MANUAL DE REFERENCIA Y CONTRFERENCIA Y GUIA DE TRANSPORTE DE PACIENTES

E.S.E. Hospital La Misericordia

Generando confianza a través de la humanización, la empatía y la eficiencia administrativa

Yalí – Antioquia

1. TABLA DE CONTENIDO

2. INTRODUCCIÓN 5
3. OBJETIVOS 5
4. POBLACIÓN OBJETO - ALCANCE 5
POBLACIÓN OBJETO 6
ALCANCE 6
5. DEFINICIONES 6
6. MARCO TEÓRICO Y NORMATIVO 8
NORMAS Y DOCUMENTOS CLAVES 12
7. DESARROLLO DEL PROTOCOLO 14
7.1 REFERENCIA DESDE EL SERVICIO DE URGENCIAS Y HOSPITALIZACIÓN 14
PACIENTE ACEPTADO 14
REQUISITOS PARA PACIENTES REMITIDOS AL HOMO 15
PACIENTE NO ACEPTADO 15
PACIENTE EN ESTADO CRITICO 16
VALORACIÓN DETALLADA: 16
ESTABILIZACIÓN 16
PROCESO DE REMISIÓN 17
REMISION DE PACIENTES DE NUEVA EPS TANTO PARA EL REGIMEN CONTRIBUTIVO COMO SUBSIDIADO, CAPITA Y EVENTO 23
REMISION DE PACIENTES POR SOAT 28
FURRIPS 28
INFORME DE TRANSITO (si lo tiene), COPIA DE SOAT, TECNOMECÁNICA, CÉDULA 29
REMISION DE UN USUARIO DE SURA AFILIADO TANTO AL REGIMEN CONTRIBUTIVO, SUBSIDIADO CAPITA Y EVENTO 30
PROCESO PARA LA REMISION DE PACIENTES AFILIADOS A FOMAG 30
PROCESO PARA REMISION DE USUARIOS DE COOSALUD 33
PROCESO PARA LA SOLICITUD DE REMISON PARA UN USUARIO DE ARL 33
PROCESO DE REMISION PARA USUARIOS DE LA POLICIA 34
PROCESO DE REMISION PARA USUARIOS DEL EJÉRCITO 35

PROCESO DE REMISION PARA DE USUARIOS QUE SE ENCUENTRAN PRIVADAS DE LA LIBERTAD EN ESTABLECIMIENTO CARCELARIO.....35
PACIENTE EN PROCESO DE REMISION EN LA PAGINA DE LA IPS UNIVERSITARIA 36
PACIENTES REGULADOS POR EL CRUE 38
CORREOS Y TELEFONOS DE REFERENCIA 40
DOCUMENTOS ASOCIADOS: 48
Base de datos de referencia y contrarreferencia 48
Lista de chequeo referencia y contrarreferencia.....48
Consentimiento informado 48
Hoja de traslado asistencial 48
7.2 REFERENCIA DE PACIENTES CON RIESGO OBSTETRICO 48
Categorización del riesgo reproductivo. 48
Referencia de paciente en estado de gestación.....51
Referencia y contrareferencia del recién nacido de bajo peso al nacer y/o prematuro ...51
7.3 MANEJO DE PACIENTE QUE REQUIEREN AISLAMIENTO 53
7.4 REMISIÓN DE ADULTOS O NIÑOS SIN ACOMPAÑANTE O EN ESTADO DE ABANDONO. 54
7.5 CONTRAREFERENCIA DE OTRAS INSTITUCIONES.....54
PRUEBAS REMITIDAS HACÍA MEDICINA LEGAL.....55
7.6 TRASLADO DE PACIENTES 55
Atención previa al Traslado.....56
Estabilización.....57
Información y documentos 57
Lista de chequeo donde se verifica.....57
Documentos 57
Datos para comentar al paciente:.....58
Información 59
Medios tecnológicos requeridos para la remisión: 59
Estabilización y medidas de traslado.....60
Colocación del Paciente.....60
Cuidado del paciente durante el desplazamiento.....61
Realización del Transporte 61

Vigilancia 61
Lista de chequeo, historia clínica del paciente 61
Control de problemas 62
Normas para manejo de sistemas visuales y sonoros de alerta en las ambulancias terrestres 63
Restricciones.....64
Efectos durante el transporte: 65
8. TALENTO HUMANO REQUERIDO.....67
9. RECURSOS: DISPOSITIVOS, MEDICAMENTOS, EQUIPOS BIOMEDICOS, MATERIALES.....67
10 PROCEDIMIENTO Y RESPOSABLES 67
11 SEGURIDAD: BARRERAS DE PROTECCIÓN 70
12. ENFOQUE DIFERENCIAL 70
7.6 ANEXOS.....70
GUIA DIDACTICA DE PLATAFORMAS PARA REFERENCIAS DE PACIENTES POR LAS DIFERENTES EAPB O CENTRO REGULADOR 71
PLATAFORMA CONEXIONES DE SAVIA SALUD EPS.....71
PLATAFORMA CRUE DEPARTAMENTAL ANTIOQUIA.....73
NUEVA EPS: 76
EAPB SURA 76
AUTORIZACIONES A POBLACION POBRE NO ASEGURADA (POBLACION GESTANTE). PLATAFORMA CRUE 77
RED HOSPITALARIA 77
Bibliografía.....79

2. INTRODUCCIÓN

En la E.S.E Hospital tiene un compromiso y una gran responsabilidad con la comunidad con el fin de ofrecerle los recursos humanos y técnicos científicos necesarios para garantizar la prestación de servicios de salud de primer nivel humanizados y seguros.

Somos conscientes de la capacidad resolutiva que como entidad de primer nivel de atención tenemos en el manejo de enfermedades complejas, y es por ello, que mediante este manual pretendemos tener un mecanismo claro y eficiente para diferir los usuarios que en un momento determinado necesiten atención en niveles superiores de complejidad, para que se le provean los servicios de salud requeridos para controlar o resolver las necesidades que no pudieron ser resueltas en la Institución, dado que superan su capacidad técnico científica.

Este manual es un instrumento para nuestro equipo de salud en todos los servicios, que nos ayuda y que además nos facilita la ubicación de los usuarios según las necesidades específicas de la condición de cada paciente en los diferentes niveles de atención. Es una guía con la descripción específica de los procesos y procedimientos para la referencia y contrarreferencia de un paciente.

3. OBJETIVOS

Objetivo general

Establecer los lineamientos y procedimientos para la adecuada gestión del proceso de referencia y contrarreferencia entre los diferentes niveles de atención en salud, garantizando la continuidad, oportunidad, pertinencia y calidad de la atención al usuario, en el marco del modelo de atención integral en salud.

Objetivos específicos

i. Estandarizar un proceso claro para el equipo de salud en la referencia y contrarreferencia de los usuarios.
ii. Brindar al usuario y su familia una atención oportuna y gestionar la continuidad de la misma en la red de servicios del área de influencia.
iii. Promover un manejo adecuado de la información.
iv. Facilitar la tarea del equipo de salud durante el procedimiento de referencia y contrarreferencia.

4. POBLACIÓN OBJETO - ALCANCE

POBLACIÓN OBJETO

La población objeto de este Manual de Referencia y Contrarreferencia está conformada por todos los usuarios del sistema de salud que ingresan a la institución en búsqueda de atención médica, y que por sus condiciones clínicas requieren ser remitidos a otro nivel de complejidad o, por el contrario, retornar para continuar su proceso de atención.

Incluye personas de todas las edades, sexos, etnias, orientaciones sexuales, niveles socioeconómicos, condiciones de salud y situaciones de vulnerabilidad, como: niños, niñas y adolescentes, mujeres gestantes, personas mayores, población con enfermedades crónicas, personas con discapacidad, víctimas del conflicto armado, población LGBTIQ+, y comunidades étnicas. Se garantiza en todo momento un enfoque diferencial, humanizado y centrado en las necesidades individuales y contextuales de cada usuario.

ALCANCE

Este manual aplica a todo el personal asistencial y administrativo que interviene en el proceso de referencia y contrarreferencia dentro de la institución de salud. Incluye desde la identificación de la necesidad de remisión, el diligenciamiento de los formatos requeridos, la articulación con los prestadores de otros niveles de complejidad, hasta la recepción de la contrarreferencia y el seguimiento integral del paciente.

Su implementación busca asegurar la continuidad de la atención, reducir las barreras de acceso a los servicios de salud y fortalecer la calidad, oportunidad y seguridad del proceso, en el marco del modelo de atención integral en salud y conforme a las Rutas Integrales de Atención definidas por el Ministerio de Salud.

5. DEFINICIONES

Atención en salud: servicios recibidos por los individuos o las poblaciones para promover, mantener, monitorizar o restaurar la salud.

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

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

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

Transporte asistencial: Es el servicio de salud donde se realiza el traslado y se brinda atención oportuna y permanente al paciente en ambulancia terrestres marítimas fluviales y aéreas.

Traslado no regulado: los traslados no regulados son aquellos en los que se transfieren pacientes a instituciones prestadoras de salud (IPS) de mayor complejidad, en búsqueda de recursos y que, por motivos administrativos o propios del transferido, se requieren con urgencia, omitiendo el conducto regular de la remisión.

Centro Regulador de urgencias y emergencias-CRUE: Unidad de carácter operativo no asistencia, 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 emergencias o desastre.

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

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

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

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

Usuario:
Toda persona que accede a los servicios de salud dentro del sistema general de seguridad social, independientemente de su condición socioeconómica, grupo etario o afiliación.

Enfoque diferencial:

Principio que reconoce las características específicas de las personas o poblaciones que requieren un trato prioritario y adaptado, según sus condiciones sociales, culturales, étnicas, de género, discapacidad, ciclo vital o situación de vulnerabilidad.

Continuidad en la atención:
Garantía de que el paciente reciba una atención ininterrumpida y coordinada a lo largo de los diferentes niveles del sistema de salud, según lo requiera su estado clínico.

Niveles de complejidad:
Clasificación del sistema de salud según los recursos técnicos, humanos y tecnológicos disponibles. Se dividen en baja (primer nivel), mediana (segundo nivel) y alta complejidad (tercer nivel).

Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS):
Conjunto de acciones articuladas que garantizan el acceso, atención, seguimiento y recuperación de la salud del usuario, conforme a su etapa de vida, condición o evento de salud.

6. MARCO TEÓRICO Y NORMATIVO

MARCO NORMATIVO

Norma	Contenido Relevante	Aplicación en el Proceso de Referencia y Contrarreferencia
Ley 100 de 1993	Crea el Sistema General de Seguridad Social en Salud.	Fundamenta el funcionamiento del sistema en niveles de atención articulados entre sí.
Ley 1751 de 2015	Ley Estatutaria de Salud. Reconoce la salud como derecho fundamental.	Garantiza la atención continua, oportuna, integral y sin barreras. Articula remisiones como derecho del paciente.
Ley 1438 de 2011	Reforma al SGSSS. Fortalece el modelo de atención primaria y redes integradas.	Obliga a la coordinación entre niveles de atención y la operación de redes funcionales.
Ley 1122 de 2007	Define responsabilidades de EPS e IPS.	Establece que las IPS deben garantizar una adecuada referencia y contrarreferencia dentro de la red contratada.
Decreto 4747 de 2007	Por medio del cual se regulan algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de	ARTÍCULO 17. PROCESO DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA. El diseño, organización y documentación del proceso de referencia y contrarreferencia y la

Norma	Contenido Relevante	Aplicación en el Proceso de Referencia y Contrarreferencia
	los servicios de salud de la población a su cargo, y se dictan otras disposiciones	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.
Decreto 019 de 2012-	"Decreto Anti trámites". Este decreto tiene como objetivo la simplificación de trámites y la eliminación de barreras burocráticas que dificultan el acceso a servicios y la eficiencia en la gestión pública en Colombia.	El artículo 120 del decreto ley 019 de 2012, señaló que tratándose de la atención ambulatoria, con internación, domiciliaria, de urgencias e inicial de urgencias, el trámite de autorización para la prestación de los servicios de salud lo efectuará de manera directa la institución prestadora de servicios de salud – IPS, por lo que se hace necesario modificar algunos de los 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.
Resolución 3047 de 2008	La Resolución 3047 de 2008, expedida por el Ministerio de la Protección Social, regula las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de esos servicios, definiendo formatos, mecanismos de envío, procedimientos y términos. Fue derogada por la Resolución 2335 de 2023 a partir del 1 de abril de 2024.	
Resolución 1220 de 2010:	Organización operación y funcionamiento de los centros reguladores de urgencias, emergencias y desastres CRUE	La resolución también regula la **referencia y contrarreferencia** de los pacientes en situaciones de emergencia, asegurando que los **CRUE** gestionen la correcta

Norma	Contenido Relevante	Aplicación en el Proceso de Referencia y Contrarreferencia
		derivación de los pacientes entre las diferentes instituciones de salud según el nivel de atención necesario.
Resolución 4331 de 2012	La Resolución 4331 de 2012 del Ministerio de Salud y Protección Social, que modificaba parcialmente la Resolución 3047 de 2008, fue derogada a partir del 1 de julio de 2025 por el artículo 20 de la Resolución 2335 de 2023**.**	
Resolución 3280 de 2018	Adopta las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS).	Define rutas por curso de vida y patologías; especifica cómo debe fluir el paciente en la red.
Resolución 3100 de 2019	Establece estándares de habilitación para prestadores de servicios de salud.	Requiere que la IPS tenga procedimientos claros, registros y trazabilidad del proceso de remisión.
Resolución 465 de 2025	Modifica la resolución 3100 de 2019	
Resolución 229 de 2020 (MAITE)	Modelo de Acción Integral Territorial.	Promueve la gestión articulada de los procesos en el territorio, incluyendo remisiones.
Resolución 2335 de 2023 a partir del 1 de abril de 2024.	Establecen los procedimientos y aspectos técnicos para la ejecución, seguimiento y ajuste a los acuerdos de voluntades y se dictan otras disposiciones	1. **Solicitud de Referencia**: Cuando el prestador de servicios de salud determine que el paciente requiere atención en un nivel superior, deberá diligenciar los campos establecidos en el Anexo Técnico No. 1 de la resolución, especificando el tipo de atención solicitada. 2. **Respuesta de la Entidad Responsable de Pago**: La entidad responsable de pago debe definir el prestador receptor dentro de su red integral e integrada de salud para la atención requerida o fuera de esta si no hay disponibilidad, con copia al prestador solicitante, e informará al paciente sobre el prestador receptor asignado. 3. **Tiempos de Respuesta**: ○ **Urgencias**: máximo 2 horas. ○ **Atención Prioritaria**: máximo 12 horas.

Norma	Contenido Relevante	Aplicación en el Proceso de Referencia y Contrarreferencia
		○ **Servicios Electivos o Programables**: máximo 5 días calendario. 4. **Acción en Caso de No Respuesta**: Si la entidad responsable de pago no responde dentro del término establecido, el prestador de servicios de salud remitente deberá informar al Centro Regulador de Urgencias, Emergencias y Desastres (CRUE) o a la Secretaría de Salud para que asigne el prestador receptor y el servicio de transporte **Procedimiento para la Gestión de la Contrarreferencia** 1. **Solicitud de Contrarreferencia**: Cuando el prestador receptor considere que el paciente puede continuar su manejo en el prestador de servicios de salud remitente o en otro prestador con servicios de menor complejidad, deberá enviar la solicitud de contrarreferencia a la entidad responsable de pago, utilizando los campos establecidos en el Anexo Técnico No. 1 y adjuntando la epicrisis, el resumen de atención o la hoja de atención de urgencias, según aplique. 2. **Proceso de Contrarreferencia Intermunicipal**: Cuando el prestador receptor esté ubicado en un municipio diferente al municipio de residencia del paciente, y acorde con su condición de salud, una vez concluida la atención, la entidad responsable de pago deberá iniciar el proceso de

Norma	Contenido Relevante	Aplicación en el Proceso de Referencia y Contrarreferencia
		contrarreferencia al prestador de servicios de salud que realizó la remisión inicial o a un prestador en el municipio de residencia del paciente que pueda dar continuidad al manejo clínico instaurado. **Actualización de Datos de Contacto** Los prestadores de servicios de salud deben actualizar los datos de contacto de los pacientes en las bases de datos de la entidad responsable de pago, utilizando los campos definidos en el Anexo Técnico No. 1. Esta actualización debe reflejarse en las bases de datos que se dispongan de manera posterior a los prestadores de servicios de salud y proveedores de tecnologías en salud de su red integral e integrada
Circular Externa 030 de 2022	Superintendencia Nacional de Salud.	Vigila y controla el cumplimiento del proceso de remisión y retorno entre prestadores y aseguradores.

NORMAS Y DOCUMENTOS CLAVES

Norma / Documento	Contenido / Aplicación Relevante
Decreto 0663 de 1993 - articulo 195 – atención de víctimas.	Los establecimientos hospitalarios o clínicos y las entidades de seguridad y previsión social de los subsectores oficial y privado están obligados a prestar la atención médica en accidente de tránsito.
Ley 1098 de 2006 (Código de Infancia y Adolescencia)	Garantiza el derecho a la salud de niños y adolescentes, incluyendo atención oportuna y continuidad de servicios. Fundamental para remisiones pediátricas.
Ley 1616 de 2013 – Salud Mental	Promueve atención integral, continua y sin barreras para personas con trastornos mentales. Incluye rutas de remisión a salud especializada.

Resolución 5596 de 2015:	por la cual se definen los criterios técnicos para el sistema de selección y clasificación de pacientes en los servicios de urgencias "triage"
Resolución 2048 de 2015	Adopta el **Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS)**. Define la articulación funcional de redes y la referencia como eje de continuidad.
Resolución 1536 de 2015	Define criterios de calidad para el traslado de pacientes entre IPS (traslados primarios, secundarios y terciarios).
Resolución 518 de 2015	Lineamientos del componente **extramural y domiciliario**. Implica que la referencia también puede ocurrir desde espacios comunitarios.
Decreto 780 de 2016 (Decreto Único Reglamentario del Sector Salud)	Integra normas sobre la operación del sistema, incluyendo disposiciones sobre redes de servicios, coordinación interinstitucional y atención continua.
Circular 047 de 2007 – Minsalud	Define los estándares para la operación de las redes integrales de servicios, incluyendo el flujo de referencia.
Guía Técnica para la Implementación de las RIAS – Minsalud (2019)	Herramienta metodológica que explica cómo implementar rutas, incluyendo los pasos de remisión en cada curso de vida.
Guía de Buenas Prácticas en Referencia y Contrarreferencia – Minsalud (documento técnico no normativo)	Recomendaciones prácticas para mejorar la calidad del proceso, trazabilidad y comunicación entre IPS.
Resolución 544 de 2023	Por la cual se modifica la Resolución 3100 de 2019 en el sentido de adecuar algunos aspectos relacionados con la inscripción de prestadores y la habilitación de servicios de salud
Resolución 465 de 2025	"Por la cual se modifican los artículos 4, 5, 7, 19 y 20 de la Resolución 3100 de 2019 modificada por la Resolución 544 de 2023"

importancia de estas normas complementarias:

- Aseguran **atención diferencial**, continua y segura para poblaciones especiales (niños, gestantes, personas con salud mental, etc.).
- Establecen **criterios técnicos** para garantizar la oportunidad, legalidad y responsabilidad en el proceso.
- Refuerzan el **rol articulador de las EPS y de los entes territoriales** en la vigilancia de redes funcionales de atención.

- Permiten que el manual sea compatible con otros documentos institucionales como el **Sistema de Gestión de Calidad**, **Habilitación**, **MIAS** y **acreditación en salud**.

7. DESARROLLO DEL PROTOCOLO

7.1 REFERENCIA DESDE EL SERVICIO DE URGENCIAS Y HOSPITALIZACIÓN

- De acuerdo a las condiciones de salud del paciente en caso de ser necesario la remisión de un paciente en los servicios de urgencias y hospitalización, el profesional encargado del paciente realiza la orden de remisión en el sistema de historia clínica y diligencia el anexo 3 respectivo, especificando si la remisión es prioritaria o no, la especialidad o estudio solicitado y la aseguradora de afiliación del paciente.
- El profesional a cargo del paciente entrega el anexo 3 al personal auxiliar de enfermería o de facturación del servicio para que se inicie el proceso de remisión, los cuales se encargan de realizar las llamadas de contacto con las instituciones de niveles superiores.
- Es el profesional encargado del paciente el responsable de presentar la condición clínica del paciente al centro de referencia.
- Al momento de ser aprobada la remisión del paciente, el profesional a cargo del mismo realiza la anotación en la historia clínica, consignando el nombre de la institución, el nombre del profesional que autoriza la remisión y el código de aceptación de la remisión.
- El profesional a cargo del paciente luego de aprobada la remisión, informa al personal auxiliar de facturación para realizar la solicitud de ambulancia en caso de ser necesario, el médico a cargo del paciente debe dejar establecido en la historia clínica si el traslado es básico o con acompañamiento de médico, de acuerdo a la condición clínica del paciente.
- Los traslados primarios de pacientes en estado crítico (camillazos), deben tener el mismo proceso, es responsabilidad del profesional a cargo del paciente la decisión de hacer el traslado sin la autorización respectiva por parte la institución receptora.
- Toda referencia en ambulancia, es realizada con la empresa contratada para el trasporte asistencial de pacientes, debe ser acompañada por auxiliar de enfermería de la empresa de trasporte, se permite el acompañamiento de un familiar o acudiente del paciente o médico si la condición clínica del paciente lo amerita.

PACIENTE ACEPTADO

- Diligenciar completamente el Formato de remisión
- Diligenciar historia clínica y epicrisis anotando el estado de salida del paciente, IPS receptora, médico que autoriza y los procedimientos realizados, el tipo de ambulancia solicitada y si el traslado es con médico o no.

- Cerciorarse de que el paciente tenga todos los documentos y todos los paraclínicos necesarios para la atención en otra IPS, incluyendo Historia Clínica.
- Llevar fotocopia de Historia Clínica y los documentos personales.
- Continuar con los medicamentos y equipos que el médico ordene y que son necesarios para el tratamiento durante el traslado.
- Solicitar a la empresa contratada para el traslado asistencial básico la ambulancia; en caso de que no requiera traslado en ambulancia se explica al paciente que debe viajar por sus propios medios al sitio de remisión y entregarle los documentos necesarios.
- Toda remisión de maternas desde el servicio de urgencias u hospitalización debe ser en ambulancia con personal médico en caso de ser por una complicación del estado de gravidez o trabajo de parto.
- Toda remisión debe ser registrada en el libro de seguimiento a las remisiones de cada servicio, para realizar el respectivo análisis y seguimiento en los gerenciales.

REQUISITOS PARA PACIENTES REMITIDOS AL HOMO

1. Comentar al paciente: el médico remitente debe comentar el paciente telefónicamente con el Psiquiatra del servicio de urgencias a los Teléfono: 4548200 ext.: 352, 353, 354
2. Documentos requeridos:
   - Documento de identidad.
   - Certificado del sisben actualizado
   - Incluir: el estado en que llega el paciente a la institución que remite. Si se aplicó sedación u otros medicamentos, cuales, y a qué hora y nombre del médico o del funcionario que autorizó la remisión en la ESE HOMO.
3. Todo paciente debe ser trasladado con un acompañante: El paciente debe ser enviado con una persona responsable, quien debe disponer de tiempo para la realización de trámites requeridos y asumir la parte económica.
4. Exámenes de laboratorio previo: realizar los exámenes de primer nivel requeridos para descartar otras patologías. Los resultados deben ser registrados en la historia clínica o enviar fotocopia de los mismos.
5. Paciente intento suicida: sólo se deben remitir después de ser estabilizados médicamente; la evaluación por psiquiatría debe realizarse después de 72 horas de estabilización del paciente.

PACIENTE NO ACEPTADO

- Continuar con la atención del paciente en el servicio de urgencias u hospitalización, hasta ser aceptado en la institución de nivel superior.
- Pacientes en espera de remisión en el servicio de urgencias con más de 6 horas de observación o aceptados para el siguiente día, debe ordenarse su hospitalización con órdenes médicas de manejo en la historia clínica, hasta el momento de su traslado.

- Anotar en la Historia Clínica del paciente todas las causas de no aceptación de la remisión, especificando nombre de la institución y al profesional al cual se comenta el paciente.

PACIENTE EN ESTADO CRITICO

El paciente que ingresa al servicio de urgencias o este en otro de los servicios asistenciales de la ESE como hospitalización o consulta externa, con riesgo actual o potencial para la vida que requiere traslado de forma inmediata por compromiso de las funciones vitales (respiratoria, cardiológica y neurológica) es de gran importancia garantizar al máximo la estabilidad previa del paciente antes de su traslado. Se considera estabilizado aquel en que todos los procedimientos de soporte vital se han puesto en marcha antes de iniciar el traslado, minimizando los riesgos de deterioro y evitando complicaciones de las funciones vitales, siguiendo los siguientes pasos:

• A. Vía aérea con o sin control de la columna cervical, según el caso.
• B. Control de la ventilación y respiración
• C. Control de las hemorragias y soporte circulatorio.
• D. Examen neurológico
• E. Exposición del paciente con prevención de hipotermia

Valoración Detallada:

Tendrá como objetivo el reconocer de forma sistemática y completa el estado de salud del paciente para poder detectar cualquier problema añadido, ya sea actual o de sus propios antecedentes que pudieran complicar la estabilización inicial del paciente.

Se registrará en la historia clínica todos aquellos datos, valores analíticos y parámetros obtenidos durante la intervención con el paciente.

Se revisarán todas las medidas de soporte iniciadas con el paciente, circulatorias, respiratorias, catéteres, vías, tipo de fluidos, medicación, etc.

Se completará la valoración con el examen del estado neurológico y con la previsión de si tiene o no necesidad de intubación.

Estabilización

Es necesario estabilizar al paciente previamente al traslado para prevenir complicaciones durante el mismo y al mismo tiempo llegar en mejores condiciones a los centros hospitalarios para su posterior tratamiento.

Por estabilización se entiende:

• La puesta en marcha de todas las acciones protocolizadas de soporte hacia la persona críticamente enferma o /y traumatizada con el fin de mantener y/ restaurar las funciones vitales.
• Acciones de caracteres imprescindibles y necesarios para realizar antes de iniciar el traslado
• Realizadas de forma rápida y al mismo tiempo eficaz.

En este caso lo primordial es garantizar el bienestar del paciente. Por tal motivo los trámites administrativos pasan a un segundo plano; pero mínimamente se necesita la identificación del usuario y su afiliación al sistema para determinar la red de prestadores a los cuales puede enviarse el paciente.

Mientras transcurre el trámite de la ubicación en la red hospitalaria comuníquese inmediatamente con el personal de ambulancia (conductor y auxiliar de enfermería); además determine la necesidad de que el paciente sea acompañado durante el traslado asistencial básico por el medico disponible de la Institución. Sólo en caso de estricta necesidad uno de los médicos de turno podrá abandonar el servicio de urgencias y acompañar el paciente y deberá tener previa autorización de su jefe inmediato.

En caso de no contar con la ambulancia institucional se cuenta con las líneas telefónicas de prestadores particulares del servicio de transporte asistencial básico como ambulancias Alpha, León XVIII o con las IPS cercanas, y se equipara de acuerdo a las necesidades del usuario.

Si no ha podido ubicar el paciente y se deteriora su estado clínico consigne en la historia clínica y explique a sus familiares los motivos de la demora en la remisión; Informe inmediatamente al líder del proceso de urgencias o a la subdirección científica cualquier dificultad presentada. En caso de traslado como emergencia, se deberá notificar a la entidad a la cual se dirigen con el paciente sobre las condiciones del usuario, al CRUE y además las necesidades que se tienen.

Para el paciente particular, la capacidad de pago al momento puede determinar una limitación para su ubicación en la red, en este caso debe hablar con sus familiares y clarificar las posibilidades de remisión. Consigne todo en la historia clínica.

En los casos en los que se realicen tratamientos o procedimientos sin agotar el trámite de solicitud de autorización en concordancia con lo establecido en la Resolución 3047 la factura será glosada por falta de soportes.

PROCESO DE REMISIÓN

Todo usuario al que se le inicie proceso de remisión debe ser comentado en el centro regulador de su EPS por el medico de turno solicitando proceso de remisión al igual si la EPS tiene plataforma se monta este proceso y se envía a los correos de EPS correspondiente y a la red hospitalaria para tramite de remisión.

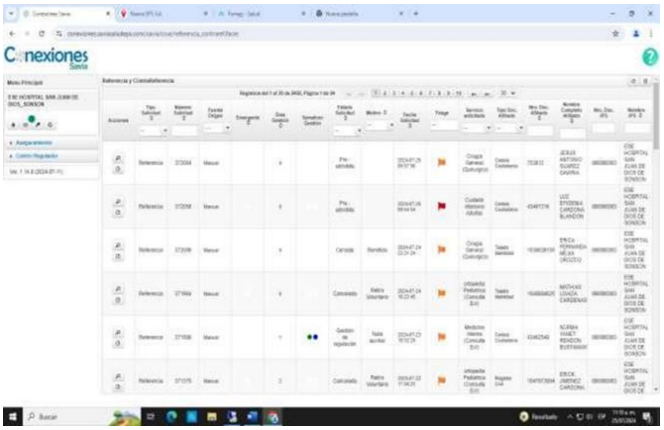
	SAVIA SALUD
CORREO	notificaciones.crue@saviasaludeps.com
TELEFONO	**6044481717**
WHATSAPP	**333 6025205**
CODIDO DE HABILITACION	**57560239401**

Aplica para régimen contributivo, subsidiado y evento con una sola novedad, el régimen subsidiado capitado para Sonsón no necesita autorización.
Para diligenciar la remisión de pacientes por savia salud procedemos de la siguiente manera:
Ingresamos al portal https://conexiones.saviasaludeps.com/savia/así

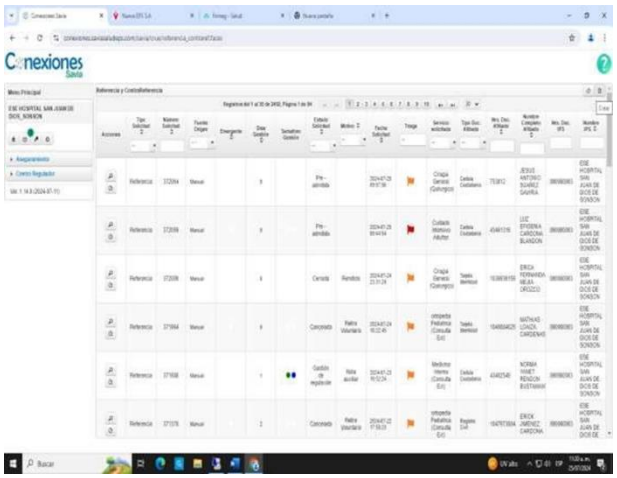
1. Se abre el portal donde ubicamos referencia 890980003c01 ya tiene la clave predeterminada así que es solo dar clic e ingresamos a diligenciar la referencia.

2. Vamos al lado izquierdo de la pantalla ubicamos centro regulador le damos clic y nos despliega una pestaña “Referencia y contra referencia”

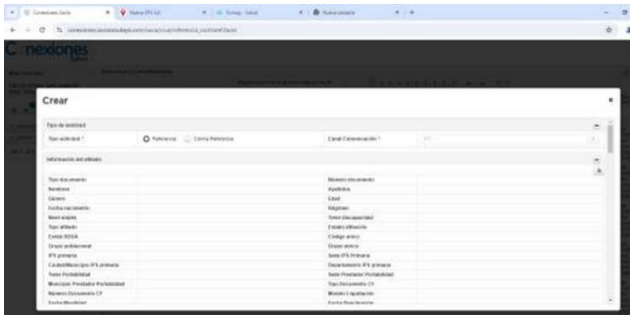
3. Al dar clic en la pestaña de referencia y contrarreferencia se abre la pestaña donde vamos a empezar a diligenciar la referencia del usuario



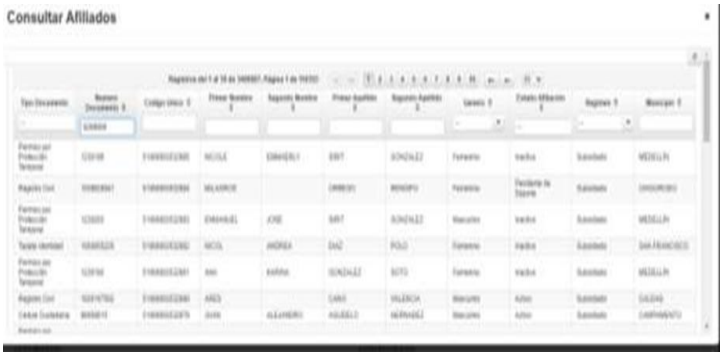
4. En el lado derecho de la pantalla donde encontramos un icono en forma de hoja al colocar el cursor sale opción “Crear”



5. Le damos clic en crear y nos despliega la siguiente ventana



6. Al dar clic sobre el icono nos va a desplegar la siguiente ventana consultar afiliados
7. Vamos a la ventana que dice número de documento, se digita el número de la persona y se le inicia proceso de remisión.



8. Al digitar el número de documento le damos enter y tenemos la siguiente información Nombre completo del usuario documento, estado de afiliación, régimen al que está afiliado y municipio.

9. Cerramos esta pestaña y el sistema nos regresa a la pestaña CREAR donde vamos a seguir diligenciando todos los datos solicitados INFORMACION DEL ACOMPAÑANTE

10. La siguiente información que debemos diligenciar es la de la IPS allí vamos al lado derecho donde nos encontramos con un icono en forma de casa. damos clic en él y se nos abre la pestaña donde aparece la IPS

11. Cuando damos clic en la sede automáticamente se carga la información de la IPS o centro de salud seleccionado.
12. El siguiente paso en generar los datos del personal que solicita la referencia es decir el medico que genera el anexo 1 para remitir al usuario, en este paso simplemente

diligenciamos el tipo y documento del profesional su cedula de ciudadanía y damos clic, automáticamente se cargan los datos del médico.

13. El siguiente paso es la información que debemos ingresar sobre el servicio al cual se remite el paciente servicio que refiere y solicita es el mismo este dato lo encontramos en el anexo 1 que diligencia el médico para este ejemplo vamos a solicitar cirugía general entonces en servicio que refiere damos clic en el icono y se nos abre la siguiente pestaña.

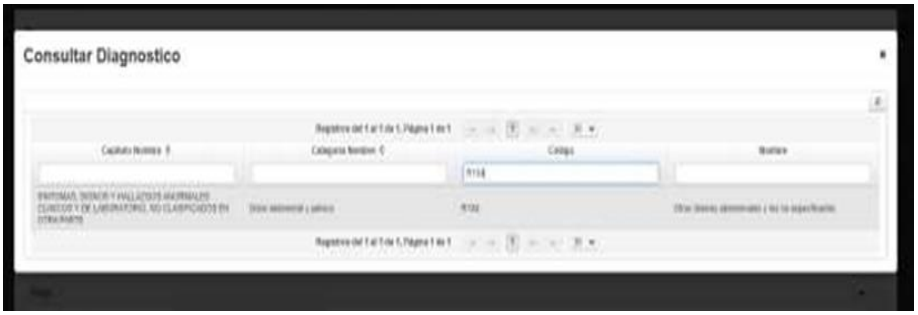
14. En esta pestaña en la parte superior donde nos marca nombre vamos a digitar la especialidad ejm CIRUGIA GENERAL y damos enter nos salen 2 especialidades siempre vamos a elegir la que aparezca con Cirugía General (Consulta Ext) y damos enter para que se cargue la especialidad a remitir.

15. La Información de atención no lo diligenciamos pasamos directo a informante que es el nombre de la persona que está diligenciando la remisión y el cargo en este caso quedaría así **NUESTRO NOMBRE CON APELLIDO EN INFORMANTE, CARGO FACTURACION O APOYO FACTURACION O SU CARGO ESPECIFICO Y EN TELEFONO EL NUMERO DE CELULAR INSTITUCIONAL NUNCA NUESTRO NUMERO PROPIO.**
16. Se sigue diligenciando el formulario con la información clínica relevante todo esto lo diligenciamos exactamente con los datos consignados por el médico en el anexo técnico 1 y en la HC del usuario.
17. Diligenciamos a continuación los antecedentes del usuario si tiene.

18. En la casilla de signos vitales vamos a la HC del usuario y allí podremos ver la información que nos solicita y la descargamos en cada uno de los ítems como **temperatura, fc, peso, talla, saturación de oxígeno, frecuencia cardiaca.**

En escala de Glasgow igual colocamos la escala que califica el medico sin más detalles solo buscamos el número y seguimos con la casilla siguiente en diagnostico vamos al icono que aparece en la parte superior izquierda y le damos enter.

19. Al dar enter nos abre una ventana donde vamos a digitar el código del diagnóstico el cual está debidamente diligenciado en el anexo 1, en código digitamos el diagnóstico y damos enter allí nos aparece el diagnóstico y sobre estos damos entre para que se agregue a la solicitud.



20. NIVEL DE TRIAGE el cual también esta especificado en el anexo 1, señalamos según anexo y damos enter para que cargue, señalamos la clasificación de TRIAGE y en motivo de la remisión copiamos lo que el medico digita en el anexo 1.
21. En adjuntos va el anexo 1 el resultado de los paraclínicos si los tiene y la epicrisis del usuario que hemos escaneado previamente antes del inicio del formulario y damos guardar, cuando se anexen los documentos se guara y en la parte superior de la pantalla nos aparece un cuadro el cual nos da el número que genero la solicitud para la remisión este número lo debemos anotar en el anexo 1 para poder comunicarnos con la EPS SAVIA SALUD y que la EPS inicie el proceso de remisión del paciente.

De esta forma queda el anexo 1 diligenciado EN LA PAGINA DE CONEXIONES.

Cuando quede enviado llamamos a la línea de savia salud **018000423683** opción **212** digitamos NIT 890981532-4 y el número de habilitación 0557605929 y un asesor nos atiende allí damos el número de la solicitud e inmediatamente ingresan el paciente a proceso de remisión. También tenemos un numero de WhatsApp donde podemos solicitar el ingreso al proceso de remisión del usuario este número es el siguiente 3336025205 allí respondemos a las preguntas y un asesor nos ingresa también el paciente al proceso de remisión, después de esto nosotros debemos enviar los mismos documentos que escaneamos en la solicitud al correo de notificaciones de savia salud y a la red de clínicas y hospitales que se tiene en el correo institucional.

Cuando el paciente de savia salud por evento o por régimen contributivo sea aceptado, savia salud debe generar también autorización para traslado de ambulancia, inmediatamente obtengamos la aceptación del paciente debemos informar a la EPS para que nos generen los códigos necesarios.

Informar al médico de turno y realizar el proceso de facturación y llamado de conductor, enfermero y medico si es requerido para la remisión.
Todas las entidades del régimen contributivo, especial y evento deben generar autorización para traslado en ambulancia.

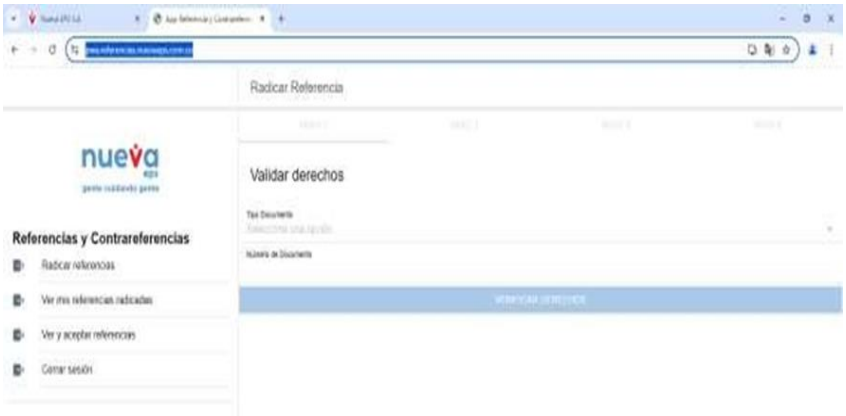
REMISION DE PACIENTES DE NUEVA EPS TANTO PARA EL REGIMEN CONTRIBUTIVO COMO SUBSIDIADO, CAPITA Y EVENTO

NUEVA EPS	
TELEFONOS	
REFERENCIA CONTRIBUTIVO	**referencia.contrareferencia@nueva eps.com.co**
REFERENCIA SUBSIDIADO	
OXIGENO INTRAHOSPITALARIO	**gestores.intrahospitalarias@nuevaeps.com.co**
SOLICITUDES INTRAHOSPITALARIAS CONTRIBUTIVO	**solicitudespos.intrahospitalarias@nuevaeps.com.co**
SOLICITUDES INTRAHOSPITALARIAS SUBSIDIADO	**solicitudespos.intrahospitalariassub@nuevaeps.com.co**
SUBSIDIADO	**FIJO 018000952010**
CONTRIBUTIIVO	**FIJO 018000948811**
PLATAFORMA	

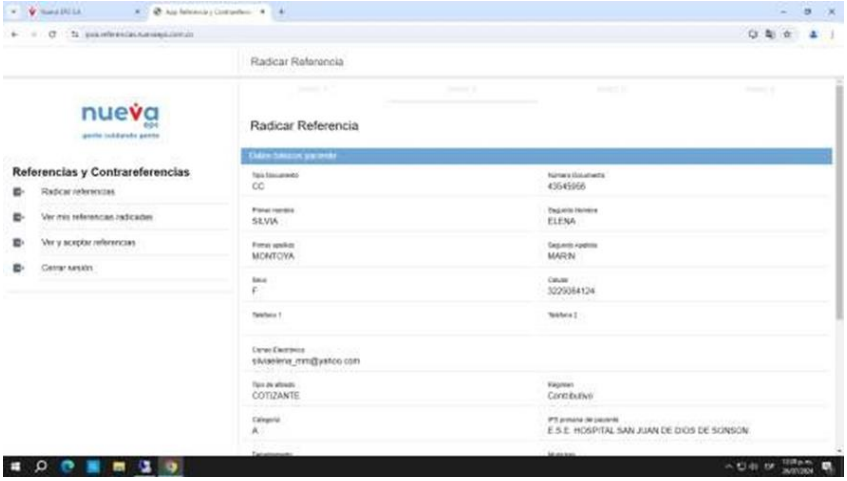
URGENCIAS, HOSPITALIZACION EXAMENES DE 2 NIVEL.	**USUARIO Y CONTRASEÑA: 1047964275** **https://portal.nuevaeps.com.co/Portal/home.jsp x**
PLATAFORMA REMISION	**https://pwa.referencias.nuevaeps.com.co/login**

El médico que decide iniciar el proceso de remisión de un usuario de Nueva EPS nos debe diligenciar el ANEXO TECNICO 1 el cual debe ser escaneado, más Epicrisis o Historia Clínica, vamos a la plataforma de NUEVA EPS para ingresar el paciente en proceso de remisión ingresamos a la dirección.

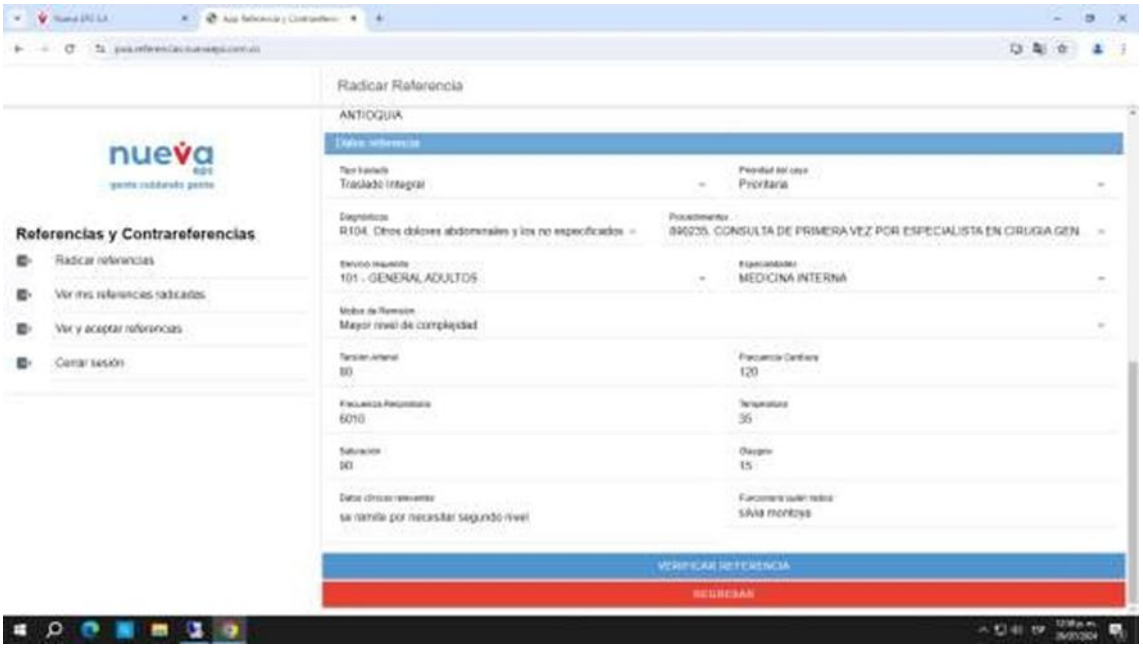
1. https://pwa.referencias.nuevaeps.com.co , se abre la siguiente ventana allí lo primero que nos pide es validar derechos digitamos el tipo y numero de documento para la verificación.



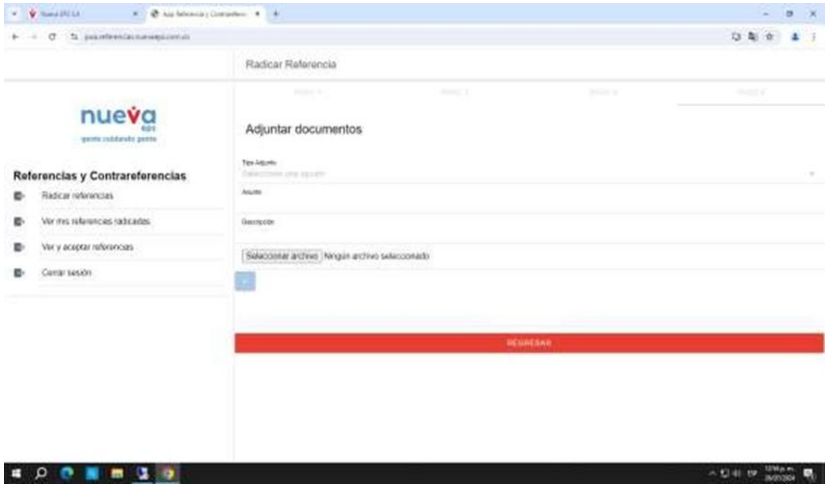
2. Se dirige a datos de referencia donde nos pide tipio de traslado y se abre una pestaña donde vamos a elegir el traslado integral.



3. Se continúa seleccionando en prioridad del caso seleccionamos prioritario, en diagnostico elegimos el diagnostico por el cual lo remite el medico en procedimiento se digita el CUPS de la especialidad a remitir, estos CUPS están al final del documento, terminamos de completar los datos solicitados y damos enter en VERIFICAR REFERENCIA.

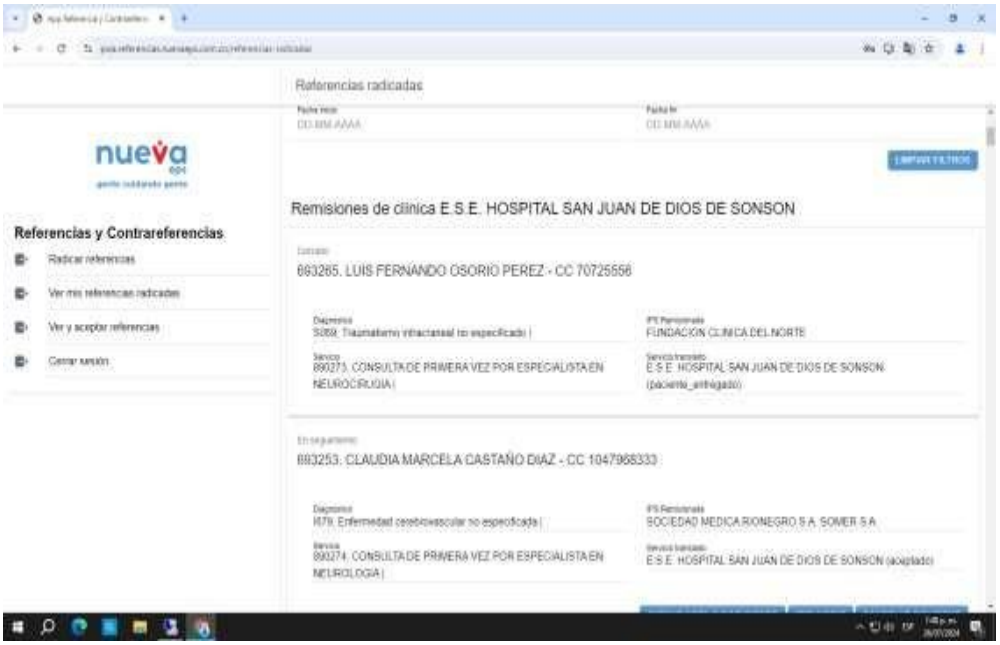


4. cuando se verifique que todos los datos están bien bajamos a la pestaña siguiente, Allí adjuntamos los documentos tales como anexo 1, historia clínica y resultado de laboratorios.

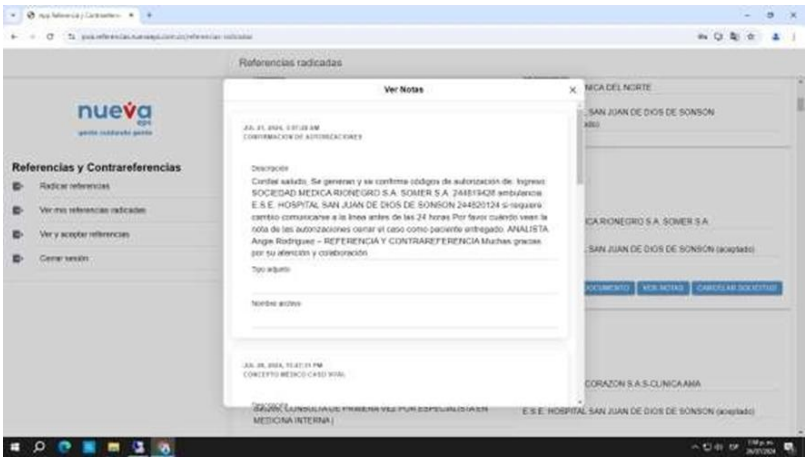


5. Para tener un seguimiento del proceso de remisión entramos al portal y vamos a la pestaña VER MIS REFERENCIAS RADICADAS.

6. Cuando entramos a esta pestaña, se observa cómo va el proceso de remisión del paciente si fue aceptado y en que IPS.



Bajamos a la pestaña de ver notas y allí encontramos el lugar de aceptación y los códigos que nos generan.



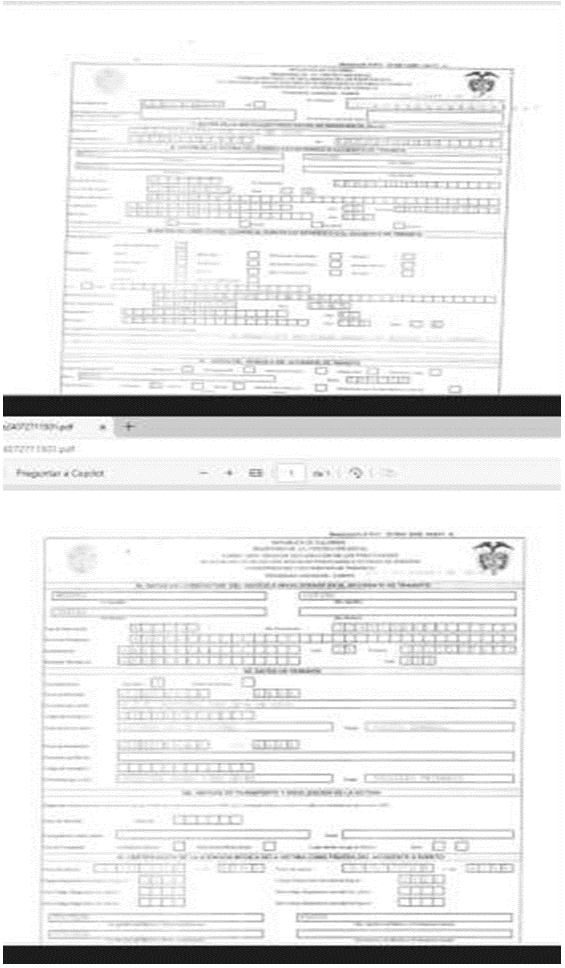
Si el paciente no ha sido aceptado por plataforma y recibimos una aceptación por correo en notas podemos escribir el lugar el lugar y quien no lo acepta solicitando códigos para ingreso y de necesitar también el código de traslado TODO EVENTO DEBE TENER CODIGO DE AUTORIZACION DE TRASLADO EN AMBULANCIA, inmediatamente obtengamos la aceptación del paciente debemos informar a la EPS para que nos generen los códigos necesarios, informar al médico de turno y realizar el proceso

de facturación y llamado de conductor, enfermero y medico si es requerido para la remisión.

REMISION DE PACIENTES POR SOAT

Para solicitar la remisión de un paciente por SOAT debemos escanear el ANEXO 1, más los documentos del SOAT y enviarlos a los correos de las diferentes instituciones las cuales nos responderán si es aceptado o no el paciente la aceptación de un paciente la imprimimos y se la entregamos al médico para que gestione la salida del paciente y nosotros poder llamar la ambulancia para dicha remisión, toda remisión por SOAT debe salir con facturada generada, FURRIPS y carta de gastos LOS DOCUMENTOS QUE DEBE TENER UNA REMISION POR SOAT Y DEBEMOS ENTREGAR AL ENFERMERO EN CARGADO DE TRASLADAR AL PACIENTE SON LOS SIGUIENTES:

FURRIPS



INFORME DE TRANSITO (si lo tiene), COPIA DE SOAT, TECNOMECÁNICA, CÉDULA

REMISION DE UN USUARIO DE SURA AFILIADO TANTO AL REGIMEN CONTRIBUTIVO, SUBSIDIADO CAPITA Y EVENTO.

SURA EPS	
CORREO	**sucruch@epssura.com.co**
TELEFONO	**6044486115 - 018000519519**

El médico que determina remitir el paciente debe diligenciar el ANEXO TECNICO 1 el cual lo escaneamos y lo enviamos al correo de referencia de SURA como a los demás correos de la red hospitalaria se debe comunicar al médico con la línea del prestador para que comente al paciente que se va a remitir siempre debemos estar pendientes de estos correos para agilizar la remisión del paciente si por medio de uno de estos nos aceptan un paciente llamamos a la línea de SURA 4486115 o a los celulares de la EPS informando la aceptación del paciente para que nos generen código de ingreso a la institución que acepta y código de autorización para el traslado en la ambulancia.

PROCESO PARA LA REMISION DE PACIENTES AFILIADOS A FOMAG

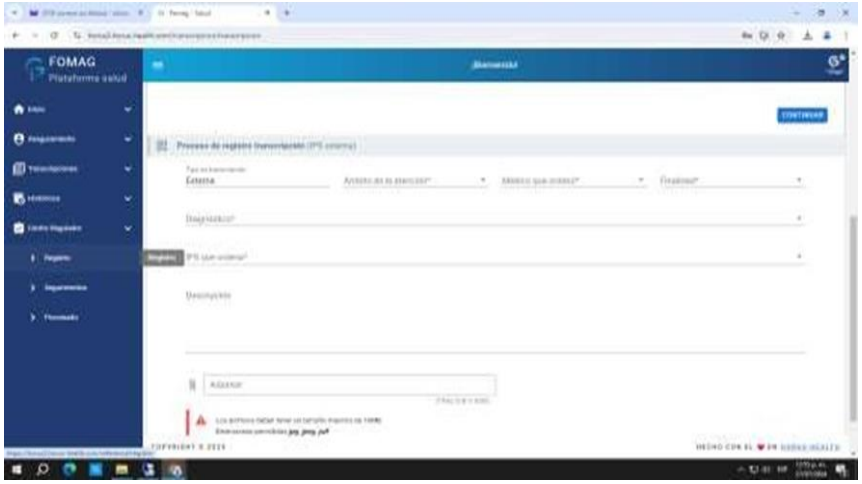
SE ACLARA QUE LOS PACIENTES AFILIADOS A ESTE REGIMEN ESPECIAL SON EVENTO PARA LA ESE ASI QUE NECESITA AUTORIZACION DE TRASLADO (AMBULANCIA)

FOMAG	
CORREO AUTORIZACIONES	**proveedoresfomag@fiduprevisora.com.co**
LINEA TELEFONICA	**1800180510**
TELEFONO FIJO BOGOTA	**601-2116800**

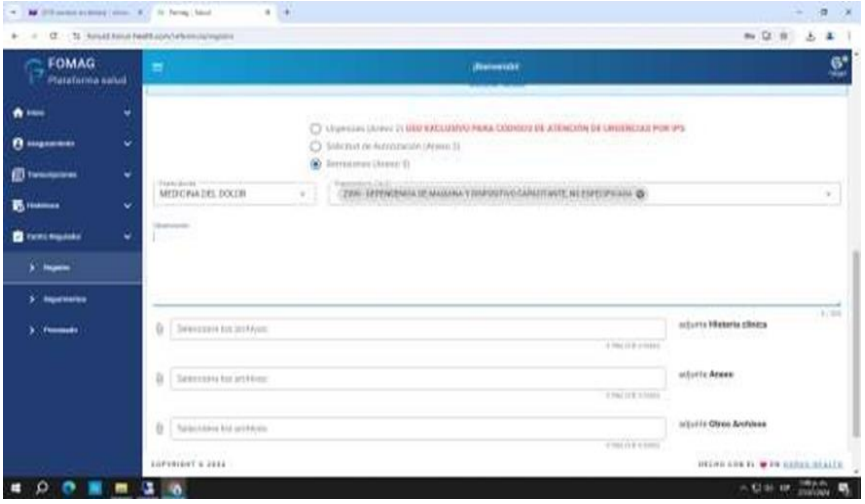
El médico que determina remitir el paciente debe diligenciar el ANEXO TECNICO 1 el cual lo escaneamos además de la HISTORIA CLINICA y lo enviamos a los correos de las diferentes IPS además debemos ingresar a la plataforma FOMAG y montar el proceso de remisión hará el usuario de la siguiente manera.
Ingresamos al siguiente enlace **https://horus2.horus-health.com/**

1. En esta pantalla está el usuario y clave predeterminado solo damos enter en ingresar para poder empezar a diligenciar el proceso de remisión del usuario en la plataforma.

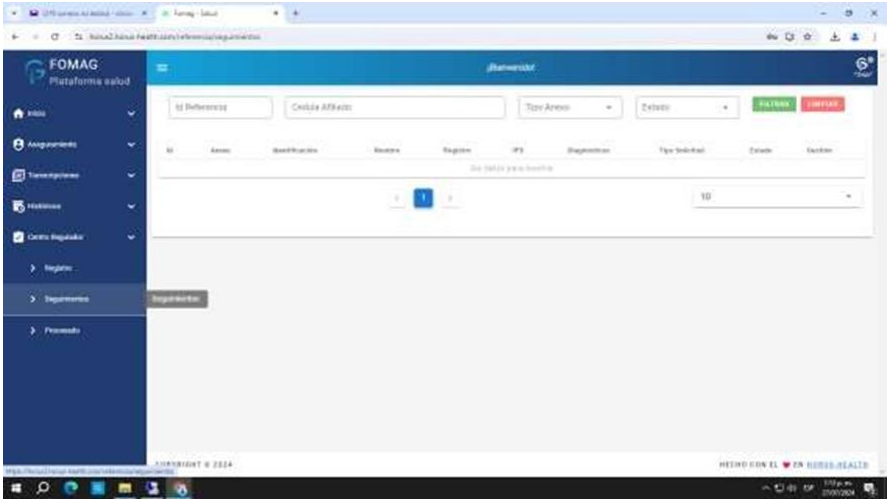
2. Se dirigen a la parte izquierda de la pantalla en CENTRO REGULADOR y REGISTRO allí empezamos a diligenciar todos los datos que nos solicita el portal.



3. En proceso de registro y transcripción diligenciamos los datos solicitados y adjuntamos el ANEXO 1 Y LA HC DEL USUARIO cuando adjuntemos estos archivos le damos guardar y nos lleva a otra pantalla para seguir diligenciando el proceso.
4. La pantalla nos pide señalar que clase de ordenamiento necesitamos le digitamos procedimientos y nos carga otra ventana donde seguimos diligenciando el formato.



5. En esta pantalla seleccionamos REMISION ingresamos la especialidad (la solicitada por medico en ANEXO) y el diagnostico (por el cual se remite lo encontramos en el ANEXO 1 CIE10). En observaciones podemos copiar y pegar lo solicitado por el medico en el ANEXO (resumen enfermedad actual)
6. Por último, adjuntamos los archivos requeridos y vamos al icono verde donde vamos a generar la remisión. Estos son los pasos para remitir el paciente, en la pestaña seguimiento al diligenciar el documento podemos ir mirando donde ha sido comentado el usuario y si ha sido aceptado o negado por IPS.



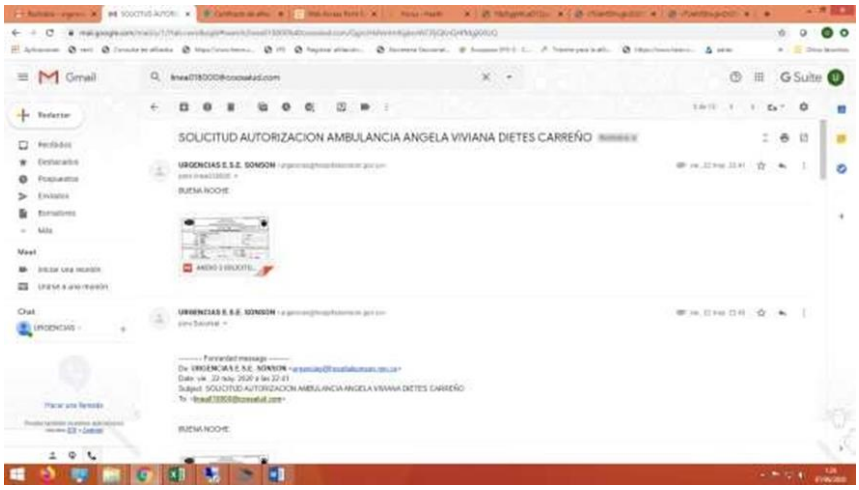
Si el paciente es aceptado por correo debemos informar a FOMAG para que nos autoricen el traslado del paciente a la IPS, muy importante ningún paciente que sea aceptado por plataforma o correo debe salir de la ESE sin orden para ingreso a la institución aceptadora.

En caso de ser primario se informa a la EPS del usuario vía correo o vía celular que el paciente sale en traslado primario.

PROCESO PARA REMISION DE USUARIOS DE COOSALUD

Para solicitar la REMISION remisión de un usuario de COOSALUD a nivel mayor de complejidad debemos escanear el ANEXO 1 que es la solicitud de remisión y enviarlo junto con HC de usuario como archivo adjunto al correo sucursal.antioquia@coosalud.com, y linea018000@coosalud.com y a la red hospitalaria solicitando la remisión del paciente.

Se debe llamar a la línea de COOSALUD 018000515611 o al celular 3187116714 también al centro de atención telefónica para Antioquia 2609983 comunicamos a medico con asesor para que comente a usuario y se inicie el trámite de remisión, cuando el paciente es aceptado Coosalud nos debe generar los códigos de ingreso a institución que acepta a paciente y código de autorización de traslado en ambulancia.



La autorización se imprime y se anexa a la facturación del paciente**.**

PROCESO PARA LA SOLICITUD DE REMISON PARA UN USUARIO DE ARL

SURA ARL	
CORREO AUTORIZACIONES	**salucasa@suramericana.com.co**
TELEFONO FIJO	**6044444578**

POSITIVA ARL	
CORREO AUTORIZACIONES	**notificacion.autorizaciones@positiva.gov.co**
REFERENCIA	**lineaespecializada@positiva.gov.co**
TELEFONO	**FIJO 018000111170**

COLMENA ARL	
CORREO AUTORIZACIONES	**autorizaciones@colmenaseguros.com**
TELEFONO	**FIJO 018000919667**

COLPATRIA ARL	
CORREO AUTORIZACIONES	**cias.colpatriagt@axacolpatria.co**
TELEFONO	**FIJO 018000411987**

Para solicitar la REMISION A NIVEL MAYOR DE COMPLEJIDAD de un usuario de ARL debemos escanear el ANEXO 1 que es la solicitud de REMSION más HC y enviarlo como archivo adjunto al correo de la ARL del usuario y a la red hospitalaria y comunicar a medico quien solicito la REMISION con la línea de la ARL del usuario para comentar al usuario y así inicia el proceso de remisión del usuario si por correo alguna institución nos acepta a usuario se informa a médico y se comunica a medico con ARL para que informe la aceptación del usuario en nivel mayor de complejidad la ARL debe generarnos códigos ingreso a la institución que acepta a usuario y código de autorización para traslado de ambulancia de usuario los cuales deben quedar consignados en el RIPS del usuario.

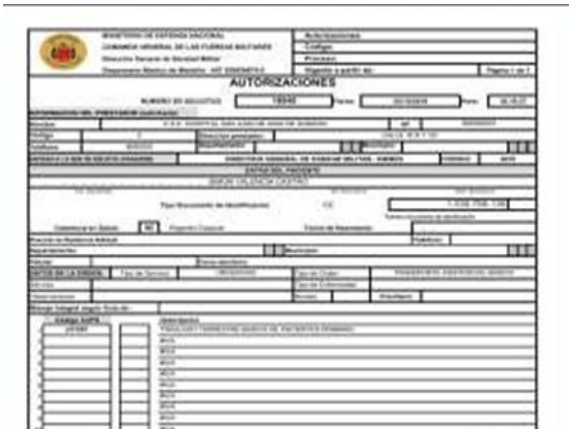
PROCESO DE REMISION PARA USUARIOS DE LA POLICIA

DISANREFER-NAL<disan.refer-nal@policia.gov.co>, DISAN RASE6-AUTORIZA <disan.rase6-aut@policia.gov.co>,DISAN GRISS-AUT <disan.griss-aut@policia.gov.co>, disan.notificacion@policia.gov.co, MEVAL SECSA-AUTORIZA <meval.secsa-aut@policia.gov.co>, <meval.scsa-aut@policia.gov.co>, MEVAL SECSA - REMISIONES REFERENCIA <meval.secsa-rem@policia.gov.co>, meval.secsa-nivel1@policia.gov.co,

1. El médico tratante debe diligenciarnos el ANEXO TECNICO 1, lo escaneamos y lo enviamos como archivo adjunto al correo meval.secsa-aut@policia.gov.co y a la red hospitalaria solicitando la remisión del usuario.
2. Se envía el ANEXO y se realiza comunicación con el HOSPITAL DE LA POLICIA al área de REFERENCIA y pasamos la llamada a médico para que comente a paciente, si el paciente es aceptado en una institución por correo esta aceptación la imprimimos e informamos al médico volvemos a comunicarnos con referencia y pasamos la llamada a médico para que comente aceptación de usuario el teléfono de referencia es 3396600-3396645-3396652, al generar autorización para traslado de ambulancia mediante ANEXO 1 que el médico debe realizar solicitando el traslado del usuario el cual escaneamos y enviamos al correo meval.secsa-aut@policia.gov.co y además la autorización para el ingreso a la IPS que nos aceptó usuario.
3. Envían correo con la autorización del traslado en ambulancia así

PROCESO DE REMISION PARA USUARIOS DEL EJÉRCITO

1. El médico tratante debe diligenciarnos el ANEXO TECNICO 1, lo escaneamos y lo enviamos como archivo adjunto al correo oficialcontrol@gmail.com y a la red hospitalaria solicitando la remisión del usuario.
2. Realizar comunicación con el teléfono de la cuarta brigada o sanidad militar con el área de REFERENCIA y pasamos la llamada a médico para que comente a paciente, si el paciente es aceptado en una institución por correo esta aceptación la imprimimos e informamos al médico volvemos a comunicarnos con referencia y pasamos la llamada a médico para que comente aceptación de usuario el teléfono de referencia es cel. 3052358376 fijo 3695020 Ellos nos deben generar autorización para traslado de ambulancia mediante ANEXO 1 que el médico debe realizar solicitando el traslado del usuario el cual escaneamos y enviamos al correo oficialcontrol@gmail.com y además la autorización para el ingreso a la IPS que nos aceptó usuario.
3. Envían correo con la autorización del traslado en ambulancia así



Se debe imprimir y lo anexar HC de usuario esta autorización contiene el nombre de la entidad que acepta a paciente.

PROCESO DE REMISION PARA DE USUARIOS QUE SE ENCUENTRAN PRIVADAS DE LA LIBERTAD EN ESTABLECIMIENTO CARCELARIO

Si la persona privada de su libertad necesita remisión a nivel mayor de complejidad verificamos si tiene una EPS ACTIVA si la tiene se inicia el proceso por su EPS si no se envía a los siguientes correos la entidad es E.S.E hospital la María Solicitudcitasupai@lamaria.gov.co
Coordinacionasistencial@lamaria.gov.co

1. El médico tratante debe diligenciarnos el ANEXO TECNICO 1, lo escaneamos y lo enviamos como archivo adjunto al correo Coordinacionasistencial@lamaria.gov.co

y a la red hospitalaria solicitando la remisión del usuario.

2. Se realiza comunicación con el teléfono de la ENTIDAD con el área de REFERENCIA y pasamos la llamada a médico para que comente a paciente, si el paciente es aceptado en una institución por correo esta aceptación la imprimimos e informamos al médico volvemos a comunicarnos con referencia y pasamos la llamada a médico para que comente aceptación de usuario. se comunique con el Centro Regulador

Centro Nacional de Registro y Gestión para la Atención en Salud de la PPL Línea Nacional 018000 423620 - 3009127798 - (1) 7940190

Correo unidadppl@fondoppl.com

Ellos nos deben generar autorización para traslado de ambulancia mediante ANEXO que el médico debe realizar solicitando el traslado del usuario el cual escaneamos y enviamos al correo y además la autorización para el ingreso a la IPS que nos aceptó usuario

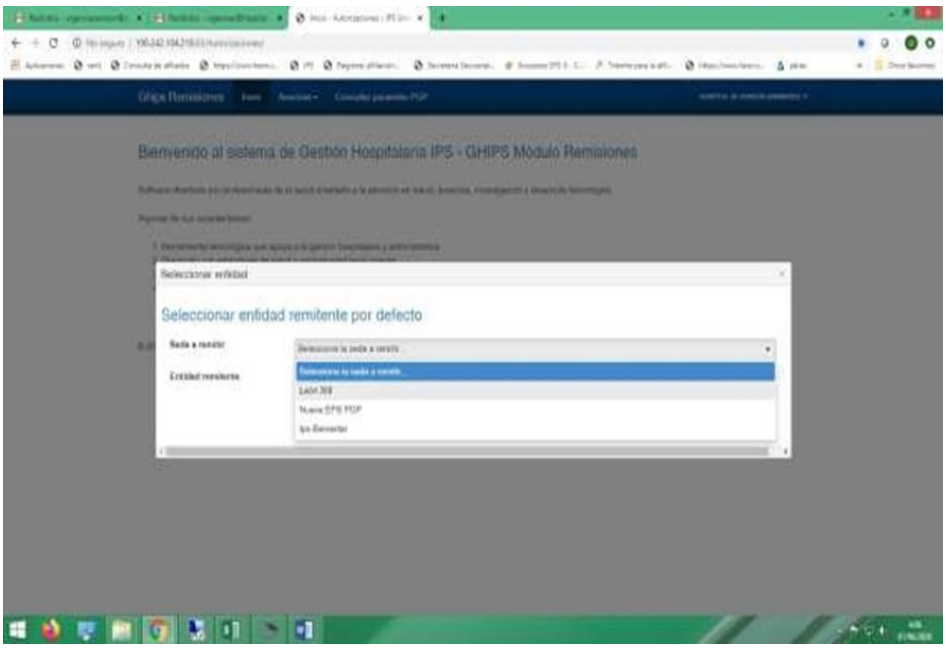
3. Envían correo con la autorización del traslado en ambulancia así

PATRIMONIO AUTONOMO FONDO NACIONAL DE SALUD

AUTORIZACION DE SERVICIO

PACIENTE EN PROCESO DE REMISION EN LA PAGINA DE LA IPS UNIVERSITARIA

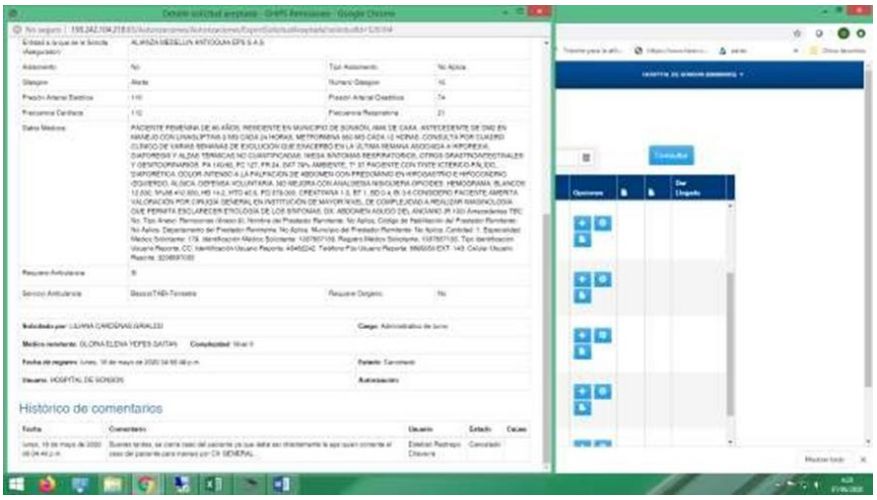
1. Ingresamos al buscador IPS universitaria y bajamos hasta inicio-autorizaciones y damos clic.
2. Se abre pestaña donde seleccionamos en sede a remitir ALMA MATER



3. Entidad que remite seleccionamos ESE HOSPITAL LA MISERICORDIA
4. Vamos a la pestaña de arriba que dice Acciones donde se abren varias opciones elegimos ANEXOS TECNICOS y damos clic y se abre el portal donde vamos a diligenciar todos los campos para poder montar el trámite de remisión del usuario en la plataforma de la IPS.

5. Se inicia a diligenciar todos los campos, Cuando generemos todos los campos subimos el archivo que es EL ANEXO 1 que previamente debimos haber escaneado cuando esta adjunto este archivo vamos al botón GUARDAR cuando lo guardamos podemos ir verificando si el paciente es aceptado para ingreso a la IPS o no, esto lo verificamos de la siguiente manera, volvemos a la página inicial y vamos a la pestaña que dice acciones allí escogemos solicitud CRIPS pendientes y damos clic donde se nos abre una página para ir verificando lo que nos responden de la remisión.
6. Para hacer esta verificación ingresamos y vamos al icono que tiene un + damos clic y este nos lleva a histórico de comentarios donde nos van contestando si el paciente es

aceptado o no, en caso afirmativo debemos llamar a EPS del usuario y comentar que el paciente fue aceptado allí nos generan código para ingreso por esta página también respondemos a IPS con autorización de ingreso y quien la genera.

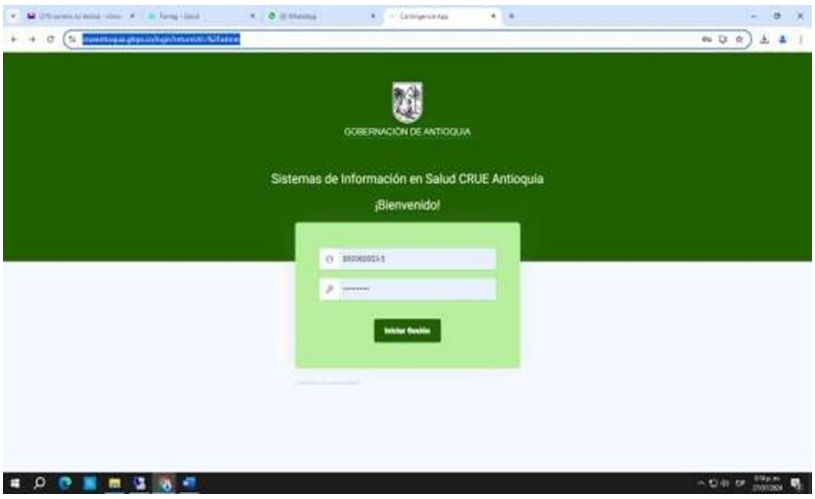


En la parte de abajo de la página aparece un icono que nos dice gestionar damos clic y empezamos a escribir los datos de autorización de ingreso y datos de persona que genera dicha autorización y damos grabar inmediatamente este comentario que escribimos se sube a la plataforma, IPS responde dando aval de ingreso y así es la forma de remitir un paciente para la IPS UNIVERSITARIA o CLINICA LEON XIII.

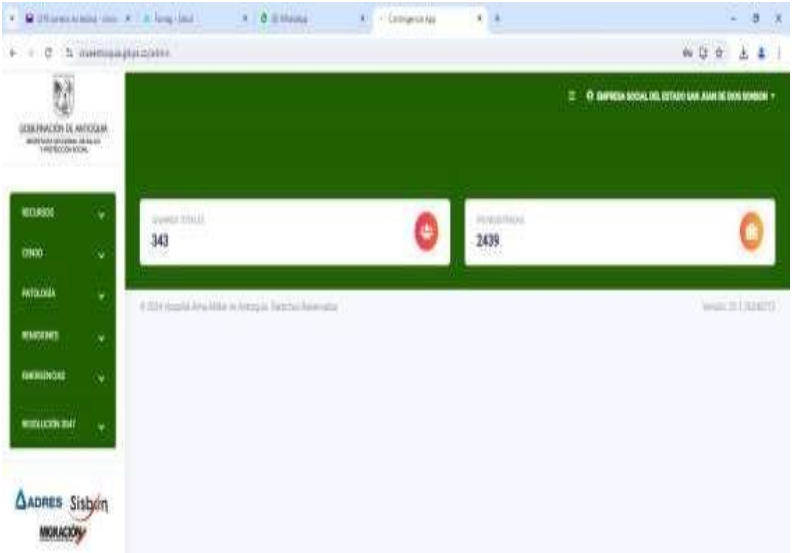
PACIENTES REGULADOS POR EL CRUE

Población extranjera, pacientes sin ninguna afiliación y pacientes que lleven 6 horas o más en proceso de remisión y que no estén aceptados aun así se ingresa a la página del CRUE https://crueantioquia.ghips.co/login?returnUrl=%2Fadmin

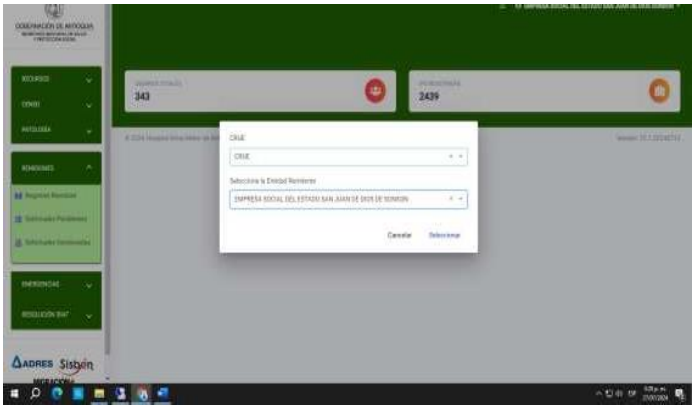
En usuario digitamos 890981532-4 y la clave



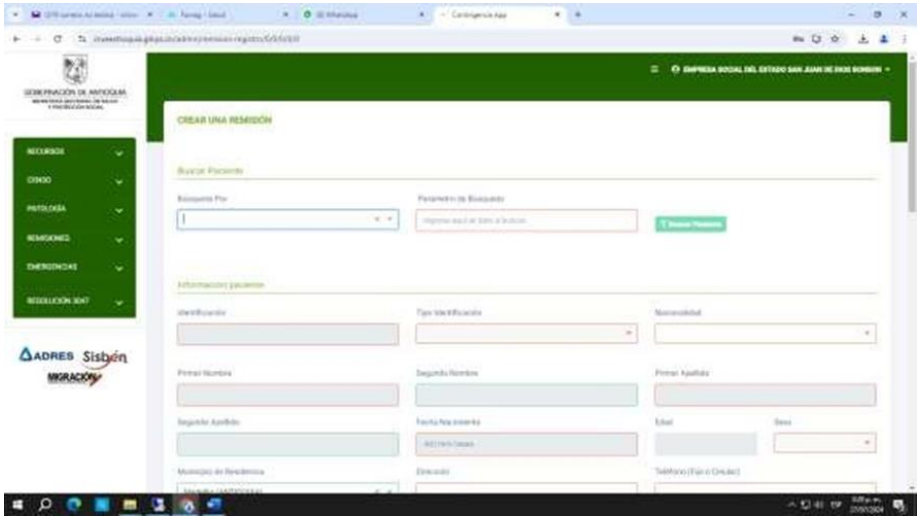
1. Damos iniciar sección y abre esta ventana donde vamos a diligenciar todos los campos para poder ingresar el paciente al proceso de remisión por el CRUE.



2. Se selecciona opción de remisiones y registrar la remisión



3. Se crea la remisión con todos los datos solicitados es muy importante contar con documento en físico de paciente y acompañante ya que la página lo exige además si es menor de edad documento de los padres.



Se diligencias todos los campos y se adjuntan soportes como HC; ANEXO; RESULTADO DE EXAMENES Y MUY IMPORTANTE DOCUMENTOS DE IDENTIDAD.

Para remitir pacientes ya sea régimen contributivo o subsidiado, ARL, SOAT, REGIMEN ESPECIAL COMO EJERCITO, POLICIAS, etc. Se debe diligenciar el anexo 1 escanear con HC y resultados de laboratorios y enviarlos a los correos respectivos además de la red de hospitales y clínicas y se debe llamar a la entidad prestadora a comentar paciente para iniciar tramite de remisión, el paciente lo comenta el medico de turno tanto en la EPS como en las demás entidades como referencia de clínicas y hospitales.

Para las EPS con las que no contamos con plataforma para ingresar usuario a remisión escaneamos ANEXO 1 lo enviamos al correo de la entidad de salud a la que se encuentra afiliado el usuario. Y demás correos de instituciones prestadoras de servicios de salud en espera de respuesta, en el servicio de urgencias se cuenta con un correo en el cual encontramos todos los contactos de las EPS para poder enviar toda la información necesaria, además de directorio telefónico para poder hacer más eficaz y oportuno el proceso de referencia de pacientes.

CORREOS Y TELEFONOS DE REFERENCIA

CORREOS EPS

SAVIA SALUD	
CORREO	notificaciones.crue@saviasaludeps.com
TELEFONO	**6044481717**
WHATSAPP	**333 6025205**

CODIDO DE HABILITACION	**0557605929**

SURA EPS	
CORREO	sucruch@epssura.com.co
TELEFONO	**604 4486115 - 018000519519**

NUEVA EPS	
TELEFONOS	
REFERENCIA CONTRIBUTIVO	referencia.contrareferencia@nuevaeps.com.co
REFERENCIA SUBSIDIADO	
OXIGENO INTRAHOSPITALARIO	gestores.intrahospitalarias@nuevaeps.com.co
SOLICITUDES INTRAHOSPITALARIAS CONTRIBUTIVO	solicitudespos.intrahospitalarias@nuevaeps.com.co
SOLICITUDES INTRAHOSPITALARIAS SUBSIDIADO	solicitudespos.intrahospitalariassub@nuevaeps.com.co
SUBSIDIADO	**FIJO 018000952010**
CONTRIBUTIIVO	**FIJO 018000948811**
PLATAFORMA REMISION	**https://pwa.referencias.nuevaeps.com.co/login**

SALUD TOTAL	
CORREO	ReferenciayContrareferencia@saludtotal.com.co
TELEFONO	**18000110438**

SOLIDARIA POLIZA ESTUDIANTIL	
CORREO	polizaescolar@antioquia.gov.co
CHAT CORPORTIVO CAMI	www.aseguradorasolidaria.com.co
LINEA TELEFONICA	**18000122303**
DESDE EL CELULAR #	**#789**

FOMAG	
CORREO AUTORIZACIONES	proveedoresfomag@fiduprevisora.com.co
LINEA TELEFONICA	**FIJO 018000180510**
TELEFONO FIJO BOGOTA	**601-2116800**
CELULAR	**3173631671**

HOSPITAL SAN VICENTE FUNDACION MEDELLIN	
CORREO REFERENCIA	referencia@sanvicentefundacion.com
LINEA CELULAR O WHATSAPP	**3173649595 - 3187082870**

CAPITAL SALUD	
CORREO	autorizacionespos@capitalsalud.gov.co
CORREO REFERENCIA	referenciaycontrarreferencias@capitalsalud.gov.co
CELULAR	**3162701109**

FAMISANAR	
CORREO	autorizacioneshospitalarias2@famisanar.com.co
CORREO REFERENCIA	referencia2022@famisanar.com.co
TELEFONO	**FIJO 018000113264**

SANITAS	
CORREO	autorizasanitasnaciona@colsanitas.com
CORREO REFERENCIA	reminalmedellin@epssanitas.com
TELEFONO	**FIJO 018000964848 OPC. 2-1**

MUTUAL SER	
CORREO URGENCIAS	urgencias@mutualser.com
CORREO AUTORIZACIONES	urgencias@mutualser.com
CORREO REFERENCIA	referencias@mutualser.com
CELULAR	**#603**
LINEA TELEFONICA	**18000116882**

COOSALUD	
CORREO REFERENCIA	referencia.antioquia@coosalud.com
CELULAR	**310 2142489-349 9690 Ext. 19030**
LINEA TELEFONICA	**18000515611**

PONAL - POLICIA	
CORREO URGENCIAS	disan.refer-nal@policia.gov.co
CORREO REFERENCIA	disan.rase6-aut@policia.gov.co
TELEFONO	**350 6656775-3504131671-3505546128**

PPL

CORREO REFERENCIA	unidadppl@utlineavital.com
CELULAR	**6077702770**
LINEA TELEFONICA	**1,80005E+11**

POBLACION EXTRANJERA	
CORREO REFERENCIA	salud@pueblorrico-antioquia.gov.co

FUERZAS MILITARES	
CORREO REFERENCIA	<oficialcontrol@gmail.com>

ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA AIC EPSI	
CORREO REFERENCIA	remisionessrcr@aicsalud.org.co
CORREO URGENCIAS	<autorizacionessrcr@aicsalud.org.co>
CELULAR	**316-868-2825-3176584768-6028274200-60458001200**
LINEA TELEFONICA	**18000930155**

CAJACOPI	
CORREO URGENCIAS	codigo.urgencia@cajacopieps.co
LINEA TELEFONICA	**18000111446**

SURA ARL	
CORREO AUTORIZACIONES	salucasa@suramericana.com.co
TELEFONO FIJO	**6044444578**

POSITIVA ARL	
CORREO AUTORIZACIONES	notificacion.autorizaciones@positiva.gov.co
REFERENCIA	lineaespecializada@positiva.gov.co
TELEFONO	**FIJO 018000111170**
LINEA CELULAR	**#533**
TELEFONO FIJO LINEA ORO	**FIJO 018000941541**
TELEFONO FIJO	**(601)6000811**

AXA COLPATRIA ARL	
CORREO AUTORIZACIONES	cias.colpatriagt@axacolpatria.co
TELEFONO	**FIJO 018000411987 OPC. 1-1**

SEGUROS BOLIVAR ARL	
CORREO AUTORIZACIONES	lineamedica@segurosbolivar.com
TELEFONO	***#322***
TELEFONO	***18000123010***
LINEA CELULAR	**#388**
TELEFONO FIJO	**(601)-4434818**

COLMENA ARL	
REFERENCIA	Referencia@colmenaseguros.com
CORREO AUTORIZACIONES	autorizaciones@colmenaseguros.com
TELEFONO	**018000-9-19667**

EQUIDAD ARL	
REFERENCIA	Lineasegura.ARL@laequidadseguros.coop
TELEFONO	**(601) 7460392- 018000919538 - #324 Op. 1-1-1 (ARL) Op. 1-1-2**

LIBERTY ARL	
TELEFONO	**01-8000-113390**

HOSPITAL YARUMAL	
CORREO	gestiondocumental@hospitalyarumal.gov.co
TELEFONO	**57 (604) 853 7373**

HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE CALDAS	
CORREO	reguladorcaldas@esehospicaldas.gov.co
TELEFONO	**320 6986131**

HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE RIONEGRO	
CORREO	crue@hospitalrionegro.gov.co
TELEFONO	**311 3393968**
TELEFONO FIJO	**604537300 EXT 184-144 GINECOLOGIA**

CLINICA SOMER	
CORREO	referencia@clinicasomer.com
TELEFONO	**310 4280321**

HOSPITAL SAN VICENTE FUNDACION RIONEGRO

CORREO	referenciahr@sanvicentefundacion.com
TELEFONO	**6044037719**
EPS, ARL, SOAT	WHATSAAP 3208445385
MEDICINA PRIVADA	WHATSAAP 3163836713

HOSPITAL GENERAL DE MEDELLIN	
CORREO	centralreferencia@hgm.gov.co
TELEFONO	**318 7166320**

HOSPITAL SAN VICENTE FUNDACION MEDELLIN	
CORREO	referenciahr@sanvicentefundacion.com
TELEFONO	**CEL: 3173649595**
EPS,ARL,SOAT	WHATSAAP 3208445385
MEDICINA PRIVADA	WHATSAAP 3163836713

HOSPITAL MANUEL URIBE ANGEL	
CORREO	refycontraref@hospitalmua.gov.co
TELEFONO	**(605)3394800 EXT 184 - 308**

CLINICA LAS VEGAS	
CORREO	referencia.pra@quironsalud.com
TELEFONO	**(604) 5765700 Ext. 2215**
HOSPITAL LA MARIA	
CORREO	<referencia@lamaria.gov.co>
TELEFONO	**3136259958-3234873840**

ALMA MATER	
CORREO	centrodereferencia@almamater.hospital
TELEFONO	**310 4003352**
CLINICA DEL NORTE	
CORREO	referencia@clinicadelnorte.org
TELEFONO	**350 5525737**
CENTRO REGULADOR MARCO FIDEL SUAREZ	
CORREO	creguladorurg@hmfs.gov.co>, Centro Regulador HMFS <CREGULADORURG@gmail.com>,

TELEFONO	**3104991746**
CLINICA BOLIVARIANA	
CORREO	referencia2.cub@upb.edu.co
TELEFONO	**3116344147**
MEDELLIN PROMEDAN CLINICA FUNDADORES	
CORREO	referenciaycontrareferenciafm@promedan.net
TELEFONO	**3206986161**
CLÍNICA ANTIOQUIA S.A	
CORREO	referencia@clinicantioquia.com.co
TELEFONO	**3122898497 -3105019881**
REFERENCIA CLÍNICA LAS AMÉRICAS	
CORREO	referencia@lasamericas.com.co
TELEFONO	
CLINICA DEL ROSARIO	
CORREO	centrodereferencia@clinicaelrosario.com
TELEFONO	(604)4441555

CODIGOS CUPS PARA REMISIONES	
890266	**CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA**
890283	**CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN PEDRIATRIA**
890281	**CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ORTOPEDIA PEDIATRICA**
890280	**CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ORTOPEDIA**
890235	**CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR CIRUGIA GENERAL**
890238	**CONSULTA ESPECIALIZADA POR CIRUGIA PEDIATRICA**
890284	**CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR PSIQUIATRIA**
890228	**CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR CARDIOLOGIA**
890229	**CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR CARDIOLOGIA PEDIATRICA**
890273	**CONSULTA ESPECIALIZADA POR NEUROCIRUGIA**
890274	**CONSULTA ESPECIALIZADA POR NEUROLOGIA**
890275	**CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR NEUROLOGIA PEDIATRICA**
890294	**CONSULTA ESPECIALIZADA POR UROLOGIA**
890277	**CONSULTA ESPECIALIZADA POR UROLOGIA ONCOLOGICA**
890261	**CONSULTA ESPECIAIZADA POR UROLOGIA PEDRIATRICA**
890278	**CONSULTA PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ONCOLOGIA**
890291	**CONSULTA ESPECIALIZADA POR TOXICOLOGIA**
890276	**CONSULTA ESPECIALIZADA POR OFTALMOLOGIA**
890250	**CONSULTA DE PRIMERZ VEZ POR GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA**
890236	**CONSULTA ESPECIALIZADA POR CIRUGIA MAXILO FACIAL**
890240	**CONSULTA ESPECIALIZADA POR CIRUGIA VASCULAR**

80291	**TOXICOLOGIA**
890282	**OTORRINOLARINGOLOGIA**
S12103	**UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS ADULTOS**
S12101	**UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAL**
S12102	**UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIATRICA**
S12203	**UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS ADULTOS**
S12201	**UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS NEONATAL**
S12202	**UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS PEDIATRICO**
S12302	**UNIDAD DE QUEMADOS ADULTOS**
S12301	**UNIDAD DE QUEMADOS PEDRIATRICOS**

RESPONSABLE:
Personal de enfermería
Personal Médico
Personal de facturación

DOCUMENTOS ASOCIADOS:
Base de datos de referencia y contrarreferencia
Lista de chequeo referencia y contrarreferencia
Consentimiento informado
Hoja de traslado asistencial

7.2 REFERENCIA DE PACIENTES CON RIESGO OBSTETRICO

Categorización del riesgo reproductivo.

La Noción de Riesgo obliga a identificar en cada sociedad la existencia de comunidades, de grupos de individuos, de familias o individuos que presentan más posibilidades que otros, de sufrir en un futuro enfermedades, accidentes, muertes prematuras; se dice que son individuos o colectivos especialmente vulnerables. La vulnerabilidad se debe a la presencia de cierto número de características de tipo genético, ambiental, biológicas, psicosociales, que actuando individualmente o entre sí desencadenan la presencia de un proceso. Surge entonces, la noción de riesgo en medicina.

El Enfoque de Riesgo se define como un método epidemiológico para la atención de las personas, las familias y las comunidades sustentado en que no todas las personas tienen la

misma probabilidad de enfermar o morir, si no que para unas esta probabilidad es mayor que para otras.
En Salud Pública, establece un gradiente de necesidades de cuidado consistente en dar más a aquellos que tienen alta probabilidad de sufrir un daño y un mínimo para los individuos con bajo riesgo o baja probabilidad de sufrir en el futuro complicaciones en su salud.

Este cuidado no igualitario de la salud requiere que los recursos sean distribuidos y usados con mayor eficacia, eficiencia y equidad, de acuerdo a las necesidades de individuos o grupos poblacionales y en función del principio de justicia distributiva.

A nivel hospitalario la dimensión es exactamente igual. Las instituciones hospitalarias de acuerdo a su nivel de complejidad y a los indicadores epidemiológicos de su entorno adelantaran acciones internas, en materia de contratación de recurso humano e inversión en tecnologías y recursos en apoyos diagnósticos, etc., las cuales estarán dirigidas al manejo de las pacientes afectadas por patologías graves que consultan al servicio de urgencias, de manera que la atención de urgencias sea la adecuada y estas pacientes para ser tratadas e intervenidas de manera oportuna, garantizándoles una atención eficaz desde el inicio de su atención y de esa forma evitar retrasos que favorezcan el aumento de la morbimortalidad.

Factor: Característica individual o poblacional asociada con un aumento de la probabilidad de sufrir un daño (factor de riesgo) o de atenuarlo (factor protector). Se considera que este determinante puede ser modificado con una intervención adecuada.
Riesgo: Medida probabilística de padecer o sufrir un evento no deseado o un daño. Es probabilístico y no determinante. Siempre implica la presencia de una característica o factor (o de varios) que aumenta la probabilidad de consecuencias adversas.

Daño es el resultado no deseado en función del cual se mide un riesgo.
Factores de riesgo: Es toda característica o circunstancia detectable en individuos o en grupos de individuos asociada con la probabilidad incrementada de experimentar un daño a la salud. Estos factores de riesgo (biológicos, ambientales, de comportamiento, socio-culturales, económicos.) pueden sumándose unos a otros, aumentar el efecto aislado de cada uno de ellos produciendo un fenómeno de interacción.
Estas relaciones pueden ser:

1. De tipo causal, en las que el factor desencadena el proceso (por ejemplo, malformaciones congénitas producidas por infección por rubéola durante el primer trimestre del embarazo o bajo peso al nacer producido por malnutrición materna).

2. De tipo predictivo, en el que las características que integran el factor de riesgo tienen una conexión con el daño, pero están asociadas a causas subyacentes no totalmente identificadas o mal comprendidas. Por ejemplo, una mujer que ha perdido ya un feto o un recién nacido corre mayor riesgo de perder su siguiente hijo.

Definición de Alto Riesgo Reproductivo.

Es la probabilidad de sufrir un daño durante el proceso de reproducción, el mismo que afectará principalmente a la madre, al feto o al recién nacido pero también al padre y la familia en general
El Riesgo Reproductivo se clasifica en:

Riesgo Preconcepcional: Se aplica a las mujeres en edad reproductiva en los periodos no gestacionales. Su objetivo es clasificar a la mujer en edad fértil no gestante de acuerdo al riesgo que un futuro embarazo produciría en la salud de ella, el feto o recién nacido.

Riesgo Obstétrico: Se aplica a las mujeres durante la gestación, el trabajo de parto, parto, alumbramiento y en el puerperio.

Riesgo Perinatal: El periodo perinatal abarca desde la vigésimo cuarta semana de gestación hasta la primer semana de vida del recién nacido, comprendiendo el periodo fetal tardío y el periodo neonatal precoz. En esta etapa de proceso reproductivo se usa el concepto de riesgo perinatal, que es un concepto más evolucionado que el de riesgo obstétrico pues es un instrumento de predicción que, además de considerar los riesgos maternos, incluyen los riesgos para el feto o recién nacido.

La clasificación del Riesgo resulta de su Estimación, el cual se calcula matemáticamente, midiendo la probabilidad de ocurrencia de un evento dado en forma global o específica, en función de cierto número de variables. Será BAJO, cuando no se identifica ningún factor de riesgo conocido y ALTO, cuando están presentes una o varias condiciones que pueden en un momento dado afectar el embarazo.

Una gestante se clasifica de alto riesgo, cuando en su embarazo la probabilidad de ocurrencia de un daño en ella, en el feto o en el recién nacido es mayor que en la población general, pues se han identificado factores que estudios previos han demostrado su relación con la aparición de patologías que a su vez están asociadas o son causales de disfunción en uno o más órganos que pueden conducir a la muerte de la madre, del feto o del neonato.
Se clasifica en:

1. Bajo Riesgo: Se incluyen todas las gestantes en las cuales no ha sido posible identificar ningún factor de riesgo conocido. Se considera entonces, que en estos casos la posibilidad que el embarazo llegue al término, y las posibilidades de que la madre y el recién nacido sean sanos son máximas. Sin embargo, no debe haber lugar a confundir el bajo riesgo con la ausencia de riesgo.

2. Riesgo Medio: Gestantes con presencia de factores de riesgo con baja sensibilidad y especificidad.

3. Riesgo Alto: Gestantes con factores de riesgo con moderada especificidad y sensibilidad.

4. Muy Alto Riesgo: Gestantes con factores de riesgo con alta sensibilidad y especificidad.

Las embarazadas con bajo riesgo se manejarán atendiendo el control prenatal normal. Las de riesgo se manejarán atendiendo los protocolos médicos específicos a la patología que determina el riesgo.

Referencia de paciente en estado de gestación

Si el paciente corresponde a una materna se cumple con el mismo protocolo y además se debe conocer:

- Nombres y Apellidos completos del esposo o compañero permanente en caso de tenerlo.
- Número del documento de identidad del esposo o compañero permanente en caso de tenerlo.
- Edad gestacional.

En caso de que la materna sea menor de edad además de los datos anteriores, debe conocerse:

- Nombres y Apellidos completos del padre y la madre o persona responsable.
- Número del documento de identidad de los padres.
- Nombre del esposo o compañero permanente en caso de que lo tenga.
- Número del documento de identidad del esposo o compañero permanente en caso de que lo tenga.

Referencia y contrareferencia del recién nacido de bajo peso al nacer y/o prematuro

Clasificación del Bajo Peso al Nacer: peso inferior o igual a 2.500 gramos en un neonato, independiente de la edad gestacional.

Bajo peso (BP): cuando fluctúa entre 1.501 y 2.500 gr.
Muy bajo peso (MBP): neonato con un peso menor o igual a 1.500 gr.
Bajo Peso Extremo: neonato con peso inferior a 1.000 gr.
Los dos últimos conforman el grupo de mayor riesgo de enfermar y morir.

El recién nacido de bajo peso o prematuro es más vulnerable que el recién nacido a término a presentar alteraciones en la regulación de la temperatura (Hipotermia), complicaciones metabólicas principalmente hipoglicemia e hipocalcemia, ductus arterioso persistente, membrana hialina y de acuerdo a una menor edad gestacional, incremento en el riesgo de contraer infecciones, ictericia, desarrollar hemorragia intraventricular, alteraciones neurológicas y trastornos de succión, deglución, incompatibilidad sanguínea, isoinmunización entre otros. Los riesgos serán mayores entre menos semanas de gestación tenga el recién nacido o menor sea su peso al nacer

Cuando el neonato se encuentra en malas condiciones se pesa una vez se haya iniciado el manejo de estabilización. Todo recién nacido con peso menor a 2.000 gr. y menor a 34 semanas debe remitirse para tratamiento hospitalario a un nivel de mayor complejidad. En los recién nacidos con peso entre 2000 y 2500 gr. y/o superior a 34 semanas: Si el Apgar a los 5 minutos es 2, se encuentra frío o con fiebre y tiene una glucometría < 35 mg/dl, se deben aplicar las acciones descritas para el menor de 2.000 gr. y remitir.

Criterios que se deben tener en cuenta para remitir al recién nacido de bajo peso: muy Bajo Peso al Nacer, Atonía muscular, Ictericia, Sospecha de infección, Evidencia de malformaciones cardiacas u otras, Imposibilidad de manejo adecuado, Convulsiones, Sospecha de Enterocolitis Necrosante Aguda.

La mejor manera de remitir es en el útero de la madre, pero para eso se debe detectar tempranamente el riesgo Si lo anterior no es posible:

Estabilizar al recién nacido, para asegurarle mejores condiciones físicas para la remisión y detectar el riesgo. Garantizar en el neonato una temperatura entre 36 – 37º C, iniciar de inmediato la administración de calostro (por succión directa si se puede o por extracción manual y administrar con gotero, jeringa, vaso o sonda), Canalizar vena con DAD 5% que suministre 5mg/Kg./m, si la glicemia > 30 mg o y < de 40 mg, si el recién nacido requiere apoyo ventilatorio debe ir intubado adecuadamente, y con soporte ventilatorio a través BVM suministrando oxigeno según necesidad.

Referencia: El organismo de salud remitente debe asegurarse que el recién nacido sea recibido en la institución a la cual se remite. Se debe enviar con copia de historia clínica, formatos de la remisión debidamente diligenciados, exámenes de laboratorio, ficha de vigilancia epidemiológica y ayudas diagnósticas a que haya lugar. Debe ir acompañado de médico, auxiliar de enfermería entrenada y el acompañante.

Procedimiento durante el transporte Al inicio del transporte deben quedar consignados los signos vitales: temperatura, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria e idealmente tensión arterial y oximetría de pulso, que se deberán controlar cada 20 minutos, hasta la entrega al mayor nivel de complejidad.

Hospitalización Todos los recién nacidos con peso de 2001 gr hasta 2500 gr o con edad gestacional mayor de 34 semanas, que no sean remitidos deben quedarse en observación como mínimo 72 horas en el servicio hasta que el estado clínico sea satisfactorio. Durante el tiempo de hospitalización, independiente del nivel de complejidad, se debe evaluar a la madre, al padre o cuidador responsable y al neonato para definir si responden o no a los criterios de elegibilidad para ingresar al Programa Madre Canguro.

Contrarreferencia: La Institución Prestadora de Servicios de Salud receptora de los neonatos con Bajo Peso al Nacer y/o prematuros, asume la responsabilidad del paciente una

vez realizados los trámites legales de la remisión y se obliga a enviar a la entidad que hizo la referencia copia de la epicrisis correspondiente y recomendaciones de manejo específico. El neonato debe permanecer en control especial hasta las 40 semanas y luego remitir a los controles de alto riesgo establecido.

7.3 MANEJO DE PACIENTE QUE REQUIEREN AISLAMIENTO

Es importante limitar el traslado y transporte de pacientes infectados o con sospecha de infección para reducir la transmisión de microorganismos epidemiológicamente importantes o de alta transmisibilidad. En caso de ser necesario su traslado a una institución de mayor complejidad, se debe informar al personal las normas de manejo tanto para el paciente como para las personas que lo transportan de acuerdo al tipo de aislamiento instaurado. Antes de iniciar el traslado se informará al lugar de destino para que tome las medidas de protección oportuna y necesaria para recibir el paciente.

El personal responsable del traslado debe seguir las medidas de precaución estándar (Higiene de manos, guantes, bata, mascarilla), y las demás medidas de acuerdo al tipo de aislamiento indicado.

El paciente durante todo el traslado debe llevar mascarilla puesta, en caso de ser sintomático respiratorio.

Posterior al traslado, el personal encargado debe disponer de los residuos sólidos de acuerdo al manual establecido, recoger la ropa contaminada y llevarla a lavandería, realizar el aseo terminal de la ambulancia y realizar el lavado de manos rigurosamente (En caso de ser paciente con sospecha o confirmado de COVID-19, utilizar protocolo de higiene y desinfección de ambulancias para tal diagnostico).

Antes del traslado:

Implementar las precauciones estándar y las medidas de precaución adicionales por contacto, gotas y aerosoles.

El personal de secretaria de sala del servicio de urgencias debe:

- Recolectar la información necesaria para que el personal de la ambulancia realice una preparación oportuna de todos los elementos que se requieran en el vehículo previo a la salida de las ESE.
- Obtener la historia clínica del paciente, confirmación de la regulación del paciente, nombre de quien recibe o código de aceptación en la institución receptora.
- Debe llevase registro o historia de evolución del paciente durante el traslado.
- Se recomienda realizar un registro de cada uno de los profesionales que han entrado

en contacto con el paciente, para efectos de control y seguimiento. En el formato de soporte de atención durante el traslado asistencial básico.

7.4 REMISIÓN DE ADULTOS O NIÑOS SIN ACOMPAÑANTE O EN ESTADO DE ABANDONO.

La mayoría de instituciones prestadoras de servicios de salud a donde son referenciados los pacientes de la ESE, exigen garantizar la compañía de una persona que sea responsable del paciente, o con quien puedan comunicarse en caso de alguna eventualidad. Por este motivo, la remisión hacia cada IPS dependerá de su autorización, en caso de que el usuario no cuente con el acompañante que requiere; si la IPS que recibe el paciente acepta el traslado sin acompañante, el personal auxiliar de enfermería encargado del transporte del paciente, se encarga de realizar el trámite administrativo de ingreso.
Si es el caso de un menor de edad, el abandono deberá reportarse por medio de un oficio a las autoridades competentes (ICBF), para restablecer los derechos del menor y el derecho fundamental de la salud, con el fin, de que se le sea asignado un adulto responsable para los trámites y el acompañamiento permanente.

7.5 CONTRAREFERENCIA DE OTRAS INSTITUCIONES

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, la complementación diagnóstica, la información sobre la atención prestada al paciente en la institución receptora, o el resultado de las solicitudes de ayuda diagnóstica.

Si el manejo puede continuar en la entidad remitente, deberán enviar el formato estandarizado de contrarreferencia de paciente contenido en el Anexo Técnico N°10 de la Resolución 4331 de 2012.

Se puede presentar la referencia del usuario para terminar manejo intrahospitalario. La cual deberá ser autorizada por el médico de turno y el líder de urgencias, exigiendo dentro de la documentación la copia de la epicrisis, único documento exigido para tal fin en la Resolución 4331 de 2012 idealmente con los diagnósticos, el tratamiento que recibió y el propósito de la contrarremisión.

Las contrarremisiones escritas que envían a la Institución de los pacientes dados de alta en otras entidades, son evaluadas por la Coordinación médica y referidas al grupo de médicos tratantes para la respectiva retroalimentación, posterior a esto se archivan en la HC manual

o en una base de datos que se tiene en el archivo clínico con las contrarremisiones electrónicas, además se diligencia una base de datos con los datos de los usuarios de los cuales se reciben contrarremisiones.

Información

Informar al paciente y a sus familiares siempre es importante para generar tranquilidad, atención humanizada y satisfacción, por ese motivo es necesario hablar acerca de:

- Todas las intervenciones que requiera el paciente.
- Los beneficios que se prevé obtener con el traslado.
- Los pasos que se han dado para su realización, la dificultad que conlleva, los posibles riesgos previsibles para el paciente.
- El plan de realización previsto, incluyendo la estimación del tiempo de llegada de la ambulancia (en caso de que no esté presente) así como el **lugar de destino** y el tiempo estimado de traslado.
- El equipo de la tripulación se debe presentar con nombre y cargo.

PRUEBAS REMITIDAS HACÍA MEDICINA LEGAL.

Las muestras que se envían de medicina legal deben estar embaladas y rotuladas cada una por aparte con su respectiva hoja diligenciada de cadena de custodia, de igual forma identificada con el número único de caso, (SPOA), orden por parte de la institución donde relaciona las pruebas enviadas, y orden de la entidad o autoridad competente.

El médico responsable de la muestra las deposita en un termo de transporte para muestras, garantizando la conservación de la cadena de frío., deben estar embaladas, rotuladas y cada una en custodia.

Se deja el termo con las muestras en portería de urgencias y el facturador de urgencias entrega el termo al carro encargado de su transporte para entrega de las muestras en el laboratorio de medicina legal de Medellín.

Antes de enviar las muestras, los análisis deben estar montados en la plataforma de medicina legal (SICLICO y SIRDEC).

7.6 TRASLADO DE PACIENTES

Objetivo General: Brindar soporte técnico – científico que permita llevar a cabo un transporte adecuado del paciente en estado crítico

Objetivos específicos:

- Reducir en lo posible las condiciones adversas que puedan empeorar la condición clínica del paciente
- Procurar la seguridad del paciente y personal asistencial y la reducción de los riesgos asociados en la operación
- Establecer la secuencia de acciones a realizar en transporte del paciente complicado
- Garantizar el manejo hospitalario del estado de salud del paciente

Alcance: Este procedimiento compete a todas las personas que hacen parte del traslado del paciente complicado a una institución de mayor nivel de complejidad

Atención previa al Traslado

Valoración General: Responsable Medico con asistencia de personal de nefermeria

El paciente crítico puede serlo por muy diversos motivos por lo que es necesario conocer el *estado general del paciente, la patología que presenta y el soporte asistencial y necesidades de monitorización que preveamos va a necesitar para ejecutar el traslado; para* ello se requiere la valoración y estabilización de las funciones vitales, siguiendo los siguientes pasos:

• A. Vía aérea con ó sin control de la columna cervical, según el caso.
• B. Control de la ventilación y respiración
• C. Control de las hemorragias y soporte circulatorio.
• D. Examen neurológico
• E. Exposición del paciente con prevención de hipotermia

Valoración Detallada: Responsable Medico con asistencia de personal de enfermeria

Tendrá como objetivo el reconocer de forma sistemática y completa el estado de salud del paciente para poder detectar cualquier problema añadido, ya sea actual ó de sus propios antecedentes que pudieran complicar la estabilización inicial del paciente.

Se registrará en la historia clínica todos aquellos datos , valores analíticos y parámetros obtenidos durante la intervención con el paciente.

Se revisarán todas las medidas de soporte iniciadas con el paciente, circulatorias, respiratorias, catéteres, vías, tipo de fluidos, medicación, etc.

Se completará la valoración con el examen del estado neurológico y con la previsión de si tiene o no necesidad de intubación.

Estabilización

Es necesario estabilizar al paciente previamente al traslado para prevenir complicaciones durante el mismo y al mismo tiempo llegar en mejores condiciones a los centros hospitalarios para su posterior tratamiento.

Por estabilización se entiende:

• La puesta en marcha de todas las acciones protocolizadas de soporte hacia la persona críticamente enferma o /y traumatizada con el fin de mantener y/ restaurar las funciones vitales.
• Acciones de caracteres imprescindibles y necesarios para realizar antes de iniciar el traslado
• Realizadas de forma rápida y al mismo tiempo eficaz.

Información y documentos

Responsable personal de enfermería

Lista de chequeo donde se verifica

- Diligenciamiento del formato de referencia de pacientes.
- Resultados de apoyos diagnósticos realizados al paciente.
- Resumen de historia clínica.
- Mecanismos tecnológicos que le permitan realizar el proceso (software, correo, entre otros).
- Talento humano que debe responsabilizarse de cada una de las etapas del proceso.
- La referencia de pacientes que se detecten como víctimas de violencia sexual debe hacerse a un servicio de urgencias.

Documentos

- Documento de identidad del paciente a remitir.
- Carnet o documento que soporte la vinculación al Régimen de Seguridad Social en Salud. (siempre y cuando la entidad responsable de pago lo haya emitido y el usuario lo porte)
- Listado de la red hospitalaria según Entidad Administradora de Planes de Beneficios.
- Formato de remisión de pacientes – solicitud de orden de servicios.

- Informe de la atención inicial de Urgencias
- Solicitud de autorización de servicios de salud de urgencias anexo 2 y anexo 3 Resolución 3047 de 2008 y anexo 9 Resolución 4331 de 2012
- Solicitud de servicios de salud electivos anexo 3 Resolución 3047 de 2008 y anexo 9 Resolución 4331 de 2012.

Datos para comentar al paciente:

Por parte del Auxiliar Administrativo o Auxiliar de Enfermería encargado:

- Nombres y Apellidos completos del paciente.
- Número del documento de identidad del paciente.
- Tipo de afiliación al Régimen de Seguridad Social en Salud (Régimen Subsidiado, Régimen Contributivo, Régimen Especial, EAPB a la cual pertenece).
- Instituciones de referencia.
- Especialista que se requiere.
- Origen de la atención.
- Fecha y hora de ingreso a Urgencias.
- Clasificación según triage.
- Nombre prestador que remite.
- Código del prestador que remite.
- Departamento prestador remite.
- Municipio prestador que remite.

Si el paciente corresponde a una materna además de los datos anteriores se debe conocer:

- Nombres y Apellidos completos del esposo o compañero permanente en caso de tenerlo.
- Número del documento de identidad del esposo o compañero permanente en caso de tenerlo.
- Edad gestacional.

En caso de que la materna sea menor de edad además de los datos anteriores, debe conocerse:

- Nombres y Apellidos completos del padre y la madre o persona responsable.
- Número del documento de identidad de los padres.
- Nombre del esposo o compañero permanente en caso de que lo tenga.
- Número del documento de identidad del esposo o compañero permanente en caso de que lo tenga.

Por parte del médico responsable de la remisión:

- Conocimiento sobre las instituciones de referencia.

- Resumen de la historias clínica del paciente, describiendo como ingresa, Motivo de consulta y su estado de salud.
- Diagnóstico principal código
- Diagnóstico principal descripción
- Diagnóstico relacionado 1 código
- Diagnóstico relacionado 1 descripción
- Diagnóstico relacionado 2 código
- Diagnóstico relacionado 2 descripción
- Justificación clínica.
- Destino del paciente.
- Nombre de quien reporta/informa/solicita/autoriza.
- Cargo-Actividad de quien reporta/informa/solicita/autoriza.
- Teléfono de quien reporta/informa/solicita/autoriza.
- Evolución que ha presentado el paciente..
- Explicación de paraclínicos y exámenes de rigor.
- Conocimiento sobre el tiempo que se tomará la remisión al enviar el paciente desde la E.S.E hasta la entidad que recibe al paciente.
- Registrar en la historia clínica el nombre de la persona con quien se hablo en la entidad receptora del paciente.
- Diligenciamiento del formato remisión de pacientes – solicitud de orden de servicios.

Información

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

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

Transporte del paciente al hospital Responsable Medico con asistencia de personal de enfermería y conductor

Medios tecnológicos requeridos para la remisión:

Software hospitalario
Teléfono
Correos electrónicos

Estabilización y medidas de traslado

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

Colocación del Paciente

La colocación del paciente en una determinada posición sobre la camilla dependerá de su estado (ver anexo 1), pudiendo optarse por diferentes posibilidades:

- ✓ Decúbito supino: paciente sin alteraciones ventilatorias, circulatorias o neurológicas.
- ✓ Decúbito supino semisentado: paciente con dificultad respiratoria de cualquier origen.
- ✓ Sentado con piernas colgadas: pacientes con insuficiencia cardíaca o edema agudo de pulmón.
- ✓ Decúbito supino en trendelemburg: paciente hipotenso o en estado de shock.
- ✓ Decúbito supino en anti-trendelemburg (fowler): sospecha de hipertensión intracraneal.
- ✓ Decúbito lateral izquierdo: embarazadas, sobre todo a partir del tercer trimestre.
- ✓ Posición genupectoral: presencia de prolapso de cordón umbilical.
- ✓ Posición lateral de seguridad: paciente inconsciente. .

Una vez que tengamos al paciente en su posición ideal para realizar el traslado dentro de la ambulancia comprobaremos, paso a paso cada uno de los accesorios que tenga el mismo con objeto de asegurar y fijar todos aquellos elementos ajenos al paciente y que pueden movilizarse durante la marcha:

- Fijar la camilla en su rail correspondiente.
- Fijar los equipos de infusión y fluidoterapia en los soportes correspondientes, verificando su permeabilidad
- Colocar los equipos de monitorización y ventilación en sus soportes correspondientes, bien sujetos y siempre a la vista

- Comprobar permeabilidad y estabilidad de tubo endotraqueal (si hubiera), verificar su sujeción y la conexión a la fuente de oxígeno, comprobando así mismo su capacidad
- Comprobar los tubos de drenaje, tanto vesical como nasogástrico, fijárlos con
- seguridad para evitar su salida durante el traslado; la sonda vesical fijarla en la pierna del paciente para evitar tracciones involuntarias y la sonda nasogástrica deberá fijarse al tubo endotraqueal si lo tuviera ó a la nariz.

Cuidado del paciente durante el desplazamiento

En el paciente en estado crítico, un médico y auxiliar de enfermería acompañarán al paciente durante todo el tiempo del transporte, con el fin de que puedan asumir las acciones necesarias para prestarle una asistencia adecuada.

Realización del Transporte

Tener en cuenta que una vez que comience la marcha hacia el hospital de referencia el paciente recibirá los mismos cuidados que pudiera recibir en la sede, en el caso de pacientes críticos se continuará con las medidas de monitorización, así como manteniendo todo el soporte terapéutico iniciado, llegando incluso a detener la marcha de la ambulancia las veces que considere necesarias en aras a conseguir una mayor estabilización del paciente ó para iniciar cualquier procedimiento terapéutico que requiera inmovilidad del vehículo; llevar un monitoreo de los signos vitales, revisar el estado de vendajes e inmovilizadores, controlar secreciones y sangrados, iniciar maniobras de reanimación en caso necesario y en especial hablar con el paciente y brindarle el apoyo psicológico durante todo el recorrido.

Vigilancia

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

Lista de chequeo, historia clínica del paciente

Que incluya la verificación de:

- Evaluación de la vía aérea.
- Determinación del tiempo de ayuno.

- Registro de monitoreo del nivel de conciencia, la saturación de oxígeno, frecuencia cardíaca, tensión arterial y frecuencia respiratoria.
- Registro de las variables hemodinámicas y respiratorias, a intervalos regulares
- Observación bajo la supervisión del profesional que realiza la sedación.
- Todos estos registros se deben realizar antes, durante la intervención y hasta el momento del egreso del paciente.
- Recomendaciones de egreso suministradas al acompañante o acudiente.

Control de problemas

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

1. Ventilación:

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

2. Cardio-circulatorios:

- Antes del traslado se deben canalizar 2 vías periféricas.
- Inestabilidad hemodinámica: administrar fluidos y si persiste, comenzar con drogas vasoactivas.
- Parada cardíaca: iniciar maniobras de R.C.P., preferentemente con la ambulancia parada.
- Arrítmias: iniciar protocolo específico.

3. Neurológicos:

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

Cada uno de los problemas que surjan durante el traslado será tratado de acuerdo a la guía correspondiente.

Transferencia del paciente a la sala de urgencias: una vez se ha tenido acceso al servicio de urgencias, se debe procurar transferirlo a la camilla apropiada según la disponibilidad del

servicio. En ocasiones, se debe dejar con el paciente algunos insumos y equipos utilizados para su inmovilización y embalaje, para evitar manipulación innecesaria que pueda conducir a un deterioro de su estado de salud. Es preferible solicitar al servicio de urgencias que guarden estos implementos o que los repongan por otros que estén disponibles, como es el caso de collarines cervicales, traccionadores, inmovilizadores y combitubos, entre otros.

Entrega del paciente: nunca se debe dejar abandonado un paciente en el servicio de urgencias sin una entrega formal del mismo; esto con el fin de asegurar la transferencia de la responsabilidad civil que conlleva este acto. Solicitar siempre que sea el médico de turno quien reciba el paciente y no el personal auxiliar, entregándose la respectiva nota de remisión.

Fallecimiento durante el traslado

Devolverse al servicio de urgencias, notificar a la familia, si la muerte es natural realizar certificado de defunción, en caso de muerte violenta informar al CTI, para que realicen el levantamiento del cuerpo.

Todas las maniobras realizadas, medicamentos administrados, curas, vendajes, es decir todo lo realizado con el paciente así como las incidencias dignas de reseñar deberán ser registradas en una hoja a tal efecto, se denomine hoja de traslado, con objeto de facilitar la transmisión de la información con el servicio médico receptor del paciente y posteriormente con el médico que remitió al paciente, esta información hace parte de la historia clínica.

De la misma forma resulta necesario mantener una comunicación con la sede informando de todas las incidencias del traslado.

Mientras se efectua la remisión, se debe preservar la intimidad del paciente y evitando todo comentario ó juicio de valor

La transferencia del paciente termina cuando éste se encuentra en la camilla de la IPS receptora habiendo entregado y explicado al médico receptor toda la información disponible.

Finalización del servicio

Una vez finalizado el servicio se debe revisar toda la documentación y el reporte de cada caso. Se debe preparar el vehículo, la tripulación y su dotación para una nueva llamada de remisión.

Normas para manejo de sistemas visuales y sonoros de alerta en las ambulancias terrestres

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

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

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

Restricciones

El uso de CLAVE UNO está condicionado al criterio de la tripulación en los casos en que se considere riesgoso para el paciente el uso de sistemas sonoros de alerta (situaciones patológicas cardiovasculares, toxemia gravídica, síndromes convulsivos, estados de alteración siquiátrica aguda, entre otros).

El uso de CLAVE UNO será el mínimo posible dentro de las zonas residenciales urbanas, vías secundarias y zonas de circulación restringida. Al acercarse a una institución hospitalaria situada dentro de un área urbana densamente poblada se debe silenciar el sistema sonoro de alerta por lo menos 200 metros antes de la planta física.

En casos de traslado primario, los sistemas de alerta sonora se silencian al menos 100 m antes de llegar a la entrada del servicio de urgencias, con excepción de situaciones de *triage q*ue requieran recepción inmediata y alistamiento de equipos de trauma o paro cardiorrespiratorio.

En todos los casos de desplazamiento de ambulancias terrestres, el conductor debe observar las normas del Código Nacional de Tránsito vigente y en especial las que se refieren a la seguridad para los ocupantes, vehículos circundantes, vías especiales y peatones.

En los casos de utilización de CLAVE UNO la prudencia debe ser la característica

de la conducción. Durante cualquier desplazamiento, el conductor de la ambulancia es el responsable de la utilización del cinturón de seguridad para sí mismo y para la persona que se sitúe en la silla delantera derecha. Se recomienda
la utilización de los cinturones de seguridad del cubículo del paciente para acompañante y tripulante. Todo desplazamiento de pacientes en ambulancia
terrestre se realiza mínimo con un tripulante que cumpla con las especificaciones anteriormente mencionadas.

En cualquier tipo de traslado en ambulancia terrestre, cuando se tenga paciente a bordo, el tripulante permanecerá con el paciente, en el cubículo dedicado a la atención del mismo.

El tripulante mantendrá al paciente con los cinturones de seguridad de la camilla (la norma exige tres) desde el abordaje y durante todo el tiempo del desplazamiento a excepción de una orden médica escrita en la historia clínica
que sugiera un manejo diferente de seguridad. Durante el desplazamiento se podrá transportar en calidad de acompañante, como máximo a una persona. Se sugiere que vaya en el asiento delantero derecho para facilitar la labor del tripulante y evitar la interferencia con los procesos de estabilización o mantenimiento del paciente.

Las ambulancias terrestres están capacitadas para transportar dos pacientes simultáneamente. En situaciones muy especiales, (desastres o situaciones de alteración del orden público) con autorización de la central de despacho o de la Red de Urgencias, se podrán transportar tres o más pacientes por viaje.

Efectos durante el transporte:

Efectos de la aceleración-desaceleración

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

Efectos de las vibraciones:

Los efectos de las vibraciones sobre los pacientes se reducen mediante la inmovilización con colchón de vacío (en los vehículos con suspensión inadecuada las vibraciones se transmiten

fácilmente a la camilla y al propio enfermo). Además las ambulancias deben tener sistemas de suspensión en perfecto estado.

Efectos del ruido:

De todos los ruidos producidos en las ambulancias, la sirena es la que más influye en los pacientes por lo que debe utilizarse únicamente si es imprescindible.

Efectos de la temperatura:

Estos efectos se pueden paliar mediante el adecuado aislamiento asistencial, un buen sistema de acondicionamiento de aire, la no exposición al sol ni al frío de los vehículos de transporte y el uso de mantas térmicas.

Solicitud de autorización de servicios electivos

Las entidades responsables del pago y nosotros como prestadores acordaremos los servicios respecto a los cuales no se requiere autorización. Para los demás casos o en los casos de prestación sin contrato, se aplicará para la solicitud de autorización el formato definido en el Anexo Técnico N°3 de la Resolución 3047 de 2008. Se anexará copia de la historia clínica de la atención y exámenes pertinentes para que se dirijan a la oficina de atención al usuario.

El artículo 120 del Decreto-Ley 019 de 2012, señalo que, tratándose de la atención ambulatoria, con internación, domiciliaria, de urgencias e inicial de urgencias, el trámite para la prestación de servicios de salud los efectuará de manera directa la IPS ante la EPS.

Para la respuesta de las EPS sobre la autorización de servicios electivos se adopta el formato Anexo Técnico N°4 de la Resolución 3041 de 2012. La EPS es la responsable de comunicar la respuesta positiva o negativa sobre la autorización de servicios electivos al usuario y a la entidad prestadora en los 5 días hábiles posteriores al recibo de la solicitud.

Para solicitud de servicios de carácter prioritario la respuesta deberá ser dada en 2 días hábiles. Si la respuesta es positiva la EPS concertara con el usuario el prestador de su elección, fecha y hora de cita. Si la respuesta es negativa deberá hacer los respectivos formatos de negación.

En el artículo 2 de la Resolución 4331 de 2012 dice que las entidades responsables del pago no podrán trasladar al usuario la responsabilidad de ampliación de información clínica o documentos adicionales para el trámite de autorización de servicios electivos. En este caso la EPS se comunicará con la IPS del usuario el día hábil siguiente al recibo de la solicitud prioritaria y 2 días en solicitud de servicios no prioritarios. Con plazo de respuesta de 1 día hábil a partir del recibo de la solicitud para casos prioritarios y 2 días hábiles en casos no prioritarios. (MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL, 2013)

8. TALENTO HUMANO REQUERIDO

- Auxiliares administrativos
- Auxiliares de enfermería
- Enfermero profesional
- Médico general
- Conductor
-

9. RECURSOS: DISPOSITIVOS, MEDICAMENTOS, EQUIPOS BIOMEDICOS, MATERIALES

- Ambulancia equipada según resolución de habilitación 3100
- Software Xenco
- Correo electrónico
- Formatos de auditoria mensual

10 PROCEDIMIENTO Y RESPOSABLES

PROCEDIMIENTO PARA LA REMISIÓN DE PACIENTES

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	DOCUMENTO	CONTROL
Definir requerimiento de remisión	Médico tratante	Ordenes médicas	Auditoría de historias
Definir nivel y especialidad de referencia	Médico tratante	Historia clínica sistematizada	Contra-remisión
Diligenciamiento de remisión médica	Médico tratante	Formato de remisión (anexo 3)	Auditoría de historias
Informe al equipo de salud de requerimiento de remisión	Médico tratante	Historia clínica	Auditoría de historia clínica
Informe al usuario y su familia la necesidad de remisión dándoles a conocer la situación, de esta forma generar un ambiente de colaboración y tranquilidad	Médico tratante	Historia clínica	Auditoría de historia clínica
Solicitud de remisión a entidad administradora de salud	Médico tratante-Auxiliar administrativo	Historia clínica	Auditoría de historia clínica
Solicitud de remisión a entidad hospitalaria	Médico de tratante-Auxiliar administrativo	Historia clínica	Auditoría médica

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	DOCUMENTO	CONTROL
Confirmar requerimientos del paciente para remisión	Auxiliar administrativo	Historia clínica	Auditoría médica
Confirmar aceptación del paciente en entidad hospitalaria.	Médico tratante	Formato de remisión de paciente e historia clínica	Auditoría médica
Solicitar transporte médico básico o medicalizado	Medico tratante	Entrega de documentos de remisión	Auditoría
Facturar servicio y atención	Auxiliar administrativo	Factura	Auditoría administrativo
Entrega de documentos de remisión a auxiliar de enfermería responsable del traslado	Auxiliar de enfermería de turno	Copia de historia clínica, formato de remisión de usuarios si es accidente de tránsito, copia de reporte de accidente laboral cuando aplique.	Auditoría clínica y auditoría administrativa
Entrega del usuario a responsable de transporte	Auxiliar de enfermería	Libro de remisión Historia clínica	Auditoría
Verificar diagnóstico de remisión y tratamiento del paciente	Auditor médico	Historia clínica	Auditoría
Análisis de referencias	Auditor médico	Contra-referencia	Auditoría

CONTRARREFERENCIA DE OTRAS INSTITUCIONES

ACTIVIDAD	RESPONSABLE
Recibir llamada de solicitud de remisión	Médico de hospitalización y urgencias
Definir disponibilidad de camas y nivel de atención	Médico de hospitalización y urgencias
Aceptación de remisión del paciente	Médico de hospitalización y urgencias
Informar a jefe de hospitalización para reserva de cama	Médico de hospitalización y urgencias
Recepción del paciente	Médico de urgencias
Verificación de documentación	Auxiliar de facturación o auxiliar de enfermería
Solicitud de NAP o autorización a EPS	Auxiliar de facturación o auxiliar de enfermería

Evaluación de paciente para triage	Médico de urgencias
Aceptación del paciente a responsable de transporte	Auxiliar de enfermería y médico de urgencias
Inicia proceso de hospitalización	Equipo de salud

REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA DEL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	DOCUMENTO	CONTROL
Definir requerimiento de nivel y especialidad	Médico tratante	Historia clínica	Auditoria
Diligenciamiento de remisión	Médico tratante	Formato de referencia de paciente (anexo 3)	
Orientación al usuario de trámites administrativos según su afiliación al sistema de seguridad social	Médico tratante y auxiliar administrativa del SIAU		
Recepción de documentación	Auxiliar administrativa del SIAU	Formato de regulación de atención electiva de DSSA	
Verificación de derechos del usuario	Auxiliar administrativa del SIAU	Formato de regulación de atención electiva de DSSA	
Solicitud de referencia a DSSA	Auxiliar administrativa del SIAU	Formato de regulación de atención electiva de DSSA	
Orientación al usuario	Auxiliar administrativa del SIAU	Formato de regulación de atención electiva de DSSA	
Envió de documentación a DSSA	Auxiliar administrativa del SIAU	Correo electrónico	
Verificación de recibido de documentación	Auxiliar administrativa del SIAU	Correo eletrónico	
Verificación de asignación de servicio solicitado	Auxiliar administrativa del SIAU	Notificación de la DSSA	
Orientación al usuario para su atención	Auxiliar administrativa del SIAU	Formato informativo para el usuario	

Confirmación de manejo del usuario por especialidad en cita de revisión	Médico tratante	Historia clínica Carta de contra remisión	

11 SEGURIDAD: BARRERAS DE PROTECCIÓN

- Creación de una cultura de seguridad que integre al paciente y al trabajador en las prácticas seguras
- Socialización del manual al personal asistencial y administrativo que pertenece al proceso de referencia y contra referencia.
- Informar al paciente sobre la importancia de conocer y solicitar información acerca de los procedimientos asistenciales a los que es sometido.
- Auditoria mensual de las ambulancias de la ESE, por parte de las auxiliares de enfermería encargadas, donde se revisan fechas de vencimiento, rotación de dispositivos médicos, funcionamiento de equipos biomédicos, dotación de oxígenos, y reporte de daños en caso que se presenten.
- Cronograma de mantenimiento preventivo y correctivo de las ambulancias.
- Socialización del protocolo de higiene y desinfección de las ambulancias.
- Mantener medios de comunicación constantes con la ESE, cuando se encuentre la tripulación en un transporte asistencial.

12. ENFOQUE DIFERENCIAL

Para el manual de referencia y contra referencia

el enfoque diferencial se centra en la forma de dialogo para brindar información y educación a los pacientes y familiares de los usuarios; en caso, de que alguno de ellos presente algún tipo de discapacidad cognitiva, visual, auditiva o física, que limite el entendimiento de lo que se quiere decir por parte del personal asistencial.
Los cuidados asistenciales, serán brindados, de acuerdo a conocimiento del personal, enfocados en el diagnóstico y/o diferentes patologías que presente el usuario, teniendo en cuenta el protocolo de atención a pacientes con enfoque diferencial de la institución.

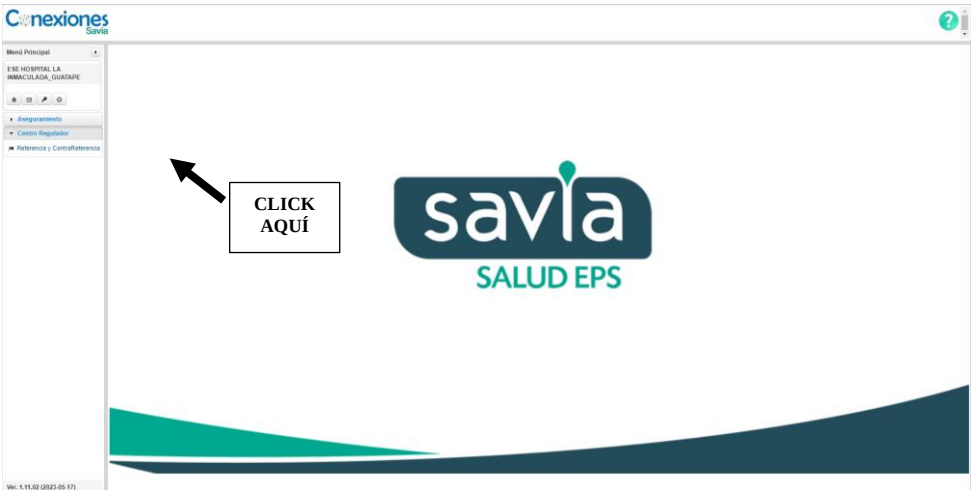
7.6 ANEXOS

GUIA DIDACTICA DE PLATAFORMAS PARA REFERENCIAS DE PACIENTES POR LAS DIFERENTES EAPB O CENTRO REGULADOR

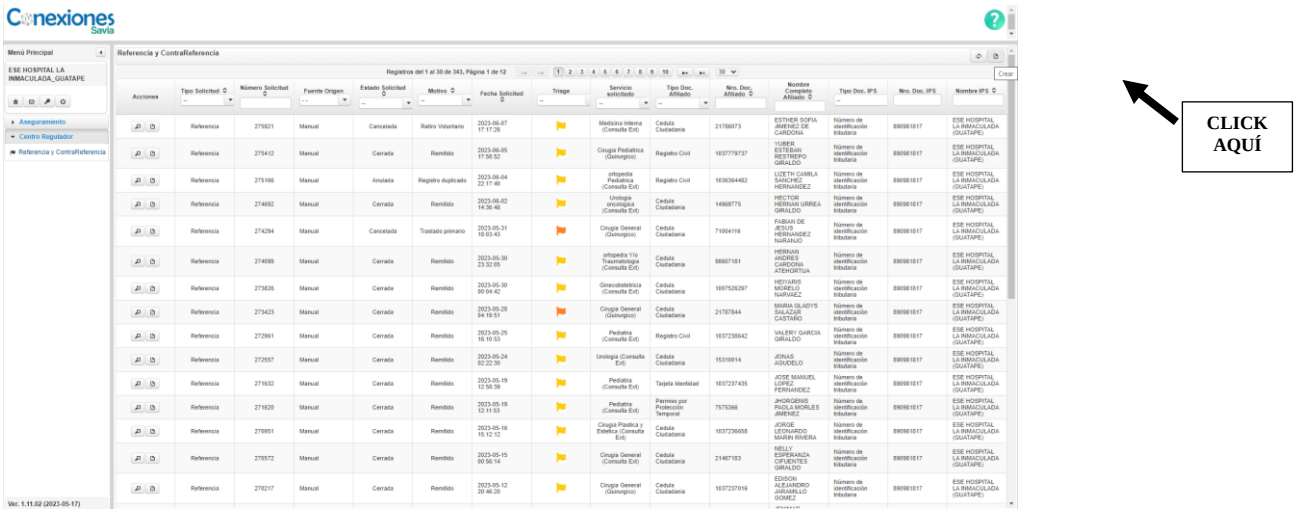
PLATAFORMA CONEXIONES DE SAVIA SALUD EPS

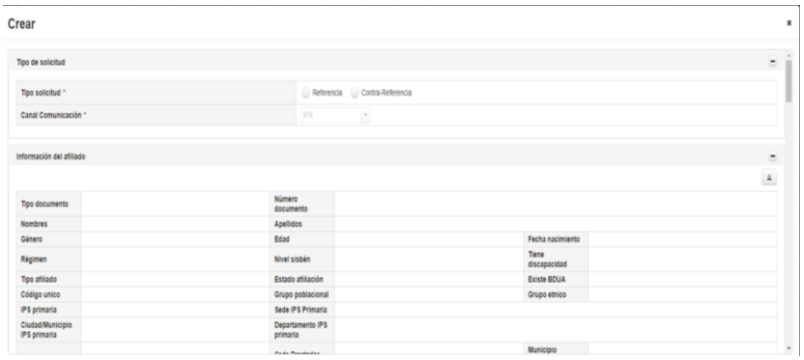
- Ingresar por medio del navegador a https://conexiones.saviasaludeps.com/savia/home.faces y ya como se encuentra sincronizado el usuario y la contraseña, le da click en ingresar, tal como lo explica la siguiente imagen.

- Una vez ingresado en el extremo izquierdo le da click en referencia y contrareferencia.

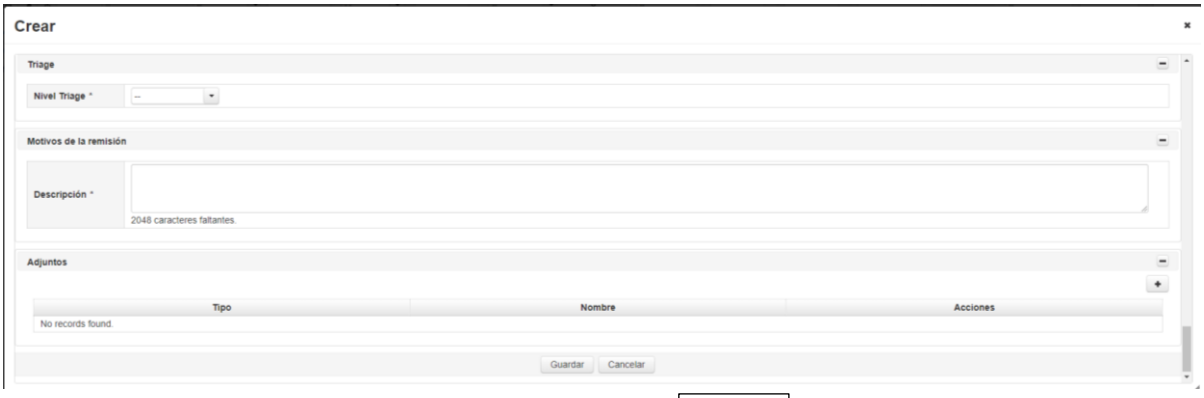


- En extremo lateral izquierdo, en el icono de una hoja de papel que significa crear y se diligencia todos los datos requeridos.



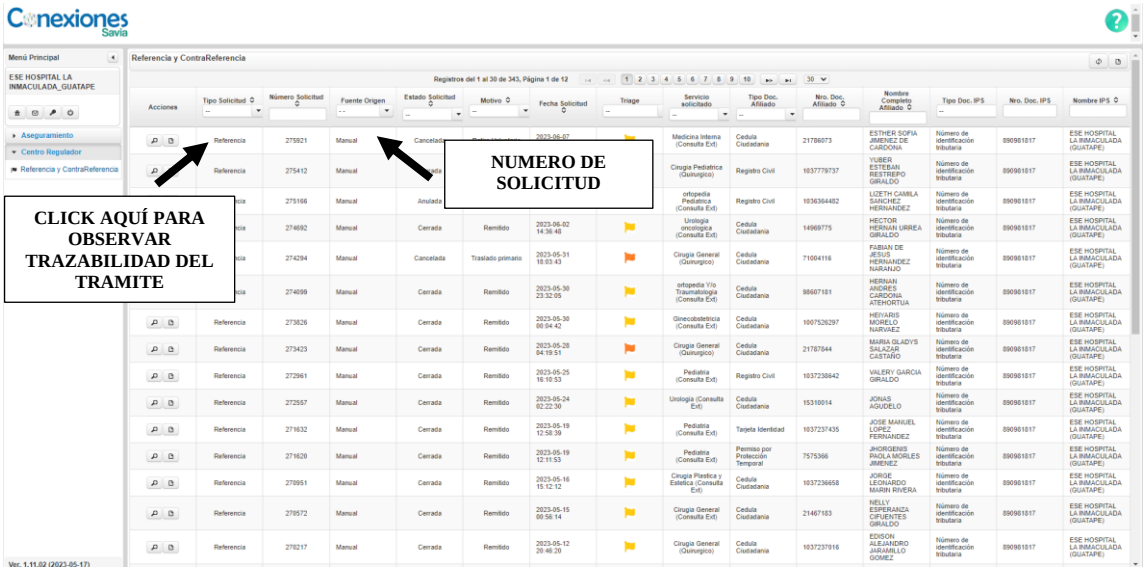


- Cuando se haya diligenciado todos los datos, al finalizar el formulario se anexan los documentos pertinentes para poder iniciar el trámite de remisión (Historia clínica, anexo 9, imágenes diagnósticas, paraclínicos u otro documento de importancia) y se da click en guardar.



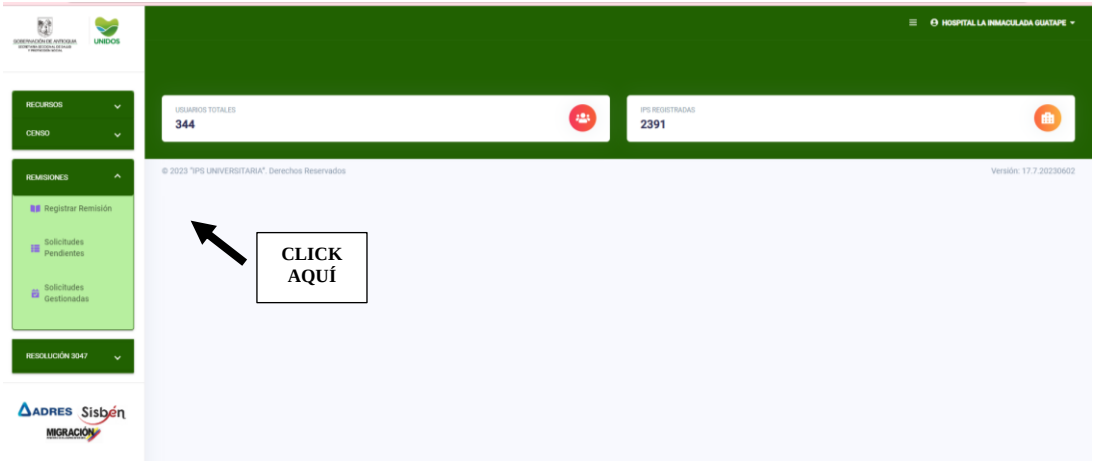
CLICK AQUÍ

- Una vez se haya guardado, ya queda radicada la solicitud y la podemos observar en el tablero de referencia y contrareferencia. Se le puede dar click en la lupa para poder revisar la trazabilidad del trámite, así como también observamos el número de solicitud con el cual podemos solicitar información vía telefónica.

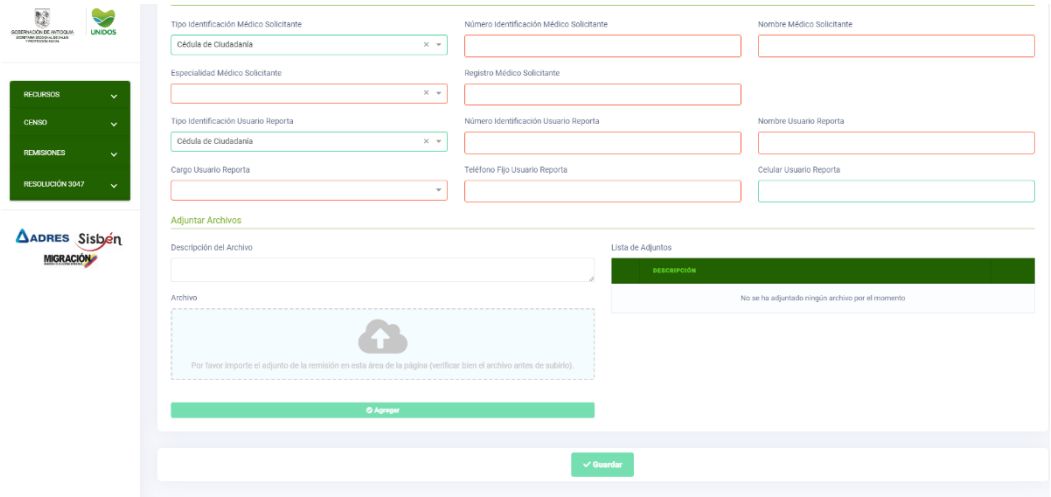


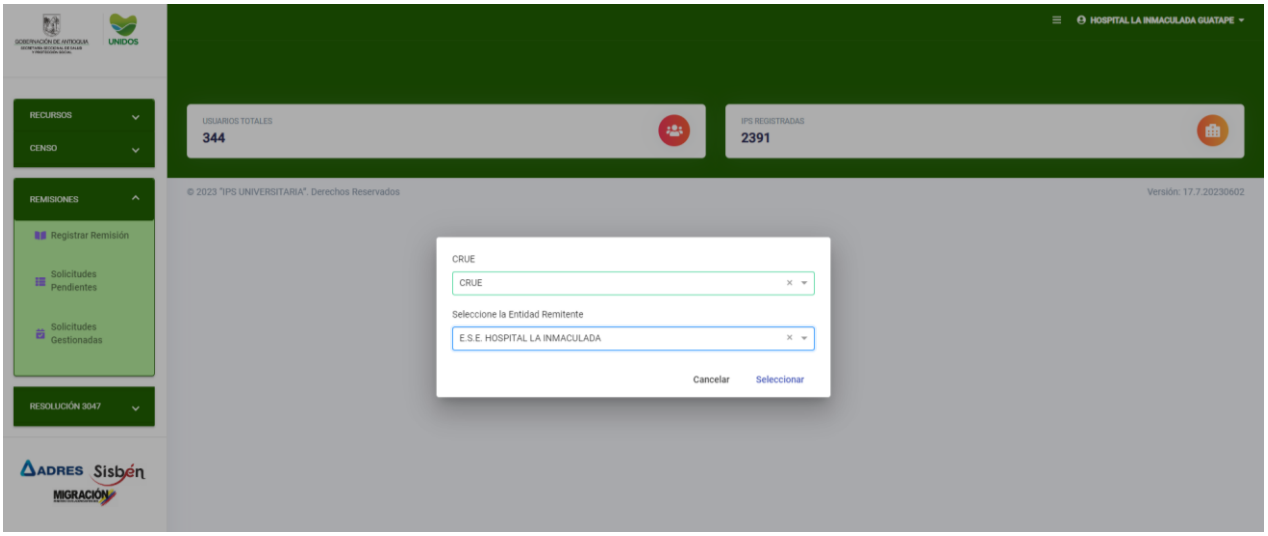
PLATAFORMA CRUE DEPARTAMENTAL ANTIOQUIA

- Ingresar por medio del navegador a https://crueantioquia.ghips.co/admin y dar click en referenciaes que se encuentra en el lado izquierdo de la pantalla. Se despliegan tres opciones, se le da click en registrar remisión



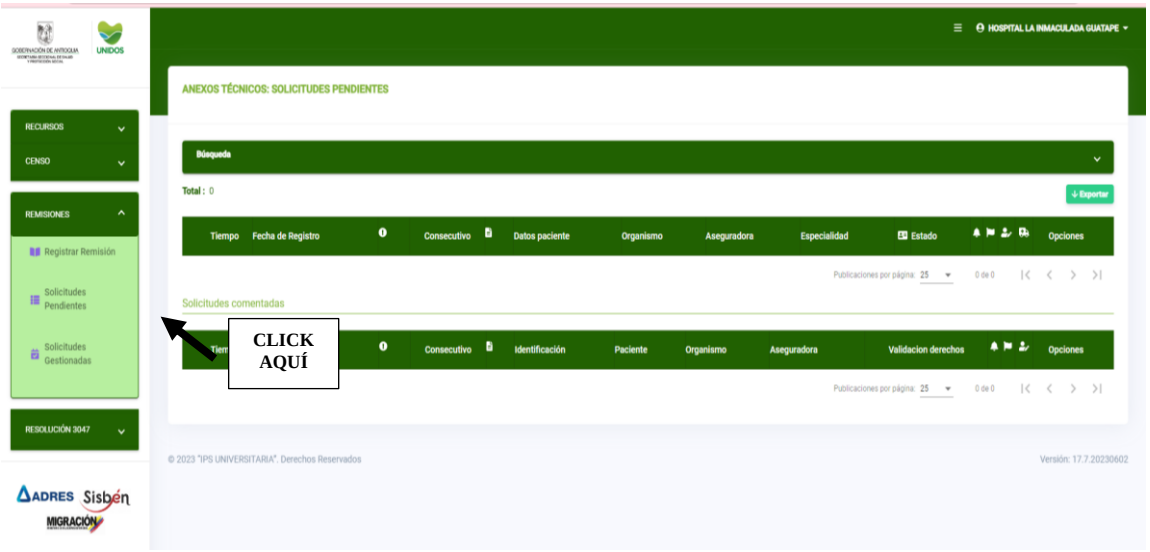
- Luego selecciona la entidad remitente: ESE y le da click en seleccionar.





- Se abre el módulo de crear remisión, se diligencia todos los datos solicitados en relación con el trámite. Una vez se diligencien todos los campos, al finalizar el formulario se proceden a adjuntar los documentos necesarios tales como: historia clínica, anexo 9, paraclínicos realizados, imágenes diagnósticas, trazabilidad en donde se adjunten pantallazos que conste que se comentó a la eps, pólizas y/o documento de extranjería si es el caso, entre otros documentos. Y se procede a dar click en guardar para radicar la solicitud.

- Una vez quede radicada la solicitud, se puede visualizar por solicitudes pendientes para poder verificar la trazabilidad del proceso, adjuntar evoluciones y confirmar aceptaciones.



NUEVA EPS:

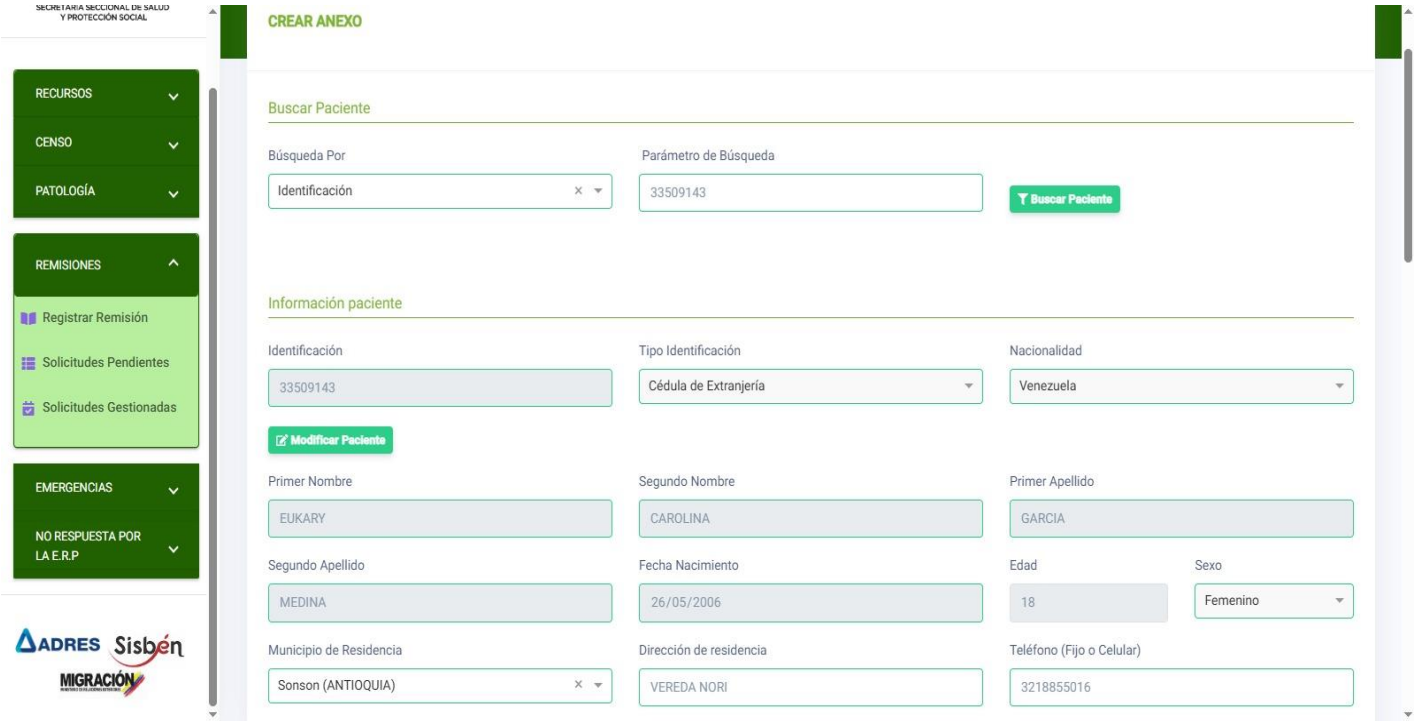
Se cuenta con un portal virtual habilitado, que permite la autogestión de servicios de primer y segundo nivel que son prestados por el hospital. Este proceso se realiza después de la consulta médica, y una vez que el usuario se acerca a la oficina de atención al usuario para tramitar las autorizaciones correspondientes, el portal virtual permite cargar los servicios y genera la autorización de manera inmediata, con un tiempo de respuesta que oscila entre 2 y 5 minutos.

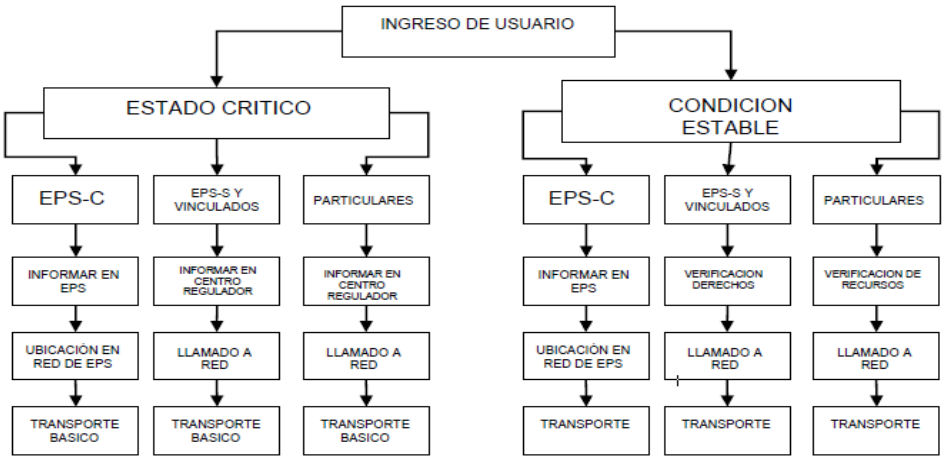
EAPB SURA

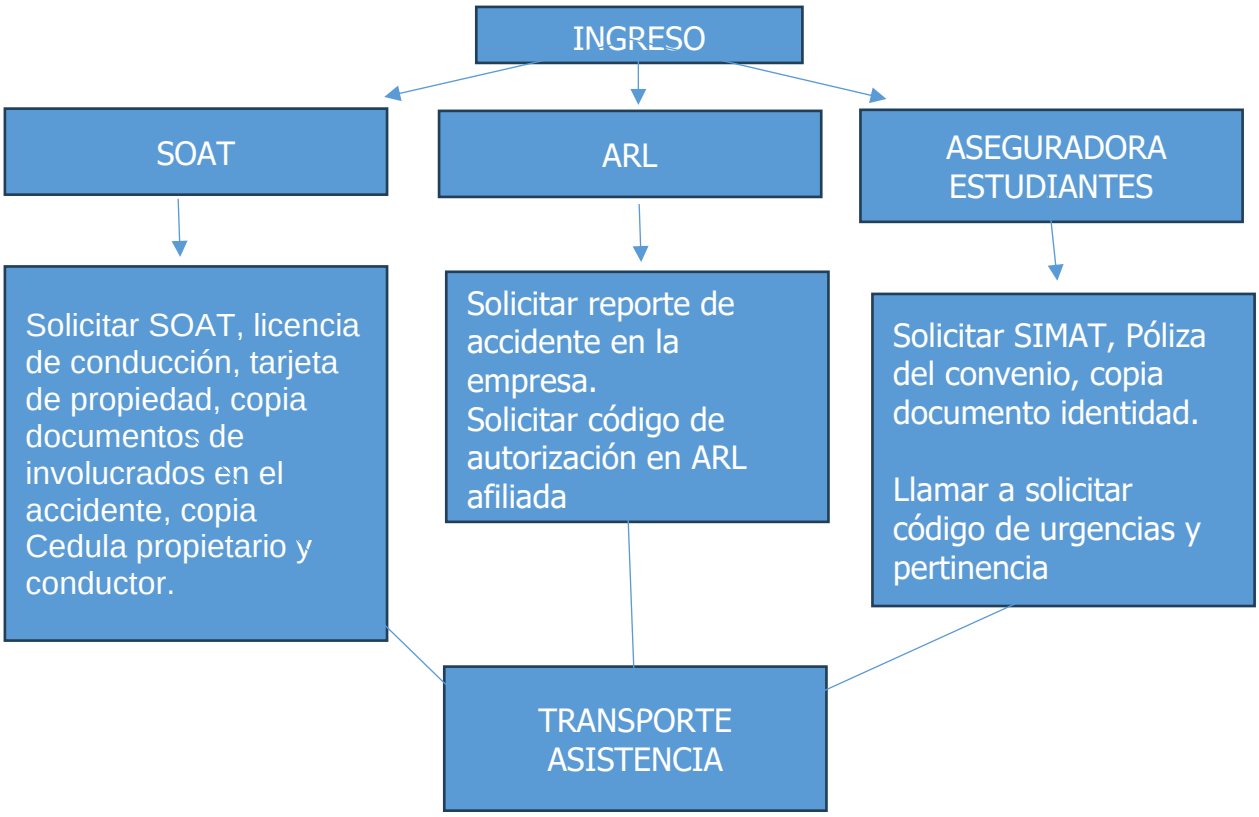
Se realizan trámites de ARL por medio de correo electrónico y plataforma.

AUTORIZACIONES A POBLACION POBRE NO ASEGURADA (POBLACION GESTANTE). PLATAFORMA CRUE

- PASO 1: se ingresa a plataforma CRUE Antioquia por el siguiente link https://crueantioquia.ghips.co/admin/solicitudes
- PASO 2: Ingresamos en el apartado REMISIONES, Registrar mi remisión, seleccionar la ESE
- PASO 3: Buscar paciente por número de documento, y actualizar datos del usuario y los datos de un familiar, ingresar tipo de población y entidad a la que se solicita, en este caso solo aparece la opción (secretaria de salud e inclusión social de Antioquia)
- PASO 4: En el apartado de procedimiento objeto de la información, seleccionar Solicitud de autorización de servicios y tecnologías en salud
- PASO 5: Ingresar sede que remite, Diagnostico del usuario, causa de la atención, y finalidad de la tecnología entre otros
- PASO 6: Ingresar cups y cantidad de los servicios que requiere el usuario, y justificación clínica
- PASO 7: Anexar en pdf historia clínica y anexo técnico 1, y guardar




INGRESO DE USUARIO
ESTADO CRITICO
CONDICION ESTABLE
EPS-C
EPS-S Y VINCULADOS
PARTICULARES
INFORMAR EN EPS
INFORMAR EN CENTRO REGULADOR
VERIFICACION DERECHOS
VERIFICACION DE RECURSOS
UBICACIÓN EN RED DE EPS
LLAMADO A RED
TRANSPORTE BASICO
TRANSPORTE


INGRESO
SOAT
ARL
ASEGURADORA ESTUDIANTES
Solicitar SOAT, licencia de conducción, tarjeta de propiedad, copia documentos de involucrados en el accidente, copia Cedula propietario y conductor.
Solicitar reporte de accidente en la empresa.
Solicitar código de autorización en ARL afiliada
Solicitar SIMAT, Póliza del convenio, copia documento identidad.
Llamar a solicitar código de urgencias y pertinencia
TRANSPORTE ASISTENCIA

Bibliografía

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION. (09 de 03 de 2012). Obtenido de https://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/resolucion_minsaludps_0459_2012.htm

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL. (07 de 12 de 2007). Obtenido de http://www.saludcapital.gov.co/Documents/Decreto-4747-de-2007.pdf

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL. (27 de 12 de 2013). Obtenido de https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Decreto%203047%20de%202013.pdf

NOTAS DE CAMBIO

DESCRIPCIÓN	FECHA
Elabora: Personal asistencial	JULIO 2025
Revisa: Comité de calidad	JULIO 2025
Aprueba: Gerencia	JULIO 2025
Código del documento	

CONTROL DE ACTUALIZACIONES		
Versión	Fecha	Cambios
01	JULIO 2025	Se crea el documento