



---

**PERTINENCIA DE LAS REMISIONES Y CONTRA REMISIONES  
GENERADAS EN LA RED ADSCRITA DE SERVICIOS DE SALUD DE LA  
CIUDAD DE MANIZALES CALDAS DURANTE EL AÑO 2013**

**Investigadores UAM**

**GERMÁN SÁNCHEZ CANO.**

**CARLOS ALBERTO PIEDRAHITA GUTIERREZ**

**Director de tesis:**

**DORA CARDONA RIVAS**

**UNIVERSIDAD AUTONOMA DE MANIZALES**

**FACULTAD DE SALUD**

**MAESTRIA EN SALUD PÚBLICA**

**MANIZALES, 2014**



**PERTINENCIA DE LAS REMISIONES Y CONTRA REMISIONES  
GENERADAS EN LA RED ADSCRITA DE SERVICIOS DE SALUD DE LA  
CIUDAD DE MANIZALES- CALDAS DURANTE EL AÑO 2013**

**Proyecto**

**CARLOS ALBERTO PIEDRAHITA GUTIERREZ**

Médico cirujano

**GERMÁN SANCHEZ CANO**

Médico cirujano

**Director de tesis:**

**DORA CARDONA RIVAS**

Licenciada en bacteriología y laboratorio clínico

Epidemióloga

Magister en desarrollo social y educativo

Doctora en ciencias sociales

**UNIVERSIDAD AUTONOMA DE MANIZALES**

**FACULTAD DE SALUD**

**MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA**

**MANIZALES, 2014**



## TABLA DE CONTENIDO

1. Presentación del proyecto .....	10
2. Resumen y palabras clave:.....	13
2.1 Introducción y objetivo: .....	13
2.2 Metodología: .....	13
2.3 Resultados: .....	13
2.4 Conclusiones: .....	14
2.5 Palabras clave: .....	14
3. Abstract .....	14
3.1 Key words: .....	15
4. Antecedentes del proyecto .....	15
5. Planteamiento de la pregunta .....	18
5.1 Problema de investigación y su justificación .....	18
5.1.1 Problemática nacional.....	19
5.2 Pregunta de investigación:.....	21
5.3 Justificación:.....	21
6. Objetivos .....	24
6.1 Objetivo general .....	24



6.2	Objetivos específicos.....	24
7.	Referente teórico:.....	25
7.1	Referencia Médica.....	25
7.2	Auto Referencia.....	25
7.3	Contra Referencia.....	26
7.4	Pertinencia Médica .....	26
7.5	Cadena de Transferencia .....	26
7.6	Capacidad Resolutiva .....	26
7.7	Triage.....	27
7.8	Niveles de Servicio de Atención en Salud .....	27
7.9	Sistema de atención en salud de Colombia .....	27
7.10	Referente o antecedentes históricos. ....	28
7.11	Referente Normativo .....	31
7.12	Red pública y privada de prestación de servicios de salud .....	35
7.12.1	Baja complejidad.....	36
7.12.2	Mediana complejidad. ....	36
7.12.3	Alta complejidad.....	37
7.13	Redes regionales de prestadores.....	38



7.14	Población objetivo de la red pública de hospitales.....	38
7.15	Nivel nacional: .....	39
7.16	Nivel seccional: .....	40
7.17	Nivel local: .....	40
7.18	Normas técnicas y administrativas .....	40
7.19	En la Referencia: .....	42
7.20	Diagnóstico Presuntivo.....	43
7.21	Motivo de la Referencia. ....	43
7.22	Insumos .....	43
7.22.1	Información: .....	43
7.22.2	Comunicaciones.....	44
7.22.3	Transporte.....	44
8.	Operacionalización de variables: .....	45
9.	Estrategia metodológica: .....	60
9.1	Tipo de investigación: .....	60
9.2	Población y muestra .....	60
9.3	Criterios de inclusión: .....	60
9.4	Criterios de exclusión:.....	60



9.5 Variables.....	60
10. Plan de recopilación de datos.....	61
10.1 Técnicas e instrumentos .....	61
10.2 Fuentes de información .....	61
10.3 Prueba piloto.....	61
10.4 Ordenamiento de los datos .....	62
10.5 Plan de análisis: .....	62
11. Consideraciones éticas .....	62
12. Resultados .....	63
13. Dependencia entre la pertinencia de las remisiones y las variables relacionadas con la atención en salud.....	81
13.1 Conclusión.....	82
14. Discusión de resultados.....	83
15. Conclusiones:.....	85
16. Recomendaciones: .....	86
17. Glosario.....	87
18. Anexos .....	89
19. Referencias bibliográficas.....	90

## Índice de tablas

Tabla 1. Camas de la red prestadora _____	35
Tabla 2 Camas del primer nivel de la red prestadora _____	36
Tabla 3 Camas de mediana complejidad. _____	37
Tabla 4 Camas de alta complejidad. _____	38
Tabla 5 Operacionalización de variables _____	45
Tabla 6 Total de remisiones, pacientes remitidos que coincidieron el diagnóstico de remisión con el de recepción. _____	63
Tabla 7 Total de remisiones, pacientes remitidos que coincidieron el diagnóstico de contra remisión o egreso. _____	64
Tabla 8 Principales especialidades solicitadas en pacientes remitidos de Assbasalud. _____	65
Tabla 9 Distribución de las remisiones por tipo de afiliación al Sistema de Seguridad Social. _____	66
Tabla 10 Distribución de las remisiones según causa, Assbasalud _____	67
Tabla 11 Distribución de las remisiones según oportunidad o plazo para la atención del paciente en la institución receptora, Assbasalud. _____	67
Tabla 12 Distribución de las remisiones según gravedad, Assbasalud _____	68
Tabla 13 Distribución de la pertinencia de las remisiones, Assbasalud. _____	69
Tabla 14 Distribución de las remisiones por sitio de destino, Assbasalud. _____	70
Tabla 15 Distribución de las remisiones según causa de evitabilidad en Assbasalud. _____	71
Tabla 16 Distribución de especialidad solicitada, según genero de las remisiones de Assbasalud _____	72
Tabla 17 Distribución de la procedencia de las remisiones _____	72

Tabla 18 Distribución de las remisiones según régimen de seguridad social del paciente y sitio de destino _____	73
Tabla 19 Distribución según especialidad solicitada y oportunidad de la atención del paciente en Assbasalud _____	73
Tabla 20 Distribución según causa de remisión y oportunidad de la atención del paciente en Assbasalud _____	74
Tabla 21 Distribución de las remisiones pertinentes según especialidad solicitada. _____	75
Tabla 22 Distribución de la oportunidad de la remisión, en términos del plazo en que debieron ser atendidos los pacientes donde coincidió el diagnóstico inicial con el de recepción. _____	76
Tabla 23 Distribución de la causa de la remisión, en los pacientes donde coincidió el diagnóstico de contra remisión o egreso con el diagnóstico de remisión. _____	77
Tabla 24 Distribución de las remisiones pertinentes, según su oportunidad o plazo para la atención de los pacientes remitidos de Assbasalud. _____	78
Tabla 25 Definición de las remisiones que se lograron remitir de Assbasalud. _____	78
Tabla 26 Distribución de la remisión según disponibilidad de camas, por régimen de seguridad social _____	79
Tabla 27 Distribución de las remisiones que tuvieron disponibilidad de camas de manera inmediata. _____	79
Tabla 28 Distribución de disponibilidad de camas por causa de remisión, Assbasalud _____	80
Tabla 29 Dependencia entre la pertinencia de las remisiones y las variables relacionadas con la atención en salud. _____	81



### Información general del proyecto

#### Resumen ejecutivo:

<b>Título:</b> pertinencia de las remisiones y contra remisiones generadas en la red adscrita de servicios de salud de la ciudad de Manizales- Caldas durante el año 2013		
<b>Investigador Principal:</b> German Sánchez Cano, Carlos Alberto Piedrahita Gutiérrez		
<b>Nombre del programa Académico:</b> Maestría Salud Pública cohorte 1		
<b>Nombre del asesor o tutor:</b> Dora Cardona Rivas		
<b>Correo electrónico responsable:</b> karlpi23@hotmail.com, german.sanchez@manizales.gov.co		
<b>Teléfono:</b> 3146788678		
<b>Dirección de correspondencia:</b> karlpi23@hotmail.com		
<b>Nombre de los Grupos de Investigación:</b>		<b>Total de Investigadores</b> (2)
<b>Lugar de Ejecución del Proyecto:</b> <b>Ciudad:</b> Manizales	<b>Departamento:</b> Caldas	
<b>Duración del Proyecto (en meses):</b> 6 Meses		
<b>Tipo de Proyecto:</b> Investigación Básica: <b>X</b>	Investigación Aplicada:	Desarrollo Tecnológico o Experimental:
Financiadores 1. financiador y monto \$ 10.425.000		

## 1. Presentación del proyecto

Ha existido un aumento gradual de la demanda de servicios de atención médica, en el Municipio de Manizales Caldas, la cual ha ido paralela al aumento también gradual, de la cobertura en el Sistema de Seguridad Social y de otros fenómenos de origen social que se presentan en nuestra zona geográfica.

El Municipio sufre a su vez una importante transformación epidemiológica, que debe conllevar a generar acciones estratégicas, para aumentar, no solo la cantidad, sino la calidad de los servicios de salud ofertados a la población y a adaptarse a las necesidades que demanden dichos cambios demográficos.

La Referencia y Contra referencia del Sistema de Seguridad Social, está contemplada como un Régimen y está definido como, “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...” (1).

La referencia al cumplir con los anteriores precedentes, garantiza la calidad, accesibilidad, oportunidad, continuidad e integralidad de los servicios de salud, la referencia debe estar acorde a una adecuada red de servicios ofertadas por las EPS y que se encuentra siempre bajo la vigilancia y control, de los Sistemas Obligatorios de Garantía de la Calidad en salud de los entes territoriales.

La referencia es entonces el traslado, envío de pacientes, elementos de ayuda diagnóstica, de un prestador de servicios de salud, a otro, que pueda ser un complemento diagnóstico, o para que se preste una atención por lo general, con unas condiciones superiores de resolución a las que ofrecía el ente remitente, dicha remisión ,o derivación de un paciente de un centro de menor complejidad o capacidad para resolver una situación determinada, a uno de menor ,igual o mayor complejidad en lo que tiene que ver con los diagnósticos, asistencia y/o tratamientos ,se da por que los recursos existentes en ese primer nivel de atención, no satisfacen las necesidades por las cuales esa persona ha consultado, bien porque de su atención se han generado requerimientos especializados o porque hay necesidad de apoyos tecnológicos ,carentes en dicho nivel.(1)

A su vez, la contra referencia es la respuesta que el prestador de servicios de salud receptor de la referencia, da al prestador que remitió. La respuesta puede ser la contra remisión del paciente con las debidas indicaciones a seguir, o simplemente la información sobre la atención prestada al paciente en la institución receptora, o el resultado de las solicitudes de ayudas diagnósticas.

La contra remisión o contra referencia es pues, la ruta que siguen los pacientes en sentido contrario, con la información que ha sido emitida por el ente receptor, hacia el nivel de remisión original, pudiendo ser también referencia, la remisión que se da desde un alto nivel, a uno más bajo, para mantener cuidados mínimos o básicos, con el fin de disminuir la carga ocupacional de dichos niveles o para disminuir costos de atención.(1)

La Referencia y Contra referencia, se convierte en una estrategia administrativa asistencial que permite un flujo correcto, adecuado y oportuno de pacientes, entre los diferentes niveles de complejidad y que se encuentra justificado a partir de un correcto diagnóstico médico inicial, del profesional remitidor.

En Manizales, Assbasalud, institución de primer nivel de atención, cubre un alto porcentaje de la misma, Assbasalud ESE, realiza la atención de 94.000 usuarios, de los cuales, 86.500 son del Régimen Subsidiado y 7.500 usuarios, son de la llamada población pobre no afiliada, (antes llamados vinculados).

Durante el año 2013, Assbasalud reportó como realizadas las siguientes actividades:

Consulta médica general externa 114.998, consulta médica general prioritaria 14.330, consulta médica de urgencias 52.963, consulta médica general hospitalaria 12.875, consulta médica general domiciliaria 1894.

Para un total de consultas médicas de 197.050.

Consulta Odontológica y actividades de salud oral 174.945

Controles de Enfermería 30.711. Asistencia intrahospitalaria por Enfermería 11.651. Atención domiciliaria por Enfermería 17.

Consulta Psicología 2.175. Total otras consultas, 44.554.

Administración de tratamientos 252.578, que sumadas a otras actividades, dieron un gran total de, 1.244.190. (2)

Más del 50% de la población que requiere ser remitida, es atendida inicialmente por alguna IPS de Assbasalud. (3)

A la vez, según diferentes informes de la DTSC, está documentado un déficit de camas según la población existente. Se ha presentado déficit económico y barreras administrativas, que ha conllevado a gran cantidad de remisiones no pertinentes y a la congestión en los niveles de mayor complejidad. El CRUE, según el artículo 18 del decreto 4747 de 2007 (4), tiene como función la de organizar y coordinar la atención en salud de la población afectada por alguna emergencia, urgencia o desastre, en su área de influencia, en este caso Manizales, pero se ha demostrado su poca operatividad y funcionalidad en esta ciudad, elementos que en su gran mayoría conllevan a una inadecuada Referencia y Contra referencia.

En Manizales es conocido de todos la ausencia de un segundo nivel, ello se ha planteado ampliamente en foros y discusiones donde se ha debatido y diagnosticado el problema de salud en nuestro municipio, uno de estos foros fue realizado en el año 2008, realizado por la Asamblea Departamental, donde se reconoce como uno de los problemas importantes en nuestro medio, precisamente la carencia de segundo nivel de atención en salud, el cual, sumado a otros problemas, permite evidenciar serias debilidades en los componentes de nuestra red de servicios de salud, (5), lo anterior hace que los pacientes remitidos, deban pasar directamente a un tercero y hasta un cuarto nivel, generando éstos últimos un costo elevado para el sistema.

Este mismo fenómeno genera parte de la inequidad en la atención y en los accesos, creando barreras de tipo económicas y administrativas para las personas, que sumadas a barreras geográficas y de gasto de bolsillo, retardan la oportunidad de la atención, ya que es más lucrativo para las entidades prestadoras de servicios, atender y prestar los servicios de salud, a pacientes de regímenes diferentes al subsidiado o de la población vinculada.

Se suponía que haber reglamentado a través de la normatividad, el sistema de Referencia y Contra referencia, para el Sistema de Salud en el país, facilitaría el flujo de usuarios y elementos de ayuda diagnóstica, mejoraría la oportunidad en la atención, la eficacia y la integralidad del mismo, y a su vez garantizaría el acceso universal de la población, a todo el servicio integral de salud, sin que ella, la población usuaria, fuera ajena a la tecnología y las especialidades, aunado todo, a un uso racional de los recursos y pertinencia de las Remisiones y Contra remisiones.

## **2. Resumen y palabras clave:**

### **2.1 Introducción y objetivo:**

Determinar la pertinencia de las Remisiones y Contra remisiones generadas en la red adscrita de Servicios de Salud en la ciudad de Manizales- Caldas durante el año 2013. Caracterizar las remisiones, según oportunidad de la atención, disponibilidad de camas, uso de cama hospitalaria y criterios de gravedad de la remisión, en términos de necesidad, sitio o institución remitente y receptora.

### **2.2 Metodología:**

Se realizó un estudio de tipo descriptivo transversal, tomando como fuente inicialmente la IPS del primer nivel de atención, que tenía servicio de urgencias, con mayor cobertura en la ciudad y luego se incluyeron las IPS de los niveles de complejidad superior, a los cuales fueron remitidos los usuarios, utilizando para este estudio, variables que permitieron establecer y considerar las decisiones acerca de la pertinencia del Régimen de Referencia y Contra referencia. Se revisaron la totalidad de historias clínicas, de las personas que acudieron al servicio de urgencias de la IPS del primer nivel, durante el año 2013, que fueron remitidas a otro nivel de complejidad. Analizando los RIPS del año en mención, se encontró que se remitieron 260 personas.

### **2.3 Resultados:**

El 46 % de las remisiones no fueron pertinentes en la decisión médica. El 53,1 % de las remisiones, solicitaron especialidades ofertadas, en su gran mayoría, por un segundo nivel de complejidad, como son Ginecobstetricia, Medicina Interna, Pediatría, Cirugía General, el 43.8% de las remisiones de Assbasalud, demandaron especialidades de tercer nivel de complejidad y 3.2% demandaron especialidades o servicios de cuarto nivel de complejidad.

La especialidad más demandada en el rango de edad de 19 a 59 años es Psiquiatría con un 37,4% de demanda. La especialidad más demandada en los mayores de 60 años es la Medicina Interna, y representó el 30 %. El 67,3 % de las remisiones, según la causa de la

misma, fue el requerimiento de tratamiento y valoración por especialista, la segunda causa de remisión, fue la interconsulta con un 16,9 %, la tercera causa de remisión, fue la necesidad de intervención quirúrgica con un 6,2%. En el 45% de todas las solicitudes de remisión no contaron con la disponibilidad de cama inmediata.

## **2.4 Conclusiones:**

Los problemas en la decisión de la remisión y el alto porcentaje de remisiones no pertinentes, evidenciaron la congestión del tercer nivel y la ausencia de un segundo nivel en la ciudad de Manizales, también la no pertinencia de las remisiones, es el resultado de poca capacidad resolutive del talento humano en el sector salud, adicionalmente la no pertinencia de las remisiones, es el resultado de evadir la responsabilidad médica y legal ante tantas demandas médicas. Otro hallazgo de resaltar, es el que tiene que ver con la disponibilidad de camas dependiendo del régimen de seguridad social donde esté afiliado el usuario, debemos resaltar la falta de oportunidad a la hora de solicitar una interconsulta, la poca oportunidad para los pacientes mayores de 60 años, debido a la cronicidad de la enfermedad en Manizales, a la que se suma la inversión de la pirámide poblacional.

## **2.5 Palabras clave:**

Remisión, pertinencia, disponibilidad de camas, gravedad, oportunidad.

## **3. Abstract**

Determine the appropriateness of referrals and referrals generated against the attached network health services in the city of Manizales Caldas during 2013. Characterizing referrals, according timeliness of care, bed availability, use of hospital beds and criteria severity of remission in terms of need, site or sender and recipient institution. A transversal study was conducted descriptive. All medical records of people who came to the emergency department of the IPS at the first level, during 2013, which were referred to another level of complexity were reviewed. RIPS analyzing the year in question, it was found that 260 people were sent.

46% of referrals were not relevant to the medical decision. 53.1% of referrals, requested specialties offered, mostly for a second level of complexity, as Gynecology, Internal Medicine, Pediatrics, General Surgery, are 43.8% of referrals Assbasalud demanded tertiary

specialties complexity, and 3.2% of services demanded specialties fourth level of complexity.

Problems in the decision of remission and the high percentage of irrelevant references, showed the third level congestion and the lack of a second level in the city of Manizales, also the irrelevance of referrals is the result of poor decision-making capacity of human resources in the health sector, further the irrelevance of referrals is the result of avoiding medical and legal responsibility for many medical claims.

### **3.1 Key words:**

Remission, relevance, availability of beds, severity, timing.

## **4. Antecedentes del proyecto**

Han sido pocos los autores que han investigado este tema que planteamos como trabajo de investigación en nuestro medio, de los cuales es relevante referenciar los trabajos realizados por:

Erika Ramírez Buelvas y Nirlis Viviana Guzmán en 2012. (6) Evaluación del Sistema de Referencia Contra Referencia, en el Servicio de Urgencias de la Empresa Social del Estado, Hospital Local de Arjona ,realizado para la Universidad de Cartagena.

Otro trabajo referente es el de Lleana Vargas Umaña MSHS y Alcira Castillo Martínez. Caja Costarricense del Seguro Social, titulado, Causas de referencia médica del primer nivel de atención a otros de mayor complejidad. Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS) 1998-1999 .Gerencia de la Modernización de la CCSS .Costa Rica. (7)

El objetivo de éste estudio fue investigar algunos de los determinantes en la gestión de las referencias originadas desde el primer nivel de atención, hacia los niveles de mayor complejidad en el Sistema de Servicios de Salud.

Los datos obtenidos en el estudio y el análisis, sugieren dos interrogantes .El primer interrogante fue: ¿Está el primer nivel de atención, de cada una de las regiones, gestionando eficazmente su capacidad resolutoria?

El segundo interrogante que surgió fue: ¿Se gestionan correctamente y con precisión las referencias del primer nivel de atención, hacia otros niveles?

En relación con ésta investigación, los resultados indicaron problemas de diligenciamiento de la referencia, que podrían interferir con el buen funcionamiento del sistema y con la atención del paciente. Como ejemplos nos traen, datos no legibles para una comunicación eficiente, abreviaturas no convencionales, que no pueden ser reconocidas por el personal médico, terminología poco adecuada entre otros. (7)

Al final, se destacó que uno de los aspectos más importante que se desprendió del estudio, fué la necesidad de concientizar y capacitar al personal médico, sobre la importancia del diligenciamiento correcto de la hoja de referencia, dada su relevancia como enlace entre los diferentes niveles del sistema, la continuidad de la atención y el carácter médico legal.

Referenciamos ésta investigación, en vista de la similitud que existe con los objetivos aquí planteados, recalcando el carácter mundial del tema.

Otra investigación que relacionamos , es la de García Gómez et al (2004). “Efectividad del Proceso de Remisiones Médicas en Servicios de Urgencia”. Hospital Provincial “Dr. Gustavo Aldereguía Lima”. Cuba. (8) El objetivo de esta investigación fue “Evaluar la efectividad del proceso de remisiones médicas”.

Esta investigación concluyó, que: “Existen deficiencias en el proceso de remisiones médicas al servicio de urgencia.

Otro trabajo traído a colación fue el de Valencia et al (2007). “Acceso a los Servicios de Urgencias en Medellín, 2006”. Facultad Nacional de Salud Pública. Universidad de Antioquia. Medellín, Colombia. (9) En ésta investigación el objetivo general fue “Describir el acceso y la oportunidad de la atención de las urgencias médicas en Medellín, 2006”.

Estos investigadores concluyeron, que: “En los servicios de urgencias de Medellín existían barreras de acceso. El acceso inadecuado de acuerdo al tipo y gravedad de la urgencia y la deficiente articulación de los niveles de atención, indicó la necesidad de una red de urgencias en la ciudad” (9) Esta investigación hizo referencia a la importancia de que cada nivel resuelva los problemas de salud según su complejidad y se establezcan mecanismos de articulación entre los servicios de urgencias, mediante una red de urgencias, la cual podría contribuir a un buen manejo de los pacientes en los niveles de atención primaria, disminuir las consultas en los servicios de urgencias y agilizar las distintas etapas de atención médica.

Otra investigación como la de Ochoa, Dairo et al (2012) Auditoría a los procesos de referencia y contra referencia en el Hospital Público Departamental (Nivel III y IV). Barranquilla. Universidad del Norte ,Diplomado en Auditoría Médica. Cuyo objetivo

principal fue desarrollar una auditoría a los procesos de referencia y contra referencia de pacientes que tienen lugar en un Hospital público departamental, como receptor de la red de prestación de servicios, contemplada en el SGSSS y el SOGC, con base en los criterios de la calidad, oportunidad y ventaja estratégica para la entidad y sus usuarios. La investigación mostró que la red de hospitales públicos del Atlántico, presentaba serias fallas en materia de referencias y contra referencias, dado que su nivel de integración era bastante bajo y hacía falta abordar su mejoramiento, con base a la ampliación de la capacidad técnica, operativa y financiera, para atender adecuadamente el conjunto de instituciones de referencia que dependían de él. (10)

La investigación arrojó que la mayoría de los procesos correspondientes a los servicios de urgencias de la ESE, se encontraban sobredimensionados o subutilizados, como consecuencia de la carencia de plan de trabajo estratégico, que permitiera el mejoramiento de los circuitos de atención con base en la eficacia y efectividad de los recursos. (11).

Esta investigación de referencia, describió la necesidad de integrar los servicios de urgencias, con las demás instancias de atención de los usuarios, en particular cuando se trata de la urgencia que sea el primer eslabón del sistema de referencia y contra referencia de pacientes.

Acosta, Raúl (2006) en su trabajo: Auditoría de los procesos de atención de urgencias y remisión de pacientes en la Clínica CES de Medellín .Medellín. Universidad de Antioquia, Facultad de Administración. Cuyo objetivo fue realizar una auditoría administrativa y financiera de los procesos de atención de urgencias y remisión de pacientes en la Clínica CES de Medellín, donde concluyeron sobre las carencias de la IPS en materia de atención de urgencias, al no estar habilitado debidamente su sistema de referencia de pacientes (12).

En el trabajo de investigación, Cumplimiento por parte de los usuarios de los servicios de salud de la remisión y contra remisión entre los tres niveles de atención en Bucaramanga. Muñoz, Lucila y Carreño, Patricia et al en 1989(13) mostraron un aumento en la utilización del nivel II como nivel de referencia para los centros de salud, una retención de pacientes en los niveles II y III, con controles que bien pudieran realizarse en un nivel inferior el cual es subutilizado. Como conclusión refirieron que el sistema de remisión y contra remisión era necesario y esencial, para lograr un uso racional de las instituciones de salud, donde se hacía importante una buena comunicación con el usuario y la información que se le dé.

Silberman, Martin y Etchegoyea, Graciela en su trabajo Optimización del proceso de referencia contra referencia entre niveles de atención de la salud .Universidad Nacional de la Plata ,Facultad de Ciencias Médicas .Documento de Maestría(14).Los resultados de esta investigación determinaron que el orden de atención y priorización en el segundo nivel, evitaron largas esperas en el servicio hospitalario, y a la vez la promoción y utilización del primer nivel de atención garantizó mayor jerarquía y poder de resolución de patologías, logrando disminuir las barreras administrativas a la atención de la población, por

disminución del número de trámites, aumento de la eficacia de las derivaciones, optimización de la comunicación entre los diferentes niveles.

García, Cecilia SCARE División Científica en su escrito Sistema de Referencia y Contra referencia un viacrucis (15) reveló las anomalías que se presentaron en la remisión de pacientes de un nivel de menor complejidad a uno de mayor complejidad, evidenció una cadena de fallas en la misma, la inoportunidad de la remisión, las barreras administrativas, las fallas de los entes de vigilancia y control entre otros.

Es claro con los antecedentes ya mencionados, que es poca la información e investigación de éste tipo que se ha realizado en nuestro país y a nivel internacional, esta escasez de literatura demarca la importancia y pertinencia de aplicarla en nuestro medio.

## **5. Planteamiento de la pregunta**

### **5.1 Problema de investigación y su justificación**

Desde 1975, con la creación del Sistema Nacional de Salud, reglamentado por Decreto 056 del mismo año, (19) se planteó la necesidad de integrar a las instituciones de salud, permitiendo el acceso, de acuerdo a los niveles de complejidad de la población que lo solicitaran.

La ley 10 de 1990 (20) dio paso a la forma, de cómo se accedería a los niveles superiores de salud, determinando como entrada al sistema, el primer nivel y estableciendo el “Régimen de Referencia y Contra Referencia” de pacientes según órdenes de servicios, personas y otros recursos. (1)

Hace más de quince años el sector salud en Colombia, viene experimentando transformaciones normativas, en cuanto a los sistemas de salud, como es la descentralización, financiación y organización de los servicios, esto ha permitido la separación de roles dentro del sistema, para generar un distanciamiento de los mecanismos de regulación y control y la creación de múltiples grupos de aseguradores y prestadores que causan una atomización del sector.

En este sentido, se ha planteado la necesidad de crear “redes de atención”, como mecanismos de integración de los distintos actores del Sistema de Salud, la cual está soportada en un criterio normativo que tiene su origen en la Ley 715 de 2001, que estableció la prestación de servicios de salud con criterios de red y faculta a los entes departamentales como administradores de la misma. (21)

De igual forma, es el criterio estratégico en la orientación de los servicios de salud, el que plantea la necesidad de articular las diferentes instituciones, según funciones dentro del sistema y según los niveles de complejidad tecnológica. Por ejemplo, en muchas ocasiones no basta con tener más y más camas de alto costo, sino garantizar los procesos, procedimientos y pertinencia de las remisiones, para evitar colapsar la red hospitalaria.

En Manizales, actualmente, existe la queja permanente por parte de los hospitales de alta complejidad, en el sentido que muchas de las remisiones recibidas, no se hacen de acuerdo a lo que promueve el sistema de Referencia y Contra Referencia, pues, carecen de pertinencia los motivos de remisión. A la vez los centros de primer nivel acusan de incompletas, poco claras e inoportunas las contra remisiones. Por tal razón, existen quejas del usuario por el mal servicio, de acuerdo a su problema de salud, cuando es remitido a niveles de mayor complejidad. Según reportes de la Secretaría de Salud del Municipio de Manizales el consolidado de quejas, reclamos y tutelas, mostró un total de 359 tutelas por atención de salud, de las cuales 315 fueron del régimen subsidiado, 12 de la población pobre no afiliada, y 32 del régimen contributivo en el año 2013. (22)

#### 5.1.1 Problemática nacional

En Colombia se han realizado múltiples diagnósticos sobre las entidades encargadas de prestar servicios de salud. Estudios como el realizado sobre la problemática hospitalaria, en 1988 por la Previsora SA, el estudio Sectorial de Salud, los trabajos del anterior llamado Ministerio de Salud, hoy de la Protección Social, y del Departamento Nacional de Planeación, así como los del Centro de Gestión Hospitalaria y la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas, entre otros, han mostrado la problemática de los prestadores de servicios de salud.

El documento Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud, publicado por el Ministerio de Protección Social, en el año 2005, clasifica dicha problemática en dos grupos. Por un lado, los problemas acumulados que corresponden a situaciones que aún, antes del nuevo Sistema de Seguridad Social, se identificaron y continúan vigentes y por el otro, los problemas emergentes, que se presentan como consecuencia de las nuevas condiciones del Sistema de Salud colombiano, los cambios político-administrativos de los últimos años o por las modificaciones en la situación de salud de la población. Estos problemas son la base de las dificultades en la Referencia y Contra referencia, y se aplican en la red de servicios de Manizales tal como son mencionados en esta publicación (23)

Así, pues, los problemas del sistema de Referencia y Contra referencia, en muchas ocasiones, son causados por las barreras administrativas, el desconocimiento de la normatividad, la ausencia de camas, traumatismos administrativos, poca operatividad del

Centro Regulador de Urgencias y Emergencias, poca oportunidad en la atención, entre otras cosas, que afectan la eficiencia y pertinencia del sistema de Referencia y Contra Referencia y por lo tanto la efectividad de la atención de salud de una ciudad. Estos inconvenientes se convierten en una razón más para abordar el tema de la seguridad del paciente y mucho más, cuando se dan los llamados paseos de la muerte (24).

La situación actual de la red de servicios en la ciudad de Manizales, Caldas, refleja grandes problemas de orden asistencial y administrativo. Uno de los problemas se manifiesta, en la congestión de los niveles de atención de alta complejidad, sobre todo en el Hospital de Caldas SES y Santa Sofía; instituciones que deben soportar una gran demanda de pacientes, que requieren atención y de las cuales, una cantidad importante de estas remisiones, no son pertinentes para este nivel de complejidad.

La causa de estos problemas, se debe muchas veces, a la sub-utilización de los servicios de salud de los niveles locales o de baja complejidad de muchos municipios, diferentes a Manizales, los cuales se dedicaron a sobre-remitir, buscando ahorrarse recursos de la contratación por capitación, que se da en muchos hospitales de primer nivel de atención. Una prueba de tal falencia es el porcentaje de ocupación que, en su capacidad instalada en los hospitales de primer nivel del Departamento de Caldas, es del 30%. (25). Como efecto colateral, aparece un alto porcentaje de ocupación de las camas de tercer nivel y no disponibilidad de camas en el sistema de Referencia y Contra Referencia de la ciudad de Manizales, ocasionando la no oportunidad de una buena atención y un inadecuado flujo de pacientes, remitidos del primer nivel de Manizales (Assbasalud), hacia el tercer nivel de atención de salud en Manizales.

A los anteriores inconvenientes, se añade la ausencia de un segundo nivel de complejidad en Manizales. Según el informe de la Dirección Territorial de Salud de Caldas, en el año 2009 se reportó un déficit de 159 camas para el primer nivel, 610 para el segundo nivel y 435 camas para el tercer nivel. Sin embargo, a pesar de que es cierto que durante estos dos últimos años se han construido nuevos centros hospitalarios que garantizan más de 200 camas nuevas para la ciudad, se continúa con la dificultad día a día para la ubicación y remisión de los pacientes en la misma. A esto se le suma la ausencia de un verdadero segundo nivel que sea operativo y eficiente para las decisiones y que permita la ubicación de los pacientes del primer nivel, en un segundo nivel de atención directamente.

Ahora bien, al interior de la red de servicios del Departamento opera el Centro Regulador de Urgencias y Emergencias-CRUE-, que atiende las solicitudes de las diversas IPS que necesitan remitir sus pacientes hacia otras instituciones.

El CRUE, tiene como misión, fuera de facilitar y regular el movimiento de pacientes al interior de la red, garantizar la oportunidad y la pertinencia en la atención de los pacientes durante el proceso de remisión entre instituciones. Pero la realidad es que en Caldas, el CRUE es poco operativo, no tiene definida la red de todas las EPS que operan en el

departamento y carece de convenios para la ubicación de los usuarios de las EPS, como lo define el artículo 17 y 18 del Decreto 4747 del 2007. (4)

Las situaciones mencionadas tienen repercusiones trascendentales: El riesgo adicional a que se expone el paciente al retardarse su atención, el tratamiento, que en algunos casos puede ser vital y el desperdicio de tiempo y fondos, que implica para el sistema la atención de un paciente en un nivel inadecuado.

Así, pues, con la realización de este trabajo, se pretende documentar la pertinencia de las Remisiones y Contra remisiones en Manizales y de ésta manera obtener un referente para documentar y poner a disposición la información, a los diferentes actores del Sistema de Salud.

Los resultados de esta investigación quizá puedan complementarse, con los adelantos que se han hecho frente al tema en nuestro país, con el fin de que se pueda dimensionar la magnitud de la ocurrencia de eventos evitables, daños morales y físicos a pacientes y familias. También permitir emprender acciones de intervención de manera oportuna, en busca de mejorar la calidad de la atención a los usuarios y evitar que se continúe en el desconocimiento de la importancia y trascendencia de este tema a nivel nacional e internacional.

## **5.2 Pregunta de investigación:**

¿Cuál es la pertinencia de las remisiones y contra remisiones generadas en la red adscrita de servicios de salud de la ciudad de Manizales-Caldas durante el año 2013?

## **5.3 Justificación:**

La Constitución Política de Colombia (26), reafirma la potestad del estado para reglamentar y organizar, los niveles de atención en la prestación de los servicios de salud. En este sentido, la ley 100 de 1993 (27), 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. Esto fue ratificado por la ley 715 del 2001 (21) que define las competencias de los entes territoriales en relación con el Sistema de Salud y por decretos como el 2759 de 1991(1) y el 4747 del 2007(4) que definen el sistema de Referencia y Contra Referencia.

El Decreto 2759 de 1991 en su Artículo 2, “De la definición del Régimen de Referencia y Contra Referencia, se considera como un 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”. (1)

Para dilucidar aún más esto, el Parágrafo 1º considera: “El Régimen de Referencia y Contra Referencia 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”. (1)

En cuanto al decreto 4747 del 2007, en el capítulo I, artículo 3º, se define” el Sistema de Referencia y Contra Referencia como el conjunto de procesos, procedimientos y actividades técnicas y administrativas, que permiten prestar adecuadamente los servicios de salud a los pacientes, garantizando la calidad, accesibilidad, oportunidad, continuidad e integralidad de los servicios, en función de la organización de la red de prestación de servicios, definida por la entidad responsable del pago”. (4)

Ahora bien, el proceso de referencias médicas, es de suma importancia para el adecuado funcionamiento e interrelación de los diferentes niveles de atención. Por eso, la pertinencia de dicho proceso, debe estar determinada por una correcta evaluación de cada caso en particular, con el objetivo de remitir al paciente, cuando existan elementos o criterios, que justifiquen dicha remisión.

Cuando ocurre una emergencia es de suma importancia referir a los pacientes de forma oportuna cuando la patología lo requiera. Sin embargo, es imprescindible para el médico de la atención inmediata, diferenciar entre pacientes con y sin criterios de remisión, ya que cuando se equivoca, siempre hay consecuencias desfavorables y en muchas ocasiones, cuando se remite sin criterio, entorpece el trabajo de la entidad encargada de recepcionar la remisión, dada la dinámica con que se trabaja en los servicios de urgencia.

Aunque el marco conceptual de las investigaciones de servicios de salud, en cuanto a lo anterior, ha surgido gradualmente en los últimos años, su desarrollo comienza a materializarse a partir de la década de los setenta y desde entonces su ruta se ha dirigido a mejorar los servicios de salud.

El objetivo de las investigaciones de salud es ayudar a los administradores a lograr mayor eficiencia del sistema, a través de la identificación de los distintos problemas, así como la evaluación de los resultados para futuras proyecciones en ese sentido. De ahí la importancia que las remisiones y contra remisiones sean pertinentes para poder garantizar que los procesos y procedimientos del sistema de Referencia y Contra Referencia entre la atención del primer nivel, el segundo nivel y tercer nivel de complejidad, garanticen la accesibilidad, oportunidad e integralidad de la red.

En Colombia han sido realizadas diversas evaluaciones de sistemas de referencia y contra referencia, con resultados similares, que indican que el personal de salud involucrado no tiene una clara concepción acerca de la organización del mismo. (28)

Además, se hace evidente el uso ineficiente de los recursos del sistema, por la subutilización de los niveles inferiores y la congestión de los superiores (el mismo tiene solamente un porcentaje de ocupación del 30% en sus camas hospitalarias) (10). En las variaciones observadas en las tasas de remisión, diversos estudios demuestran la presencia y los efectos de factores clínicos y no clínicos en decisiones médicas. Tales variaciones expresan patrones diversos de pertinencia de prácticas relativamente frecuentes en los servicios de atención en salud. (29)

Adicional a esto se encuentra que en el Departamento de Caldas, especialmente en la ciudad de Manizales, todos los días existen más camas hospitalarias y nuevas IPS de tercer y cuarto nivel, con el fin y excusa, de atender la alta demanda de patologías de alto costo, secundarias a la transición demográfica que vive nuestro país y al aumento de patologías crónicas según el perfil epidemiológico de Caldas y Manizales.

Sin embargo, al evaluar la oportunidad en horas de recepción o recibo del remitido, la pertinencia en términos de necesidad, gravedad, oportunidad, disponibilidad de camas, sitio de la recepción de la remisión, se encuentra que el sistema de Referencia y Contra Referencia en la ciudad de Manizales, reporta quejas permanentes al sistema, pues, la Ley y las normas existentes para ser eficientes, no garantizan la pertinencia de éste y los Centros Reguladores de Urgencias, Emergencias y Desastres, existentes por parte de las EPS y la Dirección Territorial de Salud de Caldas, los cuales no son tan operativos y eficientes como deberían ser(25)

## **6. Objetivos**

### **6.1 Objetivo general**

1. Determinar la pertinencia de las Remisiones y Contra remisiones generadas en la red adscrita de Servicios de Salud en la ciudad de Manizales- Caldas durante el año 2013.

### **6.2 Objetivos específicos**

1. Caracterizar las remisiones según edad, sexo y afiliación al sistema general de seguridad social.
2. Identificar las causas de la remisión, gravedad, evitabilidad y especialización requerida a través de las remisiones.
3. Determinar la pertinencia de las remisiones y contraremisiones según coincidencia entre el diagnóstico inicial y el diagnóstico final de los pacientes remitidos y contra remitidos.
4. Caracterizar las remisiones, instituciones remitentes y receptoras, oportunidad de la atención y disponibilidad de camas hospitalaria

## 7. Referente teórico:

### 7.1 Referencia Médica

Según Ruelas et al, (2002) Lineamientos para la referencia y contra referencia de pacientes pediátricos de población abierta de la ciudad de México y área conurbada del estado Mexicano (16), la define como “el procedimiento utilizado para canalizar al paciente de una unidad operativa a otra de mayor capacidad resolutive, con el fin de que reciba atención médica integral”.

También García, Servén et al, (2006) Sistema de Referencia y Contra referencia, nos dice que la referencia es “la transferencia de la atención en salud de un paciente a otro profesional o institución, con la consiguiente transferencia de responsabilidad sobre el cuidado del mismo”. (17)

También es definida como “la derivación del paciente entre un establecimiento de menor capacidad resolutive, hacia otro de mayor, menor o igual complejidad en la asistencia, complementación diagnóstica o terapéutica, debido a que los recursos propios y disponibles de primera atención, no permiten dar respuesta a las necesidades del paciente, en especial cuando estas requieren la intervención de personal especializado y tecnología avanzada”. (17)

Su objetivo persigue articular los establecimientos de salud según niveles de atención y grados de complejidad, ofreciéndose al usuario los servicios de atención en un nivel de recursos y tecnologías, adecuada a sus necesidades, aplicando criterios de oportunidad, eficiencia y eficacia, para que de esta forma al nivel adecuado, llegue el paciente adecuado.

La referencia médica es un documento médico legal, mediante el cual se transfiere un caso clínico a otro centro de atención, donde dicho caso pueda ser resuelto. Existen varias formas de referencias, las cuales son enumeradas a continuación:

### 7.2 Auto Referencia

Según García, Servén et al, (2006), es la “Decisión personal del paciente de acceder a servicios que se le ofertan y recurrir a establecimientos, que le ofrezcan asistencia y confianza en los procedimientos y como tal llenan sus expectativas asistenciales”. (17)

### **7.3 Contra Referencia**

Se refiere al retorno del paciente, una vez resuelto su caso clínico, al establecimiento de salud que lo refirió, bien sea para su posterior control o seguimiento, o para su rehabilitación.

Según Ruelas et al (2002), “Es el procedimiento mediante el cual, una vez resuelto el problema de diagnóstico y/o tratamiento, se retorna al paciente a la unidad operativa que lo refirió, con el fin de que se lleve a cabo el control o seguimiento y continuar con la atención integral”. (16)

### **7.4 Pertinencia Médica**

La pertinencia médica, es un deber del equipo de salud, que consiste en la apropiada y oportuna remisión de los pacientes, desde el centro de atención primario, a uno con mayor capacidad resolutive, en aquellos casos en los que la patología del mismo lo requiera.

Es descrita por García como la “Medida en que la atención medica se corresponde con las necesidades del paciente, es decir adecuado como sinónimo de correcto, conveniente y necesario, para la patología que es atendida”. (17)

### **7.5 Cadena de Transferencia**

Es el flujo organizado del paciente a través de los tres (03) niveles de atención, con el fin de lograr una atención integral y la solución de su problema.

García Servén refiere que es “La sucesión de profesionales o instituciones por la que pasa un paciente, al recorrer diversos y distintos establecimientos, en búsqueda de que le sean satisfechas sus necesidades médicas”. (17)

### **7.6 Capacidad Resolutiva**

Es definida por García Servén como el “Grado de repuesta satisfactoria que las unidades prestadoras y productoras de servicio, le brindan al usuario, materializadas en una asistencia oportuna y de calidad, para resolver sus necesidades y expectativas percibidas”. (17)

Es la capacidad de cada centro de brindar la atención adecuada, efectiva y oportuna necesaria para satisfacer la demanda del usuario en base a su estructura.

### **7.7 Triage**

El concepto de Triage según García Servén es la “Consulta que se realiza en aquellas pacientes de primera vez, o en los servicios de urgencias, donde es asistido y derivado, por las condiciones de su patología, a otras consultas o servicios para su completa asistencia” (17).

Es la consulta encargada de filtrar todos los casos clínicos, que acuden a un determinado establecimiento, para derivarlos al servicio específico, que cada uno de éstos amerite.

### **7.8 Niveles de Servicio de Atención en Salud**

“En el nivel de atención, los servicios de salud se clasifican en primarios, secundarios y terciarios. Estos niveles se definen por el tipo de servicios prestados, el grado de complejidad y la capacidad para tratar diversos problemas y enfermedades. La designación de primario, secundario y terciario, suele caracterizar la infraestructura del sistema de servicios de salud, en particular las instalaciones, tales como hospitales y clínicas. En este contexto, la atención primaria se refiere solo a un nivel de cuidados y no al conjunto más amplio de valores, principios y elementos esenciales de un sistema de salud, según se trató previamente en el apartado sobre la estrategia de atención primaria de salud. La atención de emergencias es fundamental en todos los niveles; sin embargo, es quizá la modalidad menos desarrollada en la mayoría de los países de la Región”. (18)

“Se entiende por acceso a los servicios de salud, la posibilidad de obtener atención cuando se la necesita. La accesibilidad se refiere al grado en que los servicios médicos, alcanzan un nivel aceptable para la población y responden a sus necesidades”. (18)

### **7.9 Sistema de atención en salud de Colombia**

El Sistema de salud en Colombia se encuentra estructurado en tres (03) niveles de atención, que son clasificados de acuerdo a sus características de infraestructura y al personal de salud que provea los servicios, es decir, las diferentes especialidades que aporte cada uno de los centros de salud.

Los parámetros que dictan la conformación de los niveles de atención en salud están reflejados en el decreto 2759 de 1991 (1).

### **7.10 Referente o antecedentes históricos.**

Erika Ramírez Buelvas y Nirlis Viviana Guzmán, en 2012, citan en su trabajo los siguientes referentes: “Para situar los antecedentes históricos de la Referencia y Contra Referencia de pacientes, es preciso remontarse a la época antigua, específicamente a Grecia y Roma, cuando se instituyeron las primeras formas sistemáticas de cuidado hospitalario y traslado de enfermos, como lo resalta de la Garza Villaseñor: “Así como sucedió en Grecia, en la Roma tanto republicana como imperial, los centros en donde se llegaban a congregarse enfermos eran los templos consagrados a Esculapio y en ellos recibían consejo y asistencia” (6)

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

“En un principio los legionarios romanos enfermos o heridos, eran enviados a las casas de los ricos o a las tiendas de los campamentos de campaña para su atención y el estado pagaba todos los gastos que generaran, posteriormente se les enviaba a sus casas para su convalecencia y restablecimiento; pero a medida que el imperio creció, se empezó a desarrollar un sistema de dispensarios militares llamados “Valetudinaria”, que puede catalogarse como el protohospital, de acuerdo a cierto número de historiadores. Los Valetudinaria eran de dos tipos: uno para los esclavos enfermos situados en los latifundios y el otro eran los lazaretos militares, distribuidos de acuerdo a la ubicación de las legiones o ejércitos; ambos seguramente se constituyeron para recuperar el mayor número de hombres posible y devolverlos a sus trabajos y deberes lo más rápido que se pudiera. Posteriormente se convirtieron en hospitales, que se localizaron en puntos estratégicos, existiendo uno por cada legión. Por último, sitios similares aparecieron para los empleados del Estado y sus familias en las ciudades provinciales.”

“Luego de la caída del imperio romano, y con el inicio de la edad media, los hospitales se asociaron casi que con exclusividad, a las órdenes religiosas. La Iglesia Católica construyó, regentó y mantuvo con exclusividad, numerosos hospitales en los distintos reinos europeos durante más de diez siglos. Durante este período, la idea de la remisión de los enfermos se

sustentaba en la necesidad y conveniencia del tratamiento a seguir, como a razones de índole cultural. Así, por ejemplo, la construcción de los leprosorios en lugares apartados, obedecía a razones sanitarias (evitar el contagio) y a ellos eran enviados los enfermos, debiendo soportar largas jornadas en caravanas de herradura y sin que existiese una esperanza real de volver (la mayoría moría en el camino o en el sitio de confinamiento).”

“Posteriormente, con el resurgir de la medicina clásica durante el renacimiento (s. XV), se reanudó la terapéutica como principal práctica en los hospitales. Pero no sería sino hasta la consolidación de los estados burgueses a partir del siglo XVII, cuando se asumiría que los hospitales, eran responsabilidad del Estado (aunque la Iglesia continuó administrando la mayoría) y ello supuso el inicio de prácticas más coordinadas de remisión de pacientes, según las necesidades de tratamiento y la posibilidad de pagar por ello. En este sentido, Pedraza Calvo, plantea que la nobleza y los grandes burgueses, pagaban viajes a los sitios de descanso y hospitalización que mejor promesa de curación ofrecieran. Para los pobres, el confinamiento en los hospitales de caridad, era la única alternativa.”

“El advenimiento de la sociedad industrial a partir del siglo XVIII, supuso el crecimiento de las ciudades y de la población en ellas residentes, lo cual condujo a la aparición de hospitales más grandes y con una estructura muy similar a la actual. La remisión de pacientes continuó sin embargo, siendo considerada como un recurso menor, en el proceso de tratamiento de las enfermedades. No obstante, en Londres (Inglaterra), a mediados del siglo XVIII, ya existían las ambulancias para el transporte de los pacientes, entre los diversos hospitales que funcionaban en la ciudad y éste proceso obedecía básicamente a que el paciente buscaba un mejor doctor que podía estar en un hospital diferente o a razones de sanidad y confinamiento de pacientes, con patologías contagiosas severas (epidemias) en sitios apartados”

Pedraza Calvo, Rodrigo (1984). Historia de la salud. Madrid: Rialpe, p. 79. 6 *Ibíd*em, p. 80-81. Citado por (6)

El surgimiento del hospital con su estructura y funcionalidad actual, se produciría hasta el siglo XIX y con ello, la implementación de los sistemas de traslado de los pacientes, aunque en este aspecto siguió predominando el criterio de la disponibilidad de camas, antes que cualquier otra consideración de tipo médico. Sin embargo, el ensanchamiento de los medios de transporte (ferrocarriles, rutas marítimas y fluviales) y comunicación (telégrafo), permitió que todo aquel que pudiera pagar por el servicio, fuera trasladado a los hospitales que tenían la capacidad científica para atender su necesidad de salud. Es así como en países europeos: Francia, Italia, Alemania y España; y americanos: Estados Unidos, México, Brasil y Argentina, se crearon los primeros sistemas de traslado de pacientes (con capacidad de pago), generando así un flujo regular de remisiones entre instituciones hospitalarias.

Sería en el siglo XX, durante la Primera Guerra Mundial (1914-1918) cuando se empezaría a utilizar de manera organizada el sistema de ambulancias para el traslado de los heridos de las zonas de guerra hacia los hospitales militares y civiles en zonas alejadas del conflicto. La disponibilidad de nuevos procedimientos médicos, medicamentos y comunicaciones (radio y teléfono) hicieron posible la coordinación del traslado de heridos a una escala hasta entonces desconocida. El automóvil y el avión serían durante la primera postguerra los avances significativos en la remisión de pacientes y su papel se acentuaría con el estallido de la Segunda Guerra Mundial (1939). Durante el conflicto bélico, los servicios de salud militares de las fuerzas Aliadas, lograron coordinar una estrategia de remisión de pacientes que sería el prototipo de los sistemas de referencia y contra referencia actual, con traslados que obedecían a los criterios de atención adecuada y mejor ubicación de los recursos técnicos y tecnológicos, cubriendo enormes distancias y con mayor efectividad en la remisión.” (6)

Puede colegirse de ello, que los medios de comunicación y de transporte, al evolucionar y perfeccionarse, permitieron el desarrollo del sistema de referencia y contra referencia de pacientes, a lo cual se sumó la creación de hospitales con distinta capacidad técnica-operativa y el ensanchamiento de las redes de servicios de salud, tanto pública como privada. A ello contribuyó enormemente el modelo de bienestar implementado en la mayoría de los países occidentales después de la Segunda Guerra Mundial, el cual hizo posible entender la continuidad y calidad del servicio de salud y su importancia para el desarrollo de los países.

En Colombia, para mediados del siglo XIX se habían expedido algunas leyes cuya finalidad era la protección de las familias de los militares muertos, incluso desde la guerra de Independencia. Para el resto de población existía un precario sistema de asistencia pública, basado en un servicio de beneficencia o de caridad ofrecido en ocasiones por instituciones religiosas (7). Pese a estos antecedentes, la política gubernamental en salud se concretó en Colombia con la creación del Ministerio de Salud Pública en 1936. Una década después la seguridad social en salud para los trabajadores se adoptó de manera estratificada, comenzando con los grupos de mayor poder gremial. Se optó por el modelo “bismarckiano” de seguridad social (8), basado en la relación de empleo dependiente que moldeó el sistema. En concordancia con lo anterior, en 1946 se crearon el Instituto Colombiano de Seguros Sociales (ICSS) y la Caja Nacional de Previsión (Cajanal), y tres años después se aprobó el seguro de enfermedad general y de maternidad para los trabajadores de empresas privadas (9).

Viloria de la Hoz, Joaquín (2005). *Salud pública y situación hospitalaria en Cartagena*. Serie Documentos de Trabajo Sobre Economía Regional No. 65. Cartagena: Banco de la República, p. 6-7. 8 En 1880 Bismarck propuso ante el parlamento alemán, un proyecto de ley que hiciera obligatorio el seguro de salud para aquellos trabajadores con salarios bajos. Esta ley entró en vigencia en 1883 y con el tiempo se amplió a los demás trabajadores y

varios países europeos. Cfr. Heredia, Rodolfo, y Ramírez, Martha Lucía (2002), *Guía sobre salud y población*, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, p. 116. (7)

En la segunda mitad de la década de 1960 se crearon los Servicios Seccionales de Salud, lo que permitió organizar el sistema de regionalización de los servicios, y se desarrolló el Plan Nacional Hospitalario (1969). Luego, en 1975, se creó el Sistema Nacional de Salud (SNS), reafirmando las tendencias “higienistas” del anterior período, y poniendo especial énfasis en el enfoque de asistencia pública y de subsidio a la oferta. El SNS presentó un gran dinamismo entre 1977 y 1984, pero luego empezó a mostrar signos de agotamiento en razón de la crisis fiscal que afrontaba el país. Esta problemática ocasionó que se redujeran los recursos en salud del 8% al 4%, afectando el presupuesto de los hospitales públicos, los cuales se vieron abocados a incrementar las tarifas a los usuarios (también llamadas cuotas de recuperación).

En el país, la remisión de pacientes entre los hospitales públicos empezó a darse como práctica frecuente a partir de la década de 1940 con la implementación de las ambulancias para el traslado de enfermos según la gravedad que revestía el paciente. Este sistema empezó a operar en ciudades como Bogotá y Medellín, siendo que hacia la década de 1970 constituían los dos principales referentes en materia de remisión oportuna de pacientes según las necesidades de atención. No obstante, sería hasta las dos últimas décadas del siglo XX cuando se constituiría el sistema de referencia y contra referencia de pacientes, como se conoce hoy día. (31)

### **7.11 Referente Normativo**

La Constitución Política de Colombia, en su artículo 49 (26), reafirma la potestad del estado para reglamentar y organizar los niveles de atención en 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.

Como reglamentación del artículo 49, se expidió la ley 100 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. (27)

Como consecuencia de este libre albedrío, el artículo 162, Plan Obligatorio de Salud, Parágrafo 5, establece para la prestación de dichos servicios que todas las entidades promotoras de salud dictaran un Sistema de Referencia y Contra Referencia para que el acceso a los servicios de alta complejidad se realice desde el primer nivel de atención,

excepto en los servicios de urgencias, y a la vez garantizar el paso de un primer nivel de complejidad a un segundo, luego a un tercero y luego a un cuarto, dependiendo de la patología, esto con el fin de buscar la racionalidad de los servicios, la disponibilidad de camas, la oportunidad en la atención y recepción del usuario, junto con la pertinencia del sistema de Referencia y Contra Referencia en Colombia.

Fuera de estas leyes que pueden considerarse fundamentales, está la Ley 715 del 2001(21), 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. Esta ley, en su artículo 42, establece como una de las competencias en salud por parte de la nación, definir, implantar y evaluar las políticas 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.

También existen decretos que dictan disposiciones en cuanto a lo anterior, como el Decreto 4747 de 2007,(4) ,ya mencionado anteriormente y que en otra consideración, en cuanto a los servicios de salud, refiere en el artículo 17, la definición, el diseño, organización y documentación del proceso de Referencia y Contra Referencia y la operación del mismo, como una obligación de las entidades responsables del pago de servicios de salud, quienes deberán disponer de una red de prestadores de beneficios, que garanticen la disponibilidad y suficiencia, en todos los niveles de complejidad a su cargo, así como la disponibilidad de la red de transporte y comunicaciones.

Su párrafo afirma: "Las entidades responsables del pago de servicios de salud podrán apoyarse para la operación del proceso de Referencia y Contra Referencia a su cargo, en los Centros Reguladores de Urgencias y Emergencias (CRUE), para lo cual deberán suscribir contratos o convenios según sea el caso".

En el artículo 18, sobre la organización y operación de los CRUE, se afirma que sin perjuicio de las funciones asignadas a las entidades promotoras de salud de los regímenes contributivo y subsidiado, las entidades adaptadas, las administradoras de riesgos profesionales, las entidades que administran regímenes de salud especiales y de excepción y a los prestadores de servicios de salud, corresponde a las Direcciones Territoriales de Salud, regular los servicios de urgencias de la población de su territorio y coordinar la atención en salud de la población afectada por emergencias o desastres, en su área de influencia.

Para esto, el Ministerio de la Protección Social establecerá las condiciones y requisitos para la organización, operación y funcionamiento de los CRUE.

En Colombia, el concepto de regionalización comprendió el establecimiento de la atención por niveles, de acuerdo con la complejidad del diagnóstico y/o del tratamiento requerido por los pacientes, garantizando a todo individuo el acceso al servicio a través del primer nivel de atención y a los otros niveles de atención, según necesidad. Sobre el papel de los hospitales dentro de la red de servicios de los Sistemas Locales de Salud, a comienzos de la década de los 90, se argumentó, que la concepción teórica del sistema escalonado de niveles de atención en la red de servicios, se desarrolló como respuesta eficaz, a la urgencia de extensión universal de cobertura de atención y a la necesidad de racionalizar en forma eficiente la utilización de servicios. Ya entonces se señalaba que los establecimientos de los distintos niveles de complejidad no actuaban articulados ni comunicados entre sí.

Por eso, el sistema de Referencia y Contra Referencia resultó inoperante al basarse casi exclusivamente en métodos formales y administrativos. Como respuesta a esta situación, el Ministerio de Salud, organizó y estableció el régimen de Referencia y Contra Referencia por medio del Decreto 2759 de 1991, para garantizar mayor eficiencia y operatividad del mismo.

En esta línea, en la búsqueda de lograr mayor pertinencia y eficiencia en el uso de los recursos, la red de servicios de salud tiene que ser organizada en escalones de complejidad, estructurados según niveles de atención. Estos son definidos a partir de las funciones de producción, buscando optimizar el uso social de los recursos y garantizar su productividad e impacto. Sin embargo, la sola organización del sistema en niveles de complejidad creciente, no garantiza, ni la accesibilidad, ni la pertinencia en la atención (15).

El proceso de referencias o remisiones médicas, es de suma importancia para el adecuado funcionamiento e interrelación, entre los diferentes niveles de atención. La pertinencia de dicho proceso debe estar determinada por una correcta evaluación de cada caso en particular, con el objetivo de remitir al paciente cuando existan elementos o criterios que justifiquen dicha remisión.

Efectivamente, el concepto de niveles de atención, se basa en que existe una necesidad de asistencia originada en una situación o problema de salud específicos y un grado de complejidad necesario, para lograr la capacidad de resolución adecuada, en términos de sistema de salud, determinando el tipo de servicio que debería ser ofrecido para satisfacer esa necesidad.

De ese modo, se presupone la existencia de una relación de pertinencia entre la complejidad de un problema de salud y la de los métodos o técnicas requeridos para atenderlos. (16)

En la medida en que las respuestas a una determinada necesidad en salud, escapan a la capacidad tecnológica de un nivel de atención, deben quedar bajo la responsabilidad de un nivel de mayor complejidad. Esta forma de adecuar progresivamente los recursos y la tecnología a las necesidades, se relaciona también con el tamaño de los grupos de población

y su ubicación geográfica, quedando las tecnologías relativamente más simples, más cerca de la población, con una mayor accesibilidad geográfica y cultural, mientras que los recursos más complejos y costosos se concentran en establecimientos hospitalarios, buscando mayor eficiencia y pertinencia en su uso.

El ordenamiento de la oferta de servicios según clasificación y grado de prioridad de las demandas y necesidades de salud y de las funciones de producción pertinentes, implica de hecho la organización de un sistema de Referencia y Contra referencia que asegure acceso oportuno y pertinente al nivel de atención que corresponda para el problema que se intenta resolver.

En muchos países donde existen sistemas de salud similares al nuestro, hasta ahora funcionan los sistemas de remisiones médicas sin ningún problema. Por eso, es de suma importancia evaluar el comportamiento de los sistemas de referencias médicas, haciendo énfasis en las remisiones provenientes de la atención de urgencia, consulta externa y hospitalización, hacia niveles de mayor complejidad, en este caso al nivel hospitalario para poder determinar la pertinencia del proceso de remisiones (17).

Aunque el marco conceptual de las investigaciones de servicios de salud ha surgido gradualmente en los últimos cincuenta años, su desarrollo comienza a materializarse a partir de la década de los setenta y desde entonces su ruta se ha dirigido a mejorar los servicios de salud (18).

La cifra de 34.8% de eficiencia en 201 remitidos, o sea 70 llegaron a su destino, a pesar de que 66,4% de ellos, fueron registrados como graves por los agentes remitentes. El 88,6% de los pacientes fueron referidos a la institución adecuada; el mayor volumen de remisiones inadecuadas procedió del primer nivel por el envío de casos al tercer nivel, sin pasar por el segundo. 17, 1% de las remisiones efectuadas eran evitables, una buena proporción de ellas se debió a fallas administrativas y no a la necesidad terapéutica de los pacientes. Por lo general, el tratamiento prestado en la institución receptora fue apropiado, con una eficacia del 85,7 %, y solo el 10 % de los que requerían atención inmediata fueron atendidos tardíamente. (19).

En el curso del cumplimiento de las remisiones existen barreras posiblemente culturales, sociales y económicas que merecerían un estudio particular.

En cuanto a las variaciones observadas en las tasas de remisión, diversos estudios demuestran la presencia y los efectos de factores clínicos y no clínicos, en la toma de decisiones médicas. Tales variaciones expresan patrones diversos de pertinencia de prácticas relativamente frecuentes, en los servicios de atención en salud.

Han existido muchos intentos para modificar y mejorar el comportamiento de las remisiones en el departamento de Manizales y todo esto ha reposado solamente en el

desarrollo de guías médicas o clínicas, pero se han desconocido hechos como la disponibilidad de camas hospitalarias, la dinámica poblacional, la transición demográfica, los perfiles epidemiológicos, la cronicidad de la enfermedad, que hace redefinir los procesos y procedimientos de la remisión en relación a la eficiencia y pertinencia.

### **7.12 Red pública y privada de prestación de servicios de salud**

La red de prestadores de servicios de salud pública de Manizales, se ha organizado de tal forma, que las necesidades de atención de mayor complejidad, que no pueden ser satisfechas en los hospitales de primer nivel, deben ser remitidas para algunos servicios ambulatorios de segundo nivel, al Hospital Geriátrico, o al tercer nivel como Santa Sofía, Hospital de Caldas-SES, Hospital Infantil, Clínica San Marcel, Clínica Versalles o Clínica Aman.

Las urgencias en estos centros son atendidas durante las 24 horas directamente por sus empleados. A la fecha, la red de servicios ha mostrado grandes beneficios al promover el desarrollo de más hospitales de tercer nivel, pero no se ha garantizado ni se ha fortalecido el segundo nivel en Manizales. Por tal razón, se encuentra un déficit en elementos de tipo estructural como camas en el segundo nivel según demanda poblacional (fuente dirección Territorial de Salud de Caldas año 2009).

En la reorganización de la red de prestación de servicios de salud de Manizales la Secretaría de Salud implementó una clasificación de las instituciones de la red, según tipos de portafolios. De acuerdo con el grado de complejidad de la atención, los portafolios se ordenan en ATENCIONES DE BAJA, MEDIA Y ALTA COMPLEJIDAD. A su vez, cada uno de estos portafolios se clasifica en varios tipos dentro de la complejidad, así:

**Tabla 1. Camas de la red prestadora**

<b>Nivel</b>	<b>Número de camas</b>
I	466
II	844
III	566
<b>TOTAL</b>	<b>1876</b>

**Fuente Dirección Territorial de Salud de Caldas**

#### 7.12.1 Baja complejidad.

Corresponden a servicios a ofertar en los nodos primarios de atención dentro de la red.

**Tabla 2 Camas del primer nivel de la red prestadora**

<b>Primer nivel de la red prestadora</b>	<b>Número de camas</b>
Pediatría	116
Adultos	254
Obstetricia	96
<b>Total</b>	<b>466</b>

**Fuente Dirección Territorial de Salud de Caldas**

### 7.12.2 Mediana complejidad.

Corresponden a servicios a ofertar en los nodos articuladores o secundarios de atención dentro de la red; con servicios especializados de apoyo o complementarios a la labor de las redes primarias de atención.

**Tabla 3 Camas de mediana complejidad.**

<b>Nivel de mediana complejidad o segundo nivel</b>	<b>Número de camas</b>
Pediatría	67
Adultos	308
Obstetricia	50
Intermedio adultos	105
Intensivo adultos	28
Observación	3
Psiquiatría	235
Farmacodependencia	31
Intermedios neonatal	4
Intensivo pediátrico	4
Coronario	9
<b>Total</b>	<b>844</b>

**Fuente Dirección Territorial de Salud de Caldas**

### 7.12.3 Alta complejidad.

Corresponden a servicios a ofertar en los nodos terciarios de atención dentro de la red y son la cúspide de la jerarquización en su interior.

**Tabla 4 Camas de alta complejidad.**

<b>Nivel de alta complejidad</b>	<b>Número de camas</b>
Pediatría	56
Intermedio pediátrico	1
Intensivo pediátrico	7
Intermedio neonatal	9
Intensivo neonatal	10
Básico neonatal	12
Unidad de quemados	11
Quirúrgica	81
Observación	48
Adultos	168
Intermedio adulto	21
Intensivo adulto	35
Obstetricia	33
Medicina interna	56
Coronario	6
Ginecología	12
<b>TOTAL</b>	<b>566</b>

**Fuente Dirección Territorial de Salud de Caldas**

### **7.13 Redes regionales de prestadores**

En el departamento de Caldas existen 4 redes regionales específicas: Red región Occidente, red región Centro, red región Norte y red región Oriente

### **7.14 Población objetivo de la red pública de hospitales**

Para la red de Hospitales públicos, la población que es objeto principalmente de sus servicios es en principio la población pobre, tanto no asegurada o “vinculada”, como la asegurada en el régimen subsidiado, bien sea por su obligación de atender los eventos NO POS-S o por la contratación con las EPS, pero eso no excluye que sean atendidos, los asegurados pertenecientes al régimen contributivo

El Sistema de Referencia y Contra Referencia es una herramienta que garantiza la integralidad por sub redes de la atención en salud, con énfasis en la población del sistema, buscando una respuesta oportuna, pertinente y suficiente, entre las instituciones prestadoras de servicios de salud de la Red Adscrita y no Adscrita en el departamento.

Esta estrategia pretende regular y mejorar la operación y eficiencia de eventos ambulatorios hospitalarios, electivos y urgentes, a la vez que optimizar la utilización de los recursos físicos, humanos, tecnológicos y financieros, destinados para la atención de la población. De éste modo, se podrá favorecer el desarrollo armónico de los hospitales de acuerdo con su nivel de atención y complejidad ,según la capacidad de respuesta de los prestadores de la red, por lo tanto y según normatividad existe un nivel de organización estipulado, desde el nivel nacional, hasta el local, y estos a la vez deben garantizar, transporte, comunicaciones e insumos.

### **7.15 Nivel nacional:**

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

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

#### **7.16 Nivel seccional:**

1. Adecuar y adoptar las normas del nivel nacional para la implantación del Régimen.
2. 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.
3. Promover el fortalecimiento y articulación de los diferentes regímenes, que permitan y faciliten el desarrollo del Régimen de Referencia y Contra Referencia.
4. Participar en la elaboración, actualización y evaluación de las normas del Régimen.
5. Determinar los indicadores requeridos en su nivel que permitan controlar, evaluar y asesorar la implantación del Régimen.
6. Brindar la cooperación técnica horizontal requerida por otros niveles organizativos o de atención para el desarrollo del Régimen.
7. Promover en su jurisdicción la investigación inherente al Régimen de Referencia y Contra Referencia.
8. Promover en la comunidad la adecuada utilización de los servicios en los diferentes organismos que conforman la red.
9. Promover la participación de la comunidad, y la veeduría social para facilitar el desarrollo del Régimen.

#### **7.17 Nivel local:**

1. Adecuar y adoptar las normas que sobre el Régimen expidan los niveles nacional y seccional.
2. Desarrollar e implantar el Régimen de Referencia y Contra Referencia en su jurisdicción.
3. Promover el fortalecimiento y articulación de los diferentes regímenes para facilitar el desarrollo del Régimen de Referencia y Contra Referencia.

4. Crear y desarrollar mecanismos de coordinación inter - institucional que permitan un eficiente desarrollo del Régimen, en su jurisdicción.
5. Participar en la elaboración, evaluación y actualización de las normas del Régimen.
6. Controlar, asesorar y evaluar el desarrollo del Régimen en su respectiva entidad territorial.
7. Promover en la comunidad el uso adecuado de los servicios en los diferentes organismos que conforman la red.
8. Promover la participación de la comunidad y la veeduría social para facilitar el desarrollo del Régimen.

### **7.18 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 contra referencia 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 contra referido, 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 Contra Referencia.

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 contra referido, 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 contra referirse, 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 contra referencia 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 contra referidos, 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 Contra Referencia deberá identificar y registrar variables mínimas, tales como:

#### **7.19 En la Referencia:**

1. Identificación de la institución y el servicio referentes y de la institución a la cual se remite.
2. Identificación completa del usuario incluyendo el tipo de seguridad social al cual pertenece.

#### **7.20 Diagnóstico Presuntivo.**

1. Resumen de historia clínica incluyendo informe del resultado de las pruebas de ayuda diagnóstica realizadas.

#### **7.21 Motivo de la Referencia.**

Nombre del profesional responsable de la Referencia. Y en la Contra Referencia, variables como:

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

## 7.22 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 Contra Referencia, 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 Contra Referencia:

### 7.22.1 Información:

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

1. Hoja de remisión y contra remisión con variables previamente definidas.
2. Resumen de historia clínica.
3. Bitácora de ambulancias con información mínima.
4. Indicadores que permitan evaluar el desarrollo del Régimen.

### 7.22.2 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 extra sectorial que garantice la prestación de servicios en forma oportuna y eficiente.

### 7.22.3 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 Contra Referencia cuando las condiciones lo requieran.

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 Contra Referencia.

## 8. Operacionalización de variables:

**Tabla 5 Operacionalización de variables**

Objetivos específicos	Metodología propuesta	Variables	Operacionalización	Escala	Categorización	Valor
1) Caracterizar las remisiones según características sociodemográficas de los pacientes remitidos	Var.	Edad	Dato	Razón	1,2,3,4,5...105	1,2,3,4,5...105
		Sexo	Conjunto de características que diferencian a la especie humana en hombres y mujeres.	Nominal	H M	Hombre Mujer
		Procedencia	Lugar o IPS de origen de la remisión del usuario.	Nominal	IPS Galán IPS La Enea IPS Centro Piloto	1 2 3
		Afiliación al SGSSS	Tipo de afiliación al sistema de salud determinada por la Secretaría Municipal de salud.	Nominal	Régimen subsidiado Régimen Contributivo Vinculado	1 2 3
2) Determinar la pertinencia a través de la coincidencia entre el diagnóstico inicial y el diagnóstico final de los pacientes remitidos y contra remitidos.	Var.	Coincidencia del diagnóstico	Tipo de diagnóstico inicial de la IPS remitente y coincidencia con el diagnóstico final de la IPS receptora.	Nominal	No Si	0 1
		Diagnóstico inicial	Tipo de diagnóstico registrado por el médico con el cual se inició la remisión del paciente, según codificación CIE 10	Nominal	1. Enfermedades infecciosas (A00, B99). 2. Tumores o neoplasias (C00, D48). 3. Enfermedades de la sangre	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11
		Diagnóstico final	Tipo de diagnóstico registrado por el especialista con el cual se dio salida o regreso de usuarios			



			según CIE 10.		(D50 A D89)	12
					4.Enfermedades endocrinas metabólicas (E00 A E90)	13
					5.Trastornos mentales (F00 A F99)	14
					6. Enfermedad del sistema nervioso (G00 A G99).	
					7.Enfermedades del ojo y anexos (H00 A H59)	
					8. Enfermedad de oído y apófisis mastoides (H60 Y H95)	
					9. Enfermedad del sistema circulatorio (I00 A I99).	
					10.Enfermedad del sistema respiratorio (J00 A J99)	
					11.Enfermedad del sistema digestivo (K00 A K93)	
					12.Embarazo, parto o puerperio (O00 A O99)	
					13.Enfermedad prenatal (PYQ)	
		Coincidencia del diagnóstico de contra remisión con el de remisión	Tipo de diagnóstico final de la IPS que contra remite y coincidencia con el diagnóstico inicial de la IPS remitente.			

					14. Trauma (S, T ,W,V)	
3) Identificar las principales causas, gravedad carácter de evitabilidad de las remisiones y especialidad más demandada.	Var.	Especialidad solicitada	Tipo de especialista que está demandando la remisión.	Nominal	1.Medicina interna 2.Pediatría 3.Gineco-obstetricia 4.Cirugía general 5.Ortopédia 6.Cardiológia 7.Neurología 8.Neurocirugía 9.Neonatólogo 10.Intensivista 11.Oftalmólogo 12.Otorinolaringólogo 13.Psiquiatría 14.Urología 15.Otras	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15
		Causa de remisión	Razón o deficiencias del nivel remitente, que generó la necesidad de remitir, tales como: tecnología, nivel de complejidad, Recursos humanos, drogas y tipos de procedimientos.	Nominal	1.Se requiere UCI adulto 2.Se requiere UCI neonatal 3.Se requiere intervención quirúrgica 4.Se requieren cuidados intermedios 5. Se requieren ayudas	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10



					<p>diagnósticas de mayor complejidad.</p> <p>7. Se requiere unidad de quemados.</p> <p>8. Se requiere actividad o procedimiento de alto costo.</p> <p>9. Se requiere actividad o tratamiento y valoración por especialista.</p> <p>10. Otras causas.</p>	
		Carácter o causa de evitabilidad	Razón o deficiencia del nivel remitente que no deberían producirse de ordinario en las instituciones, pero su ocurrencia es causa de remisiones que podrían calificarse como evitables.	Nominal	<p>1. Falta del recurso humano</p> <p>2. Falta de materiales.</p> <p>3. Falta de reactivos</p> <p>4. Falta de equipos médicos.</p> <p>5. Falta de medicamentos.</p> <p>6. Falta de camas del respectivo nivel de complejidad.</p> <p>7. Otras</p>	<p>1</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>4</p> <p>5</p> <p>6</p> <p>7</p>
4) Caracterizar las remisiones, según sitios de referencia y contrareferencia oportunidad de la atención y disponibilidad de camas	Var.	Oportunidad o plazo para la atención del paciente.	Es el tiempo que debió ser atendido, tiempo entre la remisión y la recepción efectiva del usuario.	Nominal	<p>1. Inmediata</p> <p>2. Menos de 6 horas</p> <p>3. Menos de 12 horas</p> <p>4. Menos de 24 horas</p> <p>5. Más de 24</p>	<p>1</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>4</p> <p>5</p>



					horas.	
		Gravedad	Factores relacionados como riesgo vital , intensidad de la agresión , repercusión de la misma , esfuerzo necesario para su control, pronóstico, probabilidades para su recuperación , etc.	Nominal	1.Nivel I TRIAGE (ROJO) 2.Nivel II (AMARILLO) 3.Nivel III (VERDE) 4.Nivel IV (BLANCO)	1 2 3 4
		Pertinencia o necesidad del sitio o destino	Nivel de complejidad que admitió o recepcionó la remisión acorde a la necesidad del servicio.	Nominal	1.segundo Nivel de complejidad 2. Tercer nivel de complejidad. 3. Cuarto nivel de complejidad.	1 2 3
		Destino o sitio de flujo del traslado	Tipo o nombre de la IPS donde fue aceptado el paciente o usuario.	Nominal	1. Hospital Santa Sofía. 2.Hospital de Caldas SES 3. Instituto del Corazón.	1 2 3 4 5 6 7 8



					4. Clínica San Marcel 5. Clínica la Presentación 6. Clínica Santillana. 7. Clínica aman 8. Hospital infantil.	
		Disponibilidad y uso de camas hospitalarias con relación al diagnóstico de remisión	Grado en que la oferta y uso actual de Camas o servicios de hospitalización se corresponde con el diagnóstico de remisión.	Nominal	No Si	0 1
5) Identificar la pertinencia de la remisión de los pacientes, en términos de su recepción en la institución destinataria.	Var.	Instituciones remitentes e instituciones receptoras.	Razón o proporción de pacientes que son remitidos del primer nivel, y nivel que recepciona la remisión según solicitud del remitente.	Nominal	1. Segundo nivel de complejidad. 2. Tercer nivel de complejidad. 3. Cuarto nivel de complejidad.	1 2 3

## **9. Estrategia metodológica:**

### **9.1 Tipo de investigación:**

Esta investigación es de tipo descriptivo transversal, se realizó una caracterización y diagnóstico del sistema de Referencia y Contra Referencia de la red de prestadores de Servicios de Salud en Manizales, tomando inicialmente la IPS del primer nivel de atención, que tiene servicio de urgencias con mayor cobertura en la ciudad y luego se incluyeron las IPS de los niveles de complejidad superior, a los cuales fueron remitidos los usuarios, utilizando para este estudio , variables que permitieron establecer y considerar las decisiones acerca de la pertinencia del sistema.

### **9.2 Población y muestra**

Se revisaron todas las historias clínicas de las personas que acudieron al servicio de urgencias de la IPS del primer nivel, Assbasalud, durante el año 2013, que fueron remitidas a otro nivel de complejidad. Analizando los RIPS del año en mención, se encontró que se remitieron 260 personas.

### **9.3 Criterios de inclusión:**

Los pacientes remitidos del servicio de urgencia a otro nivel de complejidad, en el periodo de tiempo que comprende la investigación.

### **9.4 Criterios de exclusión:**

Pacientes que ingresaron o acudieron a nivel mayor de complejidad por sus propios medios, pacientes que acudieron al servicio de urgencias y no fueron remitidos.

### **9.5 Variables**

Las variables que se estudiaron son:

Las variables independientes y co-variables involucradas en el estudio fueron clasificadas como: Sociodemográficas, relacionadas con las IPS remitentes, relacionadas con las IPS receptoras, relacionadas con la especialidad, relacionadas con la pertinencia de la remisión

y contra remisión, relacionadas con el diagnóstico final, especialidad solicitada, causa de la remisión, criterio de gravedad de la remisión, carácter o causa de evitabilidad, oportunidad o plazo para la atención del paciente, pertinencia o necesidad del sitio de destino, destino o sitio de flujo del traslado, disponibilidad y uso de camas hospitalarias con relación al diagnóstico de remisión, instituciones remitentes e instituciones receptoras. De acuerdo con el siguiente esquema:

Sociodemográficas: Edad, sexo, procedencia y afiliación al Sistema de Seguridad Social en Salud.

## **10. Plan de recopilación de datos**

### **10.1 Técnicas e instrumentos**

Se utilizó una ficha de información documental para la recolección de la información, se diseñó un formato el cual contiene información del usuario como: edad, sexo y afiliación; de la atención como: diagnóstico inicial, diagnóstico final y coincidencia del diagnóstico inicial con recepción; y de la remisión como: Coincidencia del diagnóstico de contra remisión o egreso con el diagnóstico de remisión, especialidad solicitada, causa de la remisión, oportunidad en la atención, gravedad, pertinencia, necesidad del sitio de destino, disponibilidad de cama y evitabilidad entre otras.

### **10.2 Fuentes de información**

La investigación se realizó a partir de la información consignada en fuentes de información secundarias. Dichas fuentes fueron: copia de la hoja de remisión, registros de remisiones y estadísticos de los ingresos y egresos de las instituciones remitentes y receptoras, registros del Centro Regulador de Urgencias y Emergencias, historia clínica de los pacientes remitidos e inventario de recursos hospitalarios, el censo hospitalario y la tabla de oportunidades. Estos registros fueron capturados en las IPS remitentes y receptoras.

### **10.3 Prueba piloto**

Se hizo prueba piloto de los instrumentos diseñados para la recolección de información. El objetivo fue verificar la comprensión de cada uno de los ítems propuestos y estandarizar el procedimiento según fuentes de información.

#### **10.4 Ordenamiento de los datos**

Para la organización de la información se utilizó el programa Excel y para la consolidación y análisis estadístico, el paquete estadístico SPSS V17. Antes de comenzar con el análisis, se realizó un control de calidad a la información recolectada, con el fin de evitar inconsistencias en los resultados.

#### **10.5 Plan de análisis:**

Para el análisis de la información se utilizó la estadística descriptiva, con el fin de caracterizar la situación de las personas que utilizaron los servicios de urgencia y fueron remitidos a un nivel de complejidad superior. Para las variables cuantitativas se utilizaron los rangos, promedios y desviaciones estándar, y para las cualitativas las frecuencias absolutas y relativas; dependiendo del análisis se utilizaron cuadros de una y dos entradas y gráficos simples y compuestos.

Para determinar la dependencia de la pertinencia de la remisión con las variables incluidas en el estudio se calculó el CHI cuadrado.

### **11. Consideraciones éticas**

La investigación se desarrolló de acuerdo con lo establecido en la Resolución 08430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia. Puesto que no se intentó con la investigación cambiar una conducta médica, sino tomar los datos por recolección y tabulación de variables, se considera como una investigación sin riesgo, y el consentimiento informado se obtiene por escrito. Como toda investigación médica, según la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial (1964), prevalecerá el criterio del respeto a la dignidad, la integridad y la protección de los derechos y el bienestar de los adultos mayores. Igualmente se tomaron las precauciones para resguardar la intimidad de los adultos mayores, la confidencialidad de la información, para reducir al mínimo las consecuencias de la investigación sobre su integridad física y mental y su personalidad.

## 12. Resultados

La presentación de los resultados de la investigación sobre pertinencia de las remisiones y contrarremisiones en Manizales se hará en la siguiente secuencia: caracterización de las remisiones, pertinencia de las remisiones y pertinencia de las remisiones en relación a variables relacionadas con los servicios de salud

### 12.1 Caracterización de las remisiones

**Tabla 6 Distribución de las remisiones por tipo de afiliación al sistema de seguridad social, por grupos de edad.**

Grupo edad	Régimen de Seguridad						Total	
	Contributivo		Subsidiado		Vinculado		No.	%
	No.	%	No.	%	No.	%		
Menor 19 años	4	40,0	69	30,5	2	8,3	75	28,8
19 a 59 años	6	60,0	127	56,2	22	91,7	155	59,6
60 y mas años	0	0,0	30	13,3	0	0,0	30	11,5
<b>Total</b>	<b>10</b>	<b>100,0</b>	<b>226</b>	<b>100,0</b>	<b>24</b>	<b>100,0</b>	<b>260</b>	<b>100,0</b>

El análisis de los datos de la **tabla 6** muestra que el 86,9 % de los remitidos de Assbasalud en el año 2013 son del régimen subsidiado y solo el 3,8 % de los remitidos de Assbasalud son pacientes del régimen contributivo. Solo el 9,2% de todas las remisiones son pacientes vinculados, lo que confirma al mismo tiempo que la cobertura del sistema de seguridad social en Manizales está por encima del 90%, a la vez garantiza y asegura un UPC, para la atención de todos los usuarios del sistema. El 59,6% de las remisiones de Assbasalud en el año 2013 se dieron entre el rango de edad de 19 a 59 años, y la menos frecuente se dio del 11.5% en el rango de edad de 60 años y más.

Las remisiones según causa por grupos de edad se observa en la tabla 8

**Tabla 8 Distribución de las remisiones según causa por grupos de edad, Assbasalud**

Causa de la remisión	Grupos de edad						Total	
	19 a 59 años		60 y mas años		Menor 19 años			
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Se requiere tratamiento y valoración por especialista	105	67,7	16	53,3	54	72,0	175	67,3
Se requiere interconsulta	21	13,5	9	30,0	14	18,7	44	16,9
Se requiere actividad o procedimiento	6	3,9	1	3,3	2	2,7	9	3,5
Se requiere ayudas diagnósticas mayor complejidad	7	4,5	0	0,0	1	1,3	8	3,1
Se requiere intervención quirúrgica	12	7,7	2	6,7	2	2,7	16	6,2
Se requiere cuidados intermedios	0	0,0	2	6,7	0	0,0	2	0,8
Se requiere UCI adulto	1	0,6	0	0,0	1	1,3	2	0,8
Se requiere UCI neonatal	0	0,0	0	0,0	1	1,3	1	0,4
Otras causas	3	1,9	0	0,0	0	0,0	3	1,2
<b>Total</b>	<b>155</b>	<b>100,0</b>	<b>30</b>	<b>100,0</b>	<b>75</b>	<b>100,0</b>	<b>260</b>	<b>100,0</b>

La **tabla 8** muestra que dos terceras partes de las remisiones se hicieron para tratamiento y valoración por especialista del paciente. La segunda causa de remisión en todos los rangos de edad fue la interconsulta, que según el decreto 2759 de 1991 y la resolución 5261 del 1996, con un segundo nivel operativo y funcional, donde se garantice las cuatro especialidades básicas, se había logrado darle oportunidad, accesibilidad y pertinencia a muchas remisiones.

**Tabla 9 Distribución de las remisiones según gravedad por grupos de edad, Assbasalud**

Grupos de edad	Gravedad						Total	
	Nivel II (Amarillo)		Nivel III (Verde)		Nivel IV (Blanco)			
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Menor de 19 años	5	22,7	70	29,8	0	0,0	75	28,8
19 a 59 años	11	50,0	141	60,0	3	100,0	155	59,6
60 y mas años	6	27,3	24	10,2	0	0,0	30	11,5
<b>Total</b>	<b>22</b>	<b>100,0</b>	<b>235</b>	<b>100,0</b>	<b>3</b>	<b>100,0</b>	<b>260</b>	<b>100,0</b>

El principal volumen de pacientes, fue remitido con el propósito de que fuera atendido en breve plazo, un porcentaje relativamente pequeño, estaba en condiciones que permitieran prorrogar su atención, por un plazo mayor de 24 horas a partir del momento de la remisión.

El 90,3% de los pacientes que llegaron a su destino presentaban, en el momento de la remisión, varios estados de gravedad. Ello define la razón fundamental de que la remisión se cumpliera y coincide, prácticamente, con el porcentaje del 100% que provenían de los servicios de urgencias de la institución remitente. El 8,5% de las remisiones fueron triage dos (amarillo) “o sea paciente grave pero estable, que son de segunda prioridad y pueden esperar unas horas para su remisión”. El 90,4 % de las remisiones fueron triage tres (verde) “paciente lesionado de forma leve, que podría ser trasladado aunque no necesariamente en una ambulancia medicalizada. Se trataría de una tercera prioridad. (Heridas musculares, fracturas sin cuadros de shock acompañantes, contusiones en general, etc.)”. No se presentaron casos o remisiones clasificadas como triage uno o rojo. El 60 % de las remisiones pertenecen al triage tres o verde y están en el rango de edad de 19 a 59 años. El 29,8 % de las remisiones son triage tres o verde y está el rango de edad de menores de 19 años.

**Tabla 9 Distribución de especialidad solicitada, según género de las remisiones de Asbasalud**

Especialidad solicitada	Sexo				Total	
	Hombre		Mujer			
	No.	%	No.	%	No.	%
Psiquiatría	57	62,0	35	38,0	92	100,0
Ginecoostreticia	0	0,0	60	100,0	60	100,0
Cirugia general	32	64,0	18	36,0	50	100,0
Pediatria	8	53,3	7	46,7	15	100,0
Medicina interna	9	69,2	4	30,8	13	100,0
Cardiología	4	50,0	4	50,0	8	100,0
Ortopedia	4	80,0	1	20,0	5	100,0
Intensivista	4	100,0	0	0,0	4	100,0
Neonatólogo	3	75,0	1	25,0	4	100,0
Oftalmólogo	2	100,0	0	0,0	2	100,0
Neurocirugía	1	100,0	0	0,0	1	100,0
Neurología	1	100,0	0	0,0	1	100,0
Otras	4	80,0	1	20,0	5	100,0
Total general	129	49,6	131	50,4	260	100,0

La **tabla 9** se muestra que el 50,4 % de las remisiones fueron de sexo femenino y el 49,6% del sexo masculino. El 62% del total de las remisiones a Psiquiatría son del sexo masculino, y el 38% de remisiones a dicha especialidad fueron de sexo femenino.

Las especialidades requeridas para atender las remisiones de Asbasalud en la tabla 10.

**Tabla 10. Principales especialidades solicitadas en pacientes remitidos de**

**Assbasalud, por grupos de edad.**

Especialidad solicitada	Grupos de edad						Total	
	19 a 59 años		60 y mas años		Menor 19 años			
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Psiquiatría	58	37,4	6	20,0	28	37,3	92	35,4
Ginecobstetricia	46	29,7	0	0,0	14	18,7	60	23,1
Cirugia general	32	20,6	7	23,3	11	14,7	50	19,2
Medicina interna	4	2,6	9	30,0	0	0,0	13	5,0
Pediatria	1	0,6	0	0,0	14	18,7	15	5,8
Cardiología	3	1,9	5	16,7	0	0,0	8	3,1
Ortopedia	2	1,3	1	3,3	2	2,7	5	1,9
Intensivista	0	0,0	2	6,7	2	2,7	4	1,5
Neonatólogo	0	0,0	0	0,0	4	5,3	4	1,5
Oftalmólogo	2	1,3	0	0,0	0	0,0	2	0,8
Neurocirugia	1	0,6	0	0,0	0	0,0	1	0,4
Neurologia	1	0,6	0	0,0	0	0,0	1	0,4
Otras	5	3,2	0	0,0	0	0,0	5	1,9
Total	155	100,0	30	100,0	75	100,0	260	100,0

El análisis de los datos de la **tabla 10** se establece que el 53,1 % de las remisiones solicitaron especialidades ofertadas según definición de la resolución 5291 del 1996 y decreto 2759 de 1991 en su gran mayoría para un segundo nivel de complejidad como son Ginecobstetricia, Medicina Interna, Pediatría, Cirugía General, el 43.8% de las remisiones de Assbasalud demandaron especialidades de tercer nivel de complejidad, y 3.2% demandaron especialidades o servicios de cuarto nivel de complejidad.

La especialidad más demandada en el rango de edad de 19 a 59 años es Psiquiatría con un 37,4% de demanda, luego en este rango de edad le sigue Ginecobstetricia con 29,7 % y posteriormente Cirugía General con el 20,6%. Lo que demuestra y ratifica la alta prevalencia e incidencia de la enfermedad mental en la población manizaleña.

En el rango de edad de menores de 19 años, la especialidad más demandada o solicitada es Psiquiatría con un 37,3 %, mas no Pediatría como se pensaría inicialmente, ésta representa el 18,7 % con igual valor en éste rango de edad con Ginecobstetricia , lo que habla , de que el 18,7% de las remisiones totales son embarazadas menores de 19 años con alto riesgo obstétrico, lo que aumenta el gasto de salud de Manizales y conlleva a menos disponibilidad de camas obstétricas de alto riesgo en la ciudad. En relación a la alta demanda de servicios de Psiquiatra en el rango de menores de 19 años habla y confirma la alta incidencia de enfermedad mental en nuestro medio.

La especialidad más demandada en los mayores de 60 años es la Medicina Interna, y representa el 30 % de todas las remisiones, lo que si preocupa es la poca oferta de especialistas de esta área y los pocos egresados de las universidades de Caldas en esta especialización que se quedan residiendo en esta ciudad.

El 35,4 % de las remisiones totales y sin importar el rango de edad solicitaron o requieren de la especialidad de Psiquiatría, el 23,1 % de las remisiones solicitaron o requirieron la especialidad de Ginecobstetricia, luego le sigue Cirugía General con el 19,2 %, y cuarto lugar esta Pediatría con el 5,8 %.

La especialidad menos demandada o solicitada de las remisiones o pacientes remitidos de Assbasalud en el año 2013 es Neurocirugía y Neurología con 0.4% cada una.

**Tabla 11 Distribución de las remisiones según causa de evitabilidad, por grupos de edad en Assbasalud.**

Causa de evitabilidad	Grupo edad						Total	
	Menor 19 años		19 a 59 años		60 y mas años		No.	%
	No.	%	No.	%	No.	%		
No existió forma de interconsulta	7	9,3	20	12,9	4	13,3	31	11,9
No existió forma de interconsulta	0	0,0	1	0,6	0	0,0	1	0,4
Falta de recurso humano	3	4,0	6	3,9	0	0,0	9	3,5
Falta de equipos médicos	2	2,7	3	1,9	1	3,3	6	2,3
Falta de camas	7	9,3	18	11,6	1	3,3	26	10,0
Ninguna	0	0,0	1	0,6	1	3,3	2	0,8
No de logró remitir	52	69,3	101	65,2	23	76,7	176	67,7
Otros	2	2,7	3	1,9	0	0,0	5	1,9
	2	2,7	2	1,3	0	0,0	4	1,5
Total	75	100,0	155	100,0	30	100,0	260	100,0

En la **tabla 11** se observa que en un alto porcentaje de las remisiones, no se dieron causas o motivos que evitara la remisiones, el 80% de todas las remisiones presentaron y determinaron la necesidad del paciente ser remitido a un nivel más especializado, por su gravedad, por la complejidad del tratamiento que requería, o ambas razones. Estas remisiones se denominan necesarias.

Aunque solo el 20% de las remisiones efectuadas eran evitables, muchas de estas remisiones realizadas pudieron ser evitadas, subsanado fallas administrativas. El 10% de remisiones se hubieran podido evitar, si se tuvieran camas disponibles en el primer nivel de complejidad. El 3.5% de las remisiones se hubieran evitado, si se contara con el recurso humano adecuado en el primer nivel.

El rango de edad donde más se hubieran podido evitar las remisiones, fue entre los 19 y 59 años.

## 12.2 Pertinencia de las remisiones

A continuación se presenta la pertinencia de las remisiones según la coincidencia en el diagnóstico de la remisión y la recepción (tablas 12 y 13)

**Tabla 12 Total de remisiones, pacientes remitidos que coincidieron el diagnóstico de remisión con el de recepción, por grupos de edad.**

Grupo edad	Coincidencia del diagnóstico inicial con recepción				Total	
	No		Sí		No.	%
	No.	%	No.	%		
Menor 19 años	17	35,4	58	27,4	75	28,8
19 a 59 años	24	50,0	131	61,8	155	59,6
60 y mas años	7	14,6	23	10,8	30	11,5
Total	48	100,0	212	100,0	260	100,0

La **tabla 12** muestra que en el total de la población estudiada el 81,5 % de los pacientes remitidos existió coincidencia del diagnóstico de remisión inicial, con el diagnóstico de recepción o final de la remisión, en el 18,5% de los remitidos o remisiones de Assbasalud del 2013 no coincidió el diagnóstico inicial con el diagnóstico de recepción o final. En el rango de 19 a 59 años de edad, el 50% de las remisiones no coincidió el diagnóstico inicial con el diagnóstico final o de recepción de la misma, en el rango de edad donde menos coincidencia se dio entre el diagnóstico de remisión, con el de recepción o final, fue en el rango de edad de 60 años que fue del 10,8 %.

La coincidencia del diagnóstico de contraremisión se observa en la tabla 13. Dicha coincidencia es expresada según la variable edad (grupos de edad)

**Tabla 13 Total de remisiones, pacientes remitidos que coincidieron el diagnóstico de contra remisión o egreso, por grupos de edad.**

Grupo edad	Coincidencia del diagnostico de contraremision o egreso con el diagnostico de remision				Total	
	No		Sí			
	No.	%	No.	%	No.	%
Menor 19 años	16	32,0	59	28,1	75	28,8
19 a 59 años	26	52,0	129	61,4	155	59,6
60 y mas años	8	16,0	22	10,5	30	11,5
Total	50	100,0	210	100,0	260	100,0

El análisis de los datos de la **tabla 13** revela que en el 80.8 % de las contra remisiones o pacientes egresados, existió coincidencia entre el diagnóstico de egreso y remisión. En el 19.2% del contra remitidos o egresados, no coincidieron con el diagnóstico de la remisión. Siendo muy alto la coincidencia del diagnóstico de contra remisión o egreso con el de remisión, no se presentó relación directa con la pertinencia de las remisiones. En el rango de edad de 19 a 59 años el 61,4 % de las remisiones, coincidieron con el diagnóstico de contra remisión o egreso, con el de remisión inicial, en el rango de edad donde menos coincidencia se dio fue en el 60 años y más con el 10,5 %.

La pertinencia de las remisiones según la especialidad solicitada se evidencia en la tabla 14.

**Tabla 14 Distribución de las remisiones pertinentes según especialidad solicitada.**

Especialidad solicitada	Pertinencia de la remision						Total	
	NO		SI		Sin dato		No.	%
	No.	%	No.	%	No.	%		
Psiquiatría	17	14,2	75	54,0	0	0,0	92	35,4
Ginecoostreticia	39	32,5	21	15,1	0	0,0	60	23,1
Cirugia general	32	26,7	17	12,2	1	100,0	50	19,2
Pediatria	9	7,5	6	4,3	0	0,0	15	5,8
Medicina interna	11	9,2	2	1,4	0	0,0	13	5,0
Cardiologia	3	2,5	5	3,6	0	0,0	8	3,1
Ortopedia	4	3,3	1	0,7	0	0,0	5	1,9
otras	2	1,7	3	2,2	0	0,0	5	1,9
Intensivista	0	0,0	4	2,9	0	0,0	4	1,5
Neonatalogo	0	0,0	4	2,9	0	0,0	4	1,5
Oftamologo	2	1,7	0	0,0	0	0,0	2	0,8
Neurocirugia	1	0,8	0	0,0	0	0,0	1	0,4
Neurologia	0	0,0	1	0,7	0	0,0	1	0,4
<b>Total</b>	<b>120</b>	<b>100,0</b>	<b>139</b>	<b>100,0</b>	<b>1</b>	<b>100,0</b>	<b>260</b>	<b>100,0</b>

Según la **tabla 14** más del 50% de las remisiones que solicitaron especialidad de tercer nivel o cuarto nivel fueron pertinentes, pero las remisiones que solicitaron especialidades de segundo nivel, más del 40% de dichas remisiones, no fueron pertinentes.

La remisiones a Oftalmología presentaron poca oportunidad al momento de ser remitidas y además fueron no pertinentes .El alto porcentaje de no pertinencia de las remisiones a especialidades como Medicina Interna, Ginecobstetricia, Cirugía General, se debe a la falta de un segundo nivel operativo y funcional en la ciudad de Manizales.

El 62 % de las remisiones de Cardiología fueron pertinentes, el 100% de las remisiones a Cuidados Intensivos, Neurología, y Neonatología fueron pertinentes.

**Tabla 14 A Distribución de la causa de la remisión, en los pacientes donde coincidió el diagnóstico de contra remisión o egreso con el diagnóstico de remisión.**

Causa de remision	Coincidencia del diagnostico de contraremision o egreso con el diagnostico de remision				Total general	
	NO		SI		No.	%
	No.	%	No.	%		
Otras causas	2	4,0	1	0,5	3	1,2
Se requiere actividad o procedimiento	1	2,0	8	3,8	9	3,5
Se requiere ayudas diagnosticas de mayor complejidad de alto	1	2,0	7	3,3	8	3,1
Se requiere cuidados intermedios	0	0,0	2	1,0	2	0,8
Se requiere interconsulta	20	40,0	24	11,4	44	16,9
Se requiere intervencion quirurgica	7	14,0	9	4,3	16	6,2
Se requiere tratamiento y valoracion por especialista	17	34,0	158	75,2	175	67,3
Se requiere UCI adulto	1	2,0	1	0,5	2	0,8
Se requiere UCI neonatal	1	2,0	0	0,0	1	0,4
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100,0</b>	<b>210</b>	<b>100,0</b>	<b>260</b>	<b>100,0</b>

En la **tabla 14 A** se muestra que en el 67,3 % la causa de remisión solicitada fue la valoración y tratamiento por especialista, de las remisiones donde coincidió el diagnóstico de contra remisión o egreso con la remisión, en el 16,9 % la causa de remisión fue la interconsulta, donde coincidió el diagnóstico de contra remisión con el egreso.

Del 67,3% que solicitaron valoración y tratamiento por especialista, el 45% requirieron tratamiento y valoración por Psiquiatría, llama la atención el alto porcentaje de enfermedad mental en Caldas y Manizales. Un 23% requirió valoración y tratamiento por Ginecobstetricia. Del 16,9 % que requirieron interconsulta, la mayor demanda de interconsulta se dio en Psiquiatría, con un 23%, en segundo lugar Medicina Interna, con un 21%.

**Tabla 15 Distribución de la pertinencia de las remisiones por sitio de remisión por grupos de edad, Assbasalud,**

Grupo edad	Pertinencia de la remisión				Total	
	No		Sí			
	No.	%	No.	%	No.	%
Menor 19 años	30	25,0	45	21,4	75	28,8
19 a 59 años	75	62,5	80	38,1	155	59,6
60 y mas años	15	12,5	15	7,1	30	11,5
Total	120	100,0	210	100,0	260	100,0

De los 260 pacientes remitidos 120 fueron remitidos al sitio no adecuado o pertinente, el mayor volumen de remisiones inadecuadas procedió del primer nivel de atención, debido al envío directo de pacientes al tercer nivel, sin pasar por el segundo. Este hallazgo puso de relieve dos problemas: la falta de normas de remisión claramente definidas, conocidas y aceptadas por cada nivel de atención y la ausencia de un segundo nivel en Manizales funcional y operativo.

A continuación se presentan los resultados de la distribución de las remisiones según aspectos relativos a la atención en salud.

**Tabla 16 Distribución de la procedencia de las remisiones**

Procedencia	Seguridad Social en Salud						Total	
	Contributivo		Subsidiado		Vinculado			
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Centro Piloto	9	90,0	202	89,4	21	87,5	232	89,2
La Enea	1	10,0	18	8,0	2	8,3	21	8,1
Galán	0	0,0	6	2,7	1	4,2	7	2,7
Total	10	100,0	226	100,0	24	100	260	100,0

Como muestra la **tabla 16** un alto porcentaje de pacientes (89,2%) fueron remitidos desde el Centro Piloto. El 87,1 % de las remisiones del Centro Piloto son del régimen subsidiado y el 9,1 % de las remisiones del Centro Piloto son vinculados.

**Tabla 17 Distribución de las remisiones según régimen de seguridad social del paciente y sitio de destino**

Destino o sitio de flujo del traslado	Régimen de Seguridad Social						Total	
	Contributivo		Subsidiado		Vinculado		No.	%
	No.	%	No.	%	No.	%		
SES hospital de caldas	5	50,0	89	39,4	10	41,7	104	40,0
SES hospital San Juan de Dios	0	0,0	49	21,7	2	8,3	51	19,6
SES hospital San Juan de Dios	1	10,0	37	16,4	2	8,3	40	15,4
Hospital Santa Sofía	0	0,0	21	9,3	10	41,7	31	11,9
Hospital Infantil	1	10,0	13	5,8	0	0,0	14	5,4
Clinica versalles	1	10,0	2	0,9	0	0,0	3	1,2
Hospital San Marcos Chinchina	0	0,0	3	1,3	0	0,0	3	1,2
Medintegral	0	0,0	3	1,3	0	0,0	3	1,2
Clinica SanMarcel	0	0,0	2	0,9	0	0,0	2	0,8
Clinica Santillana	0	0,0	2	0,9	0	0,0	2	0,8
Consulta externa	0	0,0	1	0,4	0	0,0	1	0,4
Clinica Aman	0	0,0	1	0,4	0	0,0	1	0,4
Clinica Santillana UCI	0	0,0	1	0,4	0	0,0	1	0,4
IMI	1	10,0	0	0,0	0	0,0	1	0,4
Instituto del corazón	0	0,0	1	0,4	0	0,0	1	0,4
Saludcoop	0	0,0	1	0,4	0	0,0	1	0,4
SaludTotal	1	10,0	0	0,0	0	0,0	1	0,4
Total	10	100,0	226	100,0	24	100,0	260	100,0

La **tabla 17** muestra que el 41,7 % de los pacientes vinculados remitidos de ASSBASALUD fueron admitidos en Santa Sofía y Hospital de Caldas SES. El 39,4 % de los pacientes que son remitidos de Assbasalud y que corresponden al régimen subsidiado fueron admitidos en el Hospital de Caldas SES.

**Tabla 18 Distribución de la remisión según disponibilidad de camas, por régimen de seguridad social**

Régimen de Seguridad Social	Disponibilidad de camas hospitalarias con relación al diagnóstico de remisión				Total	
	No		Sí		No.	%
	No.	%	No.	%		
Contributivo	2	20,0	8	80,0	10	100,0
Subsidiado	101	44,7	125	55,3	226	100,0
Vinculado	14	58,3	10	41,7	24	100,0
<b>Total</b>	<b>117</b>	<b>45,0</b>	<b>143</b>	<b>55,0</b>	<b>260</b>	<b>100,0</b>

Según la **tabla 18** que las barreras administrativas en la ciudad de Manizales, en el sistema de referencia y contra referencia, aún se dan en esta ciudad, así lo confirma este estudio, es más fácil acceder a una cama para un paciente contributivo, que para un subsidiado o vinculado. Del 55% de las remisiones que contaron con disponibilidad inmediata de camas, la mayor oportunidad de disponibilidad de camas porcentualmente, la obtuvo el régimen contributivo.

**Tabla 19 Distribución de las remisiones que tuvieron disponibilidad de camas de manera inmediata.**

Grupo edad	Disponibilidad de camas hospitalarias con relación al diagnóstico de remisión				Total	
	No		Sí		No.	%
	No.	%	No.	%		
Menor 19 años	30	40,0	45	60,0	75	100,0
19 a 59 años	73	47,1	82	52,9	155	100,0
60 y mas años	14	46,7	16	53,3	30	100,0
<b>Total</b>	<b>117</b>	<b>45,0</b>	<b>143</b>	<b>55,0</b>	<b>260</b>	<b>100,0</b>

En la **tabla 19** el 55% de los pacientes remitidos contaron con disponibilidad de camas de manera inmediata, cuando el 98,8 de las remisiones presentaron algún grado de gravedad y que según su triaje, ese 98,8, debían ser ubicados o contar con disponibilidad de camas en menos de seis horas . El 60% de las remisiones en el rango de edad de menores de 19 años contó con la disponibilidad de camas de manera inmediata, por lo tanto la mayor disponibilidad de camas se dio en el rango de edad de menores de 19 años.

**Tabla 20 Distribución de disponibilidad de camas por causa de remisión, Assbasalud**

Causa de remision	Disponibilidad de camas hospitalarias con relacion al diagnostico de remision				Total general	
	No		Sí		No.	%
	No.	%	No.	%		
Se requiere tratamiento y valoración por especialista	55	47,0	120	83,9	175	67,3
Se requiere interconsulta	35	29,9	9	6,3	44	16,9
Se requiere intervencion quirurgica	11	9,4	5	3,5	16	6,2
Se requiere actividad o procedimiento	6	5,1	3	2,1	9	3,5
Se requiere ayudas diagnosticas de mayor complejidad de alto costo	6	5,1	2	1,4	8	3,1
Se requiere cuidados intermedios	1	0,9	1	0,7	2	0,8
Se requiere UCI adulto	1	0,9	1	0,7	2	0,8
Se requiere UCI neonatal	1	0,9	0	0,0	1	0,4
Otras causas	1	0,9	2	1,4	3	1,2
<b>Total</b>	<b>117</b>	<b>100,0</b>	<b>143</b>	<b>100,0</b>	<b>260</b>	<b>100,0</b>

En la **tabla 20** se muestra que ante la causa de remisión o solicitud de casos especiales, como la necesidad de cama de Unidad de Cuidados Intensivos, como camas de cuidados intermedios, existió disponibilidad inmediata de camas en el 50% de los casos. El Hospital de Caldas SES, fue el que menos disponibilidad de camas de manera inmediata presentó o también podemos concluir que fue el que más camas negó, al régimen subsidiado y vinculados en Manizales.

Finalmente, en la **tabla 21**, se presentan las relaciones de dependencia entre la pertinencia de las remisiones y las variables relacionadas con la atención en salud.

**Tabla 21 Dependencia entre la pertinencia de las remisiones y las variables relacionadas con la atención en salud.**

VARIABLE	Porcentaje pertinencia de la remisión		Valor Chi-cuadrado	valor p
	NO	SI		
<b>Edad</b>				
Menor 19 años	40.0	60.0	6.00	0.0140 *
Entre 19 y 59 años	48.4	51.6	0.32	0.5700
60 y más años	50.0	50.0		
<b>Sexo</b>				
Hombre	45.0	55.0	2.62	0.10
Mujer	48.1	51.9	0.38	0.53
<b>Oportunidad Atención</b>				
Menos 12 horas	24.4	75.6	45.02	0.00000 *
Menos 24 horas	44.6	55.4	1.95	0.16200
Más de 24 horas	68.1	31.9	23.93	0.00000 *
<b>Procedencia</b>				
Centro Piloto	44.8	55.2	4.97	0.030 *
La Enea	61.9	38.1	2.38	0.120
<b>Coincidencia dx inicial vs dx recepción</b>				
NO	70.8	29.2	16.67	0.00044 *
SI	40.6	59.4	15.09	0.000102 *
<b>Coincidencia dx contra remisión vs remisión</b>				
NO	68.0	32.0	12.96	0.000318*
SI	40.9	59.0	13.75	0.000208 *
<b>Especialidad</b>				
Cirugía General	64.0	36.0	7.84	0.00051 *



Ginecoobstetricia	65.0	35.0	10.80	0.001015 *
Psiquiatría	18.5	81.5	73.13	0.000000 *
<b>Gravedad</b>				
Nivel II	40.9	59.1	1.45	0.2278
Nivel III	46.0	54.0	3.07	0.07963

\* Estadísticamente significado

## 12. Discusión de resultados

Dado que el objetivo central de la investigación fue establecer la pertinencia de las remisiones y contrarremisiones generada en la red adscrita de servicios de salud de Manizales, la discusión se realiza con base a dicha pertinencia y respecto de algunas de las variables que han sido documentadas en otros estudios, ya que sobre algunas de las variables incluidas en esta investigación no se encuentra información.

Se encontró que el porcentaje de remisiones no pertinentes en este estudio fue más alto (46,2%) ,en comparación con otros estudios de la red adscrita a la ciudad de Bogotá ,Valle del Cauca, ciudad de Medellín donde la no pertinencia fue del 20% , 11,4% y 10.4% respectivamente. (19) (7) (29) (31). La pertinencia general alude a la coincidencia entre los diagnósticos de ingreso y egreso como en el presente estudio.

De las remisiones en las que coincidió el diagnóstico de contra remisión o egreso , se debe destacar que el 67,3% solicitaron valoración y tratamiento por especialista, el 16,9% la causa de remisión fue la interconsulta. Estos resultados coinciden con el estudio sobre la prestación de servicios de salud en el tercer nivel de Manizales, antes y después de la suspensión de servicios del Hospital de Caldas, (33) que planteaba que no eran suficientes los servicios de consulta especializada. Un 45% requirieron tratamiento y valoración por Psiquiatría, lo que evidencia el incremento de la enfermedad mental en Caldas y Manizales, como se ha referido en el estudio de Salud Mental de Caldas, realizado por la Universidad de Caldas y DTSC en el año 2001 (34).

En relación a la pertinencia, según especialidad solicitada, se encontró que más del 50% de las remisiones que solicitaron especialidad de tercer nivel o cuarto nivel fueron pertinentes, pero las remisiones que solicitaron especialidades de segundo nivel, más del 40% de dichas remisiones no fueron pertinentes. El alto porcentaje de no pertinencia de las remisiones a especialidades como Medicina Interna, Ginecobstetricia, Cirugía General, se debe a la falta de un segundo nivel operativo y funcional en la ciudad de Manizales y en todo el Departamento de Caldas, como lo confirma la discusión en el estudio comparativo de la prestación de servicios de salud, antes y después del cierre del Hospital de Caldas (33).

El 62 % de las remisiones de Cardiología fueron pertinentes Tb 26. El 37,5 % de las remisiones de la subespecialidad de Cardiología, presentaron una oportunidad superior de 24 horas, porque son remisiones que requieren atención inmediata, la mayoría de las remisiones a Cardiología son para tratamiento y valoración de la enfermedad coronaria, y crisis hipertensivas y estas no dan espera, al momento de presentarse un evento agudo, por lo tanto no es adecuado para el sistema, que la oportunidad de Cardiología, en un gran porcentaje, sea superior a 24 horas.

El 53,1 % de las remisiones solicitaron especialidades ofertadas en su gran mayoría para un segundo nivel de complejidad como son Ginecobstetricia, Medicina Interna, Pediatría, Cirugía General, el 43.8% de las remisiones de Assbasalud, demandaron especialidades de tercer nivel de complejidad, y solo 3.2% demandaron especialidades o servicios de cuarto nivel de complejidad. Lo anterior demuestra que no es necesario seguir ofertando más servicios de cuarto nivel de atención, ya que la demanda no es tan alta, así se demuestre que existe cronicidad de la enfermedad en Manizales y que la pirámide poblacional esta invertida como lo ha definido el DANE (35), ésto no está relacionado directamente con las enfermedades de alto costo, pero si se demuestra que, en muchas de las remisiones se garantizaría su oportunidad y pertinencia, si existiera un segundo nivel operativo y funcional en Manizales, como lo definió el estudio del antes y después del cierre del Hospital de Caldas.

La valoración por Ginecobstetricia fue la segunda causa de remisión y se debe al alto porcentaje de mujeres menores de edad en embarazo y a la poca capacidad resolutive de los médicos de primer nivel a la hora de atender los partos, que terminan remitiéndolos al tercer nivel y complicando la atención de las maternas (35)(37). En relación a la alta demanda de servicios de Psiquiatra en el rango de menores de 19 años, habla y confirma la alta incidencia de enfermedad mental en nuestro medio, exacerbado y desencadenado por el alto consumo de sustancias psicoactivas (34)

La especialidad más demandada en los mayores de 60 años es la Medicina Interna, y representa el 30 % de todas las remisiones, lo que si preocupa es la poca oferta de especialistas de esta área y los pocos egresados de las universidades de Caldas en esta especialización, que se quedan residiendo en esta ciudad, como lo ratifica y lo demuestra el estudio de la Universidad Javeriana en el 2013.(36)

Con relación a otras variables relacionadas con la infraestructura para la prestación de servicios se destaca la disponibilidad de camas. Para Manizales el 55% de los pacientes remitidos, contaron con disponibilidad de camas de manera inmediata, mientras que en estudios realizados en el Valle del Cauca, específicamente en la Regional de Salud de Palmira(19), el 81,3% de pacientes remitidos en dicho estudio, contaron con disponibilidad inmediata de camas. Se confirma el déficit de camas en la ciudad de Manizales tal como lo afirma el informe de la DTSC. Esta situación va en contra de lo ordenado en la normatividad colombiana y en la lógica y eficiencia del Sistema de Referencia y Contrarreferencia de cualquier remisión grave, ya que debería ser “entre mayor gravedad mejor oportunidad en la atención a la hora de remitir “

### 13. Conclusiones:

Las remisiones y contraremisiones en la red adscrita de servicios de salud de Manizales incluyo como principal grupo de población a las personas entre 19 y 39 años, en proporción similar para hombres y mujeres y la mayor parte del régimen subsidiado.

La primera causa de remisión fue la valoración y tratamiento, seguida por la interconsulta. La especialidad de mayor demanda fue la Psiquiatria

Un alto porcentaje de las remisiones y contra remisiones, existió coincidencia entre el diagnóstico inicial y final de los pacientes remitidos que es uno de los criterios de pertinencia.. Sin embargo esta disminuye en la medida muchas de las remisiones requerían de interconsulta y se hubieran podido solucionar con la presencia de un segundo nivel de atención, que no existe en la ciudad de Manizales.

La no pertinencia del sistema de referencia y contra referencia, son más marcados en los usuarios o pacientes del régimen subsidiado y vinculado, que en el contributivo.

Se ponen en evidencia falta de disponibilidad de camas en el primer nivel, en Psiquiatria y Ginecobstetricia, poca oportunidad a la hora de recepcionar una remisión y la falta de interconsulta prioritaria

#### 14. Recomendaciones:

1. Con base en los resultados de ésta investigación, se requiere y se recomienda, la implementación y operación de un segundo nivel en Manizales.
2. Se recomienda no invertir en más camas de alto costo, sino aumentar las camas y ayudas diagnósticas en el primer nivel, en segundo nivel aumentar la disponibilidad de camas y la disponibilidad permanente ,las veinticuatro horas, de las especialidades básicas, especialmente en Medicina Interna y Ginecobstetricia, en el tercer nivel en especialidades o servicios de Psiquiatría, por la alta incidencia y prevalencia de la enfermedad mental en todas las edades.
3. Si no existe la posibilidad de garantizar más camas de segundo nivel de atención de manera rápida, al menos, se debe garantizar y habilitar en Assbasalud la interconsulta prioritaria en Ginecobstetricia, Pediatría, Cirugía General, Medicina Interna, y ésto permitirá mayor capacidad resolutive al sistema y menos congestión del alto nivel de complejidad de atención.
4. Realizar ajustes y actualización a las normas y procedimientos, que faciliten el uso adecuado de las estrategias del sistema de Remisiones y Contra Remisiones, para que garantice el uso racional del Sistema de Salud de Manizales, con el apoyo de telemedicina
5. Se recomienda el cumplimiento a cabalidad, por parte de las EPS-Subsidiadas y la Dirección Territorial de Salud de Caldas, de lo ordenado y definido en el artículo 17 y 18 del decreto 4747 del 2007, como es realizar convenios y garantizar la operatividad y funcionalidad de los Centros Reguladores de Urgencias y Emergencias, y que los mismos funcionen como un triage regional y operador absoluto de la red, para poder permitir más oportunidad, mayor accesibilidad, mejor pertinencia a todas las remisiones.
6. Se debe garantizar mayor inspección, vigilancia y control por parte del Sistema de Seguridad Social para que las EPS,IPS,y Dirección Territorial de Salud de Caldas garanticen y apliquen lo exigido por la norma, especialmente lo dicho en el decreto 4747 de 2007, y en lo posible generar sanciones para ello.
7. Se sugiere una investigación de ordenamiento territorial y distribución de la red, que defina escenarios por municipio ,por región, por departamento y territorio nacional.

## 15. Glosario

Para comprender mejor el tema sobre la pertinencia y eficiencia de las remisiones y contra remisiones del paciente, en la prestación de servicios de salud, de la presente investigación, se describen el significado de algunos conceptos, que se consideran importantes para una mejor comprensión del tema tratado. Estas definiciones fueron extraídas del decreto 2759 de 1991.

**Pertinencia médica:** medida en que la atención médica se corresponde con las necesidades del paciente, es decir, adecuado como sinónimo de correcto, conveniente y necesario para la patología concreta que es atendida.

**Pertinencia institucional:** Grado en que la oferta actual de servicios se corresponde con los servicios ofrecidos en el portafolio y la capacidad instalada. Se considera que se presentó pertinencia institucional en la remisión cuando el nivel del diagnóstico coincide con el nivel de complejidad de la institución receptora de la misma.

**Referencia o remisión médica:** es transferir la atención en salud de un usuario a otro profesional o institución, con la consiguiente transferencia de responsabilidad sobre su cuidado. En otras palabras, es un procedimiento que permite el envío de pacientes de un nivel a otro dotado de mayores recursos para completar el diagnóstico o realizar el tratamiento y la devolución del paciente al nivel original con indicaciones específicas sobre el diagnóstico, el tratamiento y otras medidas que deban adoptarse.

**Contra remisión o contra referencia:** es el proceso inverso a la remisión médica, es decir, la devolución del paciente del nivel superior al inferior que lo envió, con la debida información en el formulario correspondiente. Es la respuesta que el prestador de servicios de salud receptor de la referencia da al prestador que remitió. La respuesta puede ser la contra remisión del paciente con las debidas indicaciones a seguir o simplemente la información sobre la atención prestada al paciente en la institución receptora, o el resultado de las solicitudes de ayuda diagnóstica.

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

**Diagnóstico Inicial:** es la primera impresión con que se remite al paciente desde el área de salud.

**Diagnóstico Final:** es el diagnóstico con que se maneja el caso después de haberse valorado por especialista.

**Primer Nivel de Atención:** es el conjunto de recursos y procedimientos tecnológicos organizados para resolver las necesidades básicas y las demandas más frecuentes en la atención de la salud de una población dada. Constituye la puerta de entrada y el primer contacto de la población con el sistema de salud.

**Segundo Nivel de Atención:** Son instituciones que cuentan con atención de las especialidades básicas como lo son pediatría, cirugía general, medicina interna, ortopedia y ginecoobstetricia con disponibilidad las 24 horas internamente, valorando las urgencias. Además ofrecen servicios de consulta externa por especialista y laboratorios de mayor complejidad.

**Tercer Nivel de Atención:** instituciones que cuentan con subespecialidades tales como neurocirugía, cirugía vascular, neumología, nefrología, dermatología, etc. con atención por especialista las 24 horas; consulta, servicio de urgencias, radiología intervencionista, medicina nuclear y unidades especiales, como cuidados intensivos y unidad renal.

**Cuarto Nivel de Atención:** es aquella institución dedicada a una sola especialidad con todos los medios diagnósticos y la tecnología e infraestructura necesaria para brindar una atención óptima en aquellos pacientes de difícil manejo.

**Prestación de Servicios de Salud:** está relacionada con la garantía del acceso a los servicios de salud, el mejoramiento permanente de la calidad en salud y la búsqueda y generación de eficiencia en la prestación de los servicios médicos.

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

**TRIAGE 1 o ROJO- PRIORIDAD I** - Pacientes que presentan una situación que amenaza o pone en riesgo la vida Ejemplos: Paciente en shock, estado epiléptico o convulsivo, paro cardíaco o respiratorio, dificultad para respirar, fracturas o golpes graves, traumas (cráneo, cadera), heridas graves, parto en curso, intento de suicidio, abuso sexual, embarazada con sangrado, se atiende inmediatamente.

**TRIAGE 2 o AMARILLO- Prioridad II** - Pacientes que presentan una situación de urgencia con riesgo vital. Puede complicarse en cualquier momento. Ejemplos: Tos con expectoración y fiebre sin mejora después de una consulta médica, cuerpo extraño en ojo, en oído, dolor de cabeza, con síntomas asociados, signos de infección de herida quirúrgica, heridas que necesitan puntos que no involucre un órgano vital, embarazadas sin sangrado, dolor en el pecho de más de 5 días, dolor abdominal de más de 5 días. Promedio de espera para la atención 1-2 horas

**TRIAGE 3 o VERDE- Prioridad III** - Pacientes que presentan un problema de salud que no compromete la integridad del paciente. No es una urgencia. Incluye condiciones de riesgo que ameritan atención médica prioritaria. Ejemplos: Vómito sin sangre, diarrea sin deshidratación, alergias, enfermedades crónicas, enfermedades en menores de 5 años sin complicaciones, esguince, espasmo muscular, tos seca y malestar general, trauma menor. Promedio de espera para la atención hasta 6 horas

**TRIAGE 4 o Clasificación Blanca - NO URGENTE** Paciente con problema no agudo que no asiste a consulta externa y espera ser atendido en urgencias por una molestia menor o crónica Ejemplos: resfriado común, malestar sin fiebre, Cólico menstrual, flatulencia, estreñimiento, cefalea crónica sin síntomas asociados, revisión de sutura, masa en testículo, oleadas de calor, incontinencia crónica sin síntomas agudos, tos crónica sin síntomas asociado. Debe ser remitido a consulta externa. Se deben atender máximo en 72 horas.

## 16. Anexos

Se anexa 1 formato de consentimiento informado para revisión de Historias Clínicas con ánimo de investigación por parte de Assbasalud.

## 17. Referencias bibliográficas.

1. República P. Decreto 2759. Diario Oficial. 1991 Diciembre.
2. Gallego, Jesús Bernardo. Informe de gestión de Assbasalud.2013.
3. DTSC. Observatorio de salud pública. Dirección territorial de salud de caldas. Estadísticas centro regulador de urgencias. CRUE.
4. Republica P. Decreto 4747. Diario Oficial. 2007 Diciembre.
5. Conclusiones primer foro regional de salud departamental de caldas en busca de soluciones para la crisis. Septiembre 23 .2003.
6. .Ramírez, vuelvas. Eliza, Guzmán. Nirlis, Viviana. Evaluación del sistema de referencia y contra referencia en el servicio de urgencias de la empresa social del estado del hospital local de Arjona. Universidad de Cartagena 2012.
7. Vargas, Umaña .Irleana, Martínez, Catillo. Alcira. Causas de la referencia medica del primer nivel de atención a otras de mayor complejidad. Costa rica.1998.1999.
8. García, Gómez. Efectividad del proceso de remisiones médicas en servicios de urgencia.Cuba.2004.
9. Valencia. Acceso a los servicios de urgencias en Medellín. Universidad de Antioquia. Medellín, Colombia.2007
10. Ochoa. Dairo, Pajaro.Luis, Suarez.Elcy.Auditoria a los procesos de referencia y contra referencia en el hospital público departamental (Nivel III y IV). Barranquilla. 2012
11. Rojas. Fernando, Vergara. Luis. Modelo de mejoramiento de la calidad en los servicios de urgencias del hospital regional de roldanillo. Medellín .2003
12. Acosta.Raul.Auditoria de los procesos de atención de urgencias y remisión de pacientes en la clínica Ces de Medellín. Medellín. 2006.

13. Carreño. Patricia. Muñoz. Lucila. Cumplimiento por parte de los usuarios de servicios de salud, de la remisión y contra remisión entre los tres niveles de atención. Bucaramanga. 1989.
14. Silverman. Martín, Etchegoyea. Graciela. Optimización del proceso de referencia y contra referencia entre niveles de atención de salud. Universidad de la Plata. 2007
15. Garcia.Cecilia. División científica en su escrito sistema de referencia y contra referencia, un viacrucis. 2012
16. Ruelas. Lineamientos para la referencia y contra referencia de pacientes pediátricos de población abierta de la ciudad de México y área conurbada del estado Mexicano.2002.
17. García .Serven. Sistema de referencia y contra referencia. 2006
18. Revista panamericana de salud pública, la renovación de la atención primaria de salud en las Américas, La propuesta de la OPS para el siglo XXI.2007.
19. Serra Tamayo M. Pertinencia de remisiones generadas en la red adscrita de la Secretaria Distrital de Salud de Bogotá. 1999.?. Bogotá: Cundinamarca; 1999.
20. Republica P. Ley 10. Diario Oficial. 1990 Enero.
21. Republica P. Ley 715. Diario Oficial. 2001 Diciembre.
22. Manizales SS. Consolidado de tutelas. Manizales: Alcaldía, Caldas; 2013.
23. Ministerio de protección social. Política nacional de prestación de servicios de salud.2005.
24. Álvarez RB. Remisión de pacientes en una unidad regional de salud, Colombia. 1985
25. Informe de gestión de la Dirección Territorial de Salud de Caldas .2009
26. Constitución política de Colombia .Art 49.1991
27. Republica P. Ley 100. Diario Oficial. 1993 Diciembre.

28. Ministerio de Salud, Organización Panamericana de la Salud OPS/OMS, Colombia. Niveles de Complejidad: Modelo Teórico. Bogotá: Ministerio de Salud, Cundinamarca; 1986.
29. C García LR. Análisis de la calidad del sistema de referencia en el sistema local de salud 3 de Santiago de Cali.. Cali: Departamento Medicina Social Universidad del Valle., Valle; 1993.
30. Martínez .Félix, robayo.Gabriel, Valencia.Oscar.Desarrollo del principio de universalidad en el sistema general de seguridad social en salud fedesalud pp.4-5.Bogotá.2002.
31. L Arango HCNMAS. Proceso de remisión de pacientes hacia y desde cuatro sedes regionales del departamento de Antioquia y causas que motivaron la remisión, años 1980-22 1981. Medellín: Facultad Nacional de Salud Pública, Antioquia; 1981.
32. Vargas Humana I CMA. Causas de referencia médica del primer nivel de atención a otros niveles de mayor complejidad. ; 2002.
33. otros CR y. Estudio comparativo de la prestación de servicios de salud en el tercer nivel de atención de Manizales antes y después de la suspensión de servicios del Hospital de Caldas 2004. Manizales: Universidad de Caldas, Caldas; 2005.
34. Calderón, Ocampo. Jorge, Hernan.Transtornos mentales y por consumo de sustancias en el comportamiento de Caldas. Departamento de salud mental y comportamiento humano.
35. DANE. Estimación de la fecundidad a partir de las encuestas Nacionales de demografía y salud Dane. Bogotá: Dane, Cundinamarca; 2012.
36. Amaya JL. Estudio de disponibilidad y distribución en la oferta de médicos especialistas en servicios de alta y mediana complejidad en Colombia. Bogotá: GPES Universidad Javeriana, Cundinamarca; 2013.
37. Assbasalud. Principales hallazgos prenatales y posnatales en mujeres embarazadas adolescentes y adultas cuyos partos fueron atendidos en la clínica san Cayetano de Assbasalud. Manizales: Assbasalud, Caldas; 209-2010.