

GOBERNACIÓN DE NARIÑO
INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD RED
DE SERVICIOS



**MANUAL OPERATIVO SISTEMA DE REFERENCIA
Y CONTRARREFERENCIA**

2020

GOBERNACIÓN DE NARIÑO
INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD

**MANUAL OPERATIVO SISTEMA DE REFERENCIA Y
CONTRARREFERENCIA**

EQUIPO COORDINADOR

JHON ROJAS CABRERA

Gobernador del Departamento de Nariño

DIANA PAOLA ROSERO ZAMBRANO

Directora Instituto Departamental de Salud de Nariño

OMAR MORENO JARAMILLO

Jefe Oficina Asesora de Planeación

EQUIPO TÉCNICO

Funcionarios Instituto Departamental de Salud:

Marcela Mora G. – Red de Servicios de Salud-

Sistema de Referencia y Contrarreferencia.

Margoth Bravo - CRUE

Equipo técnico Subdirecciones Salud Publica, Calidad y Aseguramiento.



San Juan de Pasto

TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCION-----	7
JUSTIFICACION-----	8
OBJETIVOS SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA.-----	9
OBJETIVO GENERAL-----	9
OBJETIVOS ESPECIFICOS-----	9
OBJETIVOS DEL MANUAL DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA-----	10
OBJETIVO GENERAL:-----	10
OBJETIVOS ESPECIFICOS:-----	10
1. MARCO LEGAL Y NORMATIVO DEL SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA-----	11
2. MARCO CONCEPTUAL-----	17
3. ESTRUCTURA OPERATIVA DEL SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA-----	22
4. FINALIDAD DEL SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA.-----	41
5. ESTRATEGIAS DEL SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA.-----	41
6.1. FUNCIONES DE INSPECCION Y VIGILANCIA DEL SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA POR PARTE DE LAS IPS.-----	42
6.2. FUNCIONES INSPECCION Y VIGILANCIA SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA POR PARTE DE LAS DLS.-----	46
6.3. FUNCIONES INSPECCION Y VIGILANCIA DEL SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA POR PARTE DE ENTIDADES RESPONSABLES DE PAGO.-----	46
6.4. FUNCIONES DE INSPECCIÓN, VIGILANCIA, CONTROL, SEGUIMIENTO Y EVALUACION DEL SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA POR PARTE DEL INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NARIÑO.-----	48
7. MARCO OPERATIVO DEL SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA.-----	49
7.1. DIRECTRICES TECNICAS Y ADMINISTRATIVAS REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA-----	61
TABLA 12: LINEAMIENTOS REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA DIMENSIONES SALUD PÚBLICA. 67	
7.2. REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA.-----	67
7.3. REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA EN ENFERMEDADES CRONICAS NO TRASMISIBLES.--	72
7.4. REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA DE URGENCIAS EN SALUD MENTAL-----	73
7.5. REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA INTOXICACIONES POR SUSTANCIAS TOXICAS Y MEDICAMENTOS.-----	75
7.6. REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA EN CASOS DE DESNUTRICIÓN AGUDA MODERAD Y SEVERA.-----	76
7.7. REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA EN CASOS DE TUBERCULOSIS Y ENFERMEDAD DE HANSEN-----	80
8. DISPOSICION DE LINEAMIENTOS PARA COMPONENTES ANEXOS AL SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA.-----	81

8.1. RED DE TRANSPORTE -----	82
8.2. RED DE COMUNICACIONES -----	87
8.3. PLANEAMIENTO HOSPITALARIO -----	88
8.4. SISTEMA DE INFORMACIÓN -----	89
8.5. UNIDADES DE ANALISIS -----	90
8.5.1. MODO DE OPERACIÓN DE LAS UNIDADES DE ANÁLISIS DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA -----	91
8.5.2. INSUMOS PARA UNIDADES DE ANALISIS. -----	92
9. INDICADORES DE SEGUIMIENTO AL SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA. -----	94
ANEXOS.-----	99
ANEXO 1: PROCESO DE ATENCIÓN A USUARIOS VICTIMAS DEL CONFLICTO ARMADO-----	100
ANEXO 2: LISTA DE CHEQUEO PARA REFERENCIA EN URGENCIAS PSIQUIATRICAS DIRIGIDO A MEDICOS GENERALES. -----	101
ANEXO 3: INSTRUCTIVO DE LA LISTA DE CHEQUEO PARA REFERENCIA EN URGENCIAS PSIQUIATRICAS DIRIGIDO A MÉDICOS GENERALES-----	106
ANEXO 4: FORMATO ESTANDARIZADO REFERENCIA DE PACIENTES (ANEXO 9. RESOLUCION 4331 DE 2012) -----	114
ANEXO 5: FORMATO ESTANDARIZADO CONTRARREFERENCIA DE PACIENTES (ANEXO 10. RESOLUCION 4331 DE 2012)-----	115
ANEXO 6: CONTROL DIARIO DE REFERENCIA POR URGENCIAS. -----	116
ANEXO 7: CONTROL DIARIO DE REFERENCIA POR CONSULTA EXTERNA.-----	117
ANEXO 8: CONSOLIDADO DIARIO DE CONTRARREFERENCIA DE URGENCIAS Y CONSULTA EXTERNA -----	118
IPS QUE CONTRARREMITEN-----	118
ANEXO 9: CONSOLIDADO MENSUAL DE CONTRARREFERENCIA CONSULTA EXTERNA EPS-----	119
ANEXO 10: VERIFICACION DE VEHICULOS DE AMBULANCIA TRANSPORTE ASISTENCIA BASICO	120
ANEXO 11: VERIFICACION DE AMBULANCIA TRANSPORTE ASISTENCIA MEDICALIZADO -----	124
ANEXO 12 LISTA DE CHEQUEO DOCUMENTOS PARA EL TRAMITE AVAL DE AMBULANCIA -----	130
ANEXO 13 RUTA ARTICULADA DE EVACUACION DE PACIENTES VICTIMAS DEL CONFLICTO ARMADO Y CASOS DE URGENCIAS VITALES O EMERGENCIAS -----	138
ANEXO 14 RUTAS ATENCION IVE POR CADA EAPB-----	138

TABLA DE ILUSTRACIONES

	Pág.
Ilustración 1: Estructura Operativa del Sistema de Referencia y Contrareferencia. -----	25
Ilustración 2: Estructura Operativa del Sistema de Referencia y Contrareferencia en casos de emergencias y desastres por eventos Naturales o Antrópicos. -----	26
Ilustración 3: MAPA DEPARTAMENTO DE NARIÑO POR NODOS DE ATENCIÓN. -----	49
Ilustración 4: MAPA RED DE PRESTADORES DE SERVICIOS NODO CENTRO DEPARTAMENTO DE NARIÑO POR AREAS GEOGRÁFICAS -----	50
Ilustración 5: SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA - FLUJO DE USUARIOS RED NODO SUR -----	52
Ilustración 6: SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA FLUJO DE USUARIOS RED NODO NORTE -----	54
Ilustración 7: SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA - FLUJO DE USUARIOS RED NODO OCCIDENTE-----	56
Ilustración 8: SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA FLUJO DE USUARIOS RED NODO CENTRO OCCIDENTE -----	58

CONTENIDO DE TABLAS

TABLA No 1. CAPACIDAD INSTALADA TRASLADO DEPARTAMENTO NARIÑO-----	26
TABLA No 2. CAPACIDAD INSTALADA APOYO TERAPEUTICO DEPARTAMENTO NARIÑO-----	27
TABLA No 3. CAPACIDAD INSTALADA CAMAS DEPARTAMENTO NARIÑO-----	27
TABLA No 4. TIPOLOGIAS DE ATENCIÓN DEPARTAMENTO DE NARIÑO-----	28
TABLA No 5. CONTEXTO ACTUAL DE LA RED DE SERVICIOS, RED PÚBLICA DEPARTAMENTO DE NARIÑO-----	30
TABLA No 6. PUNTOS DE ATENCIÓN POR NODOS Y COMPLEJIDAD – DEPARTAMENTO DE NARIÑO – 2019-----	31
TABLA No 7. PROYECCION SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA - FLUJO DE USUARIOS NODO CENTRO-----	51
TABLA No 8. PROYECCION SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA - FLUJO DE USUARIOS NODO SUR-----	53
TABLA No 9. PROYECCION SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA - FLUJO DE USUARIOS NODO NORTE-----	55
TABLA No 10. SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA - FLUJO DE USUARIOS RED OCCIDENTE -----	57
TABLA No 11. . SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA - FLUJO DE USUARIOS RED CENTRO OCCIDENTE-----	59



TABLA No 12. . LINEAMIENTOS REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA DIMENSIONES SALUD PÚBLICA-----	66
TABLA No 13. REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA DE URGENCIAS EN SALUD MENTAL -----	73
TABLA 14.INDICADORES DE SEGUIMIENTO AL SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA-----	98

INTRODUCCION

Las actuales políticas de salud, 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. transformar el sistema actual para modernizarlo, hacerlo más eficiente, definiendo y estableciendo 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.

El Sistema de Referencia y Contrarreferencia de pacientes se constituye en una herramienta administrativa que permite la articulación de la red prestadora de servicios de salud en todas las complejidades de atención, lo que garantiza la atención integral al usuario, bajo los parámetros de oportunidad, seguridad y continuidad

El Instituto Departamental de Salud de Nariño, acorde a la normatividad actual vigente diseña el presente manual de referencia y contrarreferencia donde se definen los lineamientos necesarios para garantizar la atención integral de los Usuarios en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y el mejor aprovechamiento de los recursos humanos, tecnológicos y materiales disponibles en las instituciones que lo conforman para beneficio de la población; a través de la implementación del sistema, se pretende tener unificación en el reporte y flujo oportuno de la información, permitiendo verificar su operativización.



JUSTIFICACION

Los Lineamientos para la Referencia y Contrarreferencia, permiten garantizar un acceso oportuno a los servicios de salud, disminuyendo las barreras de acceso y las complicaciones en los pacientes. Por tal razón es responsabilidad de las entidades del estado ejercer acciones de inspección, vigilancia y control, sobre el Sistema de Referencia y Contrarreferencia, de acuerdo a las competencias establecidas para cada actor del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). Estos deberán conocer y aplicar la normatividad vigente permitiendo la organización y la operatividad del sistema.

OBJETIVOS SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA.

OBJETIVO GENERAL

Desarrollar el conjunto de actividades técnicas y administrativas que permitan prestar adecuadamente los servicios de salud, mejorando la calidad, accesibilidad, oportunidad, continuidad e integralidad de los servicios en función de la Red de Prestación de servicios definida para el Departamento de Nariño.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- 1.** Establecer e implementar a nivel departamental el Sistema de Referencia y Contrarreferencia dentro del marco normativo.
- 2.** Articular los organismos según niveles de atención y grados de complejidad, para permitir a la población el acceso oportuno y funcional a la atención integral en salud.
- 3.** Monitorear el cumplimiento del sistema de referencia y contrarreferencia, dentro del marco del sistema obligatorio de garantía de calidad.
- 4.** Procurar una respuesta eficiente y coordinada de las entidades del sector salud que hacen parte del Sistema Nacional para la Gestión del Riesgo de Desastres (SNGRD), incluidos los organismos de socorro en situaciones de emergencia o desastre, brindar al usuario la atención en salud integral en la complejidad de tecnología adecuado a su necesidad, bajo los criterios de oportunidad, eficiencia y eficacia, mediante la articulación de la red de prestadores del departamento según complejidades de atención.
- 5.** Contribuir a racionalizar los recursos de salud en procura de la satisfacción del usuario con una eficiente gerencia de los servicios.
- 6.** Capacitar a la comunidad en los conceptos de Referencia y contrarreferencia para que utilice en forma adecuada la red de servicios.

OBJETIVOS DEL MANUAL DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

OBJETIVO GENERAL:

Implementar mecanismos y estrategias que permitan la centralización de la información a nivel departamental, mejorando el acceso a los servicios de salud y la atención permanente, continua, oportuna e integral a los usuarios mediante el desarrollo técnico administrativo del sistema de referencia y contrarreferencia, como componente de Red de servicios.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

1. Apoyar mediante la integración de los diferentes actores del sistema, el acceso universal, oportuno y funcional a la atención integral en salud de la población.
2. Fortalecer mediante la articulación de la red de prestadores del departamento según complejidades de atención en salud integral en el nivel de tecnología adecuado a su necesidad, bajo los criterios de oportunidad, eficiencia y eficacia.
3. Coordinar con los demás integrantes del sistema la atención en salud de la población afectada por Emergencias y Desastres.
4. Mejorar la recolección de la información a través de los formatos de registro, Validados por IPS y EPS y aprobados por el Instituto Departamental de Salud de Nariño.
5. Verificar la operativización del Sistema de Referencia y Contrarreferencia.
6. Consolidar oportunamente la información y presentar periódicamente los informes correspondientes, que soporten la toma de decisiones.
7. 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.
8. Adelantar el seguimiento y evaluación a los indicadores del sistema.

1. MARCO LEGAL Y NORMATIVO DEL SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

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

Ley 10 de 1990. Por la cual se reorganiza el Sistema Nacional de Salud en Colombia, con énfasis en la descentralización administrativa del Sector.

La ley 100 de Diciembre 3 de 1993, por la cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral, en sus disposiciones generales y como fundamento del sistema, especifica en el artículo 154, literal f que el estado debe intervenir en la organización de los servicios de salud en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad. En el artículo 159 se le garantiza a los afiliados la atención de urgencias en todo el territorio nacional y la escogencia de las Instituciones Prestadoras de Servicios y de los profesionales entre las opciones que cada Entidad Promotora de Salud ofrezca dentro de su red de servicios. El artículo 162 Plan Obligatorio de Salud, Parágrafo 5, establece para la prestación de dichos servicios que todas las Entidades Promotoras de Salud establecerán un sistema de referencia y 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. El artículo 174 señala que corresponde a los departamentos, distritos y municipios, funciones de dirección y organización de los servicios de salud para garantizar la salud pública y la oferta de servicios de salud por instituciones públicas, por contratación de servicios o por el otorgamiento de subsidios a la demanda. De conformidad con el numeral 4 del artículo 176 les corresponde además la inspección y vigilancia de la aplicación de las normas técnicas, científicas, administrativas y financieras que expida el Ministerio, sin perjuicio de las funciones de inspección y vigilancia atribuidas a las demás autoridades.

RES. 741/97 ARTICULO 5o. TRASLADO DE USUARIOS. Las Instituciones y demás Prestadores de Servicios de Salud a las que se refiere la presente resolución deberán tener libros de registro de traslado de usuarios foliados y con acta de apertura firmado por los responsables de los servicios donde se registre: el nombre del usuario, el número de la historia clínica, la hora de salida o ingreso y el nombre y firma del responsable del traslado.

La ley 715 de Diciembre 21 de 2001, por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros, establece en su artículo 42 como una de las competencias en salud por parte de la nación: Definir, implantar y evaluar la política de Prestación de Servicios de Salud. En ejercicio de esta facultad regulará la oferta pública y privada de servicios, estableciendo las normas para controlar su crecimiento, mecanismos para la libre elección de prestadores por parte de los usuarios y la garantía de la calidad; así como la promoción de la organización de redes de prestación de servicios de salud, entre otros.

En su artículo 43.1.5. Establece como función de dirección de los entes territoriales departamentales “ Vigilar y controlar el cumplimiento de las políticas y normas técnicas, científicas y administrativas que expida el Ministerio de Salud, así como las actividades que desarrollan los municipios de su jurisdicción, para garantizar el logro de las metas del sector salud y del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Así mismo el artículo 43.2.4 señala como competencia la de Organizar, dirigir, coordinar y administrar la red de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud pública en el departamento. Con relación a la organización y consolidación de redes la misma norma en su artículo 54 establece que “ 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”.

Documento CONPES 3175/02 y 3204/02 - Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud.

La ley 1122 de 2007, artículo 20” Se garantiza a todos los colombianos la atención inicial de urgencias en cualquier IPS del país. Las EPS o las entidades territoriales responsables de la atención a la población pobre no cubierta por los subsidios a la demanda, no podrán negar la prestación y pago de servicios a las IPS que atiendan sus afiliados, cuando estén causados por este tipo de servicios, aún sin que medie contrato ”.

Artículo 23º. Obligaciones de las Aseguradoras para garantizar la Integralidad y continuidad en la Prestación de los Servicios. Las Empresas Promotoras de Salud (EPS) del régimen contributivo y subsidiado deberán atender con la celeridad y la frecuencia que requiera la complejidad de las patologías de los usuarios del mismo. Así mismo las citas médicas deben ser fijadas con la rapidez que requiere un tratamiento oportuno por parte de la EPS, en aplicación de los principios de accesibilidad y calidad correspondiente.

El Decreto 4747 de Diciembre 7 de 2007, por medio del cual se regulan algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo, y se dictan otras disposiciones. En el Capítulo I, Artículo 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 hace referencia a la organización de la red y la difusión de la misma.

Parágrafo 1º. En el diseño, y organización de la red de prestación de servicios, incluyendo los servicios administrativos de contacto con el paciente, las entidades responsables del pago de los servicios de salud garantizarán los servicios de baja complejidad de manera permanente en el municipio de residencia de los afiliados, salvo cuando a juicio de estos sea más favorable recibirlos en un municipio diferente con mejor accesibilidad geográfica.

Parágrafo 2º. 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.

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

El Artículo 18. 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- .

El Decreto-Ley 019 de 2012, en su artículo 120 señaló que tratándose de la atención ambulatoria, con internación, domiciliaria, de urgencias e inicial de urgencias, el trámite de autorización para la prestación de servicios de salud lo efectuará de manera directa la Institución Prestadora de Servicios de Salud – IPS, ante la Entidad Promotora de Salud – EPS.

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.

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

Ley 1438 de 2011 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, artículo 63 numeral 6 en el cual uno de los criterios a considerar para la conformación de redes de prestadores de servicios de salud son los mecanismos efectivos del sistema de referencia y contrarreferencia para garantizar la integralidad y continuidad de la atención al usuario en los diferentes niveles de atención y escenarios intramurales y extramurales.

Además en su artículo 67 plantea la necesidad de reglamentar el SISTEMA DE EMERGENCIA MEDICAS modelo general integrado, que comprende, entre otros los mecanismos para notificar las emergencias médicas, la prestación de servicios pre hospitalarios y de urgencias, las formas de transporte básico y medicalizado, la atención hospitalaria, el trabajo de los centros reguladores de urgencias y emergencias, los programas educacionales y los procesos de vigilancia.

La Resolución 3047 del 2007 y resolución 5334 de 2008 mediante las cuales se define los formatos, los 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 y los reglamentarios que la modifiquen o sustituyan.

Ley 1448 de 2011: Por la cual se dictan medidas de atención, asistencia y reparación integral a las víctimas del conflicto armado interno y se dictan otras disposiciones.

Resolución 4331 de 2012: A través de la cual se hizo necesario modificar algunos formatos y procedimientos adoptados mediante la Resolución 3047 de 2008, de manera tal que se simplifiquen los trámites por parte de los usuarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud, así como dictar disposiciones inherentes a las relaciones entre aseguradores y prestadores de servicios de salud. Modifica los artículos 7, 10 y 12 de la Resolución 3047 de 2008, así como los anexos Técnicos 4,6, 7 y 8 de la mencionada resolución. Crea el Anexo Técnico 9, FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES, el Anexo Técnico 10, FORMATO ESTANDARIZADO DE CONTRARREFERENCIA DE PACIENTES y el Anexo Técnico 11, CONTENIDO DE LOS AVISOS QUE OBLIGATORIAMENTE DEBEN PUBLICAR LAS ENTIDADES RESPONSABLES DEL PAGO Y LOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD

Ley 1523 de 2012: por el cual se adopta la Política Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres y se establece el Sistema Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres y se dictan otras disposiciones. La gestión del riesgo de desastres, en adelante la gestión del riesgo, es un proceso social orientado a la formulación, ejecución, seguimiento y evaluación de políticas, estrategias, planes, programas, regulaciones, instrumentos, medidas y acciones permanentes para el conocimiento y la reducción del riesgo y para el manejo de desastres, con el propósito explícito de contribuir a la seguridad, el bienestar, la calidad de vida de las personas y al desarrollo sostenible. Esta norma deroga la ley 46 de 1988 y el decreto 919 de 1989.

El Decreto-Ley 019 de 2012, en su artículo 120 señaló que, tratándose de la atención ambulatoria, con internación, domiciliaria, de urgencias e inicial de urgencias, el trámite de autorización para la prestación de servicios de salud lo efectuará de manera directa la Institución Prestadora de Servicios de Salud – IPS, ante la Entidad Promotora de Salud – EPS

Resolución 1552 de 2013: Por medio de la cual se reglamenta parcialmente los artículos 123 y 124 del decreto-ley 019 de 2012.

Resolución 5521 de 2013: Por medio del cual se define, aclara y actualiza integralmente el plan obligatorio de Salud (POS).

Resolución 5596 del 24 de diciembre 2015: Por la cual se definen los criterios técnicos para el Sistema de Selección y Clasificación de pacientes en los servicios de urgencias "Triage".

El Ministerio de la Protección Social define un sistema de selección y clasificación de pacientes en urgencias, 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 prestación de servicios, para el mismo podrán tomarse como referencia las guías de manejo de atención pre hospitalaria y de urgencias del Ministerio de Salud y Protección Social.

ARTÍ 5. Categorías del "Triage". Para determinar la prioridad de la atención de los pacientes en un servicio de urgencias se tendrá en cuenta la siguiente categorización, organizada de mayor a menor riesgo:

Triage 1: Requiere atención inmediata. La condición clínica del paciente representa un riesgo vital y necesita maniobras de reanimación por su compromiso ventilatorio, respiratorio, hemodinámico o neurológico, pérdida de miembro u órgano u otras condiciones que por norma exijan atención inmediata.

Triage 11: La condición clínica del paciente puede evolucionar hacia un rápido deterioro o a su muerte, o incrementar el riesgo para la pérdida de un miembro u órgano, por lo tanto, requiere una atención que no debe superar los treinta (30) minutos. La presencia de un dolor extremo de acuerdo con el sistema de clasificación usado debe ser considerada como un criterio dentro de esta categoría.

Triage 111: La condición clínica del paciente requiere de medidas diagnósticas y terapéuticas en urgencias. Son aquellos pacientes que necesitan un examen complementario o un tratamiento rápido, dado que se encuentran estables desde el punto de vista fisiológico aunque su situación puede empeorar si no se actúa.

Triage IV: El paciente presenta condiciones médicas que no comprometen su estado general, ni representan un riesgo evidente para la vida o pérdida de miembro u órgano. No obstante, existen riesgos de complicación o secuelas de la enfermedad o lesión si no recibe la atención correspondiente.

Triage V: El paciente presenta una condición clínica relacionada con problemas agudos o crónicos sin evidencia de deterioro que comprometa el estado general de paciente y no representa un riesgo evidente para la vida o la funcionalidad de miembro u órgano.

Resolución 2626 del 27 de septiembre 2019

La Resolución 2626 de 2019 adopta el Modelo de Acción Integral Territorial – MAITE, modifica la Política de Atención Integral en Salud — PAIS, y se convierte en el nuevo norte conceptual para la transformación operativa de la organización y prestación de los servicios de salud en Colombia.

2. MARCO CONCEPTUAL

La Normatividad vigente en el sector salud; y su implementación con el Sistema General de Seguridad Social, en los procesos de descentralización de competencias y recursos y en la unificación del Plan Obligatorio de Salud; Requieren el compromiso de todos los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud-SGSSS para definir estrategias acordes a las necesidades locales, regionales y/o territoriales; que permitan mejorar la calidad de vida de sus habitantes. Esto hace necesario entonces definir y establecer las relaciones de coordinación entre las diferentes instituciones dentro del concepto técnico administrativo de la red de servicios, logrado en parte con el óptimo y adecuado

desarrollo del Sistema de Referencia y Contrarreferencia; Esta implementación se debe hacer tomando, en el punto uno (1) Marco legal normativo para el Sistema de Referencia y Contrarreferencia, de las cuales se tienen algunas definiciones.

SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA, se define 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.

LA REFERENCIA es el envío de pacientes o elementos de ayuda diagnóstica por parte de un prestador de servicios de salud, a otro prestador para atención o complementación diagnóstica; considera el nivel de resolución y se realiza con el fin de dar respuesta a las necesidades de salud.

LA 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.

Parágrafo 1: El documento de referencia puede corresponder a: Remisión, interconsulta, orden de servicios y apoyo tecnológico. El documento de contrarreferencia puede corresponder a una de las siguientes situaciones: contrarremisión, ó información ó resultados de ayudas diagnósticas.

Parágrafo 2. Se entiende como contrarreferencia la entrega del paciente que ya no requiere manejo, ni control por parte del especialista al médico general de la IPS remitente, generando informe de las atenciones realizadas y recomendaciones claras de tratamiento. Se aclara que de ser necesaria una nueva valoración por parte del especialista se tramitara como nueva remisión.

Parágrafo 3. La IPS de mediana y/o alta complejidad que recibe la referencia debe generar la correspondiente evaluación de las referencias enviadas de las IPS remitentes, además de generar los formatos de contrarreferencia señalando las recomendaciones de manejo o resumen de atención, las cuales serán objeto de evaluación y seguimiento por parte de las EPS e IPS receptoras de las mismas.



INTERCONSULTA: Es la solicitud expedida por el profesional de la salud responsable de la atención de un paciente a otros profesionales de la salud, quienes emiten juicios, orientaciones y recomendaciones técnico-científicas sobre la conducta a seguir con el paciente.

ORDEN DE SERVICIO: Es la solicitud de realización de actividades de apoyo diagnóstico y/o tratamiento entre una IPS y otra.

RED DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS. Es el conjunto articulado de prestadores de servicios de salud, ubicados en un espacio geográfico, que trabajan de manera organizada y coordinada en un proceso de integración funcional orientado por los principios de complementariedad, subsidiariedad y los lineamientos del proceso de referencia y 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.

La red de prestación de servicios, está conformada por cada entidad responsable de pago e integrada a la red departamental de prestadores de servicios de salud definida por la entidad territorial departamental en su documento de red, indicando a los prestadores con su identificación, ubicación geográfica, grado de complejidad de servicios habilitados, mecanismos de difusión y comunicación a los usuarios, así como también los indicadores definidos por el sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención en salud, además del diseño, organización y documentación del sistema de referencia y contrarreferencia, que involucre las normas operacionales, sistemas de información y recursos logísticos, requeridos para la operación de la red.

PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD: Se consideran como tales, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, los Profesionales Independientes de Salud y los Servicios de Transporte Especial de Pacientes, además se consideran como instituciones prestadoras de servicios de salud a los grupos de práctica profesional que cuentan con infraestructura física para prestar servicios de salud.(decreto 1011 de 2006)

TRANSPORTE ASISTENCIAL BASICO Y MEDICALIZADO: Es el traslado de un paciente en un medio de transporte terrestre, marítimo y/o fluvial que debe contar con una dotación básica para dar atención oportuna y adecuada al paciente durante el desplazamiento. (Dando cumplimiento a las Normas Técnicas Colombianas del ICONTEC: NTC 2170, la NTC 3729 tercera actualización,

normatividad de habilitación de los servicios y las demás normas que las adicionen, modifiquen o sustituyan. Se consideran los vehículos que realizan traslados exclusivamente asistenciales y que cumplen las condiciones técnicas establecidas en la resolución 2003/14 y demás normas que adicionen, modifiquen o sustituyan, además cumplir con lo estipulado en el Código Nacional de Tránsito Terrestre,

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

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

ATENCIÓN INICIAL DE URGENCIAS: Modalidad de prestación de servicios de salud que implica acciones realizadas a una persona con una condición de salud que requiere atención médica en un servicio de urgencias, tomando como base el nivel de atención y el grado de complejidad de la entidad que realiza la atención, al tenor de los principios éticos y las normas que determinan las acciones y el comportamiento del personal de salud y comprende:

- a. La estabilización de sus signos vitales que implica realizar las acciones tendientes a ubicarlos dentro de parámetros compatibles con el mínimo riesgo de muerte o complicación, y que no conlleva necesariamente la recuperación a estándares normales, ni la resolución definitiva del trastorno que generó el evento.
- b. La realización de un diagnóstico de impresión.
- c. La definición del destino inmediato de la persona con la patología de urgencia

VERIFICACIÓN DE DERECHOS DE LOS USUARIOS. 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 a ser cubierto por dicha entidad.

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, definido por el Ministerio de Salud y 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. 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 términos establecidos en la sentencia T760 de 2007 o reglamentarios que lo modifiquen o sustituyan.

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, ésta 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.

Parágrafo 5: Cabe señalar que para efectos de establecer las relaciones de pago que se relacionan en el decreto 4747 de 2007, se deberá dar cumplimiento a la normativa que la modifique, adicione o sustituya.

CRUE: El Centro Regulator 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, sin perjuicio de las funciones que sobre estos asuntos están 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. (Resolución 1220/2010).

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; ``.

MODELO DE ATENCIÓN. Comprende el enfoque aplicado en la organización de la prestación del servicio, la integralidad de las acciones, y la consiguiente orientación de las actividades de salud. De él se deriva la forma como se organizan los establecimientos y recursos para la atención de la salud desde la perspectiva del servicio a las personas, e incluye las funciones asistenciales y logísticas, como la puerta de entrada al sistema, su capacidad resolutive, la responsabilidad sobre las personas que demandan servicios, así como el proceso de referencia y contrarreferencia.

3. ESTRUCTURA OPERATIVA DEL SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

RUTAS INTEGRALES DE ATENCIÓN EN SALUD - RIAS: son una herramienta Obligatoria que define a los integrantes del Sector salud (Entidad territorial, EAPB, Prestador) y de otros sectores, las condiciones necesarias para asegurar la integralidad en la atención a partir de las acciones de cuidado que se esperan del individuo, las acciones orientadas a promover el bienestar y el desarrollo de los individuos en los entornos en los cuales se desarrolla, así como las intervenciones para la prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación de la discapacidad y paliación. Las RIAS integran las intervenciones individuales y colectivas que realizan los diferentes integrantes dentro de sus competencias, las cuales deben adaptarse a los ámbitos territoriales y a los diferentes grupos poblacionales. Para el efecto, se definen tres tipos de rutas: Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud; Rutas de Grupo de Riesgo; Rutas de eventos Específicas de Atención. (Resolución 429 de 2016)

REDES INTEGRALES DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD: Una Red Integral de Prestación de Servicios (RED) se define como el conjunto articulado de prestadores de servicios de salud u organizaciones funcionales de servicios de salud, públicos y privados; ubicados en un ámbito territorial definido de acuerdo con las condiciones de operación del MAITE, con una organización funcional que comprende un componente primario y un componente complementario; bajo los principios de disponibilidad, aceptabilidad, accesibilidad y calidad al igual que los mecanismos requeridos para la operación y gestión de la Prestación de servicios de salud, con el fin de garantizar el acceso y la atención oportuna, continua, integral, resolutive a la población, contando con los recursos humanos, técnicos, financieros y físicos para garantizar la gestión adecuada de la atención, así como de los resultados en salud. (Resolución 429 de 2016).

COMPONENTE PRIMARIO DE PRESTACIÓN: Es un componente de la red integral de prestadores de servicios de salud, encargado de la prestación de las acciones individuales, colectivas y poblacionales en salud, definidas como primarias de acuerdo a las RIAS, para la resolución de los eventos más frecuentes, a nivel personal, familiar y comunitario, durante todos los momentos del curso de la vida y en los diferentes entornos, en un ámbito geográfico cercano a la población, e incorporando la tecnología necesaria y disponible, con pertinencia socio cultural, con servicios de baja y mediana complejidad. (Política de Atención Integral en Salud, 2016).

COMPONENTE COMPLEMENTARIO DE PRESTACIÓN: es un componente de la red de prestadores de servicios de salud, encargado de las acciones individuales de mayor complejidad en la atención, para lo cual utilizan la referencia desde el componente primario y su contra referencia a éste, para garantizar la integralidad



y continuidad en la atención. Está dirigido a la atención de aquellos eventos de enfermedad que requieran tecnología y competencias especializadas no disponibles en el componente primario las cuales son garantizadas por prestadores de servicios de salud con servicios habilitados de mediana y alta complejidad. (Política de Atención Integral en Salud, 2016).

PRESTADOR PRIMARIO: El prestador primario es la puerta de entrada al SGSSS

para las personas, familias y colectivos; se concibe como unidad funcional y administrativa que organiza y gestiona integralmente el cuidado primario, para lo cual incluye los servicios de salud definidos en el componente primario; los prestadores primarios contribuyen a soportar los procesos de gestión individual del riesgo en salud agenciadas por los aseguradores, así como algunas intervenciones colectivas, a cargo de las entidades territoriales, en lo pertinente a cada caso, y en función de la conformación y organización de la red de prestación de servicios de salud de la aseguradora.

GESTIÓN INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD – GIRS: comprende el conjunto de acciones dirigidas a minimizar el riesgo de la ocurrencia de enfermedad y a reducir la severidad de las consecuencias de la enfermedad una vez ésta se ha presentado. El riesgo se entiende como “la probabilidad de ocurrencia de un evento no deseado, evitable y negativo para la salud del individuo, que puede ser también el empeoramiento de una condición previa o la necesidad de requerir más consumo de bienes y servicios que hubiera podido evitarse” (Política de Atención Integral en Salud, 2016).

NIVEL DE COMPLEJIDAD: Es la capacidad que tiene una institución o un servicio de salud para resolver problemas de diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, promoción y prevención de acuerdo con la tecnología y el personal responsable de cada actividad, intervención o procedimiento. Para efectos de definir la responsabilidad del personal de salud se establecen tres complejidades de atención: baja, media y alta.

El sistema de referencia y contrarreferencia, es el punto de articulación e interacción de todos los prestadores y las entidades responsables de pago, quienes garantizan la complementariedad de servicios de mayor complejidad cuando el usuario lo requiera tanto en consulta externa como en urgencias.



La red pública de prestación de servicios de salud del departamento de Nariño tendrá como célula principal las IPS públicas de bajas complejidades existentes en los 64 municipios incluidas las IPS indígenas, que se encargarán de cubrir la demanda de la baja complejidad en cada municipio. En el evento que la demanda sobrepase la capacidad resolutive de la institución de baja complejidad, a través de las entidades responsables de pago, se remitirá a una complejidad mayor, hasta solventar la demanda de servicios.

El sistema de referencia y contrarreferencia será regulado por el Instituto Departamental de Salud con el apoyo y asesoría del **Comité Departamental de Urgencias**.

Para la organización y funcionamiento del sistema de referencia y contrarreferencia, se tendrá en cuenta la red de servicios existentes en el departamento de Nariño.

Para los servicios de salud se adoptarán los modelos de atención establecidos en el departamento (salud mental, crónicas, salud infantil, víctimas y demás que se adopten), en los casos de eventos que necesiten atención de mayor complejidad serán remitidos directamente a los centros de atención especial de mediana complejidad que ofertan estos servicios con la coordinación de los call center de las entidades responsables de pago.

Ilustración 1: Estructura Operativa del Sistema de Referencia y Contrarreferencia.

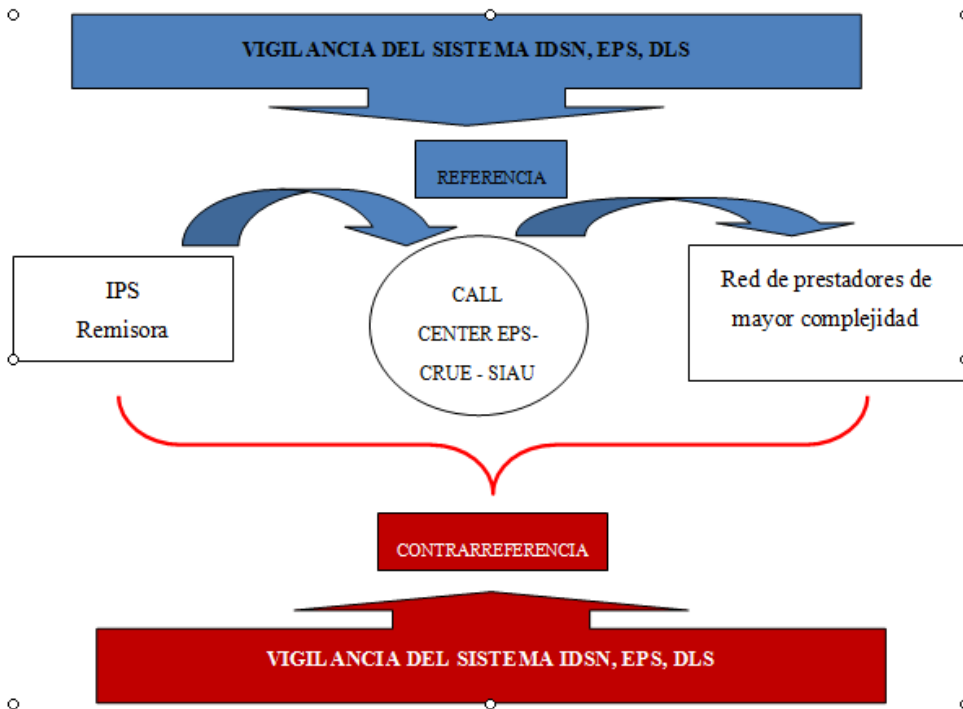


Ilustración 2: Estructura Operativa del Sistema de Referencia y Contrarreferencia en casos de emergencias y desastres por eventos Naturales o Antrópicos.

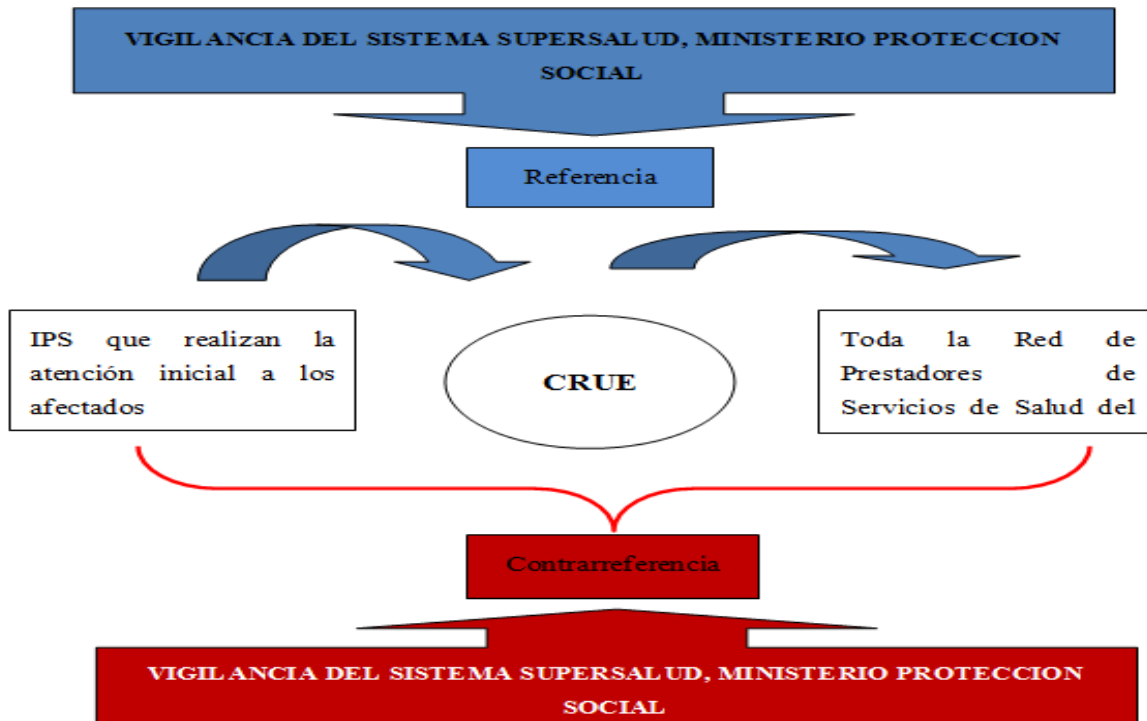


TABLA 1: CAPACIDAD INSTALADA TRASLADO DEPARTAMENTO NARIÑO

GRUPO	CAPACIDAD	TOTAL INTITUCIONES DEPARTAMENTO	No AMBULANCIAS	NATURALEZA JURIDICA	TOTAL INST	TOTAL AMB
AMBULANCIAS	BASICAS	106	216	PRIVADAS	21	155
				PUBLICAS	85	61
	MEDICALIZADAS	16	29	PUBLICAS	3	5
				PRIVADAS	13	24
TOTAL					122	245

REPS 15/06/2019

TABLA 2: CAPACIDAD INSTALADA APOYO TERAPEUTICO DEPARTAMENTO NARIÑO

GRUPO	CAPACIDAD	TOTALES	NATURALEZA JURIDICA	TOTAL
APOYO TERAPÉUTICO	Sillas de quimioterapia	69	PRIVADAS	61
			PUBLICAS	8
	Sillas de Hemodiálisis	102	PUBLICAS	8
			PRIVADAS	96

REPS 15/06/2019

TABLA 3: CAPACIDAD INSTALADA CAMAS DEPARTAMENTO NARIÑO

GRUPO	CAPACIDAD	TOTAL Instituciones	No camas	NATURALEZA JURIDICA	Ins por Naturaleza jurídica	TOTAL camas
CAMAS	Adultos	33	1083	PUBLICAS	16	392
				PRIVADAS	17	691
	Cuidado Agudo Mental	3	139	PRIVADAS	3	139
	Cuidado básico neonatal	8	75	PRIVADAS	7	48
				PUBLICAS	1	27
	Cuidado Intensivo Adulto	12	129	PRIVADAS	10	92
				PUBLICAS	2	37
	Cuidado Intensivo Neonatal	9	45	PRIVADAS	7	30
				PUBLICAS	2	15
	Cuidado Intensivo Pediátrico	2	16	PRIVADAS	2	16
				PUBLICAS	0	0
	Cuidado Intermedio Adulto	13	50	PRIVADAS	11	30
				PUBLICAS	2	20
	Cuidado Intermedio Neonatal	10	53	PRIVADAS	7	30
				PUBLICAS	3	23
	Cuidado Intermedio Pediátrico	2	5	PRIVADAS	2	5
				PUBLICAS	0	0
	Farmacodependencia	2	68	PRIVADAS	2	68
	Institución Paciente Crónico	2	23	PRIVADAS	2	23

Obstetricia	37	263	PRIVADAS	7	97
			PUBLICAS	30	166
Pediátricas	23	252	PRIVADAS	11	152
			PUBLICAS	12	99
Psiquiatría	2	65	PRIVADAS	2	265
			PUBLICAS	0	0
TOTALES			TOTALES		

REPS 15/06/2019

TABLA 4: TIPOLOGIAS DE ATENCIÓN DEPARTAMENTO DE NARIÑO

TIPOLOGIA	CARACTERISTICAS GENERALES
1AE	Servicios de P & P por auxiliar de área de la salud (excepto parto y RN), Servicio de consulta por Equipo Extramural periódico
1AP	Consulta de medicina general, enfermería, odontología, actividades de promoción y prevención, toma de muestras de laboratorio clínico, dispensación de medicamentos. Nutrición, psicología y optometría solo para cumplimiento RIAS, Puestos de salud ambulatorios, con profesionales de la salud de manera permanente
1B	Servicios de P & P, medicina general, odontología, enfermería, Psicología, consulta prioritaria , sala de partos, Consulta, Laboratorio clínico, toma de muestras laboratorio clínico , Imágenes diagnósticas de odontología, ecografía obstétrica , Urgencias, nutrición y dietética , ginecoobstetricia, medicina interna, pediatría, optometría por jornadas de salud solo para cumplimiento RIAS, TAB

1C	<p>Servicios de P & P, Consulta: medicina general, medicina familiar, enfermería odontología, psicología, nutrición y dietética, optometría, consulta prioritaria de</p> <p>Medicina, interna, pediatría, ginecoobstetricia, internación adultos pediatría y obstetricia, Urgencias. laboratorio clínico, toma de muestra de laboratorio, radiografías e imágenes diagnósticas, servicios farmacéutico, ultrasonido, toma e interpretación de radiografías odontológicas, terapia ocupacional, respiratoria, fisioterapia, fonoaudiología, y/o terapia del lenguaje, TAB, Procesos de esterilización</p>
1D	Quirófanos – transfusión sanguínea

TIPOLOGIA	CARACTERISTICAS GENERALES
2 A	1D + Hospital de mediana complejidad: especialidades, básicas e internación con cuidados intermedios, TAM
2B	2 A + internación en cuidados intensivos, intermedios neonatales y adultos , imágenes diagnósticas , radiología, mamografía y tomografía, cirugía neurológica
2E	<p>C.E. Genética, Neurología, Oftalmología, Otorrinolaringología. oftalmopediatría, rinología, Neuropediatría, Grupo quirúrgicos: Cirugía oftalmológica, otorrinolaringología.</p> <p>Servicio farmacéutico, Electro diagnóstico (electroencefalograma, electromiografías, potenciales evocados, laboratorio de marcha Ocupacional, Terapia respiratoria, Fisioterapia. Fonoaudiología y/o terapia del lenguaje. Proceso de Esterilización.</p>

3A	Hospital con servicios de mediana y alta complejidad. Urgencias con especialidades básicas permanentes y subespecialidades a disponibilidad, apoyo diagnóstico Resonancia Nuclear Magnética , ecocardiografía, pediatría
3B	Hospital de complejidad con especialidades básicas permanentes y mayor número de subespecialidades con desarrollo para oncología, radioterapia, hemodinámica. Trasplantes.

Fuente: Concepto MSPS 14/06/2019

**TABLA 5: CONTEXTO ACTUAL DE LA RED DE SERVICIOS
RED PÚBLICA DEPARTAMENTO DE NARIÑO**

COMPLEJIDADES		BAJA					Total	MEDIANA			ALTA		TOTAL
NODO	# MPIOs	1 A E	1 AP	1B	1C	1D	I nivel	2A	2B	2E	3A	3B	
CENTRO	21	52	18	20	4	2	96			1		1	98
SUR	13	36	12	11	3		62				1		63
NORTE	9	20	3	6	2		31	1					32
OCCIDENTE	10	94	7	9+1*	1	2	114		1				115
CENTRO OCCIDENTE	11	21	1	7	2	1	32						32
TOTALES	64	223	41	44	12	5	335	1	1	1	1	1	340

Fuente: Elaboración propia con información consultada de Red propuesta Departamento Nariño 2019

1* Se refiere a la unidad de atención para el servicio de Urgencia para la zona urbana para el municipio de Tumaco por parte del Hospital San Andrés de Tumaco

**TABLA 6: PUNTOS DE ATENCION POR NODOS Y COMPLEJIDAD –
DEPARTAMENTO DE NARIÑO - 2019**

NODO DE ATENCION	Nº. DE MUNICIPIOS	MUNICIPIO	POBLACION DANE	COMPLEJIDAD	SEDE NOMBRE	COMPLEJIDAD
CENTRO	20	PASTO	428.890	BAJA	HOSPITAL 1D BARRIO SANTA MONICA PASTO SALUD	1D
					HOSPITAL LOCAL CIVIL	1C
					HOSPITAL LA ROSA	1C
					CENTRO DE SALUD LORENZO DE ALDANA	1B
					CENTRO DE SALUD SAN VICENTE	1B
					CENTRO DE SALUD TAMASAGRA	1AP
					CENTRO DE SALUD PANDIACO	1AP
					CENTRO DE SALUD EL PROGRESO	1AP
					CENTRO DE SALUD EL ROSARIO	1AP
					CENTRO DE SALUD CATAMBUCO	1AP
					CENTRO DE SALUD CABRERA	1AP
					CENTRO DE SALUD EL ENCANO	1AP
					CENTRO DE SALUD GENOY	1AP
					CENTRO DE SALUD GUALMATAN	1AP
					CENTRO DE SALUD LA LAGUNA	1AP
					CENTRO DE SALUD MORASURCO	1AE
					CENTRO DE SALUD OBONUCO	1AP
					CENTRO DE SALUD ORAL MIS KIKUES	1AP
					CENTRO DE SALUD PRIMERO DE MAYO	1AP
					CENTRO DE SALUD SANTA BARBARA	1AP
		CENTRO DE SALUD BUESAQUILLO	1AP			
		PUESTO DE SALUD LA CALDERA	1AP			
		PUESTO DE SALUD MAPACHICO	1AE			
		MEDIANA	E.S.E. CENTRO DE HABILITACION DEL NIÑO CEHANI	2E		
		MEDIANA - ALTA	HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO	3B		
		TANGUA	9.878	BAJA	CENTRO DE SALUD HERMES ANDRADE MEJIA E.S.E. TANGUA NARIÑO	1B
					PUESTO DE SALUD SANTANDER	1AE
					PUESTO DE SALUD SAN RAFAEL	1AE
		YACUANQUER	10.779	BAJA	CENTRO DE SALUDYA E.S.E. DE YACUANQUER	1B
		ANCUYÁ	7.424	BAJA	CENTRO DE SALUD ANCUYA E.S.E.	1B
			PUESTO DE SALUD EL INGENIO	1AE		
			PUESTO DE SALUD YANANCHA	1AE		
CONSACA	9.582	BAJA	CENTRO DE SALUD CONSACA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	1B		
			PUESTO DE SALUD BOMBONA	1AE		

	CHACHAGÚÍ	13.606	BAJA	E.S.E. CENTRO DE SALUD NUESTRA SEÑORA DE FÁTIMA	1C
				PUESTO DE SALUD CASABUY	1AE
				PUESTO DE SALUD CONVENTO	1AE
				PUESTO DE SALUD PAZISARA	1AE
				PUESTO DE SALUD CIMARRONES	1AE
				PUESTO DE SALUD SANCHEZ	1AE
	EL PEÑOL	6.581	BAJA	ESE SAN ISIDRO DEL PEÑOL	1B
	EL TAMBO	12.638	BAJA	CENTRO HOSPITAL SAN LUIS E.S.E.	1C
				PUESTO DE SALUD SAN PEDRO	1AE
				PUESTO DE SALUD CASCAJAL BAJO	1AE
	LA FLORIDA	9.805	BAJA	CENTRO HOSPITAL DE LA FLORIDA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	1B
				E.S.E. CENTRO HOSPITAL LA FLORIDA CORREGIMIENTO DE MATITUY	1AE
				E.S.E. CENTRO HOSPITAL LA FLORIDA CORREGIMIENTO DE PANCHINDO	1AE
				E.S.E. CENTRO HOSPITAL LA FLORIDA CORREGIMIENTO DE PLAZUELAS	1AE
				E.S.E. CENTRO HOSPITAL LA FLORIDA CORREGIMIENTO DE ROBLES	1AE
				E.S.E. CENTRO HOSPITAL LA FLORIDA CORREGIMIENTO DE TUNJA	1AE
				E.S.E. CENTRO HOSPITAL LA FLORIDA CORREGIMIENTO EL RODEO	1AE
	LINARES	10.394	BAJA	E.S.E. JUAN PABLO II DEL MUNICIPIO DE LINARES	1B
				PUESTO DE SALUD TABILES	1AP
	LOS ANDES	18.738	BAJA	E.S.E CENTRO DE SALUD DE LOS ANDES	1B
NARIÑO	4.725	BAJA	E.S.E. CENTRO DE SALUD SAN SEBASTIAN	1B	
SANDONÁ	25.624	BAJA	ESE HOSPITAL CLARITA SANTOS DE SANDONA	1D	
			PUESTO DE SALUD EL INGENIO	1AE	
CUMBITARA	14.385	BAJA	E.S.E. SAN PEDRO DE CUMBITARA	1B	
			CENTRO DE SALUD GUAYABALITO - CORREGIMIENTO SIDON	1AE	
			PUESTO DE SALUD DAMASCO	1AE	
			PUESTO DE SALUD DE PINSANDA	1AE	
			PUESTO DE SALUD EL DESIERTO	1AE	
TAMINANGO	19.819	BAJA	E.S.E. CENTRO HOSPITAL SAN JUAN BAUTISTA	1B	
			HOSPITAL 1B EL REMOLINO	1AP	
			PUESTO DE SALUD EL TABLON	1AE	
			PUESTO DE SALUD GRANADA	1AE	
			PUESTO DE SALUD CURIACO	1AE	
			PUESTO DE EL MANZANO	1AE	
EL ROSARIO	10.455	BAJA	ESE DE EL MUNICIPIO DE EL ROSARIO	1B	
			PUESTO DE SALUD DIVINO NIÑO	1AE	
			PUESTO DE SALUD EL RINCON DE SNTA ROSA	1AE	

					PUESTO DE SALUD EL RINCON	1AE
					PUESTO DE SALUD ESMERALDAS	1AE
					PUESTO DE SALUD LA SIERRA	1AE
		LEIVA	13.449	BAJA	E.S.E. CENTRO DE SALUD SAN JOSE DE LEIVA - BARRIO PRADOS DEL NORTE	1B
		POLICARPA	16.204	BAJA	E.S.E. CENTRO DE SALUD POLICARPA	1B
					PUESTO DE SALUD ALTAMIRA	1AE
					PUESTO DE SALUD SANTA ROSA	1AE
					PUESTO DE SALUD EJIDO	1AE
					PUESTO DE SALUD MADRIGAL	1AE
					PUESTO DE SALUD RESTREPO	1AE
					PUESTO DE SALUD SAN PABLO	1AE
					PUESTO DE SALUD SANCHEZ	1AE
					PUESTO DE SALUD SANTACRUZ	1AE
		BUESACO	24.466	BAJA	E.S.E. CENTRO DE SALUD VIRGEN DE LOURDES	1B
					PUESTO DE SALUD DE JUANAMBU	1AE
					PUESTO DE SALUD DE SAN ANTONIO	1AE
					PUESTO DE SALUD DE SANTA FE	1AE
					PUESTO DE SALUD ROSAL DEL MONTE	1AE
					PUESTO DE SALUD SAN IGNACIO	1AE
					PUESTO DE SALUD SANTA MARIA	1AE
		PUESTO DE SALUD VILLAMORENO	1AE			
		ALBÁN	21.558	BAJA	ESE CENTRO DE SALUD SAN JOSE	1B
					PUESTO DE SALUD DE CHAPIURCO	1AE
					PUESTO DE SALUD DE GUARANGAL	1AE
PUESTO DE SALUD DEL SAN LUIS	1AE					
PUESTO DE SALUD SAN BOSCO	1AE					
TABLON DE GOMEZ	13.003	BAJA	E.S.E. CENTRO DE SALUD DEL TABLON DE GOMEZ	1B		
			CENTRO DE SALUD LAS MESAS	1B		
NODO DE ATENCION	N. DE MUNICIPIOS	MUNICIPIO	POBLACION DANE	COMPLEJIDAD	SEDE NOMBRE	COMPLEJIDAD
SUR	12	ALDANA	6.236	BAJA	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD NUESTRA SEÑORA DEL PILAR ESE	1B
					PUESTO DE SALUD CAUPUERAN	1AE
		CONTADERO	6.896	BAJA	CENTRO DE SALUD SAGRADO CORAZON DE JESUS E.S.E.	1B
		CÓRDOBA	13.932	BAJA	CENTRO DE SALUD DE SAN BARTOLOME DE CORDOBA ESE	1B
					PUESTO DE SALUD DE ARRAYANES	1AE
					PUESTO DE SALUD DE LLORENTE	1AE
					PUESTO DE SALUD SAN PABLO	1AE
		CUASPUD	8.495	BAJA	PUESTO DE SALUD SANTA BRIGIDA	1AE
CENTRO DE SALUD CUASPUD-CARLOSAMA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	1B					

	CUMBAL	36.224	BAJA	ESE HOSPITAL CUMBAL	1C
				CENTRO DE SALUD AMBULATORIO	1AE
				CENTRO DE SALUD DE CHILES	1AP
				CENTRO DE SALUD DE MAYASQUER	1AP
				CENTRO DE SALUD DE PANAN - CORREGIMIENTO DE PANAN	1AE
				CENTRO DE SALUD DE TALLAMBI	1AE
				CENTRO DE SALUD DE TIUQUER	1AE
				PUESTO DE SALUD CUETIAL	1AE
				PUESTO DE SALUD LA UNION	1AE
				PUESTO DE SALUD MIRAFLORES	1AE
				PUESTO DE SALUD SAN MARTIN	1AE
	FUNES	6.593	BAJA	CENTRO DE SALUD FUNES E.S.E.	1B
	GUACHUCAL	15.912	BAJA	HOSPITAL GUACHUCAL ESE	1C
				PUESTO DE SALUD SAN JOSE	1AE
				PUESTO DE SALUD ARVELA	1AE
				PUESTO DE SALUD EL CONSUELO	1AE
	GUALMATÁN	5.754	BAJA	CENTRO DE SALUD SEÑOR DE LOS MILAGROS DE GUAMATÁN- ESE	1B
				PUESTO E SALUD CUATIS	1AE
	ILES	8.519	BAJA	CENTRO DE SALUD ILES E.S.E.	1B
	IPIALES	132.438	BAJA	HOSPITAL 1C IPIALES	1C
				CENTRO DE SALUD CON CAMAS LA VICTORIA	1B
				PUESTO DE SALUD JARDINES DE SUCUMBOS	1AP
				CENTRO DE SALUD EL CHARCO	1AP
				CENTRO DE SALUD LAS CRUCES	1AP
				CENTRO DE SALUD PUENES	1AP
				CENTRO DE SALUD YARAMAL	1AP
				CENTRO DE SALUD YERBABUENA	1AP
CENTRO LOCAL SAN VICENTE - CL 18 CON KR 1 ESQUINA				1AP	
PUESTO DE SALUD CHAGUAIPE				1AE	
PUESTO DE SALUD CUTUAQUER				1AE	
PUESTO DE SALUD LAS LAJAS				1AP	
PUESTO DE SALUD LOMA DE ZURAS				1AP	
PUESTO DE SALUD SAN JUAN				1AP	
PUESTO DE SALUD TEQUES			1AE		
ALTA		E.S.E. HOSPITAL CIVIL DE IPIALES	3A		
POTOSÍ	12.332	BAJA	E.S.E CENTRO HOSPITAL LUIS ANTONIO MONTERO	1B	
			PUESTO DE SALUD CARDENAS	1AE	

					PUESTO DE SALUD CUASPU D NUCLEO	1AE		
					PUESTO DE SALUD CUATRO ESQUINAS	1AE		
					PUESTO DE SALUD MUESES	1AE		
					PUESTO DE SALUD PEDRO	1AE		
					PUESTO DE SALUD CARRISAL	1AE		
					PUESTO DE SALUD SINAI BAJO	1AE		
					PUESTO DE SALUD VILLA NUEVA	1AE		
					PUESTO DE SALUD YAMUESQUER	1AE		
		PUERRES	8.520	BAJA	CENTRO HOSPITAL NUESTRO SEÑOR DE LA DIVINA MISERICORDIA PUERRES E.S.E.	1B		
					PUESTO DE SALUD DE ALISALES	1AE		
					PUESTO DE SALUD DE MAICIRA	1AE		
					PUESTO DE SALUD MONOPAMBA	1AE		
					PUESTO DE SALUD PARAMO	1AE		
		PUPIALES	19.223	BAJA	CENTRO DE SALUD SAN JUAN BAUTISTA DE PUPIALES	1B		
					PUESTO DE SALUD JOSE MARIA HERNANDEZ	1AE		
					PUESTO DE SALUD VEREDA EL COMUN	1AE		
		NODO DE ATENCION	Nº. DE MUNICIPIOS	MUNICIPIO	POBLACION DANE	COMPLEJIDAD	SEDE NOMBRE	COMPLEJIDAD
		NORTE	10	ARBOLEDA	7.533	BAJA	E.S.E CENTRO DE SALUD SAN MIGUEL	1B
PUESTO DE SALUD LA COCHA	1AE							
PUESTO DE SALUD SAN JOSE	1AE							
PUESTO DE SALUD ROSA FLORIDA SUR	1AE							
BELÉN	7.323			BAJA	ESE CENTRO DE SALUD BELEN	1B		
					E.S.E. CENTRO DE SALUD LA BUENA ESPERANZA	1B		
COLÓN	10.052			BAJA	PUESTO DE SALUD VILLA NUEVA	1AP		
					PUESTO DE SALUD LA PLATA	1AE		
					PUESTO DE SALUD SAN CARLOS	1AE		
LA CRUZ	18.145			BAJA	HOSPITAL EL BUEN SAMARITANO E.S.E. LA CRUZ	1C		
					PUESTO DE SALUD CABUYALES	1AE		
					PUESTO DE SALUD DE TAJUMBINA	1AE		
					PUESTO DE SALUD ESCANDOY	1AE		
					PUESTO DE SALUD LA ESTANCIA	1AE		
					PUESTO DE SALUD SAN GERARDO	1AE		
PUESTO DE SALUD SAN RAFAEL	1AE							
LA UNIÓN	26.456			BAJA	CENTRO DE SALUD MUNICIPAL LUIS ACOSTA E.S.E	1AP		
					PUESTO DE SALUD DE SANTANDER	1AE		
		PUESTO DE SALUD LOS OLIVOS	1AE					
		PUESTO DE SALUD QUIROZ	1AE					

					PUESTO DE SALUD SAUCE	1AE
					PUESTO E SALUD LA CALDERA	1AE
				MEDIANA	E.S.E HOSPITAL EDUARDO SANTOS	2A
		SAN BERNARDO	18.146	BAJA	ESE CENTRO DE SALUD SAN BERNARDO	1B
		SAN LORENZO	19.546	BAJA	E.S.E. CENTRO DE SALUD SAN LORENZO	1B
					PUESTO DE SALUD EL CARMEN	1AE
					PUESTO DE SALUD SANTA CECILIA	1AE
					PUESTO DE SALUD SAN RAFAEL	1AE
					PUESTO DE SALUD SANTA MARTHA	1AE
		SAN PABLO	17.640	BAJA	HOSPITAL SAN CARLOS E.S.E.	1C
CENTRO DE SALUD BRICEÑO	1AP					
SAN PEDRO DE CARTAGO	7.447	BAJA	CENTRO DE SALUD MUNICIPAL DE CARTAGO ESE	1B		
NODO DE ATENCION	No. DE MUNICIPIOS	MUNICIPIO	POBLACION DANE	COMPLEJIDAD	SEDE NOMBRE	COMPLEJIDAD
OCCIDENTE	10	BARBACOAS	36.214	BAJA	E.S.E. HOSPITAL SAN ANTONIO DE BARBACOAS	1D
					CENTRO DE SALUD BUENAVISTA	1AP
					CENTRO DE SALUD MARIA AUXILIADORA ALTAQUER	1B
					CENTRO DE SALUD SAN MARTIN DE PORRES	1AP
					PUESTO DE SALUD DE MONGON	1AE
					PUESTO DE SALUD DIAGUILLO	1AE
					PUESTO DE SALUD GUINUL	1AE
					PUESTO DE SALUD GUINULTE	1AE
					PUESTO DE SALUD INGUANBI	1AE
					PUESTO DE SALUD LOS BRAZOS	1AE
					PUESTO DE SALUD PAMBANA	1AE
					PUESTO DE SALUD SAN MIGUEL DE ÑAMBI	1AE
					PUESTO DE SALUD YACULA	1AE
					PUESTO DE SALUD CARCUEL	1AE
		EL CHARCO	34.300	BAJA	HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS E.S.E DEL CHARCO - KR. 2 - CL. 12 ESQ.	1D
					SAGRADO CORAZON DE JESUS - EL CHARCO - VEREDA SANTA CATALINA	1AE
					PUESTO DE SALUD EL ROSARIO	1AE
					PUESTO DE SALUD PLAYA BAZAN	1AE
					PUESTO DE SALUD PLAYA GRANDE	1AE
					PUESTO DE SALUD PULBUSA	1AE
					PUESTO DE SALUD SAN JOSE	1AE
		PUESTO DE SALUD SAN PEDRO	1AE			
		PUESTO DE SALUD CABILDO INDIGENA	1AE			
		LA TOLA	11.591	BAJA	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN	1B
					CENTRO DE SALUD MULATOS	1AE

				CENTRO DE SALUD NERETE	1AE
				CENTRO DE SALUD PANGAMOSA	1AE
				CENTRO DE SALUD SAN PABLO DEL MAR	1AE
				CENTRO DE SALUD SAN PABLO	1AE
				PUESTO DE SALUD AMARES	1AE
				PUESTO DE SALUD LA VIGIA	1AE
				CENTRO DE SALUD SAUL QUIÑONES E.S.E.	1B
				PUESTO DE SALUD LAS LAJAS	1AE
				PUESTO DE SALUD CAMPO ALEGRE	1AE
				PUESTO DE SALUD DORADILLO	1AE
				PUESTO DE SALUD EL PLAYON	1AE
				PUESTO DE SALUD GUILPI PIRAGUA	1AE
				PUESTO DE SALUD LA AURORA	1AE
				PUESTO DE SALUD LA LOMA	1AE
				PUESTO DE SALUD NANSALVI LAS VILLAS	1AE
				PUESTO DE SALUD RICAURTE	1AE
				PUESTO DE SALUD ROSARIO	1AE
				PUESTO DE SALUD SAN LUIS	1AE
				E.S.E. CENTRO DE SALUD SAN FRANCISCO	1B
				CENTRO DE SALUD CAMILO HURTADO CIFUENTES ESE	1B
				PUESTO DE SALUD CALABAZAL	1AE
				PUESTO DE SALUD LA HERRADURA	1AE
				PUESTO DE SALUD LAS MARIAS	1AE
				PUESTO DE SALUD MERIZALDE PORVENIR	1AE
				PUESTO DE SALUD SAN ISIDRO	1AE
				PUESTO DE SALUD SAN JOSE LA TURBIA	1AE
				E.S.E. CENTRO DE SALUD SEÑOR DEL MAR	1B
				PUESTO DE SALUD BAJO SAN IGNACIO	1AE
			PUESTO DE SALUD BOCAS DE RAMOS	1AE	
			PUESTO DE SALUD SAN PEDRO DEL VINO	1AE	
			PUESTO DE SALUD VUELTA DEL GALLO	1AE	
			E.S.E. CENTRO HOSPITAL LAS MERCEDES	1B	
			PUESTO DE SALUD DE CHIMBUZA	1AE	
			PUESTO DE SALUD DE CONQUISTA	1AE	
			PUESTO DE SALUD DE PUMALDE	1AE	
			PUESTO DE SALUD DE PUMBI	1AE	
			PUESTO DE SALUD DE TAMAJE	1AE	
			PUESTO DE SALUD EL PINDE	1AE	
			PUESTO DE SALUD LAGUNA DE PIRI	1AE	

	SANTA BÁRBARA	14.878	BAJA	E.S.E. CENTRO DE SALUD SANTA BARBARA ISCUANDE	1B
				PUESTO DE SALUD SANTA RITA	1AE
				PUESTO DE SALUD VUELTA LARGA	1AE
				PUESTO DE SALUD FENICIA	1AE
				PUESTO DE SALUD SOLEDA PUEBLITO	1AE
				PUESTO DE SALUD LAS PEÑAS	1AE
	TUMACO	191.218	BAJA	CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO E.S.E.	1C
				KM 92	1AE
				PUESTO DE SALUD CAUNAPI	1AE
				PUESTO DE SALU CANDELILLAS	1AE
				PUESTO DE SALUD DE INDA	1AE
				PUESTO DE SALUD BELLAVISTA	1AE
				PUESTO DE SALUD BOCAS DE CURAY	1AE
				PUESTO DE SALUD BUCHELY	1AE
				PUESTO DE SALUD CANDELILLAS DE LA MAR	1AE
				PUESTO DE SALUD CHAJAL	1AE
				PUESTO DE SALUD CHORRERA CURAY	1AE
				PUESTO DE SALUD CONGAL	1AE
				PUESTO DE SALUD CUARAZANGA	1AE
				PUESTO DE SALUD DE CHILVI	1AE
				PUESTO DE SALUD DE ESPRIELLA	1AE
				PUESTO DE SALUD DE ROBLES	1AE
				PUESTO DE SALUD DE TANGARIAL	1AE
				PUESTO DE SALUD DOS QUEBRADAS	1AE
				PUESTO DE SALUD IMBILI	1AE
				PUESTO DE SALUD LA CORDIALIDAD	1AP
				PUESTO DE SALUD LA UNION VEICTORIA	1AP
PUESTO DE SALUD LA GUAYACANA	1AE				
PUESTO DE SALUD LAS FLOREZ	1AP				
PUESTO DE SALUD LAS MERCEDES	1AE				
PUESTO DE SALUD LLORENTE	1B				
PUESTO DE SALUD PALAMBI	1AE				
PUESTO DE SALUD PEÑA COLORADA	1AE				
PUESTO DE SALUD PITAL DE LA COSTA	1AE				
PUESTO DE SALUD SAN JOSE DEL GUAYABO	1AE				
PUESTO DE SALUD SAN JUAN DE LA COSTA	1AE				
PUESTO DE SALUD SAN SEBASTIAN	1AE				
PUESTO DE SALUD SANTA MARIA	1AE				
PUESTO DE SALUD TABLON SALADO	1AE				

					PUESTO DE SALUD TEHERAN	1AE
					PUESTO DE SALUD VIENTO LIBRE	1AP
					PUESTO DE SALUD VUELTA LARGA	1AE
					PUESTO DE SALUD LAS PALMAS	1AP
					PUESTO DE SALUD SAN JUAN DEL RIO MIRA	1AE
					PUESTO DE SALUD CACAGUAL	1AE
					PUESTO DE SALUD YANAJE	1AE
					PUESTO DE SALUD MATA PLATANO	1AE
					PUESTO DE SALUD AZUCAR	1AE
					PUESTO DE SALUD AMBUPI	1AE
				MEDIANA	HOSPITAL SAN ANDRES TUMACO ESE	2B
					ATENCION SERVICIO DE URGENCIAS CON SEDE URBANA	1 *
NODO DE ATENCION	No. DE MUNICIPIOS	MUNICIPIO	POBLACION DANE	COMPLEJIDAD	SEDE NOMBRE	COMPLEJIDAD
CENTRO OCCIDENTE	12	GUAITARILLA	12.335	BAJA	CENTRO HOSPITAL DE GUAITARILLA E.S.E.	1C
					PUESTO DE SALUD SAN ALEJANDRO	1AE
					PUESTO DE SALUD SAN NICOLAS	1AE
		IMUÉS	6.483	BAJA	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO SANTIAGO APOSTOL E.S.E. - BARRIO LIBERTAD	1B
					EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO SANTIAGO APOSTOL - PILCUAN	1AE
					EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO SANTIAGO APOSTOL E.S.E. - CORREGIMIENTO EL PEDREGAL	1AE
					EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO SANTIAGO APOSTOL E.S.E.- CORREGIMIENTO SANTA ANA	1AE
		LA LLANADA	5.970	BAJA	ESE CENTRO DE SALUD SAN JUAN BOSCO	1B
		MALLAMA	8.044	BAJA	CENTRO DE SALUD SANTIAGO DE MALLAMA E.S.E.	1B
		OSPINA	8.640	BAJA	CENTRO DE SALUD SAN MIGUEL ARCANGEL DE OSPINA ESE	1B
		PROVIDENCIA	12.955	BAJA	CENTRO DE SALUD DE PROVIDENCIA E.S.E.	1B
					PUESTO DE SALUD GUANAMA	1AE
		SAMANIEGO	49.726	BAJA	ESE HOSPITAL LORENGITA VILLEGAS DE SANTOS	1D
		SANTACRUZ	26.489	BAJA	CENTRO DE SALUD GUACHAVES	1B
					PUESTO DE SALUD BALALAIKA	1AE
					PUESTO DE SALUD EL EDEN	1AE
					PUESTO DE SALUD EL SANDE	1AE
					PUESTO DE SALUD MANCHAG	1AE
					PUESTO DE SALUD SANTA ROSA	1AE
		RICAUARTE	17.862	BAJA	E.S.E. CENTRO DE SALUD DE RICAUARTE	1C
PUESTO DE SALUD OSPINA PEREZ	1AE					
PUESTO DE SALUD SAN ISIDRO	1AE					

					PUESTO DE SALUD VEGAS	1AE
					PUESTO DE SALUD GUALCALA	1AE
					PUESTO DE SALUD RAMOS	1AE
					PUESTO DE SALUD MAGUI	1AE
					PUESTO DE SALUD NULPE MEDIO	1AE
					PUESTO DE SALUD CUIQUIER VIEJO	1AE
					PUESTO DE SALUD PUEBLO VIEJO	1AE
					PUESTO E SALUD CHICANDINA	1AE
					CENTRO DE SALUD SAPUYES E.S.E. - CENTRO CABECERA MUNICIPAL	1B
					PUESTO DE SALUD EL ESPINO	1AP
	SAPUYES	6.575	BAJA			

Fuente: Programa Territorial de Reorganización, Rediseño y Modernización de Redes Empresas Sociales del Estado. 2019

4. FINALIDAD DEL SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA.

Facilitar el acceso integral a los servicios de salud y la atención oportuna al usuario de acuerdo con las necesidades de atención, mediante la administración, coordinación y vigilancia del Sistema de Referencia y Contrarreferencia como un componente de la prestación de servicios, el cual deberá operar conforme a la normatividad vigente; de forma que se garantice la articulación y cumplimiento de responsabilidades de los diferentes actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

5. ESTRATEGIAS DEL SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA.

- a. Diseño e implementación de procesos y procedimientos relacionados con la referencia y contrarreferencia.
- b. Socialización y asistencia técnica dirigida a los diferentes actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud en temas relacionados con los lineamientos para la operación de la referencia y contrarreferencia y el sistema de información.
- c. Monitoreo al cumplimiento de las normas sobre referencia y contrarreferencia en cada uno de las complejidades de atención y retroalimentación a los actores.
- d. Seguimiento y evaluación del sistema de referencia y contrarreferencia departamental.

- e. Cumplimiento de los procesos de referencia y contrarreferencia por parte de la EPS/EAPB, teniendo en cuenta las redes integrales, que operan en el departamento de Nariño.
- f. Educación y Capacitación a los diferentes actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud del Departamento y a la comunidad, sobre el adecuado funcionamiento del Sistema de Referencia y Contrarreferencia.
- g. Articulación entre los diferentes actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud y los demás sectores del desarrollo municipal y departamental, para la organización y adecuación del sistema de referencia y contrarreferencia como parte de la red de servicios.
- h. Inclusión en el plan bienal de inversiones en salud, de la infraestructura, dotación y mantenimiento de los insumos necesarios para el buen funcionamiento del Sistema de Referencia y Contrarreferencia.
- i. Participación comunitaria en la organización, desarrollo y monitoreo al Sistema de Referencia y Contrarreferencia en cada uno de los niveles de atención, por medio de las organizaciones y veedurías comunitarias.

6. FUNCIONES POR COMPLEJIDAD

En el desarrollo del Sistema de Referencia y Contrarreferencia, tienen funciones y responsabilidades los diferentes niveles organizacionales del sistema, los cuales podrán ser ampliados operativamente de acuerdo con las necesidades de la red de servicios.

6.1. FUNCIONES DE INSPECCION Y VIGILANCIA DEL SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA POR PARTE DE LAS IPS.

• COMPONENTE PRIMARIO (IPS BAJA COMPLEJIDAD)

- Designar un responsable para la coordinación del sistema de referencia y contrarreferencia y lo notificara al IDSN, quien será el responsable de evaluar, monitorear y elaborar los informes de referencia y contrarreferencia de la IPS, además de cumplir con acciones de vigilancia ante las disposiciones establecidas para el cumplimiento del servicio de ambulancia (Verificando el cumplimiento de los requisitos de habilitación y aval del servicio de ambulancia), además de realizar la verificación del cumplimiento del proceso de referencia y contrarreferencia de cada entidad, tanto en los servicios de consulta externa como en el servicio de urgencias.
- Formular y operar institucionalmente el manual operativo del Sistema de Referencia y Contrarreferencia, teniendo en cuenta la normatividad vigente.

- Establecer, socializar y adelantar el seguimiento al procedimiento establecido en la entidad para la coordinación de la referencia de urgencias, consulta externa y contrarreferencia, con una periodicidad de dos (2) veces por año y de acuerdo a las novedades que se generen en el sistema.
- Cumplir con la normatividad vigente y los lineamientos para la remisión de pacientes, teniendo en cuenta pertinencia, oportunidad, resolutivez, continuidad y calidad en la prestación de los servicios de salud.
- Reportar las remisiones de urgencia a los call center de las EPS/EAPB, con los datos y soportes correspondientes, para la respectiva coordinación de la remisión de acuerdo a su prioridad.
- Enviar los soportes y anexos correspondientes (laboratorios, Datos clínicos etc.)
- Consolidar y evaluar mensualmente la información de los procesos de referencia y contrarreferencia que genere la IPS, construyendo indicadores de seguimiento a fin de que con el análisis, se fortalezca el servicio y enviar copia del informe en medio magnético dentro los veinte (20) primeros días calendario del trimestre vencido de la siguiente manera:
 - IPS de baja complejidad públicas, privadas e indígenas enviar a DLS-Secretarías de salud, con copia a IDSN.
- Formular informes evaluativos sistemáticos.
- Presentar y socializar evaluaciones ante las instancias de dirección y control de la red de servicios y entidades responsables del pago.
- Adelantar el seguimiento a los casos específicos de contrarreferencia que lo requieran tanto de consulta externa como de urgencias, teniendo en cuenta las indicaciones enviadas, generando continuidad en la prestación del servicio.
- Realizar seguimiento a los casos de enfermedades de interés en salud pública.
- Velar por el cumplimiento al manejo de protocolos y adopción de lineamientos nacionales y departamentales del sistema de referencia y Contrarreferencia, Teniendo en cuenta las rutas de atención establecidas bajo la normatividad vigente, las que se adhieran o sustituyan.

COMPONENTE COMPLEMENTARIO (IPS MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD)

- Designar un responsable para la coordinación del sistema de referencia y contrarreferencia y lo notificara al IDSN, quien será el responsable de

evaluar, monitorear y elaborar los informes de referencia y contrarreferencia de la IPS, además de cumplir con acciones de vigilancia ante las disposiciones establecidas para el cumplimiento del servicio de ambulancia (Verificando el cumplimiento de los requisitos de habilitación y aval del servicio de ambulancia), además de realizar la verificación del cumplimiento del proceso de referencia y contrarreferencia de cada entidad, tanto en los servicios de consulta externa como en el servicio de urgencias.

- Formular y operar institucionalmente el manual operativo del Sistema de Referencia y Contrarreferencia, teniendo en cuenta la normatividad vigente.
- Establecer, socializar y adelantar el seguimiento al procedimiento establecido en la entidad para la coordinación de la referencia de urgencias, consulta externa y contrarreferencia, con una periodicidad de 2 veces por año y de acuerdo a las novedades que se generen en el sistema.
- Cumplir con la normatividad vigente y los lineamientos para la remisión de pacientes, teniendo en cuenta pertinencia, oportunidad, resolutivez, continuidad y calidad en la prestación de los servicios de salud.
- Consolidar y evaluar mensualmente la información de los procesos de referencia y contrarreferencia que genere la IPS, construyendo indicadores de seguimiento a fin de que con el análisis, se fortalezca el servicio y enviar copia del informe en medio magnético dentro los veinte (20) primeros días calendario del trimestre vencido de la siguiente manera:
 - o IPS de mediana y alta complejidad pública y privada a IDSN.
- Formular informes evaluativos sistemáticos.
- Presentar y socializar evaluaciones ante las instancias de dirección y control de la red de servicios y entidades responsables del pago.
- Velar por el cumplimiento al manejo de protocolos y adopción de lineamientos nacionales y departamentales del sistema de referencia y Contrarreferencia, Teniendo en cuenta las rutas de atención establecidas bajo la normatividad vigente, las que se adhieran o sustituyan.
- Las IPS de mediana y alta complejidad, deberán consolidar y enviar las contrarreferencias emitidas de los distintos servicios, tanto de los pacientes atendidos en el servicio de consulta externa como de urgencia, para el seguimiento oportuno de los pacientes por parte de las EPS/EAPB en articulación con las IPS PRIMARIAS de acuerdo a su red contratada, el reporte se lo realizar de la siguiente manera:
 - Contrarreferencias (anexo 10 o epicrisis), consolidado y envió a las EPS/EAPB y al IDSN los 15 primeros días mes vencido.

- Para las contrarreferencias de pacientes de interés en salud pública **:(maternas, infantes menores de 5 años, pacientes con patologías mentales, crónicos, violencia sexual)** se deberá enviar de inmediato o en un plazo de 8 días, posterior al egreso del paciente a las EPS/EAPB y al IDSN.

- Verificar la oportunidad de las remisiones que ingresan a su servicio de urgencias, teniendo en cuenta la bitácora de ambulancia (hora de confirmación, hora de salida, hora de llegada).

- Las IPS de mediana y alta complejidad deberán verificar , evaluar y realizar el respectivo consolidado de las remisiones de Urgencia **NO PERTINENTES** que ingresan al servicio sin criterio medico valido para la prestación de servicio que se solicita, esto deberá ser enviado a I IDSN EN LOS PRIMEROS 15 días mes vencido al correo referenciaidsn@gmail.com

- Asumir el traslado de los usuarios como prestador remitente hasta tanto se entregue al usuario en la IPS Receptora.
- Participar de las mesas de trabajo realizadas por la DLS, con el fin de analizar y fortalecer el Sistema de Referencia y Contrarreferencia según la información reportada.
- Participar de la retroalimentación de los procesos de gestión, seguimiento, control y evaluación del sistema de referencia y contrarreferencia departamental.
- Reportar al CRUE mensualmente la programación y los horarios de atención para las especialidades y subespecialidades habilitadas. Lo anterior aplicable a prestadores de baja y mediana complejidad que ofrezcan estos servicios, señalando que lo mencionado en este literal no exime la responsabilidad que la IPS posee frente al proceso de habilitación.
- Gestionar frente al componente de transporte (servicio vehículo ambulancia) el trámite para la adquisición de la tarjeta TIE para la correspondiente exoneración de peajes.
- Realizar seguimiento de las referencias realizadas a las IPS de mediana o alta complejidad según corresponda, para que estas IPS entreguen las contrarreferencias de manera oportuna.

6.2. FUNCIONES INSPECCION Y VIGILANCIA SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA POR PARTE DE LAS DLS.

- Verificar en los prestadores de servicios de salud la formulación del manual de referencia y contrarreferencia, y su cumplimiento en concordancia con los procesos nacionales y departamentales de referencia y contrarreferencia.
- Recibir y analizar la información remitida por los prestadores de servicios de salud e implementar mesas de trabajo para el seguimiento, análisis y toma de decisiones del sistema, estableciendo planes de acción.
- Realizar verificación de seguimiento de contrarreferencia (indicaciones, y/o recomendaciones del especialista frente al usuario) para patologías crónicas y/o pacientes que por su riesgo de complicación así lo requieran, independientemente del régimen de afiliación.
- Participar de la retroalimentación de los procesos de gestión, seguimiento, control y evaluación del sistema de referencia y contrarreferencia departamental.
 - Adelantar informes de seguimiento y resolución a quejas y reclamos que se presentan en el sistema de referencia y contrarreferencia.
- Realizar auditoria de campo para verificar el adecuado acceso de su población beneficiaria del SGSSS a la red de servicios de salud de su jurisdicción.

6.3. FUNCIONES INSPECCION Y VIGILANCIA DEL SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA POR PARTE DE ENTIDADES RESPONSABLES DE PAGO.

- Formular y socializar el manual operativo del Sistema de referencia y contrarreferencia con su red prestadora de servicios de salud.
- Solicitar a los prestadores de servicios de salud la formulación del manual de referencia y contrarreferencia, además de la verificación de su cumplimiento.
- Recibir copia de los informes de evaluación de referencia y contrarreferencia de las IPS/ESE de la red contratada, los 15 primeros días trimestre vencido.
- Analizar los informes remitidos por la red de prestadores y adelantar mesas de trabajo internas, para fortalecer las falencias identificadas en los procesos de Referencia y Contrarreferencia de sus usuarios.
- Adelantar acciones de inspección y vigilancia a su red de servicios, a fin de dar cumplimiento a la implementación de los procesos nacionales y departamentales de referencia y contrarreferencia.

- Realizar auditoria de campo para verificar el adecuado acceso de los afiliados y beneficiarios del SGSSS a los diferentes niveles de atención tanto para el servicio de urgencias como de consulta externa.
- Realizar verificación y articulación para el seguimiento de contrarreferencia (indicaciones, y/o recomendaciones del especialista frente al usuario) para patologías crónicas, enfermedades de interés en salud pública y/ o pacientes que por su riesgo de complicación así lo requieran.
- Consolidar y enviar al IDSN, los informes en medio magnéticos dentro de los quince (15) primeros días trimestre vencido de la información recolectada de las contrarreferencia realizadas por la red alterna, contratada para la complementariedad en la prestación de los servicios.
- Participar de la retroalimentación de los procesos de gestión, seguimiento, control y evaluación del sistema de referencia y contrarreferencia departamental.
- 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 red de transporte y comunicaciones.
Difundir la red prestadora con que cuenta, para la respectiva coordinación de la operación del proceso de referencia y contrarreferencia de los usuarios a su cargo.
- Responder por la derivación del paciente hasta que el usuario sea recibido en la IPS receptora garantizando para ello el transporte habilitado, cuando la IPS remitora derive al paciente en otro vehículo ambulancia que no sea de la institución, será responsable de la atención hasta su entrega y deberá disponer la tecnología definida para el servicio de ambulancia habilitado.
- Garantizar una red de instituciones prestadoras de servicios de salud receptora que brinde los recursos humanos, físicos o tecnológicos así como los insumos y medicamentos requeridos para la atención de pacientes, dando cumplimiento al Decreto 1011 de 2006, la Resolución 2003 de 2014, y las demás que las adicionen modifiquen o sustituyan.
- Informar a las diferentes IPS con quienes contratan la red prestadora para garantizar la complementariedad de servicios.
- Verificar que los prestadores generen la contrarreferencia en tres ejemplares, **la primera**; para el usuario, **la segunda**, como soporte en la historia clínica y **la tercera**, como copia para la aseguradora. En todo caso las EPS y las entidades responsables de pago establecerán mecanismos o estrategias en articulación con las IPS/ESE que permitan garantizar la entrega de la contrarreferencia por parte del usuario para dar trámite a lo señalado por el especialista.

- Reportar al CRUE de manera anual la red de servicios contratada y reportar en forma inmediata las novedades de contratación.
- Garantizar servicios a la población a su cargo ante la falta de disponibilidad de camas en la red pública.

6.4. FUNCIONES DE INSPECCIÓN, VIGILANCIA, CONTROL, SEGUIMIENTO Y EVALUACION DEL SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA POR PARTE DEL INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NARIÑO.

- Formular y socializar el manual operativo del Sistema de referencia y contrarreferencia para el departamento, con los actores del SGSSS.
- Vigilar la formulación y aplicación del manual de referencia y contrarreferencia por los prestadores de servicios de salud.
- Recibir y analizar los informes remitidos por los actores del SGSSS y adelantar mesas de trabajo internas y regionales para formular estrategias de fortalecimiento al sistema de Referencia y Contrarreferencia de sus usuarios.
 - Realizar seguimiento y análisis a las quejas y reclamos presentados sobre el sistema de referencia y contrarreferencia.
- Verificar la red de instituciones prestadoras de servicios de salud receptora que brinde los recursos humanos, físicos o tecnológicos así como los insumos y medicamentos requeridos para la atención de pacientes, dando cumplimiento al Decreto 1011 de 2006, la Resolución 2003 de 2014 y las que la adicionen modifiquen o sustituyan.
- Consolidar información de referencia y contrarreferencia enviados por las secretarías de salud DLS, IPS y EPS. Con la información recibida, socializar los datos a IPS y EPS en los meses de Mayo, Agosto, Diciembre y Marzo.
- Convocar a reunión del comité departamental de urgencias semestralmente o según necesidad.
- Convocar a los diferentes actores del sistema general de Seguridad Social en Salud a reunión de evaluación y/o retroalimentación del sistema de referencia y contrarreferencia anualmente.
- Vigilar el cumplimiento de los procesos departamentales de referencia, contrarreferencia y servicios habilitados en urgencias generando el correspondiente informe de novedades de incumplimiento a la oficina de inspección, vigilancia y control del IDSN.



- Realizar la evaluación de los procesos de Referencia y contrarreferencia en el módulo RIPSS- Habilitación de Redes integrales EAPB, presentes en el Departamento de Nariño, en conjunto con el equipo evaluador.
- Vigilar y apoyar en caso de requerirse, la coordinación de la referencia de urgencias de los centros de contacto de las aseguradoras a través del CRUE.

7. MARCO OPERATIVO DEL SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA.

Para la organización de la red de prestación de servicios de salud del Departamento de Nariño se constituyeron 5 Nodos de referencias y contrarreferencia, teniendo en cuenta la ubicación geográfica de cada Municipio:

- ✓ CENTRO
- ✓ SUR
- ✓ NORTE
- ✓ OCCIDENTE
- ✓ CENTRO OCCIDENTE

NODO CENTRO

Ilustración 4: MAPA RED DE PRESTADORES DE SERVICIOS NODO CENTRO DEPARTAMENTO DE NARIÑO POR AREAS GEOGRÁFICAS



Fuente: Sistema de Referencia y Contrarreferencia IDSN

Está integrada por las instituciones de los diferentes niveles de complejidad que existen en los municipios de Pasto, Leiva, Cumbitara, El Rosario, Linares, Policarpa, Ancuya, Albán, Funes, El Tablón De Gómez, El Peñol, Consacá, Sandoná, El Tambo, Buesaco, Chachagui, Yacuanquer, La Florida, Tangua , Taminango, Nariño y Linares.

El flujo de usuarios se ajustara de acuerdo al fortalecimiento institucional proyectada en la red de servicios del departamento.

TABLA 7: PROYECCION SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA - FLUJO DE USUARIOS NODO CENTRO

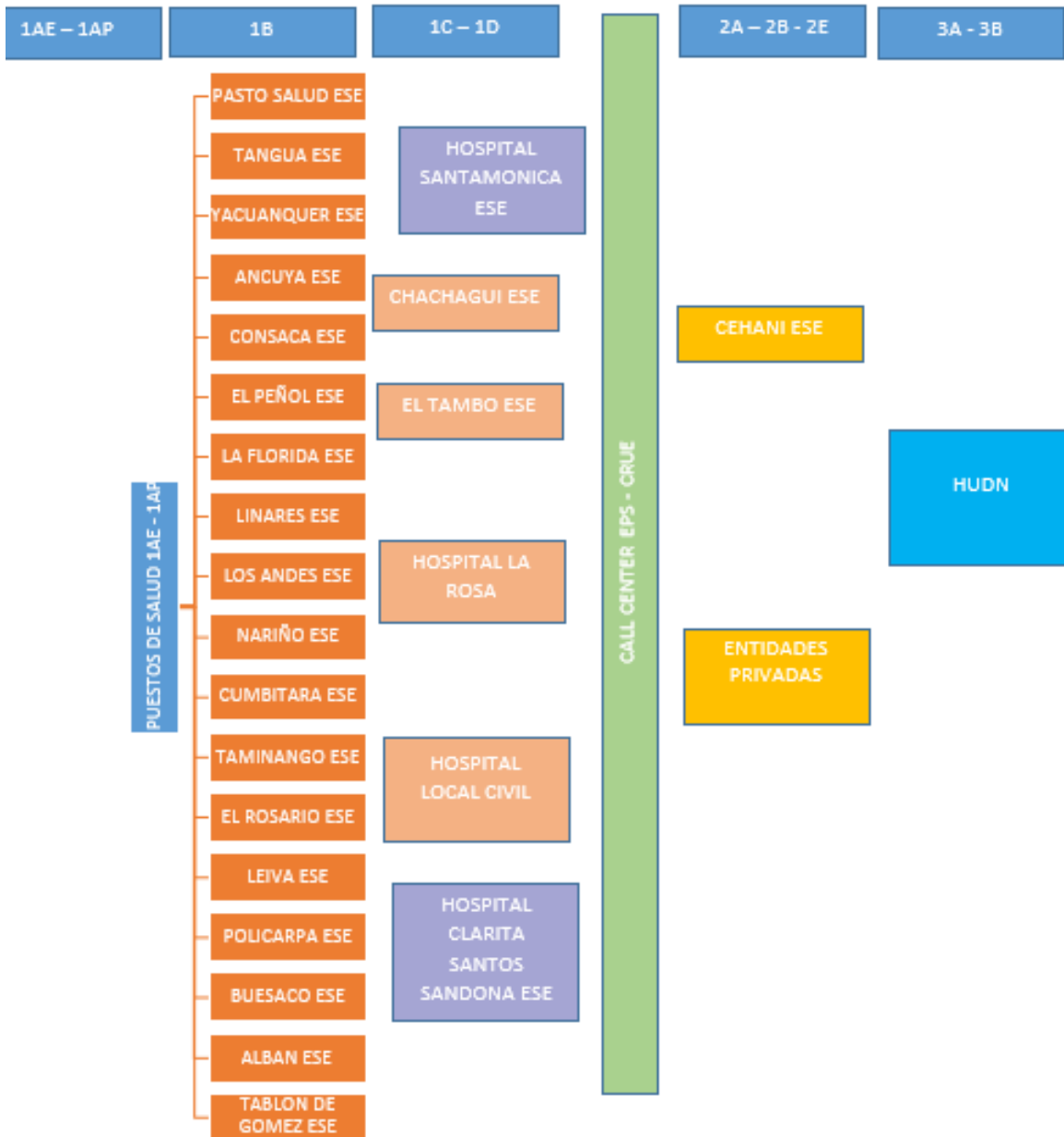
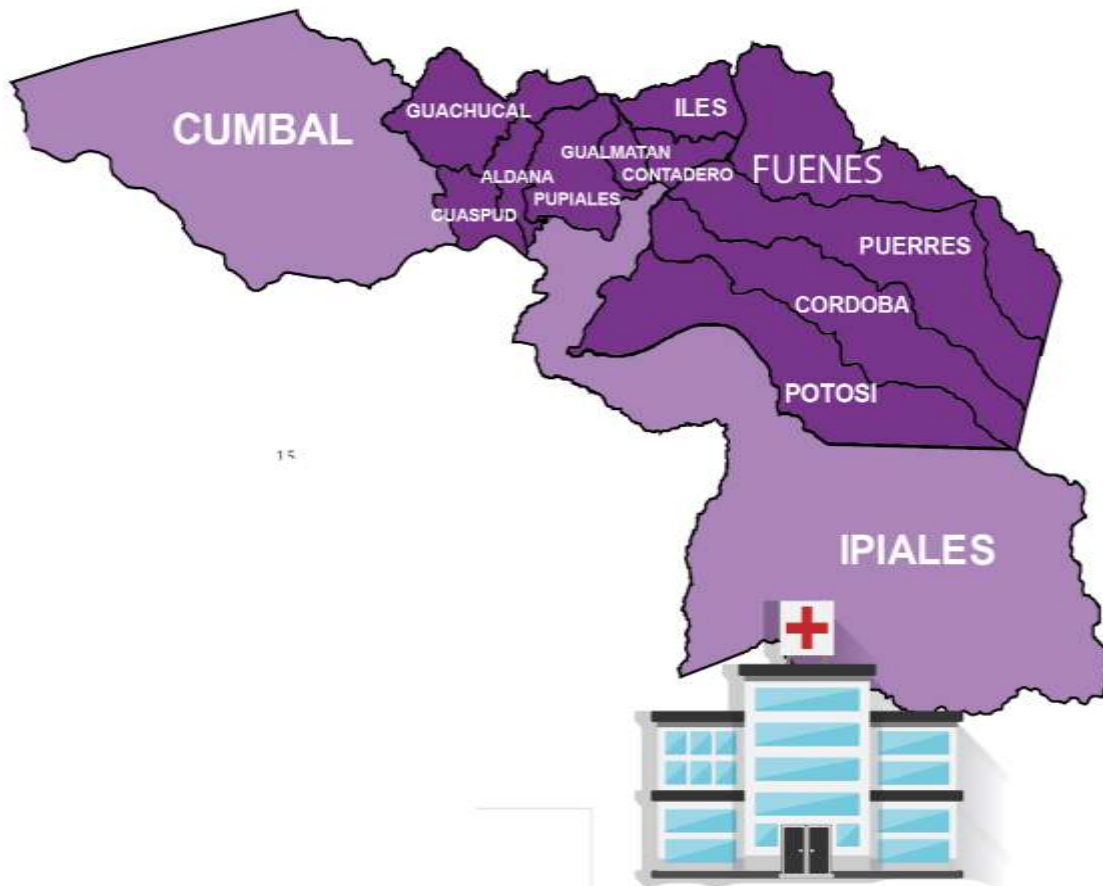


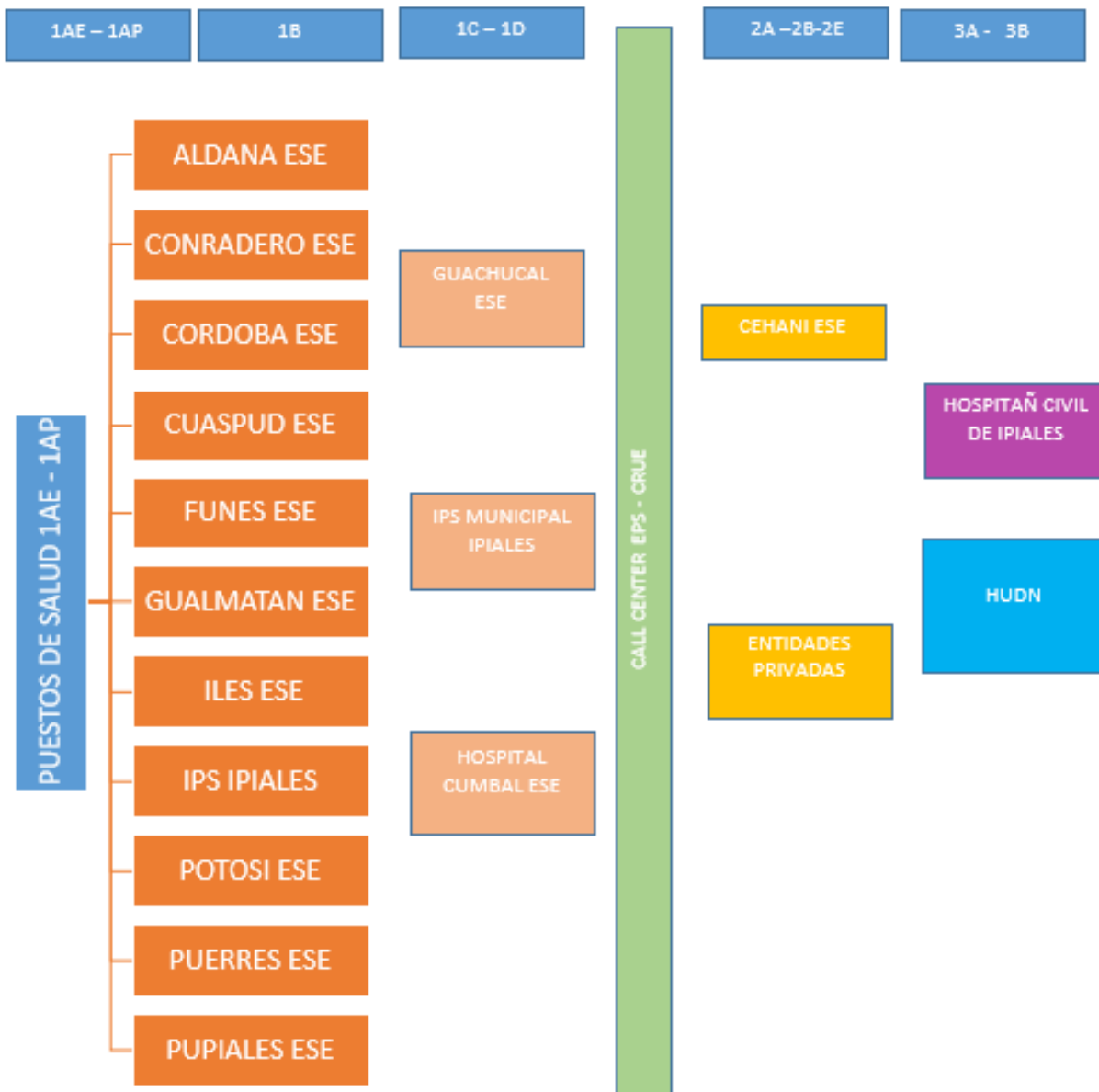
Ilustración 5 NODO SUR SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA - FLUJO DE USUARIOS RED SUR



Fuente: Sistema de Referencia y Contrarreferencia IDSN

El Nodo Sur está integrado por los diferentes niveles de complejidad que existen en los municipios de Cumbal, Guachucal, Cuaspud, Aldana, Pupiales, Córdoba, Potosí, Gualmatán, Puerres, Funes, Ipiiales, Iles y Contadero.

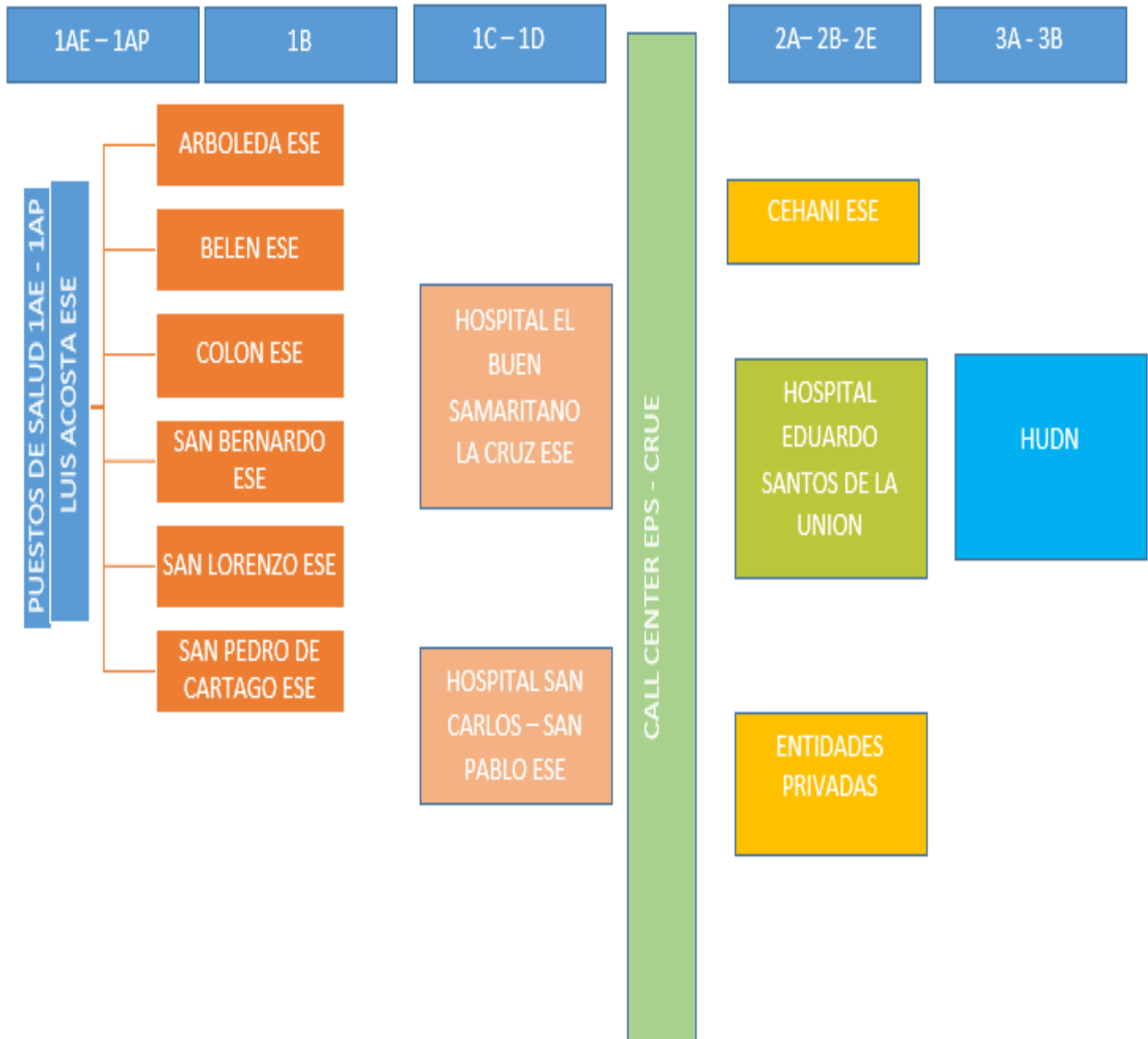
TABLA 8: PROYECCION SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA - FLUJO DE USUARIOS NODO SUR.



**Ilustración 6: NODO NORTE MAPA RED DE PRESTADORES DE SERVICIOS
NODO NORTE DEPARTAMENTO DE NARIÑO POR AREAS GEOGRÁFICAS.**



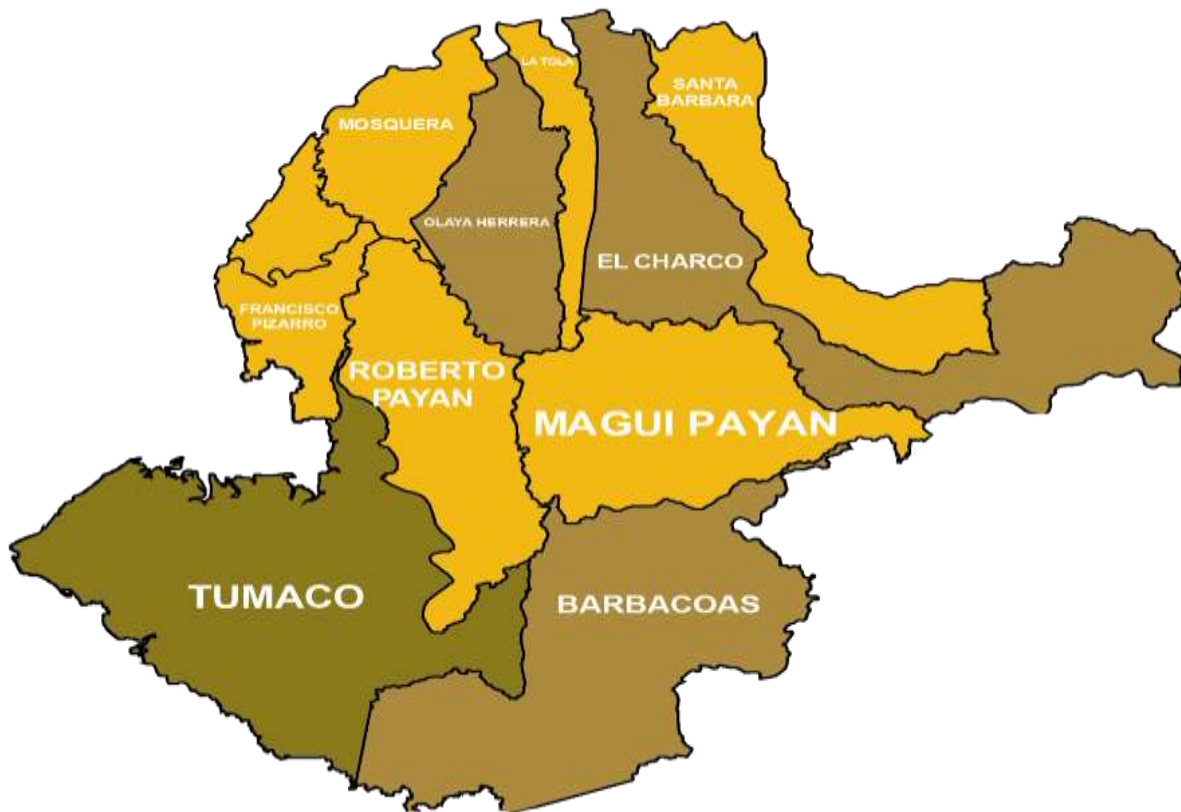
TABLA 9: PROYECCION SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA - FLUJO DE USUARIOS NODO NORTE.



Fuente: Sistema de Referencia y Contrarreferencia IDSN

El Nodo Norte está integrado por los diferentes niveles de complejidad que existen en los municipios de La Cruz, San Pablo, Arboleda, Belén, Colón, La Unión, San Bernardo, San Lorenzo, San Pedro de Cartago y Taminango.

Ilustración 7 NODO OCCIDENTE MAPA RED DE PRESTADORES DE SERVICIOS NODO OCCIDENTE DEPARTAMENTO DE NARIÑO POR AREAS GEOGRÁFICAS.



Fuente: Sistema de Referencia y Contrarreferencia IDSN

Está integrada por las instituciones de los diferentes niveles de complejidad que existen en los municipios de Tumaco, Barbacoas, Francisco Pizarro, Maguí, Roberto Payán, La Tola, El Charco, Olaya Herrera, Mosquera y Santa Bárbara.

**TABLA 10: SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA -
FLUJO DE USUARIOS RED OCCIDENTE**

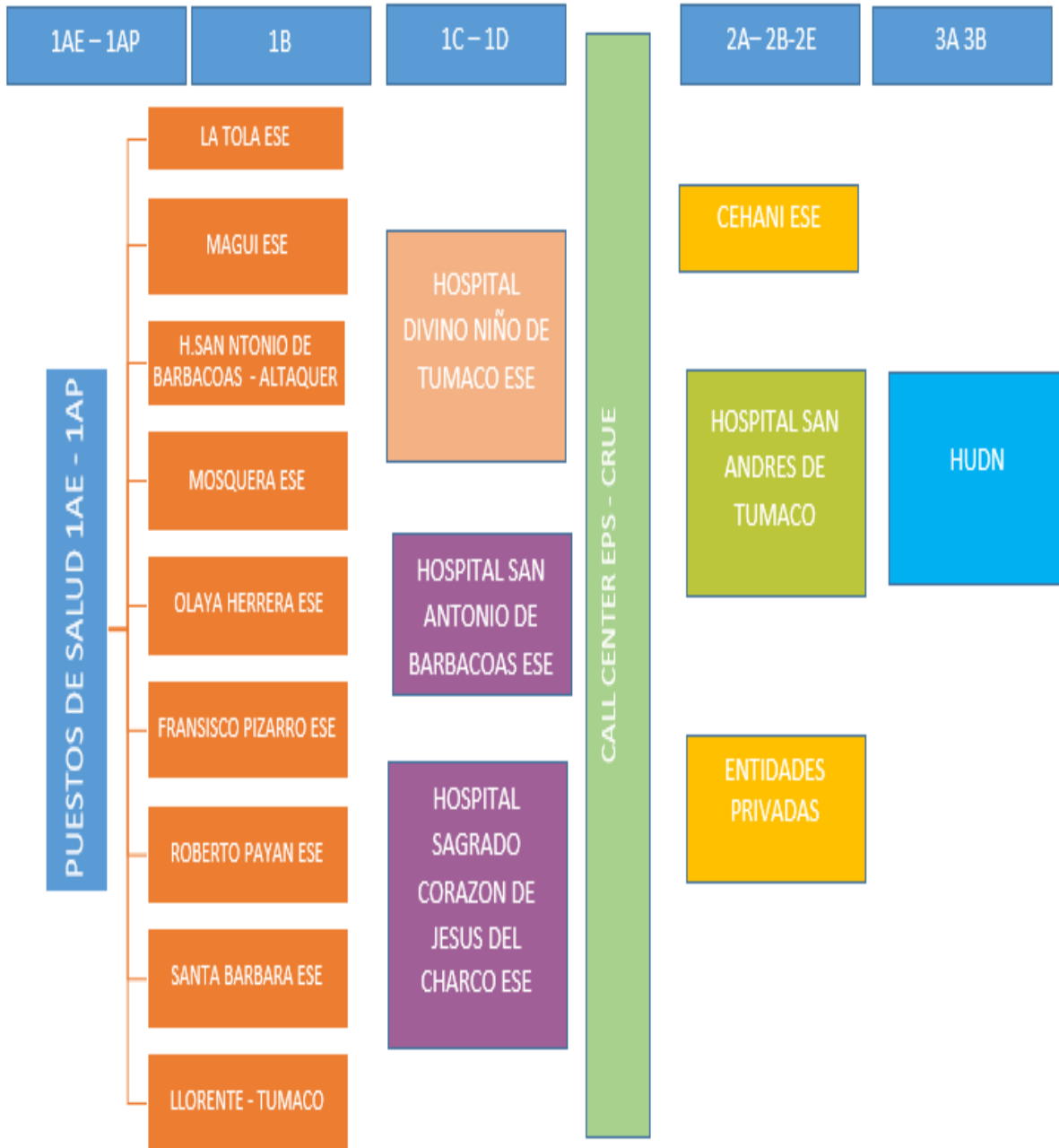
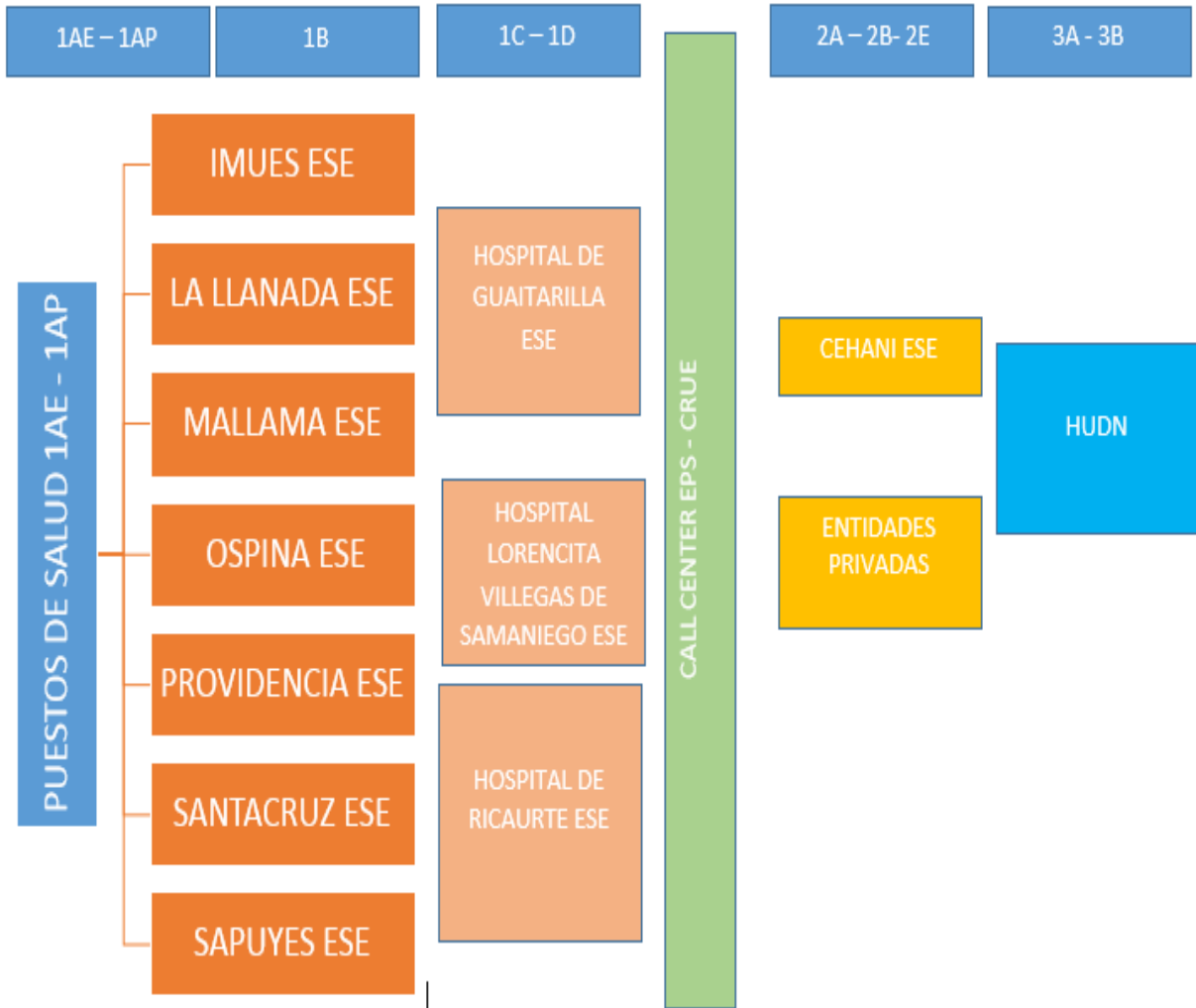


Ilustración 8 RED CENTRO OCCIDENTE MAPA RED DE PRESTADORES DE SERVICIOS NODO CENTRO OCCIDENTE DEPARTAMENTO DE NARIÑO POR AREAS GEOGRÁFICAS.



Fuente: Sistema de Referencia y Contra referencia IDSN

**TABLA 11: SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA -
FLUJO DE USUARIOS RED CENTRO OCCIDENTE**





7.1. DIRECTRICES TECNICAS Y ADMINISTRATIVAS REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

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, será definido por el Ministerio de la Protección Social.” Artículo 12, decreto 4747 de 2007, resolución 3047 de 2008, anexo técnico 2 y aquellos reglamentarios que lo modifiquen o sustituyan.

“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”. Parágrafo 2, artículo 14, decreto 4747 de 2007.

El presente documento incorpora como anexos y para efectos de monitoreo del sistema de referencia y contrarreferencia, los procesos departamentales, los formatos para recolectar la información de referencia y contrarreferencia para IPS y EPS.

Cuando la referencia se realice por complementariedad de los servicios de baja complejidad en cualquier servicio se deberá cargar el valor del traslado al contrato establecido con la EPS. Cuando se solicite estos servicios se deberán realizar tomando como referencia la red prestadora de servicios de salud es decir, de acuerdo a los nodos de referencia y complementariedad establecida en el documento de red prestadora de servicios de salud del departamento, El cual forma parte del presente manual Por lo anterior, la EPS asumirá los costos del servicio prestado por las IPS que realiza la complementariedad considerando la responsabilidad de garantizar atención integral de sus afiliados



En observación de los protocolos de atención y guías de urgencias y dependiendo de la clínica que presente el paciente, de su diagnóstico y acogiendo la Resolución 5261 de 1994, Manual de Actividades, Procedimientos e intervenciones del plan obligatorio de salud en el sistema general de seguridad social en salud, y la resolución 5521 de 2013, el personal médico de las instituciones remisoras deberán enviar desde los servicios de baja complejidad a la mediana y alta complejidad con prioridad en el soporte de la remisión con los siguientes paraclínicos que se consideren pertinentes para las especialidades básicas:

- a) **MEDICINA INTERNA:** Glicemia, Creatinina, Nitrógeno Ureico, Cuadro Hemático, perfil lipídico, Parcial de Orina y electrocardiograma (para las IPS en las que se tiene habilitado el servicio).
- b) **CIRUGIA:** Cuadro Hemático, Creatinina, Nitrógeno Ureico, Parcial de orina.
- c) **OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA:** Cuadro Hemático, VDRL, Glicemia, Parcial de orina, Gram, tinción y lectura de secreción vaginal, Citología, resultado última Ecografía Obstétrica. Además del carne materno completamente diligenciado (Hoja SIP/CLAP)
- d) **PEDIATRIA :**Según patología de acuerdo a lo expuesto, coprológico
- e) **PSIQUIATRIA:** Cuadro hemático, serología, Glicemia, prueba de embarazo, parcial de orina. Gota gruesa y/o prueba rápida de Leptospirosis en caso de ser necesario según criterio clínico y en zonas endémicas.
- f) **OFTALMOLOGIA:** dependiendo de la patología de consulta.

Es responsabilidad del médico de la IPS remitente evaluar la solicitud de laboratorios requeridos derivando al paciente con los laboratorios definidos so pena de sanción a incumplimiento de criterios de pertinencia intrínsecos dentro del presente manual. La pertinencia será definida por personal idóneo

Parágrafo 1: El personal médico de las instituciones prestadoras de mediana y alta complejidad darán validez al reporte de paraclínicos procedentes de la baja complejidad, teniendo en cuenta que proviene de instituciones con certificación para habilitación de servicios de laboratorio clínico.



Parágrafo 2: Para la remisión de servicios ambulatorios o de urgencias de mediana a alta complejidad se deberá remitir a las especialidades básicas con los paraclínicos establecidos en la resolución 5261 de 1994, establecidas en el título 2, artículo 106.

Parágrafo 3: Toda referencia catalogada como urgencia vital deberá estar soportada exclusivamente por criterio médico y los paraclínicos si el caso lo amerita. El traslado deberá ser garantizado por personal médico y solo en casos excepcionales previo reporte al CRUE y bajo la responsabilidad del médico remitente, se realizara con enfermera profesional con curso de soporte vital básico y avanzado.

Parágrafo 4: Teniendo en cuenta el estado del paciente y según criterio médico es necesario remitir a un servicio de alta complejidad, se debe reportarlo a la entidad responsable de pago y dirigirlo a la institución que preste este servicio, sin mediar la atención en la mediana complejidad.

Las entidades responsables de pago, deberán diseñar, organizar y documentar la red de prestadores con las cuales operará su proceso de referencia y contrarreferencia para garantizar la disponibilidad y suficiencia de servicios en todos los niveles de complejidad, a su cargo, así como la disponibilidad de la red de transporte y comunicaciones, acorde al decreto 4747; lo anterior teniendo en cuenta el documento de red que para el departamento haya formulado y establecido la entidad territorial. El IDSN vigilará el cumplimiento de este postulado.

Todas las instituciones que hacen parte de la Red de Prestadores del Departamento, independiente del nivel de complejidad, deberán reportar diariamente al CRUE, la disponibilidad de servicios de urgencias y complementarios en su institución incluyendo disponibilidad de camas de hospitalización por especialidad, ayudas diagnósticas y vehículos ambulancia. Este reporte deberá hacerse tres (3) veces al día así: 9:00 a.m., 5:00 p.m. y 9:00 p.m.

Para efectos de referencia se deberá realizar la verificación de derechos del usuario, en la institución referente, con el propósito de determinar la entidad responsable de pago, sin embargo, en ningún caso los trámites administrativos se constituirán en barrera de acceso a la atención.

Todo usuario referido y contrareferido deberá ir siempre acompañado de la información necesaria, pertinente y clara, consignada en los formatos establecidos,



de tal forma que permita a la institución receptora, brindarle una adecuada atención y manejo.

Se ha definido el formato estandarizado para referencia y contrarreferencia como documento de obligatorio diligenciamiento para garantizar la uniformidad de la información y facilitar su análisis. Anexos 9 y 10 resolución 4331 de 2012.

Toda referencia, se debe emitir en dos copias, una será entregada al paciente EPS- Personal de traslado para ser llevada y entregada a la IPS receptora de la misma y otra para ser guardada como documento integral de la Historia clínica.

Las contrarreferencias, serán emitidas en tres copias: **la primera**; para el usuario, **la segunda**, como soporte en la historia clínica y **la tercera**, como copia para la aseguradora.

Todo usuario 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, con la aplicación de guías y protocolos de atención inicial de urgencias.

Para la atención complementaria y posterior a la atención inicial de urgencias se procederá de conformidad a las normas vigentes de Referencia y Contrarreferencia. (Decreto 4747/07 MPS, Resolución 3047/08, Resolución 4331/12 y las demás que modifiquen, adicionen o sustituyan).

La responsabilidad del cuidado del usuario, estará siempre en el organismo referente hasta tanto la institución receptora realice la recepción del paciente, independientemente de los trámites administrativos internos de la institución receptora. So pena de sanciones la entidad receptora no podrá retardar los procesos de recepción del usuario argumentando dificultades en procesos administrativos internos, ni tampoco supeditar la recepción del paciente a la condición de dejar depósito económico o elementos de dotación de los vehículos ambulancia.

En el caso, que posterior a la atención inicial de urgencias, la institución receptora no cuente con la capacidad instalada o resolutive para dar continuidad al proceso de atención, deberá diligenciar nuevamente el FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA, establecidos por la resolución 4331/12 y coordinar con la entidad responsable de pago la canalización del paciente a su red de prestadores.



En aquellos casos en que el traslado se realice en una ambulancia habilitada, que no dependa de la IPS remitora, la entidad que tiene habilitado el servicio de transporte será responsable de la atención durante el mismo, hasta la recepción del paciente en la entidad receptora definida por la entidad responsable del pago. (Dec.4747/2007 de MPS)

La institución remitente deberá siempre garantizar el traslado del usuario referido y/o contrarreferido, de acuerdo con la pertinencia médica.

Todo usuario remitido en vehículos ambulancia deberá ir siempre acompañado por un agente de salud y en lo posible por un integrante del núcleo familiar. 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 un familiar.

Con el objeto de garantizar las condiciones de seguridad del paciente en Transporte de pacientes básico o medicalizado, se encuentran equipadas para la atención de un paciente por recorrido, por lo tanto se considera práctica no autorizada e insegura el superar la capacidad resolutive de la unidad de transporte trasladando dos o más pacientes. La ambulancia con su tripulación no podrá superar un margen de espera en la institución receptora de una (1) hora, mientras dicha entidad define la conducta a seguir con el Usuario a su cuidado; En ningún caso podrá dejar el paciente sin que se haya cumplido el protocolo de recepción del usuario a dicha institución

Ningún paciente que requiera un nivel de complejidad superior debe permanecer en IPS de baja complejidad por no disponibilidad de capacidad hospitalaria, en estos casos la entidad responsable de pago o el CRUE de acuerdo a la red de servicios definida por el asegurador ubicará al Usuario en la IPS receptora. En caso de no contar con disponibilidad hospitalaria, el usuario será autorizado para su traslado a un centro de complejidad superior donde puede recibir un soporte más avanzado antes de recibir su tratamiento definitivo, reduciendo el riesgo de complicaciones sin que ello signifique que no se seguirá con el trámite de la referencia. En los casos en los que los pacientes requieran servicios de mediana o alta complejidad podrán ser remitidos directamente sin que medie el paso por los centros de referencia de su zona de influencia siempre y cuando los servicios no se encuentren disponibles en su área de influencia o no exista disponibilidad de capacidad instalada para su atención. Estos casos deben ser notificados al CRUE.

Las Instituciones y demás Prestadores de Servicios de Salud a las que se refiere la presente resolución deberán tener libros de registro de traslado de usuarios foliados y con acta de apertura firmado por los responsables de los servicios donde



se registre: el nombre del usuario, el número de la historia clínica, la hora de salida o ingreso y el nombre y firma del responsable del traslado.

El usuario antes de ser remitido a un organismo de salud debe ser previamente valorado clínicamente y evaluar la posibilidad de ser atendido por esa institución.

Toda ambulancia debe reportarse al CRUE al momento de su salida y a la llegada al sitio de referencia sin excepción, notificar los imprevistos presentados durante el traslado, así como la salida y regreso a la IPS de origen con el fin de determinar la disponibilidad del vehículo.

En los casos de accidentes de tránsito, cuando el paciente requiera de atención en institución de mayor complejidad, las IPS remitentes se acogerán al diseño de la red departamental y sus nodos de referencia, notificando al CRUE para la coordinación respectiva, adjuntando la documentación requerida de acuerdo al decreto 3990 de 2007.

La IPS receptora hará la contrarreferencia del usuario a la IPS remitora inicial con las indicaciones sobre su manejo, siguiendo los lineamientos de calidad, racionalidad y pertinencia, que garanticen la continuidad y oportunidad del tratamiento. Esta se entregará de manera simultánea al egreso del paciente o una vez realizada la consulta y/o prestado el servicio. Salvaguardando siempre la custodia y confidencialidad de los registros clínicos acorde a la Resolución 1995/99. En todo caso en el manejo de usuarios referidos y contrarreferidos, se debe respetar las pautas culturales, creencias, usos y costumbres de los diferentes grupos étnicos.

TABLA 12: LINEAMIENTOS REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA DIMENSIONES SALUD PÚBLICA.



7.2. REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA.

Los indicadores de salud sexual y reproductiva están relacionados con las posibilidades de acceso, calidad de los servicios de salud, nivel de educación, acceso a la información, índices de pobreza, condiciones socioculturales desfavorables, circunstancias que generan necesidades y vulnerabilidades específicas.

Por lo anterior y considerando que en la dimensión de salud sexual y reproductiva, se presentan con mayor frecuencia los eventos de mayor impacto como son: mortalidad materna y perinatal, morbilidad materna extrema, mortalidad por VIH, transmisión perinatal del VIH, sífilis congénita, mortalidad por cáncer cérvico uterino y mama, violencia sexual, interrupción voluntaria del embarazo. Es necesario definir anexos específicos para estos eventos en referencia y contrarreferencia.



El seguimiento de los usuarios de los programas de SSR, es responsabilidad de la aseguradora EAPB, a través de la contratación con su red de prestación de servicios de acuerdo al nivel de complejidad y a los tratamientos clínicos de los pacientes.

Las Gestantes teniendo en cuenta que hacen parte de una población de alto riesgo por su condición de embarazo, tendrán prioridad en su proceso de atención y apoyo en los diferentes niveles de complejidad y se activará los protocolos de emergencia obstétrica del Ministerio de protección social en los casos requeridos. Con el fin de evitar demoras en la atención a gestantes catalogadas como de alto riesgo obstétrico, las IPS de primer nivel deben establecer los procedimientos de control que garanticen la documentación completa de paraclínicos, SIP-CLAP de estas pacientes al momento de su referencia desde los servicios de urgencias o ambulatorios. Así mismo las IPS receptoras deben establecer mecanismos que garanticen la calidad de la atención.

Con relación a la Violencia Sexual es necesario resaltar que de acuerdo a la resolución 459 de 2012 donde se establece que la violencia sexual es una urgencia, independiente del tiempo de ocurrencia, por tanto se deberá disponer de servicios que ameriten los y las víctimas de este hecho punible, especialmente lo relacionado a salud mental como es accesos a servicios psicológicos y/o psiquiátricos u otros servicios de especialidad.

A continuación se describe los pasos a seguir por parte de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud para la correcta referencia y contrarreferencia entre los diferentes niveles de atención en salud, de las gestantes:

REFERENCIA

1. Toda gestante que por patología adyacente comprometa la salud y el bienestar del binomio madre e hijo será considerada como urgencia vital, por tanto las condiciones de transporte deben incluir el transporte asistencial básico, médico acompañante y personal paramédico capacitado.

Anexo 3. Condiciones para remitir a mayor nivel una unidad de cuidado obstétrico de mayor complejidad. Se recomienda la identificación de las siguientes condiciones y factores de riesgo para la determinación del lugar o nivel de atención del parto, aplicando el criterio médico para aquellas condiciones que escapan al siguiente listado, el cual se considera una lista orientadora y no exhaustiva de las condiciones o factores que inciden sobre la decisión de remitir a la gestante a una unidad de cuidado obstétrico de Mayor complejidad (Nivel II o superior):



- Cualquier enfermedad cardiaca confirmada.
- Cualquier trastorno hipertensivo.
- Asma bronquial no controlada.
- Fibrosis quística.
- Hemoglobinopatías o trastornos hematológicos como:
 - Anemia: Hemoglobina menor de 11.0 g/dl al nivel del mar o en el límite inferior según el valor corregido por la altura sobre el nivel del mar.
 - Enfermedad de células falciformes, beta-talasemia mayor.
 - Antecedentes de trastornos tromboembólicos.
 - La púrpura trombocitopénica inmune u otro trastorno de plaquetas con plaquetas por debajo de 150 000.
 - Enfermedad de von Willebrand.
 - Trastorno de la coagulación de la mujer o del feto.
 - Anticuerpos que conllevan riesgo de enfermedad hemolítica del recién nacido.
 - Hepatitis B / C Portador de / infección por el VIH.
 - Sospecha de toxoplasmosis fetal o mujeres que reciben tratamiento.
 - Infección actual activa o sospechada de sífilis/ varicela / rubéola / herpes genital/en la mujer el bebé.
- Tuberculosis.
- Lupus eritematoso sistémico inmune.
- Esclerodermia.
- Enfermedades no específicas del tejido conjuntivo.
- Hipotiroidismo no controlado.
- Hipertiroidismo.
- Diabetes.
- Pacientes con función renal anormal.
- Enfermedad renal crónica que requiere supervisión de especialista.
- Epilepsia.
- Miastenia gravis.
- Accidente cerebrovascular previo.
- Enfermedades gastrointestinales como la enfermedad de Crohn y la colitis ulcerosa.
- Enfermedad hepática con pruebas de función hepática normales o anormales.
- Anomalías esqueléticas o neurológicas como antecedente de fractura de pelvis o déficit neurológico.



- Trastornos psiquiátricos que requieren atención hospitalaria actual.
- Uso de drogas psicoactivas.
- Abuso de sustancias o la dependencia del alcohol.
- Antecedente o presencia de cáncer en cualquier localización.
- Multiparidad mayor de 4 partos.
- Mujeres menores de 15 años o mayores de 38.
- Ausencia de control prenatal.
- Ausencia de apoyo económico y emocional de la familia.
- Hemorragia anteparto de origen desconocido (episodio único después de 24 semanas de gestación).
- Índice de masa corporal en la admisión superior a 30 kg / m².
- Embarazo múltiple.
- Placenta previa.
- Preeclampsia o hipertensión inducida por embarazo.
- Trabajo de parto prematuro o ruptura de membranas antes del inicio del trabajo de parto.
- Desprendimiento de placenta.
- Muerte intrauterina confirmada.
- Inducción del parto.
- Diabetes gestacional.
- Distocias de presentación (ejemplo: presentación de pelvis o situación transversa).
- Hemorragia anteparto recurrente.
- Feto pequeño para la edad gestacional (menos del percentil diez o reducción de la velocidad de crecimiento en la ecografía).
- Frecuencia cardíaca fetal anormal (FCF) / Doppler anormal.
- Ultrasonido diagnóstico de oligo/polihidramnios.
- Antecedente de complicaciones como:
 - Historia de bebé anterior de más de 4,0 kg.
 - Muerte fetal / muerte neonatal inexplicable o en relación con dificultad intraparto.
 - Muerte fetal / muerte neonatal con causas conocidas no recurrentes.
 - Bebé con encefalopatía neonatal.
 - Bebé anterior a término con ictericia que requirió exanguinotransfusión.
- Preeclampsia.



- Eclampsia.
 - Ruptura uterina.
 - Hemorragia posparto primaria que haya requerido un tratamiento adicional o transfusión.
 - Placenta retenida que haya requerido la extracción manual.
 - Cesárea previa.
 - Distocia de hombros.
 - Historia de laceración vaginal amplia, desgarro cervical o trauma perineal de tercer o cuarto grado.
 - Antecedente de cirugía ginecológica mayor.
 - Antecedente de conización o escisión con asa de la zona de transformación.
 - Presencia de miomas o fibromas uterinos.
 - Antecedente de miomectomía.
 - Antecedente de histerotomía.
2. Dentro de la documentación de remisión se debe incluir los laboratorios que la gestante hasta el momento de la remisión se le haya realizado y el carné materno completamente diligenciado (Hoja SIP / CLAP actualizado).
 3. Teniendo en cuenta que la remisión de gestantes es una urgencia vital, el manejo que se hará de esta urgencia por parte de la EPS a la que se encuentra afiliada, deberá cumplir con pertinencia, oportunidad y coordinación de la remisión a un nivel adecuado para su respectivo manejo.
 4. Referencia efectiva y segura (hito 4- ruta materno-perinatal) Reducción de la Morbilidad y Mortalidad Materna y Perinatal donde se establece que se debe:
 - Fortalecer la identificación del cuadro clínico para la atención oportuna y con calidad.
 - Promedio del Tiempo de oportunidad (en días) cita de Ginecología y obstetricia debe ser menor a **7 días**.
 - Tiempo promedio de trámite de remisión en casos de morbilidad materna extrema, referencia por urgencia menor a **5 minutos**, donde la IPS primaria, notifique el evento de morbilidad extrema a la DLS y a las EAPB para su manejo integral y oportuno y posterior seguimiento.

CONTRARREFERENCIA

1. La Institución Prestadora de Servicio de Salud, que hace el manejo de la gestante deberá cumplir con toda la documentación establecida para hacer la



- contrarreferencia de la paciente gestante para garantizar la continuidad del manejo y tratamiento respectivo.
2. La Institución Prestadora de Servicio de Salud deberá enviar semanalmente o inmediatamente según corresponda a la IPS de baja complejidad que remitió al paciente, para garantizar el seguimiento a la gestante, un adecuado control y continuidad del tratamiento instaurado a los correos oficiales de Referencia y contrarreferencia de cada institución.
 3. La IPS encargada del seguimiento de la paciente deberá informar oportunamente a la EPS sobre los resultados y el seguimiento que se le está haciendo a la gestante.
 4. Si la gestante seguirá siendo controlada en el nivel donde fue referida, la EPS garantizara el seguimiento a la gestante a través de la IPS con la que tiene contratada las acciones de baja complejidad.

ANEXO RUTAS ATENCION IVE POR CADA EAPB

7.3. REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA EN ENFERMEDADES CRONICAS NO TRASMISIBLES.

Las EAPB a través de sus IPS baja complejidad deberán garantizar la Toma de los exámenes básicos para el control de Hipertensión arterial y Diabetes, y su periodicidad, para los pacientes con Hipertensión Arterial y Riesgo Cardio Vascular como corresponda. En caso de requerir exámenes de segundo nivel, las EAPB garantizaran la oportunidad para la solicitud y toma de los mismos, por el médico general para ser evaluados por el especialista en la mediana y la alta complejidad. Todo en el marco de las Guías del Ministerio de Protección Social y adoptadas mediante las Resoluciones 412 de 2000, Anexo Técnico 4003 del 2008 y el Modelo de Atención Integral para la prevención del Riesgo cardiovascular para el departamento.

“Para acceder a los servicios especializados de salud es indispensable la remisión por medicina general o por cualquiera de las especialidades definidas como puerta de entrada al sistema, conforme a la normatividad vigente sobre referencia y contrarreferencia, sin que ello constituya en un pretexto para limitar el acceso a la atención por médico general, cuando el recurso humano especializado no se accesible por condiciones geográficas o de ausencia de oferta en el municipio de residencia. Si el caso amerita interconsulta al o remisión al especialista, el usuario debe continuar el seguimiento por el profesional general, a menos que el especialista recomiende lo contrario en su respuesta. Cuando La persona ha sido



diagnosticada y requiere periódicamente de servicios especializados, puede acceder directamente a dicha consulta especializada sin necesidad de remisión por el médico u odontólogo general". Artículo 12 resolución 5521 de 2013.

Las EAPB propenderán por prestar servicios bajo la modalidad de Telemedicina para facilitar el acceso oportuno a los servicios especializados de los pacientes crónicos.

Para la asignación de citas con especialistas las EAPB deberá garantizar en su red de servicios lo dispuesto en la Resolución 1552 del 2013, es decir mantener agendas abiertas, tres días para la asignación a medicina general y 5 días para la asignación a medicina especializada.

La EAPB deberán garantizar el suministro oportuno de medicamentos a paciente con enfermedades crónicas incluyendo los principios activos y le será suministrada cualquiera de las alternativas autorizadas por el INVIMA del principio activo, forma farmacéutica y concentración prescritos, independientemente de su forma de comercialización (genérico o de marca).-Capítulo IV Resolución 5521 del 2013.

La EAPB deberá garantizar al paciente ambulatorio de forma continua e ininterrumpida la continuidad del tratamiento iniciado en la modalidad hospitalaria o viceversa, según criterio del profesional tratante. (Artículo 50 Resolución 5521 del 2013)

La EAPB deberá garantizar el suministro de los KIT DE GLUCOMETRÍA. Según la indicación del médico tratante (general o especializado)

7.4. REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA DE URGENCIAS EN SALUD MENTAL

TABLA 13: REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA DE URGENCIAS EN SALUD MENTAL



Para el manejo de las urgencias psiquiátricas, el paciente debe ser valorado en el servicio de urgencias por medicina general quien evalúa el compromiso vital que el paciente pueda tener, realiza las acciones para conservar la vida, lo estabiliza teniendo los criterios contemplados en el anexo 2 del presente manual (lista de chequeo para referencia de urgencias en salud mental). Numerales 1, 2 y 3, se realiza interrogatorio de los antecedentes personales y familiares relacionadas con patologías mentales. Se realiza sedación en los casos requeridos y con los medicamentos indicados en el anexo 2 y en última instancia se sugiere la inmovilización en cuatro (4) puntos (ver anexo 2).

La referencia para urgencias psiquiátricas se contemplan cuatro casos específicos, 1. Intento suicida con todas sus variantes, 2. Estados de agitación psicomotora con auto u heteroagresión (estados psicóticos) en pacientes consumidores de sustancias psicoactivas (alcohol, marihuana, cocaína, etc.) los cuales de no ser



atendidos y manejados de manera enérgica pueden poner en riesgo la integridad tanto del paciente mismo como del personal de salud. 3. Intoxicación aguda por alcohol etílico (licor) con episodios de agitación psicomotora con auto u heteroagresión (estados psicóticos) o se hayan hecho evidentes comportamientos o conductas del tipo suicida ya que este evento sin los “agravantes” anteriormente citados no constituye una urgencia psiquiátrica. 4. Paciente consumidor en estado de abstinencia, una grave urgencia médica en especial en pacientes alcohólicos donde pone en peligro la vida.

Dentro de estas urgencias no se debe confundir las intoxicaciones agudas con alcohol consumadas con alcohol metílico o metanol ya que este tipo de urgencia es propiamente una urgencia médica y debe ser tratada como tal.

Una vez aclarados los puntos anteriores es importante tener en cuenta para el proceso de referencia los numerales 8, 9 10 y 11 del anexo 2 de este manual. Cuando hay evidencia de trauma craneoencefálico o alucinaciones visuales y/u olfatorias se debe descartar primero lesión orgánica. Si el paciente tiene además de la patología de base psiquiátrica otra enfermedad, primero debe tratarse según se especifica los numerales 1, 2 y 3 del anexo 2 (lista de chequeo para referencia de urgencias en salud mental).

7.5. REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA INTOXICACIONES POR SUSTANCIAS TOXICAS Y MEDICAMENTOS.

Todos los plaguicidas, no se manejan de la misma manera ni tienen las mismas implicaciones clínicas, algunos son extremadamente tóxicos y no se dispone de un antídoto específico para su manejo, otros son de baja toxicidad y son escasos los efectos tóxicos en el organismo. Es importante comprender la indicación que tienen las intoxicaciones agudas por plaguicidas para su identificación y manejo.

Dentro del manejo de las intoxicaciones presentadas por sustancias toxicas y medicamentos, se toman alguna medidas generales como retirar el paciente de la exposición, quitarle la ropa contaminada, lavado minucioso con agua y jabón, mantenimiento de la respiración, lavado gástrico siempre que no existan contraindicaciones. (Véase protocolo de vigilancia y control de sustancias toxicas, Instituto Nacional de Salud).

7.6. REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA EN CASOS DE DESNUTRICIÓN AGUDA MODERADA Y SEVERA.



La Resolución 5406 de 2015 estableció para Colombia el Lineamiento para el Manejo Integrado de la DNT Aguda Moderada y Severa. La resolución cuenta con un anexo técnico específico denominado "Lineamiento para el Manejo de la Desnutrición Aguda Moderada y Severa en niños y niñas menores de cinco años".

Con los actuales enfoques de manejo y la garantía del acceso oportuno al tratamiento por parte de personal de salud entrenado, las tasas de letalidad por desnutrición aguda pueden ser inferiores al 5% tanto en el manejo en el hogar como en el intrahospitalario. El lineamiento establece que con el enfoque e insumos disponibles, se establecerán tres escenarios de manejo:

1. Manejo en el hogar para niños y niñas con Desnutrición Aguda Moderada o Severa sin complicaciones, el cual será prescrito desde instituciones

- ambulatorias u hospitalarias. Se espera que entre el 80% al 95% de los casos sean atendidos en este escenario.
2. Manejo intrahospitalario de niños y niñas con Desnutrición Aguda Moderada y Severa con complicaciones médicas. Este manejo, como su nombre lo indica, sólo podrá realizarse en instituciones hospitalarias que cuenten con hospitalización pediátrica debido a que requieren estabilización, transición y rehabilitación de su cuadro nutricional, y posteriormente contrarreferencia al primer nivel de atención para continuar con el manejo en el hogar. Se espera que entre el 5% al 15% de los casos atendidos requieran de este escenario de atención.
 3. Complementación alimentaria a familias en alta vulnerabilidad que es competencia del sector social. Todos los niños y niñas que sean atendidos bajo el lineamiento en todos los niveles de atención, requieren una canalización efectiva a la oferta institucional de complementación alimentaria con la que cuente el territorio de residencia del grupo familiar.

Todos los médicos, enfermeras y nutricionistas de la red departamental de prestación de servicios deben conocer el Anexo 1 de la Resolución 5406 de 2015 denominado "*Lineamiento para el Manejo Integrado de la DNT Aguda Moderada y Severa en niños y niñas de 0 a 59 meses de edad*". El lineamiento, formulado a nivel nacional por UNICEF y el Ministerio de Salud y Protección Social, establece dentro de su contenido las bases conceptuales del manejo de la desnutrición, los principios básicos del manejo integrado de la desnutrición aguda moderada y severa, el manejo en el hogar de niños y niñas de 6 a 59 meses con desnutrición sin complicaciones y el manejo intrahospitalario de los niños y niñas de 6 a 59 meses con desnutrición aguda y complicaciones, por lo tanto los protocolos institucionales de manejo de la desnutrición aguda deben incorporar este lineamiento como parte del manejo basado en la evidencia que se debe garantizar en pacientes con este diagnóstico. El ministerio de salud y protección social ha dispuesto un curso virtual para que el talento humano en salud pueda capacitarse en los lineamientos actualizados, está disponibles para PC en el siguiente link: <http://tratamientodesnutricionagudacolombia.com/>





De acuerdo con el lineamiento, los niños y niñas con desnutrición aguda moderada y severa deben considerarse como una Urgencia en salud y según la definición de caso deben recibir la atención como se describe a continuación:

Manejo Ambulatorio:

1. Niños y niñas con perímetro braquial menor a 11,5 centímetros
2. Niños y niñas con puntaje Z entre -2 a -3 desviaciones estándar en Peso para la Talla (DNT Aguda Moderada). Código CIE-10 E440
3. Niños y niñas con puntaje Z por debajo de -3 desviaciones estándar en Peso para la Talla (DNT Aguda Severa). Código CIE-10 E43X
4. Niños y niñas con edema bilateral (++) y (+++). Código CIE-10 E40X

Y TODAS las siguientes condiciones:

- Prueba de apetito positiva
- Sin complicaciones médicas
- Alerta y consciente

Como plan de manejo deben recibir el tratamiento establecido en el Capítulo 3 del Lineamiento, incluyendo las acciones previas al egreso y la canalización a programas de complementación alimentaria con cobertura a nivel municipal. Sólo en caso de presentarse complicaciones o de no contar con la Fórmula Terapéutica Lista para el Consumo FTLC deberá ser remitido a niveles superiores de atención.

REFERENCIA AL NIVEL HOSPITALARIO

Todos los casos que presenten complicaciones asociadas al cuadro de desnutrición aguda recibirán atenciones en hospitales de referencia como se describe a continuación:

Manejo Intrahospitalario

Todos los niños y niñas menores de seis meses que presenten alguno de los siguientes signos de desnutrición aguda moderada o severa:

1. Edema Bilateral (+), (++) . (+++).Código CIE-10 E40X
2. Niños y niñas con puntaje Z entre -2 a -3 desviaciones estándar en Peso para la Talla (DNT Aguda Moderada). Código CIE-10 E440



3. Niños y niñas con puntaje Z por debajo de -3 desviaciones estándar en Peso para la Talla (DNT Aguda Severa). Código CIE-10 E43X
4. Delgadez Visible compatible con Desnutrición Aguda.

y alguna de las siguientes condiciones:

- Pérdida reciente de peso o dificultad para ganar peso
- Alimentación infectiva detectada en la evaluación del binomio madre-hijo durante 15 a 20 minutos para identificar o descartar problemas de succión o agarre, hipotonía, disfunción oral-motora u otras alteraciones.
- Cualquiera de los signos de peligro o riesgo de muerte descritos en el grupo de 6 a 59 meses con desnutrición aguda.
- Condición médica o social del niño o la familia que requiera evaluación o intervención, por ejemplo abandono, discapacidad o enfermedad mental del cuidador

Todos los niños y niñas mayores de 6 meses con peso inferior a 4 Kg deberán ser remitidos a nivel hospitalario como una urgencia vital por el riesgo que esta condición implica para la vida del niño/niña.

Todos los niños y niñas de 6 a 59 meses con alguno de los siguientes signos de desnutrición aguda, moderada o severa:

1. Niños y niñas con edema bilateral (++) y (+++). Código CIE-10 E40X
2. Niños y niñas con puntaje Z entre -2 a -3 desviaciones estándar en Peso para la Talla (DNT Aguda Moderada). Código CIE-10 E440
3. Niños y niñas con puntaje Z por debajo de -3 desviaciones estándar en Peso para la Talla (DNT Aguda Severa). Código CIE-10 E43X

y CON ALGUNO de los siguientes signos de peligro:

- Prueba de apetito negativa o no puede beber o tomar el pecho
- Vomita todo
- Convulsiona
- Está letárgico o inconsciente

Con alguno de los signos que aumentan el riesgo de muerte:

- Hipotermia: Temperatura axilar $<35,5$ °C
- Fiebre: Temperatura axilar >38 °C
- Hemoglobina <4 g/dL
- Hemoglobina <6 g/dL con signos de dificultad respiratoria
- Piel con lesiones ulcerativas o extensas



- Riesgo de deshidratación: diarrea, vómito persistente y rechazo a la vía oral
- Aumento en la frecuencia respiratoria:
 - o Menor de 2 meses: 60 respiraciones o más por minuto
 - o 2 a 11 meses: 50 respiraciones o más por minuto
 - o 12 meses a 5 años: 40 respiraciones o más por minuto

Todos los niños y niñas con edema generalizado y desnutrición aguda severa se deben hospitalizar aunque no tengan evidencia de complicaciones y prueba de apetito positiva.

CONTRARREFERENCIA

1. La Institución Hospitalaria que hace el manejo de niños y niñas con desnutrición aguda deberá cumplir con toda la documentación establecida para hacer la contrarreferencia y garantizar la continuidad del manejo y tratamiento respectivo. Todos los niños que requirieron hospitalización deberán continuar con manejo ambulatorio hasta que mejoren su estado nutricional (Peso para la Talla por encima de -2 desviaciones estándar)
2. La Institución Hospitalaria deberá enviar al egreso de cada paciente la contrarreferencia para garantizar el seguimiento, un adecuado control médico y continuidad del tratamiento instaurado a los correos oficiales de Referencia y contrarreferencia de la institución que remitió al paciente con copia a la EAPB que corresponda.
3. La IPS encargada del seguimiento deberá informar oportunamente a la EPS sobre los resultados y el seguimiento que se le está haciendo. El IDSN con la asesoría del Minsalud establecerá los mecanismos de seguimiento nominal de todos los casos notificados como DNT Aguda Moderada y Severa.
4. La EPS garantizará el seguimiento y la disponibilidad del tratamiento ambulatorio a través de la IPS con la que tiene contratada las acciones de baja complejidad.

7.7. REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA EN CASOS DE TUBERCULOSIS Y ENFERMEDAD DE HANSEN

En caso de traslados de personas afectadas por tuberculosis o enfermedad de Hansen, entre instituciones o entre territorios, deberá surtirse el proceso de referencia y contrarreferencia de la información entre los referentes programáticos con el fin de garantizar el adecuado seguimiento a la adherencia al tratamiento y el egreso del caso.



Para el proceso de referencia y contrarreferencia, se debe informar a los correos del Instituto Departamental de Salud de Nariño (tuberculosisnarino@gmail.com y lepranarinoidsn@gmail.com), a las entidades territoriales de salud correspondientes (SMS, DLS, EAPB), y garantizar la entrega de los siguientes soportes:

- Ficha de notificación
- Resultados de laboratorio: Baciloscopia, cultivo, pruebas moleculares, resultados de patología
- Resultado de VIH
- Tarjeta de tratamiento actualizada
- Resumen de historia clínica
- Fórmula médica
- Medicamentos para tuberculosis o enfermedad de Hansen suficientes (mínimo para tres días de tratamiento-dependiendo del caso)

Para los casos de enfermedad de Hansen ficha de valoración neurológica simplificada

Estos insumos son responsabilidad del prestador ESE o IPS deben exigirlos antes del traslado e informar previa coordinación con la EAPB del paciente al Instituto Departamental de Salud de Nariño y a la entidad territorial respectiva.

8. DISPOSICION DE LINEAMIENTOS PARA COMPONENTES ANEXOS AL SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA.

En el ámbito de este componente se establecerán aspectos mínimos que se relacionan con la atención de urgencias y emergencias en concordancia a su articulación con el sistema de referencia y contrarreferencia definiendo para ello lineamientos en materia de red de transporte, red de comunicaciones, planeamiento hospitalario, sistemas de información y unidades de análisis.



8.1. RED DE TRANSPORTE

Dando cumplimiento a los requisitos de habilitación establecidos para los prestadores de servicios de transporte de pacientes (ambulancias), en correspondencia a la Norma NTC 3279 de 2001 actualizada a 2013, tipología de ambulancia y la Ley 42 de 1993 control fiscal, se establecen las siguientes disposiciones y/o lineamientos partiendo de las siguientes definiciones:

Ambulancia: Unidad móvil autorizada para transitar con prioridad de acuerdo con la condición del paciente y acondicionada de manera especial y exclusiva, con recursos humanos y técnicos calificados para la atención y beneficio de los pacientes según lo emitido en el documento que establece la resolución 2003 de 2014 y aquellas que la modifiquen adicionen o sustituyan.

Red Nacional de Urgencias: Conjunto articulado de unidades prestadoras de servicios de salud, según niveles de atención y grados de complejidad, ubicada cada una en un espacio poblacional concreto, con capacidad de resolución para la atención de las personas con patologías de urgencias, apoyándose en normas operativas, técnicas y administrativas. La red actúa coordinadamente bajo una estructura conformada por subsistemas de información, comunicaciones, transporte, insumos, educación, capacitación y de laboratorios.

Red de Transporte: Componente de la red nacional de urgencias, integrado por el parque automotor, que contempla la disponibilidad de ambulancias en cantidad y calidad de acuerdo al ámbito del servicio, con recurso humano adecuado y entrenado, cuyo objetivo es el de brindar eficiente servicio de transporte asistencial. Forma parte de la red de comunicaciones, de la red de atención pre hospitalaria, de los esquemas de referencia y contrarreferencia, permitiendo garantizar la atención oportuna y eficaz de los enfermos o víctimas de urgencias, emergencias y desastres, minimizando las secuelas y disminuyendo la tasa de morbimortalidad.

Clasificación:

1. De acuerdo al ámbito de servicio por resolución 2003 de 2014:
 - Ambulancia de Transporte asistencial Básico: unidad móvil destinada al transporte de pacientes cuyo estado real o potencial no precisan cuidado asistencial medico durante el transporte; solo el estipulado en la resolución 2003 de 2014.
 - Ambulancia de Transporte asistencial medicalizado: unidad móvil destinada al traslado de pacientes cuyo estado potencial es de alto riesgo y requieren



equipamiento, material y personal Médico y el requerido (según resolución 2003 de 2014) durante el transporte. Las hay para adultos, neonatales y mixtas.

- Ambulancia en Servicio de Atención de Urgencias: cualquier ambulancia, independiente del ámbito de servicio, puede prestar atención de urgencias al (los) paciente (s) que lo requiera (n).

2. De acuerdo al ámbito de servicio por retorno de pacientes: unidad móvil destinada al traslado de pacientes en retorno y que requieren atención entre la IPS y el domicilio del paciente cuyo estado potencial requiere equipamiento, material y personal asistencial mínimo durante el transporte.

Tipos de atención en ambulancia terrestre:

- **Primaria:** es la atención y/o transporte de pacientes básico o medicalizado en ambulancia que se realiza en y desde el sitio de ocurrencia del evento hasta un centro asistencial, que posea el nivel de atención y grado de complejidad pertinente para la condición actual o futura del paciente, que involucra la movilización del vehículo hasta su llegada al sitio de atención. Aplicable a organismos y/o grupos de socorro.

- **Secundaria:** Es la atención y /o transporte de pacientes básico o medicalizado de un paciente manejado 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.

Movilización de las ambulancias: Para fines de la operación se definen dos tipos de movilización:

- **Prioritaria:** Es la movilización de Transporte de pacientes básico o medicalizado. En la cual un menor tiempo en el desplazamiento, contribuye a facilitar la atención oportuna del paciente en riesgo real o potencial en salud; incluye el desplazamiento desde el sitio donde la tripulación reciba la solicitud hasta el lugar donde se requiera la prestación del servicio.

- **No Prioritaria:** Es la circulación de ambulancias ya sea transporte de pacientes básico o medicalizado con o sin paciente a bordo, en la cual el uso de velocidades autorizadas para estos vehículos y de sistemas de señalización auditiva de emergencia, no contribuyen a mejorar la condición clínica de un paciente.



Unidades Móviles de Auxilio o Rescate De Organismos de Socorro

En referencia a las unidades de rescate dispuestas para la atención por parte de los organismos de socorro, el Instituto departamental en uso de sus facultades y de acuerdo a la Ley 1523 de 2012, reconoce a Cruz Roja, Bomberos y Defensa Civil como únicas instituciones para la movilización de vehículos destinados como unidades de socorro, auxilio o rescate y no como vehículos de transporte asistencial.

Unidad móvil destinada al traslado de pacientes en retorno

En referencia a las unidades móviles dispuestas para el transporte de retorno por parte de las ESES y/o IPS, hacia el domicilio del paciente que requieren atención mínima en su movilización. Estas Unidades móviles, para su funcionamiento deberán garantizar dotación de elementos e insumos básicos previo aval por parte del centro regulador de urgencias y emergencias además de dar cumplimiento a las dispuestas desde el nivel nacional en materia de tránsito y transporte oficial.

Ambulancias Terrestres afiliadas a la Red Privada

Con el ánimo de unificar la operación de las ambulancias del sector privado en articulación a la red pública, y en virtud de las competencias del Instituto Departamental de Salud de Nariño, toda ambulancia sea, básica o medicalizada, que tenga su apertura de servicio en el departamento tendrá que regirse a las siguientes disposiciones:

1. Articulación a la red de transporte departamental con vinculación a la Red Nacional de Emergencias
2. Habilitación del servicio de transporte de pacientes según requisitos dispuestos desde el Nivel Nacional.
3. Aval anual de los requisitos dispuestos por el ente departamental del servicio de transporte asistencial de pacientes
4. Disponer en el móvil de equipo de radiocomunicaciones con permanencia en frecuencia del CRUE.
5. Coordinación y derivación de pacientes con el centro regulador de urgencias y emergencias.
6. Ante un caso de grandes proporciones de emergencia o desastres las ambulancias de la red privada se articularán a la red de transporte pública siendo reguladas por el CRUE con posterior recobro de los servicios de transporte según resolución 1915 de 2008 aquellas que las modifiquen o sustituyen.



Disposiciones y Requisitos para la operación y movilización de vehículo ambulancia de la Red Pública y Privada en el Departamento de Nariño:

- Certificar que la institución a la que este adscrita la ambulancia, se encuentre registrada y habilitada en la entidad ante la subdirección de Calidad y Aseguramiento del IDSN, y cumpla con los requisitos establecidos en la normatividad vigente.
- Con el ánimo de garantizar seguridad del paciente en el servicio ofertado y por las condiciones geográficas del territorio, se restringe el ingreso al parque automotor RED DE TRANSPORTE AMBULANCIAS, en el departamento, a vehículos que no cumplan condiciones de calidad.
- Certificado expedido por el ministerio de Tránsito y Transporte, de autorización de la elaboración de carrocerías
- En Pro de la rentabilidad de las empresas públicas- ESEs e IPS, deberá comenzar con el proceso de reposición del vehículo ambulancia, una vez se cumpla los 10 años de vida del mismo, además de adelantar el proceso de retiro del vehículo del inventario de la red de transporte
- El personal médico y/o paramédico debe viajar en el habitáculo del paciente.
- Contar con un sistema de radiocomunicaciones que le permita comunicación permanente con el centro Regulador de Urgencias y Emergencias.
- Contar con la señalización exigida; incluye logo institucional y teléfono de la entidad en la puesta delantera del vehículo., ciudad sede, servicio de oferta básico o medicalizado. se exceptúan los organismos de seguridad del estado.
- Contar con el Personal Requerido y debidamente capacitado según norma de habilitación vigente y servicio habilitado.
- El vehículo ambulancia se movilizará según disposición y responsabilidad directa del médico del servicio de urgencias de la ESE- IPS.
- El servicio de ambulancia es exclusivo para la movilización de pacientes de urgencias y emergencias, un acompañante y el personal paramédico necesario, por lo tanto el vehículo no podrá ser utilizado para transporte de funcionarios, ni llevar carga o suministros, ni para actividades que se salgan del marco del cumplimiento de funciones y actividades de salud.
- Las ambulancias no pueden bajo ningún motivo, recoger pasajeros durante el trayecto de traslado o regreso a su sede, **EXCEPTUANDO pacientes que tengan salida de las instituciones, durante eventos de apoyo en situación de urgencias o emergencias, lo cual estará coordinado por el CRUE.**
- Está terminantemente prohibido el traslado de cadáveres. Infringir esta norma puede llevar a denuncias y procesos que involucren gravemente a los funcionarios de salud o a su representante legal. En caso de fallecimiento del

paciente en el trayecto de la referencia deberá retornar al lugar de origen de la remisión.

- Por considerarse los vehículos ambulancias, de servicio público están sometidas y obligadas al cumplimiento de la normatividad vigente de tránsito y transporte vigente.
- El sonido de la sirena debe usarse exclusivamente, cuando haya atascos en el tránsito y el paciente se encuentre en estado muy grave.
- Las ambulancias deben permanecer en la institución de salud igual que sus llaves, y la orden de salida y movilización está bajo responsabilidad directa del médico del servicio de urgencias.
- La ambulancia debe contar y cumplir con la dotación completa según requisitos de habilitación contenidos en la Resolución 2003 de 2014 y las que la adiciones modifiquen o sustituyan.
- El uso indebido de las ambulancias establecerá incumplimiento a la circular 000018 de 25 de marzo de 2009, emitido por el Ministerio de la Protección Social, por medio de la cual se instruye a directores y gerentes que ofrecen el servicio de transporte de pacientes, la adopción de medidas necesarias para garantizar el cumplimiento de la normatividad vigente para el traslado de pacientes y evitar el uso indebido de los recursos.
- Para adelantar el proceso de aval anual del servicio de transporte asistencial, además de la verificación completa de la dotación según **anexos: 9 y 10, se dará cumplimiento a las siguientes observaciones :**

A: Relacionar con el oficio de solicitud de Aval:

- Copia de certificado cámara de comercio (Instituciones Privadas).
- NIT y/o RUT.
- Registrar Ubicación de la entidad: Ciudad, dirección, número telefónico, Correo electrónico.
- Fotocopia cédula de ciudadanía del representante legal.
- Número de ambulancias y placas de cada una, destinadas a la prestación del servicio.
- Fotocopia de tarjeta de propiedad
- RUNT
- Fotocopia del seguro de accidente obligatorio – SOAT vigente.
- Fotocopia de la licencia de conducción con categoría C1, C2, vigente.
- Fotocopia del seguro contra todo riesgo vigente.
- Certificados de capacitación vigentes en:
 - ✓ conductores : primeros auxilios 40 horas



- ✓ Tripulación transporte asistencial básico 20 horas en soporte vital básico.
- ✓ Tripulación transporte asistencial medicalizado: soporte vital avanzado de mínimo 48 horas, según norma de habilitación vigente.

Los documentos deben ser dirigidos al Director (a) del Instituto Departamental de Salud de Nariño y entregados en el Centro regulador de urgencias y emergencias-CRUE

B: Con la solicitud se deben anexar los siguientes documentos:

- Relación completa del personal (médico, enfermera, auxiliar de enfermería y conductor), que prestará el servicio en las ambulancias, indicando el número de la cédula y del registro o inscripción ante el IDSN., (anexar registro o inscripciones).
- Las entidades privadas presentarán copia del acto administrativo por el cual se reconoció la Personería Jurídica y copia de los estatutos de la entidad cuando se trate de instituciones sin ánimo de lucro.
- Certificado de existencia y representación legal (**actualizado**).
- Revisión general técnico mecánica y medio ambiente expedido por el IDATT o Diagnosticentro autorizado actualizado, según normatividad vigente.
- Copia del registro ante el ministerio de transporte de quien elaboro la carrocería y certificación de la elaboración de la misma
- Copia del registro de apertura o actualización de habilitación
- Para el aval de servicio de transporte asistencial básico y medicalizado, se solicitara además:
 - ✓ Copia de resolución de manejo de medicamentos.
 - ✓ Juego de inmovilizadores de extremidades uno de tórax para pacientes psiquiátricos y medicamentos según resolución de habilitación vigente.

8.2. RED DE COMUNICACIONES

En disposición de articulación de la red de transporte con el centro regulador de emergencias se definen a continuación las siguientes acciones a adelantar por parte de las IPS públicas y privadas:

- Ubicación exclusiva de equipo de radiocomunicaciones en el servicio de urgencias con conexión al resto de áreas hospitalarias.
- Ubicación de equipo de radiocomunicación en móvil con conexión de frecuencias a base de la institución y canal abierto para frecuencia del centro regulador de urgencias y emergencias.
- Reporte diario de carácter obligatorio de novedades y disponibilidad de camas en horarios: 9:00 a.m., 5:00 pm, y 9:00 pm.
- Las ESE/IPS u hospitales de mediana y alta complejidad deberán reportar diariamente la disponibilidad de las especialidades habilitadas.
- Cuando las IPS públicas o privadas establezcan sus comunicaciones con frecuencias diferentes a la VHF deberán certificar la correspondiente autorización del ministerio de comunicaciones. Las IPS privadas deberán solicitar permiso para uso de frecuencia CRUE, acogiéndose para ello a las condiciones descrita en este documento.
- El uso de la frecuencia CRUE por parte de la IPS sean públicas o privadas obedece exclusivamente para el reporte de pacientes que requieran referencia o para el reporte de eventos y/o novedades de urgencias, emergencias y desastres conservando los lineamientos establecidos por la resolución 4181 de Diciembre de 2012 (Misión Médica).

8.3. PLANEAMIENTO HOSPITALARIO

Las funciones establecidas para cada uno de los componentes de referencia y contrarreferencia, red de comunicaciones, red de transporte y red de urgencias deberán ser contempladas en el documento de planeamiento hospitalario de emergencias, el cual deberá ser elaborado por las IPS de la red pública y privada. La red de urgencias y emergencia, realizara una revisión del mismo bajo la metodología vigente que para tal fin haya establecido el Ministerio de Salud y la Protección Social. Lo anterior en vigilancia del cumplimiento de la resolución 1802 de 1989, y condiciones de habilitación, por el cual se crean los comités hospitalarios de emergencias y se asigna la responsabilidad de la elaboración y puesta a prueba de los mismos. Así como del decreto 1876 de 1994, que estipula que las empresas sociales del estado deben elaborar el plan de seguridad integral hospitalaria, para garantizar la prestación de servicios de salud en caso de situaciones de emergencia y desastres, de acuerdo con la normatividad existente sobre la materia. Corresponde a la IPS/ESE la actualización permanente de los componentes del plan hospitalario de emergencia



Frente a eventos que incrementen la demanda de servicios en salud y que indudablemente motivaran la activación del plan hospitalario de emergencia se dará cumplimiento por parte de los prestadores de servicios de salud en articulación con la DLS a la formulación y ejecución de planes de contingencia (Semana santa, ola invernal, erupción volcánica, tsunami, desplazamiento, festividades entre otros) tomando como referente las variables de información contenidas en las guías que para tal fin ha establecido la red de urgencias y emergencias.

Las IPS que únicamente cuente con habilitación de servicios de consulta externa deberán realizar un plan institucional de emergencias que contemple las actividades de primera respuesta (TRIAGE), coordinando la referencia de los pacientes a través del CRUE, con la red de prestadoras de la zona que tenga habilitado el servicio urgencias.

8.4. SISTEMA DE INFORMACIÓN

Todas las ESE, IPS y EPS, deberán llevar un registro, en formato definido, de las remisiones y contrarremisiones que se generen en la institución. Con base en esta información generarán un consolidado mensual que se reportara de la siguiente manera:

IPS de primer nivel de atención públicas y privadas, envían información en formatos (F-GRSOAP02-01, F-GRSOAP02-02) los quince primeros días mes vencido, con copia del informe de análisis a la dirección local de salud o secretaria de salud

Las direcciones locales de salud, reciben la información y reportaran trimestralmente el consolidado de la referencia y contrarreferencia al IDSN, con el correspondiente análisis y los indicadores (formatos F-GRSOAP02-01 y FGRSOAP02-02). El cual estará dado por las unidades o mesas locales que se realizaran en los municipios, las cuales se coordinaran por las secretarías y DLS. Esta información se enviara los veinte (20) primeros días trimestre vencido a los correos electrónicos refycontrarref@idsn.gov.co, referenciaidsn@gmail.com

Las IPS públicas y privadas de mediana y alta complejidad, reportaran la información de manera mensual al IDSN, en el formato (F-GRSOAP02-03) e incluir los indicadores de contrarreferencia que se proponen en este manual. La



información debe enviarse los quince primeros días calendario mes vencido a los correos electrónicos referenciaidsn@gmail.com.

Las entidades responsables de pago, también deben hacer consolidado de información en el formato (F-GRSOAP02-04) e incluir los indicadores propuestos en este manual, que se hará llegar los quince 15 primeros días calendario trimestre vencido a los correos electrónicos, referenciaidsn@gmail.com.

La información se consolidara por parte del IDSN y se socializara con IPS y EPS en los meses de mayo, agosto, diciembre y marzo.

8.5. UNIDADES DE ANALISIS

Las Unidades de Análisis son aquellas instancias ante las cuales confluyen todas las instituciones Prestadoras de Salud que hacen parte de la Red pública y complementaria del departamento; con el fin de dinamizar el Sistema de Referencia y Contrarreferencia; respondiendo a la organización definida por el ente territorial departamental, a través de la cual se organizó la Red de Prestadores del Departamento

Definidos los grados de complejidad y la capacidad de la red prestadora de servicios de salud se define a continuación el sistema integrado de referencia y contrarreferencia departamental, según centro de referencia de atención:

1. Flujo de Referencia Red Centro (Coordina HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO ESE).
2. Flujo de Referencia Red Norte (Coordina HOSPITAL EDUARDO SANTOS ESE LA UNIÓN).
3. Flujo de Referencia Red Occidente (Coordina HOSPITAL SAN ANDRES DE TUMACO ESE).
4. Flujo de Referencia Red Sur (Coordina HOSPITAL CIVIL DE IPIALES ESE).
5. Flujo de Referencia Centro Occidente (Coordina HOSPITAL LORENCITA VILLEGAS DE SANTOS ESE SAMANIEGO)

Esta organización obedece a la disposición geográfica y la oferta de servicios de salud de las instituciones en cada Nodo, teniendo en cuenta que cada una de ellas



debe articularse a la institución de referencia; que siempre será aquella de mayor complejidad de atención en salud de su área de influencia.

Los municipios e instituciones prestadoras que conforman cada una de las redes pueden ser consultados en el documento de red de prestadores de servicios de salud del departamento que forma parte integral de este documento y se encuentra disponible en página web www.idsn.gov.co. El IDSN será el responsable del desarrollo, actualización y divulgación.

8.5.1. MODO DE OPERACIÓN DE LAS UNIDADES DE ANÁLISIS DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

En cada una de las instituciones, se deberá designar al subdirector científico de la institución o al funcionario que la gerencia designe como responsable del seguimiento a la operación del sistema de referencia y contrarreferencia en su área de influencia. Dicho profesional estará encargado de monitorizar el funcionamiento del Sistema en su institución y de presentar los informes correspondientes ante las unidades de análisis del sistema.

Las DLS/SS designadas como coordinadoras de las unidades de análisis de su área de influencia a través del funcionario responsable de referencia y contrarreferencia, convocaran a reuniones semestrales a las IPS y EAPB de su nodo de referencia para analizar la problemática relacionada con el tema, definir acuerdos y presentar informes ante IDSN.

Las DLS/SS designadas como coordinadoras procederán a:

1. Convocar a reunión a los hospitales que hacen parte de la subregión.
2. Preparar la agenda en la que se incluya la revisión de las estadísticas de Referencia y Contrarreferencia por institución, los reportes de novedades y aspectos varios pertinentes al tema.
3. Levantar las actas de reunión y enviar copia al IDSN, con la respectiva asistencia firmada.
4. Preparar la logística para la reunión. (Esta depende de la sede de la reunión).
5. De acuerdo con la dinámica de las reuniones de la subregión a su cargo y de común acuerdo con las otras instituciones, podrán cambiar la sede de las reuniones, sin que esta situación excluya a la institución de referencia de cada subregión de la responsabilidad de liderar el proceso.



Por parte de IDSN para efectos de coordinación general y apoyo se contará con Profesional Universitario del Área de la Salud, quien realizará las funciones de IVC así como las de asesoría y asistencia técnica

8.5.2. INSUMOS PARA UNIDADES DE ANALISIS.

Las IPS, bajo vigilancia de las direcciones locales y el IDSN, deben garantizar la disponibilidad de los insumos de información necesarios para el funcionamiento del Sistema de Referencia y Contrarreferencia y sus unidades de análisis teniendo en cuenta los grados de complejidad en la prestación de los servicios.

Se consideran los siguientes insumos, como básicos para el funcionamiento del sistema y sus unidades de análisis.

INSUMOS DE INFORMACION

Cada nivel manejará la información necesaria que permita el desarrollo del Sistema mencionado y los instrumentos mínimos serán:

1. Formato Unidad de análisis IDSN
2. Formatos estandarizados de referencia y contrarreferencia.
3. Bitácora de ambulancias con información mínima.
4. Indicadores que permitan evaluar el desarrollo del sistema.
5. Planes de mejora

INSUMOS DE COMUNICACIONES

Todas las instituciones que conforman la Red de Prestadores de Servicios de Salud del Departamento, deberán disponer de diferentes medios de comunicación, a través de los cuales mantendrá la comunicación con el CRUE y con las EAPB.

Se deberá garantizar en cada institución prestadora de salud el mantenimiento de los equipos de comunicación que garanticen la debida información para la prestación de servicios en forma oportuna y eficiente.

INSUMOS DE TRANSPORTE

Todas las instituciones prestadoras de salud, habilitadas con servicios de urgencias deberán contar con el servicio de transporte de pacientes, de acuerdo con su nivel de complejidad. Las instituciones de la Red de Prestadores podrán celebrar contratos con empresas privadas debidamente habilitadas, para garantizar el



traslado oportuno de usuarios, cuando no cuenten con los medios de transporte adecuado, aclarando que no está permitida la intermediación de servicios.

Las ambulancias deberán ser utilizadas de acuerdo a las normas establecidas para ello por el Ministerio de la Protección Social. Para el efecto cada ambulancia en forma anual deberá surtir el procedimiento de certificación ante CRUE IDSN, procedimiento mediante el cual se verifican no solamente el cumplimiento de los estándares de habilitación sino también el cumplimiento de las normas definidas por el Ministerio de Transporte para la circulación de estos vehículos enfatizando en la seguridad del paciente.



9. INDICADORES DE SEGUIMIENTO AL SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA.

FICHAS DE INDICADORES DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD – SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA		
Nombre del Indicador: Promedio en la oportunidad en la atención en consulta de urgencias triage 1 / Tiempo promedio de espera para la atención del paciente clasificado como triage 1		Código:
Definición:	Expresa el tiempo de espera en minutos para el paciente clasificado como Triage 1, en el servicio de urgencias hasta que se inicia la atención en consulta de urgencias por médico.	
Forma de Cálculo:	Cociente entre la sumatoria del número de minutos transcurridos a partir de que el paciente es clasificado como Triage 1 y el momento en el cual es atendido en consulta de Urgencias por médico y el número total de pacientes clasificados como Triage 1, en un periodo determinado.	Componentes de la Fórmula de Cálculo:
		Numerador: Sumatoria en minutos transcurridos desde que el paciente es clasificado como triage 1 y el momento en el cual es atendido por medico en el servicio de urgencias. X 100
		Fuente del Numerador: Reporte del prestador
		Denominador: Número total de pacientes clasificados como triage1 en un periodo determinado
		Fuente del denominador: Reporte del prestador
Unidad de medida: Minutos		
Niveles de desagregación:	Departamental- IPS- Municipal	Periodicidad: Trimestral
Sustento Normativo/ Referencia	Resolución 5596 del 2015	
Responsable de la obtención, cálculo y salida de la información del indicador	El IDSN calculará el indicador a partir del reporte realizado por los Prestadores, a través del correo del IDSN	
Observaciones	Aplica para IPS	
Dominio	Experiencia de la atención	
Versión:	1	Elaborado por:



Fecha:	08/07/2019	Instituto Departamental de Salud
FICHAS DE INDICADORES DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD – SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA		
Nombre del Indicador: Promedio en la oportunidad en la atención en consulta de urgencias triage 3 / Tiempo promedio de espera para la atención del paciente clasificado como triage 3		Código:
Definición:	Expresa el tiempo de espera en minutos para el paciente clasificado como Triage 3, en el servicio de urgencias hasta que se inicia la atención en consulta de urgencias por médico.	
Forma de Cálculo:	Cociente entre la sumatoria del número de minutos transcurridos a partir de que el paciente es clasificado como Triage 3 y el momento en el cual es atendido en consulta de Urgencias por médico y el número total de pacientes clasificados como Triage 3, en un periodo determinado.	Componentes de la Fórmula de Cálculo:
		Numerador: Sumatoria en minutos transcurridos desde que el paciente es clasificado como triage 3 y el momento en el cual es atendido por medico en el servicio de urgencias. X 100
		Fuente del Numerador: Reporte del prestador
		Denominador: Número total de pacientes clasificados como triage3 en un periodo determinado
		Fuente del denominador: Reporte del prestador
		Unidad de medida: Minutos
Niveles de desagregación:	Departamental- IPS- Municipal	Periodicidad: Trimestral
Sustento Normativo/ Referencia	Resolución 5596 de 2015 demás disposiciones vigentes.	
Responsable de la obtención, cálculo y salida de la información del indicador	El IDSN calculará el indicador a partir del reporte realizado por los Prestadores, a través del correo del IDSN	
Observaciones	Aplica para IPS	
Dominio	Experiencia de la atención	
Versión:	1	Elaborado por:
Fecha:	08/07/2019	Instituto Departamental de Salud



FICHAS DE INDICADORES DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD – SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA		
Nombre del Indicador: Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de médico especialista		Código:
Definición:	Expresa el tiempo de espera en días calendario, que transcurren entre la fecha de solicitud de la cita para consulta por Medicina Especializada por parte del paciente/usuario a la IPS y la fecha en que es asignada	
Forma de Cálculo:	Cociente entre la sumatoria de la diferencia de los días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de Medicina especializada y la fecha en la cual el usuario la solicitó y el número total de citas de Medicina especializada asignadas en un periodo determinado	Componentes de la Fórmula de Cálculo:
		Numerador: Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de Medicina especializada y la fecha en la cual el usuario la solicitó
		Fuente del Numerador: Reporte del prestador
		Denominador: Número total de citas de Medicina especializada asignadas
		Fuente del denominador: Reporte del prestador
		Unidad de medida: Días
Niveles de desagregación:	Departamental- IPS- Municipal	Periodicidad: Trimestral
Sustento Normativo/ Referencia	Ley 1438 de 2011-Decreto- Resolución 1552 de 2013- Resolución 4678 de 2015 y demás disposiciones vigentes.	
Responsable de la obtención, cálculo y salida de la información del indicador	El IDSN calculará el indicador a partir del reporte realizado por los Prestadores, a través del correo del IDSN	
Observaciones	Aplica para IPS	
Dominio	Experiencia de la atención	
Versión:	1	Elaborado por:
Fecha:	08/07/2019	Instituto Departamental de Salud



FICHAS DE INDICADORES DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD – SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA		
Nombre del Indicador: Porcentaje de contra referencias realizadas en un período		Código:
Definición:	Expresa el porcentaje de las contrarremisiones realizadas por los prestadores de mediana complejidad a la baja complejidad para su seguimiento	
Forma de Cálculo:	Porcentaje entre la sumatoria de contrareferencias realizadas, y el total de las remisiones por los hospitales de mediana complejidad	Componentes de la Fórmula de Cálculo:
		Numerador: N° de contrarreferencias realizadas por los hospitales de referencia al municipio remitidor X 100
		Fuente del Numerador: Reporte del prestador mediana complejidad
		Denominador: Total de remisiones recibidas por los hospitales de referencia.
		Fuente del denominador: Sistema de información del prestador
		Unidad de medida: Numero
Niveles de desagregación:	Departamental- IPS- Municipal	Periodicidad: trimestral
Sustento Normativo/ Referencia	Resolución 4747	
Responsable de la obtención, cálculo y salida de la información del indicador	Prestadores de mediana y alta complejidad	
Observaciones	Aplica para prestadores de mediana y alta complejidad	
Dominio		
Versión:	1	Elaborado por:
Fecha:	08/07/2019	Instituto Departamental de Salud

FICHAS DE INDICADORES DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD – SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA		
Nombre del Indicador: Porcentaje de pertinencia de las remisiones realizadas por los hospitales de baja complejidad a los centros de referencia de alta complejidad.		Código:
Definición:	Expresa el porcentaje de remisiones pertinentes realizadas de los prestadores de baja complejidad a prestadores de alta complejidad	
Forma de Cálculo:	Porcentaje de remisiones pertinentes realizadas por la baja complejidad por 100 sobre el número total de remisiones realizadas a los prestadores de alta complejidad	Componentes de la Fórmula de Cálculo:
		Numerador: N° de remisiones pertinentes según protocolos y guías de atención X 100
		Fuente del Numerador: Historias clínicas.
		Denominador: Total de remisiones realizadas a los hospitales de referencia.
		Fuente del denominador: Sistema de información del prestador
		Unidad de medida: Numero
Niveles de desagregación:	Departamental- IPS- Municipal	Periodicidad: trimestral
Sustento Normativo/ Referencia	Resolución 4747	
Responsable de la obtención, cálculo y salida de la información del indicador	Prestadores de alta complejidad	
Observaciones	Aplica para prestadores de alta complejidad	
Dominio		
Versión:	1	Elaborado por:
Fecha:	08/07/2019	Instituto Departamental de Salud

TABLA 14: INDICADORES DE SEGUIMIENTO AL SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

N°	DESCRIPCIÓN	FÓRMULA
1	Promedio en la oportunidad en la atención en consulta de urgencias triage 1 / Tiempo promedio de espera para la atención del paciente clasificado como triage 1	$\frac{\text{Sumatoria en minutos transcurridos desde que el paciente es clasificado como triage 1 y el momento en el cual es atendido por medico en el servicio de urgencias. X 100}}{\text{Número total de pacientes clasificados como triage1 en un periodo determinado}}$
2	Promedio en la oportunidad en la atención en consulta de urgencias triage 3 / Tiempo promedio de espera para la atención del paciente clasificado como triage 3	$\frac{\text{Sumatoria en minutos transcurridos desde que el paciente es clasificado como triage 3 y el momento en el cual es atendido por medico en el servicio de urgencias. X 100}}{\text{Número total de pacientes clasificados como triage3 en un periodo determinado}}$
3	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de médico especialista	$\frac{\text{Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de Medicina especializada y la fecha en la cual el usuario la solicitó X 100}}{\text{Número total de citas de Medicina especializada asignadas}}$
4	Porcentaje de contra referencias realizadas en un período	$\frac{\text{N° de contrarreferencias realizadas por los hospitales de referencia al municipio remitir X 100}}{\text{Total de remisiones recibidas por los hospitales de mediana complejidad}}$
5	Porcentaje de pertinencia de las remisiones realizadas por los hospitales de baja complejidad a los centros de referencia de alta complejidad.	$\frac{\text{N° de remisiones comentadas de baja complejidad X 100}}{\text{Total de remisiones realizadas a los hospitales de referencia de alta complejidad}}$
6	Porcentaje de pertinencia de las remisiones realizadas por los hospitales de baja complejidad a los centros de referencia de mediana complejidad.	$\frac{\text{N° total de remisiones comentadas de baja complejidad X 100}}{\text{Total de remisiones realizadas a los hospitales de referencia de la baja complejidad}}$

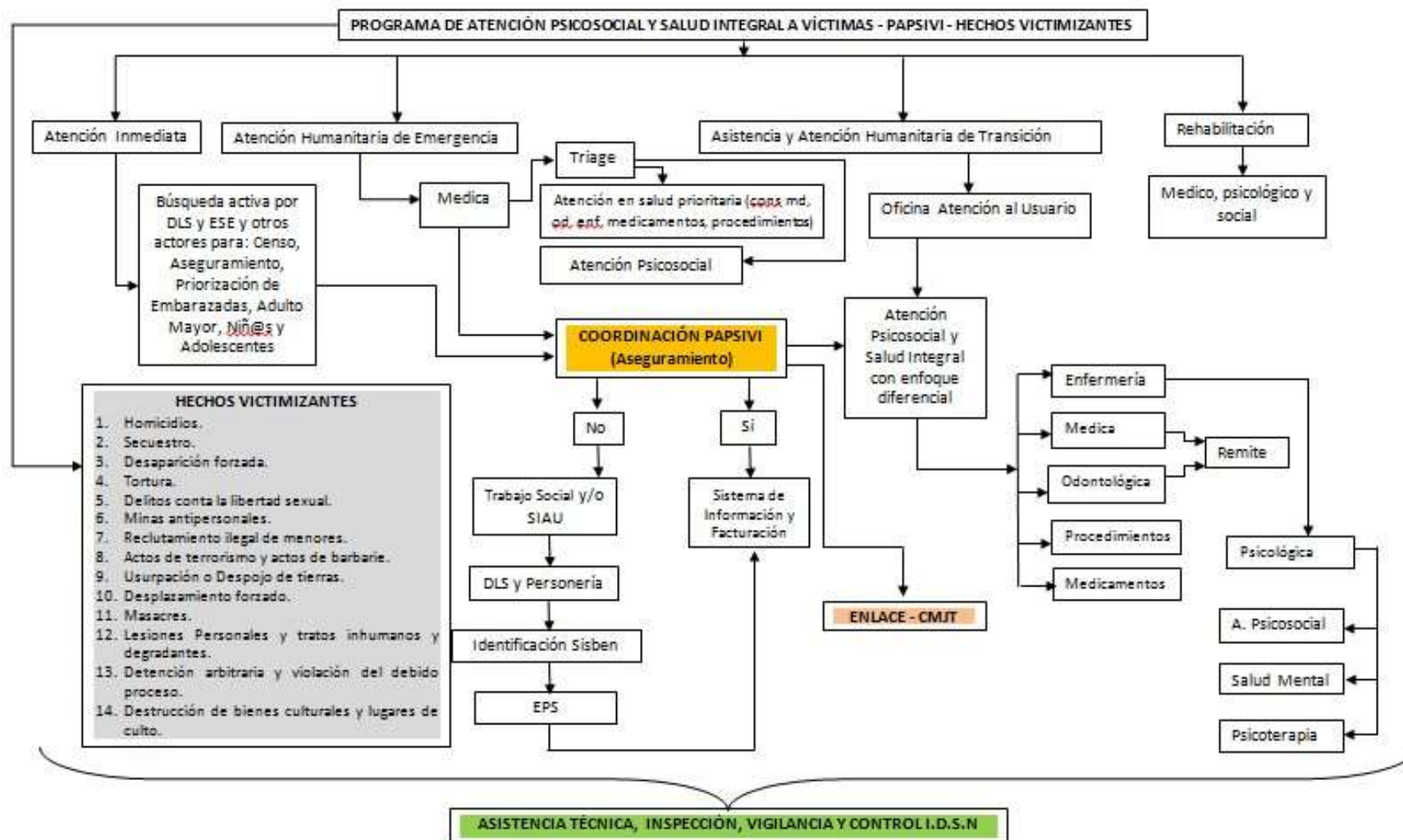


ANEXOS.

- ANEXO 1: Proceso de atención a usuarios víctimas del conflicto armado ANEXO 2: lista de chequeo para referencia en urgencias psiquiátricas dirigido a médicos generales.
- ANEXO 3: Instructivo de la Lista de chequeo para referencia en urgencias psiquiátricas dirigido a médicos generales
- ANEXO 4 Formato estandarizado referencia de pacientes (ANEXO 9. Resolución 4331 DE 2012)
- ANEXO 5: Formato estandarizado contrarreferencia de pacientes (ANEXO 10. Resolución 4331 DE 2012)
- ANEXO 6: Control diario de referencia por urgencias. F-PGRSOAP02-01
- ANEXO 7: Control diario de referencia por consulta externa. F-PGRSOAP02-02
- ANEXO 8: Consolidado diario de contrarreferencia de urgencias y consulta externa IPS que contrarremiten F-PGRSOAP02-03
- ANEXO 9: Consolidado mensual de contrarreferencia consulta Externa EPS FPGRSOAP02-04.
- ANEXO 10: verificación de vehículo ambulancia transporte asistencial básica F-PGRSSCA06-01
- ANEXO 11: verificación de vehículo ambulancia transporte asistencial – medicalizado P-GRSSCA06-02.
- ANEXO 12: lista de chequeo documentos para el trámite aval de ambulancia F-PGRSSCA06-04
- ANEXO: 13 RUTAS ATENCION IVE POR CADA EAPB

ANEXO 1: PROCESO DE ATENCIÓN A USUARIOS VÍCTIMAS DEL CONFLICTO ARMADO

PROCESO DE ATENCIÓN A USUARIOS VÍCTIMAS DEL CONFLICTO ARMADO LEY 1448 DE 2011 – DECRETO 4800 DE 2011





ANEXO 2: LISTA DE CHEQUEO PARA REFERENCIA EN URGENCIAS PSIQUIATRICAS DIRIGIDO A MEDICOS GENERALES.

	LISTA DE CHEQUEO PARA REFERENCIA EN URGENCIAS PSIQUIATRICAS DIRIGIDO A MEDICOS GENERALES	
	CODIGO: F-IIVCSSP02-01	VERSION: 01
	FECHA: 24-07-2014	
FECHA:		
MUNICIPIO:		
INSTITUCION VISITADA:		
TELEFONO INSTITUCION:		
NOMBRE DEL FUNCIONARIO QUE RECIBE LA VISITA:		
CARGO:		
TELÉFONO:		
CORREO ELECTRONICO:		

SI EL CASO A EVALUAR SE REFIERE O ESTA RELACIONADO CON UN CASO DE ABUSO O VIOLENCIA SEXUAL, REMITASE AL PROTOCOLO RELACIONADO CON VIOLENCIA SEXUAL.		
ITEMS EVALUADOS (VARIABLES)	C/NC/NA	OBSERVACIONES
1. ABORDAJE PRIMARIO.		
1	Signos vitales estables.	1
2	¿El examen físico es normal ? (Si el examen físico es anormal, verifique que la condición no requiera tratamiento prioritario por otra especialidad).	1
3	Nivel de conciencia sin sedación. ¿El paciente está alerta?	1
4	¿El paciente tiene historia personal de psicosis?	1
5	¿El paciente tiene historia familiar de enfermedad mental?	1

2. ABORDAJE SECUNDARIO.		
6	¿El paciente se encuentra en agitación psicomotora ? (Sugiera sedación con Midazolam intramuscular y/o Haloperidol intramuscular si no hay otra contraindicación. Ver anexo 1).	1
7	¿El paciente necesita ser inmovilizado ? (Si la respuesta es "SI" sugiera que la inmovilización sea siempre en cuatro (4) puntos).	1
3. COMORBILIDAD.		
8	¿Es el primer episodio psicótico ? (Si la respuesta es "SI", preferiblemente remita a un nivel superior).	1
9	¿El paciente tiene otra condición médica comórbida ? (Si la respuesta es "SI", asegúrese que esté controlada).	1
10	Historia de trauma cráneo - encefálico reciente . (Si la respuesta es "SI" remitir a nivel superior que cuente con TAC para descartar lesión intracraneal).	1
11	El paciente tiene alucinaciones visuales y/u olfatorias . (Si la respuesta es "SI" remita a nivel superior con TAC para descartar lesión orgánica causal).	1
4. INTENTO SUICIDA.		
12	Conducta suicida . (Si la respuesta es "SI" sugiera sedación y pregunte el método).	1
13	Intento suicida con carbamatos/inhibidores de colinesterasa . (Si la respuesta es "SI", no debe tener riesgo de síndrome intermedio y debe ser observado entre 24 a 96 horas dependiendo del estado clínico del paciente. Ver anexo 2).	1
14	Intento suicida con tricíclicos . (Realice electrocardiograma y remita a un nivel superior para observación por 36 horas. Ver anexo 2).	1
15	Intoxicaciones con otras sustancias . (Verifique la toxicidad de la misma, estabilice y en caso de complicación orgánica remita a nivel superior).	1

16	Lesiones por ahorcamiento, arma de fuego y/o arma corto-punzante. (Realice examen físico y en caso de complicación remita a nivel superior).	1	
5. CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS (SPA).			
17	¿El paciente consumidor de sustancias psicoactivas se encuentra en agitación psicomotora con riesgo de autoagresión o heteroagresión? (Recuerde que la puerta de entrada del tratamiento de rehabilitación en adicciones no es la urgencia).	1	
18	¿El paciente consumidor se encuentra en intoxicación aguda por alcohol? (Si la respuesta es "SI" trate primero. Ver anexo 3)	1	
19	¿El paciente consumidor se encuentra en abstinencia? (En caso de abstinencia alcohólica o por benzodiazepinas inicie tratamiento).	1	
6. PARACLINICOS.			
20	Solicite cuadro hemático siempre. (Si el paciente refiere el consumo de Clozapina verifique que el recuento de leucocitos sea normal, si hay leucopenia remita a medicina interna).	1	
21	Solicite serología VDRL . Si es reactiva, remita a nivel superior para descartar neurosífilis con VDRL en LCR.	1	
22	Solicite laboratorios adicionales según indicación clínica. (Glucometria y uroanálisis completo en todos los pacientes, si hay historia de demencia con agitación aguda debe tener y electrolitos, si se dispone, para descartar delirium. En caso de alteración remita a nivel superior).	1	
23	En todas las mujeres en edad fértil siempre solicite prueba de embarazo .	1	
24	En casos donde el paciente se encuentre en zona endémica para paludismo o leptospirosis o haya visitado una zona con estas características en los últimos 10 días y/o presente cuadro clínico de la enfermedad realizar prueba de gota gruesa y/o prueba rápida para leptospirosis . (No aplica a todos los casos, se reserva a criterio medico).	1	

7. MEDICAMENTOS.				
25	Se encuentran los medicamentos Midazolam ampollas de 15 mg/3 ml 3 (tres) unidades, Haloperidol ampollas de 5 mg/1 ml 3 (tres) unidades para manejo de urgencias disponibles en carro de paros o farmacia las 24 horas. (Ver anexo 4)	1		
PORCENTAJE TOTAL DE CUMPLIMIENTO		100		
CALIFICACION OBTENIDA			OPTIMO	

C: CUMPLE IGUAL A UNO (1)
NC: NO CUMPLE IGUAL A CERO (0)
NA: NO APLICA IGUAL A UNO (1)
NV: NO VERIFICABLE IGUAL A CERO (0)

VALORACION DEL CUMPLIMIENTO	
CALIFICACIÓN	RANGO
OPTIMO	80 - 100%
ACEPTABLE	50 - 79%
DEFICIENTE	0 - 50%

NOMBRE EVALUADOR



ANEXO 3: INSTRUCTIVO DE LA LISTA DE CHEQUEO PARA REFERENCIA EN URGENCIAS PSIQUIATRICAS DIRIGIDO A MÉDICOS GENERALES

	INSTRUCTIVO DE LA LISTA DE CHEQUEO PARA REFERENCIA EN URGENCIAS PSIQUIATRICAS DIRIGIDO A MÉDICOS GENERALES.		
	CODIGO:	I-	VERSION: 01
			FECHA: 24-07-

SI EL CASO A EVALUAR SE REFIERE O ESTA RELACIONADO CON UN CASO DE ABUSO O VIOLENCIA SEXUAL, REMITASE AL PROTOCOLO RELACIONADO CON VIOLENCIA SEXUAL.

OBJETIVO: Definir el procedimiento de diligenciamiento de la lista de chequeo para remisiones a psiquiatría en los diferentes niveles de atención.

ALCANCE: Médicos generales y personal asistencial encargado del sistema de referencia y contrareferencia en el departamento de Nariño.

DEFINICIONES.

Lista de chequeo: Es un documento que permite la verificación de requisitos mínimos, que debe diligenciarse cuando se requiere remitir a un paciente por los médicos generales a psiquiatría.

Agitación psicomotora: Es un síndrome clínico inespecífico de muy variada etiología que se caracteriza por una alteración del comportamiento motor. Esta consiste en un aumento desproporcionado y desorganizado de la motricidad, acompañado de una activación vegetativa (sudoración, taquicardia, midriasis), ansiedad severa, pánico u otros intensos estados emocionales. La de agitación psicomotora no constituye en sí misma una enfermedad.

Inmovilización: Es un procedimiento médico en el cual a través de medios físicomecánicos se limitan los movimientos de una persona para evitar daño a sí mismo, a otras personas u a objetos.



Delirium: Consiste en una alteración de la conciencia que se acompaña de un cambio en las funciones cognoscitivas que no puede ser explicado por la existencia o desarrollo de una demencia. La alteración se desarrolla a lo largo de un breve periodo de tiempo, habitualmente horas o días, y tiende a fluctuar a lo largo del día. A través de la historia clínica, del examen físico o de las pruebas de laboratorio se demuestra que el delirium se debe a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica, de la intoxicación o por la abstinencia de sustancias, del consumo de medicamentos, o de la exposición a tóxicos o la combinación de estos factores.

Síndrome de abstinencia: Conjunto de síntomas provocados por la reducción o suspensión brusca de la dosis habitual de una sustancia de la que se tiene dependencia.

Conducta suicida: Toda aquella conducta generalmente consiente que va encaminada hacia la autodestrucción –por acción u omisión- del propio sujeto aunque sea difícil comprobar la intencionalidad e independientemente de que la persona sepa o no el móvil de su conducta suicida.

Intoxicación: Es un síndrome reversible producido por la ingestión o exposición a una sustancia con cambios psicológicos o comportamentales, clínicamente significativos, que se presentan durante el consumo de la sustancia y no se deben a otra enfermedad.

No	ACTIVIDAD	DESCRIPCION	RESPON SABLE
1. ABORDAJE PRIMARIO.			
1.	Signos vitales estables.	Los signos vitales deben estar estables, recuerde que en un paciente en agitación psicomotora puede haber alteración de los signos vitales de manera que no se afecta la vida del paciente.	Médico general.

2.	<p>¿El examen físico es normal?</p> <p>(Si el examen físico es anormal, verifique que la condición no requiera tratamiento prioritario por otra especialidad).</p>	<p>Todo paciente que vaya a ser remitido a psiquiatría debe tener examen físico completo. Los pacientes con enfermedad mental con gran frecuencia tienen un examen físico normal, a menos que exista comorbilidad, en caso de existir el médico general o especialista no psiquiatra debe asegurar la estabilidad de manera que la condición médica no amenace la vida o requiera tratamiento prioritario.</p>	Médico general.
3.	<p>Nivel de conciencia sin sedación.</p> <p>¿El paciente está alerta?</p>	<p>Los pacientes con enfermedad mental usualmente no tienen alteración de estado de conciencia a menos que estén bajo sedación o tengan diagnóstico de delirium.</p>	Médico general.
4.	<p>¿El paciente tiene historia personal de psicosis?</p>	<p>Lo más probable es que se trate de una recaída de su enfermedad y no requiere exámenes adicionales, a menos que el examen físico lo indique.</p>	Médico general.
5.	<p>¿El paciente tiene historia familiar de enfermedad mental?</p>	<p>Las enfermedades mentales tienen un componente hereditario por lo tanto es importante que usted explore antecedentes familiares, ya que en caso de haberlos aumenta la probabilidad de tener enfermedad mental.</p>	Médico general.
2. ABORDAJE SECUNDARIO.			
6.	<p>¿El paciente se encuentra en agitación psicomotora?</p> <p>(Sugiera sedación con Midazolam intramuscular y/o Haloperidol intramuscular si no hay otra contraindicación. Ver referencia 1).</p>	<p>De acuerdo con la causa, aplique el protocolo de atención al paciente agitado, se recomienda el uso de medicación intramuscular pues en un episodio psicótico es muy difícil además de peligroso buscar una vía parenteral segura para la administración de medicamentos (médica, psiquiátrica o tóxica).</p>	Médico general.

7.	¿El paciente necesita ser inmovilizado? (Si la respuesta es "SI" sugiera que la inmovilización sea siempre en cuatro (4) puntos).	La inmovilización siempre debe realizarse en cuatro puntos (muñecas y tobillos, los miembros superiores deben estar extendidos en posición anatómica) verificando que haya suficiente espacio entre el inmovilizador y la piel del paciente (debe caber un dedo). Cada 15 minutos debe ser verificada la perfusión distal y el patrón respiratorio. El registro de la tensión arterial debe realizarse por lo menos dos veces la primera hora. Preferiblemente un paciente inmovilizado debe estar bajo sedación. Evite la inmovilización prolongada y reevalúe cada 4 horas la necesidad de continuar con esta orden.	Médico general.
3. COMORBILIDAD.			
8.	¿Es el primer episodio psicótico? (Si la respuesta es "SI", preferiblemente remita a un nivel superior).	En pacientes mayores de 50 años no es frecuente que se presente un episodio psicótico primario, por lo que se deben estudiar causas orgánicas antes de remitir a psiquiatría.	Médico general.
9.	¿El paciente tiene otra condición médica comórbida? (Si la respuesta es "SI", asegúrese que esté controlada).	El paciente con enfermedad mental y una enfermedad médica comórbida no controlada debe ser prioritariamente estabilizado en su condición orgánica antes de ser remitido a psiquiatría.	Médico general.
10.	Historia de trauma cráneo - encefálico reciente. (Si la respuesta es "SI" remita a nivel superior que cuente con el servicio de TAC para descartar lesión intracraneal).	Las lesiones intracraneales pueden generar alteraciones comportamentales que no indican enfermedad mental y requieren manejo prioritario por otras especialidades, por lo tanto siempre debe ser remitido a un nivel superior de atención que cuente con equipos de neuroimagen y con las especialidades médicas y quirúrgicas pertinentes.	Médico general.

11.	El paciente tiene alucinaciones visuales y/u olfatorias. (Si la respuesta es "SI" remita a nivel superior con TAC para descartar lesión intracraneal).	Las alucinaciones visuales y olfatorias en la mayoría de las veces sugieren lesión orgánica, no psiquiátrica, por lo que deben ser estudiadas por lo cual se recomienda en lo posible remitir los casos a un nivel superior que cuente con equipos de neuroimagen.	Médico general.
4. INTENTO SUICIDA.			
12.	Conducta suicida (Si la respuesta es "SI" sugiera sedación y pregunte el método suicida).	Todo paciente que haya realizado un intento suicida debe ser remitido a psiquiatría previa estabilización de su condición orgánica (sutura de heridas, inmovilización de fracturas, lavado gástrico, etc.).	Médico general.
13.	Intento suicida con carbamatos/inhibidores de colinesterasa. (Si la respuesta es "SI", no debe tener riesgo de síndrome intermedio y debe ser observado entre 24 a 96 horas dependiendo del estado clínico del paciente. Ver referencia 2).	En la intoxicación con inhibidores de la colinesterasa se puede producir días después el síndrome intermedio, lo que aumenta el riesgo de muerte.	Médico general.
14.	Intento suicida con tricíclicos (Realice electrocardiograma y remita a un nivel superior para observación por 36 horas. Ver referencia 2).	La intoxicación con tricíclicos puede producir arritmias potencialmente fatales por lo cual es necesario realizar electrocardiograma para identificarlas y tratarlas.	Médico general.
15.	Intoxicaciones con otras sustancias (Verifique la toxicidad de la misma, estabilice y en caso de complicación orgánica remita a nivel superior).	En todo paciente que ingiera una sustancia con fines suicidas se debe evaluar la toxicidad de la misma con el fin de establecer la gravedad de la intoxicación y dar el tratamiento adecuado antes de ser remitido al servicio de psiquiatría.	Médico general.
16.	Lesiones por ahorcamiento, arma de fuego y/o arma cortopunzante con intención suicida (Realice examen físico y en caso de complicación remita a nivel superior).	Las lesiones por este tipo de métodos suicidas debe ser tratada antes de su remisión a psiquiatría si las lesiones son menores y no revisten gravedad ni amenaza a la vida se debe remitir directamente a psiquiatría.	Médico general.

5. CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS (SPA).

17.	¿El paciente consumidor de sustancias psicoactivas se encuentra en agitación psicomotora con riesgo de autoagresión o heteroagresión? (Recuerde que la puerta de entrada del tratamiento de rehabilitación en adicciones no es la urgencia).	Los pacientes consumidores de sustancias psicoactivas pueden presentar episodios psicóticos durante la intoxicación o la abstinencia que ameritan tratamiento en la unidad de agudos de salud mental, si el motivo de remisión es solamente el ingreso a un programa de rehabilitación debe ser remitido por consulta externa.	Médico general.
18.	¿El paciente consumidor se encuentra en intoxicación aguda por alcohol? (Si la respuesta es "SI", trate primero. Ver referencia 3).	La intoxicación por alcohol no constituye una urgencia psiquiátrica a menos que el paciente presente signos claros de psicosis o riesgo de autoagresión, donde si debe ser remitido al servicio de psiquiatría.	Médico general.
19.	¿El paciente consumidor se encuentra en abstinencia? (En caso de abstinencia alcohólica o por benzodiazepinas inicie tratamiento).	El síndrome de abstinencia por alcohol o benzodiazepinas puede ser fatal por lo que se requiere inicio de tratamiento oportuno.	Médico general.
6. PARACLINICOS.			
20.	Solicite cuadro hemático siempre. (Si el paciente refiere el consumo de Clozapina verifique que el recuento de leucocitos sea normal, si hay leucopenia remita a Medicina Interna).	La clozapina puede producir agranulocitosis por lo que es necesario realizar cuadro hemático.	Médico general.
21.	Solicite serología VDRL. (Si es reactiva, remita a nivel superior para descartar neurosífilis con VDRL en líquido cefalorraquídeo).	La neurosífilis puede producir alteraciones comportamentales por lo que es necesario identificarla y tratarla específica y oportunamente.	Médico general.

22.	Solicite laboratorios adicionales según indicación clínica. (Glucometria y uroanálisis completo en todos los pacientes, si hay historia de demencia con agitación aguda debe tener y electrolitos, si se dispone, para descartar delirium. En caso de alteración remita a nivel superior).	Las alteraciones metabólicas, hidroelectrolíticas, infecciosas etc. Son causa frecuente de delirium y deben tratarse antes de su remisión a psiquiatría. La solicitud de estos y otros paraclínicos deben derivarse del juicio clínico.	Médico general.
23.	En todas las mujeres en edad fértil siempre solicite prueba de embarazo.	El uso de psicofármacos estará restringido en pacientes en embarazo.	Médico general.
24.	En casos donde el paciente se encuentre en zona endémica para paludismo y/o leptospirosis o haya visitado una zona con estas características en los últimos 10 días y/o presente cuadro clínico de la enfermedad realizar prueba de gota gruesa y/o prueba rápida para leptospirosis. (No aplica a todos los casos, se reserva a criterio medico).	En zonas costeras y/o endémicas para paludismo y/o leptospirosis se recomienda realizar estas pruebas según observación clínica y pertinencia de la misma por parte del profesional de salud.	Médico general.
7. MEDICAMENTOS.			
25.	Se encuentran los medicamentos Midazolam ampollas de 15 mg/3 ml 3 (tres) unidades, Haloperidol ampollas de 5 mg/1 ml 3 (tres) unidades para manejo de urgencias disponibles en carro de paros o farmacia las 24 horas. (Ver referencia 4)	Se verificara la existencia de estos medicamentos y su disponibilidad las 24 horas ya sea en el carro de paro o en farmacia.	Médico general.



REFERENCIAS:

1. Michael H. Allen, M.D., Glenn W. Currier, M.D., M.P.H., Douglas H. Hughes, M.D., Magali Reyes-Harde, M.D., Ph.D., John P. Docherty, M.D., The Expert Consensus Guideline Series. Treatment of Behavioral Emergencies. 2001.
2. Autores colectivos. Guías para el manejo de Urgencias Toxicológicas. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. 2008.
3. Autores colectivos. Guía de práctica clínica para la detección temprana, diagnóstico y tratamiento de la fase aguda de intoxicación de pacientes con abuso o dependencia del alcohol. Bogotá, Colombia. 2013
4. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. LISTADO DE MEDICAMENTOS DE CONTROL ESPECIAL DE USO HUMANO, IMPORTADOS, FABRICADOS Y DISTRIBUIDOS POR LA INDUSTRIA FARMACÉUTICA PARTICULAR. 2.014.

ANEXO 6: CONTROL DIARIO DE REFERENCIA POR URGENCIAS.

 <p>Instituto Departamental de Salud de Nariño</p>	CONTROL DIARIO DE REFERENCIA POR URGENCIAS		
	CODIGO: F-PGRSOAP02-01	VERSION: 03	FECHA: 29-07-2014

NOMBRE DEL MUNICIPIO NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN

Nº de folio MES: AÑO:

Nº Consecutivo	Fecha y Hora de Referencia	Nº de historia Clínica	Nombre del Paciente	Edad y Sexo		Nombre de la entidad responsable de pago, (EPS, EPSS, EAPB, ENTE TERRITORIAL, FF.MM, ARP, MAGISTERIO, ETC.)	Poblacion especial			Domicilio del Paciente (municipio)	Diagnostico Presuntivo	Especilidad requerido y/o servicios solicitado	Datos de la Entidad Receptora			Criterio Médico	
				M	F		Victima	Indigena	afrodescendiente				Entidad Receptora de la Remision	Fecha y Hora de Confirmacion	Hora de llegada del paciente a la IPS Receptora	Si	No



ANEXO 7: CONTROL DIARIO DE REFERENCIA POR CONSULTA EXTERNA.


		CONTROL DIARIO DE REFERENCIA POR CONSULTA EXTERNA										
		CODIGO: F-PGRSOAP02-02	VERSION: 03	FECHA: 29-07-2014								
NOMBRE DEL MUNICIPIO:					NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN							
N° de folio				MES:			AÑO:					
N° consecutivo	Fecha de Referencia	N° de historia Clínica	Nombre del Paciente	Edad y Sexo		Nombre de la entidad responsable de pago, (EPS, EPSS, EAPB, ENTE TERRITORIAL, FF.MM, ARP, MAGISTERIO, ETC.	Poblacion Especial			Domicilio del Paciente	Diagnostico CIE 10	Especialidad requerido y/o servicios solicitado
				M	F		Victima	Afrodescendiente	Indigena			



ANEXO 8: CONSOLIDADO DIARIO DE CONTRARREFERENCIA DE URGENCIAS Y CONSULTA EXTERNA IPS QUE CONTRARREMITEN

		CONTROL DIARIO DE CONTRARREFERENCIA DE URGENCIAS Y CONSULTA EXTERNA IPS QUE CONTRARREMITEN										
		CODIGO: F-PGRSOAP02-03			VERSION: 04			FECHA: 29-07-2014				
NOMBRE DEL MUNICIPIO:												
NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN:												
Nº de folio					MES:			AÑO:				
Nº Consecutivo	Fecha de Contrarreferencia	Nº de historia Clínica	Nombre del Paciente	Edad y Sexo		Especialidad	Nombre de la entidad responsable de pago,(EPS, EPSS, EAPB,ENTE TERRITORIAL,FF.MM, ARP,MAGISTERIO,ETC)	Población Especial			Domicilio del Paciente (municipio)	Diagnostico De egreso CIE 10
				M	F			Victima	Indigena	Afrodescendiente		

ANEXO 9: CONSOLIDADO MENSUAL DE CONTRARRREFERENCIA CONSULTA EXTERNA EPS

 CONSOLIDADO MENSUAL DE CONTRARRREFERENCIA CONSULTA EXTERNA EPS													
			CODIGO: F-PGRSOAP02-04			VERSION: 02			FECHA: 29-07-2014				
NOMBRE DE LA EPS:													
Nº Consecutivo	IPSI/ESE que Contrarremite	Fecha de Contrarreferencia y/o Atención	Fecha de recepción de Contrarreferencia	Documento de identificación	Edad y Sexo		OTR O	Especialidad y/o servicio que contrarremite	Población especial			Domicilio del Paciente (municipio)	Diagnostico de egreso CIE 10
					F	M			Victima	Indigena	Afrodescendiente		



VERIFICACIÓN DE VEHICULO AMBULANCIA TRANSPORTE ASISTENCIAL BASICA

CÓDIGO:F-PGRSSCA06-01

VERSIÓN: 02

FECHA: 23-07-2014

ANEXO 10: VERIFICACION DE VEHICULOS DE AMBULANCIA TRANSPORTE ASISTENCIA BASICO

NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN: _____ MUNICIPIO: _____
 SUBSECTOR: PÚBLICO: _____ PRIVADO: _____
 PLACAS: _____ MODELO: _____ FECHA DE REVISIÓN: _____

I TALENTO HUMANO

- Tecnólogo en Atención Prehospitalaria o técnico profesional en atención prehospitalaria o auxiliar de enfermería, en cualquier caso, cuentan con certificado de capacitación en Soporte Vital Básico SI ___ NO ___ -
 Conductor con certificado de capacitación en primeros auxilios 40 horas SI ___ NO ___

II ESTADO GENERAL DEL VEHÍCULO (REVISAR CERTIFICADO DE DIAGNOSTICENTRO)

DISTINTIVOS: Símbolos de la vida ____, Misión Médica: ____, No armas: ____, Puertas con nombre y Teléfono de la IPS: ____
 Dos compartimentos para piloto y paciente con comunicación visual y auditiva: SI ___ NO ___
 Tiene acceso principal al compartimiento del paciente por la parte posterior de 1.10metros altura y 0.90 Metros de ancho, bloqueo y peldaño antideslizante SI ___ NO ___
 El vehículo tiene el compartimiento del paciente con ventanas de vidrio de seguridad, con visibilidad únicamente de adentro hacia fuera y con dispositivo de martillo o de otro tipo para fracturarlas. SI ___ NO ___
 El Largo de letrero de "ambulancia", mínimo de 90% del Frente del vehículo escrita en sentido inverso. SI ___ NO ___
 En la parte posterior debe llevar un dispositivo de señalización óptica de tipo rotatorio, intermitente y fácil observación SI ___ NO ___
 Leyendas de NO FUME, UTILICE CINTURON DE SEGURIDAD, al interior del vehículo SI ___ NO ___
 El espacio del paciente permite maniobras de resucitación SI ___ NO ___
 Sistemas de Oxígeno asegurados y de conexión rápida SI ___ NO ___
 Sillas para tripulantes con cinturones de seguridad SI ___ NO ___
 Puerta de acceso de camilla amplia SI ___ NO ___
 Salidas de emergencias señalizadas SI ___ NO ___
 Interior de vehículos de fácil lavado SI ___ NO ___
 La ambulancia tiene iluminación interior para toda el área de manejo interior SI ___ NO ___
 Tiene barra pasamanos al interior fijado al techo y resistente SI ___ NO ___
 Gabinetes y botiquines llevan el nombre correspondiente así: **AZUL:** Sistema Respiratorio: ____ **ROJO:** Sistema Circulatorio ____
AMARILLO: Pediátrico ____, **VERDE:** Quirúrgico y Accesorios ____
 Latonería: BUENO ___ REGULAR ___ MALO ___ Ajuste: BUENO ___ REGULAR ___ MALO ___
 Aire acondicionado SI ___ NO ___ Pito: SI ___ NO ___
 Sirena Electrónica (3 Tonos) SI ___ NO ___ Radioteléfono: SI ___ NO ___
 Perifoneo o Megafonía externa SI ___ NO ___ Llanta de repuesto SI ___ NO ___
 Atril porta sueros con dos ganchos SI ___ NO ___
 Tiene sistema generador de energía a partir de motor capaz de garantizar funcionamiento simultáneo SI ___ NO ___
 Luces de prioridad SI ___ NO ___ Que tipo _____

III. DOTACIÓN BASICA

A. EQUIPOS

Monitor de signos vitales con mínimo monitoreo de presión arterial no invasiva, brazaletes adulto y pediátrico, electrodos para monitoria adultos y pediátricos, frecuencia cardiaca y oximetría de pulso SI ___ NO ___ B ___ M ___
 Dispositivo de bolsa válvula mascarilla con reservorio de oxígeno adulto SI ___ NO ___ B ___ M ___
 Dispositivo de bolsa válvula mascarilla con reservorio de oxígeno pediátrico SI ___ NO ___ B ___ M ___
 Máscara de oxígeno simple adulto SI ___ NO ___ B ___ M ___



VERIFICACIÓN DE VEHICULO AMBULANCIA TRANSPORTE ASISTENCIAL BASICA

CÓDIGO:F-PGRSSCA06-01

VERSIÓN: 02

FECHA: 23-07-2014

Máscara de oxígeno simple pediátrico	SI ___ NO ___ B ___ M ___		
Máscara de no reinhalación con reservorio adulto	SI ___ NO ___ B ___ M ___		
Máscara de no reinhalación con reservorio pediátrico	SI ___ NO ___ B ___ M ___		
Máscaras de oxígeno para sistema ventury adulto	SI ___ NO ___ B ___ M ___		
Máscaras de oxígeno para sistema ventury pediátrico	SI ___ NO ___ B ___ M ___		
Un combitubo o máscara laríngea para adulto (Aditamento supraglótico)	SI ___ NO ___ B ___ M ___		
Un combitubo o máscara laríngea pediátrico (Aditamento supraglótico)	SI ___ NO ___ B ___ M ___		
Cánula nasal adulto	SI ___ NO ___ B ___ M ___	Cánula nasal pediátrico	SI ___ NO ___ B ___ M ___
Dos (2) humidificadores simples	SI ___ NO ___ B ___ M ___	Dos (2) humidificadores ventury	SI ___ NO ___ B ___ M ___
Dos (2) mangueras o conectores de oxígeno	SI ___ NO ___ B ___ M ___		
Microcámara de nebulización con mascarilla adulto	SI ___ NO ___ B ___ M ___		
Microcámara de nebulización con mascarilla pediátrico	SI ___ NO ___ B ___ M ___		
Un sistema ventury adulto	SI ___ NO ___ B ___ M ___		
Un sistema ventury pediátrico	SI ___ NO ___ B ___ M ___		
Cánulas orofaríngeas de diferentes tamaños	SI ___ NO ___ B ___ M ___	Cuántas	_____
Aspirador de secreciones	SI ___ NO ___ B ___ M ___	Un Nebulizador	SI ___ NO ___ B ___ M ___
Sondas para aspiración	SI ___ NO ___ B ___ M ___	Termómetro	SI ___ NO ___ B ___ M ___
Fonendoscopio pediátrico	SI ___ NO ___ B ___ M ___	Adulto	SI ___ NO ___ B ___ M ___
Tensiómetro Pediátrico	SI ___ NO ___ B ___ M ___	Adulto	SI ___ NO ___ B ___ M ___
Silla de ruedas portátil	SI ___ NO ___ B ___ M ___	Linterna de examen	SI ___ NO ___ B ___ M ___
Equipo para atención de partos estéril (2 pinzas y tijera)	SI ___ NO ___ B ___ M ___		
Pinza de magill estéril	SI ___ NO ___ B ___ M ___	Perilla de succión	SI ___ NO ___ B ___ M ___
Tijera de trauma	SI ___ NO ___ B ___ M ___	Tijera de material	SI ___ NO ___ B ___ M ___
Manta térmica	SI ___ NO ___ B ___ M ___	Orinal	SI ___ NO ___ B ___ M ___
Pato	SI ___ NO ___ B ___ M ___	Riñonera	SI ___ NO ___ B ___ M ___
Camilla principal para paciente con cinturones de seguridad y asegurada del vehículo con sistema de anclaje	SI ___ NO ___ B ___ M ___		
Camilla de inmovilización (Larga)	SI ___ NO ___ B ___ M ___		
Camilla secundaria de inmovilización espinal o chaleco de extracción vehicular	SI ___ NO ___ B ___ M ___		
Gabinete para el oxígeno	SI ___ NO ___ B ___ M ___	Manómetro	SI ___ NO ___ B ___ M ___
Sistema de oxígeno con capacidad de almacenamiento de mínimo tres metros cúbicos	SI ___ NO ___ B ___ M ___		
Bala de Oxígeno con capacidad mínima de 0.5 metros cúbicos	SI ___ NO ___ B ___ M ___		
Chalecos reflectivos para la tripulación	SI ___ NO ___ B ___ M ___		

CONJUNTO PARA INMOVILIZACIÓN QUE DEBE TENER:

-Collares cervicales graduables (2 adulto y 2 pediátrico), inmovilizadores laterales de cabeza, férulas para el brazo, antebrazo, pierna y pie, vendas de algodón, vendas de gasa, vendas triangulares. SI ___ NO ___ B ___ M ___

B. INSUMOS

- Apósitos de gasa	___	- Apósitos de algodón	___	- 2 vendajes elásticos	___
- Torniquete para acceso IV	___	- Torniquete para control de hemorragias	___	- Cinta de microporo	___
- Cintas de esparadrapo	___	- Guantes estériles (6 pares)	___	- Caja de Tapabocas	___
- Paños desechables	___	- Caja de guantes desechables	___	- Bata desechable	___
- Sábanas para camilla (2)	___	- Gafas de bioprotección	___	- 3 angiocath por calibre	___
- 3 jeringas por calibre	___	- 3 equipos de micro y 6 macro goteo	___	- 2 buretroles	___
- 3 lactato de ringer	___	- 2 Dextrosa %5 y 10%	___	- Agua destilada	___
- 3 solución salina	___	- Agua para consumo humano en cualquier presentación comercial	___		
- 1 frasco de isodine	___	-1 frasco plástico de alcohol	___	- Jabón Quirúrgico	___
- SNG dif. Tamaño	___	- Sondass Vesicales dif. Tamaños	___	- Sonda Nelaton dif tamaños	___
- Ocluidores de ojos	___	- Ganchos / ligamento para cordón umbilical	___	- Delantal Plásticos (BLANCO)	___
- Recipiente para residuos peligrosos biosanitarios rotulado	___			- Recipiente para material cortopunzante rotulado	___
- Pericraneales o agujas tipo mariposa (diferentes tamaños)	___				

C. MEDICAMENTOS

- ANALGESICOS: 2 amp. Dipirona ___ , 2 amp. Tramadol ___ - ANTIACIDOS: 2 amp. De Ranitidina___



VERIFICACIÓN DE VEHICULO AMBULANCIA TRANSPORTE ASISTENCIAL BASICA

CÓDIGO:F-PGRSSCA06-01

VERSIÓN: 02

FECHA: 23-07-2014

- ANTICONVULSIVANTES: -2 amp. Fenobarbital __, -2 amp. Fenitoina Sódica __
- ANTIESPASMÓDICO: 2amp. N Butilbromuro de Hioscina (Buscapina) __ - ANTIINFLAMATORIOS: 2 amp. Diclofenaco.
- ANTIHISTAMÍNICO: 2 amp. Clemastina __, -2amp. Levomepromazina. __
- ANTIEMÉTICO Y DIGESTIVO: 2amp Metroclorpramida (Plasil) __, 2amp. Bicarbonato de Sodio __.
- BRONCODILATADORES: 2 amp. Aminofilina __, 2amp. Terbutalina __
- CARBÓN ACTIVADO __ - CORTICOIDES: 2 amp. Dexametazona __
- DIURÉTICOS: 2 Amp. Furosemida __ - ELECTROLITOS: 2 Amp. cloruro de potasio __, 2 amp. cloruro de sodio __
- RELAJANTES MUCULARES: 2amp. Diazepam __ - VASOACTIVOS: 6amp. Adrenalina __,
- VAGOLÍTICOS: 5amp. Atropina __ OTROS SUMINISTROS: Xilocaina jalea 1 tubo __ Además los que se considere necesarios de acuerdo al estado del paciente.

Para traslado de pacientes psiquiátricos se debe contar además con las siguientes dispositivos médicos y medicamentos:

- Midazolam x 5mg ampolla __ - Midazolam x 15mg ampolla __ - Haloperidol x 5mg ampolla __
- Lorazepam x 2mg tableta __ - Alprazolam x 0.5mg tableta sublingual __ - Clonazepam x 2.5mg/ml frasco en gotas __
- Un juego de inmovilización de extremidades y uno de tórax (para sujeción o contención física) en tela de alta resistencia o lona de diferentes tamaños.

D. EQUIPO DE HERRAMIENTAS: SI _____ NO _____ COMPLETO: SI: _____ NO: _____

- 1 extintor para fuegos ABC, con capacidad mínima de 2,26 Kg. para cada uno de los compartimentos _____
- 1 extensión eléctrica de 30 metros de largo con polo a tierra y con conectores macho a cada lado _____
- 2 tacos de madera o de otro material resistente para bloqueo de llantas (Tamaño adecuado) _____
- 1 cuerda estática de 20 metros con un diámetro de 12, 5 milímetros y sus correspondientes ganchos para tracción _____
- lámpara manual con enchufe a toma corriente de 12 V o de 110 V _____
- 1 caja de fusibles surtidos de los usados por este vehículo _____
- 1 juego de cables de iniciación eléctrica para la batería _____ -1 palanca patacabra _____
- Señales reflectivas de emergencia _____ -1 alicate de mango aislado _____ -1 tijera corta todo _____
- 1 llave inglesa o pico de loro _____ -3 destornilladores de estrella _____ -1 llave de pernos tipo cruceta _____
- 1 juego de seis llaves de boca fija _____ -1 chaleco fluorescente _____ -1 linterna con pilas _____ -1 gato y un equipo para sustitución de llantas _____

E. EQUIPO DE ASEO

Escoba, trapero, delantal, recogedor, balde y guantes. SI ____ NO ____

IV. DOCUMENTOS

A. REGISTROS

- Guías para manejo de urgencias SI ____ NO ____
- Procedimientos de remisión que incluya traslado de niños y personas en abandono o sin acompañante SI ____ NO ____
- Guías de transporte asistencial medicalizado SI ____ NO ____
- Rutinas permanentes de mantenimiento preventivo y correctivo del vehículo SI ____ NO ____
- Rutinas de aseo del vehículo SI ____ NO ____
- Manual de limpieza y desinfección de ambulancias y equipos biomédicos, camillas, etc. SI ____ NO ____
- Documento para la gestión integral de residuos generados en la atención en salud y otras actividades SI ____ NO ____
- Historia clínica (formatos) SI ____ NO ____ Registro de consumo de elementos SI ____ NO ____
- Inventario actualizado SI ____ NO ____ Planilla pacientes trasladados SI ____ NO ____
- Registro IDSN – Manejo de medicamentos de acuerdo a la Resolución 1478 (Art. 14,20 y 21) SI ____ NO ____



**VERIFICACIÓN DE VEHICULO AMBULANCIA
TRANSPORTE ASISTENCIAL BASICA**

CÓDIGO:F-PGRSSCA06-01

VERSIÓN: 02

FECHA: 23-07-2014

BITÁCORA: Debe contener fecha, nombre de la persona que autoriza salida de ambulancia, hora del traslado, nombre del paciente, identificación, EPS, diagnóstico, estado, sitio de traslado, fecha y hora de llegada, nombre de quien recibe el paciente, fecha y hora del regreso, fecha y hora de llegada al sitio de origen, firma de quien revisa planilla.

B. DOCUMENTOS DEL VEHICULO

Tarjeta de propiedad	SI___ NO___	Seguro obligatorio	SI___ NO___	
Seguro contra todo riesgo	SI___ NO___	Revisión tenicomecánica	SI___ NO___	Cada
cuanto realiza mantenimiento: _____		Presenta constancia	SI___ NO___	

V. OBSERVACIONES

FUNCIONARIO IDSN

Nombre _____
 Cargo _____
 Firma _____

FUNCIONARIO IPS

Nombre _____
 Cargo _____
 Firma _____



VERIFICACIÓN DE VEHICULO AMBULANCIA TRANSPORTE ASISTENCIAL MEDICALIZADO

CÓDIGO: P-GRSSCA06-02

VERSIÓN: 02

FECHA: 23-07-2014

ANEXO 11: VERIFICACION DE AMBULANCIA TRANSPORTE ASISTENCIA MEDICALIZADO

NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN: _____ MUNICIPIO: _____
 SUBSECTOR: PÚBLICO: _____ PRIVADO: _____
 PLACAS: _____ MODELO: _____ FECHA DE REVISIÓN: _____

I TIPO DE AMBULANCIA DE ACUERDO CON SU AMBITO DE SERVICIO

MEDICALIZADA _____

MEDICALIZADA NEONATAL _____

II TALENTO HUMANO

Coordinador responsable de la totalidad de las ambulancias con las que cuenta el servicio (Médico o Enfermera) SI ___ NO ___
 Personal médico, enfermera, tecnólogo en Atención Prehospitalaria o auxiliar de enfermería, cuentan con certificado de capacitación en Soporte Vital Avanzado Mínimo de 48 horas. SI ___ NO ___
 Conductor con capacitación en primeros auxilios 40 horas SI ___ NO ___

III ESTADO GENERAL DEL VEHÍCULO (REVISAR CERTIFICADO DE DIAGNOSTICENTRO)

DISTINTIVOS: Símbolos de la vida _____, Misión Médica: _____, No armas: _____, Puertas con nombre y Teléfono de la IPS: _____
 Dos compartimentos para piloto y paciente con comunicación visual y auditiva: SI ___ NO ___
 Tiene acceso principal al compartimiento del paciente por la parte posterior de 1.10metros altura y 0.90 Metros de ancho, bloqueo y peldaño antideslizante SI ___ NO ___
 El vehículo tiene el compartimiento del paciente con ventanas de vidrio de seguridad, con visibilidad únicamente de adentro hacia fuera y con dispositivo de martillo o de otro tipo par fracturarlas. SI ___ NO ___
 El Largo de letrero de "ambulancia", mínimo de 90% del Frente del vehiculo escrita en sentido inverso. SI ___ NO ___
 En la parte posterior debe llevar un dispositivo de señalización óptica de tipo rotatorio, intermitente y fácil observación SI ___ NO ___
 Leyendas de NO FUME, UTILICE CINTURON DE SEGURIDAD SI ___ NO ___
 El Espacio del paciente permite maniobras de resucitación SI ___ NO ___
 Sistemas de Oxígeno asegurados y de conexión rápida SI ___ NO ___
 Sillas para tripulantes con cinturones de seguridad SI ___ NO ___
 Puerta de acceso de camilla amplia SI ___ NO ___ Salidas de emergencias señalizadas SI ___ NO ___
 Interior de vehículos de fácil lavado SI ___ NO ___
 La ambulancia tiene iluminación interior para toda el área de manejo interior y tiene lámpara desmontable para Utilizar fuera del vehículo SI ___ NO ___
 Tiene barra pasamanos al interior fijado al techo y resistente SI ___ NO ___
 Gabinetes y botiquines llevan el nombre correspondiente así: **AZUL:** Sistema Respiratorio: _____ **ROJO:** Sistema Circulatorio _____
AMARILLO: Pediátrico _____, **VERDE:** Quirúrgico y Accesorios _____.
 Latonería: BUENO ___ REGULAR ___ MALO ___ Ajuste: BUENO ___ REGULAR ___ MALO ___
 Aire acondicionado SI ___ NO ___ Pito SI ___ NO ___ Sirena Electrónica (3 Tonos): SI ___ NO ___
 Radioteléfono: SI ___ NO ___ Perifoneo o Megafonía externa SI ___ NO ___ Llanta de repuesto SI ___ NO ___
 Luces de prioridad SI ___ NO ___ Que tipo _____
 Tiene sistema generador de energía a partir de motor capaz de garantizar funcionamiento simultáneo SI ___ NO ___
 Atril portasueros con dos ganchos SI ___ NO ___

IV EQUIPOS PARA AMBULANCIA MEDICALIZADA

Sistema generador de energía eléctrica a partir del motor (tipo alternador) SI ___ NO ___



VERIFICACIÓN DE VEHICULO AMBULANCIA TRANSPORTE ASISTENCIAL MEDICALIZADO

CÓDIGO: P-GRSSCA06-02

VERSIÓN: 02

FECHA: 23-07-2014

Batería de capacidad mínima de 150 amperios	SI ___ NO ___
Mínimo dos tomacorrientes tipo encendedor de cigarrillo y uno en carrocería protegido	SI ___ NO ___ Posee
convertidor de 12 voltios corriente continua a 120 voltios +/-15% de corriente alterna, con mínimo dos tomacorrientes bien identificados en el compartimiento del paciente	SI ___ NO ___ Un
(1) tomacorriente en el exterior de la carrocería debidamente protegido.	
SI ___ NO ___	
Cable conductor con polo a tierra y recubierto con caucho de mínimo 30 metros de longitud, con extremos adaptados para alimentación eléctrica.	SI ___ NO ___
Aspirador de secreciones portátil	SI ___ NO ___
Un monitor de transporte multiparámetro de signos vitales que incluya mínimo electrocardiografía, oximetría De pulso, presión no invasiva, temperatura y respiración. Alarmas auditivas y visuales de parámetros máximos y mínimos y de batería baja. Batería de mínimo 4 horas.	SI ___ NO ___
<u>Electrocardiógrafo de 12 derivadas</u>	SI ___ NO ___
Desfibrilador bifásico con capacidad de realizar cardioversión sincrónica y marcapasos transcutáneo. Batería Mínimo para 4 horas.	SI ___ NO ___
Dos bombas de infusión o una con dos canales. Batería mínimo para 4 horas.	SI ___ NO ___
Glucómetro	SI ___ NO ___
Cortador de anillos	SI ___ NO ___
Oxímetro de pulso	SI ___ NO ___
Ventilador o respirador de transporte	SI ___ NO ___
<u>Pico Flujo</u>	SI ___ NO ___
<u>Capnógrafo</u>	SI ___ NO ___
Equipo de toracotomía	SI ___ NO ___
Equipo de órganos de los sentidos, con baterías de repuesto.	SI ___ NO ___
Dispositivo para cricotiroidotomía percutánea	SI ___ NO ___
Un laringoscopio adulto con tres valvas de diferentes tamaños y baterías de repuesto.	SI ___ NO ___
Un laringoscopio pediátrico con tres valvas de diferentes tamaños (rectas y curvas) y baterías de repuesto	SI ___ NO ___
Mascara laríngea y/o combitubo adulto (2 tamaños diferentes)	SI ___ NO ___
Mascara laríngea y/o combitubo pediátrico (2 tamaños diferentes)	SI ___ NO ___
Tubos endotraqueales sin manguito y con manguito de diferentes tamaños (adulto y pediátrico).	SI ___ NO ___
Guías de intubación adulto y pediátrico	SI ___ NO ___
Catéteres venosos de diferentes tamaños	SI ___ NO ___
Aguja que permita acceso intraósea para pacientes adultos y pediátricos	SI ___ NO ___
Los equipos cuentan con sistema de fijación específico al vehículo.	SI ___ NO ___

SI ES PARA TRASLADO NEONATAL

Incubadora portátil con control de temperatura y con batería que le permita autonomía mínima para seis horas	SI ___ NO ___
Ventilador de transporte neonatal	SI ___ NO ___
Pulsoxímetro de rango neonatal	SI ___ NO ___
Tubos endotraqueales neonatales	SI ___ NO ___

V. DOTACIÓN BASICA

A. EQUIPOS

Dispositivo de bolsa válvula mascarilla con reservorio de oxígeno adulto	SI ___ NO ___	B ___ M ___
Dispositivo de bolsa válvula mascarilla con reservorio de oxígeno pediátrico	SI ___ NO ___	B ___ M ___
Máscara de oxígeno simple adulto	SI ___ NO ___	B ___ M ___
Máscara de oxígeno simple pediátrico	SI ___ NO ___	B ___ M ___
Máscara de no reinhalación con reservorio adulto	SI ___ NO ___	B ___ M ___
Máscara de no reinhalación con reservorio pediátrico	SI ___ NO ___	B ___ M ___
Máscaras de oxígeno para sistema ventury adulto	SI ___ NO ___	B ___ M ___
Máscaras de oxígeno para sistema ventury pediátrico	SI ___ NO ___	B ___ M ___
Un combitubo o máscara laríngea para adulto (Aditamento supraglótico)	SI ___ NO ___	B ___ M ___
Un combitubo o máscara laríngea pediátrico (Aditamento supraglótico)	SI ___ NO ___	B ___ M ___
Cánula nasal adulto	SI ___ NO ___	B ___ M ___
Cánula nasal pediátrico		
Dos (2) humidificadores simples	SI ___ NO ___	B ___ M ___
Dos (2) humidificadores ventury	SI ___ NO ___	B ___ M ___
Dos (2) mangueras o conectores de oxígeno	SI ___ NO ___	B ___ M ___



VERIFICACIÓN DE VEHICULO AMBULANCIA TRANSPORTE ASISTENCIAL MEDICALIZADO

CÓDIGO: P-GRSSCA06-02

VERSIÓN: 02

FECHA: 23-07-2014

Microcámara de nebulización con mascarilla adulto	SI ___ NO ___ B ___ M ___		SI ___ NO ___ B ___ M ___
Microcámara de nebulización con mascarilla pediátrico	SI ___ NO ___ B ___ M ___		SI ___ NO ___ B ___ M ___
Un sistema ventury adulto	SI ___ NO ___ B ___ M ___		
Un sistema ventury pediátrico	SI ___ NO ___ B ___ M ___		
Cánulas orofaríngeas de diferentes tamaños	SI ___ NO ___ B ___ M ___	Cuantas _____	
Aspirador de secreciones	SI ___ NO ___ B ___ M ___	Un Nebulizador	SI ___ NO ___ B ___ M ___
Sondas para aspiración	SI ___ NO ___ B ___ M ___	Termómetro	SI ___ NO ___ B ___ M ___
Fonendoscopio pediátrico	SI ___ NO ___ B ___ M ___	Adulto	SI ___ NO ___ B ___ M ___
Tensiómetro Pediátrico	SI ___ NO ___ B ___ M ___	Adulto	SI ___ NO ___ B ___ M ___
Silla de ruedas portátil	SI ___ NO ___ B ___ M ___	Linterna de examen	SI ___ NO ___ B ___ M ___
Equipo para atención de partos estéril (2 pinzas y tijera)			SI ___ NO ___ B ___ M ___
Pinza de magill estéril	SI ___ NO ___ B ___ M ___	Perilla de succión	SI ___ NO ___ B ___ M ___
Tijera de trauma	SI ___ NO ___ B ___ M ___	Tijera de material	SI ___ NO ___ B ___ M ___
Manta térmica	SI ___ NO ___ B ___ M ___	Orinal	SI ___ NO ___ B ___ M ___
Pato	SI ___ NO ___ B ___ M ___	Riñonera	SI ___ NO ___ B ___ M ___
Camilla principal para paciente con cinturones de seguridad y asegurada del vehículo con sistema de anclaje	SI ___ NO ___ B ___ M ___		
Camilla de inmovilización (Larga)	SI ___ NO ___ B ___ M ___		
Camilla secundaria de inmovilización espinal o chaleco de extracción vehicular	SI ___ NO ___ B ___ M ___		
Gabinete para el oxígeno	SI ___ NO ___ B ___ M ___	Manómetro	SI ___ NO ___ B ___ M ___
Sistema de oxígeno con capacidad de almacenamiento de mínimo tres metros cúbicos	SI ___ NO ___ B ___ M ___		
Bala de Oxígeno con capacidad mínima de 0.5 metros cúbicos	SI ___ NO ___ B ___ M ___		
Chalecos reflectivos para la tripulación	SI ___ NO ___ B ___ M ___		

CONJUNTO PARA INMOVILIZACIÓN QUE DEBE TENER: collares cervicales graduables (2 adulto y 2 pediátrico), inmovilizadores laterales de cabeza, férulas para el brazo, antebrazo, pierna y pie, vendas de algodón, vendas de gasa, vendas triangulares. SI ___ NO ___ B ___ M ___

B. INSUMOS

- Apósitos de gasa _____	- Apósitos de algodón _____	- 2 vendajes elásticos _____
- Torniquete para acceso IV _____	- Torniquete para control de hemorragias _____	- Cinta de microporo _____
- Cintas de esparadrapo _____	- Guantes estériles (6 pares) _____	- Caja de Tapabocas _____
- Paños desechables _____	- Caja de guantes desechables _____	- Bata desechable _____
- Sábanas para camilla (2) _____	- Gafas de bioprotección _____	- 3 angiocath por calibre _____
- 3 jeringas por calibre _____	- 3 equipos de micro y 6 macro goteo _____	- 2 buretroles _____
- 3 lactato de ringer _____	- 2 Dextrosa %5 y 10% _____	- Agua destilada _____
- 3 solución salina _____	- Agua para consumo humano en cualquier presentación comercial _____	
- 1 frasco de isodine _____	- 1 frasco plástico de alcohol _____	- Jabón Quirúrgico _____
- SNG dif. Tamaño _____	- Sondas Vesicales dif. Tamaños _____	- Sonda Nelaton dif tamaños _____
- Oclusores de ojos _____	- Ganchos / ligamento para cordón umbilical _____	- Delantal Plásticos (BLANCO) _____
- Recipiente para residuos peligrosos biosanitarios rotulado _____		- Recipiente para material cortopunzante rotulado _____
- Pericraneales o agujas tipo mariposa (diferentes tamaños) _____		

C. MEDICAMENTOS

- ANALGESICOS: 2 amp. Dipirona _____, 2 amp. Tramadol _____	- ANTIACIDOS: 2 amp. De Ranitidina _____
- ANTICONVULSIVANTES: -2 amp. Fenobarbital _____, -2 amp. Fenitoina Sódica _____	
- ANTIESPASMÓDICO: 2amp. N Butilbromuro de Hioscina (Buscapina) _____	- ANTIINFLAMATORIOS: 2 amp. Diclofenaco.
- ANTIHISTAMINICO: 2 amp. Clemastina _____, -2amp. Levomepromazina. _____	
- ANTIEMETICO Y DIGESTIVO: 2amp Metoclopramida (Plasil) _____, 2amp. Bicarbonato de Sodio _____.	
- BRONCODILATADORES: 2 amp. Aminofilina _____, 2amp. Terbutalina _____	
- CARBON ACTIVADO _____	- CORTICOIDES: 2 amp. Dexametazona _____
- DIURETICOS: 2 Amp. Furosemida _____	- ELECTROLITOS: 2 Amp. cloruro de potasio _____, 2 amp. cloruro de sodio _____
- RELAJANTES MUCULARES: 2amp. Diazepam _____	- VASOACTIVOS: 6amp. Adrenalina _____,
- VAGOLITICOS: 5amp. Atropina _____	OTROS SUMINISTROS: Xilocaina jalea 1 tubo _____ Además los que se considere necesarios de acuerdo al estado del paciente.



VERIFICACIÓN DE VEHICULO AMBULANCIA TRANSPORTE ASISTENCIAL MEDICALIZADO

CÓDIGO: P-GRSSCA06-02

VERSIÓN: 02

FECHA: 23-07-2014

Para traslado de pacientes psiquiátricos se debe contar además con las siguientes dispositivos médicos y medicamentos:

- Midazolam x 5mg ampolla ___
- Midazolam x 15mg ampolla ___
- Haloperidol x 5mg ampolla ___
- Lorazepam x 2mg tableta ___
- Alprazolam x 0.5mg tableta sublingual ___
- Clonazepam x 2.5mg/ml frasco en gotas ___
- Un juego de inmovilización de extremidades y uno de tórax (para sujeción o contención física) en tela de alta resistencia o lona de diferentes tamaños.

D. EQUIPO DE HERRAMIENTAS

SI _____ NO _____ COMPLETO: SI: _____ NO: _____

- 1 extintor para fuegos ABC, con capacidad mínima de 2,26 Kg. para cada uno de los compartimentos _____
- 1 extensión eléctrica de 30 metros de largo con polo a tierra y con conectores macho a cada lado _____
- 2 tacos de madera o de otro material resistente para bloqueo de llantas (Tamaño adecuado) _____
- 1 cuerda estática de 20 metros con un diámetro de 12, 5 milímetros y sus correspondientes ganchos para tracción _____
- lámpara manual con enchufe a toma corriente de 12 V o de 110 V _____
- 1 caja de fusibles surtidos de los usados por este vehículo _____
- 1 juego de cables de iniciación eléctrica para la batería _____
- 1 palanca patacabra _____
- Señales reflectivas de emergencia _____
- 1 alicate de mango aislado _____
- 1 tijera corta todo _____
- 1 llave inglesa o pico de loro _____
- 3 destornilladores de estrella _____
- 1 llave de pernos tipo cruceta _____
- 1 juego de seis llaves de boca fija _____
- 1 chaleco fluorescente _____
- 1 linterna con pilas _____ -1
- gato y un equipo para sustitución de llantas _____

E. EQUIPO DE ASEO

Escoba, traperero, delantal, recogedor, balde y guantes. SI ___ NO ___

VI. DOCUMENTOS

A. REGISTROS

- Guías para manejo de urgencias SI ___ NO ___
 - Procedimientos de remisión que incluya traslado de niños y personas en abandono o sin acompañante SI ___ NO ___
 - Guías de transporte asistencial medicalizado SI ___ NO ___
 - Rutinas permanentes de mantenimiento preventivo y correctivo del vehículo SI ___ NO ___
 - Rutinas de aseo del vehículo SI ___ NO ___
 - Manual de limpieza y desinfección de ambulancias y equipos biomédicos, camillas, etc. SI ___ NO ___
 - Documento para la gestión integral de residuos generados en la atención en salud y otras actividades SI ___ NO ___
 - Historia clínica (formatos) SI ___ NO ___
 - Registro de consumo de elementos SI ___ NO ___
 - Inventario actualizado SI ___ NO ___
 - Planilla pacientes trasladados SI ___ NO ___
- Registro IDSN – Manejo de medicamentos de acuerdo a la Resolución 1478 (Art. 14,20 y 21) SI ___ NO ___

BITÁCORA: Debe contener fecha, nombre de la persona que autoriza salida de ambulancia, hora del traslado, nombre del paciente, identificación, EPS, diagnóstico, estado, sitio de traslado, fecha y hora de llegada, nombre de quien recibe el paciente, fecha y hora del regreso, fecha y hora de llegada al sitio de origen, firma de quien revisa planilla.

B. DOCUMENTOS DEL VEHICULO



**VERIFICACIÓN DE VEHICULO AMBULANCIA
TRANSPORTE ASISTENCIAL MEDICALIZADO**

CÓDIGO: P-GRSSCA06-02

VERSIÓN: 02

FECHA: 23-07-2014

Tarjeta de propiedad SI__ NO__
Seguro contra todo riesgo SI__ NO__
Cada cuanto realiza mantenimiento: _____

Seguro obligatorio SI__ NO__
Revisión tenicomecánica SI__ NO__
Presenta constancia SI__ NO__

VII. OBSERVACIONES

FUNCIONARIO IDSN

Nombre _____
Cargo _____
Firma _____

FUNCIONARIO IPS

Nombre _____
Cargo _____
Firma _____




**VERIFICACIÓN DE VEHICULO AMBULANCIA
TRANSPORTE ASISTENCIAL MEDICALIZADO**

CÓDIGO: P-GRSSCA06-02

VERSIÓN: 02

FECHA: 23-07-2014

	LISTA DE CHEQUEO DOCUMENTOS PARA EL TRAMITE AVAL DE AMBULANCIA		
	CÓDIGO: F-PGRSSCA06-04	VERSIÓN: 02	FECHA: 23-07-2014

Página 1 de 1

ANEXO 12 LISTA DE CHEQUEO DOCUMENTOS PARA EL TRAMITE AVAL DE AMBULANCIA

RADICADO Nro. _____

INSTITUCION SOLICITANTE: _____

No.	REQUISITO	CUMPLE	OBSERVACION
1	Copia de certificado Cámara de comercio (Instituciones Privadas)		
2	Copia de NIT y/o RUT.		
3	Listado con el Número de ambulancias destinadas a la prestación del servicio que contemple: Número de placa correspondiente a cada una, modelo, marca.		
4	Fotocopia cédula de ciudadanía del representante legal.		
5	Fotocopia de la tarjeta de propiedad o certificado de movilización actualizado,		
6	Fotocopia del seguro de accidente obligatorio – SOAT		
7	Fotocopia del seguro contra todo Riesgo		
8	Revisión General Técnico mecánica y medio ambiente del vehículo, expedido por un Diagnosticentro autorizado		
9	Relación completa del personal (médico, enfermera, auxiliar de enfermería y conductor), que prestará el servicio en las ambulancias, indicando el número de la cédula y del registro o inscripción ante el IDSN., (anexar registro o inscripciones).		
10	Fotocopia de la licencia de conducción (Categoría C1, C2 vigente)		
11	Certificado del curso de primeros auxilios con intensidad de 40 horas para conductores de ambulancia.		
12	Certificado de capacitación en soporte vital básico con intensidad de 20 horas para tripulantes de transporte asistencial básico.		
13	Certificado de capacitación en soporte vital avanzado de mínimo 48 horas para tripulantes de transporte asistencial medicalizado		
14	Copia del registro ante el Ministerio de Transporte de quien elaboró la carrocería y certificación de elaboración de la misma.		
15	Copia de la resolución para manejo de medicamentos de control		

16	Copia del registro de apertura del servicio y actualización de habilitación		
17	RUNT		
18	Para instituciones privadas: Acto administrativo por el cual se reconoce la persona jurídica y certificado de existencia y representación legal.		

ENTREGÓ: _____

RECIBÍÓ: _____
FECHA _____ **CRUE**

INICIÓ TRAMITE:	FECHA
ENTREGO AVAL:	RECIBIO AVAL:
FECHA:	

Nota: las instituciones que ya han presentado documentación básica anteriormente y no han reportado cambios, no hay necesidad de entregar nuevamente.

ANEXO 13

RUTA ARTICULADA DE EVALUACION DE PACIENTES VICTIMAS DEL CONFLICTO ARMADO Y CASOS DE URGENCIAS VITALES O EMERGENCIAS

OBJETIVO

Definir necesidades de transporte y estandarizar los criterios de traslado a si como todas las actuaciones médicas y administrativas relacionadas con los mismos, donde se logre Brindar una atención integral y de alta calidad a los paciente en situación de urgencia y emergencia medicas con una articulación intersectorial donde se incluya: servicios de urgencias, equipos de emergencia, y red de transporte

Específicos:

- 1- Estandarizar una ruta de evacuación con la participación de los diferentes actores
- 2- Lograr en tiempos mínimos la evacuación de heridos y evitar al máximo las complicaciones
- 3- Ofrecer a las víctimas del conflicto armado y casos de emergencia una atención con oportunidad, accesibilidad, integralidad y calidad.

ROLES ASUMIDS POR LOS INTEGRANTES DE LA RUTA

ACTOR	RESPONSABILIDADES ASUMIDAS EN LA RUTA
DIRECCION LOCAL DE SALUD	<ul style="list-style-type: none">- Inspección y vigilancia a los servicios de urgencias para evaluar las condiciones del mismo donde se incluya: dotación de medicamentos esenciales, talento humano con competencias, disponibilidad y transporte.-Seguimiento a planes de acción relacionado con los hallazgos de las visitas de los servicios de urgencias.-Gestión del aseguramiento frente a los casos de no afiliación al sistema de seguridad social. Incluyendo los pacientes sin identificación.

	<p>-Reporte obligatorio de acuerdo a circular No 27 de manera inmediata de los eventos de emergencia al CRUE, cuando haya casos que comprometan una o más víctimas (heridos)</p> <p>-Verificar que la ruta de atención de active adecuadamente.</p> <p>-DLS realiza el enlace con secretaria de gobierno municipal y fuerza pública para coordinar traslado.</p> <p>-Verificar protocolo de atención a víctimas de minas antipersonal en los servicios de urgencias.</p>
CENTRO DE SALUD E IPS	<p>- Contar con un servicio de urgencias dotado con: talento humano suficiente y capacitado, medicamentos, dispositivos médicos, equipos biomédicos, carro de paro, kits de emergencias obstétricas, sueros antiofídicos, ambulancias en buen estado para atención a víctimas en casos de emergencias y urgencias, cumpliendo estándares de habilitación</p> <p>- Activación de la ruta de atención intersectorial iniciando con CRUE cuando los heridos son víctimas del conflicto armado.</p> <p>-Brindar una atención oportuna, y sin barreras de acceso a los casos de urgencias y emergencias.</p> <p>-Ante situaciones de emergencia la ESE o IPS deberá contar con la presencia de médicos y personal de salud a disponibilidad para atender la contingencia.</p> <p>-La elección y activación del medio de traslado será realizada inicialmente por el médico responsable de la asistencia del paciente.</p> <p>-Considerar las necesidades de monitorización e intervención, anticipando aquellas medidas Terapéuticas (intubación, sedación, drenajes, sondas, inmovilización).</p> <p>-Notificación a DLS y afiliación de oficio al SGSSS según resolución 064 de las víctimas en emergencia o demás pacientes que no cuenten con seguridad social y que lleguen a los servicios de urgencias.</p> <p>-El prestador deberá informar al CRUE todos los casos que implique una atención de urgencias vital y emergencia clasificada por médico tratante.</p>

	<p>-La ESE o IPS entregara el paciente al transporte designado (fluvial o aéreo, Terrestre) con historia de remisión, y documento de identificación.</p> <p>- Reportar El paciente al CRUE con datos clínicos, condiciones clínicas pertinentes, documento de identificación; cuando se trate de un herido víctima del conflicto armado, o cualquier otra patología de urgencia vital y emergencia; que requiera transporte aéreo o fluvial y se requiera del apoyo de fuerza pública.</p> <p>-La ESE dispondrá de manera obligatoria personal Médico o de enfermería, y los equipos biomédicos necesarios, medicamentos e insumos para el traslado cuando la fuerza pública no disponga del mismo.</p>
FUERZA PUBLICA	<p>_Recepción de la información sobre el evento de urgencia o emergencia presentada por alcaldía Municipal (alcalde, secretario de gobierno , ministerio publica,) cuando las víctimas son por conflicto armado o desastres naturales</p> <p>- EL CNRP CENTRO NACIONAL DE RECUPERACION DE PERSONAL recibirán la información relacionada con el evento con todos los datos clínicos del paciente, lugar de ocurrencia.</p> <p>Solicitud del diligenciamiento del formulario (SOLICTUD TRASLADO /EVACUACION AEREOMEDICA) con el fin de dar trámite el traslado.</p> <p>-Fuerza Pública y CRUE se articularán para la notificación de los casos de urgencia vital o eventos diferentes a conflicto armado.</p> <p>- Determinaran según el tipo de emergencia capacidad instalada, condiciones climáticas y/o meteorológicas, y el tipo de aeronave, transporte fluvial, disponible para atender la emergencia.</p> <p>-Coordinación permanente con CRUE para determinación de horarios de la admisión del paciente en el lugar de origen (ESE municipal) y la entrega del paciente a las TAM O TAB terrestres .</p> <p>-Si el transporte designado para la evacuación desde el sitio de ocurrencia de los hechos la Fuerza pública realizara la evacuación a un lugar donde se inicie la atención médica sea en la baja, mediana y alta complejidad. Con personal rescatista quienes acompañaran los heridos o pacientes y prestaran los primeros auxilios.</p> <p>-Si el traslado se lleva a cabo en una aeronave medicalizada desde una Institución de salud a otra de mayor complejidad, durante el traslado</p>

	<p>con personal paramédico quienes generaran durante el mismo un documento o formato traslado donde se registre las condiciones clínicas e intervenciones en salud del paciente evacuado. (Ver formato. De Fuerza Pública)</p>
<p>Centro Regulador de Urgencias y Emergencias</p>	<p>_Con la Información Inicial Recibida sobre el Evento de emergencia y Urgencias se activa la red Hospitalaria de mediana y alta complejidad</p> <p>-Recepción de la información clínica del paciente por parte de los Hospitales remitentes.(ESE de baja complejidad)</p> <p>-Se solicitará la disposición de especialistas para la atención inmediata al ingresar a los servicios de urgencias en hospitales de mediana y alta complejidad, según el diagnóstico o lesiones reportados por médico tratante en el lugar de origen.</p> <p>-Diligenciamiento del Formato establecido por Fuerza publica</p> <p>-Reporte del paciente víctima del conflicto y demás casos de emergencia armado con datos de Historia clínica y condición clínica a los hospitales de mediana y alta complejidad.</p> <p>-Si el caso amerita por grado de complejidad evacuación a otro departamento se Coordinará entre CRUEs de los dos departamentos a remitir</p> <p>-Coordinación del transporte de ambulancia terrestres con las instituciones de salud e IPS privadas de Mediana y alta complejidad de Nariño u otro Departamento .</p> <p>-Si el caso corresponde a patologías de urgencias vitales y que no sean víctimas del conflicto armado; de paciente asegurado el CRUE reportara a la EAPB correspondiente para el trámite administrativo y de pago.</p> <p>-Si la evacuación es más de dos pacientes CRUE Nariño recibirá los pacientes en la pista de aterrizaje asignada por la Fuerza Pública encargada del traslado cuando es en la Ciudad de Pasto</p> <p>-Los pacientes heridos víctimas del conflicto armado u/ otra patología de urgencias será atendido en la red hospitalaria coordinados previamente por el CRUE, de mediana o alta complejidad sin: barreras en el acceso, brindando una atención oportuna, pertinente, e integral.</p>

	<p>-Seguimiento al evento de urgencia y emergencia hasta el momento que los pacientes son ingresados a los servicios de urgencias de la red hospitalaria de mediana y alta complejidad.</p> <p>-Entrega de la certificación para eventos terroristas a las instituciones prestadoras de servicios de salud de mediana y alta complejidad.</p>
EMPRESAS PROMOTORAS DE SALUD EAPB	<p>La EPS recibe la información del paciente donde incluye verificación de derechos, y condición clínica para pacientes que no sean víctimas del conflicto armado.</p> <p>Coordinación con CRUE para la ubicación del Paciente en la red de prestadores.</p> <p>Diligenciamiento de formato establecido por la fuerza pública para la coordinación de traslado; en caso de una atención de urgencia y que no corresponda a evento ECAT, el CRUE notificara a la EPS correspondiente quien iniciara el proceso de remisión en articulación con fuerza pública</p>
PERSONERIA MUNICIPAL	<p>-Verificación del evento terrorista en el territorio.</p> <p>-Elaboración de la certificación previa toma de declaración por cada uno de las víctimas.</p> <p>- Reportar la certificación a la alcaldía Municipal, DLS, CRUE</p>
DEFENSORIA DEL PUEBLO	<p>Realizaran el seguimiento al evento y a la ruta de evacuación con apoyo en la articulación entre las instituciones.</p> <p>Socialización de la ruta a los diferentes territorios.</p>

GLOSARIO DE ABREVIATURAS:

EAPB: Empresa administradora de planes de beneficios
CRUE: Centro Regulador de Urgencias y Emergencias
ESE: Empresa social del Estado
IPS: Instituciones prestadoras de servicios de salud
DLS: Dirección Local de Salud
RCP: Reanimación Cardio Pulmonar
TAB: Transporte Asistencial Básico

TAM: Transporte Asistencial Medicalizado
CNRP: Centro de recuperación de Personas

DIRECTORIO TELEFONICO DE ACTORES

ACTOR	Responsable	No teléfono	Correo
CRUE	Radio- operador y Medico de Turno	7235036- 7232258- 3185720135	crueredidsn@gmail.com
FUERZA AEREA y DEMAS FUERZA PUBLICA	CNRP	3187344708	Disponible.cnrp@outlook.com
MINAS ANTIPERSONAL	Mauricio Morillo	3202444196	hectorm@unops.org
PASTORAL SOCIAL	Rosa Palacios y Jhon Ramírez	7238971- 3148419969	Pastoralsocialpaso@gmail.com
DEFENSORIA DEL PUEBLO	Cátherine Mina	3154659478	cmina@defensoria.gov.co

ANEXOS: Formato solicitud de evacuación aereomedica
Formato de Remisión hospitalaria
Formato de Historia clínico de evacuación
Formato de certificación del evento catastrófico

Elaboro: Coordinación CRUE

ANEXO 14 RUTAS ATENCION IVE POR CADA EAPB

NUEVA EPS

MECANISMO DE NOTIFICACION PARA ACTIVAR RUTA	IPS-ESE CON LAS CUALES SE TIENE CONTRATADO	CONTACTOS		
		PROFESIONAL RESPONSABLE	CORREO ELECTRONICO	TELEFONO
<p>Las IPS primaria de atención de la afiliada reportar a la enfermera de programas Especiales de la EPS por correo electrónico o telefónico, adjuntando soportes de atención, se gestiona inmediatamente la autorización del servicio para Profamilia.</p> <p>Existen casos que las afiliadas consultan directamente a PROFAMILIA, funcionarios envían soportes de la atención, se gestiona autorización del servicio, se carga en el sistema y Profamilia imprime directamente desde el portal web de Nueva EPS</p>	<p>la IPS con la cual se tiene contrato es PROFAMILIA - PASTO para los eventos de paquete de atención integral para IVE menor a 15 semanas, para los Departamentos de Nariño y Putumayo</p> <p>la IPS con la cual se tiene contrato con Tomas Uribe Uribe para los eventos de paquete de atención integral para IVE :</p> <ul style="list-style-type: none"> paquete integral de atención para interrupción voluntaria del embarazo (IVE) menor 15 semanas de gestación semana 9 a 22 dilatación y legrado para terminación del embarazo. semana 23 a la 39 aspiración al vacío de útero para terminación del embarazo paquete integral de atención para interrupción voluntaria del embarazo (IVE) mayor o igual a 15 semanas de gestación <p>menor a 15 semanas, para los Departamentos de Nariño y Putumayo</p> <p>la IPS con la cual se tiene contrato es Fundación Valle de Lili para los eventos de paquete de atención integral para IVE mayor o igual a 15 semanas, para los Departamentos de Nariño y Putumayo</p>	<p>Enfermera de programas especiales Nueva EPS</p>	<p>ibanezlilia4@gamil.com</p> <p>Lilia.ibanes@nuevaeps.com.co</p>	<p>30120168195</p> <p>LINEA GRATUITA DE ATENCION FIN DE SEMANA: 018000954400 -01800889411</p>

MEDIMAS

INSTITUCIONES CON LAS CUALES SE TIENE CONTRATO	MECANISMO DE NOTIFICACION	ÁREAS DE APOYO A ESTOS PROCESOS DE MANERA PERMANENTE
<ul style="list-style-type: none"> Profamilia Pasto hasta las 20 semanas Profamilia mayor a 20 semanas Cali, Bogotá, Medellín 	Desde la IPS nos reportan el caso de la usuaria solicitando IVE por correo electrónico y desde la EPS se realiza el trámite para cargue de autorizaciones con soporte de historia clínica y orden médica, estos se envían al prestador para que generen la cita y de esta manera realicen el procedimiento. Profamilia tiene servicio de asesoría de psicología y la usuaria es atendida por ginecólogo de lunes a viernes con agenda programada.	De lunes a viernes al Correo: ayachiconayz@medimas.com.co Cel: 3146021948 Fines de semana: Referencia y contrarreferencia
<ul style="list-style-type: none"> Hospital Eduardo santos (La Unión – Nariño) hasta la semana 28 	Desde la IPS nos reportan el caso de la usuaria solicitando IVE y desde la EPS se realiza el trámite para cargue de autorizaciones con soporte de historia clínica y orden médica, estos se envían al correo de subgerencia del Hospital Eduardo Santos para que generen la cita y de esta manera realicen el procedimiento.	

ASMET SALUD EPS - SAS

MECANISMO DE NOTIFICACION PARA ACTIVAR RUTA	IPS-ESE CON LAS CUALES SE TIENE CONTRATADO	CONTACTOS		
		PROFESIONAL RESPONSABLE	CORREO ELECTRONICO	TELEFONO
1. Notificación por correo electrónico de funcionarios de línea de frente del proceso de autorizaciones: rosmira.vela@asmetsalud.org.co demandaserv.narino@asmetsalud.org.co	1-Empresas sociales del Estado presentes en todos los municipios (Alban, Barbaocoas, Cumbal, Cumbitara, Colon, El Charco, El Rosario, El Tambo, Guachucal, La Tola, Leiva, Linares, Los Andes, Magui Payan, Mosquera, Olaya Herrera, Policarpa, Ricaurte, Roberto Payan, San Pablo, San Pedro de Cartago, Sandona, Santa Bárbara, Tumaco). 2-PROFAMILIA -PASTO : hasta la semana 20 de gestación 3-HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE NARIÑO: Hasta la semana 13 de Gestación 4-IPS PUENTE DEL MEDIO (TUMACO): Hasta la semana 15 de Gestación. 5-HOSPITAL SAN ANDRES (TUMACO) Hasta la semana 12 de Gestación	Victor Estrada Messa. Rosmira Jimena Vela	Demandaserv.narino@asmetsalud.com Rosmira.vela@asmetsalud.com	7290133 ext 104 7290133 ext 131
2. Notificación vía telefónica: 7290133 extensión: 131-104				
3. Notificación por cuenta de skype: jimenavela/profgdsmunicipios				

	<p>6-HOSPITAL EDUARDO SANTOS (LA UNION): Hasta la semana 20 de Gestación.</p> <p>7- RED NACIONAL (Casos mayores a 25 semanas)</p> <p>Profamilia Sede Medellín</p> <p>Hospital Universitario del Valle – HUV</p> <p>Hospital Departamental Tomas Uribe Uribe – Tuluá</p> <p>Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E de Bogotá</p>			
--	--	--	--	--

SALUD VIDA

INSTITUCIONES CON LAS CUALES SE TIENE CONTRATO	MECANISMO DE NOTIFICACION	AREAS DE APOYO A ESTOS PROCESOS DE MANERA PERMANENTE
<p>Contrato a nivel Nacional con Profamilia</p> <p>PROFAMILIA: 7317512-3122962737-3207546901</p> <p>Red de atención nivel nacional u otros departamentos para IVE con gestación mayor a 14 semanas de gestación.</p>	<p>La ruta de atención se inicia como puerta de entrada la prestación de servicio en la red de atención de la regional Nariño de los municipios de Pasto, Ipiales, CUMBAL, BUESACO, RICAURTE, SANDONA.</p> <p>Para remisión de usuarios a procedimientos IVE, se inicia con el reporte del caso al área de promoción y prevención de las IPS primarias contratadas en la regional Nariño por el coordinador del área de la EPS Salud Vida y reporte de información a nivel central de la ciudad de Bogotá el referente de Salud Sexual y Reproductiva. Una vez y ajustado a la norma se emite la autorización del servicio incluyendo el acceso oportuno a los métodos de planificación familiar, reporte a torre de control de salud vida para el seguimiento respectivo desde el nivel central en la primera instancia, seguimiento regional y seguimiento por parte de la IPS.</p>	<p>Pasto 3219730998 – 3153320338</p> <p>DireccionNarino@saludvidaeps.com</p>

EMSSANAR

INSTITUCIONES CON LAS CUALES SE TIENE CONTRATO	MECANISMO DE NOTIFICACION	AREAS DE APOYO A ESTOS PROCESOS DE MANERA PERMANENTE
<ul style="list-style-type: none"> • Profamilia Pasto (Hasta las 20 semanas de gestación). • Hospital Eduardo Santos de la Unión - Coordinador médico (Desde las 12 hasta las 19 semanas de gestación). • IPS Puente del Medio de Tumaco -(Hasta las 12 semanas de gestación) . • ESE Centro Hospital Divino Niño de Tumaco (Hasta las 10 semanas de gestación). • Hospital Universitario del Valle (Hasta las 21 semanas de gestación). • Casos mayores a 20 semanas red en otros departamentos según disponibilidad (Tuluá, Cali, Medellín, Bogotá) 	<p>La ruta de atención inicia en el momento que la usuaria asiste a su IPS primaria, y es atendida por los profesionales de medicina general y posterior a las mismas, confirma de manera voluntaria optar por el IVE. Una vez, con la prescripción médica tanto de psicología como medicina general y/o ginecología, la IPS realiza la solicitud a la EPS. Según el número de semanas de gestación se ubica la red prestadora de servicios. Cuando no es clara la edad gestacional se solicita una ecografía. Posteriormente se entrega a la usuaria oficio que contiene datos de información relacionados con la IPS de atención, día de la cita especificando la fecha y hora de programación, requisitos para la atención y orientación frente a los servicios de planificación familiar y psicología. Para las usuarias que no realizan la solicitud de forma presencial se realiza llamada telefónica de notificación frente a la información anteriormente relacionada.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se requiere subir la solicitud a la plataforma lazos Emssanar y/o remitir caso al correo catalinadelosrios@emssanar.org.co Celular 3122447287 • Si el usuario desea puede acercarse a realizar personalmente su trámite a la oficina de poblaciones vulnerables Emssanar, ubicada en El centro comercial Valle de Atriz - De Lunes a viernes de 7am a 11.30m. • Los IVE's atendidos los fines de semana, por urgencias o en hospitalización son tramitados a través del área de contrarreferencia, durante las 24 horas del día de los 7 días de la semana. 7336889 opción 2 opción 3

MALLAMAS

INSTITUCIONES CON LAS CUALES SE TIENE CONTRATO	MECANISMO DE NOTIFICACION	AREAS DE APOYO A ESTOS PROCESOS DE MANERA PERMANENTE
<ul style="list-style-type: none"> • Hospital Civil de Ipiales E.S.E hasta la semana 11 • Sociedad las Lajas S.A.S hasta la semana 11 • Asociación Probienestar de la Familia Colombiana Profamilia Centros de Referencia Pasto, Popayán, Bogotá Neiva, Villavicencio, hasta la semana 40 • E.S.E Hospital Universitario Departamental de Nariño hasta la semana 11 	<p>La ruta da inicio cuando la usuaria asiste a su IPS quien después de la respectiva información decide de manera voluntaria la realización del IVE; la solicitud debe realizarla la IPS a la EPS a través de correo electrónico y confirmación de recepción de soportes vía telefónica. Una vez se cuente con la respectiva documentación se busca la institución quien realizara el procedimiento teniendo en cuenta las semanas de gestación. Una vez se tenga asignación de fecha y hora se confirma a la IPS solicitante anexando autorización de servicios para ser entregada a la usuaria. Si la usuaria no cuenta con ecografía se adjunta además la autorización para garantizar este servicio. Con el fin de confirmar la asistencia a la cita asignada se llama a la institución asignada con el fin de confirmar la asistencia y realización del procedimiento.</p> <p>Los casos de IVE autorizados se notifican a la Oficina de Salud Publica de la EPS Mallamas Dimensión de Salud Sexual y Reproductiva con el fin de realizar el respectivo</p>	<p>mallamasreferencia@mallamaseps.com.co celular:3137659037 – 3175010778 línea gratuita 018000918701 Ext 101-117-106 líneas fijas: 7255600 Ext 101-117-106 El Call Center Funciona las 24 horas los 7 días de la semana.</p>

seguimiento.

COOMEVA

INSTITUCIONES CON LAS CUALES SE TIENE CONTRATO	MECANISMO DE NOTIFICACION	AREAS DE APOYO A ESTOS PROCESOS DE MANERA PERMANENTE
<ul style="list-style-type: none">• Profamilia hasta la semana 14• Profamilia Superior a la semana 14, Cali Bogotá• Superior a la semana 14 el prestador será el Hospital Thomas Uribe Uribe de la ciudad de TULUA.	<p>La ruta da inicio cuando la usuaria asiste a su IPS quien después de la respectiva información decide de manera voluntaria la realización del IVE; la solicitud debe realizarla la IPS a la EPS a la gestora materna o a la coordinadora de P y P quien garantiza la atención de manera oportuna. La usuaria tiene atención inmediata no debe presentar ningún tipo de orden.</p> <p>La IPS garantiza el seguimiento pos-procedimiento con Medicina, Enfermería y Psicología.</p>	<p>Gestora Materna. 3176610533 Coordinadora P y P: 3147950754 Correo electrónico: pahola_cordoba@coomeva.com.co</p>

SANITAS

INSTITUCIONES CON LAS CUALES SE TIENE CONTRATO	MECANISMO DE NOTIFICACION	AREAS DE APOYO A ESTOS PROCESOS DE MANERA PERMANENTE
<ul style="list-style-type: none">• Profamilia• Cuando la usuaria tiene más de 22 semanas de gestación se realizara en Bogotá, previa valoración con IPS MEDFAM.	<p>La usuaria llama al número fijo o asiste personalmente a la IPS quien recibe atención PRIORITARIA con jefe coordinadora del programa SSSR. Medico de turno, inmediatamente la usuaria es reportada a la EPS con 7317476/5727727/318521963 como EPS se realiza el volante de autorización del servicio con el código 305159828:INTERRUPCION VOLUNTARIA DEL EMBARAZO se reporta a Profamilia 7317512/3122962737 quien hace valorar a la usuaria y todo el proceso para el IVE.</p>	<p>La EPS SANITAS conjuntamente con la IPS MEDFAM y Profamilia trabajan de lunes a viernes jornada y sábados hasta la 1 de la tarde, si llegara a suceder un caso IVE en fin de semana, usuaria será valorada por el servicio de urgencia de la clínica Hispanoamérica 7382280/3174009959/3174020043 quienes valoraran a la usuaria dependiendo de las semanas de gestación realizando así la notificación del caso a la EPS SANITAS para su respectivo proceso.</p>

