E.S.E. HOSPITAL NUESTRA S EÑORA DEL CARMEN

MANUAL DE REFERENCIA Y CONTARREFERENCIA



MADELEINE DIAZ FRANCO

GERENTE ENCARGADA

GUAMAL – MAGDALENA
2024

Contenido

INTRODUCCION..... 4

JUSTIFICACION 6

OBJETIVOS DEL SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA 8

OBJETIVO GENERAL. 8

OBJETIVOS ESPECIFICOS..... 8

ESTRATEGIAS DEL SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA. 9

ALCANCE DEL SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA 10

MARCO LEGAL Y CONCEPTUAL 11

MARCO LEGAL.....11

MARCO CONCEPTUAL 28

PROCESO DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA 35

FUNDAMENTOS DEL SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA.....36

CARACTERIZACION DEL CONTEXTO TERRITORIAL Y DEMOGRAFICO DEL MUNICIPIO DE GUAMAL, MAGDALENA. 37

OPERACION DEL REGIMEN DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA 40

IDENTIFICACION DE LA E.S.E. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN DE GUAMAL – MAGDALENA.....**¡Error! Marcador no definido.**

ROL ESPECIFICO DE LA E.S.E. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN DE GUAMAL, MAGDALENA COMO NODO DE RED. 52

PERTINENCIA DE LA SOLICITUD DE SERVICIOS 54

MODALIDADES DE SOLICITUD DE SERVICIOS 55

SOLICITUD DE LA REFERENCIA 55

PROCEDIMIENTO DE REFERENCIA.....56

MANEJO DE LA INTERCONSULTA 59

Solicitud de la interconsulta: 59

Respuesta de la interconsulta: 59

CONTRARREFERENCIA 60

NORMAS TECNICAS Y ADMINISTRATIVAS.....61

INSUMOS PARA EL FUNCIONAMIENTO DEL REGIMEN DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA. 69

INFORMACION 69

INFORMACION CONTENIDA EN LAS BITACORAS DEL REGISTRO DIARIO DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA DE PACIENTES: 71

RED DE COMUNICACIONES 74

TRANSPORTE PARA PACIENTES 74

RED DE TRANSPORTE DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN DE GUAMAL- MAGDALENA. 75

PROCESO DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA DE LA E.S.E. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN DE GUAMAL – MAGDALENA. 82

ATENCION INICIAL DE URGENCIAS. 82

ADMISIÓN DE LOS USUARIOS QUE INGRESAN AL SERVICIO DE URGENCIAS 83

INFORME DE LA ATENCIÓN INICIAL DE URGENCIAS 84

SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS POSTERIORES A LA ATENCIÓN INICIAL DE URGENCIAS 84

RESPUESTA DE AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS POSTERIORES A LA ATENCIÓN INICIAL DE URGENCIAS 84

SOLICITUD DE SERVICIOS ELECTIVOS 85

RESPUESTA DE AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS ELECTIVOS 85

PROCESO DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA 86

ATENCION A VICTIMAS DE ACCIDENTE DE TRANSITO 87

ATENCION INTEGRAL AL EVENTO OBSTETRICO MATERNO PERINATAL 98

ATENCIÓN DE LA GESTANTE DE ALTO RIESGO OBSTÉTRICO 99

IDENTIFICAR FACTORES DE RIESGO, SINTOMAS Y SIGNOS DE ALARMA 99

SINTOMAS DE ALARMA EN LA GESTANTE 101

SIGNOS DE ALARMA EN LA GESTANTE 102

TRATAR CON PRACTICAS SEGURAS AL BINOMIO MADRE – HIJO 102

TRASLADAR A LA GESTANTE A UNA INSTITUCION DE MEDIANA O ALTA COMPLEJIDAD SI LO AMERITA 103

ATENCION AL RECIEN NACIDO DE ALTO RIESGO 104

ASEGURAR UN TRASLADO ÓPTIMO DEL NEONATO DE ALTO RIESGO A OTRA UNIDAD. 105

REFERENCIA DEL PACIENTE DE ALTO RIESGO OBSTETRICO Y NEONATAL 106

INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD E.S.E. MEDIANA 108

INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD ALTA COMPLEJIDAD 109

LÍNEAS DE AUTORIZACIÓN POR EPS 110

MUTUAL SER EPS 110

CAJACOPI EPS 111

NUEVA EPS 111

COOSALUD 111

SALUD TOTAL 111

CLÍNICA GENERAL DEL NORTE ..... **¡Error! Marcador no definido.**

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS 113

NORMATIVIDAD 114

INTRODUCCION

Teniendo en cuenta que el Sistema de Referencia y Contrarreferencia busca garantizar la continuidad y accesibilidad de los servicios médicos requeridos por los usuarios en forma oportuna y de calidad de acuerdo a las necesidades de salud, enmarcado en el nuevo Sistema General de Seguridad Social en Salud y que este sistema pretende brindar una adecuada orientación al usuario, para poder ubicarlo según el nivel de atención que requiera, y el grado de complejidad de los organismos de salud que la demanda de servicios amerite, con la debida oportunidad y eficacia, apoyados en normas operativas, técnicas y administrativas, determinadas en el marco legal vigente, el presente Manual, tiene como finalidad estandarizar los conceptos referentes al Sistema de Referencia y Contrarreferencia a nivel institucional, con base a la normatividad legal vigente del Nivel Nacional, y siguiendo las directrices impartidas por la Secretaría Seccional de Salud del Departamento del Magdalena, en aras de brindar un servicio con calidad a nuestros usuarios y racionalizar el uso de los recursos institucionales.

La E.S.E. Hospital Nuestra Señora del Carmen de Guamal, Magdalena, tiene en cuenta el papel fundamental del régimen de referencia y contrarreferencia, el cual consiste en facilitar el acceso universal a los servicios de salud y la atención oportuna e integral a los usuarios, mediante el desarrollo legal, técnico y administrativo del régimen como un componente de la red de servicios, teniendo en cuenta los componentes de: Transporte, Información y Comunicaciones, en el área de influencia del Municipio de Guamal, Departamento del Magdalena.

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 central, dada por la reglamentación del Sistema General de Seguridad Social en Salud, estipulado en la Ley 10 de 1990, Ley 715 de 2001, Decreto 1011 de 2006, Decreto 4747 de 2007; a los entes territoriales relacionados con la salud, les compete organizar, dirigir, coordinar y administrar la red de servicios de la salud pública y privada en el Departamento del Magdalena; además le asigna a la división de referencia y contrarreferencia, la función de diseñar, implementar, controlar y evaluar el régimen, concordante a estos principios, la Empresa Social del Estado Hospital Nuestra Señora del Carmen de Guamal, Magdalena, implementa un proceso de Referencia y Contrarreferencia de sus usuarios, de acuerdo a su capacidad técnico científica y nivel de atención, con el fin de integrar la red de servicios de salud del Departamento.

Inicialmente, se enmarca el Manual, en un marco legal, el cual le da el soporte jurídico para la implementación a nivel de la ESE, como lo establece la norma, y se adopta dicha normatividad para el adecuado funcionamiento a nivel institucional; se adopta así mismo, un marco conceptual, basado en la normatividad legal vigente, estandarizando los conceptos para que así, el talento humano de la institución, tenga conocimiento de todas las instancias implícitas en el Sistema de Referencia y Contrarreferencia.

El propósito, los objetivos y las estrategias del Sistema de Referencia y Contrarreferencia de la ESE, son concordantes con los requerimientos del Nivel Central y Departamental, y buscan básicamente mantener las características del Sistema de Garantía de la Calidad en Salud, basado en sus principios de Accesibilidad, Oportunidad, Pertinencia, Seguridad y Continuidad, con el fin de prestar un servicio eficaz y eficiente a todos los usuarios de nuestra Institución.

Los componentes del Sistema de Referencia y Contrarreferencia, establecidos en el presente Manual, pretenden determinar los actos involucrados en la adecuada operatización del sistema; así como también, detectar las debilidades del proceso, para aplicar las acciones de mejora, que contribuyan a fortalecer la gestión institucional en este ámbito.

La actual política de salud con la implementación del Sistema General de Seguridad Social en Salud y en los procesos de descentralización de competencias y recursos, requieren el compromiso de las personas y las instituciones para definir estrategias acordes a las necesidades locales que permitan mejorar la calidad de vida de sus habitantes. Es necesario entonces definir y establecer las relaciones y coordinación entre las diferentes instituciones dentro del concepto técnico-administrativo de la red de servicios, lo cual se logra en buena parte mediante el desarrollo del Sistema de Referencia y Contrarreferencia.

JUSTIFICACION

El Sistema de Referencia y Contrarreferencia es una herramienta que garantiza la integralidad por la Red Prestadora de Servicios en Salud, con énfasis en la población afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud en los diferentes regímenes, ofreciéndole una respuesta oportuna, segura, pertinente, integral y suficiente, entre las instituciones prestadoras de servicios de la red adscrita y no adscrita en el municipio de Guamal, Magdalena y su área de influencia.

El fin del Sistema de Referencia y Contrarreferencia es propender por una racional utilización de los recursos.

Entre los problemas más recientes en los Sistemas de referencia y contrarreferencia están:

- ✓ Falta de oportunidad en la atención.
- ✓ Duplicidad de los recursos y esfuerzos.
- ✓ Incremento de los costos de atención.
- ✓ Interrupción del tratamiento.
- ✓ Desplazamiento innecesario de pacientes.

De allí la necesidad del diseño, organización y documentación del proceso de referencia y contrarreferencia en la Institución de Salud. El esfuerzo del diseño y coordinación de este sistema tiene como fin promover una participación responsable y organizada de todos los elementos que lo componen para beneficio de la población.

Teniendo en cuenta que la operación del sistema es obligatoria 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 en todos los niveles de complejidad a su cargo, así como la disponibilidad de la red de transporte y comunicaciones.

Actualmente en el departamento del Magdalena, en cuanto al Sistema de referencia y contrarreferencia se puede decir que toda su población no cuenta con acceso a la seguridad social, existen dificultades en los niveles de comunicación en la Red prestadora de servicios, desconocimiento por parte de los actores del contenido del sistema departamental, sobrecostos en los servicios, deficiente red de servicios, mala calidad de los servicios ofrecidos entre otras.

En el proceso de atención en salud del usuario se pueden presentar los siguientes eventos:

- ✓ Que un paciente que es atendido presenta una complicación, una reacción o un incidente adverso resultante de la atención prestada, que le ocasione una alteración orgánica cuya característica supere la capacidad técnico-científica del prestador.

- ✓ Que un paciente que es atendido presenta una complicación, una reacción o un incidente adverso sin relación con la atención prestada, que le ocasione una alteración orgánica cuya característica supere la capacidad técnico científica del prestador

- ✓ Que una persona (paciente, familiar, acompañante etc.) que se encuentre en las instalaciones de la IPS o en su proximidad, presente un evento súbito de alteraciones de la salud que le ocasione una alteración orgánica cuya característica supere la capacidad técnico científica de la Institución.

- ✓ Cuando ocurra una complicación o un evento o incidente adverso derivados de la atención realizada, se procederá a tratar de controlar o resolver la situación, aplicando los protocolos de manejo que se tienen previamente establecidos para el manejo de dichas complicaciones en la ESE. Si no se encuentra una respuesta adecuada al manejo, se establecerá que la situación ha superado la capacidad técnico- científica disponible y que se requiere realizar una referencia del paciente a otro prestador cuya disciplina de salud y/o nivel de complejidad de la atención sea apropiado para tal manejo.

- ✓ El cumplimiento de lo establecido en el sistema de referencia y contrarreferencia implica la articulación de los diferentes componentes (transporte, información, servicio de urgencia, servicio de apoyo diagnóstico y terapéutico) a través de componentes de red de comunicaciones, por tanto se hace necesaria la normalización del sistema de comunicaciones, de tal manera que contribuyan a la integración de los diferentes componentes de la red de prestadores.

OBJETIVOS DEL SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

OBJETIVO GENERAL.

Facilitar el acceso universal a los servicios de salud, garantizando la disponibilidad y suficiencia de los servicios en todos los niveles de complejidad, mediante el desarrollo legal, técnico y administrativo del Sistema, como un componente de la prestación de servicios, involucrando las normas operacionales, sistemas de información y recursos logísticos requeridos para el funcionamiento de la red prestadora, conforme a lo establecido en la normatividad vigente.

OBJETIVOS ESPECIFICOS.

- Facilitar a la población el acceso universal, oportuno y funcional a la atención integral en salud, de acuerdo a la Red de Servicios del Departamento del Magdalena.

- Promover en la E.S.E. Hospital Nuestra Señora del Carmen de Guamal, Magdalena, la atención en salud integral, con el nivel de tecnología adecuado a su necesidad, bajo los criterios de oportunidad, pertinencia, eficiencia, eficacia y suficiencia, acorde a las necesidades de la población.

- Definir los procesos, procedimientos y actividades que permitan prestar adecuadamente los servicios de salud garantizando la calidad, accesibilidad, oportunidad, continuidad e integralidad de los servicios, cuando la condición del usuario, supere la capacidad técnico científica de la E.S.E. Hospital Nuestra Señora del Carmen de Guamal, Magdalena.

- Regular y optimizar la operación y eficiencia del actual Sistema de referencia y contrarreferencia de la E.S.E. Hospital Nuestra Señora del Carmen de Guamal, Magdalena, en la atención de eventos ambulatorios, electivos, hospitalarios y/o urgentes.

- Racionalizar el uso de los recursos físicos, humanos, tecnológicos y financieros destinados a la prestación de servicios de salud por parte de la E.S.E. Hospital Nuestra Señora del Carmen de Guamal, Magdalena, en procura de la satisfacción del usuario con una eficiente gerencia de los servicios.

- Georreferenciar, las instituciones prestadoras de servicios de salud, en la población.

- Actualizar periódicamente, el Directorio de las instituciones de salud, que integran la Red de Servicios de Salud del Sistema de Referencia y Contrarreferencia de la E.S.E. Hospital Nuestra Señora del Carmen de Guamal, Magdalena.

- Minimizar el tiempo requerido para el traslado de personas en estado crítico que requieren atenciones urgentes y vitales en los servicios de salud, incidiendo directamente en la disminución de la morbimortalidad atribuible a retardo en este proceso.

- Establecer, diseñar e implementar el proceso que se debe llevar a cabo en el sistema de referencia y contra referencia de la E.S.E. Hospital Nuestra Señora del Carmen de Guamal, Magdalena.

- Evaluar periódicamente los indicadores de funcionamiento del sistema de referencia y contra referencia de pacientes al interior de la E.S.E. Hospital Nuestra Señora del Carmen de Guamal, Magdalena.

- Capacitar, y evaluar periódicamente, en su desempeño, al Talento Humano, encargado de direccionar los procesos del Sistema de Referencia y Contrarreferencia de la E.S.E. Hospital Nuestra Señora del Carmen de Guamal, Magdalena, para garantizar un adecuado direccionamiento, en la ejecución de las actividades implícitas en dicho proceso.

ESTRATEGIAS DEL SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA.

- Educación y socialización, como elementos básicos para la implementación del Proceso de Referencia y Contrarreferencia, el cual está dirigido al talento humano de la E.S.E. Hospital Nuestra Señora del Carmen de Guamal, Magdalena, y a la población de nuestra jurisdicción.

- Articulación entre los diferentes actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud y los demás sectores del desarrollo de los municipios y departamentos.

- Participación comunitaria en la organización, auditoría, seguimiento y desarrollo de la red de servicios y del Modelo de Referencia y Contrarreferencia.

- Monitoreo al cumplimiento de las normas sobre Referencia y Contrarreferencia en cada uno de los niveles de atención, por medio de las organizaciones y veedurías comunitarias, los diferentes actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud y los demás entes de vigilancia y control.

- Inclusión de los recursos necesarios en los planes de inversión en salud para asegurar la infraestructura, dotación y mantenimiento de los insumos necesarios para el buen funcionamiento del sistema.

- Integración del Sistema con el Centro Regulador de Urgencias y Emergencias - CRUE Departamental y la Red de Servicios de Salud del Departamento del Magdalena.

ALCANCE DEL SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

El presente documento está dirigido al talento humano Técnico y Profesional de la E.S.E. Hospital Nuestra Señora del Carmen de Guamal, Magdalena, y describe la gestión obligatoria del Sistema de Referencias y Contrarreferencia de los usuarios y/o elementos de ayuda diagnostica con otros organismos de la salud en caso de que el usuario lo requiera, cuando su condición supere la capacidad técnico-científica que aquí se ofrece.

El Sistema de Referencia y Contrarreferencia busca garantizar la continuidad y accesibilidad de los servicios médicos requeridos por los usuarios de la E.S.E. Hospital Nuestra Señora del Carmen de Guamal, Magdalena, en forma oportuna y de calidad de acuerdo a las necesidades de salud, enmarcadas en el nuevo Sistema General de Seguridad Social en Salud, y este sistema pretende brindar una adecuada orientación al usuario, para poder ubicarlo según el nivel de atención que requiera, y en la IPS que la demanda de servicios amerite, apoyados en normas operativas, técnicas y administrativas, determinadas en el marco legal vigente, como un componente de la Red de Servicios del Departamento del Magdalena.

MARCO LEGAL Y CONCEPTUAL

MARCO LEGAL

La **Constitución Política de Colombia**, en su **Artículo 49,** reafirma la potestad del Estado para reglamentar y organizar los niveles de atención en la prestación de los servicios de salud, de conformidad con los principios de universalidad, eficiencia y solidaridad. Así mismo en sus **Artículos 334 y 365**, establece la facultad del Estado para mantener la regulación, control, y vigilancia del servicio de salud como servicio público.

En la **Ley 10 de 1990.** Por la cual se reorganiza el Sistema Nacional de Salud y se dictan otras disposiciones. En su **Artículo 1º,** hace referencia, en el literal M, a las atribuciones que se otorgan al Ministerio de Salud, para organizar y establecer el régimen de referencia y contrarreferencia de pacientes de los niveles de atención inferiores a los superiores y el régimen de apoyo tecnológico y de recursos humanos especializados que los niveles superiores deben prestar a los inferiores. El **Decreto reglamentario 1471 de 1990,** en su literal P, determina, que entre las funciones del Ministerio de Salud está, el Establecer las normas técnicas y administrativas que regulan los regímenes de referencia y contrarreferencia de pacientes, así como el apoyo tecnológico en recursos humanos y técnicos a los niveles inferiores de atención.

Establece 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 contrarreferencia para que el acceso a los servicios de alta complejidad se realice por el primer nivel de atención, excepto en los servicios de urgencias.

Ley 715 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. En su **Artículo 3,** fija como competencia de los departamentos, distritos y municipios la operación de la Red de Servicios y el Sistema de Referencia y Contrarreferencia de pacientes entre todos los niveles de atención. 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.

De acuerdo con el **Artículo 54 de la Ley 715 de 2001,** "El servicio de salud a nivel territorial deberá prestarse mediante la integración de redes que permitan la articulación de las unidades prestadoras de servicios de salud, la utilización adecuada de la oferta en salud y la racionalización del costo de las atenciones en beneficio de la población, así como la optimización de la infraestructura que la soporta (...). La red de servicios de salud se organizará por **grados de complejidad** relacionados entre sí mediante un sistema de referencia y contrarreferencia que provea las normas técnicas y administrativas con el fin de prestar al usuario servicios de salud acordes con sus necesidades, atendiendo los requerimientos de eficiencia y oportunidad, de acuerdo con la reglamentación que para tales efectos expida el Ministerio de Salud."

Ley 1122 de 2007. Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.

De conformidad con lo dispuesto en el **Artículo 14 de la Ley 1122**, las Entidades Promotoras de Salud en cada régimen son las responsables de cumplir con las funciones indelegables del aseguramiento. Para efectos de esta ley entiéndase por aseguramiento en salud, la administración del riesgo financiero, la gestión del riesgo en salud, la articulación de los servicios que garantice el acceso efectivo, la garantía de la calidad en la prestación de los servicios de salud y la representación del afiliado ante el prestador y los demás actores sin perjuicio de la autonomía del usuario. Lo anterior exige que el asegurador asuma el riesgo transferido por el usuario y cumpla con las obligaciones establecidas en los Planes Obligatorios de Salud.

Parágrafo 3 Artículo 25. "De la regulación en la prestación de los servicios de salud". Con el fin de regular la prestación de los servicios de salud, se establece que los servicios de salud a nivel Territorial se prestarán mediante la integración de Redes de acuerdo a la normatividad existente.

Es por ello que la prestación deberá organizarse por grados de complejidad relacionados entre sí mediante un régimen de referencia y contra referencia que provea las normas técnicas y administrativas con el fin de prestar al Usuario servicios de Salud acorde con sus necesidades atendiendo los requerimientos de eficacia y calidad.

Ley 1438 de 2011. Por medio de la cual, se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud, y se dictan otras disposiciones.

Decreto 2759 de 1991. Por el cual se organiza y establece el Régimen de Referencia y Contrarreferencia.

Artículo 1o. Del Ámbito de aplicación. El Régimen de Referencia y Contrarreferencia es de obligatorio cumplimiento para las entidades del subsector oficial señaladas en el artículo

5o., numeral 1, literales a), b) y c) de la Ley 10 de 1990, y para las del subsector privado con las cuales tenga el Estado contrato celebrado para la prestación de servicios de salud o que participen en las formas asociativas, dentro del proceso de integración funcional.

Las entidades a que se refiere el literal d) del numeral 1o. del artículo 5o. de la Ley 10 de 1990, deberán aplicar las normas del Régimen de Referencia y contrarreferencia en los términos que establece el artículo 4o. de la citada ley.

Artículo 2o. De la Definición. 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.

Parágrafo 1o. El Régimen de Referencia y Contrarreferencia facilita el flujo de usuarios y elementos de ayuda diagnóstica, entre los organismos de salud y unidades familiares, de tal forma que se preste una atención en salud oportuna y eficaz**.**

Parágrafo 2o. Se entiende por **Referencia**, el envío de usuarios o elementos de ayuda diagnóstica por parte de las unidades prestatarias de servicios de salud, a otras instituciones de salud para atención o complementación diagnóstica, que de acuerdo con el grado de complejidad den respuesta a las necesidades de salud.

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

Parágrafo 3o. El Régimen de Referencia y Contrarreferencia incluye las remisiones de usuarios o muestras biológicas, enviadas por los promotores de saneamiento, promotores de salud y otros agentes comunitarios tales como las parteras y los gestores de salud.

Artículo 3o. De la Finalidad. El Régimen de Referencia y Contrarreferencia tiene como finalidad facilitar la atención oportuna e integral del usuario, el acceso universal de la población al nivel de tecnología que se requiera y propender por una racional utilización de los recursos institucionales.

Artículo 4o. De las Modalidades de Solicitud de Servicios. Dentro del Régimen de Referencia y Contrarreferencia se dan las siguientes modalidades de solicitud de servicios:

1. REMISION. Procedimiento por el cual se transfiere la atención en salud de un usuario, a otro profesional o institución, con la consiguiente transferencia de responsabilidad sobre el cuidado del mismo.

2. INTERCONSULTA. Es la solicitud elevada por el profesional o institución de salud, responsable de la atención del usuario a otros profesionales o instituciones de salud para que emitan juicios y orientaciones sobre la conducta a seguir con determinados usuarios, sin que estos profesionales o instituciones asuman la responsabilidad directa de su manejo.

3. ORDEN DE SERVICIO. Es la solicitud de realización de actividades de apoyo diagnóstico y/o tratamiento entre una institución y otra. Para lo anterior pueden referirse: Personas, elementos o muestras biológicas y productos del ambiente.

4. APOYO TECNOLOGICO. Es el requerimiento temporal de recursos humanos, de dotación o insumos, de un organismo a otro, para contribuir a la eficiencia y eficacia en la prestación de servicios, de conformidad con el principio de subsidiariedad, evitando así el desplazamiento de usuarios.

Artículo 5o. De la Remisión en Caso de Urgencias. Las entidades públicas o privadas del sector salud, que hayan prestado la atención inicial de urgencias, deben garantizar la remisión adecuada de estos usuarios hacia la institución del grado de complejidad requerida, que se responsabilice de su atención.

Parágrafo. Las entidades del subsector oficial que hayan prestado la atención inicial de urgencias remitirán al usuario cubierto por la seguridad social, a la institución de salud correspondiente.

Artículo 6o. De la Responsabilidad de la Institución Referente. La institución referente, será responsable de la atención del usuario o del elemento objeto de remisión, hasta que ingrese a la institución receptora.

Artículo 7o. De la Responsabilidad del Nivel Central. Corresponde al Ministerio de Salud el diseño y la elaboración del manual de Normas Técnicas y Administrativas, que permitan la implantación del Régimen de Referencia y Contrarreferencia en la respectiva red de servicios de salud con que cuente la entidad territorial; así como para el control, la evaluación y la asistencia técnica para el desarrollo del mismo.

Artículo 8o. De las Funciones de las Direcciones Seccionales y Locales de Salud. Será responsabilidad tanto de las Direcciones Seccionales como Locales de Salud, el cumplimiento de las siguientes funciones relacionadas con el desarrollo del Régimen:

1. Desarrollar el proceso de implantación del Régimen de Referencia y Contrarreferencia en su jurisdicción territorial, de conformidad con las Normas Técnicas y Administrativas expedidas por el Ministerio de Salud.

2. Dirigir, orientar y fortalecer la organización de la red de servicios de salud y de otros regímenes en su jurisdicción, que permitan la operatividad del Régimen de Referencia y Contrarreferencia.

3. Orientar el desarrollo de un sistema de control y evaluación del Régimen de Referencia y Contratreferencia.

4. Determinar las necesidades de apoyo tecnológico de las entidades de mayor a menor grado de complejidad y de las instituciones de un mismo grado de complejidad entre sí.

5. Establecer convenios interinstitucionales que faciliten el desarrollo del Régimen de Referencia y Contrarreferencia.

6. Controlar y evaluar la eficiencia y eficacia de los servicios de salud en los Organismos de su área de influencia, que permita orientar el flujo de usuarios y racionalizar el uso de los recursos.

Decreto Nacional 412 de 1992. Por el cual se reglamentan parcialmente los servicios de urgencias, estableciendo la obligatoriedad de la atención inicial de urgencias para todas las instituciones que ofrezcan servicios de salud.

El Artículo 4º del citado **Decreto Nacional 412**, determina que las responsabilidades institucionales derivadas de la prestación de atención inicial de urgencia estarán enmarcadas por los servicios que se presten, acorde con el nivel de atención y grado de complejidad que a cada entidad le determine el Ministerio de Salud.

Parágrafo, establece, que la entidad que haya prestado la atención inicial de urgencia tiene responsabilidad sobre el paciente hasta el momento en que el mismo haya sido dado de alta, si no ha sido objeto de una remisión. Si el paciente ha sido remitido, su responsabilidad llega hasta el momento en que el mismo ingrese a la entidad receptora.

Decreto 0663 de 1993. Por medio del cual se actualiza el Estatuto Orgánico del Sistema Financiero y se modifica su titulación y numeración.

En su **Artículo 195- Atención de Víctimas,** establece que los establecimientos hospitalarios o clínicos y las entidades de seguridad y previsión social de los subsectores oficial y privado del sector salud están obligados a prestar la atención médica, quirúrgica, farmacéutica u hospitalaria por daños corporales causados a las personas en accidentes de tránsito.

Decreto Ley 1295 de 1994. Por el cual se determina la organización y administración del Sistema General de Riesgos Profesionales.

Decreto 1011 de 2006. Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

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, Articulo 3º se define el Sistema de Referencia y Contrarreferencia como el conjunto de procesos, procedimientos y actividades técnicas y administrativas que permiten prestar adecuadamente los servicios de salud a los pacientes, garantizando la calidad, accesibilidad, oportunidad, continuidad e integralidad de los servicios, en función de la organización de la red de prestación de servicios definida por la entidad responsable del pago. Esta misma norma en los **parágrafos 1º y 2º** hace referencia a la organización de la gred y la difusión de la misma.

El Parágrafo 2 del Artículo 5º del citado Decreto 4747, establece que las entidades responsables del pago de los servicios de salud deberán difundir entre sus usuarios la conformación de su red de prestación de servicios, para lo cual deberán publicar anualmente en un periódico de amplia circulación en su área de influencia el listado vigente de prestadores de servicios de salud que la conforman, organizado por tipo de servicios contratado y nivel de complejidad. Adicionalmente se deberá publicar de manera permanente en la página Web de la entidad dicho listado actualizado, o entregarlo a la población a su cargo como mínimo una vez al año con una guía con los mecanismos para acceder a los servicios básicos electivos y de urgencias.

En aquellos Municipios en donde no circule de manera periódica y permanente un medio de comunicación escrito, esta información se colocará en un lugar visible en las instalaciones de la alcaldía, de la entidad responsable del pago y de los principales prestadores de servicios de salud ubicados en el municipio.

El Artículo 17 del citado Decreto 4747, establece que, el diseño, organización y documentación del proceso de referencia y contrarreferencia y la operación del sistema de referencia y contrarreferencia es obligación de las entidades responsables del pago de servicios de salud, quienes deberán disponer de una red de prestadores de servicios de salud que garanticen la disponibilidad y suficiencia de los servicios en todos los niveles de complejidad a su cargo, así como la disponibilidad de la red de transporte y comunicaciones.

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.

Resolución 9279 de 1993. Por la cual se adopta el manual de Normatización del Competente Traslado para la Red Nacional de Urgencias y se dictan otras disposiciones. Norma que garantiza un servicio de traslado asistencial que cumpla con las condiciones técnico-sanitarias, y garantice una adecuada prestacion de este servicio a los usuarios.

Resolución 5261 de 1994. Por la cual se establece el Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Plan Obligatorio de Salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, MAPIPOS.

Artículo 2o. Disponibilidad del servicio y acceso a los Niveles de Complejidad. En todo caso los servicios de salud que se presten en cada municipio estarán sujetos al nivel de complejidad y al desarrollo de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud autorizadas para ello. Cuando las condiciones de salud del usuario ameriten una atención de mayor complejidad, esta se hará a través de la red de servicios asistenciales que establezca cada E.P.S.

Parágrafo. 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. Cuando en el municipio de residencia del paciente no se cuente con algún servicio requerido, este podrá ser remitido al municipio más cercano que cuente con él. Los gastos de desplazamiento generados en las remisiones serán de responsabilidad del paciente, salvo en los casos de urgencia debidamente certificada o en los pacientes internados que requieran atención complementaria. Se exceptúan de esta norma las zonas donde se paga una U.P.C. diferencial mayor, en donde todos los gastos de transporte estarán a cargo de la E.P.S.

Artículo 3o. Utilización de servicios por municipio y zona de residencia. Todo paciente deberá utilizar los servicios con los que se cuente en su municipio o zona de residencia, salvo en los casos de urgencia comprobada o de remisión debidamente autorizada por la E.P.S.

Artículo 10. Atención de Urgencias. La atención de urgencias comprende la organización de recursos humanos, materiales, tecnológicos y financieros de un proceso de cuidados de salud indispensables e inmediatos a personas que presentan una urgencia.

Todas las entidades o establecimientos públicos o privados, que presten servicios de consulta de urgencias, atenderán obligatoriamente estos casos en su fase inicial aún sin convenio o autorización de la E.P.S. respectiva o aún en el caso de personas no afiliados al sistema.

Las urgencias se atenderán en cualquier parte del territorio nacional sin que para ello sea necesario autorización previa de la E.P.S. o remisión, como tampoco el pago de cuotas moderadoras. La I.P.S. que presta el servicio recibirá de la E.P.S. el pago correspondiente con base en las tarifas pactadas o con las establecidas para el S.O.A.T.

En todo caso es el médico quien define esta condición y cuando el paciente utilice estos servicios sin ser una urgencia deberá pagar el valor total de la atención.

Parágrafo. <Modificado por el artículo 1o. de la Resolución 2816 de 1998. El nuevo texto es el siguiente:> Cuando la IPS no pertenezca a la red de prestadores de las EPS, informará la atención de los afiliados en el servicio de urgencias, en las 24 horas hábiles siguientes al ingreso del paciente; en caso contrario, deberá remitir esta información con la periodicidad que se haya pactado entre las dos instituciones.

Las EPS garantizarán la infraestructura necesaria para el reporte oportuno por parte de las IPS.

Artículo 20. Responsabilidades por Niveles de Complejidad. Para efectos de definir la responsabilidad del personal de salud en los diferentes niveles de complejidad se establece:

NIVEL I: Médico general y/o personal auxiliar y/o paramédico y/o de otros profesionales de la salud no especializados.

NIVEL II: Médico general y/o profesional paramédico con interconsulta, remisión y/o asesoría de personal o recursos especializados.

NIVEL III y IV: Médico especialista con la participación del médico general y/o profesional paramédico.

Articulo 95. Asesoría. Es el apoyo científico que brindan los profesionales vinculados a la atención en salud, al personal asistencial.

Parágrafo. El Médico General, podrá prescribir y ordenar medios terapéuticos y/o diagnósticos de niveles superiores, si sus condiciones técnicas y científicas se lo permiten y de acuerdo a los niveles de responsabilidad ya definidos y a los parámetros definidos en el Sistema de Garantía de Calidad.

Título I. Desarrollo Plan Obligatorio de Salud, Pos, Para el Nivel I de Complejidad.

Artículo 96. POS, para el Nivel I de Complejidad. Se incluyen entre otras las siguientes actividades, intervenciones y procedimientos, listado general:

Atención Ambulatoria:

- Consulta Médica General
- Atención Inicial, estabilización, resolución o remisión del paciente en urgencias
- Atención Odontológica
- Laboratorio Clínico
- Radiología
- Medicamentos Esenciales
- Citología
- Acciones Intra y extramurales de Promoción, Prevención y Control
- Atención quirúrgica

Servicios con Internación:

- Atención Obstétrica
- Atención no quirúrgica u obstétrica
- Laboratorio Clínico
- Radiología
- Medicamentos esenciales
- Valoración Diagnóstica y manejo médico
- Atención quirúrgica

Artículo 97. Consulta Médica General. Como lo establece la Ley 100 de 1993, el MEDICO GENERAL es la base y el motor de todo el engranaje de salud en el plan que se describe, conjuntamente con el personal paramédico y auxiliar, quienes serán la puerta de entrada al sistema. El contacto del paciente con la E.P.S. será más estrecho, frecuente y regular a través de su MEDICO GENERAL. Será él quien establezca las pautas para la promoción y la prevención. La consulta no debe ser menor de VEINTE (20) minutos. En este nivel de complejidad el paciente y su familia pueden acceder y colaborar más activamente en el mantenimiento, control y recuperación de su salud.

Parágrafo. El incumplimiento injustificado a las citas medicas, odontológicas o de cualquier tipo; o de otros servicios solicitados por parte del paciente, lo obligan a cancelar el valor correspondiente.

Artículo 98. Atención Odontológica. La atención Odontológica incluye actividades de educación, motivación y prevención, las cuales serán de carácter obligatorio y se brindarán a todo paciente que inicie su atención. Tales actividades serán ofrecidas por el Odontólogo y una auxiliar de higiene oral de la E.P.S. directamente o de las I.P.S. con las cuales se tenga contrato o convenio. Las actividades del primer nivel de atención constan de:

- Examen Clínico Odontológico
- Rayos X en caso necesario
- Educación en Salud Oral
- Indicaciones y práctica de cepillado
- Indicaciones y práctica con hilo dental
- Control de placa
- Detartraje supragingival
- Sellantes de fosas y fisuras
- Topicación con flúor
- Profilaxis final

Cuando el paciente se encuentre suficientemente motivado sobre su higiene oral y presente un máximo de placa del 15% se debe continuar con tratamiento curativo que incluye:

- Obturaciones con resina de fotocurado
- Obturaciones con amalgama de plata
- Extracciones dentales sencillas y/o quirúrgicas
- Curetaje y alisado radicular
- Endodoncias

Artículo 99. Laboratorio Clínico. El servicio de Laboratorio Clínico Básico incluye lo siguiente:

- Acido Úrico
- Antibiograma
- Baciloscopia
- Bilirrubina total y directa
- Coprológico
- Coprológico por concentración
- Colesterol HDL, LDL y total
- Creatinina
- Cuadro hemático
- Curva de tolerancia a la glucosa
- Embarazo, prueba inmunológica
- Factor RH
- Glucosa pre y post carga (Test de O´Sullivan)
- Glucosuria y cetonuria

- Gram, tinción y lectura
- Hematocrito
- Hemoclasificación
- Hemoglobina
- Hemoparásitos
- Hongos, examen directo
- Nitrógeno Ureico
- Neisseria gonorreae, cultivo de Thayer Martin
- Parcial de orina, incluido sedimento
- Perfil lipídico
- Plaquetas, recuento
- Sangre oculta en materias fecales
- Sífilis (VDRL, FTA ABS.)
- Urocultivo con recuento de colonias

Parágrafo 1. Las biopsias, solo se incluyen en este nivel, con tinciones de rutina.

Parágrafo 2. Las citologías se incluyen: vaginal tumoral (oncológica) y vaginal funcional solamente.

Artículo 100. Radiología. Imagenología. Para el primer nivel de atención se incluyen las siguientes actividades y procedimientos Radiológicos:

1. Huesos

Extremidades y Pelvis:

- Manos, dedos, puño (muñeca), codo, pié, clavícula, antebrazo, cuello de pié (tobillo), calcáneo
- Brazo, pierna, rodilla, fémur, hombro, omoplato
- Pelvis, cadera, articulaciones sacro ilíacas, y coxofemorales
- Tangencial de rótula a 30, 60, 90 grados

Cráneo, Cara y Cuello:

- Cara, malar, arco cigomático, huesos nasales, maxilar superior, silla turca, perfilograma, base de cráneo
- Senos paranasales, maxilar inferior, órbitas, articulaciones temporomandibulares, agujeros ópticos
- Cráneo simple
- Cráneo simple más base del cráneo.
- Cavum faríngeo

Columna Vertebral:

- Columna cervical
- Columna dorsal
- Columna lumbosacra
- Sacrococcix

2. Tórax

- Tórax (PA o AP y Lateral), reja costal
- Esternón, articulaciones esterno claviculares

3. Abdomen

- Abdomen simple

4. Ecografía Obstétrica

Artículo 101. Medicamentos. Se considerarán para el primer nivel de atención los medicamentos esenciales contenidos en la Resolución 7328 de 1992 y en el Manual de Medicamentos y Terapéutica.

Artículo 102. Acciones Intra y extramurales de Promoción, Prevención y Control. El componente tendrá para el primer nivel, las siguientes acciones y programas entre otros:

- Crecimiento y Desarrollo
- Estimulación al desarrollo
- Valoración de Agudeza visual y auditiva
- Citología oncológica o tumoral (ya descrito)
- Planificación familiar
- Prevención oral (ya descrito)
- Educación alimentaria individual y comunitaria
- Control Prenatal
- Control del paciente con Enfermedad Diarreica Aguda
- Control del paciente con Hipertensión Arterial
- Control del Paciente con Infección Respiratoria aguda
- Control del paciente con enfermedades de transmisión sexual
- Educación para la salud en escolares y madres.
- Programas de desparasitación escolar
- Programas de control de riesgos coronarios
- Otros que se establezcan para tal fin

Artículo 103. Atención Obstétrica. De acuerdo al artículo 166 de la Ley sobre seguridad social, el POS en el caso de las mujeres en estado de embarazo cubrirá la prestación de servicios de salud en el control prenatal, en la atención del parto, en el control del post parto y para la atención de las afecciones relacionadas directamente con la lactancia. Además las mujeres en estado de embarazo aquí consideradas y las madres de los niños menores de un año del régimen SUBSIDIADO, recibirán un subsidio alimentario en la forma como lo determinen los planes y programas del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, ICBF con cargo a sus recursos. El manejo de la paciente obstétrica en las I.P.S., deberá estar fundamentado en un programa de Atención Prenatal que establezca unidad de criterios sobre el preparto, parto y sus posibles complicaciones, valoración del riesgo perinatal, identificación oportuna de la paciente obstétrica para inclusión al programa, seguimiento y educación a la paciente y a su familia en lo referente a desarrollo del embarazo, parto y puerperio y organización de un sistema de información que facilite la evaluación continua y periódica del programa.

En consecuencia, la atención obstétrica para el nivel I contemplará lo siguiente:

- Consulta médica general (de acuerdo a la guía de atención)
- Consultas de enfermería (de acuerdo a la guía de atención)
- Consulta por obstetra, dependiendo del riesgo obstétrico y de acuerdo a la guía de atención
- Ecografía gestacional de acuerdo al criterio médico
- Atención del parto normal o intervenido, NO quirúrgico por médico general
- Dos (2) consultas post parto por médico y hasta el cumplimiento de los primeros treinta (30) días de éste
- Medios diagnósticos y de laboratorio de acuerdo a lo establecido para el nivel I de atención (ver atrás)
- R.X de acuerdo a lo establecido para el nivel I
- Atención de urgencias de acuerdo a las normas legales vigentes
- Internación (ver explicación de este ítem más adelante)
- Odontología. Comprende los servicios descritos anteriormente para este nivel
- Atención en nutrición y planificación familiar

Parágrafo. De acuerdo al riesgo obstétrico se definirá el plan a seguir con la paciente, respetando siempre las directrices y normas técnico-administrativas que sobre el particular ha dictado el Ministerio de Salud.

Artículo 104. Atención No quirúrgica ni obstétrica. El servicio de INTERNACION será reconocido en el nivel I, en habitación compartida y para patologías NO complicadas.

Los servicios médicos podrán prestarse de acuerdo a este nivel por MEDICOS GENERALES y/u otros profesionales de la salud, cumplirán lo establecido para laboratorio, radiología y otros medios diagnósticos y medicamentos esenciales, sin detrimento de la salud integral del paciente y de los más sanos preceptos de la ética y la profesión médica.

El Médico general a quien se haya encomendado la salud del paciente por parte de la E.P.S. y/o I.P.S., hará la valoración diagnóstica pertinente y establecerá las pautas de cuidado y seguimiento consecuentes.

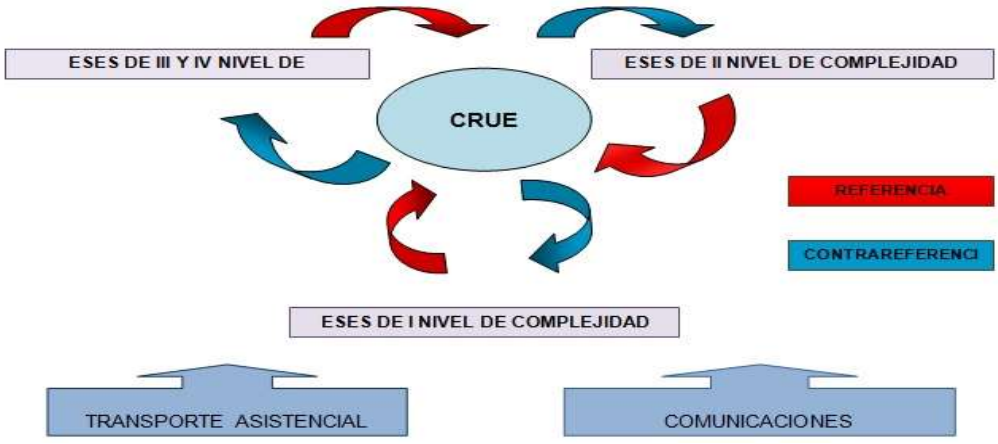
Resolución 412 de 2000. Por la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública.

Resolución 3374 de 2000. Por la cual se reglamentan los datos básicos que deben reportar los prestadores de servicios de salud y las entidades administradoras de planes de beneficios sobre los servicios de salud prestados.

Resolución 1043 de 2006, Anexo Técnico No.1. Manual Único de Estándares y de Verificación. Por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones.

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

Artículo 2º. Definición: El Centro Regulador de Urgencias, Emergencias y Desastres, CRUE, es una unidad de carácter operativo no asistencial, responsable de coordinar y regular en el territorio de su jurisdicción, el acceso a los servicios de urgencias y la atención en salud de la población afectada en situaciones de emergencia o desastre.



Artículo 5°. Funciones. Los Centros Reguladores de Urgencias, Emergencias y Desastres, CRUE, tienen las siguientes funciones y obligaciones:

a) De manera conjunta con los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud, deben contribuir en la atención adecuada y oportuna de los pacientes que requieren atención de situaciones de urgencia.

b) En situaciones de emergencia o desastre, deben procurar dar una respuesta eficiente y coordinada, con las entidades del sector salud que hacen parte del Sistema Nacional para la Prevención y Atención de Desastres (SNPAD), incluidos los organismos de socorro.

c) Informar, orientar y asesorar a los integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud y a la comunidad en general, sobre la regulación de las urgencias y sobre la prevención, preparación y atención de las emergencias y los desastres.

d) Propender por el uso ordenado y racional de los servicios de urgencias de su jurisdicción.

e) Articularse para contribuir de manera eficaz, eficiente, oportuna y coordinada en las solicitudes de atención de urgencias, emergencias o desastres de la población, en las regiones en donde se encuentre funcionando el Número Único de Seguridad y Emergencias, NUSE.

f) En los casos de atención de urgencias, apoyar la operación de los procesos de referencia y contrarreferencia a cargo de la Dirección Territorial de Salud correspondiente y el de otras entidades responsables del pago de servicios del área de influencia del CRUE cuando se hayan suscrito para el efecto los respectivos contratos.

g) Coordinar la operación con los procesos de referencia y contrarreferencia en el área de influencia del CRUE en situaciones de emergencia o desastre.

h) Apoyar el sistema de vigilancia epidemiológica en los eventos de urgencia, emergencia o desastre.

i) Recibir y organizar la información que sobre situaciones de urgencia, emergencia y/o desastre se presenten en la zona de influencia del CRUE y realizar las acciones de respuesta que correspondan.

j) Mantener un registro diario de los casos reportados y atendidos por el CRUE.

k) Elaborar y enviar los reportes que solicite el Ministerio de la Protección Social a través de su Centro Nacional de Comunicaciones, relacionados con la atención de urgencias, emergencias y desastres en su jurisdicción.

l) Organizar y coordinar la Red de Comunicaciones en Salud, para la atención de urgencias, emergencias y desastres, en el territorio de su influencia.

m) Coordinar con los CRUE de otros departamentos, distritos o municipios, las acciones de preparación y respuesta para garantizar la atención en salud de situaciones de urgencias, emergencias y desastres.

n) Garantizar la articulación y coordinación con los servicios de atención prehospitalaria en los sitios en que preste este tipo de servicios.

o) Brindar información y asesoría a la red de prestadores de servicios de salud sobre emergencias toxicológicas, disponibilidad de antídotos y bancos de sangre.

p) Apoyar la gestión de la dirección territorial de salud en programas como red de trasplantes, atención de pacientes electivos, información de personas desaparecidas, misión médica, entre otros.

q) Coordinar la disposición de los recursos de los centros de reserva del sector salud para la atención de casos de urgencia, emergencia o desastre.

r) Mantener coordinación permanente con los Comités Locales y Regionales de Desastres.

s) Activar los planes de emergencia o contingencia del sector y difundir declaratorias de alerta hospitalaria.

t) Recibir la información y definir el prestador a donde deben remitirse los pacientes, en los casos de atención inicial de urgencias y autorización adicional que impliquen la remisión a otro prestador y no se obtenga respuesta por parte de la entidad responsable del pago, el prestador de servicios de salud.

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.

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

Resolución 3100 del 25 de Noviembre de 2019, 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

Artículo 20, Resolución 3100 de 2019: Servicio de transporte asistencial de pacientes. Los prestadores del servicio de transporte asistencial de pacientes en ambulancias aérea, fluvial o marítima habilitarán el servicio en el departamento o distrito donde esté ubicada la sede que hayan definido. Dicha habilitación producirá efectos en todo el territorio nacional, sin que se requiera inscripción del prestador de servicios de salud en cada una de las secretarías de salud departamental o distrital, o la entidad que tenga a cargo dichas competencias, en las cuales vayan a prestar el servicio.

Acuerdo 08 de 2009, de la CRES. Por el cual se aclaran y actualizan integralmente los Planes Obligatorios de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado.

Artículo 12. Condiciones de acceso a servicios especializados de salud. Para acceder a los servicios especializados de salud, es indispensable el tránsito o la remisión por medicina general u odontología general salvo atención de urgencias, sin perjuicio del cumplimiento del traslado institucional conforme las normas de calidad vigentes. Se exceptúa también la atención de la especialidad de pediatría, sin que ello se constituya en limitación de acceso a la atención general cuando el recurso especializado no sea accesible desde lo geográfico o económico. Si el caso amerita interconsulta al especialista, el usuario debe continuar siendo atendido en el nivel básico, a menos que el profesional recomiende lo contrario en su respuesta. Cuando la persona ha sido diagnosticada y requiera periódicamente de servicios especializados podrá acceder directamente a la consulta especializada sin hacer el tránsito por consulta general.

MARCO CONCEPTUAL

Para efectos del **Decreto Nacional 412 de 1992.** Por el cual se reglamentan parcialmente los servicios de urgencias, **el artículo 3º** adopta las siguientes definiciones:

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.

ATENCION INICIAL DE URGENCIA. Denomínese como tal a todas las acciones realizadas a una persona con patología de urgencia y que tiendan a estabilizarla en sus signos vitales, realizar un diagnóstico de impresión y definirle el destino inmediato, tomando como base el nivel de atención y el grado de complejidad de la entidad que realiza la atención inicial de urgencia, al tenor de los principios éticos y las normas que determinan las acciones y el comportamiento del personal de salud.

ATENCION DE URGENCIAS. Es el conjunto de acciones realizadas por un equipo de salud debidamente capacitado y con los recursos materiales necesarios para satisfacer la demanda de atención generada por las urgencias.

SERVICIO DE URGENCIA. Es la unidad que en forma independiente o dentro de una entidad que preste servicios de salud, cuenta con los recursos adecuados tanto humanos como físicos y de dotación que permitan la atención de personas con patología de urgencia, acorde con el nivel de atención y grado de complejidad previamente definidos por el Ministerio de Salud para esa unidad.

RED DE URGENCIAS. Es un conjunto articulado de unidades prestatarias de atención de urgencias, según niveles de atención y grados de complejidad, ubicado cada uno en un espacio poblacional concreto, con capacidad de resolución para la atención de las personas con patologías de urgencia, apoyado en normas operativas, técnicas y administrativas expedidas por el Ministerio de Salud.

La red actuará coordinadamente bajo una estructura conformada por subsistemas de información comunicaciones, transporte, insumos, educación, capacitación y de laboratorios.

El Sistema de Referencia y Contra referencia se desarrolla teniendo como marco normativo el contenido del **Decreto 4747 de 2007,** que regula 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, en su **artículo 3º** adopta las siguientes definiciones:

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;

ENTIDADES RESPONSABLES DEL PAGO DE SERVICIOS DE SALUD. Se consideran como tales las direcciones departamentales, distritales y municipales de salud, las entidades promotoras de salud de los regímenes contributivo y subsidiado, las entidades adaptadas y las administradoras de riesgos profesionales.

RED DE PRESTACION 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 contrarreferencia establecidos por la entidad responsable del pago, que busca garantizar la calidad de la atención en salud y ofrecer una respuesta adecuada a las necesidades de la población en condiciones de accesibilidad, continuidad, oportunidad, integralidad y eficiencia en el uso de los recursos.

MODELO DE ATENCION. 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 contrarreferencia.

REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA. Conjunto de procesos, procedimientos y actividades técnicos y administrativos que permiten prestar adecuadamente los servicios de salud a los pacientes, garantizando la calidad, accesibilidad, oportunidad, continuidad e integralidad de los servicios, en función de la organización de la red de prestación de servicios definida por la entidad responsable del pago.

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

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

ACUERDO DE VOLUNTADES. Es el acto por el cual una parte se obliga para con otra a dar, hacer o no hacer alguna cosa. Cada parte puede ser de una o varias personas naturales o jurídicas. El acuerdo de voluntades estará sujeto a las normas que le sean aplicables, a la naturaleza jurídica de las partes que lo suscriben y cumplirá con las solemnidades, que las normas pertinentes determinen.

La Resolución 5261 de 1994. Por la cual se establece el Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Plan Obligatorio de Salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, MAPIPOS, contempla las siguientes definiciones:

- **CONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA.** Es aquella realizada por un médico especialista en alguna de las ramas de la medicina autorizadas para su ejercicio en Colombia, quien recibe al paciente por remisión de un médico general, o interconsulta especializada, o directamente en casos de urgencia por que la patología que presenta el paciente requiere evaluación especializada, internación o cirugía que el médico general no esté en condiciones de realizar. Una vez el paciente haya sido evaluado o tratado por el médico especialista continuará siendo manejado por el médico general remitente.

- **ASISTENCIA DOMICILIARIA.** Es aquella que se brinda en la residencia del paciente con el apoyo de personal médico y/o paramédico y la participación de su familia, la que se hará de acuerdo a las Guías de Atención Integral establecidas para tal fin.
- **URGENCIA.** Es la alteración de la integridad física, funcional y/o psíquica por cualquier causa con diversos grados de severidad, que comprometen la vida o funcionalidad de la persona y que requiere de la protección inmediata de servicios de salud, a fin de conservar la vida y prevenir consecuencias críticas presentes o futuras.
- **ATENCION DE URGENCIAS.** La atención de urgencias comprende la organización de recursos humanos, materiales, tecnológicos y financieros de un proceso de cuidados de salud indispensables e inmediatos a personas que presentan una urgencia.
- **INTERNACION.** Es el ingreso a una institución para recibir tratamiento médico y/o quirúrgico con una duración superior a veinticuatro (24) horas. Cuando la duración sea inferior a este lapso se considerará atención ambulatoria. Salvo en los casos de urgencia, para la utilización de este servicio deberá existir la respectiva remisión del profesional médico.
- **NIVEL DE ATENCION.** Conjunto de establecimientos de salud con niveles de complejidad necesaria para resolver con eficacia y eficiencia necesidades de salud de diferente magnitud y severidad. Constituye una de las formas de Organización de los servicios de salud, en la cual se relacionan con la magnitud y severidad de las necesidades de salud de la población.

- **PRIMER NIVEL DE ATENCION.** Aquel en el que la severidad de los problemas de salud plantea una atención de baja complejidad con una oferta de gran tamaño y menor especialización y tecnificación de recursos. Se desarrollan actividades de promoción y protección específica, diagnostico precoz y tratamiento oportuno de las necesidades de

salud más frecuentes. Atención inicial, estabilización, resolución o remisión del paciente en urgencias; con recurso humano de tipo profesional, técnico y auxiliar.

- **SEGUNDO NIVEL DE ATENCION.** Este nivel también se enfoca en la promoción, prevención y diagnóstico a la salud los cuales brindaran acciones y servicios de atención ambulatoria especializada y de hospitalización a pacientes derivados del primer nivel o de los que se presentan de modo espontaneo con urgencias; la atención será brindada por profesionales especializados responsables de la prestación del servicio. Mayor énfasis en la recuperación.

- **TERCER NIVEL DE ATENCION.** Este nivel es el centro de referencia de mayor complejidad nacional y regional. Aquí laboran especialistas para la atención de problemas patológicos complejos, que necesiten equipos e instalaciones especializadas. La atención está a cargo de especialistas, con el apoyo de profesionales subespecializados, y auxiliares. Son Hospitales de alta complejidad, con énfasis en la investigación y la docencia.

- **NIVEL DE COMPLEJIDAD.** Para efectos de la interpretación del presente Manual, se entiende por Nivel de Complejidad, la clasificación funcional del tipo de actividad, intervención y procedimiento, y del personal idóneo para su ejecución.
- **REMISION.** Es el procedimiento administrativo asistencial mediante el cual se transfiere el cuidado de un paciente de un profesional del área de la salud a otro profesional, un especialista o nivel superior de atención, con la consiguiente transferencia de responsabilidad por la salud del usuario.
- **INTERCONSULTA.** Es la solicitud expedida por el profesional de la salud responsable de la atención de un paciente a otros profesionales del área, quienes emiten juicios, orientaciones y recomendaciones sobre la conducta a seguir en determinados pacientes, sin asumir la responsabilidad directa de tratantes, es decir, no hay en este aspecto transferencia de responsabilidad por parte del profesional tratante.
- **ASESORIA.** Es el apoyo científico que brindan los profesionales vinculados a la atención en salud, al personal asistencial.

El Acuerdo 08 de 2009, de la CRES. Por el cual se aclaran y actualizan integralmente los Planes Obligatorios de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado. En su **Artículo 8º**, adopta las siguientes definiciones, sin que las mismas se constituyan como coberturas dentro de los Planes Obligatorios de Salud:

- **ATENCION AMBULATORIA.** Se define como la modalidad de atención de salud, en la cual toda actividad, procedimiento o intervención se realiza sin necesidad de internar u hospitalizar al paciente.
- **ATENCION DE URGENCIAS.** Se define como la prestación oportuna de servicios de atención en salud mediante actividades, procedimientos e intervenciones en una institución prestadora de servicios de salud, para la atención de usuarios que cumplan

con las condiciones definidas en el numeral 40 del presente artículo y en el capítulo 5 del presente Acuerdo.

- **ATENCION INICIAL DE URGENCIAS.** Se define la atención inicial de urgencia como las acciones realizadas a una persona con patología que requiere atención de urgencia y que tiendan a estabilizarla en sus signos vitales, realizar un diagnóstico de impresión y determinar el destino inmediato, de tal manera que pueda ser manejado, trasladado, remitido o diferido, para recibir su tratamiento posterior definitivo. La estabilización de signos vitales implica realizar las acciones tendientes a ubicarlos dentro de parámetros compatibles con el mínimo riesgo de muerte o complicación, no necesariamente implica la recuperación a estándares normales, ni la resolución definitiva del trastorno que generó el evento. Para efectos de cobertura se remite al Artículo 24 del presente acuerdo.
- **COMORBILIDAD.** Condición que existía al momento de la hospitalización y que tuvo el potencial de afectar el curso de la enfermedad o del cuidado médico provisto.
- **COMPLICACION.** Problemas médicos adicionales que se desarrollan después de un procedimiento, tratamiento o enfermedad. Las complicaciones por lo general están directa o indirectamente relacionadas con un procedimiento, conocido como riesgo del procedimiento, o un tratamiento conocido como efecto colateral o toxicidad, o se presentan en el curso de una enfermedad como parte de su historia natural o de su curso clínico.
- **CONSULTA MEDICA Y ODONTOLOGICA.** Es la valoración del usuario realizada por un médico y odontólogo en ejercicio de su profesión, según las disposiciones de práctica clínica vigentes en el país, que corresponde a anamnesis, toma de signos vitales, examen físico, definición de impresión diagnóstica y plan de tratamiento, en cualquier fase de la atención, esto es, promoción, prevención, curación y/o rehabilitación. La consulta puede ser programada o de urgencias, según la temporalidad; general o especializada, según la complejidad.
- **CONTRARREFERENCIA.** Es la respuesta que los prestadores de servicios de salud receptores de la referencia dan al prestador que remitió. La respuesta es la contra remisión del usuario con las debidas indicaciones a seguir, la información sobre la atención recibida por el usuario en la institución receptora o simplemente la información sobre la atención prestada al paciente en la institución receptora, o el resultado de las solicitudes de ayuda diagnóstica.
- **GUIA DE ATENCION INTEGRAL.** Es el conjunto de actividades y procedimientos más indicados en el abordaje de la promoción y fomento de la salud, la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación de la enfermedad. En ella se definen los pasos mínimos a seguir y el orden secuencial lógico de estos, el nivel de complejidad y el personal de salud calificado que debe atenderlos, teniendo en cuenta las condiciones de elegibilidad del paciente de acuerdo a variables de raza, género, edad, condiciones de salud, condiciones socioculturales, expectativas laborales y de vida, como también de los resultados en términos de calidad y cantidad de vida ganada; y con la mejor utilización de los recursos y tecnologías a un costo financiable por el Sistema General de Seguridad Social en Salud y por los afiliados al mismo. Para efectos del presente acuerdo

el referente de inclusión en el POS o POS-S según el caso, no lo causa la guía de atención, ni los protocolos hospitalarios, de manera automática, sino la inclusión explícita de los procedimientos, medicamentos, insumos y tecnología que integran la guía o protocolo respectivo y su adopción explícita de la misma por parte de la CRES.

- **IMPRESION DIAGNOSTICA.** Es una conclusión a la que se llega con base en los resultados de la elaboración de la historia clínica, el examen físico y/o actividades complementarias, en la cual se expresa la presencia o ausencia de una entidad nosológica como síndrome o enfermedad, según la clasificación de las enfermedades definida por la normatividad vigente, y que constituye la base de un tratamiento.
- **INTERVENCION EN SALUD.** Conjunto de procedimientos realizados para un mismo fin, dentro del proceso de atención en salud.
- **OBSERVACION DE URGENCIAS.** Es la atención institucional intramural de un paciente pendiente de resolución de su patología (tratamientos cortos), evolución corta o precisión diagnóstica. La estancia máxima en observación de urgencias es de 24 horas, lapso en el cual se debe decidir si el enfermo es dado de alta o trasladado a la zona de hospitalización que le corresponda.
- **PREVENCION DE LA ENFERMEDAD.** Conjunto de actividades, procedimientos, e intervenciones dirigidas a los individuos y/o a las familias, cuya finalidad es actuar sobre factores de riesgo o condiciones específicas presentes en los individuos, en el ámbito familiar, la comunidad o el medio ambiente que generan la aparición de enfermedades.
- **PROCEDIMIENTO.** Secuencia lógica de un conjunto de actividades realizadas dentro de un proceso de promoción y fomento de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.
- **PROCEDIMIENTO NO QUIRURGICO.** Operación manual y/o instrumental, con fines diagnósticos o terapéuticos, que no implica la manipulación física e invasiva del cuerpo humano.
- **PROCEDIMIENTO QUIRURGICO.** Operación manual y/o instrumental, con fines diagnósticos o terapéuticos, que implica la manipulación física e invasiva del cuerpo humano.
- **PROMOCIÓN Y FOMENTO DE LA SALUD.** Actividades, procedimientos, o intervenciones de carácter educativo e informativo, individual, familiar o colectivo, tendientes a crear o reforzar conductas y estilos de vida saludables, a modificar o suprimir aquellas que no lo sean, informar sobre los derechos, riesgos, factores protectores, enfermedades, servicios de salud, promover y estimular la participación social en el manejo y solución de los problemas de salud.
- **REFERENCIA.** Es el envío de pacientes o elementos de ayuda diagnóstica por parte de un prestador de servicios de salud, a otro prestador para atención o complementación diagnóstica que, de acuerdo con el nivel de resolución, dé respuesta a las necesidades de salud.
- **REHABILITACION EN SALUD O EN MEDICINA.** Proceso para recuperar las capacidades mentales o físicas perdidas a consecuencia de una lesión o una enfermedad, con la finalidad de funcionar de manera normal o casi normal en materia de salud.

- **REINTERVENCION.** Es el procedimiento posterior al inicial que se realiza en un paciente, en diferente acto o momento operatorio, para atender la patología que motivó el procedimiento o la cirugía inicial o las complicaciones de la misma.
- **TRATAMIENTO.** Todas las actividades, procedimientos o intervenciones, tendientes a modificar o desaparecer, los efectos inmediatos o mediatos de la enfermedad o patología.
- **URGENCIA.** Es la alteración de la integridad física, funcional y/o mental de una persona, por cualquier causa, con cualquier grado de severidad que comprometen su vida o funcionalidad y que requieren acciones oportunas de los servicios de salud a fin de conservar la vida y prevenir consecuencias críticas permanentes o futuras.

PROCESO DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

El Decreto 4747 del 2007, en su Artículo 17, establece que:

El diseño, organización y documentación del proceso de referencia y contrarreferencia y la operación del sistema de referencia y contrarreferencia es obligación de las entidades responsables del pago de servicios de salud, quienes deberán disponer de una red de prestadores de servicios de salud que garanticen la disponibilidad y suficiencia de los servicios en todos los niveles de complejidad a su cargo, así como la disponibilidad de la red de transporte y comunicaciones.

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 contrarreferencia a su cargo, en los centros reguladores de urgencias y emergencias, para lo cual deberán suscribir contratos o convenios según sea el caso.

En su **Artículo 18,** el mencionado Decreto 4747, hace referencia a la **Organización y Operación de los Centros Reguladores de Urgencias, Emergencias y Desastres.** Sin perjuicio de las funciones asignadas a las entidades promotoras de salud de los regímenes contributivo y subsidiado, las entidades adaptadas, las administradoras de riesgos profesionales, las entidades que administran regímenes de salud especiales y de excepción y a los prestadores de servicios de salud, corresponde a las direcciones territoriales de salud, regular los servicios de urgencias de la población de su territorio y coordinar la atención en salud de la población afectada por emergencias o desastres en su área de influencia. El Ministerio de la Protección Social establecerá las condiciones y requisitos para la organización, operación y funcionamiento de los centros reguladores de urgencias y emergencias y desastres, - CRUE.

FUNDAMENTOS DEL SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

En el Sistema de referencia y contrarreferencia institucional se debe tener en cuenta los siguientes aspectos:

A. **La caracterización del contexto territorial y demográfico del municipio de Guamal.**

B. **Rol específico de la E.S.E. Hospital Nuestra Señora del Carmen de Guamal, Magdalena como nodo de red.**

C. **La necesidad de informar oportunamente los diferentes tipos de referencia en las entidades receptoras**, y de esta forma operativizar de una manera ágil, el régimen de referencia y contra referencia, para ello se cuenta con una línea telefónica en el servicio de urgencias, teléfono móvil 3042642884. El procedimiento es coordinado por el Enfermero(a) jefe del servicio de urgencias. Como parte integral de la red de servicios del Sistema General de Seguridad Social en Salud, se cuenta con un Directorio actualizado, que contiene el listado de IPS receptoras de la red prestadora de servicios de los usuarios de la ESE Hospital Nuestra Señora del Carmen de Guamal, Magdalena.

D. **Establecer un sistema de atención en red**, que contribuiría a una racionalización del recurso, una disminución de la mortalidad, al intervenir durante la llamada hora dorada y una reducción de las complicaciones tempranas y tardías.

E. **Garantizar a la ciudadanía la atención inicial de urgencia,** la cual es obligatoria en nuestro país, a través de una adecuada red de comunicaciones mediante el desarrollo de líneas de acceso de la comunidad a la red, a través del Teléfono móvil: 3042642884.

CARACTERIZACION DEL CONTEXTO TERRITORIAL Y DEMOGRAFICO DEL MUNICIPIO DE GUAMAL, MAGDALENA.

El Municipio forma parte de la subregión sur del Departamento de Magdalena y se localiza en las coordenadas 09° 08150" de latitud Norte y 74° 1348" de longitud Oeste. Al Norte limita con el Municipio de San Sebastián de Buenavista, al Sur con el Municipio de El Banco, al Este con el Municipio de Astrea, perteneciente al Departamento del Cesar y al Oeste con el Brazo de Mompox del río Magdalena. La extensión aproximada del Municipio es de 554 Kms², que representan el 2.3% de la superficie del departamento. La comunicación con la capital del Departamento se hace a través de la vía Guamal Magdalena- Astrea -Arjona – Bosconia - Fundación – Santa Marta. La cabecera ocupa el 0.32% del área total del Municipio. Con una Extensión en el área rural: 552 Km2. Altitud de la cabecera municipal: 20 M sobre el nivel del Mar Temperatura media: 37ºC.

División política:

El municipio de Guamal está conformado por: la cabecera municipal, 22 corregimientos y 36 veredas:

CORREGIMIENTOS – ZONA RURAL	VEREDAS – ZONA RURAL DISPERSA
Bellavista, Casa de Tabla, Guaimaral, Hatoviejo, La Ceiba, Las Flores, Pedregoza, Los Andes, Murillo, Pajaral, Playas Blancas, Pampan, San José de Paraco, Ricaurte, Salvadora, San Antonio, San Isidro, San Pedro, Santa Teresa, Sitio Nuevo, Urquijo y Villanueva	Carretero, San Agustín (Km.28), Pueblo Nuevo, Sabana de Marañón, Isla Grande, San Francisco, Campo Amor, Bella Unión, Sabana del Hosco, Bella Unión, Mocuto, Kilómetro 14, Isla Grande, Puerto Rangel, Cuatro Bocas, Sabana de Tasajera, Los Tamaquitos, Las Delicias, La Peña, Cascajal, El Ecuador, El Guáimaro, La Linda, La Estación, Manantial, Aguada de Moreno, El Pantano, Las Guayabitas, Poncio, Coyaima, El Totumo, Las Pachitas, El Dividivi, El Silencio, Cascajal, Santiago

FUENTE: PLAN DE DESARROLLO MUNICIPAL "Desarrollo y oportunidades para Guamal 2020-2023"

El área urbana, está distribuida en 13 barrios, entre ellos: Lara, San Luis, San Martín, 10 de Marzo, Abajo, Centro, 12 de Octubre, Brisas del Rio, Nuevo Amanecer, urbanizaciones: Simón Bolívar, El Porvenir, El Carmen Etapa I, El Carmen Etapa II.

Corregimiento	Tiempo de llegada desde el corregimiento más alejado a la cabecera municipal	Distancia desde el corregimiento más alejado a la cabecera municipal	Tipo de transporte desde el corregimiento más alejado a la cabecera municipal
BELLA VISTA	15 min.	6 km.	Carro - Moto
CASA DE TABLA	45 min.	34 km.	Carro - Moto
GUAIMARAL	23 min.	17 km.	Carro - Moto
HATO VIEJO	20 min.	14 km.	Carro - Moto
LA CEIBA	12 min.	5 km.	Carro - Moto
LAS FLORES	40 min.	33 km.	Carro - Moto
PEDREGOZA	12 min.	5 km.	Carro - Moto
LOS ANDES	24 min.	17 km.	Carro - Moto
MURILLO	15 min.	12 km.	Carro - Moto
PAJARAL	60 min.	12 km.	Lancha - Moto
PLAYAS BLANCAS	10 min.	8 km.	Carro - Moto
PAN – PAN	8 min.	3 km.	Carro - Moto
PARACO	15 min.	12 km.	Carro - Moto
RICAURTE	25 min.	15 km.	Carro - Moto
SALVADORA	10 min.	7 km.	Carro - Moto
SAN ANTONIO	10 min.	5 km.	Carro - Moto
SAN ISIDRO	35 min.	27 km.	Carro - Moto
SAN PEDRO	30 min.	21 km.	Carro - Moto
SANTA TERESA	15 min.	8 km.	Carro - Moto
SITIO NUEVO	10 min.	4 km.	Carro - Moto
URQUIJO	28 min.	18 km.	Carro -Moto
VILLA NUEVA	37 min.	25 km.	Carro - Moto
Fuente: Plan de Desarrollo del Municipio de Guamal Desarrollo y oportunidades para Guamal 2020-2023			

El Análisis de Situación de Salud con el modelo de los determinantes sociales de Salud Municipio de Guamal, contenido en el Documento ASIS del Municipio de Guamal, Magdalena del año 2015, revela que la Población del Municipio de Guamal, para el año 2015, fue proyectada con ***27.253 habitantes***. Su distribución por sexo, corresponde el 53% a hombres y el 47% son mujeres. De acuerdo con la distribución territorial por zona, el 29% de sus habitantes residen en la zona urbana de la cabecera municipal, y el 71% en la zona rural. Lo anterior muestra que el mayor porcentaje de la población se concentra en el área rural, catalogándose entre el grupo de municipios con mayor población rural del departamento.

El Documento ASIS del Municipio de Guamal del año 2015, muestra que la población de 5 a 14 años y de 15 a 24 años, disminuye para el año 2020 con respecto al 2005 y 2013, sin

que afecte el comportamiento programado de atenciones, a diferencia del grupo de 25 - 44 años que para el 2020 incrementarían cerca del 3%.

Para los grupos de 45 a 59 años, los de 60-79 años y los mayores de 80 años, se observa que se mantienen las proporciones en cada uno de los grupos, lo que indica que estos grupos poblacionales no tendrían ningún cambio; situación que genera una visión más clara frente al fortalecimiento del modelo de salud que oferta la E.S.E para esta población.

Los cambios en la estructura de población por ciclo vital indican que aún sigue siendo el mayor volumen de población los adultos de 27 a 59 años en donde se presenta la mayor pérdida de población, así como los cambios negativos que se registran en los niños y niñas entre los 5 y 14 y los jóvenes entre los 15 a 24 años, situación que debe generar un análisis más profundo con soluciones concretas que le permitan a la población disfrutar de su territorio en todas las etapas de su vida y avanzar en su desarrollo.

Llama mucho la atención los valores que observa el municipio con respecto a las tasas específicas de fecundidad tanto en niñas como en adolescentes, situación que pone en riesgo no solo la vida de las niñas y adolescentes sino los productos de la gestación misma, además el requerimiento de mayor cuidado y esfuerzo de la familia y sociedad para la supervivencia de ambos. Así mismo incrementa el riesgo de la salud sexual y reproductiva de las niñas y adolescentes así como la desnutrición y bajo peso en los recién nacidos.

Haciendo referencia a la distribución del aseguramiento de nuestra población objeto de atención, según datos proporcionados por la Secretaría de Salud Departamental, la población afiliada a algún régimen de seguridad social en salud, objeto de atención por parte de la E.S.E. Hospital Nuestra Señora del Carmen de Guamal, Magdalena, según el área de influencia, durante el año 2015, fue de ***26.497 usuarios***, en comparación con el año 2014, en el cual fueron un total de *27.024 usuarios*, lo que refleja para el año 2015, una disminución porcentual del (2%) en la población objeto de atención, en comparación con la vigencia anterior.

La Institución en su área de influencia periférica, presta servicios de salud de baja complejidad en su sede única, a la población del área urbana, rural y rural dispersa del municipio de Guamal, población capitada a través de Contratos suscritos con las respectivas Entidades Responsables de Pago. Así mismo, esta ESE, presta atención por Eventos, a usuarios procedentes de los corregimientos de otros municipios del sur del Magdalena, entre ellos El Banco (Guacamayal, San Roque, San Eduardo, San Felipe), San Sebastián de Buenavista (Buenavista, Venero, María Antonia, La Pacha), igualmente, a usuarios procedentes del sur de los Departamentos de Bolívar (corregimientos del municipio de Margarita), y Cesar (zona rural dispersa del municipio de Mandinguilla).

OPERACION DEL REGIMEN DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

En el Departamento del Magdalena, se conformaron Cuatro (4) subregiones, que integran la Red de Servicios, tomando como base los siguientes criterios:

- Ubicación geográfica de la institución (georeferenciación)
- Tendencia histórica y flujo natural de desplazamiento a cabeceras de municipios y centros poblados.
- Capacidad instalada, Oferta y Producción de servicios
- Accesibilidad
- Vías de comunicación
- Flujos y vínculos socioeconómicos y culturales entre las diferentes localidades
- Tiempo de desplazamiento
- Desarrollo Regional
- Tamaño poblacional
- Perfiles epidemiológicos

Niveles de complejidad en la atención.

Se establecieron los niveles de complejidad por categorías de la siguiente forma:
BAJA COMPLEJIDAD.

Baja complejidad - Tipo A.

Este tipo de Unidad Básica de Atención, presta los siguientes servicios:

- ✓ Actividades de promoción, prevención y protección específica, y actividades del Plan de Intervenciones Colectivas - PIC
- ✓ Consulta de medicina general
- ✓ Consulta de Odontología general e Higiene Oral
- ✓ Toma de muestras de laboratorio
- ✓ Servicio de transporte de pacientes, con ambulancias tipo Transporte Asistencia Básica
- ✓ Atención Farmacéutica ambulatoria no continua
- ✓ Equipo Básico Móvil Extramural.

Baja complejidad - Tipo B.

Este tipo de Unidad Básica de Atención, presta los siguientes servicios:

- ✓ Actividades de promoción, prevención, protección específica, y actividades del Plan de Atención Básica
- ✓ Consulta de medicina general
- ✓ Consulta de Odontología General e Higiene Oral

- ✓ Urgencias de medicina general: con disponibilidad de 24 horas, camillas de observación y sala de procedimientos (opcional por ubicación geográfica)
- ✓ Atención de partos (opcional por ubicación geográfica)
- ✓ Servicio de transporte de pacientes, con ambulancias tipo TAB
- ✓ Atención Farmacéutica
- ✓ Equipo Básico Móvil Extramural
- ✓ Laboratorio clínico de baja complejidad
- ✓ En algunos casos servicios de urgencias de baja complejidad sin internación.

Baja complejidad - Tipo C.

Este tipo de Unidad Básica de Atención, presta los siguientes servicios:

- Actividades de promoción, prevención, protección específica, y actividades del Plan de Intervenciones Colectivas- PIC
- Consulta de medicina general
- Consulta de Odontología general e Higiene Oral
- Urgencias de medicina general: de 24 horas, camillas de observación y sala de procedimientos menores
- Atención de partos, monitoría fetal, electrocardiografía, sala de procedimientos
- Servicio de transporte de pacientes, con ambulancias tipo TAB
- Servicio Farmacéutico
- Equipo Básico Móvil Extramural
- Laboratorio clínico de baja complejidad, de 8 horas (Disponibilidad 24 Horas)
- Imágenes diagnósticas Rayos X, ecografía exclusivamente obstétrica
- Hospitalización con un número de camas acorde a sus índices ocupacionales con estándar mínimo del 80%
- Jornadas quirúrgicas y de consultas especializadas, programadas con las Instituciones de Mediana Complejidad de la subred.
- Internación de baja complejidad en sala general de observación.

Estas Instituciones deberán prestar el apoyo de los servicios requeridos por las Instituciones de complejidad tipo A y B, con el fin de complementar la oferta, en lo que su capacidad de servicios le permita, la Secretaria Seccional de Salud del Magdalena, en coordinación con los diferentes integrantes de la Red establecerá las condiciones en las que se efectuará dicho apoyo.

MEDIANA COMPLEJIDAD.

Las instituciones de mediana complejidad, prestan los siguientes servicios:

- ✓ Servicios de las instituciones de complejidad Baja tipo C

- ✓ Servicios ambulatorios y hospitalarios especializados: medicina interna, pediatría, Gineco-obstetricia, cirugía general, y algunas subespecialidades según el perfil epidemiológico de la población y los requerimientos regionales de la red de servicios
- ✓ Atención de obstetricia de bajo / mediano riesgo, estos servicios podrán ajustarse de acuerdo a la frecuencia de ocurrencia de los eventos, demanda de los servicios y porcentajes ocupacionales
- ✓ Ecografía de diferentes tipos
- ✓ Laboratorio de mediana complejidad
- ✓ Jornadas quirúrgicas y de consultas especializadas, programadas en las Instituciones de complejidad Baja Tipo C, previa autorización de la Secretaría Seccional de Salud del Magdalena
- ✓ Servicios de transfusión sanguínea

Deberán prestar el apoyo de servicios requerido por las Instituciones de complejidad tipo A, B, y C de su jurisdicción georeferenciada y de requerirse a otras regiones, en coordinación con la entidad rectora del sistema a nivel departamental CRUE-Magdalena, quien se enlazará con los diferentes integrantes de la Red y establecerá las condiciones en las que se efectuará dicho apoyo

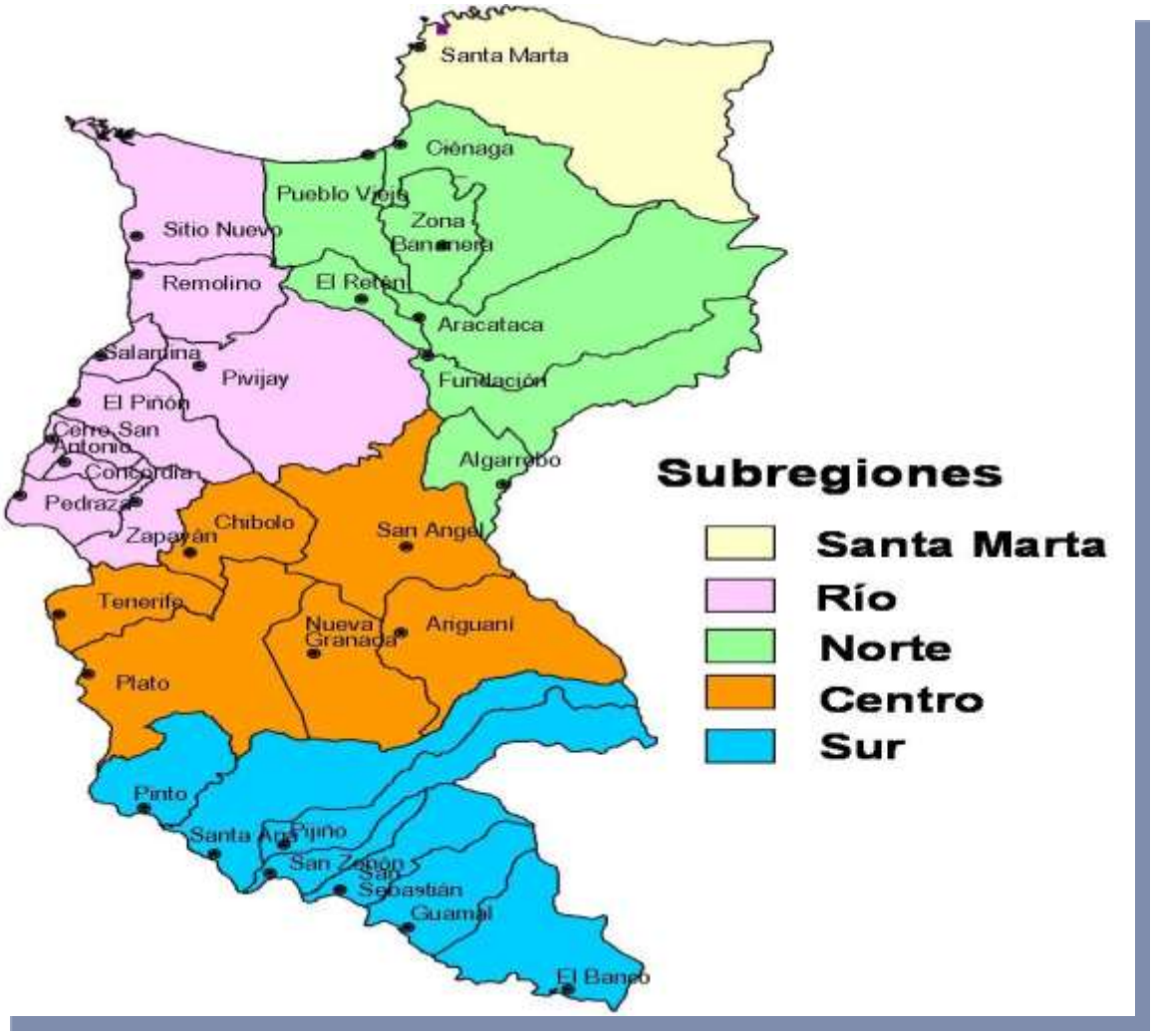
ALTA COMPLEJIDAD.

Las instituciones de alta complejidad, según el perfil epidemiológico de la población y los requerimientos departamentales, prestan los siguientes servicios:

- ✓ Servicios ambulatorios y hospitalarios especializados, de mediana y de alta complejidad, de alta tecnología y grado de especialización
- ✓ Subespecialidades: gastroenterología, urología, vascular periférico, hematología, nefrología, infectología y neurología, y todas las demás que se requieran
- ✓ Servicios quirúrgicos de mediana y alta complejidad, en las especialidades y subespecialidades descritas
- ✓ Servicios de apoyo diagnóstico (laboratorio clínico e imagenología) y terapéutico, de alta tecnología y grado de especialización
- ✓ Banco de Sangre
- ✓ Atención en Salud Mental, se hará a través de la E.S.E. Hospital Universitario Fernando Troconis del Distrito de Santa Marta.

RED DE SERVICIOS DEL DEPARTAMENTO DEL MAGDALENA.

En el Departamento del Magdalena, la Red Pública de Servicios de Salud, se encuentra integrada por Cuatro (4) subregiones, las cuales son: RIO, NORTE, CENTRO, SUR.



IDENTIFICACION GENERAL

La E.S.E. Hospital Nuestra Señora del Carmen de Guamal es una entidad de naturaleza pública, descentralizada, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, adscrita a la Dirección Departamental del Sistema de Seguridad Social en Salud, y sometida al régimen jurídico previsto en el Capítulo 03, Artículos 194, 195 y 197 de la Ley 100 de 1.993 y sus decretos reglamentarios, y demás disposiciones que lo modifiquen, adicionen, reformen o sustituyan. El domicilio y sede de sus organismos administrativos, se encuentra ubicados, en la Calle 10 Carrera 5a Esquina, su jurisdicción comprende todo el territorio del Municipio de Guamal, Departamento del Magdalena

MISIÓN

Nuestra misión es proporcionar atención médica integral oportuna, a todos los ciudadanos del municipio de Guamal - Magdalena, con un enfoque especial en la promoción y prevención de la salud. Llevando a cabo la eficiencia y eficacia, para dar cumpliendo a los estándares de calidad, logrando la máxima satisfacción y seguridad del paciente

VISIÓN

La E.S.E. Hospital Nuestra Señora del Carmen para el 2028 se visualiza como un líder de excelencia en atención médica, con un modelo de gestión humanizado, seguro e integral. Como prestador primario al posicionarse en el cumplimiento más alto de estándares de calidad. Contribuyendo al mejoramiento de la salud y bienestar de los clientes internos y externos.

ROL DE LA E.S.E DENTRO DE LA RED DEPARTAMENTAL

La Red de prestación de servicios de salud del Departamento del Magdalena, se encuentra organizada en cinco subregiones, teniendo en cuenta los criterios de localización geográfica, vocación económica, división político-administrativa y vínculos intermunicipales, las cuales se agrupan en 29 municipios, y el Distrito Turístico, Cultural e Histórico de Santa Marta, se encuentra organizada por subregiones. Dichas subregiones son: subregión Norte, subregión Centro, subregión Río y la subregión Sur; con tres niveles de complejidad: baja, mediana y alta.

La E.S.E Hospital Nuestra Señora del Carmen de Guamal, de acuerdo al Documento de Red en el Programa Territorial de Reorganización, Rediseño y Modernización de Redes de Empresas Sociales del Estado del Departamento del Magdalena, es una institución de Baja Complejidad, Categoría tipo C; ubicada en la subregión sur; habilitada según el REPS, con única sede de prestación de servicios.

La E.S.E Hospital "Nuestra Señora del Carmen" hace parte de la Subregión Sur de la Red de Servicios de Salud del Departamento del Magdalena, integrada por los municipios de: El Banco, Guamal, San Sebastián de Buena Vista, Santa Bárbara de Pinto, Pijiño del Carmen, San Zenón y Santa Ana.

En la subregión Sur, se cuenta con cinco (5) E.S.E de baja complejidad, de carácter Departamental, en los municipios de Guamal, San Sebastián de Buena Vista, San Zenón, Santa Bárbara de Pinto, Pijiño del Carmen y dos (2) ESE de baja complejidad del carácter Municipal, la ESE Hospital Local Nuestra Señora de Santa Ana en el municipio de Santa Ana y la ESE Hospital Samuel Villanueva Valest en el municipio de El Banco.

Sus centros de referencia para mediana complejidad natural, es la E.S.E. Hospital La Candelaria del municipio de El Banco (Magdalena), y la red complementaria, es la E.S.E. Hospital Universitario del Caribe con sede en Mompox (Bolívar); y para la alta complejidad, la E.S.E. Hospital Universitario Fernando Troconis y Clínicas de la Red Privada del Distrito de Santa Marta.

PRESTACION DE LOS SERVICIOS

Por la condición especial del municipio de Guamal, en el cual, el 71% de la población es de asentamiento rural disperso, nuestra institución basa su modelo de atención integral, bajo modalidades de medicina asistencial preventiva, con énfasis en Atención Primaria; en razón que sus atenciones se están generando a nivel de los corregimientos con un modelo de penetración con cubrimiento a la población rural, al no disponer de infraestructura física y las condiciones mínimas de un espacio adecuado para la atención de esta población.

Este modelo de prestación de servicios, se ha fortalecido a partir de la vigencia 2013, teniendo en cuenta que, en el municipio de Guamal, las secuelas dejadas por el conflicto armado interno, impactaron negativamente en la ejecución de actividades direccionadas en las penetraciones asistenciales de salud, para la asistencia de la población vulnerable del área rural de asentamiento disperso.

Además de hacer esfuerzos en optimizar la calidad de la prestación de los servicios de salud, en lo que respecta a la atención primaria, limitamos el incremento de la demanda de algunos servicios que le generan a la entidad altos costos y barreras de accesibilidad para garantizar la oportunidad de la atención del usuario, tal es el caso del servicio de urgencias, en el que se puede ver involucrado el servicio de Transporte Asistencial Básico, esto teniendo en cuenta las deficiencias en los medios de transporte, especialmente de vías terrestres, teniendo en cuenta, el recorrido de largas distancias, y el mal estado de la estructura de la

malla vial, aunado a las condiciones climáticas, teniendo en cuenta que en períodos de invierno, empeoran las condiciones de dichos traslados.

VALORES INSTITUCIONALES

La E.S.E. Hospital Nuestra Señora del Carmen de Guamal – Magdalena, tiene establecido en su Código de Ética y Buen Gobierno el marco de la filosofía del servicio que presta, las normas morales y éticas, además de los valores cotidianos que se constituyen en las creencias que nos unen en torno a nuestros usuarios y partes interesadas, y a través de ello, se rige la conducta y actuar de cada integrante de la E.S.E los cuales se recogen en los siguientes valores:

- **INNOVACIÓN**: Es la capacidad del hospital para implementar nuevas ideas, tecnologías y procesos que mejoren la calidad de los servicios de salud, optimicen la atención al paciente y se adapten a las demandas cambiantes del sector. Este valor impulsa el progreso constante, fomenta la creatividad y asegura que la institución se mantenga a la vanguardia en el cuidado médico.

- **INCLUSIÓN**: Compromiso del hospital con la equidad y el respeto a la diversidad, garantizando que todas las personas, independientemente de su origen, condición social, género, religión, discapacidad u otras características, recibirán atención médica de calidad en un entorno accesible, respetuoso y libre de discriminación.

- **SOSTENIBILIDAD**: El compromiso del hospital de gestionar sus recursos de manera responsable, equilibrando las necesidades actuales con la protección del medio ambiente y el bienestar de las generaciones futuras. Esto incluye implementar prácticas ecológicas, optimizar el uso de energía y materiales, y garantizar la viabilidad económica y social de los servicios de la ese.

- **RESPONSABILIDAD SOCIAL**: El compromiso del hospital de contribuir al desarrollo integral de la comunidad, más allá de la atención médica, a través de acciones que promuevan el bienestar social, la educación en salud, la prevención de enfermedades y el apoyo a poblaciones vulnerables. Este valor refleja la ética de la institución en generar un impacto positivo y sostenible en el entorno social en el que opera.

- **COMPETITIVIDAD**: La capacidad del hospital para destacarse en el sector de la salud mediante la excelencia en sus servicios, la implementación de tecnologías avanzadas, la mejora continua de sus procesos y la formación de un equipo humano altamente calificado. Este valor garantiza que la institución se mantenga a la vanguardia, ofreciendo soluciones innovadoras y de calidad que satisfagan las necesidades de los pacientes y superen sus expectativas.

- **SEGURIDAD**: Hace referencia a la creación de un entorno seguro tanto para los pacientes como para los empleados del hospital. Implica la adopción de protocolos para prevenir errores médicos, infecciones y accidentes, garantizando la protección y el bienestar de todos los involucrados.

- **EXCELENCIA**: es el compromiso de proporcionar una atención sanitaria de la más alta calidad, de manera eficiente, ética y compasiva, utilizando las mejores prácticas médicas y las tecnologías más avanzadas. Se basa en un enfoque integral que abarca desde la gestión administrativa hasta la atención directa al paciente, promoviendo siempre la mejora continua.

- **ÉTICA**: el conjunto de valores y principios que orientan las acciones y decisiones dentro de un hospital, asegurando que se actúe con justicia, integridad, respeto por los derechos humanos, y en cumplimiento con las leyes y regulaciones vigentes. La ética médica y hospitalaria se enfoca especialmente en el respeto a la autonomía del paciente, la confidencialidad, la justicia y el cuidado compasivo, todo dentro de un marco de responsabilidad profesional.

- **HUMANIDAD**: un valor esencial que va más allá del tratamiento técnico de enfermedades, reconociendo que los pacientes son seres humanos con necesidades emocionales, sociales y espirituales. La humanidad en la atención hospitalaria se refleja en la empatía, el respeto, la dignidad y el apoyo emocional brindado a cada paciente. Este enfoque integral no solo mejora la calidad del cuidado, sino que también promueve la recuperación, la confianza y el bienestar general del paciente y sus seres queridos.

- **COLABORACIÓN**: es fundamental para ofrecer atención de calidad y eficaz. Implica que todos los miembros del equipo de salud trabajen de manera conjunta, compartiendo información, respetándose mutuamente y coordinando esfuerzos para brindar la mejor atención posible a los pacientes. Esta cooperación no solo mejora la calidad de los cuidados y los resultados clínicos, sino que también crea un ambiente de trabajo más positivo y eficiente, y favorece una experiencia del paciente más satisfactoria y segura.

- **RESPONSABILIDAD**: es un valor fundamental que asegura que cada miembro del equipo de salud y del personal hospitalario cumpla con sus deberes de manera profesional, ética y eficiente. Va más allá de la acción individual e incluye la rendición de cuentas tanto ante los pacientes como ante la institución hospitalaria.

PRINCIPIOS INSTITUCIONALES

- **CALIDAD**: La calidad en la atención hospitalaria se refiere a la entrega de servicios de salud de alta calidad que sean eficaces, eficientes, seguras, accesibles y centrados en el paciente. Implica no solo cumplir con los estándares médicos, sino también asegurar una experiencia positiva para el paciente.

- **OPORTUNIDAD**: garantizar que los pacientes reciban la atención médica adecuada en el momento adecuado, lo que puede ser crucial para la prevención de enfermedades graves, la mejora de los resultados clínicos y la satisfacción del paciente.

- **INTEGRALIDAD**: segura una atención completa, coordinada y centrada en el paciente, considerando todas las dimensiones de su salud, desde lo físico hasta lo psicológico y social. Este enfoque tiene como objetivo ofrecer un tratamiento adecuado, personalizado y continuo, promoviendo la prevención, la mejora de la calidad de vida y una recuperación más efectiva.

- **ACCESIBILIDAD**: La accesibilidad se refiere a la capacidad de las personas para obtener atención médica oportuna sin barreras económicas, geográficas, sociales o culturales. Los hospitales deben ser accesibles a toda la población, asegurando que todos los pacientes tengan igual oportunidad de recibir atención adecuada.

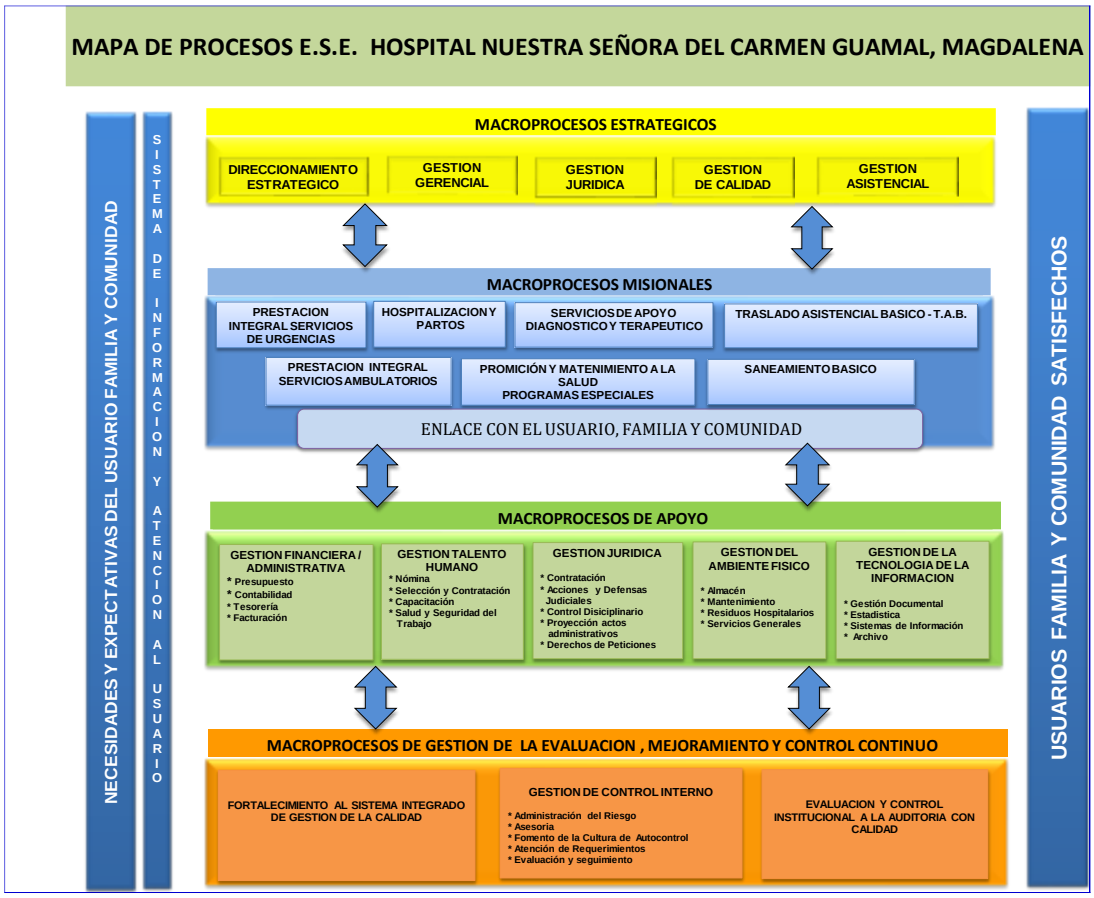
- **EFECTIVIDAD**: asegura que los tratamientos, cuidados y servicios proporcionados logren los resultados esperados, mejorando la salud del paciente, optimizando los recursos y minimizando complicaciones. Implica la aplicación de prácticas basadas en la evidencia, el uso eficiente de recursos, la atención integral y un enfoque preventivo.

- **EFICIENCIA**: es un principio clave que asegura que los recursos disponibles (humanos, materiales, tecnológicos, financieros) se utilicen de la manera más óptima para alcanzar los mejores resultados en la salud de los pacientes, sin desperdiciar tiempo ni costos. Implica mejorar los procesos, reducir tiempos de espera, utilizar la tecnología para automatizar tareas, y aplicar un enfoque preventivo.

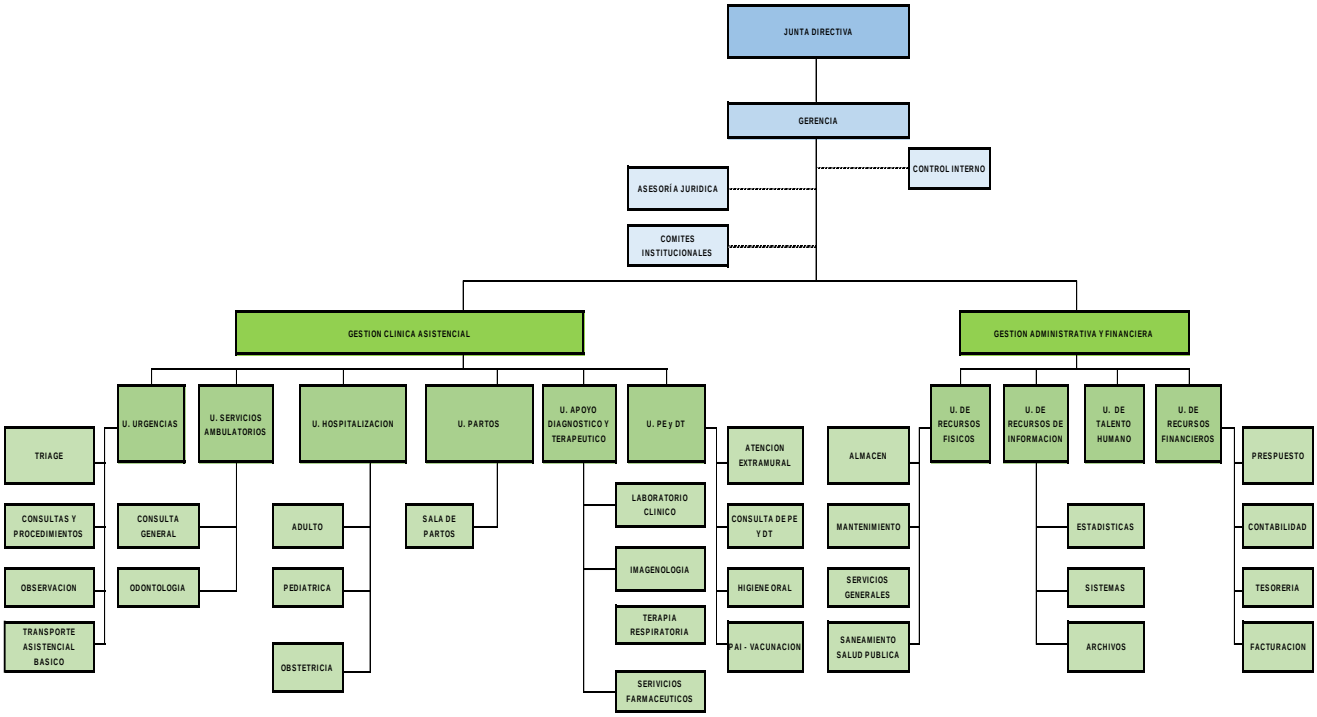
- **HUMANIZACIÓN**: implica un enfoque integral que pone al paciente en el centro de la atención, respetando su dignidad, sus emociones, sus valores y sus necesidades individuales. Involucra un trato respetuoso, empático y compasivo, y promueve un ambiente de confianza, donde tanto los pacientes como sus familias se sienten apoyados en todas las dimensiones

- **CONFIANZA**: Entregaremos esperanza y seguridad en nuestro actuar.

MAPA DE PROCESOS



ORGANIGRAMA



OFERTA DE SERVICIOS DE LA E.S.E. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN DE GUAMAL – MAGDALENA

PORTAFOLIO DE SERVICIOS

La E.S.E. Hospital Nuestra Señora del Carmen de Guamal, Magdalena, como Prestador de Servicios de Salud de baja complejidad, identificada con el REPS 473180024501, según Constancia de Habilitación en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud, emitida por la Secretaría de Salud del Magdalena, el día 27 de diciembre de 2024, se encuentra habilitada para prestar los servicios declarados en el formulario de inscripción, con los siguientes datos generales.

GRUPO DEL SERVICIO	COD SER	NOMBRE SERVICIO
INTERNACIÓN	129	Hospitalización adultos
INTERNACIÓN	130	Hospitalización pediátrica
CONSULTA EXTERNA	312	Enfermería
CONSULTA EXTERNA	328	Medicina general
CONSULTA EXTERNA	333	Nutrición dietética
CONSULTA EXTERNA	324	Odontología general
CONSULTA EXTERNA	344	Psicología
CONSULTA EXTERNA	420	Vacunación
ATENCIÓN INMEDIATA	1102	Urgencias
ATENCIÓN INMEDIATA	1103	Transporte asistencial básico
ATENCIÓN INMEDIATA	1101	Atención del parto
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	706	Laboratorio clínico
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	712	Toma de muestras de laboratorio clínico
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	714	Servicio farmacéutico
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	729	Terapia respiratoria
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	739	Fisioterapia
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	744	Imágenes diagnosticas – ionizantes
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	749	Tamización de cáncer de cuello uterino

ROL ESPECIFICO DE LA E.S.E. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN DE GUAMAL, MAGDALENA COMO NODO DE RED.

De acuerdo al documento de red del departamento del Magdalena, la ESE Hospital "Nuestra Señora del Carmen" del Municipio de Guamal, Magdalena, es una institución de primer nivel de atención; ubicada en la subregión sur; categorizada como IPS de Baja complejidad Tipo C, con una Sede habilitada, localizada en la cabecera municipal, Calle 10 Carrera 5 Esquina, en la cual, presta los servicios de:

Según el Registro Especial de Prestadores (REPS) a corte a 21 de julio de 2021, la E.S.E. Hospital Nuestra Señora del Carmen de Guamal, Magdalena, cuenta en su Portafolio de Servicios, con los siguientes servicios:

Internación: General Adultos, General Pediátrica.

Consulta Externa: Enfermería, Medicina General, Nutrición y Dietética, Odontología General, Psicología, Vacunación.

Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica: Laboratorio Clínico, Toma de muestras de Laboratorio Clínico, Servicio Farmacéutico (hospitalario), terapia Respiratoria, Fisioterapia, Imágenes Diagnosticas Ionizantes, Toma de muestras de Cuello Uterino

Atención Inmediata: Atención del Parto, Urgencias de Baja Complejidad. Transporte Asistencial Básico.

Otros servicios: Programa de Promoción y Mantenimiento a la Salud.

Por la condición especial del municipio de Guamal, Magdalena, en el cual, el 71% de la población es de asentamiento rural disperso, nuestra institución basa su modelo de atención integral, bajo modalidades de medicina asistencial preventiva, con énfasis en Atención Primaria; en razón a que sus atenciones se están generando a nivel de los corregimientos con un modelo de penetración con cubrimiento a la población rural, al no disponer de infraestructura física y las condiciones mínimas de un espacio adecuado para la atención de esta población.

Es de mencionar el mal estado de las vías, situación que impacta desfavorablemente en la prestación de los servicios de salud a la población más vulnerable del Municipio, ya que esta situación genera barreras en la accesibilidad del usuario a los servicios ofertados; así mismo

genera incremento en los gastos en que incurre la ESE, para dar cumplimiento a los compromisos contractuales adquiridos.

La ESE Hospital "Nuestra Señora del Carmen" del Municipio de Guamal hace parte de la Subregión Sur de la Red de Servicios de Salud del Departamento del Magdalena, integrada por los municipios de: El Banco, Guamal, San Sebastián, Santa Bárbara de Pinto, Pijiño del Carmen, San Zenón y Santa Ana; la cual tiene una población de 25.971 habitantes.

Sus centros de referencia para mediana complejidad natural, es la E.S.E. Hospital La Candelaria del municipio de El Banco (Magdalena), Clínica prevención y salud IPS limitada en el municipio de El Banco (Magdalena), la red complementaria, es la E.S.E. Hospital Universitario de Cartagena con sede en Mompox (Bolívar); y para la alta complejidad, la E.S.E. Hospital Universitario Fernando Troconis y Clínicas de la Red Privada del Distrito de Santa Marta.

DISTANCIA Y TIEMPO DE DESPLAZAMIENTO EN UNA REMISION

DESTINO	DISTANCIA EN KMS (IDA Y VUELTA)	TIEMPO ESTIMADO DEL SERVICIO
EL BANCO	80	2 HRS: 46′
MAGANGUE	180	7HRS: 43´
PLATO	468	14 HRS: 56′
FUNDACION	405	12 HRS: 42′
VALLEDUPAR	465	14 HRS: 04′
CIENAGA	518	15 HRS:18′
SANTA MARTA	568	16 HRS: 26′
SAN JUAN DEL CESAR	630	16 HRS: 10′
CARTAGENA	796	20 HRS: 36′
MOMPOS	116	5 HRS: 28′
BARRANQUILLA	650	17 HRS: 50′
BOSCONIA	250	11 HRS: 18′
MONTERIA	594	16 HRS: 26′
SINCELEJO	362	12 HRS: 42′

La información referenciada en el cuadro anterior, permite documentar las condiciones en que el usuario debe ser trasladado; así mismo, las distancias en kilómetros y tiempo promedio de recorrido, desde el prestador que hace referencia hasta el prestador receptor de la referencia en invierno y verano.

En épocas de ola invernal, el tiempo de recorrido entre prestadores, se puede ver incrementado, por el mal estado de las vías de acceso, en aproximadamente, dos horas

adicionales, en el tramo comprendido entre Guamal y el municipio de Astrea – César; así mismo, se incrementa aproximadamente en una hora adicional, en el tramo comprendido entre Guamal y Mompox (Bolívar). La misma situación aplica cuando se realiza el traslado por vía fluvial hacia los municipios de El Banco y Mompox.

PERTINENCIA DE LA SOLICITUD DE SERVICIOS

La remisión es un procedimiento por el cual se trasfiere la atención en salud de un usuario, a otro profesional o institución, con la consiguiente transferencia de responsabilidad sobre el cuidado del mismo. Se debe diligenciar una solicitud de servicio para los siguientes casos:

- Referencia al interior de la red adscrita. Puede referenciar uno o más procedimientos hacia uno o más puntos de atención diferentes dentro de la red adscrita.
- Referencia para la red no adscrita. Una solicitud de servicio por cada punto de atención destino en la red no adscrita
- Referencia para las EPS en caso de eventos P.O.S
- Gestión realizada para direccionar a los usuarios de las EPS con solicitudes de servicios NO POS-S a la Secretaría de Salud responsable para su autorización con recursos del subsidio a la oferta, el usuario será direccionado a la IPS públicas.

La Solicitud de servicios, es un instrumento preimpreso, por las dos caras, donde se destacan varios tipos de recuadros claramente definidos. **Ver el Formato de referencia y contra referencia**, este documento requiere de la siguiente información:

- Datos generales: No de referencia; Fecha: día, mes, año; hora de salida; destino de referencia; nivel de complejidad
- Datos generales del paciente: nombre y apellido del paciente, edad, sexo, tipo y No de identificación, dirección y teléfono
- Tipo de atención: del referente (ambulatoria, urgencia y/o hospitalización), y del requerido para el usuario (electiva, electiva prioritaria y/o urgente)
- Afiliación del paciente: subsidiado, contributivo, PPNA, régimen especial
- Entidad responsable del aseguramiento
- Datos del acompañante del paciente: nombre completo y apellidos
- Datos de referencia: procedimiento requerido, código y cantidad
- Anamnesis
- Antecedentes personales
- Examen físico: TA, Pulso, FC, FR, Temperatura, Peso
- Tratamiento, examen diagnóstico y evolución.
- Diagnóstico y código del diagnóstico
- Motivo de la referencia
- Datos del médico que realiza la referencia: nombre completo y apellidos, registro médico y firma

- Datos del médico que realiza la recepción: nombre completo y apellidos, registro médico y firma.

MODALIDADES DE SOLICITUD DE SERVICIOS

Existen diferentes modalidades de solicitudes de servicios en el proceso de referencia y contrarreferencia que aplican a la institución entre estas tenemos:

1.1.1. La Remisión ambulatoria y de urgencias: a través del cual se transfiere la atención en salud de un usuario, a otro profesional o institución, con la consiguiente transferencia de responsabilidad sobre el cuidado del mismo.

1.1.2. Interconsulta interinstitucional o entre profesionales: Es la solicitud realizada por el profesional tratante o institución de salud, responsable de la atención del usuario a otros profesionales o institución de salud para que emitan juicio y orientaciones sobre conducta a seguir con determinados usuarios, sin que estos profesionales o instituciones asuman la responsabilidad directa de su manejo.

1.1.3. Orden de servicio: Es la solicitud de realización de actividades de apoyo diagnostico y/o tratamiento entre una institución y otra. Para lo anterior pueden referirse: personas, elementos o muestras biológicas y productos del ambiente.

1.1.4. Apoyo tecnológico: Es el requerimiento temporal de recursos humanos, de dotación o insumos, de un organismo a otro, para contribuir a la eficacia en la prestación de servicios, de conformidad con el principio de subsidiariedad, evitando así el desplazamiento de usuario

SOLICITUD DE LA REFERENCIA

La solicitud de la referencia, se hace cuando el paciente, muestras biológicas y/o productos ambientales, elementos de ayuda diagnóstica, lo amerita, teniendo en cuenta que su condición supera la capacidad técnico-científica de la institución que le está prestando los servicios.

Según el servicio en el que se preste la atención al usuario, la patología, y su estado de salud, las remisiones en la Institución, se generarán desde los servicios de consulta ambulatoria, hospitalización y urgencias, siguiendo los mecanismos mencionados a continuación:

- Referencia desde los servicios ambulatorios, al servicio de Promoción y Mantenimiento a la Salud en el mismo nivel de complejidad,

- Referencia desde los servicios ambulatorios, a los servicios ambulatorios especializados de otras IPS de mediana y/o alta complejidad,

- Referencia desde los servicios ambulatorios, a la hospitalización en el mismo nivel de complejidad,

- Referencia desde los servicios ambulatorios, a la urgencia en el mismo nivel de complejidad,

- Referencia desde el servicio de hospitalización, a los servicios de urgencias de mediana y/o alta complejidad, según la condición clínica del paciente,

- Referencia desde el servicio de urgencias de baja complejidad, al servicio de urgencias de mediana y/o alta complejidad, según la condición clínica del paciente.

El responsable en la E.S.E. Hospital Nuestra Señora del Carmen de Guamal, del proceso de Referencia y Contrarreferencia, es el Profesional Médico en turno en el servicio, quien será el encargado de diligenciar la referencia en el sistema, el Formato de Referencia y Contrarreferencia, y le informará al Enfermero (a) Jefe del servicio, quien coordina, dirige y orienta el proceso de Referencia y Contrarreferencia en la ESE HOSPITAL.

PROCEDIMIENTO DE REFERENCIA

- Detección e identificación de la complicación o evento adverso o inesperado de salud por parte del profesional tratante, cuyas características de presentación hayan superado las condiciones científicas y técnicas de la atención en salud de la ESE.

- Definición de la necesidad de realizar la referencia del paciente a otro prestador cuya disciplina profesional y/o tipo de servicio y/o nivel de complejidad dispongan de las condiciones científicas y técnicas adecuadas para la atención requerida.

- Definición de las personas y las tareas específicas que deben realizar quienes participan en la gestión de referencia.

- Persona que dirige, orienta y conduce el proceso de referencia. Es el profesional responsable de la atención, quien define el sitio de referencia y lidera las acciones que se realizan.
- Persona que prepara (elabora y organiza) la documentación y los elementos que se utilizarán para la referencia del paciente. Generalmente será el profesional responsable de la atención con el apoyo del enfermero jefe.

- Persona encargada de realizar las llamadas telefónicas y las demás comunicaciones que se requieran para obtener oportunamente el servicio de transporte del paciente, obtener el aval del servicio o institución receptora para la aceptación del paciente y dar a la misma la información del caso. Esta labor está a cargo del enfermero jefe.

- Medios de comunicación utilizados para la referencia: teléfonos fijos, y/o móviles, fax, servicios de correo electrónico vía Internet, dispuestos por el prestador de servicios de salud. Teléfonos para el contacto en el servicio de urgencias Celular: 304-2642884.

- Medio de transporte utilizado para la cualquier de las ambulancias habilitadas en el REPS y se encuentren en las condiciones técnicas para realizar el proceso, indicando el teléfono al que se llamará durante el proceso de referencia. Puede optarse por utilizar el servicio de emergencias de Traslado asistencial de pacientes (Ambulancias) que se obtiene por la línea 123 o, un servicio especializado de Ambulancias cuya localización esté cercana al prestador que refiere el paciente.

- Establecer cuál será la institución, centro clínico u hospitalario al que será remitido el paciente, que se seleccionará de una lista previamente elaborada con la dirección, números telefónicos, personas de contacto, tipos y complejidad de los servicios de las instituciones de referencia. Se preferirá el centro más cercano con capacidad para prestar el servicio de urgencias.

Información adicional asociada

- Con el fin de evitar demoras en la atención o traslado del paciente, las comunicaciones inicialmente realizadas para coordinar la referencia pueden establecerse, por ejemplo, por teléfono, y el envío de la información documental puede realizarse por fax o correo electrónico mientras el paciente es trasladado.

- La nota de referencia que se envía al receptor debe indicar, por lo menos: identificación del paciente (la misma consignada en la Historia Clínica); la sintomatología o el tipo de complicación que presentó; las medidas tomadas o realizadas previas a la referencia para controlar el problema y las razones por las cuales se remite.

- El profesional independiente se comunicará con el acompañante y/o responsable del paciente para informarle sobre la situación presentada y la referencia realizada.

- Si el paciente se encuentra como afiliado o beneficiario de alguna entidad administradora de planes de beneficios (EAPB) o aseguradora (EPS), se informará de este hecho a la institución donde atiendan la urgencia para que a su vez esta última se comunique con la EAPB o EPS del paciente.

- Se indagará con la entidad o servicio receptor sobre la evolución del paciente y se registrará dicho seguimiento o retroalimentación en la historia clínica del paciente o en los registros administrativos de la IPS.

MANEJO DE LA INTERCONSULTA

Algunas veces el profesional tratante especialmente los médicos rurales de la institución solicita interconsulta con médicos de planta para que emitan juicios y orientaciones sobre la conducta a seguir con determinados usuarios, sin que estos profesionales o instituciones, asuman responsabilidad directa de su manejo. Para ello se diligencia el formato de interconsulta institucional que consta de:

Solicitud de la interconsulta:

- Nombres y apellidos del paciente.
- Tipo y N^0 de identificación.
- Fecha y hora de solicitud.
- Administradora de planes de beneficio del usuario.
- Servicio que solicita la interconsulta.
- Servicio o profesional interconsultado.
- Motivo de la interconsulta.
- Firma del médico solicitante de la interconsulta.
- Registro médico del solicitante de la interconsulta.

Respuesta de la interconsulta:

- Servicio interconsultado.
- Fecha y hora de respuesta.
- Descripción de la conducta a seguir.
- Firma del médico interconsultado.
- Registro del médico interconsultado.

Durante la realización de la interconsulta intrahospitalaria el médico a petición de otro médico tratante, revisa la historia clínica del paciente, lo explora, y hace recomendaciones sobre el manejo o tratamiento.

A continuación se describe el procedimiento de interconsulta en la ESE HOSPITAL:

El procedimiento será realizado por el médico del servicio social obligatorio o médico general. En este caso, después que el paciente es valorado por el médico tratante, éste será quien determine, si el paciente, amerita una interconsulta con un médico de planta de amplia experiencia.

Para solicitar la interconsulta se debe registrar en el formato de interconsulta los datos que allí se solicitan tales como: identificación del paciente, servicio a interconsultar y el motivo de la interconsulta.

Cuando el servicio es prestado por la ESE HOSPITAL, en los servicios de urgencia y hospitalización, la auxiliar de enfermería o médico, llamará telefónicamente al médico que va a asumir la interconsulta, para que éste se desplace a prestar sus servicios de manera oportuna. Posterior a la valoración y al análisis de la historia clínica, el médico interconsultado, realiza las anotaciones pertinentes de los hallazgos y las conductas a seguir en el Formato de interconsulta, para que así de esta manera el médico general siga sus instrucciones.

En la atención ambulatoria, el médico general diligencia un Formato de referencia, y orienta al paciente en el trámite a seguir, sugiere al paciente desplazarse a la oficina de atención al usuario de la EPS, para que le adelante los trámites pertinentes teniendo en cuenta las políticas de cada entidad, y así tramitar la autorización de la atención de acuerdo al directorio de profesionales adscritos a la EPS.

En el caso de referencias ambulatorias, cuando la remisión no sea efectiva, registre en la Historia Clínica, la fecha y hora, en la cual el paciente tenía la cita, asistió y no fue atendido; además el motivo de la negación en la prestación del servicio.

CONTRARREFERENCIA

Es la respuesta que las unidades prestadoras de servicios de salud receptoras de la referencia, dan al organismo que referenció o a la unidad familiar del paciente. La respuesta puede ser la contraremisión del usuario con las debidas indicaciones a seguir o simplemente la información sobre la atención recibida por el usuario en la institución receptora, o el resultado de las solicitudes de ayuda diagnostica. La contrarreferencia debe ser conservada en la historia clínica del paciente.

La descripción del contenido es:

- Datos generales: N^0 de referencia; Fecha: día, mes, año; hora; destino de referencia; nivel de complejidad,

- Datos generales del paciente: nombre y apellido del paciente, tipo y N^0 de identificación, dirección y teléfono,

- Empresa aseguradora, que da la respuesta,

- Respuesta a la remisión: hallazgos clínicos, resultados de procedimientos, diagnóstico y código del diagnóstico, tratamiento instaurado, recomendaciones, anexos,

- Conducta: contrarreferencia, remisión y solicitud para procedimientos diagnósticos, hospitalización, control por consulta externa, solicitud de cirugía e interconsulta.

- Datos del profesional tratante: nombre y apellidos completos, registro médico y firma.

NORMAS TECNICAS Y ADMINISTRATIVAS

La remisión nace del ejercicio diagnóstico y de atención profesional en salud, una vez el profesional ha tomado la decisión de que el paciente objeto de atención amerita un nivel superior de atención técnico científica ante las limitaciones que en el mismo sentido se evidencian en su nivel de atención.

Para garantizar la prestación de servicios de salud, en forma integral, a la población, es necesario conocer y aplicar las Normas Técnicas y Administrativas adoptadas por la E.S.E. Hospital Nuestra Señora del Carmen de Guamal, Magdalena, según la normatividad vigente, que establece los lineamientos del Sistema de Referencia y Contrarreferencia, en el territorio nacional. Lo cual permite a la ESE, optimizar la calidad, en la prestación de servicios de salud, la referencia de usuarios, y/o elementos de ayuda diagnóstica.

La ESE HOSPITAL, no deberá remitir pacientes arbitrariamente, hacia otra institución. Se debe brindar al usuario, la máxima respuesta posible a sus necesidades y expectativas durante la atención, de acuerdo al recurso físico, humano y tecnológico disponible en la institución, antes de remitirlo, cuando se considere que deba hacerse; aplicando los criterios establecidos para la referencia y contrarreferencia, a los que se hace mención a continuación:

A. Todo usuario referido de la E.S.E. Hospital Nuestra Señora del Carmen de Guamal, Magdalena, y contrarreferido de cualquier Institución Prestadora de Servicios de Salud, debe ir acompañado de la información básica para brindarle una adecuada atención y manejo, mediante el registro de las variables establecidas en el Formato de Referencia y Contrarreferencia.

B. Todo usuario antes de ser remitido de la E.S.E. Hospital Nuestra Señora del Carmen de Guamal - Magdalena, debe ser valorado clínicamente por el profesional de la salud pertinente, establecer diagnósticos claros de acuerdo a la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE 10, y determinar los motivos de referencia, al igual que los factores de riesgo asociados a la patología presente.

C. Todo usuario que llega a la E.S.E. Hospital Nuestra Señora del Carmen de Guamal, Magdalena, con una patología de manejo clínico de urgencias, debe ser atendido en el servicio de urgencias, aplicándole las medidas necesarias para proteger su vida y mejorar su pronóstico.

En caso que requiera atención de mayor complejidad, se procederá a definir el sitio donde se continuará su atención, en coordinación con la entidad responsable del aseguramiento del usuario, según la Red de Servicios establecida.

Cuando se decida la remisión, deberá anotarse en la Historia Clínica, los motivos de la misma, ya sea por orden médica o administrativa.

El envío del paciente, entre diferentes unidades, se hará considerando:

- La capacidad resolutiva de la institución receptora y la urgencia manifiesta de la atención,
- Que la institución receptora cuente con el talento humano asistencial y de apoyo, con los insumos apropiados para la atención del paciente en forma oportuna,
- La georreferencia dentro de la racionalidad del servicio y la posibilidad de atención, en su domicilio o cerca a éste.

Un paciente es aceptado, teniendo en cuenta la complejidad de su patología y el nivel resolutivo de la institución que lo atenderá en forma oportuna.

D. La atención inicial de urgencias debe ser prestada en forma obligatoria por la E.S.E. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN de Guamal, Magdalena, a todas las personas, independientemente de la capacidad de pago. Su prestación no requiere contrato ni orden previa. El costo de estos servicios será pagado por el Fondo de Solidaridad y Garantía- ADRES ahora conocido como ADRES, en los casos previstos en el artículo 167 de la Ley de 100 de 1993, o por la entidad promotora de salud a la cual esté afiliado, en cualquier otro evento.

E. El profesional a cargo de la atención, debe comunicar al paciente objeto de su atención y/o a su representante legal su decisión de remitir al paciente a otra institución donde se le garantice la atención requerida, explicando el estado actual de salud del paciente, las implicaciones que tendría no remitir al paciente, los motivos de tal decisión, el tipo de servicio y el nivel solicitado.

F. Será exigible para todas las remisiones, tengan el carácter de remisiones de urgencias o de remisiones ambulatorias que exista coherencia en la historia clínica en sí y esta se vea reflejada en la solicitud debidamente diligenciada, generando a su vez que coincidan la Historia clínica y la remisión, además debe ser pertinente la solicitud del servicio requerido con la patología del paciente y entre esta y el nivel de atención requerido, lo

anterior será evaluado dentro del análisis del contenido de las remisiones en los procesos de auditoría que se realicen en el área.

El diligenciamiento del formato de solicitud de servicios debe ser realizado por el profesional tratante (Médico General), de manera integral, veraz, clara, coherente y responsable, todo acorde a los lineamientos expresados en el instructivo. Se debe imprimir una copia de dicho documento, para requerimientos propios del procedimiento.

El diligenciamiento del **Formato de Referencia y Contrarreferencia de la ESE Hospital**, debe cumplir con lo establecido en la normatividad vigente: Resolución No. 1995 de 1999, Resolución 3374 de 2000, Resolución 4331 de 2012; el mismo, debe contemplar, básicamente, los siguientes datos:

- Identificación de la institución y el servicio referente; así mismo de la entidad receptora.
- Identificación del usuario: Apellidos y Nombre completo, Documento de identidad, Fecha de nacimiento, Edad, Sexo, Estado civil, Ocupación, Procedencia, Residencia, Dirección de su residencia, Teléfono, Persona responsable/Parentesco, Aseguradora, Tipo de Afiliación que este paciente tiene al SGSSS.
- Diagnóstico presuntivo.
- Resumen de la Historia Clínica, incluyendo el informe del resultado de las pruebas de ayuda diagnostica realizadas y tratamiento indicado.
- Los resultados para los estudios paraclínicos realizados así como, en su caso, la indicación de solicitar resultados pendientes y el procedimiento para obtenerlos.
- Los tratamientos aplicados, evolución durante su estancia en la institución referente, y las condiciones clínicas del paciente inmediatamente antes de iniciar el traslado.
- Nombre del profesional responsable de la referencia.
- Firma y Registro Médico del profesional responsable de la referencia.

G. La E.S.E. Hospital Nuestra Señora del Carmen de Guamal – Magdalena, debe garantizar la remisión adecuada de sus usuarios hacia la institución del grado de complejidad requerida, que se responsabilice de su atención. La E.S.E. tiene responsabilidad sobre el paciente, desde el momento en que haya prestado la atención inicial de urgencia hasta el momento en que el mismo haya sido dado de alta, si no ha sido objeto de una remisión. Si el paciente ha sido remitido, su responsabilidad llega hasta el momento en que el mismo ingrese a la entidad receptora.

H. Para remitir a un usuario a otra institución, es indispensable confirmar su recepción. La E.S.E. Hospital Nuestra Señora del Carmen de Guamal – Magdalena, deberá comunicar previamente la Referencia a la institución a la cual se va a remitir el usuario, utilizando para ello la red de comunicaciones (Telefax, celular, intercambio electrónico de datos-EDI, correo electrónico con disponibilidad 24 horas), o solicitar la remisión a la Oficina Regional ó, a la Línea 018000 de la entidad aseguradora. Se debe anotar el nombre

completo y los apellidos de quien recepcione la información, en el Registro diario de Referencia y Contrarreferencia de los servicios de urgencia y hospitalización.

Al solicitar la atención de un usuario, en una institución de mayor complejidad, se establecerá comunicación previa entre los profesionales responsables de cada institución. Se proporcionará al médico receptor, la información pertinente, sobre el diagnóstico, condición de gravedad, tratamiento previo, evolución, sugerencias terapéuticas y recursos que serán requeridos por el usuario remitido, para su manejo. Las condiciones del traslado se acuerdan y respetan entre el médico que envía y el médico que recibe.

Cuando se imposibilite la comunicación previa sobre la Referencia, la entidad de origen debe garantizar la atención del usuario de conformidad con la gravedad del caso y la capacidad de resolución de la institución.

Si no es posible la ubicación del paciente por parte de la institución referente, en todas las instituciones receptoras posibles, se procederá de la siguiente manera:

- Registrar en la historia clínica y formato de referencia, las comunicaciones realizadas, el nombre del funcionario consultado y las causas por las cuales no fue aceptada la remisión.

- Solicitar apoyo al Coordinador del Centro Regulador de Urgencias y Emergencias – CRUE Departamental, para que gestione e informe cual es la institución receptora a prestar el servicio solicitado.

I. Una vez aceptado el paciente, la E.S.E. HOSPITAL, agilizará el traslado del mismo, informará y orientará al familiar el procedimiento de envío y la institución receptora reservará de manera garantizada un lugar para éste.

J. El traslado del paciente se realiza previa autorización por escrito del familiar responsable de éste. El médico de la ESE HOSPITAL, no establecerá compromisos sobre lo que hará o dejará de hacer la institución receptora.

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

K. En todos los casos se llenará el formato de "consentimiento informado" para el traslado y atención en otro nivel de complejidad, siempre y cuando el estado clínico del paciente lo permita y no corresponda a una urgencia verdadera manifiesta.

L. Cuando por dificultad técnica en los medios de comunicación y/o por situaciones de emergencia expresa (urgencias vitales), se imposibilite informar a la IPS receptora sobre

las características de referencia del usuario, la E.S.E. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN de Guamal – Magdalena, procederá a dejar constancia por escrito, en la Historia Clínica y en el Formato de Referencia y Contrarreferencia, de los motivos que imposibilitaron la comunicación; a la vez que se inicia el traslado del usuario al nivel superior, para continuar su atención integral de acuerdo al nivel de resolutividad de la Institución receptora. Si es el caso, se debe anotar cualquier circunstancia que retrase y/o impida la remisión y el destino final de la misma; teniendo en cuenta que dicha situación, no será argumento para negar la aceptación del paciente por parte del receptor.

M. Si se presenta alguna condición médica que necesite para su estabilización recursos humanos y materiales no disponibles en la ESE HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN, el paciente será trasladado en las mejores condiciones posibles al nivel de atención que le corresponda, aún sin haberse considerado estable.

Si un paciente es recibido en condiciones inestables y requiere traslado a otra institución, la E.S.E. HOSPITAL, realizará éste en una ambulancia básica que cuente con los recursos necesarios para la atención del paciente durante el traslado; siempre con la compañía de un médico y el familiar del paciente.

So pena de sanciones, NO será un argumento válido para la negación del ingreso a una entidad receptora, que El Paciente, No esté acompañado de un familiar.

La ambulancia, el equipo de traslado y el médico podrán pertenecer a la institución receptora o a la que envía, según sus posibilidades.

La institución que proporcione la ambulancia, el equipo y el médico será la responsable del paciente durante el traslado. Si la ambulancia y el médico pertenecen a la institución que envía al paciente la responsabilidad de esta última, terminará al momento de entregar al paciente a la institución receptora. Una vez recibido al enfermo la institución receptora asumirá la responsabilidad.

En caso de que la institución que envía cuente con un solo médico disponible, el paciente se podrá acompañar durante el traslado de un paramédico.

En ocasiones excepcionales podrá utilizarse una ambulancia perteneciente a una institución diferente a la que envía y a la que recibe previa comunicación y coordinación con el CRUE. En estos casos la responsabilidad se compartirá entre la institución que envía y la que proporciona los recursos para el traslado.

N. La E.S.E HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN de Guamal, solo prestará los servicios que tiene habilitados ante la Secretaría Seccional de Salud del Magdalena, y garantizará la disponibilidad del Talento Humano, en el Servicio de Urgencias, durante

las 24 horas del día, los 365 días del año, para brindar atención a los usuarios que la ameriten.

O. La ESE HOSPITAL, contará con un Directorio actualizado con la información de los diferentes actores que conforman la Red de Servicios de Salud, disponibles en el Departamento del Magdalena; así como de Redes Complementarias, que permita la oportuna y adecuada referencia de usuarios y de elementos de ayuda diagnóstica.

P. La E.S.E. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN de Guamal, tendrá un Manual actualizado del Sistema de Referencia y Contrarreferencia.

Q. Como parte del Sistema de Información de la Referencia y Contrarreferencia, será responsabilidad del Profesional Enfermero (a) Jefe del Servicio de Urgencias de la ESE HOSPITAL, reportar **mensualmente,** al CRUE del departamento del Magdalena, a través del e-mail: crue@magdalena.gov.co, el consolidado del Registro Diario de Referencia y Contrarreferencia, con base en las variables definidas en el FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA , dando cumplimiento a la Circular N° 0043 del 26 de Enero de 2017, emanado por la Secretaria Seccional de Salud del Departamento del Magdalena.

R. Para la remisión de usuarios, la ESE HOSPITAL, se apoyará en primera instancia, en su centro de referencia para Mediana complejidad Natural, y en la Red Complementaria, la E.S.E. Hospital La Candelaria del municipio de El Banco (Magdalena), y la E.S.E. Hospital Universitario de Cartagena con sede en el municipio de Mompox (Bolívar), respectivamente. Para la Alta complejidad, en la E.S.E. Hospital Universitario Fernando Troconis del distrito de Santa Marta, sin detrimento de los contratos establecidos, con las otras instituciones del subsector privado y de seguridad social de otros departamentos (Cesar, Guajira, entre otros), o de acuerdo a la Red de Servicios que contemplen las distintas Entidades Promotoras de Salud.

S. La E.S.E. Hospital Nuestra Señora del Carmen de Guamal, Magdalena, como organismo integrante de la Red de Prestadores de Servicios de Salud del Magdalena, deberá levantar **Indicadores del Funcionamiento de la Red Departamental**, que puedan medir, Oportunidad, Accesibilidad, Seguridad y Satisfacción del usuario, en relación al Sistema de Referencia y Contrarreferencia de la Red (implementando Formatos de Oportunidad en la referencia, seguimiento a remisiones, contrarrefrencias recibidas), tales como: Porcentaje de remisiones según grado de complejidad de las instituciones; Porcentaje de remisiones rechazadas por los hospitales de referencia, frente al total de solicitudes de remisiones realizadas en el mismo periodo a los hospitales de referencia; Porcentaje de remisiones realizadas al CRUE para la atención de la Población Pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda; Tasa de crecimiento entre periodos (semestrales o anuales) de las remisiones realizadas a la Red complementaria fuera del

Departamento de Población Pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda; los cuales deberán reportarse al CRUE, como instancia operativa de dicho Sistema.

T. La E.S.E. Hospital Nuestra Señora del Carmen de Guamal, como organismo integrante de la Red de Prestadores de Servicios de Salud del Magdalena, está obligada a reportar ante el CRUE Departamental, aquellas situaciones atípicas que surjan desde y entre las instituciones y que afectan la pertinencia médica y/o administrativa del Sistema de Referencia y Contrarreferencia, para ser enviadas a la Institución implicada con copia al CRUE. Así mismo, deberá la ESE HOSPITAL, realizar internamente, Análisis de Referencia y Contrarreferencia, en el que se deberá discutir, sugerir e implementar planes de mejora internos para el Sistema de Referencia y Contrarreferencia en el Departamento del Magdalena.

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

V. De la atención de **Casos de Notificación Obligatoria y Médico Legales,** el personal de la institución donde ocurrió el primer contacto, será el responsable de ésta (a fin de evitar duplicidades).

W. La atención y el manejo de las patologías objeto de referencia en la ESE HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN de Guamal, desde cualquier tipo de servicio que oferta la Institución, están orientados, basados y sustentados en las diferentes Guías de Atención Clínica (GAC) adoptadas por la ESE.

El profesional de la salud quien realiza la atención y solicita la referencia y/o interconsulta, será el responsable de la aplicación con criterio clínico de los protocolos contenidos en dichas Guías; igualmente dejará constancia en la Historia Clínica y en el Formato de Referencia y Contrarreferencia, de los motivos que llevaron a esta.

X. Para la solicitud del Servicio de Interconsulta desde el área ambulatoria, de urgencias y de hospitalización, se diligenciará en el Formato de Referencia y Contrarreferencia, por parte del profesional tratante (Médico General), se envía al usuario para valoración especializada, y de la misma manera, el médico especialista, debe dejar constancia de sus conceptos y/o apreciaciones acerca de la patología del usuario interconsultado. La ESE HOSPITAL, No realiza interconsultas vía telefónica o radiotelefónica; y si fuere el caso, el profesional médico que la realice, asumirá la responsabilidad del manejo y/o complicación que presentara el paciente atendido, en consecuencia de dicho proceso.

Y. Los organismos que soliciten apoyo tecnológico a otra institución, deben identificar y justificar la necesidad de transferencia de recursos, cumpliendo con las normas administrativas y fiscales.

Z. DEL PAGO DE LOS SERVICIOS. Artículo 9º. Decreto 2759 de 1991:

El valor de los servicios que conlleva la atención de Referencia y Contrarreferencia de que trata el presente Decreto, se cobrará de conformidad con los siguientes criterios:

1. El cobro de tarifas de servicios en las instituciones del subsector oficial, se regirá por la clasificación socioeconómica que del usuario realice la entidad remisora.

2. Los servicios a usuarios referidos por entidades con las cuales se han celebrado contratos de prestación de servicios, se facturarán de conformidad con las tarifas establecidas en dichos contratos.

3. Los costos del servicio de transporte serán asumidos por la entidad referente cuando se trate de usuarios sin capacidad de pago alguna.

4. Los costos por prueba de ayuda diagnóstica y/o tratamiento, los asumirá la entidad receptora cuando se trate de usuarios sin capacidad de pago alguna y a los restantes se les cobrará de acuerdo a su clasificación socioeconómica.

Parágrafo. Los costos de ayuda diagnóstica y/o de atención, no cubiertos por los usuarios de conformidad con su capacidad de pago, que deban asumir las instituciones receptoras en la forma en que lo dispone el presente artículo, se financiarán con los aportes que efectúa la Nación por concepto de situado fiscal y otros aportes o por las entidades territoriales.

INSUMOS PARA EL FUNCIONAMIENTO DEL REGIMEN DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA.

Las entidades territoriales por intermedio de las direcciones locales y departamentales, deben garantizar la disponibilidad de los insumos necesarios para el funcionamiento del Régimen de Referencia y Contra referencia, teniendo en cuenta los grados de complejidad en la prestación de los servicios.

Se consideran los siguientes insumos, como básicos para el funcionamiento del Régimen de Referencia y Contra referencia:

- Información
- Red de comunicaciones
- Vehículos para el transporte de pacientes (Ambulancias)

INFORMACION

La E.S.E. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN de Guamal, Magdalena manejará la información necesaria que permita el desarrollo del régimen de referencia y contrarreferencia, para ello, los instrumentos mínimos serán:

a) FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA
b) BITACORA DEL REGISTRO DIARIO DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA
c) INDICADORES DE SEGUIMIENTO AL FUNCIONAMIENTO DEL SISTEMA R Y C.

La E.S.E. HOSPITAL, como integrante de la Red de Servicios del Magdalena, debe utilizar obligatoriamente el **FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES** definido en el Anexo Técnico No. 9 de la Resolución 4331 de 2012, en el cual se deben diligenciar variables como:

- Fecha y hora en la cual se diligencia el formato
- Información del prestador
- Datos del paciente
- Datos de la persona responsable del paciente
- Datos de profesional que solicita la referencia y servicio al cual se remite
- Información clínica relevante del paciente (diligenciar en el orden indicado la información de anamnesis y examen físico, fechas y exámenes de diagnóstico; resumen de la evolución, diagnóstico, complicaciones, tratamientos aplicados y motivos de remisión). Al finalizar, el profesional remitente debe firmar el formato.

La Entidad receptora de mediana y alta complejidad, debe diligenciar el **FORMATO ESTANDARIZADO DE CONTRARREFERENCIA DE PACIENTES**, definido en el Anexo Técnico No. 10 de la Resolución 4331 de 2012, en donde se deberá realizar todos los

procedimientos pertinentes para la debida contrarremisión de los usuarios; de forma que pueda darse continuidad al tratamiento en la institución de menor complejidad de su lugar de origen.

La ESE HOSPITAL, llevará una **BITACORA DE AMBULANCIA DE TRASLADO ASISTENCIAL BASICO**, para el control de la salida y llegada de estos vehículos; y el registro de las novedades eventuales implícitas en el proceso del traslado del paciente referenciado.

La ESE HOSPITAL, deberá levantar **INDICADORES DEL FUNCIONAMIENTO DEL SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERNCIA DE LA RED DEPARTAMENTAL**, que puedan medir, Oportunidad, Accesibilidad, Seguridad y Satisfacción del usuario, en relación al Sistema de Referencia y Contrarreferencia de la Red de Servicios de Salud del Magdalena.

Formato Estandarizado de Referencia y Contrarreferencia de la E.S.E. Hospital Nuestra Señora del Carmen de Guamal, Magdalena.

El Formato establecido por la E.S.E. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN de Guamal, Magdalena, para la Referencia y Contrarreferencia de pacientes, elementos e insumos presenta las siguientes características:

a. El Formato de Referencia y Contrarreferencia, es el mismo que se realiza para la Interconsulta.

b. El Formato de Referencia y Contrarreferencia de la ESE HOSPITAL, cumple con los estándares mínimos exigidos por la Resolución 4331 DE 2012, por medio de la cual se adiciona y modifica parcialmente la Resolución 3047 de 2008, modificada por la Resolución 416 de 2009.

c. Variables definidas en el Formato de Referencia y Contrarreferencia:

- Identificación de la Institución referente, y el servicio del cual se remite, y al cual se remite; así mismo la de la Institución receptora del usuario.

- Datos completos de identificación del usuario: Apellidos y Nombre completo, Documento de identidad, Fecha de nacimiento, Edad, Sexo, Estado civil, Ocupación, Procedencia, Residencia, Dirección de su residencia, Teléfono, Persona responsable/Parentesco, Aseguradora de planes de beneficios de salud, Tipo de Afiliación que este paciente tiene al SGSSS.
- Resumen completo de la Historia Clínica: anamnesis y hallazgos del examen físico; incluyendo informe del resultado de pruebas de ayuda diagnóstica.

- Diagnósticos presuntivos: Relación de impresiones diagnósticas de acuerdo a su nivel de importancia patológica y Factores de riesgo asociados, y motivos que justifiquen la remisión.

- Tratamiento instaurado en la ESE referente y su respuesta, ya sea favorable o no satisfactoria a los mismos.

- Motivos de la referencia: nivel de competencia, recurso humano, apoyo tecnológico, petición voluntaria por parte del usuario.

- Fecha y Hora de ingreso y egreso del usuario de la Institución referente.

- Fecha y Hora de solicitud de la remisión por parte de la Institución referente, y de aceptación de la remisión por parte de la Institución receptora,

- Nombre del profesional que reciba, y acepte o rechace la remisión, una vez notificada a la Institución receptora,

- Nombre del profesional responsable de la referencia, su Firma, Registro Profesional y Sello correspondiente.

INFORMACION CONTENIDA EN LAS BITACORAS DEL REGISTRO DIARIO DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA DE PACIENTES:

A cargo del jefe del servicio de urgencias

- Numero de orden
- Documento de identidad del usuario
- Entidad aseguradora
- Diagnóstico, Código CIE-10
- Servicio especializado requerido
- Nombre del Médico referente
- Fecha y Hora de solicitud de la referencia
- Fecha y Hora de aceptación de la referencia
- Entidad receptora
- Nombre del Médico receptor
- Fecha y Hora de salida de la Ambulancia TAB
- Nombre del Conductor de la Ambulancia TAB
- Nombre del Auxiliar o Paramédico
- Observaciones

A cargo de la tripulación de la ambulancia del Traslado Asistencial básico T.A.B.

- Número de orden
- Documento de identidad del usuario
- Entidad aseguradora
- Diagnóstico, Código CIE-10
- Servicio especializado requerido
- Nombre del Médico referente
- Prestador de destino
- Fecha y Hora de salida de la Ambulancia
- Fecha y Hora de llegada de la Ambulancia
- Fecha y Hora de entrega del usuario remitido
- Nombre del Médico receptor
- Nombre del Conductor de la Ambulancia
- Nombre del Auxiliar o Paramédico
- Novedades/ Observaciones durante el traslado

Observación: Se dispone de un libro de registro para los datos referenciados.

Indicadores de Seguimiento al Funcionamiento del Sistema de Referencia y Contrarreferencia.

Como parte del Sistema de Información de la Referencia y Contrarreferencia, será responsabilidad del Profesional Enfermero (a) Jefe del Servicio de Urgencias de la ESE HOSPITAL, reportar **mensualmente** al CRUE del departamento del Magdalena, a través del e-mail: magdalenacrue@gmail.com, el consolidado del Sistema de Referencia y Contrarreferencia, con base en las variables definidas en el FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA, también se encargará de realizar la autoevaluación utilizando los indicadores que a continuación se presentan:

a. Porcentaje de remisiones según grado de complejidad de las instituciones:

Numerador 1:	Número de remisiones realizadas por los hospitales de baja complejidad a la mediana complejidad.
Denominador:	Total de remisiones realizadas por los hospitales de baja complejidad en el mismo período.
Fuente Primaria:	Consolidado de remisiones realizadas según Institución remisora y receptora clasificadas por grado de complejidad.

Numerador 2:	Número de remisiones realizadas por los hospitales de baja complejidad a la alta complejidad.

Denominador:	Total de remisiones realizadas por los hospitales de baja complejidad en el mismo período.
Fuente Primaria:	Consolidado de remisiones realizadas según Institución remisora y receptora clasificadas por grado de complejidad.

b. Porcentaje de remisiones rechazadas por los hospitales de referencia, frente al total de solicitudes de remisión realizadas en el mismo periodo a los hospitales de referencia:

Numerador:	Número de remisiones rechazadas por los hospitales de referencia.
Denominador:	Total de solicitudes de remisiones realizadas a los hospitales de referencia en el mismo período.
Fuente Primaria:	Consolidado de remisiones realizadas según Institución remisora y receptora clasificadas por grado de complejidad.

c. Porcentaje de contrarreferencias realizadas en un periodo:

Numerador:	Número de contrarreferencias realizadas por los hospitales de referencia al hospital remisor.
Denominador:	Total de remisiones recibidas por los hospitales de mediana complejidad en el mismo período.
Fuente Primaria:	Consolidado de remisiones realizadas según Institución remisora y receptora clasificadas por grado de complejidad.

RED DE COMUNICACIONES

La E.S.E. Hospital Nuestra Señora del Carmen de Guamal - Magdalena, para la referencia de paciente, cuenta con: Teléfonos fijos y teléfonos móviles, servicio de correo electrónico vía Internet, como medios de comunicación con las instituciones que conforman la Red de Servicios de Salud Natural y Complementaria y otras entidades de apoyo.

La Red de Comunicaciones, de la cual dispone la entidad hospitalaria, para la prestación integral de servicios de salud de Baja Complejidad, se encuentra conformada por servicios de teléfonos móviles (celulares), los números de contacto son:

CONTACTO	NUMERO TELEFONICO - CELULAR
Médico con función de Coordinación medica	318 616 4353
Profesional apoyo a Talento Humano	304 2040995
Gerente	300 8104707
Técnico área de la Salud	311 4049921
Jefe de Control Interno	300 6724219

La ESE HOSPITAL, cuenta además con Recursos tecnológicos mínimos de red (internet), a través de red fibra óptica, los cuales permiten mantener una adecuada red de comunicación.

TRANSPORTE PARA PACIENTES

La ESE Hospital Nuestra Señora del Carmen de Guamal - Magdalena, cuenta con cuatro vehículos de transporte, tipo Ambulancia Básica, habilitada ante la Secretaria Seccional de Salud del Magdalena, con cumplimiento de estándares mínimos de normatividad y de elementos necesarios para el adecuado manejo del usuario.

La ESE HOSPITAL, podrá celebrar contratos con empresas privadas debidamente habilitadas, para garantizar el traslado oportuno de usuarios, cuando por alguna circunstancia, no se cuente con el medio de transporte adecuado.

El Conductor y el Equipo asistencial, a cargo del traslado del usuario, se encuentra dotado de equipos telefónicos móviles que garanticen una adecuada red de comunicación que garantice la prestación de servicios en forma oportuna y eficiente.

Se realizará Traslado:

- Primario: Es la atención y/o traslado en ambulancia TAB, que se realiza en y desde el sitio de ocurrencia del evento (residencia, vía pública, comercio, parques, etc.), hasta un centro asistencial en salud, que posea el nivel de atención y grado de complejidad

pertinente para la condición actual o futura del paciente. Involucra la movilización del vehículo, hasta su llegada al sitio de atención.

- Secundario: Es la atención y/o traslado en TAB, de un paciente manejado o controlado por personal de la salud que se efectúa entre centros asistenciales y/o domicilios. Incluye la movilización del vehículo hasta su llegada al sitio de atención.

RED DE TRANSPORTE DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN DE GUAMAL- MAGDALENA.

La E.S.E. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN de Guamal, Magdalena, cuenta con tres (3) ambulancia de Transporte Asistencial Básico, habilitada e inscrita en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud del departamento del Magdalena, se encuentra dotada de los elementos e insumos necesarios para el manejo adecuado, integral, oportuno y eficiente de los usuarios que lo requieran según su condición patológica.

Las ambulancias de la ESE HOSPITAL, será utilizada de acuerdo a las normas establecidas para ello, por el Ministerio de la Protección Social, cumpliendo con los requisitos de la Resolución 4481 de 2012 de Misión Médica.

Como integrante de la Red de Prestadores del Departamento del Magdalena, la ESE HOSPITAL, se encuentra sujeta a las directrices dadas por el ente territorial, en relación con la prestación de servicios de salud incluido el traslado asistencial de pacientes; en razón a nuestra condición de prestadores públicos departamentales y de institución contratada para la prestación de servicios de salud a la población pobre no asegurada con cargo al Departamento.

Ambulancia de Transporte Asistencial Básico (1).

Tipo de vehículo: Nissan 4x4
Placas: OWA 017
Modelo: 2016
Ubicación: E.S.E. Hospital Nuestra Señora del Carmen de Guamal, Magdalena.

Ambulancia de Transporte Asistencial Básico (2).

Tipo de vehículo: Nissan 4x4
Placas: OWA 021
Modelo: 2019
Ubicación: E.S.E. Hospital Nuestra Señora del Carmen de Guamal, Magdalena.

Ambulancia de Transporte Asistencial Básico (3).

Tipo de vehículo: Nissan 4x4
Placas: JSK771
Modelo: 2021
Ubicación: E.S.E. Hospital Nuestra Señora del Carmen de Guamal, Magdalena.

Normas técnicas y administrativas para el talento humano que integra la tripulación de la ambulancia de Transporte Asistencial Básico de la E.S.E. Hospital Nuestra Señora Del Carmen de Guamal - Magdalena.

Para realizar una labor integral por parte de todo el Equipo de Traslado Asistencial Básico de la ESE HOSPITAL, se hace referencia a las siguientes consideraciones normativas:

a. El Conductor de la Ambulancia de Traslado Asistencial Básico.

El Conductor de la ambulancia, debe cumplir con lo que determine para su actividad la autoridad de tránsito terrestre, y debe contar con el certificado de formación en Primeros Auxilios vigente.

El Conductor de la ambulancia, debe recibir turno asistencial de acuerdo a la programación previamente establecida, y verificar el estado del vehículo, lo cual incluye: aseo, combustible, llantas, infraestructura, condición tecnomecánica, y demás condiciones necesarias para el buen funcionamiento de la Ambulancia durante el proceso de traslado del usuario que por su condición patológica así lo requiera.

Al igual que el personal médico y paramédico, parte de la tripulación de la ambulancia durante el traslado, el Conductor debe residir en el municipio de Guamal, y permanecer en disponibilidad permanente, según la asignación previa del turno durante la semana, y acudir oportunamente a las instalaciones de la ESE HOSPITAL, tan pronto se requiera de su servicio, para atender cualquier emergencia en salud.

EL conductor debe apoyar al personal médico y paramédico del Equipo asistencial del traslado, en el ingreso del paciente hasta la ambulancia al salir de la entidad referente; así como al egreso de esta al llegar a la entidad receptora.

No debe descuidar la integridad del paciente y de su tripulación, en relación a mantener ajustadas y seguras las puertas de acceso al vehículo, teniendo en cuenta algún imprevisto en la vía durante el traslado, que lleve al conductor a estacionar la ambulancia en la vía pública.

Debe conservar buenas prácticas de manejo, al conducir la ambulancia, teniendo presente la cautela y la prudencia, al establecer el ritmo y la velocidad con la cual se desplaza en el vehículo, ya que su misión se centra en el traslado de personas de alto valor social, por la condición misma de vulnerabilidad.

Velar por la realización de las rutinas permanentes de mantenimiento preventivo y correctivo de la infraestructura y condición tecnomecánica del vehículo; e informar oportunamente al área administrativa de la entidad hospitalaria, cuando el vehículo requiera del mantenimiento correctivo, para activar el plan de contingencia frente a esta eventualidad.

La ambulancia de Traslado Asistencial Básico, es un vehículo de uso exclusivo para transportar al paciente que así lo requiera, y a la tripulación que lo asiste y acompaña durante su traslado desde la entidad referente hasta la entidad receptora. Está expresamente prohibido utilizar éste vehículo de traslado asistencial para otras finalidades, no contempladas en la normatividad vigente que rige el Traslado Asistencial en Colombia.

El conductor, debe dedicar el tiempo justo que amerita el proceso de referencia y contrarreferencia de pacientes; una vez éste haya culminado, él y el Equipo médico y/o paramédico de la tripulación de traslado, están en la obligación de regresar oportunamente en la ambulancia, a la sede de la entidad referente.

b. Auxiliar de Enfermería y/o Técnico Profesional y/o Tecnólogo en Atención Prehospitalaria.

El personal paramédico que hace parte de la tripulación de la ambulancia de Traslado Asistencial Básico de la ESE Hospital, debe tener certificado de formación en Soporte Vital Básico y Avanzado cuando sea el caso, constancia para la gestión del duelo, constancia en la atención integral en salud de las personas víctimas de violencia sexual, cuentan con constancia en la atención a personas víctimas de ataques con agentes químicos.

Debe responder por la dotación y suministros de la ambulancia, requeridos para una atención integral del paciente durante su asistencia en el traslado hacia la entidad receptora.

Realizar inventario al recibir y entregar el turno, de todos los equipos y suministros de la ambulancia.

Debe tener disponibilidad permanente en el municipio de Guamal, y responder oportunamente al llamado por parte del área encargada de la entidad hospitalaria, tan pronto se le requiera la prestación de sus servicios, frente a situaciones de urgencia manifiesta.

Documentarse de la información contenida en los registros clínicos que estructuran los Formatos de Referencia y Contrarreferencia, para tener un conocimiento integral de la

condición del paciente e identificar los motivos de la remisión; lo cual le permite abordar el protocolo de atención integral de ese usuario durante su traslado asistencial, hasta que éste sea recibido por la entidad receptora.

Durante el traslado, debe permanecer lo más cerca posible del paciente remitido, para vigilar y controlar integralmente las constantes vitales y estado hemodinámico del mismo; así mismo estar preparado para el abordaje de posibles eventos que afecten o alteren la condición del paciente durante el traslado.

Diligenciar correctamente los datos contenidos en el Formato de Traslado Asistencial Básico de la entidad hospitalaria, por cada paciente referenciado a las entidades de los diferentes niveles de complejidad de la Red de Servicios de Salud.

Al retornar a la Entidad referente, debe retirar de la ambulancia, los insumos utilizados durante el traslado del paciente (sabanas, toallas sucias, y otros materiales e insumos); así mismos residuos sólidos de riesgo biológico, tales como elementos de venopunción, catéteres, fluidos y otros, para garantizar las condiciones biosanitarias del vehículo.

Garantizar la custodia de la información contenida en los registros clínicos y formatos de referencia, diligenciados en la ESE Hospital durante la atención del usuario, una vez es ingresado al servicio de ambulancia; así mismo como mantener los principios éticos y morales en torno al manejo de dicha información, la cual debe tener siempre un carácter privado y confidencial.

Debe diligenciar correctamente los datos contenidos en el Formato de Traslado Asistencial Básico de la ESE HOSPITAL, por cada paciente referenciado a las entidades de los diferentes niveles de complejidad de la Red de Servicios de Salud.

Generalidades normativas en el traslado asistencial de pacientes.

- Todo individuo que llegue a una institución Prestadora de Servicios de Salud con una patología de manejo clínico de urgencias, deberá ser atendido en el servicio de urgencias, aplicándole las medidas necesarias para proteger su vida y mejorar su pronóstico; luego se procederá a definir el sitio donde se continuará su atención en forma integral, según las normas vigentes de Referencia y Contrarreferencia (Decreto 4747/2007 MPS).

- La institución referente deberá comunicar previamente la referencia a la institución a la cual se va a remitir al usuario, únicamente en aquellos casos en los que se requiera de la disponibilidad de UCI; dada la complejidad de la atención requerida para el usuario.

- Cuando se imposibilite la comunicación previa sobre la referencia, la entidad receptora debe garantizar la atención del usuario de conformidad con la gravedad del caso.

- La responsabilidad de la atención del usuario o del objeto elemento de remisión, estará siempre en el organismo referente, hasta que ingrese a la institución receptora. So pena de sanciones, la entidad receptora no podrá retardar los procesos de ingreso del usuario, argumentando dificultades en procesos internos de tipo administrativo. Se debe solicitar al responsable de recepcionar al usuario, su nombre completo, firmar y registrar hora y fecha del ingreso del paciente a la entidad receptora.

- El Formato de referencia y contrarreferencia, se entrega al usuario o al médico que acompaña en el traslado dejando una copia en la IPS de origen, el original corresponde a la entidad referente, en donde deberá ser debidamente archivada y custodiada.

- Las condiciones del traslado, serán establecidas entre el médico referente y el médico receptor del paciente; así mismo, el médico responsable del servicio, asignará el talento humano responsable del traslado (médico, enfermera, auxiliar, tecnólogo, u otros), de acuerdo al diagnóstico y estado de salud del paciente.

- 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, y siempre con el conocimiento del médico remitente, además se deberá informar dichas acciones, a la entidad receptora del paciente.

- Si no ha sido posible la ubicación del paciente, luego de tramitarlo en todas las instituciones de la red adscrita y no adscrita se procede de la siguiente manera:

    - Se establecerá comunicación directa entre el médico receptor y el médico remitente, para que este reciba orientación especializada.

    - De no poderse remitir se dejará constancia de esta situación en la historia clínica y se continuará el manejo hasta donde sea posible según la capacidad de resolución de la institución y dadas las condiciones particulares como disponibilidad de personal, equipos, suministros, lo cual es responsabilidad institucional.

- Cuando se trate de un caso crítico – compromiso inmediato de la vida del paciente, si no es atendido y/o remitido rápida y adecuadamente al nivel que corresponda – y una vez agotado el conducto regular de remisión, la recepción es negativa, el usuario puede ser enviado al hospital más conveniente sin cumplir el requisito de confirmación, previa autorización del centro regulador de urgencias.

- Todo usuario que sea atendido en el servicio de urgencias que amerite ser remitido, debe ser evaluado permanentemente por el médico remitente hasta que el paciente egrese del hospital; y según lo amerite la severidad del cuadro clínico, hasta que sea recibido por la entidad receptora, dejando evidencia de ello en los registros e historia clínica.

- Las entidades que hayan prestado la atención inicial de urgencias deben garantizar la remisión adecuada de los usuarios de acuerdo a lo protocolos institucionales, hacia la institución de grado de complejidad requerida.

- El médico remitente supervisará e indicará la manera en que el usuario debe transportarse a la institución receptora, de acuerdo al tipo de ambulancia: De traslado asistencial básico ó de traslado asistencial medicalizado.

- Las E.S.E.s de mediana complejidad realizaran a un nivel superior a través del CRUE Departamental, cuando se trate de la población pobre no asegurada y evento NO POS. En los casos de usuarios pertenecientes al régimen subsidiado o contributivo se hará de acuerdo a las nomas operacionales establecidas en el Sistemas de referencia y contrarreferencia de las diferentes entidades responsable del pago.

En el caso en que la institución receptora no esté en capacidad de recibir un usuario que ha sido direccionado a dicha entidad; dado que no cuenta con la capacidad resolutiva para la atención, ésta deberá autorizar la prestación del servicio en la red alterna, diligenciando el FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA O CONTRARREFERENCIA, explicando las causas de la no atención, e informar al CRUE sobre esta eventualidad, para que el usuario pueda ser direccionado a otra institución.

- La responsabilidad del manejo y cuidado del paciente es del prestador remisor hasta que se realice efectivamente el ingreso del usuario en la institución receptora. En aquellos casos en que el traslado se realice en una ambulancia 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, hasta la entrega del paciente en la entidad receptora definida por la entidad responsable de pago (Decreto 4747 de 2007, MPS).

- La Ambulancia, y el equipo médico y paramédico de la entidad referente, estarán en disposición de esperar en la entidad receptora hasta Treinta (30) minutos, mientras dicha entidad defina la conducta a seguir con el usuario a su cargo. So pena de sanciones, en ningún caso podrá dejar el paciente sin que haya cumplido el protocolo de ingreso del usuario a dicha institución.

- La institución referente, deberá siempre asegurar el traslado asistencial básico o medicalizado del usuario referido y/o contrarreferido, de acuerdo con la pertinencia médica cuando el caso lo amerite.

- Todo usuario remitido desde el servicio de urgencias y/o internación, debe ir siempre acompañado por un médico y/o paramédico, según su condición de salud, y en lo posible por una persona responsable del paciente. So pena de sanciones, no será un argumento válido para la negación del ingreso a una entidad receptora, que el paciente no esté acompañado por una persona responsable de éste.

- En todo manejo de usuarios referidos y contrarreferidos se deberán respetar las pautas culturales y creencias de los diferentes grupos étnicos.

- Toda Contrarreferencia deberá hacerse al lugar de origen del usuario con las indicaciones sobre su manejo y se enviarán a la institución de salud más cercana a su sitio de vivienda o trabajo; de esta forma se garantiza la continuidad al tratamiento en la institución de menor complejidad de su jurisdicción.

Tramite de solicitud de ambulancia no institucional.

Para realizar la solicitud se debe realizar telefónicamente, y posteriormente, se debe diligenciar la solicitud para oficializar el servicio. El documento de solicitud, debe contemplar:

a) Fecha y hora de solicitud del servicio
b) Vías de solicitud: teléfono fijo o móvil, fax, radioteléfono, o personalmente
c) Nombre del solicitante
d) Ubicación del paciente (casa, calle, o institución de salud)
e) Diagnóstico del paciente
f) Institución a la que se traslada el paciente

Es importante tener presente que se debe utilizar vehículos que cumplan con todos los requerimientos normativos para garantizar la seguridad del usuario.

Pago de los servicios

El cobro de tarifas de servicios en la institución se regirá por la tarifa institucional definida por el kilometraje entre la IPS receptora y la IPS remisora. El pago está a cargo de la empresa de planes de beneficio al cual está afiliado el usuario, también puede estar a cargo del usuario cuando este no presenta afiliación alguna.

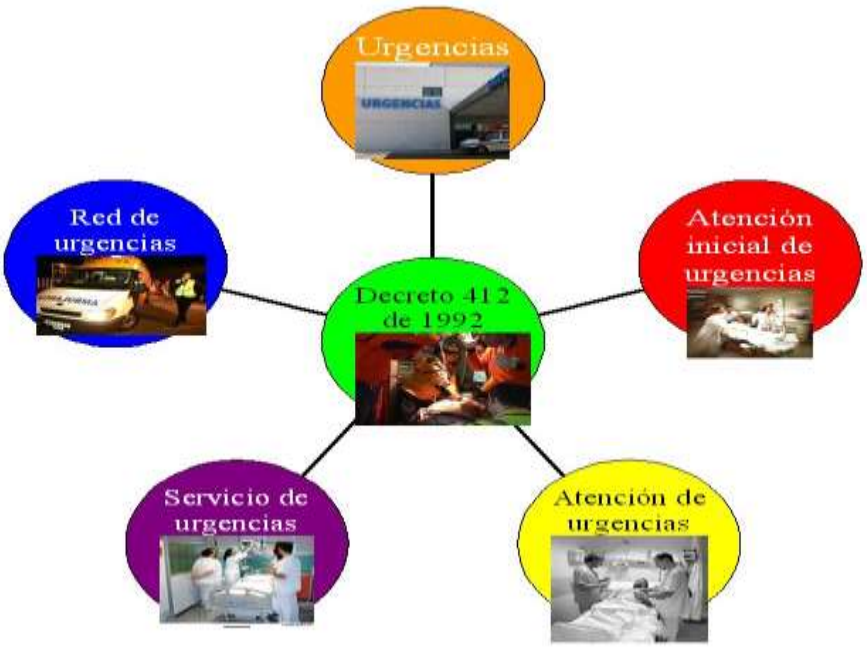
PROCESO DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA DE LA E.S.E. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN DE GUAMAL – MAGDALENA.

ATENCION INICIAL DE URGENCIAS.

El proceso de referencia y contrarreferencia, nace del ejercicio diagnóstico y de atención profesional en salud, una vez el profesional ha tomado la decisión de que el paciente objeto de la atención, amerita un nivel superior de atención técnico científica ante las limitaciones que en el mismo sentido se evidencian en su nivel de atención.

La remisión desde el área de urgencias tiene características especiales, la oportunidad y la pertinencia, elementos esenciales, más que nunca toman el papel protagónico. Este es el punto de partida para la gestión de ubicación del paciente, gestión liderada por el profesional responsable en apoyo con el personal auxiliar de salud.

Según el Decreto 412 de 1992, se adoptan las siguientes definiciones:



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.

ATENCION INICIAL DE URGENCIA. Denomínese como tal a todas las acciones realizadas a una persona con patología de urgencia y que tiendan a [1]estabilizarla en sus signos vitales, realizar un [2]diagnóstico de impresión y [3]definirle el destino inmediato, tomando como base el [a)]nivel de atención y el [b)]grado de complejidad de la entidad que realiza la atención inicial de urgencia, al tenor de los [c)]principios éticos y las normas que determinan las acciones y el comportamiento del personal de salud.

ATENCION DE URGENCIAS. Es el conjunto de acciones realizadas por un equipo de salud debidamente capacitado y con los recursos materiales necesarios para satisfacer la demanda de atención generada por las urgencias.

SERVICIO DE URGENCIA. Es la unidad que en forma independiente o dentro de una entidad que preste servicios de salud, cuenta con los recursos adecuados tanto humanos como físicos y de dotación que permitan la atención de personas con patología de urgencia, acorde con el nivel de atención y grado de complejidad previamente definidos por el Ministerio de Salud para esa unidad.

RED DE URGENCIAS. Es un conjunto articulado de unidades prestatarias de atención de urgencias, según niveles de atención y grados de complejidad, ubicado cada uno en un espacio poblacional concreto, con capacidad de resolución para la atención de las personas con patologías de urgencia, apoyado en normas operativas, técnicas y administrativas expedidas por el Ministerio de Salud.

ADMISIÓN DE LOS USUARIOS QUE INGRESAN AL SERVICIO DE URGENCIAS

Para el presente Manual, se definen como *Usuarios,* todas las personas que soliciten servicios de salud en la Sede Única de la E.S.E. Hospital Nuestra Señora del Carmen de Guamal, sin importar el tipo de afiliación al Sistema de Seguridad Social en Salud.

El proceso de atención, se lleva a cabo, teniendo en cuenta lo establecido en los Artículos 10 y 11 del Decreto 4747 del 2007, el cual define un sistema de selección y clasificación de pacientes, denominado "TRIAGE", el cual será de obligatorio cumplimiento por parte de los prestadores de servicios de salud que tengan habilitados servicios de urgencias y de las entidades responsables del pago de servicios de salud en el contexto de la organización de la red de servicios.

La verificación de derechos de los usuarios es el procedimiento por medio del cual, se identifica la entidad responsable del pago de los servicios de salud que demanda el usuario y el derecho del mismo de ser cubierto por dicha entidad. Dicha verificación podrá hacerse a través del documento de identidad, o cualquier otro mecanismo tecnológico que pueda demostrarla. NO podrán exigirse al usuario copias, fotocopias o autenticaciones de ningún documento.

El procedimiento de verificación de derechos será posterior a la selección y clasificación del paciente, "TRIAGE" y no podrá ser causa bajo ninguna circunstancia para posponer la atención inicial de urgencias.

INFORME DE LA ATENCIÓN INICIAL DE URGENCIAS

Todo prestador de servicios de salud deberá informar obligatoriamente a la entidad responsable del pago, el ingreso de los pacientes al servicio de urgencias dentro de las veinticuatro (24) horas siguientes al inicio de la atención. El informe de atención inicial de urgencias se realizará mediante el diligenciamiento y envío del formato correspondiente, el cual será definido por el Ministerio de la Protección Social.

SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS POSTERIORES A LA ATENCIÓN INICIAL DE URGENCIAS

Si para la prestación de servicios posteriores a la atención inicial de urgencias, las entidades responsables del pago de servicios de salud han establecido como requisito una autorización particular, una vez realizada la atención inicial de urgencias, el prestador de servicios de salud deberá informar a la entidad responsable del pago, la necesidad de prestar el servicio cuya autorización se requiere, utilizando para ello el formato y siguiendo los procedimientos y términos definidos por el Ministerio de la Protección Social, para el efecto. Este proceso no podrá ser trasladado al paciente o a su acudiente y es de responsabilidad exclusiva del prestador de servicios de salud.

RESPUESTA DE AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS POSTERIORES A LA ATENCIÓN INICIAL DE URGENCIAS

Las entidades responsables del pago de servicios de salud deben dar respuesta a las solicitudes de autorización de servicios siguiendo los procedimientos, mecanismos y en el formato que determine el Ministerio de la Protección Social. Este proceso no podrá ser trasladado al paciente o su acudiente y es de responsabilidad exclusiva de la entidad responsable del pago. La respuesta a la solicitud de autorización de servicios posteriores a la atención de urgencias, deberá darse por parte de la entidad responsable del pago, dentro de los siguientes términos:

a. Para atención subsiguiente a la atención inicial de urgencias: Dentro de las dos (2) horas siguientes al recibo de la solicitud;
b. Para atención de servicios adicionales: Dentro de las seis (6) horas siguientes al recibo de la solicitud.

Atendiendo el procedimiento señalado por el Ministerio de la Protección Social, de no obtenerse respuesta por parte de la entidad responsable del pago dentro de los términos aquí establecidos, se entenderá como autorizado el servicio y no será causal de glosa, devolución y/o no pago de la factura.

Cuando las entidades responsables del pago de servicios de salud, consideren que no procede la autorización de los servicios, insumos y/o medicamentos solicitados, deberán diligenciar el Formato de negación de servicios de salud y/o medicamentos que establezca la Superintendencia Nacional de Salud.

Si el prestador de servicios de salud que brindó la atención inicial de urgencias hace parte de la red de prestadores de servicios de salud de la entidad responsable del pago, la atención posterior deberá continuarse prestando en la institución que realizó la atención inicial de urgencias, si el servicio requerido está contratado por la entidad responsable del pago, sin que la institución prestadora de servicios de salud pueda negarse a prestar el servicio, salvo en los casos en que por requerimientos del servicio se justifique que deba prestarse en mejores condiciones por parte de otro prestador de servicios de salud, no exista disponibilidad para la prestación de servicio, o exista solicitud expresa del usuario de escoger otro prestador de la red definida por la entidad responsable del pago.

SOLICITUD DE SERVICIOS ELECTIVOS

Si para la realización de servicios de carácter electivo, ambulatorios u hospitalarios, las entidades responsables del pago de servicios de salud tienen establecido como requisito la autorización, esta será diligenciada por el prestador de servicios de salud con destino a la entidad responsable del pago, en el formato de solicitud y con los mecanismos definidos por el Ministerio de la Protección Social.

RESPUESTA DE AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS ELECTIVOS

Las entidades responsables del pago de servicios de salud deben dar respuesta a los usuarios de las solicitudes de autorización de servicios electivos tanto ambulatorios como hospitalarios, dentro de los términos, por las vías y en el formato que determine el Ministerio de la Protección Social, sin que el trámite de la autorización pueda ser trasladado al usuario o su acudiente. Este trámite es de responsabilidad exclusiva de la entidad responsable del pago, así como la garantía al usuario de la integralidad de la atención, en función del modelo de atención establecido en los acuerdos de voluntades suscritos con los prestadores de servicios de salud. El Ministerio de la Protección Social determinará los términos y procedimientos de seguimiento que permitan garantizar la oportunidad en la asignación de citas para la prestación de servicios electivos.

PROCESO DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

El diseño, organización y documentación del proceso de referencia y contrarreferencia y la operación del sistema de referencia y contrarreferencia es obligación de las entidades responsables del pago de servicios de salud, quienes deberán disponer de una red de prestadores de servicios de salud que garanticen la disponibilidad y suficiencia de los servicios en todos los niveles de complejidad a su cargo, así como la disponibilidad de la red de transporte y comunicaciones.

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.

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

Todas las entidades o establecimientos públicos o privados, que presten servicios de consulta de urgencias, atenderán obligatoriamente estos casos en su fase inicial aún sin convenio o autorización de la E.P.S. respectiva o aún en el caso de personas no afiliados al sistema.

Las urgencias se atenderán en cualquier parte del territorio nacional sin que para ello sea necesario autorización previa de la E.P.S. o remisión, como tampoco el pago de cuotas moderadoras. La I.P.S. que presta el servicio recibirá de la E.P.S. el pago correspondiente con base en las tarifas pactadas o con las establecidas para el S.O.A.T.

En todo caso es el médico quien define esta condición y cuando el paciente utilice estos servicios sin ser una urgencia deberá pagar el valor total de la atención.

Las entidades públicas o privadas del sector salud, que hayan prestado la atención inicial de urgencias, deben garantizar la remisión adecuada de estos usuarios hacia la institución del grado de complejidad requerida, que se responsabilice de su atención.

Las entidades del subsector oficial que hayan prestado la atención inicial de urgencias remitirán al usuario cubierto por la seguridad social, a la institución de salud correspondiente.

En todo caso los servicios de salud que se presten en cada municipio estarán sujetos al nivel de complejidad y al desarrollo de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud autorizadas para ello. Cuando las condiciones de salud del usuario ameriten una atención de mayor complejidad, esta se hará a través de la red de servicios asistenciales que establezca cada E.P.S.

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.

Cuando en el municipio de residencia del paciente no se cuente con algún servicio requerido, este podrá ser remitido al municipio más cercano que cuente con él. Los gastos de desplazamiento generados en las remisiones serán de responsabilidad del paciente, salvo en los casos de urgencia debidamente certificada o en los pacientes internados que requieran atención complementaria. Se exceptúan de esta norma las zonas donde se paga una U.P.C. diferencial mayor, en donde todos los gastos de transporte estarán a cargo de la E.P.S.

ATENCION A VICTIMAS DE ACCIDENTE DE TRANSITO

Marco Legal

La **Ley 100 de 1993,** en su Artículo 167, establece: **Riesgos catastróficos y accidentes de tránsito**. En los casos de urgencias generadas en accidentes de tránsito, en acciones terroristas ocasionadas por bombas o artefactos explosivos, en catástrofes naturales u otros eventos expresamente aprobados por el consejo nacional de seguridad social en salud, los afiliados al sistema general de seguridad social en salud tendrán derecho al cubrimiento de los servicios médico-quirúrgicos, indemnización por incapacidad permanente y por muerte, gastos funerarios y gastos de transporte al centro asistencial. El fondo de solidaridad y garantía pagará directamente a la institución que haya prestado el servicio a las tarifas que establezca el Gobierno Nacional de acuerdo con los criterios del consejo nacional de seguridad social en salud.

Parágrafo 1º. En los casos de accidentes de tránsito, el cubrimiento de los servicios médico-quirúrgicos y demás prestaciones continuará a cargo de las aseguradoras autorizadas para

administrar los recursos del seguro obligatorio de accidentes de tránsito con las modificaciones de esta ley.

Parágrafo 2º. Los demás riesgos aquí previstos serán atendidos con cargo a la subcuenta del fondo de solidaridad y garantía, de acuerdo con la reglamentación que establezca el Gobierno Nacional.

Parágrafo 3º. El Gobierno Nacional reglamentará los procedimientos de cobro y pago de estos servicios.

Parágrafo 4º. El sistema general de seguridad social en salud podrá establecer un sistema de reaseguros para el cubrimiento de los riesgos catastróficos.

A través del Artículo 218 de la Ley 100 de 1993, se establece la **Creación y Operación del ADRES.** Créase el fondo de solidaridad y garantía, como una cuenta adscrita al Ministerio de Salud que se manejará por encargo fiduciario, sin personería jurídica ni planta de personal propia, de conformidad con lo establecido en el estatuto general de la contratación de la administración pública de que trata el artículo 150 de la Constitución Política.

El Artículo 219 de la citada Ley 100, determina la **Estructura del Fondo.** El fondo tendrá las siguientes subcuentas independientes:

a) De compensación interna del régimen contributivo;
b) De solidaridad del régimen de subsidios en salud;
c) De promoción de la salud, y
d) Del seguro de riesgos catastróficos y accidentes de tránsito, según el artículo 167 de esta ley.

El seguro obligatorio de daños corporales causados a las personas en accidentes de tránsito-**SOAT**, se regula integralmente por el **Decreto 1032 de 1991** (Ministerio de Hacienda y Crédito Público), el mencionado Decreto, en su Artículo 1º. establece, que para transitar por el territorio nacional todo vehículo automotor debe estar amparado por un seguro obligatorio vigente que cubra los daños corporales que se causen a las personas en accidente de tránsito.

La vigencia de la póliza de seguro de daños corporales causados a las personas en accidentes de tránsito será, cuando menos, anual, excepto en seguros expedidos con carácter transitorio para los vehículos que circulen por las zonas fronterizas. Las autoridades de tránsito verificarán esta circunstancia (Art. 29 del Decreto 1032 de 1991).

El mencionado Decreto, establece en su Artículo 4º. **La Atención Obligatoria de las Víctimas.** Los establecimientos hospitalarios o clínicos y las entidades de seguridad y

previsión social de los subsectores oficial y privado del sector salud están obligados a prestar la atención médica, quirúrgica, la farmacéutica u hospitalaria por daños corporales causados a las personas en accidentes de tránsito.

El Ministro de Salud, a través de la Junta de Tarifas para el Sector Salud, fijará las tarifas y establecerá las normas y procedimientos para el reconocimiento y pago de los servicios de atención médica, quirúrgica, farmacéutica u hospitalaria que se presten a las personas por daños corporales causados en accidentes de tránsito, por parte de las entidades aseguradoras a los establecimientos referidos.

Los establecimientos hospitalarios o clínicos y las entidades de seguridad y prevención social de los subsectores oficial y privado del sector salud que incumplan las obligaciones previstas en el presente Decreto y sus normas reglamentarias quedarán sujetos a las sanciones establecidas en éste Decreto, según la naturaleza y gravedad de la infracción. La Superintendencia Nacional de Salud será la entidad encargada de imponer las sanciones a que se refiere este artículo. El Gobierno Nacional, en el reglamento del presente Decreto - ley establecerá el procedimiento para la aplicación de tales sanciones.

El Decreto 1032 de 1991, en su Artículo 8, determina la **Acción para reclamar.** Los establecimientos hospitalarios o clínicos y las entidades de seguridad y previsión social de los subsectores oficial y privado que presten la atención médica, quirúrgica, farmacéutica u hospitalaria por daños corporales causados a las personas en accidentes de tránsito, o quien hubiere cancelado su valor, así como quien hubiere ocurrido en los gastos del transporte de las víctimas, serán titulares de la acción para presentar la correspondiente reclamación a las entidades aseguradoras.

Una vez se entregue la reclamación, acompañada de las pruebas del accidente y de los daños corporales; de su cuantía, si fuere necesario, y de la calidad de causahabiente, en su caso, las entidades aseguradoras pagarán la indemnización dentro del mes siguiente a la fecha en que el asegurado o beneficiario acredite, aún extrajudicialmente, su derecho ante el asegurador, de acuerdo con el artículo 1077 del Código de Comercio. Vencido este plazo, el asegurador reconocerá, y pagará al asegurado o beneficiario, además de la obligación a su cargo y sobre el importe de ella, la tasa de interés prevista en el artículo 83 de la Ley 45 de 1990.

El Decreto 1032, en su Artículo 13, establece la creación del **Fondo del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito "FONSAT".** Créase el Fondo del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito "FONSAT" como una cuenta especial de la Nación, con independencia patrimonial, administrativa, contable y estadística, con fines de interés público, para el pago de siniestros ocasionados por vehículos no identificados o no asegurados y como instrumento de apoyo para la Red de Atención de Urgencias del Sistema Nacional de Salud.

Decreto 3990 de 2007. Por el cual se reglamenta la Subcuenta del Seguro de Riesgos Catastróficos y Accidentes del Tránsito del Fondo de Solidaridad y Garantía, ADRES- **Subcuenta ECAT**, se establecen las condiciones de operación del aseguramiento de los riesgos derivados de daños corporales causados a las personas en accidentes de tránsito, eventos catastróficos y terroristas, las condiciones generales del seguro de daños corporales causados a las personas en accidentes de tránsito- SOAT, y se dictan otras disposiciones.

Decreto 1915 de 2008. Por la cual se adoptan los formularios para reclamar las indemnizaciones derivadas de los amparos de que trata el Decreto 3990 de 2007 y se dictan otras disposiciones.

Resolución 3374 de 2000. Por la cual se reglamentan los datos básicos que deben reportar los prestadores de servicios de salud y las entidades administradoras de planes de beneficios sobre los servicios de salud prestados.

9.2.1. Definiciones

Según el Decreto 3990 de 2007, se establecen las siguientes definiciones:

ACCIDENTE DE TRÁNSITO. Se entiende por accidente de tránsito el suceso ocasionado o en el que haya intervenido al menos un vehículo automotor en movimiento, en una vía pública o privada con acceso al público, destinada al tránsito de vehículos, personas y/o animales, y que como consecuencia de su circulación o tránsito, o que por violación de un precepto legal o reglamentario de tránsito, cause daño en la integridad física de las personas. No se entiende como accidente de tránsito aquel producido por la participación del vehículo en actividades o competencias deportivas, por lo cual los daños causados a las personas en tales eventos serán asegurados y cubiertos por una póliza independiente.

AUTOMOTOR. Se entiende por vehículo automotor todo aparato provisto de un motor propulsor, destinado a circular por el suelo para el transporte de personas o de bienes, incluyendo cualquier elemento montado sobre ruedas que le sea acoplado.

No quedan comprendidos dentro de esta definición:
a) Los vehículos que circulan sobre rieles;
b) Los vehículos agrícolas e industriales siempre y cuando no circulen por vías o lugares públicos por sus propios medios.

BENEFICIARIO. Es la persona natural o jurídica que acredite su derecho para obtener el pago de la indemnización, de acuerdo con las coberturas otorgadas en la póliza o establecidas en la ley, así:

a) Servicios médicoquirúrgicos: La Institución Prestadora de Servicios de Salud, IPS, habilitada, que hubiere prestado los servicios de:

- Atención inicial de urgencias y atención de urgencias,
- Hospitalización,
- Suministro de material médicoquirúrgico, osteosíntesis, órtesis y prótesis,
- Suministro de medicamentos,
- Tratamientos y procedimientos quirúrgicos,
- Servicios de diagnóstico,
- Servicios de rehabilitación, por una duración máxima de seis (6) meses, salvo lo previsto en el presente decreto respecto del suministro de prótesis.

Igualmente podrán ser beneficiarias las IPS que suministren la atención inicial de urgencias, quienes deberán remitir al paciente a la IPS más cercana habilitada para el nivel de complejidad requerido;

b) Indemnización por incapacidad permanente: La víctima, como se define en el numeral 9 del presente artículo, que hubiere perdido de manera no recuperable la función de una o unas partes del cuerpo que disminuyan la potencialidad del individuo para desempeñarse laboralmente, calificada como tal de conformidad con las normas vigentes sobre la materia;

c) Indemnización por muerte: Las personas señaladas en el artículo 1142 del Código de Comercio. A falta de cónyuge, en los casos que corresponda a este la indemnización, se tendrá como tal el compañero o compañera permanente que acredite dicha calidad. A falta de cónyuge, compañero o compañera permanente, la totalidad de la indemnización se distribuirá entre los herederos;

d) Indemnización por gastos de transporte al centro asistencial: La persona natural o jurídica que demuestre haber realizado el transporte;

e) Indemnización por gastos funerarios: La persona natural que demuestre haber realizado la erogación pertinente para cubrir estos gastos con cargo a su patrimonio, hasta por el monto que acredite haber sufragado con cargo a su propio patrimonio o al de un tercero y en el valor que no le haya sido reconocido por otro mecanismo.

INCAPACIDAD PERMANENTE. Se entiende por incapacidad permanente la pérdida no recuperable mediante actividades de rehabilitación, de la función de una o unas partes del cuerpo que disminuyan la potencialidad del individuo para desempeñarse laboralmente.

SERVICIOS MÉDICOQUIRÚRGICOS. Se entienden por servicios médicoquirúrgicos todos aquellos servicios prestados por una Institución Prestadora de Servicios de Salud habilitada para prestar el servicio específico de que se trate, destinados a lograr la estabilización del paciente, el tratamiento de las patologías resultantes de manera directa del accidente de tránsito o del evento terrorista o catastrófico y a la rehabilitación de las

secuelas producidas. Igualmente se entienden los servicios suministrados por una IPS respecto de la atención inicial de urgencias.

La remisión de un paciente a una IPS que no cuente con el nivel de complejidad necesario para suministrar la atención médicoquirúrgica, no generará derecho a reclamación, con excepción de lo relativo a la atención inicial de urgencias.

Sólo podrá efectuarse remisión de pacientes a la red de otro municipio en aquellos casos en los cuales se trate de la red más cercana posible o cuando quiera que en el municipio en que ocurrió el evento no se cuente con el nivel de complejidad requerido.

VÍCTIMA. Se entiende por víctima, la persona que ha sufrido daño en su integridad física como consecuencia directa de un accidente de tránsito, un evento terrorista o una catástrofe natural.

Beneficios a las Víctimas de Accidentes de Transito

Las personas que sufran daños corporales causados en accidentes de tránsito ocurridos dentro del territorio nacional, tendrán derecho a los servicios y prestaciones establecidos en el artículo 193 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero y demás normas que lo adicionen o modifiquen, bien sea con cargo a la entidad aseguradora que hubiere expedido el SOAT, respecto de los daños causados por el vehículo automotor asegurado y descrito en la carátula de la póliza, o con cargo a la Subcuenta ECAT del ADRES, para las víctimas de accidentes de tránsito de vehículos no asegurados o no identificados; también con cargo a la subcuenta ECAT contarán con dicho derecho las víctimas de eventos terroristas y catastróficos, así:

A. Servicios médicoquirúrgicos. En el caso de accidentes de tránsito la compañía de seguros y la subcuenta ECAT de ADRES, en los casos de:

- **Vehículos no asegurados o no identificados,** reconocerán una indemnización máxima de quinientos **(500)** SMDLV, en el momento de la ocurrencia del accidente.
- En caso de **víctimas politraumatizadas o que requieran servicios de rehabilitación,** una vez agotado el límite de cobertura anterior, la subcuenta ECAT del ADRES asumirá, por una sola vez, una reclamación adicional, previa acreditación del agotamiento de la cobertura inicial, por los excedentes de los gastos anotados, hasta por un valor máximo equivalente a trescientos **(300)** SMDLV, en el momento del accidente, previa presentación de la correspondiente reclamación.
- Tratándose de víctimas de eventos terroristas o catástrofes naturales, el valor de la indemnización será hasta por ochocientos (800) salarios mínimos legales diarios vigentes en el momento de la ocurrencia del evento. Sin embargo, la entidad administradora del ADRES está en la obligación de contratar un seguro para garantizar una cobertura

superior a la anotada en el inciso anterior a las víctimas que requieran asistencia por encima de dicho tope, o constituir una reserva especial para cubrir estas eventualidades.

- Las cuentas de atención de los servicios médicoquirúrgicos en el caso de los accidentes de tránsito, que excedan el tope adicional de trescientos (300) SMDLV, serán asumidos por la Entidad Promotora de Salud del régimen contributivo o del régimen subsidiado en los términos de su respectivo plan de beneficios a la cual está afiliada la persona o por las Administradoras de Riesgos Profesionales cuando se trate de accidentes de tránsito, calificados como accidentes de trabajo.
- Cuando se trate de la población pobre, no cubierta con subsidios a la demanda, una vez superados los topes, tendrá derecho a la atención en salud en instituciones prestadoras de servicios públicas o privadas que tengan contrato con la entidad territorial para la prestación de los servicios de salud para esta población. En este caso, el usuario deberá cancelar la cuota de recuperación de conformidad con las normas vigentes.
- Si la víctima cuenta con un Plan Adicional de Salud, podrá elegir libremente ser atendido con cargo a dicho plan o a la póliza SOAT o a la Subcuenta ECAT del ADRES, según corresponda. En caso de que escoja el pago con cargo al contrato de medicina prepagada, al contrato de seguro de salud o al plan complementario de salud, ni la víctima, ni la entidad que hubiere prestado los servicios u otorgado la cobertura podrá repetir contra la Subcuenta ECAT por el monto de los servicios prestados, salvo en aquellos servicios que se requieran y que no cubran los planes voluntarios.

B. Indemnización por incapacidad permanente. La incapacidad permanente dará derecho a una indemnización máxima de **(180)** SMDLV a la fecha del evento, de acuerdo con la tabla de equivalencias para las indemnizaciones por pérdida de la capacidad laboral y el Manual Único de Calificación de la Invalidez.

C. Indemnización por muerte de la víctima. En caso de muerte de la víctima como consecuencia directa del accidente de tránsito o del evento terrorista o catastrófico, siempre y cuando ocurra dentro del año siguiente a la fecha de este, se reconocerá una indemnización equivalente a **(600)** SMDLV aplicables al momento del accidente o evento.

D. Indemnización por gastos funerarios. En el evento previsto en el numeral anterior, se reconocerá una indemnización máxima de **(150)** SDMLV, al momento de la ocurrencia del accidente o evento.

Si la persona fallecida estuviere afiliada al Sistema de Seguridad Social Integral, los gastos funerarios correrán por cuenta de la Administradora del Sistema General de Pensiones o de la Administradora del Sistema General de Riesgos Profesionales, de conformidad con la regulación de cada uno de los citados Sistemas de Seguridad Social, entidades que podrán repetir contra el SOAT en los casos en que el accidente de tránsito esté cubierto por dicha póliza.

E. Indemnización por gastos de transporte y movilización de las víctimas al centro asistencial. Este amparo comprende los gastos de transporte y movilización de víctimas desde el sitio de ocurrencia del accidente de tránsito o del evento terrorista o catastrófico a la primera Institución Prestadora de Servicios de Salud, IPS, a donde sea llevada la víctima para efectos de su estabilización, que, de acuerdo con la red definida por la Dirección Territorial de Salud correspondiente, deberá ser, respecto de quienes pueden acceder a esta información, la más cercana al lugar del accidente de conformidad con los servicios de la red de urgencias de cada municipio.

Se reconocerá una indemnización equivalente a los costos del transporte suministrado, hasta un máximo de **(10)** SMDLV, al momento de la ocurrencia del accidente o del evento, en consideración a las características del vehículo y teniendo en cuenta si se trata de transporte rural o urbano, de conformidad con las tarifas que se adopten en el manual tarifario del SOAT para el efecto.

Parágrafo 1°. El monto de estas coberturas se entiende fijado para cada víctima; por lo tanto, se aplicará con prescindencia del número de víctimas resultantes de un mismo accidente, con excepción de lo previsto para gastos de transporte, que se reconocerá en atención a la capacidad del medio de transporte para movilizar en las debidas condiciones a las víctimas.

Parágrafo 2°. Salvo lo previsto para los servicios médico quirúrgicos, la Subcuenta ECAT de ADRES otorgará los demás beneficios con estricta sujeción a las disponibilidades presupuestales.

Parágrafo 3°. Los beneficios de indemnización por incapacidad permanente, por muerte y los gastos funerarios sólo se otorgarán con cargo a la Subcuenta ECAT del ADRES cuando se trate de víctimas de accidentes de tránsito o de eventos terroristas o catastróficos no afiliadas al Sistema de Seguridad Social Integral.

Parágrafo 4°. Los beneficios descritos en el presente artículo constituyen los amparos del seguro obligatorio de daños corporales causados a las personas en accidentes de tránsito, SOAT.

Parágrafo 5°. Las tarifas para la atención médica, quirúrgica, farmacéutica y hospitalaria prestada a las víctimas de los accidentes de tránsito y eventos terroristas o catastróficos definidos en el artículo 1° de este decreto son las establecidas por el Decreto 2423 de 1996 o las normas que lo modifiquen o sustituyan. Dichas tarifas son de obligatorio cumplimiento para todas las instituciones prestadoras de servicios de salud públicas o privadas.

Acreditación de la Condición de Victimas de Accidente de Transito

La **Ley 1438 de 2011, en su Artículo 143**, establece que: para la **Prueba del Accidente de Tránsito ante la aseguradora del SOAT**, será suficiente la declaración del médico de urgencias sobre éste hecho, en el Formato que se establezca para el efecto por parte del Ministerio de la Protección Social, sin perjuicio de la intervención de la autoridad de tránsito y de la posibilidad de que la aseguradora del SOAT realice auditorias posteriores.

Lo establecido en ésta Ley 1438, deroga lo consagrado en el artículo 35 del Decreto 1283 de 1996, derogado por el artículo 4 del Decreto 3990 de 2007, en donde se señalaba que para la Acreditación de la condición de víctima, se debía diligenciar los Formularios adoptados por el Ministerio de Salud, acompañados de **cualquiera** de los siguientes documentos:

a. Certificación expedida por la autoridad de tránsito o policía competente o en su defecto fotocopia del croquis del accidente, expedida por la autoridad de tránsito.
b. Certificado de atención médica que debe incluir nombres, documento de identificación, edad de la víctima, fecha y hora de atención, y descripción de los hallazgos clínicos o certificado de medicina legal.
c. Denuncia penal de ocurrencia del accidente presentada por cualquier persona ante autoridad competente, únicamente cuando el hecho haya sido ocasionado voluntariamente o por manipulación criminal y sea posible la identificación del responsable.

El Ministerio de la Protección Social con la expedición de la **Circular 033 del 2 de Junio de 2011** aclara que el Formato del que trata el artículo 143 de la Ley 1438 de 2011 para la presentación de la declaración del médico como prueba suficiente del accidente de tránsito, es el **Anexo Técnico No. 2 de la Resolución 3374 de 2000 (Resumen de Historia Clínica o Epicrisis)**; diligenciado con la información adicional señalada en el parágrafo del artículo 2º de la Resolución 1915 de 2008 y en la Resolución 3251 del mismo año.

Formularios que se Deben Diligenciar Para la Reclamación Ante El Pagador de la Atención de la Victima de Accidente de Transito

Según lo establecido en la Resolución 1995 de 2008, Derogada por la Resolución 3251 de 2008, para presentar la reclamación respectiva ante el pagador de la atención, los formularios diligenciados de la manera señalada, deberán ir acompañados de los documentos que soporten la reclamación hecha, de acuerdo a lo establecido en el Decreto 3990 de 2007.

Para la acreditación del certificado de atención médica por parte de los prestadores de servicios de salud, se deberá anexar a la **EPICRISIS,** en donde el profesional de la salud que la suscriba, deberá certificar, que por los hallazgos clínicos se deduce que la causa de los daños sufridos por la persona fue un accidente de tránsito, un evento catastrófico o terrorista, según corresponda conforme a lo previsto en el Decreto 3990de 2007, los

siguientes Formularios, por parte de la ESE HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN de Guamal, Magdalena:

a. Formulario Único de Reclamación por parte de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, en atención a los servicios prestados a víctimas de accidentes de tránsito y eventos terroristas o catastróficos **–FURIPS–.**

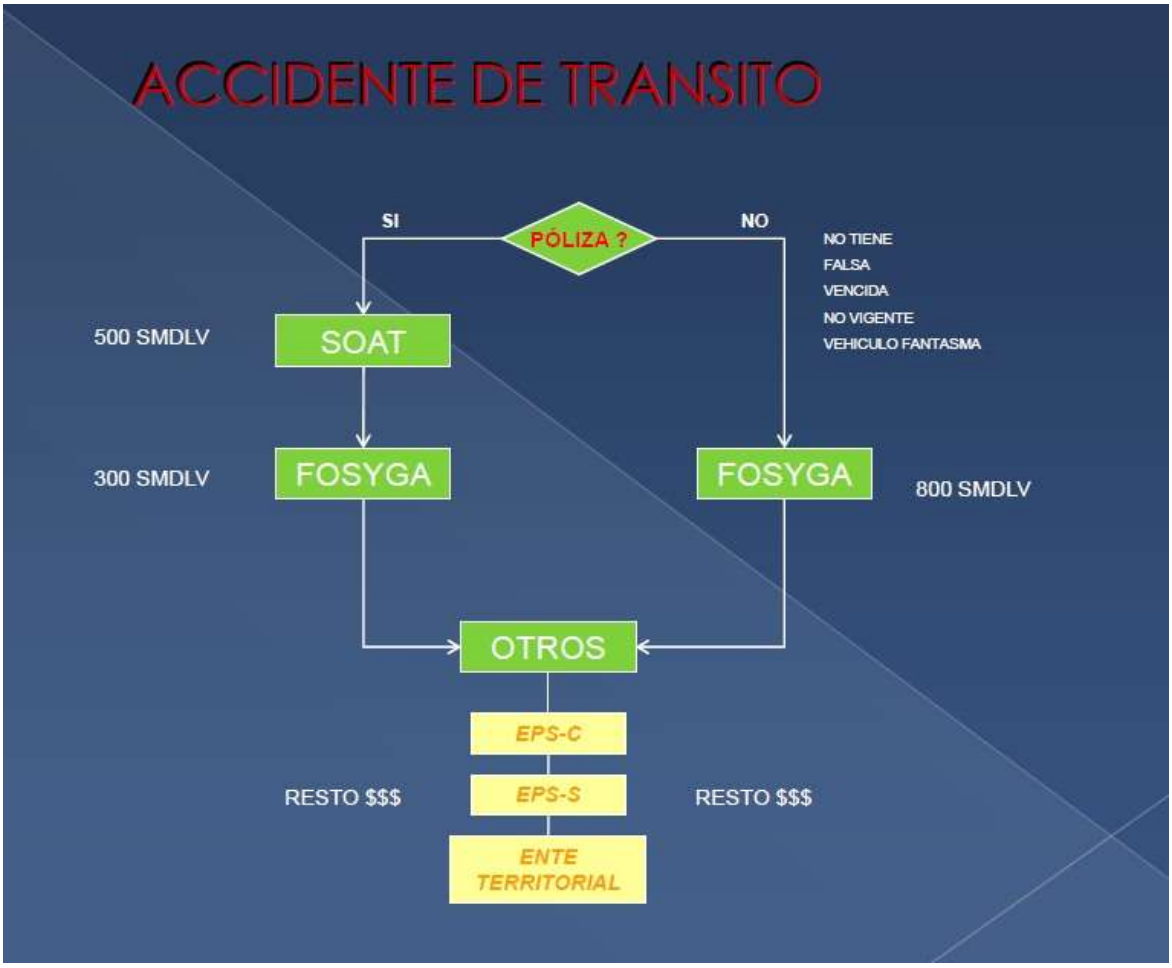
b. Formulario Único de Reclamación de Gastos de Transporte y Movilización de Víctimas – **FURTRAN–.** En caso que se preste el servicio de traslado en ambulancia.

c. Formulario Único de Certificación para el Censo de Víctimas **–FURCEN.** En caso de Eventos terroristas o Catastróficos.

d. **Formato Estandarizado de Referencia,** en caso de que las condiciones de salud del usuario ameriten una atención de mayor complejidad.

El Formulario Único de Reclamación por parte de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud con ocasión a los servicios prestados de rehabilitación y suministro de prótesis – **FURPRO–,** aplica para entidades de II y/o III Nivel de Atención, según el caso.

EL Formulario Único de Reclamación de Indemnizaciones por parte de las Personas Naturales Víctimas de Accidente de Tránsito y Eventos Terroristas o Catastróficos o sus Beneficiarios para la Reclamación de Indemnizaciones por Gastos Funerarios o muerte de la Víctima –**FURPEN–**. No aplica para los prestadores de servicios de salud.


ACCIDENTE DE TRANSITO
SI
PÓLIZA ?
NO
NO TIENE
FALSA
VENCIDA
NO VIGENTE
VEHICULO FANTASMA
500 SMDLV
SOAT
300 SMDLV
FOSYGA
FOSYGA
800 SMDLV
OTROS
EPS-C
RESTO $$$
EPS-S
RESTO $$$
ENTE TERRITORIAL

ATENCION INTEGRAL AL EVENTO OBSTETRICO MATERNO PERINATAL

Para la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la mortalidad materna representa un grave problema de salud pública y se ha observado que en el 80% de los casos las causas son prevenibles, es por eso que en el informe Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), se establece el acceso universal a la atención de la salud reproductiva, incluida la planificación familiar, como punto de partida para la salud materna.

La mortalidad materna es definida por la OMS como la muerte de una mujer durante el embarazo, el parto o dentro de los 42 días después de su terminación debido a cualquier causa relacionada con el embarazo. Las tres principales causas de muerte materna dadas a conocer por la OMS, son: los trastornos hipertensivos del embarazo, hemorragias durante el evento obstétrico y la sepsis y otras infecciones puerperales, causas de emergencias difíciles de prever.

Este evento está íntimamente relacionado determinantes como: la injusticia social, la inequidad de género, la pobreza, el nivel educativo, la organización social y política, la organización de los servicios de salud y su distribución geográfica. En el caso de la muerte materna, la excesiva medicalización de la atención, desmotiva a las mujeres a utilizar los servicios de salud especialmente en áreas dispersas y en grupos especiales. Estas prácticas además contribuyen a la tasa elevada de cesáreas y otros procedimientos quirúrgicos innecesarios en la atención materna.

Dentro de los factores que se han reconocido como contribuyentes a la ocurrencia de muerte materna, están la deficiencia en la identificación oportuna de complicaciones y el retraso para proporcionar atención efectiva.

Por lo anterior, la E.S.E. Hospital Nuestra Señora del Carmen de Guamal - Magdalena, realza la importancia de la aplicación del sistema de clasificación "TRIAGE" y de la atención preferencial a la población más vulnerable, en todo usuario que acude al servicio de Urgencias de la Institución, lo cual permite identificar rápidamente la presencia de alguna complicación, categorizar su gravedad y establecer acciones inmediatas para garantizar la atención segura e integral del binomio materno perinatal.

La atención integral a la mujer durante el embarazo, el parto, el puerperio; así mismo la atención del recién nacido y la detección precoz de las complicaciones asociadas para realizar la derivación al nivel de complejidad requerido, incluye:

- Atender a la gestante independientemente de las dificultades administrativas.

- Asegurar la atención del Parto y el puerperio por persona calificada; reconociendo que todos los embarazos están expuestos a potenciales riesgos.

- Toda institución que atiende mujeres durante la gestación, el parto y el puerperio debe disponer, conocer y utilizar de acuerdo a las guías de atención basadas en la evidencia, de insumos críticos básicos como:
  - Antibióticos
  - Anticonvulsivantes
  - Antihipertensivos
  - Oxitócicos
  - Líquidos
  - Hemoderivados y sustitutos

- Toda institución que atienda mujeres durante la gestación, el parto y el puerperio, debe asegurar previamente que tenga la capacidad para resolver complicaciones que requieran sala de cirugía y equipos quirúrgicos completos, manejo adecuado de hemorragias, procedimientos de transfusión, crisis hipertensiva y garantía de remisión oportuna y segura.

- A nivel comunitario o domiciliario ofrecer la atención de un parto limpio y seguro por personal calificado. Identificar y capacitar en alternativas no institucionales para la atención segura del parto dentro del respeto cultural. Facilitar el adecuado desarrollo de propuestas de atención obstétrica provista de forma responsable por una mayor diversidad de actores.

- Toda institución que atiende mujeres durante la gestación, el parto y el puerperio, debe asegurarse previamente, que tenga un sistema funcional de comunicaciones y transporte, con el que pueda responder de manera oportuna y segura cuando se presenta la emergencia obstétrica no predecible, que además no puede ser resuelta en ese nivel.

ATENCIÓN DE LA GESTANTE DE ALTO RIESGO OBSTÉTRICO

La E.S.E. Hospital Nuestra Señora del Carmen de Guamal - Magdalena, propone la adopción del Proceso ABC, el cual consiste en un sistema de atención de respuesta rápida, concebida como una estrategia hospitalaria para la atención multidisciplinaria de las urgencias obstétricas (hipertensión arterial, sangrado, sepsis, entre otras), cuya finalidad es optimizar el sistema de atención y los recursos hospitalarios.

IDENTIFICAR FACTORES DE RIESGO, SINTOMAS Y SIGNOS DE ALARMA

Factores de riesgo en la gestación.

a. Características individuales:

- Edad: menor de 16 años o mayor de 35 años
  - Primigestante adolescente o añosa.
  - Edad gestacional no confiable por amenorrea
  - Control prenatal ausente y/o inicio tardío
- Ocupación, esfuerzo físico, carga horaria, exposición a agentes físicos, químicos y biológicos, estrés
- Desocupación personal o familiar
- Baja escolaridad
- Malnutrición (Índice de Masa Corporal > 30 ó < 18)
- Dependencia de drogas ilícitas y abuso de fármacos en general
- Violencia doméstica
- Múltiples compañeros sexuales
- Vivienda y condiciones sanitarias deficientes
  - Difícil acceso a los servicios de salud
- Valoración de las condiciones sicosociales: tensión emocional, humor, signos y síntomas neurovegetativos, soporte familiar y de la pareja, embarazo deseado o programado.

b. Historia reproductiva anterior:

- Nuliparidad o multiparidad (más de cuatro partos)
- Intervalo intergenésico menor de dos años o mayor o igual a cinco años
- Complicaciones obstétricas previas: aborto habitual, aborto inducido y cualquier complicación asociada, pre eclampsia o eclampsia, trombosis–embolia, parto prematuro, retardo del crecimiento intrauterino, embarazo múltiple, diabetes gestacional, desprendimiento placentario, placenta previa, presentación podálica o transversa, obstrucción del trabajo de parto, incluyendo distocia, desgarros perineales de tercer/cuarto grado, parto instrumentado, cesárea, hemorragia postparto, sepsis puerperal, embarazo ectópico o molar
- Complicaciones perinatales: muerte fetal, neonatal o infantil, recién nacido con peso al nacer menor de 2.500 g o mayor de 4.000 g., retardo de crecimiento intrauterino, eritroblastocis fetal, niño malformado o cromosómicamente anormal, reanimación u otro tratamiento neonatal
- Antecedentes de infertilidad
- Cirugía ginecológica previa.

c. Desviaciones obstétricas en el embarazo actual:

- Desviaciones en el crecimiento fetal, número de fetos o del volumen del líquido amniótico
- Ganancia de peso inadecuada
- Hemorragia vaginal
- Amenaza de parto pretérmino o gestación prolongada
- Ruptura prematura de membranas

- Infección urinaria recurrente
- Complicaciones obstétricas y perinatales descritas en el numeral 2, aplicables al embarazo actual.

d. Enfermedades clínicas:

- Cardiopatías, neuropatías, nefropatías, endocrinopatías (diabetes mellitus, hipotiroidismo), hemopatías, hipertensión arterial crónica, epilepsia, enfermedades infecciosas (tuberculosis, malaria, enfermedades de transmisión sexual, infección urinaria recurrente), enfermedades autoinmunes, trastornos psiquiátricos, ginecopatías (anomalías uterinas), anemia severa (hemoglobina < 9 g/dl) y otras

- Uso actual de medicamentos.

La presencia de factores de riesgo condicionará la necesidad de una remisión a un centro de mayor complejidad, si el momento del trabajo de parto lo permite. En la nota de referencia se deben consignar todos los datos de la historia clínica, los resultados de los exámenes paraclinicos y la causa de la remisión, asegurando su ingreso en el otro organismo de referencia.

Las actividades realizadas en la fase de admisión deben permitir definir si la gestante se encuentra en verdadero trabajo de parto o si por el contrario, se halla aún en el preparto. Si la conclusión es que no se encuentra en trabajo de parto, es preciso evaluar las condiciones de accesibilidad de las mujeres al servicio y en consecuencia indicar deambulación y un nuevo examen, según criterio médico, en un período no superior a dos horas. En caso contrario se debe hospitalizar.

Entre las acciones inseguras más frecuentes asociadas con la aparición de eventos adversos en la atención del binomio madre-hijo, se encuentra la Referencia de la paciente sin contar con aprobación del sitio de referencia; mientras se espera la autorización se pierde tiempo y la mujer se muere, es preferible enviarla, especialmente cuando se está a más de 2 horas de camino y una vez sale en la ambulancia se sigue haciendo el contacto con la entidad de referencia. Deben tenerse disponibles las practicas que salvan vidas en todos los sitios donde se atienden los partos. Deben estar constituidos los equipos completos, en cuanto a Recurso Humano, Infraestructura, Dotación, Insumos y dispositivos médicos, Guías Clínicas, Protocolos, disponibilidad de ayudas Diagnosticas y Medios de comunicación y trasporte.

SINTOMAS DE ALARMA EN LA GESTANTE.

- Acufenos o Tinnitus "zumbido"
- Cefalea aguda
- Contracciones uterinas persistentes, dolorosas en embarazo pretérmino
- Diarrea, Nausea, Vómito incontrolable

- Disminución o ausencia de movimientos fetales, después de la semana 20
- Dolor abdominal agudo persistente en epigastrio y/o hipocondrio derecho
- Dolor abdominal agudo persistente, irradiado a hombro derecho
- Dolor agudo y persistente en hombro derecho
- Dolor lumbar agudo y persistente
- Disuria y/o Hematuria
- Fosfenos "visión borrosa o centellante"
- Ganancia excesiva y súbita de peso (más de un kilo de peso por semana)
- Hiperémesis gravídica
- Leucorrea abundante y fétida
- Oliguria y/o Coluria
- Polidipsia, Poliuria, Polifagia
- Salida de líquido amniótico súbita y abundante
- Sangrado genital súbito y abundante

SIGNOS DE ALARMA EN LA GESTANTE.

Abdomen doloroso y pétreo a la palpación
Alteración del estado neurológico

- Altura uterina mayor de 35 cms. o menor de 30 cms.
- Bradicardia o Taquicardia Fetal,
- Convulsión tónico clónica
- Disnea o Taquipnea súbita y persistente
- Edema de cara, miembros superiores, miembros inferiores y/o anasarca
- Emisión franca de Líquido Amniótico meconiado
- Epistaxis, Gingivorragia
- Fiebre (Temperatura mayor a 37.50 C)
- Obstrucción del canal de parto, pelvis límite (desproporción cefalopélvica)
- Presencia de lesiones en genitales externos (condilomas, vesículas, otras)
- Presión Arterial elevada: TA> 140/90 mmHg.
- Presión Arterial disminuida: TA < 80/60 con síntomas neurovegetativos
- Prolapso del cordón umbilical
- Ruptura precoz de membranas ovulares con pérdida de líquido amniótico
- Sangrado genital inminente

TRATAR CON PRACTICAS SEGURAS AL BINOMIO MADRE – HIJO

Brindar atención con prácticas seguras al binomio materno perinatal, según los conceptos establecidos en las Guías de Práctica Clínica para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del Embarazo, Parto o Puerperio, emanadas por el Ministerio de Salud y Protección Social.

TRASLADAR A LA GESTANTE A UNA INSTITUCION DE MEDIANA O ALTA COMPLEJIDAD SI LO AMERITA

Durante el curso del trabajo de parto pueden presentarse factores o situaciones de riesgo no identificables al momento de la admisión. Estas situaciones ameritan una respuesta rápida para ubicar a la gestante en una unidad de cuidado obstétrico de nivel II o superior, para optimizar los resultados maternos y perinatales.

Se recomienda adoptar las siguientes indicaciones para la remisión de gestantes a instituciones de Nivel II o superior durante el trabajo de parto:

- Indicaciones para la monitorización fetal electrónica (EFM), incluyendo la identificación de anormalidades de la frecuencia cardiaca fetal (FCF) a la auscultación intermitente.
- Prolongación del primer o segundo período del parto.
- Líquido amniótico teñido con meconio.
- Solicitud de la madre para el alivio del dolor con analgesia neuroaxial.
- Emergencia obstétrica: hemorragia previa al parto, presentación o prolapso del cordón, hemorragia posparto, colapso materno o la necesidad de reanimación neonatal avanzada.
- Retención de la placenta.
- Fiebre materna en el trabajo de parto (38 °C una vez o 37.5 °C en dos ocasiones con dos horas de diferencia)
- Distocias de presentación o presentación de pelvis diagnosticada en el trabajo de parto, teniendo en cuenta la inminencia del nacimiento.
- Presión Arterial elevada o diastólica (mayor de 90 mmHg) o aumento de la presión arterial sistólica (mayor de 140 mmHg) en dos lecturas consecutivas tomadas con 30 minutos de diferencia.
- Incertidumbre sobre la presencia de latidos del corazón fetal o la vitalidad fetal.
- Desgarro perineal de tercer o cuarto grado u otro trauma perineal complicado que requiera sutura
- Sospecha clínica o ecográfica de macrosomía fetal o desproporción céfalo pélvica.
- Teniendo en cuenta, la identificación de Factores de Riesgo y/o señales de alarma para Alto Riesgo Obstétrico de la Gestante, ya dilucidadas, el profesional de la salud responsable de la atención del Control prenatal y/o de la consulta de urgencias, deberá referir solicitando interconsulta o valoración por Gineco Obstetricia con el Nivel II, teniendo en cuenta las entidades que conforman la Red de Servicios de la entidad responsable del aseguramiento en salud de la usuaria.

El Profesional de la salud de la E.S.E. Hospital Nuestra Señora del Carmen de Guamal - Magdalena, deberá cumplir con todas las normas, procesos y Guías de Práctica Clínica

establecidos y adoptados por la entidad hospitalaria, tales como el completo diligenciamiento de la Historia Clínica, resultado de estudios de apoyo diagnóstico (exámenes de laboratorio, ecografía obstétrica y otros), que aplican en la atención de entidades de Baja complejidad, evolución de las atenciones brindadas a la usuaria, con el único fin de soportar científicamente la pertinencia de la remisión al Nivel superior, mejorando la calidad de la atención y disminuyendo los factores de morbimortalidad del binomio materno perinatal.

Una vez la paciente gestante es remitida y valorada por Gineco Obstetricia, este definirá si la usuaria referenciada, continúa clasificada en Alto Riesgo Obstétrico, o definirá si realiza la contrarreferencia a la ESE HOSPITAL de Baja complejidad, para continuar la atención del Control prenatal por Médico General.

Así mismo, el Gineco Obstetra que contrarremite a la gestante, debe consignar en el Formato Estandarizado de Contrarreferencia de la ESE de Mediana o Alta complejidad, los datos de: a) Plan de manejo; b) Plan de controles multidisciplinarios (médico general, Gineco Obstetra); c) Riesgos a vigilar en la gestante de forma continua; d) Otros cuidados no descritos anteriormente, pertinentes para garantizar el manejo seguro e integral el binomio Madre – Hijo.

Una vez diagnosticada como Gestante de Alto Riesgo, en consulta por Gineco Obstetricia, el Especialista de la entidad de Mediana o Alta complejidad, determinará el Nivel de Atención, para la recepción de la paciente durante el período de parto.

En todo caso, el Gineco Obstetra, definirá la conducta a seguir, incluso deberá programar la cesárea, según su criterio, de tal manera, que la gestante de Alto Riesgo, sea desembarazada al cumplir 36 semanas de embarazo. En lo posible, no se debe permitir que la gestante en esta condición de riesgo, exceda la semana 39, para decidir la conducta respectiva.

ATENCION AL RECIEN NACIDO DE ALTO RIESGO

IDENTIFICAR AL RECIEN NACIDO DE ALTO RIESGO EN:

- Madre con toxemia gravídica (preclampsia y eclampsia)
- Madre con diabetes mellitus
- Ruptura prematura de membranas
- Madre con placenta previa o desprendimiento prematuro de placenta normoinserta
- Isoimunización materno-fetal
- Madre con antecedentes de aborto y muerte fetal
- Madres con adicciones
- Madre con productos de bajo peso

- Anomalías congénitas
- Infección materna (TORCHS, vulvovaginitis, corioamnioitis, infección de vías urinarias y VIH)
- Madre sin control prenatal.
- Madre con desnutrición o enfermedades intercurrentes.

ASEGURAR UN TRASLADO ÓPTIMO DEL NEONATO DE ALTO RIESGO A OTRA UNIDAD.

- Realizar las maniobras necesarias para estabilizar al recién nacido antes de su traslado
- Establecer comunicación con la unidad receptora que cuente con los recursos necesarios para recibir al paciente
- Garantizar la participación de un médico o personal de salud calificado durante el mismo.
- Contar con el transporte, insumos y equipo necesarios
- Asegurar la vía aérea, oxigenación, acceso vascular y control de la temperatura durante su traslado en incubadora
- Elaborar y enviar la documentación de traslado, y detallar la evolución clínica, medicamentos y soluciones administradas, así como aquellos incidentes ocurridos
- Entregar a la unidad receptora toda la documentación: historia clínica, notas de evolución, exámenes de laboratorio y gabinete realizados previamente y la nota de envío la cual deberá especificar el motivo de traslado, el diagnóstico y las medidas terapéuticas tomadas y el estado clínico en el momento del envío y el pronóstico
- Comunicar a los padres, y exponerles las razones del traslado, con explicaciones claras acerca del diagnóstico, pronóstico probalístico, riesgo de traslado, y medidas terapéuticas que se van a aplicar con sus posibles consecuencias y obtener el consentimiento informado
- Favorecer que el familiar se presente en la Unidad de destino

REFERENCIA DEL PACIENTE DE ALTO RIESGO OBSTETRICO Y NEONATAL

- El transporte de los pacientes en estado crítico tiene riesgos de grado diverso para el paciente y en muchas ocasiones para el personal que lo acompaña.1La decisión de transportar un paciente se basa en la evaluación de los beneficios potenciales contra los riesgos. Las razones principales por las que un paciente se traslada son la necesidad de apoyo tecnológico más avanzado o para tratamiento especializado, no disponibles en la IPS.
  Nota: De acuerdo a los requerimientos normativos este tipo de pacientes deben ser transportados por personal capacitado con el soporte vital avanzado y/o básico en un vehículo que cumpla con los requisitos mínimos de acuerdo a la necesidad.

- Para dar cumplimiento a la iniciativa auspiciada por el Ministerio de salud y protección social con referencia a la morbilidad materna extrema en Colombia y a lo definido en el Anexo Técnico No.1 de la Resolución 1043 del 2006; Se hace necesario implementar acciones oportunas para el manejo de las gestantes y los neonatos, especialmente cuando requieren ser remitidos a otra institución de mediana complejidad, en caso de que previo o durante la remisión se presenta las siguientes complicaciones (trastornos hipertensivos del embarazo, sepsis, hemorragias obstétricas) aplique lo establecido en el diagrama de flujo para la atención de emergencias obstétricas que está disponible en el servicio de urgencias y en la ambulancia.

- Una vez estabilizada el o la paciente en el servicio de urgencias se diligencia la remisión, se notifica a la IPS receptora, se coordina el traslado y se provee de las necesidades para garantizar la intervención durante el traslado esto con el fin de remitir a un nivel superior para que se garantice la atención por especialista (ginecólogo y/o pedíatra según sea el caso), esta remisión se hará preferiblemente en compañía de un médico o personal de enfermería.

- Durante el traslado deben hacer la vigilancia continua de signos vitales (presión arterial, sensorio, frecuencia cardiaca y respiratoria), frecuencia cardiaca fetal, tono uterino y reflejos osteotendinosos cada 15 minutos.

- Se debe asegurar el suministro de oxígeno suplementario durante el transporte para mantener el porcentaje de saturación >95 % si se dispone de oximetría de pulso o a 3 litros por minuto, por cánula nasal.

- Evalúe continuamente la presencia de síntomas premonitorios o de encefalopatía hipertensiva.

- Controle y registre la diuresis horaria.

- En caso de urgencias hipertensiva. Si la TAS es mayor o igual a 160 mmHg y /o la TAD es mayor o igual a 110 mmHg, aplique el protocolo de crisis hipertensiva.

- Si presenta episodio convulsivo garantice ABC (vía aérea, ventilación y circulación) y aplique nuevo bolo de sulfato de magnesio 2 ampollas + 150 ml de SSN al 0.9% en 20 minutos (4gr) y continúe infusión o goteo de sulfato de magnesio pero con un incremento a 2 gr/hr.

- Garantice la permeabilidad de dos venas periféricas de extremidades diferentes, si es el caso para usuarias con atonía o hipotonía uterina con catéter No. 16 o 18; de igual forma se debe garantizar el uso y control de cristaloides, sabanas térmicas para los casos de hipotermia y la realización de masaje uterino cada 15 minutos.

- Se recomienda realizar el siguiente manejo, cuando aplique, durante el traslado:

    - Manejo de la vía aérea.
    - Soporte cardiorespiratorio.
    - Reanimación con fluidos.
    - Monitorización de signos vitales.
    - Administración adecuada de medicamentos.
    - Asegurar la comunicación y recepción del paciente.
    - Documentación del estado del paciente antes, durante el traslado y los procedimientos realizados.
    - Sedación y Analgesia adecuada durante el traslado, con monitoreo cardiorespiratorio.

- Durante los traslados, es importante llevar un registro escrito (preferiblemente en la historia clínica de traslado) de las incidencias y maniobras terapéuticas realizadas durante la estabilización y transferencia.

- Al momento de la recepción en el Centro de destino, y si se trata de un transporte medicalizado habrá de cumplir los siguientes requisitos:

    - Mantener la estabilidad del paciente.
    - Transferencia de información clínica al médico-receptor acerca de los diagnósticos principales y secundarios del paciente así como de los problemas presentados y las maniobras terapéuticas realizadas durante la fase de estabilización y transferencia.
    - Responsabilizar al médico receptor del enfermo, obteniendo la correspondiente firma de la entrega del mismo.

INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD E.S.E. MEDIANA

MUNICIPIO	RAZON SOCIAL	UBICACION	TELEFONO	COMPLEJIDAD
EL BANCO MAGDALENA	E.S.E. HOSPITAL LA CANDELARIA	CARRERA 7 ENTRE CALLE 18/19	429448 316 512 23 14 urgencia2lacandelaria2014@gmail.com CEL. 320 570 7693 CEL. 314 534 4929	MEDIANA
PLATO -MAGDALENA-	E.S.E. HOSPITAL FRAY LUIS DE LEÓN	VÍA 14 CARRERA 11 ESQ. CARRETERA LOS CONTENEDORES	PBX. (095) 4852033 hospitalfrayluis50@yahoo.com	MEDIANA
EL BANCO -MAGDALENA-	CLINICA PREVENCION Y SALUD- PREVISALUD	CALLE 7 No. 17 -05	CEL. 300 623 96 93 (095) 429 28 05 / 16 clinicaprevisaludips@gmail.com	MEDIANA
MOMPOX -BOLIVAR-	E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL CARIBE SEDE MOMPOX	CARRERA 2 No. 19-91	CEL. 310 456 15 92	MEDIANA
MAGANGUE -BOLIVAR-	E.S.E. HOSPITAL LA DIVINA MISERICORDIA	BARRIO SN. JOSE AV. COLOMBIA No. 13-146	(095) 6876623 esehospitaldivinamisericordia@hotmail.com	MEDIANA

INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD ALTA COMPLEJIDAD

MUNICIPIO	RAZÓN SOCIAL	UBICACION	TELEFONO	COMPLEJIDAD
SANTA MARTA -MAGDALENA-	E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO FERNANDO TROCONIS	CARRERA 14 No. 23 -42	PBX. (095) 4346262 TEL. (095) 4314203. EXT.189 admisiones@hospitalfernandotroconis.com	ALTA
SANTA MARTA	CLINICA EL PRADO	CARRERA 5 CLLE. 26 ESQUINA	PBX. (095) 4329200 FAX. (095) 4329210 CEL. 314 596 17 58 CEL. 314 596 17 44 3centralesryc@clinicaelprado.com	MEDIANA
SANTA MARTA	CLINICA BENEDICTO S.A.	CALLE 23 No. 14-46	PBX. (095) 4236207	ALTA
SANTA MARTA	CLINICA MAR CARIBE COLSALUD S.A.	CARRERA 1A No. 23-84	PBX. (095) 4212730	ALTA
SANTA MARTA	CLINICA LA MILAGROSA	CALLE 22 No. 13A-09	PBX. (095) 4215850 admisioneslcm@fcv.org	ALTA
VALLEDUPAR -CESAR-	CLINICA MEDICOS LTDA.	CALLE 16B No. 11 – 33	PBX. (095) 5708938 (095) 5704747 CEL.320 581 87 94 CEL. 320 581 8929 referencias@clinicamedicos.com	ALTA
VALLEDUPAR -CESAR-	I.P.S. CLINICA LAURA DANIELA	CARRERA 19 No.14- 47	CEL. 318 221 2020 CEL. 316 683 71 81 PBX. (095) 5803535 referencia31d@gmail.com	ALTA

SAN JUAN DEL CESAR - GUAJIRA-	CLINICA INTEGRAL SAN JUAN BAUTISTA	CALLE 7 No. 1-74	CEL. 318 336 37 94 CEL. 318 366 15 05 CEL. 318 336 37 39 referencias03@ gmail.com	ALTA
BARRANQUILLA	FUNDACION CAMPBELL	CALLE 31 No. 14 – 20	CEL. 317 400 99 29 centralreferencia@ clinicacambell.com. co	ALTA
BARRANQUILLA	CLINICA JALLER	CALLE 61 ESQ. CARRERA 53	(095) 3687676 EXT. 100 CEL. 311 416 6605 admisiones@ clinicajaller.com	ALTA
SANTA MARTA	INSTITUTO NEUROPSIQUIATRICO NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN – INSECAR	AVENIDA EL LIBERTADOR No. 15 - 61	301 637 2821 300 202 8756 (095) 4215937 insecar1561@ hotmail.com	CLINICA PSIQUIATRICA

LÍNEAS DE AUTORIZACIÓN POR EPS

MUTUAL SER EPS

Línea telefónica: 6056517144

Página web: Plataforma zona ser

Correo: urgencias@mutualser.com

CAJACOPI EPS

Correo: codigo.urgencia@cajacopieps.co

Línea telefónica: 6013185630-653185930

NUEVA EPS

Línea Telefónica: 6013077023-601307758

Correo: referencia.contrareferencia@nuevaeps.com.co

COOSALUD

Correo: linea018000@coosalud.com

SALUD TOTAL

Línea Telefónica: 6053698500-6016068787

FOMAG

Correo: autorizacionespes@clinicageneraldelnorte.com

RED DE COMUNICACIONES - DIRECTORIO TELEFONICO		
E.S.E. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN		
PERSONAL ADMINISTRATIVO		
GERENTE	JORGE LEMUS BELLO	3233630412
TESORERA	HENRY COLEY ARRITA	3157358207
COORDINADOR FACTURACION	JAVIER BUELVAS TURIZO	3023742599
JEFE DE FARMACIA	BELKYS BANDERA GUERRA	3225029317
APOYO EN CALIDAD	OMAR MEDINA RAMIREZ	3114049921
PERSONAL ASISTENCIAL		
MEDICO APOYO GESTION COORD. MD.	YESENIA FIGUEROA CAMARGO	3186164353
MEDICO	KEILA CHAVERRA FELIZZOLA	3183437630
MEDICO	GUSTAVO PINZON MANJARRES	3106167894
MEDICO	WEIMAR RANGEL OSPINO	3126134534
MEDICO	YAMIT ENRIQUE VILLARUEL RAMIREZ	3158650209
MEDICO S.S.O	JESSICA VICTORIA VILORIA MOLINA	3005134333
MEDICO	JORGE OSPINO RIBON	3126495266
MEDICO	CLARA ORTIZ FLOREZ	3116714467
MEDICO	JORGE CARDENAS	3234569760
MEDICO	SANDRA GONZALES PEDROZO	3209114426
BACTERIOLOGO	LUZ ENITH FLORIAN PEREZ	3012907444
BACTERIOLOGO	JULIETH MOLINA TRESPALACIOS	3154249104
BACTERIOLOGO	MONICA NARVAEZ CAMARGO	3132268916
ODONTOLOGO	LELYS LOPEZ ACOSTA	3104491063
ENFERMERA PYP	VERENA FERNANDEZ GUTIERREZ	3106365725
AUX. ENFERMERIA	ONELIS BARROS HERNANDEZ	3216748631
AUX. ENFERMERIA	MAIRA TORRES AVILÉS	3188139317
AUX. ENFERMERIA	EVERITH SILVA ALVEAR	3124561609
AUX. ENFERMERIA	MARIELIS CASTRO PEDROZO	3135404183
AUX. ENFERMERIA	MILEIDA JIMENEZ OLIVARES	3105311967
AUX. ENFERMERIA	ASCENETH VILLARRUEL DE RANGEL	3135404183
AUX. ENFERMERIA	LUISA SORACA SÁNCHEZ	3205084261
AUX. ENFERMERIA	MARIELA GUTIÉRREZ SANCHEZ	3103775274
AUX. ENFERMERIA	YOLETH DÍAZ FLORIAN	3146498443
CONTACTOS TELEFONICOS DE LA RED DE APOYO DEL PLAN DE CONTINGENCIA HOSPITALARIO		
CRUE MAGDALENA	OPERADOR 24 HORAS	(5) 4319506
COORDINACION CRUE MAGDALENA	JUAN CONTRERAS BRITO	3157335770
CONSEJO MUNICIPAL GESTION DEL RIESGO (CMGR)	ALCALDE MUNICIPAL OSMER DIAZ ALFARO	3114165528
SECRETARIO DE PLANEACION	JOSE ARMANDO BELEÑO	3016745063
ESTACION DE POLICIA GUAMAL	OPERADOR 24 HORAS	3135966180
SECRETARIA DE GOBIERNO	LUIS ARCE CARVAJAL	3145016153
INSPECTOR DE POLICIA	MILAGROS MARTINEZ RANGEL	3152563580
DEFENSA CIVIL COLOMBIANA	LEDYS LERMA GUZMAN	3144933505
COMISARIO DE FAMILIA	DAIRO RIVERA	3157589264
PERSONERO MUNICIPAL	JESUS DAVID JIMENEZ	3106043351

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- ANALISIS DE SITUACIÓN DE SALUD CON EL MODELO DE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE SALUD – ASIS, MUNICIPIO DE GUAMAL AÑO 2013.

- E.S.E. HOSPITAL SAN FRANCISCO DE ASIS. MANUAL DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA. PALERMO, HUILA. AGOSTO, 2013.

- GOBERNACION DE BOYACA. SECRETARIA DE SALUD. MANUAL OPERATIVO SOBRE EL SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA. TUNJA, 2007.

- MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. GUIA TECNICA "BUENAS PRACTICAS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA ATENCION EN SALUD". GARANTIZAR LA ATENCION SEGURA DEL BINOMIO MADRE HIJO. BOGOTA, DICIEMBRE 31 DE 2009.

- MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL, RESOLUCION 412 DEL 2000. PROGRAMA DE APOYO A LA REFORMA DE SALUD/ PARS. GUIAS DE PROMOCION DE LA SALUD Y PREVENCION DE ENFERMEDADES EN SALUD PUBLICA, GUIA PARA LA DETECCION TEMPRANA DE LAS ALTERACIONES DEL EMBARAZO.

- MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL- COLCIENCIAS. GUIAS DE PRACTICA CLINICA PARA LA PREVENCION, DETECCION TEMPRANA Y TRATAMIENTO DE LAS COMPLICACIONES DEL EMBARAZO, PARTO O PUERPERIO, , GUIAS No. 11 – 15. BOGOTÁ, COLOMBIA. ABRIL 2013.

- REVISTA MEDICO LEGAL ISSN: 0124-82-86. SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA ¿UN VIA CRUCIS?, ARTÍCULO 30.12.2004, PÁGINAS: 34 – 40.

- SECRETARIA DE DESARROLLO DE LA SALUD. DEPARTAMENTO DEL MAGDALENA. MANUAL DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA. Séptima edición.

- SECRETARIA DEPARTAMENTAL DE SALUD DEL VALLE DEL CAUCA. MANUAL OPERATIVO DEL SISTEMA DE REFERENCIA. SANTIAGO DE CALI, MARZO DE 2014.

- SECRETARIA SECCIONAL DE SALUD DEPARTAMENTO DEL MAGDALENA. PROPUESTA DE REORGANIZACION, REDISEÑO Y MODERNIZACION DE LA RED DE PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD DEL DEPARTAMENTO DEL MAGDALENA. SANTA MARTA, OCTUBRE 27 DE 2014.

NORMATIVIDAD

- LEY 100 DE 1993. Por la cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral, en sus disposiciones generales y como fundamento del sistema.
- LEY 1122 DE 2007. Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud 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.

- DECRETO 3990 DE 2007. Por el cual se reglamenta la Subcuenta del Seguro de Riesgos Catastróficos y Accidentes del Tránsito del Fondo de Solidaridad y Garantía, Fosyga-Subcuenta ECAT

- DECRETO 1032 DE 1991. Por el cual se regula integralmente el seguro obligatorio de daños corporales causados a las personas en accidentes de tránsito.

- DECRETO 2759 DE 1991. Por el cual se organiza y establece el Régimen de Referencia y Contrarreferencia.

- DECRETO NACIONAL 412 DE 1992. Por el cual se reglamentan parcialmente los servicios de urgencias, estableciendo la obligatoriedad de la atención inicial de urgencias para todas las instituciones que ofrezcan servicios de salud.

- 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.

- DECRETO 1915 DE 2008. Por la cual se adoptan los formularios para reclamar las indemnizaciones derivadas de los amparos de que trata el Decreto 3990 de 2007 y se dictan otras disposiciones.

- 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, MAPIPOS.

- RESOLUCION 3374 DE 2000. Por la cual se reglamentan los datos básicos que deben reportar los prestadores de servicios de salud y las entidades administradoras de planes de beneficios sobre los servicios de salud prestados. ANEXO TÉCNICO NO. 2 DE LA RESOLUCION 3374 DE 2000 - Resumen de Historia Clínica o Epicrisis.

- RESOLUCION 412 DE 2000. Por la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la tención de enfermedades de interés en salud pública.

- RESOLUCION 1043 DE 2006. ANEXO TÉCNICO NO.1. MANUAL ÚNICO DE ESTÁNDARES Y DE VERIFICACIÓN. Por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones.

- 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.

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

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

- Resolución 3100 de 2019, 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.

Proyectado por:

OMAR RICARDO MEDINA RAMIREZ
Técnico área de la salud
26- DICIEMBRE - 2024

Revisó y Aprobó:

MADELEINE DIAZ FRANCO
Gerente Encargada E.S.E.
26- DICIEMBRE - 2024

"URGENCIAS"

Historia del Cambio: Tercera Versión. Original firmado y archivado. Actualización de la normatividad vigente y direcciones de las referencias

26- DICIEMBRE – 2024
26 - SEPTIEMBRE - 2018
25 - FEBRERO - 2015