

MANUAL REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

INTRODUCCIÓN

Dentro del enfoque de sistemas de los servicios de salud, se plantea el concepto de regionalización y atención por niveles de complejidad tecnológica, que consiste en la prestación de servicios de salud que facilite el acceso, ofrezca alta calidad en la atención con respuesta a los deseos y necesidades de los usuarios y sus familias.

En este contexto, la atención por niveles se define como un método para descentralizar la oferta de servicios, de manera que cada usuario y su familia tengan como destino final el nivel mejor equipado para proporcionar el tratamiento adecuado.

Su principio fundamental consiste en tomar el primer nivel de atención como ingreso al sistema y como un punto de coordinación con otros servicios de diferentes complejidades, acorde con el grado de severidad de la enfermedad.

El Régimen de Referencia y Contrarreferencia, es el conjunto de normas técnicas y administrativas que permiten prestar adecuadamente al usuario el servicio de salud, según el nivel de atención y grado de complejidad de los organismos de salud con la debida oportunidad y eficacia.

Se entiende por Referencia, el envío de usuarios o elementos de ayuda diagnóstica por parte de las unidades prestadoras 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.

Se entiende por Contrarreferencia, la respuesta que las unidades prestadoras de servicios de salud receptoras de la Referencia, dan al organismo o 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 de la institución receptora, o el resultado de las solicitudes de ayudas diagnósticas.

Se entiende la red de servicios como un sistema que organiza la totalidad de los Servicios de Salud existentes en el ente territorial de tal manera que se garantice su funcionamiento dinámico y fluido con el único propósito de brindar una atención oportuna integral y humanizada al conjunto de los habitantes del Ente territorial.

Los usuarios de la atención de urgencias son todos los habitantes del Territorio Nacional, es decir los afiliados al Sistema de Seguridad Social en Salud (Régimen contributivo y régimen subsidiado); los vinculados y los excepcionales en los términos del artículo 279 de la Ley 100 de 1993.

Código: MA-UR-02 Versión: 03 Fecha: Agosto 2020

"TU SALUD NUESTRO COMPROMISO"

Nit. 890980758-7 / Calle 17 N° 19 – 55 / PBX. 5531444 / hospitalceja@une.net.co

www.hospitallaceja.gov.co

La Ceja del Tambo – Antioquia – Colombia

La atención inicial de urgencias debe ser prestada en forma obligatoria por todas las entidades públicas y privadas que presten servicios de salud a todas las personas independientemente de su capacidad socioeconómica (Artículo 2 Ley 10 de 1990, artículo 2 decreto 412 de 1992 y artículo 168 Ley 100 de 1993) y del régimen al cual se encuentre afiliado.

Con respecto a la atención inicial de urgencias, la responsabilidad de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, está enmarcada por los servicios que presten, acorde con el nivel de atención y grado de complejidad que a cada entidad le determine el Ministerio de Salud.

Toda entidad que haya prestado la atención inicial de urgencias tiene responsabilidad sobre el usuario hasta el momento que el mismo haya sido dado de alta, si no ha sido objeto de remisión. Si es remitido su responsabilidad llega hasta el mismo momento en que ingrese en la entidad receptora.

Este manual está dirigido a todo el personal asistencial y administrativo de la E.S.E. Hospital de La Ceja, encargado de la remisión de usuarios, con el fin de que conozcan y orienten en forma adecuada a los usuarios. Aplica para los servicios hospitalarios y ambulatorios de la E.S.E Hospital de la Ceja.

El seguimiento a la implementación de este manual estará a cargo del Subdirector Científico.

OBJETIVO GENERAL

Articular los esfuerzos del personal asistencial y administrativo de la E.S.E. Hospital de La Ceja, para poder implementar acciones tendientes asegurar un adecuado proceso de referencia de los usuarios, con el fin de disminuir obstáculos en el proceso, ayudar a resolver adecuadamente las inquietudes y necesidades de los usuarios, y poder tener bases y argumentos para exigir la contrarreferencia respectiva a las instituciones de niveles superiores, dando cumplimiento a la normatividad vigente con respecto a este proceso.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Establecer un proceso de referencia oportuno para los usuarios que requieran de atención especializada o ayudas diagnósticas, en otras instituciones de mayor nivel de complejidad, con el fin de dar respuesta a las necesidades en salud de nuestros usuarios.
- Asegurar que el proceso de referencia y contrarreferencia se realice de acuerdo a la normatividad vigente, para poder realizar las evaluaciones y correcciones necesarias en el proceso.
- Facilitar la atención oportuna e integral de los usuarios, mejorando el acceso de la población a los niveles de atención de mejor tecnología y propender por una utilización racional de los recursos en salud, con el fin de buscar el cumplimiento de los principios generales de la seguridad social en salud.
- Vigilar el proceso de referencia y contrarreferencia, con el fin de poder dar informe oportuno de su funcionamiento a los entes encargados de su control.

MARCO NORMATIVO

El Gobierno Nacional, al regular aspectos relacionados con las relaciones entre prestadores de servicios de salud y las entidades responsables de pago, dispuso en el artículo 17 del Decreto 4747 de 2007 que el proceso de referencia y contrarreferencia, a través del cual se garantiza la calidad, accesibilidad, oportunidad, continuidad e integralidad de los servicios, se hará en función de la organización de la red de prestación de servicios definida por la entidad responsable del pago, pudiendo esta última apoyarse, para la operación de dicho proceso, en los Centros Reguladores de Urgencias, Emergencias y Desastres - CRUE.

La resolución 1220 de 2010 establece las condiciones y requisitos para la organización, operación y funcionamiento de los Centros Reguladores de Urgencias, Emergencias y Desastres, CRUE, buscando que por parte de las Entidades Territoriales exista una adecuada y oportuna regulación de pacientes urgentes, coordinación para la atención de emergencias o desastres, estandarización de procesos de referencia y contrarreferencia y la adecuada integración de los recursos relacionados con estos eventos, a través del fomento de la cooperación y la articulación de los diferentes actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud y del Sistema Nacional de Prevención y Atención de Desastres (SNPAD).

El Régimen se desarrollará teniendo como marco de referencia el contenido de las siguientes normas así:

NORMATIVIDAD	CONCEPTO
DECRETO 2759 DE 1991	Régimen de Referencia y Contrarreferencia
LEY 100 DE 1993	Por la cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral. <i>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.</i>
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. El artículo 54 establece que la red de servicios se organiza por grados entre sí mediante un sistema de referencia y Contrarreferencia. Provee las normas técnicas y administrativas con el fin de prestar Servicios de Salud al usuario acorde con sus necesidades, atendiendo los requerimientos de eficiencia y oportunidad.

RESOLUCION 5261 DE 1994 (...)	Por la cual se establece el Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Plan Obligatorio de Salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Establece que <i>“El acceso al servicio siempre será por el primer nivel o por el servicio de urgencias. Para los niveles subsiguientes el paciente deberá ser remitido por un profesional en medicina general de acuerdo a las normas definidas para ello, las que como mínimo deberán contener una historia clínica completa en la que se especifique el motivo de la remisión, los tratamientos y resultados previos”</i> .
RESOLUCION 5592 DE 2015	Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación-UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud —SGSSS y se dictan otras disposiciones.
DECRETO 2423 / 96	Por el cual se determina la nomenclatura y clasificación de los procedimientos médicos, quirúrgicos y hospitalarios del Manual Tarifario y se dictan otras disposiciones.
DECRETO 1011 DE 2006	Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
RESOLUCION 3951 DE 2016	Por la cual se establece el procedimiento de acceso, reporte de prescripción, suministro, verificación, control, pago y análisis de la información de servicios y tecnologías en salud no cubiertas por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC y se dictan otras disposiciones
RESOLUCIÓN 1995/99	Normas para el Manejo de Historias Clínicas
DECRETO 4747 de 2007	Por medio del cual se regulan algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo, y se dictan otras disposiciones. En el Capítulo I, Artículo 3º se define el Sistema de Referencia y Contra referencia como el conjunto de procesos, procedimientos y actividades técnicas y administrativas que permiten prestar adecuadamente los servicios de salud a los pacientes, garantizando la calidad, accesibilidad, oportunidad, continuidad e integralidad de los servicios, en función de la organización de la red de prestación de servicios definida por la entidad responsable del pago. Esta misma norma en los parágrafos 1º y 2º hace referencia a la organización de la red y la difusión de la misma.

RESOLUCION 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. En el cual aparecen como anexos los formatos estandarizados de referencia y contrarreferencia y su respectiva explicación.
RESOLUCIÓN 416 DE 2009	Por medio de la cual se realizan unas modificaciones a la Resolución 3047 de 2008 y se dictan otras disposiciones.
LEY 1438 DE 2011	Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. En el artículo 63, entre los criterios determinantes para la conformación de las redes integradas de servicios de salud, define los “Mecanismos efectivos de referencia y contrarreferencia para garantizar la integralidad y continuidad de la atención del usuario en los diferentes niveles de atención y escenarios intramurales y extramurales.
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.
RESOLUCION 5596 DE 2015	Por la cual se definen los criterios técnicos para el Sistema de Selección y Clasificación de pacientes en los servicios de urgencias "Triage"
DECRETO 441 DE 2022	Por medio del cual se sustituye el Capítulo 4 del Título 3 de la Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 relativo a los acuerdos de voluntades entre las entidades responsables de pago, los prestadores de servicios de salud y los proveedores de tecnologías en salud. Artículo 2.5.3.4.7.5 Proceso de referencia y contrarreferencia para garantizar la atención integral. Establece que <i>“la operación del sistema de referencia y contrarreferencia debe atender a la integralidad del proceso de atención en salud, sin limitarse a los casos de urgencias”</i>.

DEFINICIONES

AMBULATORIA: Hace referencia a patologías compensadas (estables) y pueden dar un tiempo de espera para su atención por consulta externa.

COMPENSADA: Estable.

REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA: Conjunto de procesos, actividades y procedimientos técnicos y administrativos que permiten prestar adecuadamente los servicios de salud a los usuarios, garantizando la calidad, accesibilidad oportunidad y continuidad en los servicios.

REFERENCIA: Es el traslado de usuarios o elementos de ayudas diagnósticas por parte de un prestador de servicios de salud, a otro prestador para la atención o complementación diagnóstica que, de acuerdo con el nivel de resolución, de respuesta a las necesidades de salud.

CONTRARREFERENCIA: Es la respuesta que el prestador de servicios de salud receptor de la referencia da al prestador de salud que remitió. La respuesta puede ser la contra remisión del usuario con las debidas indicaciones a seguir o simplemente la información sobre la atención prestada al usuario en la institución receptora o el resultado de las solicitudes de ayudas diagnósticas.

CRAE: Centro regulador de atención de emergencias.

EMBALAJE: Proceso de empacar.

EPICRISIS: Resumen de la atención en salud realizada a un usuario.

EPIDEMIOLOGICAS: Estadísticas de presentación de enfermedad.

EPS: Entidad promotora de salud.

FORMATO DE REMISIÓN DE USUARIOS: Sistema de información en salud, Formato de referencia.

INTRAHOSPITALRIAS: Hace referencia a la atención dentro de la unidad hospitalaria.

IPS: Institución prestadora de servicios de salud.

PARACLÍNICOS: Ayudas diagnósticas.

PATOLOGÍA: Referente a enfermedad.

PERINATALES: Alrededor del parto o nacimiento.

SPOA: Sistema penal oral acusatorio.

TRIAGE: Sistema de Selección y Clasificación de usuarios, basado en sus necesidades terapéuticas y los recursos disponibles. Consiste en una valoración clínica breve que determina

la prioridad en que un usuario será atendido. El "Triage", como proceso dinámico que es, cambia tan rápidamente como lo puede hacer el estado clínico del usuario.

URGENTE: Hace referencia a patologías no compensadas (inestables) y requieren que la atención sea inmediata; no dan espera para una atención.

VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA: Casos clínicos que requieren ser notificados para estudio de campo por riesgo a propagación del ente infeccioso en la comunidad.

REMISIÓN DEL USUARIO

5.1 POLÍTICAS DE OPERACIÓN:

Lineamientos

- La ESE debe comunicar telefónicamente y vía correo electrónico la referencia del usuario a la institución receptora.
- La ESE confirmará la recepción de todo usuario remitido.
- La ESE será responsable de la atención del usuario o del objeto elemento de remisión, hasta que este ingrese a la institución receptora.
- En la ESE todo usuario que sea atendido en el servicio de urgencias y que amerite ser remitido, debe ser evaluado permanentemente por el médico remitente hasta que el usuario salga del hospital.
- El médico remitente de la ESE supervisará e indicará la manera en que el usuario debe transportarse a la institución receptora.
- Todo usuario referido y contrarreferido, debe ir acompañado de la información necesaria mínima para brindarle una adecuada y oportuna atención –Anexo de remisión-
- La información mínima que debe contener el anexo de remisión es: datos de identificación de las instituciones, datos de identificación del usuario, datos de identificación del responsable del usuario, resumen de la historia clínica, diagnóstico presuntivo, motivo de la referencia.
- En la ESE el anexo de remisión se entrega al usuario o su acompañante, dejando una copia en el hospital.
- Todo procedimiento y cuidado médico o paramédico que requiera el usuario durante su traslado para mantener estable su condición o evitar que esta se deteriore rápidamente, debe garantizarse que se llevará a cabo por personal idóneo.
- Si no ha sido posible la ubicación del usuario, luego de tramitarlo en todas las instituciones de la red adscrita y no adscrita, el médico remitente se pondrá en comunicación con cualquiera de las entidades que pueda prestar el servicio y si el usuario requiere un traslado urgente o primario, este se llevará a cabo.

Condiciones

- Cuando el médico determina que un usuario debe ser remitido y se logra un lugar de remisión, de forma inmediata se hace llamado a la ambulancia institucional y se procede según el caso.
- Todo usuario debe ir acompañado por un familiar o allegado. Si por alguna circunstancia se encuentra solo, el médico decidirá primando la vida del usuario remitirlo con los funcionarios de la institución. En casos excepcionales algunos usuarios que no cuentan con acompañante pueden ser trasladados con un integrante del grupo de voluntarios de la asociación de

usuarios.

- El usuario es entregado a la auxiliar de enfermería o médico, se firma constancia, y los funcionarios se encargan de llevarlo al lugar de destino y hacer constancia escrita de la condición clínica durante su traslado.
- Todo usuario que no se haya podido ubicar oportunamente, sea un caso difícil o crítico, deberá ser notificado inmediatamente al Centro Regulador de cada EPS y en los casos de usuarios vinculados se notifica a la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia.
- Todo usuario con dificultades en la remisión se notificará al subdirector científico de la ESE para que administrativamente se evalúe cada caso.
- El traslado del usuario infectado con algún tipo de aislamiento se hace siguiendo las normas institucionales.
- Los menores de 5 años sin acompañante, deben ser reportados a la comisaría de familia, para que sean ellos quienes definan el manejo.

Remisión de usuarios urgentes

- Una vez definido que el usuario sobrepasa la capacidad resolutoria del primer nivel de atención, se le informa claramente al usuario o a sus allegados esta situación y se procede a remitirlo a un nivel de complejidad superior de la red de servicios de la región, o a otro servicio institucional que corresponda.
- El manejo de los usuarios críticos y su remisión desde la ESE se realiza con apoyo del Centro Regulador de cada EPS.
- La clasificación del caso como “crítico” dependerá del compromiso inmediato de la vida del usuario si no es atendido y/o remitido rápida y adecuadamente al nivel a que corresponde.
- Los casos que se envían desde niveles inferiores de complejidad, **sin confirmación** a las instituciones de mayor complejidad, deben tener una razón que justifique este procedimiento, para ello:
 - ✓ El médico tratante en la IPS, tomará la decisión de enviar al usuario al hospital del nivel de atención correspondiente, teniendo en cuenta que el hospital: Tenga los recursos de diagnóstico (Rayos X, laboratorio clínico, bancos de sangre) y terapéuticos necesarios para los procedimientos que el usuario necesite; existan los especialistas para el manejo clínico e integral del usuario en el hospital respectivo.
 - ✓ Considerar el criterio georreferencial, es decir, enviar al hospital más cercano a su sitio de residencia que posibilite la atención.
 - ✓ Avisar al centro regulador correspondiente, si en un lapso de tiempo corto, no logra la recepción del usuario, se tomará la decisión de enviarlo al hospital más conveniente de acuerdo al diagnóstico y severidad, así como la circunstancia del hospital receptor y los recursos disponibles.

Remisión usuario no crítico

- El CRUE Departamental o la entidad responsable del pago respectivo deberá dar la autorización de servicios al receptor del usuario con copia al prestador solicitante, en el formato y con el procedimiento establecido en el Artículo 5, Formato y procedimiento para la respuesta de autorización de servicios posteriores a la atención inicial de urgencias y en el caso de autorización adicional, de la Resolución 3047 de 2008.

- La ESE deberá garantizar la continuidad de la atención del usuario mientras se produce su traslado. La entidad responsable del pago deberá cancelar los servicios prestados mientras se asume el manejo por el prestador receptor.
- Para el caso de usuarios competencia del Departamento - SSSA, la solicitud de la remisión se hará al Centro Regulador de Urgencias y Emergencias enviando el anexo técnico 3:
 - Al correo crue_dssa@dssa.gov.co
 - Al fax 362 11 14
- En caso de que no se obtenga respuesta por parte de otra entidad responsable del pago (diferente al Departamento - SSSA), el prestador de servicios de salud deberá informar al Centro Regulador de Urgencias, emergencias y desastres - CRUE - quien definirá al prestador a donde debe remitirse el usuario.
- La entidad responsable del pago deberá cancelar el valor de la atención a la entidad receptora en los términos definidos en el acuerdo de voluntades y en el caso de no existir éste, en las normas vigentes sobre la materia y no podrá devolver la factura o glosarla con el argumento de tratarse de un servicio no autorizado.
- Para la atención de un usuario en las instituciones públicas de segundo y tercer nivel (tengan o no contrato) y aquellas privadas que tengan contrato con el Departamento SSSA y que conforman la red de prestadores departamental, se aplicará el criterio de autorregulación y no se requerirá autorización por parte del CRUE Departamental. La celebración de un acuerdo de voluntades estipula las condiciones para la prestación del servicio.
- En la ESE se consultará el caso en las instituciones que tengan la tecnología y el recurso humano necesario para resolver cada urgencia y lo hará comenzando por aquellos ubicados en la región de procedencia del usuario y luego por los más cercanos geográficamente (georreferencia).
- Una vez definido el prestador receptor, la ESE deberá diligenciar y enviar al receptor la nota de remisión con la información clínica del usuario, la cual debe contener como mínimo:
 - ✓ Identificación del usuario.
 - ✓ Identificación de la ESE, servicio remitente y al cual se remite.
 - ✓ Diagnóstico presuntivo.
 - ✓ Resumen de la historia clínica.
 - ✓ Motivo de la referencia.
 - ✓ Identificación de quienes rechazaron la atención, hora, fecha y motivo.
 - ✓ Identificación de quien remite.

Remisión no posible

- En caso de que no haya sido posible la ubicación del usuario en un nivel superior luego de comentarlo, se procederá de la siguiente manera:
- Registrar en la historia clínica las comunicaciones realizadas y las causas por las cuales no fue aceptada la remisión.
- Solicitar apoyo al CRUE Departamental o el centro regulador de las EPS para su ubicación

(si no se había hecho antes, enviando el anexo técnico 3).

- El médico tratante debe complementar la hoja de remisión con las posteriores valoraciones realizadas.
- Si el caso es de un usuario crítico, realizará el procedimiento para dicho manejo y realizará el trámite hacia el centro asistencial pertinente.
- Si el usuario a quien se le están realizando los trámites para su remisión, abandona la institución por sus propios medios, debe dejar constancia en el registro de ubicación de usuarios diligenciado por el personal asistencial tratante.
- Si después de un tiempo prudencial durante el trámite de ubicación, la familia y/o el usuario, decide trasladarlo por su propia iniciativa a otro centro asistencial, la copia del anexo de remisión o la historia clínica debe ser firmada por el responsable del usuario y dejar debidamente registrada la remisión con la novedad.
- De no poderse remitir, la ESE dejará constancia de esta situación y continuará el manejo del usuario hasta donde su capacidad resolutive lo permita
- En la ESE se registrará la información de las remisiones en un libro de Excel destinado exclusivamente para tal fin, consignando los datos que sean exigidos por la red departamental, como mínimo: No. de consecutivo, institución remitente, hora de inicio del trámite, nombre del usuario, edad, diagnóstico de la remisión, institución que recibe el usuario.
- En la ESE se dejará constancia de los trámites realizados en la historia clínica dentro de la cual se dejan datos tales como: instituciones consultadas, motivo de rechazo, causas de la remisión, persona que recibe al usuario y sitio donde es recibido, para efectos de la vigilancia y control de la referencia y contra referencia.
- El anexo de remisión deberá entregársele al usuario o acudiente dejando una copia en la Historia Clínica.
- En la ESE las personas atendidas por urgencias y cubiertos por el Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito - SOAT - que deban referirse y/o contrarreferirse se acogerán a lo dispuesto en la normatividad respectiva.
- Si el usuario es remitido a consulta externa debe diligenciarse el anexo técnico 3, Solicitud de Autorización de Servicios de Salud y las recomendaciones médicas necesarias.

Usuario aceptado

- Diligenciar completamente el Formato de remisión: Anexo 3.
- Diligenciar historia clínica y epicrisis anotando el estado de salida del usuario, IPS receptora, persona que autoriza y los procedimientos realizados, el tipo de ambulancia solicitada y si el traslado es con médico o no.
- Cerciorarse de que el usuario tenga todos los documentos y todos los paraclínicos necesarios para la atención en otra IPS, incluyendo Historia Clínica.
- Llevar fotocopia de Historia Clínica y los documentos personales.
- Continuar con los medicamentos y equipos que el médico ordene y que son necesarios para el tratamiento durante el traslado.
- Solicitar a la empresa contratada para el traslado asistencial básico la ambulancia; en caso de que no requiera traslado en ambulancia se explica al usuario que debe viajar por sus propios medios al sitio de remisión y entregarle los documentos necesarios.
- Toda remisión de maternas desde el servicio de urgencias u hospitalización debe ser en ambulancia con personal médico en caso de ser por una complicación del estado de gravidez o trabajo de parto.
- Toda remisión debe ser registrada en el libro de seguimiento a las remisiones de cada servicio,

para realizar el respectivo análisis y seguimiento en los gerenciales.

Usuario no aceptado

- Continuar con la atención del usuario en el servicio de urgencias u hospitalización, hasta ser aceptado en la institución de nivel superior.
- Usuarios en espera de remisión en el servicio de urgencias con más de 6 horas de observación o aceptados para el siguiente día, debe ordenarse su hospitalización con órdenes médicas de manejo en la historia clínica, hasta el momento de su traslado.
- Anotar en la Historia Clínica del usuario todas las causas de no aceptación de la remisión, especificando nombre de la institución y al profesional al cual se comenta el usuario.

Registros

- Libro de registro de remisiones del servicio de urgencias y hospitalización, que contiene la siguiente información: fecha, funcionario que solicita la remisión, hora de solicitud, nombre y apellidos del usuario, número de identificación, nombre de aseguradora, diagnóstico, médico que remite, institución receptora.

Historia Clínica contiene la siguiente información:

Nombre del profesional o persona de la institución receptora, nombre del funcionario que recibe llamada en la empresa de TAB, hora de solicitud, hora de llegada de la ambulancia, hora de salida, tipo de traslado, es con médico sí o no y observaciones.

REFERENCIA DE ACUERDO AL SERVICIO

REFERENCIAS INTERNAS

- Si el profesional de la salud decide que un usuario requiere de otro servicio dentro de la institución procederá de la siguiente manera: se justifica claramente en la historia clínica la necesidad de otro servicio asistencial, registra en las órdenes la solicitud del profesional o el área que requiera; solicitará a la auxiliar (de consultorio, sala o de enfermería) que proceda a localizar al profesional que se necesita (odontólogo, psicólogo, bacterióloga).

REFERENCIA DESDE EL SERVICIO DE URGENCIAS Y HOSPITALIZACIÓN

- De acuerdo a las condiciones de salud del usuario en caso de ser necesario la remisión en los servicios de urgencias y hospitalización, el profesional encargado realiza la orden de remisión en el sistema de historia clínica y diligencia el anexo 3 respectivo, especificando si la remisión es prioritaria o no, la especialidad o estudio solicitado y la aseguradora de afiliación del usuario.
- El profesional a cargo del usuario entrega el anexo 3 al personal auxiliar de enfermería o de facturación del servicio para que se inicie el proceso de remisión, los cuales se encargan de realizar las llamadas de contacto con las instituciones de niveles superiores.
- Es el profesional encargado del usuario el responsable de presentar la condición clínica del mismo al centro de referencia.

- Al momento de ser aprobada la remisión, el profesional a cargo del usuario realiza la anotación en la historia clínica, consignando el nombre de la institución, el nombre del profesional que autoriza la remisión y el código de aceptación de la remisión si aplica para la institución.
- El profesional a cargo del usuario luego de aprobada la remisión, informa al personal auxiliar de facturación para realizar la solicitud de ambulancia en caso de ser necesario, el médico a cargo debe dejar establecido en la historia clínica si el traslado es básico o con acompañamiento de médico, de acuerdo a la condición clínica del usuario.
- Los traslados primarios de usuarios en estado crítico (traslados primarios), deben tener el mismo proceso, es responsabilidad del profesional a cargo del usuario la decisión de hacer el traslado sin la autorización respectiva por parte la institución receptora, en estos casos debe avisarse que se dirigen hacia allá y en qué condiciones.
- Toda referencia en ambulancia es realizada por la ESE o por la empresa contratada para el transporte asistencial de usuarios. Debe ser acompañada por auxiliar de enfermería, y por médico cuando la condición clínica del paciente lo amerita, se permite el acompañamiento de un familiar o acudiente del usuario.
- Según su seguridad social, se llama a la IPS correspondiente, posible receptora o al centro regulador de la EPS/EPS-S/SSSA, para su ubicación en otro nivel de complejidad, previa información del estado clínico del usuario enviado vía correo electrónico por medio del Anexo 3; si el centro regulador logra la ubicación del usuario en otro nivel de complejidad, informa a la ESE telefónicamente, asignando nombre de entidad receptora, médico que autoriza y código de autorización para efectos de facturación en caso de ser necesario.

REMISIONES SERVICIOS AMBULATORIOS

RÉGIMEN SUBSIDIADO Y CONTRIBUTIVO: Una vez el usuario es atendido el profesional determina la necesidad de remisión, diligencia la orden de servicio solicitado, especialidad o estudio en el formato anexo 3, el cual se entrega al usuario junto con copia de la historia clínica, este debe llevar la documentación a la oficina de atención al usuario de su respectiva aseguradora.

PARTICULAR: Una vez el usuario es atendido el profesional determina la necesidad de remisión, diligencia la orden de servicio solicitado especialidad o estudio en el formato anexo 3, el cual se usuario junto con la copia de la historia clínica, el usuario debe gestionar la autorización respectiva en la institución de su elección.

REMISIÓN DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLINICO E IMÁGENES DIAGNOSTICAS

Las muestras del laboratorio de la E.S.E. Hospital de La Ceja, se remiten a laboratorios y servicios de imágenes diagnósticas de referencia en los siguientes casos:

- Muestras para exámenes de segundo nivel
- Muestras para exámenes del servicio de urgencias y hospitalización en horas de la noche o en festivos.
- En contingencias del servicio por incapacidad, calamidad o daño de equipos.

En la actualidad se cuenta con contrato vigente con el Laboratorio PROLAB .

Todas las pruebas que se remiten son facturadas en la E.S.E. y registradas en el sistema que contiene: consecutivo asignado, nombres y apellidos completos, edad, tipo de prueba, cédula, fecha de envío y nombre de la institución hacia la cual se refiere, estas muestras son transportadas de acuerdo a los protocolos definidos para tal fin, por personal capacitado en el transporte de muestras, para el laboratorio PROLAB, es la misma entidad quien realiza el transporte adecuado de las muestras, “CONSERVANDO CADENA DE FRIO” y con todos los registros que permitan realizar el seguimiento y custodia correspondiente.

PRUEBAS REMITIDAS AL LABORATORIO DE REFERENCIA.

- Las pruebas son facturadas en la E.S.E. en el servicio de facturación.
- La muestra es tomada por personal auxiliar de laboratorio o auxiliar de enfermería con capacitación en el procedimiento, cumpliendo con el protocolo de toma de muestras de la E.S.E., la muestra es rotulada con nombres y apellidos completos, documento de identidad, y tipo de pruebas.
- Se realiza orden de remisión de las muestras de laboratorio con la siguiente información: código interno del usuario, nombres y apellidos completos, edad, número de documento de identidad, nombre de las pruebas solicitadas, fecha de envío, encabezado con la institución de referencia.
- Se entregan al mensajero del laboratorio de referencia junto con la orden de solicitud, se firma el registro de remisión, garantizando la conservación de la cadena de frío durante el traslado (Se usa termo con pilas congeladas y termómetro). Se registra nombre de quien transporta las muestras y hora de recolección en la hoja de remisión.

PRUEBAS REMITIDAS DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA.

- Se seleccionan todas aquellas pruebas que son para diagnóstico de los eventos de salud pública: hepatitis, HIV, rubéola, sarampión, varicela, etc.
- Rotular la muestra que se va a remitir con nombres y apellidos completos, documento de identidad y tipo de pruebas.
- Anexar la orden de remisión de pruebas elaborada por el médico solicitante.
- Diligenciar el registro de remisión de muestras la cual contiene la siguiente información: número de código, nombres y apellidos completos, edad, número de documento de identidad, nombre de las pruebas e institución receptora.
- Para las muestras de vigilancia epidemiológica, se garantiza la conservación de la cadena de frío por medio de una nevera con pilas congeladas, las cuales son enviadas con el conductor de la ESE y entregadas en el laboratorio departamental.
- Se hace la verificación de la recepción por medio telefónico.

PRUEBAS REMITIDAS HACÍA MEDICINA LEGAL.

- Las muestras que se envían de medicina legal deben estar embaladas cada una por aparte con su respectiva cadena de custodia, de igual forma identificada con el número único de caso, (SPOA), orden por parte de la institución donde relaciona las pruebas enviadas, y orden de la entidad o autoridad competente.
- El personal de la ESE deposita las muestras de medicina legal en un termo de transporte para muestras, garantizando la conservación de la cadena de frío.
- El personal de la ESE envía con el funcionario de medicina legal las muestras, quien se encarga de llevarlas hasta Medellín.
- Quien entrega las muestras en el laboratorio departamental de medicina legal, solicita firma de recibido por quien recepciona las muestras, para continuar la cadena de custodia.

USUARIO ABUSO SEXUAL

Con respecto a la alteración de la integridad física, tanto la Ley 1146 como el Acuerdo 008 de la CRES, especifican la atención de urgencia que debe ser brindada mediante el acto médico, lo que conlleva la anamnesis, la evaluación física, los exámenes de laboratorio necesarios, el tratamiento de las lesiones sufridas y las posibles enfermedades de transmisión sexual adquiridas a causa del abuso.



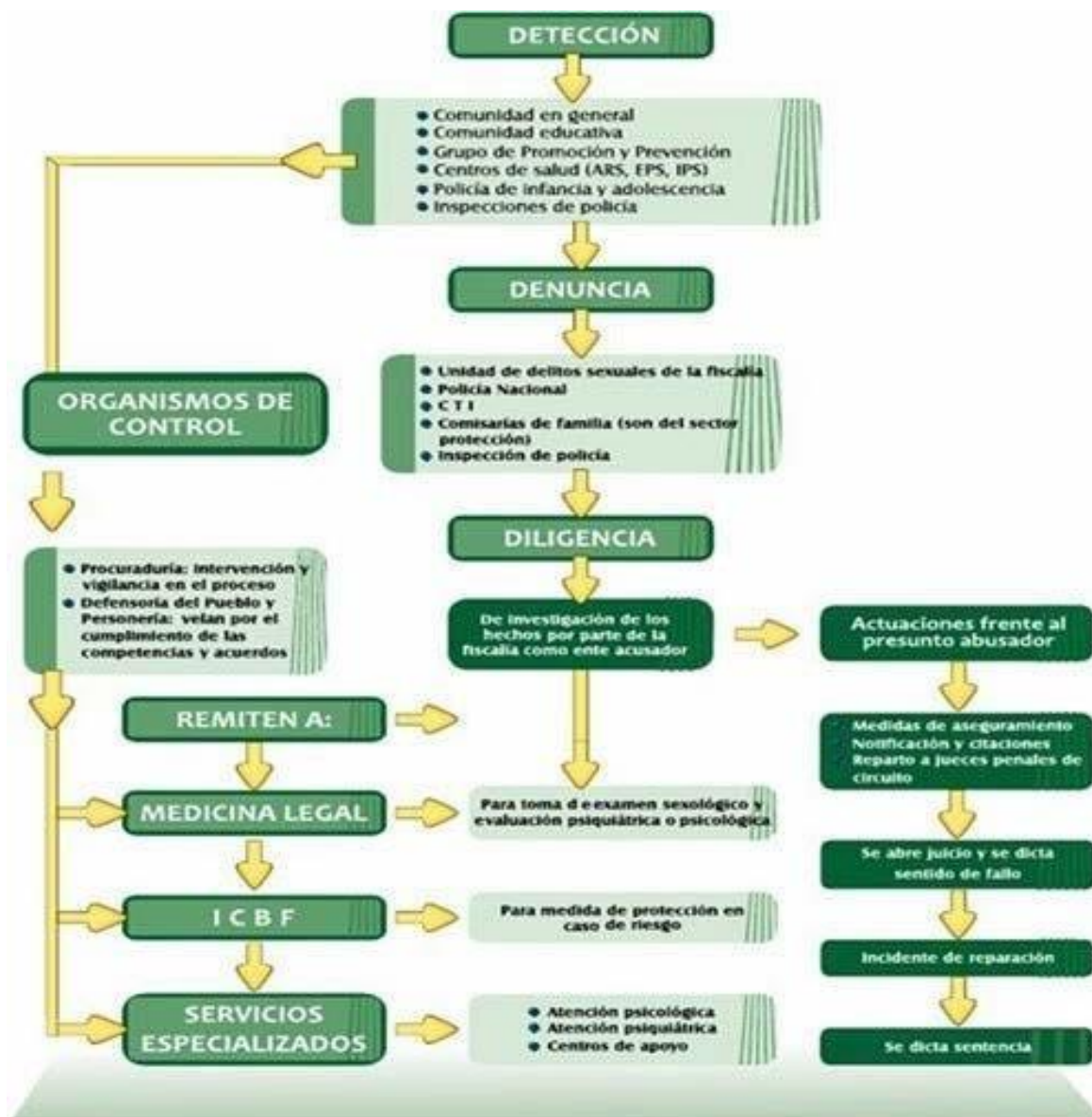
En términos generales esta atención cubre todas las actividades, procedimientos e intervenciones necesarias para la atención de urgencias del usuario, tanto para los afiliados al régimen contributivo como al régimen subsidiado. De igual manera expresa la obligación que tiene la institución que atiende el caso de recoger de manera oportuna y adecuada las evidencias, siguiendo las normas de la cadena de custodia y enviarlas a los organismos competentes.

En relación con la alteración de la integridad mental es importante considerar el carácter de la urgencia en salud mental en casos de abuso sexual, tanto por el intenso estrés y el sufrimiento

emocional producido, que puede incluso ser el inicio de una disfunción sostenida como por la frecuente asociación que se ha documentado entre este tipo de eventos traumáticos y la presencia de ideación y conductas suicidas (Kaplan and Sadock, 1985).

Para los niños, niñas y adolescentes víctimas de abuso sexual que no se encuentran afiliados al SGSSS el tratamiento integral estará a cargo del Municipio con recursos del subsidio a la oferta.

DIAGRAMA FLUJO PROCESO ABUSO SEXUAL



USUARIO VIH-SIDA

El Artículo 8 del Decreto 559 del 22 de febrero de 1991, hace alusión a: “Ningún trabajador de la salud o institución de salud se podrá negar a prestar la atención que requiera un infectado VIH o un enfermo de SIDA, según asignación de responsabilidades por niveles de atención so pena de incurrir en una conducta sancionable de conformidad con las disposiciones legales que regulen el ejercicio de las profesiones y las prescripciones del presente decreto”.

Por lo tanto, toda persona con diagnóstico VIH/SIDA y que requiera la atención del servicio de urgencias, hospitalización o manejo ambulatorio deberá ser atendida como se hace con cualquiera otra enfermedad diferente.

Si el usuario es población objeto del Departamento será remitido para el manejo específico de su enfermedad a la **ESE Hospital La María**. Para mayor información, comunicarse con la ESE Hospital La María, conmutador 267 75 11

USUARIO QUEMADO

Para clasificar los usuarios se tienen en cuenta la extensión, edad y profundidad de la quemadura.

La profundidad está dada por el grado de compromiso del tejido lesionado de acuerdo con la clasificación en grados:

- Grado I: Quemaduras superficiales, generalmente son las producidas por la exposición a los rayos solares.
- Grado II: Son de dos tipos: Quemaduras superficiales, son las que siempre presentan flictenas con contenido líquido y quemaduras profundas, son las que no presentan flictenas.
- Grado III: Quemaduras de espesor total o profundas, donde existen evidencias de necrosis tisular, hay acartonamiento y anestesia sobre la lesión.

La extensión está dada por el cálculo del porcentaje de superficie quemada. Se clasifican en:

- Leve: Grado II < del 10% de SCT en niños, niñas y < del 15% de SCT en adultos; grado III < del 2%.
- Moderada: Grado II del 10-20% de SCT en niños, niñas y del 15-25% de SCT en adultos; grado III del 2-7%.
- Severa: Grado II > del 20% de SCT en niños, niñas y > del 25% de SCT en adultos; grado III > del 7%.

Recordar que el alto costo (gran quemado) se considera si presenta quemaduras profundas mayores al 20% de extensión de SCT o quemaduras profundas en cara, manos, periné o pies independientemente de su extensión.

CENTROS DE REFERENCIA

COOMEVA	MEDIANA COMPLEJIDAD-NIVEL II	
	Centro Regulador COOMEVA	415-50-85
	Clínica San Juan de Dios de la Ceja	Conmutador: 535-20 -20 Ext. Urgencias 300-302, Ext. UCI 401 a 405 FAX: 553-97-66
	Clínica Somer	Conmutador 569-99-99 Ext. 3-160
	Clínica Antioquia	370-70-00
	ESE Hospital Venancio Díaz de Sabaneta	288-97-01 Ext. 108
	Clínica Universitaria Bolivariana	445-59-00, 445-59-11 Ext. 958-786
	Clínica Infantil Noel	263-60-46, 448-13-33
	Clínica Infantil Santa Ana	266-54-90
	Instituto del Corazón Laureles	411-18-38
	Centro de Fracturas, CEFRA	266-55-82
	Instituto Colombiano de Salud Mental (INSAM)	212-86-48
	Salud Mental Integral (SAMEIN)	351-33-03, 313-27-17
	Clínica oftalmológica de San Diego	262-63-63
	Clínica oftalmológica Antioquia	444-00-90
	Clínica Oftalmológica Laureles	250-62-61
	Clínica Medico-Odontológica	284-84-00
	ATENCION MEDIANA COMPLEJIDAD - NIVEL III	
	Clínica del Prado	576-57-06
	ESE Hospital la María	Conmutador 267-75-11 Ext. 158, 137 Fax: 237-59-41
	Instituto Neurológico de Antioquia	Conmutador: 576-66-61, 576-66-66
	Clínica del Rosario	295-90-00, 295-90-10
	Clínica del Rosario Tesoro	326-91-00
	Instituto Cardio - vascular Santa María del Rosario	326-92-84
	ATENCION ALTA COMPLEJIDAD – NIVEL IV	
	Somer InCare	Conmutador 562-40-20 Ext. 108, 104 Celular: 312-723-69-56
	Clínica Medellín	356-85-85
	Hospital General de Medellín	Conmutador: 384 73 17 Remisiones: 384-77-86 Obstetricia: 384-73-45, 384-79-87, 384-76-52
	Clínica Cardio Vid	Conmutador: 445-40-00 Ext. 4164
	Hospital Pablo Tobón Uribe	445-98-13, 445-91-57 Ext. 9162-9163 445-97-83, 441-72-52 Centro regulador adulto: 516-74-64
	Clínica Vida (Fundación Cancerológica)	444-00-16
	Instituto de Cancerología	340-93-93

	Instituto Cardio-Neuro-Vascular CORBIC	Conmutador 444-62-24, Ext. 124-102
--	--	------------------------------------

NUEVA EPS	ATENCION NIVEL II	
	Centro Regulador NUEVA EPS	01-8000-94-88-11 Código 040401 Conmutador: 561-06-00, 561-6937, 561-68-63
	Clínica San Juan de Dios de la Ceja	Conmutador: 535-20 -20 Ext. Urgencias 300-301, Ext. UCI 401 a 405 FAX: 553-97-66
	ESE Hospital Marco Fidel Suarez de Bello	Centro regulador día: 452-10-19 Centro Regulador Noche: 454-75-10 Ext. 246, 258
	ESE Hospital Manuel Uribe Ángel (MUA)	CONMUTADOR: 339-48-00 Ext. 180, 183, 186, 138, 125
	ESE Hospital San Rafael de Itagüí	374-15-64
	Clínica Universitaria Bolivariana	445-59-00, 445-59-11 Ext. 958-786
	Clínica Sagrado Corazón	Conmutador: 215-10-00 Ext. 246
	Clínica Antioquia	373-4343
	ATENCION MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD - NIVEL III Y NIVEL IV	
	Clínica Somer	Conmutador 569-99-99 Ext. 3-160
	Clínica León XIII- IPS Universitaria	516-73-89, 51 6 -73-88, 516-73-40, 516-73-41 Fax: 573-18-74
	Clínica SOMA	Conmutador: 576-84-00, 576-84-15, Directo: 576-84-51 Ext. 8635-8555

COMFENALCO	ATENCION DE NIVEL II	
	Clínica San Juan de Dios de la Ceja	Conmutador: 535-20 -20 Ext. Urgencias 300-301, Ext. UCI 401 a 405 FAX: 553-97-66
	Clínica Somer	Conmutador 569-99-99 Ext. 3-160
	Clínica Antioquia	370-70-00
	ESE Hospital Venancio Díaz de Sabaneta	288-97-01 Ext. 108
	Clínica Universitaria Bolivariana	445-59-00, 445-59-11 Ext. 958-786
	Clínica Infantil Noel	263-60-46, 448-13-33
	Clínica Infantil Santa Ana	266-54-90
	Instituto del Corazón Laureles	411-18-38
	Centro de Fracturas, CEFRA	266-55-82
	Instituto Colombiano de Salud Mental (INSAM)	212-86-48
	Salud Mental Integral (SAMEIN)	351-33-03, 313-27-17
	Clínica oftalmológica de San Diego	262-63-63

	Clínica oftalmológica Antioquia	444-00-90
	Clínica Oftalmológica Laureles	250-62-61
	Clínica Medico-Odontológica	284-84-00
	ATENCION MEDIANA COMPLEJIDAD - NIVEL III	
	Clínica del Prado	576-57-06
	ESE Hospital la María	Conmutador 267-75-11 Ext. 158, 137 Fax: 237-59-41
	Instituto Neurológico de Antioquia	Conmutador: 576-66-61, 576-66-66
	Clínica del Rosario	295-90-00, 295-90-10
	Clínica del Rosario Tesoro	326-91-00
	Instituto Cardio - vascular Santa María del Rosario	326-92-84
	ATENCION ALTA COMPLEJIDAD – NIVEL IV	
	Somer InCare	Conmutador 562-40-20 Ext. 108, 104 Celular: 312-723-69-56
	Clínica Medellín	356-85-85
	Hospital General de Medellín	Conmutador: 384 73 17 Remisiones: 384-77-86 Obstetricia: 384-73-45, 384-79-87, 384-76-52
	Clínica CardioVid	Conmutador: 445-40-00 Ext. 4164
	Hospital Pablo Tobón Uribe	445-98-13, 445-91-57 Ext. 9162-9163 445-97-83, 441-72-52
	Hospital San Vicente Fundación	Centro regulador adulto: 516-74-64 Centro regulador obstetricia: 269-26-23, 516-74-88 Policariño: 516-74-12 Ext. 3360 Toxicología: 444-13-86 Ext. 3137
	Clínica Vida (Fundación Cancerológica)	444-00-16
	Instituto de Cancerología	340-93-93
	Instituto Cardio – Neuro - Vascular CORBIC	Conmutador 444-62-24, Ext. 124-102
	Clínica Las Américas	342-22-32, 345- 83-24
	Clínicas CES	576-72-72, 576-72-66
SURA	ATENCION NIVEL II, III y IV	
	Centro Regulador	360-99-22
	ATENCION NIVEL II	
	Centro Regulador	218-25-25, 218-25-23 FAX: 2391249

Sumimedic al o Red vital	Clínica San Juan de Dios de la Ceja	Conmutador: 535-20 -20 Ext. Urgencias 300-301, Ext. UCI 401 a 405 FAX: 553-97-66
	ESE Hospital San Juan de Dios de Rionegro	Conmutador: 531-37-00 Ext. 186 Triage: 562-46-64, celular: 311-339-39-68 UCI: 566-16-19 Obstetricia: Ext. 144 Pediatría: Ext. 143
		Unidad Renal: 562-83-83 Ext. 114
	ESE Hospital Venancio Díaz de Sabaneta	288-97-01 Ext. 108
	Clínica Universitaria Bolivariana	445-59-00, 445-59-11 Ext. 958-786
	ESE Hospital Marco Fidel Suarez de Bello	
	ESE Hospital San Vicente Paul de Caldas	Conmutador: 378-63-00 Ext. 159-100 FAX: 303-51-01
	Clínica Sagrado Corazón	Conmutador: 215-10-00 Ext. 246
	ATENCION NIVEL III Y IV	
	Clínica León XIII- IPS Universitaria	516-73-89, 51 6 -73-88, 516-73-40, 516-73-41 Fax: 573-18-74
	Clínica Las Américas	342-22-32, 345- 83-24

POLICIA NACIONAL	ATENCION NIVEL II	
	Clínica Policía Nacional	ADMISIONES: 339- 66-45 FAX: 339-66-58

ECOOPSOS	ATENCION NIVEL II	
	Centro Regulador de Ecoopsos	Conmutador: 531-81-52 Ext. 107, 01-8000-11-17-82
		Conmutador: 535-20 -20 Ext. Urgencias 300-301, Ext. UCI 401 a 405 FAX: 553-97-66
	Clínica San Juan de Dios de la Ceja	
	Clínica Infantil Noel	263-60-46, 448-13-33
	ESE Hospital Marco Fidel Suarez de Bello	Centro regulador día: 452-10-19 Centro Regulador Noche: 454-75-10 Ext. 246, 258
	ESE Hospital San Vicente Paul de Caldas	Conmutador: 378-63-00 Ext. 159-100 FAX: 303-51-01
	ESE Hospital San Rafael de Itagüí	374-15-64
	Clínica Oftalmológica Laureles	250-62-61

	Centro de ortopedia y traumatología el Estadio	
	ATENCION MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD, NIVEL III y NIVEL IV	
	SomerInCare	Conmutador 562-40-20 Ext. 108, 104 Celular: 312-723-69-56
	Clínica Vida (Fundación Cancerológica)	444-00-16
	Instituto de Cancerología	340-93-93
	Instituto Cardio – Neuro - Vascular CORBIC	Conmutador 444-62-24, Ext. 124-102
CAPRECOM	ATENCION NIVEL II	
	Centro Regulador CAPRECOM	01-8000-91-39-66, 251-83-71
	Clínica Los Conquistadores	
	ESE Hospital Marco Fidel Suarez de Bello	Centro regulador día: 452-10-19 Centro Regulador Noche: 454-75-10 Ext. 246, 258
	ESE Hospital San Vicente Paul de Caldas	Conmutador: 378-63-00 Ext. 159-100 FAX: 303-51-01
	ESE Hospital San Rafael de Itagüí	374-15-64
	ESE Hospital la María	Conmutador 267-75-11 Ext. 158, 137 Fax: 237-59-41
	Clínica Infantil Noel	263-60-46, 448-13-33
	Clínica Infantil Santa Ana	266-54-90
	Clínica Oftalmológica Laureles	250-62-61
	ESE Hospital Mental de Bello (HOMO)	451-35-35, 452-74-74 Ext. 350-351-352
	ATENCION DE NIVEL III	
	ESE Hospital General de Medellín	Conmutador: 384 73 17 Remisiones: 384-77-86 Obstetricia: 384-73-45, 384-79-87, 384-76-52
	SomerInCare	Conmutador 562-40-20 Ext. 108, 104 Celular: 312-723-69-56
	Clínicas Las Vegas	
	Instituto Neurológico de Antioquia	Conmutador: 576-66-61, 576-66-66
	Instituto de Cancerología	340-93-93
	Clínica León XIII- IPS Universitaria	516-73-89, 516-73-88, 516-73-40, 516-73-41 Fax: 573-18-74
	Instituto Cardio-Neuro-Vascular CORBIC	Conmutador 444-62-24, Ext. 124-102
	Hospital San Vicente Fundación	Centro regulador adulto: 516-74-64 Centro regulador obstetricia: 269-26-23, 516-74-88 Policariño: 516-74-12 Ext. 3360

		Toxicología: 444-13-86 Ext. 3137
	Hospital General de Medellín	Conmutador: 384 73 17 Remisiones: 384-77-86 Obstetricia: 384-73-45, 384-79-87, 384-76-52

CENTRO REGULADOR DE URGENCIAS, EMERGENCIAS Y DESASTRES - CRUE (ANTIOQUIA)	
COMPONENTE URGENCIAS:	EDIFICIO BUSINESS PLAZA Piso 16 (Sede del 1, 2, 3) - TELEFONOS: 360 01 66 - 360 01 67 - 383 52 00 FAX: 513 00 92
CORREO URGENCIAS:	crue_dssa@edatel.net.co --- CORREO ELECTIVAS: crae_dssa@edatel.net.co HORARIO: 24 HORAS, 7 DIAS DE LA SEMANA
DIRECCION: COMPONENTE ELECTIVAS:	HANGAR 71 AEROPUERTO OLAYA HERRERA DE MEDELLIN - PISO 2 CARRERA 67 1b – 15 - FAX: 360 01 69 - 362 11 13
Oficina CRUE de atención al usuario	Hospital La María Calle 92 EE Nro. 67 - 61 Barrio Castilla. Horario: Lunes a Viernes 7:30 AM a 1:30 PM.
Dirección de Atención a las Personas	Calle 42B 52-106 Piso 8, oficina 825 - Tels: (094) 3839821 o 3839822 – Fax: 3839433 Centro Administrativo Departamental José María Córdova (La Alpujarra) Medellín – Colombia – Suramérica

TRASLADO DEL USUARIO

Antes de trasladar al hospital receptor, se debe estabilizar el comportamiento del usuario en riesgo de agitación o agresividad; por lo tanto debe intentarse primero la contención verbal, luego la contención farmacológica oral o intramuscular y por último si estas medidas no han sido suficientes se debe recurrir a la contención mecánica utilizando elementos apropiados para la sujeción del usuario que no produzcan lesiones; esta contención debe ser llevada a cabo por el personal clínico y en algunos casos por el personal de seguridad, siempre explicándole de manera tranquila los procedimientos a realizar y la razón de éstos.

También se deben retirar cinturones, anillos, objetos corto punzantes.

El medio de transporte y el personal sanitario debe ser adecuado y proporcional a la gravedad del usuario, a la necesidad de sedación farmacológica, a la necesidad de contención física y a la distancia y tiempo de traslado.

Para casos graves que requieran contención farmacológica o física y/o que deban recorrer grandes distancias, se recomienda el traslado en ambulancia con posibilidad de aplicar

medicamentos sedantes, con equipos adecuados para contención mecánica y con acompañamiento de personal médico y/o personal de enfermería según la situación del usuario y las capacidades de éste.

El acompañamiento de algún familiar del usuario durante el traslado suele ser beneficioso en muchos casos, pero debe evitarse cuando el usuario rechace expresamente este acompañamiento, cuando el familiar suponga una fuente de estrés para el usuario o cuando la cantidad de personal sanitario que se traslade en la ambulancia exceda el máximo necesario. Siempre se debe registrar en la historia clínica las medidas empleadas durante el traslado.

EL ANEXO DE REFERENCIA DEL USUARIO

Éste debe contener el resumen completo de la historia clínica, la evolución del usuario, el diagnóstico presuntivo, los resultados de los paraclínicos e imágenes diagnósticas realizadas, los tratamientos realizados, el motivo de la remisión, el nombre del médico que remite, el nombre completo del hospital y del médico que autoriza la recepción del usuario; formato definido en el Anexo Técnico número 3 de la Resolución 4331 DE 2012.

El formato de contrarreferencia del usuario debe contener el resumen de la evolución clínica del usuario, los resultados de los paraclínicos e imágenes diagnósticas realizadas, el diagnóstico definitivo, los tratamientos realizados y las indicaciones de tratamiento a seguir en atención primaria. Estas últimas deben especificar las recomendaciones médicas, los medicamentos a utilizar, las recomendaciones dietarias, si el tratamiento es por tiempo definido o indefinido, si tiene indicaciones de ascenso o descenso de la dosis de los medicamentos, el manejo de posibles efectos secundarios, la necesidad de seguimiento ambulatorio, la necesidad de controles paraclínicos y el tiempo de la cita de control; contenido en el Anexo Técnico número 10 de la Resolución 4331 de 2012.

CONTRARREFERENCIAS

- Todas las Contrarreferencia se adjuntarán a la historia clínica correspondiente para su posterior análisis y valoración de la pertinencia, eficacia y efectividad, por la Subdirección Científica.
- La entidad a donde se refirió el usuario nos envía la contrarreferencia la cual se radica y se pasa al archivo, de allí se le entrega al médico tratante el cual hace un análisis y nota aclaratoria en historia clínica, posteriormente la devuelve al archivo donde la ubican en la historia clínica respectiva.
- Recepción de resultados contra referidos
- Verificar todas las pruebas recibidas según la planilla de remisión de muestras.
- Todas las pruebas que son remitidas a otras instituciones deben quedar registradas en el momento que llegan los resultados nuevamente al laboratorio, registrando resultado de la prueba, valores de referencia, nombre de la persona que la proceso, este resultado no se transcribe, se entrega al usuario el original enviado por el laboratorio de referencia.
- Excluyendo las pruebas remitidas a medicina legal las cuales se dirigen a la entidad oficial solicitante.
- En el caso de no recibir algún resultado de laboratorio, se realiza comunicación telefónica con

el laboratorio de referencia para solicitar envío de resultado vía correo electrónico.

- Cuando un resultado de laboratorio requiera tratamiento urgente de inmediato se notifica al usuario para que reclame su resultado, consulte con su médico e inicie tratamiento lo más pronto posible.

BIBLIOGRAFIA

República de Colombia. Ministerio de la Protección Social. Decreto 4747 de 2008. 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". Bogotá, 2007.

República de Colombia. Ministerio de Salud Protección Social. 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. Bogotá, 2008.

Red Departamental de IPS, Departamento de Antioquia – DSSA, Manual Operativo sobre el Régimen de Referencia y Contra referencia, Dirección Seccional de Salud de Antioquia, Medellín 2002.

Secretaria Seccional de Salud de Antioquia. Referencia y contra referencia. Pautas para la operación del proceso en Antioquia. Medellín. Noviembre de 2011

ANEXOS

ANEXO 1. FORMATO ÚNICO DE AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS

ANEXO 2. FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES

ANEXO 3. FORMATO ESTANDARIZADO DE CONTRARREFERENCIA DE PACIENTES.

ANEXO 4. CONTENIDO DE LOS AVISOS QUE OBLIGATORIAMENTE DEBEN PUBLICAR LAS ENTIDADES RESPONSABLES DEL PAGO Y LOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD.

CONTROL DE CAMBIOS

Versión	Fecha	Identificación del Cambio	Actualizó	Revisó	Aprobó
03	Diciembre de 2023	Actualización del documento con relación a normatividad.	Alejandra Monsalve Médica	Martín Alvarez Asesor de calidad	Claudia Lucía Barrera Gerente

ANEXO 1. FORMATO ÚNICO DE AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL									
FORMATO ÚNICO DE AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD									
NÚMERO AUTORIZACIÓN				Fecha:		Hora:			
ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO								CÓDIGO:	
INFORMACIÓN DEL PRESTADOR (autorizado)									
Nombre				Código		Dirección prestador:		Municipio	
Teléfono:				Departamento:		Municipio:			
DATOS DEL PACIENTE									
1er Apellido		2do Apellido		1er Nombre		2do Nombre			
Tipo Documento de Identificación				Número documento de identificación		Fecha de Nacimiento		Teléfono:	
☐ Registro Civil ☐ Tarjeta de identidad ☐ Cédula de ciudadanía ☐ Cédula de extranjería				☐ Pasaporte ☐ Adulto sin identificación ☐ Menor sin identificación					
Domicilio de Residencia Habitual:				Departamento:		Municipio:		Teléfono celular:	
Calle:				Código postal:		Código telefónico:			
SERVICIOS AUTORIZADOS									
Ubicación del Paciente al momento de la solicitud de autorización:									
☐ Consulta Externa ☐ Hospitalización ☐ Urgencias									
Servicio: Cama									
Manejo Integral según Guía de:									
Código CUPS	Cantidad	Descripción							
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									
16									
17									
18									
19									
20									
NÚMERO DE SOLICITUD ORIGEN:				Fecha:		Hora:			
PAGOS COMPARTIDOS									
Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad responsable del pago:									
Reclamo de flete, bono o vale de pago:									
Recibo del prestador:									
Concepto		Valor en pesos		porcentaje (%)		Valor máximo (Topo) en pesos			
Cuenta moderadora									
Cuenta de recuperación									
Otro									
INFORMACIÓN DE LA PERSONA DE LA ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO QUE AUTORIZA									
Nombre de quien autoriza				Teléfono:		Municipio:			
Cargo o actividad:				Teléfono celular:					
INFORMACIÓN DE LA PERSONA DE LA IPS RECEPTORA QUE ACEPTA RECIBIR AL PACIENTE									
Nombre de quien acepta la remisión				Teléfono:		Municipio:			
Cargo o actividad:				Teléfono celular:					

[illegible]

[illegible]

ANEXO 4. CONTENIDO DE LOS AVISOS QUE OBLIGATORIAMENTE DEBEN PUBLICAR LAS ENTIDADES RESPONSABLES DEL PAGO Y LOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD.

EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL, RECUERDA A TODOS LOS CIUDADANOS QUE REQUIEREN SERVICIOS DE SALUD, QUE:

1. Las Entidades Responsables del Pago (EPS, Secretarías de Salud, Entidades Adaptadas) y los prestadores de servicios de salud tienen prohibido exigir fotocopias de documentos (Art.11 Decreto 4747 de 2007), excepto en casos de atención de víctimas de accidentes de tránsito (Decreto 3990 de 2007).
2. El acceso a los servicios de salud se hará a través de la cédula de ciudadanía u otro documento de identidad (Art. 22 Ley 1438 de 2011).
3. El trámite de la autorización de servicios de salud lo efectuará de manera directa la Institución Prestadora de Servicios de Salud ante la Entidad Promotora de Salud. Ningún trámite para la obtención de la autorización puede ser trasladado al usuario (Art.120 Decreto Ley 019 de 2012).
4. Las autorizaciones de servicios contenidos en el Plan Obligatorio de Salud tendrán una vigencia no menor de dos (2) meses, contado a partir de la fecha de emisión.
5. Las fórmulas de medicamentos tendrán una vigencia no inferior a un (1) mes contado a partir de la fecha de su expedición y no requieren autorización adicional, excepto aquellos que no hacen parte del Plan Obligatorio de Salud.
6. Para pacientes con patologías crónicas con manejo farmacológico, las entidades responsables de pago garantizarán la continuidad en el suministro de los medicamentos, mediante la prescripción por períodos no menores a 90 días con entregas no inferiores a un (1) mes.
7. Las autorizaciones asociadas a quimioterapia o radioterapia de pacientes con cáncer que sigan guías o protocolos acordados, se harán una única vez para todos los ciclos incluidos en la guía o protocolo. Para aquellos casos en que el oncólogo tratante prescriba la quimioterapia o radioterapia por fuera de las guías o protocolos acordados, la autorización deberá cubrir como mínimo los ciclos a realizar durante los siguientes seis (6) meses, contados a partir de la fecha de la solicitud de autorización.
8. La autorización de oxígeno domiciliario para pacientes con patologías crónicas, se expedirá una única vez y sólo podrá ser desautorizada cuando el médico tratante disponga que no se requiere.
9. Las Entidades Promotoras de Salud deben garantizar la asignación de citas de medicina general u odontológica general a más tardar dentro de los tres (3) días hábiles contados a partir de la solicitud, sin que se tenga que hacer la solicitud de forma presencial (Art.123 Decreto Ley 019 de 2012).

**CONOZCA SUS DERECHOS, EXIJA SU CUMPLIMIENTO.
DENUNCIE LA VIOLACIÓN DE SUS DERECHOS A LA DIRECCIÓN
MUNICIPAL DE SALUD, PERSONERÍA MUNICIPAL, DIRECCIÓN
DEPARTAMENTAL O DISTRITAL DE SALUD, DEFENSORÍA DEL PUEBLO,
PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN, SUPERINTENDENCIA
NACIONAL DE SALUD**