



1. OBJETIVO

Garantizar el acceso ágil y oportuno a los servicios de salud de mayor complejidad incluidos dentro del Plan de Salud del Magisterio cuando sean requeridos, los cuales deben cumplir los atributos de calidad que corresponden a la accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia, continuidad, integralidad y calidad humana, mediante la estandarización de normas y procedimientos que deben seguir los funcionarios de la organización, la red prestadora de servicios ofertada y los usuarios.

2. ALCANCE

Inicia desde que el profesional de salud decide remitir al usuario a un nivel de atención superior donde es atendido y desde ahí es contraremitido al nivel de complejidad inicial con un plan de manejo definido y una conducta a seguir.

3. METODOLOGÍA

Nº	PERSONA RESPONSABLE	DOCUMENTO NECESARIO	DESCRIPCIÓN
Servicio Modalidad Intramural, Extramural o telemedicina			
1	Prestador primario		Definir necesidad de interconsulta o remisión a un nivel de complejidad superior que disponga de tecnologías competentes especializadas no disponibles en el componente primario. * Las especialidades de Ginecología y Pediatría son de acceso directo.
2	Usuario	❖ Historia clínica ❖ Solicitud referencia de	Envía vía mail y/o radica en la IPS/SEDE de atención primaria en salud de zonificación, la historia clínica junto la remisión. *
3	Asistente administrativo	❖ Historia clínica ❖ Solicitud referencia de ❖ Ayudas diagnosticas	Consolidar los documentos necesarios para la referencia del paciente.
4	Asistente administrativo	❖ Agenda medica	¿El prestador hace parte de la red ofertada en la Región 7? SI Pasar a la actividad No. 5 NO Asigna cita con un prestador de la Red ofertada para valoración y definir manejo.
5	Asistente administrativo	❖ Gestión de servicio	Identificar el prestador de la Red más cercano al municipio de residencia del paciente y generar gestión de servicio.
6	Red prestadora	❖ Base de datos	¿Se encuentra activo en la base de datos? SI Pasar a la actividad No. 7 NO Informar al usuario que no se encuentra activo, orientándolo hacia la oficina de atención al usuario de la IPS/SEDE de zonificación o a través de la línea 018000121666. FIN
7	Red prestadora	❖ Historia clínica ❖ Orden medica ❖ Contraremission	Atender al paciente referido para definir la conducta a seguir y el plan de manejo, entregar resultado del

 U.T. RED INTEGRADA FOSCAL - CUB	GUÍA REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA	Página 2 de 4
		VERSIÓN: 3.0
		CÓDIGO: GAI 004

			procedimiento realizado, y por último direccionar a la IPS/SEDES de Atención Primaria en Salud.
Traslado de pacientes			
8	Red prestadora	❖ Hoja de remisión ❖ Historia clínica	<p>En el caso que el prestador remitente no cuente con el servicio de transporte asistencial deberá informar a la Coordinación Departamental de Red de la UT RED INTEGRADA FOSCAL-CUB que corresponda, sobre la necesidad de consecución de transporte, suministrando los siguientes datos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Identificación del paciente. (Nombre, identificación, edad, sexo). ✓ Diagnóstico. ✓ Estado de consciencia. ✓ Presencia de intubación, sondas o catéteres en el paciente. ✓ Presencia de líquidos intravenosos y tipo de estos. Medicamentos que se le están administrando por vía oral o intravenosa. ✓ Necesidad de oxígeno o soporte ventilatorio en el paciente y forma de administración.
9	Asistente administrativo		¿Se confirmó el traslado del paciente? ** SI Confirmar al prestador remitente la gestión realizada, para que este organice la entrega oportuna del paciente con la documentación requerida. NO Intermediar la remisión a través del Centros Reguladores de Urgencias y Emergencias (CRUE) en caso de urgencias vitales. ***
4. OBSERVACIONES			



- La referencia debe llevar una solicitud concreta la cual debe estar relacionada directamente con el problema del paciente.
- Para garantizar el óptimo funcionamiento del proceso de referencia y contrarreferencia, se contará con un grupo de profesionales dedicado a ejercer control sobre los procesos, generar políticas sobre la pertinencia y racionalidad técnico-científica del uso de los recursos disponibles en el departamento donde se presten, con el fin de que se cumplan los estándares exigidos.
- Cuando el usuario haga uso de una red de servicios distinta a la que el contratista haya establecido para el manejo de estos casos, ser recobrados por la IPS que atendió la urgencia al Contratista de la Región del Usuario, máximo a las tarifas SOAT vigentes a la fecha de la prestación.
- En los casos en que el usuario quede en observación, ésta no debe ser mayor a veinticuatro (24) horas, o cuarenta y ocho (48) en fin de semana, tiempo límite para que se le defina conducta y se acuerde el traslado con el proveedor responsable del afiliado.
- Los usuarios que presenten accidentes de trabajo o enfermedad laboral (ATEL) y que requieran servicios ambulatorios de I y II nivel de complejidad con excepciones, ya sea el caso medicina laboral realizara la respectiva referencia.

* A través de las líneas telefónicas de nuestras IPS/SEDES de Atención Primaria distribuidas en los 4 departamentos que conforman la región 7 o a través de los correos electrónicos que se dispongan para tal fin y las líneas telefónicas establecidas en las laborales y no laborales a través de la línea 018000 121 666.

** Cuando los pacientes sean trasladados:

1. Para los servicios ambulatorios, cuando en razón al enfoque terapéutico se requiera de una técnica, práctica o especialidad que bien no exista en el municipio o se presente una deficiencia sobreviniente en aquel de la red de servicios establecida por el contratista.
2. Para los casos de urgencias vitales dentro del municipio, del departamento, de la región y del país. Cuando se trate de traslados dentro del municipio, se tendrá en cuenta la oferta existente de ambulancias.
3. Para los casos de pacientes hospitalizados que requieran de atención complementaria dentro del municipio, del departamento y de la región o fuera de ella.
4. Para los casos de pacientes que requieran servicios ambulatorios básicos que no se presten o que no se encuentren disponibles en la zona rural de residencia de acuerdo con lo contemplado en el plan de beneficios.
5. El médico remitente determinará si el paciente requiere transporte medicalizado en cualquiera de las versiones terrestre, fluvial o área.

*** A continuación, se relacionan los mecanismos de contacto con los CRUE de cada departamento que conforman la Región 7.

CRUE ARAUCA	CRUE CESAR	CRUE NORTE DE SANTANDER	CRUE SANTANDER
<ul style="list-style-type: none">• Línea gratuita 125• Celular 3504120127	<ul style="list-style-type: none">• Celular 3205653159• Línea de atención: (5) 5702528• cruecesar@gmail.com	<ul style="list-style-type: none">• Av. 0 Calle 10 - Ed. Rosetal 3 Piso San José de Cúcuta - Norte de Santander - Colombia• Fijo directo 5784968 Ext. 221 - 222• crue@ids.gov.co	<ul style="list-style-type: none">• Línea de Atención : 6978785 - 6978788• Conmutador: 6970000 Ext. 1287-1286• Calle 45 No. 11-52, Secretaría de Salud de Santander Bucaramanga - Colombia

 U.T. RED INTEGRADA FOSCAL - CUB	GUÍA REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA	Página 4 de 4
		VERSIÓN: 3.0
		CÓDIGO: GAI 004

HISTORIAL DE REVISIÓN

REVISIÓN No. :	FECHA DE APROBACIÓN	REVISADO POR	APROBADO POR	DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO
1	14/08/19	Leidy Peña Castellanos Profesional Gestión Riesgo	Lina Marcela Santamaria Dueñas Coordinación Regional de Calidad y Auditoria Medica	Aprobación del documento.
2	10/12/2019	Leidy Peña Castellanos Profesional Gestión Riesgo	Lina Marcela Santamaria Dueñas Coordinación Regional de Calidad y Auditoria Medica	Se adiciona lo referente ATEL en observaciones
3	20/01/2020	Leidy Peña Castellanos Profesional Gestión Riesgo	Lina Marcela Santamaria Dueñas Coordinación Regional de Calidad y Auditoria Medica	Se modifica el código del documento GAR 013 a GAI 004, Se ajusta Tabla del Historial de Revisión