

Asegurar el acompañamiento de un familiar o conocido del paciente y proteger los artículos personales. En casos excepcionales de emergencia, si no se cuenta con el familiar o conocido del paciente, se podrá solicitar el acompañamiento de trabajo social de acuerdo con su disponibilidad, como garante de los derechos de los usuarios.

Cuando todo está en orden y se han seguido estos pasos, se debe dar la señal de salida al conductor de la ambulancia e iniciar las maniobras de cuidado del paciente durante el transporte.

10.8. VIGILANCIA EN EL TRASLADO DE PACIENTES

La monitorización de los pacientes debe ser constante, observación del paciente, pulsioximetría y vigilancia continua de las presiones inspiratorias.

Los ruidos por las vibraciones del motor dificultan la medición de la tensión arterial tanto por el método manual como con medición automática, por lo que su valoración debe hacerse con prudencia.

10.8.1. Durante el Traslado:

- Administrar el tratamiento que se haya prescrito y aplicar aquellas medidas o técnicas que sean necesarias para la estabilidad del paciente.
- Mantener durante todo el tiempo el control de las constantes vitales, parámetros de ventilación, inmovilización de fracturas, heridas, drenajes, estado neurológico, etc.
- Todas las maniobras que se realicen deben ser debidamente registradas en la Historia Clínica de traslado AMB_FTO_01
- Mantener durante el traslado contacto tanto con el hospital remitente como con el centro receptor, ya sea de forma directa o a través de un centro coordinador, mediante radio o teléfono móvil, para confirmar la hora aproximada de llegada y por si fuese necesario recibir apoyo especializado o consejos terapéuticos.

10.8.2. En Relación al Tipo de Conducción que se Debe Hacer:

Durante el transporte es necesario tener en cuenta algunas consideraciones. Algunos enfermos son especialmente sensibles a las vibraciones del vehículo, como aquellos donde la presión intracraneal pueda estar elevada, por lo que debería cuidarse que la conducción sea lo menos brusca posible. En otras ocasiones, la conducción tendrá que realizarse a mayor velocidad (manteniendo los márgenes adecuados) en función de una necesidad de intervención especializada urgente.

10.8.3.Normas para Manejo de Sistemas Visuales y Sonoros de Alerta en las Ambulancias Terrestres:

Se denomina tránsito en CLAVE UNO (1) o CLAVE A, el desplazamiento utilizando simultánea y permanentemente los sistemas visuales y sonoros de alerta. Esta clave debe ser utilizada en el caso de pacientes críticos con inestabilidad hemodinámica, dificultad respiratoria o alteración neurológica que no han mejorado con el manejo instaurado. Tiene como objeto solicitar a los conductores circundantes la mayor prioridad para circular por las vías y permite sobrepasar a otros vehículos, sin exceder el límite de velocidad estipulado en el código nacional de tránsito. El uso de CLAVE UNO requiere la autorización de la central o base de despacho de las ambulancias.

Se denomina tránsito en CLAVE DOS (2) o CLAVE B, el desplazamiento con el sistema visual de alerta. Esta clave debe utilizarse en el caso de pacientes politraumatizados, termodinámicamente estables, sin dificultad respiratoria ni alteración del Glasgow. Tiene por objeto proteger la ambulancia en medio del flujo vehicular circundante y realizar una movilización lo más suave posible.

Se denomina tránsito normal o SIN CLAVE el desplazamiento sin utilización de sistemas visuales ni sonoros de alerta y debe ser empleado cuando la móvil transite luego de terminar un servicio sin paciente a bordo.

11. ENFOQUE DIFERENCIAL

"Este procedimiento se acoge a las disposiciones descritas en el Protocolo de Atención en salud con Enfoque Diferencial AU-PTC-02" de la Institución."

12. DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES, PROCEDIMIENTO DE REFERENCIA

No	QUÉ (actividad)	QUIEN (responsable)	COMO (descripción)	PUNTOS DE CONTROL
1	Realizar valoración de paciente y definir la conducta médica de remisión	Médico tratante	Durante la prestación del servicio, el médico define que el usuario objeto de atención amerita un nivel superior técnico científico. ***(Si se trata de una gestante consultar la Circular 016 de 2017 dar cumplimiento a la atención preferente, adicional a esto revisar los casos para menores de edad, un adulto mayor o paciente en abandono social, favor consultar las consideraciones generales para la atención de esta población).*** Valora el paciente y establece la necesidad de traslado y/o referencia e informa al jefe de enfermería del servicio. Antes de realizar el traslado se estabiliza el paciente y continua el tratamiento con el equipo a cargo de la atención. Registra en la Historia Clínica la orden médica del traslado y/o referencia, describiendo: motivo	Historia Clínica AMB_FTO_01 Formato de Referencia Anexo 9 **(SIRC-FTO-04).** Epicrisis

No	QUÉ (actividad)	QUIEN (responsable)	COMO (descripción)	PUNTOS DE CONTROL
			de remisión, resumen de atención, hallazgos clínicos, diagnóstico, especialidad requerida y tipo de ambulancia y genera el anexo 9. Informa al paciente y/o familiar la necesidad del traslado a otra institución, las condiciones clínicas y el procedimiento administrativo relacionado. Explica al asegurador o IPS receptora directamente la situación clínica de los pacientes críticos o en riesgo en caso de ser necesario. Realiza la epicrisis del paciente una vez haya sido aceptado. Genera el alta médica del paciente en remisión, una vez llegue la ambulancia. En caso de requerir ambulancia medicalizada, gestiona en radio su consecución por EAPB.	
2	Entregar la solicitud de remisión	Profesional médico y/o enfermera o auxiliar de enfermería	Entrega en forma inmediata anexo 9 (SIRC-FTO-04), y adjunta los siguientes documentos: Fotocopia del documento de identidad del paciente, copia de verificación de derechos en comprobador o consulta en ADRES (BDUA), reportes de resultados de exámenes de laboratorio o apoyo diagnóstico del paciente en la oficina de radio. Realiza radicación en el libro de radicación de remisiones respectivo. Para los pacientes que se encuentran indocumentados y/o con problemas administrativos, se debe de reportar a la oficina de trabajo social, donde serán los encargados de identificar y definir el pagador del usuario.	Libro de radicación en radio Formato de Referencia y Contra referencia Anexo 9 **(SIRC-FTO-04).** Correo electrónico oficina de radio.
			Recibe la solicitud de la remisión y/o traslado, verificando el correcto diligenciamiento del anexo 9 (SIRC-FTO-04), en dinámica gerencial, así como de la documentación anexa y ayudas diagnósticas necesarias.	Formato de Referencia y Contra referencia Anexo 9 **(SIRC-FTO-04).** Bitácora del proceso de

No	QUÉ (actividad)	QUIEN (responsable)	COMO (descripción)	PUNTOS DE CONTROL
3	Radicar la solicitud de remisión	Radio Operador (Auxiliar de Enfermería)	Inicia el trámite de referencia en los primeros 15 minutos vía email con el pagador o EAPB, en las instituciones adscritas y no adscritas, realiza confirmación telefónica, de acuerdo a la ruta establecida se inicia el trámite directamente con el asegurador. Realiza el registro en la bitácora de la gestión realizada desde el inicio del trámite hasta la llegada de la ambulancia (nombres y apellidos de los contactos con quien se comenta la remisión, fecha y hora de comunicación y respuesta del trámite. Realiza registro en la en la matriz de referencia (consolidado mensual) establecida por la IPS. Explica al asegurador las condiciones clínicas del paciente a referir si es necesario poner en contacto al médico tratante o la enfermera del servicio, según lo requiera el caso. Si el paciente es aceptado informa a la enfermera del servicio, la IPS receptora y valida que se encuentre acompañante o familiar para la solicitud de la ambulancia. Solicita la ambulancia al asegurador según complejidad requerida (TAB-TAM). Entrega la documentación (historia clínica, reportes de laboratorio y apoyos diagnósticos) al auxiliar de enfermería de la tripulación de la ambulancia y asegura el cumplimiento de los procesos de estabilización del paciente para el traslado. Monitoriza el tiempo de respuesta del asegurador para el envío de la ambulancia, hasta lograr la movilización del paciente. Puede optarse por utilizar servicio de ambulancias propias de la IPS previa autorización del asegurador, ambulancia institucional y/o solicita apoyo al Centro Regulador de Urgencias, Emergencias y	referencia y contra referencia. Documentación completa Ayudas diagnósticas Matriz de referencia Lista de Chequeo Traslado de Pacientes en Ambulancia **(AMB-FTO-13)**

No	QUÉ (actividad)	QUIEN (responsable)	COMO (descripción)	PUNTOS DE CONTROL
			Desastres del respectivo (CRUE) del ente territorial. Realiza seguimiento al paciente remitido (críticos, maternas, pediátricos, neonatos y adulto mayor en condición de vulnerabilidad) a las 24 horas siguientes del traslado, y realiza el registro en la bitácora. Informa las demoras o dificultades en la remisión por parte del asegurador, a la Secretaria de Salud de Cundinamarca y/o la Supersalud por medio del formato establecido.	
4	Gestionar el trámite de la remisión	Radio Operador (Auxiliar de Enfermería)	Remite la información al CRUE Cundinamarca en el caso que el paciente no tenga seguridad social, se trate de un accidente de tránsito o de una urgencia vital que requiera traslado primario, lo anterior para ubicación del paciente según el requerimiento de la remisión. Todo lo anterior debe ser registrado en la bitácora.	Bitácora del proceso de referencia y Contra referencia Formato de Referencia y Contra referencia Anexo 9 **(SIRC-FTO-04)**
5	Realizar seguimiento a la gestión del Proceso de Remisión	Radio operador Médico tratante Profesional de enfermería Auxiliar de enfermería	Las frecuencias de estos registros no son determinados en tiempos estrictos, pero los radio operadores deben de acuerdo a la prioridad que amerite cada caso, deben registrar las llamadas, correos y comunicaciones realizadas, con fecha y hora del trámite, en la bitácora del procedimiento. El registro anterior debe conservar estricto orden cronológico, diligenciando completamente el formato de la bitácora, dejando los avances en el trámite de remisión.	Dinámica Gerencial Bitácora del proceso de referencia y contra referencia
6	Confirmar la ubicación del paciente	Entidad Aseguradora	La entidad aseguradora (EAPB) o el CRUE Cundinamarca, comunica a la oficina de radio de la institución la confirmación de la aceptación del paciente, el radio operador registra en la bitácora, la IPS receptora de nivel superior de complejidad para manejo especializado. El nombre y cargo del profesional que lo acepta y en los casos de solicitud de toma de imágenes diagnosticas informa institución que lo admite datos del	Formato de Referencia y Contra referencia Anexo 9 **(SIRC-FTO-04)**, Bitácora individual del proceso de referencia

No	QUÉ (actividad)	QUIEN (responsable)	COMO (descripción)	PUNTOS DE CONTROL
			profesional que lo acepta, datos de ubicación del prestador, consultorio piso en general la información necesaria para preparar al paciente y remitirlo.	
7	Comunicar la confirmación del trámite de remisión al servicio del que procede el paciente y a los procesos de apoyo asistencial y administrativo	Radio Operador (Auxiliar de Enfermería)	Con la confirmación de la ubicación del paciente, el radio operador informa a facturación, trabajo social del ser necesario; así como al servicio donde se encuentre ubicado el usuario para garantizar presencia del familiar o personal que acompaña el traslado y que el usuario se encuentre preparado o en condiciones estables de su estado de salud para realizar el respectivo traslado. En los casos de menores, paciente en abandono, usuarias menores de edad en estado de embarazo, adultos mayores, usuarios en condición de discapacidad o con alguna situación especial, consultar las consideraciones generales y apoyarse en la coordinación de trabajo social.	Formato de Referencia y Contra referencia Anexo 9 **(SIRC-FTO-04)**, Bitácora individual del proceso de referencia
8	Alistar el paciente y los documentos para traslado	Radio operador Personal asistencial Facturador	Posterior a la confirmación de la ubicación del paciente, el radio operador informa al médico tratante y/o la enfermera del servicio sobre la misma. En conjunto el personal asistencial realiza cierre de historia clínica, registros y devoluciones de medicamentos, para el paso de la historia clínica a facturación. El facturador genera paz y salvo y boleta de salida y avisa al personal de la tripulación de la ambulancia para la programación del traslado según la disponibilidad.	Formato de Referencia y Contra referencia Anexo 9 **(SIRC-FTO-04)**, historia clínica AMB_FTO_01
9	Revisar y recopilar los documentos completos para el traslado del paciente	Enfermera del servicio de urgencias u hospitalización, de la sede hospitalaria Auxiliar de enfermería de tripulación y/o	Revisa los documentos y ayudas diagnósticas del paciente antes de realizar el traslado para que estén completos y procede a realizar los respectivos registros en la historia clínica (notas de enfermería, control de líquidos, signos vitales, etc.), así como la devolución de medicamentos a farmacia antes de pasar la historia clínica a facturación.	Historia Clínica de traslado AMB_FTO_01 Formato de Referencia y Contra referencia Anexo 9 **(SIRC-FTO-04)**, historia clínica

No	QUÉ (actividad)	QUIEN (responsable)	COMO (descripción)	PUNTOS DE CONTROL
		Auxiliar de enfermería del servicio de prioritarias	Auxiliar de enfermería de tripulación y/o del servicio de prioritarias, recibe documentos y ayudas diagnósticas, los revisa y organiza antes de realizar el traslado y procede a realizar los respectivos registros.	Lista de Chequeo Traslado de Pacientes en Ambulancia **(AMB-FTO-13**
10	Programar el traslado antes de salir con el paciente	Personal de la tripulación	El auxiliar de enfermería de la tripulación y/o de prioritarias verifica que los equipos, insumos y medicamentos estén completos y funcionando. Conductor de la ambulancia verifica el estado del vehículo, para garantizar la seguridad del traslado	Historia Clínica de traslado ambulancia AMB_FTO_01 Formato de Referencia y Contra referencia Anexo 9 **(SIRC-FTO-04)**. Lista de chequeo
11	Trasladar el paciente	Personal de tripulación de ambulancia	Una vez el facturador genera boleta de salida, pasa el paciente a la camilla de la ambulancia, lo asegura a la camilla y lo ingresa a la móvil, y asegura la camilla e inicia el transporte acompañando el paciente a la entidad receptora, guardando las indicaciones y medidas de bioseguridad requeridas.	Historia Clínica de traslado ambulancia AMB_FTO_01 Formato de Referencia y Contra referencia Anexo 9 **(SIRC-FTO-04)**
12	Verificar los casos traslado de paciente en código azul	Médico, enfermera y/o auxiliar de enfermería del servicio o de la tripulación de ambulancia	Una vez se identifica la necesidad del traslado inmediato del paciente en código azul, se procede a radicar formato de remisión en radio y dar la orden de enviarlo a CRUE Cundinamarca y a institución a donde va a ser llevado el paciente según los requerimientos de manejo del mismo. Posterior a esto se realiza traslado con médico a bordo en ambulancia medicalizada de la institución, teniendo en cuenta las medidas de bioseguridad y el manejo adecuado del paciente.	Formato de Referencia y Contra referencia Anexo 9 **(SIRC-FTO-04)**. Historia Clínica de traslado ambulancia AMB_FTO_01

No	QUÉ (actividad)	QUIEN (responsable)	COMO (descripción)	PUNTOS DE CONTROL
13	Entregar Paciente	Médico tratante y/o personal auxiliar de enfermería de la tripulación de ambulancia o de prioritarias	Entrega el paciente al médico y/o enfermera de urgencias de la institución receptora y diligencia de registro interno de traslado. Espera a que le den cama o camilla para el paciente y mientras tanto acompaña el paciente en todo momento, dándole la información requerida por el y/o su familiar. Radica la remisión, hace firmar y sellar el registro interno de traslado por el médico que lo recibe en la IPS receptora.	Historia Clínica de traslado AMB_FTO_01

13. DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES PROCEDIMIENTO DE CONTRAREFERENCIA

N°	QUÉ (Actividad)	QUIÉN (Responsable)	COMO (Descripción)	PUNTOS DE CONTROL
1	Radicar la referencia	Personal de Enfermería	El auxiliara de la tripulación radica la remisión en la entidad receptora e inicia el trámite de recepción y verificación del diligenciamiento del anexo 9, así como de la documentación anexa necesaria, información remitida por parte de la EPS, EPSS, CRUE de Cundinamarca o IPS.	Formato de Referencia y Contra referencia Anexo 9 ***(SIRC-FTO-04)***. Copia documentos del paciente.

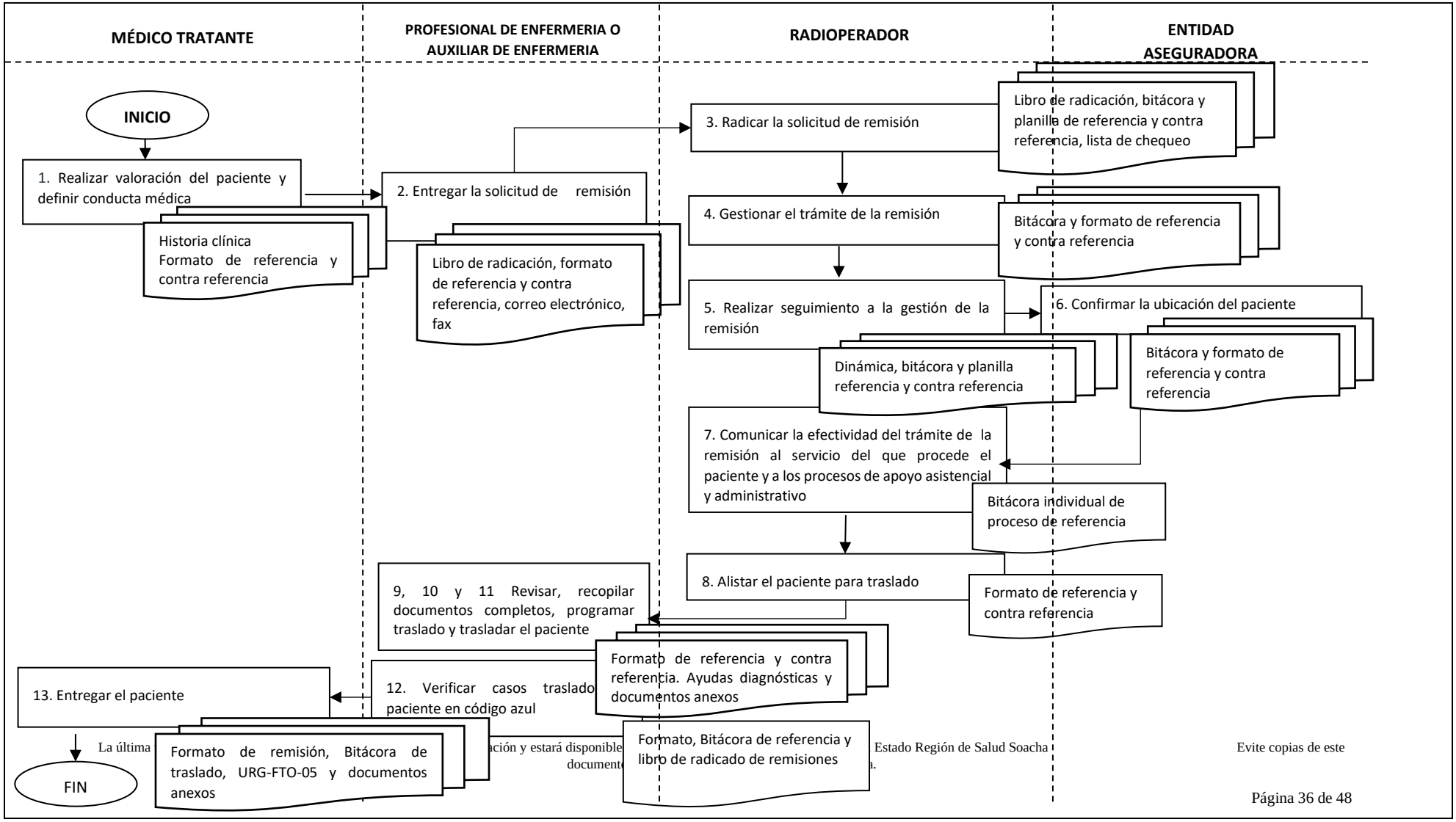
N°	QUÉ (Actividad)	QUIÉN (Responsable)	COMO (Descripción)	PUNTOS DE CONTROL
2	Iniciar Proceso de Referencia del paciente	Radio Operador (Auxiliar de Enfermería)	Una vez radicado el documento de referencia y contra referencia, el radio operador procede a presentar el paciente al médico coordinador del servicio de urgencias o médico especialista de acuerdo con lo requerido en la remisión, para la aceptación o negación del paciente en el hospital, en el caso que el paciente deba ser redireccionado, el médico explicara el personal de radio que la información para remitir la ubicación del paciente por parte del asegurador al nivel adecuado; en el caso en que la entidad responsable del paciente requiera la prestación del servicio de ambulancia básica con la que cuenta el hospital, se informara previamente a autorizaciones de urgencias, con el fin de obtener el respectivo código, finalmente se remitirá la móvil disponible para realizar el traslado del paciente.	Formato de Referencia y Contra referencia Anexo 9 ***(SIRC-FTO-04)***. Bitácora individual del proceso de referencia. Libro radicado de remisiones
3	Trasladar del paciente	Personal Ambulancia	Auxiliar de enfermería de la tripulación confirma estabilidad del paciente y se asegura según indicaciones de traslado para proceder a realizar el mismo. En caso que el auxiliar identifiqué algún signo de alarma reportara al médico tratante para que evalué la complejidad de la ambulancia.	Historia Clínica de traslado ambulancia
4	Realizar la Atención de urgencias	Médico receptor	Si el Medico Receptor evalúa al paciente y considera que puede recibir los servicios de salud pertinentes en la institución, este será ingresado al servicio de urgencias del hospital para iniciar su atención al momento de la llegada del paciente a la institución; así como iniciaran los trámites administrativos pertinentes para la admisión del paciente, en caso contrario si algo cambia en la condición del usuario a su llegada será aceptado para estabilizarlo y de ser necesario reiniciar tramite de remisión.	Historia Clínica

14. DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES ARCHIVO Y CADENA DE CUSTODIA DE HISTORIA CLINICA DE TRASLADO

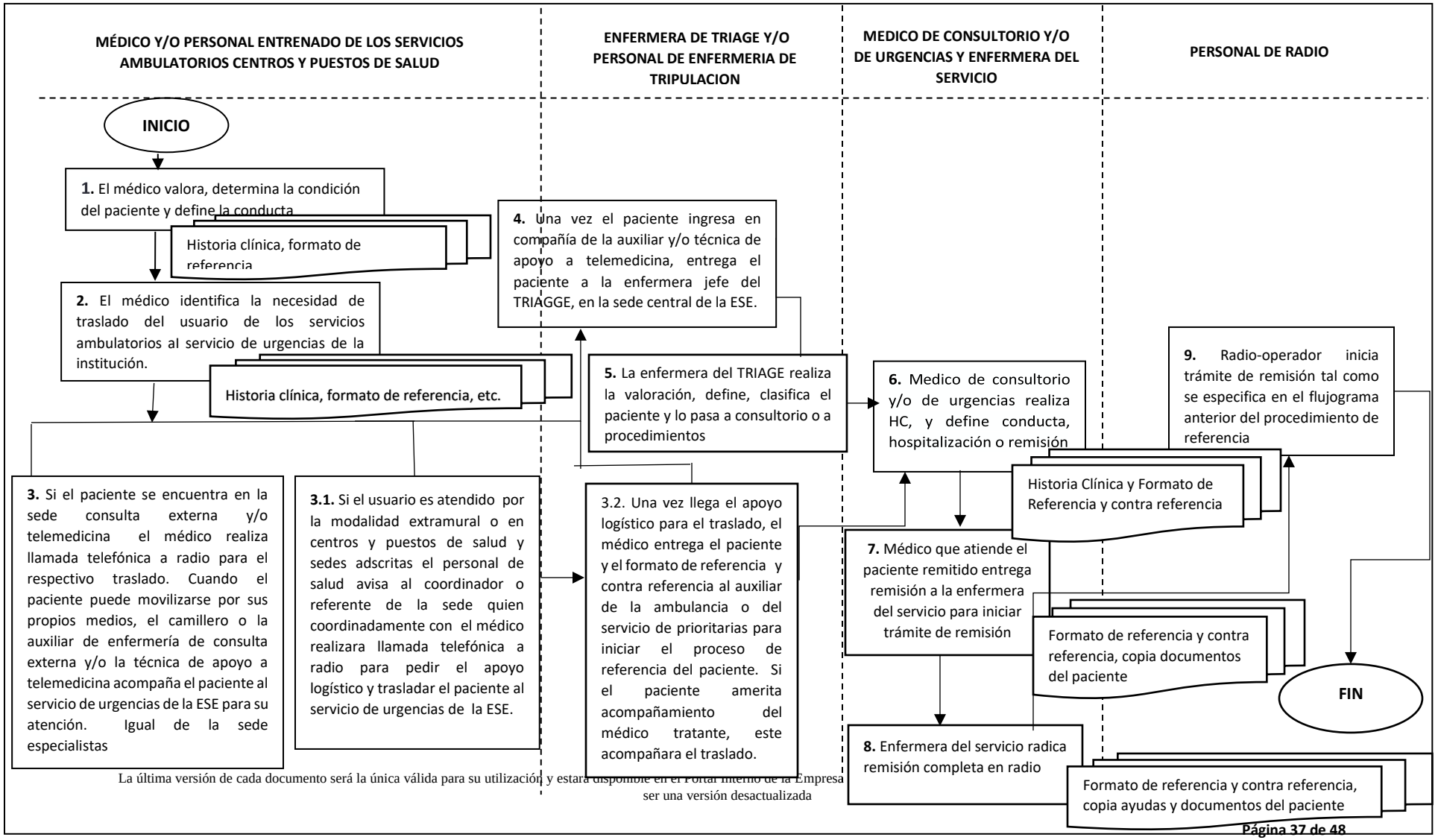
N°	QUÉ (Actividad)	QUIÉN (Responsable)	COMO (Descripción)	PUNTOS DE CONTROL
1	**Notificar aceptación de paciente**	Radio operador	Una vez que el paciente es aceptado en hospital de mayor nivel de complejidad, el radio operador notificara al auxiliar de enfermería de la ambulancia vía radioteléfono de la móvil o telefónicamente, de dicha aceptación y realizara la entrega del anexo nueve con la autorización de traslado	Formato de lista de chequeo para traslado paciente en Ambulancia ***(AMB-FTO-13***)
2	**Diligenciar historia clínica de traslado**	Auxiliar de la tripulación de Ambulancia	El auxiliar de enfermería de ambulancia deberá verificar el anexo nueve más sus anexas, y diligenciar la Historia Clínica de atención y traslado área de referencia y contra referencia APH, debe ser diligenciado en su totalidad y con información clara y verídica.	Historia Clínica de Traslado y atención área de referencia y Contra referencia ***(AMB_FTO_01)***
3	**Cargar información de historia clínica a dinámica gerencial**	Auxiliar de la tripulación de Ambulancia	Una vez finalizado el traslado el auxiliar de enfermería de la ambulancia deberá realizar en orden: 1. Escaneo de la Historia Clínica de atención y traslado área de referencia y contra referencia / APH. 2. Apertura de dinámica gerencial (Cada auxiliar de enfermería cuenta con usuario para que la información sea en tiempo real) 3. Realizar el cargue del archivo en la dinámica gerencial donde debe realizar una nota de la evolución clínica del paciente durante el traslado, procedimientos realizados en el traslado y la condición clínica en la que queda el paciente en la unidad receptora. 4. Entregar copia al área de facturación para realizar el respectivo cobro a la EPS	Historia Clínica de Traslado AMB_FTO_01

N°	QUÉ (Actividad)	QUIÉN (Responsable)	COMO (Descripción)	PUNTOS DE CONTROL
			adscrita del paciente o ente territorial a que haya lugar y respectivo documento del paciente. 5. Entregar formato de traslado original al líder del proceso de referencia a diario, con el fin de guardar la cadena de custodia de cada historia clínica.	
4	**Conservar el documento**	Líder del proceso de referencia y contra referencia	Este documento estará en cadena de custodia por dos (2) años en el archivo de gestión el cual está ubicado en la sede hospitalaria. El líder del proceso de referencia debe garantizar que estos documentos se conserven en buenas condiciones. Si se evidencia alguna anomalía con la cadena de custodia y conservación del documento esto será notificado vía correo electrónico al referente de gestión documental.	Formato único de inventario documental ***(ARC-FTO-01)***
5	**Transferir las historias clínicas al archivo central**	Líder del proceso de referencia y contra referencia	Para la transferencia al archivo central de la Empresa Social del estado Región de Salud Soacha debe tener en cuenta: 1. Disponer en las cajas para transferencia x-200, y/o x-300, las unidades de conservación en el mismo orden cronológico que lo tiene el archivo de gestión. 2. Diligenciar el formato único de Inventario documental FUID entendiendo lo descrito anteriormente. 3. Se deberá realizar la entrega de las historias clínicas de atención y traslado al referente de gestión documental para que este realice la conservación y cadena de custodia por tres (3) años más. Nota luego de que transcurra ese tiempo el archivo central del Hospital Mario Gaitán Yanguas realizara la disposición final del archivo.	

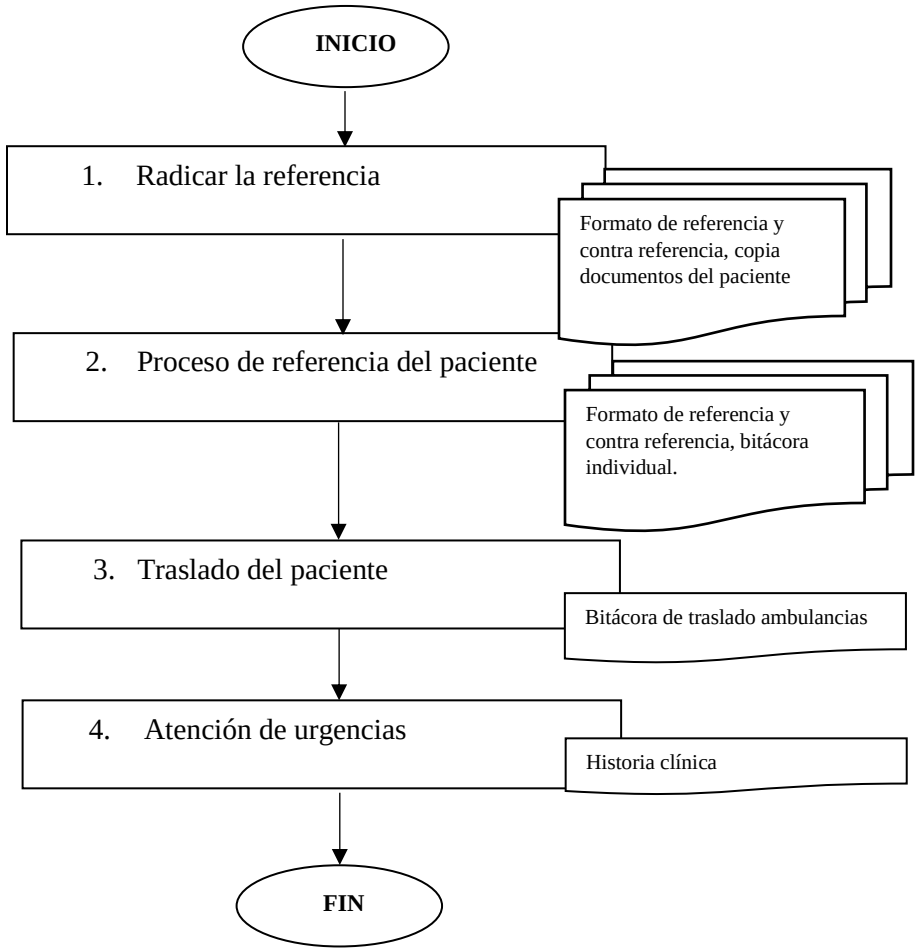
15. FLUJOGRAMA DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES PROCEDIMIENTO DE REFERENCIA SEDE HOSPITALARIA



16. FLUJOGRAMA DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES PROCEDIMIENTO DE REFERENCIA



17. FLUJOGRAMA DEL PROCEDIMIENTO DE CONTRAREFERENCIA



La última versión de cada documento será la única válida para su utilización y estará disponible en el Portal Interno de la Empresa Social del Estado Región de Salud Soacha evite copias de este documento ya que puede ser una versión desactualizada

18. DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES TRASLADO PRIORIZADO MATERNAS

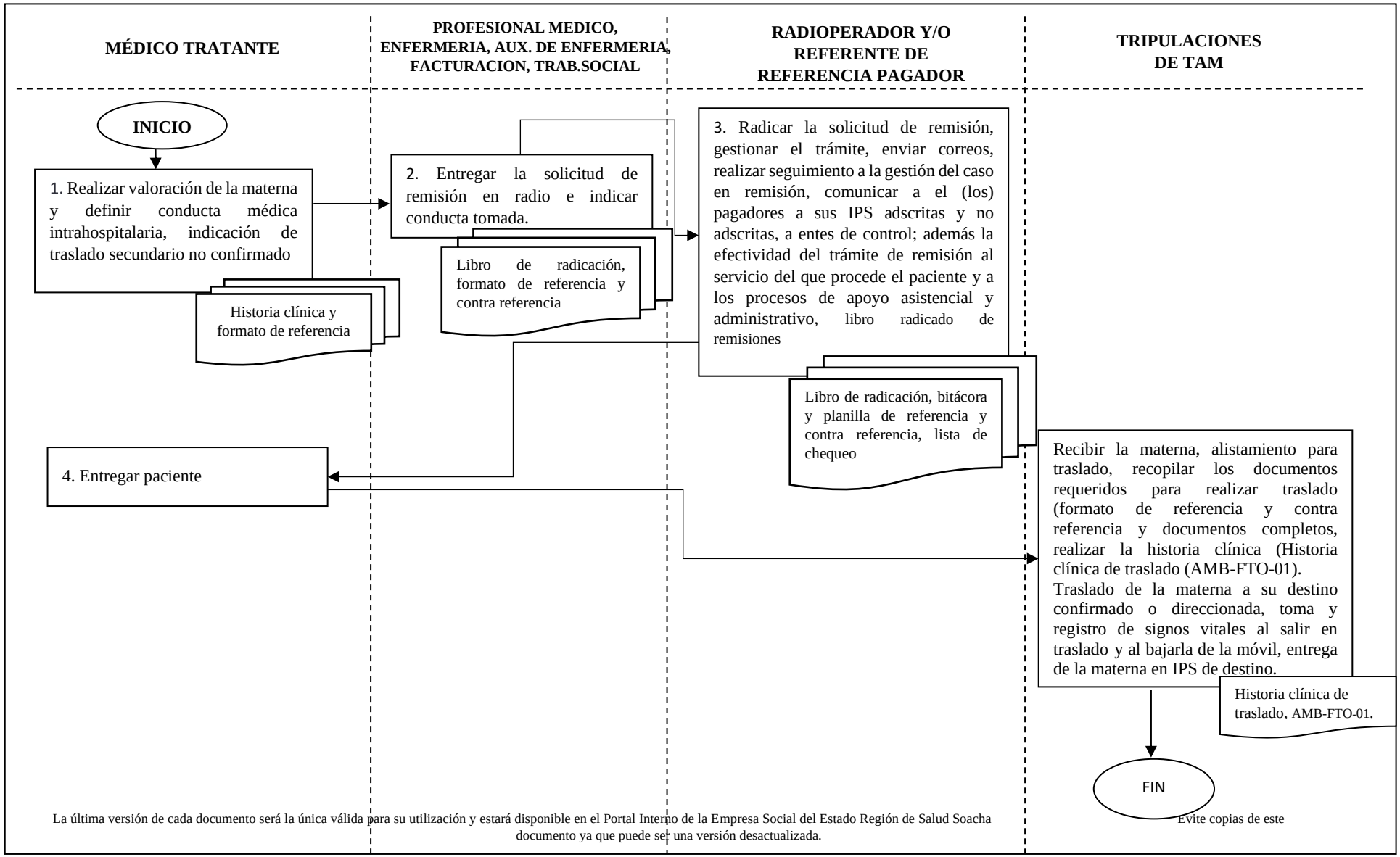
No	QUÉ (actividad)	QUIEN (responsable)	COMO (descripción)	PUNTOS DE CONTROL
1	Realizar valoración de paciente, registro en la Historia Clínica y definir la conducta médica intrahospitalaria	Médico tratante	**TRASLADO SECUNDARIO NO CONFIRMADO (PRIORIZADO) DE MATERNAS** Durante la prestación del servicio, el médico define que el usuario objeto de atención amerita un nivel superior técnico científico. Se valora la materna, se registra en la Historia Clínica la orden médica y se establece la necesidad de traslado y/o referencia secundario no confirmado (priorizado), describiendo: motivo de remisión, resumen de atención, hallazgos clínicos, diagnóstico, especialidad requerida y tipo de ambulancia y genera el Anexo 9 ***(SIRC-FTO-04)***, esta decisión del traslado secundario no confirmado (priorizado) la toma el médico tratante y activa el proceso de referencia, con el soporte respectivo. Una vez se tome la decisión de este traslado, se informa al equipo de salud del servicio, se estabiliza el paciente y continua el tratamiento con el equipo a cargo de la atención, se informa a la materna y/o familiar la necesidad del traslado y/o referencia a otra institución, las condiciones clínicas y el procedimiento administrativo relacionado. Realizar la epicrisis y asimismo generar el alta médica de la materna en remisión al salir del servicio en traslado hacia la IPS receptora o indicada por radio en concordancia con el pagador y CRUE de Cundinamarca, para este tipo de traslado. Una vez llegue la tripulación de ambulancia, la cual debe contar siempre con un médico a bordo, quien	Historia Clínica Formato Remisión Anexo 9 ***(SIRC-FTO-04).***

No	QUÉ (actividad)	QUIEN (responsable)	COMO (descripción)	PUNTOS DE CONTROL
			será siempre el encargado de recibir a la materna por parte del médico tratante y diligenciar adecuadamente la historia clínica de atención y traslado programa de atención pre hospitalaria (SIRC-FTO-01).	
2	Radicar la solicitud de remisión	Profesional médico y de enfermería.	Entregar en forma inmediata anexo 9. • Copia del documento de identidad de la(s) materna (s). • Copia de verificación de derechos en comprobador o consulta en ADRES (BDUA). • Reportes de resultados de exámenes de laboratorio o apoyo diagnóstico de la materna (si ya están reportado), adjunto al Anexo 9 ***(SIRC-FTO-04)***, serán entregados en la oficina de radio. • Radicación en el libro de respectivo en radio. ***__En todos los casos:__** la (s) materna(s) que se encuentran indocumentadas y/o con problemas administrativos identificadas desde el ingreso a la institución por parte de funcionaria de **FACTURACION**, se debe de reportar inmediatamente a través del correo institucional a la **OFICINA DE TRABAJO SOCIAL,** donde serán los encargados de identificar y definir el pagador de la(s) materna(s) (desde ingreso de la paciente), esto en horario diurno y en la noche no mediara esta actividad.	Facturación Trabajo social (en turno). Libro de radicación en radio, Formato de Referencia y Contra referencia Anexo 9 ***(SIRC-FTO-04).*** Correo electrónico oficina de radio. Inicio de Bitácora en radio.
			Recibe la solicitud de la remisión y/o traslado del jefe del servicio asignado, • Verificación del diligenciamiento del anexo 9 en dinámica gerencial. • Verificación de la documentación anexa necesaria.	

No	QUÉ (actividad)	QUIEN (responsable)	COMO (descripción)	PUNTOS DE CONTROL
3	Recibo de la solicitud de remisión	Radio Operador y/o Referente de referencia	• Inicia el trámite de referencia en los primeros 15 minutos, por correo y por confirmación telefónica. Se debe reportar inmediatamente el traslado secundario no confirmado (priorizado), al Centro Regulador de Urgencias de Cundinamarca, a la EPS-S, a la EPS-C, a la ARL, a la Superintendencia de Salud o al pagador que sea necesario, además se debe informar a la IPS donde se trasladara el (la) materna de acuerdo a la ruta establecida. Realiza registros en la bitácora de la gestión realizada desde el inicio del trámite hasta la llegada de la ambulancia (nombres y apellidos de los contactos con quien se comenta la remisión, fecha y hora de comunicación y respuesta del trámite. Realizar registro en la en la matriz de referencia (consolidado mensual) establecida por la IPS. Explica al asegurador las condiciones clínicas de la (s) materna (s) a referir si es necesario poner en contacto al médico tratante o la enfermera del servicio, según lo requiera el caso. En caso de que la(s) materna (s) es aceptada se informa a la jefe del servicio de la IPS receptora y valida que se encuentre acompañante o familiar para traslado en TAM, la cual se solicitara al asegurador, y en todos los casos se dispondrá utilizar el servicio de Ambulancias propias de la IPS (previa autorización y aun sin esta, al asegurador y/o coordinador asignado por la IPS, de lo contrario se solicita apoyo al Centro Regulador de Urgencias, Emergencias y Desastres del respectivo (CRUE) del ente territorial. Se entrega la documentación a tripulantes:	Libro de radicación de remisiones Bitácora del proceso de referencia y contra referencia Formato de Referencia y Contra referencia Anexo 9 ***(SIRC-FTO-04).*** Reportes de laboratorio y apoyos diagnósticos (si se realizaron y reportaron, cd respectivo).

No	QUÉ (actividad)	QUIEN (responsable)	COMO (descripción)	PUNTOS DE CONTROL
			• Formato de Referencia y Contra referencia Anexo 9 ***(SIRC-FTO-04)***, con reportes de laboratorio y apoyos diagnósticos (si se realizaron y reportaron, cd respectivo). • Documentación de la materna y demás soportes administrativos generados durante su estancia. En lo posible se realizará seguimiento a la materna a las 24 horas siguientes al traslado vía telefónica a IPS receptora y/o a través de familiares y se realizará el registro en la bitácora. No deben existir demoras o dificultades en la remisión ni institucional ni por parte del asegurador, y si eso sucediera, inmediatamente se informará al jefe inmediato institucional, a la secretaria de salud de Cundinamarca (CRUE) – SEN, a la Supersalud por medio del formato establecido, o entes de control en caso de ser necesario.	
4	Entrega y recibo de la materna	Médico tratante	El médico tratante entrega al médico de la tripulación de ambulancia la materna debe asegurar el cumplimiento de los procesos de estabilización del paciente para el traslado. Traslado de la paciente monitorizando signos vitales durante el traslado a la IPS de recepción	Reportes de laboratorio y apoyos diagnósticos (si se realizaron y reportaron, cd respectivo).

19. FLUJOGRAMA PROCEDIMIENTO DE REFERENCIA PRIORIZADA DE MATERNAS



20. ANEXOS

a. DOCUMENTOS REQUERIDOS PARA RADICAR REFERENCIA EN RADIO

1	Entregar la solicitud de remisión	Profesional médico y de enfermería Responsable de Facturación y Trabajo social	Entregar Anexo 9 (SIRC-FTO-04), y anexar los siguientes documentos: • Copia del documento de identidad del paciente y si es menor de edad copia de documentos o números de documentos de los padres. • Copia de verificación de derechos en comprobador o consulta en ADRES (BDUA), • Reportes de resultados de exámenes de laboratorio o apoyo diagnóstico del paciente (si ya están reportados), adjunto al Anexo 9 (SIRC-FTO-04), serán entregados en la oficina de radio, • Radicación en el libro de respectivo. **En todos los casos:** los pacientes que se encuentran indocumentados y/o con problemas administrativos identificados desde el ingreso a la institución por parte de funcionaria de **FACTURACION**, se debe de reportar inmediatamente a través del correo institucional a la **OFICINA DE TRABAJO SOCIAL,** donde serán los encargados de identificar y definir el pagador del usuario (desde ingreso de la paciente), esto en horario diurno.	Facturación Trabajo social Libro de radicación Formato de Referencia y Contra referencia Anexo 9 ***(SIRC-FTO-04), e Historia Clínica de traslados AMB-FTO-01*** Correo electrónico oficina de radio.

b. DOCUMENTOS REQUERIDOS PARA REALIZAR TRASLADOS DE PACIENTES

	Entregar documentos requeridos para traslado de pacientes	Radio operador, Responsable de Facturación, Trabajo social,	Entregar a tripulantes de ambulancias propios o particulares: • Formato de Referencia y Contra referencia Anexo 9 ***(SIRC-FTO-04) y la Historia Clínica de Traslados AMB-FTO-01*** y anexar los siguientes documentos:	

1		Enfermería y Profesional medico	• Copia del documento de identidad del paciente y si es menor de edad copia de documentos o números de documentos de los padres. • Copia de verificación de derechos en comprobador o consulta en ADRES (BDUA) • Reportes de resultados de exámenes de laboratorio o apoyo diagnóstico del paciente (si ya están reportados), adjunto al Anexo 9 (SIRC-FTO-04), serán entregados en la oficina de radio • Paz y salvo (en caso de paciente priorizado no es necesario). Los tripulantes de las móviles de la institución, en todos los casos deben diligenciar en su totalidad la historia clínica de traslado ***(AMB-FTO-01)*** con pertinencia y letra legible, deben estar incluidas las horas del recorrido. *****En todos los casos:** los pacientes que se encuentran indocumentados y/o con problemas administrativos identificados desde el ingreso a la institución por parte de funcionaria de **FACTURACION**, se debe reportar inmediatamente a través del correo institucional de la **OFICINA DE TRABAJO SOCIAL,** donde serán los encargados de identificar y definir conjuntamente el pagador del usuario (desde ingreso de la paciente), esto en horario diurno.	Archivo de entrega de historia clínica remisiones ***(AMB-FTO-01)*** Bitácora del proceso de referencia y contra referencia

21. RED DE INSTITUCIONES QUE INTERVIENEN EN EL PROCESO DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

ENTIDAD	PAGINA WEB - CORREO ELECTRONICO	DIRECCION	TELEFONO	ESPECIALIDAD
HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS	radio@hmgy.gov.co	Cl. 13 #10-48	7309230	ginecología, ortopedia, cirugía general, atención del parto, urgencias.
HOSPITAL UNIVERSITARIO SAMARITANA BOGOTA	referencia.husbogota@hus.org.co	Cra. 8 No. 0-55 sur	2802671	ginecología, ortopedia, cirugía general, UCI
HOSPITAL CARDIOVASCULAR DE CUNDINAMARCA	https://www.hospitalcardiovascular.com.co/	Carrera 4 Este NO. 31-38	601 5922979	UCI adultos, unidad neonatal
HOSPITAL SAN RAFAEL FACATATIVA	www.hospitalfacatativa.gov.co	Cra 2 No 1 - 80	3282300 ext 2	cirugía general, ginecología, ortopedia
CLINICA MATERNO INFANTIL	ejrinconl@cafesalud.com.co	AV 13 No 94-27		obstetricia

RED NOTIFICACION PROCESO DE AUTORIZACIONES Y REFERENCIA		
ENTIDAD	TELEFONOS	CORREO ELECTRONICO
CENTRO REGULADOR DE URGENCIAS(CRUE)	7491728 - 2627056/28	cundinamarcacrue@gmail.com
FAMISANAR	3078089 - 018000113264 Clave 037501	referenciafamilinea@famisanar.com.co
NUEVA EPS	018000948811 - 3077023 - Clave 012401	referencia.contrareferencia@nuevaeps.com.co

22. INDICADORES DE GESTION.

Se define n 7 indicadores de gestión al proceso de referencia y contrarreferencia, los cuales serán notificados mensualmente a los delegados por la secretaria de Salud de Cundinamarca, esta actividad estará a cargo del Referente de Referencia y Contrarreferencia.

INDICADORES	VARIABLES
No de pacientes remitidos para la atención del parto , segun la tipologia del prestador (Aplica ESE Municipal Cardiovascular de Soacha - Hospital Mario Gaitan Yanguas.)	No de Pacientes remitidos Contributivos
	No de Pacientes remitidos Subsidados
	No de Pacientes remitidos Vinculados
	Total de Pacientes que se les realizo proceso de remision
No de pacientes remitidos desde el area de urgencias y Hospitalaizaclón a niveles superiores (No aplica ESE Municipal) Cardiovascular de soacha - Hospital Mario Gaitan Yanguas	No de Pacientes remitidos Contributivos
	No de Pacientes remitidos Subsidados
	No de Pacientes remitidos Vinculados
	Total de Pacientes que se les realizo proceso de remision
No de pacientes remitidos desde el area Ambulatorio a niveles superiores (No aplica Cardiovascular de soacha) ESE Municipal - Hospital Mario Gaitan Yanguas	No de Pacientes remitidos Contributivos
	No de Pacientes remitidos Subsidados
	No de Pacientes remitidos Vinculados
	Total de Pacientes que se les realizo proceso de remision
No de remisiones efectivas ubicadas en Region de Salud Soacha	No de Pacientes remitidos Contributivos
	No de Pacientes remitidos Subsidados
	No de Pacientes remitidos Vinculados
	Total de Pacientes que se les realizo proceso de remision
No de entidades remisoras ubicadas en Region de Salud Soacha	Hospital Mario Gaitan Yanguas
	Hospital Cardiovascular de Cundinamarca
	ESE municipal de Soacha Julio Cesar Peñaloza
	SEM - CRUE
	Total entidades remisoras
No de entidades receptoras ubicadas en Region de Salud Soacha	Hospital Mario Gaitan Yanguas
	Hospital Cardiovascular de Cundinamarca
	Total entidades receptoras
No de servicio al que se remite de las entidades ubicadas en Region de Salud Soacha	Urgencias
	Urgencias ginecologica
	Hospitalizacion
	Toma de imagenes diagnosticas
	Total servicios remitidos

23. BIBLIOGRAFIA

- El Decreto 4747 de 2007, Min Salud.
- Resolución 3047 de 2008 (agosto 14) Min Salud.
- Resolución 9279 de 1993, Min Salud.
- Circular 0016 del 1 de marzo de 2017, Min Salud.
- Guía Clínica para Estabilización de Pacientes Antes del Traslado en la Ambulancia. Seguridad del Paciente - Hospital Universitario CARI ESE. Julio de 2015.