



MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES
DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR
SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
GRUPO RED

Manual del Sistema de Referencia y Contrareferencia del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares DIGSA

Código: MDN-COGFM-PROARED-DIGSA-MA.33-10

Proceso: Administración de Red de Servicios

INTRODUCCIÓN

El Sistema de Referencia y Contrareferencia, es el conjunto de procesos, procedimientos y actividades técnicas, administrativas flujos e instrumentos, que permiten prestar adecuadamente los servicios de salud a los usuarios, según su nivel de atención y grado de complejidad, acorde con sus necesidades y 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 con la capacidad de respuesta.

Este Manual constituye un instrumento administrativo que establece los lineamientos, procesos, procedimientos y actividades técnico administrativas, para la prestación de los servicios de salud a los usuarios del SSFM. Se establece como la forma organizada y unificada que adopta la institución en lo que respecta al flujo en la referencia de pacientes, buscando la calidad de los servicios de salud que se brinda tanto en la red propia, en la red contratada, y la red de atención de Urgencias a nivel nacional, en todos los niveles de atención. Optimizando la capacidad instalada propia de cada Establecimiento de Sanidad Militar en cuanto a infraestructura, equipos y personal, encaminados a brindar servicios con atributos de alta calidad.

Los registros, seguimiento y control se realizarán en la herramienta tecnológica vigente para este fin dispuesta por la Dirección General de Sanidad Militar.



MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES
DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR
SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
GRUPO RED

Manual del Sistema de Referencia y Contrareferencia del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares DIGSA

Código: MDN-COGFM-PROARED-DIGSA-MA.33-10

Proceso: Administración de Red de Servicios

TABLA DE CONTENIDO

1. FUNDAMENTO NORMATIVO	4
1.1 Normatividad SSFM.....	4
1.2 Normatividad Externa y Documentos Relacionados	5
2. OBJETIVO.....	7
2.1 Objetivo General	7
2.2 Objetivos Específicos	7
3 JUSTIFICACIÓN	7
4 METODOLOGÍA.....	8
5 AMBITO DE APLICACIÓN – ALCANCE	8
6 POBLACIÓN OBJETO	9
7 EJECUCIÓN	9
7.1 Misión General	9
7.2 Misiones Particulares.....	10
7.2.1 Dirección General De Sanidad Militar.....	10
8 ANEXO DE DEFINICIONES	14
8.1 Definiciones.....	14
9.1 Lineamientos para el Profesional de la Salud y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que intervienen en el Sistema de Referencia y Contrarreferencia.....	19



9.2	Procedimiento Sistema de Referencia y Contrareferencia.....	24
9.2.1	Tipos de Escenarios en el Ámbito ambulatorio:.....	25
9.2.2	Actividades ámbito ambulatorio.....	28
9.2.3	Escenario en los Ámbitos de Referencia y Contrareferencia consulta prioritaria, urgencias y hospitalización	28
9.3	Actividades ámbito hospitalario, urgencias y consulta prioritaria	33
9.3.1	Red propia.....	33
9.3.2	Red Externa	33
9.4	Ámbito ambulatorio	34
9.5	PROCESO DE CONTRARREFERENCIA	38
9.7	Reportes.....	46
11.	ANEXOS.....	48
11.2	Formatos:	48



1. FUNDAMENTO NORMATIVO

1.1 Normatividad SSFM

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

Ley 352 de Enero de 1997. Por la cual se reestructura el sistema de salud y se dictan otras disposiciones en materia de seguridad social para las Fuerzas Militares y la Policía Nacional.

Acuerdo 07 de Mayo de 1997 del CSSMP, “Por el cual se establecen políticas y parámetros para la prestación directa de servicios o contratación de instituciones prestadoras de servicios de salud y profesionales habilitados, en el Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares y el Subsistema de la Policía Nacional”.

Acuerdo 011 de Julio de 1997 del CSSMP. “por el cual se trazan las políticas, reglas, directrices y orientaciones para la administración del SSMP en forma descentralizada y desconcentrada en las Fuerzas Militares y la Policía Nacional y se definen y regula la integración funcional de las entidades que prestan los servicios de salud en los Subsistemas”

Acuerdo 02 de Abril de 2001 del CSSMP. “Por el cual se establece el Plan de Servicios de Sanidad Militar y Policial”, define en su artículo 3 que para acceder a los servicios contenidos en el Plan de Servicios establecidos en el Acuerdo es indispensable y obligatorio el tránsito a través de la consulta de Medicina General, Odontología General, y primer nivel de otras áreas de la salud.

Acuerdo 018 de Marzo 05 de 2002 del CSSMP. “Por el cual se establecen la Políticas, Estrategias y Planes en salud en apoyo a las operaciones militares y se determina los lineamientos para el desarrollo del programa de salud operacional de las Fuerzas Militares”.

Acuerdo 023 de 2003 del CSSMP “Por el cual se formulan lineamientos generales para la prestación de servicios de salud a los afiliados y beneficiarios del SSMP.



Acuerdo 070 de Agosto 2019 del CSSMP “Por el cual se establece el Modelo de Atención Integral en Salud para el Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional “

Acuerdo 071 del 02 Agosto 2019 del CSSMP “Por el cual se fijan los parámetros para la integración, implementación y mantenimiento de los sistemas de gestión en el SSMP”

Acuerdo 072 del 02 Agosto 2019 del CSSMP “Por el cual se dictan políticas generales y lineamientos para la organización del Sistema Integral de Información en Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional.

Directiva permanente 002 de 2015 “Por la cual se establecen las políticas de operación del Sistema Integrado de Atención, Evacuación y Traslado

Medico SIATEM, así como las actividades necesarias de cooperación entre las fuerzas para optimización de los recurso humanos, técnicos y tecnológicos para la evacuación y traslado médico”.

1.2 Normatividad Externa y Documentos Relacionados

Ley Estatutaria de Salud 17 de febrero de 2017: consagra la salud como un derecho fundamental autónomo, garantiza su prestación, lo regula y establece sus mecanismos de protección

Ley 1438 de Enero de 2011, “Por medio de la cual se reforma el sistema general de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones”. En el Artículo 121° “Sujetos de Inspección, Vigilancia y control de la Superintendencia Nacional de Salud”; así pues hace referencia al SSFM siendo este un régimen de excepción el cual será sujeto de inspección, vigilancia y control integral de la Superintendencia Nacional de salud.

Decreto 4747 de Diciembre 7 de 2007 del MPS (Ministerio de la Protección social), “Por medio del cual se regulan algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo, y se dictan otras disposiciones”. Artículo 17, define el diseño, organización y documentación del proceso de referencia y contrareferencia y la operación del sistema de referencia y Contrareferencia, como una 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 780 de mayo de 2016 “Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social”



Resolución 3047 de Agosto de 2008 del MPS (Ministerio de la Protección Social), “Por medio de la cual se definen los formatos, mecanismos de envío, procedimientos y términos a ser implementados en la relaciones entre prestadores de servicios de salud y entidades responsables del pago de servicios de salud definidos en el Decreto 4747 de 2007”. Formatos que se adoptaran en el Subsistema de las Fuerzas Militares en el proceso de Referencia y Contrarreferencia. Teniendo en cuenta que esta norma debe ser aplicada por el Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares y Policía Nacional, para los casos que se contraten o compren servicios de salud a las EPS e IPS de la red externa del Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y Policía Nacional y se hace exigible en cada caso según los servicios que se contraten y de acuerdo a los convenios o contratos que se pacten.

Resolución 4331 de 19 de Diciembre de 2012, “por medio de la cual se adiciona y modifica parcialmente la Resolución 3047 de 2008, modificada por la Resolución 416 de 2009.

Resolución 3100 del 25 de noviembre del 2019 “Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud”

Resolución 4678 de Diciembre de 2015 “Por la cual se adopta la Clasificación Única de Procedimientos en Salud — CUPS y se dictan otras disposiciones”

Resolución 1441 de 2016 Por la cual se establecen los estándares, criterios y procedimientos para la habilitación de las Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud y se dictan otras disposiciones

Resolución 2626 de 2019 Por el cual se modifica la Política de Atención Integral en Salud - PAIS y se adopta el Modelo de Atención Integral Territorial - MAITE

Resolución 537 de 2020 fecha 01 de Abril del 2020 Ministerio de Salud y Protección Social Por la cual se modifica la Resolución 3495 de 2019 que establece la Clasificación Única de Procedimientos en Salud – CUPS.



2. OBJETIVO

2.1 Objetivo General

Definir políticas y procedimientos para la aplicación y operativización del sistema de referencia y contrareferencia, alineados al Modelo de Atención Integral en Salud y lineamientos legales vigentes que permitan garantizar a los usuarios del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares, una correcta orientación y solución del problema de salud de acuerdo con la capacidad resolutive e instalada de las instituciones según su nivel, articulando la red propia (Establecimientos de Sanidad Militar (ESM)) disponible en cada regional y la red externa contratada, brindando calidad en la atención, oportunidad y continuidad, acorde a las necesidades en salud de los usuarios bajo las estrategias de Atención Primaria en Salud articulado con la gestión del riesgo.

2.2 Objetivos Específicos

- direccionamiento del flujo de usuarios dentro de la red propia y de quienes requieren valoración en la red contratada.
- Ofrecer el acceso de los usuarios a los servicios de salud integral en la red primaria y complementaria con recursos tecnológicos adecuados a sus condiciones clínicas.
- Racionalizar los recursos disponibles en la red interna de acuerdo a su capacidad instalada y el análisis situacional en salud de la población y el territorio con el fin de lograr una eficiencia del sistema.
- Registrar en el sistema de información toda la red prestadora de servicios actualizada y disponible para los ESM y usuarios del SSFM, con el fin de evaluar la pertinencia y disponibilidad de servicios de salud en los diferentes territorios y a su vez permitir tomar decisiones oportunas y en tiempo real que logre mejorar el servicio de salud

3 JUSTIFICACIÓN

- La actualización del Manual de Referencia y contrareferencia se realiza con el fin de facilitar la atención pertinente, oportuna e integral Mejorando el acceso a los servicios de salud de manera resolutive



- Este manual pretende fortalecer las áreas de referencia que componen el subsistema de salud de las fuerzas militares discriminando las responsabilidades para cada actor, desde los profesionales asistenciales así como los administrativos para impactar de manera positiva cumpliendo con el derecho a la salud desde el área de referencia.

4 METODOLOGÍA

El presente manual se actualiza teniendo en cuenta la siguiente revisión documental relacionada a continuación:

De acuerdo a la documentación existente, se realiza la identificación de las necesidades del proceso en base a las políticas institucionales y normatividad vigente, se elaboran los documentos necesarios para el mejoramiento del Sistema de Referencia y Contrareferencia de manera eficiente, eficaz, efectiva, oportuna y de calidad para los usuarios que lo requieran del Subsistema de salud de las Fuerzas Militares con la revisión documental relacionada a continuación:

- Normatividad Vigente
- Portafolio de servicios actualizado
- Proceso autorizador
- Política Modelo de Atención Integral en Salud (MATIS)
- Mediante reuniones de trabajo técnicas en la que participaron los líderes del proceso de la DIGSA y de cada DISAN y Jefatura de Salud.

5 AMBITO DE APLICACIÓN – ALCANCE

- El presente manual constituye un instrumento administrativo que establece los lineamientos de carácter general y obligatorio para los todos los funcionarios de la DIGSA, DISAN, ESM y Red Externa contratada que intervienen directamente en el sistema de referencia



y contrareferencia y en la utilización de la herramienta tecnológica SALUD.SIS vigente dada por la Dirección General de Sanidad Militar para registro del proceso de referencia y Contrareferencia.

- La trazabilidad del sistema de referencia y contrareferencia inicia desde la solicitud de un servicio de salud en los ESM o Red Externa contratada y finaliza con la prestación y respuesta de la solicitud por parte del personal de salud, de acuerdo al estado de salud de los usuarios.
- Realizar seguimiento continuo al proceso contrareferencia con el fin de que este implementado y se tenga trazabilidad.

6 POBLACIÓN OBJETO

La población objeto del presente manual son los funcionarios de la DIGSA, DISAN, ESM, Red Externa Contratada.

7 EJECUCIÓN

7.1 Misión General

Diseñar, organizar y documentar el proceso de forma tal que involucre las normas operacionales, sistema de información y recursos logísticos requeridos para la marcha de la red primaria y complementaria, que garanticen la disponibilidad y suficiencia de los servicios en todos los niveles de complejidad.

Con el fin de garantizar el acceso, la continuidad y la integralidad de la atención es necesario contar con servicios resolutivos y eficientes, y la definición de ciclos de atención que articulen los diferentes niveles de complejidad a lo largo de la red prestadora de servicios del SSFM, a través de la cual se pueda:

- Evitar las barreras de acceso que pongan en riesgo la vida de los usuarios
- Garantizar el funcionamiento articulado de la red prestadora del SSFM, propia y contratada



- Reducir los desplazamiento innecesarios de los pacientes y sus familias garantizando la atención integral de acuerdo a su georreferenciación
- Prestar atención centrada al usuario y su núcleo familiar con la oportunidad requerida.
- Cumplir con los proceso establecidos para la documentación del traslado de los pacientes
- Producir la información necesaria para realizar análisis de las referencias y contrarreferencia en los diferentes niveles para la determinación de acciones de mejora.
- Agilizar y facilitar las acciones del personal involucrado en la prestación de servicios de salud operacional y asistencial.
- El diseño, organización, documentación y monitoreo del sistema de referencia y contrarreferencia es responsabilidad de la DIGSA y su respectiva operatividad es obligación de las Direcciones de Sanidad Militar, quienes deberán disponer de una red de prestadores de servicios de salud, transporte y comunicaciones que garantice la disponibilidad y suficiencia de los servicios en todos los niveles de complejidad.

7.2 Misiones Particulares

7.2.1 Dirección General De Sanidad Militar

- Direcciona el sistema de Referencia y Contrarreferencia en el Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares de acuerdo a su nivel estratégico, funciones y competencias asignadas por la Ley 352 de 1997 y Decreto 4782 de 2008.
- La Dirección General de Sanidad Militar a través de la Subdirección de Salud direcciona y monitorea la implementación del Sistema de Referencia y Contrarreferencia , realizando las siguientes actividades :
- Seguimiento y evaluación del desempeño del sistema de Referencia y Contrarreferencia de acuerdo con la normatividad vigente en referencia decreto 4747 de 2007.
- Comité de Referencia y Contrarreferencia semestral, con el fin de analizar el comportamiento del sistema, emitiendo los respectivos planes de mejora.



- Consolidar la información de los indicadores proveniente de las Direcciones de Sanidad para el respectivo análisis que permita la toma de decisiones con el fin del mejoramiento continuo.
- Monitorear y evaluar el sistema de referencia y contrarreferencia en conjunto con el proceso de autorizaciones, garantizando la accesibilidad, oportunidad y continuidad de la prestación de las atenciones.
- La DIRECCION GENERAL DE SANIDAD MILITAR establece las responsabilidades y competencias entre el asegurador, administrador y el prestador, para el seguimiento en la atención del usuario y la gestión integral del riesgo en salud, definiendo claramente los alcances y la complementariedad entre ellos, para el proceso de referencia y contrarreferencia.
- Verificación y seguimiento al proceso de referencia y contrareferencia por parte los Establecimientos de Sanidad Militar a nivel Nacional.

Direcciones de Sanidad de las Fuerzas

- Designar un coordinador para liderar el sistema de Referencia y Contrarreferencia en todos los Establecimientos de Sanidad Militar (ESM) quien será el responsable de la operatividad los lineamientos y políticas del presente manual.
- Garantizar la socialización de los lineamientos políticas y directrices relacionadas con el sistema de Referencia y Contrarreferencia en todos los Establecimientos de Sanidad Militar y la red externa contratada para su debida implementación y aplicación
- Actualización continúa del portafolio de servicios red primaria y red complementaria contratada a través de la herramienta tecnológica vigente.
- Realizar seguimiento a la contratación de la Red complementaria, para referenciar los pacientes a los servicios que no se presten en el ESM; teniendo en cuenta que inicialmente se deben garantizar dentro del territorio en que se encuentra o el ESM de adscripción del paciente.
- Realizar trimestralmente el consolidado y análisis del comportamiento del sistema de referencia y contrarreferencia basándose en la información entregada por cada ESM, y en los reportes arrojados por la herramienta tecnológica vigente.



- Realizar seguimiento al proceso de contrarreferencia, por parte del receptor de salud de la referencia, al prestador que remitió.
- Conocer los canales de comunicación que tiene cada ESM, para el proceso de Referencia y Contrarreferencia.
- Realizar semestralmente la actualización de la información del directorio de los canales de comunicación para el proceso y enviar a la Dirección General de Sanidad Militar.
- Definir la organización del sistema de referencia y contrarreferencia al interior de la red, contando con los procedimientos y mecanismos para su operación, evaluación y seguimiento, el cual debe ser enviado a la Dirección General de Sanidad Militar.
- Al realizar la contratación con la red externa, se deberá establecer en las cláusulas contractuales, conocer y aplicar la implementación permanente de los mecanismos del sistema de Referencia y Contrareferencia del SSFM.
- Como Rol prestador Articula la Red Integral de Servicios de Salud - RISS con sus portafolios de servicios y procedimientos de referencia y contra-referencia, por territorio para facilitar el acceso a las intervenciones de las RIAS, la atención integral, oportuna, pertinente, segura y continua de los usuarios del SSFM y al cumplimiento de los lineamientos.
- Hacer seguimiento por parte de cada Dirección de Sanidad a la realización de comités trimestrales de referencia y contrarreferencia de cada ESM, y realizar consolidación reportada, con soportes y actas.
- Control y seguimiento a los planes de mejora derivados de los comités trimestrales de referencia y contrareferencia realizados por los ESM.
- Participar del Comité semestral de Referencia y contrarreferencia liderado por la DIGSA; exponer informe con los planes de mejoramiento de los ESM.

Establecimientos de Sanidad Militar

- Dar cumplimiento a los lineamientos, políticas y directrices descritas, en el presente manual de Referencia y Contrarreferencia.
- Reportar en forma trimestral la información del seguimiento y comportamiento del sistema de Referencia y Contrarreferencia a la DISAN donde se informe las novedades y avances del proceso.



- Brindar la prestación de todos los servicios de salud del SSFM a todos los usuarios del territorio , según su nivel de atención
- Desarrollar el sistema de referencia y contrareferencia en su territorio.
- Adecuar y coordinar el sistema de referencia y contrareferencia al interior de las RISS en el SSFM y con las respectivas entidades departamentales y distritales de salud, en lo referente a la red de urgencias.
- Identificar y organizar la red en cuanto al tipo y completitud de los servicios, para garantizar que se presten en condiciones de accesibilidad, oportunidad, continuidad, integralidad, capacidad de resolución y calidad de recursos humanos, en el momento que se tenga que referenciar un paciente.
- Establecer con las Instituciones Prestadores de Salud -IPS, personas naturales o jurídicas contratadas por los Subsistemas, el cumplimiento de las obligaciones contractuales, para la implementación del MATIS según su competencia.
- Realizar seguimiento a la red contratada verificando el cumplimiento a los procesos de referencia y contrareferencia para los usuarios del SSFM dentro de los parámetros del presente manual.
- Realizar el registro en el sistema de información vigente que soporten la gestión del proceso de atención y garanticen oportunidad, disponibilidad, pertinencia, suficiencia, accesibilidad, seguridad, continuidad e integralidad en la prestación de los servicios.
- Difundir entre los usuarios, la red de servicios disponible para su atención. Pueden usarse medios como la página web, capacitación en los ESM y cualquier medio de comunicación que garantice la correcta difusión de esta información.
- Validar que todo usuario antes de ser remitido a una institución de salud de mayor nivel de complejidad cuente con la confirmación, aceptación de la recepción y atención en esa institución.
- Verificar que todo usuario referido y contrarreferido, vaya acompañado de la información necesaria para brindarle una adecuada atención y manejo en la institución a la que se refiere.
- Verificar la atención y traslado del usuario o del elemento de remisión, hasta que ingrese al Establecimiento de Sanidad Militar o la Institución receptora, de conformidad con la gravedad del caso y la capacidad de resolución de la institución.



- Enviar de manera trimestral a cada Dirección de Sanidad el consolidado de las referencias y contrareferencias de la red Externa.
- Identificar la red alterna contratada si se tiene, con el fin de prestar servicios oportunos.
- Las autorizaciones de urgencia, hospitalización y consulta externa deben ser realizadas por el ESM de adscripción del usuario.

8 ANEXO DE DEFINICIONES

8.1 Definiciones

Sistema de Referencia y Contrareferencia: es un procedimiento administrativo y asistencial, que vincula a todos los niveles de atención. A través de este sistema, un ESM que no dispone de una capacidad resolutive puede “referir” a un paciente, a otro ESM o IPS que tiene una mayor capacidad resolutive, para realizar un procedimiento diagnóstico, tratamiento médico quirúrgico, interconsultas o actividades de promoción y prevención. Tras ser atendido, este servicio realiza una contrareferencia, que implica hacer una derivación del paciente en sentido contrario, con la finalidad de garantizar el seguimiento del paciente. Referencia.¹

Contrareferencia: Es la respuesta que el prestador de servicios de salud receptor de la referencia, da al prestador que remitió. La respuesta debe ser la contraremisión del paciente con las debidas indicaciones a seguir o simplemente la información sobre la atención prestada al paciente en la institución receptora, o el resultado de las solicitudes de ayuda diagnóstica.²

Remisión: Procedimiento por el cual un profesional de la salud transfiere la atención en salud de un usuario del SSMP, a otro profesional, ESM o Institución Contratada, con la consiguiente transferencia de responsabilidad sobre el cuidado del mismo.¹

Interconsulta: Es la solicitud elevada por el profesional, ESM o institución de Salud contratada responsable de la atención del usuario a otros profesionales, ESM o instituciones de salud contratadas, para que emitan juicios y orientaciones sobre la conducta a seguir con un paciente basados en la evidencia clínica, sin que estos profesionales o instituciones asuman la responsabilidad directa de su manejo.¹

Acuerdo 070 definiciones

² Artículo 3, Decreto 4747 de 2007 Ministerio de la Protección Social



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.³

Triage: Es un término francés que se emplea en el ámbito de la medicina para clasificar a los pacientes de acuerdo a la urgencia de la atención. También denominado triage, se trata de un método que permite organizar la atención de las personas según los recursos existentes y las necesidades de los individuos.

Atención inicial de urgencias: prestación oportuna de servicios de salud, con el fin de preservar la vida y prevenir consecuencias críticas permanentes o futuras mediante tecnologías en salud, para la atención de usuarios del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares (SSFM) que presenten alteración de la integridad física, funcional y/o mental, por cualquier causa, y con cualquier grado de severidad que comprometan su vida o funcionalidad.⁴

Red de prestación de servicios: Es el conjunto articulado de prestadores de servicios de salud, ubicados en un espacio geográfico, que trabajan de manera organizada y coordinada en un proceso de integración funcional orientado por los principios de complementariedad, subsidiariedad y los lineamientos del proceso de referencia y contrareferencia establecidos por la entidad responsable del pago, que busca garantizar la calidad de la atención en salud y ofrecer una respuesta adecuada a las necesidades de la población en condiciones de accesibilidad, continuidad, oportunidad, integralidad y eficiencia en el uso de los recursos.⁵

Verificación de derechos: Es el procedimiento por medio del cual se identifica la entidad responsable del pago de los servicios de salud que demanda el usuario y el derecho del mismo a ser cubierto por dicha entidad.

Cada Establecimiento de Sanidad Militar debe tener habilitado por lo menos un usuario en la herramienta tecnológica vigente para validar derechos el cual es autorizado por el centro de afiliación y Validador de derechos donde se puede verificar si el usuario se encuentra activo y puede acceder a la prestación de servicios de salud o si tiene algún inconveniente en la afiliación.

Sistema Integrado de Atención, Evacuación y Traslado en Salud Operacional: Secuencia detallada del proceso que debe llevarse a cabo en cada nivel de complejidad para la atención del personal herido, lesionado o enfermo (propias tropas, personal civil y adversario), también incluye la Atención en salud por el personal militar entrenado, la evacuación militar realizada por medio terrestre, acuático y aéreo, el traslado médico desarrollado por vía terrestre, acuática y aérea.

⁵ Artículo 3, Decreto 4747 de 2007 Ministerio de la Protección Social



Ambulancia: Unidad móvil autorizada para transitar a velocidades mayores que las normales y acondicionada de manera especial para el transporte de pacientes críticos o limitados, con la disponibilidad de recursos humanos y técnicos en función del beneficio de aquellos.

Red de Traslado: Adecuado servicio de transporte de pacientes que contempla la disponibilidad de ambulancias en cantidad y calidad, así como la integración de la red de comunicaciones, los esquemas de Referencia y Contra referencia y la red de atención hospitalaria, permitiendo garantizar la atención oportuna y eficaz de los pacientes, minimizando las secuelas y disminuyendo la tasa de morbi-mortalidad por estas causas.

Transporte Primario: Es el traslado de pacientes del lugar de ocurrencia del episodio patológico al hospital; y/o el transporte de pacientes limitados que no puedan movilizarse por sus propios medios.

Transporte Secundario: Es el traslado interhospitalario de pacientes o hacia el domicilio del paciente.

Transporte Asistencial Básico TAB: Es el traslado de un paciente en un medio de transporte terrestre, marítimo y/o fluvial que debe contar con una dotación básica para dar atención oportuna y adecuada al paciente durante el desplazamiento.

Transporte Asistencial Medicalizada TAM: Es el traslado de un paciente en un medio de transporte terrestre, marítimo y/o fluvial o aéreo, que se encuentra críticamente enfermo y que debe contar con una dotación de alto nivel tecnológico para dar atención oportuna y adecuada a pacientes cuya patología amerite el desplazamiento en este tipo de unidades.

Adscripción poblacional: este concepto alude al acto y el resultado de adscribir (realizar una inscripción, sumar algo, incorporar a alguien a una entidad), la adscripción poblacional es un mecanismo utilizado para identificar el número de usuarios que existen por Establecimientos de Sanidad, territorio y/o regional.

Afiliación: procedimiento a través del cual una persona se ingresa como integrante al SSMP, generándose una constancia de la mencionada pertenencia que lo acredita como afiliado con derechos y obligaciones.

Ámbitos territoriales urbanos: son aquellos donde existe alta agregación de población en condiciones de densidad y accesibilidad geográficas a los servicios de salud pues la demanda se ubica especialmente en la inmediación de la oferta, si es suficiente en los diferentes segmentos tecnológicos, y no existen barreras relevantes en la distancia entre los servicios y la población. Los municipios son el principal referente en salud para los territorios vecinos, pues tienen capacidad de resolución completa en relación con el nivel primario de salud, lo que lo convierte en punto focal para articular redes de prestación de servicios que resuelvan casos de alta complejidad. Adicionalmente hacen parte de la organización territorial y geográfica del país.



Se consideran ámbitos urbanos los definidos en el Artículo 65 del Plan de Desarrollo 2019- 2022, como tal con el criterio de población mayor a 1 millón de habitantes. Estos ámbitos territoriales tendrán definidos igualmente condiciones específicas de habilitación de los aseguradores y de las redes integrales de prestadores de servicios de salud.

Las ciudades que conservan esta categoría son: Bogotá, Medellín, Cali, Barranquilla y Cartagena. Adicionalmente se incluyen las áreas metropolitanas de Barranquilla y Medellín, reconocidas oficialmente. También puede considerarse ámbito urbano Bucaramanga con su área metropolitana, ya que al agregarla se cumple el criterio de ley de 1 millón de habitantes. Para las ciudades que tengan definida legalmente un área metropolitana, el modelo urbano podrá ser extensivo a los municipios que conformen dicha área.

Ámbitos territoriales con alta ruralidad: estos corresponden a la mayor parte de municipios del país donde la oferta de servicios tiende a ser monopólica y en la mayoría de los casos de naturaleza pública, con prevalencia de servicios de baja complejidad y poca capacidad de resolución. Los municipios de los ámbitos territoriales con alta ruralidad deben complementar sus servicios con instituciones de mediana y alta tecnología ubicadas en otros municipios para garantizar una oferta suficiente en los diferentes niveles de complejidad.

Se consideran ámbitos territoriales con alta ruralidad aquellos departamentos que no cumplieron con los criterios de clasificación de departamentos dispersos. Estos departamentos incluyen aquellos cuyas capitales estén ubicadas en la categoría dos, pero sus redes y EAPB podrán diferenciarse en cuanto autorización de funcionamiento de las EAPB y habilitación de red, de aquellas que sirven a sus respectivas capitales. Esta categoría incluye los restantes 24 departamentos.

Ámbitos territoriales dispersos: en estos municipios la densidad poblacional es muy baja, la disponibilidad y accesibilidad a los servicios es muy limitada por la baja densidad poblacional, limitaciones en la oferta de servicios y de recurso humano especializado, carencia de vías de acceso, barreras geográficas o condiciones culturales. El acceso vial a la oferta es una barrera sustancial para la población, usualmente se requiere disponibilidad de transporte aéreo, fluvial o marítimo para acceder a un número sustancial de servicios del plan. Se consideran ámbitos territoriales dispersos aquellos departamentos en los cuales más del 90% de los municipios sean clasificados como dispersos, así como las agrupaciones de municipios del andén pacífico y el alta guajira, ubicados en departamentos con mayor participación de municipios no clasificados como dispersos.

Para la clasificación de los municipios se toma como referencia el Estudio de Geografía Sanitaria.4

Atención Primaria en Salud (APS)6: es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación.



La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad.

Continuidad Asistencial: se define como el grado de coordinación y unión en la atención que percibe los pacientes a lo largo del tiempo, de manera que esta sea coherente con sus necesidades en salud y contexto personal.

Equipos básicos de atención integral en salud (EBAS): se define con fundamento a lo establecido por la Organización mundial de la Salud OMS, como un grupo no jerarquizado de personas, con distintas disciplinas técnicas y profesionales sanitarias y no sanitarias que realizan diferentes actividades, pero con un objetivo común de proveer en cualquier ámbito a los pacientes y familias la atención más integral de salud posible. Estos equipos serán el primer contacto y la puerta de entrada de la población con los servicios de salud, abordando de forma integral e integrada a la población por curso de vida, las familias y sus ámbitos de vida cotidiana, con un enfoque diferencial y para la diversidad. Se identificarán las necesidades y organizarán las respuestas que deban brindarse a la población, integrando las del sector salud con otros sectores.

Red Integral de Servicios de Salud (RISS)¹⁵: se define como el conjunto articulado de prestadores de servicios de salud u organizaciones funcionales de servicios de salud, públicos y privados; ubicados en un ámbito territorial definido de acuerdo con las condiciones de operación del MATIS, con una organización funcional que comprende un componente primario y un componente complementario; bajo los principios de disponibilidad, aceptabilidad, accesibilidad y calidad al igual que los mecanismos requeridos para la operación y gestión de la prestación de servicios de salud, con el fin de garantizar el acceso y la atención oportuna, continua, integral, resolutoria a la población, contando con los recursos humanos, técnicos, financieros y físicos para garantizar la gestión adecuada de la atención, así como de los resultados en salud.

Régimen de referencia y contrareferencia: es el conjunto de normas técnicas y administrativas que permiten prestar adecuadamente al usuario, los servicios de salud, según el nivel de atención y grado de complejidad de los Establecimientos de Sanidad Militar o de la Policía Nacional o a través de instituciones de salud contratadas, con la debida oportunidad y eficacia.

Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS)¹⁶: son una herramienta obligatoria que define a los integrantes del Sector salud (Entidad territorial, EAPB, prestador) y de otros sectores, las condiciones necesarias para asegurar la integralidad en la atención a partir de las acciones de cuidado que se esperan del individuo, las acciones orientadas a promover el bienestar y el desarrollo de los individuos en los diferentes entornos, así como las intervenciones para la prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación de la discapacidad y paliación. Las RIAS integran las intervenciones individuales y colectivas que realizan los diferentes integrantes dentro de sus competencias, las cuales deben adaptarse a los ámbitos territoriales y a los diferentes grupos poblacionales. Para el efecto, se definen tres tipos de rutas: Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud; Rutas de Grupo de Riesgo y Ruta Integral de Atención en Salud para eventos específicos.



Establecimiento de Sanidad Militar: ESM (Establecimiento de Sanidad Militar) es el encargado de la prestación de servicios de salud a todos los usuarios del SSFM de acuerdo a su portafolio de servicios, solucionando la demanda de servicios ambulatorios remitidos de otro ESM o de la red externa, ejecuta actividades de vigilancia epidemiológica, promoción y prevención, observación y/o aislamiento de pacientes, encaminadas a satisfacer la demanda propia de cada especialidad, será punto de recepción, evaluación y estabilización en atención de urgencias o consulta prioritaria.⁶

9. OPERACIÓN

9.1 Lineamientos para el Profesional de la Salud y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que intervienen en el Sistema de Referencia y Contrareferencia

Las órdenes de referencia solo las debe emitir el profesional de salud, más no otros actores del SSFM, para la atención de los usuarios.

Para la remisión de servicios de salud en primera instancia se debe agotar la red de servicios red primaria del SSFM del territorio establecida en la que se encuentra el usuario, posteriormente se debe acudir a las instituciones de la red complementaria con la autorización generada por el prestador, para garantizar la integralidad de la atención en salud de los usuarios.

El líder del proceso de referencia y contrareferencia de los distintos ESM deben tener acceso directo al portafolio de servicios de la red primaria y complementaria, para el direccionamiento adecuado dando cumplimiento a las directrices contempladas en este manual.

Cada ESM deberá dar a conocer a las IPS públicas y privadas contratadas y no contratadas de su regional, los mecanismos de comunicación disponibles con el ESM y la DISAN; teléfono, fax, correo electrónico.

El presente manual se entrega a la red contratada para conocimiento de cómo funciona el proceso de referencia y contrareferencia en el Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares.

La validación de derechos del usuario es responsabilidad del ESM referente, para lo cual cada ESM debe utilizar el validador de derechos de la herramienta vigente dada por la Dirección General de Sanidad Militar para este fin.

Para todo tipo de referencia generada el profesional que remite deberá diligenciar obligatoriamente el formato de Referencia y Contrareferencia Anexo Técnico No 9 "formato estandarizado de referencia de pacientes, que se encuentra dentro de los anexos del presente manual.



En el formato Anexo Técnico No. 10 “formato estandarizado de contrarreferencia de pacientes que se encuentra dentro de los anexos del presente manual según resolución 4331 de 2012 que permita conocer de manera clara a la institución receptora la información del paciente.

En casos puntuales y plenamente justificados, en el momento que se va a generar la referencia no se cuenta con acceso a la historia clínica electrónica, esta se debe realizar empleando la funcionalidad denominada en el módulo de referencia que se encuentra dentro de los anexos del presente manual del proceso referencia y contrareferencia, la cual debe ser creada con la completitud adecuada de los datos clínicos que permitan obtener una óptima trazabilidad de la solicitud generada.

Todo prestador de servicios de salud deberá informar obligatoriamente a la entidad responsable del pago es decir los ESM o DISAN, el ingreso de los pacientes al servicio de urgencias dentro de las veinticuatro (24) horas siguientes al inicio de la atención inicial de

urgencias mediante el diligenciamiento y envío del formato vigente anexo técnico No. 2 “Informe de la atención inicial de urgencias” que se encuentra que se encuentra dentro de los anexos del presente manual según decreto 4747 de 2007.

Para la prestación de servicios posteriores a la atención inicial de urgencias, el prestador de servicios de salud deberá informar a al ESM o DISAN dentro de las seis (6) horas siguientes, la necesidad de prestar el servicio cuya autorización se requiere, mediante el formato Anexo Técnico No. 3 “Solicitud de autorización de servicios de salud” (anexo 4) según decreto 4747 de 2007.

Los ESM o DISAN deben dar respuesta a las solicitudes de autorización de servicios siguiendo los procedimientos, mecanismos y en el Anexo Técnico No. 4 “autorización de servicios de salud en los que se encuentra dentro de los anexos del presente manual del presente manual según resolución 4331 de 2012.

Los procesos anteriores no podrán ser trasladados al paciente o su acudiente y es responsabilidad exclusiva de los ESM y DISAN.

La respuesta a la solicitud de autorización de servicios posteriores a la atención de urgencias, deberá darse por parte de los ESM y DISAN dentro de los términos, según resolución 3047 de 2008:

Para la atención subsiguiente a la atención inicial de urgencias:

- Dentro de las dos (2) horas siguientes al recibo de la solicitud.



Para la atención de servicios adicionales:

- dentro de las seis (6) horas siguientes al recibo de la solicitud.

Atendiendo el procedimiento señalado por el Ministerio de Salud y de Protección Social de la Protección Social:

- De no obtenerse respuesta por parte de los ESM o DISAN dentro de los términos aquí establecidos, se entenderá como autorizado el servicio y no será causal de glosa, devolución y/o no pago de la factura.
- Si el prestador de servicios de salud que brindó la atención inicial de urgencias hace parte de la red de prestadores de servicios de salud de los ESM o DISAN, la atención posterior podrá continuarse prestando en la institución que realizó la atención inicial de urgencias.
- salvó en los casos en los casos en que por requerimientos del servicio se justifique que deba prestarse en mejores condiciones por parte de otro prestador de servicios de salud, no exista disponibilidad para la prestación de servicio.

El ESM referente deberá comunicar previamente la Referencia a la institución a la cual se va a enviar el usuario, utilizando para ello la red de comunicaciones (teléfono, fax, celular y/o correo electrónico). Lo anterior encontrándose absolutamente claro y reglamentado en el decreto 4747 de 2007

- En caso de que no sea posible la comunicación, la entidad de origen debe garantizar la atención del usuario de conformidad con la gravedad del caso y la capacidad de resolución de la institución.
- Cada ESM o empresa contratada para realizar el traslado deberá diligenciar la bitácora "remisión de urgencias" para el seguimiento de la referencia que se encuentra en el anexo 6 de este manual en la que se consigne la trazabilidad del proceso desde que este inicia hasta la confirmación del recibido del paciente en la institución receptora, y esta debe reposar en la historia clínica del usuario.
- La responsabilidad del cuidado del usuario durante el traslado es función del personal médico y paramédico encargado de realizar el traslado hasta la IPS receptora.
- De ser ambulancias con las que cuentan los ESM se debe dar cumplimiento a la normatividad vigente que aplica para las ambulancias.



- En el caso en que la institución receptora no esté en capacidad de recibir un usuario que ha sido direccionado a dicha institución después de haber sido aceptado y posteriormente identifique que no cuenta con la capacidad resolutive para la atención, ésta deberá diligenciar el Formato único de referencia y contrareferencia, explicando las causas de la no atención y deberá solicitar al ESM nueva remisión, para que el usuario pueda ser direccionado a otra institución que le preste el nivel de atención requerido por el usuario.

Se deberá diligenciar en este caso el Formato de la Superintendencia Nacional de Salud el cual es establecido para la negación de servicios o medicamentos; siendo de obligatorio diligenciamiento indicando las razones de la no atención.

La ambulancia con su tripulación estarán en disposición de esperar en la entidad receptora hasta que el paciente sea recibido y ubicado en el servicio de atención de la institución, en ningún caso podrá dejar el paciente sin que se haya cumplido el protocolo de ingreso del usuario a dicha institución.

Aspectos administrativos al momento de ejecutar un traslado terrestre de pacientes en ambulancia básica y medicalizada:

En el momento que se requiera realizar un traslado del ESM se deberá agotar como primera estancia la red propia de ambulancias, si se cuenta con ellas. En caso de no tener la disponibilidad, se debe realizar las respectivas coordinaciones con la red contratada de ambulancias para facilitar y efectuar la prestación de este servicio.

Una vez agotadas las opciones anteriores se podrá realizar el respectivo trámite administrativo al que haya lugar con la institución prestadora de servicios de salud solicitante donde se encuentra el usuario.

El profesional que solicita la remisión será el responsable de definir qué tipo de traslado requiere el paciente Transporte de Ambulancia básico (TAB) o transporte de ambulancia médica (TAM) y el personal que debe acompañar al paciente (médico, enfermera, u otro personal) de acuerdo a la patología, estado o severidad.

Toda Contrareferencia deberá ser entregada directamente al usuario para que entregue al profesional de salud que lo referenció.
o al grupo Básico en Salud al que pertenece.

Dentro del proceso se debe incluir el Sistema Integrado de Atención, Evacuación y Traslado en Salud Operacional, con el fin de establecer el Sistema de Referencia y Contrareferencia desde el momento que se presente un herido o enfermo dentro del área de operaciones. Se tendrán en cuenta los lineamientos estipulados por el área de Salud Operacional de la DIGSA.



Se requiere registrar el alcance desde el teatro de operaciones mediante la clasificación triage, y luego realizar al paciente estabilización y si requiere atención en un nivel de mayor complejidad realizar la correspondiente remisión. Se tendrán en cuenta los lineamientos estipulados por el área de Salud Operacional de la DIGSA.

La puerta de entrada para acceder a los servicios del Plan de Sanidad Militar de servicios son: Urgencias, consulta de medicina general, odontología general, enfermería, Higiene Oral, gineco obstetricia y atención prioritaria.

A los usuarios militares comprometidos en operaciones militares, que su referencia sea por causa de acciones producidas dentro del teatro de operaciones, se debe garantizar un servicio eficaz el cual reduzca el tiempo de atención, con el propósito de minimizar los riesgos y complicaciones.

Todo usuario remitido para el servicio de hospitalización y/o urgencias debe ir siempre acompañado por un funcionario de salud, en lo posible un integrante del núcleo familiar. En el caso de los menores de 18 años, deberán ir acompañados por (padres o tutor). Lo anterior aplica para los ESM y para las IPS que se contraten.

La remisión y transporte de elementos biológicos y muestras del ambiente para diagnóstico médico, se hará de conformidad con las normas técnicas específicas para su manejo y transporte. De igual forma se debe tener en cuenta la resolución 2323 de 2006 y normas complementarias, para la remisión de muestras de laboratorios.

Cuando se requiera el traslado del paciente para la continuidad de la prestación de servicios en ámbito hospitalario a otra ciudad se debe garantizar su traslado con un acompañante.

SALUD OPERACIONAL

En el procedimiento de Salud Operacional, el personal militar que se encuentra en zonas geográficas de difícil acceso, donde se ve comprometido su estado de salud, el proceso de evacuación o extracción se realizará de acuerdo a lo establecido en la Directiva Permanente 002 del 9 de febrero/2015 (política de operación del sistema integrado de atención, evacuación y traslado médico – SIATEM), la directiva se encuentra publicada en la página de la Dirección General de Sanidad Militar o vía telefónica al número 3238555 Ext 1050-1051-1052.

Este procedimiento no debe ser modificado ni alterado por ninguna autoridad, vista el incumplimiento de este procedimiento pondrá en riesgo el estado de salud, la vida del paciente y el debido proceso de referencia a una institución prestadora de servicios de salud con el nivel de complejidad idóneo para la atención de salud que se requiera. Así mismo este proceso deberá estar aterrizado a los protocolos, formatos y en especial al manual de referencia y Contrareferencia establecidos por la Dirección General de Sanidad Militar.



Telemedicina – OPERACIONAL

La telemedicina incluye tanto diagnóstico y tratamiento, como también la educación médica, este es un recurso tecnológico que posibilita la optimización de los servicios de atención en salud, ahorrando tiempo, dinero y facilitando el acceso a zonas distantes para tener atención de especialistas. Este se activaría cuando el personal militar se encuentre realizando Operaciones Militares en terrenos de difícil acceso, en donde el militar a cargo de comunicaciones, socorrista y/o enfermero de combate que desde la operación requiera la consulta en telemedicina para el manejo y tratamiento del militar que padezca alguna afectación en salud y que requiera definición del caso.

9.2 Procedimiento Sistema de Referencia y Contrareferencia

Este procedimiento se puede presentar en los siguientes escenarios:

Una vez el paciente ha sido atendido en la institución a la que fue remitido y se haya resuelto el motivo de la Referencia es obligación de esta institución Contrarreferir al usuario al ESM de origen, o al que se pudiese asegurar la continuidad del Tratamiento utilizando el formato de Contrarreferencia, esta debe ser clara y contener la información de las recomendaciones entregadas al paciente así como la conducta a seguir por el profesional tratante en su nivel de atención básica (referente) y si hay lugar a ello la periodicidad del próximo control y anexar copia de la historia clínica con el fin de llevar la trazabilidad.

La Contrarreferencia incorpora dos momentos:

La respuesta inicial o Retorno:

- Cuando el paciente recibe su primera atención (consulta nueva), donde se informa al establecimiento de origen que el paciente fue atendido, se confirma o descarta la hipótesis o duda diagnóstica y el plan de tratamiento.
- El momento de alta del paciente del establecimiento de mayor complejidad, donde se informa al establecimiento referente que el paciente está dado de alta de la patología por la cual fue derivado o que fue estabilizado y requiere continuidad de la atención con un plan terapéutico definido.

Situaciones especiales:

- En el caso excepcional que el origen de la referencia sea el Servicio de Urgencia la contrarreferencia será remitida al establecimiento de Atención primaria en Salud (APS) donde está inscrito el usuario.



- Aquellas situaciones en que la solicitud sea una consulta y/o procedimiento con carácter de tamizaje también requerirán una respuesta del resultado al referente.
- En el caso de programas de Crónicos, donde el control del paciente es compartido entre Atención Primaria en Salud y nivel secundario o terciario con acciones definidas en cada nivel, en esta situación debe existir un mecanismo de comunicación expedito entre ambos establecimiento que asegure la continuidad del tratamiento del usuario.

El documento de contrareferencia debe contar con los siguientes datos:

- Datos del paciente: Nombre, edad, número de documento de identidad.
- Datos del establecimiento que contrarrefiere.
- Datos del establecimiento de referencia.
- Diagnóstico.
- Tratamiento realizado
- Plan o indicaciones para APS.
- Datos del médico especialista que contrarrefiere: Nombre, especialidad, y registro médico.
- Fecha.

Se pueden identificar dos tipos de No Pertinencia:

1. No pertinencia por no cumplir con las reglas de derivación: esta ocurre cuando la derivación no cumple con los criterios definidos en los flujos de derivación (Normas de Referencia y Contrareferencia) sobre el establecimiento y/o especialidad a la cual derivar.
 2. No pertinencia por no respetar los criterios clínicos de Inclusión o exclusión del problema de salud causante de la derivación.
- Todo usuario debe solicitar la cotrarreferencia a la institución donde fue remitido para llevar a su ESM de origen y sea adjuntada a su historia clínica

9.2.1 Tipos de Escenarios en el Ámbito ambulatorio:

- Cuando el paciente se encuentra en un ESM y requiere un servicio en otro ESM



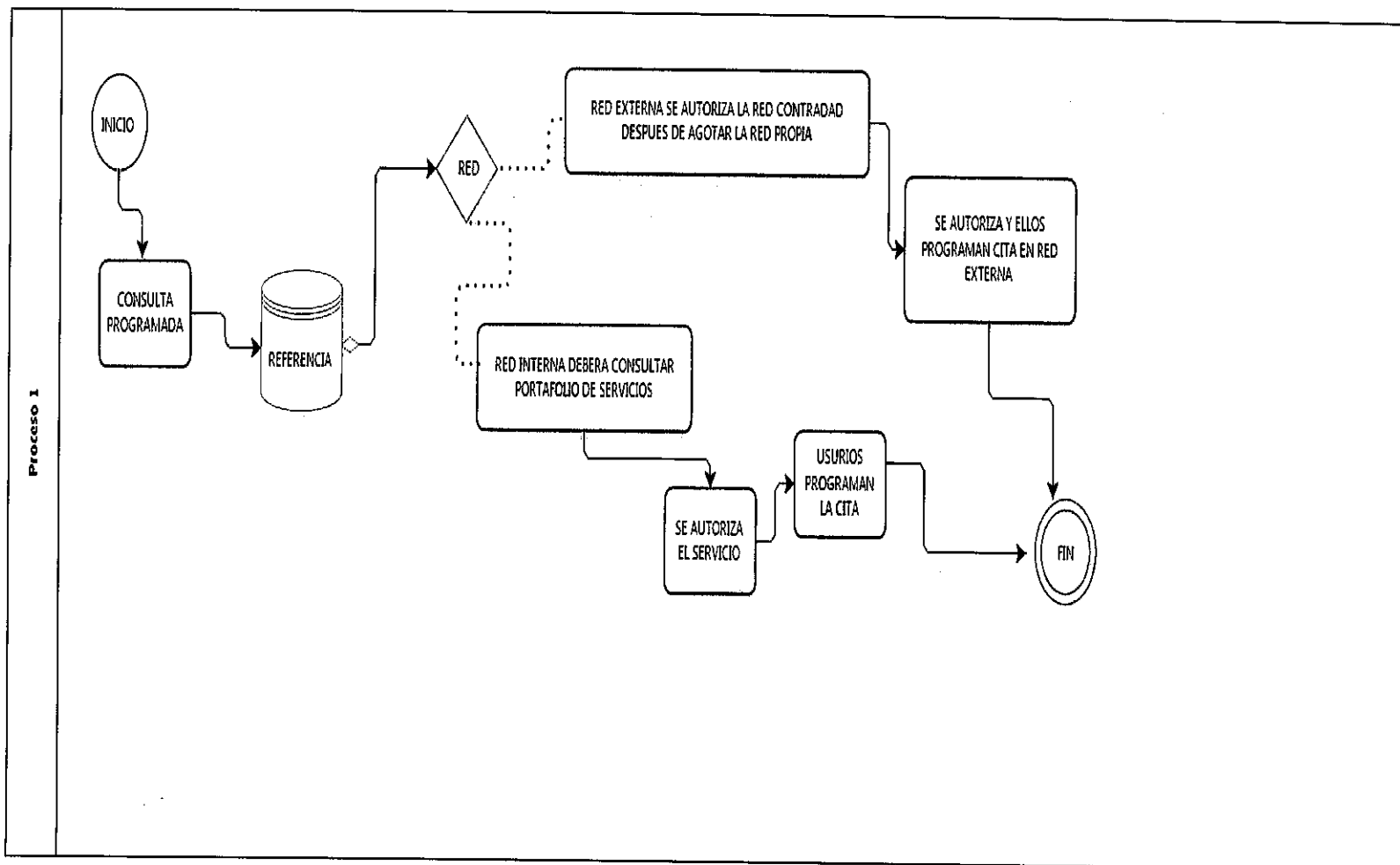
- Cuando el paciente se encuentra en un ESM y requiere un servicio que no se oferta en la red interna y se remite a la red complementaria contratada
- Cuando el paciente se encuentra en un ESM y requiere un servicio que no se oferta en la red interna y se remite a la red complementaria.
- Cuando el paciente se encuentra en un ESM y requiere un servicio en otro ESM diferente a la fuerza de adscripción.
- Cuando el paciente se encuentra en un ESM y requiere atención en el servicio de urgencias en la red propia, contratada y no contratada.
- Cuando se solicite un servicio que se deriva de la atención inicial de urgencias, egreso hospitalario o consulta especializada

Es de suma importancia tener en cuenta que cuando se trate de la atención inicial de urgencias, estas no requieren de ningún tipo de trámite administrativo para el ingreso de la atención de los servicios de salud, así mismo se debe realizar los anexos correspondientes para la notificación de la atención de urgencias con el fin de tener control y seguimiento de estas.

Este procedimiento deber estar alineado a lo establecido en el decreto 4747 del-2007, resolución 3047 del 2008 y sus modificaciones establecidas actualización 416 y los lineamientos dados por la dirección general de Sanidad Militar (Manuales y Procedimientos).



1. Flujograma ámbito ambulatorio.





9.2.2 Actividades ámbito ambulatorio.

1. Paciente asiste a consulta programada

- La atención de los usuarios por consulta externa se debe realizar inicialmente en el Establecimiento adscripción
- De no ofertarse el servicio en el Establecimiento se debe realizar una referencia al Establecimiento más cercano o a la red externa contratada.
- Se genera orden de referencia desde la red interna o red externa (Se ha establecido una frecuencia de uso de tres citas para consulta externa, es decir una cita de control para la misma especialidad cada 120 días por lo cual, si el médico tratante considera que el paciente requiere atenciones en tiempos menores a este, deberá establecer claramente en el formato de referencia la causalidad de un control antes del tiempo establecido).
- Cada usuario está adscrito a un grupo EBAS (equipo básico de atención en salud) el cual está conformado por un equipo interdisciplinario profesionales de la salud que debe realizar el seguimiento constante de los pacientes.
- Las órdenes de referencia generadas por los ESM, red contratada y red no contratada tienen una vigencia de 1 año.

Si no cuenta con el servicio

- Se remite a red externa contratada (después de agotar red interna).

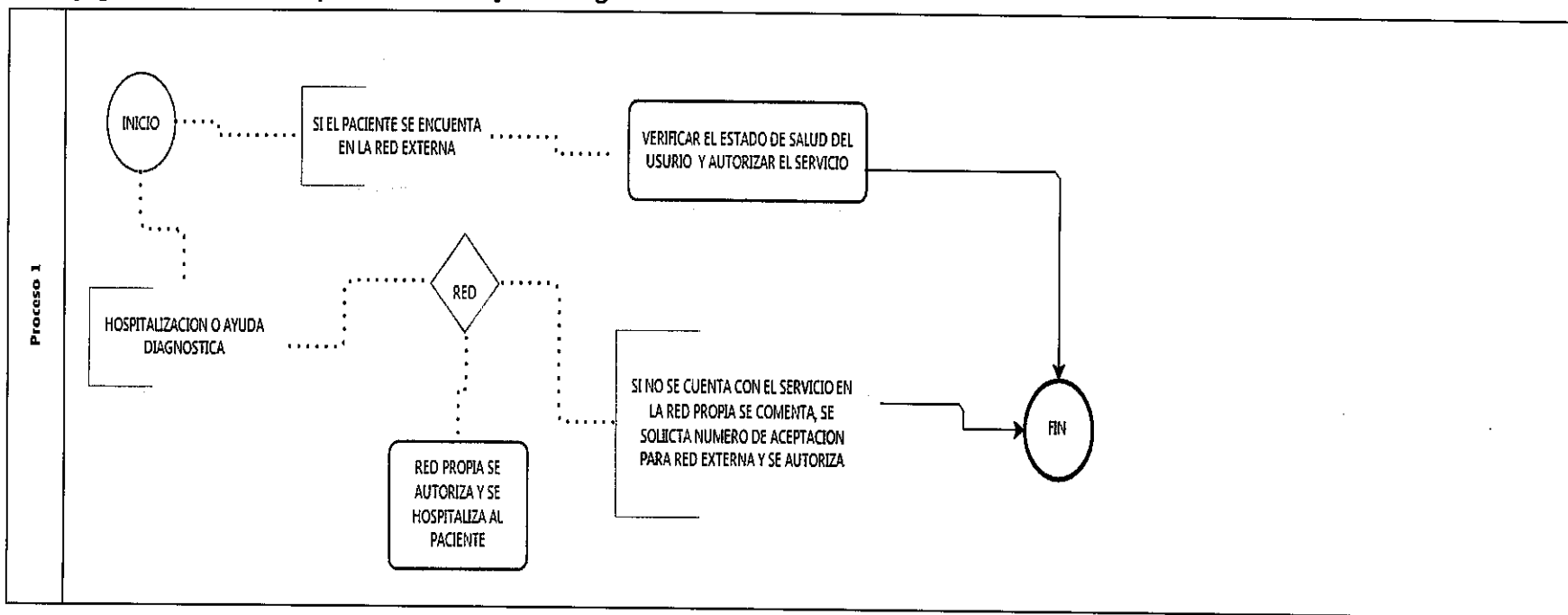
9.2.3 Escenario en los Ámbitos de Referencia y Contrareferencia consulta prioritaria, urgencias y hospitalización

- Cuando el paciente se encuentra en observación de consulta prioritaria, urgencias u hospitalización y requiere ser remitido a otro ESM red propia para la continuidad de tratamiento y la realización de un apoyo diagnóstico
- Cuando el paciente se encuentra en observación de consulta prioritaria, urgencias u hospitalización y requiere ser remitido a otro ESM o red complementaria contratada para la continuidad de tratamiento y la realización de un apoyo diagnóstico
- Cuando el paciente se encuentra en observación de consulta prioritaria, urgencias u hospitalización y requiere ser remitido a otro ESM red complementaria no contratada para la continuidad de tratamiento y la realización de un apoyo diagnóstico



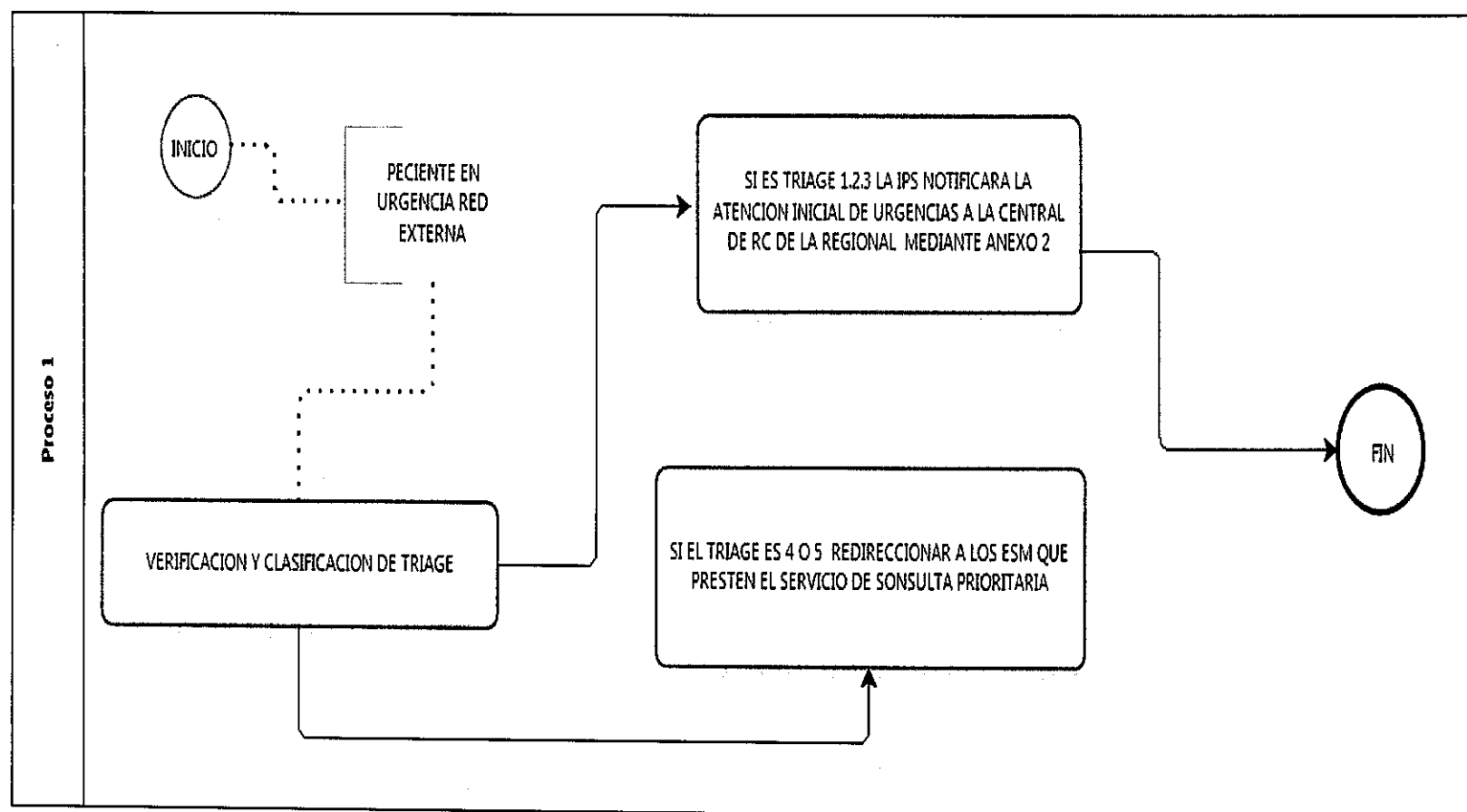
- Cuando el usuario llegue al servicio de urgencias o consulta prioritaria del ESM y red externa contratada
- Cuando el usuario llegue al servicio de urgencias de la red no contratada
- Cuando el usuario llegue al servicio de urgencias red externa contratada y no contratada y es clasificado en triage en IV – V
- Cuando el paciente se encuentra en una institución de la red externa contratada y requiere continuidad del servicio en la misma (Paciente no trasladable).
- Cuando el paciente se encuentra en una institución de la red externa no contratada y requiere continuidad del servicio en la misma (paciente no trasladable)

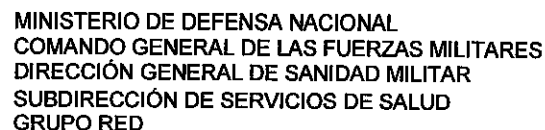
2. Flujograma ámbito hospitalización o ayuda diagnóstica





3. Flujograma ámbito urgencias





Proceso: Administración de Red de Servicios

MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL

INFORME DE LA ATENCIÓN INICIAL DE URGENCIAS



INFORME DE LA ATENCIÓN INICIAL DE URGENCIAS

NÚMERO ATENCIÓN 0000

Fecha: 00 / 00 / 00

Hora: 00 : 00

INFORMACIÓN DEL PRESTADOR
 Nombre:

Código

Dirección prestador:

Número

Teléfono:

Departamento:

Municipio:

ENTIDAD A LA QUE SE LE INFORMA (PAGADOR) **CÓDIGO:**

DATOS DEL PACIENTE

1er Apellido

2do Apellido

1er Nombre

2do Nombre

Tipo Documento de Identificación

☐ Registro Civil
☐ Tarjeta de identidad
☐ Cédula de ciudadanía
☐ Cédula de extranjería

☐ Pasaporte
☐ Acta de nacimiento
☐ Menor sin identificación

Número documento de identificación

Fecha de nacimiento

Teléfono:

Dirección de Residencia/Habitat:

Deputación:

Cobertura en salud

Municipio:

Regimen Contributivo

Regimen Subsidio - total

☐ Regimen Subsidio - parcial
☐ Población pobre no asegurada con CDSSEU

☐ Población Pobre no asegurada con CDSSEU
☐ Población de salud

INFORMACIÓN DE LA ATENCIÓN

Origen de la atención

☐ Enfermedad General
☐ Enfermedad Profesional

☐ Accidente de trabajo
☐ Accidente de tránsito

Clasificación Triaje

1. Rojo
2. Amarillo
3. Verde

Informe de Urgencias

Fecha: 00 / 00 / 00

Hora: 00 : 00

Paciente Viene Rematido

☐ Si

☐ No

Nombre del prestador a servicios de salud que remite:

Código

Departamento:

Municipio:

Motivo de consulta:

Impresión Diagnóstica:

Código CIE-10

Descripción

Diagnóstico principal

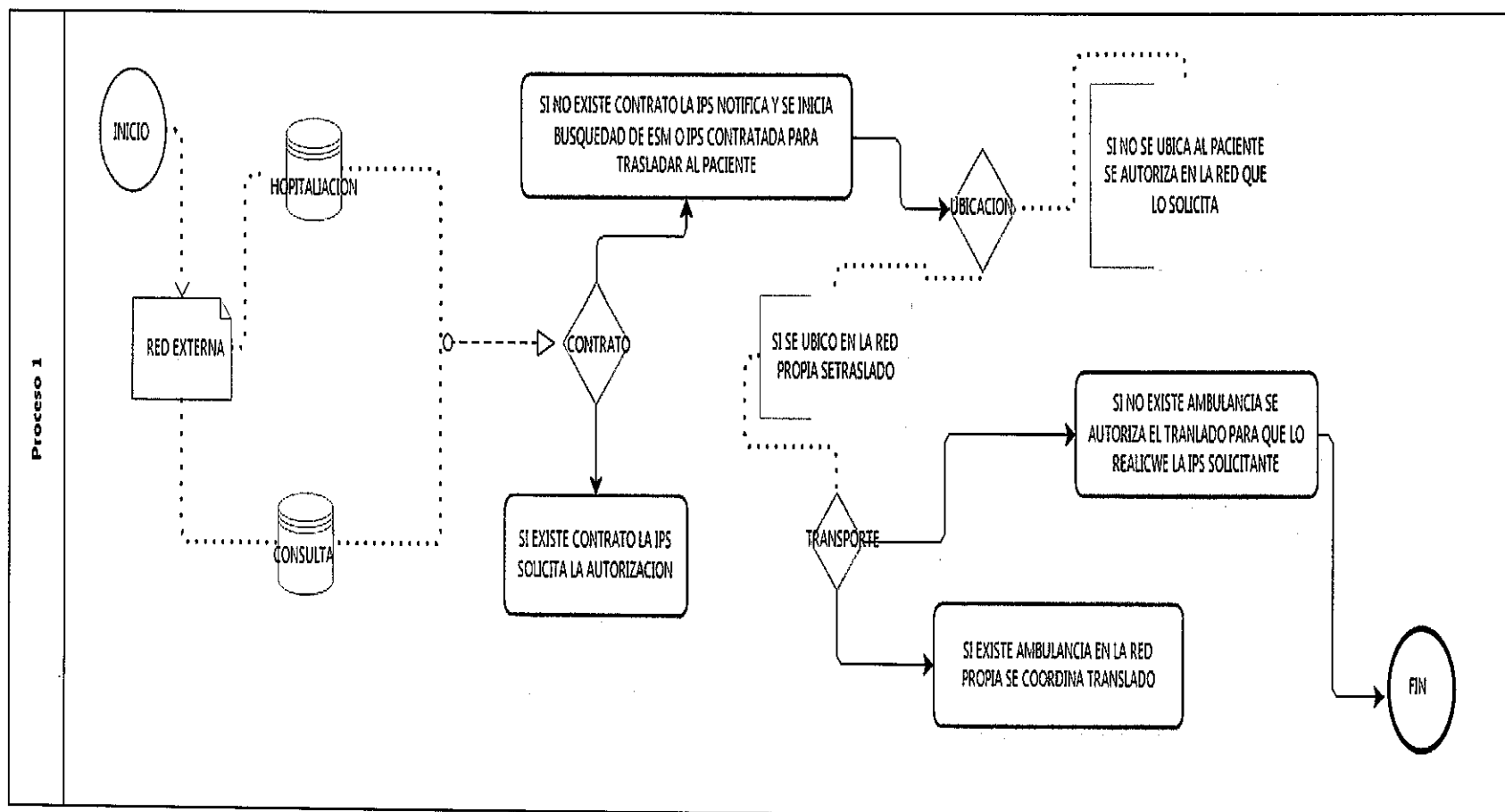
Diagnóstico relacionado 1

Diagnóstico relacionado 2

Diagnóstico relacionado 3



4. Flujograma ámbito consulta externa y hospitalización





9.3 Actividades ámbito hospitalario, urgencias y consulta prioritaria

1. Paciente requiere hospitalización o ayuda diagnóstica
2. Donde está ubicado el paciente

9.3.1 Red propia

- Si el ESM cuenta con disponibilidad para la hospitalización o el servicio solicitado, se hospitaliza al paciente o se autoriza el servicio
- Si el ESM no cuenta con el servicio se busca el servicio en la Regional con la red complementaria

9.3.2 Red Externa

- Si el paciente está ubicado en el servicio de urgencias de la red complementaria se debe verificar si se cuenta o no con contrato
- Si la IPS tiene contrato, esta debe prestar la atención inicial de urgencias y se realizara el pago de acuerdo a contrato vigente
- Si la IPS no tiene contrato se debe verificar la clasificación del Triage del paciente
- Si el paciente tiene triage I,II, o III la IPS notifica la atención inicial de urgencias a la central Referencia y Contrareferencia regional dentro de las veinticuatro (24) horas siguientes al inicio de la atención, mediante comunicación telefónica o envió de correo para reportar la prestación del servicio.
- Si el paciente tiene triage IV o VI la IPS en coordinación con la central de Referencia y Contrareferencia regional redireccionaran al paciente al ESM más cercano que preste el servicio de consulta prioritaria
- Si el paciente está ubicado en el servicio de consulta externa u hospitalización se debe verificar si se tiene contrato con dicha IPS



- Si la IPS tiene contrato la IPS solicita autorización al ESM y autoriza el servicio
- Si la IPS no tiene contrato, esta deberá notificar el servicio solicitado mediante el Anexo 3 a la central de Referencia y Contrareferencia de la Regional donde está siendo atendido el paciente para re direccionar y se inicia la búsqueda de un ESM o IPS que cuente con el servicio para su traslado
- Si la central de Referencia y Contrareferencia ubicó al paciente, debe verificar si cuenta con disponibilidad de ambulancia.
- Si hay ambulancia disponible se coordina el traslado del paciente.
- Si no hay ambulancia disponible se autoriza el traslado a la IPS de origen.
- Si la central de Referencia y Contrareferencia no ubico al paciente se autoriza la prestación del servicio en la IPS solicitante.

9.4 Ámbito ambulatorio

- Para informar a la IPS sobre el paciente a referir, se puede realizar a través de fax, correo electrónico, vía telefónica, enviando datos personales, copia del documento de identidad, remisión del paciente, Resumen completo de la Historia clínica, paraclínicos y demás información de la que se disponga.
- En caso de que la remisión sea de una materna para atención del parto es necesario que se envíe el CLAP junto con el carnet de atención prenatal y ayudas diagnósticas.
- La presentación del paciente al médico encargado en la IPS receptora la realizará el médico o auxiliar de enfermería encargado del traslado.
- Se debe registrar en la Historia Clínica la confirmación de la aceptación del paciente por parte de la IPS con información que debe incluir identificación de quien acepta al paciente.
- Para la coordinación del traslado del paciente se debe establecer comunicación con la entidad IPS o ESM que preste el servicio que requiere el paciente, informar la situación y necesidad de referir al paciente, solicitar el código de aceptación y posterior a esto iniciar el traslado del paciente para el servicio que fue aceptado y que requiere.



- La persona encargada de hacer entrega del paciente a la IPS receptora deberá realizar el último registro en la bitácora de remisión informando las condiciones en que entrega al paciente y a quien, y solicitara firma de quien recibe el paciente.
- Confirmación del recibido del paciente, se solicitara la firma de quien recibe el paciente en el formato Bitácora de remisión de pacientes.
- Se debe continuar con la comunicación con la IPS receptora para verificar el proceso de atención y el estado de salud del paciente en los casos donde se remite por atención de urgencias, atención del parto y cuidado infantil, dejando registro en la historia clínica.
- El proceso de auditoria concurrente se inicia desde el momento en que se esté realizando la entrega del paciente a la entidad receptora.
- En el caso de atención de urgencias por accidente de tránsito del personal afiliado al Subsistema que se atendió en la red externa, se debe tener la factura inicial de la atención donde se verifique que ya las atenciones superaron el valor del tope por cobertura de traslado primario y gastos medico quirúrgicos a cargo de la aseguradora del SOAT.
- Es responsabilidad de los Establecimientos de Sanidad Militar dar a conocer a las IPS de su red los mecanismos de comunicación disponibles para el sistema de Referencia y Contrarreferencia (teléfono, fax, correo electrónico, entre otros).
- En caso de que luego de tres (3) intentos de envío debidamente soportados, dentro del término establecido, el prestador de servicios de salud no logre comunicación con la central de R y C de la regional, el prestador de servicios, deberá remitir el informe de la atención inicial de urgencias por correo electrónico como imagen adjunta o vía fax a la DISAN de la fuerza a la que el paciente este adscrito dentro de las 24 horas siguientes a la prestación del servicio.
- La constancia de este envío debe anexarse a la factura, quedando así prohibido devolver la factura o generar glosa con el argumento de que la atención inicial de urgencias no le fue informada oportunamente.
- Para este procedimiento se adopta el formato definido en el (Anexo N. 3) corresponde a la Resolución 3047 de 2008.
- La solicitud de autorización para continuar la atención, una vez superada la atención inicial de urgencias, se realizará dentro de las cuatro (4) horas siguientes a la terminación de dicha atención.



- En caso que se requieran servicios adicionales a la primera autorización en el servicio de urgencias o internación, la solicitud de autorización se deberá enviar antes del vencimiento de la autorización vigente, o a más tardar dentro de las doce (12) horas siguientes a su terminación.
- En caso de que luego de tres (3) intentos de envío debidamente soportados, en un período no menor de cuatro (4) horas, con intervalos entre cada intento no menor a media hora, el prestador de servicios de salud que realice la solicitud no logre comunicación, deberá remitir la solicitud de autorización por correo electrónico como imagen adjunta o vía fax a la DISAN de la fuerza a la que el paciente este adscrito.
- El prestador de servicios de salud insistirá en la comunicación con la entidad responsable del pago, procurando que los servicios cuenten con la autorización correspondiente.
- En caso de que el paciente requiera para su atención remisión a otro prestador, el prestador de servicios de salud deberá emplear el formato del anexo técnico de la Resolución 3047 de 2008.
- Los pacientes que requieran remisión para valoración y/o hospitalización, o realización de procedimientos diagnóstico, unidad de cuidado intensivo y/o tratamiento por alguna subespecialidad médica o quirúrgica en un nivel de mayor complejidad, deberán ser referidos por concepto de médico especialista y comentados con la red para que sea regulada la gestión.
- No se podrán exigir soportes adicionales o dilatar mediante otros requerimientos la decisión sobre la autorización de servicios solicitada, lo anterior, sin perjuicio de que las entidades responsables del pago de los Servicios de salud, puedan en casos complejos a criterio del auditor médico, solicitar datos clínicos adicionales a los consignados en el Anexo Técnico No. 3 para analizar la solicitud formulada.
- La solicitud de información adicional por parte del ESM deberá realizarse dentro de las dos (2) horas siguientes a la recepción de la solicitud del prestador, a su vez el prestador de servicios de salud deberá dar respuesta dentro de las dos (2) horas siguientes a la recepción de la solicitud de información adicional. Una vez recibida la información adicional la entidad responsable del pago deberá dar respuesta dentro de la siguiente hora.
- Si en el contrato se pactó la autorización de servicios, para el manejo de pacientes con patologías que cuenten con guías de atención concertadas entre el prestador de servicios de salud y la entidad responsable del pago (ESM), la autorización será integral y cubrirá los servicios detallados en la guía correspondiente.



- La autorización se emitirá en los términos del plan de manejo enviado en la solicitud de autorización y sólo se requerirá nueva autorización en casos de cambios del plan de manejo.
- Para este procedimiento se adopta el formato definido en el (Anexo N 5) que corresponde al *Anexo Técnico No. 4* de la Resolución 4331 de 2012.
- Si en el contrato, o convenio se tiene establecido como requisito la autorización para la realización de servicios, sean éstos ambulatorios u hospitalarios, el prestador de servicios deberá solicitarlo a través del formato definido en el Anexo Técnico No. 3 de la Resolución 3047 de 2008, el cual podrá ser enviado por el usuario por correo electrónico como imagen adjunta o fax, o presentarlo directamente en el ESM.
- En el caso de que a juicio del profesional tratante, el servicio requerido sea de carácter prioritario, la solicitud deberá ser remitida por la institución prestadora de servicios directamente a la entidad responsable del pago para que defina el sitio de autorización.
- En ningún caso, las entidades responsables del pago podrán exigir que el usuario o su acudiente se desplacen físicamente hasta sus instalaciones para entregar la solicitud de autorización, se deberá realizar telefónicamente y por fax envió y recepción de la autorización o directamente con el paciente en físico luego de obtener un código de aceptación y autorización.

Las entidades responsables del pago (ESM) deben dar respuesta a la solicitud de autorización de servicios, dentro de los siguientes términos:

- La respuesta positiva o negativa a la solicitud de autorización de servicios deberá ser comunicada al usuario y enviada al prestador por la entidad, responsable del pago (ESM), dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes al recibo de la solicitud en el formato único de autorización como se estipula en el manual de autorizaciones.
- Si el servicio requerido es de carácter prioritario, la respuesta a la solicitud deberá ser comunicada al usuario y enviada al prestador por parte de la entidad responsable del pago ESM o DISAN, dentro de los dos (2) días hábiles siguientes al recibo de la solicitud.
- Las entidades responsables del pago no podrán trasladar al usuario la responsabilidad de ampliación de información clínica o documentos adicionales para el trámite de la autorización de servicios electivos.



- Para el cumplimiento de este ítem deberá realizarse capacitación a los profesionales de salud tratantes sobre el adecuado diligenciamiento de las órdenes de referencia y Contrareferencia y ordenes de solicitud de servicios, mediante la creación de canales de comunicación efectivos y eficientes entre las DISAN, los ESM y la Red complementaria contratada.
- Excepcionalmente, en el caso de necesidad de información adicional, la entidad responsable del pago se comunicará con el prestador de servicios de salud solicitante de la autorización, dentro del día hábil siguiente al recibo de la solicitud para los servicios prioritarios y dentro de los dos días hábiles siguientes en el caso de servicios no prioritarios.

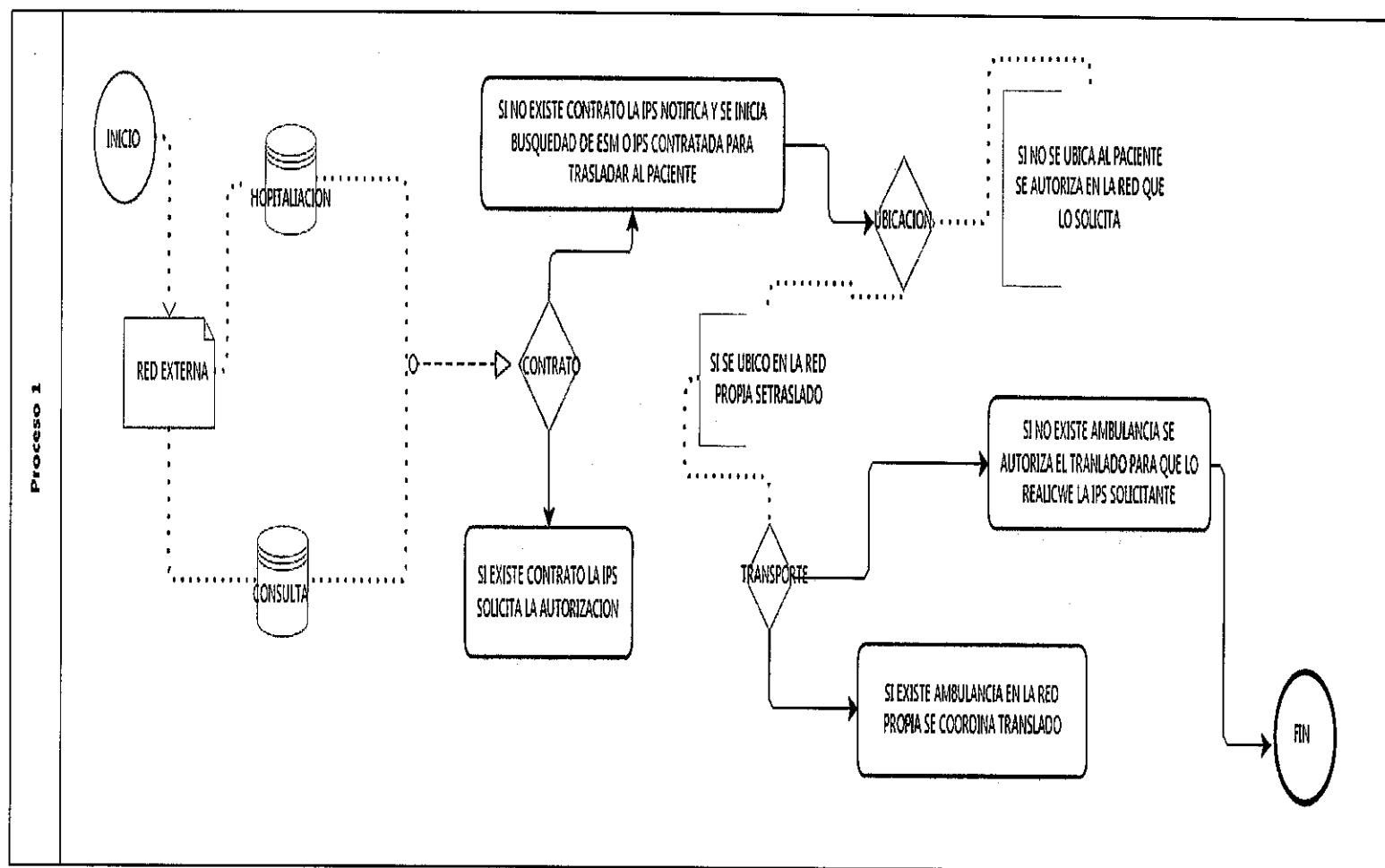
9.5 PROCESO DE CONTRARREFERENCIA

Una vez el paciente ha sido atendido en la institución a la que fue remitido y se haya resuelto el motivo de la Referencia es obligación de esta institución Contrarreferir al usuario a la institución de origen utilizando el formato de Contrareferencia.

Anexo Técnico No. 10 "formato estandarizado de contrarreferencia de pacientes" -resolución 4331 de 2012, esta debe ser clara y contener la información de las recomendaciones entregadas al paciente así como la conducta a seguir por el profesional tratante en su nivel de atención básica (referente) y si hay lugar a ello la periodicidad del próximo control.

El ESM deberá hacer seguimiento a este proceso evaluando calidad oportunidad y pertinencia los cuales deben ser reportado por medio de :

1. Los mecanismos para envío de la información adoptados son los definidos por el Ministerio de Protección Social en la Resolución 3047 de 2008.
2. El envío y recepción de la información, entre entidades responsables del pago o ESM que tienen a su cargo contratación e IPS contratadas de servicios de salud, se podrá realizar a través de uno o más de los siguientes medios:





MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES
DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR
SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
GRUPO RED

Manual del Sistema de Referencia y Contrareferencia del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares DIGSA

Código: MDN-COGFM-PROARED-DIGSA-MA.33-10

Proceso: Administración de Red de Servicios

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL									
FORMATO ESTANDARIZADO DE CONTRAREFERENCIA DE PACIENTES									
Fecha: Hora:									
INFORMACIÓN DEL PRESTADOR QUE RESPONDE									
Nombre								NT	
Código								CC	
Teléfono:		Indicativo	número	Dirección prestador:		Departamento:		Municipio:	
DATOS DEL PACIENTE									
1er Apellido		2do Apellido		1er Nombre		2do Nombre			
Tipo Documento de Identificación									
☐ Registro Civil		☐ Pasaporte		Número documento de identificación					
☐ Tarjeta de identidad		☐ Adulto sin identificación							
☐ Cédula de ciudadanía		☐ Menor sin identificación							
☐ Cédula de extrajera				Fecha de Nacimiento					
Dirección de Residencia Habitual:						Teléfono:			
Departamento:						Municipio:			
ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO						CÓDIGO:			
DATOS DE LA PERSONA RESPONSABLE DEL PACIENTE									
1er Apellido		2do Apellido		1er Nombre		2do Nombre			
Tipo Documento de Identificación									
☐ Registro Civil		☐ Pasaporte		Número documento de identificación					
☐ Tarjeta de identidad		☐ Adulto sin identificación							
☐ Cédula de ciudadanía		☐ Menor sin identificación							
☐ Cédula de extrajera									
Dirección de Residencia Habitual:						Teléfono:			
Departamento:						Municipio:			
PROFESIONAL QUE CONTRAREFERE									
Nombre:						Teléfono			
						Indicativo		número	extensión
Servicio que contrarefiere						Teléfono celular:			
INFORMACIÓN CLÍNICA RELEVANTE									
Diligencie en el orden indicado: Fecha de inicio de atención (anotar el día, mes, y año en el cual se inició la atención del paciente remitido). Fecha de alta o finalización (anotar el día, mes, y año en el cual se dio de alta o finalizó la atención del paciente remitido). Resumen de la evolución, fecha y resultados de exámenes de apoyo diagnóstico realizados, diagnósticos, complicaciones, tratamientos empleados, pronóstico, recomendaciones, firma y registro del profesional responsable.									



MEDIO	CARACTERISTICAS
Intercambio Electrónico de Datos (EDI)	Las entidades responsables del pago o ESM e IPS de servicios de salud podrán desarrollar, disponer e implementar servicios de intercambio electrónico de datos. El Ministerio de la Protección Social en su página WEB dispondrá de los formatos Excel que deben ser utilizados para su desarrollo.
Correo Electrónico	Se deben adjuntar al correo electrónico las imágenes en formato tipo.PDF, .TIF o .GIF Las entidades responsables del pago o ESM e IPS de servicios de salud deberán garantizar la disponibilidad de uno o varios buzones de correo electrónico con la capacidad suficiente veinticuatro (24) horas al día, siete (7) días de la semana. Los nombres de los buzones deberán ser publicados. La respuesta para los fines de semana y días festivos se realizara el día hábil siguiente a la solicitud.
Telefax	Las entidades responsables del pago o ESM e IPS de servicios de salud deberán garantizar la disponibilidad de un telefax veinticuatro (24) horas al día, siete (7) días de la semana para la recepción y envío de los formatos.

Proceso de referencia y contrareferencia en ámbitos consulta prioritaria, urgencias y hospitalización

Actividades ámbitos consulta prioritaria, urgencias y hospitalización

1. Paciente requiere hospitalización o ayuda diagnostica
2. Donde está ubicado el paciente



A. Red propia

- Si el ESM cuenta con disponibilidad para la hospitalización o el servicio solicitado, se hospitaliza al paciente o se autoriza el servicio
- Si el ESM no cuenta con el servicio se busca el servicio en la Regional con otra Fuerza o la misma fuerza
- Si el servicio de la regional pertenece a la fuerza adscrita se comenta el paciente y se solicita número de aceptación
- Si el servicio se presta en la regional en un ESM diferente al adscrito, se solicita autorización, código de aceptación y se remite.

B. Red externa- Complementaria

- Si el paciente está ubicado en el servicio de urgencias de la red complementaria se debe verificar si se cuenta o no con contrato.
- Si la IPS tiene contrato, esta debe prestar la atención inicial de urgencias y facturara de acuerdo a contrato vigente.
- Si la IPS no tiene contrato se debe verificar la clasificación del Triage del paciente.
- Si el paciente tiene triage I, II o III la IPS notifica la atención inicial de urgencias a la central de Referencia y Contrareferencia Regional dentro de las veinticuatro (24) horas siguientes al inicio de la atención mediante comunicación telefónica o envió de correo para reportar la prestación del servicio anexo II).
- Si el paciente tiene triage IV o V la IPS en coordinación con la central de Referencia y Contrareferencia, la regional re direccionarán Al paciente al ESM más cercano que preste el servicio de consulta prioritaria.
- Si el paciente está ubicado en el servicio de consulta externa u hospitalización se debe verificar si se tiene contrato con dicha IPS.
- Si la IPS tiene contrato se solicitara autorización al ESM y se autorizará el servicio.
- Si la IPS no tiene contrato, esta deberá notificar el servicio solicitado mediante el Anexo Técnico No. 3 "Solicitud de Autorización de Servicios de Salud"- resolución 3047 de 2008 a la central de Referencia y Contrareferencia de la Regional donde está siendo atendido el paciente para redireccionar y se inicia la búsqueda de un ESM o IPS que cuente con el servicio para su traslado.



- Si la central de Referencia y Contrareferencia ubicó al paciente, debe verificar si cuenta con disponibilidad de ambulancia.
- Si hay ambulancia disponible se coordina el traslado del paciente.
- Si no hay ambulancia disponible se autoriza el traslado a la IPS de origen.
- Si la central de Referencia y Contrareferencia no ubico al paciente se autoriza la prestación del servicio en la IPS solicitante

9.6 Notas:

- Para informar a la IPS sobre el paciente a referir, se puede realizar a través de fax, correo electrónico, vía telefónica, enviando datos personales, copia del documento de identidad, remisión del paciente, Resumen completo de la Historia clínica, paraclínicos y demás información de la que se disponga.
- En caso de que la remisión sea de una materna para atención del parto es necesario que se envíe las consideraciones de la atención del parto, junto con el carnet de atención prenatal y ayudas diagnósticas.
- En caso que se requiera remisión de una materna, se debe tener identificado el canal directo, para la remisión y atención oportuna.
- La presentación del paciente al médico encargado en la IPS receptora la realizará el médico o auxiliar de enfermería encargado del traslado.
- Se debe registrar en la Historia Clínica la confirmación de la aceptación del paciente por parte de la IPS con información que debe incluir identificación de quien acepta al paciente.
- Para la coordinación del traslado del paciente se debe establecer comunicación con la entidad IPS o ESM que preste el servicio que requiere el paciente, informar la situación y necesidad de referir al paciente, solicitar el código de aceptación y posterior a esto iniciar el traslado del paciente para el servicio que fue aceptado y que requiere.
- La persona encargada de hacer entrega del paciente a la IPS receptora deberá realizar el último registro en la bitácora de remisión informando las condiciones en que entrega al paciente y a quien, y solicitará firma de quien recibe el paciente.



- Confirmación del recibido del paciente, se solicitará la firma de quien recibe el paciente en el formato Bitácora de remisión de pacientes.
- Se debe adjuntar a la historia clínica de SALUD.SIS el registro del seguimiento del traslado del paciente (bitácora).
- Se debe continuar con la comunicación con la IPS receptora para verificar el proceso de atención y el estado de salud del paciente en los casos donde se remite por atención de urgencias, atención del parto y cuidado infantil, registrar un reporte escrito para a adjuntar a la historia clínica de la herramienta tecnológica SALUDSIS.
- El proceso de auditoria concurrente se inicia desde el momento en que se esté realizando la entrega del paciente a la entidad receptora.
- En el caso de atención de urgencias por accidente de tránsito del personal afiliado al Subsistema que se atendió en la red complementaria, se debe tener la factura inicial de la atención donde se verifique que ya las atenciones superaron el valor del tope por cobertura de traslado primario y gastos medico quirúrgicos a cargo de la aseguradora del SOAT.
- Es responsabilidad de los Establecimientos de Sanidad Militar dar a conocer a las IPS de su red los mecanismos de comunicación disponibles y actualizados para el sistema de Referencia y Contrareferencia (teléfono, fax, correo electrónico, entre otros).
- En caso de que luego de tres (3) intentos de envío debidamente soportados, dentro del término establecido, el prestador de servicios de salud no logre comunicación con la central de Referencia y Contrareferencia de las DISAN fuerza a la que pertenece el usuario, el prestador de servicios, deberá remitir el informe de la atención inicial de urgencias por correo electrónico como imagen adjunta o vía fax a la DISAN de la fuerza a la que el paciente este adscrito dentro de las 24 horas siguientes a la prestación del servicio.
- La constancia de este envío debe anexarse a la factura, quedando así prohibido devolver la factura o generar glosa con el argumento de que la atención inicial de urgencias no le fue informada oportunamente.
- Para este procedimiento se adopta el formato Anexo Técnico No. 2 "Informe de la atención inicial de urgencias" - resolución 3047 de 2008
- La solicitud de autorización para continuar la atención, una vez superada la atención inicial de urgencias, se realizará dentro de las cuatro (4) horas siguientes a la terminación de dicha atención. En caso que se requieran servicios adicionales a la primera



autorización en el servicio de urgencias o internación, la solicitud de autorización se deberá enviar antes del vencimiento de la autorización vigente, o a más tardar dentro de las doce (12) horas siguientes a su terminación.

- En caso de que luego de tres (3) intentos de envío debidamente soportados, en un período no menor de cuatro (4) horas, con intervalos entre cada intento no menor a media hora, el prestador de servicios de salud no logre comunicación, deberá remitir la solicitud de autorización por correo electrónico como imagen adjunta o vía fax a la DISAN de la fuerza a la que el paciente este adscrito.
- El prestador de servicios de salud insistirá en la comunicación con la entidad responsable del pago, procurando que los servicios cuenten con la autorización correspondiente.
- En caso de que el paciente requiera para su atención remisión a otro prestador, el prestador de servicios de salud que solicita deberá emplear el formato del anexo técnico de la Resolución 3047 de 2008. Para este procedimiento se adopta el formato Anexo Técnico No. 3 "Solicitud de Autorización de Servicios de Salud"- resolución 3047 de 2008.
- Los pacientes que requieran remisión para valoración y/o hospitalización, o realización de procedimientos diagnóstico, unidad de cuidado intensivo y/o tratamiento por alguna subespecialidad médica o quirúrgica en un nivel de mayor complejidad, deberán ser referidos por concepto de médico especialista y comentados con la red para que sea regulada la gestión.
- Si en el contrato se pactó la autorización de servicios, para el manejo de pacientes con patologías que cuenten con guías de atención concertadas entre el prestador de servicios de salud y la entidad responsable del pago (ESM), la autorización será integral y cubrirá los servicios detallados en la guía correspondiente. La autorización se emitirá en los términos del plan de manejo enviado en la solicitud de autorización y sólo se requerirá nueva autorización en casos de cambios del plan de manejo.
- Para el procedimiento de generar autorización se adopta el formato Anexo Técnico No. 4 "autorización de servicios de salud" - resolución 4331 de 2012. se encuentra en la herramienta tecnológica SALUD.SIS.
- En el caso de que a juicio del profesional tratante, el servicio requerido sea de carácter prioritario, la solicitud deberá ser remitida por la institución prestadora de servicios directamente a la entidad responsable del pago para que defina el sitio de autorización.
- Las Direcciones de Sanidad y los ESM deberán disponer de mecanismos que garanticen la recepción de solicitudes de autorización de servicios que se envíen a través de los mecanismos para envío de la información descritos anteriormente. Siendo un requisito contractual con la red externa un medio de comunicación



- Para la respuesta de autorización de servicios electivos se utilizara el formato definido en el Anexo Técnico No. 4 de la Resolución 4331 de 2012.
- Las entidades responsables del pago (ESM) deben dar respuesta a la solicitud de autorización de servicios, dentro de los siguientes términos:
- Si el servicio requerido es de carácter prioritario, la respuesta a la solicitud deberá ser comunicada al usuario y enviada al prestador por parte de la entidad responsable del pago ESM o DISAN, dentro de los dos (2) días hábiles siguientes al recibo de la solicitud.

9.7 Reportes

Los indicadores que se medirán serán los siguientes :

Número Solicitudes de servicios de salud de la red externa / número de solicitudes de servicios de salud.

Número Solicitudes de servicios de salud de la red interna/ número de solicitudes de servicios de salud.

El reporte de indicadores se debe realizar de manera trimestral los 10 días siguientes al vencimiento del periodo, la información debe ser enviada al líder del proceso de referencia y Contrareferencia de la Dirección General de Sanidad Militar quien consolidara y reportara.

- Los ESM deberán enviar a cada Dirección de Sanidad, quienes ellos consolidaran y enviaran a la Dirección General de Sanidad, las referencias que se realizaron en el trimestre para la atención de urgencias y Hospitalización.
- La información se debe enviar vía correo electrónico a martha.fino@sanidadfuerzasmilitares.mil.co, cualquier duda o inquietud se pueden comunicar al teléfono 3238555 ext. 1041.
- Los informes se deben presentar de manera trimestral y se deben reportar para los Establecimientos de Sanidad Militar que no se encuentren utilizando la herramienta tecnológica de SALUDSIS.
- La Dirección General de Sanidad Militar realizara el informe trimestral del proceso de referencia y contrareferencia con la información arrojada por la herramienta de SALUD.SIS, de los Establecimientos que ya cuentan con este sistema, posteriormente será enviado a las DISAN para que se realice la retroalimentación necesaria.



10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Constitución política de Colombia [Const.] (1991), Artículo 49
- Ley 352 de Enero de 1997, (Página Dirección General de Sanidad Militar, 1997)
- Decreto 780 de mayo de 2016 "Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social"
- Decreto 4747 de Diciembre 7 de 2007, (Ministerio de la Protección Social, 2007)
- Acuerdo 070 DE 2019 (agosto 2) del CSSMP por el cual se establece el Modelo de Atención Integral en Salud para el Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional.
- Anexo Técnico Matis 18-03-19
- Acuerdo 02 de Abril de 2001 del CSSMP (página Dirección General de Sanidad militar, 2001)
- Acuerdo 05 de Mayo de 2001 del CSSMP (página Dirección General de Sanidad Militar, 05)
- Acuerdo 018 de Marzo 05 de 2002 del CSSMP, (página Dirección General de Sanidad Militar, 2002)
- Acuerdo 023 de 2003 del CSSMP, (página Dirección General de Sanidad Militar, 2003)
- Directiva permanente 002 de 2015, (página Dirección de Sanidad Ejército Nacional, 2015).
- Resolución 2626 de 2019 Por el cual se modifica la Política de Atención Integral en Salud - PAIS y se adopta el Modelo de Atención Integral Territorial – MAITE.
- Resolución 537 de 2020 fecha 01 de Abril del 2020 Ministerio de Salud y Protección Social Por la cual se modifica la Resolución 3495 de 2019 que establece la Clasificación Única de Procedimientos en Salud – CUPS.



11. ANEXOS

11.1 Flujogramas:

No. 1 flujograma ámbito ambulatorio	página:25
No. 2 flujograma ámbito hospitalización o ayuda diagnostica	página:27
No. 3 flujograma ámbito urgencias	página:28
No. 4 flujograma ámbito consulta externa y hospitalización	página:30

11.2 Formatos:

Anexo Técnico No. 9 "formato estandarizado de referencia de pacientes"- resolución 4331 de 2012
Anexo Técnico No. 10 "formato estandarizado de contrareferencia de pacientes" -resolución 4331 de 2012
Anexo Técnico No. 2 "Informe de la atención inicial de urgencias" - resolución 3047 de 2008
Anexo Técnico No. 3 "Solicitud de Autorización de Servicios de Salud"- resolución 3047 de 2008.
Anexo Técnico No. 4 "autorización de servicios de salud" -resolución 4331 de 2012.

Nota: todos los anexos se encontraran en la herramienta SALUD.SIS módulo de referencia y contrareferencia.



MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES
DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR
SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
GRUPO RED

Manual del Sistema de Referencia y Contrareferencia del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares DIGSA

Código: MDN-COGFM-PROARED-DIGSA-MA.33-10

Proceso: Administración de Red de Servicios

Agradecimientos a quienes participaron

PS. Carlos Escobar
Representante DISAN EJC

PS. Andrea Ruíz Cruz
Representante DISAN EJC

CT. Johana Álvarez
Representante
DISDAN FAC

TC. Laura Cataño
Representante
DISDAN FAC

Grupo Salud Operacional
DIGSA

Grupo Gestión en Salud
DIGSA

Grupo Salud Publica
DIGSA

Elaboró

Revisó

Aprobó

SMSM Liliana Fino

Grupo Red

Dirección General de Sanidad Militar

PS. Magda Lorerja Salazar

Grupo Red

Dirección General de Sanidad Militar

CR. Diana Patricia Cuellar
Coordinadora Grupo Red
Dirección General de Sanidad Militar

PD. Alexandra Martinez
Coordinador Planeación y Desarrollo Institucional.
Dirección General de Sanidad Militar

CR. Rocio del Pilar Garzon
Subdirectora de salud
Dirección General de Sanidad Militar

