

**FALLAS EN EL PROCESO DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA EN  
EL SERVICIO DE URGENCIA DE INSTITUCIONES DE SALUD EN  
MONTERÍA, EN LOS ÚLTIMOS DOS AÑOS**

**DÍAZ MUSKUS MARIA CLARA  
GONZÁLEZ RUÍZ YURANIS ENITH  
RIVERA MIELES VIVIANA INÉS**



**UNIVERSIDAD DE CÓRDOBA  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
POS-GRADO EN AUDITORIA DE LA CALIDAD EN SALUD  
MONTERÍA-CÓRDOBA  
2020**

**FALLAS EN EL PROCESO DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA EN  
EL SERVICIO DE URGENCIA DE INSTITUCIONES DE SALUD EN  
MONTERÍA, EN LOS ÚLTIMOS DOS AÑOS**

**DÍAZ MUSKUS MARIA CLARA  
GONZÁLEZ RUÍZ YURANIS ENITH  
RIVERA MIELES VIVIANA INÉS**

**MONOGRAFIA**

**Para optar al título de Especialista en Auditoria de la Calidad en Salud**

**UNIVERSIDAD DE CÓRDOBA  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
POS-GRADO EN AUDITORIA DE LA CALIDAD EN SALUD  
MONTERÍA-CÓRDOBA  
2020**

## TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN.....	7
ABSTRACT .....	8
INTRODUCCIÓN.....	9
1. METODOLOGIA.....	12
1.1 TIPO DE ESTUDIO.....	12
1.2 OBJETIVO GENERAL.....	12
1.3 OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	12
1.4 UNIDAD DE ANÁLISIS .....	12
1.5 POBLACIÓN.....	13
1.6 MUESTRA .....	13
1.7 FUENTES DE INFORMACIÓN.....	13
1.8 MÉTODOS.....	13
1.9 ORGANIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN .....	14
1.10 PRESENTACIÓN DE LA INFORMACIÓN.....	14
1.11 ASPECTOS ÉTICOS.....	14
1.12 ASPECTOS DE PROPIEDAD INTELECTUAL .....	14
2. MONOGRAFÍA.....	15
FALLAS EN EL PROCESO DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA EN EL SERVICIO DE URGENCIA DE INSTITUCIONES DE SALUD EN MONTERÍA, EN LOS ÚLTIMOS DOS AÑOS.....	15
2.1 TIPOS DE FALLAS EN EL PROCESO DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA.....	15
2.1.1 Conceptualización de sistema .....	15
2.1.2 Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) de Colombia ...	16
2.1.3 Referencia y Contrarreferencia.....	20
2.1.4 El Sistema de Referencia y contrarreferencia (SRC).....	22
2.1.5 Sistema de salud colombiano .....	31
2.1.6 Concepto de salud.....	33
2.1.7 Tipos de instituciones de salud dentro del sistema.....	35
2.1.8 Clasificación de instituciones por nivel de complejidad .....	37

2.1.9 servicios de urgencia .....	39
2.1.10 Concepto de urgencia.....	39
2.1.11 Concepto de emergencia.....	40
2.1.12 Diferencias entre urgencia y emergencia .....	40
2.1.13 Esquema normativo de referencia y contrarreferencia en los servicios de urgencia.....	41
2.2 RESULTADOS SOBRE FALLAS EN EL PROCESO DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA.....	46
2.2.1 Utilidad del conocimiento de las fallas .....	48
2.2.2 Fallas específicas en el proceso de referencia y contrarreferencia .....	49
2.2.3 Procesos internos del proceso de referencia y contrarreferencia .....	53
2.3 CAUSAS QUE GENERAN LAS FALLAS EN EL PROCESO DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA .....	54
2.3.1 Principales causas que generan fallas en el proceso de referencia y contrarreferencia .....	55
2.3.2 Análisis de riesgo.....	57
3. CONSIDERACIONES FINALES .....	59
4. CONCLUSIONES.....	63
5. RECOMENDACIONES .....	65
REFERENCIAS .....	67

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Mapa global del proceso de la referencia: de consultorios y de apoyo al diagnóstico.....	24
Figura 2: Mapa global del proceso de referencia en el servicio de emergencia .....	25
Figura 3: Mapa global del proceso de contrarreferencia de consultorio externo y de apoyo al diagnóstico. ....	27
Figura 4: Mapa global del proceso de contrarreferencia de emergencia .....	28
Figura 5: Sistema de salud en Colombia. ....	32
Figura 6: Esquema de división de entidades promotoras de salud.....	37
Figura 7: Categorías de triage .....	43

## LISTA DE TABLAS

<i>Tabla 1:</i> Diferencias entre emergencia y urgencia.....	41
<i>Tabla 2:</i> Solicitudes más frecuentes en las tutelas de salud.....	47
<i>Tabla 3:</i> Tiempo de espera en sala de observación para traslados por naturaleza jurídica.....	51
<i>Tabla 4:</i> tiempo de espera en sala de observación para traslados por nivel de complejidad.....	52
<i>Tabla 5:</i> Listado de instituciones prestadoras de servicios de salud en Montería Córdoba.....	61

## RESUMEN

Los servicios de salud son esenciales para que los ciudadanos puedan acceder a ese derecho, es por esto que deben ser prestados de la manera más eficiente posible y de acuerdo a los parámetros fijados por la ley. En vista de eso, ésta monografía está diseñada con el objetivo de determinar el alcance de las fallas en el proceso de Referencia y Contrarreferencia en el servicio de urgencia de Instituciones de salud en Montería, en los últimos 2 años; mediante la compilación y análisis de los documentos encontrados, describiendo los resultados e identificando las causas que generan las fallas en este proceso. Se abordaran conceptualizaciones, leyes, decretos y resoluciones concernientes al tema del servicio de salud en el proceso de referencia y contrarreferencia en Colombia, con el fin de referenciar ese marco legal por el cual se debe regir toda institución de salud en el país. De igual forma, se analizara toda la documentación recopilada de acuerdo al criterio de auditoria en salud en las consideraciones finales teniendo en cuenta el proceso de referencia y contrarreferencia, así como también en las conclusiones y recomendaciones se tendrá en cuenta toda la información relevante acerca de la temática tratada.

**Palabras clave:** Salud, Referencia, Contrarreferencia, Fallas, Resultados, Causa, urgencia, Emergencia, Proceso, Sistema.

## **ABSTRACT**

Health services are essential for citizens could access this right, which is why they must be provided in the most efficient way possible and according to the parameters set by law. In view of this, this monograph is designed with the objective of determining the scope of the failures in the Reference and Counter-reference process in the urgency service of Health Institutions in Monteria, in the last 2 years; by compiling and analyzing the documents found, describing the results and identifying the causes that generate the flaws in this process. It will approach conceptualizations, laws, decrees and resolutions concerning to the health service in the process of reference and counter-reference process in Colombia, with the final purpose of reference that legal framework by which should be governed all health institutions in the country. Likewise, it will be analyze all the documentation collected according to the health audit criteria in the final conclusions, taking into account the reference and counter-reference process, as well as in the conclusions and recommendations, it will be account all relevant information about the thematic treated.

**Key words:** Health, Reference, Counter-reference, Failures, Results, Cause, urgency, Emergency, Process, System.



## INTRODUCCIÓN

Según el Manual de Referencia y Contrarreferencia<sup>1</sup>, estandarizar los procesos busca garantizar el cumplimiento de los derechos de los pacientes creando una cultura de calidad bajo los principios del Sistema de Garantía de Calidad en salud de oportunidad, seguridad, pertinencia, continuidad y accesibilidad; estos principios del sistema son de amplia utilidad en los servicios de urgencia para mejorar la calidad de sus habitantes.

Es por esto que, a partir de estudios realizados en un servicio de urgencias por Ramírez y Viana<sup>2</sup>, se analizó que es necesario entonces definir y establecer las relaciones y coordinación entre las diferentes instituciones dentro del concepto técnico-administrativo de la red de servicios, lo cual se logra en buena parte mediante el desarrollo del Régimen de Referencia y Contrarreferencia.

Así, el sistema de Referencia y Contrarreferencia en salud se ha convertido en una alianza estratégica para que las EPS puedan cumplir con el objetivo de brindar una atención oportuna y con calidad ante cualquier eventualidad o que sirva como elemento de apoyo para la contemplación diagnóstica con la IPS receptora, tal como lo afirma Mahecha<sup>3</sup>. Es por eso que se debe analizar cuáles son esos factores y/o fallas que influyen en la deficiente calidad para la prestación del servicio, incluyendo los tiempos de espera, la atención del

---

<sup>1</sup> Clínica Mar Caribe. Manual de Referencia y Contrarreferencia. [Internet]. Santa Marta. [Consultado 24 septiembre 2019]. Disponible en: [http://www.clinicamarcaribe.com/images/PDF/Protocolos-Clinica/REFERENCIA\\_Y\\_CONTRAREFERENCIA/CMC-UR-MN-001\\_Referencia\\_y\\_Contrarreferencia-ilovepdf-compressed.pdf](http://www.clinicamarcaribe.com/images/PDF/Protocolos-Clinica/REFERENCIA_Y_CONTRAREFERENCIA/CMC-UR-MN-001_Referencia_y_Contrarreferencia-ilovepdf-compressed.pdf)

<sup>2</sup> Ramírez E, Viana N. Evaluación del sistema de Referencia y Contra-referencia en el servicio de Urgencias de la Empresa Social del Estado. Hospital Local Arjona [trabajo de grado]. Cartagena (Bolívar). 2012. Disponible en: <http://repositorio.unicartagena.edu.co/bitstream/handle/11227/401/Evaluacion%20sistema%20referencia%20y%20contrarreferencia%20ERIKA%20Y%20NIRLIS.pdf;jsessionid=5CAF81CCCD4035B6D391D62B9A807521?sequence=1>

<sup>3</sup> Mahecha D. L. ¿Cuáles son las acciones de mejora que deben implementar las EPS con su sistema de referencia y contrarreferencia, para que la atención sea oportuna y de calidad? Bogotá- Colombia. 27 de junio de 2017. Disponible en: <https://repository.unimilitar.edu.co/bitstream/handle/10654/16298/MahechaLopezDianaLorena2017.pdf;jsessionid=2908C5770303E90B5340F023F21A6A6A?sequence=1>

personal de salud, la pertinencia en la remisión, autorización de los servicios y la red de cobertura.

Es importante identificar cuáles son las desventajas que tiene el sistema de salud que lleva al paciente o familiar a radicar una queja o alcanzar instancias jurídicas como la tutela.

Todo lo anterior conlleva a la necesidad de realizar un estudio de investigación en el servicio de urgencia de Instituciones de salud en Montería en los últimos dos años, para determinar las principales fallas que predisponen a un mal proceso en el sistema de Referencia y Contrarreferencia e implementar estrategias que permitan brindar un buen servicio eficiente y calificado, permitiendo al paciente atender sus necesidades de salud oportunamente, disminuir las quejas y fortalecer el relacionamiento entre EPS, todo ello basado en la normatividad vigente en Colombia. Por esto, el equipo autor se formuló la pregunta acerca de: ¿Cuáles son las fallas más frecuentes en el proceso de Referencia y Contrarreferencia en el servicio de urgencia de Instituciones de salud en Montería, en los últimos 2 años?

Para dar respuesta a ese interrogante, se tendrá en cuenta que la auditoría para el mejoramiento de la calidad en salud debe centrarse en procesos que se consideren prioritarios para el Sistema de salud, es por ello que es importante reunir evidencias existentes de las fallas en el proceso de referencia y contrarreferencia para disminuir los resultados desfavorables y los riesgos asociados a la atención en salud. Por otro lado, es importante estandarizar los procesos con el fin de garantizarle el total cumplimiento de los derechos del paciente articulando los distintos actores del Sistema, para así brindar una atención oportuna, integral y funcional en salud.

El grupo investigador se verá beneficiado de la presente monografía, no solo como un requisito para grado, sino que además podrá documentarse a profundidad sobre los sobrecostos que se generan cuando el proceso no se lleva de manera adecuada, así mismo permitirá la verificación del cumplimiento

de estándares requeridos en el proceso del ciclo de referencia y contrarreferencia en las entidades; lo anterior será aplicable a una utilidad desde la auditoría como en el programa de acciones que reduzcan los costos de las instituciones y se mejore la atención en los usuarios.

Es viable para el grupo investigador, ya que es un grupo de estudiantes de auditoría con perfil en salud, donde solo se va a invertir tiempo para investigar, leer, analizar y documentarse sobre el tema. De igual forma es de beneficio para la institución, porque se optimiza el tiempo de atención, se disminuye el día de estancia hospitalaria, aumenta el giro cama, y se puede generar mejor la comunicación entre las redes receptoras.

## **1. METODOLOGIA**

### **1.1 TIPO DE ESTUDIO**

El estudio fue descriptivo y el tipo de monografía científica de análisis de experiencias; pues se concentra en el alcance de las fallas del proceso de referencia y contrarreferencia en la ciudad de Montería.

### **1.2 OBJETIVO GENERAL**

Determinar el alcance de las fallas en el proceso de Referencia y Contrarreferencia en el servicio de urgencia de Instituciones de salud en Montería, en los últimos 2 años, mediante la compilación y análisis de los documentos encontrados.

### **1.3 OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- Analizar la documentación disponible acerca de los tipos de fallas que se dan en el proceso de Referencia y Contrarreferencia en el servicio de urgencia.
- Describir los resultados de las fallas en el proceso de Referencia y Contrarreferencia en el servicio de urgencia de Instituciones de salud.
- Identificar las causas que generan las fallas en el proceso de referencia y contrarreferencia.

### **1.4 UNIDAD DE ANÁLISIS**

Fallas en el proceso de Referencia y Contrarreferencia en el servicio de urgencia.

## **1.5 POBLACIÓN**

Para la monografía fue utilizada como población de referencia todos los documentos necesarios entre libros, bases de datos, artículos, revistas, informes consultados y registros web de sitios oficiales, así como también decretos y leyes vigentes en el sistema de salud de Colombia.

## **1.6 MUESTRA**

La muestra está constituida por la documentación entre libros, bases de datos, artículos, revistas, informes utilizados concernientes específicamente al municipio de Monteria-Cordoba.

## **1.7 FUENTES DE INFORMACIÓN**

Por ser monografía, las fuentes bibliográficas de información son primarias como libros, bases de datos, artículos originales en revistas, informes utilizados, así mismo se utilizaron fuentes secundarias y terciarias como informes departamentales, nacionales e internacionales que compilan las estadísticas del evento en estudio.

## **1.8 MÉTODOS**

La monografía se desarrolla en dos fases sucesivas: Heurística o de búsqueda y selección y la Hermenéutica o de asimilación/redacción de los textos por los autores; de esta segunda fase surgen las consideraciones finales, conclusiones y recomendaciones.

## **1.9 ORGANIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN**

El documento está organizado en cinco capítulos: El primero es la metodología, el segundo la monografía propiamente dicha, el tercero las consideraciones finales en la cual los autores expresan su saber desde la perspectiva del auditor de calidad en salud, el cuarto conclusiones y el quinto recomendaciones.

## **1.10 PRESENTACIÓN DE LA INFORMACIÓN**

Toda la información se presenta en texto, esquemas, figuras, y demás herramientas necesarias utilizando el paquete ofimático Microsoft Office versión 2013.

## **1.11 ASPECTOS ÉTICOS**

Los aspectos éticos se basan en los principios de Beneficencia y veracidad, pues la monografía tendrá una utilidad para un grupo de beneficiarios y la información será procedente de fuentes confiables.

## **1.12 ASPECTOS DE PROPIEDAD INTELECTUAL**

La responsabilidad de las opiniones emitidas en el documento, es de sus autores Díaz Muskus María Clara, González Ruiz Yuranis Enith y Rivera Miele Viviana Inés, quienes conservan la propiedad intelectual de los productos prácticos elaborados para ésta.

Se respetara la propiedad intelectual de las fuentes consultadas al dar crédito a los autores en las referencias colocadas en el cuerpo del trabajo y en las listas de referencias

## 2. MONOGRAFÍA

### FALLAS EN EL PROCESO DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA EN EL SERVICIO DE URGENCIA DE INSTITUCIONES DE SALUD EN MONTERÍA, EN LOS ÚLTIMOS DOS AÑOS

#### 2.1 TIPOS DE FALLAS EN EL PROCESO DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

##### 2.1.1 Conceptualización de sistema

En un sentido amplio, la Teoría General de Sistemas (TGS) se presenta como una forma sistemática y científica de aproximación y representación de la realidad y, al mismo tiempo, como una orientación hacia una práctica estimulante para formas de trabajo transdisciplinarias. En tanto paradigma científico, la TGS se caracteriza por su perspectiva holística e integradora, en donde lo importante son las relaciones y los conjuntos que a partir de ellas emergen. En tanto práctica, la TGS ofrece un ambiente adecuado para la interrelación y comunicación fecunda entre especialistas y especialidades.<sup>4</sup>

La perspectiva sistémica se ha convertido en uno de los tipos de explicación contemporánea que promete ser poderosa. En la antigüedad predominaba la explicación teleológica o finalista y en la modernidad predomina todavía la explicación mecanicista. Pero ambos tipos de explicación han sido muy cuestionados y tienen, cada uno, sus limitaciones. Frente a ellos surgió, a comienzos del siglo XX, la explicación sistémico-cibernética. Pero analicemos con más detenimiento por qué puede ser una explicación más poderosa que las anteriores. A lo que agrega: La idea de Bertalanffy de generalizar la teoría de sistemas terminó por acogerse prácticamente en todos los campos y

---

<sup>4</sup> Cathalifaud, M.A., y Osorio, F. Introducción a los conceptos básicos de la teoría general de sistemas. Revista de Epistemología de Ciencias Sociales. Chile. 1998. ISSN 0717-554X. Disponible en: <https://www.moebio.uchile.cl/03/frprinci.html>

disciplinas, y cada vez con mayor fuerza. Por otra parte la teoría de sistemas es una teoría unificada donde se incluyen todos los sistemas en una teoría general. La teoría de sistemas partió de los intentos de Bertalanffy de comprender a los sistemas vivientes como un todo y su relación con el entorno. Lo cual permite, lograr un pensamiento holista que permita comprender al mundo como una totalidad armónica en la diversidad de sus manifestaciones.<sup>5</sup>

### **2.1.2 Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) de Colombia**

Fue creado en el año de 1993 (Ley 100). Es un sistema de salud de competencia regulada, basado en la mezcla pública-privada y mercado-regulación, cuyas principales fuentes de financiamiento son las cotizaciones de empleados y empleadores, que financian el régimen contributivo, y los recursos fiscales obtenidos por medio de impuestos generales, que financian el régimen subsidiado. Las Empresas Promotoras de Salud-EPS son entidades públicas y privadas que operan como aseguradoras y administradoras<sup>6</sup>.

Las Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS) se encargan de proveer los servicios de atención a los usuarios, de acuerdo con las prestaciones o beneficios definidos en el Plan Obligatorio de Salud-POS<sup>7</sup>. El contenido del POS del régimen subsidiado representa cerca del 60% del que tiene el régimen contributivo. El Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA), se encarga de reconocer el pago a las EPS, según el número de afiliados y el valor de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) y trasladar recursos fiscales para el régimen subsidiado. Las grandes fuerzas que regulan el SGSSS son la macroeconomía (estructura productiva y salarial, empleo, distribución del ingreso y tendencias económicas) el desarrollo social, en especial la pobreza, el grado de desarrollo general, el modelo de industrialización, el sistema

---

<sup>5</sup> Von Bertalanffy, L., Rapoport, A., Thompson, J.D., Mackenzie, W.J.M., y Anohin, P. K. *Teoría dos sistemas*. Rio de janeiro-Brasil. 1976. Disponible en: <https://biblio.aladi.org/bib/66167>

<sup>6</sup> Colombia. Congreso de la República. Ley 100 de 1993. Disponible PDF en Diario Oficial No. 41.148

<sup>7</sup> Agudelo C. Cardona J. Ortega J. Robledo R. Sistema de salud en Colombia: 20 años de logros y problemas. *Ciênc. saúde coletiva*. vol.16 no.6 ISSN 1413-8123. Rio de Janeiro- Brasil. Junio 2011.



productivo y laboral, la concentración del ingreso, los recursos fiscales, la descentralización y otros similares<sup>7</sup>.

En una primera fase (1993-2000) abarca desde la aprobación de la Ley 100 y la implementación inicial del SGSSS<sup>7</sup>. Este proceso se da en un marco normativo previamente aprobado de descentralización política y administrativa - en marcha desde 1996-, con su correspondiente esquema de distribución de los recursos (situado fiscal) a los entes territoriales (Ley 60 de 1993)<sup>8</sup>. El SGSSS se encontró y cruzó con el proceso de descentralización, que se aplicó progresivamente a la salud, en medio de los flujos financieros fijados por aquella y por las normas propias del sistema de salud, lo cual creó un intrincado sistema de relaciones de la Nación con los Departamentos y municipios y de actores. En esta fase, en ausencia de un régimen de transición, la rectoría nacional de la salud pública quedó a la deriva; los Departamentos y municipios debieron construir sus propios esquemas y prácticas de rectoría<sup>7</sup>.

Los efectos de este proceso en la salud pública fueron negativos, en especial en aquellas problemáticas que en el anterior Sistema Nacional de Salud (SNS) se habían organizado y desarrollado como programas verticales nacionales, como los de control de las enfermedades tropicales, de la tuberculosis, la vacunación y otras similares<sup>7</sup>.

La segunda fase (2001-2006) se inició con la Ley 715 de 2001<sup>9</sup> que reordenó la distribución de recursos entre la Nación y los municipios, acoplándola a los flujos de los recursos de salud, por medio del Sistema General de Participaciones. Como se mencionó arriba el nuevo esquema de distribución de los recursos, disminuyó la proporción que se traslada a las entidades territoriales. En general, durante esta fase se fortaleció progresivamente la capacidad de gestión y de dirección de la salud pública en los Departamentos y municipios, lo cual incidió de manera positiva en las actividades de control de

---

<sup>8</sup> Colombia. Congreso de la Republica. Ley 60 de 1993. Documento PDF. Disponible en el Diario Oficial No. 40.987.

<sup>9</sup> Colombia. Congreso de la República. Ley 715 de 2001. Documento PDF. Disponible en el Diario Oficial N° 44.654.

las enfermedades transmisibles e inmunoprevenibles, con resultados disímiles. A partir del año 2003 se diseñaron las Normas y Guías que orientan las acciones de prevención y promoción individuales y se incorporaron en el Plan Obligatorio de Salud, lo cual permitió a las EPS e IPS implementarlas y colocar recursos específicos en aquellas<sup>7</sup>.

La tercera fase (2007 en adelante) se inició con la reforma parcial de la Ley 100<sup>6</sup>, por medio de la Ley 1122 de 2007<sup>10</sup> y la expedición del Plan Nacional de Salud Pública-PNSP (Decreto 3039 de 2007)<sup>11</sup>, obligatorio para todos los actores e instituciones.

Este Plan definió las responsabilidades políticas en salud pública, a cargo de la Nación, de las entidades territoriales, y de todos los actores del SGSSS, las cuales deberían complementarse con las acciones de actores de otros sectores, definidas en el Plan Nacional de Desarrollo y en los planes de desarrollo territoriales. El Plan Nacional de Salud Pública PNSP se formuló en torno a cinco ejes de política (promoción de la salud y la calidad de vida; prevención de los riesgos; recuperación y superación de los daños en la salud; vigilancia en salud y gestión del conocimiento, y; gestión integral para el desarrollo operativo y funcional del Plan Nacional de Salud Pública) que se despliegan en objetivos, estrategias y metas, lo cual permite identificar resultados y aproximarse a la valoración de los impactos en salud. En otros términos, el PNSP generó al tiempo una oportunidad de fortalecimiento de la salud pública y un escenario para rescatar la rectoría nacional y territorial<sup>7</sup>.

El SGSSS está conformado por un grupo amplio de actores públicos y privados vinculados al aseguramiento y/o la prestación de servicios. El Estado asume la función de rectoría, vigilancia y control, y delega la función de aseguramiento, prestación de servicios y acciones de salud pública en aseguradoras, prestadoras públicas y privadas (Empresas Promotoras de Salud-EPS- e

---

<sup>10</sup> Colombia. Congreso de la Republica. Ley 1122 de 2007. Documento PDF. Disponible en el Diario Oficial No. 46.506

<sup>11</sup> Colombia. Ministerio de la protección social. Decreto 3039 de 2007. Documento PDF. Disponible en el Diario Oficial No. 46.716.

Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud-IPS), en los gobiernos departamentales y municipales<sup>6</sup>.

La importancia de la articulación y cooperación intersectorial e interinstitucional para mejorar los logros en salud pública es reconocida y aceptada por todos. En este sentido, en algunas ciudades se han desarrollado diferentes formas de articulación y cooperación en salud pública tales como: Alianzas, contratos, mesas y reuniones de trabajo, firma de actas de compromiso, realización de diagnósticos comunitarios e intersectoriales en salud, negociación de responsabilidades y convenios interadministrativos. Estas formas de articulación y/o cooperación se han dado entre diferentes actores, tales como: Concejo municipal, Comité Municipal de Política Social, entidades de vigilancia y control, EPS, IPS, Comisarias de Familia, Registradora, recreación y deporte, universidades, organización no gubernamental (ONG) y comunidades, entre otros, según el objeto de las políticas y programas<sup>12</sup>.

Las políticas y programas en los cuales más se han articulado los actores antes mencionados son: Política de infancia y adolescencia; violencia intrafamiliar y sexual, vacunación, discapacidad, desnutrición infantil, emergencias y desastres, vigilancia epidemiológica<sup>13</sup>.

Entre los elementos que facilitan y fortalecen la articulación y cooperación entre actores están las visiones compartidas de la problemática en salud pública, la Identificación de propósitos comunes, la concertación de programas, objetivos, metas e indicadores, las directrices nacionales que establecen procesos de articulación, confianza recíproca, construcción de vínculos, diálogo y buena comunicación, la capacidad de persistencia y de persuasión, la percepción de obtención de beneficios financieros, la integración de recursos; voluntad política del alcalde y el apoyo de las secretarías de hacienda y de planeación, así como

---

<sup>12</sup> Molina G. Ramírez A. Oquendo T. Cooperación y articulación intersectorial e interinstitucional en salud pública en el modelo de mercado del sistema de salud colombiano, 2012-2016. Revista de Salud Pública. 20 (3): 286-292

<sup>13</sup> Colombia. Congreso de la Republica. Ley 1098 de 2006. Documento PDF. Disponible en el Diario Oficial No. 46.446.

también la continuidad contractual de directivos comprometidos con la salud pública<sup>12</sup>.

Sin embargo, a pesar de que se reconoce la importancia de la articulación y la cooperación intersectorial e interinstitucional que se han desarrollado algunas formas, son múltiples los obstáculos que debilitan el desarrollo de acciones en salud pública relacionadas con la rectoría y la gobernanza, tales como:

- ✓ Conducción del sistema.
- ✓ Regulación.
- ✓ Enfoque de salud.
- ✓ Talento humano<sup>14</sup>

Principalmente, el sistema de salud en Colombia es regido por lo decretado en la Ley 100 del 23 de Diciembre de 1993. En esta ley se creó el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) con el objetivo de desarrollar un sistema social más integral capaz de garantizar el servicio de salud para todos los colombianos de forma más descentralizada y por niveles de atención. Es decir, el sistema garantiza a los colombianos la atención de urgencias en todo el territorio nacional, así como la libre escogencia de las instituciones prestadoras de servicios y de los profesionales que ofrezca su Entidad Prestadora de Servicios (E.P.S). Dichas EPS deben ser vigiladas por los entes territoriales y, para el caso de Bogotá, la Secretaría Distrital de Salud es la encargada de regular y vigilar que dichas entidades respeten los derechos de los usuarios<sup>6</sup>.

### **2.1.3 Referencia y Contrarreferencia**

Formalmente, el Decreto 2759 del 11 de Diciembre de 1991 define al Régimen de Referencia y Contrarreferencia como el conjunto de normas técnicas y administrativas que permiten prestar adecuadamente al usuario el servicio de salud, según el nivel de atención y grado de complejidad de los organismos de

---

<sup>14</sup> Roth-Deubel, A.N., y Molina-Marín, G. Rectoría y gobernanza en salud pública en el contexto del sistema de salud colombiano, 2012-2013. (2013). *Revista de Salud Pública*, 15, 44-55.

salud con la debida oportunidad y eficacia. Para ser claros, el término *referencia* es descrito por el artículo 2º, párrafo 2º de dicha ley, como el envío de usuarios o elementos de ayuda diagnóstica por parte de las unidades prestatarias de servicios de salud, a otras instituciones de salud para atención o complementación diagnóstica, que de acuerdo con el grado de complejidad den respuesta a las necesidades de salud.<sup>15</sup>

Igualmente, se define a la *contrarreferencia* como la respuesta que las unidades prestatarias de servicios de salud receptoras de la referencia, dan al organismo o a la unidad familiar. Según el decreto, la respuesta puede ser la contra remisión del usuario con las debidas indicaciones a seguir o simplemente la información sobre la atención recibida por el usuario en la institución receptora<sup>15</sup>. El mismo decreto resalta que la finalidad del sistema es el de facilitar la atención oportuna e integral de usuario, así como el de garantizar el acceso universal de la población al nivel de tecnología y prestación de servicios que el paciente requiera para garantizar sus derechos, pero al tiempo demandar por la utilización eficiente de los recursos del estado.<sup>16</sup>

Con los cambios realizados en el sistema de salud, se toma la decisión de dirigir los esfuerzos hacia un sistema descentralizado (Infante, y cols. 2000; Sáenz y cols 2011), donde los servicios de salud principales se puedan apoyar en la atención primaria. Desde el punto de vista del costo efectivo, constituye una estrategia para garantizar el acceso a la mayor parte de la población y con esto mejorar a largo plazo los índices de salud en el territorio nacional.

Por otro lado, la comunicación entre niveles se apoya en el sistema de referencia y contra referencia, este sistema permite que un paciente cuyo problema de salud no pudo ser resuelto en un primer nivel de atención sea valorado por un profesional especializado, y/o que se realicen ciertos abordajes

---

<sup>15</sup>Colombia. Presidente de la Republica de Colombia. Decreto 2759 de 1991. Documento PDF. Disponible en el Diario Oficial No. 40.218.

<sup>16</sup> Guerrero, W.J., Amaya, C.A., y Velasco, N. Modelo de Programación Multi-Objetivo en el Sistema de Remisión de Pacientes entre Hospitales de Bogotá. Bogotá, Colombia. Agosto de 2008. Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/236877930\\_Modelo\\_de\\_Programacion\\_Multi\\_-\\_Objetivo\\_en\\_el\\_Sistema\\_de\\_Remision\\_de\\_Pacientes\\_entre\\_Hospitales\\_de](https://www.researchgate.net/publication/236877930_Modelo_de_Programacion_Multi_-_Objetivo_en_el_Sistema_de_Remision_de_Pacientes_entre_Hospitales_de)

diagnósticos y terapéuticos. Este sistema se activa por medio de un documento emitido por el médico o profesional de salud de atención primaria, quien remite al paciente a un nivel de atención con mayor complejidad, para que sea valorado por un profesional más especializado, que se encarga de definir una cita al paciente, según la prioridad que requiera, para abordar el problema de salud que no pudo ser resuelto en el primer nivel de atención<sup>17</sup>.

#### **2.1.4 El Sistema de Referencia y contrarreferencia (SRC)**

Es el conjunto ordenado de procedimientos asistenciales y administrativos, a través del cual se asegura la continuidad de la atención de las necesidades de salud de los usuarios, con la debida oportunidad, eficacia y eficiencia, transfiriéndolo de la comunidad o establecimiento de salud de menor capacidad resolutive a otro de mayor capacidad resolutive.<sup>18</sup>

Existen diversas definiciones de proceso, quizás la más aceptada define un proceso como el conjunto de recursos y actividades relacionadas entre sí que transforman elementos entrantes en elementos salientes (ISO 8402). Se define como un conjunto de actividades que utilizan recursos para transformar entradas en salidas. De manera que el enfoque de procesos reconoce explícitamente, al menos, tres elementos en torno a las actividades de cualquier organización: entradas, transformaciones y salidas.

La aplicación de un sistema de procesos dentro de la organización, junto con la identificación e interacciones de estos procesos, así como su gestión, puede denominarse como enfoque basado en procesos. Un enfoque de este tipo, cuando se utiliza dentro de un sistema de gestión de la calidad, enfatiza la importancia de ISO 9001 (2008):

---

<sup>17</sup> Muñoz M, Alfaro P. Sistema de referencia y contrarreferencia, categorías de relevancia para una comunicación efectiva en el sistema de salud (tesis de especialidad). Costa Rica. 2017. Disponible en: <http://repositorio.sibdi.ucr.ac.cr:8080/jspui/handle/123456789/10984>

<sup>18</sup> Iparraguirre R. Rodríguez R. Plan de referencia y contra referencia para mejorar la oferta de servicios de salud en la consulta externa de los hospitales II-1 en la provincia de Trujillo: 2014-2016. Perú. 2015. "Ciencia y Tecnología", Año 11, Nº 4, 2015, 85-103. ISSN: 1810 – 6781(impresa) ISSN: 2306 – 2002(digital)

- ✓ Comprensión y el cumplimiento de los requisitos.
- ✓ Necesidad de considerar los procesos en términos que aporten valor.
- ✓ Obtención de resultados del desempeño y eficacia del proceso.
- ✓ Mejora continua de los procesos con base en mediciones objetivas.

El beneficio del enfoque de procesos radica en que "un resultado deseado se alcanza más eficientemente cuando las actividades y los resultados relacionados se gestionan como un proceso". Una gestión por procesos permite operar una organización de manera más sistemática y transparente, induce a reconocer explícitamente los grupos de actividades afines facilitando la toma de decisiones porque se precisan las responsabilidades de las personas involucradas.<sup>19</sup>

Todo proceso tiene un principio y un fin; una actividad inicial y una final, que deben estar perfectamente delimitadas, para que cada proceso pueda ser manejado convenientemente y sus responsabilidades asignadas sin equívocos ni redundancias. Identificar los procesos nos ayudará a comprender mejor lo que hacemos y por qué lo hacemos. Su adecuada gestión nos proporcionará una mejora en los resultados obtenidos a todos los niveles.<sup>20</sup>

La norma ISO 9001:2008 promueve la adopción de un enfoque basado en procesos cuando se desarrolla, implementa y mejora la eficacia de un sistema de gestión de la calidad, para aumentar la satisfacción del cliente mediante el cumplimiento de sus requisitos.<sup>21</sup>

---

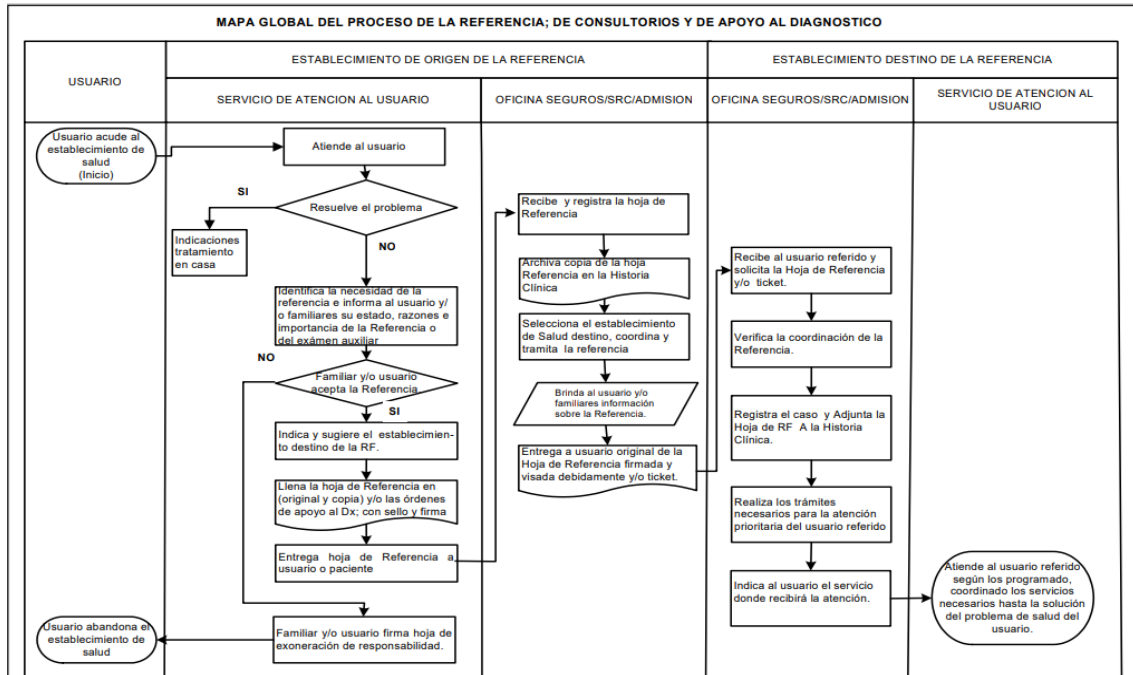
<sup>19</sup> Torres C. Orientaciones para implementar una gestión basada en procesos. Concepción-chile. Agosto de 2014. Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/317519258\\_Orientaciones\\_para\\_implementar\\_una\\_gestion\\_basada\\_en\\_procesos\\_Guidelines\\_to\\_implement\\_a\\_process\\_based\\_management](https://www.researchgate.net/publication/317519258_Orientaciones_para_implementar_una_gestion_basada_en_procesos_Guidelines_to_implement_a_process_based_management)

<sup>20</sup> Álvarez, J.M.P., y Manuel, J. *Configuración y usos de un mapa de procesos*. (2012). AENOR-Asociación Española de Normalización y Certificación.

<sup>21</sup> Suiza. International Organization Standardization (ISO). ISO 9001:2008. Disponible en: <https://www.iso.org/obp/ui/#iso:std:iso:9001:ed-4:v2:es>

A continuación se ilustran algunas de las actividades necesarias en el proceso de la referencia en consultorios y apoyo al diagnóstico:

Figura 1: Mapa global del proceso de la referencia: de consultorios y de apoyo al diagnóstico<sup>22</sup>.



Fuente: Slideplayer (redes y micro redes de servicio de salud)

Para que una organización funcione de manera eficaz, tiene que determinar y gestionar numerosas actividades relacionadas entre sí. Una actividad o un conjunto de actividades que utilizan recursos, y que se gestiona con el fin de permitir que los elementos de entrada se transformen en resultados, se puede considerar como un proceso.<sup>23</sup>

Como es de notarse la figura 1 se encuentra ilustrando de manera específica las actividades realizadas en el proceso de referencia en consultorios y de apoyo al diagnóstico, comenzando por el usuario el cual solicita el servicio. Luego se puede observar que el esquema se subdivide en establecimiento de

<sup>22</sup>Alvarado V. (slideplayer). Redes y microredes de servicios de salud. España. 2015. Disponible en: <https://slideplayer.es/slide/3304180/>

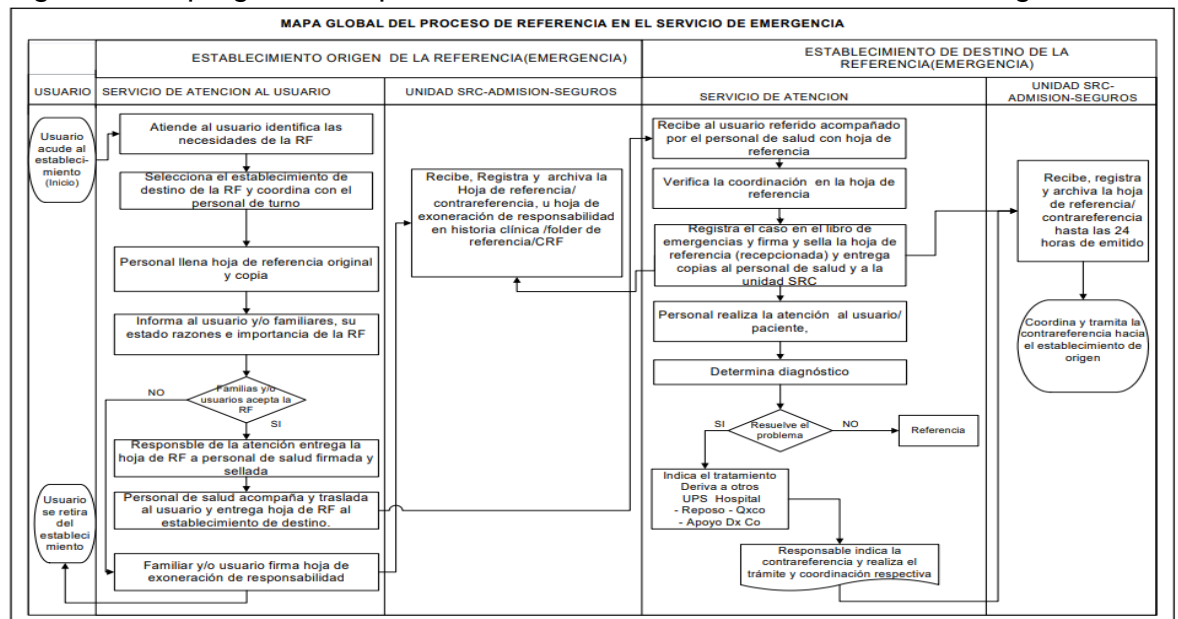
<sup>23</sup> Equipo Vértice. *Gestión de la calidad*. Editorial Vértice. ISBN 10: 8499311873 / ISBN 13: 9788499311876.



origen de la referencia y en establecimiento de destino de la referencia; el primero ofrece el servicio de atención al usuario atendiéndolo y resolviendo su problema si es posible, si no lo resuelve la oficina de seguros o admisión registra la hoja de referencia archivando una copia y entregándole al usuario la original. El segundo por su parte que también se encuentra interconectado a las actividades anteriores el cual sería la oficina de seguros, recibe al usuario referido y solicita la hoja de referencia, para registrar el caso e indicar el servicio al usuario y por último se hace la realización de servicio de atención al usuario.

Por otro lado, la referencia es usada en servicio de emergencia es por esto que en la figura 2, se observa un esquema de actividades también necesarias en la referencia pero haciendo énfasis en el servicio de emergencia.

Figura 2: Mapa global del proceso de referencia en el servicio de emergencia<sup>22</sup>.



Fuente: slideplayer(redes y microneces de servicios de salud)

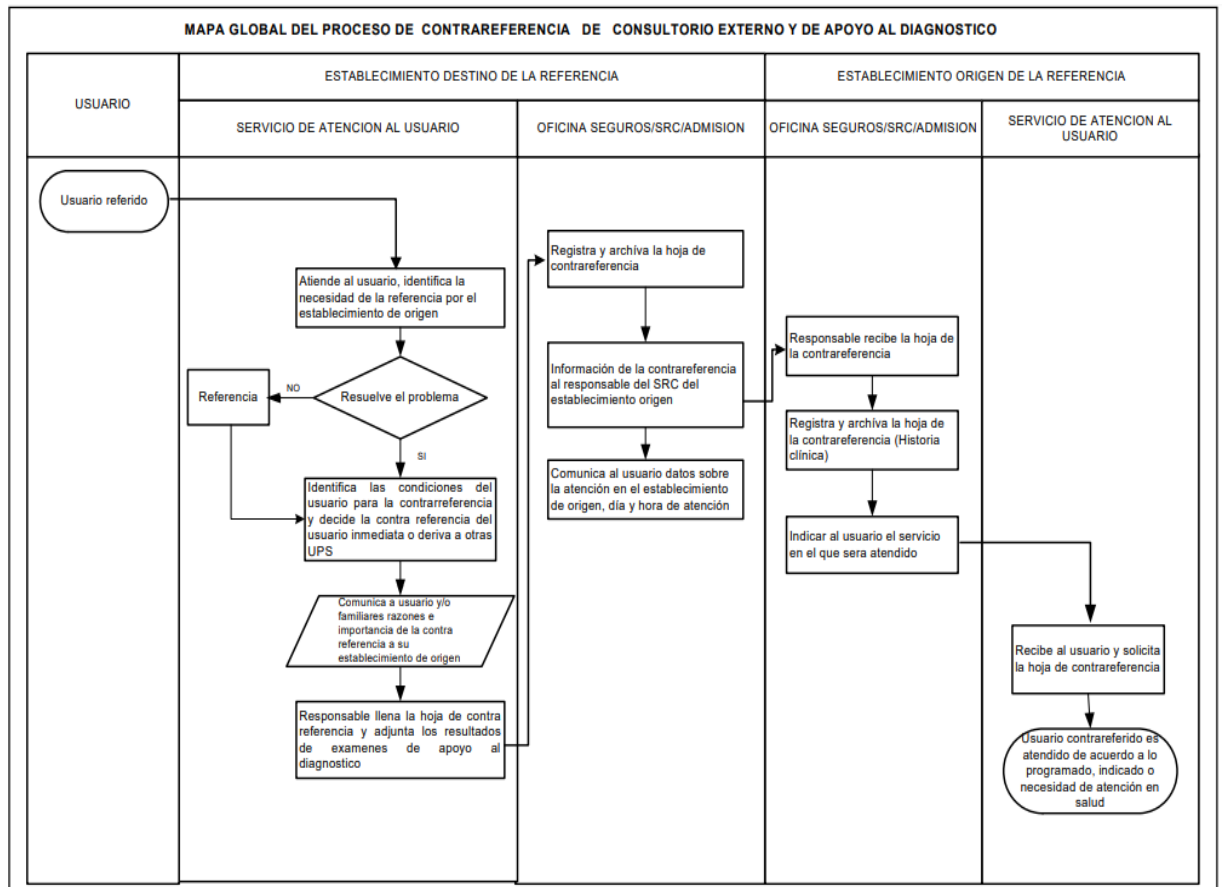
En el anterior mapa global de proceso de referencia en emergencia es de notarse que el conjunto de actividades inician con el usuario acudiendo al establecimiento de salud, es atendido, se selecciona el establecimiento de destino, se llena la referencia informándoles a los familiares y al usuario la importancia de esta, si el familiar no acepta estos firman la hoja de exoneración

de responsabilidad y lo que es la unidad de admisión de seguros recibe y archiva la hoja de referencia, registra el caso en el libro de emergencias firma y sella la hoja de referencia (repcionada) y entrega copias al personal de salud y a la unidad pertinente. Luego el personal realiza la atención al usuario determina el diagnóstico y resuelve el problema de acuerdo a lo que se muestre en el mapa.

Por otro lado, está el caso de que el paciente y sus familiares si acepten el proceso de referencia brindado por la entidad de salud, siendo así el personal de la salud es responsable de acompañar y trasladar al usuario, entregando la hoja de referencia al establecimiento de destino. En este punto el establecimiento de destino de la referencia en servicio de atención recibe al usuario referido acompañado por el personal de salud con hoja de referencia, verifica la coordinación en la hoja de referencia, registra el caso en el libro de emergencias, entrega la copia al personal de salud, para luego determinar diagnóstico y así resolver o no el problema de acuerdo a lo ilustrado en el mapa. De todas formas la unidad de atención, admisión o seguros reciben, registran y archivan la hoja de referencia/contrarreferencia hasta las 24 horas de emitido, para coordinar y tramitar la contrarreferencia hacia el establecimiento de origen.

Para los mapas globales de referencia tanto en consultorio y apoyo al diagnóstico como en el caso de emergencia existe un proceso de contrarreferencia para ambos casos en la figura 3 y 4 respectivamente.

Figura 3: Mapa global del proceso de contrarreferencia de consultorio externo y de apoyo al diagnóstico<sup>22</sup>.



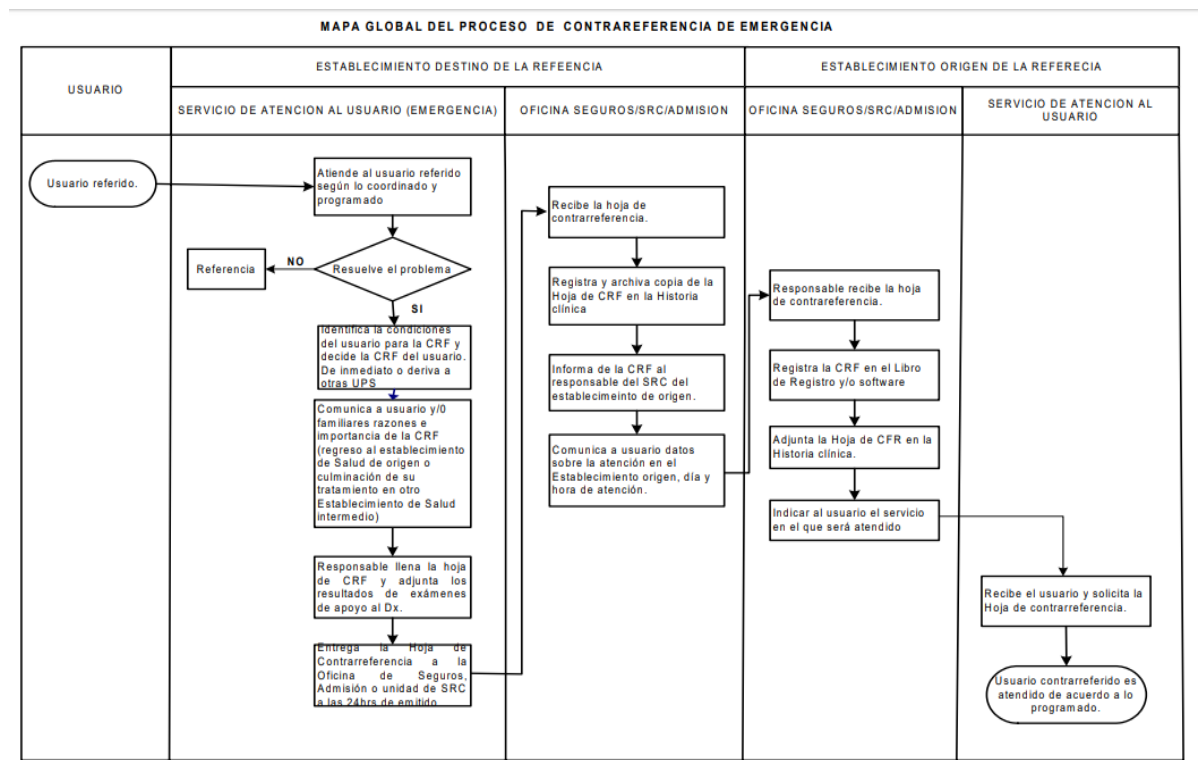
fuentes: slideplayer (redes y microredes de servicios de salud)

En la figura 3 es de notarse que el proceso de la contrarreferencia de consultorio externo y de apoyo diagnóstico inicia con el usuario pero ya no pidiendo atención médica, sino que ya viene referido. El servicio de atención al usuario en el establecimiento de destino de la referencia atiende al paciente, identifica la necesidad de la referencia por el establecimiento de origen, luego si el problema no se resuelve emite una referencia, y si se resuelve identifica las condiciones del paciente comunica a los familiares y se llena la hoja de contrarreferencia, acto seguido en la oficina de seguros se registra y archiva la hoja de contrarreferencia aclarando la información de la contrarreferencia, el responsable del establecimiento de origen, comunicándole al usuario datos sobre la atención en el establecimiento de origen.

Luego de esto la oficina de seguros se hace responsable de recibir la hoja de contrarreferencia, registra y archiva la hoja de la contrarreferencia (historia clínica) indica al usuario el servicio en el que será atendido, para finalmente recibir al usuario y solicitar la hoja de contrarreferencia. De esta forma el usuario contrarreferido es atendido de acuerdo a lo programado.

Por otra parte, se encuentra también el proceso de contrarreferencia en emergencias el cual es descrito en la figura 4 mostrando cada paso a seguir en la contrarreferencia cuando de una emergencia se trate.

Figura 4: Mapa global del proceso de contrarreferencia de emergencia<sup>22</sup>.



Fuente: slideplayer (redes y microredes de servicios de salud)

Como se puede observar en el anterior mapa global, la contrarreferencia en el proceso de emergencia el usuario también es referido al establecimiento de destino de la referencia, se atiende al usuario referido según lo coordinado y programado en este caso si no se resuelve el problema se realiza una referencia nuevamente, pero si el problema se resuelve se identifican las condiciones del usuario para la contrarreferencia, también se les comunica tanto al usuario como a sus familiares la importancia de la contrarreferencia

para que la diligencien completamente y se adjunta con los resultados de exámenes de apoyo, acto seguido se entrega la hoja de contrarreferencia a la oficina de seguros admisión o unidad a las 24 horas de emitido.

Después en la oficina de seguros se recibe la hoja de contrarreferencia se registra y archiva la hoja de esta en la historia clínica, informando al responsable de la oficina del establecimiento de origen acerca de la contrarreferencia comunicando al usuario los datos sobre la atención en el establecimiento origen, día y hora de atención. Luego de esto el responsable en el establecimiento de origen de la referencia recibe la hoja de contrarreferencia, la coloca en el libro de registro y/o software, adjunta la hoja en la historia clínica indicando al usuario el servicio en el que será atendido. Más adelante en el servicio de atención al usuario se recibe a este solicitando la hoja de contrarreferencia y finalmente es atendido de acuerdo a lo programado.

Por otro lado, es necesario recordar que en cualquier proceso existen márgenes de error y se presentan fallas en estos por esto es fundamental conocer primero lo que es una *falla*. Según el diccionario de la real academia española una falla es un defecto, falta o incumplimiento de una obligación. Mientras que, de acuerdo a su etimología<sup>24</sup> el significado del término varia, es así como de forma general cuando la palabra proviene del latín *falla*, hace referencia a un defecto, falta o incumplimiento. De acuerdo a esto una falla en la atención al usuario en medicina es una deficiencia para realizar una acción prevista según lo programado o la utilización de un plan incorrecto, lo cual se puede manifestar mediante la ejecución de procesos incorrectos (falla de acción) o mediante la no ejecución de los procesos correctos (falla de omisión),

---

<sup>24</sup> Definicion.De (Pérez J, Merino M). Definición de falla.- que es? Significado y concepto. Houston-Texas .Publicado: 2009. Actualizado: 2009. Disponible en: <https://definicion.de/falla/>

en las fases de planeación o de ejecución. Las fallas son por definición no intencionales.<sup>25</sup>

Más específicamente en el proceso de Referencia y contrarreferencia la parte financiera se encuentra muy ligada a los trámites correspondientes, ya que los pagos atrasados o acumulados retrasan las labores a realizar con los usuarios de los deudores y por tanto la demora en el tiempo de respuesta de los mismos; por tal razón se podría considerar de manera muy probable que el manejo financiero de las instituciones o entidades de salud no sea el apropiado al momento de saldar sus deudas creando demoras en las contrarreferencia.

Por otro lado, se podría incluir dentro de las posibles fallas la deficiente atención al usuario al momento de solicitarle la documentación necesaria para hacer las referencias, así como también los retrasos en el personal de salud al remitirlas.

Otra posible falla podría ser los vencimientos de contratos y demoras en la renovación de los mismos con los prestadores de mayor complejidad a los que son remitidos los pacientes, causando demoras en la atención de este por parte del especialista al que está siendo remitido.

En el informe defensorial (derecho a la salud) en el que se hizo un monitoreo a los servicios de salud de urgencias de IPS en Colombia<sup>26</sup> más específicamente en la referencia y contrarreferencia Los usuarios que acuden a una IPS que no cuenta con los servicios o especialidades requeridas, deben ser trasladados y dicho traslado debe obedecer al principio de oportunidad, es decir, debe realizarse en el menor tiempo posible. Sin embargo, diversas razones limitan los mismos, generando no solo demoras en la atención, sino también sobreocupación en las IPS que prestan el servicio en primera instancia. Todo lo anterior genera consecuencias en los involucrados de los procesos y

---

<sup>25</sup> Encolombia.com. Modelo conceptual y definiciones básicas de la política de seguridad del paciente. Revista académica nacional de medicina, Academia 081. Bogotá-Colombia. 2014. Disponible en: <https://encolombia.com/medicina/revistas-medicas/academedicina/va-81/respuestadelministerio1/>

<sup>26</sup> Defensoría del pueblo. Informe Defensorial – Derecho a la Salud Monitoreo a los servicios de urgencias de IPS en Colombia-. Colombia. 10 de febrero de 2020. Disponible en: [https://www.defensoria.gov.co/attachment/3067/Informe-Urgencias2020.pdf?g\\_show\\_in\\_browser=1](https://www.defensoria.gov.co/attachment/3067/Informe-Urgencias2020.pdf?g_show_in_browser=1)

generalmente el más perjudicado termina siendo el usuario al no recibir la atención esperada.

Por otro lado, en el sistema de salud colombiano se han presentado múltiples inconvenientes generando graves consecuencias en la atención del usuario y los tramites que estos deben realizar por orden médica, así como también las múltiples inconsistencias que se han atravesado con los actos de corrupción en el ámbito financiero con la consecuencia de las deudas de las EPS. Es por esto que los procedimientos se deben llevar de una manera estricta y que siempre conlleven al bienestar del usuario<sup>27</sup>. Así, Cuando existen fallas en el proceso de referencia y contrarreferencia los usuarios corren el riesgo de perder la vida por el manejo inoportuno y la prestación inadecuada de los servicios de salud. Esta sería la principal consecuencia ante cualquier falla que se presente en el proceso.

### **2.1.5 Sistema de salud colombiano**

El sistema de salud colombiano<sup>28</sup> está compuesto por un amplio sector de seguridad social y un sector exclusivamente privado. Su eje central es el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) con sus dos regímenes, el régimen contributivo (RC) y el régimen subsidiado (RS). El RC afilia a los trabajadores asalariados y pensionados y a los trabajadores independientes con ingresos iguales o superiores a un salario mínimo. El RS afilia a todas las personas sin capacidad de pago<sup>6</sup>.

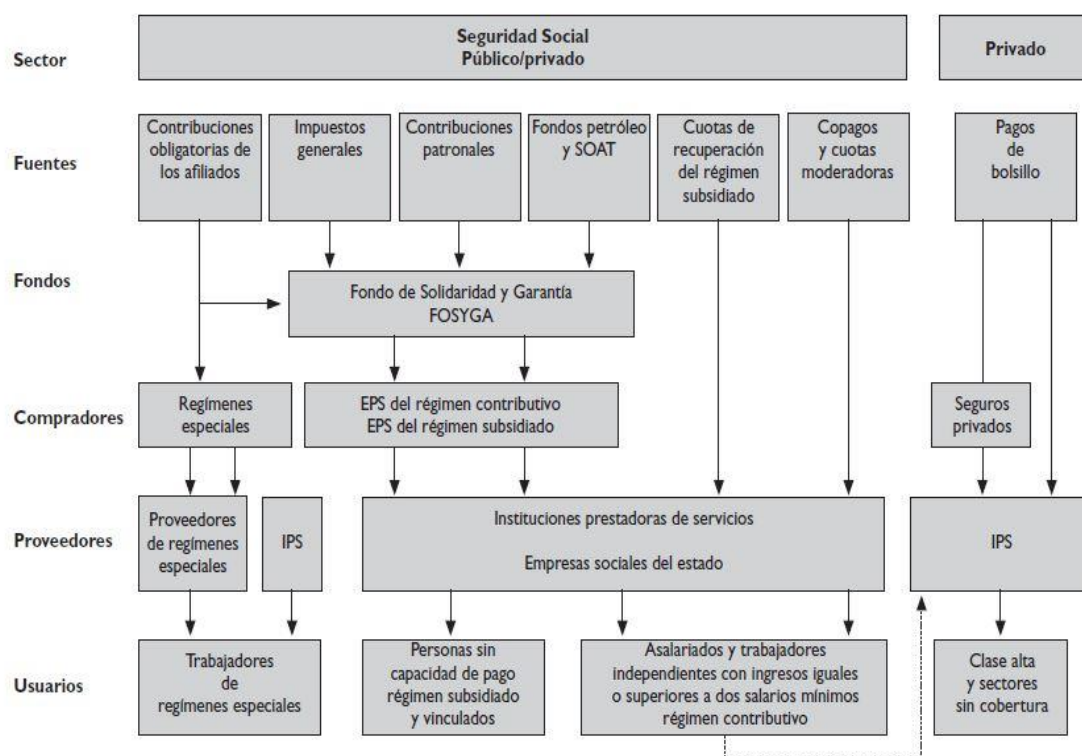
A continuación en la figura 5 se ilustra el sistema de salud colombiano teniendo como pie la seguridad social pública y privada para una mejor comprensión de este sistema.

---

<sup>27</sup> Páez G, Jaramillo L, Franco C, Arregoces L. Ministerio de salud y protección social. Estudio sobre el modo de gestionar la salud en Colombia. Colombia. 2013. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Estudio%20sobre%20el%20modo%20de%20gestionar%20la%20salud%20en%20Colombia.pdf>

<sup>28</sup> Guerrero R, Et al. Sistema de salud de Colombia. Revista salud pública de México. 9 de febrero de 2011. Volumen 53. Página 1. Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/262501562\\_Sistema\\_de\\_Salud\\_de\\_Colombia](https://www.researchgate.net/publication/262501562_Sistema_de_Salud_de_Colombia)

Figura 5: Sistema de salud en Colombia<sup>28</sup>.



Fuente: Revista de salud pública.

La anterior figura acerca del sistema de salud colombiano describe de manera específica el sector, en el cual figura la seguridad social tanto pública como privada. Mientras que, de igual forma identifica las fuentes de contribuciones obligatorias de los afiliados, los impuestos generales, fondos de petróleo, SOAT, Copagos, cuotas moderadoras entre otros, los cuales forman unión con los Fondos de Solidaridad y Garantía FOSYGA, continuando con los compradores que serían los regímenes especiales y las EPS de régimen contributivo y subsidiado.

Por otro lado, estarían los proveedores correspondientes a proveedores de regímenes especiales, IPS y empresas sociales del estado, para llegar al final a los usuarios conformados por trabajadores de regímenes especiales, personas sin capacidad de pago de régimen subsidiado y vinculados, así como también asalariados y trabajadores independientes con ingresos iguales o superiores a dos salarios mínimos pertenecientes a régimen contributivo.



### 2.1.6 Concepto de salud

La salud ha sido considerada, de manera tradicional, como la ausencia de enfermedad. Este concepto es sumamente limitado, por ello la Organización Mundial de la Salud en 1967, amplía la definición de la salud como el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedades o afecciones<sup>29</sup>. De igual forma encaminados a los servicios de salud en Colombia se encuentra la salud pública<sup>30</sup> en la cual de acuerdo con la Ley 1122 de 2007<sup>10</sup> está constituida por un conjunto de políticas que busca garantizar de manera integrada, la salud de la población por medio de acciones dirigidas tanto de manera individual como colectiva, ya que sus resultados se constituyen en indicadores de las condiciones de vida, bienestar y desarrollo. Dichas acciones se realizarán bajo la rectoría del Estado y deberán promover la participación responsable de todos los sectores de la comunidad<sup>10</sup>. Siempre promoviendo y garantizando el cumplimiento de cada uno de los componentes de la salud ya que, la ausencia de una buena salud en cualquiera de los componentes en una persona, indica que no es completamente saludable. Es en este punto donde se puede hablar de enfermedad teniendo en cuenta distintas conceptualizaciones.

Así, por ejemplo la OMS define enfermedad como "Alteración o desviación del estado fisiológico en una o varias partes del cuerpo, por causas en general conocidas, manifestada por síntomas y signos característicos, y cuya evolución es más o menos previsible"<sup>31</sup>. En este sentido, el término enfermedad se refiere ampliamente a cualquier condición que perjudica el funcionamiento del cuerpo humano. El término enfermedad puede usarse para describir enfermedades infecciosas como el VIH, la malaria o la influenza. Estas

---

<sup>29</sup> Ávila-Agüero, M. L. Hacia una nueva Salud Pública: determinantes de la Salud. *Acta Médica Costarricense*, 51(2), 71-73. Costa Rica. 2009

<sup>30</sup> Minsalud.gov.co. Salud pública. Bogotá-Colombia. Última actualización 2020. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/SaludPublica.aspx>

<sup>31</sup> Herrero S. Formalización del concepto de salud a través de la lógica: impacto del lenguaje formal en las ciencias de la salud. Santa Cruz de la palma- España. 2016. Disponible versión On-line ISSN 1988-348X.

condiciones son el resultado de la presencia de agentes causantes de enfermedades (por ejemplo, virus y bacterias) que pueden transferirse entre las personas. En contraste, enfermedades como las cardiovasculares, la diabetes y el cáncer se consideran enfermedades no infecciosas, porque no las causa un agente causante de enfermedad y no se pueden transferir entre las personas<sup>32</sup>.

Por otro lado, de acuerdo a lo concerniente a la *Regulación de salud y enfermedad dentro del sistema nacional de salud colombiano*, La Ley 100 de 1993<sup>6</sup> que reorganiza el Sistema Nacional de Salud y dicta otras disposiciones, define aspectos generales sobre el Servicio Público de Salud a cargo del Estado el cual debe regirse por una serie de principios básicos como<sup>27</sup>:

- ✓ Universalidad.
- ✓ Participación ciudadana
- ✓ Participación comunitaria.
- ✓ Subsidiaridad.
- ✓ Complementariedad e integración funcional.

Los tres últimos principios orientan hacia una armonización del sector público y privado. La ley también regula la prestación de servicios de salud por parte de los privados y la destinación del situado fiscal para la salud, donde se implanta un orden de prioridades a la hora de la destinación de los recursos, primando los servicios básicos de salud y servicios de asistencia pública<sup>27</sup>.

Por otro lado, la Constitución de 1991<sup>33</sup> establece el derecho irrenunciable a la seguridad social mediante el artículo 48 y a la salud y saneamiento público en el artículo 49. Estos nombran al Estado como el encargado de la dirección, coordinación y control bajo principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, aunque señala que los servicios de salud deben organizarse de forma descentralizada y por niveles de atención. La Constitución Política también

---

<sup>32</sup> National Public Health Week. Manual de capacitación NPHW. Módulo 1: salud y enfermedad. Canadá. 21 de octubre de 2015. Página 7. Disponible en: [http://www.phri.ca/hope4/wp-content/uploads/2016/02/Final-3.0\\_2015-10-21\\_M%C3%B3dulo-1\\_E.pdf](http://www.phri.ca/hope4/wp-content/uploads/2016/02/Final-3.0_2015-10-21_M%C3%B3dulo-1_E.pdf)

<sup>33</sup> Colombia. Asamblea Nacional Constituyente. Constitución política de 1991. Gaceta constitucional número 114 del jueves 4 de julio de 1991.

establece una atención básica de carácter gratuita y obligatoria para todas las personas, junto con el acceso que tienen estas al servicio público de salud y de saneamiento ambiental. Hay que resaltar que estrictamente no está contemplado en el capítulo de los Derechos Fundamentales, sino hace parte de los derechos sociales, económicos y culturales<sup>33</sup>.

La Constitución Política de 1991<sup>33</sup> mediante el artículo 86 también crea la figura de la *Acción de Tutela* que figura como mecanismo de protección a los derechos constitucionales fundamentales de los individuos frente a la vulneración, amenaza u omisión por parte de la autoridad pública. Cuando el derecho no es expresamente fundamental la Corte Constitucional revisará la decisión dada la naturaleza concreta del caso. Esta figura ha sido primordial en la evolución de la interpretación del derecho de la salud en la medida que ha dado lugar a pronunciamientos judiciales sobre su interpretación, además de establecer condiciones bajo las cuales este puede o no ser “entutelable”<sup>27</sup>.

### **2.1.7 Tipos de instituciones de salud dentro del sistema**

Las Entidades Promotoras de Salud son las entidades responsables de la afiliación, y el registro de los afiliados y del recaudo de sus cotizaciones, por delegación del Fondo de Solidaridad y Garantía. Su función básica será organizar y garantizar, directa o indirectamente, la prestación del Plan de Salud Obligatorio a los afiliados y girar, dentro de los términos previstos en la presente Ley, la diferencia entre los ingresos por cotizaciones de sus afiliados y el valor de las correspondientes Unidades de Pago por Capitación al Fondo de Solidaridad y Garantía, de que trata el título III de la presente Ley<sup>6</sup>.

La Superintendencia Nacional de Salud podrá autorizar como Entidades Promotoras de Salud, de naturaleza pública, privada o mixta siempre que para ello cumplan con los requisitos previstos en el artículo 180, a las siguientes entidades:

- ✓ El Instituto de Seguros Sociales.

- ✓ Las Cajas, Fondos, Entidades o empresas de Previsión y Seguridad Social del sector público, sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 236 de la presente Ley
- ✓ Las entidades que por efecto de la asociación o convenio entre las Cajas de Compensación Familiar o la existencia previa de un programa especial patrocinado individualmente por ellas se constituyan para tal fin.
- ✓ Las entidades que ofrezcan programas de medicina prepagada o de seguros de salud, cualquiera sea su naturaleza jurídica
- ✓ Las Entidades Promotoras de Salud que puedan crear los departamentos, distritos y municipios y sus asociaciones. Para ello podrán también asociarse con entidades hospitalarias públicas y privadas.
- ✓ Los organismos que hayan sido organizados por empresas públicas o privadas para prestar servicios de salud a sus trabajadores con anterioridad a la vigencia de la presente Ley, siempre que se constituyan como personas jurídicas independientes.
- ✓ Las organizaciones no gubernamentales y del sector social solidario que se organicen para tal fin, especialmente las empresas solidarias de salud, y las de las comunidades indígenas.
- ✓ Las entidades privadas, solidarias o públicas que se creen con el propósito específico de funcionar como Entidad Promotora de Salud<sup>6</sup>.

Es de recordar que todas estas organizaciones, entidades y demás deben contar con todo lo necesario para ofrecer una atención en salud al usuario óptimo y adecuado, para evitar inconsistencias legales y que puedan afectar la salud general de los pacientes.

A continuación se ilustra en la figura 6 la división de las EPS con sus regímenes, tipos y organismos de control en el sistema de salud colombiano.

Figura 6: Esquema de división de entidades promotoras de salud<sup>34</sup>.



Fuente: Urquina J.A.

Como es de notarse en la figura 6 las EPS son las administradoras de los recursos y quienes hacen la contratación, existen de distintos tipos de economía mixta, privadas y públicas, así como también en el ámbito de gestión tienen el régimen contributivo y el subsidiado. Cabe resaltar también que los organismos de control son supersalud, ministerio de salud y de la protección social, la contraloría y la procuraduría.

### 2.1.8 Clasificación de instituciones por nivel de complejidad

El Decreto 1760 del 2 de agosto de 1990<sup>35</sup> por el cual se establecen y definen los niveles de atención, tipo de servicio de complejidad expresa en sus artículos 2 y 3 que Las entidades que presten servicios de salud, se organizarán de acuerdo con su complejidad en "Servicios, Departamentos, Unidades, Secciones y Grupos" los cuales comprenden el conjunto de recursos

<sup>34</sup> Urquina J.A. Esquema de seguridad social en salud Colombia. California- US. 2017. Disponible en: <https://www.slideshare.net/JUANALEJANDROURQUINA/esquema-seguridad-social-en-salud-por-juan-alejandra-urquina-tovar>

<sup>35</sup> Colombia. Presidente de la república de Colombia. Decreto 1760 del 2 de agosto de 1990. Documento PDF. Publicado en el Diario Oficial de fecha 3 de agosto de 1990

humanos, tecnológicos y materiales organizados para solucionar problemas de salud y apoyar o complementar dicha solución, cuya actividad se desarrolle en el espacio hospitalario o en los espacios comunitarios. Los servicios que organicen las entidades se clasificarán en grados de complejidad con el objeto de racionalizar los recursos disponibles, lograr una mejor distribución de los mismos en el país y mantener la calidad en la prestación de servicio<sup>35</sup>.

**Primer nivel:** La clasificación de las entidades como de primer nivel, según el artículo 6o. literal a) de la Ley 10 de 1990, responde a que en ellas se cumplan como mínimo los siguientes criterios: Base poblacional del municipio o municipios a cubrir, Cobertura de atención a la población del mismo municipio y a la de otros, municipios que no cuenten con atención hospitalaria dentro de su territorio, frecuencia del problema que justifique el servicio, tecnología de baja complejidad, sencilla y simple de utilizar en la consulta externa, hospitalización, urgencias y los servicios de apoyo para diagnóstico y tratamiento de problemas de salud de menor severidad así como también la atención por personal profesional general, técnico y auxiliar<sup>35</sup>.

**Segundo nivel:** Las entidades se clasificarán como de segundo nivel si cumplen como mínimo con los siguientes criterios: Frecuencia de los problemas de salud que justifiquen los servicios ofrecidos por la entidad. La cobertura y atención a poblaciones de uno o varios municipios o comunas que cuenten con atención hospitalaria de primer nivel, atención por personal profesional especializado, responsable de la prestación de los servicios, tecnología de mediana complejidad que requiere profesional especializado Para su manejo, en la consulta externa, hospitalización, urgencias y en los Servicios de diagnóstico y tratamiento de patologías de mediana severidad, amplia base poblacional que cubra uno o varios entes territoriales según sus necesidades de atención y por último existencia de planes de desarrollo socioeconómico en el área, para convertirse en polo de desarrollo de regiones mayores en el país<sup>35</sup>.

**Tercer nivel:** para que las instituciones sean clasificadas como de tercer nivel se requiere que en ellas se cumplan como mínimo los siguientes criterios: Frecuencia de los fenómenos o patología que justifique los servicios correspondientes, alta base poblacional en los entes territoriales a cubrir, cobertura de atención a otros entes territoriales que cuenten con entidades del primero y segundo nivel de atención, tecnología requerida de la más alta complejidad y también atención por personal especializado y subespecializado en el área para convertirla como polo de desarrollo de regiones mayores en el país<sup>35</sup>.

### **2.1.9 servicios de urgencia**

En Colombia, el servicio de urgencias se encuentra estipulado en el Decreto 412 de 1992 art. 3 numeral 4 en el que define los servicios de urgencia<sup>36</sup> como la unidad que en forma independiente o dentro de una entidad que preste servicios de salud, cuenta con los recursos adecuados tanto humanos como físicos y de dotación que permitan la atención de personas con patología de urgencia, acorde con el nivel de atención y grado de complejidad previamente definidos por el Ministerio de Salud para esa unidad.

### **2.1.10 Concepto de urgencia**

Según el *artículo 3* del Decreto 412 de 1992 de la República de Colombia una urgencia<sup>36</sup> es la alteración de la integridad física y/o mental de una persona, causada por un trauma o por una enfermedad de cualquier etiología que genere una demanda de atención médica inmediata y efectiva tendiente a disminuir los riesgos de invalidez y muerte. Por otro lado, urgencia viene del latín *urgentia*, que hace referencia a la cualidad de urgente (que urge, apremia o requiere de pronta atención). Una urgencia es algo que debe resolverse de

---

<sup>36</sup> Colombia. Ministerio de Salud Pública. Decreto 412 de 6 de marzo de 1992, Artículo 3-numeral 4. Bogotá- Colombia. Diario Oficial No. 40.368, del 6 de marzo de 1992.

forma inmediata<sup>37</sup>. De igual forma, la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.)<sup>38</sup> lo define como la aparición fortuita (imprevista o inesperada) en cualquier lugar o actividad de un problema de causa diversa y gravedad variable que genera la conciencia de una necesidad inminente de atención por parte del sujeto que lo sufre o de su familia.

Una Urgencia es una situación en la cual no existe riesgo inminente de muerte, pero se requiere asistencia médica en un lapso reducido de tiempo según la condición para evitar complicaciones mayores<sup>39</sup>.

### **2.1.11 Concepto de emergencia**

El uso más habitual del término se refiere a un accidente o un acontecimiento que se presenta de manera abrupta y que, por lo general, requiere de algún tipo de acción para evitar o minimizar los daños. Una emergencia, en definitiva, es un suceso que exige atención inmediata, ya que implica un desastre consumado o potencial. Es de resaltar que en Colombia se reglamenta el desarrollo y operación del sistema de emergencias médicas a través de la resolución No.926 de 2017, con dependencia responsable de la oficina de gestión territorial, emergencias y desastres<sup>40</sup>.

### **2.1.12 Diferencias entre urgencia y emergencia**

La principal diferencia entre emergencia y urgencia es que en situaciones de emergencia existe una amenaza inmediata para la vida y la salud; mientras que

---

<sup>37</sup> Definicion.De (Pérez J, Gardey A). Definición de urgencia.- Que es? Significado y concepto. Houston-Texas. Publicado 2010. Disponible en: <https://definicion.de/urgencia/>

<sup>38</sup> Martin M. estudio del triage en un servicio de urgencias hospitalario. Rev. enferm. CyL Vol 5 - Nº 1. Soria-España. 2013. ISSN 1989-3884.

<sup>39</sup> Alliance for Word wide editing (AWWE). Emergencias/ Urgencias. Editorial medica AWWE. México. Disponible en: [http://www.emawwe.com/mexico/libros/emergencias\\_urgencias](http://www.emawwe.com/mexico/libros/emergencias_urgencias)

<sup>40</sup> Colombia. Ministerio de salud y protección social. Resolución 000926 de 2017. Documento PDF. Disponible en el diario oficial N° 50191



en una urgencia, no existe peligro o amenaza inmediata para el paciente, pero si no se atiende en un período de tiempo determinado, la situación puede convertirse en una situación de emergencia<sup>41</sup>. En la *tabla 1* se pueden observar las principales diferencias entre emergencia y urgencia.

*Tabla 1:* diferencias entre emergencia y urgencia

<b>DIFERENCIAS ENTRE EMERGENCIA Y URGENCIA.</b>	
<b>EMERGENCIA</b>	<b>URGENCIA</b>
Riesgo vital inminente	No
Respuesta inmediata(minutos)	Respuesta rápida (horas)
Siempre objetiva	Puede ser subjetiva
Hospitalización del 100% en unidades críticos	Hospitalización de menos del 100% en unidades agudos
Formación específica del personal	No necesariamente.

Fuente: Slideplayer.es (Luna B).

Con esta diferenciación el personal médico puede ofrecer la atención que necesite el paciente en el momento más oportuno y adecuado, respondiendo de manera eficaz y eficiente en cada procedimiento que haga. Ya que los riesgos vitales inminentes que corre un paciente que está sufriendo una emergencia le facilita al personal especializado en el área de ofrecerle el servicio en cuestión de minutos y sin subjetividades como sucedería en el caso de una urgencia médica en la que el tiempo de respuesta rápida puede tardar horas. Es importante entender que en una urgencia la formación específica del personal no es siempre necesaria.

### **2.1.13 Esquema normativo de referencia y contrarreferencia en los servicios de urgencia**

<sup>41</sup> Clínica internacional. Atención médica: ¿cuál es la diferencia entre una urgencia y una emergencia? Perú. Mayo 16 de 2019. Disponible en: <https://www.clinicainternacional.com.pe/blog/atencion-medica-diferencias-emergencia-urgencia/>

El decreto 4747 de 2007<sup>42</sup> en su capítulo 3 brinda los lineamientos para el proceso de atención al usuario incluyendo las referencias y contrarreferencias en los servicios de urgencias. De este modo dentro de los procedimientos necesarios para la atención del usuario se encuentra el *Sistema de selección y clasificación de pacientes en urgencias* en el cual, el Ministerio de la Protección Social denomina "*triage*", Este será de obligatorio cumplimiento por parte de los prestadores de servicios de salud que tengan habilitados servicios de urgencias y de las entidades responsables del pago de servicios de salud en el contexto de la organización de la red de prestación de servicios.

El *triage* es un sistema de selección y clasificación de pacientes en los servicios de urgencia, basado en sus necesidades terapéuticas y los recursos disponibles para atenderlo.

La Resolución 5596<sup>43</sup> del 24 de diciembre de 2015 del Ministerio de Salud y Protección Social estipuló cinco categorías de triage, con la salvedad que los tiempos establecidos de atención no aplicarán en situaciones de emergencia o desastre con múltiples víctimas, que se describen en la figura 7 a continuación:

---

<sup>42</sup> Colombia. Ministerio de la Protección Social. Decreto 4747 de 2007. Documento PDF. Disponible en el Diario oficial N° 48.159.

<sup>43</sup> Colombia. Ministerio de salud y protección social. Resolución 5596 de 2015. Documento PDF. Disponible en el Diario oficial N° 49.739.

Figura 7: Categorías de triage<sup>43</sup>



Fuente: Minsalud.

Con la clasificación anterior de triage los servicios de urgencia se pueden prestar de una manera más eficiente, adecuada y oportuna brindando la solución al problema de salud que estén presentando los pacientes, desde los que tienen síntomas leves, hasta los que presentan mayores complicaciones de salud.

Por otro lado, dentro de los procedimientos se encuentra también *la Verificación de derechos de los usuarios* por medio del cual se identifica la entidad responsable del pago de los servicios de salud que demanda el usuario y el derecho del mismo a ser cubierto por dicha entidad. Para el efecto, el prestador de servicios de salud deberá verificar la identificación del usuario en la base de datos provista por los responsables del pago. En el caso de afiliados al régimen contributivo a los que se les haya realizado el descuento de la cotización, y el empleador no haya efectuado el pago a la entidad promotora de salud del régimen contributivo, el afiliado acreditará su derecho mediante la presentación del comprobante del descuento por parte del empleador, así como la fotocopia de ser necesaria<sup>42</sup>.

Otro procedimiento necesario es *el Informe de la atención inicial de urgencias* en el cual todo prestador de servicios de Salud deberá informar obligatoriamente a la entidad responsable del pago, el ingreso de los pacientes al servicio de urgencias dentro de las veinticuatro (24) horas siguientes al inicio de la atención. El informe de atención inicial de urgencias se realizará mediante el diligenciamiento y envío del formato correspondiente, el cual será definido por el Ministerio de la Protección Social<sup>42</sup>.

De igual forma la *Solicitud de autorización de servicios posteriores a la atención inicial de Urgencias* también hace parte de los procedimientos ya que, si para la prestación de servicios posteriores a la atención inicial de urgencias, Las entidades responsables del pago de servicios de salud han establecido como requisito una autorización particular, una vez realizada la atención inicial de urgencias, el prestador de servicios de salud deberá informar a la entidad responsable del pago, la necesidad de prestar el servicio cuya autorización se requiere, utilizando para ello el formato y siguiendo los procedimientos y términos definidos por el Ministerio de la Protección Social, para el efecto. Este proceso no podrá ser trasladado al paciente o a su acudiente y es de responsabilidad exclusiva del prestador de servicios de salud<sup>42</sup>.

Luego de esto se hace necesaria la *Respuesta de autorización de servicios posteriores a la atención inicial de urgencias* ya que, las entidades responsables del pago de servicios de salud deben dar respuesta a las solicitudes de autorización de servicios siguiendo los procedimientos, mecanismos y en el formato que determine el Ministerio de la Protección Social. Este proceso no podrá ser trasladado al paciente o su acudiente y es de responsabilidad exclusiva de la entidad responsable del pago<sup>42</sup>.

La respuesta a la solicitud de autorización de servicios posteriores a la atención de urgencias, deberá darse por parte de la entidad responsable del pago, dentro de los siguientes términos:

- ✓ ***Para atención subsiguiente a la atención inicial de urgencias:*** Dentro de las dos (2) horas siguientes al recibo de la solicitud.
- ✓ ***Para atención de servicios adicionales:*** Dentro de las seis (6) horas siguientes al recibo de la solicitud.

Atendiendo el procedimiento señalado por el Ministerio de la Protección Social, de no obtenerse respuesta por parte de la entidad responsable del pago dentro de los términos aquí establecidos, se entenderá como autorizado el servicio y no será causal de glosa, devolución y/o no pago de la factura.

En cuanto a la *Respuesta de autorización de servicios electivos* Las entidades responsables del pago de servicios de salud deben dar respuesta a los usuarios de las solicitudes de autorización de servicios electivos tanto ambulatorios como hospitalarios, dentro de los términos, por las vías y en el formato que determine el Ministerio de la Protección Social<sup>42</sup>.

Es por esto que, en el Proceso de referencia y contrarreferencia El diseño, organización y documentación de ésta, así como su operación, es obligación de las entidades responsables del pago de servicios de salud, quienes deberán disponer de una red de prestadores de servicios de salud que garanticen la

disponibilidad y suficiencia de los servicios en todos los niveles de complejidad a su cargo, así como la disponibilidad de la red de transporte y comunicaciones<sup>42</sup>.

Con el fin de garantizar la calidad, continuidad e integralidad en la atención, es obligación de las entidades responsables del pago de servicios de salud la consecución de institución prestadora de servicios de salud receptora que garantice los recursos humanos, físicos o tecnológicos así como los insumos y medicamentos requeridos para la atención de pacientes<sup>42</sup>.

La responsabilidad del manejo y cuidado del paciente es del prestador remitior hasta que ingrese en la institución receptora. Cuando el transporte se realice en una ambulancia debidamente habilitada, que no dependa de la IPS remitora, la entidad que tiene habilitado el servicio de transporte será responsable de la atención durante el mismo, con la tecnología disponible de acuerdo con el servicio de ambulancia habilitado, hasta la entrega del paciente en la entidad receptora definida por la entidad responsable del pago. Las entidades responsables del pago de servicios de salud podrán apoyarse para la operación del proceso de referencia y contrarreferencia a su cargo, en los centros reguladores de urgencias y emergencias, para lo cual deberán suscribir contratos o convenios según sea el caso<sup>42</sup>.

## **2.2 RESULTADOS SOBRE FALLAS EN EL PROCESO DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA**

Según el diccionario de la Real Academia Española la definición de resultado se refiere a efecto, consecuencia o conclusión de una acción, un proceso, un cálculo, cosa o manera en que termina algo. En relación con los resultados

relativos al tema, es de interés analizar o estudiar los resultados de los fallos de tutela que se han emitido para protección al derecho a la salud<sup>44</sup>.

En este caso, la conceptualización de resultados se refiere al sentido protector de las acciones de tutela interpuestas durante el año 2018, en las cuales los ciudadanos invocaron el derecho fundamental a la salud, bien fuera como derecho individualizado o en conjunto con otros derechos. En 2018, tal como ha ocurrido en los años precedentes, el número de tutelas en salud se constituyó como la cifra más alta desde que esta acción fue establecida en la Constitución Política de 1991 y la de mayor participación dentro del total de tutelas en Colombia desde el año 2008, año en que la Corte Constitucional profirió la Sentencia T-760. En 2018 se interpusieron 207.734 tutelas invocando el derecho a la salud, con una participación del 34,21 por ciento del total de las acciones interpuestas en el país y un incremento del 5,1 por ciento con relación a 2017.

Estas fallas de tutelas que se han interpuesto por no tener acceso real o funcional a un derecho en salud se relacionan con el tema de la monografía en el sentido que la necesidad de remisión de un caso puede ser debida a la garantía que le ofrece la entidad remisoría la cual respeta el derecho que tiene el paciente de recibir los cuidados que merece en una institución con servicios de complejidad superior al disponible en su municipio de residencia. A continuación se muestran el tipo de solicitudes de salud realizadas en las tutelas.

*Tabla 2: Solicitudes más frecuentes en las tutelas de salud*

---

<sup>44</sup> Real Academia Española (RAE). Significado de Resultado. España. 2019. Disponible en: <https://www.rae.es/>

Solicitudes	2017		2018		Variación %
	N.° solicitudes	Part. % en solicitudes	N.° solicitudes	Part. % en solicitudes	
Tratamientos	96.196	21,43	121.062	24,93	25,85
Medicamentos*	97.023	21,61	79.322	16,33	-18,24
Citas médicas especializadas	60.272	13,43	72.717	14,97	20,65
Otras relacionadas con el sistema	48.687	10,85	54.383	11,20	11,70
Procedimientos quirúrgicos	41.284	9,20	44.500	9,16	-7,79
Procedimientos diagnósticos	44.697	9,96	38.713	7,97	-13,39
Exámenes diagnósticos	20.007	4,46	21.749	4,48	8,71
Prótesis, órtesis e insumos	23.131	5,15	21.478	4,42	-7,15
Pañales	14.358	3,20	15.041	3,10	4,76
Exclusiones			7.066	1,45	
Productos nutricionales			6.848	1,41	
Otras	3.264	0,73	2.824	0,58	-13,48
<b>Total solicitudes</b>	<b>448.919</b>	<b>100,00</b>	<b>485.703</b>	<b>100,00</b>	<b>8,19</b>
<b>Total tutelas en salud</b>	<b>197.665</b>		<b>207.734</b>		<b>5,09</b>

Fuente: Defensoria del pueblo.

Como es de notarse, las solicitudes presentaron un incremento del 8,19% y en 2018 los requerimientos por tratamientos fueron los más frecuentes, con un incremento del 25,85%, esto asociado particularmente a los fallos de integralidad<sup>26</sup>.

Le siguen los medicamentos y las citas médicas especializadas, cuyo incremento fue del 20,65 por ciento, continuando con la tendencia creciente de los últimos años. En cuarto lugar y participando con el 11,2% del total, se ubicaron las solicitudes relacionadas con salud: transporte, viáticos, servicio de ambulancias, problemas de afiliación y traslados de EPS, con un crecimiento del 11,7%; le siguieron las solicitudes para procedimientos quirúrgicos, procedimientos diagnósticos, exámenes diagnósticos y prótesis, órtesis e insumos médicos. Las solicitudes de las tutelas por tratamiento buscan la prestación del servicio de manera integral y oportuna, ya que ante la negación, demora o entrega parcial de servicios en salud, el usuario considera la necesidad de interponer la tutela que garantice todo lo que su médico tratante le ordene, para no acudir nuevamente a este mecanismo de protección<sup>26</sup>.

### 2.2.1 Utilidad del conocimiento de las fallas



En el tema de la referencia y contrarreferencia Conocer una falla de forma general, es útil para realizar un nuevo planteamiento de los procesos que se estén llevando a cabo en la prestación del servicio de salud a los usuarios, en el cual se le garantice su derecho a la salud de una forma primordial y sin tener excusas para sus trámites en el caso de las referencias y contrarreferencias.

Por otro lado, saber identificar los puntos críticos del proceso permite realizar una organización, y dirección de cada procedimiento que presente fallas en las referencias y contrarreferencias que estén causando el perjuicio de los usuarios, para así evitar problemas legales y que puedan dañar la integridad tanto de las personas como de las entidades promotoras de salud.

También, con el reconocimiento e identificación de las fallas en el proceso se logra alcanzar un mejoramiento continuo de la calidad del servicio y una oportuna y muy conveniente gestión, no solo en lo concerniente a las referencias y contrarreferencias sino también en toda la red que la está conformando, incluyendo personal médico y administrativo.

### **2.2.2 Fallas específicas en el proceso de referencia y contrarreferencia**

Dentro del proceso de referencia y contrarreferencia existen fallas cuando son diagnósticos como traumas, anomalías de parto entre otros, muchas veces el tiempo de espera no es de minutos ni de horas sino hasta de días, falla que no tiene justificación, ya que el diagnóstico en sí demuestra el nivel de complejidad que necesita el paciente. Por otro lado, la inoportunidad en las remisiones con la excusa de sobre posición de trámites administrativos como autorizaciones, firmas, revisión de base de datos, exigencias de dinero, entre otros, dan lugar a que el paciente sufra una espera injustificable y por ende en casos extremos la muerte<sup>45</sup>.

---

<sup>45</sup> Talaigua M. Evaluación del sistema de referencia y contrarreferencia en el municipio de montería Colombia (monografía). Montería- Colombia. 16 de junio de 2016. Disponible en: <https://www.monografias.com/trabajos109/evaluacion-del-sistema-referencia-y-contrareferencia/evaluacion-del-sistema-referencia-y-contrareferencia2.shtml>

La tardanza es una de las principales fallas del proceso de referencia y contrarreferencia, por ejemplo en la consecución del nivel necesario en el que existen una red de servicios que resulta insuficiente debido a que no cuenta con la infraestructura hospitalaria o no se tiene el lugar adecuado para la remisión, así como tampoco se cuenta con la capacidad hospitalaria como número de camas, recurso humano y técnico entre otros. Las demoras en la remisión suelen suceder por la no detección de una condición clínica de gravedad por parte del personal médico responsable del paciente. En este punto, entraría la no clasificación apropiada del triage por parte del personal médico.

Dentro de las entidades de salud que presentan fallas en distintos puntos del proceso de atención al usuario repercutiendo en el proceso de referencia y contrarreferencia se encuentra el Hospital San Jerónimo de Montería Según el informe de seguimiento del plan de acción del año 2019 en el hospital san Jerónimo de Montería se detalla que el proceso de contratación de la ESE con las diferentes EPS no se viene desarrollando de manera óptima, conllevando a la entidad a la suscripción extemporánea e incumplimiento de los contratos. Lo anterior implica problemas en el proceso de facturación de los servicios prestados a las diferentes EPS. De la misma forma se observó que el cargue de la contratación en el Software no se viene realizando de forma eficiente debido a que existe personal nuevo en la institución de las diferentes áreas administrativas y asistenciales que no tienen el conocimiento necesario para el manejo de la plataforma Dinámica Gerencial<sup>46</sup>.

De igual forma el informe resalta que El triage de la institución no se encuentra unificado en una sola área y que no se está aplicando la normatividad vigente en relación al triage médico. Así como tampoco se está ejecutando el proceso de referencia y contrarreferencia acorde a lo establecido en el documento estandarizado por la ESE<sup>46</sup>.

---

<sup>46</sup> E.S.E Hospital San Jerónimo de Montería. Informe de seguimiento y evaluación del plan de acción institucional vigencia 2019. área de planeación y gestión de la calidad. Montería-Cordoba.2019. disponible en: <https://www.esesanjeronimo.gov.co/wp-content/uploads/2020/01/INFORME-DE-SEGUIMIENTO-PLAN-DE-ACCION-2019.pdf>

Por otro lado, en el informe defensorial Derecho a la Salud Monitoreo a los servicios de urgencias de IPS en Colombia del año 2019<sup>26</sup> al realizarle seguimiento a las 32 capitales del país en materia de salud y tomando en cuenta 170 ips de esas capitales incluyendo la ciudad de Montería, el tiempo promedio que deben esperar los usuarios para que sean atendidos en el triage es de una hora, las entidades públicas son las que presentan los tiempos más prolongados (79 minutos), a diferencia de las IPS privadas que bajan su promedio a 48 minutos<sup>26</sup>. En la tabla 3 se detallan a continuación los tiempos de espera en sala de observación para traslados por naturaleza jurídica.

*Tabla 3:* Tiempo de espera en sala de observación para traslados por naturaleza jurídica.

<b>Tiempo de espera</b>	<b>mixta</b>	<b>privada</b>	<b>publica</b>	<b>Totales</b>
<b>&lt; de 24 Horas</b>	0,0%	53,0%	32,5%	41,5%
<b>Entre 1 y 3 días.</b>	0,0%	29,9%	31,3%	30,7%
<b>Entre 3 y 10 días</b>	0,0%	13,9%	18,0%	16,2%
<b>Más de 10 días.</b>	0,0%	3,2%	18,3%	11,6%

Fuente: Defensoría del pueblo.

Es así como en la tabla anterior más específicamente en el proceso de referencia y contrarreferencia dicho informe señala que, en el recorrido se encontraron 1.796 usuarios en espera de referencia, de los cuales el 11,6 por ciento llevaba más de 10 días esperando la remisión, el 16,2 por ciento entre 3 y 10 días, el 30,7 por ciento entre 1 y 3 días, y el 41,5 por ciento menos de 24 horas. Es de anotar que algunos de estos usuarios eran víctimas de accidentes de tránsito, por lo que la Defensoría del Pueblo no entiende el motivo de la

demora en la remisión y mucho menos que no sean aceptados por otras entidades, que cuentan con los servicios requeridos por los pacientes, dadas las normas que regulan la prestación de servicios a estas personas, En el caso de las víctimas sin póliza SOAT la dificultad es mucho mayor. Los prestadores públicos son los que presentan mayores tiempos de espera de más de 3 días (36,3 por ciento) y entre 1 y 3 días (31,3 por ciento). Por su parte, los privados resuelven la mitad de los casos en menos de 24 horas<sup>26</sup>.

Por último también en el informe de la defensoría del pueblo se resaltan los tiempos de espera de traslado por nivel de complejidad tal como se evidencia en la tabla 4<sup>26</sup>.

*Tabla 4:* tiempo de espera en sala de observación para traslados por nivel de complejidad.

<b>Tiempo de espera</b>	<b>Complejidad baja</b>	<b>Complejidad media</b>	<b>Complejidad alta</b>	<b>Totales</b>
<b>&lt; de 24 Horas</b>	61,6%	48,7%	32,2%	41,5%
<b>Entre 1 y 3 días.</b>	16,4%	31,6%	30,9%	30,7%
<b>Entre 3 y 10 días</b>	13,7%	15,6%	17,1%	16,2%
<b>Más de 10 días.</b>	8,2%	4,1%	19,8%	11,6%

Fuente: Defensoría del pueblo.

Con relación a la complejidad, las IPS de alta complejidad son las que tienen más problemas en las remisiones de pacientes ya que el 36,9 por ciento llevan más de tres días esperando una remisión, el 30,9 por ciento entre 1 y 3 días y de menos de 24 horas el 32,2 por ciento. Las IPS de complejidad baja resuelven el 61,6 por ciento en menos de 24 horas<sup>26</sup>.

### 2.2.3 Procesos internos del proceso de referencia y contrarreferencia

Teniendo en cuenta que cada IPS contratada en la zona geográfica cuenta con un sistema de referencia y contrarreferencia propio, se pueden determinar las condiciones mínimas que deben cumplir para garantizar el acceso oportuno y adecuado a los usuarios. Entre estos se encuentran: los *Centros de atención* ya que, los servicios de salud integrales se prestan a través de la red de servicios de cada IPS contratada, la cual está conformada por instituciones y personas acreditadas por autoridad competente para desempeñarse como prestadores del servicio de salud<sup>47</sup>.

Por otro lado, se encuentra la *Remisión*, por el cual se transfiere la atención en salud de un usuario a otro profesional e institución con la consiguiente transferencia de responsabilidad médico legal o profesional sobre el cuidado del mismo, de acuerdo con el nivel de resolución para dar respuesta a las necesidades de salud<sup>48</sup>.

De igual forma, existen unos *pasos para itinerario de remisión* en los cuales se comunica al paciente objeto de su atención/o a su representante legal su decisión de remitirlo a otra institución donde se le garantice la atención requerida, explicando el estado actual de salud del paciente, las implicaciones que tendría no remitir al paciente, los motivos de tal decisión, el tipo de servicio y el nivel solicitado. Es necesario que al diligenciar el formato de solicitud de servicios de remisión, que se halle en el aplicativo de referencia y contrarreferencia, se llenen todos los ítems de la solicitud del servicio acorde al instructivo de diligenciamiento<sup>49</sup>.

---

<sup>47</sup> Sotomayor P, Torres M, Matajira A, Solano C. Sistema de referencia y contrarreferencia. Colombia. Publicado: 8 de julio de 2014. Disponible en: <https://es.slideshare.net/esneiderlove/sistema-de-referencia-y-contrarreferencia>

<sup>48</sup> HOMO. Empresa social de Estado Hospital Mental de Antioquia. Atención inicial de urgencias. Colombia. 2016. Disponible en: <http://www.homo.gov.co/participacion-ciudadana/glosario>

<sup>49</sup> Domain L.-Referencia y Contrarreferencia. Universalud. España. Publicación: 22 de Octubre de 2010. Disponible en: <https://es.slideshare.net/ilyeo/referencia-contrarreferencia-universalud>

También la Ruta de diligenciamiento y archivo de la referencia es importante ya que en ella se debe diligenciar de manera integral la remisión por el profesional tratante incluyendo su firma, acto seguido debe Imprimir una copia para requerimientos propios del procedimiento para entregársela al paciente el cual procede a radicarla y es así como el personal de salud que radicó le comunica al usuario la institución que corresponda acorde a la patología y a su afiliación al SGSSS, valiéndose de los portafolios de servicios y del régimen legal respecto del sistema de referencia y contrarreferencia<sup>48</sup>.

### **2.3 CAUSAS QUE GENERAN LAS FALLAS EN EL PROCESO DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA**

Conocer el origen de la palabra causa es necesario para poder profundizar en la temática tratada, así, El uso más habitual de la noción de causa procede del latín causa (que, a su vez, se origina en un vocablo griego) y señala a aquello que se considera como el fundamento o el origen de algo<sup>37</sup>.

Una causa se ha definido como un evento o un estado de la naturaleza que inicia o permite —sólo o en conjunto con otras —otra secuencia de eventos que resultan en un efecto. También se define la causa como lo que se considera como fundamento u origen de algo, la razón, motivo u origen de algo o como el factor que es posible o conveniente alterar para producir, modificar o prevenir un efecto<sup>50</sup>. Como es de notarse se trata de evitar la causa para que no genere efecto, por tal razón es necesario conocer lo que es un efecto. Esta palabra tiene origen en el término latino effectus, la palabra efecto presenta una amplia variedad de significados y usos, muchos de ellos vinculados a la experimentación de carácter científico. Su acepción principal presenta al efecto como a aquello que se consigue como consecuencia de una causa<sup>50</sup>.

---

<sup>50</sup> Álvarez H, Pérez E. Causalidad en medicina. Gac. Méd. Méx vol.140 no.4 México jul. /ago. 2004 Gaceta médica de México versión impresa ISSN 0016-3813

Al haber analizado los dos conceptos tanto de causa como efecto se considera una relación entre ellos dos, lo que sería una asociación causal<sup>51</sup>(o relación de causa-efecto) que se manifiesta cuando el cambio en la frecuencia o intensidad de la exposición es seguido por un cambio en la frecuencia o intensidad del efecto. La exposición al bacilo de Koch y el desarrollo subsecuente de tuberculosis por ejemplo, o bien la administración de penicilina seguida de la curación de una faringo amigdalitis estreptocócica, son ejemplos de asociación causal<sup>51</sup>.

En las relaciones causales pueden identificarse un elemento inicial o causa, un elemento final o efecto y la relación entre ambos. La definición del elemento inicial depende del modelo utilizado; las causas pueden ser acciones intencionales, no intencionales, atributos, constructos, entre otros. El efecto se define en términos de cambio con respecto a su situación previa o a lo que hubiera ocurrido si no hubiera habido causa. La relación entre ambos puede definirse como una función o condición<sup>50</sup>.

Las características básicas de la relación causal son: La temporalidad, es decir, la causa precede al efecto; la dirección, o sea que la relación va de la causa al efecto y la asociación, que se entiende como una cuantificación de la constancia de la relación<sup>50</sup>.

### **2.3.1 Principales causas que generan fallas en el proceso de referencia y contrarreferencia**

Luego de entender lo que es causa, efecto y la relación entre estos, es necesario tener en cuenta que la causa genera el efecto y por tanto aplicada a la temática tratada, un mal procedimiento dentro del proceso de referencia y contrarreferencia causa muchos inconvenientes dentro de este, para luego surtir efecto en la atención de los usuarios. Algunas de las causas más frecuentes en este sistema son:

---

<sup>51</sup> Vargas F. Epidemiología clínica. capítulo 11: concepto de causalidad en medicina. Disponible en : <https://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?bookid=1442&sectionid=101159243>

- ✓ Tardanza en la aceptación de los documentos.
- ✓ Tardanza en la consecución de nivel necesario
- ✓ No se diagnostica la situación de gravedad.
- ✓ Demora en la autorización por parte de las EAPB para el servicio de ambulancia
- ✓ Demora en las autorizaciones de la EPS para remisión a IV nivel
- ✓ Documentación incompleta
- ✓ No pago de la ADRES cuando no existe póliza o cuando se agota la cobertura dificulta los procesos.
- ✓ Especialidades de mayor complejidad sin contratos
- ✓ Falta de autorización de estudios
- ✓ Falta de disponibilidad de camas y manejo integral en alta complejidad
- ✓ Falta de disponibilidad de hospitalización de usuarios con diagnósticos de salud mental y oncología
- ✓ Falta de red de prestadores por parte de las EPS
- ✓ Falta de servicios de mayor complejidad, estudios especializados y falta de contratación
- ✓ Giro de cama demorado
- ✓ La central de referencia no conoce la red contratada por la EPS
- ✓ La orden de traslado está dada pero no son recibidos por ninguna clínica.
- ✓ No disponibilidad de camas para hospitalización
- ✓ No disponibilidad de especialistas
- ✓ No se aceptan al argumentar la inexistencia de camas en el proceso de referencia cuando se trata de víctimas de accidente de tránsito.
- ✓ Por dispersión geográfica
- ✓ Sobredemanda de los servicios<sup>26</sup>

Todas estas causas generan efectos en los usuarios que están recibiendo atención médica, empezando por las tardanzas en los tramites de los documentos, y la ubicación demorada del paciente, lo cual puede generar complicaciones en este, que aunque se mantenga estable si necesita estar en



un centro de salud de mayor complejidad su situación puede empeorar en cualquier momento.

Por otro lado, la falta de autorización de estudios, disponibilidad de camas entre otras causas generan una problemática entre los centros o entidades de salud y los familiares de los pacientes quienes al no ver respuesta oportuna y la falta de mejoría por parte de su allegado proceden a tener conductas poco adecuadas dentro de la entidad.

Por último, dentro de las causas también están la falta de contratación de personal especializado, las autorizaciones no dadas para ambulancias las cuales se encargan de los traslados de los pacientes o inclusive la no aceptación en clínicas aunque la referencia este realizada. Todas estas causas que se encuentran inmersas en el proceso de referencia y contrarreferencia ponen en juego la vida e integridad del paciente.

### 2.3.2 Análisis de riesgo

Para analizar los riesgos que trae consigo las fallas en el proceso de referencia y contrarreferencia es conveniente tener en cuenta lo siguiente:

- ✓ **Definir el alcance:** Para esto es primordial conocer completamente el proceso de referencia y contrarreferencia, ya que las fallas pueden ser constantes y variables, con el fin de solucionarlas.
- ✓ **Identificar los activos:** una vez definido el alcance se deben identificar los activos que guardan relación estrecha con el estudio del análisis en este caso se contaría con el profesional de la salud, los usuarios y las otras entidades prestadoras de salud vinculadas al proceso.
- ✓ **Identificar amenazas:** luego de identificar los activos se hace necesario evaluar las amenazas existentes, en este sentido sería

posibles pérdidas de documentos, falta de materiales y permisos para remisiones, entre otros.

- ✓ **Identificar vulnerabilidades:** luego de identificar las amenazas se analizan de cerca las debilidades de los activos frente a las amenazas que se presenten.
- ✓ **Y por último dar solución tratando el riesgo:** por medio de la evaluación y gestión se pueden solucionar las fallas en el proceso de referencia y contrarreferencia. Al conocer perfectamente todo el proceso e identificando las fallas se lograr dar solución y la atención necesaria a los usuarios.

Al hacer el análisis de riesgo se pueden identificar plenamente las amenazas tanto internas como externas y evaluarlas con las debilidades o fortalezas que se tengan dentro del sistema en este caso el de referencia y contrarreferencia.

### 3. CONSIDERACIONES FINALES

El derecho a la salud se encuentra estipulado en la Ley Estatutaria 1751 del 16 de febrero de 2015<sup>52</sup> Por tal razón es un derecho que se debe brindar a todos los ciudadanos con la mayor eficiencia posible llevando a cabo todos los procesos que sean necesarios para ofrecer un servicio de calidad y en el cual exista siempre un mejoramiento continuo. Es así, como las fallas registradas en el proceso de referencia y contrarreferencia son evaluadas con el análisis de su alcance para conocer y sugerir la mejor forma de lograr un servicio de calidad.

Por su parte, las fallas más frecuentes experimentadas por los usuarios del servicio de salud en la ciudad de Montería tienden a ser iniciadas desde la fase de preparación del proceso de remisión; en tal sentido el servicio de atención al usuario de la entidad que remite al paciente no cumple con todos los pasos del proceso que se detalla en la norma; por ejemplo al diligenciar el formulario de la remisión se encuentra que ha sido realizado de forma inconclusa, lo cual tiene un nivel de alcance de importancia pues retarda la oportunidad y el acceso potencial a la atención inmediata; si bien las necesidades vitales de atención son resueltas de inmediato, lo anterior implica que el paciente recepcionado en la entidad receptora deberá esperar a que se complete la información; con los riesgos potenciales de alteraciones en el estado de salud del paciente remitido.

Esta situación además motiva a que el familiar acompañante tome una percepción errada de la calidad del servicio en la institución receptora al ver que las actividades para las cuales fue remitido su familiar no se han cumplido; lo cual afecta la imagen y prestigio de ésta.

Siguiendo con el proceso de remisión el siguiente paso es la selección apropiada del móvil de traslado; al respecto se encuentran situaciones de pacientes que requieren traslado en ambulancias medicalizadas y son remitidos en ambulancias de traslado asistencial básico, lo cual tiene un

---

<sup>52</sup> Colombia. Congreso de Colombia. Ley estatutaria 1751 de 2015. Documento pdf. Disponible en el Diario oficial N° 49.427.

alcance de importancia en el trámite pues el enfermo durante el tiempo que demora el traslado desde la entidad remitora hasta la receptora recibe los cuidados básicos de la movilización, pero la falta de la medicación o de aditamentos requeridos por su condición clínica indican al riesgo de complicaciones del cuadro clínico por el tiempo de carencia de cuidados, esto redundando significativamente en la vida del paciente.

Continuando con el proceso de la remisión otro inconveniente que suele surgir al momento de remitir al paciente es la no disponibilidad de camas, situación en la que el paciente debe esperar hasta el momento en que se le halle un lugar dentro de la otra entidad de alta complejidad para poder ser trasladado, lo cual tiene un alcance significativo en la evolución del estado de salud del paciente, ya que éste se vería nuevamente perjudicado por la tardanza en la atención especializada. Es de resaltar que actualmente la situación en la red hospitalaria de la ciudad está siendo fortalecida en labores conjuntas con la gobernación de Córdoba y la secretaria de salud, aporte que se espera alcance una mejora en ese punto del proceso de la referencia y contrarreferencia en la ciudad.

Luego de haber analizado los alcances de las fallas dentro del proceso de referencia y contrarreferencia en los últimos dos años en la ciudad de Montería se muestran a continuación en la tabla 5 algunas de las instituciones prestadoras de servicios de salud en la ciudad:

Tabla 5: Listado de instituciones prestadoras de servicios de salud en Montería Córdoba.

<b>INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD EN MONTERIA-CORDOBA</b>		
<b>PUBLICAS</b>		
ESE Hospital san Jerónimo de Montería		
Empresa Social del Estado Vida Sinú		
Unidad Administrativa Especial de Salud		
ESE Camu el Amparo		
<b>PRIVADAS</b>		
<b>Asociación Cordobesa Amigos del Corazón</b>	Clínica Central ohl Ltda.	I.P.S. Corsalud Ltda.
<b>Clínica de la Piel</b>	Clínica de Cosmetología Dental y Maxilofacial de Córdoba Ltda.	I.P.S. Galenos Ltda.
<b>Clínica de Traumas y Fracturas Ulises herrera Sánchez especialista asociados</b>	Ayuda Médica-Centro del Corazón Ltda.	Imágenes Orales y Maxilofaciales Limitada
<b>Clínica Oftalmológica Centro Óptico especializado.</b>	Clínica Montería s.a	Instituto de Medicina Nuclear s.a
<b>Caja de Compensación Familiar de Córdoba Comfacor</b>	Clínica Oral costa eu	Instituto de Reumatología y Rehabilitación Deportiva IPS
<b>Cardiodiagnostico de Córdoba Ltda.</b>	Clínica zayma Ltda.	Instituto del Riñón de Córdoba s.a.
<b>Casa del niño Ltda.</b>	Cruz Roja colombiana Seccional Córdoba	Medimas EPS
<b>Centro Cardio Infantil IPS e.u.</b>	Dent is Try Odontología Tratada por Especialistas e.u	IPS Vasalius Ltda.
<b>Centro de Cancerología de la Sabana</b>	Dentomaxilofacial Ltda.	Jader Rico Imágenes Diagnosticas
<b>Centro de Cuidado Ocular IPS Ltda.</b>	Dermaspa Ltda. Ips	Laboratorio ceim
<b>Centro de Estudios Clínicos Especiales</b>	Diac Ltda.	Laboratorio clínica Montería Ltda.
<b>Centro de Imágenes Diagnosticas</b>	Diagnostimagen eu	Laboratorio clínico Bernardo espinosa g.
<b>Centro de Investigación en Enfermedades Infecciosas y Microbiología Ltda.</b>	Dimagenes Ltda.	Laboratorio clínico sayro Ltda.

<b>Centro Especializado de Rehabilitación Ltda.</b>	Evaluamos IPS Ltda.	Laboratorio clínico sistematizado dunalab
<b>Centro Integral de Medicina Preventiva</b>	Fundación amigos de la salud	Laser del sinu Ltda.
<b>Centro integral de rehabilitación de córdoba Ltda.</b>	Fundación futuros osc	Liga Cordobesa contra el cáncer
<b>Centro Integral de salud minuto de dios IPS Ltda.</b>	Fundación Integral para una nueva vida – funivida	Liga cordobesa contra la epilepsia
Mujer Sana dinaysa	Fundación Unidos por el mañana	Litotricia de la sabana Ltda.
<b>Centro Médico Neurológico integral de Córdoba.</b>	Fundación mano amiga ONG	medicina en acción
<b>Centro Oftalmológico Dajud e.u.</b>	Fundación Oportunidad y Vida	Medicina Integral Ltda.
<b>Fundación ser mutuo para el desarrollo social y económico de Colombia</b>	Fundación Salud Mental para todos	Medifuturo fun ips Ltda.

Fuente: superintendencia de salud.

Las anteriores entidades prestadoras de salud además de brindar sus servicios a los ciudadanos de Montería, también lo hacen en los demás municipios pertenecientes al departamento de Córdoba, ya que al ser la ciudad capital cuenta con la red de servicios de salud más grande del departamento y con el personal especializado en la materia para atender casos de complejidad que no se logran solucionar en el resto de los municipios que conforman el departamento.

#### 4. CONCLUSIONES

El análisis de la documentación recopilada acerca del alcance de las fallas dentro del proceso de referencia y contrarreferencia en la ciudad de Montería en los últimos dos años, permitió analizar desde el punto de vista del mejoramiento continuo del servicio de la calidad en salud de las entidades prestadoras de estos servicios, la necesidad de minimizar los puntos críticos del proceso que generan inconvenientes y tienen alcances negativos tanto en los usuarios, como en las entidades prestadoras del servicio de salud. Estos impactos repercuten en el normal funcionamiento del sistema y por ende en la prestación de estos servicios a los ciudadanos.

Así, la generación de fallas en el diligenciamiento de la información de los pacientes en cuanto a las remisiones, las tardanzas en el traslado de estos por la no disponibilidad de camas o el uso de ambulancias de asistencia básica en vez de una medicalizada para los traslados, son algunas de las inconsistencias del proceso que pueden generar consecuencias y resultados poco favorables tanto para la entidad como para el paciente. Cualquier punto del proceso de la referencia y contrarreferencia que no sea llevado de acuerdo a las normas, leyes, decretos o resoluciones vigentes en el país concernientes a los servicios de salud no garantiza la prestación de estos de una forma oportuna y adecuada.

Por otro lado, hablando un poco de los resultados en el caso de las entidades de salud las tutelas interpuestas por los usuarios pidiendo el cumplimiento del derecho a la salud se centran en gran medida en la consecución de citas especializadas, en el transporte, el uso de ambulancias y también en las autorizaciones necesarias para que los pacientes continúen con sus tratamientos de alta complejidad. Mientras que, en cuanto a los pacientes se refiere, sus resultados y consecuencias se pueden evidenciar en la poca evolución de su estado de salud cuando se hacen presentes las tardanzas dentro del proceso.

Por último, de acuerdo a la compilación de documentos clave en el análisis del alcance de las fallas del proceso de la referencia y contrarreferencia en la ciudad de Montería en los últimos dos años se puede concluir que el alcance de éstas dentro del proceso involucra a todos los actores de éste de manera directa o indirecta al momento de crear un impacto negativo.



## 5. RECOMENDACIONES

Cada una de las fallas encontradas en el proceso de referencia y contrarreferencia en el servicio de urgencia del municipio de Montería en los últimos dos años, se deben tener en cuenta para lograr el mejoramiento continuo en la calidad de la prestación de los servicios de salud de la ciudad; puesto que una razón para mantener la red de servicios actualizada y acorde a las necesidades de los pacientes, es la responsabilidad que tiene la capital con los municipios y zonas cercanas a este, ya que los municipios aledaños, los cuales al no contar con una infraestructura o talento humano especializado acuden a la capital cordobesa en busca de una atención oportuna y adecuada.

Es por esto que es recomendable contar con el talento humano pertinente tanto en las áreas administrativas, financieras, medicas, auxiliares, entre otros que posean el conocimiento necesario en los procesos para contribuir al mejoramiento de la calidad en la prestación del servicio de salud. Así como también es recomendable seguir los lineamientos establecidos por la ley en cuestiones de infraestructura, dotación, insumos médicos, y demás que garanticen la atención de los pacientes sin ponerles en riesgo alguno.

Por otro lado, en cuanto al conocimiento de las consecuencias y resultados generados por las fallas producidas en el proceso de referencia y contrarreferencia en la ciudad de Montería, se recomienda hacer un seguimiento continuo y quizá más riguroso a los procesos (en especial al relacionado con la referencia y contrarreferencia) tanto internos como externos, con el fin de hacer un historial de sucesos frecuentes con sus posibles soluciones, para minimizar los riesgos y mejorar los puntos del proceso que están generando fallas continuas en éste y que de paso están perjudicando tanto a la entidad prestadora de servicios de salud como a sus usuarios.

De igual forma, es recomendable que el control interno de las entidades sea llevado a cabo centrándose en el diligenciamiento oportuno de los documentos requeridos por los pacientes que necesitan ser trasladados dando cumplimiento

a lo establecido en las leyes, normas y decretos a las que se refiera la prestación del servicio de salud.

## REFERENCIAS

1. Clínica Mar Caribe. Manual de Referencia y Contrarreferencia. [Internet]. Santa Marta. [Consultado 24 septiembre 2019]. Disponible en: [http://www.clinicamarcaribe.com/images/PDF/Protocolos-Clinica/REFERENCIA\\_Y\\_CONTRAREFERENCIA/CMC-UR-MN-001\\_Referencia\\_y\\_Contrarreferencia-ilovepdf-compressed.pdf](http://www.clinicamarcaribe.com/images/PDF/Protocolos-Clinica/REFERENCIA_Y_CONTRAREFERENCIA/CMC-UR-MN-001_Referencia_y_Contrarreferencia-ilovepdf-compressed.pdf)
2. Ramírez E, Viana N. Evaluación del sistema de Referencia y Contrarreferencia en el servicio de Urgencias de la Empresa Social del Estado. Hospital Local Arjona [trabajo de grado]. Cartagena (Bolívar). 2012. Disponible en: <http://repositorio.unicartagena.edu.co/bitstream/handle/11227/401/Evaluacion%20sistema%20referencia%20y%20contrarreferencia%20ERIKA%20Y%20NIRLIS.pdf;jsessionid=5CAF81CCCD4035B6D391D62B9A807521?sequence=1>
3. Mahecha D. L. ¿Cuáles son las acciones de mejora que deben implementar las EPS con su sistema de referencia y contrarreferencia, para que la atención sea oportuna y de calidad? Bogotá- Colombia. 27 de junio de 2017. Disponible en: <https://repository.unimilitar.edu.co/bitstream/handle/10654/16298/MahechaLopezDianaLorena2017.pdf;jsessionid=2908C5770303E90B5340F023F21A6A6A?sequence=1>
4. Cathalifaud, M.A., y Osorio, F. Introducción a los conceptos básicos de la teoría general de sistemas. Revista de Epistemología de Ciencias Sociales. Chile. 1998. ISSN 0717-554X. Disponible en: <https://www.moebio.uchile.cl/03/frprinci.html>
5. Von Bertalanffy, L., Rapoport, A., Thompson, J.D., Mackenzie, W.J.M., y Anohin, P. K. *Teoría dos sistemas*. Rio de janeiro-Brasil. 1976. Disponible en: <https://biblio.aladi.org/bib/66167>

6. Colombia. Congreso de la República. Ley 100 de 1993. Disponible PDF en Diario Oficial No. 41.148
7. Agudelo C. Cardona J. Ortega J. Robledo R. Sistema de salud en Colombia: 20 años de logros y problemas. *Ciênc. saúde coletiva*. vol.16 no.6 ISSN 1413-8123. Rio de Janeiro- Brasil. Junio 2011.
8. Colombia. Congreso de la Republica. Ley 60 de 1993. Documento PDF. Disponible en el Diario Oficial No. 40.987.
9. Colombia. Congreso de la República. Ley 715 de 2001. Documento PDF. Disponible en el Diario Oficial N° 44.654.
- 10.Colombia. Congreso de la Republica. Ley 1122 de 2007. Documento PDF. Disponible en el Diario Oficial No. 46.506
- 11.Colombia. Ministerio de la protección social. Decreto 3039 de 2007. Documento PDF. Disponible en el Diario Oficial No. 46.716.
- 12.Molina G. Ramírez A. Oquendo T. Cooperación y articulación intersectorial e interinstitucional en salud pública en el modelo de mercado del sistema de salud colombiano, 2012-2016. *Revista de Salud Pública*. 20 (3): 286-292
- 13.Colombia. Congreso de la Republica. Ley 1098 de 2006. Documento PDF. Disponible en el Diario Oficial No. 46.446.
- 14.Roth-Deubel, A.N., y Molina-Marín, G. Rectoría y gobernanza en salud pública en el contexto del sistema de salud colombiano, 2012-2013. (2013). *Revista de Salud Pública*, 15, 44-55.

15. Colombia. Presidente de la república de Colombia. Decreto 2759 de 1991. Documento PDF. Disponible en el Diario Oficial No. 40.218.
16. Guerrero, W.J., Amaya, C.A., y Velasco, N. Modelo de Programación Multi-Objetivo en el Sistema de Remisión de Pacientes entre Hospitales de Bogotá. Bogotá, Colombia. Agosto de 2008. Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/236877930\\_Modelo\\_de\\_Programacion\\_Multi -  
Objetivo en el Sistema de Remision de Pacientes entre Hospitales  
de](https://www.researchgate.net/publication/236877930_Modelo_de_Programacion_Multi_-_Objetivo_en_el_Sistema_de_Remision_de_Pacientes_entre_Hospitales_de)
17. Muñoz M, Alfaro P. Sistema de referencia y contrarreferencia, categorías de relevancia para una comunicación efectiva en el sistema de salud (tesis de especialidad). Costa Rica. 2017. Disponible en: <http://repositorio.sibdi.ucr.ac.cr:8080/jspui/handle/123456789/10984>
18. Iparraguirre R. Rodríguez R. Plan de referencia y contra referencia para mejorar la oferta de servicios de salud en la consulta externa de los hospitales II-1 en la provincia de Trujillo: 2014-2016. Perú. 2015. "Ciencia y Tecnología", Año 11, Nº 4, 2015, 85-103. ISSN: 1810 – 6781(impresa) ISSN: 2306 – 2002(digital)
19. Torres C. Orientaciones para implementar una gestión basada en procesos. Concepción-chile. Agosto de 2014. Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/317519258\\_Orientaciones\\_par  
a implementar una gestion basada en procesos Guidelines to imple  
ment a process based management](https://www.researchgate.net/publication/317519258_Orientaciones_para_a_implementar_una_gestion_basada_en_procesos_Guidelines_to_implem_t_a_process_based_management)
20. Álvarez, J.M.P., y Manuel, J. *Configuración y usos de un mapa de procesos*. (2012). AENOR-Asociación Española de Normalización y Certificación.

21. Suiza. International Organization Standardization (ISO). ISO 9001:2008. Disponible en: <https://www.iso.org/obp/ui/#iso:std:iso:9001:ed-4:v2:es>
22. Equipo Vértice. *Gestión de la calidad*. Editorial Vértice. ISBN 10: 8499311873 / ISBN 13: 9788499311876.
23. Alvarado V. (slideplayer). *Redes y microredes de servicios de salud*. España. 2015. Disponible en: <https://slideplayer.es/slide/3304180/>
24. Definicion.De (Pérez J, Merino M). *Definición de falla.- que es? Significado y concepto*. Houston-Texas .Publicado: 2009. Actualizado: 2009. Disponible en: <https://definicion.de/falla/>
25. Modelo conceptual y definiciones básicas de la política de seguridad del paciente. *Revista académica nacional de medicina, Academia 081*. Bogotá-Colombia. Disponible en: <https://encolombia.com/medicina/revistas-medicas/academedicina/va-81/respuestadelministerio1/>
26. Defensoría del pueblo. *Informe Defensoría – Derecho a la Salud Monitoreo a los servicios de urgencias de IPS en Colombia-*. Colombia. 10 de febrero de 2020. Disponible en: [https://www.defensoria.gov.co/attachment/3067/Informe-Urgencias2020.pdf?g\\_show\\_in\\_browser=1](https://www.defensoria.gov.co/attachment/3067/Informe-Urgencias2020.pdf?g_show_in_browser=1)
27. Páez G, Jaramillo L, Franco C, Arregaces L. *Ministerio de salud y protección social. Estudio sobre el modo gestionar la salud en Colombia*. Colombia. 2013. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Estudio%20sobre%20el%20modo%20de%20gestionar%20la%20salud%20en%20Colombia.pdf>

28. Guerrero R, Et al. Sistema de salud de Colombia. Revista salud pública de México. 9 de febrero de 2011. Volumen 53. Página 1. Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/262501562 Sistema de Salud de Colombia](https://www.researchgate.net/publication/262501562_Sistema_de_Salud_de_Colombia)
29. Ávila-Agüero, M. L. Hacia una nueva Salud Pública: determinantes de la Salud. *Acta Médica Costarricense*, 51(2), 71-73. Costa rica.2009
30. Minsalud.gov.co. Salud pública. Bogotá-Colombia. Última actualización 2020. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/SaludPublica.aspx>
31. Herrero Sara. Formalización del concepto de salud a través de la lógica: impacto del lenguaje formal en las ciencias de la salud. Santa cruz de la palma- España. 2016. Disponible versión On-line ISSN 1988-348X.
32. National Public Health Week (NPHW). Manual de capacitación NPHW. Módulo 1: salud y enfermedad. Canadá. 21 de octubre de 2015. Página 7. Disponible en: [http://www.phri.ca/hope4/wp-content/uploads/2016/02/Final-3.0\\_2015-10-21\\_M%C3%B3dulo-1\\_E.pdf](http://www.phri.ca/hope4/wp-content/uploads/2016/02/Final-3.0_2015-10-21_M%C3%B3dulo-1_E.pdf)
33. Colombia. Asamblea Nacional Constituyente. Constitución política de 1991. Gaceta constitucional número 114 del jueves 4 de julio de 1991.
34. Urquina J.A. Esquema de seguridad social en salud Colombia. California- US. 2017. Disponible en: <https://www.slideshare.net/JUANALEJANDROURQUINA/esquema-seguridad-social-en-salud-por-juan-alejandro-urquina-tovar>
35. Colombia. Presidente de la república de Colombia. Decreto 1760 del 2 de agosto de 1990. Documento PDF. Publicado en el Diario Oficial de fecha 3 de agosto de 1990.

36. Colombia. Ministerio de Salud Pública. Decreto 412 de 6 de marzo de 1992, Artículo 3-numeral 4. Bogotá- Colombia. Diario Oficial No. 40.368, del 6 de marzo de 1992.
37. Definicion.De (Pérez J, Gardey A). Definición de urgencia.- Que es? Significado y concepto. Houston-Texas. Publicado 2010. Disponible en: <https://definicion.de/urgencia/>
38. Martin M. estudio del triage en un servicio de urgencias hospitalario. Rev. enferm. CyL Vol. 5 - N° 1. Soria-España. 2013. ISSN 1989-3884.
39. Alliance for Word wide editing (AWWE). Emergencias/ Urgencias. Editorial medica AWWE. México. Disponible en: [http://www.emawwe.com/mexico/libros/emergencias\\_urgencias](http://www.emawwe.com/mexico/libros/emergencias_urgencias)
40. Colombia. Ministerio de salud y protección social. Resolución 000926 de 2017. Documento PDF. Disponible en el diario oficial N° 50191.
41. Clínica internacional. Atención médica: ¿cuál es la diferencia entre una urgencia y una emergencia? Perú. Mayo 16 de 2019. Disponible en: <https://www.clinicainternacional.com.pe/blog/atencion-medica-diferencias-emergencia-urgencia/>
42. Colombia. Ministerio de la Protección Social. Decreto 4747 de 2007. Documento PDF. Disponible en el Diario oficial N° 48.159.
43. Colombia. Ministerio de salud y protección social. Resolución 5596 de 2015. Documento PDF. Disponible en el Diario oficial N° 49.739.
44. Real Academia Española (RAE). Significado de Resultado. España. 2019. Disponible en: <https://www.rae.es/>



45. Talaigua M. Evaluación del sistema de referencia y contrarreferencia en el municipio de montería Colombia (monografía). Montería- Colombia. 16 de junio de 2016. Disponible en: <https://www.monografias.com/trabajos109/evaluacion-del-sistema-referencia-y-contrareferencia/evaluacion-del-sistema-referencia-y-contrareferencia2.shtml>
46. E.S.E Hospital San Jerónimo de Montería. informe de seguimiento y evaluación del plan de acción institucional vigencia 2019. área de planeación y gestión de la calidad. Monteria-Cordoba.2019. disponible en: <https://www.esesanjeronimo.gov.co/wp-content/uploads/2020/01/INFORME-DE-SEGUIMIENTO-PLAN-DE-ACCION-2019.pdf>
47. Sotomayor P, Torres M, Matajira A, Solano C. Sistema de referencia y contrarreferencia. Colombia. Publicado: 8 de julio de 2014. Disponible en: <https://es.slideshare.net/esneiderlove/sistema-de-referencia-y-contrareferencia>
48. HOMO. Empresa social de Estado Hospital Mental de Antioquia. Atención inicial de urgencias. Colombia. 2016. Disponible en: <http://www.homo.gov.co/participacion-ciudadana/glosario>
49. Domain L.—Referencia y Contrarreferencia. Universalud. España. Publicación: 22 de Octubre de 2010. Disponible en: <https://es.slideshare.net/ilyeo/referencia-contrareferencia-universalud>
50. Álvarez H, Pérez E. Causalidad en medicina. Gac. Méd. Méx vol.140 no.4 México jul. /ago. 2004 Gaceta médica de México versión impresa ISSN 0016-3813

51. Vargas F. Epidemiología clínica. capítulo 11: concepto de causalidad en medicina. Disponible en :  
<https://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?bookid=1442&sectionid=101159243>

52. Colombia. Congreso de Colombia. Ley estatutaria 1751 de 2015. Documento pdf. Disponible en el Diario oficial N° 49.427.