

Evaluación del Sistema de Referencia y Contrareferencia en el Crue (Centro Regulador de Urgencias Emergencias y Desastre), Departamento de Córdoba, 2018

Humberto Segundo Sánchez Jalal

Yobana María Arroyo Cuesta

Glenis Soley Aldana Hoyos

Corporación Universitaria del Caribe – CECAR

Escuela de Posgrado y Educación continúa

Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas

Especialización en Gerencia de la Calidad y Auditoría en Salud

Sincelejo

2019

Evaluación del Sistema de Referencia y Contrareferencia en el Crue (Centro Regulador de Urgencias Emergencias y Desastre), Departamento de Córdoba, 2018

Humberto Segundo Sánchez Jalal

Yobana María Arroyo Cuesta

Glenis Soley Aldana Hoyos

Trabajo de grado presentado como requisito para optar al título de Especialista en
Gerencia de la Calidad y Auditoria en Salud

Director

German Javier Arrieta Bernate

Magister en Microbiología Tropical

Corporación Universitaria del Caribe – CECAR

Escuela de Posgrado y Educación continúa

Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas

Especialización en Gerencia de la Calidad y Auditoria en Salud

Sincelejo

2019

 **CECAR**

EVALUACION DEL SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRA REFERENCIA EN LA REGION DEL BAJO SINU DEPARTAMENTO DE CORDOBA 2018.

Nota de Aceptación

40

Cuervo, Ana

[Signature] Director

[Signature] Evaluador 1

[Signature] Evaluador 2

Sincelejo, Sucre 13 de agosto de 2019.

Dedicatoria

A Dios, Quien nos dio la fuerza y la sabiduría necesarias para afrontar este gran reto A nuestras familias, quienes nos han acompañado, apoyado y comprendido.

Los Autores.

Agradecimientos

Damos los más sinceros agradecimientos y reconocimientos: A la Corporación Universitaria del Caribe CECAR, por la magnífica posibilidad de enriquecer nuestro quehacer profesional a través de la Especialización.

Al Dr. German Arrieta, Director de la Investigación, quien nos brindó toda su colaboración y respaldo a través de la asesoría y nos orientó acertadamente con valiosos conocimientos vertidos al éxito de la labor investigativa.

A todas aquellas personas que de una u otra forma contribuyeron para que este proyecto culminase satisfactoriamente.

Tabla de Contenido

Resumen	15
Abstract.....	16
Introducción	17
1 Planteamiento del Problema	18
1.2 Formulación del Problema.....	21
2 Objetivos.....	22
2.1 Objetivo General.....	22
2.2 Objetivos Específicos	22
3 Marco de Referencia	23
3.1 Aspectos Históricos	23
3.2 Aspectos Teóricos y conceptuales	25
3.2.1 Referencia:	26
3.2.2 Contrareferencia:	26
3.2.3 Sistema de Referencia y Contrareferencia:.....	26
3.2.4 Evaluación:	26
3.2.5 Calidad:.....	26
3.2.6 Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS):	26
3.2.7 Atención Primaria en Salud:	26
3.2.8 Paciente:.....	27
3.2.9 Urgencias:	27
3.2.10 Análisis:	27

3.2.11 Sistema:.....	27
3.2.12 Servicio:.....	27
3.2.13 E. S. E:	27
3.2.14 La Red de Prestación de Servicios.....	27
3.2.15 Proceso.....	28
3.2.16 Propósito:.....	28
3.2.17 Objetivo:	29
3.2.18 Estrategias:.....	29
3.3 Funciones por Niveles de Operación.....	30
3.3.1 A Nivel Nacional.	30
3.3.2 A Nivel Departamental.	31
3.3.3 A Nivel Local.	32
3.4 Normas Técnicas y Administrativas Generales.....	34
3.4.1 Normas Técnicas y Administrativas para la Referencia de Pacientes.	35
3.4.2 Normas Técnicas y Administrativas para la Contrareferencia de Pacientes.....	36
3.4.3 Operación de las Redes de Prestación de Servicios.....	37
3.5 Formulación del Problema.....	39
3.5.1 Insumos.....	39
3.5.2 Información.....	39
3.5.3 Comunicaciones.....	40
3.5.4 Transporte.	40
3.6 Matriz Dofa.....	41
3.6.1 Diagnostico Estratégico.	41
3.6.2 Estrategias.....	44

3.7 Antecedentes Investigativos	45
3.7.1 Formulación del Problema.....	45
3.8 Marco Legal.....	48
4 Metodología.....	53
4.1 Tipo de Estudio.....	53
4.2 Población	53
4.3 Muestra	53
4.4 Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos.....	55
4.5 Validez y Confiabilidad.....	56
4.6 Tratamiento Estadístico de los Datos	57
4.7 Criterios de Inclusión.....	57
4.8 Aspectos Éticos.....	57
4.9 Derechos de Autor	58
4.10 Resultados y Discusión.....	58
5 Diagnóstico de los Procesos y Recursos Disponibles en el Crue	59
6 Verificar el Cumplimiento Normativo del CRUE.....	74
6.1 Satisfacción.....	93
7 Plan Estratégico Operativo del Sistema de Referencia y Contrarreferencia	102
8. Protocolos Técnicos y Administrativos para la Referencia/Remisión de Pacientes	103
9 Protocolos Técnicos y Administrativos para la Contrareferencia/Contrarremisión de Pacientes.....	106
10 Conclusiones.....	109
11 Recomendaciones	112
Referencias Bibliográficas.....	114



Anexos116

Lista de Gráficos

Gráfico 1.	Existe en el Departamento un CRUE	66
Gráfico 2.	Tiene Implementado Sistema de Calidad	67
Gráfico 3.	Procesos Sistema de Referencia y Contrareferencia	68
Gráfico 4.	Política de Calidad	69
Gráfico 5.	Política de Calidad Socializada y Adoptada	70
Gráfico 6.	Proceso de Seguimiento y Evaluación al CRUE	71
Gráfico 7.	Talento Humano Idóneo	72
Gráfico 8.	Talento Humano Contrato por 12 Meses	73
Gráfico 9.	Transporte Asistencial Medicalizado y sus equipos	74
Gráfico 10.	Transporte Asistencial Básico y sus Equipos	75
Gráfico 11	Software en el CRUE	76
Gráfico 12.	Fluido Eléctrico las 24 horas	77
Gráfico 13.	Cuenta con Generador de Energía	78
Gráfico 14.	Servicio de Internet	79
Gráfico 15.	Cuenta con Radioteléfonos	80
Gráfico 16.	El CRUE Garantiza la Calidad, Accesibilidad y Oportunidad en la atención de los servicios	81

Gráfico 17. La Red de Prestadores Garantiza la Disponibilidad y Suficiencia de los Servicios	82
Gráfico 18. El Departamento Cuenta con Disponibilidad de la Red de Transporte y Comunicaciones	83
Gráfico 19. El CRUE Cuenta con un Proceso Documentado y Socializado Sobre Cuidado del Paciente a Cargo de una Entidad Promotora	84
Gráfico 20. El CRUE Cuenta con un Proceso Documentado y Socializado Sobre Cuidado del Paciente a Cargo de la Ambulancia	85
Gráfico 21. El CRUE Cuenta con un Proceso Documentado y Socializado Sobre Cuidado del Paciente a Cargo de la Entidad Receptora	86
Gráfico 22. Las EPS tienen convenio con el CRUE	87
Gráfico 23. El CRUE Cuenta con Radioteléfonos en Cantidad Suficiente	88
Gráfico 24. El CRUE Cuenta con Celulares en Cantidad Suficiente	89
Gráfico 25. El CRUE Cuenta con Teléfonos Convencionales en Cantidad Suficiente	90
Gráfico 26. El CRUE Cuenta con Estructura Operativa	91
Gráfico 27. El CRUE cuenta con plan de capacitaciones de Referencia y Contrareferencia	92
Gráfico 28. Articulación de los Actores y Sectores para la Organización del Sistema de Referencia y Contrareferencia	93
Gráfico 29. Inclusión en el Plan Bienal el Sistema de Referencia y Contrareferencia	94
Gráfico 30. Participación Comunitaria en el Sistema de Referencia y Contrareferencia	95

Gráfico 31	Articulación Población Afectada por Emergencias y Desastre	96
Gráfico 32.	El CRUE tiene definidas las funciones por niveles de organización	97
Gráfico 33.	Articulación Población Afectada por Emergencias y Desastre	98
Gráfico 34.	Existen Normas Técnicas y Administrativas de Referencia de Pacientes	99
Gráfico 35.	Indicadores Seguimiento	100
Gráfico 36.	Grado de Satisfacción del Usuario Frente al Tramite de Referencia y Contrareferencia	101
Gráfico 37.	Atención recibida del médico de urgencias para la Referencia y Contrareferencia	102
Gráfico 38	Atención Recibida del Personal de Enfermería para la Urgencia de Referencia y Contrareferencia	103
Gráfico 39.	Actuación del personal administrativo para la Referencia y Contrareferencia	104
Gráfico 40.	Indicador Global en la Satisfacción en la Referencia y Contrareferencia	105
Gráfico 41.	El estado de los Recursos del Sistema de Referencia y Contrareferencia	106
Gráfico 42	Sugerencias para Mejorar el Sistema de Referencia y Contrareferencia	107

Lista de Tablas

Tabla 1. Cuadro N° 1. Nivel de confianza

Pag.63

Lista de Anexos

Anexo A. Encuesta	Pag.130
Anexo B. Resultados de la encuesta aplicada a los usuarios del servicio de urgencia en cuanto al sistema de referencia y contrareferencia	Pag.131
Anexo C. Análisis del Software	Pag.132
Anexo D. Consentimiento informado según resolución 008430 de 1993 del Ministerio de Salud	Pag.133

Resumen

Desde que en 1996 se orientó que las historias clínicas individuales en la atención primaria de salud dejaran de ser ambulatorias, no existe un modelo oficial para la transferencia de pacientes a través del sistema de salud. Este trabajo consiste en presentar un proyecto de modelo de referencia y contrareferencia para ser utilizado en dicho sistema.

La investigación se confeccionó, procurando que cumpliera con los principios siguientes: único, práctico, integrador y se concibió para ser portado por el paciente durante la transferencia. Se expone el modelo y se recomienda su validación; así como normar y controlar el cumplimiento de las disposiciones relacionadas con el sistema de referencia y contrareferencia

En este mismo orden de ideas, en primer lugar, un sistema de referencia y contrareferencia promueve la eficiencia en el sector de salud; tanto la eficiencia productiva como la eficiencia económica a fin de hacer buen uso de los recursos de un sistema de salud, es importante velar porque los problemas de salud se atiendan en el nivel que corresponde a su complejidad. No obstante, tomando la estructura de una red asistencial de salud como base, es frecuente observar que los establecimientos de segundo y tercer nivel con recursos humanos y técnicos muy especializados, atienden problemas de salud sencillos.

De esta manera, los recursos del primer nivel son subutilizados, mientras que los establecimientos del segundo y tercer nivel se congestionan. A modo de ejemplo se podría dar la siguiente situación: una persona con una infección respiratoria va a las E.S.E.S y las IPS de tratarse en lugar de consultar en un puesto o centro de salud. Los resultados de este comportamiento son doblemente negativos. No sólo se pierde eficiencia productiva de manera importante, sino que la congestión de los establecimientos secundarios puede impedir la atención oportuna de casos más complejos, violando así, además, el principio de equidad vertical.

Palabras clave: referencia, contrareferencia, atención primaria, sistema de salud

Abstract

Since in 1996 it was oriented that individual clinical records in primary health care cease to be ambulatory, there is no official model for the transfer of patients through the health system. This work consists to show a project of reference model and counter-reference to be used in said system.

The research was made, trying to comply with the following principles: unique, practical, integrating and conceived to be carried by the patient during the transfer. The model is exposed and its validation is recommended; as well as regulate and control compliance of the layouts related to the reference and counter-reference system.

In this order of ideas, in the first place, a reference and counter-reference system promotes efficiency in the health sector; Both productive and economic efficiency in order to make good use of the resources of a health system, it is important to ensure that health problems are addressed at the level that corresponds to their complexity. However, taking the structure of a health care network as a basis, it is often note that second and third level facilities with highly specialized human and technical resources tend to simple health problems.

In this way, the resources of the first level are underused, while the establishments of the second and third levels are congested. As an example the following situation could occur: a person with a respiratory infection goes to the E.S.E.S and the IPS to be treated instead of consulting in a post or health center. The results of this behavior are doubly negative. Not only is productive efficiency lost significantly, but the congestion of secondary establishments can prevent the appropriate attention of more complex cases, thus violating the principle of vertical equity.

Keywords: reference, counter-reference, primary care, health system.

Introducción

La calidad de vida de una persona enferma depende en gran medida de la gestión su sistema de prestación de salud, ya de la atención oportuna, continua y eficaz del mismo hace la diferencia entre un mejor estado de salud o un estado de salud "agonizante". En estos mismos términos, las Entidades Prestadoras de Servicio de Salud, Clínicas y Hospitales deben agilizar y dinamizar los procesos de atención al usuario de forma integral de tal manera que el servicio se dé en las mejores condiciones.

Por ello un sistema adecuado, tanto interno como externo será la base para mejorar la calidad del servicio y que se espera que consecuentemente mejore la calidad de vida del enfermo. Este sistema debe cumplir además con un objetivo fundamental: articular los diferentes servicios de salud, prescritos por la ley, por parte de las entidades prestantes a los cada uno de los usuarios particularizando su régimen y sus condiciones tanto de salud como se su entorno social.

El presente trabajo hace un análisis descriptivo de los sistemas de referencia y contra referencia en el municipio de Montería, Departamento de Córdoba por ser esta una ciudad , con gran número de usuario de salud, especialmente provenientes de la zona rural que carecen de servicios de salud de régimen contributivo en contraste con las número de EPS privadas coexistentes lo cual pone de manifiesto el problema de la desigualdad social y las personas pertenecientes a la línea de pobreza que, aunque cuentan con el régimen subsidiado muchas veces el sistema o no es el mejor dada su capacidad y su limitación en términos de cobertura.

1 Planteamiento del Problema

El sistema de Referencia y Contrarreferencia, se crea como la base fundamental a seguir del modelo a prestar por las diferentes entidades de salud, en lo referente a la atención básica integral, a partir de la formalización de sus actividades describiendo de forma detallada cada uno de sus procesos y la interrelación entre ellos.

Sin embargo, existen falencias en la aplicación de este sistema, debido a que en ocasiones los profesionales que desempeñan sus labores en centros prestadores de salud, no tienen claro los conceptos o los procesos a seguir frente a los diferentes casos que se presentan, a los niveles de atención o a los grados de complejidad, por esto a muchos usuarios les toca vivir prácticamente un viacrucis para ser atendidos de la mejor forma posible, esto se genera debido a que no existe una coordinación adecuada entre los diferentes niveles de complejidad.

El decreto 2759 de 1991, define el sistema de referencia y contrarreferencia como el conjunto de normas técnicas y administrativas que permiten prestar adecuadamente al usuario servicios de salud según el nivel de atención y grado de complejidad de los organismos de salud con la debida oportunidad y eficacia. Es así que este Decreto en armonía con otras normas referentes a prestación de servicios de salud, establecen los lineamientos para la prestación de este tipo de servicios.

Además, la reglamentación normativa que ampara la prestación del servicio de referencia y contrarreferencia de pacientes, hace obligatorio para todas las Empresas del Estado el cumplimiento de estándares de calidad, oportunidad y eficiencia.

Así las cosas, todos los departamentos que cuentan con este sistema, deben regirse por las normas establecidas para tal fin y disponer del talento humano, tecnología e infraestructura que permitan prestar un servicio de calidad.

El departamento de Córdoba más exactamente en el municipio de Montería, no es ajeno a esta exigencia y es así que en la actualidad este sistema es gestionado a través de la plataforma SIREL

(Sistema Integrado de Regulaciones en Línea). Esta se crea en enero de 2011 como una alternativa de solución a problemas de comunicación encontrados en el Centro de Regulador de Urgencias y Emergencias de Córdoba (CRUE).

SIREL, es un proyecto de interconexión, que permite optimizar las comunicaciones entre el CRUE y la red hospitalaria, agilizando los procesos y mejorando el servicio.

Este sistema cuenta con una red de servicios para cubrir las necesidades de referencia y contrareferencia de pacientes de todas las regiones del departamento de Córdoba, agrupadas de la siguiente manera:

Red del Alto Sinú con cabeza de red Montería hacen parte de ella los municipios de Montería, Valencia, Tierralta, Puerto Escondido, Los Córdoba y Canalete.

Red San Jorge, con cabeza de red Planeta Rica, conformada por los municipios de Planeta Rica, Montelibano, Pueblo Nuevo, Ayapel, Buena Vista, La Apartada, Puerto libertador y Ure.

Red del Medio Sinú, con el municipio de Cereté a la cabeza y los municipios de Cereté, Cotorra, Ciénaga de Oro, San Carlos y San Pelayo.

Red del Bajo Sinú, su cabeza de red Lorica y conformada por los municipios de Lorica, Chima, Momil, Purísima, Moñitos, San Antero y San Bernardo.

Red de la Sabana, con cabeza de red Sahagún conformada por los municipios de Sahagún, San Andrés de Sotavento, Chinú y Tuchin.

Esta organización obedece a la cercanía de las Empresas Sociales del Estado (ESES) que hacen parte de cada red con el fin de brindarle al paciente una atención oportuna los siete días de la semana las veinticuatro horas del día.

La sede principal donde opera la plataforma del Sistema de Reporte en Línea SIREL, que funciona como enlace entre las Empresas Social del Estado ESES que conforman las diferentes redes del departamento, allí se encuentran cinco médicos generales de los cuales uno de ellos asume la responsabilidad de la coordinación del sistema de referencia y contrareferencia y tres auxiliares de enfermería con funciones de radio operadoras.

Hay dificultades con el Internet por la falta de pago de la gobernación lo que ocasiona demoras en el apoyo a través del SIREL, los médicos generales se encargan de analizar el diagnóstico dado por el profesional tratante de la entidad remitora y ubicar al paciente a la ESE de mayor complejidad de acuerdo a la red de servicios o disponibilidad.

Para la operación en las Empresas Sociales del Estado se cuenta con 3 auxiliares de enfermería radio operadoras quienes, a través de la plataforma, con base en la historia clínica y las indicaciones del médico tratante solicitan la aceptación de los pacientes a una entidad de mayor complejidad.

Así las cosas, la labor coordinada del sistema de referencia y contrareferencia en el departamento de Córdoba, a través de la plataforma SIREL, tiene dificultad de contar con un equipo humano continuo por los cambios políticos y administrativos.

Sin embargo, existen unas situaciones que impiden que este servicio logre su fin primordial, entre ellas, que a la fecha no se encuentren médicos contratados en el centro de enlace, solo se cuenta con las auxiliares de enfermería que a honores estas realizando su trabajo. Esto ha favorecido la ocurrencia de errores a la hora de priorizar pacientes y se violen los protocolos de atención en lo relacionado con los tiempos del tratamiento por patologías.

¿Por lo anterior, es necesario realizar una evaluación del sistema que conduzca a conocer a profundidad su situación actual y a resolver interrogantes como cuáles son sus debilidades y fortalezas? ¿El sistema está funcionando de manera oportuna y eficiente? Posteriormente proponer alternativas de mejoramiento que delinear una prestación de servicio de alta calidad.

1.2 Formulación del Problema

¿Cuál es la calidad del sistema de Referencia y Contrarreferencia en el municipio de montería, Departamento de Córdoba en la gestión del 2018?

2 Objetivos

2.1 Objetivo General

Evaluar la calidad de los procesos, procedimientos y actividades técnicas y administrativas del sistema de referencia y contrarreferencia en el municipio de montería, departamento de Córdoba, año 2018.

2.2 Objetivos Específicos

- Realizar un diagnóstico de los procesos y los recursos disponibles con que cuenta el sistema de referencia y contrarreferencia (recurso humano, transporte, telecomunicaciones entre otros, en el municipio de Montería, departamento de Córdoba-Colombia
- Verificar el cumplimiento normativo en el sistema de referencia y contrarreferencia de acuerdo a los lineamientos normativos departamento de Córdoba, año 2018
- Medir el nivel de satisfacción del usuario con la atención recibida por el servicio de referencia y contrarreferencia en el municipio de Montería departamento de Córdoba-Colombia, año 2018
- Proponer un plan estratégico operativo de mejora continua en el sistema de referencia y contrarreferencia en la región del Alto Sinú, departamento de Córdoba, año 2018

3 Marco de Referencia

3.1 Aspectos Históricos

El sistema de referencia y contrareferencia data desde la época antigua, específicamente a Grecia y Roma, cuando se instituyeron las primeras formas sistemáticas de cuidado hospitalario y traslado de enfermos, como lo resalta de la Garza Villaseñor: “Así como sucedió en Grecia, en la Roma tanto republicana como imperial, los centros en donde se llegaban a congregarse a enfermos eran los templos consagrados a Esculapio y en ellos recibían consejo y asistencia.

Además, sostiene el autor citado que se acostumbraba “exponer a los esclavos enfermos o agotados en el templo de Esculapio, erigido en el año 291 a.C. en una de las islas del Tiber, llamada Tiberina. Durante su mandato el emperador Claudio decretó que cualquier esclavo que se recuperara no debía volver con sus dueños o amos, de tal manera que éstos se podían quedar a vivir en ella, por esto puede ser considerado como el primitivo hospital de Roma para los enfermos pobres. La ubicación de los consultorios era similar a los de Grecia, es decir cerca de los santuarios de Esculapio, eran usados tanto para curaciones como para operaciones y recibieron el nombre de “Tabernae” o “medicatrinae (De la Garza Villaseñor, L. 1999).

Posteriormente, con el resurgir de la medicina clásica durante el renacimiento (s. XV), se reanudó la terapéutica como principal práctica en los hospitales. Pero no sería sino hasta la consolidación de los estados burgueses a partir del siglo XVII cuando se asumiría que los hospitales eran responsabilidad del Estado (aunque la Iglesia continuó administrando la mayoría) y ello supuso el inicio de prácticas más coordinadas de remisión de pacientes según las necesidades de tratamiento y la posibilidad de pagar por ello.

En este sentido, Pedraza Calvo (1999) plantea que “la nobleza y los grandes burgueses pagaban viajes a los sitios de descanso y hospitalización que mejor promesa de curación ofrecieran. Para los pobres, el confinamiento en los hospitales de caridad era la única alternativa” (p.35).

En este mismo orden de ideas, con la llegada de la sociedad industrial a partir del siglo XVIII supuso el crecimiento de las ciudades y de la población en ellas residentes, lo cual condujo a la aparición de hospitales más grandes y con una estructura muy similar a la actual. La remisión de pacientes continuó, sin embargo, siendo considerada como un recurso menor en el proceso de tratamiento de las enfermedades.

No obstante, en Londres (Inglaterra), a mediados del siglo XVIII ya existían las ambulancias para el transporte de los pacientes entre los diversos hospitales que funcionaban en la ciudad y este proceso obedecía básicamente a que el paciente buscaba un mejor doctor que podía estar en un hospital diferente o a razones de sanidad y confinamiento de pacientes con patologías contagiosas severas (epidemias) en sitios apartados (Pedraza Calvo, R. 1984).

Por otra parte, en Colombia, para mediados del siglo XIX se habían expedido algunas leyes cuya finalidad era la protección de las familias de los militares muertos, incluso desde la guerra de Independencia. Para el resto de población existía un precario sistema de asistencia pública, basado en un servicio de beneficencia o de caridad ofrecido en ocasiones por instituciones religiosas.

Pese a estos antecedentes, la política gubernamental en salud se concretó en Colombia con la creación del Ministerio de Salud Pública en 1936. Una década después la seguridad social en salud para los trabajadores se adoptó de manera estratificada, comenzando con los grupos de mayor poder gremial. Se optó por el modelo “bismarckiano” de seguridad social, basado en la relación de empleo dependiente que moldeó el sistema. En concordancia con lo anterior, en 1946 se crearon el Instituto Colombiano de Seguros Sociales (ICSS) y la Caja Nacional de Previsión (Cajanal), y tres años después se aprobó el seguro de enfermedad general y de maternidad para los trabajadores de empresas privadas. (Martínez, Robayo, Valencia, F. 2002)

Los Centros Reguladores de Urgencias y Emergencias (CRUE), como inicialmente se fueron llamados por el entonces ministerio de salud, nacieron en Colombia en el año de 1994, como centros pilotos ubicados en las cinco (5) principales ciudades del país: Bogotá, Cali, Medellín, Bucaramanga y Cartagena. Su misión era coordinar la red de urgencias de cada territorio y su ubicación debía ser en el hospital de mayor complejidad de servicios de cada ciudad.

Posteriormente los CRUE se reorientaron a la coordinación de las situaciones de emergencias y desastres del sector salud del territorio, comunicando a los integrantes de salud públicos y privados y por la experiencia y avances significativos, el entonces ministerio de salud promueve la creación de otros centros a lo largo del país.

Cabe destacar, que en el país, la remisión de pacientes entre los hospitales públicos empezó a darse como práctica frecuente a partir de la década de 1940 con la implementación de las ambulancias para el traslado de enfermos según la gravedad que revestía el paciente. Este sistema empezó a operar en ciudades como Bogotá y Medellín, siendo que hacia la década de 1970 constituían los dos principales referentes en materia de remisión oportuna de pacientes según las necesidades de atención. No obstante, sería hasta las dos últimas décadas del siglo XX cuando se constituiría el sistema de referencia y contrarreferencia de pacientes, como se conoce hoy día.

Para el año 2010, se contaba con 24 CRUES en todo el país, a cargo de los departamentos quienes se encargarían de dinamizar los sistemas de referencia y contra referencia, la coordinación de los sistemas de atención pre hospitalaria, y muy importante la coordinación de las emergencias y desastres del sector salud, además, se establecen las condiciones y requisitos para su organización, operación y funcionamiento a través de la Resolución 1220 expedida por el Ministerio de la Protección Social.

En el departamento de Córdoba, se crea a partir de enero de 2011 el Sistema Integrado de Regulaciones en Línea (SIREL), como una alternativa de solución a problemas de comunicación encontrados en el Centro de Regulador de Urgencias y Emergencias de Córdoba (CRUE). Este sistema es caracterizado por su eficacia y eficiencia aportando soluciones a los procesos y servicios brindados por el CRUE.

3.2 Aspectos Teóricos y conceptuales

Ministerio de salud (1991) Decreto 2759 en su Artículo 2do párrafo 3 donde se contempla la definición de referencia y contrarreferencia.

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

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

3.2.3 Sistema de Referencia y Contrareferencia: se define como el conjunto de procesos, procedimientos y actividades técnicas y administrativas que permiten prestar adecuadamente los servicios de salud a los pacientes, garantizando la calidad, accesibilidad, oportunidad, continuidad e integralidad de los servicios.

3.2.4 Evaluación: es una metodología integral propuesta por la Organización Mundial de la Salud OMS para determinar el impacto sobre la salud de los proyectos, propuestas de políticas y estrategias que originalmente no traten específicamente de la salud, pero que tengan un efecto en la misma.

3.2.5 Calidad: se entiende como la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios.

3.2.6 Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS): se define como la construcción social que sustenta una respuesta individual o colectiva a una o más necesidades de salud. Además, es el conjunto de estrategias, normas, procedimientos, herramientas y recursos que al complementarse, organiza el Sistema Nacional de Salud para responder a las necesidades de **salud** de las personas, las familias y la comunidad

3.2.7 Atención Primaria en Salud: se define como un enfoque amplio de la organización y la operación de los sistemas de salud que hace del derecho a alcanzar el mayor nivel de salud posible su principal objetivo al tiempo que maximiza la equidad y la solidaridad del sistema. Así mismo es

la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, 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 etapa de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. (Otálvaro C, G. J. 2012)

3.2.8 Paciente: Persona enferma que es atendida en un servicio de salud (Min salud,2006)

3.2.9 Urgencias: son aquellas situaciones en las que se precisa atención inmediata. Una emergencia es una situación crítica de peligro evidente para la vida del paciente y que requiere una actuación inmediata. (OMS,2014)

3.2.10 Análisis: es un proceso analítico-sintético que abarcan diversos tipos de análisis. Permiten caracterizar, medir y explicar el perfil de salud-enfermedad de una población incluyendo los daños y problemas de salud así como sus determinantes, sean estos, competencia del sector salud o de otros sectores (Min salud, 2013)

3.2.11 Sistema: es la suma de todas las organizaciones, instituciones y recursos cuyo objetivo principal consiste en mejorar la salud.

Un sistema de salud necesita personal, financiación, información, suministros, transportes y comunicaciones, así como una orientación y una dirección generales. Además tiene que proporcionar buenos tratamientos y servicios que respondan a las necesidades de la población y sean justos desde el punto de vista financiero.

3.2.12 Servicio: son aquellas prestaciones que brindan asistencia sanitaria. Puede decirse que la articulación de estos servicios constituye un sistema de atención orientado al mantenimiento, la restauración y la promoción de la salud de las personas. (OMS, 2005)

3.2.13 E. S. E: Empresa social del estado

3.2.14 La Red de Prestación de Servicios. Es el conjunto articulado de prestadores de servicios de salud, ubicados en un espacio geográfico, que trabajan de manera organizada y coordinada en un proceso de integración funcional orientado por los principios de

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

3.2.15 Proceso: conjunto de sucesos, mecanismos o manifestaciones que se producen durante el curso de una enfermedad. Cualquier reacción o conjunto de reacciones metabólicas que se producen en un organismo. (Molina, 2016).

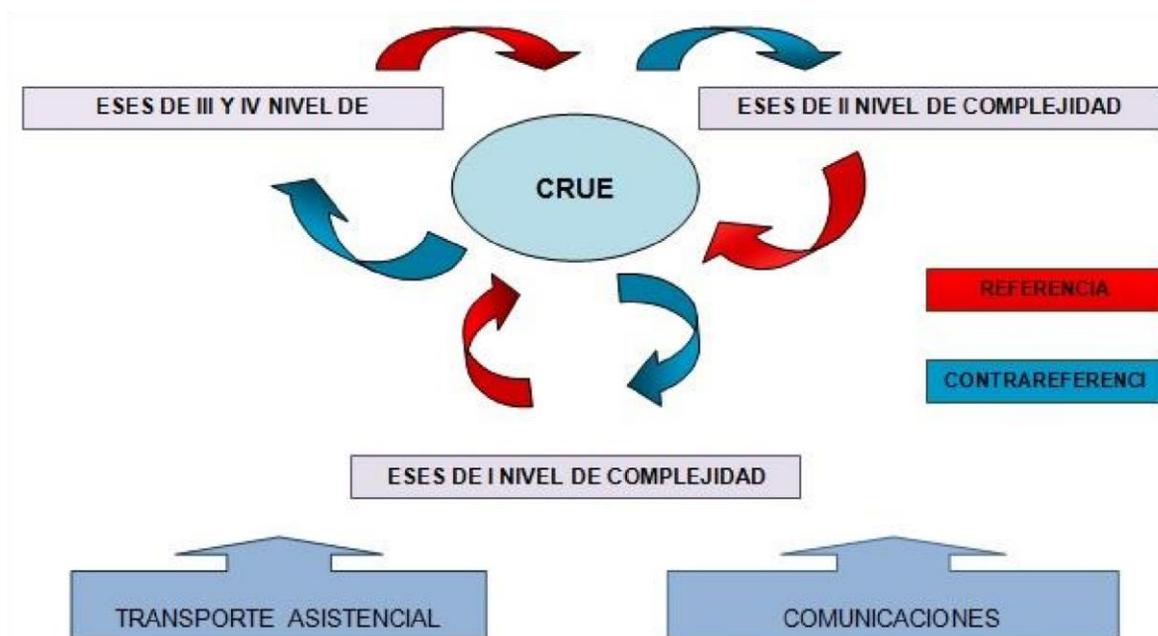


Imagen 1 Estructura operativa del sistema de referencia y contrarreferencia

Fuente: Instituto Departamental de salud de Córdoba

3.2.16 Propósito.

Diseñar, organizar y documentar el proceso de referencia y contrarreferencia, de forma tal que involucre las normas operacionales, sistemas de información y recursos logísticos requeridos para

la operación de la red, que garanticen la disponibilidad y suficiencia de los servicios en todos los niveles de complejidad, como la disponibilidad de la red de transporte y comunicaciones en el Departamento de Córdoba. (Pajarito Sánchez, 2013).

3.2.17 Objetivo.

Definir los procesos, procedimientos y actividades técnicas y administrativas que permitan prestar adecuadamente los servicios de salud a los pacientes, garantizando la calidad, accesibilidad, oportunidad, continuidad e integralidad de los servicios, en función de la organización de la red de prestación de servicios definida por las entidades responsables del pago de los servicios.

Articular los organismos según niveles de atención y grados de complejidad, para permitir a la población el acceso oportuno y funcional a la atención integral en salud.

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

Ofrecer al usuario la atención en el nivel de tecnología adecuado a su necesidad, bajo los criterios de oportunidad, eficiencia y eficacia contribuir a racionalizar los recursos de salud en procura de una eficiente gerencia de los servicios y de la satisfacción del usuario.

3.2.18 Estrategias.

Diseño e implementación de procedimientos relacionados con el manual de referencia y contrareferencia acorde al Sistema de Gestión de Calidad SGC, implementado por la gobernación del departamento de Córdoba en su proceso de certificación de calidad.

Socialización, como elemento básico para el adecuado funcionamiento del Régimen y estará dirigida a los diferentes actores del Sistema General Régimen y estará dirigida a los diferentes actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud y a la comunidad.

Articulación entre los diferentes actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud y los demás sectores del desarrollo municipal y departamental, para la organización y adecuación del sistema de referencia y contrarreferencia como parte de la red de servicios.

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

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

3.3 Funciones por Niveles de Operación

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

3.3.1 A Nivel Nacional.

Definir los lineamientos en leyes, normas decretos etc., que normaticen, delimiten, aclaren o sancionen el adecuado desarrollo de los modelos de referencia y contrarreferencia a nivel Nacional.

Definir los lineamientos para las Direcciones Territoriales en cuanto al adecuado funcionamiento y operación del sistema de referencia

Liderar y participar en la formulación de planes, programas y proyectos que propendan por el desarrollo del Sistema de Referencia.

Participar en la organización de la red de servicios de salud del ámbito nacional.

Generar mecanismos de coordinación intersectorial que faciliten del Sistema de Referencia y Contrareferencia. Vigilar el cumplimiento de las normas y el desarrollo del Régimen. Evaluar el desarrollo del Sistema de Referencia y Contrareferencia mediante determinación de indicadores por niveles. Prestar la asistencia técnica a las direcciones departamentales y para el desarrollo del Sistema de Referencia y Contrareferencia.

3.3.2 A Nivel Departamental.

Organizar, dirigir, administrar y supervisar el desarrollo de la Red de Servicios a través de la inspección, vigilancia y control de las instituciones que prestan servicios de salud e informar a las autoridades competentes la inobservancia de las normas y cumplimiento Autorizar la prestación de Servicios de Salud a la IPS que operen en el territorio Departamental para la población pobre y vulnerable ya aquellos casos suscritos en la resolución 3047 de 2008.

Desarrollar los principios de subsidiaridad y la integración funcional y organizar los regímenes y contrarreferencia.

Realizar vigilancia y control en la aplicación de las normas técnicas expedidas por el Ministerio de la Protección Social para la Construcción de obras civiles, Dotación y Mantenimiento integral de los organismos de todos los niveles de atención a las IPS Públicas, Privadas y los Acilos de los Ancianos. Así mismo la Secretaria de Salud Departamental prestara Asesoría y Asistencia Técnica a los municipios y las IPS del territorio Departamental.

Adecuar y adoptar las normas del nivel nacional para la implantación del Régimen.

Desarrollar el proceso de operativización del Sistema de Referencia y Contrareferencia, en su jurisdicción y asignar la dirección y coordinación del mismo a una de las reparticiones de su estructura orgánica. Promover el fortalecimiento y articulación intersectorial que permitan y faciliten el desarrollo del Sistema de Referencia y Contrareferencia.

Participar en la elaboración, actualización y evaluación de las normas del Sistema Determinar los indicadores requeridos en su nivel que permitan controlar, evaluar y asesorar el adecuado funcionamiento del Sistema de Referencia y Contrareferencia.

Brindar la cooperación técnica intersectorial para el adecuado funcionamiento del Sistema de Referencia y Contrareferencia.

Auditar permanentemente los indicadores de calidad relacionados con el Sistema de Referencia y Contrareferencia.

Promover en la comunidad la adecuada utilización de los servicios en los diferentes organismos que conforman la red.

3.3.3 A Nivel Local.

Las Secretarías de Salud Municipales deberán promover la integración funcional y organizar los regímenes de Referencia y Contrareferencia

Podrán autorizar la celebración de contratos entre las IPS para establecer el Sistema de Referencia y Contrareferencia

En relación con la infraestructura física deberá cumplir con la aplicación de las normas técnicas para la Construcción de obras civiles, Dotación y Mantenimiento del primer nivel de atención Públicas, Privadas y los Centros de Bienestar de los Ancianos.

Supervisar el desarrollo de la Red de Servicios a través de la inspección, vigilancia y control de las instituciones que prestar servicios de salud e informar a las autoridades competentes la inobservancia de las normas de obligatorio cumplimiento.

Adequar y adoptar las normas que sobre el Sistema de Referencia y Contra referencia expidan los niveles nacional y seccional.

Desarrollar e implementar el sistema de Referencia y Contrarreferencia en su jurisdicción.

Promover el fortalecimiento y articulación de los diferentes sistemas para facilitar el desarrollo del Régimen de Referencia y Contrarreferencia.

Crear y desarrollar mecanismos de coordinación Inter. - institucional que permitan un eficiente desarrollo del Sistema de Referencia y Contrareferencia, en su jurisdicción. Participar en la elaboración, evaluación y actualización de las normas del Régimen.

Controlar, asesorar y evaluar el desarrollo del Sistema de Referencia y Contrareferencia en su respectiva entidad territorial.

Promover en la comunidad el uso adecuado de los servicios en los diferentes organismos que conforman la red.

Promover la participación de la comunidad y la veeduría social para facilitar el desarrollo del Régimen.

De parte de las Secretarías de Salud Municipales y Direcciones Locales de Salud, realizar auditorías de segundo orden para evaluar en las IPS remisoras la calidad y pertinencia de las referencias. (Correa, J. E. 2013).

3.4 Normas Técnicas y Administrativas Generales

El ministerio de salud como ente rector, de las acciones técnico-administrativas para la adecuada prestación de servicio de salud, tiene las siguientes directrices:

Las direcciones seccionales y locales elaborarán y propondrán conjuntamente con las instituciones prestadoras de servicios de salud del área, un diagnóstico y una propuesta de funcionamiento de la Red de Servicios de Salud y del sistema de referencia y contrarreferencia como parte de la Red.

Las direcciones seccionales y locales elaborarán y propondrán conjuntamente con las instituciones docentes, los protocolos sobre el manejo de la demanda de servicios más comunes en la región.

Las direcciones seccionales y locales elaborarán y propondrán conjuntamente con las instituciones docentes, los protocolos sobre el manejo de la demanda de servicios más comunes en la región.

Debe existir una información sobre los diferentes organismos que conforman la red de servicios, disponible en toda institución, que permita la oportuna y adecuada referencia de usuarios y de elementos de ayuda diagnóstica.

La clasificación socio-económica por SISBEN y la afiliación a la seguridad social del usuario debe ser clara y hacerse en la institución referente.

El formato de remisión debe ser identificado con el número de la cédula o tarjeta de identidad del usuario, en el caso de un menor de siete (7) años deberá ser identificado con la fecha de nacimiento.

Todo individuo que llegue a una institución prestataria de servicios de salud con una de las patologías de manejo clínico de urgencias, debe ser atendido en el servicio de urgencias, aplicándole las medidas necesarias para proteger su vida y mejorar su pronóstico, luego se procederá a definir el sitio donde se continuará su atención en forma integral, según las normas de Referencia y Contrarreferencia.

Los prestadores de servicios de salud serán responsables del mantenimiento del parque automotor para el transporte de usuarios referidos y contra referidos.

3.4.1 Normas Técnicas y Administrativas para la Referencia de Pacientes.

Toda referencia incluye el intercambio de información, el apoyo técnico administrativo y la supervisión y análisis periódico de la dinámica y funcionamiento de la red asistencial y demostrar, así, la capacidad conjunta o compartida de los establecimientos en satisfacer la demanda de atención a la población y las oportunidades como estas se realizan, para evitar sobresaturación o subutilización de los establecimientos y servicios que se ofertan.

Por ello es necesario que el Equipo de Salud tome interés en su significado, en base a una recolección apropiada de toda información que refleje el uso adecuado de lo médico asistencial y de sus recursos, en cuanto a demanda y oferta se refiere, de las condiciones patológicas, sociales y económicas del paciente; para lo cual debe disponer de normas y formatos de uso obligatorio que faciliten el estricto cumplimiento de los objetivos del sistema y determinar la capacidad resolutive de los establecimientos, de forma que ambas estrategias – referencia y contrarreferencia - resulten relevantes, sobre todo en la “descuidada” contrarreferencia por parte de los establecimientos receptores.

Además, la resistencia que presente el paciente al momento de referirle, en repuesta a sus patrones culturales, al alejar de su hogar y grupo familiar.

- Actitudes asumidas por el prestador de servicios en el nivel receptor, al considerar la referencia como sobrecarga asistencial y en el nivel que refiere, por considerarse descalificados en su intención de poder dar solución a los problemas que aquejan al paciente.
- Aumento en los costos de atención, al no cumplirse los procedimientos administrativos.
- Resistencia en los establecimientos referentes, por considerarse afectados en su autonomía de gestión, al no entender que el sistema intenta la cooperación, en cantidad y calidad, entre los niveles y sus establecimientos, al evitar el rechazo o la retención no justificada de pacientes.
- Ausencia comprobada de formatos y normas para el envío y reenvío de pacientes al nivel de atención adecuado.

Por otro lado, se requiere a su vez la identificación demográfica de la población del área de influencia para determinar el origen geográfico (residencia) del usuario, así como recabar el tiempo medio y distancia del traslado desde el establecimiento de atención de primer contacto hacia el establecimiento receptor, lo que se conoce y debe estar presente en todo el proceso evaluativo, como isocronía, es decir la medición del tiempo y distancia que ocurre en un traslado y que puede hacerse tanto para el establecimiento en su conjunto como para alguno de sus componentes: los servicios ambulatorios, emergencias o los ingresos a hospitalización. (García Servén, J. R. 2007).

3.4.2 Normas Técnicas y Administrativas para la Contrareferencia de Pacientes.

La demanda creciente de atención médica en la población, la evidente transición epidemiológica, la necesidad creciente de incrementar la calidad y cantidad de los servicios de atención médica que se ofertan a la población, la baja y deficiente dotación de recursos en muchos establecimientos de salud, ha hecho de la referencia y contrareferencia de pacientes un procedimiento, un modelo, un sistema o simplemente una estrategia administrativo asistencial de mucha importancia, que al estar bien implementado, permite el desplazamiento “justificado” del enfermo hacía establecimientos con mejor o mayor capacidad de respuesta a las necesidades del paciente y ubicados en los distintos niveles de atención, en un todo y siempre de acuerdo con la

naturaleza y severidad de su proceso patológico y no como una práctica de “enviar enfermos “ a cualquier otro establecimiento, sin responsabilidad institucional de quien lo remite.

Es decir que representa la transferencia o traslado de pacientes entre los distintos establecimientos de una red asistencial (García-Serven, 2007).

Así mismo, aquellos pacientes que previa evaluación médica, necesitan ser referidos para recibir asistencia profesional y tecnológica especializada de mayor complejidad. Demanda artificial de referencias: aquellos pacientes que por la poca experiencia de quienes le asisten o por comportamiento actitudinal negativo del prestador de servicios, al mostrar desinterés en el manejo del paciente o ser “complaciente” al referido a otro nivel de atención sin justificación.

3.4.3 Operación de las Redes de Prestación de Servicios.

De acuerdo con la ley 715 del 21 de diciembre de 2001, Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 42, 43 y 44. Donde se fijan las Competencias en salud por parte de la Nación, las entidades territoriales y municipales.

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

A nivel nacional, el contexto macro de los servicios de salud se refiere fundamentalmente a las características de los sistemas de salud en los cuales éstos están inmersos.

Los sistemas de salud han sido caracterizados de diversas maneras. La OMS define los sistemas de salud como “el conjunto de organizaciones, individuos y acciones cuya intención primordial es promover, recuperar y/o mejorar la salud.

Los sistemas de salud tienen tres funciones principales: la rectoría, el financiamiento y la prestación de servicios de salud. Las características específicas de cada sistema de salud dependen de la historia y las condiciones políticas y socio económicas de cada país, así como del grado de influencia que ejercen los diversos grupos de interés y el juego de las fuerzas políticas.

Además, la historia de la creación y desarrollo de los sistemas de salud en la Región se vincula estrechamente con la evolución de los regímenes de protección social en el contexto del Estado benefactor, que surgieron en el mundo occidental desde comienzos del siglo XX.

Pero a diferencia de los modelos instaurados en la mayoría de los países europeos, los subsistemas latinoamericanos se orientaron hacia estratos específicos de la población, agrupados por clase social, ingreso, ocupación, inserción en el mercado laboral formal, origen étnico o condición urbana o rural, lo que produjo un fenómeno de segregación poblacional consistente en la estratificación del ejercicio del derecho a la salud.

Debido a ello, la estructura organizativa tradicional de los sistemas de salud en América Latina y el Caribe consistió en un arreglo no integrado de subsistemas dirigidos a estratos específicos de la población, lo que condujo a su mayor segmentación y fragmentación y afectó profundamente a su desempeño

Por otra parte, los sistemas de salud de las Américas se caracterizan por altos niveles de segmentación y fragmentación.

La fragmentación es una causa importante del bajo nivel de desempeño de los servicios y sistemas de salud. La fragmentación puede generar por sí misma, o con otros factores, dificultades en el acceso a los servicios, prestación de servicios de baja calidad técnica, uso irracional e ineficiente de los recursos disponibles, aumento innecesario de los costos de producción y poca satisfacción de los usuarios con los servicios recibidos.

Por otro lado, la fragmentación puede ser la consecuencia de la acción de otros factores que la causan (ej. financiamiento insuficiente que impide la prestación de servicios integrales), o puede ser un factor que incide sobre otros factores causales, los que a su vez impactan negativamente sobre el desempeño general del sistema (ej. la duplicación de exámenes de laboratorio que trae aparejado un incremento innecesario de los costos, los que a su vez disminuyen el nivel de financiamiento del sistema). (Min Salud. 2001).

3.5 Formulación del Problema

3.5.1 Insumos.

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

3.5.2 Información.

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

- Hoja de remisión y contrarremisión acorde a lo estipulado en la resolución 1995
- Resumen de historia clínica que incluya el motivo que justifica la referencia, resumen de atención y tratamiento instaurado antes de su traslado

- Bitácora de ambulancias con información mínima necesaria que identifique al y el manejo instaurado durante el traslado.
- Indicadores de auditoría de racionalidad y pertinencia. Instrumentos de auditoría.
- SSDH

3.5.3 Comunicaciones.

Todas las ESES del Departamento deben contar con equipos de telecomunicaciones de alta frecuencia High Frequency HF conectados a las frecuencias de la Red de Salud del Departamento de Córdoba.

Toda Institución que cuente con servicios habilitados de transporte asistencial, debe contar con sistemas de telecomunicaciones de doble vía y de asignación exclusiva para cada ambulancia

Todas las ESES del Departamento deben contar con sistemas de comunicaciones telefónicas e internet funcionando, los cuales fueron dotados en su totalidad.

Se debe establecer una adecuada red de comunicación extra sectorial que la prestación de servicios en forma oportuna y eficiente.

Así mismo, las instituciones prestadoras de servicios de salud deben garantizar los sistemas de telecomunicaciones necesarios de forma tal que se garantice la adecuada comunicación en la referencia de los pacientes

3.5.4 Transporte.

Toda Institución Prestadora de Servicios de Salud, debe contar con vehículo de transporte o con un contrato vigente con un operador de TAB o TAM según sus necesidades.

Se podrán celebrar contratos con empresas privadas para garantizar el traslado oportuno de usuarios cuando no cuenten con los medios de transporte adecuado.

Los vehículos ambulancias deberán ser utilizados de acuerdo a las normas establecidas para ello por el Ministerio de Protección Social y tener el servicio debidamente habilitado por la institución prestadora de servicios.

La entidad remitente deberá garantizar el transporte de usuarios y/o muestras biológicas dentro del Régimen de Referencia y Contrareferencia cuando las condiciones lo ameriten.

Toda dirección seccional y local de salud, debe reglamentar el uso de los medios de transporte con que cuenta para el desarrollo de la Referencia y la Contrareferencia.

3.6 Matriz Dofa

3.6.1 Diagnostico Estratégico.

➤ Debilidades.

1. No se cuenta con la estandarización de procesos en las instituciones.
2. Alto grado de rotación de personal, elemento que impide a la continuidad de los procesos en las diferentes entidades.
3. Implementación parcial del proceso de referencia y contrareferencia.
4. Falta de actualización, socialización y evaluación de adherencia a guías y protocolos para manejo de patologías más frecuentes.
5. Inoperancia de algunos comités administrativos y asistenciales.
6. Capacidad instalada limitada para la demanda de servicios en las instituciones.
7. Incipiente análisis de costos de las entidades de salud públicas y privadas, que impide la identificación del costo real de cada uno de los procesos y subprocesos institucionales.
8. Depuración lenta de la cartera de difícil cobro en las instituciones.
9. Deficiencias en el cobro efectivo de la cartera de las instituciones.

10. Falencias en el proceso de facturación, por falta de articulación de los procesos administrativos y asistenciales en las entidades públicas y privadas del departamento de Córdoba.
11. Implementación Modelo Estándar de Control Interno (MECI).
12. Inconsistencias en la parametrización y fallas estructurales en algunos módulos del software de las diferentes instituciones.
13. Poco desarrollo de la dotación tanto de equipos biomédicos como de los sistemas de información.
14. Obsolescencia de la Infraestructura.
15. Inseguridad.
16. Cumplimiento parcial de la ley de archivo.

➤ **Oportunidades.**

1. Fácil acceso por las diferentes vías a las E.S.E.S. del departamento de Córdoba.
2. IPS del Departamento del Córdoba habilitada para la prestación de servicios de baja y mediana complejidad.
3. Contratación con la alcaldía del municipio de Montería para la población pobre no asegurada y para el plan de intervenciones colectivas, por ser la única E.S.E en el Municipio de Montería.
4. Orientación del Gobierno departamental de estructurar y operativizar la Red Hospitalaria del Departamento de Córdoba.
5. Posibilidad de mejorar la oferta de servicios de las instituciones públicas y privadas del municipio de Montería.
6. Posibilidad de ser protagonistas en la formación académica de estudiantes de medicina por la apertura de nuevas facultades privadas en el Departamento de Córdoba.
7. Posibilidad de ser municipio piloto en la atención primaria en salud (APS) a través de la E.S.E Hospital San Jerónimo de Montería.
8. Homologación del Plan Obligatorio de Salud.
9. Insuficiencia de unidades de cuidados intensivos en el departamento de Córdoba.
10. Desarrollo de estándares de calidad con énfasis en acreditación.
11. Buenas relaciones interinstitucionales entre la E.S.E y las diferentes aseguradoras.

12. Estandarizar el proceso de referencia y contrareferencia interno y externo.

➤ **Fortalezas.**

1. Compromiso del recurso humano para el desarrollo de a cada una de las actividades institucionales.
2. Personal idóneo para cada una de los programas que hacen parte de la E.S.E Hospital y las IPS, públicas y privadas.
3. Alta cobertura de atención en primer nivel al departamento, a través de los puestos y centros de salud.
4. IPS públicas y privadas del departamento con el desarrollo y la experiencia en el programa de VIH (ENLACE).
5. Ubicación georeferencia estratégica para la atención integral de los usuarios del departamento de Córdoba.
6. Sistematización de la información de las instituciones.
7. Sistema de Operación Telefónico de Emergencias Médicas –OTEM-.
8. Adecuado parque automotor de transporte de pacientes.
9. Suficiente espacio en la infraestructura de las instituciones para ampliación de servicios de cuidados intensivos o imagenología.
10. Consistencia en la Información que se reporta a los diferentes entes de vigilancia y control.
11. Seguimiento y monitoreo de eventos intrahospitalarios.
12. Actualización del sistema de control interno que permita la vigilancia global de planes de acción institucionales de las diferentes instituciones.
13. Posibilidad de actualización de procesos con énfasis en normas técnicas de acreditación.

➤ **Amenazas.**

1. Falta concientización de la comunidad hacia la cultura de la correcta utilización de los servicios de salud.
2. Insatisfacción de los usuarios por prestación de los servicios de salud con baja calidad.
3. Normatividad cambiante en las políticas de salud del país.
4. Incremento en la oferta del sector privado por creación de I.P.S.

5. Mayor desarrollo tecnológico y de hotelería de otras I.P.S.
6. Centralización del mercado en la E.S.E de tercer nivel del Departamento.
7. Competencia desleal de IPS.
8. Falta de políticas claras a nivel nacional de vinculación laboral de los trabajadores del sector público de la salud.
9. Incumplimiento de los pagos por parte de las EPS de las actividades de mediana complejidad.
10. Incumplimiento en los acuerdos de pago por parte de las EPS.
11. Intervención y liquidación de las diferentes EPS a nivel nacional.
12. Pago del pasivo pensional del Hospital sin definir.

3.6.2 Estrategias.

La E.S.E.S y las IPS, del departamento de Córdoba en cumplimiento de la normatividad vigente y del fortalecimiento de la atención del primer y segundo nivel de complejidad, establece tres estrategias fundamentales para llevar a cabo una gestión coherente y de impacto municipal y departamental.

De esta manera, se establece la primera estrategia Fortalecimiento de la gestión directiva y estratégica de la E.S.E Hospitales del departamento de Córdoba. Este fortalecimiento se dará gracias al trabajo articulado entre cada una de las áreas de las entidades, fortaleciendo las autoevaluaciones y los planes operativos anuales, apuntando a la mejora continua de las entidades y a las atenciones.

De esta manera, se estimulará la mejora continua de la calidad en la prestación del servicio de salud en la E.S.E.S e IPS del departamento de Córdoba y en cada uno de sus centros y puestos de salud.

Por otra parte, la segunda estrategia busca fortalecer desde este plan de desarrollo planteado para el periodo 2018-2019 el área administrativa y financiera de las E.S.E.S e IPS del departamento

de Córdoba., buscando básicamente el desarrollo de actividades que tengan por objeto la adecuada administración de recursos físicos y financieros de las entidades.

Dándole la estabilidad presupuestal que viabiliza la inversión y el mejoramiento en el cuatrienio de las entidades de salud, tanto de infraestructura como de sostenibilidad financiera.

Finalmente, la tercera estrategia que busca atender este plan de desarrollo es la gestión Clínica y asistencial de la E.S.E.S. e IPS del departamento de Córdoba, que tiene como objetivo atender la razón de ser de la institución que es prestar servicios de salud mediante la implementación de sistema de garantía de la calidad con énfasis en la acreditación. A través de un mejoramiento continuo de los procesos y procedimientos y el fortalecimiento de los programas institucionales en este cuatrienio.

Luego entonces, las anteriores estrategias hacen parte de la intención de articular el plan de Desarrollo 2018-2019 con el plan de gestión departamental de salud. Asimismo, este plan de Desarrollo dejara como constancia los Planes Operativos Anuales para cada uno de los periodos, facilitando las tareas por cada una de las entidades y permitiendo el crecimiento continuo y esperado desde la administración departamental hasta el área administrativa municipal.

3.7 Antecedentes Investigativos

3.7.1 Formulación del Problema.

Investigaciones similares y sus hallazgos.

Cuadro 1.*Antecedentes investigativos.*

Investigación	Objetivo	Resultados	Significatividad
Rojas, Fernando y Vergara, Luis (2003). Modelo de mejoramiento de la calidad en los servicios de urgencia del Hospital Regional de Roldanillo. Medellín: Universidad de Antioquia, Facultad de Administración.	Diseñar e implementar un modelo de mejoramiento de la calidad en los servicios de este Hospital Regional de Roldanillo (Antioquia), que debidamente orientado a satisfacción de usuarios.	La investigación arrojó que la mayoría de los procesos correspondientes a los servicios de urgencia de la ESE se encuentran sobredimensionados o subutilizados, como consecuencia de la carencia de un plan de trabajo estratégico que permita el mejoramiento de los circuitos de atención con base en la eficacia y la efectividad de los recursos.	Esta investigación hace una descripción bastante detallada de los servicios de urgencia y precisa la necesidad de su integración con las demás instancias de atención de los usuarios, en particular cuando se trata de que la urgencia se convierta en el primer eslabón del sistema de referencia y contrarreferencia de pacientes.
Acosta, Raúl (2006). Auditoría de los procesos de atención de urgencias y remisión de	Realizar un proceso de auditoría administrativa y financiera de los procesos de atención	La auditoría mostró las carencias de la IPS en materia de atención de urgencias al no estar	Es importante aprovechar los criterios y mecanismos de auditoría puestos en

<p>pacientes en la Clínica CES de Medellín.</p> <p>Medellín: Universidad de Antioquia, Facultad de Administración.</p>	<p>de urgencias y remisión de pacientes en la Clínica CES de Medellín.</p>	<p>debidamente habilitado su sistema de referencia de pacientes. A partir de ello se dispuso de un programa de mejoramiento de la calidad de este proceso con base en los protocolos de integración de la red de servicios disponibles a los usuarios.</p>	<p>práctica por el investigador para evaluar sistemática y profundamente los procesos. En este sentido brinda una visión bastante adecuada de la gestión por procesos como base para la implementación del programa de auditoría de la calidad del área de Urgencia y Remisión.</p>
<p>Ochoa, Dairo; Pájaro, Luis y Suárez, Elcy (2007). Auditoría a los procesos de referencia y contrarreferencia en un hospital público departamental (III y IV nivel).</p> <p>Barranquilla: Universidad del Norte,</p>	<p>Desarrollar una auditoría a los procesos de referencia y contrarreferencia de pacientes que tienen lugar en un hospital público departamental (III y IV nivel) como receptor de la red de prestación de servicios contemplada en el SGSSS y el SGC con</p>	<p>La investigación mostró que la red de hospitales públicos del Atlántico presenta serias fallas en materia de referencias y contrarreferencias, dado que su nivel de integración es bastante bajo y hace</p>	<p>Se considera como un aporte especial los indicadores de calidad, oportunidad y ventaja estratégica construidos para responder a las exigencias de atención de una población creciente. La investigación</p>

Diplomado en Auditoría Médica.	base en los criterios de calidad, oportunidad y ventaja estratégica para la entidad y sus usuarios.	falta abordar su mejoramiento con base en la ampliación de la capacidad técnica, operativa y financiera para atender adecuadamente al conjunto de instituciones de referencia que dependen de él.	muestra que es posible la optimización de la referencia y contrarreferencia de pacientes en entidades del sector público cuando dicho sistema responde a un modelo estratégico de gestión de la calidad.
--------------------------------	---	---	--

Fuente: Elaboración propia.

3.8 Marco Legal

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

La ley 100 de diciembre 3 de 1993, por la cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral, en sus disposiciones generales y como fundamento del sistema, especifica en el artículo

154, literal f que el estado debe intervenir en la organización de los servicios de salud en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad.

En el artículo 159 se les garantiza a los afiliados la atención de urgencias en todo el territorio nacional y la escogencia de las Instituciones Prestadoras de Servicios y de los profesionales entre las opciones que cada Entidad Promotora de Salud ofrezca dentro de su red de servicios.

El artículo 162 Plan Obligatorio de Salud, Parágrafo 5, establece para la prestación de dichos servicios que todas las Entidades Promotoras de Salud establecerán un sistema de referencia y contrarreferencia para que el acceso a los servicios de alta complejidad se realice por el primer nivel de atención, excepto en los servicios de urgencias.

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

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

Ley 1122 de 2007, por la cual se hacen algunas reformas al Sistema General de Seguridad Social en Salud. Artículo 23°. Obligaciones de las Aseguradoras para garantizar la Integralidad y continuidad en la Prestación de los Servicios.

Las Empresas Promotoras de Salud (EPS) del régimen contributivo y subsidiado deberán atender con la celeridad y la frecuencia que requiera la complejidad de las patologías de los usuarios del mismo.

Así mismo las citas médicas deben ser fijadas con la rapidez que requiere un tratamiento oportuno por parte de la EPS, en aplicación de los principios de accesibilidad y calidad correspondiente.

El Decreto 4747 de diciembre 7 de 2007, por medio del cual se regulan algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo, y se dictan otras disposiciones.

Por otra parte, en el Artículo 3° se define el Sistema de Referencia y Contrarreferencia como el conjunto de procesos, procedimientos y actividades técnicas y administrativas que permiten prestar adecuadamente los servicios de salud a los pacientes, garantizando la calidad, accesibilidad, oportunidad, continuidad e integralidad de los servicios, en función de la organización de la red de prestación de servicios definida por la entidad responsable del pago.

El Artículo 17 del Decreto 4747/07, define. El diseño, organización y documentación del proceso de referencia y contrarreferencia y la operación del sistema de referencia y contrarreferencia es obligación de las entidades responsables del pago de servicios de salud, quienes deberán disponer de una red de prestadores de servicios de salud que garanticen la disponibilidad y suficiencia de los servicios en todos los niveles de complejidad a su cargo, así como la disponibilidad de la red de transporte y comunicaciones. Parágrafo.

Las entidades responsables del pago de servicios de salud podrán apoyarse para la operación del proceso de referencia y contrarreferencia a su cargo, en los CENTROS REGULADORES DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS, para lo cual deberán suscribir contratos o convenios según sea el caso.

El Artículo 18. Organización y Operación de los Centros Reguladores de Urgencias, Emergencias y Desastres. Sin perjuicio de las funciones asignadas a las entidades promotoras de salud de los regímenes contributivo y subsidiado, las entidades adaptadas, las administradoras de riesgos profesionales, las entidades que administran regímenes de salud especiales y de excepción y a los prestadores de servicios de salud, corresponde a las direcciones territoriales de salud, regular los servicios de urgencias de la población de su territorio y coordinar la atención en salud de la población afectada por emergencias o desastres en su área de influencia.

El Ministerio de la Protección Social establecerá las condiciones y requisitos para la organización, operación y funcionamiento de los centros reguladores de urgencias y emergencias y desastres, - CRUE-

Resolución 3047 de 2008. Por medio de la cual se definen los formatos, mecanismos de envío, procedimientos y términos a ser implementados en las relaciones entre prestadores de servicios de salud y entidades responsables del pago de servicios de salud, definidos en el Decreto 4747 de 2007.

Resolución 416 de 2009, que modifica algunos formatos de la resolución 3047 y **Resolución 4331 de 2012** complementaria en la modificó los artículos 7, 10 y 12 de la Resolución 3047 de 2008, así como los anexos Técnicos 4, 6, 7 y 8 de la mencionada resolución de manera tal que se simplifiquen los trámites por parte de los usuarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud, así como dictar disposiciones inherentes a las relaciones entre aseguradores y prestadores de servicios de salud.

Ley 1438 de 2011, por la cual se reforma al Sistema General de Seguridad Social en Salud, estableció en su artículo 57 el trámite que han de seguir las entidades responsables del pago de servicios de salud y los prestadores de dichos servicios, cuando las primeras glosen las facturas a tales prestadores, contemplando condiciones adicionales a las previstas en el Decreto 4747 de 2007.

Ley 1523 de 2012: por el cual se adopta la política nacional de gestión del riesgo de desastres y se establece el Sistema Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres y se dictan otras disposiciones.

La gestión del riesgo de desastres, en adelante la gestión del riesgo, es un proceso social orientado a la formulación, ejecución seguimiento y evaluación de políticas, estrategias, planes, programas, regulaciones, instrumentos, medidas y acciones permanentes para el conocimiento y la reducción del riesgo y para el manejo de desastres, con el propósito explícito de contribuir a la seguridad, el bienestar, la calidad de vida de las personas y al desarrollo sostenible. Esta norma deroga la ley 46 de 1988 y el decreto 919 de 1989.

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

Decreto 2459 de 2015: Por el cual se reglamenta la prestación de servicios de salud por los distritos creados con posterioridad a la expedición de la Ley 715 de 2001, el cual tiene por objeto determinar los requisitos para que los distritos asuman la competencia de la prestación de servicios de salud, en concordancia con las competencias señaladas en los artículos 43, 44 y 45 de la Ley 715 de 2001. Para el caso del Distrito de Córdoba.

4 Metodología

4.1 Tipo de Estudio

La Investigación será de tipo descriptivo y Retrospectiva porque la información corresponde al primer semestre de 2018 con un enfoque cuantitativo, ya que el estudio tendrá un diseño de campo (encuesta o cuestionario), con apoyo documental, se realizará, interpretará y analizará en un tiempo determinado, logrando de esta manera estudiar los beneficios que traerá para la empresa, la forma de cómo serán administrados.

4.2 Población

En ese sentido, la población objeto de estudio de la presente investigación fueron las 80 ESE y las IPS públicas y privadas del departamento de Córdoba.

4.3 Muestra

Por tal motivo, para efectos de esta investigación la muestra son 66 instituciones públicas y privadas del departamento de Córdoba. Estas instituciones corresponden a las del bajo Sinú.

Para el cálculo del tamaño de la muestra, se utilizó la siguiente fórmula:

$$n \approx \frac{(Z^2) \cdot x(N) \cdot x(P) \cdot x(Q)}{(e^2) \cdot x(N-1) + (Z^2) \cdot x(P) \cdot x(Q)}$$

Dónde:

Población o universo (N): Todos los casos que concuerdan con una serie de especificaciones.

Coefficiente de confianza (Z): Basado en la inferencia estadística, el nivel de confianza de una medida de la calidad de la estimación realizada a partir de estadísticos muestrales mediante la cual se aprueba una cierta hipótesis planteada como correcta. Este coeficiente generalmente es del 95%.

Cálculo de Z:

$$Z \square \frac{\text{Coeficiente.de.confianza}}{2}$$

$$95\% \ Z \square \frac{\quad}{2}$$

$$\rightarrow Z \square 47.5\% \rightarrow 100\% \square \frac{47.5\% \square}{\quad} \quad 0,475$$

En las tablas de la curva normal encontramos que el valor de la variable que deja por debajo una probabilidad de 0,475 es $Z \square 1.96$

Cuadro 1.

Nivel de confianza

Nivel de confianza	% 75	% 80	% 85	% 90	% 95	% 97,5	% 99
Valor de Z	1,1 5	1,2 8	1,4 4	1,6 5	1,9 6	2,24	2,5 8

25

Margen de error (e): Probabilidad de rechazar una cierta hipótesis siendo que esta era correcta. Este margen generalmente es del 5%.

Porcentaje de favorabilidad (P): Proporción de personas que poseen en la población la característica de estudio. La opción más segura es $P = 50\% = 0,5$.

Porcentaje de des favorabilidad (Q): Proporción de personas que no poseen esa característica, es decir: $Q = 1 - P \rightarrow Q = 1 - 0,5 = 0,5$. (Canabal, 2015)

Aplicando la anterior fórmula, tenemos que:

$$n \square \frac{(1,96)^2 x(80)x(0,5)x(0,5)}{(0,05)^2 x(80-1) + (1,96)^2 x(0,5)x(0,5)} \rightarrow$$

Canabal Gaznan, J. D. (2015).

$$n \square \frac{(3,8416)x(80)x(0,25)}{(0,0025)x(79) \square (3,8416)x(0,25)} \text{ Luego } \rightarrow$$

$$\frac{76,832}{(0,1975) \square (0,9604)} \rightarrow \quad n \square \frac{76,832}{1,1579} \rightarrow$$

$n \square 66$ Instituciones públicas y privadas

4.4 Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos

En la investigación se utilizó la técnica de encuesta o cuestionario; esta técnica consiste en recopilar información sobre una parte de la población denominada muestra, por ejemplo: datos

generales, opiniones, sugerencias o respuestas que se proporcionen a preguntas formuladas sobre los diversos indicadores que se pretenden explorar a través de este medio.

Para elaborar el instrumento, se tomaron en consideración el objetivo general y específicos, las variables, dimensiones e indicadores, a través de una matriz, en los cuales se mostró una relación coherente con el propósito de Evaluar el Sistema de Referencia y Contra referencia del departamento de Córdoba en el primer semestre de 2018.

4.5 Validez y Confiabilidad

Para la validación de contenido se procedió entregar el cuestionario a una serie de cinco (5) expertos en el área, tales como:

Jones Rafael Llanos Ayola, cc 11.002.364 de Montería, profesión Ingeniero Agroindustrial, Especialista en gerencia de Proyectos de la Universidad Pontificia Bolivariana, Magister en Administración de Empresa de la Universidad del Norte Barranquilla, actualmente se desempeña como Docente – Investigador de la Universidad Cooperativa de Colombia.

Manuel Salas Berrio, cc 78.749.743 de Montería, profesión Economista, magíster en Finanzas de Universidad Autónoma del Caribe, actualmente es Docente tiempo completo de la Universidad Cooperativa de Colombia.

Roberto Carlo Osorio Mass, cc 10.931.421 de Montería, profesión Ingeniero Industrial, especialista en Gerencia de Marketing, MBA de la Universidad Internacional de la Rioja, se desempeña como Docente tiempo completo de la Universidad Cooperativa de Colombia.

Carlos Antonio Lozano Fariño, cc 7.378.256 de San Pelayo, profesión Administrador de Empresas, especialista en Gerencia Administrativa, Magíster en Educación, actualmente se ocupa como Docente tiempo completo de la Universidad Cooperativa de Colombia.

Álvaro Augusto Luna Villalba, cc 6.889.118 de Montería, profesión Administrador de Empresas, especialista en Administración Financiera, MBA de la Broward International University (BIU), actualmente se desempeña como catedrático de la Corporación Unificada de Educación Superior CUN.

4.6 Tratamiento Estadístico de los Datos

Para el análisis de esta investigación, después de procesados los datos con el programa estadístico SPSS se cuantificaron los datos en función de las frecuencias y porcentajes de los datos recolectados, además se diseñarán gráficas correlacionadas para medir el grado de en el instrumento de recolección.

4.7 Criterios de Inclusión

- Gestantes que cuenten con historia clínica en el Centro de Salud del municipio de Montería departamento de Córdoba
- Gestantes con historia clínica que cuenten con formatos de referencias y contrareferencia

Se incluyeron todos los registros, bases de datos de la sede principal y de las ESES que hacen parte del sistema de Referencia y Contrareferencia del departamento de Córdoba.

4.8 Aspectos Éticos

Se tuvieron en cuenta las normas existentes en la Resolución N° 8430 de 1993 (58) del Ministerio de Salud, relacionadas con las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, de acuerdo a lo establecido en la norma, esta investigación fue sin riesgo debido a que no se realizaron procedimientos invasivos en personas. La información obtenida fue con fines científicos, sin intencionalidad de dañar el buen nombre, la moral o integridad de individuos ni instituciones.

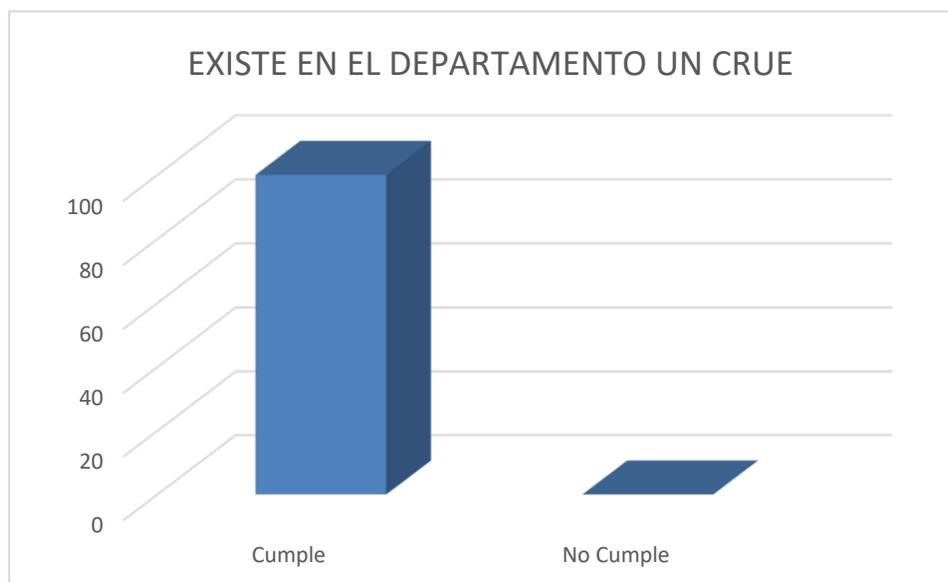
4.9 Derechos de Autor

Esta investigación es del autor: Grupo de investigación en Salud Pública y Auditoría en Salud dirigido por el docente (German Javier Arrieta Bernate) Magister en Microbiología Tropical, los candidatos a Especialistas en Gerencia de la Calidad y Auditoria en Salud. Glenis Aldana, Humberto Sánchez Jalal y Yobana Arroyo Cuesta.

4.10 Resultados y Discusión

A continuación, se presentarán los resultados de la presente investigación:

5 Diagnóstico de los Procesos y Recursos Disponibles en el Crue



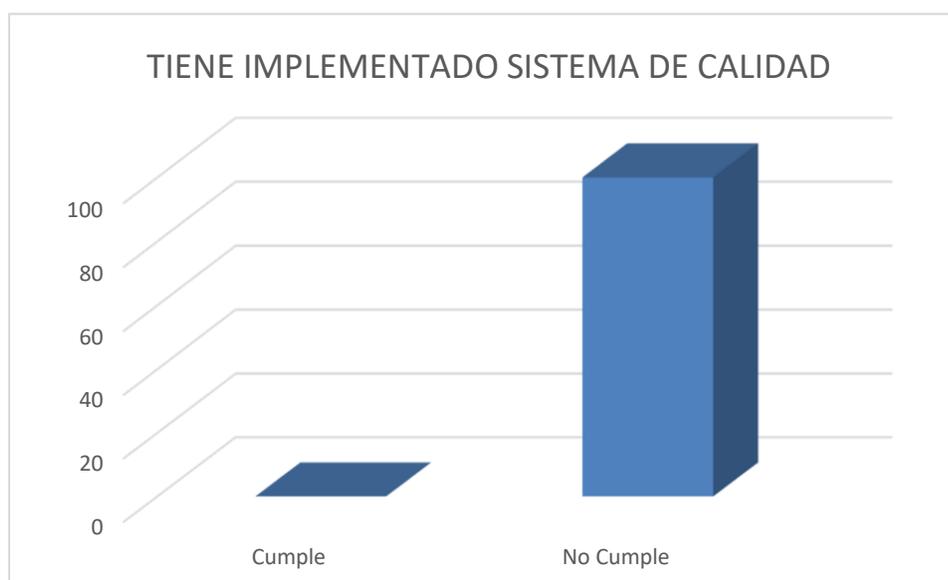
Gráfica 1. CRUE

Fuente. Lista de chequeo N°1

El departamento cuenta con el CRUE, el cual presta sus servicios las 24 horas del día y le son direccionados todo tipo de eventos de Atención Pre-Hospitalaria (Accidentes de Tránsito, Enfermedad General, Otro tipo de Accidentes etc.).

El CRUE también hace parte de la Red Nacional De Urgencias y apoyo al -SNPAD- Sistema Nacional para la Prevención y Atención de Desastres, para dar solución a los problemas de seguridad de las poblaciones que presenten riesgos en su entorno físico por fenómenos naturales y antrópicos (fenómenos causados por el hombre), para lo cual también hace parte del Consejo Territorial para la Gestión del Riesgo del Departamento.

El Centro Regulador de Urgencias presta una respuesta adecuada en la regulación de pacientes urgentes, para lo cual cuenta con recursos Humanos, Técnicos, Físicos, de Información y Red de Transporte de traslado básico y medicalizado para realizar la atención pre-hospitalaria adecuada y oportuna de los pacientes que requieren el servicio en situaciones de urgencia y apoyo en referencia y contra-referencia.



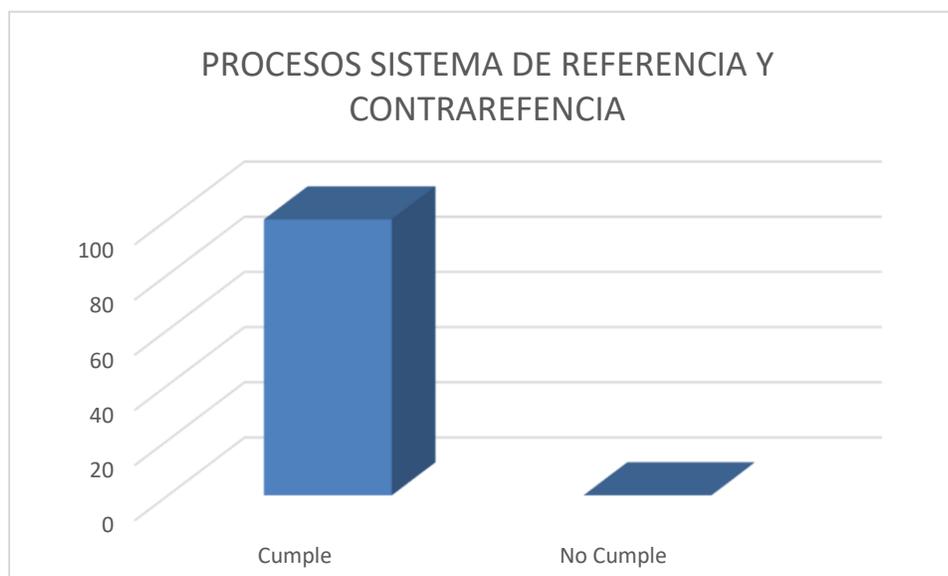
Gráfica 2. Implementación Sistema de Calidad

Fuente. Lista de chequeo N°1

El CRUE del departamento no tiene implementado un sistema de gestión de la calidad, lo cual podría verse reflejado en la atención a cada uno de los usuarios, ya que este sistema permite integrar los procesos y procedimientos a la prestación del servicio. Y por consiguiente que este se preste de una manera oportuna y humanizada.

Lograr la implementación de un sistema de gestión de la calidad, con la suficiente capacidad estratégica y operacional para alcanzar el mejoramiento continuo de los procesos, es una labor compleja y que demanda muchísimo esfuerzo. A este efecto, es necesario abordar los aspectos

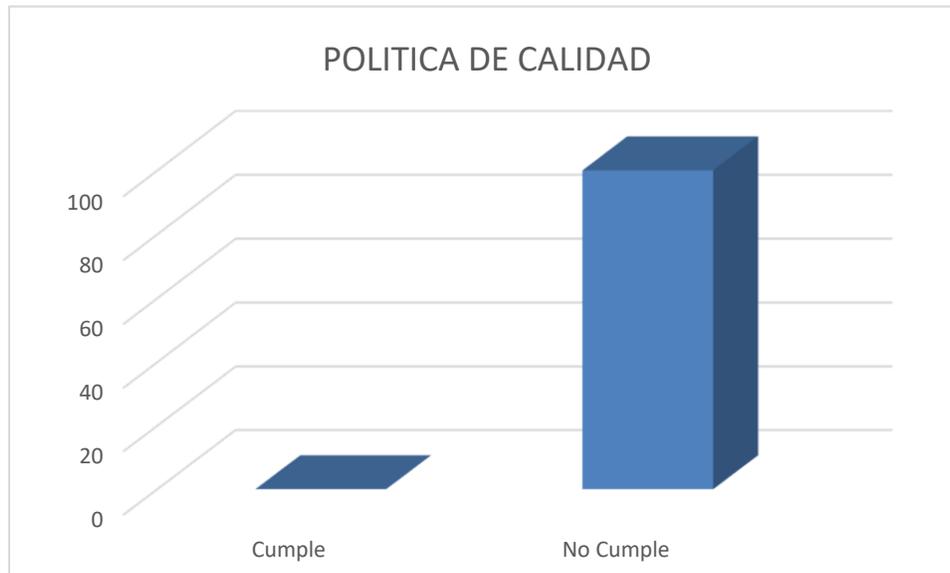
culturales, organizacionales y la operativización de los procesos centrados en la satisfacción del usuario.



Gráfica 3. Procesos sistema de referencia y contrareferencia

Fuente. Lista de chequeo N°1

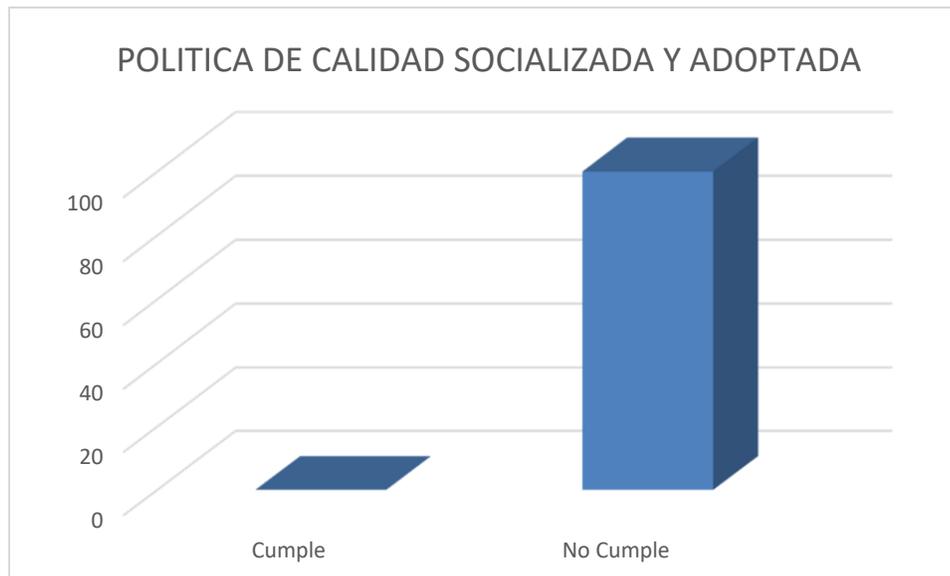
El CRUE del departamento posee cada uno de los procesos y procedimientos del sistema de referencia y contrareferencia, los cuales permite que este proceso se realice de una manera normal.



Gráfica 4. Política de calidad

Fuente. Lista de chequeo N°1

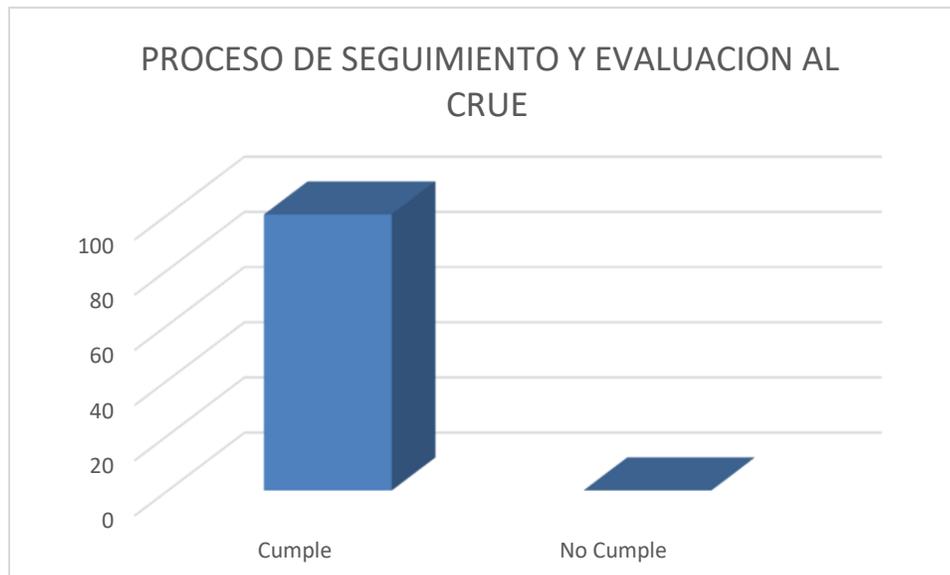
El CRUE del departamento no posee una política de calidad, la cual es de gran importancia institucional, ya que es el resultado de la conjunción de varios factores. No es algo que se defina de manera aislada. Para empezar, cada organización debe tener claros sus propósitos en esta materia, que por lo general tienen como sentido último las mejoras de los productos o servicios y de la satisfacción de sus clientes.



Gráfica 5. Política de calidad socializada

Fuente. Lista de chequeo N°1

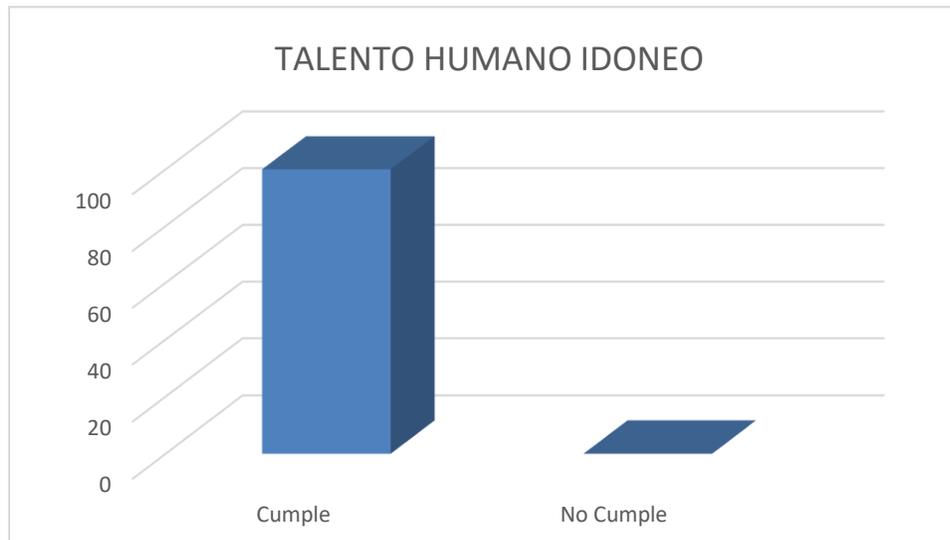
El CRUE del departamento no posee una política de calidad y por ende esta no va estar socializada ni adaptada. Y cabe resaltar la importancia de esta para el desarrollo de cada uno de los procesos y procedimientos internos.



Gráfica 6. Proceso de seguimiento y evaluación

Fuente. Lista de chequeo N°1

Se está realizando de manera oportuna y pertinente la evaluación y los seguimientos de los procesos y procedimientos. La realización de este proceso le permite a la entidad realizar un diagnóstico sobre el estado real institucional, y con este realizar acciones de mejora continua, que propender por la prestación de un servicio con calidad y humanizado.



Gráfica 7. Talento humano Idóneo

Fuente. Lista de chequeo N°1

La entidad cuenta con el talento humano necesario e idóneo para el desarrollo de cada una de las funciones necesarias para la prestación del servicio y con este el desarrollo de los procesos internos institucionales.



Grafico 8. Talento humano contratado

Fuente. Lista de chequeo N°1

La entidad cuenta con el talento humano necesario e idóneo para el desarrollo de cada una de las funciones necesarias para la prestación del servicio y con este el desarrollo de los procesos internos institucionales. Pero este no está contrato para toda la vigencia fiscal, es decir hay meses en que no se cuenta con este valioso talento en la institución.

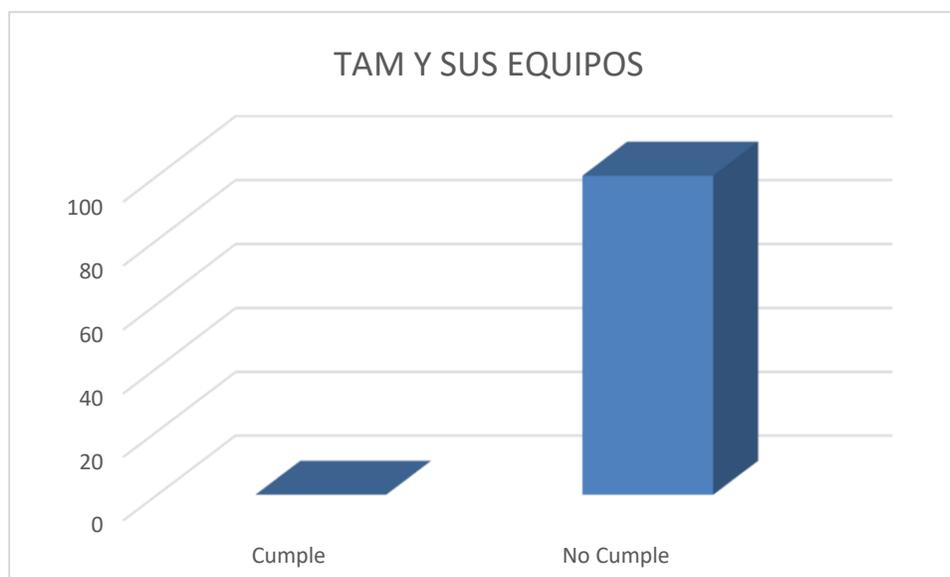


Grafico 9. TAM y sus equipos

Fuente. Lista de chequeo N° 1

La entidad no cumple con las especificaciones el servicio de transporte asistencial medicalizado y sus equipos médicos, lo que genera consigo inconvenientes en la prestación del servicio de salud.

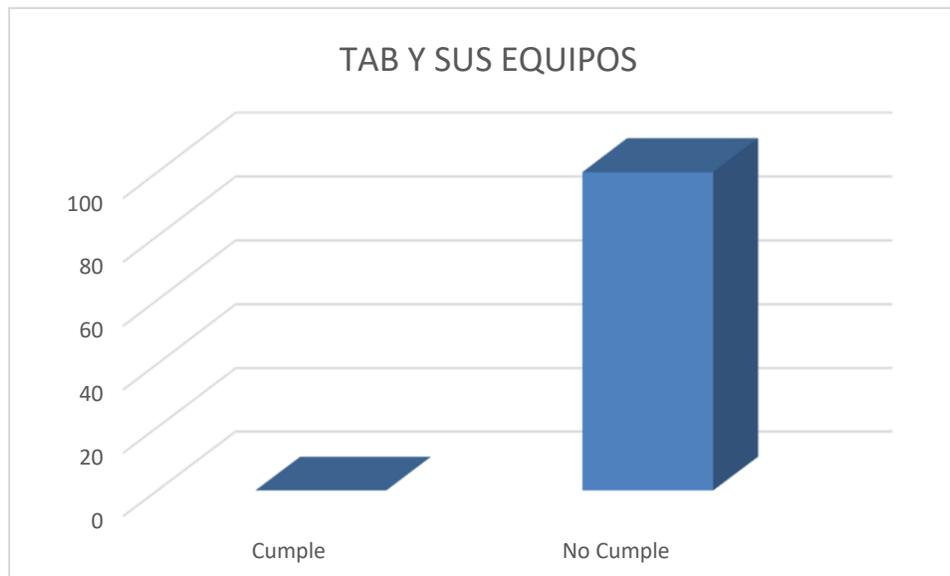
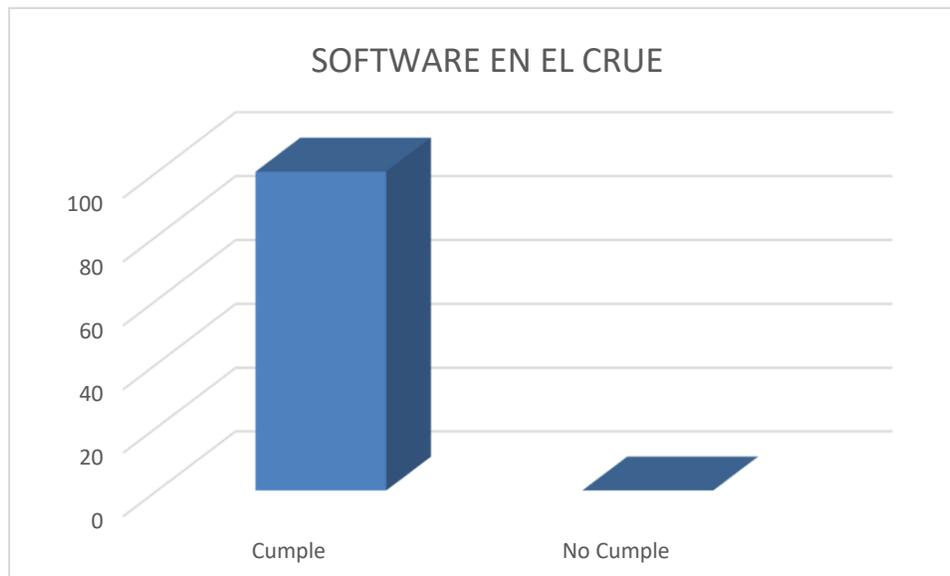


Grafico 10. TAB y sus equipos

Fuente. Lista de chequeo N°1

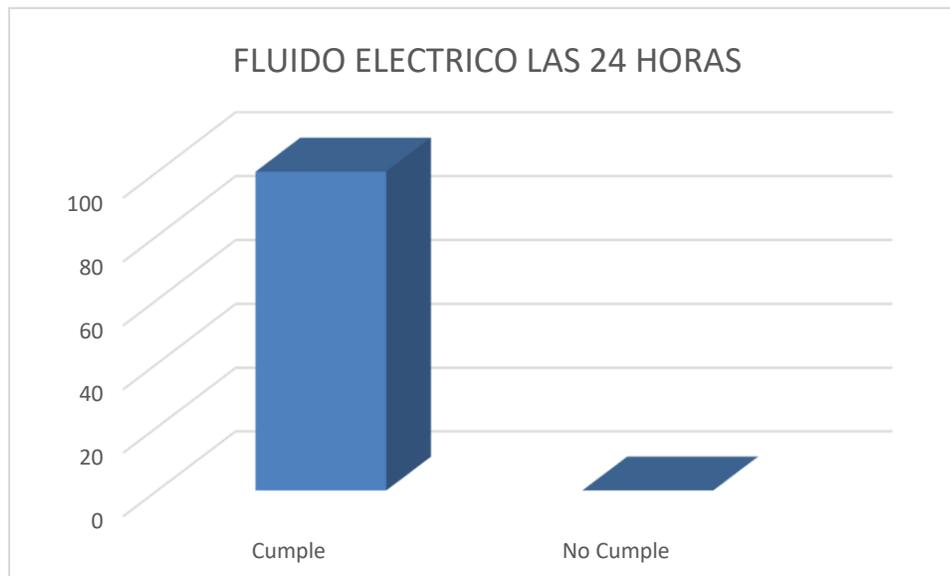
La entidad no cumple con las especificaciones el servicio de transporte asistencial medicalizado y sus equipos médicos, lo que genera consigo inconvenientes en la prestación del servicio de salud.



Gráfica 11. Software en el CRUE

Fuente. Lista de chequeo N°1

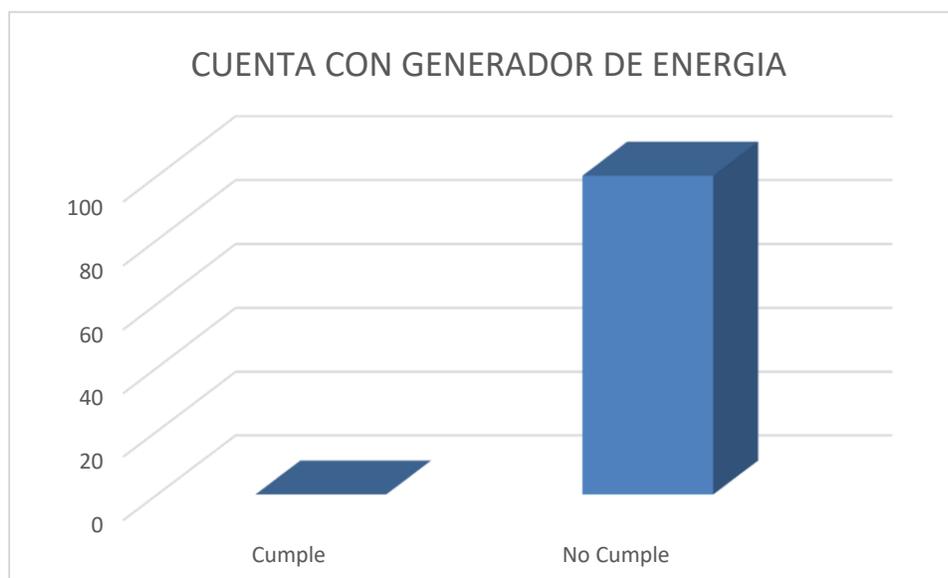
La entidad cuenta con un software que le permite desarrollar los procesos y procedimientos internos institucionales y con este prestar un servicio oportuno y humanizado.



Gráfica 12. Fluido eléctrico a las 24 horas

Fuente. Lista de chequeo N°1

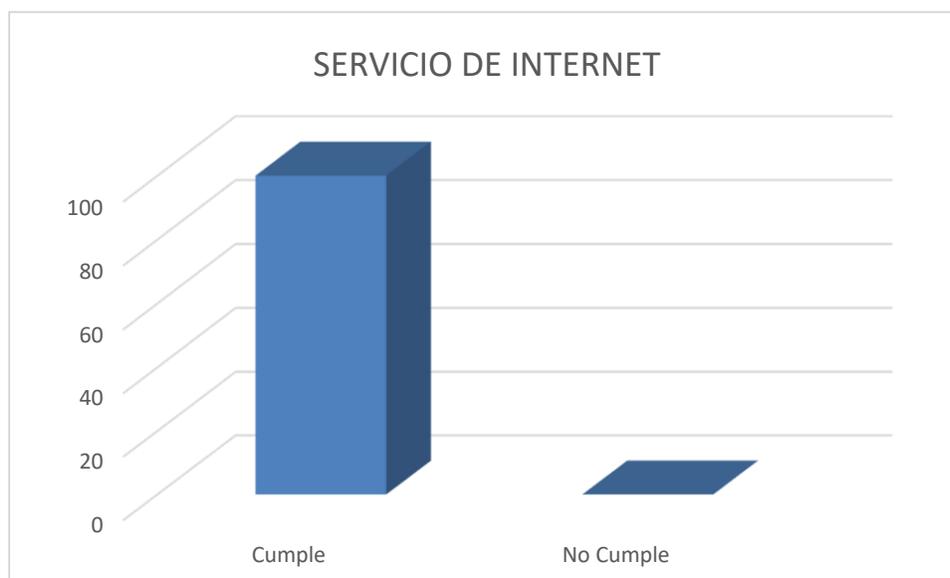
La entidad cuenta con el servicio de energía las 24 horas que le permite desarrollar los proceso y procedimientos interno institucionales y con este prestar un servicio oportuno y humanizado.



Gráfica 13. Generador de energía

Fuente. Lista de chequeo N°1

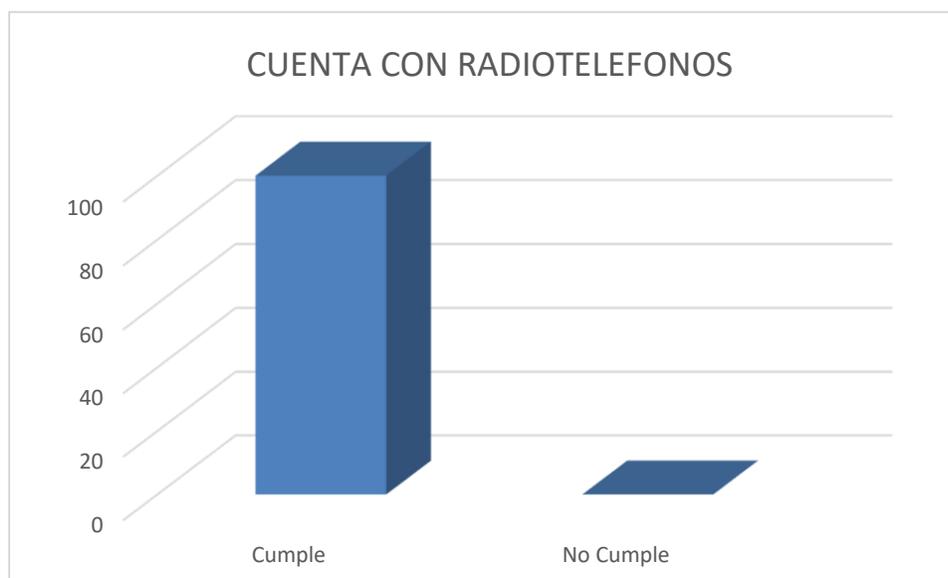
La entidad cuenta con un generador de energía para abastecer a la entidad cuando existan problemas con el fluido eléctrico y de esta manera desarrollar los procesos y procedimientos interno institucionales y con este prestar un servicio oportuno y humanizado.



Gráfica 14. Servicio de Internet

Fuente. Lista de chequeo N°1

La entidad cuenta con el servicio de internet el cual permite desarrollar los procesos y procedimientos interno institucionales y con este prestar un servicio oportuno y humanizado.

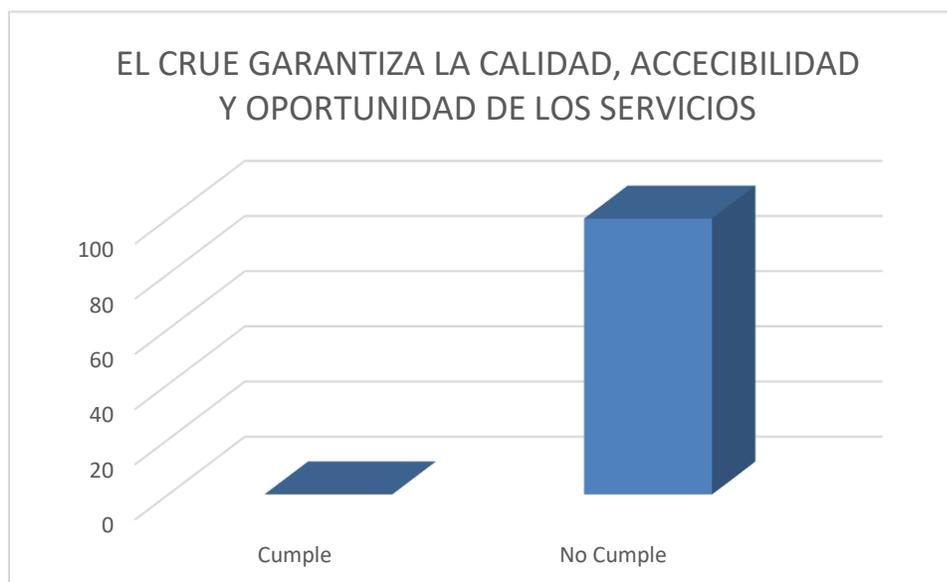


Gráfica 15. Radioteléfonos

Fuente. Lista de chequeo N°1

La entidad cuenta con un radioteléfono, lo cuales son necesarios de esta manera desarrollar los procesos y procedimientos interno institucionales y con este prestar un servicio oportuno y humanizado.

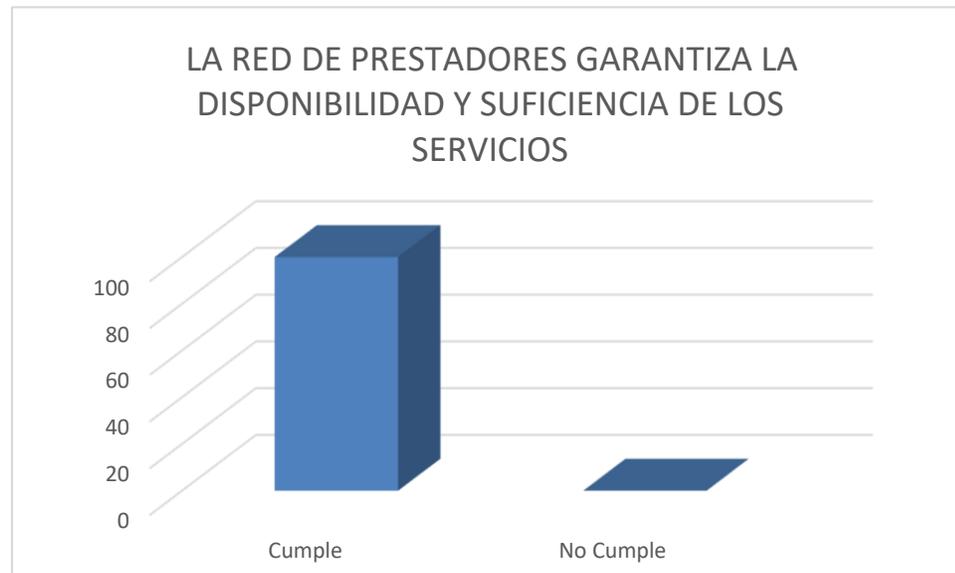
6 Verificar el Cumplimiento Normativo del CRUE



Gráfica 16. Calidad, accesibilidad y oportunidad de los servicios

Fuente. Lista de chequeo N°2

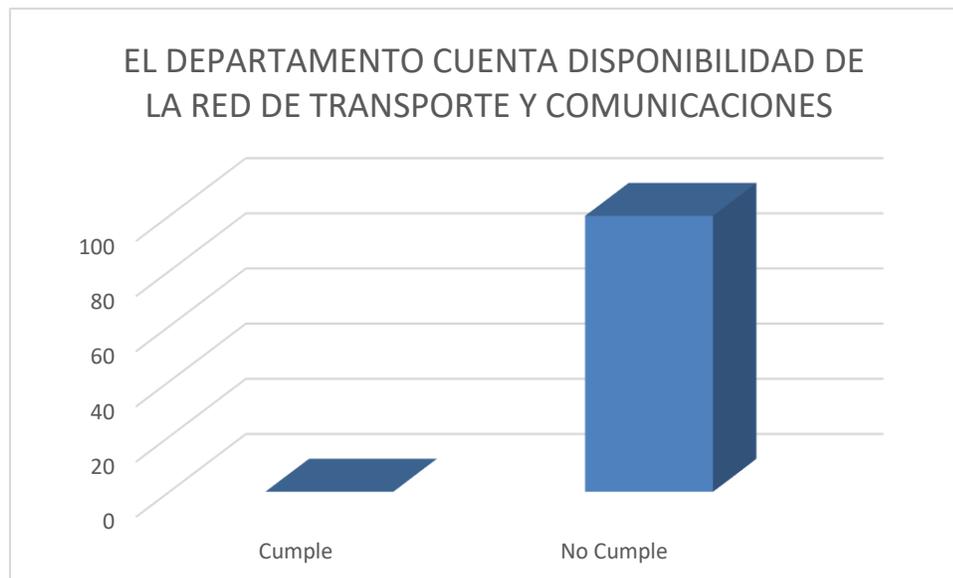
La entidad no está garantizando la calidad, accesibilidad y oportunidad de los servicios, ya que no tiene implementado un sistema de gestión de la calidad, que le permita el desarrollo de los procesos institucionales.



Gráfica 17. Disponibilidad y suficiencia de los servicios

Fuente. Lista de chequeo N°2

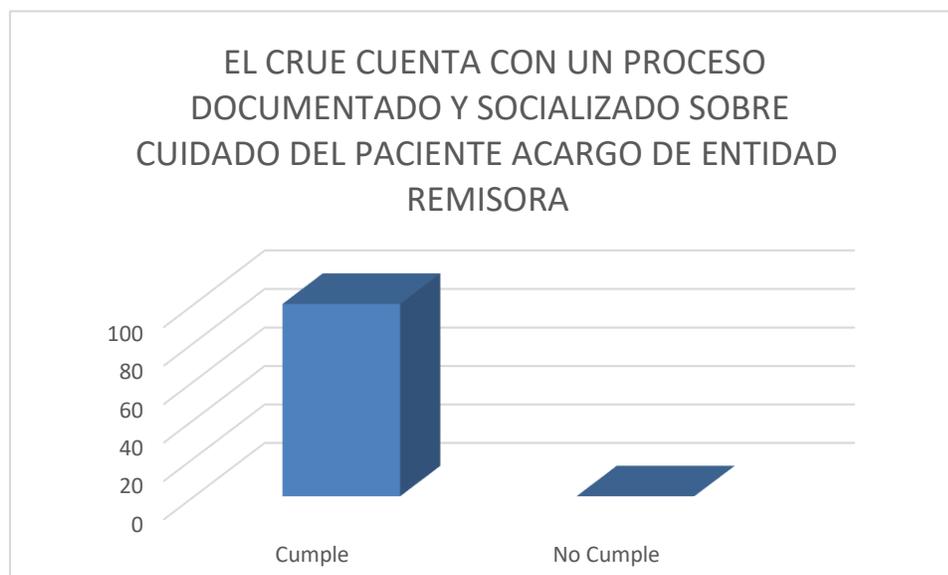
La red de prestadores del departamento está garantizando la disponibilidad y la suficiencia de los servicios de salud.



Gráfica 18. Disponibilidad de la red de transporte y comunicaciones

Fuente. Lista de chequeo N°2

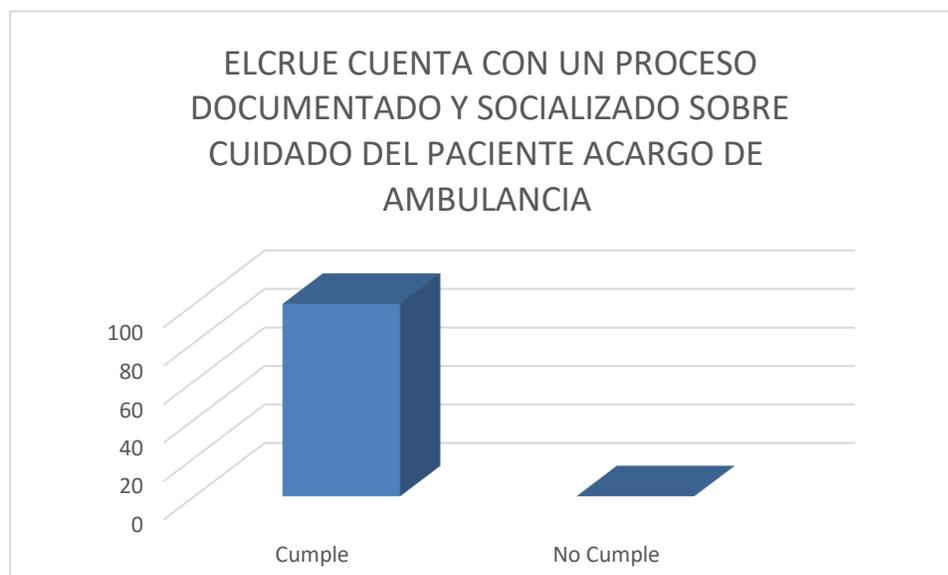
El departamento no cuenta con la disponibilidad para la atención en cuanto a la red de transporte y comunicaciones.



Gráfica 19. Proceso documentado y socializado cuidado del paciente acargo de entidad remitora

Fuente. Lista de chequeo N°2

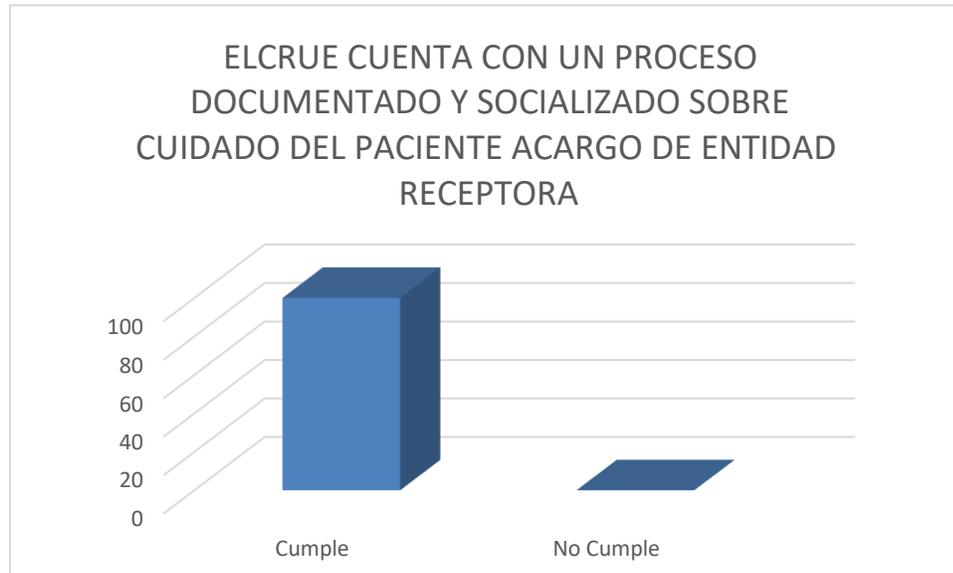
El CRUE cuenta con un proceso documentado y socializado sobre el cuidado del paciente a cargo de la entidad remitora, razón por la cual se está garantizando el desarrollo de este proceso y procedimiento interno necesario para la prestación del servicio con calidad.



Gráfica 20. Proceso documentado y socializado cuidado del paciente en la ambulancia

Fuente. Lista de chequeo N°2

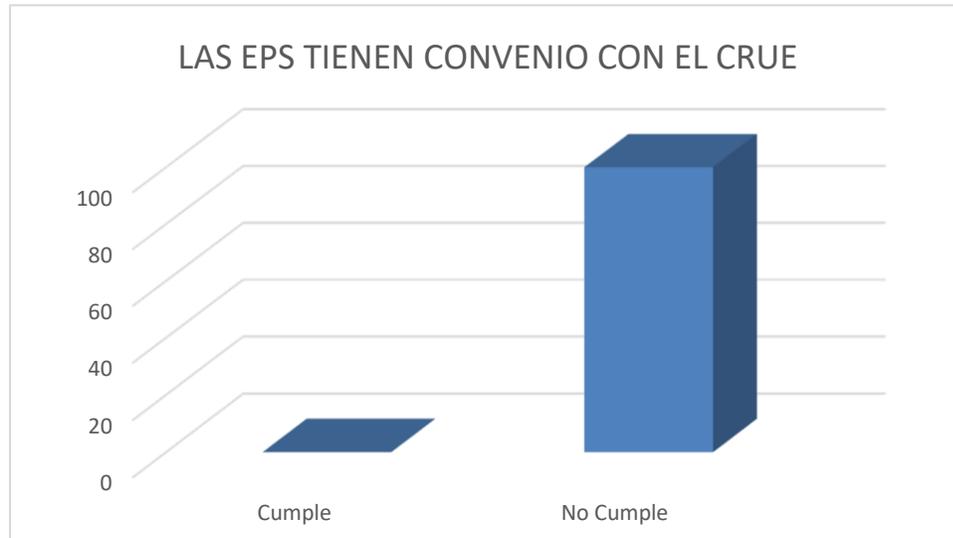
El CRUE cuenta con un proceso documentado y socializado sobre el cuidado del paciente a cargo de la ambulancia, razón por la cual se está garantizando el desarrollo de este proceso y procedimiento interno necesario para la prestación del servicio con calidad.



Gráfica 21. Proceso documentado cuidado del paciente

Fuente. Lista de chequeo N°2

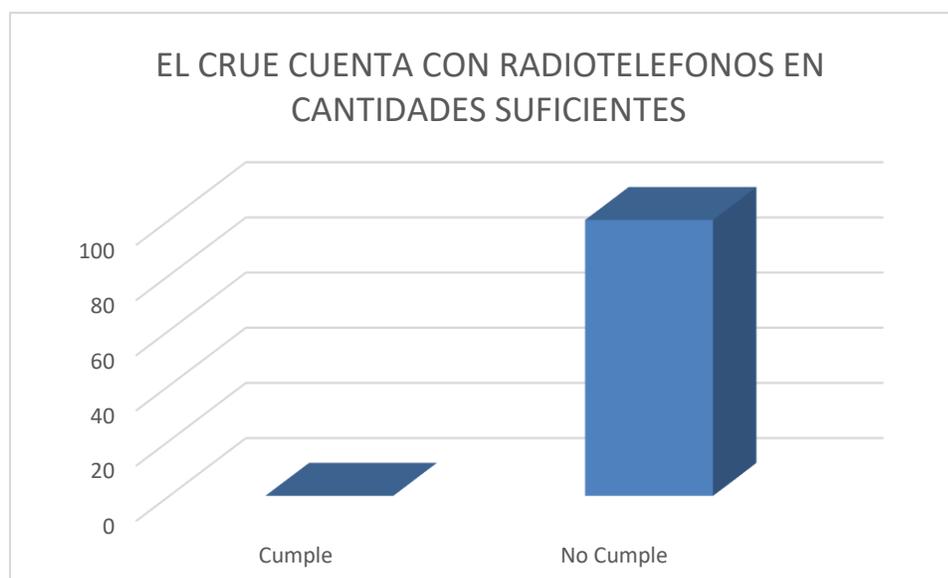
El CRUE cuenta con un proceso documentado y socializado sobre el cuidado del paciente a cargo de la entidad receptora, razón por la cual se está garantizando el desarrollo de este proceso y procedimiento interno necesario para la prestación del servicio con calidad.



Gráfica 22. La EPS tiene convenio con el CRUE

Fuente. Lista de chequeo N°2

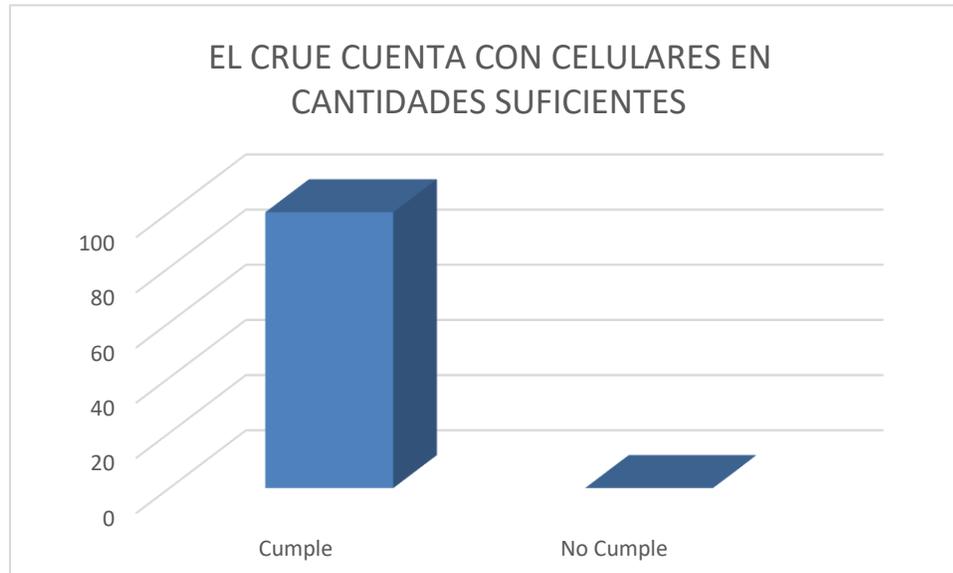
El CRUE no cuenta actualmente con convenios con las diversas EPS, y esto podría afectar la prestación del servicio. Y traer consigo así inconvenientes en el proceso de referencia y contrareferencia.



Gráfica 23. Radioteléfonos en cantidad suficiente

Fuente. Lista de chequeo N°2

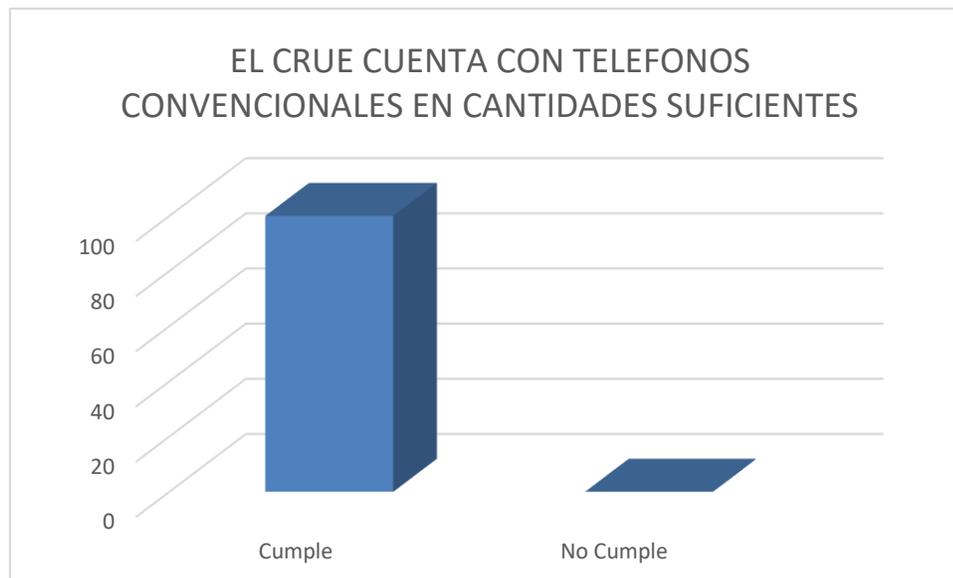
El CRUE no cuenta actualmente con los radioteléfonos necesarios, y esto podría afectar la prestación del servicio. Y traer consigo así inconvenientes en el proceso de referencia y contrareferencia.



Gráfica 24. Celulares en cantidad suficiente

Fuente. Lista de chequeo N°2

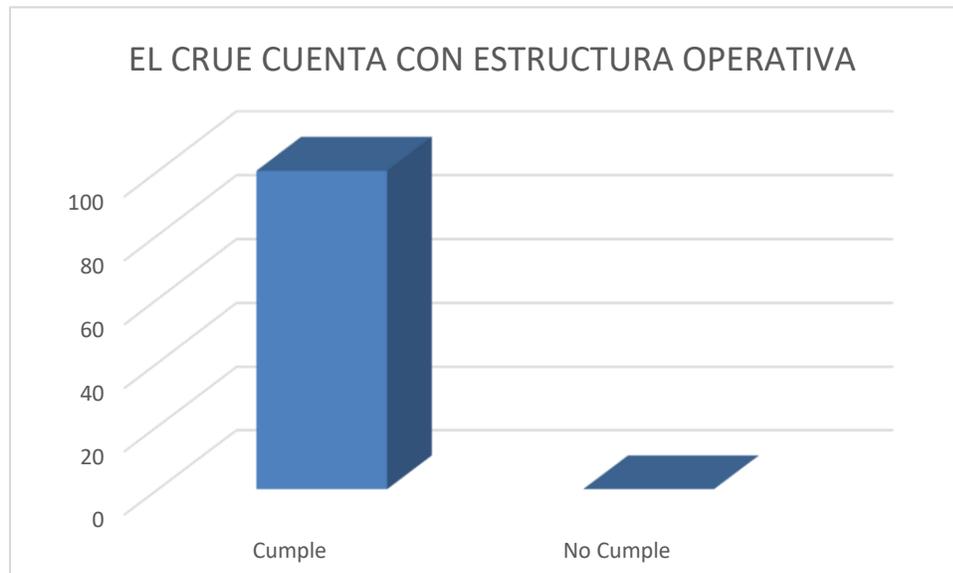
El CRUE cuenta actualmente con los celulares necesarios, para el proceso de referencia y contrareferencia, y con esta ofertar un servicio con calidad.



Gráfica 25. Teléfonos convencionales en cantidad suficiente

Fuente. Lista de chequeo N°2

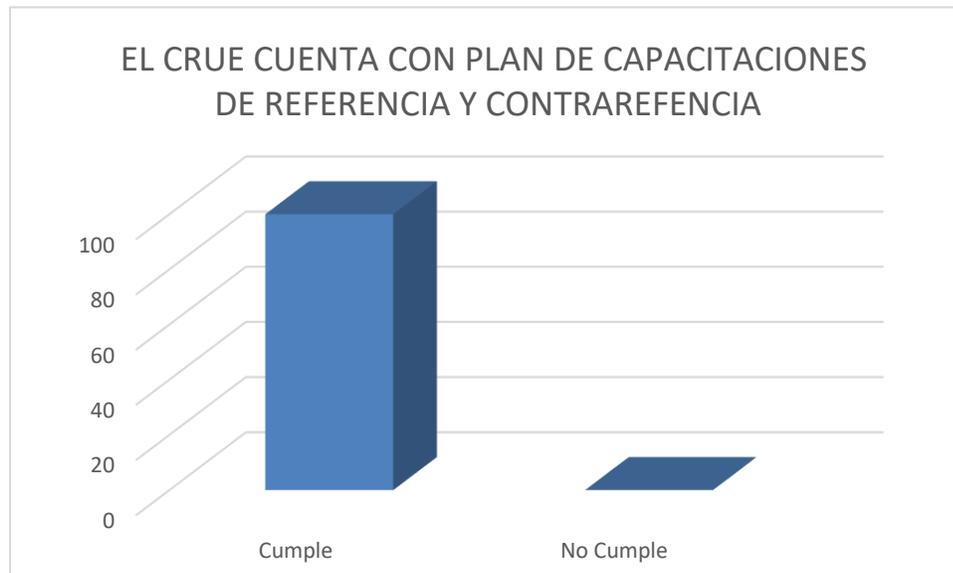
El CRUE cuenta actualmente con los teléfonos convencionales necesarios, para el proceso de referencia y contrareferencia, y con esta ofertar un servicio con calidad.



Gráfica 26. Estructura Operativa

Fuente. Lista de chequeo N°2

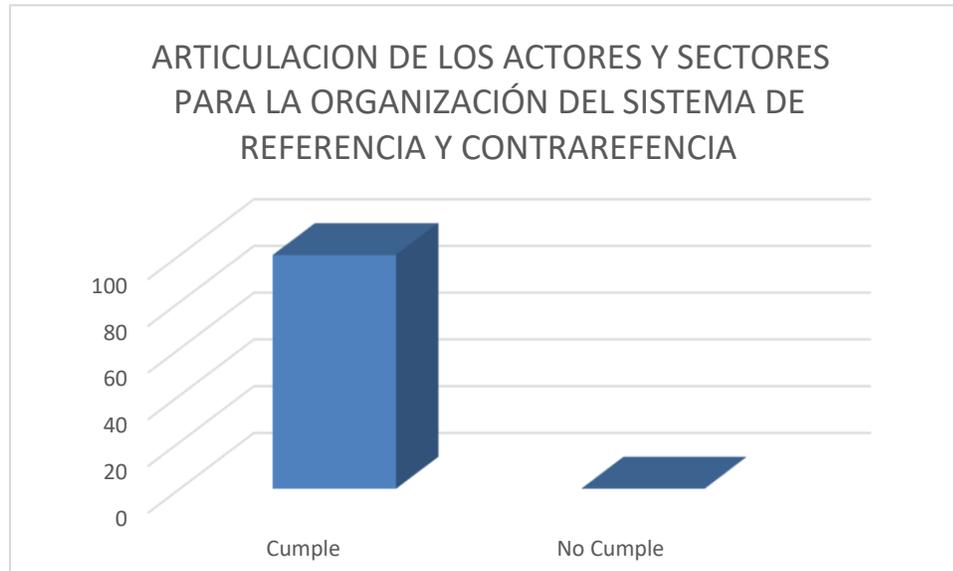
El CRUE cuenta actualmente con una estructura operativa y que cumple con la normatividad específica, para el proceso de referencia y contrareferencia, y con esta ofertar un servicio con calidad.



Gráfica 27. Plan de capacitación de referencia y contrareferencia

Fuente. Lista de chequeo N°2

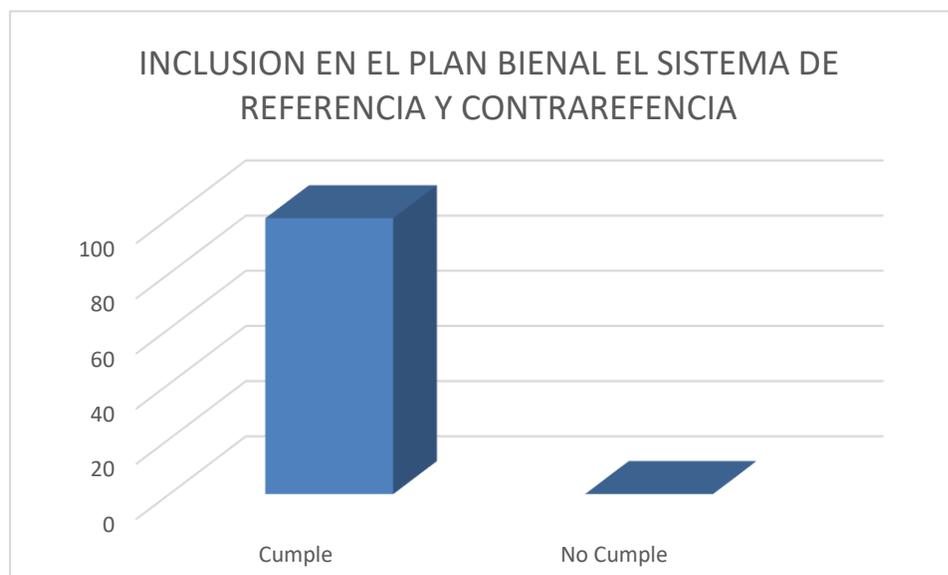
El CRUE cuenta actualmente con un plan de capacitaciones para el personal interno y externo, este plan lo proyecta por vigencia y el cual permite que el proceso de referencia y contrareferencia se desarrolle de una manera correcta, y con esta ofertar un servicio con calidad.



Gráfica 28. Articulación de los actores para la organización del sistema de referencia y contrareferencia

Fuente. Lista de chequeo N°2

El CRUE realiza la articulación de los actores y sectores con el fin de organizar el sistema de referencia y contrareferencia departamental, y con esta ofertar un servicio con calidad.



Gráfica 29. Inclusión en el plan Bienal el sistema de referencia y contrareferencia

Fuente. Lista de chequeo N°2

El CRUE cuenta con proyectos en el plan bienal, es decir en cada vigencia incluyen proyectos que propendan por el mejoramiento continuo del servicio con calidad humanizado.



Gráfica 30. Participación comunitaria en el sistema de referencia y contrareferencia

Fuente. Lista de chequeo N°2

El CRUE no está realizando el proceso de participación comunitaria en el sistema de referencia y contrareferencia, es decir que la comunidad no conoce el proceso interno del sistema de referencia, ni los procesos y procedimientos.

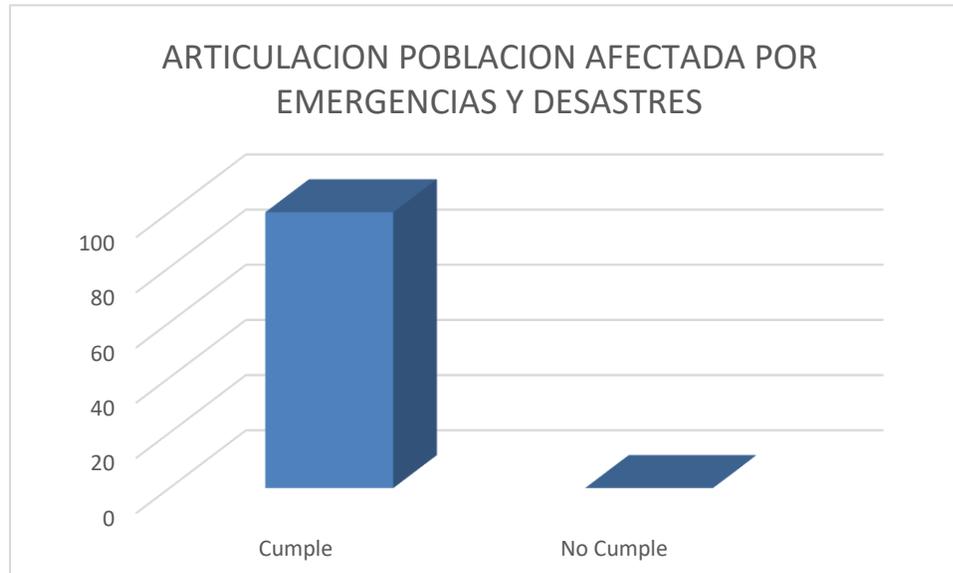


Grafico 31. Articulación población afectada por emergencia y desastres

Fuente. Lista de chequeo N°2

El CRUE realiza la articulación con la población afectada por emergencias y desastres, y con este proceso se propende por el mejoramiento continuo de la calidad.

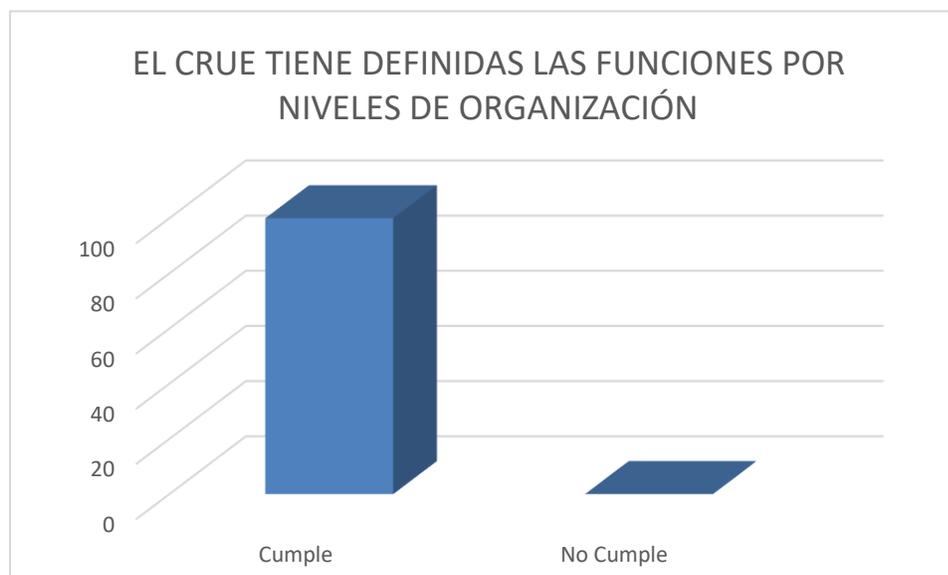


Grafico 32. Funciones por niveles de organización

Fuente. Lista de chequeo N°2

El CRUE posee definidas las funciones por nivel de organización, y con este proceso se propende por el mejoramiento continuo de la calidad.

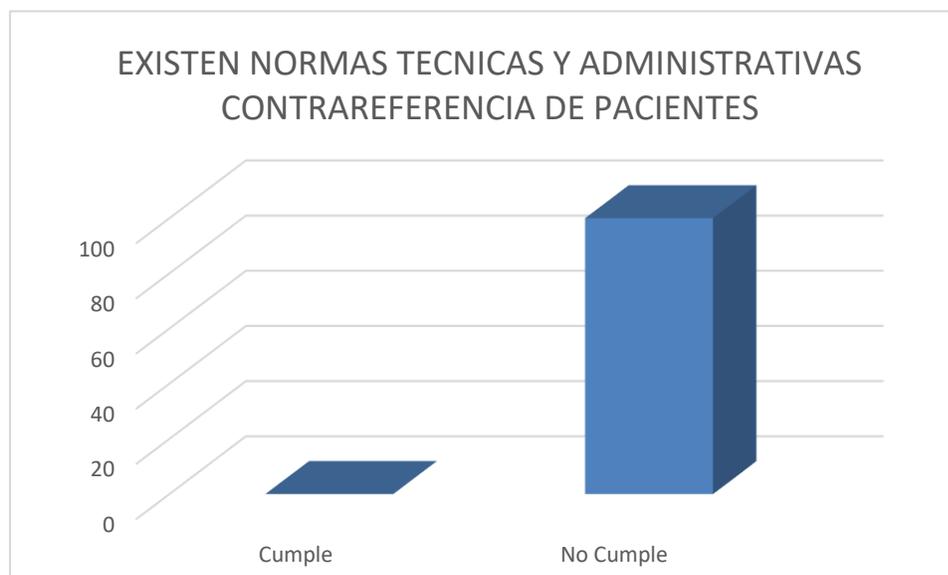


Grafico 33. Normas técnicas y administrativas contrareferencia de pacientes

Fuente. Lista de chequeo N°2

El CRUE no tiene definidas las normas técnicas y administrativas del sistema de referencia, y con la falta de este proceso se puede ver afectada la prestación de servicio.

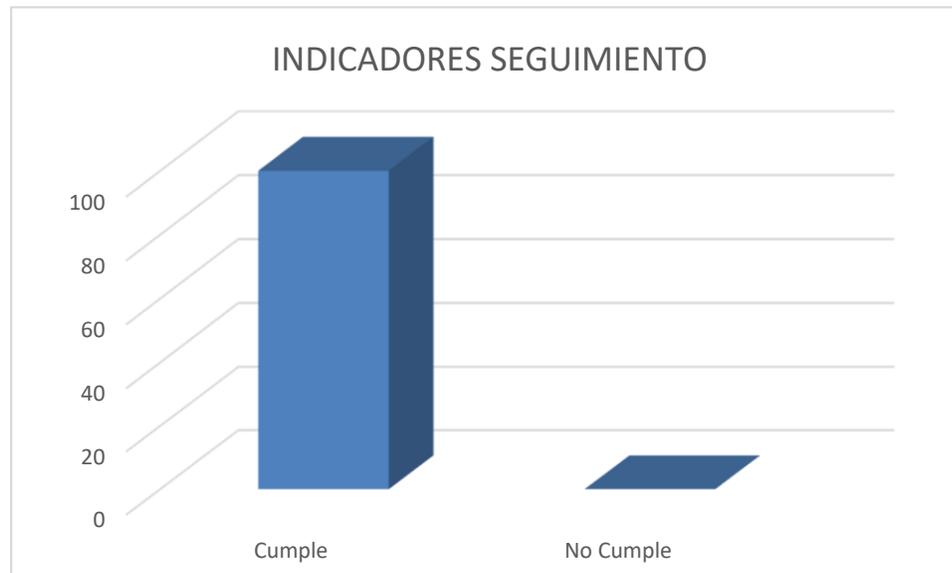


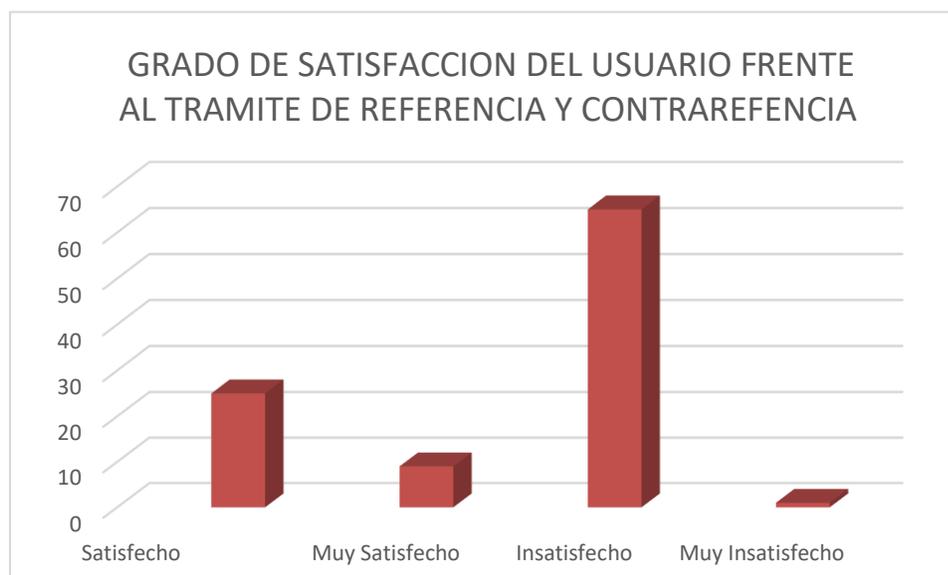
Grafico 34. Indicadores de seguimiento

Fuente. Lista de chequeo N°2

El CRUE está realizando los seguimientos pertinentes al proceso de referencia con el fin de que se cumplan las acciones de mejora y con este propender por el desarrollo de los posesos y procedimientos institucionales.

6.1 Satisfacción

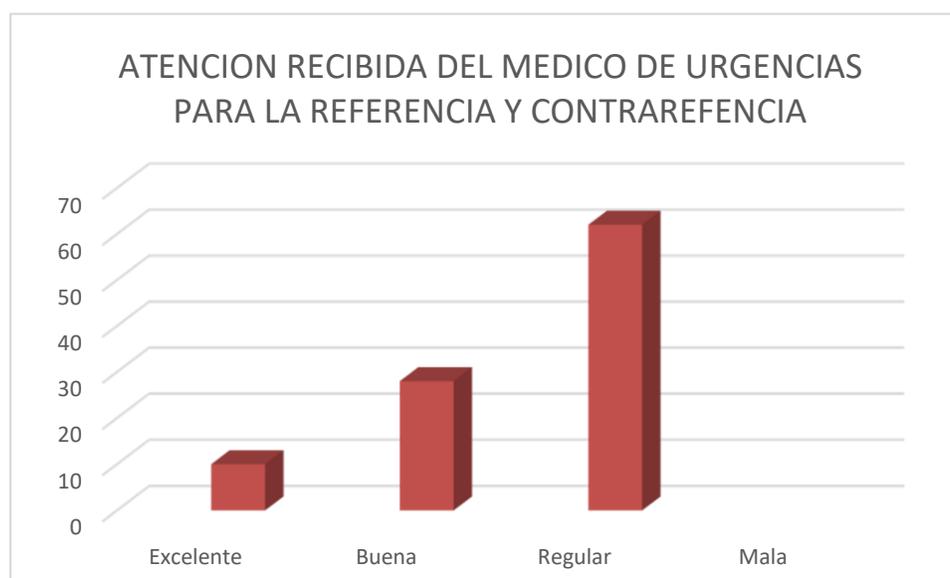
La percepción que los usuarios tienen del servicio fue considerada como la principal fuente de valoración de la calidad de los procesos de referencia y contrarreferencia de pacientes en la institución hospitalaria. Se tuvo en cuenta que la oportunidad de la atención y la resolución efectiva de las necesidades de los pacientes son los principales criterios que atienden los usuarios al momento de calificar positiva o negativamente la calidad del servicio:



Gráfica 35. Satisfacción del usuario frente al trámite de referencia y contrarreferencia
Fuente. Encuesta

Con respecto al trámite de la referencia y la contrarreferencia de pacientes, los usuarios lo calificaron como insatisfecho el 65% de la frecuencia total, haciendo alusión principalmente a factores como la ineficacia de la red de prestadores y la excesiva documentación que se requiere para lograr el traslado oportuno del paciente a otros centros asistenciales según las necesidades presentadas.

Por su parte, sólo el 25% de los encuestados, señaló que el trámite es satisfecho, especialmente referido a la simpleza del trámite y al acceso que se brinda a los servicios referidos en otras instituciones de salud. El 9% restante lo calificó como muy satisfecho, señalando las inconsistencias que se presentan en el trámite de remisión de pacientes y que por lo general se presentan al llegar a la institución destinataria.



Gráfica 36. Atención recibida del médico de urgencias para la referencia y contrareferencia
Fuente. Encuesta

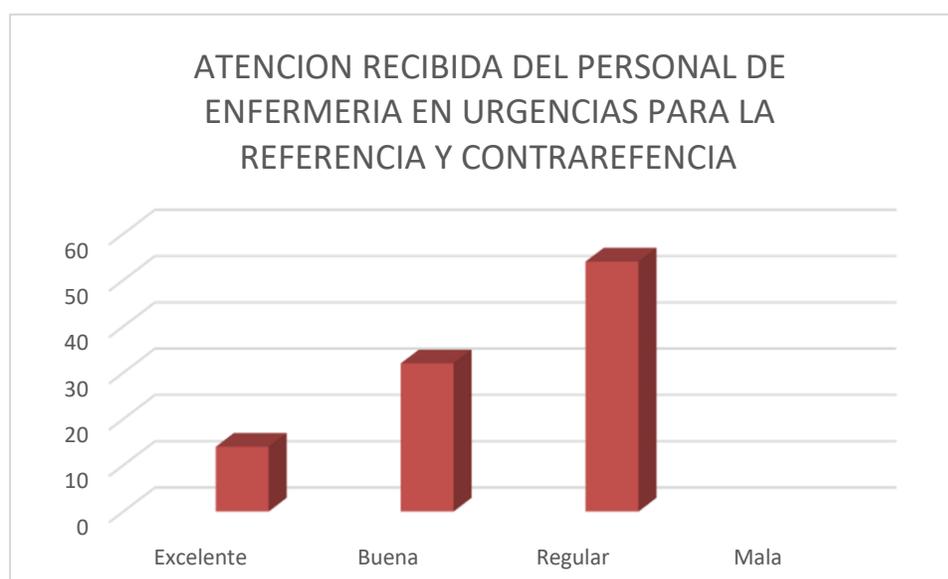
Por otra parte, la atención recibida por parte del médico de urgencias, para la referencia y contrarreferencia fue calificada como regular por el 62% de los encuestados, observándose aquí la percepción de eficiencia como uno de los valores principales que deben estar presentes en los procesos antedichos, pero que en muchas ocasiones no se cumple.

Entre tanto, el 28% de los encuestados señaló la atención médica como buena, considerando que las actuaciones de los profesionales de la salud durante la referencia y

contrarreferencia de los pacientes, se ubicó en términos de eficacia y eficiencia de la atención para el logro de un resultado satisfactorio.

Un 10% de los encuestados calificó la atención facultativa como excelente, destacando la eficiencia al momento de seguir los protocolos para la remisión de los pacientes a niveles superiores de complejidad del SGSSS.

Es preocupante en la medida en que el sistema de Referencia y Contrarreferencia, para ser efectivo, requiere que se dé la máxima eficiencia y eficacia en la labor del personal médico-asistencial, tanto en la valoración del paciente como en la autorización oportuna de la remisión.



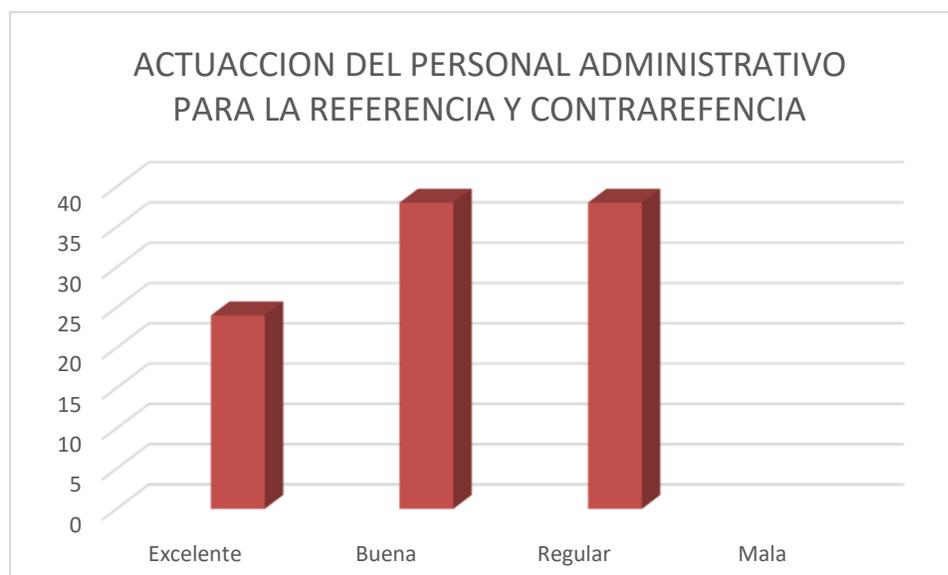
Gráfica 37. Atención recibida por enfermería en urgencias para la referencia y contrarreferencia
Fuente. Encuesta

Con respecto a la atención del personal de enfermería, el 54% de los usuarios encuestados la calificaron como regular, lo que es un indicador negativo y se debe a la percepción que tiene el

usuario de las actuaciones particulares de las enfermeras durante el proceso de referencia y contrarreferencia de pacientes, así como de las experiencias previas de dilación, ineficiencia, baja eficacia y falta de oportunidad en el proceso.

En contraste, el 32% de los encuestados señaló que la atención es buena, al valorar la diligencia y oportunidad de las acciones del personal de enfermería durante el trámite de la referencia.

Además, el 14% de los usuarios respondió que la atención es excelente.



Gráfica 38. Actuación del personal administrativo para la referencia y contrarreferencia
Fuente. Encuesta

En lo que se refiere a la actuación del personal administrativo durante los procesos de referencia y contrarreferencia de los pacientes desde la urgencia, los usuarios señalaron en un 38% la calificación como regular, principalmente debido a los retrasos y errores en el proceso de elaboración y entrega de la documentación correspondiente al proceso. Una parte de los encuestados, que representan el 38% de las respuestas obtenidas, consideraron que la atención

del personal administrativo es buena, pero debe mejorarse en cuanto a eficiencia y calidad de los procedimientos que se deben aplicar para lograr la referencia oportuna de los pacientes a nivel de la red de prestadores. El 24% que calificaron la actuación del personal administrativo como excelente.

Razón por la cual se consideran que se debe mejorar en aspectos puntuales de trámite y documentación de las referencias y contrarreferencias porque se requiere una respuesta más oportuna en casos específicos de acuerdo con el estado de salud del paciente (urgencias). De otro lado, se trató de identificar el grado de satisfacción del usuario frente al proceso de referencia y contrarreferencia, es decir, la correspondencia comparativa final entre la expectativa de atención con que llega el usuario y el resultado final obtenido, lo que equivale al indicador global de eficiencia desde la perspectiva del usuario.



Gráfica 40. Indicador global en la satisfacción en la referencia y contrareferencia
Fuente. Encuesta

Se obtuvo que los usuarios encuestados, correspondientes al 30%, calificaron el proceso como bueno, considerando que hubo suficiente oportunidad, eficacia y eficiencia de la institución al momento de requerirse una referencia o contrarreferencia de pacientes, destacando el hecho de que el hospital cuenta con una red de prestación de servicios adecuada a sus necesidades. El 60% que calificó el proceso como regular, lo hizo especialmente motivado por las demoras y los trámites dispendiosos, pero destacaron aspectos positivos como el interés y la responsabilidad de los funcionarios durante el proceso. Y el 10% calificó el proceso como excelente.

Se identificó que los determinantes que afectan el proceso es el acceso a los servicios de mayor complejidad en otras instituciones, a las demoras en las órdenes de referencia y a la complejidad de los trámites que se deben surtir para la obtención satisfactoria del servicio, constituyendo esto el indicador global de insatisfacción y riesgo que representa el sistema y que

hace indispensable la puesta en marcha de un proceso estratégico de mejoramiento de la calidad en el servicio.

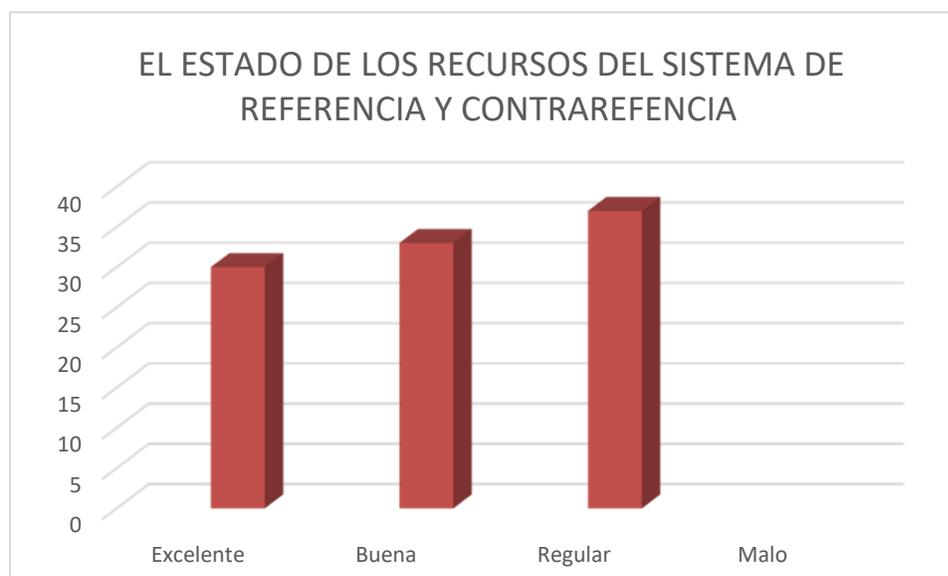


Grafico 41. Estado de los recursos del sistema de referencia y contrareferencia

Fuente. Encuesta

Se le pidió a los encuestados que valoraran la capacidad técnica operativa del sistema de referencia y contrarreferencia del hospital con base en los recursos logísticos, locativos y de comunicaciones que hacen parte de dicho sistema. El 37% de los encuestados dieron una calificación negativa al calificar la dotación, los equipos y los vehículos como en mal estado o inservibles. Este representa el punto de mayor cuestionamiento e impacto negativo sobre la calidad del proceso, sobre todo porque hay carencia de comunicaciones efectivas, no hay ambulancias disponibles las 24 horas (de las tres existentes sólo una puede ser utilizada ocasionalmente) y las instalaciones de urgencias están carentes de dotación y amplitud requerida.

Un 33% dio una calificación como regular al estado de los recursos del sistema por las reiteradas carencias, la falta de apoyo logístico adecuado y las fallas en la coordinación de recursos a través del CRUE; y el 30% restante indicó que los recursos son excelentes, juzgando posiblemente desde la experiencia previa satisfactoria con la referencia de un paciente, pero no desconociendo las limitaciones existentes.



Grafico 42. Sugerencia para mejorar el sistema de referencia y contrareferencia

Fuente. Encuesta

El 25% de los usuarios encuestados considera que se debe ampliar la cobertura de servicios (portafolio), de tal manera que se diversifique aún más y pueda dar respuesta puntual a las crecientes necesidades de servicios en la población atendida por la entidad.

Para el 20% debe mejorarse en materia de atención por parte del personal, aspecto que ha sido señalado reiteradamente en las encuestas de satisfacción; un 40% destacó la necesidad de mejorar en la organización de la red de prestación de servicio, es decir, en las condiciones

materiales y funcionales de la prestación del servicio entre las diferentes instituciones contratadas para lograr una mayor accesibilidad, oportunidad y calidad de atención específica y según las necesidades de los clientes.

Finalmente, el 15% restante señaló que mejorar el proceso requiere la simplificación de los trámites, la documentación y las etapas que deben surtir para obtener una remisión oportuna de los pacientes.

A partir de los resultados obtenidos puede afirmarse que el nivel de satisfacción de los usuarios respecto a los procesos de referencia y contrarreferencia es bastante bajo. Esto se debe principalmente a que la percepción subjetiva que los usuarios tienen de los servicios depende de factores contingentes (altamente variables) y de estructuración del servicio (permanentes) que le proporcionan una experiencia grata o desagradable al momento de requerir los servicios de la institución hospitalaria. En el caso específico de los procesos de referencia y contrarreferencia dentro del hospital, los usuarios conceptúan que algunos aspectos como el trámite documentario, la celeridad de respuesta de la red de prestación de servicios y la oportunidad de la atención deben ser mejorados para que respondan adecuadamente a los criterios de calidad del SGSSS. De acuerdo con los hallazgos, la referencia y contrarreferencia de pacientes en el Hospital debe ser objeto de un proceso de mejoramiento de la calidad, tanto en sus aspectos técnico-operativos como de gestión y articulación con los diferentes niveles de atención, lo que implica necesariamente la evaluación, rediseño operacional y atención debida a las diversas alternativas de satisfacción del usuario de los servicios de salud.

7. Plan Estratégico Operativo del Sistema de Referencia y Contrarreferencia

El plan estratégico-operativo conjuga las directrices dadas por la normatividad vigente respecto a la operación del Sistema de Referencia y Contrarreferencia y las responsabilidades de los entes territoriales en el manejo del sistema:

Todas las instituciones que hacen parte de la Red de Prestadores del Departamento, indiferente el nivel de complejidad, deberán reportar diariamente al CRUE, la disponibilidad de servicios en su institución en razón a camas de hospitalización, especialistas y ayudas diagnósticas. Este reporte deberá hacerse dos (2) veces al día; el primer reporte deberá hacerse hasta las 10:00 a.m. y el segundo reporte hasta las 5:00 p.m.

Los usuarios atendidos por urgencias y cubiertos por el seguro obligatorio de accidentes de tránsito SOAT, que deban referirse y contrarreferirse se acogerán a lo dispuesto en los decretos que organizan y establecen el Régimen y la red de urgencias.

8. Protocolos Técnicos y Administrativos para la Referencia/Remisión de Pacientes

- Todo usuario antes de ser remitido de un organismo de salud, deberá ser previamente valorado clínicamente, con el fin de determinar la pertinencia para de la atención por esa institución.
- La verificación de derechos del usuario ya sea a través de la clasificación socioeconómica por SISBEN y/o la afiliación a la seguridad social, deberá ser clara y hacerse siempre en la institución referente.
- Todo usuario referido y contrareferido deberá ir siempre acompañado de la información necesaria, pertinente y clara que permite a la institución receptora, brindarle una adecuada atención y manejo.
- Para los prestadores que hacen parte de la Red del Departamento del Córdoba se ha definido el **FORMATO UNICO DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA**, como documento soporte para la referencia y Contrareferencia, el cual deberá diligenciarse en su totalidad.
- Todo usuario remitido de urgencias debe ser atendido por la entidad receptora, para ello el CRUE emite un código de regulación con el que se identifica el caso. So pena de las sanciones de ley, la entidad receptora no podrá negarse a recibir un usuario argumentando que no cuenta con código CRUE.
- Todo individuo que llegue a una institución prestadora de servicios de salud con una patología de manejo clínico de urgencias, deberá ser atendido en el servicio de urgencias, aplicándole las medidas necesarias para proteger su vida y mejorar su pronóstico; en seguida se procederá a definir el sitio donde se continuará su atención en forma integral, según las normas vigentes de Referencia y Contrarreferencia. (Decreto 4747 de 2007 expedido por el Ministerio de la Protección Social).
- La institución referente solo deberá comunicar previamente la referencia a la institución a la cual se va a remitir al usuario, únicamente en aquellos casos en los que

se requiera de la disponibilidad de UCI; dada la complejidad de la atención requerida para el usuario.

- Cuando se imposibilite la comunicación previa sobre la referencia, la entidad receptora debe garantizar la atención del usuario de conformidad con la gravedad del caso.
- La responsabilidad del cuidado del usuario, estará siempre en el organismo referente hasta que ingrese a la otra institución. So pena de sanciones la entidad receptora no podrá retardar los procesos de ingreso del usuario argumentando dificultades en proceso administrativos internos.
- En el caso en que la institución receptora no esté en capacidad de recibir un usuario que ha sido direccionado a dicha institución; dado 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 CRUE el código de regulación como una nueva remisión, para que el usuario pueda ser direccionado a otra institución.
- La responsabilidad del manejo y cuidado del paciente es del prestador remitente hasta que se realice efectivamente el ingreso del usuario en la institución receptora. En aquellos casos en que el traslado se realice en una ambulancia habilitada, que no dependa de la IPS remitente, la entidad que tiene habilitado el servicio de transporte será responsable de la atención durante el mismo, hasta la entrega del paciente en la entidad receptora definida por la entidad responsable del pago. (Dec.4747/2007 de MPS).
- Las ambulancias con su tripulación estarán en disposición de esperar en la entidad receptora hasta treinta (30) minutos, mientras dicha entidad define la conducta a seguir con el usuario a su cuidado. So pena de sanciones en ningún caso podrá dejar el paciente sin que se haya cumplido el protocolo de ingreso del usuario a dicha institución.

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

9. Protocolos Técnicos y Administrativos de Contrareferencia/Contrarremisión de Pacientes

En materia de procedimientos administrativos para facilitar el trámite de la contrareferencia/contrarremisión de pacientes se debe:

- Todas las instituciones prestadoras, deberán designar un funcionario asistencial que desarrolle la búsqueda de pacientes para la contrarremisión, quien deberá realizar todos los procedimientos pertinentes para la debida contrarremisión de los usuarios; de forma que pueda darse continuidad al tratamiento en la institución de menor complejidad de su lugar de origen.
- Todas las ambulancias provenientes de instituciones de niveles inferiores que lleguen a las instituciones de nivel superior según la organización de la Red de Prestadores, deberán reportarse a la instancia definida en cada una de ellas, para atender la demanda de traslado asistencial en razón a la contrarremisión de usuarios al lugar de origen.
- Todo usuario remitido de urgencia deberá ir siempre acompañado por un agente de salud y en lo posible por un integrante del núcleo familiar. So pena de sanciones, no será un argumento válido para la negación del ingreso a una entidad receptora, que el paciente no esté acompañado por un familiar.
- Los hospitales garantizarán la provisión y suministro de medicamentos en pacientes contrarremitidos debidamente del nivel superior para continuar manejo hospitalario y ambulatorio; para lo cual se deberán ceñir al proceso de formulación definido conforme al Artículo 16 del decreto 2200 de 2005 emitido por el Ministerio de la Protección Social.
- Toda Contrareferencia deberá hacerse al lugar de origen del usuario con las indicaciones sobre su manejo y se enviarán a la institución de salud más cercana a su sitio de vivienda o trabajo. En todo manejo de usuarios referidos y contrarreferidos, se deberá respetar las pautas culturales y creencias de los diferentes grupos étnicos.

- La remisión y transporte de elementos biológicos y muestras del ambiente para diagnóstico, se hará de conformidad con las normas técnicas específicas para su manejo.
- Los organismos que soliciten apoyo tecnológico a otra institución, se obligan a identificar y justificar la necesidad de transferencia de recursos, cumpliendo con las normas administrativas y fiscales.
- Como parte del Sistema de Información de la Referencia y Contrareferencia, todas las instituciones deberán periódicamente realizar un informe sobre el consolidado del Sistema de Referencia y Contrareferencia con base en las variables definidas en el **FORMATO UNICO DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA**, el cual deberá presentar conforme la guía de Análisis Institucional de Referencia y Contrareferencia, que hace parte integral de este manual.
- Todas las instituciones de la Red de Prestadores deberán realizar periódicamente las Unidades Internas de Análisis de Referencia y Contrareferencia, en las que se deberán discutir, analizar, sugerir e implementar planes de mejora internos para el sistema de Referencia y Contrareferencia.
- Todas las instituciones de la Red de prestadores del Departamento deberán participar sin excepción activamente, de los Comités o Unidades de Análisis de Referencia y Contrareferencia, implementados por Acto Administrativo en cada Subregión, las cuales se programarán una vez al mes.
- Todas las instituciones que hacen parte de la Red de Prestadores, deberán levantar indicadores de oportunidad, accesibilidad, seguridad y satisfacción del usuario en relación con el Sistema de Referencia y Contrareferencia, los cuales serán reportarse al CRUE, como instancia operativa de dicho sistema. Esta información deberá estar contenida en los informes mensuales institucionales de Referencia y Contrareferencia, que cada institución presenta en las Unidades de Análisis de la Subregión.
- Todas las instituciones que hacen parte de la Red de prestadores están obligadas a reportar ante el CRUE aquellas situaciones atípicas que surjan desde y entre las

instituciones y que afecten la pertinencia médica y/o administrativa del Sistema de Referencia y Contrarreferencia, las cuales se deberán diligenciar en el Formato Reporte de Novedades, para ser enviadas a la institución implicada con copia.

10. Conclusiones

La percepción que los usuarios tienen del servicio fue considerada como la principal fuente de valoración de la calidad de los procesos de referencia y contrarreferencia de pacientes en la institución hospitalaria. Se tuvo en cuenta que la oportunidad de la atención y la resolución efectiva de las necesidades de los pacientes son los principales criterios que atienden los usuarios al momento de calificar positiva o negativamente la calidad del servicio.

Con respecto al trámite de la referencia y la contrarreferencia de pacientes, se encontró que la satisfacción entre los usuarios es relativamente bajo, debido principalmente a factores como la ineficacia de la red de prestadores y la excesiva documentación que se requiere para lograr el traslado oportuno del paciente a otros centros asistenciales según las necesidades presentadas; señalando, además, las inconsistencias que se presentan en el trámite de remisión de pacientes y que por lo general se presentan al llegar a la institución destinataria.

En el caso del tiempo de espera para la referencia de pacientes, como uno de los aspectos que pueden incidir sobre la satisfacción del usuario al momento de recibir la atención en el hospital, los resultados muestran que existen demoras atribuibles a la falta de coordinación con el CRUE y a las limitaciones de los recursos tecnológicos.

Uno de los factores críticos dentro de la calidad de la referencia y la contrarreferencia de pacientes lo constituyó la atención recibida por parte del médico de urgencias, observándose aquí la percepción de eficiencia como uno de los valores principales que deben estar presentes en el proceso, y que es observable en la mayoría de los casos, pero en otros no se cumple; considerando que las actuaciones de los profesionales de la medicina durante la referencia y contrarreferencia de los pacientes, en ocasiones no guarda correspondencia con los criterios de eficacia y efectividad de la atención para el logro de un resultado satisfactorio, incidiendo en una valoración restringida de la calidad por parte de los usuarios.

Con respecto a la atención del personal de enfermería, los resultados evidencian un indicador parcialmente positivo y se debe a la percepción que tiene el usuario de las actuaciones particulares de las enfermeras durante el proceso de referencia y contrarreferencia de pacientes, así como de las experiencias previas con demoras en la operación del sistema, al considerar que existen fallas de comunicación, trato humano y celeridad en los procedimientos que son responsabilidad asistencial.

En lo que se refiere a la actuación del personal administrativo durante los procesos de referencia y contrarreferencia de los pacientes, el indicador es negativo, principalmente debido a los retrasos y errores en el proceso de elaboración y entrega de la documentación correspondiente al proceso; lo que implica que debe mejorarse en cuanto a eficiencia y calidad de los procedimientos a aplicar para lograr la referencia oportuna de los pacientes a nivel de la red de prestadores coordinada por el CRUE. Son aspectos puntuales de trámite y documentación de las referencias y contrarreferencias que garantizarían una respuesta más oportuna en casos específicos de acuerdo con el nivel de respuesta del sistema y el estado de salud del paciente.

La satisfacción del usuario frente al proceso de referencia y contrarreferencia, es decir, la correspondencia comparativa final entre la expectativa de atención con que llega el usuario y el resultado final obtenido frente al tipo de servicio solicitado, mostró valores de tendencia negativa (60%), debido especialmente a las dificultades de acceso a los servicios de mayor complejidad en otras instituciones, a las demoras en las órdenes de referencia y a la complejidad de los trámites que se deben surtir para la obtención satisfactoria del servicio, constituyendo esto el indicador global de insatisfacción y riesgo que representa el sistema para el caso de la ESE Hospital Local Arjona y que hace indispensable la puesta en marcha de un proceso estratégico de mejoramiento de la calidad en el servicio, cuyo punto radial sea la ampliación de la cobertura de servicios (portafolio), de tal manera que se diversifique aún más y pueda dar respuesta puntual a las crecientes necesidades de servicios en la población atendida por la entidad.

A partir de los resultados obtenidos puede afirmarse que el nivel de satisfacción de los usuarios respecto a los procesos de referencia y contrarreferencia es medio o regular. Esto se debe principalmente a que la percepción subjetiva que los usuarios tienen de los servicios depende de factores contingentes (altamente variables) y de estructuración del servicio (permanentes) que le proporcionan una experiencia grata o desagradable al momento de requerir los servicios de la institución hospitalaria. En el caso específico de los procesos de referencia y contrarreferencia dentro del hospital, los usuarios conceptúan que algunos aspectos como el trámite documentario, la celeridad de respuesta de la red de prestación de servicios coordinada por el CRUE y la oportunidad de la atención deben ser mejorados para que respondan adecuadamente a los criterios de calidad del SGSSS y a las necesidades de los pacientes.

Tomando en cuenta estos requerimientos sobre la satisfacción al usuario como fundamento de la calidad de los procesos, se puede plantear que la referencia y contrarreferencia de pacientes en el Hospital Local de Arjona amerita una acción de mejoramiento continuo en los aspectos humanos, técnicos, tecnológicos y de logística del servicio, en los términos de un modelo sistemático de la atención intrahospitalaria.

De acuerdo con los hallazgos, la referencia y contrarreferencia de pacientes en el Hospital debe ser objeto de un proceso de mejoramiento de la calidad, tanto en sus aspectos técnico-operativos como de gestión y articulación con los diferentes niveles de atención, lo que implica necesariamente la evaluación, rediseño operacional y atención debida a las diversas alternativas de satisfacción del usuario de los servicios de salud.

11. Recomendaciones

Como recomendaciones derivadas de la investigación se establecen los siguientes puntos básicos:

- Garantizar a los usuarios de servicios de salud a través de sus Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud contratadas, el acceso oportuno a la prestación de los servicios de salud en cada uno de los niveles de atención y de intervención, según los requerimientos individuales de cada paciente.
- Verificar dentro de la Red de Prestadores de Servicios de Salud de cada región geográfica, la existencia del recurso humano, físico y tecnológico que garantice la atención en todos los niveles de complejidad.
- Verificar la existencia de Sistema de Referencia y Contrarreferencia en cada una de las IPS o ESE.
- Verificar el conocimiento y aplicación de los procesos del Sistema de Referencia y Contrarreferencia por parte de las personas directamente involucradas en la atención de los usuarios en cada uno de los puntos de atención.
- Verificar la integración existente entre las IPS que conforman la red de servicios y el nivel de respuesta de cada una de ellas según su nivel de complejidad.
- Verificar la disponibilidad de medios de transporte oportuno y adecuado cuando se requieran.
- Asegurar la atención inicial de urgencias de los usuarios.

- Verificar que se realicen las Contrarreferencia al primer nivel de atención y asegurar que se hagan los controles y seguimientos respectivos.
- Los servicios de salud integrales deben ser suministrados en equidad y con suficiencia técnica a través de la Red de Servicios, constituida por instituciones y personas acreditadas conforme a la normatividad vigente, para desempeñarse como prestadores de servicios de salud en el territorio nacional.
- Para garantizar la disponibilidad de los recursos, el Hospital debe definir los requerimientos mínimos en recursos físicos, humanos y tecnológicos para cada servicio según el nivel de atención y realizará verificación permanente de la red ofertada en la entidad territorial.
- De igual manera, para facilitar el acceso de los usuarios a los servicios de salud, el Hospital deberá velar por la obligatoriedad de contratar los recursos físicos, humanos y tecnológicos existentes en la localidad adicionales a los establecidos en el nivel de atención e incluirlos en su red de servicios, con lo cual se garantiza que el usuario recibe todos los servicios existentes en su área geográfica a través del CRUE, sin requerir traslados excesivos.

Referencias Bibliográficas

- Canabal-Gazman, J. D. (2015). *Metodología de la Investigación*. Montería: Colciencias.
- Canabal, G. J. (2015). *Guía metodológica para la elaboración y presentación de trabajos de grado*. (1ª. ed.). Montería: Publicaciones Unisinú.
- Correa, J. E. (2013). *Manual de referencia y contrareferencia de la secretaria de departamental salud del departamento del Huila*. Huila.
- De la Garza-Villaseñor, L. (1999). De los templos y santuarios a los hospitales: 6,000 años. *Revista de Investigación Clínica* 52.
- García-Serven, J. R. (2007). *Sistema de referencia-contrareferencia de pacientes*. Venezuela.
- Martínez, Robayo, Valencia, F. (2002). Desarrollo del principio de universalidad en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. *Scielo*.
- Ministerio de Salud. (2013). Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud Sistema del General de Seguridad Social en Salud de Colombia. *Scielo*.
- Min Salud. (2017). *anual operativo del sistema de referencia y contrarreferencia*. M Obtenido de file:///C:/Users/HP/Downloads/Manual%20Operativo%20del%20Sistema%20de%20Referencia%20y%20Contrareferencia%202017.pdf
- Molina, J. L. (2016). *Los procesos en la salud pública*. Cali.

OMS. (2005). *Qué es un sistema de salud*. Bogotá.

OMS. (2014). *Definición de emergencias de grado 3 y 2 de la OMS*. Bogotá.

Otálvaro, C, G. J. (2012). *la atención primaria en salud: implicaciones para la salud bucal en el sistema de salud en Colombia*. Medellín: ONSB.

Pajarito-Sánchez, j. L. (2013). *manual de referencia y contrareferencia de la secretaria de salud departamental del departamento del Huila*. Obtenido de
[file:///C:/Users/HP/Downloads/Manual%20Operativo%20del%20Sistema%20de%20Referencia%20y%20Contrareferencia%202017%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/HP/Downloads/Manual%20Operativo%20del%20Sistema%20de%20Referencia%20y%20Contrareferencia%202017%20(2).pdf)

Pedraza-Calvo, R. (1984). *Historia de la salud. Madrid p. 79*. Obtenido de
<http://repositorio.unicartagena.edu.co:8080/jspui/bitstream/11227/401/1/Evaluacion%20sistema%20referencia%20y%20contrareferencia%20ERIKA%20Y%20NIRLIS.pdf>

Sandín-Vázquez, M. (2008). *Evaluación de impacto en salud: valorando la efectividad de las políticas en la salud de las poblaciones*.

Talaigua-Arrieta, M. E. (2013). *Evaluación del sistema de referencia y contrareferencia (Municipio de Montería, Colombia)*. Obtenido de
<https://www.monografias.com/trabajos109/evaluaciondel-sistema-referencia-y-contrareferencia/evaluacion-del-sistema-referencia-contrareferencia.shtml>

Vallejos-Ragas, R. (2013). *Modelos de atención de salud en el Perú. Contextos e influencias. Estomatológica Herediana*.

Anexos

Anexo A.

Encuesta

INFORMACIÓN GENERAL:

Sexo: _____ Edad: _____

Motivo de Consulta a la urgencia de la ESE: _____

1. Grado de satisfacción del usuario frente al trámite de referencia y contrarreferencia.

SATISFECHO

MUY SATISFECHO

INSATISFECHO

MUY INSATISFECHO

2. Atención recibida del médico de urgencias para la referencia y contrarreferencia.

EXCELENTE

BUENA

REGULAR

MALA

3. Atención recibida del personal de enfermería en urgencias para la referencia y contrarreferencia

EXCELENTE

BUENA

REGULAR

MALA

4. Actuación del personal administrativo para la referencia y contrarreferencia

EXCELENTE

BUENA

REGULAR

MALA

5. Indicador global de satisfacción en la referencia y contrarreferencia

EXCELENTE

BUENA

REGULAR

MALA

6. Estado de los recursos del sistema de referencia y contrarreferencia

EXCELENTE

BUENA

REGULAR

MALA

7. Sugerencias para mejorar el sistema de referencia y contrarreferencia

TIEMPO

TRANSPORTE

ATENCION DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD ATENCION

DEL PERSONAL ADMINISTRATIVO

Anexo B.**RESULTADOS DE LA ENCUESTA APLICADA A LOS USUARIOS DEL
SERVICIO****DE URGENCI EN CUANTO AL SISTEMA DE REFERENCIA Y
CONTRAREFERENCIA**

1. Grado de satisfacción del usuario frente al trámite de referencia y contrarreferencia		
OPCIONES DE RESPUESTA	FRECUENCIA	%
SATISFECHO		
MUY SATISFECHO		
INSATISFECHO		
MUY INSATISFECHO		
		100%

2. Atención recibida del médico de urgencias para la referencia y contrarreferencia.		
OPCIONES DE RESPUESTA	FRECUENCIA	%
EXCELENTE		
BUENA		
REGULAR		
MALA		

3. Atención recibida del personal de enfermería en urgencias para la referencia y contrarreferencia		
OPCIONES DE RESPUESTA	FRECUENCIA	%
EXCELENTE		
BUENA		
REGULAR		
MALA		

4. Actuación del personal administrativo para la referencia y contrarreferencia		
OPCIONES DE RESPUESTA	FRECUENCIA	%
EXCELENTE		
BUENA		
REGULAR		
MALA		

5. Indicador global de satisfacción en la referencia y contrarreferencia		
OPCIONES DE RESPUESTA	FRECUENCIA	%
EXCELENTE		
BUENA		
REGULAR		
MALA		

6. Estado de los recursos del sistema de referencia y contrarreferencia		
OPCIONES DE RESPUESTA	FRECUENCIA	%
EXCELENTE		
BUENA		
REGULAR		
MALA		

7. Sugerencias para mejorar el sistema de referencia y contrarreferencia		
OPCIONES DE RESPUESTA	FRECUENCIA	%
TIEMPO		
TRANSPORTE		
ATENCION DE LOS PROFESIONALES EN SALUD		
ATENCION DEL PERSONAL ADMINISTRATIVO		

Anexo D.**Consentimiento informado según resolución 008430 de 1993 del Ministerio de Salud****Título de la investigación:**

Análisis del sistema de referencia y contrareferencia del servicio de urgencias de la E.S.E Hospital San Jerónimo de Montería

Objetivo:

Analizar sistema de referencia y contra referencia en el servicio de urgencias de la E.S.E. Hospital San Jerónimo de Montería, 2018.

Información sobre la participación:

Usted está invitado(a) a participar del presente estudio, su participación es voluntaria.

Procedimiento a seguir:

Una vez usted decida participar del estudio y firme el consentimiento, se procederá a aplicarle una encuesta que contiene preguntas de acuerdo con los objetivos del mismo.

Usted podrá hacer las preguntas necesarias que le permitan entender la naturaleza del estudio.

Acepto participar en el estudio.

Firma del participante: _____ Firma del investigador principal: _____

- 1. MANUAL OPERATIVO DEL SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRA REFERENCIA DE URGENCIAS DEL DEPARTAMENTO DE CORDOBA**
- 2. NORMAS TECNICAS Y ADMINISTRATIVAS DEL SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRA REFERENCIA**
- 3. REGISTROS DEL SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRA REFERENCIA**
- 4. NUMERO DE USUARIOS DE URGENCIA EN EL TRIMESTRE JUNIO, JULIO Y AGOSTO DE 2017**
- 5. NUMERO DE USUARIOS DEL SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA EN EL TRIMESTRE JUNIO, JULIO Y AGOSTO DE 2017**
- 6. NUMERO DE USUARIOS DE URGENCIA EN EL TRIMESTRE MARZO, ABRIL Y MAYO DE 2018**
- 7. NUMERO DE USUARIOS DEL SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA EN EL TRIMESTRE MARZO, ABRIL Y MAYO DE 2018**
- 8. AUTOEVALUACIONES REALIZADAS AL SISTEMA**
- 9. AUDITORIAS REALIZADAS AL SISTEMA**
- 10. RED DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE LA ESE SAN JERONIMO**