

**AUDITORIA AL SISTEMA DE REFERENCIA Y
CONTRARREFERENCIA DE LA ASOCIACION INDIGENA DEL
CAUCA - EMPRESA PROMOTORA DE SALUD - INDIGENA**

Betty Cecilia Bustamante Lopera

Ana Milena Villaquirán Mapallo

**UNIVERSIDAD ESCUELA DE ADMINISTRACION DE NEGOCIOS
UNIVERSIDAD DEL CAUCA**

**ESPECIALIZACION EN AUDITORIA Y GARANTIA DE LA CALIDAD EN
SALUD CON ENFASIS EN EPIDEMIOLOGIA**

Popayán

2007

**AUDITORIA AL SISTEMA DE REFERENCIA Y
CONTRARREFERENCIA DE LA ASOCIACION INDIGENA DEL
CAUCA - EMPRESA PROMOTORA DE SALUD - INDIGENA**

Betty Cecilia Bustamante Lopera

Ana Milena Villaquirán Mapallo

TRABAJO DE GRADO

Tutor

Doctor Jorge Ernesto Ochoa
Medico Salubrista y Epidemiólogo

**UNIVERSIDAD ESCUELA DE ADMINISTRACION DE NEGOCIOS
UNIVERSIDAD DEL CAUCA
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE POSTGRADO**

Popayán

2007

NOTA DE ACEPTACION

FIRMA DEL PRESIDENTE DEL JURADO

FIRMA DEL JURADO

Popayán 12 de octubre 2007

Dedicatoria

A nuestros seres queridos por haber confiado en nosotras y haber dedicado sus esfuerzos en apoyarnos y animarnos para el logro de esta meta.

AGRADECIMIENTOS

Las autoras agradecen la confianza y apoyo brindados para la realización del trabajo a:

La Asociación Indígena del Cauca EPS-I, a sus equipos directivo, administrativo y operativo.

A las IPS de los municipios de Morales, Silvia, La Vega, Caldono, Caloto, Totoró, El Tambo y el Hospital Universitario San José que aportaron información a través de las encuestas aplicadas.

Grupo de compañeros y compañeras de la Especialización.

A todas las demás personas que realizaron valiosos aportes para culminar con éxito el presente trabajo.

CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCION	
FORMULACION O PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
2. CONTEXTO	4
2.1 Contexto normativo	4
2.2 Contexto del sector salud	7
2.3 Contexto empresarial	8
2.3.1 Plataforma filosófica de la AIC	8
2.3.1 Misión	10
2.3.1.2 Visión	10
2.3.1.3 Objetivos	10
2.3.1.4 Principios	12
2.3.1.5 Valores	12
2.3.1.6 Políticas	13
3. MARCO TEORICO	14
3.1 Definición de términos del sistema de referencia y contrarreferencia	22
4. OBJETIVOS DE LA AUDITORIA	24
4.1 OBJETIVOS GENERALES	24
4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS	24
5. JUSTIFICACION	25
6. PLAN TEMATICO	27
6.1 Autoevaluación	27
6.2 Definición de prioridades.	29
6.3 Definición de la calidad esperada.	31
6.4 Medición inicial del desempeño de los procesos prioritarios.	32
7. METODOLOGIA	34
8. RESULTADOS	37
8.1 Autoevaluación	37
8.2 Definición de prioridades	39
8.2.1 Referencia	39
8.2.2 Contrarreferencia	44
8.3 Calidad esperada y calidad observada en las remisiones	46
8.3.1 Tiempos de espera	48
8.3.2 IPS remitente	53
8.3.3 IPS receptora y nivel de complejidad	55
8.3.4 Especialidades a las que remiten	55
8.3.5 Pertinencia de remisión	56
8.4 Medición inicial del desempeño de los procesos prioritarios	56

8.4.1	Identificación completa	57
8.4.2	Anamnesis y examen físico	57
8.4.3	Registros específicos	59
8.4.4	Cumplimiento de desempeño en las IPS	61
9.	CONCLUSIONES	63
10.	PROPUESTA PARA EL PLAN DE MEJORAMIENTO	66
10.1	Competencias de las IPS de baja complejidad	66
10.2	Competencias de las Asociación Indígena del Cauca AIC-EPS	67
10.2.1	Nivel municipal el auxiliar local de atención al comunero	67
10.2.2	Nivel zonal y regional	68
10.2.3	Nivel nacional	70
	RECOMENDACIONES	72
	DEVOLUCION	75
	BIBLIOGRAFIA	76
	ANEXOS	

LISTA DE GRAFICOS

		Pág.
Grafico 1	La IPS realiza seguimiento a remisiones.	41
Grafico 2	Tipo de registro de seguimiento.	42
Grafico 3	Cargo de la persona que coordina remisiones y contrarremisiones	42
Grafico 4	Funcionamiento del sistema de referencia y contrarreferencia	43
Grafico 5	Porcentaje de Personas remitidas discriminadas por género.	47
Grafico 6	Porcentaje de Personas remitidas discriminadas por edad.	47
Grafico 7	Categorías y rangos en tiempos de espera	49
Grafico 8	Relación entre lo observado y lo esperado.	49
Grafico 9	Tiempos de espera entre remisión y solicitud de autorización	50
Grafico 10	Tiempo de espera entre remisión y atención.	51
Grafico 11	Tiempo de espera entre autorización y atención.	52
Grafico 12	Número de remisiones por IPS	54
Grafico 13	IPS receptoras	55
Grafico 14	Especialidades a las que remiten.	55
Grafico 15	Calidad de datos en identificación, anamnesis y examen físico.	58
Grafico 16	Registros específicos	59
Grafico 17	Calidad de registro en la remisión.	61
Grafico 18	Cumplimiento de desempeño en la IPS.	62

LISTA DE TABLAS

	Pag.
Tabla 1. Matriz de priorización de procesos.	30
Tabla 2. Matriz DOFA y estrategias.	38
Tabla 3. Categorías de tiempos de espera.	48
Tabla 4. Resumen promedio de días de espera.	53
Tabla 5. Frecuencia y porcentaje de pertinencia.	56
Tabla 6. Frecuencia y porcentaje de datos de identificación.	57
Tabla 7. Anamnesis y examen físico	58

INTRODUCCION

El sistema de referencia y contrarreferencia es un procedimiento que hace parte del proceso de atención al comunero dentro de la estructura operativa de la Asociación Indígena del Cauca.

En coherencia se tiene diseñado un manual de referencia y contrarreferencia que orienta sobre la red contratada por la EPS para la prestación de servicios de baja, mediana y alta complejidad, los mecanismos para el acceso a ellos, los responsables y el flujograma.

El manual en mención se actualiza periódicamente en función de los periodos contractuales y de acuerdo a ellos es enviado a las IPS de la red contratada, como un material de orientación y consulta para la atención de los comuneros afiliados en todos los niveles.

A pesar de la existencia de este manual se encuentran irregularidades en su funcionamiento en relación con la referencia y la contrarreferencia siendo éstas las razones por las cuales el equipo que desarrolló el presente estudio se motivó en la realización de la auditoría al sistema mediante la utilización de la ruta crítica de la calidad.

Los resultados de la auditoría describen de manera detallada las principales fallas encontradas en el funcionamiento del sistema en lo relacionado con los procedimientos ambulatorios en lo general y de manera específica en la consulta médica especializada.

FORMULACION O PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

El tema del presente trabajo es la Auditoría al Sistema de Referencia y Contrarreferencia de la AIC-EPS-I en el segundo trimestre de 2007, utilizando la ruta crítica de la calidad.

Descripción del problema

La oportunidad y continuidad en la atención por eventos ambulatorios, de hospitalización o de urgencias para pacientes remitidos por IPS de menor a mayor complejidad y su debida contrarremisión, están siendo interferidas por una serie de procedimientos mal realizados así como del desconocimiento de algunos profesionales de salud sobre el funcionamiento del sistema general de seguridad social en salud y del sistema de referencia y contrarreferencia de la asociación indígena del Cauca, la cual además de crear confusión e insatisfacción en el usuario también puede colocar a la institución frente a una situación de carácter ético y legal.

Descriptores

- ❖ Al usuario no se le entrega autorización de servicios, para evaluación del especialista, debido a que se presentan datos incompletos, letra ilegible, sin diagnóstico, ni conducta de manejo.
- ❖ El comunero no presenta la documentación completa, en especial la hoja de remisión, presentando solo la orden médica para la autorización.

- ❖ Las IPS de primer nivel direccionan la remisión de los afiliados, hacia un prestador específico, asumiendo una competencia que no les corresponde. Y en muchas oportunidades sin tener en cuenta el manual de referencia y contrarreferencia de la AIC-EPS-I
- ❖ Las IPS de mediana y alta complejidad, no realizan la contrarreferencia, para que el usuario termine su tratamiento bajo el cuidado médico.
- ❖ El tiempo que se dedica a las filas para solicitar citas en IPS de mediana y alta complejidad, muchas veces hacen que el afiliado desista de la solicitud del servicio.
- ❖ Reducido número de profesionales de algunas especialidades, que generan mayor tiempo de espera para la asignación de citas.

En las IPS de mediana y alta complejidad se asignan franjas fijas y predeterminadas para la atención ambulatoria de cada especialista sin tener en cuenta el estado de salud del paciente, el cual puede ser prioritario lo que genera una barrera para cubrir la remisión.

No se cuenta con un centro regulador que brinde información oportuna sobre el nivel de ocupación de los servicios que prestan las IPS que conforman la red de referencia. De igual manera la transferencia de datos entre estos centros de atención es inexistente, generándose múltiples remisiones a los pacientes donde no existe disponibilidad para interconsulta u hospitalizaciones.

2. CONTEXTO

2.1 Contexto normativo

Ley 21 de 191: Derechos especiales de los pueblos indígenas y tribales.

Ley 691 de 2001: Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Ley 10 de 1990: Reorganización del Sistema Nacional de Salud.

Ley 100 de 1993: Sistema General de Seguridad Social.

Ley 715 de 2001: Sistema General de Participaciones.

Ley 962 de 2005: Racionalización de trámites y procedimientos administrativos.

Ley 1122 de 2007: Por la cual se hacen algunas modificaciones en el sistema general de seguridad social en salud.

Ley 1811: Reglamente la Ley 10 en la atención en salud para comunidades indígenas.

Decreto 2759/91. Por el cual se reglamenta el sistema de referencia y contrarreferencia en salud.

Decreto 2423/96: Por el cual se determina la nomenclatura y clasificación de los procedimientos médicos, quirúrgicos y hospitalarios del manual tarifario y se dictan otras disposiciones.

Decreto 1011/2006: Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud.

Decreto 1283/96: Atención a personas víctimas de eventos catastróficos y accidentes de tránsito.

Decreto 806/98: Afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Resolución 5078: Por la cual se reconoce la medicina tradicional indígena.

Resolución 3797/2004 Noviembre 11: Por la cual se reglamentan los comités técnicos científicos y se establece el procedimiento de recobro ante el fondo de

solidaridad y garantía, Fosyga por concepto de suministro de medicamentos no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud – POS y de fallos de tutela.

Resolución 5261/94: Manual de actividades, procedimientos e intervenciones del plan obligatorio de salud.

Resolución 1995/99: Normas para el Manejo de Historias Clínicas.

Resolución 412/00: Por la cual se establecen las actividades de demanda inducida y obligatorio cumplimiento para el desarrollo de acciones de protección específica y detección temprana.

Resolución No. 3374 de 2000: Por la cual se reglamentan los datos básicos que deben informar los prestadores de servicios de salud y las entidades administradoras de planes de beneficios sobre los servicios de salud prestados.

Resolución 3384 de 2000 Diciembre 29: Por la cual se modifican parcialmente las Resoluciones 412 y 1745 de 2000 y se deroga la Resolución 1078 de 2000.

Resoluciones 1043/2006: Por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones.

Acuerdo 326, Febrero 15 de 2006: Plan obligatorio de salud para pueblos indígenas.

Acuerdo 244/2003: Por medio del cual se definen la forma y las condiciones de operación del régimen subsidiado del sistema general de seguridad social en salud.

Acuerdo 306/2005. Contenidos del plan obligatorio de salud del régimen subsidiado.

Acuerdo 313/2005: Por medio del cual se incluye una prestación en el plan obligatorio de salud del régimen contributivo y del régimen subsidiado.

Circular 030 de 2006: Instrucciones en materia de indicadores de calidad para evaluar la oportunidad.

2.2 Contexto del sector salud

En las últimas décadas los cambios políticos, sociales, económicos y culturales han ocurrido a una velocidad impresionante. El proceso de la globalización se ha intensificado. Las nuevas tecnologías, la borrosidad creciente de las fronteras, la apertura de los mercados, la liberalización de las economías nacionales, y la profundización de los procesos de integración social y económica, han creado nuevas exigencias para los países y los Estados.

Estos procesos tienen implicaciones profundas para la salud de las poblaciones, las políticas sectoriales nacionales e internacionales. La movilidad creciente de las personas, de los bienes, y de los servicios acelera la transferencia de riesgos de salud entre las poblaciones. Al mismo tiempo, la relación entre la salud y el desarrollo social y económico es cada vez más imbricada y compleja.

El análisis de la situación de salud es necesario comprenderlo desde la relación con la economía nacional y la difícil situación en que se encuentran las economías latinoamericanas y del caribe dentro del contexto mundial. Mas que nunca es esencial tener una perspectiva global la cual permite entender la relación entre estos procesos a nivel local, nacional e internacional.

En la presente situación del país, a pesar de las restricciones dadas por los bajos índices de crecimiento económico, el aumento en la exclusión social, el entorno político, los problemas de gobernabilidad, la migración de capital humano al exterior, la falta de una política adecuada de medio ambiente, existen múltiples oportunidades para comprender el concepto y las funciones del Sistema General de

Seguridad Social en Salud, a partir del análisis de su evolución histórica y de la valoración crítica de los modelos existentes en la actualidad.

En este entorno económico social, político, sociocultural, ambiental y tecnológico se encuentra enmarcada la Asociación Indígena del Cauca A.I.C.- EPS-I. La cual se desempeña en un limbo o conflicto con el propio contexto socio-cultural y político de las comunidades indígenas. Teniendo que responder a las necesidades y expectativas de ellas y al mismo tiempo a la normatividad y políticas del estado haciendo muy compleja la prestación de servicios como Administradora del régimen subsidiado.

En coherencia la Asociación Indígena del Cauca (A.I.C. EPS-I), en este contexto y de acuerdo con su misión, visión, objetivos, principios, valores y políticas, se define como una entidad pública de carácter especial.

2.3 Contexto empresarial

“La sabiduría indígena en salud, esencia histórica de las formas de resistencia, ante quienes se proponen exterminarnos”.

La Asociación Indígena del Cauca AIC- EPS-I es una empresa Indígena de carácter especial que administra recursos del régimen subsidiado creada por Decisión de los cabildos en Junta Directiva Regional en el mes de Diciembre de 1997. Reconocida bajo la resolución de No 083 del 15 de diciembre de 1997 de la Dirección General de Asuntos Indígenas.

La Asociación indígena del Cauca está Integrada por Autoridades de los Resguardos y en la Actualidad son Socios todos los Cabildos del Departamento del

Cauca en representación de la mayoría de las comunidades indígenas que habitan este departamento.

Desde su nacimiento la AIC-EPS-I generó una gran expectativa de acciones encadenadas al mejoramiento del nivel de atención en salud de las comunidades indígenas. Expectativa que se han venido desarrollando poco a poco tanto en el Cauca como en otros departamentos donde hace presencia.

Su crecimiento en los últimos nueve años se da de manera exponencial, cada año duplica la cantidad de afiliados. De esta misma manera se duplica la labor administrativa siendo necesaria la toma de decisiones, la vinculación de más personal, ampliación de la capacidad tecnológica y ampliación en espacio de funcionamiento.

La empresa surge como una necesidad de responder a los procesos de salud propia, encaminada a fortalecer procesos organizativos y culturales de los pueblos indígenas en materia de salud.

El actuar de la empresa se fundamentados en el derecho mayor de los pueblos indígenas, los mandatos de los Congresos y las Asambleas de las autoridades tradicionales, los derechos especiales de los pueblos indígenas, los estatutos de la Asociación Indígena del Cauca, la conformación y funcionamiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud Ley 100 de 1993, los requisitos establecidos en la normatividad legal vigente respecto a la afiliación al Plan Obligatorio de Salud, el Manual de procesos y procedimientos y el PAMEC de la AIC.

La Asociación Indígena del Cauca (A.I.C. EPS-I), es una Administradora del régimen subsidiado con cobertura nacional en 7 departamentos y 70 municipios. Cuenta con una amplia red de prestadores de servicios de salud, entre Instituciones prestadoras de Salud, públicas y privadas, de baja, mediana y alta complejidad, para la administración del riesgo de 200.000 afiliados.

2.3.1 Plataforma filosófica de la AIC

2.3.1.1 Misión

La Asociación Indígena del Cauca ARS-EPS-I, es una entidad pública de carácter especial y que tiene como objeto fortalecer la capacidad organizativa de los procesos en salud de los pueblos indígenas a través de la administración de los recursos y el aseguramiento de los servicios dentro de los sistemas general de salud respetando la diversidad étnico cultural.

2.3.1.2 Visión

Posicionarnos a nivel nacional como la mayor y mejor empresa administradora de régimen subsidiado indígena con excelentes planes de beneficios que fortalezcan los procesos culturales, político organizativos en pro de la construcción de un régimen especial indígena en salud.

2.3.1.3 Objetivos

Identificar y registrar a la población beneficiaria del subsidio de salud en los términos establecidos en las políticas de los pueblos indígenas, el derecho propio,

las normas vigentes y administrar el riesgo en salud de los miembros de sus comunidades afiliadas.

Administrar de forma coordinada y de acuerdo a las dinámicas organizativas y proyectos de vida de cada pueblo garantizando el buen uso de los recursos de sus asociados como las contribuciones de organismos públicos y privados, nacionales e internacionales, de forma que aseguren el cumplimiento del Objeto Social de la AIC-EPS-I.

Organizar y garantizar, la prestación del plan obligatorio de salud subsidiado y la adecuación sociocultural de programas a los afiliados indígenas a este régimen, de acuerdo a las necesidades de los pueblos indígenas; previo contrato de administración del subsidio de la salud.

Contratar y/o realizar convenios con personas naturales o jurídicas de derecho público o privado, nacionales, o internacionales de acuerdo a las orientaciones y lineamientos políticos dados por el Consejo Regional Indígena del Cauca CRIC para el fortalecimiento de las actividades propias en salud, respetando siempre las particularidades sociales, culturales, económicas, jurídicas y organizativas de los Pueblos Indígenas.

Regirse bajo las directrices y mandatos de los congresos, Juntas Directivas Regionales de Cabildos, Consejería CRIC, para el fortalecimiento del proyecto de vida, componente de salud de los pueblos indígenas.

Fortalecer el proyecto de salud indígena a través de sus formas organizativas tradicionales y sus IPS propias a nivel zonal, en los términos que las comunidades lo determinen.

Consolidar y ejecutar los procesos administrativos y de planeación en salud de acuerdo a las particularidades culturales de los pueblos indígenas.

Gestionar y ejecutar los recursos económicos de la AIC-EPS-I en cumplimiento del objeto social para lo cual fue creada.

Garantizar el cumplimiento de los derechos y deberes en la prestación de servicios en salud de los pueblos indígenas de acuerdo a la aplicación del derecho propio y la legislación vigente.

2.3.1.4 Principios

La AIC por ser una empresa indígena se fundamenta en los principios que orientaron la creación del CRIC.

Unidad: Prevalece el interés colectivo sobre el particular y la defensa de la igualdad de oportunidades.

Tierra: Tiene principal importancia por ser la tierra la base para la conservación de los pueblos indios y la garantía de su desarrollo cultural.

Cultura: La interpretación del mundo según la cosmovisión, los usos y costumbres, las formas de convivencia con las personas y la naturaleza así como

las expresiones artísticas son nuestro patrimonio cultural que garantiza la pervivencia de todos los indígenas.

Autonomía: El ejercicio de autonomía y autodeterminación y las formas de organización para administrar o aplicar justicia en sus territorios para decidir las propias prioridades en lo que atañe al proceso de desarrollo, económico, social y cultural.

2.3.1.5 Valores

Identidad: Autoreconocimiento como integrante de una comunidad, que habita un territorio colectivo y cuenta con autoridad tradicional y autoridad espiritual.

Servicio: Construcción colectiva y permanente de un modelo de salud propio que responda a las expectativas y contexto socio cultural de nuestros comuneros con compromiso confianza, celeridad y calidez.

Integralidad: Sin discriminación con enfoque holístico de la salud la atención se brinda desde la complementariedad entre la medicina occidental y la medicina indígena como también desde las medicinas alternativas.

Solidaridad: Conformamos un colectivo humano que se apoya y actúa con un propósito común para resolver necesidades y enfrenar retos comunes. La solidaridad fortalece nuestros lazos de unión e intereses colectivos.

2.3.1.6 Políticas

- La estructura poblacional de la AIC, deberá ser indígena por lo menos en un 90%.
- Desmedicalizar la prestación de los servicios de salud a las comunidades.
- Fortalecer la medicina tradicional indígena.
- Acompañar y fortalecer los procesos político-organizativos
- Minimizar el riesgo de enfermedad a partir de procesos preventivos propios de las comunidades indígenas.

3. MARCO TEORICO

En el modelo de salud definido por el sistema general de seguridad social en salud cada nivel de atención debe atender los problemas de salud de su población según su complejidad y establecer los mecanismos de articulación horizontal o vertical según sea el caso mediante la referencia y contrarreferencia de pacientes para la integración y articulación del sistema.¹

En el Sistema General de Seguridad Social establecido en la Ley 100 de 1993, corresponde a la Dirección Nacional a cargo del Ministerio de Protección Social, formular las políticas y dictar todas las normas científico-administrativas y regular los regímenes de información, planeación, Presupuesto, personal, inversiones, desarrollo tecnológico, suministros, financiación, tarifas, contabilidad de costos, control de gestión, participación de la comunidad, referencia y contrarreferencia

¹ Este sistema definido por la Ley 100 de 1993 y la Ley 1122 de 2007 define un modelo de atención donde el aseguramiento y la articulación es competencia de las EPS y ARS y la prestación le corresponde a la red de servicios pública, privada o mixta contratada por las primeras.

así como el apoyo tecnológico en recursos humanos y técnicos a los niveles inferiores de atención.²

Corresponde por su parte a las direcciones seccionales prestar asistencia técnica, administrativa y financiera, coordinar, supervisar la prestación del servicio de salud, programar la distribución de los recursos recaudados para el sector salud, contribuir a la formulación y adopción de los planes, programas del sector, ejecutar, adecuar las políticas, normas científico-técnicas y técnico-administrativas, desarrollar planes de formación, adiestramiento, perfeccionamiento del personal del sector salud, promover la integración funcional, adaptar, aplicar las normas y programas señalados por el Ministerio de Protección Social, para organizar los regímenes de referencia y contrarreferencia, con el fin de articular los diferentes niveles de atención en salud y de complejidad, los cuales serán de obligatoria observancia para todas las instituciones o entidades que presten servicios de salud en la respectiva sección territorial.

Es responsabilidad de la dirección municipal: Coordinar y supervisar la prestación del servicio de salud en su territorio; contribuir a la formulación, adopción de los planes, programas y proyectos en su jurisdicción, cumplir y hacer cumplir, las políticas y normas trazadas por el Ministerio, desarrollar planes de perfeccionamiento del personal del sector; promover la integración funcional; aplicar los sistemas de referencia y contrarreferencia de pacientes, organizar mecanismos para desconcentrar el sistema local de salud; desarrollar labores de inspección, vigilancia y control de las instituciones que prestan servicios de salud, e

² Desde 1990 con la Ley 10 se establece la Reorganización del Sistema Nacional de Salud y se define la salud como un servicio público ambos aspectos bajo la responsabilidad del Estado conforme a lo dispuesto en el artículo 32 de la Constitución Política Nacional.

informar a las autoridades competentes sobre la inobservancia de las normas de obligatorio cumplimiento.

El sistema de Referencia y contrarreferencia como elemento dinámico dentro de las interrelaciones funcionales para el desarrollo de la red de prestación de servicios de salud esta definida por la Ley, para garantizar al usuario una atención en salud adecuada, en el nivel de atención apropiado para su necesidad, y con la capacidad de resolución que requiere, garantizando una atención oportuna, eficiente y eficaz, con el objetivo de garantizar la continuidad de los servicios de salud, según la complejidad de las patologías y la capacidad resolutoria de las IPS que conforman la red de servicios.³

Se entiende por Contrarreferencia, la respuesta que las IPS receptoras de la referencia, dan a la IPS que refieren. La respuesta debe contener las debidas indicaciones a seguir o simplemente la información sobre la atención recibida por el usuario en la institución receptora, o el resultado de las solicitudes de ayuda diagnóstica.

Este sistema conjunto de procesos y normas técnicas y administrativas corresponden al modelo de atención que se este aplicando y a la jerarquización de servicios por niveles establecidos.

Con la Ley 10 de 1990 que reorganizó la prestación de servicios de salud, en Colombia la jerarquización es por niveles de atención y grados de complejidad, a través de un sistema de derivación dentro de la red asistencial con un modelo de atención que representa la respuesta institucional del sector de la salud a las

³ El Régimen de Referencia y Contrarreferencia, es el conjunto de normas técnicas y administrativas que permiten prestar adecuadamente al usuario el servicio de salud, y esta reglamentado por el Decreto 2759 de 1991.

necesidades derivadas de integrar el perfil demográfico, epidemiológico, y social con el nivel de desarrollo tecnológico e institucional que dispone.

En el actual modelo La Ley 100 de 1993 crea el sistema general de Seguridad social en salud y organiza las Instituciones prestadoras de servicios de salud por niveles de complejidad según su cobertura, capacidad resolutive, los recursos disponibles y el nivel de administración territorial para garantizar el acceso a los servicios de salud de manera gradual y apropiada, armonizando la capacidad de resolución y la escasez de los recursos. Su aplicación garantiza que los servicios de salud sean acordes a las necesidades de la población y el tipo, costo y complejidad de la tecnología que se emplee para atenderlas.

En esta modalidad de atención por niveles y grados de complejidad para hacer más eficiente y efectiva la prestación de servicios de salud se requiere tener a disposición estructura organizacional y administrativa⁴ donde prevezan los servicios, la agrupación de servicios por programas o prioridades epidemiológicas, la organización y distribución de los profesionales de la salud, técnicos y auxiliares para atender la población.

La modalidad de atención define la articulación de cada IPS con la red de prestación de servicios, con las tradiciones y los factores socioculturales y comunitarios y sus condiciones económicas que son indispensables para que la prestación sea óptima de acuerdo a las condiciones particulares de desarrollo de los prestadores de cada región del país.

⁴ La efectividad es una función de la interrelación de valores y creencias esenciales, políticas y procedimientos organizacionales con el entorno de la organización

Dentro de cada modalidad de atención es muy importante la forma como se organice el sistema de referencia y contrarreferencia teniendo en cuenta que de acuerdo a las prioridades en el flujo de pacientes, las normas y parámetros se deben privilegiar la atención del médico general como puerta de entrada a la red, antes que el especialista.

De igual manera es necesario dentro del sistema obligatorio de garantía de la calidad, crearse dispositivos de auditoria y de control para evitar el consumismo de servicios de salud, la iatrogenia o la pérdida de tiempo y dinero de los usuarios en busca de una remisión adecuada.

En este sentido el sistema de referencia y contrarreferencia se complementa con un buen sistema de apoyo conformado por el marco normativo, el sistema de información, las comunicaciones, los insumos, la dotación, el mantenimiento, el transporte y en especial el financiamiento.

En virtud de ellos la gerencia y directiva deberán asegurarse de que en su institución se cuente con:

- El conocimiento y claridad de normas legales, técnicas, administrativas, institucionales como marco para el funcionamiento en la IPS en su papel de satisfacer las necesidades de atención de salud con oportunidad, seguridad, continuidad, humanización con eficiencia y calidad a la población.
- Capacidad de resolución, entrenamiento y administración de la red de servicios partiendo de su perfil demográfico y epidemiológico su estudio de demanda y oferta.

- La articulación de la IPS con la red de servicios con la oportunidad en la toma de decisiones en la operación del sistema de referencia y contrarreferencia se facilita con la existencia de un sistema de comunicaciones que cuente con tecnología funcional, adecuada y transporte para el traslado de insumos, de personal ó equipos de profesionales, pacientes, repuestos y equipos cuando esto sea necesario.
- La dotación de equipos y su mantenimiento, la compra de insumos, su almacenamiento y uso así como el mantenimiento de reservas para la atención de emergencias.

Estos son aspectos de organización, administración y presupuesto que deberán tenerse en cuenta por la gerencia o dirección de la institución en función del usuario o paciente el cual es la razón de ser de la misma.

El Sistema de Referencia y Contrarreferencia – SRC, constituye entonces, el elemento articulador, por excelencia, de la Red de Servicios.

En consecuencia, el análisis inicial del SRC consiste en una evaluación amplia desde el punto de vista de su Estructura, en la cual se debe analizar la disponibilidad y cumplimiento de las normas externas e internas que lo reglamentan, la existencia de los registros y formatos necesarios para su cabal funcionamiento, la estandarización de los procedimientos de remisión, interconsulta, contrarremisión, respuesta a interconsultas, la suficiencia de los sistemas de transporte y comunicaciones establecidos en el Programa de Auditoria para el Mejoramiento continuo en la Institución.

El Sistema de referencia y contrarreferencia debe estar enmarcado como un proceso para ser desarrollado desde un enfoque empresarial aunque esto suene paradójico en un sector en crisis, donde los gerentes o directores están haciendo grandes esfuerzos en el cumplimiento normativo, financiero, de mercadeo, entre otros, para poder sobrevivir y sacar adelante sus empresas.

Frente a este panorama algunos autores han planteado la necesidad de generar y aplicar en cada una de las instituciones de salud, una cultura organizacional,⁵ como instrumento que sirve de fundamento para el acertado manejo gerencial del ambiente interno y su relación con el ambiente externo para obtener resultados corporativos concretos de índole social, financieros, de productividad, efectividad, competitividad y de calidad.

Al respecto se destaca la efectividad como una función de transformar los valores, conocimientos de los miembros de una organización, en las políticas y los procedimientos utilizados al interior de la misma donde se fortalece su capacidad para llegar a un consenso y llevar a cabo acciones coordinadas y comunicadas, basados en sistemas de autocontrol interiorizados por los trabajadores lo que ayuda a crear una cultura sólida que entienden muy bien los miembros de la organización y facilitan el logro en conjunto de los objetivos organizacionales.

Una cultura organizacional que promueva una alta participación y compromiso genera una mayor identidad de propiedad y responsabilidad con lo cual surge una mayor dedicación a la empresa y mayor necesidad de control abierto. Los sistemas

⁵ "Hablar de cultura organizacional en un sector en crisis es paradójico. Más aún cuando todos los esfuerzos de los gerentes de las organizaciones que lo componen están tratando de darle "oxígeno" al fenómeno financiero, de mercadeo y legal frente a los compromisos con la Ley 100, entre otros, para poder sobrevivir y sacar adelante a sus empresas."

normativos implícitos y voluntarios aseguran la coordinación del comportamiento, en lugar de sistemas burocráticos explícitos de control.

La visión de un líder tiene que llegar a ser operativa a través de la acción. Crear una cultura sólida quiere decir que los valores y las acciones sean altamente consistentes. Esta forma de consistencia se ha mencionado con frecuencia como una fuente de fortaleza organizacional y una manera de mejorar el rendimiento y la efectividad. Desde este punto de vista tenemos obligatoriamente que hablar de la importancia de una misión o una definición compartida de la función y el propósito de una organización y sus miembros.

Quienes asumimos las responsabilidades de administrar, gerenciar, asegurar, y prestar servicios debemos tener claro que estamos en función o al servicio de personas y en especial en este tema al servicio de la salud de la gente y por tanto debemos hacerlo con calidad y humanizado es decir debemos hacerlo bien.

En este sentido el sistema de referencia y contrarreferencia deberá organizar los criterios de calidad⁶ y eficiencia para facilitar el flujo de pacientes, promoviendo el adecuado uso de los recursos, la racionalización de los costos, la certificación de laboratorios y la eficacia de apoyo diagnóstico y terapéutico dentro de la red para disminuir la repetición innecesaria de pruebas.

Finalmente para una adecuada operatividad del sistema de referencia y contrarreferencia, se hace necesario que se apliquen criterios rectores transparentes, éticos y de calidad. Esta función requerirá no sólo de una buena

⁶ "El sistema de referencia y contrarreferencia deberá premiar los criterios de calidad y eficiencia para conducir el flujo de pacientes"

planificación sino de un reglamento y una instancia de negociación y resolución de controversias.

La Ley 23 define la medicina como una profesión que tiene como fin cuidar de la salud del hombre y propender por la prevención de las enfermedades, el perfeccionamiento de la especie humana y el mejoramiento de los patrones de vida de la colectividad, sin. El respeto por la vida y los fueros de la persona humana constituyen su esencia espiritual.

Considera esta Ley al hombre como una unidad síquica y somática, sometido a variadas influencias externas. El método clínico puede explorarlo como tal, merced a sus propios recursos, a la aplicación del método científico natural que le sirve de base, y a los elementos que las ciencias y la técnica ponen a su disposición.

En consecuencia, el médico debe considerar y estudiar al paciente, como persona que es, en relación con su entorno, con el fin de diagnosticar la enfermedad y sus características individuales y ambientales, y adoptar las medidas, curativas y de rehabilitación correspondiente. Si así procede, a sabiendas podrá hacer contribuciones a la ciencia de la salud, a través de la práctica cotidiana de su profesión.

3.1 Definición de términos del sistema de referencia y contrarreferencia

Referencia. Envío de usuarios o elementos de ayuda diagnóstica por parte de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) a otras de acuerdo con el

grado de complejidad, a través de las ARS y/o EPS para su complementación diagnóstica y/o tratamiento definitivo.

Contrarreferencia. Respuesta de la IPS receptora de la referencia a las ARS y/o EPS donde se consigna las recomendaciones o manejo en salud que debe darse al afiliado una vez concluidos los procedimientos solicitados o simplemente la información dada respecto del estado de salud del usuario.

Remisión. Procedimiento por el cual se transfiere la atención en salud de un usuario, a otro profesional o institución, con la consiguiente transferencia de responsabilidad sobre el cuidado del mismo.

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

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

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

4. OBJETIVOS DE LA AUDITORIA

4.1 OBJETIVOS GENERALES

- Identificar las principales fallas que afectan el funcionamiento del sistema de referencia y contrarreferencia en el marco del sistema obligatorio de garantía de la calidad, en la administración del régimen subsidiado.

4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Verificar la implementación del sistema de referencia y contrarreferencia, la aplicación de la normatividad y las condiciones de habilitación de la red de prestadores de servicios de salud de la AIC-EPS-I
- Proponer un sistema de monitoreo y retroalimentación periódicos, con base en los resultados encontrados.

5. JUSTIFICACION

Desde el año de 1990 con la promulgación de la Ley 10 se establece la reorganización del Sistema Nacional de Salud y se define la salud como un servicio público ambos aspectos bajo la responsabilidad del Estado conforme a lo dispuesto en el artículo 32 de la Constitución Política.

Dentro de este principio constitucional y de acuerdo a la ley, corresponde al estado entre otros, definir la forma de prestación de la asistencia pública en salud y adoptar el régimen de prestación de servicios y cuales deben ser ofrecidos gratuitamente, de igual manera fijar los niveles de atención en salud y los grados de complejidad, así como establecer un sistema de fijación de normas de calidad y regular el sistema de referencia y contrarreferencia de pacientes de los niveles de atención inferiores a los superiores y el régimen de apoyo tecnológico y de recursos humanos especializados que los niveles superiores deben prestar a los inferiores.

Por su parte la Ley 715 de 2001, que define las competencias de la nación, departamentos y municipios en el sector Salud, ratifica las responsabilidades asignadas en otras disposiciones, en especial con los niveles de dirección, aunque no especifica la responsabilidad de los entes territoriales en relación con el régimen de referencia y contrarreferencia.

Con la claridad de que el sistema de referencia y contrarreferencia tiene como finalidad "facilitar la atención oportuna e integral del usuario, el acceso universal de la población al nivel de tecnología que se requiera propender por una racional

utilización de los recursos institucionales, es importante tener en cuenta que para satisfacer la demanda de atención a la población usuaria de un servicio de salud se requiere contar con: intercambio de información, apoyo técnico administrativo, auditoria al funcionamiento de la red asistencial para fortalecer la capacidad interinstitucional, en la complementariedad de la atención.

La oportunidad en la atención como uno de los atributos fundamentales del sistema obligatorio de garantía de la calidad, se convierte en la razón de ser del sistema de referencia y contrarreferencia, toda vez que evita poner en peligro la vida de una persona o minimiza el riesgo de complicaciones en su estado de salud.

En tal sentido esta, debe convertirse en un indicador prioritario de mucha importancia dentro del procedimiento de transferencia o traslado de pacientes entre los distintos establecimientos de la red asistencial, que al estar bien implementado pase el umbral de ser solo una estrategia de liberarse de responsabilidades institucionales o profesionales.

Como procedimiento prioritario dentro del Programa de Auditoria para el mejoramiento de la calidad de la Asociación indígena el sistema de referencia y contrarreferencia debe contemplar un sistema de monitoreo o auditora periódica a fin de identificar fallas en su funcionamiento y realizar los ajustes pertinentes de manera oportuna.

Esta auditoria se justifica por la necesidad de verificar la calidad observada frente a la calidad esperada de acuerdo a los estándares establecidos en el PAMEC dentro del sistema obligatorio de la calidad.

6. PLAN TEMATICO

El plan temático del presente estudio, se enmarca en la ruta crítica de la Calidad para corregir, mejorar y retroalimentar el proceso de referencia y contrarreferencia de la Asociación Indígena del Cauca - EPS Indígena, que administra recursos del régimen subsidiado en salud, mediante las siguientes etapas:

- 6.1 Autoevaluación.
- 6.2 Definición de prioridades.
- 6.3 Definición de la calidad esperada.
- 6.4 Medición inicial del desempeño de los procesos prioritarios.

6.1 Autoevaluación.

Mediante la autoevaluación, podremos identificar los aspectos a mejorar en los procesos y procedimientos, en función del sistema de Referencia y contrarreferencia de la AIC, que afecta su funcionamiento.

Dentro del enfoque de la ruta crítica de la calidad, se realizará la autoevaluación del funcionamiento del sistema de referencia y contrarreferencia, iniciando con la revisión de las remisiones generadas por la IPS remitentes, las autorizaciones de servicios emitidas por la AIC y la facturación de servicios presentadas por las IPS receptoras, de los eventos del Plan Obligatorio de Salud Subsidiado.

Mediante la observación directa y por encuesta realizaremos el levantamiento de datos necesarios para este modelo de Auditoría al Sistema de referencia y

contrarreferencia de la AIC. Dentro de su plan de mejoramiento en el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad.

Partiendo del conocimiento de los procesos y procedimientos de la empresa y de la vivencia diaria en la aplicación de los mismos en el entorno propio y en el externo construimos una matriz de análisis situacional de fortalezas y debilidades en los aspectos internos y de las amenazas y oportunidades desde lo externo tanto en el presente como en lo futuro.

La percepción y vivencia del equipo de salud de las IPS, remitentes, frente a las dificultades o fortalezas en el procedimiento, lo identificaremos mediante el diseño, aplicación y procesamiento de encuestas sobre el sistema de referencia y contrarreferencia, información que será complementada con la aplicación de entrevistas a algunos funcionarios del nivel directivo de las IPS.

Mediante la entrevista tipo sondeo, se aplicará un cuestionario a comuner@s afiliadas a la AIC, que solicitan autorización de servicios o que llegan remitid@s de las IPS de primer nivel, con el objetivo de obtener información desde la fuente primaria, y así identificar las principales dificultades que se les presenta para el acceso a los servicios de salud con oportunidad y continuidad en el manejo de su enfermedad.

Otra evidencia de utilidad en el análisis del sistema de referencia y contrarreferencia son los de reportes de referencia y contrarreferencia que realizan las IPS de la red de prestadores de la AIC, para lo cual se tomarán algunas del primer trimestre del 2007.

Es fundamental la consulta sobre el sistema de seguridad social, sistema de referencia y contrarreferencia, red de servicios, Sistema Obligatorio de la Garantía de Calidad, Investigación y Epidemiología, entre otros; que realizaremos a través de la Internet, libros, revistas, periódicos, manuales de referencia y contrarreferencia, especialmente el de la AIC, y Asesorías de los docentes del postgrado y el tutor, que nos permitirán aclarar, o precisar aspectos básicos del presente trabajo.

6.2 Definición de prioridades

La razón para establecer prioridades está determinada por el hecho de que, los recursos siempre son limitados y que el mejoramiento continuo requiere de un proceso de aprendizaje individual y colectivo, de trabajo en equipo y la generación de confianza en los participantes al interior de las organizaciones y entre las organizaciones.

El área de atención al comunero en la AIC tiene como misión buscar la satisfacción de los comuneros brindando atención oportuna, adecuada y eficaz para que acceda a la prestación de los servicios de salud garantizando sus derechos en salud de acuerdo con su cultura y la normatividad vigente para los pueblos.

Para este estudio tomamos como referencia la autoevaluación realizada por el área de Atención al Comunero dentro del Plan de Mejoramiento continuo, para la priorización y estandarización de procedimientos de los cuales para el presente trabajo solo se toman los relacionados con el sistema de referencia y contrarreferencia con la siguiente metodología.

Tabla 1. Matriz de priorización de procesos

ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA "AIC-EPS -I"						
---	--	--	--	--	--	--

PRODUCTO	Impacto en la satisfacción de usuarios	Impacto en la satisfacción de los proveedores	Impacto en la satisfacción de clientes internos	Impacto en la eficiencia	Volumen de servicio afectado	Prioridad
Autorización de servicios	5	5	5	5	5	25
Promedio PSI:						25

PRODUCTO	Impacto en la satisfacción de usuarios	Impacto en la satisfacción de los proveedores	Impacto en la satisfacción de clientes internos	Impacto en la eficiencia	Volumen de servicio afectado	Prioridad
Formato de negación prestación de servicios	5	3	4	5	5	23
Consolidado	1	1	4	4	5	15
Promedio :						19

PRODUCTO	Impacto en la satisfacción de usuarios	Impacto en la satisfacción de los proveedores	Impacto en la satisfacción de clientes internos	Impacto en la eficiencia	Volumen de servicio afectado	Prioridad
Referencia y contrarreferencia	1	3	3	5	4	16
Promedio :						16

Partiendo de este procedimiento establecido como prioritario, en el marco del presente estudio se diseño y aplicó una encuesta para identificar los principales problemas que se presentan en relación con el sistema de referencia y

contrarreferencia de la AIC en las Instituciones prestadoras de Servicios de Salud de la Red contratada.

Las encuestas fueron dirigidas a los gerentes de las nuevas ESES para ser diligenciadas por personal medico de las IPS de baja complejidad que conforman cada una de ellas para un total de 28 registros en lo relacionado con la referencia y 10 a las IPS de mediana y alta complejidad en relación con la contrarreferencia.

6.3 Definición de la calidad esperada

El nivel directivo de la empresa es el responsable que el sistema de referencia y contrarreferencia funcione y se mantenga en el nivel de calidad esperado, para que sea un proceso eficiente, oportuno, donde no se afecte financiera, ni técnicamente., la prestación de los servicios de salud. Algunos aspectos específicos que deben ser tener en cuenta son:

Los criterios y estándares de calidad a través de los cuales se definirá el desempeño esperado conducente a obtener el mejoramiento de los resultados clínicos y/o los resultados de calidad⁷ esperados que impacten en la mejora de la salud del individuo y/o la población, así como en la disminución de los riesgos atribuibles a la atención en salud.

Se definió el desempeño esperado en cuanto al sistema de referencia y contrarreferencia, tendiente a hacer buen uso de los recursos, disminuyendo los

⁷ para efectos de precisar la intención de la anterior frase, entendemos como un resultado de calidad aquel que está relacionado con el impacto en la salud del individuo o la población, la adecuación de la utilización de los recursos, la satisfacción del usuario y que está relacionado con la atención en salud precedente.

costos atribuibles a fallas de calidad ocasionadas por la utilización innecesaria o inadecuada de estos.

Respetar los derechos de los pacientes, y la satisfacción de sus expectativas en cuanto al sistema de referencia y contrarreferencia, haciendo seguimiento y monitoreo a los resultados, para garantizar al usuario la prestación de los servicios de salud con calidad, oportunidad y continuidad.

En síntesis, se puede decir que los indicadores son ante todo información, utilizada por los mecanismos de control para monitorear y ajustar las acciones que el sistema de referencia y contrarreferencia posee para lograr el cumplimiento de los resultados esperados.

Para que la información tenga valor, la organización deberá garantizar que en principio cada indicador cuente con una estructura mínima que permita homologar en la organización la forma de medir los resultados esperados en los procesos seleccionados como prioritarios.

6.4 Medición inicial del desempeño de los procesos prioritarios

Teniendo en cuenta que el sistema de referencia y contrarreferencia es un proceso prioritario dentro del área de atención al comunero se planteó realizar la auditoría de calidad identificando el cumplimiento de lo establecido al respecto, así como el o los responsables, el momento o los tiempos en que se realiza la medición de los indicadores y los instrumentos a utilizar en la verificación de los datos.

Se concentró los esfuerzos en el análisis de los aspectos relacionados con la oportunidad, la continuidad, la pertinencia y la calidad del registro los cuales son

fundamentales en el buen funcionamiento del sistema de referencia y contrarreferencia.

En el análisis de la calidad de registro de la remisión de acuerdo a la escala de valoración definida por el equipo del estudio, para lo cual se tuvo en cuenta los eventos POS-S y los NO POS-S, identificando las barreras de acceso a los servicios de salud, generadas por la deficiencia en los registro de datos.

La verificación de tiempo transcurrido entre la fecha de remisión y la fecha de autorización nos permitirá medir la oportunidad en la gestión para el acceso a los servicios, y complementando con la fecha de atención mediremos la oportunidad en la atención, para la continuidad en la respectiva recuperación de la salud.

La pertinencia entre el diagnóstico establecido por el médico tratante de la IPS de baja complejidad y la especialidad a la cual remite al comunero hacia una IPS o profesional independiente de mediana o alta complejidad es otro de los aspectos fundamentales a tener en cuenta en este estudio. Es importante también analizar la pertinencia en el nivel de complejidad para la atención del respectivo evento de salud.

7. METODOLOGIA

Se realizó un estudio descriptivo, mediante el cual se identificó algunas de las situaciones desfavorables para el buen funcionamiento del sistema de referencia y contrarreferencia, de la Asociación Indígena del Cauca. La metodología de tipo sistémico facilitó la determinación de sus componentes, así como las relaciones entre ellos, que determinan la estructura del sistema y su funcionamiento.

Para este estudio, el universo, estuvo constituido por comuneros, integrantes de los siete pueblos indígenas en el Departamento del Cauca, que comparten características, sociales, culturales, organizativas, políticas, geográficas y de vulnerabilidad, que los convierte en personas con condiciones especiales, dentro del total de la población Colombiana.

Se utilizó un muestreo por conveniencia, considerando que los problemas o dificultades que afectan la población seleccionada, pueden ser compartidos en mayor o menor grado, por todos los afiliados de la AIC.

La muestra corresponde a los comuneros remitidos en el segundo trimestre del 2007 desde las IPS de baja complejidad, hacia las de mediana o alta complejidad de atención en salud, que conforman la red de servicios de la AIC

Para el procesamiento y sistematización de los datos, se utilizó como herramientas fundamentales la construcción de matrices en hoja de cálculo, complementando el análisis de los mismos mediante el SPSS.

Por razones de tipo práctico y de concentración de afiliados, para este estudio se tuvo en cuenta la referencia y contrarreferencia en relación con 28 instituciones prestadoras de servicios de salud públicas, privadas y con carácter especial, que realizan referencia a otro nivel y 9 receptores entre IPS y profesionales independientes de mediana y alta complejidad que hacen parte de la Red de servicios de la Asociación Indígena del Cauca AIC EPS-I.

Se revisaron 1500 órdenes de servicios, de actividades, procedimientos e intervenciones del Plan Obligatorio de Salud del Régimen Subsidiado, emitidas por la Asociación Indígena del Cauca, durante los meses de abril, mayo, y junio, del presente año. De las cuales fueron seleccionadas para este estudio las de consulta médica especializada, que contaban con los siguientes soportes documentales: remisión, documento de identidad y carnet de afiliación.

De igual manera se verificó la efectiva prestación de los servicios, mediante la revisión de las cuentas presentadas por el Hospital San José, Hospital Susana López de Valencia, y Clínica la Estancia. Las cuentas de los otros prestadores no estaban a disposición, por no haber sido presentadas por ellos.

Con los datos registrados en la remisión, la autorización de servicios y la factura de atención médica, se analizó los tiempos entre uno y otro de los procedimientos, para la medición de la oportunidad y continuidad, en la atención a los comuneros afiliados de la AIC.

Se realizó verificación a un total de 500 formatos de negación de servicios de eventos No POS y a sus respectivas remisiones. Estas no fueron tenidas en cuenta para el análisis de resultados por no contar con el registro de autorización

de servicios, para la respectiva atención la cual es competencia de la Secretaria de Salud Departamental.

Se revisó el manual de referencia y contrarreferencia de la Asociación Indígena del Cauca para verificar si reúne los requisitos contemplados en la normatividad y ofrece claridad para la referencia de pacientes. También se verificó el envío de este manual a las diferentes IPS.

Para el análisis de la capacidad instalada en cada una de las IPS se revisaron los formatos de registro como prestadores de servicios para la habilitación de las mismas ante la Dirección departamental de salud del Cauca hoy Secretaria de Salud.

En el marco y cumplimiento de las instrucciones establecidas en la circular externa 030 de 2006 se revisaron los estándares frente a la calidad esperada en relación con la asignación de citas en los servicios ambulatorios.

8. RESULTADOS

8.1 Autoevaluación

Se realizó revisión y análisis de los procesos y procedimientos que hacen parte de la estructura operativa de la AIC EPS-I lo cual permitió la construcción de la siguiente matriz DOFA desde aspectos generales que interfieren en el sistema de referencia y contrarreferencia como también de los específicos del área de atención al comunero y puntual del sistema.

En el presente existen en la empresa muchas fortalezas las cuales dan un posicionamiento e imagen positiva de la misma como EPS indígena de carácter especial y grandes oportunidades para avanzar hacia su visión de posicionarse a nivel nacional como la mayor y mejor empresa administradora de régimen subsidiado indígena con excelentes planes de beneficios que fortalezcan los procesos culturales, político organizativos en pro de la construcción de un régimen especial indígena en salud.

Estas fortalezas pueden debilitarse a futuro si se descuida la calidad de la atención a los comuneros pero las debilidades pueden ser convertidas en grandes fortalezas haciendo uso de las estrategias planteadas.

Tabla 2. Matriz DOFA y estrategias

		FUTURO →		
PRESENTE	INTERNO	EXTERNO	<p>AMENAZAS</p> <p>Baja calidad en la prestación de servicios.</p> <p>Débil o ausente orientación socio cultural en la atención.</p> <p>Deficiencias en la remisión por parte de la red de servicios.</p> <p>Inexistencia de contrarreferencia.</p> <p>Débil autocontrol a procesos y procedimientos en las IPS</p>	
	<p>FORTALEZAS</p> <p>Existencia de talento humano con idoneidad</p> <p>Planta física propia y adecuada</p> <p>Equilibrio financiero</p> <p>Alta capacidad gerencial y administrativa</p> <p>Amplia red de servicios contratada</p> <p>Suficiencia de equipos y tecnología</p> <p>Buen sistema de información y comunicaciones</p> <p>Carácter especial como EPS indígena</p> <p>Capacidad de contratación y auditoría</p> <p>Atención oportuna y humanizada</p>		<p>OPORTUNIDADES</p> <p>Estratégica ubicación geográfica</p> <p>Buenas relaciones prestadores</p> <p>Normatividad SOGC – acreditación</p> <p>La imagen corporativa</p> <p>Sentido de pertenencia en las autoridades indígenas</p>	<p>AMENAZAS</p> <p>Demora en pagos por entidades territoriales</p> <p>Competencia desleal por otras EPS-I</p> <p>Inoportunidad en la atención en las IPS</p> <p>Débil capacidad resolutive IPS de baja complejidad</p> <p>Desconocimiento y/o desatención al SRC por parte de las IPS</p> <p>Débil calidad en las remisiones</p> <p>Altos costos de atención con UPC general</p>
	<p>DEBILIDADES</p> <p>Fallas en el funcionamiento del Software</p> <p>Débil atención por algunos auxiliares en los municipios.</p> <p>Ausencia de profesional exclusivo para referencia y contrarreferencia</p> <p>Débil filtro de pertinencia POSS</p> <p>Insuficiencia de seguimiento a la red y débil auditoría integral en la EPS</p> <p>Archivo autorizaciones y eventos no POS</p> <p>Fallas en comunicación telefónica.</p>		<p>ESTRATEGIAS</p> <p>Mejoramiento de contratación y mantenimiento de software</p> <p>Cualificación del talento humano</p> <p>Asignación de profesional para el procedimiento</p> <p>Mejoramiento de procedimiento</p> <p>Implementación de auditoría administrativa a la red</p> <p>Mejoramiento de procedimiento</p> <p>Monitoreo y cambio de equipos</p>	

8.2 Definición de prioridades

De las 28 encuestas sobre referencia de pacientes dirigidas a las IPS públicas de primer nivel que conforman la red de servicios de la AIC sólo 10 fueron diligenciadas y una fue respondida a través de un oficio.

Para la contrarreferencia fueron enviadas 10 encuestas y se recibió respuesta de 3 correspondientes al Hospital San José.

8.2.1 Referencia

En las respuestas registradas en la encuestas se demuestra que no se tiene implementado un sistema de referencia de pacientes que facilite el acceso de los comuneros a las IPS de mayor complejidad y la continuidad en el manejo de su patología.

No se tiene identificadas las debilidades internas como es el caso de la capacidad resolutoria para el manejo inicial de cada paciente antes de ser referido, la pertinencia de la remisión, y la calidad de los datos que fue lo relevante en la auditoría realizada a las remisiones del presente estudio.

La estructura de la encuesta estuvo conformada por las siguientes preguntas las cuales generaron las respuestas que se presentan literalmente a continuación:

1. Cuales son los aspectos que en su institución están facilitando el funcionamiento del sistema de referencia y contrarreferencia de pacientes afiliados a la AIC :

- Se maneja la referencia de pacientes mediante promotores, auxiliares y SIAU de AIC.
- Existencia y dependencia del centro regulador.
- Contamos con disponibilidad médica las 24 horas.
- Contamos con 3 ambulancias en el municipio para transporte con todas las normas de traslado.
- Contamos con medios de comunicación, teléfono y radio teléfono las 24 horas.
- Auxiliar y Jefe de Enfermería disponibles las 24 horas.
- Control del paciente crítico.
- Manejo de protocolo en la administración.
- Entrega de paciente coordinado por centro regulador.
- Organización de los procesos administrativos.
- Personal calificado.
- Operacionalización triage.

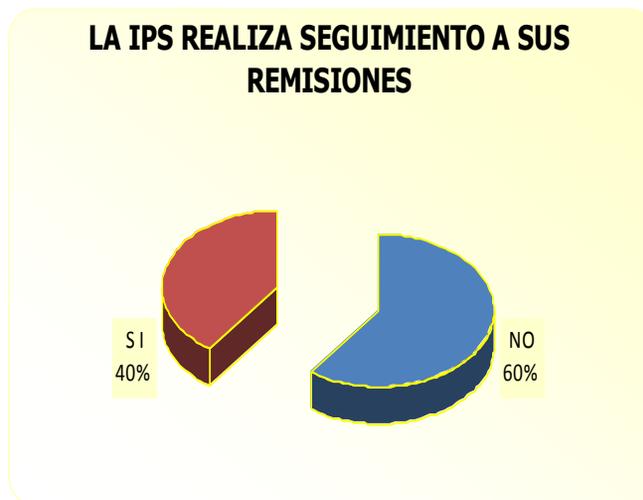
2. En su institución cuales son las dificultades que se presentan para el funcionamiento del sistema de referencia y contrarreferencia de pacientes afiliados a la AIC.

- Congestión del centro regulador.
- Los pacientes remitidos de Nivel I a niveles superiores no presentan seguimiento o contrarreferencia.
- No se conoce la red contratada II-III Nivel.
- Calidad de los medios de comunicación.
- En caso de NO cupo en el CRUE, no hay quien defina el destino del paciente las 24 horas.

- Los pacientes no asisten a la IPS, se quedan en casa.
- Dificultad para el transporte de contrarreferencia.
- Falta de información de los centros de referencia.
- Para referencia demora del CRUE en resolverlas.
- Congestión de pacientes en algunos días en el nivel II y III.
- La negatividad de los hospitales de II y III nivel.
- No aceptación de algunos pacientes que se van a remitir.

3. La IPS realiza seguimiento a sus remisiones.

Grafico 1.

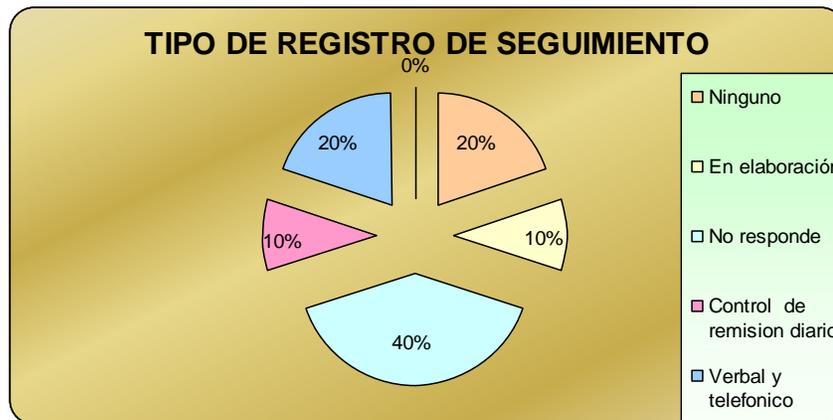


Fuente: Encuesta a IPS de la red de la Asociación Indígena del Cauca. Segundo semestre 2007

El 60% respondió que no realiza ningún tipo de seguimiento y el 40% respondió afirmativamente.

4. Tipo de registro se utiliza para el seguimiento

Grafico 2.

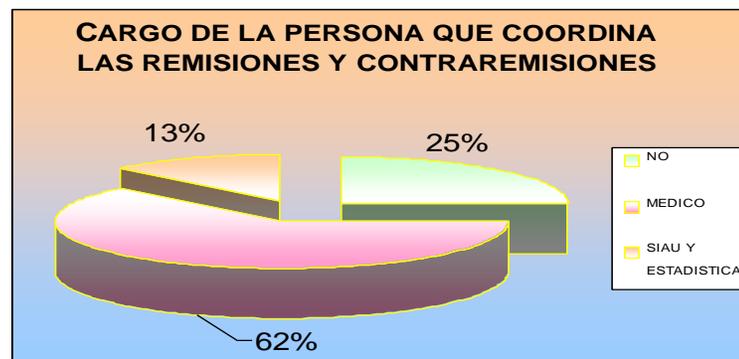


Fuente: Encuesta a IPS de la red de la Asociación Indígena del Cauca. Segundo semestre 2007

El 40% de los encuestados no responde, un 20% responde que se hace verbal y telefónicamente, otro 20% responde que no se utiliza ningún registro como las respuestas de mayor relevancia.

5. ¿Cual es el cargo de la persona que coordina las remisiones y contra remisiones en su institución?

Gráfico 3.



Fuente: Encuesta a IPS de la red de la Asociación Indígena del Cauca. Segundo semestre 2007

El 62% responde que el funcionario responsable de coordinar las remisiones es un medico, el 13 % responde que el funcionario del SIAU o de Estadística y El 25% restante responde que ninguno.

6. Considera usted que el funcionamiento del sistema de referencia y contrarreferencia de pacientes afiliados de la AIC es: Bueno, Regular,

Gráfico 4.



Fuente: Encuesta a IPS de la red de la Asociación Indígena del Cauca. Segundo semestre 2007

El 70% responde que es regular y el 30% restante responde que bueno.

La evaluación anterior se soporta en los siguientes argumentos dados por los encuestados en relación con el sistema de referencia y contrarreferencia de la AIC:

- Cobertura adecuada a contratos.
- Organización de AIC administrativamente.
- Suministros adecuados y oportunos.

- Buena cobertura.
- Facilidad en los procesos.
- Buenos acuerdos para atención especializada.
- Oportunidad, eficiente.
- Solo hay referencia.
- Necesidad de contrarreferencia nivel II y III.
- Mucho tiempo atención prioritaria.
- En ocasiones los pacientes no obtienen las remisiones de consulta externa resuelto a tiempo, lo que genera repetir interconsultas.
- Falta educación en la comunidad frente a la urgencia.
- No se conoce la red contratada.
- No hay comunicación las 24 horas.
- Demora en definir la atención.
- Paciente remitido le exigen mucho.

8.2.2. Contrarreferencia

En las respuestas registradas en la encuestas se demuestra que no se tiene implementado un sistema de contrarreferencia de pacientes hacia los niveles de menor complejidad.

No se tiene identificadas las debilidades internas como es el caso de la capacidad resolutoria para el manejo inicial de cada paciente antes de ser referido, la pertinencia de la remisión, y la calidad de datos que fue lo relevante en la auditoria realizada a las remisiones del presente estudio.

La estructura de la encuesta estuvo conformada por las siguientes preguntas las cuales generaron las respuestas que se presentan literalmente a continuación:

1. En la referencia de pacientes desde otras instituciones cuales considera usted, son los errores mas frecuentes:

- Pacientes vienen sin familiares.
- Sin documentación.
- Pacientes vienen sin familiares.
- No les explican su traslado.

2. Cuales son las dificultades encontradas en su institución, para la atención de los afiliados a la AIC referidos desde otras IPS:

- Cupo.
- No disponibilidad de camas hospitalarias.
- A veces no se puede prestar todos los servicios.

3. La IPS realiza contrarreferencia a todos los usuarios que lo requieran:

SI= 3 NO= 0

4. Cual es el instrumento de seguimiento a las contrarreferencias:

No responde: 3

5. Cual es el cargo de la persona que coordina las referencias y contrarreferencias en su institución:

Medico = 3

6. Considera usted que el funcionamiento del Sistema de Referencia y Contrarreferencia de pacientes afiliados a la AIC es:

Bueno= 3

Regular = 0

Malo = 0

7. Enuncie algunos aspectos que soporten su respuesta:

- Encuentran cupo con rapidez.
- Informan los traslados.
- Consiguen medicamentos.
- Gestionan ambulancias.
- La contratación en otras Instituciones.
- Se mantienen informados.
- La coordinación con las sedes en Cali.

8.3 Calidad esperada y calidad observada en las remisiones.

Partiendo de los datos obtenidos se concentran los esfuerzos en el análisis de los aspectos relacionados con la oportunidad, la continuidad, la pertinencia y la calidad del registro de las remisiones los cuales son fundamentales en el buen funcionamiento del sistema de referencia y contrarreferencia.

Para la observación sobre la calidad esperada y la calidad observada se utilizaron 7 variables dependientes las cuales son analizadas a continuación:

La auditoría se realizó sobre 112 remisiones de las cuales el 62% correspondían al género femenino y 38% al masculino.

Gráfico 5.



Fuente: Matriz de recolección de datos. Asociación Indígena del Cauca. Segundo semestre 2007

Gráfico 6.



Fuente: Matriz de recolección de datos. Asociación Indígena del Cauca. Segundo Semestre 2007.

El gráfico 6, muestra en porcentaje la distribución de grupos poblacionales de los comuneros que utilizaron servicios de mediana y/o alta complejidad en el segundo trimestre del año 2007, siendo el mas alto el representado por la poblaciones entre

20 y 44 y los de 60 y mas años con 22% cada uno, seguido por los de 1 a 4 años con 15% y los de 15 a 19 con un 14% como los mas representativos.

8.3.1 Tiempos de espera

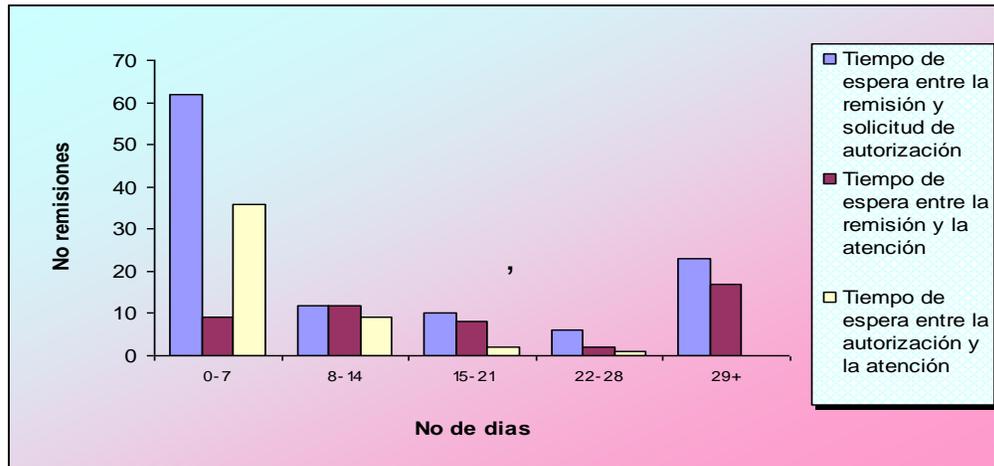
Los tiempos de espera fueron clasificados en 3 categorías como se muestra en la siguiente tabla.

Tabla 3. Categorías de tiempos de espera.

Rango de días	Tiempo de espera entre la remisión y solicitud de autorización	Tiempo de espera entre la remisión y la atención	Tiempo de espera entre la autorización y la atención
0-7	62	9	36
8-14	12	12	9
15-21	10	8	2
22-28	6	2	1
29+	23	17	0

Fuente: Matriz de recolección de datos. Asociación Indígena del Cauca. Segundo semestre 2007

Gráfico 7. Categorías y rangos en tiempos de espera



Fuente: Matriz de recolección de datos. Asociación Indígena del Cauca. Segundo Semestre 2007

El gráfico muestra que 62 pacientes tuvieron un tiempo de espera entre remisión y solicitud de autorización entre 0 y 7 días, y de igual forma el tiempo entre la autorización y la atención 36 estuvieron dentro del mismo rango de días, mientras que frente a los tiempos de espera entre la remisión y la atención superaron los 28 días en un total de 17 pacientes.

Gráfico 8. Relación entre lo observado y lo esperado.

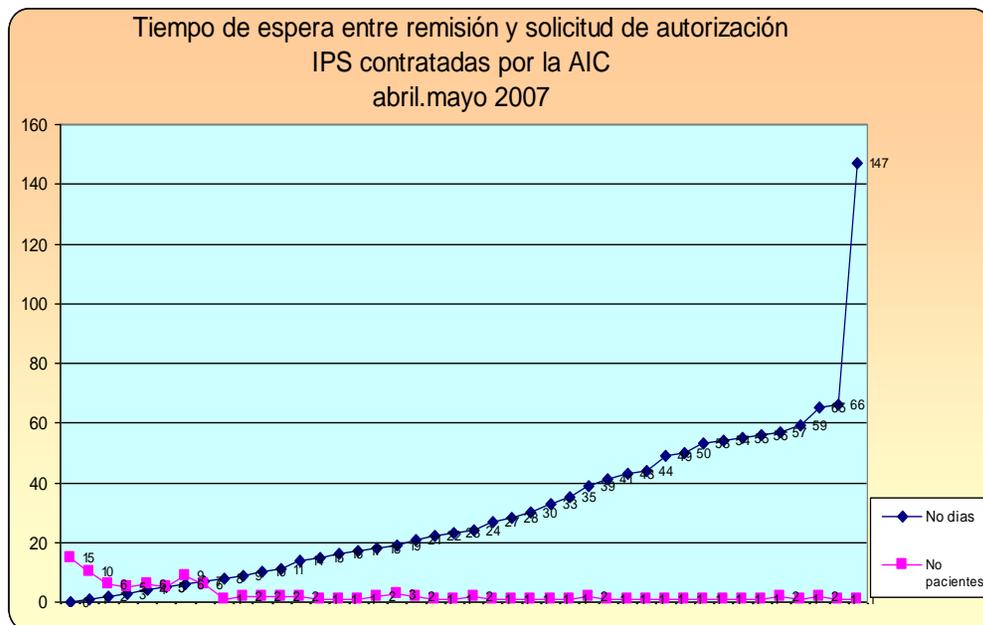


Los tiempos de espera observados, según las tres categorías de análisis superan en un alto porcentaje a lo esperado.

El 55 % de las remisiones tuvieron un tiempo de espera menor o igual a 7 entre remisión y autorización que es el tiempo esperado. El 19% tuvieron un tiempo de espera menor o igual a 15 entre remisión y autorización que es el tiempo esperado. El 32 % de las remisiones tuvieron un tiempo de espera menor o igual a 7 entre autorización y atención que es el tiempo esperado.

Haciendo una discriminación por cada una de las categorías se puede observar los aspectos específicos de cada uno de los tiempos establecidos en este estudio.

Gráfico 9: Tiempos de espera entre remisión y solicitud de autorización

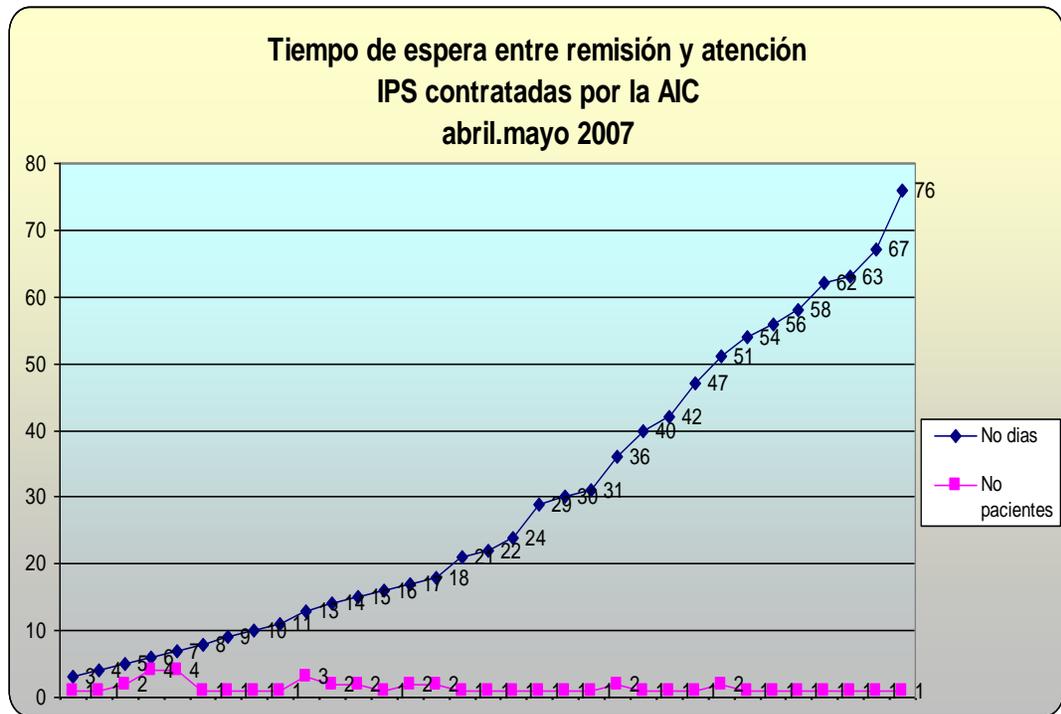


Fuente: Matriz de recolección de datos. Asociación Indígena del Cauca. Segundo semestre 2007

El número de días entre la remisión y solicitud de autorización analizada sobre un total de 112 remisiones, se encuentra entre 0 y 147 días, siendo el de mayor frecuencia 1 día para un total de 10 remisiones.

El tiempo de espera entre la remisión y la atención fue analizada sobre un total de 48 remisiones sobre las cuales se encontró el registro de atención efectiva en la IPS a la cual se le autorizó el servicio. Los resultados se encuentran en el rango entre 0 y 76 días. La mayor frecuencia estuvo representada entre 8 y 14 días para un total de 12 remisiones equivalente al 25% sobre el total.

Gráfico 10. Tiempo de espera entre remisión y atención.

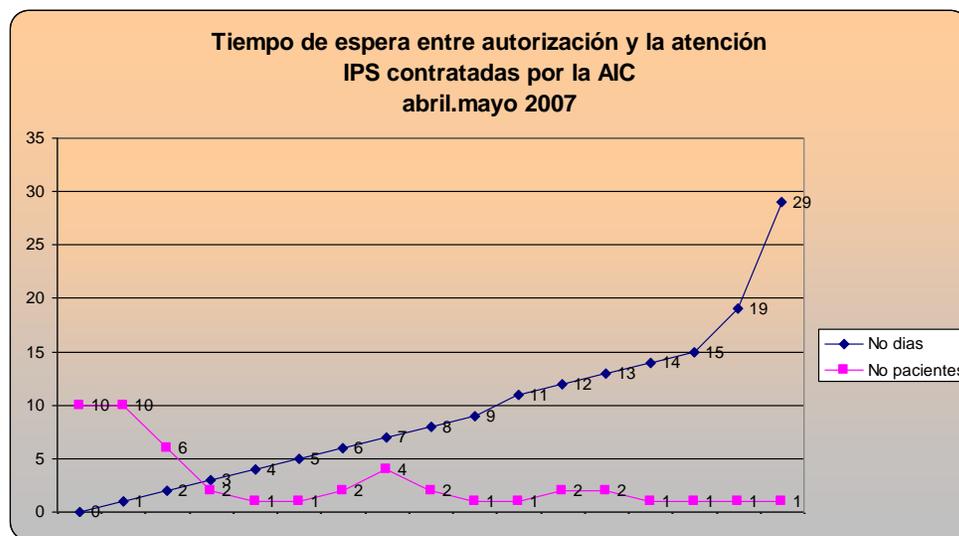


Fuente: Matriz de recolección de datos. Asociación Indígena del Cauca. Segundo semestre 2007

El mayor tiempo de espera entre la remisión y la atención fue 76 días, equivalente al 1.4% seguidos de 7 y 8 días de espera, que representan un porcentaje de 5.7% cada uno, permitiendo analizar que la oportunidad entre la remisión y la atención oscila entre 3 y 76 días, pero su gran mayoría es atendido entre 7 y 8 días.

El tiempo de espera entre la autorización y la atención fue analizada sobre un total de 48 remisiones sobre las cuales se encontró el registro de atención efectiva en la IPS a la cual se le autorizó el servicio. Los resultados se encuentran en el rango entre 0 y 29 días. La mayor frecuencia estuvo representada entre 0 y 7 días para un total de 36 remisiones equivalente al 75% sobre el total.

Gráfico 11. Tiempo de espera entre autorización y atención.



Fuente: Matriz de recolección de datos. Asociación Indígena del Cauca. Segundo semestre 2007

Analizando el gráfico anterior, se encontró que el rango de días de espera entra la autorización del servicio y la atención del usuario, oscila entre 0 y 29 días, y el mayor porcentaje se atiende al día, representado en un 9%. Sin embargo 63 remisiones no tuvieron reporte de atención lo que equivale a un 56% sin datos, cifra representativa que permitirá analizar que ocurre más adelante.

Tabla 4. Resumen promedio de días de espera.

	Entre remisión y solicitud de autorización (1)	Entre remisión y la atención (2)	entre autorización y atención (3)
Registros Válidos	110	48	48
Registros Perdidos	2	0	0
Promedio en días	16	24	5

Fuente: Matriz de recolección de datos. Asociación Indígena del Cauca. Segundo semestre 2007

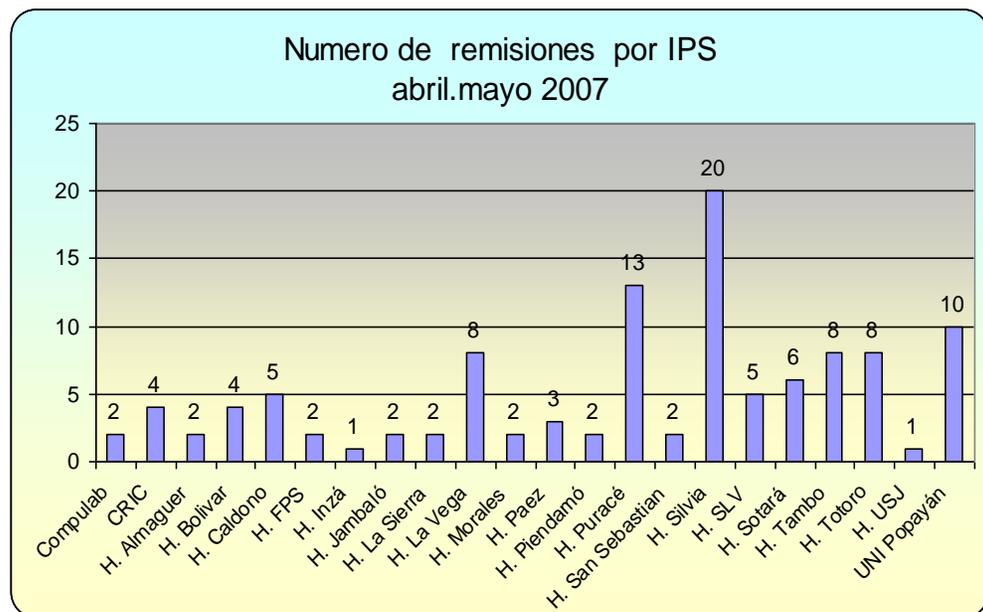
Como lo muestra la tabla anterior el promedio de días de tiempo de espera fue de 16, 24 y 5 días para las categorías 1, 2 y 3 respectivamente, siendo el menor tiempo el transcurrido entre la autorización y la atención y el mayor entre la remisión y la atención.

8.3.2 IPS remitente

Las remisiones observadas correspondieron a las emitidas por 26 IPS del Departamento del Cauca 24 de baja complejidad, una de mediana y 1 de alta.

Como puede observarse en el siguiente gráfico, la IPS de primer nivel que durante este periodo realizó más remisiones de usuarios a niveles superiores de complejidad es el punto de atención del municipio de Silvia de la ESE Centro I con 20 remisiones equivalentes a un 18%, seguido del punto de atención del municipio Puracé de la ESE Popayán con 13 remisiones equivalentes a un 11%, y el que menos realizó fue el Luís Adriano Pérez de Inzá de la ESE Oriente.

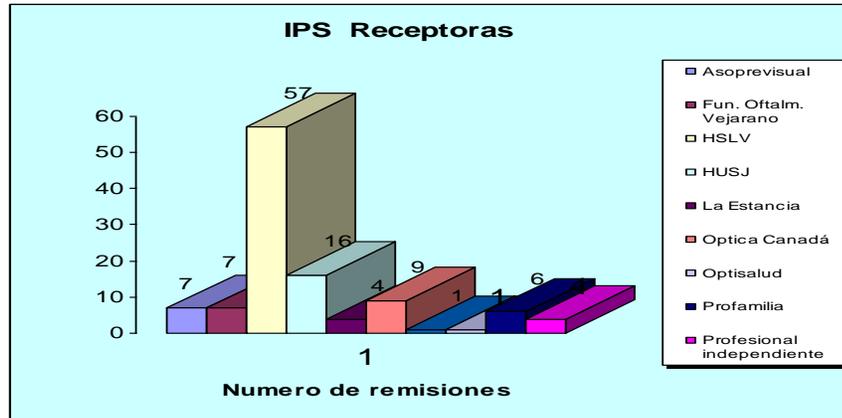
Gráfico 12. Número de remisiones por IPS



Fuente: Matriz de recolección de datos. Asociación Indígena del Cauca. Segundo semestre 2007

8.3.3 IPS receptora y nivel de complejidad

Gráfico 13. IPS receptoras

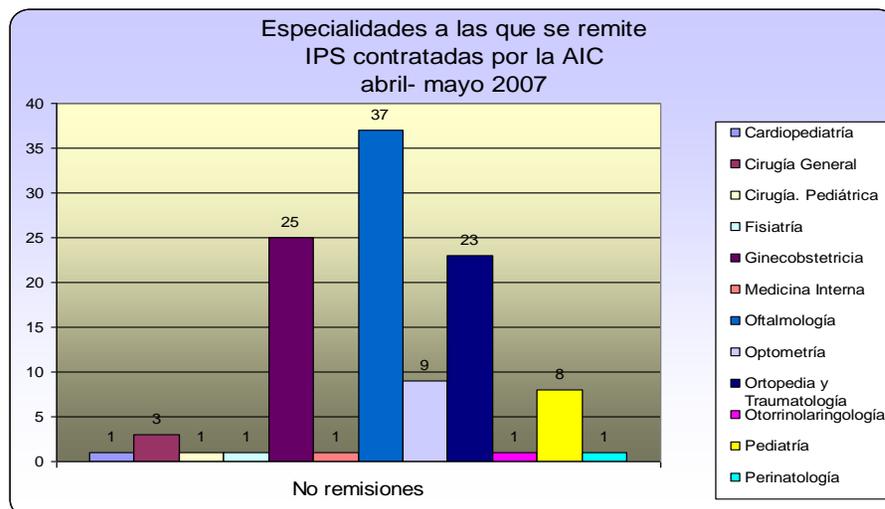


Fuente: Matriz de recolección de datos. Asociación Indígena del Cauca. Segundo semestre 2007

El mayor número de remisiones corresponden a patologías de II nivel que fueron direccionadas al hospital Susana López de Valencia para un total de 57, mientras que para el Hospital Universitario San José, con 16 remisiones a los niveles II y III.

8.3.4 Especialidades a las que remiten

Gráfico 14.



Según el gráfico anterior la especialidad más solicitada es oftalmología con 37 remisiones, seguida de ginecología con 25 y ortopedia con 23, para un total de 76% entre las tres especialidades.

8.3.5 Pertinencia de remisión

Tabla 5. Frecuencia y porcentaje de pertinencia.

Pertinente	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
NO	22	19,5	19,5
SI	90	79,6	79,6
Total	112	100,0	100,0

La tabla muestra que de los 112 registros válidos, en 90 de ellos hay pertinencia entre el diagnóstico establecido y la especialidad a la cual se hace la referencia lo que equivale a un 80% sobre el total de remisiones auditadas.

8.4 Medición inicial del desempeño de los procesos prioritarios

La medición de desempeño se realizó mediante el análisis de la calidad de datos registrados en el respectivo formato de remisión utilizado en cada una de las IPS primer nivel para la consulta médica especializada de mediana y alta complejidad en los 112 registros auditados objeto de estudio y que forman parte de la red de prestadores de servicios de la AIC.

A continuación se presenta los resultados de cada uno de los aspectos sobre los cuales se realizó la respectiva valoración:

8.4.1 Identificación completa

Tabla 6. Frecuencia y porcentaje de datos de identificación.

Escala de valores	Frecuencia	Porcentaje
2	2	1,8
3	18	16,1
4	30	26,8
5	34	30,4
6	18	16,1
7	6	5,4
8	3	2,7
9	1	,9
Total	112	100,0

Fuente: Matriz de recolección de datos. Asociación Indígena del Cauca. Segundo semestre 2007

Con base en la escala de 1 a 9 para la valoración de los datos de identificación en la remisiones, se encuentra que la mayor frecuencia es de 5, es decir el mayor número de remisiones auditadas, un total de 34, obtienen esta calificación, seguida de 30 que se califican con 4 y solo 1 obtiene la máxima calificación como los datos mas sobresalientes.

8.4.2 Anamnesis y examen físico

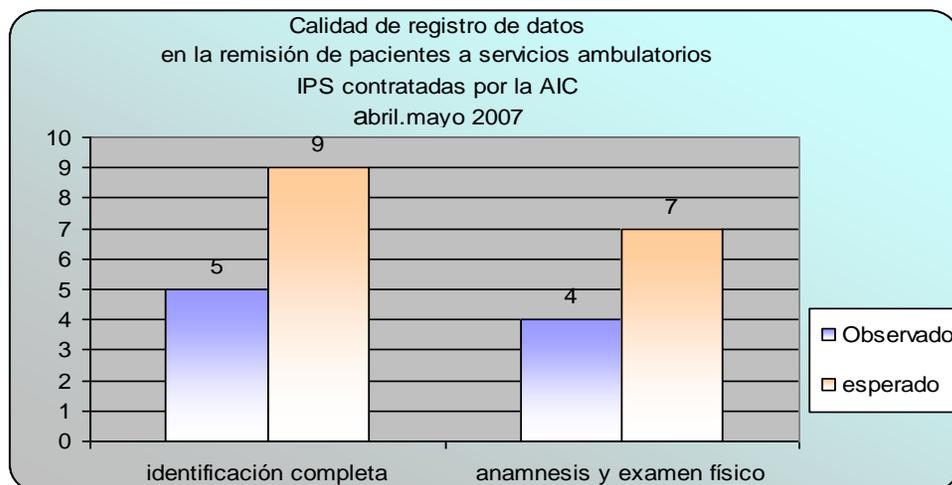
Teniendo en cuenta la escala de 1 a 8 para la valoración en cuanto a la calidad y cantidad de los datos de anamnesis y examen físico completo por sistemas y toma de signos vitales se encontró que la mayor frecuencia es de 4 es decir el mayor número de remisiones un total de 21, obtienen esta calificación, seguida de 18 que se califican con 6 y otras 18 calificadas con 2, solo 6 obtiene la máxima calificación como lo muestra la siguiente tabla.

Tabla 7. Anamnesis y examen físico.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	8	7,1	7,1	7,1
	1	6	5,4	5,4	12,5
	2	18	16,1	16,1	28,6
	3	10	8,9	8,9	37,5
	4	21	18,8	18,8	56,3
	5	11	9,8	9,8	66,1
	6	18	16,1	16,1	82,1
	7	14	12,5	12,5	94,6
	8	6	5,4	5,4	100,0
		Total	112	100,0	100,0

Fuente: Matriz de recolección de datos. Asociación Indígena del Cauca. Segundo semestre 2007

Gráfico 15. Calidad de datos en identificación, anamnesis y examen físico



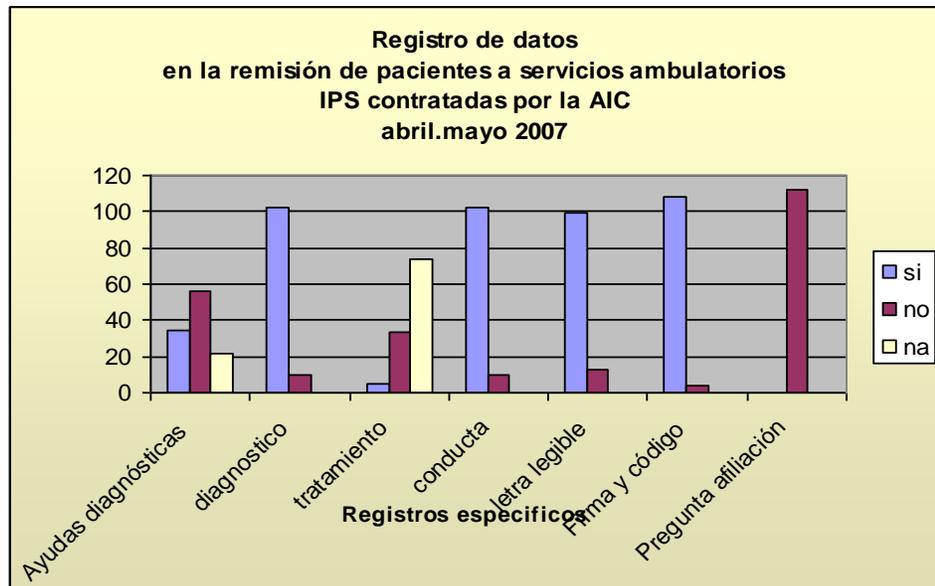
Fuente: Matriz de recolección de datos. Asociación Indígena del Cauca. Segundo semestre 2007

Según el gráfico anterior se puede observar que en cuanto a la identificación completa se esperaba que las remisiones cumplieran con los 9 ítems a valorar y la mayor frecuencia encontrada fue de 5 parámetros.

En cuanto a la anamnesis y examen físico, se esperaba que las remisiones cumplieran con los 7 parámetros de evaluación y la mayor frecuencia encontrada fue de 4.

8.4.3 Registros específicos

Gráfico 16. Calidad de datos en registros específicos



Fuente: Matriz de recolección de datos. Asociación Indígena del Cauca. Segundo semestre 2007

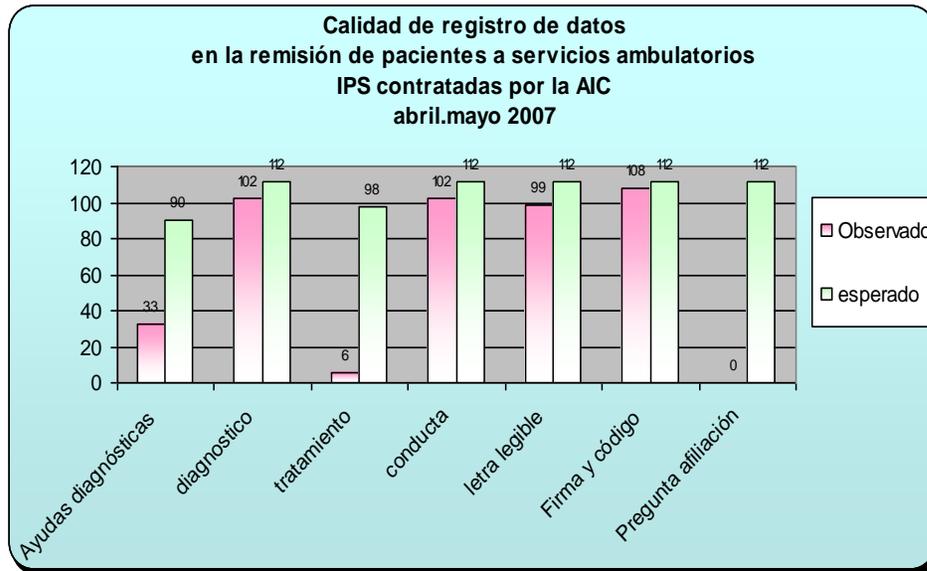
Según el gráfico 16, el 50% de las remisiones no registran órdenes, resultados de laboratorios o imágenes diagnósticas, y solo el 30% lo reportan, el 20% restante no requiere de ellos por el tipo de patología. En relación con el diagnóstico el 91% de las remisiones tienen registro de presunción diagnóstica o diagnóstico establecido. Mientras que 33 remisiones no registran formulación de tratamiento alguno, lo que equivale al 29% y 5 informan tratamiento instaurado lo que equivale al 4% y para el 67% restante no lo requiere por el tipo de patología.

Según el gráfico 16, se observó que de 112 remisiones revisadas solo 10 no tienen definida la conducta lo que equivale al 9% y 102 cumplen con este requisito lo que equivale al 91%. Se encuentra que en 13 remisiones, la letra no era legible, equivalente al 12% y en 99 la letra fue legible, lo que equivale al 88%. Solo en 4 remisiones se encontró que el médico tratante no las firmó y 108 fueron firmadas para un 96%.

Como último componente de análisis se logró verificar que en las 112 remisiones no se registró el tipo de afiliación de los pacientes remitidos.

Como resumen de los registros específicos en el gráfico # 17, se encontró que lo observado en el desempeño en lo general presenta resultados deficientes frente a lo esperado y de manera específica se resalta lo encontrado en relación con las ayudas diagnósticas y el tratamiento.

Gráfico 17. Calidad de registro en la remisión.



Fuente: Matriz de recolección de datos. Asociación Indígena del Cauca. Segundo semestre 2007

8.4.4 CUMPLIMIENTO DE DESEMPEÑO EN LAS IPS

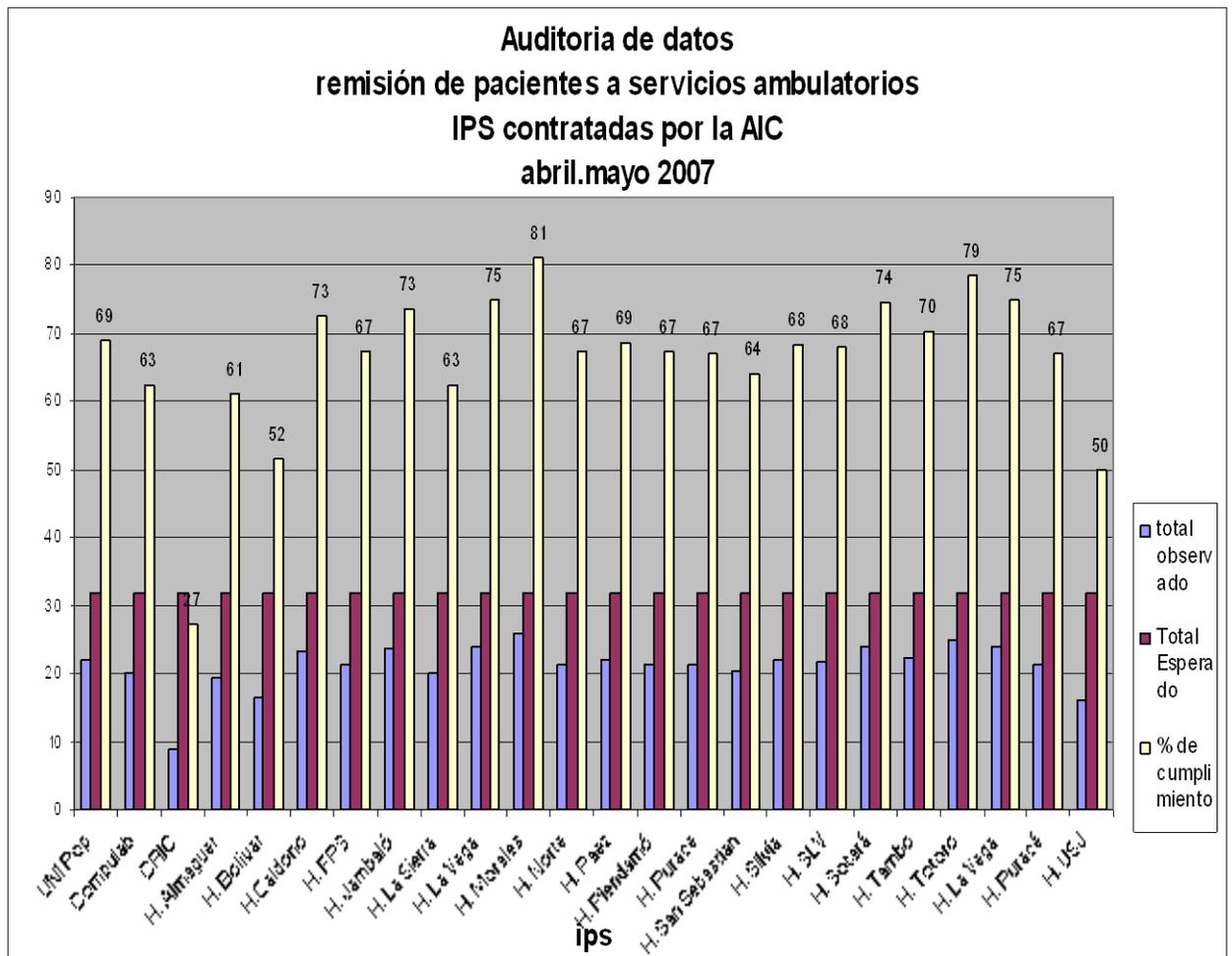
El gráfico # 18, muestra el porcentaje de cumplimiento de cada una de la IPS en relación con los registros correspondientes a la naturaleza del servicio que presta a los comuneros afiliados de la AIC específicamente las remisiones.

La calificación observada se encuentra entre 16 puntos como la menor calificación y 26 como la máxima lo cual muestra gran diferencia con los 32 puntos que se esperaba fueran cumplidos por todas la IPS

La IPS que mostró menor desempeño en el cumplimiento del registro fue el Hospital Universitario San José con 16 puntos y la IPS que presentó el valor mas

alto de calificación según nuestra escala de valoración fue el punto de atención del municipio de Morales de la ESE Centro I, con 26 puntos como lo muestra el siguiente gráfico.

Gráfico 18. Cumplimiento de desempeño en la IPS.



Fuente: Matriz de recolección de datos. Asociación Indígena del Cauca. Segundo semestre 2007

9. CONCLUSIONES

1. La auditoría del sistema de referencia y contrarreferencia de la AIC-EPS-I permitió verificar que la oportunidad y la continuidad en la atención médica general y especializada se encuentran directamente afectadas por la débil organización de procesos y procedimientos, dentro del programa de mejoramiento continuo de las IPS que conforman la Red de prestadores.
2. Para el Departamento del Cauca la AIC-EPS-I no cuenta con una UPC diferencial, que permita el funcionamiento de un Sistema de Referencia y Contrarreferencia acorde con las características socioculturales y económicas, de los comuneros afiliados lo cual interfiere en el acceso a niveles especializados para la continuidad en la atención.
3. En la red de prestadores de servicio de Salud de la AIC-EPS-I funciona débilmente la referencia de pacientes desde las IPS de baja o mediana complejidad, mientras que la contrarreferencia no funciona según registros de atención anexados a las cuenta de cobro presentadas a la AIC.
4. La situación prioritaria en la referencia esta entre la remisión desde la IPS de baja complejidad y la solicitud de autorización ante la AIC-EPS-I, para consulta especializada por parte del comunero, lo cual tiene dos explicaciones: una, por falta de recursos de los comuneros afiliados, dos por débil orientación al paciente o sus familiares.
5. Las remisiones no pertinentes por débil capacidad resolutive en las IPS de baja complejidad satura la red de mayor complejidad influyendo

directamente sobre la oportunidad en la consulta médica especializada y generando aumento de trámites y costos a los pacientes.

6. El sistema de referencia y contrarreferencia en las IPS de baja, mediana y alta complejidad, no cuenta con registro ni mecanismos de coordinación y seguimiento que permitan un adecuado funcionamiento del mismo dentro de programa de mejoramiento continuo de la calidad, en la respectiva institución.
7. El sistema de referencia y contrarreferencia de la AIC es considerado como bueno, por la IPS de baja y alta complejidad, de acuerdo a las encuestas realizadas por las autoras de la auditoria sin embargo las observaciones realizadas crean la necesidad de realizar ajustes dentro del programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad, los cuales deben convertirse en mecanismos de monitoreo continuo.

10. PROPUESTA PARA EL PLAN DE MEJORAMIENTO

Partiendo de las fallas encontradas en el funcionamiento del sistema de referencia y contrarreferencia de la Asociación Indígena del Cauca a las cuales hacen referencia las conclusiones de este estudio se presenta la siguiente propuesta de mejoramiento continuo.

La propuesta se estructura con los aspectos principales que guían el monitoreo dentro del procedimiento de auditoría interna dentro de la Asociación Indígena del Cauca y externa a la IPS .

Se contempla en esta propuesta de competencias dirigidas a las IPS de baja, mediana y alta complejidad en su función de garantizar el acceso, oportunidad y continuidad en la atención de los comuneros afiliados a la AIC y de igual manera las competencias de la EPS-I en su función de aseguradora y administradora del riesgo en salud dentro de la relación contractual.

10.1 Competencias de las IPS de baja complejidad

- Dentro de los planes de acción institucional es importante considerar la capacitación a todos los trabajadores sobre los protocolos y guías de remisión a implementar.
- Optimización del talento humano idóneo dentro de la IPS y de igual manera su capacidad resolutoria en la atención médica para el manejo de las patologías de baja complejidad.

- Diseño del manual de proceso y procedimientos con su respectiva implementación de referencia y contrarreferencia y definición de los instrumentos y mecanismos de seguimiento y evaluación de desempeño.
- Socialización al equipo institucional de la red contratada por la AIC y su Sistema de referencia y contrarreferencia por parte del coordinador de la IPS
- Inducción por parte del auditor o el subgerente científico o quien haga sus veces sobre la importancia de realizar un buen registro de datos en la remisión de los pacientes.
- Mantener en cada consultorio listado de las patologías clasificados según cobertura por demanda o por oferta para apoyar en la orientación a los comuneros o sus familiares en el direccionamiento de la remisión.
- Dentro de los procedimientos establecer niveles internos de remisión ambulatoria tomando como básico el SIAU, para que todo paciente remitido a un servicio ambulatorio pase por este servicio para que se registre la referencia, se verifique el cumplimiento en el registro de datos y el comunero sea orientado en el procedimiento para el acceso al servicio remitido.
- El SIAU remite el comunero a la oficina de la Asociación Indígena del Cauca donde le serán reforzadas las orientaciones y verifica que esta completa la documentación que soporta la remisión.

- La IPS envía a la AIC de manera periódica cada mes el informe de referencias y contrarreferencias de los comuneros afiliados.

10.2 Competencias de las Asociación Indígena del Cauca AIC-EPS

10.2.1 Nivel municipal el auxiliar local de atención al comunero

- 1.1 Refuerza la orientación sobre los procedimientos para el acceso al servicio remitido de acuerdo a la clasificación de plan de beneficios si es por demanda o por oferta.
- 1.2 En caso de encontrar alguna inconsistencia se dirige hacia la respectiva IPS remitente directa o telefónicamente para que sean realizados los ajustes respectivos.
- 1.3 Facilita la consecución de la cita para la actividad, procedimiento o intervención ambulatoria o lo hace de manera directa apoyándose si es necesario en los auxiliares del nivel zonal o regional.
- 1.4 Comunica oportunamente al comunero la fecha y lugar donde será atendido y le hará conocer la importancia del cumplimiento de la respectiva cita.
- 1.5 Realiza el registro del trámite realizado y envía información al promotor de salud o agente comunitario más cercano. Se asegura que el promotor haya comunicado la respectiva información solicitando reporte mensual a la IPS de la cual depende.

- 1.6 Si al comunero se le presentan dificultades para acudir a la cita programada se informa oportunamente a la sede regional para hacer la respectiva cancelación de la misma. Si la dificultad es de tipo económico se realiza gestión interna en el municipio para garantizar la solidaridad y desplazamiento del comunero.

10.2.2 Nivel zonal o regional

EL auxiliar de atención al comunero

- Verifica la pertinencia de la remisión con el apoyo del asistente de atención al comunero y atiende de manera oportuna al comunero entregándole la autorización de servicios para la actividad, procedimiento o intervención ambulatoria, del plan obligatorio de salud.
- Si el servicio solicitado no corresponde al plan obligatorio de salud, teniendo en cuenta que el comunero llega con información clara se le hace entrega de la negación de servicios de acuerdo a la circular 021 de 2005.
- Previamente a la entrega del formato de negación de servicios, se refuerza la orientación al comunero en caso de que se identifique debilidades para el procedimiento ante el ente territorial.
- Se registra el trámite realizado.

El asistente de atención al comunero

- Realiza filtro de pertinencia en las remisiones ambulatorias que requieren autorización de servicios y apoya los auxiliares de atención al comunero estableciendo comunicación con la respectiva IPS en caso de alguna irregularidad para resolver la situación.
- Registra los casos de no pertinencia y de situaciones que interfieran en el acceso del comunero al servicio remitido.
- Informa a la coordinación del área sobre las situaciones presentadas y presenta propuestas de mejoramiento.
- Realiza reporte mensual sobre autorización de servicios emitidas para remisiones de actividades, procedimientos e intervenciones ambulatorias y negación de servicios ante la coordinación del área.

Auditoría de cuentas

- En la revisión de cuentas se verifica la pertinencia de las remisiones ambulatorias y lo tiene en cuenta en caso de que no haya capacidad resolutoria por parte de la IPS.
- Realiza recomendaciones a los auditores de las IPS sobre el mejoramiento en la calidad del registro de los datos en especial en la legibilidad de la letra, firma y registro medico.

10.2.3 A nivel Nacional

Los asistentes de aseguramiento

Asegura que el cumplimiento del sistema de referencia y contrarreferencia y los planes de mejoramiento queden claramente comprometido en el contrato de prestación de servicios

Garantía de la calidad

- En las visitas de auditoria de la calidad se verifica la existencia y aplicación de protocolos para la remisión y contrarreferencia de servicios ambulatorios de comuneros afiliados a la AIC acordes con la propuesta presentada en este estudio y ajustes pertinentes.
- Reporta al área de atención al comunero la información sobre los indicadores de calidad relacionados con la referencia para correspondencia de la información y establecimiento de mejoramiento coordinado.

La coordinación nacional de atención al comunero

- Diseña el manual de referencia y contrarreferencia de acuerdo con la red contratada y lo envía a las IPS de baja, mediana y alta complejidad.
- Audita periódicamente el funcionamiento del sistema de referencia y contrarreferencia siguiendo la metodología de la ruta critica utilizada en

este estudio y complementado con los reportes de las IPS y del asistente de atención al comunero.

- Brinda capacitación a los auxiliares locales, zonales y regionales y al asistente de atención al comunero para el buen funcionamiento del sistema de referencia y contrarreferencia.
- Establece coordinación con los entes territoriales para la atención complementaria de los eventos no contemplados en el Plan Obligatorio de salud.
- Realiza medición de los indicadores de calidad en relación con la oportunidad en la atención del comunero por servicios ambulatorios especialmente las consultas especializadas de ginecobstetricia, pediatría, medicina interna y cirugía y los reporta al área de garantía de la calidad.
- Retroalimenta las IPS sobre los resultados específicos de cada una en relación con la referencia y contrarreferencia y de manera conjunta establece un plan de mejoramiento.
- Presenta informe a las directivas de la AIC y las autoridades tradicionales en reuniones de evaluación de servicios y en juntas directivas y a la comunidad a través de las asociaciones de usuarios.

RECOMENDACIONES

- Se hace necesario que la AIC tenga la posibilidad de definir e implementar, aplicar un sistema de referencia y contrarreferencia acorde con las características culturales, sociales, económicas y geográficas de sus afiliados lo cual es posible mediante la aplicación del marco jurídico que reconoce los derechos esenciales de los pueblos indígenas.
- Cada institución que tenga responsabilidades con la atención en salud de los comuneros afiliados al régimen subsidiado a través de la Asociación Indígena del Cauca, debe establecer normas y procedimientos internos que faciliten y mejoren el correcto funcionamiento del sistema de referencia - contrarreferencia lo cual debe garantizarse mediante la expedición de resoluciones para que los procedimientos sean de obligatorio cumplimiento.
- El uso de formatos de referencia y contrarreferencia en cada una de las IPS de baja, mediana y alta complejidad debe hacer parte de las actividades cotidianas del personal médico para la referencia y contrarreferencia enviando copia de ellos a la Asociación Indígena del Cauca, para el monitoreo permanente acogiéndose a las normas y respetando los criterios de urgencia, emergencia e interconsultas.
- La información oportuna y comunicación adecuada a los comuneros sobre el funcionamiento del sistema debe ser una responsabilidad compartida entre la EPS-I y los prestadores de servicios.

- Para el adecuado funcionamiento del sistema de referencia y contrarreferencia de la AIC EPS-I debe contarse con un profesional de la salud o un profesional de las áreas sociales con formación en salud y el sistema general de seguridad social en salud. Esto permitirá realizar auditoría permanente y evaluación de su funcionamiento y en especial elevar la satisfacción de los comuneros.
- En cada institución el sistema de referencia y contrarreferencia debe contar con los recursos humanos, tecnológicos y científicos que faciliten su funcionamiento y esto debe estar contemplado en el respectivo plan institucional y presupuesto.
- considerar y respetar los criterios sociales y culturales del paciente y justificar la remisión, siempre y cuando se ajuste a sus condiciones patológicas.
- Evaluación del sistema a través de indicadores sustentados y elaborados para optimizar el procedimiento, evitando subregistros y propiciando la interrelación entre los establecimientos que conforman los niveles de atención en especial para disminuir los tiempos de espera y mejorar la oportunidad de los servicios ambulatorios.
- Mejorar la pertinencia de las remisiones y el filtro de validación lo cual permitirá simplificar los trámites de remisión, recepción, egresos y reenvío del comunero al establecimiento de origen y asegurar el seguimiento del paciente, hacia una atención justificada, oportuna e integral reduciendo además los costos al comunero y cumpliendo con su expectativa de atención.

- Fortaleciendo la baja complejidad en su capacidad resolutive, se descongestiona la red superior, mejorando el indicador de oportunidad para los eventos especializados con lo cual se evita mayores complicaciones en la morbilidad y la reducción de la mortalidad ya que no se presenta resistencia por parte de los pacientes y se facilita el flujo y contraflujo de pacientes, de exámenes y hasta de personal de apoyo, siempre que se corresponda y se fortalezca la cooperación y comunicación entre los establecimientos y sus niveles de atención.

DEVOLUCION

Con el presente trabajo se pretende obtener dos propósitos fundamentales los cuales son de gran importancia para nuestro desempeño profesional pero en especial para la aplicación de los principios de ética y responsabilidad.

El esfuerzo por parte del equipo de estudio para documentarse y realizar auditoría a los diversos registros, así como el diseño y aplicación de instrumentos y la producción de conocimiento es el resultado de las orientaciones académicas, recibidas durante la especialización.

La información se obtuvo en su totalidad de los registros existentes en la AIC de las áreas de atención al comunero, de aseguramiento y de garantía de la calidad, razones suficientemente validas para realizar la devolución de la misma hacia el programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la empresa.

En coherencia ésta devolución se realiza mediante una presentación ante las directivas institucionales y se entregará una original del trabajo presentado.

BIBLIOGRAFIA

MALAGON LONDOÑO, GALAN MORERA, PONTON LABERDE, Auditoría en salud para una gestión eficiente. 2ª edición. Bogotá: Panamericana, 2003. p.77 – 128.

MALAGON LONDOÑO, GALAN MORERA, PONTON LABERDE, Garantía de Calidad en salud: Diseño de un programa de garantía de calidad para los servicios de salud. 2ª edición. Bogotá: Panamericana, 2006. p. 45 – 62.

COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPUBLICA. Ley 100 de 1993. Artículos 153 y 227 Bogotá: 1993.

COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPUBLICA. Ley 715 de 2001. Bogotá: El congreso, 2001. 67p.

COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPUBLICA. Ley 872 de 2003. Bogotá: El ministerio, 2003. 7 p.

COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPUBLICA. Ley 1122. Bogotá: El congreso, 2007. 2p.

COLOMBIA. DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCION PUBLICA. Implementación sistema de gestión de calidad circular 06, Bogotá: El departamento, 2005. 2 p.

COLOMBIA MÉDICA. Vol. 36 N° 1, 2005 (Enero-Marzo)

COLOMBIA. MINISTERIO DE PROTECCION SOCIAL. Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en salud. Decreto 1011. Bogotá: El ministerio, 2006. 17 p.

COLOMBIA. MINISTERIO DE PROTECCION SOCIAL. Sistema de Información para la calidad, indicadores del sistema. En: Resolución 1446. Bogotá: El ministerio, 2006. 3 p.

COLOMBIA. DEPARTAMENTO NACIONAL DE PLANEACION. Documento CONPES 3446, Bogotá: El departamento, 2006. 31 p.

COLOMBIA. PRESIDENCIA DE LA REPUBLICA. Norma técnica de calidad en la gestión pública. En: Decreto 4110 DE 2004. Bogotá: La presidencia, 2004. 49 p.

Anexo 1.

FICHA BIBLIOGRAFICA TRABAJO	
TIPO	Investigación Formativa
TITULO	Auditoría al sistema de referencia y contrarreferencia de la AIC-EPS-I en el segundo trimestre de 2007, utilizando la ruta crítica de la calidad.
PROGRAMA	Auditoría para el mejoramiento de la calidad en salud con énfasis en epidemiología
MODALIDAD PROGRAMA	Especialización
EDICION	Bogotá D.C., Universidad EAN, 2007.
AUTOR (es)	Betty Cecilia, Bustamante; Ana Milena, Villaquirán M.
PALABRAS CLAVE	Auditoria; Sistema de referencia y contrarreferencia; Ruta crítica de calidad.
DESCRIPCION	Este estudio evalúa el funcionamiento del sistema de referencia y contrarreferencia de la AIC y de las IPS de la red contratada por la EPS, mediante la verificación de registros y aplicación de encuestas, en cumplimiento de la normatividad dentro del sistema general de seguridad social y específicamente en el sistema obligatorio de garantía de la calidad, finalizando con una propuesta para el mejoramiento en relación con las principales fallas encontradas con el presente trabajo.
FUENTES	Asociación Indígena del Cauca EPS-I. Hospital Susana López de Valencia, Hospital Universitario San José.
CONTENIDO	El informe contiene una introducción donde se describe el trabajo realizado, formulación o planteamiento del problema, contexto normativo, contexto del sector salud y contexto empresarial. Además la plataforma filosófica de la AIC, marco teórico, objetivos de la auditoria, objetivos generales y específicos, justificación, plan temático metodología, resultados, conclusiones, propuesta para el plan de mejoramiento, recomendaciones y devolución del trabajo.
METODOLOGIA	Con un enfoque descriptivo, se consultaron fuentes secundarias como, por ejemplo, bases de datos y documentos de IPS adscritas a la Asociación Indígena del cauca.
CONCLUSIONES	Se verificó que la oportunidad y la continuidad en la atención médica. La AIC-EPS-I no cuenta con una UPC diferencial, que permita el funcionamiento de un Sistema de Referencia y Contrarreferencia acorde con las características socioculturales y económicas, de los comuneros. En la red de prestadores funciona débilmente la referencia de pacientes desde las IPS, mientras que la contrarreferencia no funciona. La prioridad esta entre la remisión y la solicitud de autorización ante la AIC-EPS-I, para consulta especializada. Las remisiones no pertinentes saturan la red de mayor complejidad. El sistema de referencia y contrarreferencia en las IPS, no cuenta con registro ni mecanismos de coordinación y seguimiento. El sistema de referencia y contrarreferencia de la AIC es considerado bueno, por la IPS, de acuerdo a las encuestas realizadas.
PERIODO ACADÉMICO	2007

Anexo 2.

CARTA DE DERECHOS DE AUTOR:

AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD EAN

Yo Betty Cecilia Bustamante Lopera y Ana Milena Villaquirán Mapallo, mayores de edad, vecinas de Popayán, Colombia, identificadas con cédulas de ciudadanía N° 22.057.690 de Santa Rosa de Osos y 34.546.451 de Popayán, respectivamente; actuando en calidad de autores del Trabajo de Grado, titulado "Auditoría al sistema de referencia y contrarreferencia de la Asociación Indígena del Cauca Empresa Promotora de Salud Indígena, de conformidad con lo establecido en la Ley 23 de 1982 y en las demás normas concordantes sobre la materia, autorizo a la Universidad EAN, para:

Utilizarlo como medio de consulta para la comunidad universitaria.

Publicarlo en formato electrónico de la página Web de LA EAN o de los ambientes virtuales por ésta utilizados.

Publicarlo en formato impreso en la Revista de LA EAN.

La anterior autorización se otorga siempre y cuando, mediante la correspondiente cita bibliográfica se nos dé crédito al Trabajo de Grado.

Manifestamos que la obra objeto de la presente autorización es original y la realizamos sin violar o usurpar derechos de autor de terceros, y por lo tanto la obra es de su exclusiva autoría y detento la titularidad sobre la misma. En caso de presentarse cualquier reclamación o acción por parte de un tercero en cuanto a los

derechos de autor sobre la obra en cuestión, asumo toda la responsabilidad. Para todos los efectos la Universidad EAN actúa como un tercero de buena fe.

Firma _____

Nombres y Apellidos

CC

Nombres y Apellidos

CC



ENCUESTA SOBRE EL SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

Nombre de la IPS Complejidad Baja

I. IDENTIFICACION

Departamento Municipio

Dependencia que responde

Cargo de quien responde Profesión

II. EN RELACION CON LA REFERENCIA

1. Cuales son los aspectos que en su institución están facilitando el funcionamiento del Sistema de Referencia y Contrarreferencia de pacientes afiliados a la AIC :

1.1 1.2
1.3 1.4

2. En su institución cuales son las dificultades que se presentan para el funcionamiento del Sistema de Referencia y Contrarreferencia de pacientes afiliados a la AIC :

2.1 2.2
2.3 2.4

3. La IPS realiza seguimiento a sus remisiones? SI NO

4. Que tipo de registro utiliza para el seguimiento?

5. Cual es el cargo de la persona que coordina las remisiones y contra remisiones en su institución?

6. Considera usted que el funcionamiento del Sistema de Referencia y Contrarreferencia de pacientes afiliados de la AIC es:

1. Bueno 2. Regular 3. Malo

7.1 7.2
7.3 7.4

7. Enuncie algunos aspectos que soporten su respuesta

Tiene usted alguna observación y/ o propuestas de mejoramiento. Por favor escríbalas

1.



Gracias por su atención

ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA

Resolución 083 del 15 de Diciembre de 1997

Dirección General de Asuntos Indígenas – Ministerio del Interior

NIT: 817.001.773-3

ENCUESTA SOBRE EL SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

I. IDENTIFICACION

Nombre de la IPS Complejidad
Departamento Municipio
Servicio
Cargo Profesión

II. EN RELACION CON LA REFERENCIA

1. En la referencia de pacientes desde otras instituciones cuales considera usted, son los errores más frecuentes :

1.1 1.2
1.3 1.4

2. Cuales son las dificultades encontradas en su institución, para la atención de los afiliados a la AIC referidos desde otras IPS:

2.1 2.2
2.3 2.4

3. La IPS realiza contrarreferencia a todos los usuarios que lo requieran? SI NO

4. Cual es el instrumento de seguimiento a las contrarreferencias?

5. Cual es el cargo de la persona que coordina las referencias y contrarreferencias en su institución?

6. Considera usted que el funcionamiento del Sistema de Referencia y Contrarreferencia de pacientes afiliados de la AIC es:

1. Bueno 2. Regular 3. Malo

7. Enuncie algunos aspectos que soporten su respuesta

7.1

7.3

7.2

7.4

Tiene usted alguna observación y/ o propuestas de mejoramiento. Por favor escríbalas

1.

2.

Gracias por su atención

RELACION REMISIONES Y CONTRAREFERENCIAS REVISADAS

DE MEDICO GENERAL A ESPECIALISTA

# Orden Autorización	código	Edad	Sexo	Fecha de remisión	Fecha solicitud y autorización	IPS remitente	IPS Receptora	Fecha atención	Nivel al cual se remite	D/Id.	Especialidad a la que se remite	Pertinencia	Identificación completa	Anamnesis	Examen físico	Laboratorios y/o imágenes Dx	Diagnostico	Tratamiento	Conducta	Letra legible	Firma y código	Pregunta afiliación	
4082	1	60	M	11/05/07	11/05/07	HSLV	Oncólogos Asociados		Alto costo	NO	Oncología	SI	7	1	1	SI	NO	NO	NO		SI	NO	
Manual	2	4	H	25/04/07	11/05/07	San Sebastián I	Profesional independiente		II	Baja agudeza visual	Oftalmología	NO	7	1	NA	NA	SI	NA	SI	NO	SI	NO	
4059	3	9	M	13/03/07	11/05/07	H. San Carlos	Óptica Canadá		II	Miopia interrogado	Optometría	NO	4	1	NA	NA	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
Manual	4	11	M	26/04/07	10/05/07	H San Carlos	Optisalud		II	Vicio de refracción	Optometría	SI	9	3	4	NA	SI	NA	SI	SI	SI	NO	
4039	5	4 meses	M	05/03/07	10/05/07	San Antonio Papua Bolívar	HSLV		II	Ictericia a estudio	Pediatría	NO	4	1	1	NO	SI	NO	NO	SI	SI	NO	
4010	6	36	M	09/05/07	09/10/07	La Estancia	Oncólogos Asociados	No asistió	Alto costo	Ca de cervix con compromiso linfático	Oncología	SI	2	1	NA	SI	SI	NA	SI	SI	SI	NO	fue operada después y estuvo en UCI
Manual	7	16	M	10/05/07	10/05/07	UNI Sotarà	HSLV		II	Implantación baja de placenta	Ginecobstetricia	SI	6	2	3	NO	SI	NA	SI	SI	SI	NO	
No POS	9	20	M	07/05/07	0	H. San Carlos	SSD		II	Síndrome Ovárico poliquístico	Ginecobstetricia	SI	2	0	2	NO	SI	NO	SI	SI	SI	NO	
3995	10	24	M	08/05/07	09/05/07	H. San Carlos	HUSJ		II	Oligoamnios	Obstetricia	SI	5	1	2	NO	SI	NA	SI	SI	SI	NO	Coloca antecedentes personales en DX
Manual	11	40	M	SF	07/05/07	UNI_H Norte	HUSJ		II	Embarazada añosa	Ginecobstetricia	SI	5	1	2	NO	SI	NA	SI	SI	SI	NO	Grávida 7
Manual	12	18	H	28/04/07	07/05/07	ESE Tambo	HSLV		II	Vicio de refracción	Optometría y/ofthalmología	NA	5	3	3	NA	SI	NA	NO	SI	SI	NO	
3980	13	10 meses	H	07/05/07	08/05/07	UNI CALDONO	HSLV		II	Bronquilitis, asma?	Pediatría	SI	6	3	3	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
3916	14	4 meses	M	10/04/07	07/05/07	UNI Piendamó	HSLV		II	Conjuntivitis	Pediatría	SI	3	1	1	NA	SI	NO	NO	NO	SI	NO	No se entiende datos de identificación
3912	15	39		24/04/07	07/05/07	San Carlos	HSLV		II	Trauma 1er otejo mano derecha	Traumatología y Ortopedia	SI	5	1	2	SI	SI	NO	SI	NO	SI	NO	No se entiende datos de identificación
3907	16	28	M	27/04/07	07/05/07	UNI Puracé	HSLV		II	Embarazo + Mioma intramural	Ginecología	SI	4	1	1	SI	SI	NO	NO	SI	SI	NO	
3913	17	19	M	03/05/07	07/05/07	UNI Caldon	Profamilia		II	VIH/paridada satisfecha	Ginecología	SI	5	1	0	NO	SI	NA	SI	SI	SI	NO	
3915	18	73	M	02/05/07	07/05/07	HSVP_Bzar	HSLV		II	Lumbago	Ortopedia	NO	5	1	0	NO	SI	NO	SI	NO	NO	NO	Medico no firmó
3925	19	2	M	26/04/07	07/05/07	Compulab	HSLV		II	Displasia congénita de cadera	Ortopedia	SI	3	1	1	NO	SI	NO	SI	SI	SI	NO	Emilio Maje medico

4596	20	16	M	07/05/07	31/05/07	San Antonio Padua-Bolívar	HUSJ		II	No	Oftalmología	SI	5	1	0	NA	NO	NO	NO	SI	SI	NO	Juliana med. El mismo formato
4595	21	3	H	19/03/07	31/05/07	San Antonio Padua-Bolívar	Fundación oftalmológica Vejarano		II	No	Oftalmología	SI	6	3	4	NO	NO	NO	NO	SI	SI	NO	
4563	22	7 meses	M	29/05/07	30/05/07	UNI Popayán María Oriente	HUSJ		II	Sd. Anémico	Pediatría	SI	6	2	4	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
Manual	23	6	M	25/05/06	30/05/07	UNI Puracé	Optica Canadá		II	Déficit de refracción visual	Optometría	SI	5	1	NA	NA	SI	NO	SI	SI	SI	NO	
4571	24	6	H	23/05/07	30/05/07	UNI Puracé	HSLV		II	Genu valgo	Ortopedia	SI	5	1	1	NO	SI	NO	SI	SI	SI	NO	
Manual	25	9	M	26/05/07	30/05/07	Hospital Jambalo Nivel I			II		Optometría	SI	8	1	1	NO	NO	NO	NO	SI	SI	NO	No escribe dx, ni conducta
4593	26	7	M	30/05/07	30/05/07	UNI Popayán María	HUSJ		II	Dolor Precordial Insuficiencia Valvular	Pediatría	SI	5	3	4	NO	SI	NO	SI	SI	SI	NO	
4564	27	5	M	28/05/07	30/05/07	UNI Caldon	HUSJ		II	Dolor óseo a estudio	Traumatología y Ortopedia	SI	5	3	4	SI	SI	NO	SI	SI	SI	NO	
4545	28	61	M	23/05/07	29/05/07	HSLV	Fundación oftalmológica Vejarano		III	Rechazo trasplante corneal	Oftalmología-Cornea	SI	5	1	1	NO	SI		SI	SI	NO	NO	Sin código, no se entiende firma
4561	29	34	H	28/05/07	29/05/07	ESE Tambo	HSLV		II	Trauma en rodilla, artrosis?	Traumatología y Ortopedia	SI	7	2	3	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
4524	30	68	M	03/04/07	29/05/07	HSLV	HUSJ		III	Prolapso genital+histerectomía	Ginecología	SI	7	3	4	NO	SI	NO	SI	SI	SI	NO	Por situación administrativa
4510	31	15	M	25/05/07	28/05/07	ESE Tambo	Profamilia		II	Embarazo a riesgo	Ginecología	SI	6	2	2	NO	SI	NO	SI	SI	SI	NO	
4498	32	60	M	01/01/07	28/05/07	ESE Tambo	HSLV		II	Vicio de refracción	Oftalmología	NO	4	2	1	NA	SI	NO	SI	SI	SI	NO	
4501	33	20	H	23/05/07	26/05/07	Casa Rosada	HSLV		II	Tumor tejidos blandos en mano	Ortopedia	SI	5	2	1	NO	SI	NA	SI	SI	SI	NO	
Manual	34	11	H	28/05/07	28/05/07	H. Norte	Optica Canadá		II	Disminución AV	Optometría	SI	4	1	1	NA	SI	NA	SI	SI	SI	NO	
Manual	35	26	M	10/05/07	28/05/07	San Antonio Padua-Bolívar	HSLV		II	Manejo para prevenir incompatibilidad de grupo	Ginecología	SI	3	1	2	NO	SI	NO	NO	SI	SI	NO	Incongruencia en datos FUM 20/11/2006 FPP 27/08/2006
4442	36	15	M	23/05/07	25/05/07	ESE Morales	Profamilia		II	Embarazo a riesgo adolescente y podálica	Ginecobstetricia	SI	6	3	4	SI	SI	NO	SI	SI	SI	NO	Formato completo y registro igual Hernán Darío Burbano
4440	37	16	M	22/05/07	22/05/07	San Carlos	HSLV		II	Primi-gestante adolescente-estrechez pélvica	Ginecología	NO	3	2	3	SI	SI	NO	SI	SI	NO	NO	Solo firma. En un registro se remite a Ginecología y en otro espacio a Ginecobstetricia

4435	38	1 mes	H	21/05/07	25/05/07	San Antonio de Padua Totoró	HSLV		II	Edema testicular a estudio. Hidrocele a estudio		SI	7	3	3	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
4447	39	9	H	11/04/07	25/05/07	San Carlos	Optica Canadá		II	Miopia interrogado	Optometría	SI	4	2	2	NA	SI	NO	SI	SI	SI	NO	
4454	40	11	M	08/05/07	25/05/07	IPS Totoguanpa	Optica Canadá		II	Sin Dx	Optometría	NO	5	0	0	0	0	NO	SI	SI	NO	NO	Firma solamente
Manual	41	68	M	21/05/07	24/05/07	ESE Tambo	Profesional independiente		II	Ojo rojo, glaucoma. Hipertensión sin control	Oftalmología	SI	4	3	3	NA	SI	NO	SI	SI	SI	NO	
4387	42	19	M	19/05/07	24/05/07	UNI Morales	HSLV		II	Embarazada de 37 semanas con dolor precordial	Medicina Interna	NO	5	3	4	SI	SI	NO	SI	SI	SI	NO	
4362	43	75	M	17/05/07	23/05/07	ESE Tambo	Fundación oftalmológica Vejarano		II	Glaucoma, miopia	Oftalmología	SI	5	2	2	NA	SI	NO	SI	SI	SI	NO	
4347	44	4	M	16/05/07	23/05/07	San Carlos	HSLV		II	Defecto de refracción	Oftalmología	NO	8	3	3	NA	SI	NO	SI	SI	SI	NO	
4339	45	23	M	17/05/07	23/05/07	San Carlos	HSLV		II	Lumbago mecánico	Traumatología y Ortopedia	NO	7	3	3	SI	SI	NO	SI	SI	SI	NO	
4370	46	25	M	09/05/07	23/05/07	San Antonio de Padua Totoró			II	Embarazo de alto riesgo	Obstetricia	NO	8	3	3	NO	SI	NO	SI	SI	NO	NO	Ultimo niño menor de 2 años. Firma sin código
4373	47	21	M	22/05/07	23/05/07	San Carlos	HSLV		II	EG no concuerda con ecografía, RCIU? Oligoamnios?	Ginecología	NO	8	3	3	NO	SI	NO	SI	SI	SI	NO	
4340	48	62	H	30/03/07	23/05/07	San Carlos	HSLV		II	Trauma ocular	Oftalmología	SI	4	3	4	NA	SI	NO	SI	SI	SI	NO	Hace un mes, ahora con perdida de visión solo Luz
4326	49	17	H	13/04/07	22/05/07	San Carlos	HSLV		II	Conjuntivitis crónica	Oftalmología	NO	5	2	2	NO	SI	NO	SI	SI	SI	NO	
4303	50	65	H	02/04/07	22/05/07	UNI la Vega	HSLV		II	Trastorno de refracción	Oftalmología	NO	5	2	3	NA	SI	NO	SI	SI	SI	NO	
4285	51	3	H	07/05/07	16/05/07	UNI Puracé	HSLV		II	Oculopatía? En estudio	Oftalmología	SI	5	0	0	NA	SI	NO	SI	SI	SI	NO	
4217	52	17	M	02/05/07	16/05/07	UNI Puracé	HSLV		II	Embarazo+anemia materna	Perinatología	NO	6	3	3	SI	SI	NO	SI	SI	SI	NO	Complacencia


REPUBLICA DE COLOMBIA
 SISTEMA GENERAL DE REGISTROS EN SALUD - FORMAS INDIGENAS
ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA AIC-IPS
Organismo del I.C. de Salud de Cali - Organización Polivalente de Salud
N.º 9.7.99.7334

No. de Registro: **177326**

Nombre: **YOLANDA JULIQUÉ PAVI**

C.C. **25732727** Fecha de Nacimiento: **07 de Mayo de 1968**

Lugar de Nacimiento: **EL MPMO - SAN FRANCISCO TORIBIO**

Fecha de Emisión: **01 de Abril de 2003**

Vigencia: **INDEFINIDO**

Firma: *Yolanda Pavi*

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

25.732.727

JULIQUÉ PAVI

YOLANDA

Yolanda Julique



FECHA DE NACIMIENTO **07-MAY-1968**

TORIBIO
(CAUCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.46
ESTATURA

F
SEXO

07-FEB-1984 TORIBIO
FECHA Y LUGAR DE EMISION

FORMA REGISTRADA

Fecha de Emisión



*110049011021800-7-2502727-940490 124827.0



ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA - AIC - EPS INDIGENA
 Resolución 093 del 15 de Diciembre de 1997 - Dirección General de Asuntos Indígenas Ministerio del Interior
 NIE 817.001.773-3

ORDEN DE APOYO

registro
 2 14 No. 1271
 PISO
 307279785

FECHA 26.04.2007.

registro
 ca 00 No. 8240
 PISO Centro
 311 2647032

SEÑORES (ES) M. C. S. J.

Referencia : RECAUDOS

registro
 ca 00 No. 2721
 PISO Centro
 311 8793240

Comendidamente solicito atienda al señor (a) Diana Lorena Chisto.
 Con documento de Identidad Nros: DC 31936859 De Almaguer.
 Afiliado a nuestra Asociación Indígena del Cauca con código 277607
 Proviene del Resguardo Caqueño, Municipio: Almaguer.
 Con Diagnóstico Fr. Fractura
 Servicio Autorizado Consulta Especializada
 Nivel de Complejidad II Especialidad Traumatología

registro
 ca 100 No. 848
 PISO Parroquia
 311 5507049

Edad 4 años

registro
 ca 207 No. 148

Vigencia 4.

registro
 ca 00 No. 2443
 PISO
 311 721288

Atentamente

registro
 ca 00 No. 744-17
 PISO
 311 8370800

Atención al Común AIC - EPS-I

registro
 ca 00 No. 10-02
 Ventas Chile
 311 7200160

registro
 ca 00 No. 7-92
 Las Palmas
 311 4291780

Nota : Esta orden esta sujeta a revisión de Auditoria Médica para su cancelación



Mónica Celia Anacleto Alcívar

Oficina Principal Calle 1 Bis N°. 4-81 Telefax: 8202993 - Atención al Usuario: 092 3204098 -
 e-mail: aicsalud@gov.co - línea Gratuita: 018000932811 www.aicsalud.org.co
 Popayán - Cauca - Colombia



ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA
 N° 817001773
 CALLE 1 LIT 1-0.

Autorización Nro

POP - 3550

FF CHG / HORAS : 22/04/2007 09:50:50 a.m.

Autorización de prestación de servicios Hsa.

Paciente: **ANTONIO GIL PALECHOR** Identificación: **CC 1507766** Carnet: **250150** Sexo: **FEMENINO**
 Fecha Nac: **07/11/1952** Edad: **54 AÑOS** G. Etnico: **INDIGENA** Nro: **00001** Registro:
 A.R.G.: **EPS-65 ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA AIC-EPSE** Municipio: **SAN SEBASTIAN**
 Contrato: **3543-01** CONTRATO SAN SEBASTIAN
 Nombre de la dependencia:

Orden: ORDEN MEDICA	Diagnóstico
Servicio: 1500100031 HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE	Principal: NIVEL INSUFICIENCIA RENAL CRONICA, NO ESPECIFICADA
Fecha: 22/04/2007 Número:	Relacionado:

SERVICIO SERVICIOS AMBULATORIOS

IPS a la que se presta:

15000001 HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE DE POPAYAN

Para IPS: Dirección de la IPS:

2 CARRERA 5 No 10 N 142

Código	Descripción	UNIDAD	Vl. UNIT	cont.	Vl. Abs	Vl. EPS / ABS	Vl. Paciente
38140	CONSULTA AMBULATORIA DE MEDICINA	UNIDAD	\$ 25.000,00	1	\$ 25.000,00	\$ 25.000,00	\$ 0,00

Contrato Servicio: **154-2006 SERVICIOS DE TER CER NIVEL POPAYAN**

\$ 25.000,00	\$ 25.000,00	\$ 0,00
---------------------	---------------------	----------------

1500017655

[Firma]
 Nombre de paciente

[Firma]
 Autorizador
JANETH URUTIA



IPS - INDIGENA
TOTOGUAMPA

RESOLUCIÓN N° 0412 DE NOVIEMBRE 22 DE 2001,
MINISTERIO DEL INTERIOR
DIRECCIÓN GENERAL DE ASUNTOS INDIGENAS
N° 012 594 734 DV 4

PROGRAMA DE SALUD - COTACANDU

REMISIÓN DE PACIENTE
SOLICITUD

1.

DE:	A:
IPS TOTOGUAMPA	H.S. López - OPTOMETRISTA

2. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

1er Apellido	2do Apellido	Nombres	
Miguelmas	Casso	Lida Marcela	
EDAD	SEXO	Residencia habitual (Barrio, Localidad, Municipio)	Teléfono
AÑOS 31 MES DÍAS	M F	Silva	
Persona responsable del paciente (nombre y relación de parentesco)		NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA	

3. DIA SOLICITUD DE ATENCIÓN

FECHA DE REMISIÓN	MEDICO QUE REMITE
DIA 08 MES 05 AÑO 07	H. Parada
SERVICIO AL CUAL SE REMITE	

4. HISTORIA CLÍNICA

Cefalea frecuente

Ss. valoración optométrica

H. Parada

ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA
Resolución 083 del 15 de Diciembre de 1997
Dirección General de Asuntos Indígenas – Ministerio del Interior
NIT: 817.001.773-3

NOTA INTERNA

Compañera
CLAUDIA PATRICIA MORA
Auxiliar de atención al comunero
Asociación Indígena del Cauca
Toriblo

ASUNTO: Entrega del manual de referencia y contrarreferencia para el municipio.

Cordial saludo.

Comendidamente remito a usted el asunto referenciado la cual debe colocarse en una cartelera pública.

Al respecto solicito a usted su apoyo para que por parte de la Unidad Nivel I del municipio, no se realicen remisiones de tipo ambulatorio direccionando el paciente a una determinada IPS; ya que la administración de la Red es nuestra competencia.

Por tanto toda remisión que se haga debe pasar primero por el punto de atención de la AIC para verificar que solamente se le está indicando la especialidad y el nivel de complejidad y luego usted orientará al afiliado sobre si el procedimiento o actividad requeridos son cubiertos por demanda o por oferta además de brindar una completa información y apoyo para el acceso oportuno al respectivo servicio.

Se exceptúa de ello las urgencias las cuales serán remitidas por parte de la IPS a la red que estoy presentando siguiendo el procedimiento indicado.

Agradezco su atención


BETTY CECILIA BUSTAMANTE L
Coordinadora Técnica de área.


Vo.Bo. **LIBERTO ANTONIO RIVERA**
Coordinador P.O de área

ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA
Resolución 083 del 15 de Diciembre de 1997
Dirección General de Asuntos Indígenas - Ministerio del Interior
NIT: 817.001.773-3

AREA DE ATENCION AL COMUNERO

Colo

10 AGO 2006

002890 MUNICIPIO DE CALDONO - CAUCA

CORRESPONDENCIA
FECHA 12-08-06

RADICADO DEL MUNICIPIO NO. 2007

FOLIO (S) 8 HOJA

PASA A: Despacho

Elvira

ELVIA Ma. PORRAS
AUXILIAR DE ARCHIVO

Doctora
BRICEIDA RODRIGUEZ TROCHEZ
Alcalde Municipal
Municipio de Caldono

ASUNTO: Envió del Manual de sistema de referencia y contrarreferencia

Cordial Saludo

Para su información y fines pertinentes comedidamente remito a su Despacho el sistema de Referencia y Contrarreferencia para los afiliados a la AIC pertenecientes a su municipio.

Lo anterior en cumplimiento de las obligaciones contractuales de la AIC como contratista del Municipio.

Agradezco su atención

Atentamente

Betty C. Bustamante
BETTY CECILIA BUSTAMANTE
Coordinadora de Area

Jose Luis Collo
JOSE LUIS COLLO
Coordinador Planeación y Administración

ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA
Resolución 083 del 15 de Diciembre de 1997
Dirección General de Asuntos Indígenas - Ministerio del Interior
NIT: 817.001.773-3

AREA DE ATENCION AL COMUNERO Y REPORTIZACIONES

Doctor
CESAR EDMUNDO SARRIA
Director
Unidad Nivel I
Caldono

ASUNTO: Entrega del manual de referencia y contrarreferencia para el municipio.

Cordial saludo.

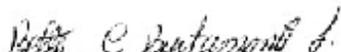
Comendidamente remito a usted el asunto referenciado.

Al respecto solicito a usted su apoyo para que no se realicen remisiones de tipo ambulatorio direccionando el paciente a una determinada IPS; ya que la administración de la Red es nuestra competencia.

Por tanto la remisión solo debe indicar la especialidad y el nivel de complejidad y previa orientación sobre si, el procedimiento o actividad requeridos son cubiertos por demanda o por oferta, se direcciona el paciente hacia el punto de atención de la AIC donde recibirá toda la orientación y apoyo para el acceso al respectivo servicio

Se exceptúa de ello las urgencias las cuales serán remitidas a la red que estoy presentando siguiendo el procedimiento indicado.

Agradezco su atención, atentamente


BETTY CECILIA BUSTAMANTE
Coordinadora Técnica de Área


Vo.Bo. **LIBERTO ANTONIO RIVERA**
Coordinador P.O de área

Recibido
OCT 21/06
cedido 0015




ASOCIACIÓN INDÍGENA DEL CAUCA
 Resolución 083 del 15 de Diciembre de 1997
 Dirección General de Asuntos Indígenas - Ministerio del Interior
 NIT: 817.001.773-3

ENCUESTA SOBRE EL SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

I. IDENTIFICACION

Nombre de la IPS Hospital San Antonio de Padua Complejidad Nivel I Baja
 Departamento Cauca Municipio Totaro
 Dependencia que responde Coordinación de Enfermería
 Cargo de quien responde Coordinadora Capem. Profesión Enfermería

II. EN RELACION CON LA REFERENCIA

1. Cuales son los aspectos que en su institución están facilitando el funcionamiento del Sistema de Referencia y Contrareferencia de pacientes afiliados a la AIC :

1.1 Se maneja la referencia de Ptes mediante promotores
 1.2 auxiliares y SIAU de AIC.
 1.3 _____
 1.4 _____

2. En su institución cuales son las dificultades que se presentan para el funcionamiento del Sistema de Referencia y Contrareferencia de pacientes afiliados a la AIC :

2.1 Los Ptes remitidos de Nivel I a niveles superiores no
 2.2 presentan seguimiento o contrareferencia.
 2.3 _____
 2.4 _____

3. La IPS realiza seguimiento a sus remisiones? SI NO

4. Que tipo de registro utiliza para el seguimiento? NO

5. Cual es el cargo de la persona que coordina las remisiones y contra remisiones en su institución? NO

6. Considera usted que el funcionamiento del Sistema de Referencia y Contrareferencia de pacientes afiliados de la AIC es:

1. Bueno 2. Regular 3. Malo

7. Enuncie algunos aspectos que soporten su respuesta

7.1 solo hay referencia. 7.2 _____
 7.3 _____ 7.4 _____

Tiene usted alguna observación y/o propuestas de mejoramiento. Por favor escríbalas

1	<u>en el numeral 3 seguimiento a remisiones algunas veces</u>
2	
3	
4	



Gracias por su atención
ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA
Resolución 083 del 15 de Diciembre de 1997
Dirección General de Asuntos Indígenas - Ministerio del Interior
NIT: 817.001.773-3

ENCUESTA SOBRE EL SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

I. IDENTIFICACION

Nombre de la IPS Hospital Universitario San José Complejidad
Departamento Cauca Municipio Rosondón
Servicio Atención al Obeso
Cargo Referencia Profesión As. Enfermería

II. EN RELACION CON LA REFERENCIA

1. En la referencia de pacientes desde otras instituciones cuales considera usted, son los errores más frecuentes:

- 1.1 los vienen sin familiares. 1.2 _____
- 1.3 sin documentación. 1.4 _____

2. Cuales son las dificultades encontradas en su institución, para la atención de los afiliados a la AIC referidos desde otras IPS:

- 2.1 cupos. 2.2 _____
- 2.3 _____ 2.4 _____

3. La IPS realiza contrareferencia a todos los usuarios que lo requieran? SI NO

4. Cual es el instrumento de seguimiento a las contrareferencias?

5. Cual es el cargo de la persona que coordina las referencias y contrareferencias en su institución? (CRUE) - MEDICO

6. Considera usted que el funcionamiento del Sistema de Referencia y Contrareferencia de pacientes afiliados de la AIC es:

- 1. Bueno 2. Regular 3. Malo

7. Enuncie algunos aspectos que soporten su respuesta

- 7.1 Encuentran cupos con rapidez. 7.2 consiguen medicamentos.
- 7.3 informan los traslados. 7.4 gestionan ambulancias?

Tiene usted alguna observación y/ o propuestas de mejoramiento. Por favor escribalas

1. <u>mejorar la información a las embarcadas sobre el tiempo</u>
2. <u>para aplicar a sus hijos.</u>
3. <u>Informantes al igual que deben dirigirse hacia la IPS con documentación completa.</u>

3. _____



Gracias por su atención
ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA
Resolución 083 del 15 de Diciembre de 1997
Dirección General de Asuntos Indígenas - Ministerio del Interior
NIT: 817.001.773-3

ENCUESTA SOBRE EL SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

I. IDENTIFICACION

Nombre de la IPS Hospital Universitario de Alta Complejidad III A.
Departamento Cauca Municipio Troyen
Servicio GIAT
Cargo Atención al Usuario Profesión ENFERMERA

II. EN RELACION CON LA REFERENCIA

1. En la referencia de pacientes desde otras instituciones cuales considera usted, son los errores más frecuentes:
1.1 FALTA DE DOCUMENTOS. 1.2 Traslados de Ales sin fundamento.
1.3 _____ 1.4 _____

2. Cuales son las dificultades encontradas en su institución, para la atención de los afiliados a la AIC referidos desde otras IPS:
2.1 Frecuencia de COPAC. 2.2 Frecuencia de Comas, paros
2.3 _____ 2.4 Hospitalización

3. La IPS realiza contrareferencia a todos los usuarios que lo requieran? SI NO

4. Cual es el instrumento de seguimiento a las contrareferencias? _____

5. Cual es el cargo de la persona que coordina las referencias y contrareferencias en su institución? Médico

6. Considera usted que el funcionamiento del Sistema de Referencia y Contrareferencia de pacientes afiliados de la AIC es:
1. Bueno 2. Regular 3. Malo

7. Enumere algunos aspectos que soporten su respuesta
7.1 _____ 7.2 _____
7.3 _____ 7.4 _____

Tiene usted alguna observación y/o propuestas de mejoramiento. Por favor escríbalas

1 Se requiere de los lineas OPACO.
2 Información a las madres embarazadas, sobre la afiliación
3 de los recién nacidos.

Gracias por su atención



Gracias por su atención
ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA
 Resolución 083 del 15 de Diciembre de 1997
 Dirección General de Asuntos Indígenas - Ministerio del Interior
 NIT: 817.001.773-3

ENCUESTA SOBRE EL SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

I. IDENTIFICACION

Nombre de la IPS Hospital U San José Complejidad 3 Nivel.
 Departamento Cauca Municipio Popayán
 Servicio Oficina Atención al Usuario
 Cargo Coordinadora SIAU Profesión Enfermera.

II. EN RELACION CON LA REFERENCIA

1. En la referencia de pacientes desde otras instituciones cuales considera usted, son los errores más frecuentes:
 1.1 Ptes enviados sin Documentos 1.2 No les explican su tratamiento.
 1.3 Sin familiares 1.4

2. Cuales son las dificultades encontradas en su institución, para la atención de los afiliados a la AIC, referidos desde otras IPS:
 2.1 falta de cupo en urg. 2.2 No Disponibilidad como Hosp.
 2.3 a veces no se puede prestar todos los servicios.

3. La IPS realiza contrarreferencia a todos los usuarios que lo requieran? SI X NO

4. Cual es el instrumento de seguimiento a las contrarreferencias?

5. Cual es el cargo de la persona que coordina las referencias y contrarreferencias en su institución? Médico

6. Considera usted que el funcionamiento del Sistema de Referencia y Contrarreferencia de pacientes afiliados de la AIC es:

1. Bueno 2. Regular 3. Malo

7. Enuncie algunos aspectos que soporten su respuesta

7.1 la contratación en otra institución. se mantienen informados.
 7.2 la coordinación con las sedes en cali.

Tiene usted alguna observación y/o propuestas de mejoramiento. Por favor escribalas

1. la línea gratuita las 24 horas.
 2. Buena Información a los afiliados para la adquisición del carnet con los hijos RN.
 3.

Gracias por su atención



ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA - AIC- EPS INDIGENA

Resolución 083 del 15 de Diciembre de 1.997 - Dirección General de Asuntos Indígenas Ministerio del Interior
NIT. 817.001.773-3

04 JUN 2007

Risobamba
Cll 14 No. 12-71
Z. Páez
Tel: 7278785

Doctor
HUMBERTO KUJAR
Gerente
ESE Sur Occidente
Bolívar



ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA
AIC E.P.S. - J
Unidad de Correspondencia
Devolver Copia Firmada

2221

Rda. _____

[Handwritten signature]
6/5/07.

Medellín
Gra 80 No. 62-84
B/ Prado Centro
Tel: 2547878

Quilbo
Gra 6 No. 27-21
B/ Ciudad Combe
Tel: 6768940

ASUNTO: Referencia y contrarreferencia

Cali
Cra 38B No. 3-88
B/ San Fernando
Tel: 2567658

Cordial Saludo

Buenos Aires
Tel: 2547438

Dentro del Mejoramiento continuo del área de Atención al Comunero se tiene identificado como procedimiento prioritario el sistema de Referencia y contrarreferencia al cual se le vienen realizando los ajustes pertinentes.

Nalva
Cll 9 No. 8-46
Tel: 727267

En el marco de la relación contractual y en coherencia con lo anunciado, comedidamente le solicito dirigir a cada una de la IPS que conforman la E.S.E. que usted gerencia, la presente encuesta relacionada con los afiliados a la Asociación Indígena del Cauca. Favor dirigir su diligenciamiento a personal profesional de la Salud y hacerla llegar un término de 5 días.

La Plata Huila
Cra 6 No. 7A-17
B/ Páez
Tel: 8377461

De igual manera le solicito el reporte de referencias y contrarreferencias de las mismas IPS correspondiente al primer trimestre de 2007, en el mismo cuadro del anterior.

Pastó
Cra 9 No. 19-32
Avenida Chile
Tel: 7261483

Agradezco su atención y colaboración

Caloto Pasto
Cll 3 No. 7-92
B/ Las Palmas
Tel: 454760

Atentamente

[Handwritten signature]
BETTY CECILIA BUSTAMANTE
Coordinadora de Área



Oficina Principal Calle 1 Bis N°. 4-81 Telefax: 8202993 - Atención al Usuario: 092 8204088 -
e.mail: aicosalud@gov.co - línea Gratuita: 018000932811 www.aicosalud.org.co
Popayán • Cauca • Colombia



Libertad y Orden

Silvia, Enero 4 de 2007.

REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DEL CAUCA
DIRECCION DEPARTAMENTAL DE SALUD DEL CAUCA
UNIDAD NIVEL I SILVIA

1989 #HSC
08 MAR 2007

AM HSC 057

Señores:

A.I.C

Att. **BETTY CECILIA BUSTAMANTE**

Coordinadora de Área

Popayán

Cordial Saludo

Me dirijo a usted con el fin de hacerle entrega del informe de referencia y contrarreferencia de los meses de Septiembre, Octubre y Noviembre del 2006 de los usuarios de la AIC del municipio de Silvia de acuerdo al formato enviado. Cualquier inquietud será resuelta con relación al tema en referencia.

Anexo cuadro resumen por mes.

Atentamente,

LUIS GERMAN PALOMINO
COORDINADOR

HOSPITAL NIVEL I SAN CARLOS
SILVIA - CAUCA

INFORME DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA DE LOS MESES SEPTIEMBRE, OCTUBRE Y NOVIEMBRE DE
2006

SEPTIEMBRE 2006

FECHA	NOMBRE	REFERENCIA				
		REMISIÓN		INSTITUCIÓN RECEPTORA		
		DIAGNOSTICO	MOTIVO	NIVEL	ESPECIALIDAD	NOMBRE
01/09/2006	HUJO DE OLGA NIQUINAS	ONFALITIS NEONATAL	FALTA DE ESPECIALISTAS	III	NEONATOLOGÍA	H.U.S.J
01/09/2006	OLGA NIQUINAS	ENDOMETRIOSIS POST PARTO	FALTA DE ESPECIALISTAS	III	GINECOLOGÍA	H.U.S.J
06/09/2006	HENRY CASA MACHÍN	NAC III	FALTA DE ESPECIALISTAS	II	MEDICINA INTERNA	H.S.L.V
06/09/2006	ANDRES CASA MACHÍN	HX EN CARA	FALTA DE ESPECIALISTAS	III	MEDICINA INTERNA	H.U.S.J
12/09/2006	GERMAN HURTADO MUELAS	TRAUMATISMO EN URETRA	FALTA DE ESPECIALISTAS	III	MEDICINA INTERNA	CLÍNICA LA ESTANCIA

15/09/2006	IRIGENIA HURTADO CALAMBRAS	ESTATUS CONVULSIVO	FALTA DE ESPECIALISTAS	II	MEDICINA INTERNA	H.S.I.V
21/09/2006	VENANCIO PEKA	COLELITIS	FALTA DE ESPECIALISTAS	III	MEDICINA INTERNA	H.U.S.J
25/09/2006	ANDRES ALBERTO CAMPO SANCHEZ	FX DE CLAVICULA	FALTA DE ESPECIALISTAS	III	MEDICINA INTERNA	CLINICA LA ESTANCIA
25/09/2006	REINALDO PUYO MENZA	HERNIA UMBILICAL	FALTA DE ESPECIALISTAS	III	MEDICINA INTERNA	H.U.S.J
29/09/2006	MOISES ALEXANDER PECHENE	OSTEOMIELITIS	FALTA DE ESPECIALISTAS	III	ORTOPEdia	H.U.S.J

HOSPITAL NIVEL I SAN CARLOS
SILVIA - CAUCA

REGISTRO DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA DE LOS MESES SEPTIEMBRE, OCTUBRE Y NOVIEMBRE DE
2006
OCTUBRE 2006

FECHA	NOMBRE	REFERENCIA		INSTITUCIÓN RECEPTORA		
		DIAGNOSTICO	MOTIVO	NIVEL	ESPECIALIDAD	NOMBRE
11/10/2006	YINETH ALEJANDRA VILLANY	DENUDACION DEL DEDO 3 MANO IZQUIERDA	FALTA DE ESPECIALISTAS	III	ORTOPEDIA	H.U.S.J
12/10/2006	Marieny CHIRIMUSCAY	FASE LATENTE T.P	FALTA DE ESPECIALISTAS	II	GINECOLOGÍA	H.S.L.V
14/10/2006	MARIA CRUZ CHIRIMUSCAY	ABSCESO HEPÁTICO	FALTA DE ESPECIALISTAS		MEDICINA INTERNA	H.S.L.V
18/10/2006	LUZ MARY PILLIMLE	TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA	FALTA DE ESPECIALISTAS	III	MEDICINA INTERNA	H.U.S.J
20/10/2006	MARIA ISABEL CALAMBAS	EMBARAZO POSDATAL	FALTA DE ESPECIALISTAS	II	GINECOLOGÍA	H.S.L.V
27/10/2006	MARIA PIEDAD MORALES	APP	FALTA DE ESPECIALISTAS	III	GINECOLOGÍA	H.U.S.J

HOSPITAL NIVEL I SAN CARLOS
SILVIA – CAUCA

INFORME DE REFERENCIAS CONTINUAS PRESTADAS EN OCHO MESES SEPTIEMBRE, OCTUBRE Y NOVIEMBRE DE
2006
NOVIEMBRE 2006

FECHA	NOMBRE	REFERENCIA		INSTITUCIÓN RECEPTORA		
		DIAGNOSTICO	MOTIVO	NIVEL	ESPECIALIDAD	NOMBRE
01/11/2006	JULIETH PUYO PANCHO	SEPSIS NEONATAL	FALTA DE ESPECIALISTAS	III	NEONATOLOGIA	HUSJ
02/11/2006	FRANCIA NA DU RODRIGUEZ	FASE LATENTE DEL TRABAJO DE PARTO	FALTA DE ESPECIALISTAS	II	GINECOLOGIA	HSLV
05/11/2006	WILLIAM VELASCO	FX TORACO ABDOMINAL	FALTA DE ESPECIALISTAS	II	CIRUGIA	HSLV
07/11/2006	ROSA PUYO PUSQUE	NAC II	FALTA DE ESPECIALISTAS	II	MEDICINA INTERNA	HSLV
08/11/2006	FLORES MIRO PATINO	IAM	FALTA DE ESPECIALISTAS	III	MEDICINA INTERNA	HUSJ
12/11/2006	ARBEY ALEXANDER VELAZCO	FRACATURA DE FEMUR Y ROTULLA	FALTA DE ESPECIALISTAS	III	ORTOPEDIA	ESTANCIA

15/11/2006	JANETH LILIANA	ABORTO INCOMPLETO	FALTA DE ESPECIALISTAS	III	GINECOLOGIA	HUSJ
15/11/2006	MARIA CRISTINA BRACHIER	ABDOMEN AGUDO	FALTA DE ESPECIALISTAS	II	CIRUGIA	HSLV
18/11/2006	NOHEMI CHASLENDI PACHO	ABORTO INCOMPLETO	FALTA DE ESPECIALISTAS	II	GINECOLOGIA	HSLV
20/11/2006	MARIA JESUS TUMIÑA	ABDOMEN AGUDO	FALTA DE ESPECIALISTAS	III	CIRUGIA	ESTANCIA
21/11/2006	MARITZA PAJA	ATONIA UTERINA	FALTA DE ESPECIALISTAS	III	GINECOLOGIA	HUSJ
24/11/2006	ANA RUTH PEÑA	DNT CRONICA	FALTA DE ESPECIALISTAS	III	MEDICINA INTERNA	HUSJ
02/11/2006	MOISES ALEXANDER PECHENE	OSTEOMIELITIS	FALTA DE ESPECIALISTAS	II	ORTOPEDIA	HSLV
26/11/2006	ANA LUCIA YALANCA	HEMORRAGIA DEL 2 TRIMESTRE	FALTA DE ESPECIALISTAS	II	GINECOLOGIA	HSLV
26/11/2006	LUCIANO FLORES	HERIDA MUÑECA DERECHA	FALTA DE ESPECIALISTAS	III	CIRUGIA	HUSJ
28/11/2006	FANNY JANETH CAMAYO	AMENAZA DE ABORTO	FALTA DE ESPECIALISTAS	II	GINECOLOGIA	HSLV
29/11/2006	MARINA YONDA	CONJUNTIVITIS AGUDA	FALTA DE ESPECIALISTAS	III	MEDICINA INTERNA	HUSJ
30/11/2006	MARIBEL FERNÁNDEZ	VASCULITIS POR LUPUS	FALTA DE ESPECIALISTAS	III	MEDICINA INTERNA	HUSJ

