

**ESTANDARIZACIÓN DEL SISTEMA DE REFERENCIA Y
CONTRARREFERENCIA DE LA PATOLOGÍA DE INSUFICIENCIA RENAL
EN LA EMPRESA SOLSALUD EPS.**

NATALIA ARCINIEGAS ENRÍQUEZ

**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER
FACULTAD DE SALUD, ESCUELA DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE SALUD PÚBLICA
ESPECIALIZACIÓN EN ADMINISTRACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
BUCARAMANGA
2010**

**ESTANDARIZACIÓN DEL SISTEMA DE REFERENCIA Y
CONTRARREFERENCIA DE LA PATOLOGÍA DE INSUFICIENCIA RENAL
EN LA EMPRESA SOLSALUD EPS.**

NATALIA ARCINIEGAS ENRÍQUEZ
Trabajo de Grado para optar al título de
Especialista En Administración De Servicios De Salud

Director de Proyecto
JORGE ELIÉCER FIGUEROA VARGAS
Ingeniero Industrial
Especialista en Evaluación y Gerencia de Proyectos
Especialista en Gerencia Estratégica de Marketing

UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER
FACULTAD DE SALUD, ESCUELA DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE SALUD PÚBLICA
ESPECIALIZACIÓN EN ADMINISTRACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
2010

CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	16
1. GENERALIDADES DEL PROYECTO	17
1.1 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	17
1.2 JUSTIFICACIÓN PARA SOLUCIONAR EL PROBLEMA	17
1.3 OBJETIVOS DEL TRABAJO	18
1.3.1 Objetivo General	18
1.3.2 Objetivos Específicos	18
1.4 JUSTIFICACIÓN DE LA SOLUCIÓN	19
2. MARCO TEÓRICO	20
2.1 SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA	20
2.1.1 Modalidad de Solicitud de Servicios	20
2.2 SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	21
2.2.1 Razones para Implementar un Sistema de Gestión de la Calidad	23
2.2.2 Enfoque Basado en Procesos	24
2.2.3 Agentes de un Proceso	25
2.2.4 Representación Gráfica de los Procesos	26
3. LA ORGANIZACIÓN	29
3.1 DESCRIPCIÓN DE LA EMPRESA SOLSALUD EPS	29
3.1.1 Visión	29
3.1.2 Misión	29
3.2 EL PROCESO ADMINISTRATIVO: PLANEACIÓN, ORGANIZACIÓN, DIRECCIÓN Y CONTROL	29
3.3 DESCRIPCIÓN DEL SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA EN SOLSALUD EPS	32
3.4 COMPARACIÓN DE PATOLOGÍA DE ALTO COSTO	37
3.4.1 Régimen Contributivo	37
3.4.2 Régimen Subsidiado	38
4. METODOLOGÍA	39
4.1 TIPO DE ESTUDIO	39
4.2 POBLACIÓN OBJETO DE ESTUDIO	39

	Pág.
4.3	METODOLOGÍA DEL TRABAJO 39
5.	DESARROLLO 40
5.1	Diagnóstico del sistema de Referencia y Contrarreferencia de la Patología Insuficiencia Renal de la Empresa SOLSALUD EPS. 40
5.2	Caracterización y Flujograma del proceso de Referencia y Contrarreferencia de la patología de Insuficiencia Renal de la Empresa SOLSALUD EPS 41
5.2.1	Caracterización del proceso de Referencia y Contrarreferencia de la patología de Insuficiencia Renal de la Empresa SOLSALUD EPS. 42
5.2.2	Flujograma de la Referencia y Contrarreferencia de la patología de Insuficiencia Renal de la Empresa SOLSALUD EPS 45
5.3	Indicadores para el seguimiento del proceso de referencia y contrarreferencia de la patología de la Insuficiencia Renal de la Empresa SOLSALUD EPS. 46
5.4	Formatos propuestos para el desarrollo adecuado del procedimiento del Sistema de Referencia y Contrarreferencia para SOLSALUD EPS 49
6.	CONCLUSIONES 52
7.	RECOMENDACIONES 54
8.	BIBLIOGRAFIA 55
	ANEXOS

LISTA DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1. Los sistemas de gestión de una organización	22
Figura 2. Modelo de un sistema de gestión de calidad basado en procesos	24
Figura 3. Símbolos ANSI para elaborar diagramas de procesos	28
Figura 4. Organigrama de SOLSALUD EPS	31
Figura 5. Flujograma Remisión y Contrarreferencia de la Patología de Insuficiencia Renal de la Institución SOLSALUD EPS	45

LISTA DE CUADROS

Cuadro 1. Indicadores de Calidad.

47

LISTA DE ANEXOS

Pág.

- ANEXO A. MANUAL OPERATIVO SOBRE EL RÉGIMEN DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA
- ANEXO B. LEGISLACIÓN SOBRE RED DE SERVICIOS DE SALUD

GLOSARIO

Atención en salud: Conjunto de servicios que se prestan al usuario en el marco de los procesos propios de aseguramiento, así como de las actividades, procedimientos e intervenciones asistenciales.

Auditoria. Proceso sistemático, independiente y documentado para obtener evidencias y evaluarlas de manera objetiva con el fin de determinar el cumplimiento de las políticas, procedimientos o requisitos de referencia.

ARS: Asegurado de Régimen Subsidiado

Calidad: Grado en que un conjunto de características inherentes cumplen con los requisitos.

Cliente: Organización o persona que recibe un producto

Conformidad: Cumplimiento de un requisito.

Contrarreferencia: La contrarreferencia es la respuesta que el prestador de servicios de salud receptor de la referencia, da al prestador que remitió

CRU: Centro Regulador de Urgencias.

Documento: Información y medio de soporte (Registro, procedimiento, dibujo, informe, norma. Documento).

Entidades Promotoras de Salud EPS: Institución encargada de administrar los servicios de salud y los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, delegados por el FOSYGA. Se encarga de afiliar, inscribir y

carnetizar a la población beneficiaria, ya sea del régimen contributivo o del régimen subsidiado.

EPICRISIS: Documento en el cual se registra el resumen de la historia clínica de ingreso, tratamiento aplicado, evolución y condición del paciente a la salida del servicio.

ESE: Empresa Social del Estado.

Gestión de calidad: Actividades coordinadas para dirigir y controlar una organización en lo referente a la calidad.

Glosa: Son las observaciones administrativas y técnicas, realizadas a las cuentas de salud, mediante la cual se objetan determinados valores cobrados.

Instituciones Prestadoras de Salud IPS: Instituciones creadas para prestar los servicios de salud a los afiliados y beneficiarios en el nivel de atención correspondiente. Tiene autonomía técnica, financiera y administrativa.

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

ISO: Organización Internacional de Normalización

Mejora continua: Actividad constante para aumentar la capacidad para cumplir los requisitos.

Organización: Conjunto de personas e instalaciones con una disposición de autoridad y responsabilidad.

Prestadores de Servicios de Salud: Se consideran a las instituciones prestadoras de salud, profesionales independientes de salud y los servicios de transportes especiales para los pacientes.

POS (Plan Obligatorio de Salud): Conjunto de servicios de salud que todas las entidades promotoras de salud EPS y EPSS deben prestarle a sus afiliados. Algunos de estos servicios son:

- Atención de urgencia de cualquier orden de todo el país
- Consulta médica general y especializada
- Hospitalización y cirugía en todo caso que se requiera

Procedimiento: Forma específica para llevar a cabo una actividad o un proceso. Pueden estar documentados o no.

Proceso: Conjunto de actividades mutuamente relacionadas que interactúan las cuales transforman los elementos de entradas en salidas.

Proveedor: Organización que persona que proporciona un producto.

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, de respuesta a las necesidades de salud.

Registro: Documento que suministra evidencia objetiva de las actividades realizadas o de los resultados alcanzados.

RIPS (Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud): Conjunto de datos mínimos y básicos que el Sistema General de Seguridad Social en Salud, requiere para los procesos de dirección, regulación y control, y como soporte de la venta de servicios.

Requisito: Necesidad o expectativa establecida, genialmente implícita u obligatoria.

Satisfacción al cliente: percepción del cliente sobre el grado en que se han cumplido sus beneficios.

SGC: Sistema de Gestión de Calidad.

Sistema: Conjunto de elementos relacionados entre si o que interactúan.

SGSSS: Sistema General de Seguridad Social en Salud.

TRIAGE: Clasificación del grado de urgencias del usuario.

Verificación: Confirmación mediante la evidencia objetiva de que se han cumplido los requisitos especificados.

Validación: Confirmación mediante el suministro de evidencia objetiva de que se han cumplido los requisitos para una utilización o aplicación especifica prevista.

RESUMEN

TITULO: ESTANDARIZACIÓN DEL SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA DE LA PATOLOGÍA DE INSUFICIENCIA RENAL EN LA EMPRESA SOLSALUD EPS*

AUTOR: NATALIA ARCINIEGAS ENRÍQUEZ**

PALABRAS CLAVES: Estandarización, Referencia, Contrarreferencia, Patología, Insuficiencia Renal.

La alta exigencia científica y administrativa que requieren las instituciones del sector salud, debe acompañarse de políticas de Gestión de Calidad que les permita competir con seguridad a nivel nacional en cada uno de los servicios que presta; convirtiendo la búsqueda de la calidad en una obligación permanente que no se puede evitar, debido al alto grado de importancia y compromiso que tienen las actividades en este sector, el cual tiene a su cargo el cuidado y la preservación de la vida humana.

El manejo actual que se da en las Instituciones prestadoras de servicios del sector salud, esta indicado por leyes que se encargan de dar orden al conjunto de actividades necesarias para desarrollar los procedimientos adecuados en el seguimiento científico y administrativo que se debe realizar a un paciente ante cualquier patología.

El desarrollo actual de los diferentes sectores empresariales permite observar la constante competencia que existe entre las diferentes empresas pertenecientes a cualquier sector. Esto no es ajeno a las empresas correspondientes al régimen contributivo del sector salud quienes buscan de manera permanente posicionarse en los primeros lugares a nivel nacional, con el fin de encontrar la mayor demanda de contribuyentes.

La empresa SOLSALUD EPS es considerada una de las más importantes del país, soportada en un excelente cuerpo de profesionales y una sólida estructura administrativa y tecnológica que certifica la constante búsqueda de calidad en sus servicios y en el cumplimiento de sus objetivos.

Por medio de la estandarización del proceso de referencia y contrarreferencia de la patología de Insuficiencia Renal, y el diseño de los Indicadores de calidad la empresa SOLSALUD EPS, tendrá una mejora continua ya que será más fácil para la organización detectar las fallas o problemas en el mismo.

* Trabajo de Grado

**Universidad Industrial de Santander. Departamento de Salud Pública Especialización en Administración de servicios de salud. Director. FIGUEROA VARGAS, Jorge Eliécer.

SUMMARY

TITLE: STANDARDIZATION REFERRAL AND SYSTEM OF THE PATHOLOGY OF RENAL FAILURE IN BUSINESS SOLSALUD EPS

AUTHOR: NATALIA ARCINIEGAS RAMÍREZ**

KEY WORDS: Standardization, Reference, counterreferral, Pathology, Kidney Disease.

The high scientific and administrative requirements that require health sector institutions, must be accompanied by quality management policies to enable them to compete with national security in each of the services provided, making the quest for quality in an ongoing obligation that can not be avoided due to the high degree of importance and commitment that the activities in this sector, which is responsible for the care and preservation of human life.

Current management is given in the institutions providing services in the health sector is indicated by laws that are in charge of bringing order to all the activities necessary to develop appropriate procedures in the scientific and administrative monitoring to be performed on a patient before any pathology.

The current development of different business sectors allows us to observe the constant competition between different companies in all sectors. This is not unrelated to the companies for the health sector contributory regime who seek a permanent position at the top nationally in order to find the increased demand for taxpayers.

EPS SOLSALUD The company is considered one of the largest in the country, supported by excellent staff of professionals and a solid administrative and technological structure that attests to the constant search for quality in its services and in meeting its objectives.

Through the standardization of the process of referral and the pathology of renal failure, and the design of quality indicators EPS SOLSALUD company will have a continual improvement as it will be easier for the organization to detect faults or problems in the same.

**Industrial University of Santander. Department of Public Health Specialization in Health Services Administration. Manager. FIGUEROA VARGAS, Jorge Eliécer.

INTRODUCCIÓN

La alta exigencia científica y administrativa que requieren las instituciones del sector salud, debe acompañarse de políticas de Gestión de Calidad que les permita competir con seguridad a nivel nacional en cada uno de los servicios que presta; convirtiendo la búsqueda de la calidad en una obligación permanente que no se puede evitar, debido al alto grado de importancia y compromiso que tienen las actividades en este sector, el cual tiene a su cargo el cuidado y la preservación de la vida humana.

Las empresas correspondientes al régimen contributivo del sector salud, conocen la importancia del desarrollo de Sistemas de Gestión de Calidad en los servicios que presta, enfocándose principalmente en los Sistemas de Referencia y Contrarreferencia, es por esto que SOLSALUD EPS desea implementar una política de calidad en los Sistemas de Referencia aplicado a la patología Insuficiencia Renal de tal forma que pueda garantizar a sus pacientes el mejor servicio, con la mejor calidad en el menor tiempo posible.

Este trabajo tiene por objetivo desarrollar algunas herramientas administrativas basándose en la norma NTC-ISO 9001:2008, en lo respectivo a la patología nombrada anteriormente con el fin de continuar la expansión de su proceso de gestión.

1. GENERALIDADES DEL PROYECTO

1.1 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

El manejo actual que se da en las Instituciones prestadoras de servicios del sector salud, está indicado por leyes que se encargan de dar orden al conjunto de actividades necesarias para desarrollar los procedimientos adecuados en el seguimiento científico y administrativo que se debe realizar a un paciente ante cualquier patología.

Los procedimientos a seguir en un Sistema de Referencia y Contrarreferencia aplicado al sector Salud, son algo complejos y necesitan de herramientas de Gestión de Calidad que permitan optimizar de manera oportuna la planeación, programación y ejecución de cada una de las actividades que se debe seguir para brindar el mejor servicio en cada una de las etapas a las que se somete un paciente en el proceso de recuperación. Es por esto que es importante identificar la necesidad de generar herramientas administrativas que permitan mejorar la calidad en la prestación de servicios correspondientes al régimen contributivo del sector salud y que logren garantizar disponibilidad y confiabilidad de los recursos en cada una de las instalaciones y personal necesario para el tratamiento de sus patologías.

1.2 JUSTIFICACIÓN PARA SOLUCIONAR EL PROBLEMA

La alta exigencia administrativa, técnica y científica, para el desarrollo de actividades en el sector salud enfocada al tratamiento de enfermedades, requiere del acompañamiento de herramientas de Gestión de Calidad que soporten de manera adecuada los procedimientos necesarios para el manejo de las diferentes patologías.

El desarrollo actual de los diferentes sectores empresariales permite observar la constante competencia que existe entre las diferentes empresas pertenecientes a cualquier sector. Esto no es ajeno a las empresas correspondientes al régimen contributivo del sector salud quienes buscan de manera permanente posicionarse en los primeros lugares a nivel nacional, con el fin de encontrar la mayor demanda de contribuyentes.

Es comprensible que para lograr las metas propuestas se realiza la necesidad de crear políticas de gestión de calidad que permitan acreditar los diferentes servicios que prestan, en especial aquellos que generen altos costos como lo son el análisis de especialistas bajo instalaciones adecuadas; es por esto que este estudio desea optimizar los sistemas de referencia y contrarreferencia usados para el tratamiento de patologías en la empresa SOLSALUD EPS.

1.3 OBJETIVOS DEL TRABAJO

1.3.1 Objetivo General. Estandarizar el Sistema de referencia y Contrarreferencia de la patología Insuficiencia Renal en la empresa SOLSALUD EPS.

1.3.2 Objetivos Específicos

- Identificar o diagnosticar la situación actual del sistema de referencia y contrarreferencia en SOLSALUD EPS.
- Caracterizar los procedimientos y flujogramas adecuados para el óptimo desarrollo de una Gestión de Calidad en el Sistema de Referencia y Contrarreferencia de la patología Insuficiencia Renal.
- Establecer y definir los indicadores requeridos para proporcionar el adecuado control y seguimiento a los procesos desarrollados.

- Elaborar los formatos estándar requeridos para el completo desarrollo de la Gestión de la Calidad en la patología tratada.

1.4 JUSTIFICACION DE LA SOLUCIÓN

La empresa SOLSALUD EPS es considerada una de las más importantes del país, soportada en un excelente cuerpo de profesionales y una sólida estructura administrativa y tecnológica que certifica la constante búsqueda de calidad en sus servicios y en el cumplimiento de sus objetivos. Es en busca de este propósito que las empresas prestadoras del sector salud justifican la importancia que tiene la política de Gestión de Calidad en los Sistemas de Referencia y Contrarreferencia que manejan.

2. MARCO TEÓRICO

2.1 SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

El régimen de Referencia y Contrarreferencia es el conjunto de normas técnicas y administrativas que permiten prestarle al usuario de manera adecuada, el servicio de salud, según el nivel de atención y grado de complejidad con la debida oportunidad, eficacia y eficiencia. Así mismo, este régimen facilita el flujo de usuarios y elementos de ayuda diagnóstica entre los diferentes niveles de atención.

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

Se entiende por **Contrarreferencia** la respuesta que las unidades prestadoras de servicios de salud receptoras de la Referencia dan a la unidad primaria; la respuesta puede ser la contrarremisión del usuario con las indicaciones a seguir, la información sobre la atención recibida por el usuario en la institución receptora, o el resultado de las solicitudes de ayuda diagnóstica.

2.1.1 Modalidad de Solicitud de Servicios. Dentro del Régimen de Referencia y Contrarreferencia se dan las siguientes modalidades de solicitud de recursos:

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

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

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

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

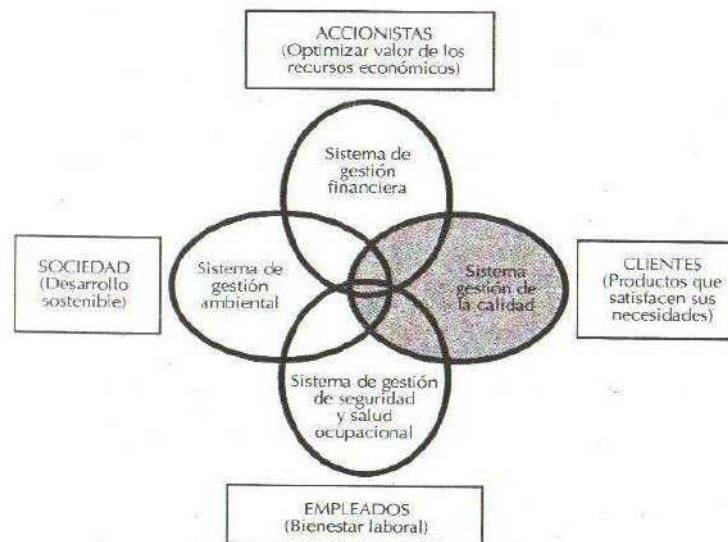
Contraremisión o contrarreferencia: Respuesta del médico tratante con las indicaciones a seguir, la información sobre la atención recibida por el usuario en la institución receptora, o el resultado de las solicitudes de ayuda diagnóstica.

2.2 SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD.

Un sistema es un conjunto de procesos que tienen por finalidad la consecución de un objetivo. Un sistema de gestión según la norma ISO 9001:2008 I “es el conjunto de normas interrelacionadas de una empresa u organización por los cuales se administra de forma ordenada la calidad de la misma, en la búsqueda de la satisfacción de las necesidades y expectativas de sus clientes.”. Las organizaciones cuentan con diferentes sistemas de gestión que están interrelacionados entre ellos y cada uno de los sistemas de gestión está constituido por procesos, actividades, procedimientos, recursos, personas e infraestructuras, que le permiten lograr sus objetivos.

En la siguiente figura se muestra un ejemplo de la interrelación de los diferentes sistemas que puede presentarse en una empresa.

Figura 1. Los sistemas de gestión de una organización.



Fuente: López Carrizosa FJ. Guía para la planificación de la calidad con orientación en la gestión por procesos. Bogotá: ICONTEC; 2004

Calidad es satisfacer las necesidades y expectativas razonables de los clientes a un precio igual o inferior al que ellos asignan al producto o servicio en función del “valor” que han recibido y percibido, obteniéndose por esta vía el beneficio necesario para garantizar la estabilidad y el crecimiento de la empresa; teniendo en cuenta que el valor son las cualidades, características, atractivos o propiedades del producto o servicio que son apreciadas por el cliente y que provocan el deseo de poseerlo.

Se encuentran numerosas herramientas y técnicas administrativas para permitir que las organizaciones puedan afrontar los continuos cambios a los que se enfrentan, algunas son específicas a cierto tipo de sectores y otras son universales. Una de estas son los estándares de gestión de la calidad que se encuentran normalizados por diferentes organismos como

son ISO (Organización Internacional de Normalización), DIN (Instituto Alemán de Normalización), CEN (Comité Europeo de Normalización), ANSI (Instituto Nacional Estadounidense de Estándares), etc. y una de las más utilizadas a nivel mundial es la Norma Internacional ISO 9001:2008, diseñada para incrementar la satisfacción del cliente y el mejoramiento continuo de los procesos.

Las series de normas ISO 9000 consta de:

- La norma ISO 9000 - 2005 que establece los conceptos, principios fundamentos y vocabulario de sistemas de gestión de calidad.
- La norma ISO 9001 – 2008 que establece los requisitos por cumplir.
- La norma ISO 9004 - 2000 que proporciona una guía para mejorar el desempeño del sistema de gestión de calidad.

Un sistema de gestión de calidad, según la norma ISO 9001:2008, se define como “Sistema de gestión para dirigir y controlar una organización con respecto a su calidad”. En términos generales, consta de la estructura organizacional junto con la documentación, procesos y recursos que se emplea para alcanzar los objetivos de calidad y cumplir con los requisitos de los clientes.

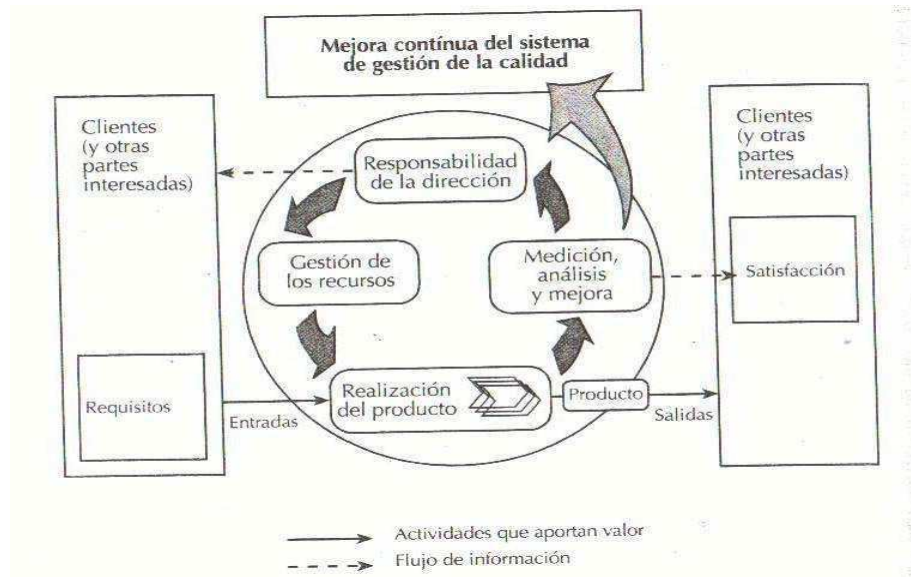
2.2.1 Razones para Implementar un Sistema de Gestión de la Calidad. Estas son algunas de las ventajas de implementar un sistema de gestión de la calidad: Mejora del desempeño, coordinación y productividad, mayor orientación hacia sus objetivos empresariales y hacia las expectativas de sus clientes, logro y mantenimiento de la calidad de su producto y/o servicio a fin de satisfacer las necesidades explícitas e implícitas de sus clientes, logro de la satisfacción del cliente, confianza por parte de la dirección en el logro y mantenimiento de la calidad deseada, evidencia de las capacidades de su organización frente a clientes fijos y potenciales, apertura a nuevas oportunidades de mercado o mantenimiento de la participación en el mercado, certificación/registro,

oportunidad de competir sobre la misma base de las organizaciones más grandes.

2.2.2 Enfoque Basado en Procesos. Un proceso es una secuencia de actividades cuyo producto crea un valor intrínseco para su usuario o cliente y una actividad es el conjunto de tareas necesarias para la obtención de un resultado.

La Norma Internacional ISO 9001:2008 recomienda la adopción de un enfoque basado en procesos cuando se implementa un sistema de gestión de la calidad, y se basa en el modelo expuesto en la siguiente figura, donde se muestra que los clientes juegan el principal papel para el logro de la calidad en la organización.

Figura 2. Modelo de un sistema de gestión de calidad basado en procesos.



Fuente: López Carrizosa. Guía para la planificación de la calidad con orientación en la gestión por procesos. Bogotá: ICONTEC; 2004

La Norma ISO 9001:2008 expresa además que puede aplicarse a todos los procesos la metodología conocida como PHVA y la describe como:

- Planificar: Establecer los objetivos y procesos necesarios para conseguir resultados de acuerdo con los requisitos del cliente y las Políticas de la organización.
- Hacer: Implementar los procesos.
- Verificar: Realizar el seguimiento y la medición de los procesos y los productos respecto a las políticas, los objetivos y los requisitos para el producto, e informar sobre los resultados.
- Actuar: Tomar acciones para mejorar continuamente el desempeño de los procesos.

La Norma Internacional ISO 9001:2008 define: La aplicación de un sistema de procesos dentro de la organización, junto con la identificación e interacciones de estos procesos, así como su gestión, puede denominarse como “enfoque basado en procesos”

La gestión por procesos busca que las organizaciones tengan estructuras con mayor capacidad de adaptación al entorno cambiante, mayor flexibilidad, más capacidad de aprender, de crear valor y con mayor orientación al logro de los objetivos.

2.2.3 Agentes de un Proceso. Los agentes de un proceso son los siguientes:

1. Entradas o “inputs”: compuestas por los recursos humanos, los de índole económica y financiera, los activos fijos (terrenos, locales, edificios, infraestructuras e instalaciones, equipos y materiales), la tecnología, la información y el conocimiento, precisos para llevar a cabo el proceso.
2. Salidas u “outputs”: los productos o servicios generados por el proceso y que

se ofrece al cliente de acuerdo a unos requerimientos que éste demanda cliente con respecto a dicho output, y cuya calidad viene definida a través de unos atributos que le aportan valor.

3. Cliente: destinatarios del output. Podrán ser tanto clientes internos como externos. El proceso deberá estar orientado a satisfacer los requerimientos de dichos clientes con respecto al output que se le entrega;

4. Proveedor: las funciones de la organización o personas que alimentan o abastecen al proceso con sus inputs;

5. Propietario del proceso: responsable del proceso, de su funcionamiento, resultados (en términos de eficacia y eficiencia) y de su mejora continua;

6. Otros agentes implicados: todos aquellos agentes, a excepción de los clientes, proveedores y los propietarios del proceso, que tienen un interés económico o de otra índole en las actividades y en el rendimiento del proceso.

2.2.4 Representación Gráfica de los Procesos. Los procesos se pueden representar gráficamente mediante flujogramas o diagramas de procesos. El flujograma representa el flujo de diferentes actividades, conectadas de forma secuencial, que van adicionando valor al proceso. Se compone de un desencadenante o inicio y un final bien definidos. Dicho final puede bien ser el inicio de otro nuevo procedimiento o el resultado final.

En el caso de existir posibles bifurcaciones, se acudirá al símbolo de decisión que marcará las posibilidades que harán seguir en una dirección u otra. Cada actividad viene ligada a la siguiente a través de una flecha que marcará la dirección del flujo.

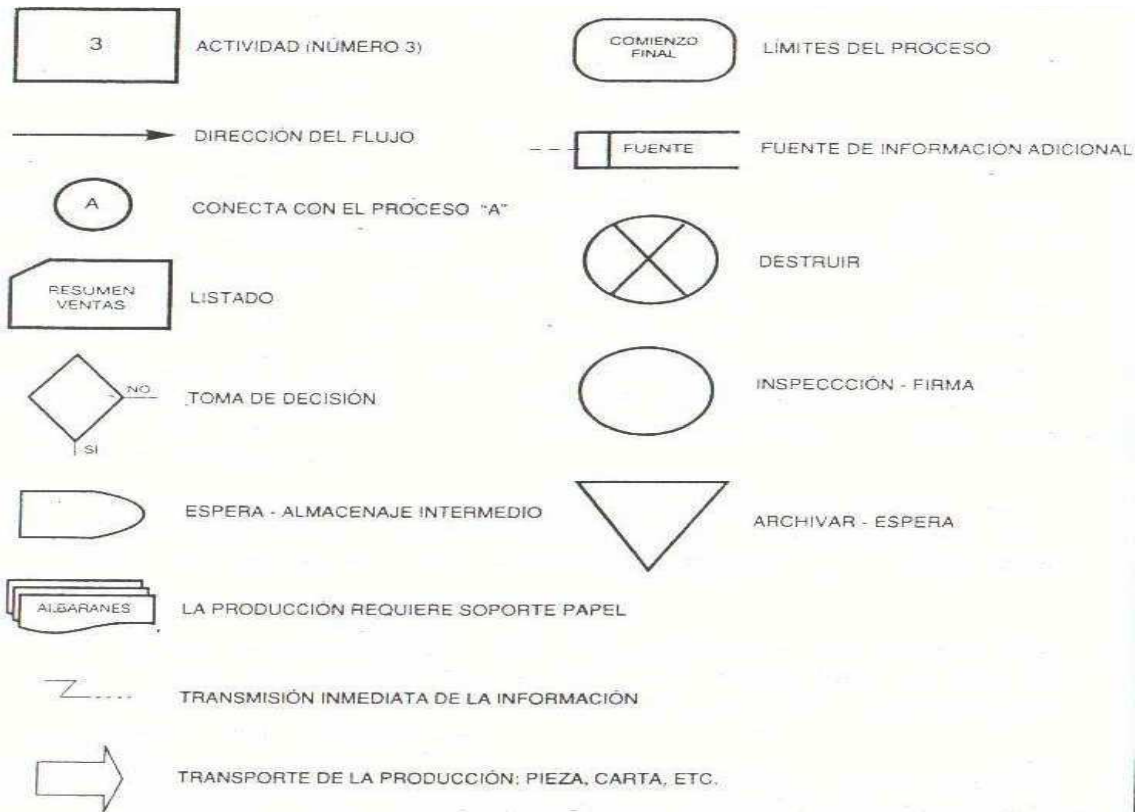
El Instituto Nacional Estadounidense de Estándares, ANSI, crea una serie

de símbolos normalizados que se utilizan para la representación de los diagramas de procesos o flujogramas y de esta manera interpretarlos de una única forma, tal como lo muestra la siguiente figura 3.

Existen diferentes tipos de diagramas, entre los que se encuentran:

- De bloques: Cada subproceso o actividad se recoge dentro de un rectángulo. Proporciona una visión clara, sencilla y rápida de un proceso complejo, identificando quien es el responsable de las operaciones clave.
- De flujo simple: Muestra la secuencia de las actividades detalladas de un proceso de alcance limitado a una sola persona o área departamental.
- De flujo funcional: Muestra la cadencia de las actividades de un proceso a través de las diferentes áreas empresariales o departamentos implicados.
- De flujo geográfico: Se aplica a información, materiales o personas.

Figura 3. Símbolos ANSI para elaborar diagramas de procesos.



Fuente: Pérez Fernández de Velasco J. Gestión de calidad orientada a los procesos. Madrid: Editorial Esic; 1999.

3. LA ORGANIZACIÓN

3.1 DESCRIPCIÓN DE LA EMPRESA SOLSALUD EPS

Es una entidad promotora de Salud creada por organizaciones sociales, instituciones de salud y educación, fondos de empleados, cooperativas y entidades sin ánimo de lucro. Aprobada por Resolución No. 0478 del 23 de abril de 1996 para el Régimen Contributivo y mediante Resolución No. 1030 del 2001 para la Administración del Régimen Subsidiado, y vigilada por la Superintendencia Nacional de Salud, SUPERSALUD

3.1.1 Visión. SOLSALUD en el año 2010 será una empresa de aseguramiento en salud con presencia nacional, reconocida por su calidad y excelencia en el servicio y por el impacto social en las regiones donde hace presencia.

3.1.2 Misión. Garantizar la Seguridad Social integral en Salud a los afiliados y sus familias, con un excelente equipo humano en alianzas con instituciones de alto nivel científico, tecnológico y de calidad.

3.2 EL PROCESO ADMINISTRATIVO: PLANEACIÓN, ORGANIZACIÓN, DIRECCIÓN Y CONTROL.

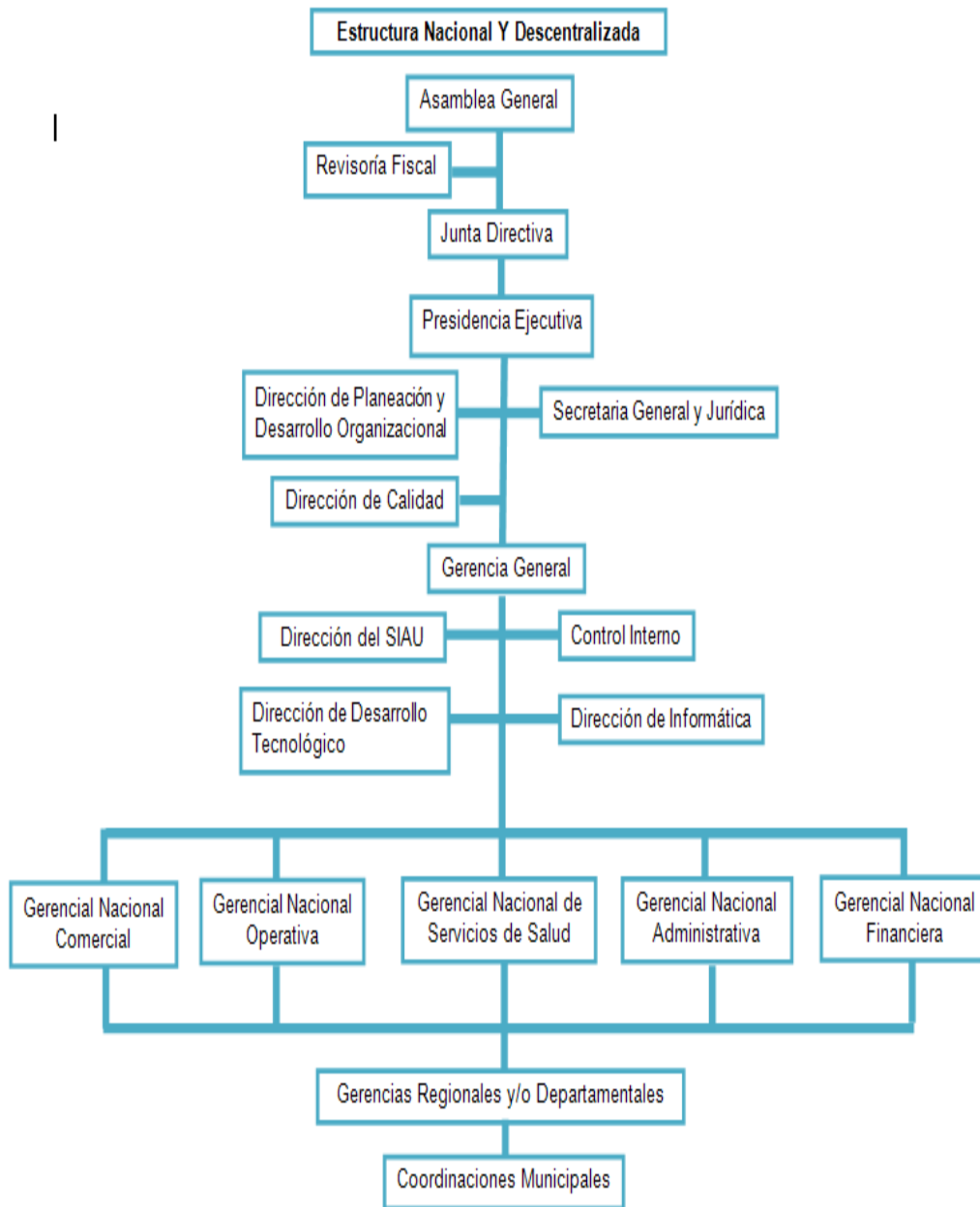
La planeación de SOLSALUD EPS descansa en las manos de la Junta Directiva, quien es la que toma las directrices de la institución a nivel nacional, desde la Presidencia Ejecutiva se deriva la Dirección de Planeación y Desarrollo Organizacional, que como su nombre lo indica, tiene la responsabilidad no solo planear, sino de aplicar y mejorar las directrices o acciones que por las que se maneja la compañía, y nos llevan a ser competitivos y productivos.

Las falencias que se detectan en este organigrama, en cuanto al proceso de planeación, es que desde las gerencias regionales, en este caso en la que laboro actualmente Regional Oriente, el proceso de toma de decisiones en cuanto al manejo autónomo de cada regional, es un poco dispendioso, puesto que se depende mucho de la Gerencia Nacional de Servicios de Salud, para definir una política o estrategia que se necesite en el momento en la Regional, ya que ellos tienen que aprobar la aplicabilidad o no de esta y fácilmente puede quedar rezagada o no aprobada.

La Organización en SOLSALUD EPS se ve en el organigrama de la Institución presentado a continuación, donde se describe la cadena de mando, como una organización vertical, donde la falla es que para acceder los mandos superiores, hay que pasar por una larga y agotante burocracia, lo mismo que para ellos, que deben pasar por varios escalones, para comunicar una directriz a toda la compañía, tal vez esto se debe a que esta institución es demasiado grande y no se alcanza en un solo día, a darse la información, a pesar de toda la tecnología con la que se cuenta actualmente.

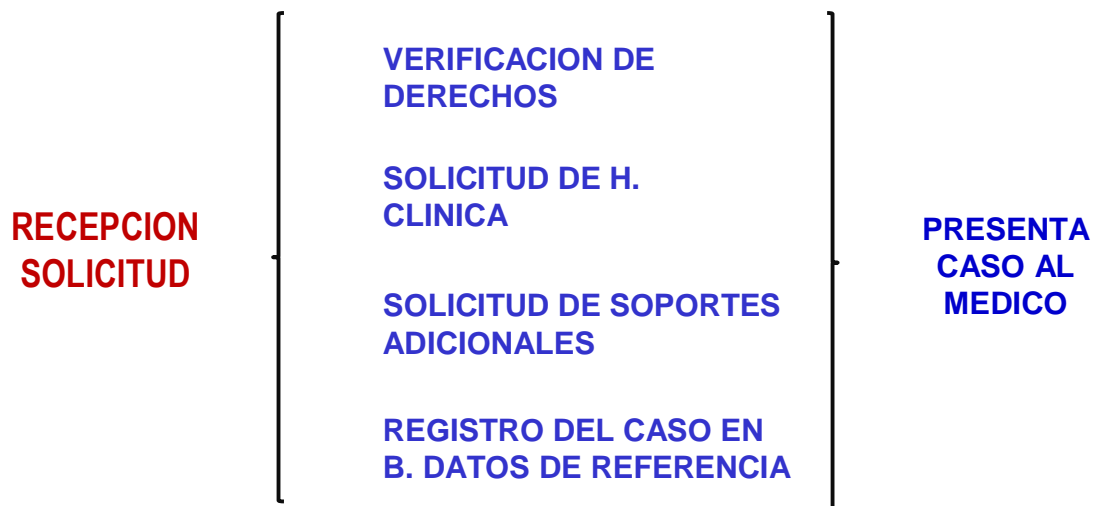
La dirección en SOLSALUD EPS, se maneja desde cada uno de los puestos de mando, con el liderazgo y la integración del personal, para que se concentre lo mejor de sí en cada uno de los puestos asignados en la institución, y en este caso la compañía falla en que la contratación del personal, no se hace tanto por la idoneidad para ejercer, puesto que cuando ingresa, no se hace una adecuada selección y mucho menos una inducción para desempeñarse.

Figura 4. Organigrama de SOLSALUD EPS



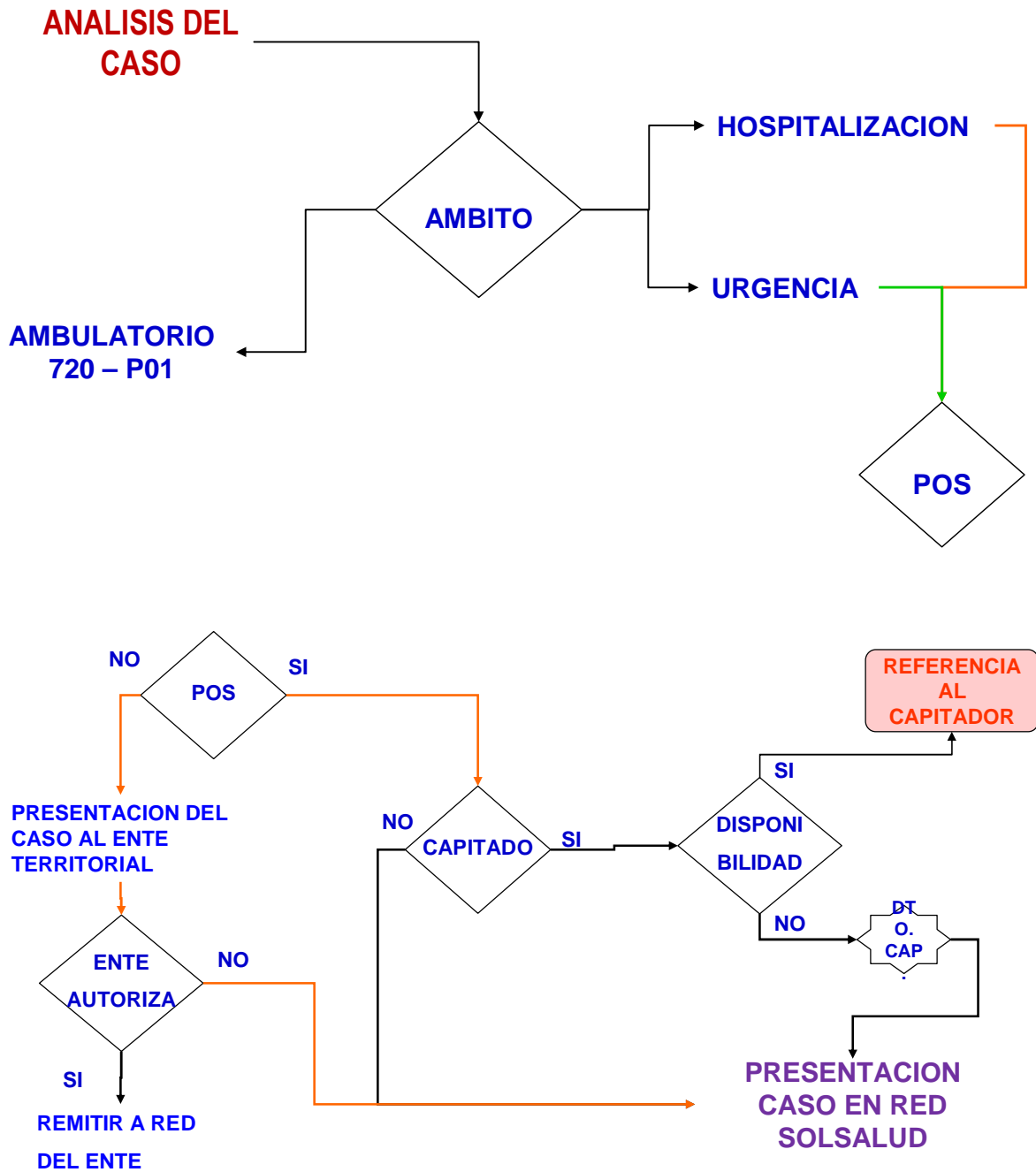
Fuente: SOLSALUD EPS

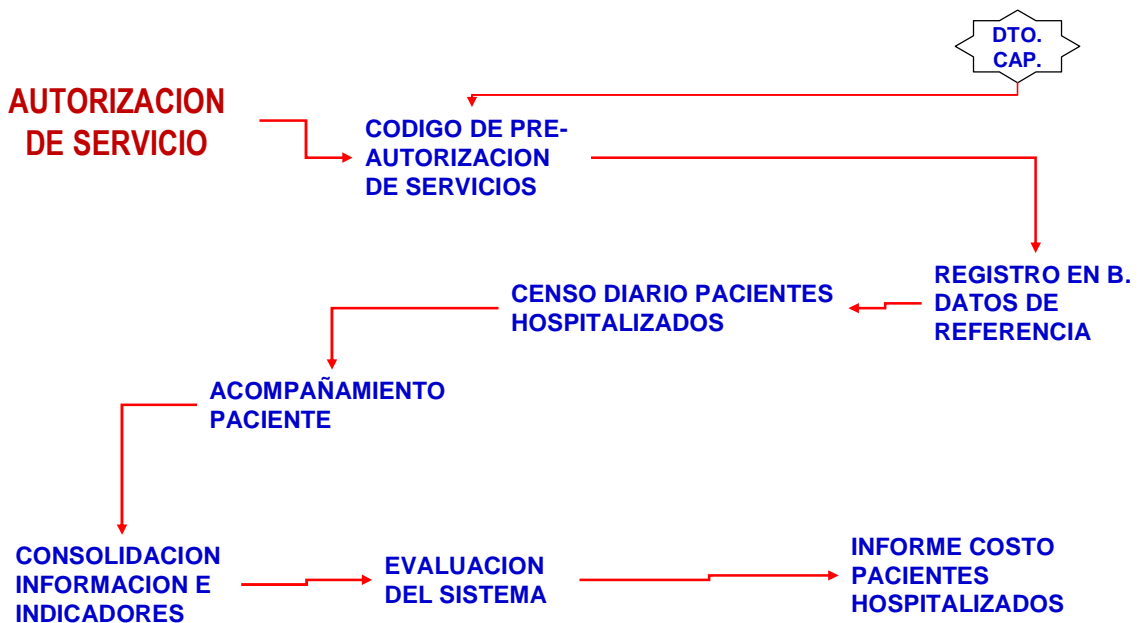
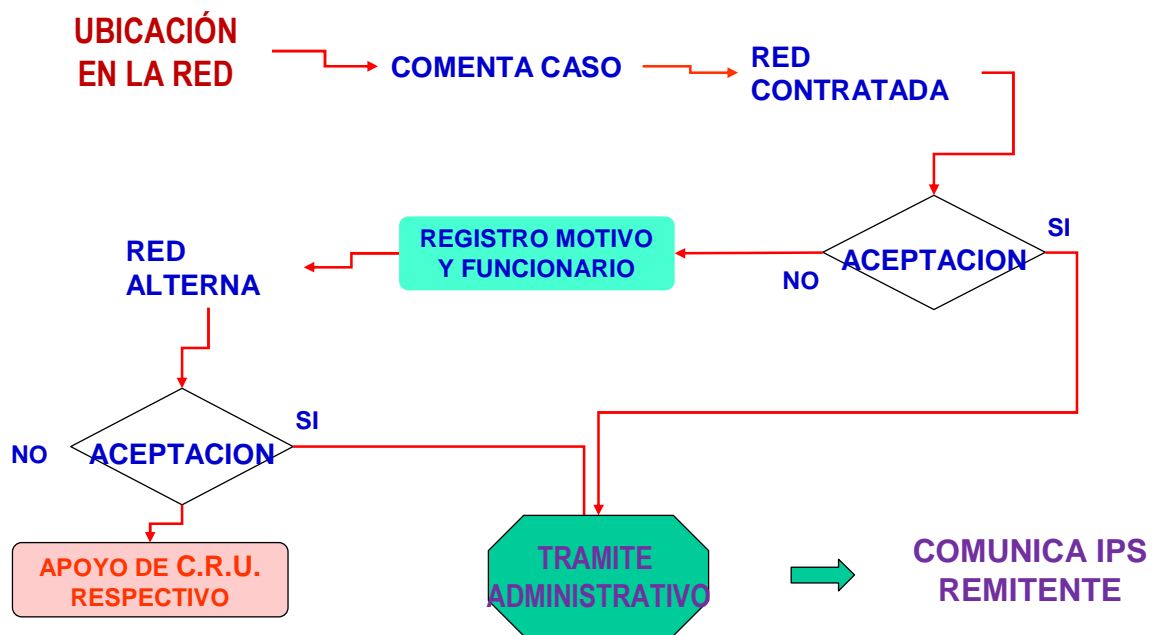
3.3 DESCRIPCIÓN DEL SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA EN SOLSALUD EPS



SISTEMA REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

720 – P07





Actualmente en la Empresa SOLSALUD EPS cuenta con el anterior sistema de Referencia y Contrarreferencia el cual es una herramienta que apoya el proceso del mismo de pacientes de las distintas regionales donde hace presencia la EPS, apoyándose en la Legislación sobre Red de Servicios de Salud (Ver Anexo B).

- Red de servicios.
- Línea 01-8000979969 y 01-80001130007 (Línea Única Nacional de Atención): de acceso telefónico gratuito donde se atiende las 24 horas del día.
- Central Nacional de Referencia y Contrarreferencia: donde se trabaja las 24 horas del día, apoyando a los prestadores, brindando información acerca de las opciones existentes dentro de la Red, en la ubicación de pacientes en los diferentes servicios, local y/o Nacional y donde se expide autorización para la prestación de los servicios de salud de las IPS de la Red, para ambos regímenes.

Se cuenta con un equipo de trabajo integrado por el Auxiliar Línea 01-8000, los Profesionales de Servicios de Salud, Auditores de Servicios de Salud de la Central de Referencia, todo esto liderado por el Coordinador Nacional de Referencia y Contrarreferencia en donde se recibe comunicación de las IPS las 24 horas del día para responder las solicitudes, el Médico de Referencia o Coordinador de Servicios de Salud, confirma que los soportes de remisión que requiere el usuario como la fecha, nombre del usuario, Número del documento de identidad, Régimen, nombre del funcionario que elaboró la remisión y que el servicio que requiere el usuario estén documentados en la historia clínica de remisión o el Formato Modelo de Hoja de Referencia de Pacientes al igual que el examen y condición del paciente donde se especifica el motivo de la consulta y enfermedad actual, antecedentes, revisión por sistemas, hallazgos al examen físico, ayudas diagnósticas realizadas durante la estancia en a IPS remitente, impresión diagnóstica y terapéutica administrada con la dosis y posología administrada y al final especificar cuál es el motivo de la remisión con el nivel requerido por el usuario, el procedimiento y el servicio solicitado, formato que será firmado por el Médico tratante o la IPS de la Referencia con los soportes descritos completamente diligenciados.

El Médico de Referencia dará indicaciones al profesional de servicios de salud de la Nacional sobre alternativas en la Red contratada y a la IPS

remitente sobre alternativas en la Red contratada para inicio de remisión para que sea comentada a médico receptor, con el apoyo del médico tratante inician la remisión del paciente con soporte físico vía fax a la red contratada.

Aceptada la remisión del paciente por la IPS de nivel superior, el Médico de la Central de Referencia o Coordinador de Servicios de Autorizaciones en el nivel Regional con el apoyo del personal Autorizado y/o Profesional Servicios de Salud, Digita la información sobre la aceptación de la remisión en el Módulo de Referencia y Contrarreferencia - Autorizaciones y Verificar la disponibilidad del servicio de ambulancia y emitir inmediatamente autorización.

En caso de no aceptar la remisión la IPS del nivel superior dejarán registro en el módulo de referencia del sistema de información, señalando el nombre y cargo del funcionario que no acepta la remisión y cuál es el motivo del mismo e iniciarán de inmediato el procedimiento con las IPS alternas dentro de la red de la EPS que dispongan del servicio requerido por el usuario; de no contar con disponibilidad de servicio en las IPSs alternas de la Red, el Médico de la Central de Referencia o Coordinador de Servicios de Salud solicitará apoyo al centro regulador de urgencias (CRU o CRUE) de cada Ente Territorial.

El Médico de la Central de Referencia o Coordinador de Servicios de Salud con el apoyo del Profesional Servicios de Salud, realiza retroalimentación permanente con la IPS remitente para notificar la aceptación del paciente, por parte de la IPS de nivel superior, posterior a esto realizará seguimiento del paciente con el apoyo del Personal Autorizado, hasta la confirmación de ingreso y atención del usuario en la IPS receptora, dejando registro de hora y funcionario que proporciona la información.

Como se describe anteriormente este proceso es bastante largo y dispendioso y requiere de un gran número de pasos para proceder a ubicar un paciente; el objetivo que se busca en un proceso de Referencia y Contrarreferencia es donde se logre suministrar al paciente la atención especializada y oportuna

dentro de los tiempos establecidos en la Resolución 3047 de 2008. Razón por la cual se realizó un diagnóstico de la situación actual del sistema de Referencia y Contrarreferencia de SOLSALUD para hacer más ágil y práctico el procedimiento. Ver Figura 5.

3.4 COMPARACIÓN DE PATOLOGÍA DE ALTO COSTO

En Colombia el Sistema General de Salud, presenta dos opciones para el tratamiento de patologías de alto costo, estas dos opciones son las pertenecientes al régimen contributivo y al régimen subsidiado. El régimen contributivo presenta ventajas en la prestación del servicio frente al régimen subsidiado, debido a que el régimen subsidiado por pertenecer al sistema público no estima los presupuestos adecuados para atender a los pacientes con un alto grado de calidad, mientras el régimen contributivo por pertenecer al sector privado, sí presenta una alta calidad en su servicio; aunque al final las dos alternativas se encargan de solucionar las necesidades del paciente. La empresa maneja sus procesos teniendo en cuenta la legislación sobre la Red de servicios de salud (Ver anexo B). A continuación se expone de una manera concreta los aportes de cada régimen según sus respectivos acuerdos y resoluciones al tratamiento de la Insuficiencia Renal.

3.4.1 Régimen Contributivo

RESOLUCION 5261 ART 117 DEL MINISTERIO DE PROTECCION SOCIAL

INSUFICIENCIA RENAL DIALISIS PERITONEAL (CAPD) O HEMODIALISIS

- Cubre el costo de los procedimientos de Diálisis, los insumos, costo por uso de equipos y Honorarios médicos:
- Referencia MAPIPOS de DIALISIS: Art. 50 Incluye: Derechos de sala, Servicios Profesionales. La hospitalización de pacientes con DX de insuficiencia renal se considera nivel III.

- **TRANSPLANTE RENAL** Recuperación (acto Qx de extracción), transporte del órgano, estudios inmunológicos, Procedimiento de Implante, tratamiento de las complicaciones control postoperatorio así como las drogas inmunosupresoras.

3.4.2 Régimen Subsidiado.

ACUERDO 306 DEL MINISTERIO DE PROTECCION SOCIAL

INSUFICIENCIA RENAL

- Cubre la atención integral de los pacientes con diagnóstico de insuficiencia renal aguda o crónica, según Conjunto de Atención Integral definido por el ISS; incluye:
- **DIALISIS PERITONEAL (CAPD) O HEMODIALISIS** Atención especializada de complicaciones derivadas de la afección y/o del tratamiento.
- **TRANSPLANTE RENAL** que incluye La nefrectomía del donante y el control permanente del transplantado renal; El control del donante hasta que sea dado de alta por el procedimiento quirúrgico (nefrectomía). Incluye los derechos de hospitalización de la complejidad necesaria.

4. METODOLOGÍA

4.1 TIPO DE ESTUDIO

En este proyecto se utilizó una investigación descriptiva donde se analizan y describen las características propias de un Sistema de Gestión de Calidad.

4.2 POBLACIÓN OBJETO DE ESTUDIO

Se tomó como población de estudio el Sistema de Referencia y Contrarreferencia de la patología de Insuficiencia Renal de la Empresa SOLSALUD EPS.

4.3 METODOLOGÍA DEL TRABAJO

Se realizó un estudio del proceso de Referencia y Contrarreferencia de la Patología de Insuficiencia Renal en la Institución SOLSALUD EPS de la siguiente manera:

- Se revisó los procesos y procedimientos de la institución teniendo en cuenta:
 - Conocimiento de la Organización SOLSALUD EPS (Mapa de procesos, Política de calidad, Responsables del Sistema, Estado actual del Sistema de Gestión de la Calidad global de SOLSALUD EPS)
 - Identificación del proceso de Referencia y Contrarreferencia
 - Diagnóstico actual del Sistema de Referencia y Contrarreferencia para la patología Insuficiencia Renal
- Se realizó observación directa en el sitio de trabajo para evaluar en forma personal la ejecución de los procesos y se analizaron.

5. DESARROLLO

5.1 Diagnóstico del sistema de Referencia y Contrarreferencia de la Patología Insuficiencia Renal de la Empresa SOLSALUD EPS.

En la empresa SOLSALUD EPS, se rigen por la normatividad (Decreto 4747 de 2007 del Ministerio de Protección Social) en el cual se establecen los procedimientos de la Referencia y Contrarreferencia de las empresas prestadoras de salud.

Por otra parte existen los Manuales Operativos sobre el régimen de Referencia y Contrarreferencia (Ver Anexo A) y los formatos establecidos por la empresa, los cuales son la guía para la prestación de dichos servicios y son manejados por los profesionales de servicios de salud y los médicos auditores de salud de la central de referencia.

Organizacionalmente la empresa está debidamente establecida, en el presente año deberá actualizar su visión. La alta dirección tiene todo el interés en cumplir y satisfacer las necesidades de los usuarios y los legales.

En cuanto a los formatos existentes se les debe hacer una modificación ya que deben ser los más explícitos con el fin de alcanzar y mantener la calidad. Se deben socializar ante todo el recurso humano, en este caso los actores responsables del proceso como son: Profesional Servicios de Salud, Auditor Servicios de Salud de la Central de Referencia, Coordinador Nacional de Referencia y Contrarreferencia, Director Nacional de Autorizaciones, Director Nacional de Auditoria Concurrente y Conciliaciones.

Por otro lado algunos formatos de referencia no son diligenciados en su totalidad por lo cual datos tan esenciales como a que régimen pertenece el

usuario, especialidad que solicita y medico que remite hacen más difícil la labor de contrarreferencia.

La RED de servicios es insuficiente para el flujo de pacientes de las distintas regionales de la cuales se reciben permanentemente referencias y contrarreferencia en particular de la patología de Insuficiencia Renal, enfermedad de alto costo y con un alto impacto social la cual necesita una atención oportuna y especializada.

Las capacitaciones al recurso humano involucrado en este proceso, si bien se programan no cumplen con la asistencia, demorando así la actualización y preparación de los mismos.

5.2 Caracterización y flujograma del proceso de Referencia y Contrarreferencia de la patología de Insuficiencia Renal de la empresa SOLSALUD EPS.

La Caracterización y Flujograma de la patología Insuficiencia Renal de la Empresa SOLSALUD EPS se presentan a continuación:

5.2.1 Caracterización del proceso de Referencia y Contrarreferencia de la patología de Insuficiencia Renal de la empresa SOLSALUD EPS.

SOLSALUD EPS	CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA	Código:
		Versión:
		Página x de x
Revisó:	Aprobó:	Fecha de aprobación:
Tipo de proceso:	Referencia y Contrarreferencia	Responsable del proceso: Jefe de autorización
Objetivo del proceso:	Controlar y verificar la referencia y contrarreferencia del paciente	
Alcance del proceso:	Atención del paciente en la institución o en su efecto en otra	

Proveedores	Entradas	Actividades del proceso	Responsable	Salida del proceso	Clientes
Clientes – usuarios Bases de Datos	Usuarios de EPS autorización del proceso EPS, identificación del usuario.	Solicitud de autorización	Jefe de autorizaciones	Usuarios de EPS autorización del proceso EPS, identificación del usuario	Clientes – usuarios EPS, IPS, Historias Clínicas.
	Usuarios de EPS Registros: autorización del proceso EPS, identificación del usuario.	Verificación de los requisitos	Jefe de autorizaciones	Usuarios de EPS autorización del proceso EPS, identificación del usuario	
	Usuarios de EPS. información contratos de convenios institucionales	Verificación de contratos	Jefe de autorizaciones	Disposiciones generales con relación a los contratos.	
	Usuarios de EPS	Autorización del servicio	Jefe de autorizaciones	Registros autorización del servicio control de gastos.	
	Indicadores Software No conformidades	Seguimiento y control	Jefe de autorizaciones	Acciones correctivas. Acciones preventivas. Planes de mejora	

REQUISITOS LEGALES Y/O REGLAMENTARIOS	PROCESOS RELACIONADOS
Ver listado de documentos externos de la empresa	Remisión de Instituciones municipales o locales. Contrarremisión a otras instituciones
REQUISITOS DE LA NORMA NTC ISO 9001-2000	RECURSOS REQUERIDOS PARA EL PROCESO
Ver matriz interrelación de requisitos de la empresa	Instalaciones físicas Médicos especializados Equipo para asistencia
DOCUMENTOS ASOCIADOS	REGISTROS REQUERIDOS PARA EL PROCESO

Ver listado de documentos internos de la empresa	Ver listado de requisitos de la empresa
MECANISMOS DE SEGUIMIENTO	MEDICIÓN DEL PROCESO
Indicadores Auditorías internas	Ver indicadores
REQUISITOS DE LOS BENEFICIARIOS	REQUISITOS DE LA ORGANIZACIÓN
Atención amable y cordial Tiempo de espera mínima en la atención Información veraz Atención oportuna	Contratos con la EPS y EPSS Cumplir con los deberes de los usuarios
RESPONSABLES	
Ver matriz de interrelación de requisitos de la empresa	

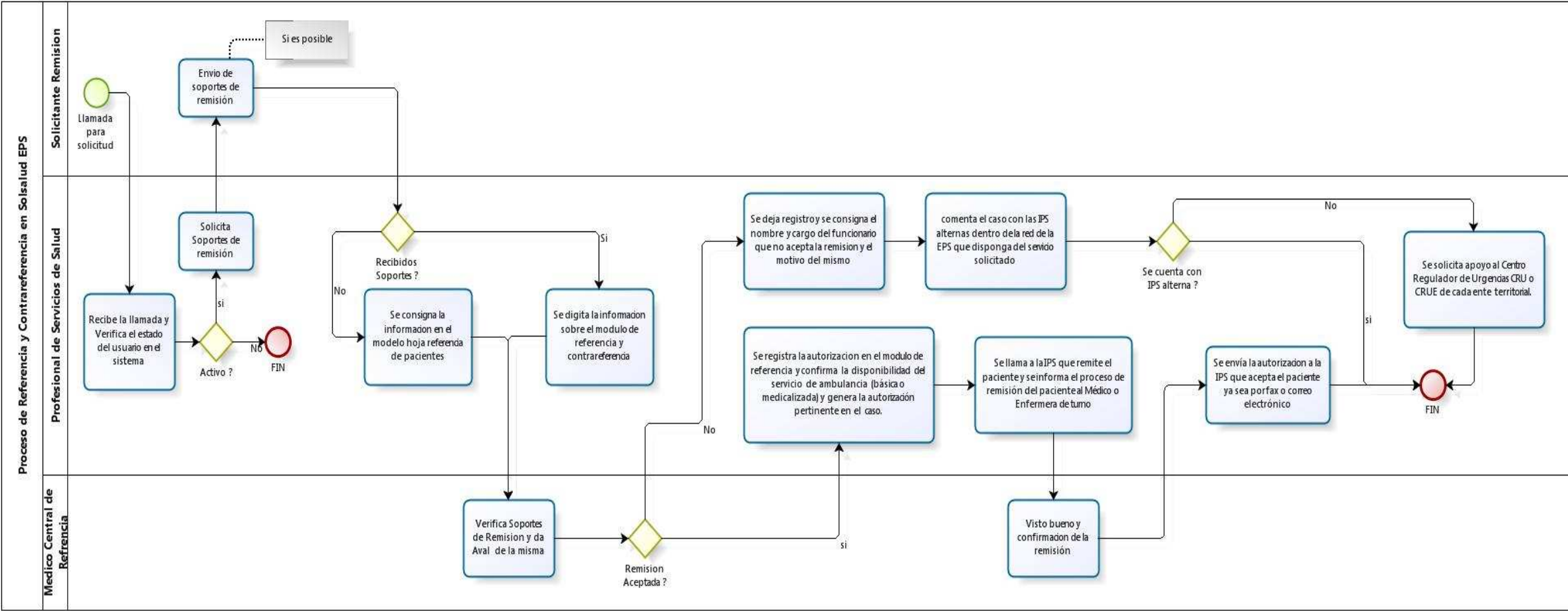
CONTROL DE CAMBIOS		
VERSIÓN	FECHA DE APROBACIÓN	DESCRIPCIÓN DE CAMBIOS REALIZADOS
1	Enero 6 de 2010	Creación del documento

- **Tipo de proceso:** Hace referencia al servicio asistencial o administrativo de la Institución.
- **Responsable del proceso:** Cargo del responsable del proceso y sus colaboradores.
- **Objetivo del proceso:** Precisa el propósito general del proceso. Responde las preguntas del por que y para que del proceso.
- **Alcance del proceso:** Detalla en forma general en donde inicia y donde termina el proceso, es decir la cobertura de las actividades y la población a la cual aplica.
- **Proveedores:** Instituciones o personas que proporcionan un producto.
- **Entradas:** Información, elementos o documentos necesarios para realizar el proceso.
- **Actividades del proceso:** Transformaciones que se llevan a cabo sobre las entradas del proceso y que generan salidas.
- **Responsable:** Relaciona los cargos de los encargados del proceso
- **Salida del proceso:** Información, documentos o elementos transformados requeridos en otras actividades propias o de otros procesos.
- **Clientes:** Instituciones, organizaciones o personas que reciben un servicio.

- **Requisitos Legales y/o Reglamentarios:** Indicar los requisitos de la norma NTC ISO 9001-2000, aplicables al proceso.
- **Recursos requeridos para el proceso:** Recursos necesarios para el proceso ya sean Físicos y/o Tecnológicos.
- **Documentos asociados:** Documentos de calidad propios del proceso.
- **Registros requeridos para el proceso:** Indica los registros de calidad de otros procesos que se necesitan para la realización del proceso.
- **Mecanismos de seguimiento:** Actividades para la realización de seguimiento y medición del proceso (Reuniones, comités, auditorias, etc.)
- **Medición del proceso:** Indicadores a nivel táctico, estratégico y operativo.
- **Requisitos de los clientes:** Especificar las necesidades de los clientes en el proceso.
- **Requisitos de la organización:** Indicar los requisitos internos de la Institución para el adecuado desarrollo del proceso.
- **Control de cambios:** Especifica de la modificación del documentos y la fecha de realización.

5.2.2 Flujograma de la Referencia y Contrarreferencia de la patología de Insuficiencia Renal en la empresa SOLSALUD EPS

Figura 5. Flujograma Remisión y Contrarreferencia de la Patología de Insuficiencia Renal de la Institución SOLSALUD EPS



Fuente: Autora

5.3 Indicadores para el seguimiento del proceso de referencia y contrarreferencia de la patología de Insuficiencia Renal de la Empresa SOLSALUD EPS.

Los indicadores tienen como objetivo monitorear el proceso para verificar que se cumplen los requisitos establecidos. Este cumplimiento refleja la capacidad del proceso para promover resultados que permitan satisfacer al cliente.

Los indicadores se presentan en el cuadro 1.

Cuadro 1. Indicadores de Calidad.

Política de Calidad	Objetivos Relacionados con la Política de Calidad	Indicador	Cálculo	Meta	Responsable análisis de datos	Frecuencia
Satisfacer las necesidades y expectativas de salud de nuestros usuarios de la patología de Insuficiencia Renal, siempre en la conservación de su integridad física y emocional, mejorando continuamente nuestros servicios con profesionalismo y calidad humana.	Brindar al usuario una atención oportuna de acuerdo a sus necesidades y expectativas.	Oportunidad en la prestación de los servicios.	$No. = \sum \text{número de días x usuarios transcurridos entre la solicitud del servicio y el momento en que se presta el servicio} / \text{total de usuarios atendidos al mes}$	<10	Coordinador de calidad	Mensual
		Usuarios atendidos con el menor retardo mayor de 2H en el proceso	No.=No. de usuarios atendidos con un retardo mayor de 2H en referencia y contrarreferencia de la patología.	50	Coordinador de calidad	Mensual
		Porcentaje tiempo de espera en confirmación de aceptación	$\% = ((\sum \text{del No. de días transcurridos entre la solicitud de hasta el momento en que se recibe}) / (\text{total de solicitud al mes})) \times 100$	>=80%	Coordinador de calidad	Mensual

	Mejorar el nivel de satisfacción de los usuarios	Porcentaje general de satisfacción del usuario	$\sum((\text{puntos obtenidos}/\text{puntos máximos totales}) \times 100\%) / \text{total de encuestas aplicadas.}$	$\geq 85\%$	Coordinador de calidad	Trimestral
		Satisfacción del usuario	Número de quejas recibidas	< 10	Coordinador de calidad	Trimestral
	Brindar una atención segura a los usuarios	Porcentaje de eventos adversos en referencia y contrarreferencia	$\% = (\text{No. de usuarios que presentaron eventos adversos}) / (\text{total de usuarios atendidos}) \times 100$	$\leq 10\%$	Coordinador de calidad	Mensual
	Lograr el mejoramiento continuo del Sistema de Gestión de Calidad	Nivel de cumplimiento del plan de acción.	$\% = ((\text{acciones implementadas}) / (\text{acciones planeadas})) \times 100$	$\geq 85\%$	Coordinador de calidad	Trimestral
		Nivel de ejecución de acciones correctivas y preventivas implementadas.	$\% = ((\text{No. A.P.} + \text{No. de A.C. cerradas}) / (\text{No. total de A.P.} + \text{A.C.})) \times 100.$	$\geq 80\%$	Coordinador de calidad	Mensual

5.4 Formatos propuestos para el desarrollo adecuado del procedimiento del Sistema de Referencia y Contrarreferencia para SOLSALUD EPS.

MODELO DE HOJA DE REFERENCIA DE PACIENTES
Requerimientos de Información para la referencia

1. IDENTIFICACION

Interconsulta ___ Remisión ___ Fecha _____
Nombre del Usuario _____
No. Documento de identidad _____
Régimen de Afiliación Subsidiado ___ Parcial ___ Total ___ Nivel ___
Contributivo ___ Cotizante ___ Beneficiario ___ Total de Semanas Cotizadas ___
Procedencia _____

2. MOTIVO DE LA CONSULTA Y ENFERMEDAD ACTUAL

3. ANTECEDENTES

4. HALLAZGOS AL EXAMEN FISICO

5. AYUDAS DIAGNOSTICAS

6. IMPRESIÓN DIAGNOSTICA

7. TERAPEUTICA ADMINISTRADA

8. MOTIVO DE REMISIÓN

FIRMA _____ R.M. o T.P. _____

ELABORO _____

MODELO DE HOJA DE CONTRAREFERENCIA DE PACIENTES
Requerimientos de Información para la Contrarreferencia

1. IDENTIFICACION

Fecha _____
Nombre del Usuario _____
No. Documento de identidad _____
Régimen de Afiliación Subsidiado ___ Parcial ___ Total ___ Nivel ___
Contributivo ___ Cotizante ___ Beneficiario ___ Total de Semanas Cotizadas ___

A: Dr.(a): _____ Servicio de: _____
De: Dr.(a): _____ Especialidad: _____
Institución: _____

ATENCION BRINDADA EN EL SERVICIO: _____

RESUMEN DE LOS HALLAZGOS CLÍNICOS, RADIOLÓGICOS O DE LABORATORIO:

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA:

CONDUCTA:

FIRMA _____ **R.M. o T.P.** _____

ELABORO _____

HOJA DE CONTROL DE CALIDAD DE LLAMADAS DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

MUNICIPIO	NOMBRE DEL USUARIO	DOCUMENTO DE IDENTIFICACION	SERVICIO SOLICITADO	FECHA Y HORA DE SOLICITUD	FECHA DE RESPUESTA	FUNCIONARIO RESPONSABLE	RESPUESTA DE LAS LLAMADAS

RESPUESTA DE LAS LLAMADAS

1. NO HAY CAMA
2. NO HAY CAMA, REQUIERE UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS
3. NO HAY CAMA EN AISLAMIENTO
4. NO HAY CAMA EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS
5. NO HAY CAMA, LLAMAR MAS TARDE
6. ACEPTAN EL PACIENTE
7. NO CONTESTAN
8. SOLICITAN LLAMAR MAS TARDE
9. NO HAY CONTRATO CON LA INSTITUCION
10. LINEA OCUPADA
11. REQUIERE ESPECIALIDAD QUE NO SE ENCUENTRA EN LA INSTITUCION
12. NO HAY ESPECIALISTA EL FIN DE SEMANA
13. REQUIERE EQUIPO CON EL QUE NO SE CUENTA
14. NO ESPECIFICA LA NO ACEPTACION DEL PACIENTE
15. NO HAY CONVENIO CON LA SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL
16. REQUIERE OTRO NIVEL DE ATENCION

6. CONCLUSIONES

- La colaboración de las personas que intervienen en el proceso de Referencia y Contrarreferencia de la patología de Insuficiencia Renal en al igual que los administrativos de la empresa SOLSALUD EPS fue parte fundamental en el desarrollo del presente trabajo.
- Conocer a fondo las normas de calidad ISO 9000 y su adaptación al sector de salud.
- Comprender la importancia de la calidad en la organización de las Instituciones.
- Deducir que un enfoque de trabajo basado en procesos caracterizados y estandarizados, permiten la prestación del servicio de una manera educada, obteniendo como resultado organizar recursos, tener una secuencia lógica del trabajo, cumplir objetivos con efectividad y evaluar el desempeño de los mismos.
- Toda organización independiente del sector al cual pertenezca, requiere de un direccionamiento estratégico y la socialización entre sus funcionarios, para alcanzar metas para la articulación de sus actividades y procedimientos.
- Para la realización del proceso de Referencia y Contrarreferencia no hay necesidad de hacerlo tan dispendioso si no al contrario minimizar los pasos para evitar “el paseo de la muerte”.
- Los formatos son una herramienta para el control y mejoramiento de los procesos siempre y cuando se manejen adecuadamente.

- Por medio de la estandarización del proceso de referencia y contrarreferencia de la patología de Insuficiencia Renal, y el diseño de los Indicadores de calidad la empresa SOLSALUD EPS, tendrá una mejora continua ya que será más fácil para la organización detectar las fallas o problemas en el mismo.

7. RECOMENDACIONES

- Se hace necesaria la ampliación de los convenios con otras instituciones prestadoras de salud de niveles superiores para la prestación del servicio de la patología de Insuficiencia Renal.
- Capacitar al personal encargado del adecuado diligenciamiento de los formatos de Referencia y Contrarreferencia y socializar con los mismos cada vez que se hagan modificaciones de estas herramientas.
- Aplicar los indicadores de gestión de calidad del servicio que se presta con el fin de mejorar los inconvenientes que se presentes en los mismos.
- Diligenciar adecuadamente la planilla de control de pacientes de Referencia y Contrarreferencia sobre todo la respuesta de no aceptación para mejorar la deficiencia del mismo.

8. BIBLIOGRAFICA

Pérez Fernández de Velasco J. Gestión de Calidad Orientada a los procesos. Madrid: Editorial Esic; 1999

López Carrizosa FJ. Planificación de la calidad con orientación en la gestión de procesos. Bogotá. ICONTEC; 2004

Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificación ICONTEC. ISO 9000: 2000. Guía para las empresas. Bogotá: ICONTEC 2001

Martín Castilla JI. Guías de apoyo a la calidad en la gestión pública local Guía 6 La gestión en por procesos en la administración local. Orientado al servicio público de la ciudadanía. 2006

Ley 100/1993 de 23 de diciembre, por la cual se crea el sistema de seguridad social integral.

Decreto 2759 del 11 de diciembre de 1991 Por el cual se organiza y establece el régimen de Referencia y Contrarreferencia

Ley 715 de 2001 capítulo IV, artículo 54. La red de servicios se organiza por grados entre sí mediante un sistema de referencia y Contrarreferencia. Provee las normas técnicas y administrativas con el fin de prestar Servicios de Salud al usuario acorde con sus necesidades, atendiendo los requerimientos de eficiencia y oportunidad.

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

Resolución 3047 de 2008 del Ministerio de la Protección Social. 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.

Revista Gerencia y políticas de Salud, U Javeriana
<http://www.javeriana.edu.co/biblos/revgpsalud.htm>

Revista Cubana de Salud Pública
<http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/HomRevRed.jsp?iCveEntRev=214>

Revista Administración en salud, Chile
<http://www.ias.uchile.cl/revista.php>

Revista Ciencias de la salud, U Rosario
<http://www.urosario.edu.co/medicina/CienciasSalud>

Colombia Médica, Universidad del Valle

Revista Facultad Nacional de Salud Pública, U de Antioquia

Revista de Salud Pública, U Nacional, Colombia

Revista Colombiana Salud Libre

<http://www.umi.com/pqdauto>

Revista Cubana de Administración de salud

<http://bibmed.ucla.edu.ve/cgi->

[win/be_alex.exe?Acceso=T070000006566/0&Nombrebd=bmucla](http://bibmed.ucla.edu.ve/cgi-win/be_alex.exe?Acceso=T070000006566/0&Nombrebd=bmucla)

Revista de Administración Sanitaria Siglo XXI

http://www.doyma.es/revistas/ctl_servlet?_f=7032&revistaid=261

Revista Calidad asistencial

http://www.doyma.es/revistas/ctl_servlet?_f=7032&revistaid=256

Gaceta sanitaria

http://www.doyma.es/revistas/ctl_servlet?_f=7032&revistaid=138

Revista Española de Salud Pública:

<http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1135->

[57272006000500012&script=sci_arttext](http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1135-57272006000500012&script=sci_arttext)

ANEXOS

ANEXO A. MANUAL OPERATIVO SOBRE EL RÉGIMEN DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

1. MARCO LEGAL

La nueva 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.

Dentro de la organización del sistema de salud, fundamentada en la ley 10 de 1990, se le otorgan atribuciones al Estado por intermedio del Ministerio de Salud para organizar y establecer el Régimen de Referencia y Contrarreferencia, (artículo primero ordinal m). La misma ley al determinar los regímenes contempla dentro de ellos el de Referencia y Contrarreferencia. (Artículo octavo, parágrafo).

El decreto No. 2759 de 1991 organiza y establece el Régimen de Referencia y Contrarreferencia.

La Ley 100 del 23 de diciembre de 1993, por la cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral, en sus disposiciones generales y como fundamento del sistema, especifica en el artículo 154, literal f que el estado debe intervenir en la organización de los servicios de salud en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad. En el artículo 159 se le garantiza a los afiliados la atención de urgencias en todo el territorio nacional y la escogencia de las Instituciones Prestadoras de Servicios y de los profesionales entre las opciones que cada Entidad Promotora de Salud ofrezca dentro de su red de servicios. El artículo 162 Plan Obligatorio de Salud, Parágrafo 5, establece para la prestación de dichos servicios que todas las Entidades Promotoras de Salud establecerán un sistema de referencia y contrarreferencia para que el acceso a los servicios de alta complejidad se realice por el primer nivel de atención, excepto en los servicios de urgencias.

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

En el artículo 43, competencias de los departamentos, establece en los numerales: 43.2.5. Concurrir en la financiación de las inversiones necesarias para la organización funcional y administrativa de la red de instituciones prestadoras de servicios de salud a su cargo. 43.2.7. Preparar el plan bienal de inversiones públicas en salud, en el cual se incluirán las destinadas a infraestructura, dotación y equipos, de acuerdo con la Política de Prestación de Servicios de Salud. 43.2.8. Vigilar el cumplimiento de las normas técnicas dictadas por la Nación para la construcción de obras civiles, dotaciones básicas y mantenimiento integral de las instituciones prestadoras de servicios de salud y de los centros de bienestar de anciano.

El artículo 44. Competencias de los municipios, establece en el párrafo del artículo 44.3.6.: Ningún municipio podrá asumir directamente nuevos servicios de salud ni ampliar los existentes y están obligados a articularse a la red departamental.

El artículo 65 define el contenido de los planes bienales de inversiones en salud, así: Las secretarías de salud departamentales y distritales prepararán cada dos años un plan bienal de inversiones públicas y privadas en salud, en el cual se incluirán las destinadas a infraestructura, dotación o equipos biomédicos que el Ministerio de Salud determine que sean de control especial. Estos planes se iniciarán con la elaboración de un inventario completo sobre la oferta existente en la respectiva red, y deberán presentarse a los Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud. Los Planes bienales deberán contar con la aprobación del Ministerio de Salud, para que se pueda iniciar cualquier obra o proceso de adquisición de bienes o servicios contemplado en ellos. No podrán realizarse inversiones en infraestructura, dotación o equipos, que no se encuentren en el plan bienal de inversiones en salud. Sin perjuicio de las sanciones administrativas a que hubiere lugar, la institución pública que realice inversiones por fuera del plan bienal, no podrá financiar con recursos del Sistema General de Participaciones el costo de la inversión o el de operación y funcionamiento de los nuevos servicios. Cuando las instituciones privadas realicen inversiones por fuera del plan bienal, no podrán ser contratadas con recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud. El plan bienal de inversiones definirá la infraestructura y equipos necesarios en las áreas que el Ministerio de Salud defina como de control de oferta. Las instituciones públicas o privadas que realicen inversiones en estas áreas no previstas en el plan bienal, serán sancionadas. Los gerentes y las juntas directivas de las instituciones públicas podrán ser destituidos por mala conducta y las instituciones privadas no podrán ser contratadas con recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

2. MARCO CONCEPTUAL

La actual política de salud con la implementación del Sistema General de Seguridad Social en Salud y en los procesos de descentralización de competencias y recursos, requieren el compromiso de las personas y las

instituciones para definir estrategias acordes a las necesidades locales que permitan mejorar la calidad de vida de sus habitantes.

Es necesario entonces definir y establecer las relaciones y coordinación entre las diferentes instituciones dentro del concepto técnico-administrativo de la red de servicios, lo cual se logra en buena parte mediante el desarrollo del Régimen de Referencia y Contrarreferencia.

Así mismo, el régimen tendrá una positiva incidencia en:

- La gestión eficiente del sector salud.
- La optimización de la infraestructura en salud.
- El fomento de una cultura de la salud y
- La facilidad, oportunidad y eficiencia para el acceso a los servicios de salud.

Se define el Régimen de Referencia y Contrarreferencia como el conjunto de normas técnicas y administrativas que permiten prestar adecuadamente al usuario el servicio de salud, según el nivel de atención y el grado de complejidad de los organismos de salud con la debida oportunidad, eficacia y eficiencia.

El Régimen se desarrollará teniendo como marco de referencia el contenido del decreto reglamentario No. 2759 del 11 de diciembre de 1991 y la Ley 715 del 21 de diciembre de 2001.

3. PROPÓSITO

Facilitar el acceso universal a los servicios de salud y la atención oportuna e integral a la comunidad de acuerdo con sus necesidades, mediante el desarrollo legal, técnico y administrativo del Régimen de Referencia y Contrarreferencia como un componente de la red de servicios, con la participación de los diferentes actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

4. OBJETIVOS

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.

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.

Incluir en el plan bienal de inversiones en salud, la infraestructura y dotación necesarias para el buen

funcionamiento del Régimen de Referencia y Contrarreferencia
Capacitar a la comunidad en los conceptos de Referencia y Contrarreferencia para que utilice en forma adecuada la red de servicios.

5. ESTRATEGIAS

Capacitación. Como elemento básico para el adecuado funcionamiento del 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.

Inclusión en el plan bienal de inversiones en salud, de la infraestructura, dotación y mantenimiento de los insumos necesarios para el buen funcionamiento del Régimen de Referencia y Contrarreferencia.

Participación comunitaria en la organización y desarrollo de la red de servicios y del Régimen 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.

6. FUNCIONES POR NIVELES DE ORGANIZACIÓN

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.

6.1 NIVEL NACIONAL

- Mantener actualizado el marco conceptual y jurídico del Régimen de Referencia y Contrarreferencia.
- Elaborar normas técnicas y administrativas conjuntamente con las entidades territoriales que permitan operativizar el Régimen.
- Liderar y participar en la formulación de planes, programas y proyectos que propendan por el desarrollo del Régimen de Referencia y Contrarreferencia.
- Participar en la organización de la red de servicios de salud del ámbito nacional.

- Generar mecanismos de coordinación intersectorial que faciliten el desarrollo del Régimen.
- Vigilar el cumplimiento de las normas y el desarrollo del Régimen.
- Evaluar el desarrollo del Régimen mediante determinación de indicadores por niveles.
- Prestar la asistencia técnica a las direcciones departamentales y locales para el desarrollo del Régimen.
- Promover la investigación en lo referente al Régimen de Referencia y Contrarreferencia.

6.2 NIVEL SECCIONAL

- Adecuar y adoptar las normas del nivel nacional para la implantación del Régimen.
- Desarrollar el proceso de implantación del Régimen, 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 de los diferentes regímenes que permitan y faciliten el desarrollo del Régimen de Referencia y Contrarreferencia.
- Participar en la elaboración, actualización y evaluación de las normas del Régimen.
- Determinar los indicadores requeridos en su nivel que permitan controlar, evaluar y asesorar la implantación del Régimen.
- Brindar la cooperación técnica horizontal requerida por otros niveles organizativos o de atención para el desarrollo del Régimen.
- Promover en su jurisdicción la investigación inherente al Régimen de Referencia y Contrarreferencia.
- Promover en la comunidad la adecuada utilización 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.

6.3 NIVEL LOCAL

- Adecuar y adoptar las normas que sobre el Régimen expidan los niveles nacional y seccional.
- Desarrollar e implantar el Régimen de Referencia y Contrarreferencia en su jurisdicción.
- Promover el fortalecimiento y articulación de los diferentes regímenes para facilitar el desarrollo del Régimen de Referencia y Contrarreferencia.
- Crear y desarrollar mecanismos de coordinación inter - institucional que permitan un eficiente desarrollo del Régimen, en su jurisdicción.
- Participar en la elaboración, evaluación y actualización de las normas del Régimen.
- Controlar, asesorar y evaluar el desarrollo del Régimen 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.

6.4 NORMAS TÉCNICAS Y ADMINISTRATIVAS

- 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.
- 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.

- El usuario antes de ser remitido de un organismo de salud debe ser previamente valorado clínicamente y evaluada la posibilidad de ser atendido por esa institución.
- La clasificación socio-económica por SISBEN y la afiliación a la seguridad social del usuario debe ser clara y hacerse en la institución referente.
- Todo usuario referido y contrarreferido, debe ir acompañado de la información necesaria mínima para brindarle una adecuada atención y manejo.
- 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 usuario remitido de urgencias debe ser atendido por la entidad receptora.
- 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.
- La institución referente debe comunicar previamente la referencia a la institución a la cual se va a remitir al 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 está en el organismo referente hasta que ingrese a la otra institución.
- La institución remitente debe asegurar el transporte del usuario referido y/o contrarreferido cuando el caso lo amerite.
- Todo usuario remitido de urgencia debe en lo posible ir acompañado por un agente de salud y por un integrante del núcleo familiar.
- Los usuarios atendidos por urgencias y cubiertos por el seguro obligatorio de accidentes que deban referirse y contrarreferirse se acogerán en lo dispuesto en los decretos que organizan y establecen el presente Régimen y la red de urgencias.

- Toda institución hospitalaria del subsector oficial de la salud debe prestar los servicios al usuario referido, según su capacidad de resolución.
- 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.
- Para la remisión de usuarios se debe utilizar en primera instancia las instituciones del subsector oficial, sin detrimento de los contratos establecidos, con las otras instituciones del subsector privado y de seguridad social.
- La contrarreferencia del usuario debe hacerse a su nivel de origen, y las indicaciones sobre su manejo se enviarán al organismo de salud más cercano a su sitio de vivienda o trabajo.
- En todo manejo de usuarios referidos y contrarreferidos, se deben respetar las pautas culturales y creencias de los diferentes grupos étnicos.
- Las entidades del subsector oficial que prestan la atención inicial de urgencias, remitirán al usuario cubierto por la seguridad social a la institución de salud correspondiente.
- Los organismos que soliciten apoyo tecnológico a otra institución, deben identificar y justificar la necesidad de transferencia de recursos, cumpliendo con las normas administrativas y fiscales.
- La información, para el desarrollo del Régimen de Referencia y Contrarreferencia deberá identificar y registrar variables mínimas, tales como:

En la Referencia:

- Identificación de la institución y el servicio referentes y de la institución a la cual se remite.
- Identificación completa del usuario incluyendo el tipo de seguridad social al cual pertenece.
- Diagnóstico presuntivo.
- Resumen de historia clínica incluyendo informe del resultado de las pruebas de ayuda diagnóstica realizadas.

- Motivo de la Referencia.
- Nombre del profesional responsable de la referencia.

Y en la Contrarreferencia variables como:

- Diagnóstico final.
- Pertinencia de la remisión.
- Resumen de historia clínica incluyendo informe del resultado de las pruebas de ayuda diagnóstica realizadas.
- Indicaciones sobre conducta a seguir con el paciente referido.
- Costo de la atención prestada.
- Nombre del profesional responsable de la atención prestada.
- Los prestadores de servicios de salud serán responsables del mantenimiento del parque automotor para el transporte de usuarios referidos y contrarreferidos.

8. INSUMOS

Las entidades territoriales por intermedio de las direcciones locales y departamentales, deben garantizar la disponibilidad de los insumos necesarios para el funcionamiento del Régimen de Referencia y Contrarreferencia, teniendo en cuenta los grados de complejidad en la prestación de los servicios.

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

8.1 Información.

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

- Hoja de remisión y contrarremisión con variables previamente definidas.
- Resumen de historia clínica.
- Bitácora de ambulancias con información mínima.
- Indicadores que permitan evaluar el desarrollo del Régimen.

8.2 Comunicaciones

- Todas las instituciones que conforman la Red de Servicios deben estar unidas por un sistema de telecomunicaciones.
- Se debe establecer una adecuada red de comunicación extrasectorial que garantice la prestación de servicios en forma oportuna y eficiente.

8.3 Transporte

- Todo centro de salud debe contar con vehículo de transporte.
- 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 Salud y contar con la licencia expedida por la respectiva dirección seccional.
- La entidad remitente deberá garantizar el transporte de usuarios y/o muestras biológicas dentro del Régimen de Referencia y Contrarreferencia 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 Contrarreferencia.

9. CONVENIO DOCENCIA - SERVICIO

Las direcciones seccionales y locales de salud deben involucrar en los convenios con las entidades formadoras de recurso humano en salud, todo lo relacionado con el Régimen de Referencia y Contrarreferencia.

Se deben desarrollar procesos de educación continua a todo el personal del área de la salud y a la comunidad para crear nuevas actitudes y comportamientos que faciliten el desarrollo del Régimen.

ANEXO B. LEGISLACIÓN SOBRE RED DE SERVICIOS DE SALUD

A continuación se registran los principales artículos de los decretos y leyes que regulan la Red de Servicios.

1. LEY 10 del 10 de Enero de 1990

Por la cual se reorganiza el Sistema Nacional de Salud

CAPÍTULO I. ASPECTOS GENERALES

ARTÍCULO 1. Servicio público de salud.

- c. Fijar conforme a lo señalado en la presente ley, los niveles de atención en salud y los grados de complejidad, para los efectos de las responsabilidades institucionales en materia de prestación de servicios de salud y, en especial, los servicios de urgencia, teniendo en cuenta las necesidades de la población y la cobertura territorial principalmente.
- l. Expedir las normas técnicas para la construcción, remodelación, ampliación y dotación de la infraestructura de salud.
- m. Organizar y establecer el régimen de referencia y contrarreferencia de pacientes, de los niveles de atención inferiores a los superiores y el régimen de apoyo tecnológico y de recursos humanos especializados que los niveles superiores deben prestar a los inferiores.

ARTÍCULO 3. Principios básicos.

- f. *Integración funcional.* Las entidades públicas o privadas que presten servicios de salud, concurrirán armónicamente a la prestación del servicio público de salud, mediante la integración de sus funciones, acciones y recursos, en los términos previstos en la presente ley.

CAPÍTULO II. ORGANIZACIÓN Y ADMINISTRACIÓN DEL SERVICIO PÚBLICO DE SALUD.

ARTÍCULO 5. Sector Salud. El sector salud está integrado por:

- 1. El subsector oficial, al cual pertenecen todas las entidades públicas que dirijan o presten servicios de salud y, específicamente:
 - a. Las entidades descentralizadas directas, o indirectas, del orden nacional.
 - b. Las entidades descentralizadas directas, o indirectas, del orden departamental, municipal, distrital o metropolitano, o las asociaciones de municipios.
 - c. Las dependencias directas de la nación o de las entidades territoriales.
 - d. Las entidades o instituciones públicas de seguridad social, en lo pertinente a la prestación de servicios de salud, sin modificación

- alguna de su actual régimen de adscripción.
- e. La Superintendencia Nacional de Salud que, a partir de la vigencia de la presente ley, es un organismo adscrito al Ministerio de Salud, dentro del marco de autonomía administrativa y financiera que le señala la ley, sin personería jurídica.
2. El subsector privado, conformado por todas las entidades o personas privadas que presten servicio de salud y, específicamente, por:
 - a. Entidades o instituciones privadas de seguridad social y cajas de compensación familiar, en lo pertinente a la prestación de servicios de salud.
 - b. Fundaciones o instituciones de utilidad común.
 - c. Corporaciones y asociaciones sin ánimo de lucro.
 - d. Personas privadas naturales o jurídicas.

ARTÍCULO 8. Dirección Nacional del Sistema de Salud. La Dirección Nacional del Sistema de Salud estará a cargo del Ministerio de Salud, al cual, por consiguiente, le corresponde formular las políticas y dictar todas las normas científico-administrativas, de obligatorio cumplimiento por las entidades que integran el sistema, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 4º.

Parágrafo. Para efectos de este artículo, se entiende por:

- a. Normas Científicas. El conjunto de reglas de orden científico y tecnológico para la organización y prestación de los servicios de salud.
- b. Normas Administrativas. Las relativas a asignación y gestión de los recursos humanos, materiales, tecnológicos y financieros.

Con base en las normas técnicas y administrativas se regularán regímenes tales como información, planeación, presupuestación, personal, inversiones, desarrollo tecnológico, suministros, financiación, tarifas, contabilidad de costos, control de gestión, participación de la comunidad, y referencia y contrarreferencia.

ARTÍCULO 9. Funciones de la dirección Nacional del Sistema de Salud.

- i. Coordinar las actividades de todas las entidades e instituciones del sector salud, entre sí, y con las de otros sectores relacionados, y promover la integración funcional.
- p. Establecer las normas técnicas y administrativas que regulan los regímenes de referencia y contrarreferencia de pacientes, así como el apoyo tecnológico en recursos humanos y técnicos a los niveles inferiores de atención.

ARTÍCULO 11. Funciones de la dirección Seccional del Sistema de Salud.

- k. Promover la integración funcional y ejercer las funciones que expresamente delegue el Ministerio de Salud.
- ll. Adaptar y aplicar las normas y programas señalados por el Ministerio de Salud, para organizar los regímenes de referencia y contrarreferencia, con el fin de articular los diferentes niveles de atención en salud y de complejidad, los cuales serán de obligatoria observancia para todas las

instituciones o entidades que presten servicios de salud en la respectiva sección territorial.

ARTÍCULO 12. Dirección local del Sistema de Salud.

- i. Promover la integración funcional.
- l. Aplicar los sistemas de referencia y contrarreferencia de pacientes, definidos por el Ministerio de Salud y la Dirección Nacional y Seccional de salud. Sin embargo, cuando los costos del servicio así lo exijan, podrá autorizar la celebración de contratos entre instituciones o entidades que presten servicios de salud, para establecer sistemas especiales de referencia y contrarreferencia.
- p. Cumplir las normas técnicas dictadas por el Ministerio de Salud para la construcción de obras civiles, dotaciones básicas y mantenimiento integral de instituciones del primer nivel de atención en salud, o para los centros de bienestar del anciano.

2. DECRETO No. 2759 del 11 de Diciembre de 1991

Por el cual se organiza y establece el régimen de referencia y contrarreferencia

EL PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA

En ejercicio de la facultad que le confiere la constitución política, artículo 334 y la ley 10 de 1990, artículo 1º. Literal M.

DECRETA

ARTÍCULO 1º. Del ámbito de aplicación. El Régimen de Referencia y Contrarreferencia es de obligatorio cumplimiento para las entidades del subsector oficial señaladas en el artículo 5º, numeral 1, literales a, b y c de la ley 10 de 1990, y para las del subsector privado con las cuales tenga el Estado contrato celebrado para la prestación de servicios de salud o que participen en las formas asociativas, dentro del proceso de integración funcional.

Las entidades a que se refiere el literal d) del numeral 1º del artículo 5º de la ley 10 de 1990, deberán aplicar las normas del Régimen de Referencia y Contrarreferencia en los términos que establece el artículo 4º de la citada ley.

ARTÍCULO 2º. De la definición. El Régimen de Referencia y Contrarreferencia, es el conjunto de normas técnicas y administrativas que permiten prestar adecuadamente al usuario el servicio de salud, según el nivel de atención y grado de complejidad de los organismos de salud con la debida oportunidad y eficacia

Parágrafo 1º. El Régimen de Referencia y Contrarreferencia facilita el flujo de usuarios y elementos de ayuda diagnóstica, entre los

organismos de salud y unidades familiares, de tal forma que se preste una atención en salud oportuna y eficaz.

Parágrafo 2º. Se entiende por Referencia, el envío de usuarios o elementos de ayuda diagnóstica por parte de las unidades prestatarias de servicios de salud, a otras instituciones de salud para atención o complementación diagnóstica, que de acuerdo con el grado de complejidad den respuesta a las necesidades de salud.

Se entiende por Contrarreferencia, la respuesta que las unidades prestatarias de servicios de salud receptoras de la Referencia, dan al organismo o la unidad familiar. La respuesta puede ser la contra-remisión del usuario con las debidas indicaciones a seguir o simplemente la información sobre la atención recibida por el usuario de la institución receptora, o el resultado de las solicitudes de ayuda diagnóstica.

Parágrafo 3º. El Régimen de Referencia y Contrarreferencia incluye las remisiones de usuarios o muestras biológicas, enviadas por los promotores de saneamiento, promotores de salud y otros agentes comunitarios tales como las parteras y los gestores de salud.

ARTÍCULO 3º. De la finalidad. El Régimen de Referencia y Contrarreferencia tiene como finalidad facilitar la atención oportuna e integral del usuario, el acceso universal de la población al nivel de tecnología que se requiera y propender por la racional utilización de los recursos institucionales.

ARTÍCULO 4º. De las modalidades de solicitud de servicios. Dentro del Régimen de Referencia y Contrarreferencia se dan las siguientes modalidades de solicitud de servicios:

1. **Remisión.** Procedimiento por el cual se transfiere la atención en salud de un usuario, a otro profesional o institución, con la consiguiente transferencia de responsabilidad sobre el cuidado del mismo.
2. **Interconsulta.** Es la solicitud elevada por el profesional o institución de salud, responsable de la atención del usuario a otros profesionales o instituciones de salud para que emitan juicios y orientaciones sobre la conducta a seguir con determinados usuarios, sin que estos profesionales o instituciones asuman la responsabilidad directa de su manejo.
3. **Orden de servicio.** Es la solicitud de realización de actividades de apoyo diagnóstico y/o tratamiento entre una institución y otra. Para lo anterior pueden referirse: Personas, elementos o muestras biológicas y productos del ambiente.
4. **Apoyo tecnológico.** Es el requerimiento temporal de recursos humanos, de dotación e insumos, de un organismo a otro, para contribuir a la eficiencia y eficacia en la prestación de servicios, de

conformidad con el principio de subsidiariedad, evitando así el desplazamiento de usuarios.

ARTÍCULO 5º. De la remisión en caso de urgencias. Las entidades públicas o privadas del sector salud, que hayan prestado la atención inicial de urgencias, deben garantizar la remisión adecuada de estos usuarios hacia la institución de grado de complejidad requerida, que se responsabilice de su atención.

Parágrafo. Las entidades del subsector oficial que hayan prestado la atención inicial de urgencias remitirán al usuario cubierto por la seguridad social, a la institución de salud correspondiente.

ARTÍCULO 6º. De la responsabilidad de la institución referente. La institución referente, será responsable de la atención del usuario o del elemento objeto de remisión, hasta que ingrese a la institución receptora.

ARTÍCULO 7º. De la responsabilidad del Nivel Central. Corresponde al Ministerio de Salud el diseño y la elaboración del manual de normas técnicas y administrativas, que permitan la implantación del Régimen de Referencia y Contrarreferencia en la respectiva red de servicios de salud con que cuente la entidad territorial; así como para el control, la evaluación y la asistencia técnica para el desarrollo del mismo.

ARTÍCULO 8º. De las funciones de las Direcciones Seccionales y Locales de Salud. Será responsabilidad tanto de las Direcciones Seccionales como locales de salud, el cumplimiento de las siguientes funciones relacionadas con el desarrollo del Régimen:

- 2 Desarrollar el proceso de implantación del Régimen de Referencia y Contrarreferencia en su jurisdicción territorial, de conformidad con las normas técnicas y administrativas expedidas por el Ministerio de Salud.
- 3 Dirigir, orientar y fortalecer la organización de la red de servicios de salud y de otros regímenes en su jurisdicción, que permitan la operatividad del Régimen de Referencia y Contrarreferencia.
- 4 Orientar el desarrollo de un sistema de control y evaluación del Régimen de Referencia y Contrarreferencia.
- 5 Determinar las necesidades de apoyo tecnológico de las entidades de mayor a menor grado de complejidad y de las instituciones de un mismo grado de complejidad entre sí.
- 6 Establecer convenios inter-institucionales que faciliten el desarrollo del Régimen de Referencia y Contrarreferencia.
- 7 Controlar y evaluar la eficacia de los servicios de salud en los organismos de su área de influencia, que permita orientar el flujo de usuarios y racionalizar el uso de los recursos.

ARTÍCULO 9º. Del pago de los servicios. El valor de los servicios que conlleva la atención de Referencia y Contrarreferencia de que trata el presente decreto, se cobrará de conformidad con los siguientes criterios:

1. El cobro de tarifas de servicios en las instituciones del sector oficial, se regirá por la clasificación socioeconómica que el usuario realice en la entidad remitora.
2. Los servicios a usuarios referidos por entidades con las cuales se han celebrado contratos de prestación de servicios, se facturarán de conformidad con las tarifas establecidas en dichos contratos.
3. Los costos de servicio de transporte serán asumidos por la entidad referente cuando se trate de usuarios sin capacidad de pago alguna.
4. Los costos por prueba de ayuda diagnóstica y/o tratamiento, los asumirá la entidad receptora cuando se trate de usuarios sin capacidad de pago alguna y a los restantes se les cobrará de acuerdo a su clasificación socioeconómica

Parágrafo. Los costos de ayuda diagnóstica y/o de atención, no cubiertos por los usuarios de conformidad con su capacidad de pago, que deban asumir las instituciones receptoras en la forma en que lo dispone el presente artículo, se financiarán con los aportes que efectúa la nación por concepto de situado fiscal y otros aportes o por las entidades territoriales.

ARTÍCULO 10º. De la subsidiariedad. Cuando las direcciones seccionales del sistema de salud asuman la prestación de servicios de primer nivel de atención que le corresponden a un municipio, podrán facturar y cobrar dichos servicios a la dirección local respectiva, de conformidad con lo establecido en los contratos de prestación de servicios celebrados para tal efecto, salvo los casos contemplados en el artículo 38 de la ley 10 de 1990.

ARTÍCULO 11º. De la complementariedad. Cuando las direcciones locales del sistema de salud asuman la prestación de servicios del segundo y tercer nivel que le corresponden a los departamentos, podrán facultar y cobrar dichos servicios a las direcciones seccionales respectivas, de conformidad con lo establecido en los contratos de prestación de servicios celebrados para tal efecto.

ARTÍCULO 12º. De la adecuación institucional. Las direcciones de salud y las instituciones prestatarias del servicio de salud deberán realizar los ajustes administrativos y técnicos, necesarios para asegurar el cumplimiento de lo dispuesto en el presente decreto.

ARTÍCULO 13º. De la vigencia. El presente decreto rige a partir de la fecha de su publicación.

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE

Dado en Santafé de Bogotá, D.C. a los 11 días del mes de Diciembre de 1991.

CÉSAR GAVIRIA TRUJILLO
Presidente

CAMILO GONZÁLEZ POSSO Ministro de Salud

3. LEY 100 del 23 de Diciembre de 1993

Por la cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral y se dictan otras disposiciones.

LIBRO SEGUNDO. EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD.

TÍTULO I. DISPOSICIONES GENERALES.

CAPÍTULO I. OBJETO, FUNDAMENTOS Y CARACTERÍSTICAS DEL SISTEMA.

ARTÍCULO 154. Intervención del Estado.

- f. Organizar los servicios de salud en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad.

CAPÍTULO II. DE LOS AFILIADOS AL SISTEMA.

ARTÍCULO 159. Garantías de los afiliados. Se garantiza a los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud la debida organización y prestación del servicio público de salud, en los siguientes términos:

2. La atención de urgencias en todo el territorio nacional.
4. 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.

CAPÍTULO III. EL RÉGIMEN DE BENEFICIOS.

ARTÍCULO 162. Plan Obligatorio de Salud.

Parágrafo 5. Para la prestación de los servicios del Plan Obligatorio de Salud, todas las Entidades Promotoras de Salud establecerán un sistema de referencia y contrarreferencia para que el acceso a los servicios de alta complejidad se realice por el primer nivel de atención, excepto en los servicios de urgencias. El Gobierno nacional, sin perjuicio del sistema que corresponde a las entidades territoriales, establecerá las normas.

ARTÍCULO 168. Atención inicial de Urgencias. La atención inicial de urgencias debe ser prestada en forma obligatoria por todas las entidades públicas y privadas que presten servicios de salud, a todas las personas, independientemente de la capacidad de pago. Su prestación no requiere contrato ni orden previa. El costo de estos servicios será pagado por el Fondo

de Solidaridad y Garantía en los casos previstos en el artículo anterior, o por la Entidad Promotora de Salud al cual esté afiliado, en cualquier otro evento.

CAPÍTULO IV. DE LA DIRECCIÓN DEL SISTEMA

ARTÍCULO 174. El Sistema General de Sistema General de Seguridad Social en Salud a Nivel Territorial. El Sistema General de Sistema General de Seguridad Social en Salud integra en todos los niveles territoriales, las instituciones de dirección, las entidades de promoción y prestación de servicios de salud, así como el conjunto de acciones de salud y control de los factores de riesgo en su respectiva jurisdicción y ámbito de competencia.

De conformidad con las disposiciones legales vigentes, y en especial la ley 10 de 1990 y la ley 60 de 1993 corresponde a los departamentos, distritos y municipios, funciones de dirección y organización de los servicios de salud para garantizar la salud pública y la oferta de servicios de salud por instituciones públicas, por contratación de servicios o por el otorgamiento de subsidios a la demanda.

...

La oferta pública de servicios de salud, organizada por niveles de complejidad y por niveles territoriales, contribuye a la realización de los propósitos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, a su organización y a su adecuado funcionamiento.

...

TÍTULO II. LA ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD.

CAPÍTULO I. DE LAS ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD.

ARTÍCULO 178. Funciones de las Entidades Promotoras de Salud.

6. Establecer procedimientos para controlar la atención integral, eficiente, oportuna y de calidad en los servicios prestados por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.

ARTÍCULO 184. De los incentivos para un mejor servicio. Con el fin de obtener calidad y eficiencia en la provisión de los servicios de salud contemplados por la ley, se aplicarán sistemas de incentivos a la oferta de servicios dirigidos al control de costos, al aumento de productividad y a la asignación de recursos utilizando criterios de costo-eficiencia. De la misma manera se aplicarán sistemas de incentivos a la demanda con el fin de racionalizar el sistema de referencia y contrarreferencia de pacientes, ampliar el conocimiento y manejo del sistema de parte de los beneficiarios y promover un servicio de mayor calidad al usuario.

4. DECRETO 1770 del 3 de Agosto de 1994

Por el cual se reglamentan parcialmente los artículos 13, 14 y 16 de la Ley 60 de 1993, en relación con la certificación de requisitos para la administración autónoma del Situado Fiscal para salud por parte de los departamentos, distritos y municipios, sus procedimientos y formalidades.

TITULO I. REQUISITOS, PROCEDIMIENTOS Y FORMALIDADES DE LOS DEPARTAMENTOS Y DISTRITOS.

CAPITULO VI. RED DE SERVICIOS

ARTICULO 24. *Red De Servicios.* De conformidad con el literal b) numeral 5, artículo 14 de la Ley 60 de 1993, los Departamentos y Distritos deberán acreditar la organización y funcionamiento de su red de servicios.

ARTICULO 25. *Formalidades Para Acreditar La Organización De La Red De Servicios.* Para efectos del cumplimiento del presente Decreto y sin perjuicio de lo que establezcan las normas posteriores, para acreditar el cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 24 del presente Decreto, los Departamentos y Distritos presentarán el diseño técnico de la red de servicios adoptado mediante acto administrativo de la Dirección Seccional o Local de Salud, teniendo en cuenta los criterios que establecen los siguientes artículos del presente capítulo.

ARTICULO 26. *Definición De La Red De Servicios.* Se entiende la red de servicios como un sistema que organiza la totalidad de los Servicios de Salud existentes en el ente territorial de tal manera que se garantice su funcionamiento dinámico y fluido con el único propósito de brindar una atención oportuna integral y humanizada al conjunto de los habitantes del Ente territorial.

ARTICULO 27. *Requisitos Técnicos.* El diseño de la red, aprobado por el respectivo acto administrativo deberá tener como mínimo lo siguiente:

1. Realizar un diagnóstico de la oferta de servicios, consistente en: Inventario institucional por niveles de atención que especifique la naturaleza jurídica de cada institución y área a servir, que incluya además un diagnóstico pormenorizado del recurso humano, técnico y financiero. Se sugiere la realización de una cartografía en donde se incluya de manera gráfica y didáctica los elementos del inventario de que trata este punto.

2. Realizar un diagnóstico de la demanda de servicios que incluya:

a) El diagnóstico epidemiológico con sus respectivos índices de salud, situación de saneamiento básico como alcantarillado, acueducto, disposición de excretas, plazas de mercado, mataderos, energía y teléfono; y situación ecológica en aspectos como de forestación, contaminación, manejo de desechos, entre otros;

b) El diagnóstico socioeconómico y cultural con sus respectivos índices demográficos. Se debe tener en este punto la relación de necesidades reales y necesidades sentidas con una descripción detallada de todas aquellas zonas en donde se presentan necesidades básicas insatisfechas (N.B.I.).

1. División en subregiones del Ente Territorial según criterios geográficos, sociales, culturales o económicos para facilitar la organización y funcionamiento de la red de servicios. Se sugiere realizar esta división utilizando sólo uno de los criterios mencionados, siempre que dicha división permita prever un mejor funcionamiento de la red de servicios para cumplir con el propósito a que se refiere la definición de la red de servicios.

2. Realizar una relación entre el diagnóstico de oferta y el diagnóstico de la demanda, prospectando los requerimientos de la red de servicios.

3. Realizar una descripción detallada de la disponibilidad, según criterios de calidad y cantidad de los siguientes subsistemas de apoyo:

a) Información, b) comunicación y transporte, c) Financiero, y d) Educación.

1. Jerarquización de las necesidades y problemas de salud, según:

a) Tasas de incidencia y prevalencia, tasas de morbimortalidad, estado presente de la transición epidemiológica del ente territorial y de las subregiones de que trata el numeral 3 de este artículo;

b) Estado presente de la realidad política, social y cultural del ente territorial y de las subregiones de que trata el numeral 3 de este artículo;

c) Relación de necesidades reales y necesidades sentidas de la población de acuerdo con el conjunto de la información obtenida en las diversas organizaciones que la comunidad tenga.

ARTICULO 28. *Cumplimiento Del Régimen De Referencia Y Contrarreferencia.* Para el cumplimiento de este artículo se tendrá en cuenta lo dispuesto en el artículo 27 del presente Decreto y el Decreto número 2759 de diciembre 11 de 1991.

ARTICULO 29. *Concepto Técnico.* La Dirección General para el Desarrollo de los Servicios de Salud del Ministerio de Salud o la dependencia que haga sus veces emitirá concepto técnico de viabilidad sobre la Red de Servicios de conformidad con los criterios establecidos en los artículos de que trata el presente capítulo.

5. 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 151, 288, 356 y 357 (Acto Legislativo 01 de 2001) de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros.

TITULO III SECTOR SALUD

CAPITULO I COMPETENCIAS DE LA NACIÓN EN EL SECTOR SALUD

ARTÍCULO 42. *Competencias en salud por parte de la Nación.*

Corresponde a la Nación la dirección del sector salud y del Sistema General de Seguridad Social en Salud en el territorio nacional, de acuerdo con la diversidad regional y el ejercicio de las siguientes competencias, sin perjuicio de las asignadas en otras disposiciones:

42.14. 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.

42.15. Establecer, dentro del año siguiente a la vigencia de la presente ley, el régimen para la habilitación de las instituciones prestadoras de servicio de salud en lo relativo a la construcción, remodelación y la ampliación o creación de nuevos servicios en los ya existentes, de acuerdo con la red de prestación de servicios pública y privada existente en el ámbito del respectivo departamento o distrito, atendiendo criterios de eficiencia, calidad y suficiencia.

42.19. Podrá concurrir en la financiación de las inversiones necesarias para la organización funcional y administrativa de la red de instituciones prestadoras de servicios de salud a su cargo.

CAPITULO II COMPETENCIAS DE LAS ENTIDADES TERRITORIALES EN EL SECTOR SALUD

ARTÍCULO 43. *Competencias de los departamentos en salud.* Sin perjuicio de las competencias establecidas en otras disposiciones legales, corresponde a los departamentos, dirigir, coordinar y vigilar el sector salud y el Sistema General de Seguridad Social en Salud en el territorio de su jurisdicción, atendiendo las disposiciones nacionales sobre la materia. Para tal efecto, se le asignan las siguientes funciones:

43.2. De prestación de servicios de salud

43.2.4. Organizar, dirigir, coordinar y administrar la red de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud públicas en el departamento.

43.2.5. Concurrir en la financiación de las inversiones necesarias para la organización funcional y administrativa de la red de instituciones prestadoras de servicios de salud a su cargo.

43.2.7. Preparar el plan bienal de inversiones públicas en salud, en el cual

se incluirán las destinadas a infraestructura, dotación y equipos, de acuerdo con la Política de Prestación de Servicios de Salud.

43.2.8. Vigilar el cumplimiento de las normas técnicas dictadas por la Nación para la construcción de obras civiles, dotaciones básicas y mantenimiento integral de las instituciones prestadoras de servicios de salud y de los centros de bienestar de anciano.

ARTÍCULO 44. Competencias de los municipios. Corresponde a los municipios dirigir y coordinar el sector salud y el Sistema General de Seguridad Social en Salud en el ámbito de su jurisdicción, para lo cual cumplirán las siguientes funciones, sin perjuicio de las asignadas en otras disposiciones:

44.3. De Salud Pública

44.3.6. Cumplir y hacer cumplir en su jurisdicción las normas de orden sanitario previstas en la Ley 9ª de 1979 y su reglamentación o las que la modifiquen, adicionen o sustituyan.

Parágrafo. Los municipios certificados a 31 de julio de 2001 que hayan asumido la prestación de los servicios de salud, podrán continuar haciéndolo, si cumplen con la reglamentación que se establezca dentro del año siguiente a la expedición de la presente ley. Ningún municipio podrá asumir directamente nuevos servicios de salud ni ampliar los existentes y están obligados a articularse a la red departamental.

CAPITULO III DISTRIBUCIÓN DE RECURSOS PARA SALUD

ARTÍCULO 49. Distribución de los recursos de la participación para la prestación del servicio de salud a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda.

Parágrafo 1º. Los recursos que corresponden a los servicios para atención en salud en el primer nivel de complejidad de los municipios que a 31 de julio de 2001 estaban certificados y hayan asumido la competencia para la prestación de los servicios de salud y continúen con ella en los términos de la presente ley, serán administrados por estos y la Nación se los girará directamente.

Para los municipios que a 31 de julio de 2001 estaban certificados, pero no habían asumido la competencia para la prestación de los servicios de salud, el respectivo departamento será el responsable de prestar los servicios de salud y administrar los recursos correspondientes.

Parágrafo 4º. Si por condiciones de acceso geográfico o funcional la población pobre por atender urbana y rural de los departamentos, distritos y municipios que hayan asumido la prestación del servicio de salud en forma directa, es remitida o demanda servicios de salud de otros departamentos o distritos; la entidad territorial responsable de la población remitida, deberá reconocer los costos de la prestación de servicios de salud a la red donde se presten tales servicios. El Gobierno en la reglamentación establecerá mecanismos para garantizar la eficiencia de esta disposición.

CAPITULO IV DISPOSICIONES GENERALES DEL SECTOR SALUD

ARTÍCULO 54. Organización y consolidación de redes. 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.

Parágrafo 1º. Para garantizar la efectiva organización y operación de los servicios de salud a través de redes, los planes de inversión de las instituciones prestadoras de salud públicas deberán privilegiar la integración de los servicios. Para el conjunto de servicios e instalaciones que el Ministerio de Salud defina como de control especial de oferta, las Instituciones Prestadoras de Salud, sean públicas o privadas, requerirán de la aprobación de sus proyectos de inversión por el Ministerio de Salud.

Parágrafo 2º. Defínase un plazo de cuatro (4) años después de la vigencia de la presente Ley para la evaluación de la vulnerabilidad sísmica de las instituciones prestadoras de servicios de salud. Una vez culminada la evaluación cada entidad contará con cuatro (4) años para ejecutar las acciones de intervención o reforzamiento estructural que se requieran de acuerdo a las normas que regulan la materia.

Parágrafo 3º. El Gobierno Nacional podrá otorgar préstamos condonables a las entidades territoriales con el fin de adelantar el programa de organización y modernización de redes, los cuales serán considerados como gastos de inversión del sector. Estos créditos no computarán dentro de los indicadores de solvencia y sostenibilidad de la Ley 358 de 1997, mientras la entidad que los reciba cumpla con los requisitos que el Gobierno Nacional establezca para su condonación. Para estos efectos, las rentas de la Participación para Salud, podrán ser pignoradas a la Nación.

ARTÍCULO 65. Planes bienales de inversiones en salud. Las secretarías de salud departamentales y distritales prepararán cada dos años un plan bienal de inversiones públicas y privadas en salud, en el cual se incluirán las destinadas a infraestructura, dotación o equipos biomédicos que el Ministerio de Salud determine que sean de control especial.

Estos planes se iniciarán con la elaboración de un inventario completo sobre la oferta existente en la respectiva red, y deberán presentarse a los Consejos

Territoriales de Seguridad Social en Salud. Los Planes bienales deberán contar con la aprobación del Ministerio de Salud, para que se pueda iniciar cualquier obra o proceso de adquisición de bienes o servicios contemplado en ellos.

No podrán realizarse inversiones en infraestructura, dotación o equipos, que no se encuentren en el plan bienal de inversiones en salud. Sin perjuicio de las sanciones administrativas a que hubiere lugar, la institución pública que realice inversiones por fuera del plan bienal, no podrá financiar con recursos del Sistema General de Participaciones el costo de la inversión o el de operación y funcionamiento de los nuevos servicios. Cuando las instituciones privadas realicen inversiones por fuera del plan bienal, no podrán ser contratadas con recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

El plan bienal de inversiones definirá la infraestructura y equipos necesarios en las áreas que el Ministerio de Salud defina como de control de oferta. Las instituciones públicas o privadas que realicen inversiones en estas áreas no previstas en el plan bienal, serán sancionadas. Los gerentes y las juntas directivas de las instituciones públicas podrán ser destituidos por mala conducta y las instituciones privadas no podrán ser contratadas con recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud.