

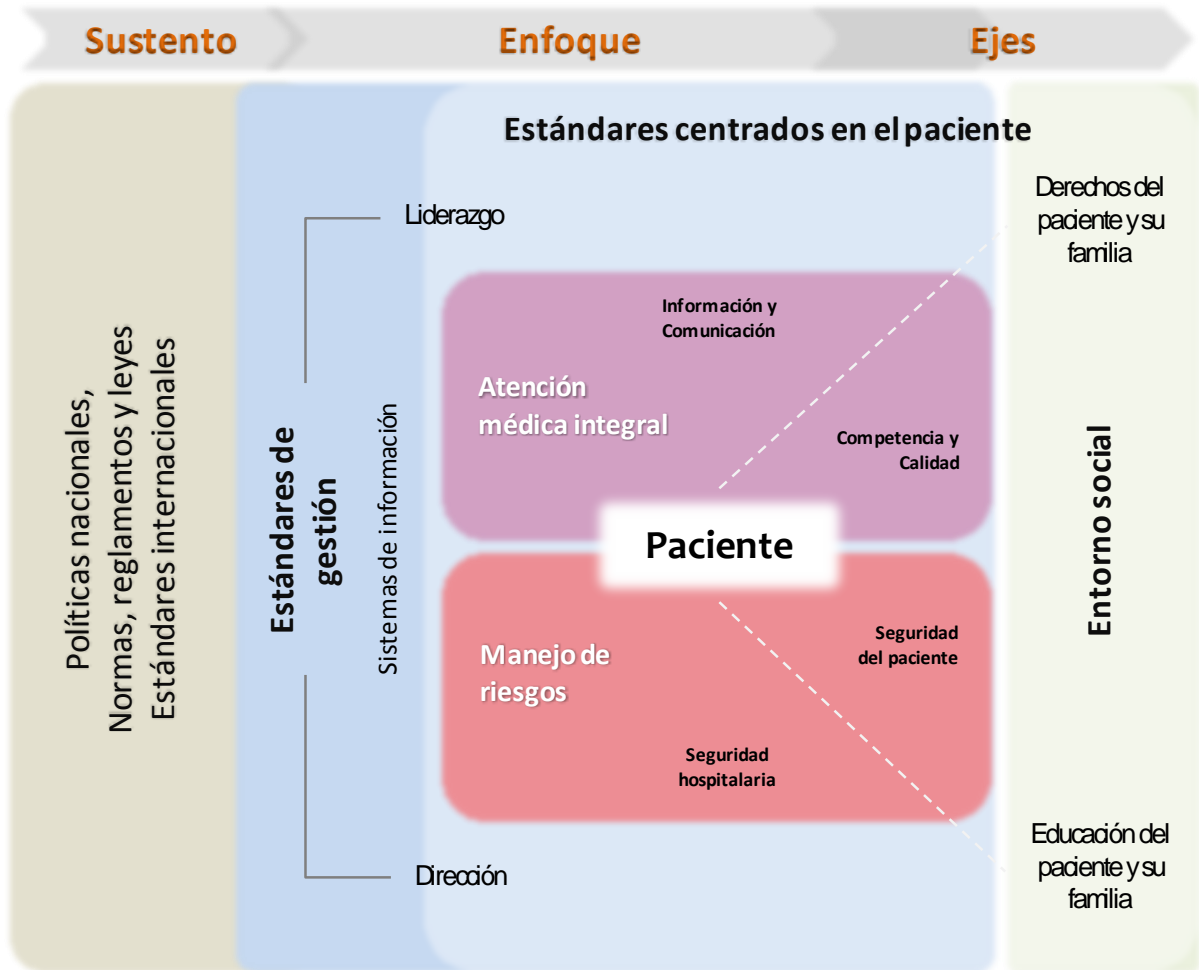
# Instituto Nacional de Pediatría



**MANUAL PARA LA REFERENCIA Y  
CONTRARREFERENCIA DE PACIENTES DEL  
INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA**

**2011**

**POLÍTICA DE CALIDAD**



Instituto Nacional de Pediatría  
 Insurgentes Sur No. 3700-C  
 Col. Insurgentes Cuicuilco  
 Delegación Coyoacán  
 C.P. 04530 México D.F.  
 Correo electrónico: [pediatria\\_inp@prodigy.net.mx](mailto:pediatria_inp@prodigy.net.mx)

**ISBN: P e n d i e n t e**

**DIRECTORIO**

**Dr. Guillermo Alberto Sólon Solomón Santibáñez**  
Director General

**Dr. Jaime Ramírez Mayans**  
Director Médico

**Dr. Pedro Gutiérrez Castellón**  
Director de Investigación

**Dr. José N. Reynes Manzur**  
Director de Enseñanza

**C.P. Alejandro Martínez Fragoso**  
Director de Administración

**Dr. Juan Pablo Villa Barragán**  
Director de Planeación

**ELABORARON**

**Dra. María de la Luz Iracheta Gerez**  
Subdirectora de la Consulta Externa

**ÍNDICE**

	<b>Página</b>
<b>I. PRESENTACIÓN.....</b>	<b>5</b>
<b>II. ANTECEDENTES.....</b>	<b>6</b>
<b>III. JUSTIFICACIÓN.....</b>	<b>7</b>
<b>IV. BASE JURÍDICA.....</b>	<b>8</b>
<b>V. OBJETIVOS.....</b>	<b>11</b>
<b>VI. ACTIVIDADES CLAVE.....</b>	<b>11</b>
<b>VII. LINEAMIENTOS.....</b>	<b>12</b>
<b>7.1. GENERALES</b>	
<b>7.2 DE OPERACIÓN</b>	
<b>VIII. PROCEDIMIENTOS DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA.....</b>	<b>20</b>
<b>IX. CONTROL.....</b>	<b>44</b>
<b>9.1 INFORMACION</b>	
<b>9.2 SUPERVISION</b>	
<b>9.3 EVALUACION DEL PROGRAMA</b>	
<b>X. GLOSARIO DE TÉRMINOS.....</b>	<b>46</b>
<b>XI. LISTA DE PADECIMIENTOS POR NIVEL DE ATENCION.....</b>	<b>51</b>
<b>XII. DOCUMENTOS DE REFERENCIA.....</b>	<b>59</b>

## **I. PRESENTACIÓN**

Las políticas actuales de salud buscan transformar el sistema actual para modernizarlo y hacerlo más eficiente además de proporcionar una atención al usuario de máxima calidad.

Las demandas crecientes de atención médica de la población abierta, la transición epidemiológica que vive el país, y la necesidad de incrementar la calidad de la atención médica ofrecida al usuario, han hecho del envío de pacientes un procedimiento cada vez más utilizado.

Este instrumento está integrado por los siguientes apartados:

- 1) Lineamientos Generales,
- 2) Metodología y Procedimientos,
- 3) Indicadores de Funcionamiento del Proceso,
- 4) Relación de Padecimientos por Nivel de Atención,
- 5) Catálogo de Servicios por Unidad,
- 6) Directorio de Hospitales,

## **II. ANTECEDENTES**

En el Distrito Federal y Estado de México, por su condición demográfica, socioeconómica e industrial, se concentra un alto porcentaje de población asegurada cuyos hijos menores son protegidos por la Seguridad Social.

Los esfuerzos por lograr una adecuada coordinación entre las unidades de salud de los tres niveles, han sido diversos, tanto de manera general como particular; en el ámbito pediátrico, han llevado a la elaboración de del manual de Referencia y Contrarreferencia del INP que ha servido de base para la elaboración de manual del comité de referencia y contrarreferencia del Distrito Federal y Área Conurbada, y ha sido tomado también como base para la elaboración del manual de CCINSHAE para estandarizar los procedimientos de referencia y contrarreferencia.

### **III. JUSTIFICACIÓN**

Si bien se ha logrado un importante desarrollo de los servicios médicos, en la actualidad grandes sectores de la población no tienen acceso a la seguridad social ni a la atención privada, por lo que acuden a libre demanda a recibir atención en los servicios médicos para población abierta.

Es común que este grupo de población solicite el servicio en un nivel de atención que no corresponde; lo cual genera distribución irregular de las cargas de trabajo, sobre ocupación de algunas unidades médicas con subutilización de otras, inconformidad de usuarios y prestadores de servicios y dispendio de recursos humanos y materiales.

Resulta más costoso atender problemas de salud simples en una unidad médica que cuenta con alta tecnología, que atenderlos en el nivel de atención que le corresponde.

De investigaciones que se han realizado sobre los problemas que se presentan en las referencias se ha concluido que se deben en su mayoría a la falta de comunicación médica.

Esta situación resulta más problemática en el área metropolitana debido a la concentración de población que ahí reside y a que conviven necesariamente servicios médicos pertenecientes a tres diferentes ordenes administrativos a decir: Gobierno Federal, Gobierno del Distrito Federal y Gobierno del Estado de México, sin contar los servicios de seguridad social y asistencia privada.

Este Manual de Referencia y Contrarreferencia de Pacientes Pediátricos de Población Abierta del INP constituye una herramienta administrativa dirigida a mejorar la coordinación entre las diferentes unidades de atención médica involucradas, con el objetivo de elevar la calidad del servicio que se brinda a este grupo poblacional mediante una atención integral, oportuna y de optimización de recursos, con lo que se intenta resolver:

- ✓ Retrasos de Atención
- ✓ Duplicidad de Recursos y esfuerzos
- ✓ Elevación de costos

✓ Interrupción de tratamientos y desplazamiento innecesario de pacientes; traduciéndose en insatisfacción de los usuarios, tanto externos (pacientes) como internos (personal de salud que utiliza el sistema).

El esfuerzo de coordinación tiene el fin de promover una participación responsable y organizada de todos los elementos del sistema para beneficio de la población.

## **IV. BASE JURÍDICA**

### **4.1 Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos**

Artículo 4 Párrafo III

“Toda persona tiene derecho a la Protección de la Salud. La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las Entidades Federativas en materia de salubridad general”.

### **4.2 Ley General de Salud**

Título Tercero, Capítulo I

Artículo 26 “Para la organización y administración de los servicios de salud, se definirán criterios de distribución del universo de usuarios, regionalización y escalonamiento de los servicios, así como de universalización de cobertura. “Artículo 53 “La Secretaría de Salud y los gobiernos de las Entidades Federativas en el ámbito de sus respectivas competencias, establecerán los procedimientos para regular las modalidades de acceso a los servicios públicos a la población en general y a los servicios sociales y privados.

“Artículo 54”. Las autoridades sanitarias competentes y las propias instituciones de salud, establecerán procedimientos de orientación y asesoría a los usuarios sobre el uso de los servicios de salud que requieran, así como mecanismos para que los usuarios o solicitantes presenten sus quejas, reclamaciones y sugerencias respecto de la prestación de los servicios de salud y en relación a la falta de probidad en su caso, de los servicios públicos”.

#### **4.3 Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica**

Artículo 15 “En lo referente a la regionalización de servicios médicos se tomará en cuenta el diagnóstico de salud, la accesibilidad geográfica, otras unidades médicas instaladas y la aceptación de los usuarios, considerando los dictámenes técnicos de los órganos correspondientes de la Secretaría, con el fin de instalar unidades tendientes a la autosuficiencia regional así como el desarrollo del municipio”.

Artículo 16 “La Atención Médica será otorgada conforme a un escalonamiento de los servicios de acuerdo a la clasificación del modelo que la Secretaría determine”. Artículo 46 “Las autoridades sanitarias competentes y las propias instituciones de salud, establecerán procedimientos de orientación y asesoría a los demandantes y usuarios sobre el uso de los servicios que requieran”.

Artículo 74 “Cuando los recursos del establecimiento no permitan la resolución definitiva del problema se deberá transferir al usuario a otra institución del sector, que asegure su tratamiento y que estará obligado a recibirlo”.

#### **4.4 Acuerdo No. 79, relativo a la aplicación, instrumentación y actualización del Manual de la Referencia y Contrarreferencia de Pacientes y envío de muestras y especímenes.**

“El Manual de Referencia y Contrarreferencia de pacientes es un instrumento elaborado por la Secretaría de Salud, con la participación de las instituciones del Sector que atienden a población abierta, con el propósito de que en sus tres niveles de atención se cuente con un documento normativo que facilite la atención de los pacientes que acuden a solicitar servicios”. “Este Manual es de observancia obligatoria para las unidades de atención médica de la Secretaría de Salud”.

#### **4.5 Reglamento Interior de la Secretaría de Salud**

Artículo 16. Corresponde a la Dirección General de Calidad y Educación en Salud:

I. Proponer las bases para el establecimiento y conducción de la política nacional en materia de servicios de atención médica y asistencia social, así como para el establecimiento y desarrollo de los modelos de atención a la salud.

II. Definir las Normas, Políticas y Estrategias para mejorar la calidad de los servicios de atención médica y asistencia social, así como supervisar su cumplimiento.

III. Elaborar y expedir las normas oficiales mexicanas a que deberá sujetarse la prestación de los servicios de salud de las instituciones públicas, sociales y privadas, así como vigilar su cumplimiento.

IV. Verificar, controlar y evaluar, en coordinación con las unidades administrativas competentes, la operación y funcionamiento de todo tipo de establecimiento de servicios de salud, y la prestación de éstos con excepción de los destinados a los servicios de salud mental.

#### **4.6 Norma Oficiales Mexicanas Relacionadas**

4.6.1 NOM 007 Para la atención del embarazo, parto y puerperio y la atención del recién nacido.

4.6.2 NOM-020-SSA2-1994, Para la prestación de servicios de atención médica en unidades móviles tipo ambulancia.

4.6.3 NOM-031-SSA2-1999, Para la atención de la salud del niño y del adolescente.

4.6.4 NOM-168-SSA-1998, Del expediente clínico.

4.6.5 NOM-178-SSA1-1998, Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios.

4.6.6 NOM-197-SSA1-2000, Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada.

4.6.7 NOM-206-SSA1-2002, Regulación de los servicios de salud. Que establece los criterios de funcionamiento y atención en los servicios de urgencias de los establecimientos de atención médica.

## **V. OBJETIVOS**

### **5.1 GENERAL**

Consolidar un sistema escalonado que favorezca la atención pediátrica integral, oportuna, permanente y continua, entre los niveles de atención médica, a través de un proceso estandarizado de referencia de pacientes entre las instituciones participantes.

### **5.2 ESPECIFICOS**

- 5.2.1 Evitar desplazamientos y gastos innecesarios de los pacientes en su atención médica.
- 5.2.2 Favorecer la continuidad del tratamiento de los pacientes pediátricos.
- 5.2.3 Atender la patología pediátrica en el nivel correspondiente, de acuerdo a su complejidad.
- 5.2.4 Elevar la satisfacción de usuarios, por el manejo médico recibido.
- 5.2.5 Evitar la duplicidad de esfuerzos del personal y dispendio de recursos las instituciones de salud.

## **VI. ACTIVIDADES CLAVE**

- 6.1 Fortalecimiento de la coordinación interinstitucional.
- 6.2 Regionalización de unidades que brindan atención médica pediátrica a población abierta.
- 6.3 Estandarización del procedimiento específico de referencia y contrarreferencia de pacientes pediátricos.
- 6.4 Estandarización del formato de Referencia-Contrarreferencia.

- 6.5 Estandarización de la hoja de registro local del sistema de Referencia y Contrarreferencia.
- 6.7 Actualización periódica y permanente del directorio de unidades.
- 6.8 Evaluación trimestral de los indicadores del sistema.

## VII. LINEAMIENTOS

### 7.1. GENERALES

- 7.1.1 La Referencia-Contrarreferencia es un procedimiento administrativo de coordinación que emana del Modelo de Atención a la Salud para Población Abierta.
- 7.1.2 La Referencia-Contrarreferencia de pacientes pediátricos se realizará en el marco de los lineamientos nacionales que norman esta actividad.
- 7.1.3 Las instituciones participantes suscribirán el compromiso de apego a la normativa vigente que rige la materia.
- 7.1.4 El INP es integrante del **El Comité de Referencia y Contrarreferencia Pediátrica del Distrito Federal y Área Conurbada del Estado de México.**
- 7.1.5 Para el cumplimiento de los Lineamientos, los tres niveles de atención asumirán los derechos y obligaciones correspondientes.
- 7.1.6 Los integrantes del Comité se reunirán trimestralmente para evaluar la operación de los procedimientos; los integrantes de la asamblea se reunirán cada cuatro meses para la toma de decisiones sobre situaciones específicas.
- 7.1.7 Se asignará un responsable por unidad operativa, a fin de coordinar y vigilar el adecuado desarrollo de actividades, sin soslayar que la responsabilidad de la adecuada operación del Sistema, recae en los Jefes Jurisdiccionales, y los Directores de Unidades Operativas o el Jefe del Servicio de Pediatría en su caso.
- 7.1.8 Cada institución aplicará su clasificación socioeconómica de acuerdo a sus lineamientos internos.
- 7.1.9 Los estudios de laboratorio y rayos “X” serán utilizados por los tres niveles de atención, evitando dispendio, optimizando tiempos y disminuyendo costos de atención; solamente se repetirán los estudios en forma estrictamente justificada lo cual deberá supervisarse periódicamente.

7.1.10 En los casos de atención a padecimientos transmisibles de notificación obligatoria, el personal de la unidad donde ocurrió el primer contacto, será el responsable de dicha notificación, a fin de evitar duplicidades.

7.1.11 En los casos médicos legales, el personal de la unidad de primer contacto será el responsable de la notificación al Ministerio Público correspondiente, anexando el número de averiguación previa y/o notificación del caso.

7.1.12 La Red de Servicios estará integrada por la totalidad de las unidades operativas pertenecientes a las instituciones participantes. Los lineamientos serán aplicables en las unidades médicas de los tres niveles de atención pediátrica en el D.F. y área conurbada del Estado de México.

7.1.13 Los criterios para la regionalización se sustentan en:

- ✓ La complejidad de la patología
- ✓ Catálogo de servicios por unidad de atención
- ✓ Ubicación geográfica de la unidad (en la capital del estado sede)
- ✓ Tendencia y flujo natural de desplazamiento (red carretera y flujo comercial)

Para fines de la regionalización en el área metropolitana y zonas conurbadas se dividirán en dos regiones: Norte y Sur.

Se sugiere para la regionalización de los tres hospitales federales lo siguiente:

HOSPITAL	DELEGACIONES DE INFLUENCIA
Juárez de México	Azcapotzalco
	Venustiano Carranza
	Cuajimalpa
	Gustavo A. Madero
	Miguel Hidalgo
General de México	Iztapalapa
	Iztacalco
	Benito Juárez
	Cuahuhtemoc
Dr. Manuel Gea González	Alvaro Obregón
	Coyoacan
	Magdalena Contreras
	Milpa Alta
	Tlahuac
	Tlalpan
Xochimilco	

Para el Estado de México

Lado oriente al Hospital General “Dr. Manuel Gea González” de Texcoco a Ecatepec oriente antes de la Avenida Central.

Lado Poniente al Hospital Juárez de México de Ecatepec Poniente después de Av Central hasta Marabatio y Tonicato.

7.1.14 La operación se realizará mediante el uso de los instrumentos de trabajo siguientes:

- ✓ Catálogo de servicios por unidad de atención
- ✓ Lista de Padecimientos por niveles de atención
- ✓ Formato de Referencia-Contrarreferencia y hoja de transferencia
- ✓ Directorio de Unidades
- ✓ La región en que se encuentre el domicilio del paciente.

7.1.15 Si el paciente es derechohabiente de alguna institución de seguridad social se referirá a la unidad que le corresponda.

7.1.16 Un paciente es aceptado tomando en cuenta la complejidad de su padecimiento y el nivel resolutivo de la unidad que lo atenderá.

7.1.17 Estos lineamientos deberán ser revisados y en su caso actualizados cuando el comité lo considere pertinente.

7.1.18 Para su operación se requerirá de la difusión institucional, y de la capacitación al personal.

## **7.2 DE OPERACIÓN**

### **7.2.1 DE LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN AMBULATORIA**

La Atención Médica para Pacientes Ambulatorios se define como el conjunto de servicios que se proporcionan en unidades fijas al individuo, cualquiera que sea su denominación, con el fin de proteger, promover y restaurar su salud (*NOM-178-SSA1-1998, Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios*); esta Norma define asimismo al Paciente Ambulatorio como: aquel usuario de atención médica que no necesite hospitalización.

- 7.2.1.1 Con el propósito de definir la capacidad resolutive de la unidad y lograr con ello oportunidad en la referencia, el personal médico y paramédico deberá conocer y consultar el Catálogo de Servicios por Unidad de Atención y Lista de Padecimientos por Niveles de Atención.
- 7.2.1.3 En todos los casos deberá efectuarse el registro de dichos pacientes mediante los documentos necesarios (expediente clínico, y los documentos normativos del sistema de Referencia Contrarreferencia).
- 7.2.1.4 Se comunicará al familiar del paciente el motivo de la referencia ambulatoria, se proporcionará el formato previamente llenado, se le indicará nombre y domicilio de la unidad y se le detallará el procedimiento a seguir, enfatizando la importancia de su regreso a la unidad de origen, acompañado de la hoja de contrarreferencia.
- 7.2.1.5 Será responsabilidad del padre o tutor llevar al paciente a la brevedad requerida a la unidad de referencia.

## 7.2.2 DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

- 7.2.2.1 Todo paciente pediátrico, a excepción de los casos de urgencias, deberá acudir para su atención médica a la unidad de primer nivel, más cercana a su domicilio.
- 7.2.2.2 Se realizará visita domiciliaria a los pacientes que no hayan regresado después de haber sido atendidos en otro nivel de atención con el fin de corroborar su asistencia a dichos centros y de efectuar el seguimiento que éstos requieren en el caso de que esto sea necesario.

## 7.2.3 DEL SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN

- 7.2.3.1 La forma de ingreso a la unidad de segundo nivel será mediante la referencia desde una unidad de primer nivel, o bien por otra unidad del mismo nivel; o por **transferencia del tercer nivel**.
- 7.2.3.2 Se recibirá y atenderá al paciente que presente el formato de Referencia-Contrarreferencia, procurándole **un trato preferencial** \*que evite la repetición de acciones anteriormente realizadas en la unidad que refiere con el fin de brindarle una atención oportuna y resolutive. Se le informará sobre la necesidad de acudir

nuevamente a la unidad de primer nivel, con el propósito de continuar su manejo integral.

#### 7.2.4 DEL TERCER NIVEL DE ATENCIÓN

7.2.4.1 La forma de ingreso al tercer nivel será mediante la **referencia concertada** que realicen las unidades de primero y segundo nivel, considerando para ello el Catálogo de Servicios por Unidad de Atención.

7.2.4.2 Concluida la atención se contrarreferirá al paciente con el formato correspondiente a la unidad donde debe continuar la atención pediátrica.

7.2.4.3 En todos los casos se evitará la retención del paciente con patología que no pueda ser resuelta por la unidad.

#### 7.2.5 DE LAS URGENCIAS

7.2.5.1 En el servicio de urgencias se evaluará a los pacientes determinando la gravedad del padecimiento y se iniciarán las medidas de estabilización correspondientes y se establecerá el nivel que le corresponda así como la unidad a la que deberá enviarse para continuar su atención.

7.2.5.2 El servicio de urgencias tendrá a su cargo los trámites relacionados con la Referencia y Contrarreferencia en el caso de pacientes con padecimientos graves y su procedimiento **deberá incluir la concertación de admisión del paciente en la unidad receptora** a través de un código de aceptación.

7.2.5.3 En los casos que se requiere hospitalización y no exista lugar disponible para hospitalizarlo en la unidad de primer contacto, se realizará el traslado a otra unidad del mismo nivel de atención, previo aviso a los familiares y a la unidad de referencia. Además se realizara el documento correspondiente de acuerdo a la NOM 168-1998 del Expediente Clínico.

#### 7.2.6 DEL TRASLADO INTERHOSPITALARIO

7.2.6.1 El traslado del paciente siempre será en condiciones estables. Si requiere envío a otra unidad, es indispensable gestionar su traslado, bajo las mejores condiciones de seguridad en una ambulancia que cuente con los

recursos necesarios para la atención del paciente durante el traslado, siempre con la compañía de un médico y el familiar del paciente. La ambulancia, el equipo de traslado y el médico podrán pertenecer a la unidad receptora o a la que envía, de acuerdo con las posibilidades de cada una. La unidad que proporcione la ambulancia, el equipo y el médico será la responsable del paciente durante el traslado. Si la ambulancia y el médico pertenecen a la unidad que envía al paciente la responsabilidad de esta última, terminará al momento de entregar al paciente a la unidad receptora. Una vez recibido al enfermo la unidad receptora asumirá la responsabilidad. En caso de que la unidad que envía cuente con un solo médico disponible, el paciente se podrá acompañar durante el traslado de un paramédico.

7.2.6.2 En ocasiones excepcionales podrá utilizarse una ambulancia perteneciente a una institución diferente a la que envía y a la que recibe. En estos casos la responsabilidad se compartirá entre la unidad que envía y la que proporciona los recursos para el traslado.

7.2.6.3 Antes de enviar a un paciente a otra unidad, **la unidad receptora deberá tener conocimiento del caso y haber aceptado al paciente** (referencia concertada). La comunicación se establecerá entre los médicos responsables de cada unidad. Al solicitar atención médica en la unidad de apoyo, el médico de la unidad solicitante proporcionará información sobre el diagnóstico, condición de gravedad, tratamiento previo, y evolución.

7.2.6.4 Las condiciones del traslado se acuerdan y respetan entre el médico que envía y el médico que recibe.

7.2.6.5 Una vez aceptado el paciente, la unidad que envía agilizará la movilización del mismo, informará y orientará al familiar el procedimiento de envío y la unidad receptora reservará de manera garantizada un lugar para éste.

7.2.6.6 Los casos de traslado requieren: Un resumen de la evolución del paciente durante su permanencia en la unidad que envía.

- ✓ Los resultados de los estudios paraclínicos realizados así como en su caso, la indicación de solicitar resultados pendientes y el procedimiento para obtenerlos.
- ✓ Los tratamientos aplicados y evolución durante su estancia en la unidad que envía.
- ✓ Las condiciones clínicas del paciente inmediatamente antes de iniciar el traslado.
- ✓ Causa que motivo el traslado (Apoyo al diagnóstico, saturación de las áreas, no contar con los medios necesarios para su atención, etc.)

7.2.6.7 El traslado del paciente se realiza previa autorización por escrito del familiar responsable de éste.

7.2.6.8 El médico que envía no establece compromisos sobre lo que hará o dejará de hacer la unidad receptora.

*No se permite enviar pacientes inestables, cuyo traslado sea más riesgoso que la tentativa de estabilización en la unidad de primer contacto.*

### **7.2.7 DE LA INTERCONSULTA**

7.2.7.1 Los recursos humanos o materiales disponibles en el INP podrán ser utilizados por pacientes hospitalizados en otra unidad, siempre y cuando éstos se encuentren estables para ser enviados a la a la Institución, a través de un procedimiento administrativo denominado interconsulta.

7.2.7.2 La interconsulta se realizará previo acuerdo entre quien solicita y el INP.

7.2.7.3 La solicitud será realizada por el médico tratante o por una trabajadora social, directamente con el médico responsable del servicio del que se trate. Al hacerlo, le informará sobre el diagnóstico, edad, tratamiento, estudios realizados, objetivo de la interconsulta y condiciones generales del paciente.

- 7.2.7.4 La interconsulta se llevará a cabo el día, la hora y en las condiciones acordadas. El paciente será trasladado en ambulancia INP. El traslado se realizará en compañía de un médico que conozca el caso, el familiar del paciente y un resumen clínico.
- 7.2.7.5 Durante la interconsulta, el INP, agilizará los trámites administrativos correspondientes.
- 7.2.7.6 La unidad que solicita la interconsulta se hará responsable del paciente durante los traslados al INP y durante el regreso. El INP se responsabilizará del paciente durante su permanencia en esta unidad.
- 7.2.7.7 La interconsulta se llevará a cabo en el área de la especialidad ínter consultada, habiéndose previamente registrado al paciente en el servicio de Urgencias para la evaluación clínica
- 7.2.7.8 Si el paciente requiere asistencia vital, permanecerá en el servicio de urgencias bajo vigilancia de los médicos de esa área, mientras el médico interconsultante acudirá a este sitio a prestar el servicio.

## **7.2.8 DE LA CONTRARREFERENCIA**

- 7.2.8.1 La contrarreferencia es el procedimiento por el cual un paciente que inicialmente fue enviado al INP es regresado a la unidad de primer contacto.
- 7.2.8.2 El paciente contrarreferido debe regresar con una nota que especifique el diagnóstico efectuado, con las recomendaciones para el manejo posterior y con la indicación de regresar o no, a la Institución
- 7.2.8.3 El paciente es contrarreferido al sitio de donde se envió originalmente con el fin de que se retroalimente al personal que lo refirió y de que continúe recibiendo seguimiento pediátrico.

## **VIII. PROCEDIMIENTOS DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA**

### **Propósito**

Sistematizar el flujo regulado de pacientes que requieren atención médica pediátrica, entre el INP y la Red Interinstitucional de Hospitales del Distrito Federal y Estado de México, bajo condiciones de seguridad, oportunidad y eficiencia, a fin de elevar la calidad de la Atención Médica Pediátrica.

### **Objetivo**

Estandarizar el proceso de referencia y contrarreferencia pediátrica con el fin proporcionar una atención eficaz y oportuna.

### **Alcance**

A nivel normativo, el procedimiento es aplicable a todos los servicios y departamentos del INP.

A nivel operativo, el procedimiento es aplicable al personal de los servicios y departamentos que otorgan atención de especialidad pediátrica

### **Políticas de Operación**

1. El personal operativo de otras instituciones podrá utilizar el Sistema de Referencia y Contrarreferencia, cuando demuestre algunas de las siguientes causas justificadas:  
1) Falta de la especialidad requerida, 2) Saturación del servicio, 3) Carencia o inoperancia de sus auxiliares de diagnóstico, 4) Nivel de atención médica que no corresponde a la unidad y 5) Contrarreferencia y seguimiento en unidad emisora.
2. Los responsables de la Unidad Receptora (Jefes de Consulta Externa, Hospitalización y Urgencias), aceptarán la referencia cuando sus servicios dispongan de los recursos necesarios para la atención médica y/o quirúrgica del paciente; o bien cuando a su juicio y responsabilidad, se disponga de una alternativa efectiva para la atención del mismo.

3. Para referir pacientes es indispensable contar con:
  - ✓ Autorización del Jefe del Servicio, del Director de la Institución de Salud o en su caso, del responsable en turno.
  - ✓ Clave de aceptación y/o nombre proporcionada por la unidad receptora.
  - ✓ Servicio oferente disponible en la unidad receptora.
  - ✓ Capacidad resolutive confirmada en la unidad receptora.
  - ✓ Formato específico de Referencia y contrarreferencia de cada unidad.
4. Si el paciente enviado al INP para interconsulta requiere observación en urgencias o exámenes auxiliares de diagnóstico y tratamiento,( pero no se hospitalizara) el médico que lo acompaña estará obligado necesariamente a esperar a su paciente para el traslado a su unidad de origen una vez otorgada la valoración respectiva.
5. En el caso que el paciente requiera de hospitalización, por haberse agravado o porque la atención de su padecimiento corresponda a tercer nivel de atención, la interconsulta se transformará en traslado.
6. No se permite enviar pacientes inestables, cuyo traslado sea más riesgoso que la tentativa de estabilización en la unidad de primer contacto.
7. Los costos de la atención pediátrica proporcionada por el INP estarán sujetos al tabulador institucional, por acuerdo o convenio entre las diferentes unidades ,
8. Los responsables (Jefes de Consulta Externa, Hospitalización y Urgencias), podrán concertar la contrarreferencia del paciente cuando hayan efectuado el procedimiento requerido en la interconsulta y el paciente se encuentre estable.
9. Los pacientes psiquiátricos, no podrán ser atendidos en el INP debido al riesgo para la seguridad de otros pacientes.
10. En caso de ser necesaria más información del paciente referido esta deberá ser solicitada de manera oficial de institución a institución.
11. Es responsabilidad del Jefe de Consulta Externa y de Urgencias del INP vigilar el uso razonado y adecuado del sistema, asimismo, se hará responsable de entregar a la Dirección Médica un resumen mensual.

**PROCEDIMIENTO PARA LA REFERENCIA DEL PACIENTE AMBULATORIO**

Secuencia de Etapas	Actividad	Responsable
1 Atención del paciente.	1.1 Valoración inicial del paciente. 1.2 Identifica necesidad de apoyo para la confirmación del diagnóstico de presunción y/o para el manejo terapéutico. 1.3 Consulta directorio de Unidades de apoyo. 1.4 Notifica al Responsable de la unidad.	Médico tratante de U. Emisora.
2 Autorización de Referencia.	2.1 El Responsable de la unidad en turno, autoriza la referencia.	Responsable de turno de U. Emisora
3 Solicitud de apoyo	3.1 Enlace telefónico para solicitud de apoyo. (En caso de no existir Trabajador Social, el médico tratante contacta telefónicamente con homólogo del hospital de apoyo seleccionado).	Trabajador Social / Médico tratante de U. Emisora.
4 Respuesta a solicitud de atención.	4.1 Recibe petición y analiza capacidad resolutive.  No: Dispone de capacidad resolutive.- Comunica motivo de no aceptación.  Si: Dispone de capacidad resolutive.- Concerta aceptación con unidad solicitante y proporciona código de aceptación.	Responsable en turno de la U. Receptora / Médico de guardia U. Receptora.
5 Solicitud denegada.	5.1 Cuando la unidad de apoyo no dispone de los recursos solicitados, es necesarios regresar a la actividad 1.3 y seleccionar otra unidad de apoyo.	Responsable de turno de U. Emisora / Trabajador Social.
6 Solicitud aceptada.	6.1 Concertación entre Unidades a través de código de aceptación proporcionado por la Unidad Receptora.	Responsables de turno y/o Médico tratante de ambas Unidades.

7 Información familiar del paciente a	<p>7.1 Se informa a familiar sobre el procedimiento a seguir y el motivo de la referencia ambulatoria.</p> <p>7.2 Se instruye a familiar para solicitar al médico tratante de la unidad de apoyo, su nota médica descrita en el reverso del formato normado.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Formato de referencia-contrarreferencia</li> </ul>	Trabajo Social de U. Emisora / Médico Tratante.
8 Registro	8.1 En todos los casos deberá efectuarse el registro de dichos pacientes mediante los documentos necesarios (expediente clínico, SIS, y los documentos normativos del sistema de Referencia Contrarreferencia).	Trabajo Social de U. Emisora / Médico Tratante.
<b>Termina el procedimiento.</b>		

**PROCEDIMIENTO PARA LA REFERENCIA DEL PACIENTE ATENDIDO EN UNIDADES DE PRIMER NIVEL.**

Secuencia de Etapas	Actividad	Responsable
1 Atención del paciente.	1.1 Valoración inicial del paciente. 1.2 Identifica necesidad de apoyo para la confirmación del diagnóstico de presunción y/o para el manejo terapéutico. 1.3 Consulta directorio de Unidades de apoyo. 1.4 Notifica al Responsable de la Unidad.	Médico tratante de U. Emisora.
2 Autorización de Referencia.	2.1 El Responsable de la unidad en turno, autoriza la referencia.	Responsable de U. Emisora
3 Solicitud de apoyo.	3.1 Enlace telefónico para solicitud de apoyo. (En caso de no existir Trabajador Social, el médico tratante contacta telefónicamente con homólogo del hospital de apoyo seleccionado).	Trabajador Social / Médico tratante de U. Emisora.
4 Respuesta a solicitud de atención.	4.1 Recibe petición y analiza capacidad resolutive. No: Dispone de capacidad resolutive. Comunica motivo de no aceptación. Si: Dispone de capacidad resolutive.- Concreta aceptación con unidad solicitante y proporciona código de aceptación.	Responsable en turno de la U. Receptora / Médico de guardia U. Receptora.
5 Solicitud denegada.	5.1 Cuando la unidad de apoyo no dispone de los recursos solicitados, es necesarios regresar a la actividad 1.3 y seleccionar otra unidad de apoyo.	Responsable de turno de U. Emisora / Trabajador Social.
6 Solicitud aceptada.	6.1 Concertación entre Unidades a través de código de aceptación proporcionado por la Unidad Receptora.	Responsables de turno y/o Médico tratante de ambas Unidades.

7 Información familiar del paciente a	<p>7.1 Se informa a familiar sobre el procedimiento a seguir y el motivo de la referencia desde la Unidad de Primer Nivel.</p> <p>7.2 Se instruye a familiar para solicitar al médico tratante de la unidad de apoyo, su nota médica descrita en el reverso del formato normado.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Formato de Referencia-Contrarreferencia</li> </ul>	Trabajo Social de U. Emisora / Médico Tratante.
8 Visita domiciliaria	8.1 Se realizará visita domiciliaria a los pacientes que no hayan regresado después de haber sido atendidos en otro nivel de atención con el fin de corroborar su asistencia a dichos centros y de efectuar el seguimiento que éstos requieren en el caso de que esto sea necesario.	Trabajo Social de U. Emisora
9 Registro	9.1 En todos los casos deberá efectuarse el registro de dichos pacientes mediante los documentos necesarios (expediente clínico, SIS, y los documentos normativos del sistema de Referencia Contrarreferencia).	Trabajo Social de U. Emisora / Médico Tratante.
<b>Termina Procedimiento.</b>		

**PROCEDIMIENTO PARA LA REFERENCIA DEL PACIENTE ATENDIDO EN UNIDADES DE SEGUNDO NIVEL**

Secuencia de Etapas	Actividad	Responsable
1 Adquisición de Catálogo de Servicios por U. de Atención.	1.1 Solicita al Director de la Unidad o Jefe de Jurisdicción el Catálogo de Servicios por Unidad de Atención.	Médico tratante de U. Emisora.
2 Recepción del paciente.	2.1 Recibe paciente procedente (referido) de U. de Primer nivel.  2.1 Recibe formato de referencia con resumen clínico elaborado por médico tratante de la unidad de origen o bien por otra unidad del mismo nivel; o por transferencia del tercer nivel.	Médico tratante de U. Receptora.
3 Atención del paciente.	3.1 Atiende al paciente que presente el formato de Referencia-Contrarreferencia, procurándole un trato preferencial.  3.2 Evita la repetición de acciones realizadas en la unidad que refiere con el fin de brindarle una atención ágil y resolutive.  3.3 Canaliza a servicio requerido para programar la atención.  3.4 Proporciona atención especializada, e implanta el manejo correspondiente.  3.5 En su caso, mantiene en observación al paciente y gestiona su atención por Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento, hospitalización, urgencias, cita programada o contrarreferencia.  3.6 Si procede hospitalización, documenta expediente clínico e indica a servicio respectivo, su manejo integral hasta su egreso, con contrarreferencia.  3.7 Cuando no procede hospitalización, elabora contrarreferencia <ul style="list-style-type: none"> <li>• Formato de referencia-contrarreferencia.</li> </ul>	Médico tratante de U. Receptora.

	3.8 Si se otorgó consulta externa se contrarrefiere con el formato normado, anotando resumen clínico en reverso de formato normado.	
4 Información a familiar del paciente	<p>4.1 Se le informará sobre la necesidad de acudir nuevamente a la unidad de primer nivel, con el propósito de continuar su manejo integral.</p> <p>4.2 Se proporcionará el formato de Referencia – Contrarreferencia con el resumen clínico que describe el diagnóstico efectuado, la terapéutica implantada y las recomendaciones para el manejo posterior y con la indicación.</p>	Trabajo Social de U. de Apoyo / Médico Tratante.
5 Registro	5.1 En todos los casos deberá efectuarse el registro de dichos pacientes mediante los documentos necesarios (expediente clínico, SIS, y los documentos normativos del sistema de Referencia Contrarreferencia).	Trabajo Social de U. Receptora / Médico Tratante.
6 Referencia a U. de mayor Capacidad Resolutiva	6.1 En caso de que la Unidad de segundo nivel que recibe al paciente, no haya dispuesto oportunamente de los requerimientos necesarios para la solución del problema de salud (falta de capacidad resolutiva), realizará la referencia del paciente a una Unidad de tercer nivel.	Médico Tratante de U. Receptora.
<b>Termina Procedimiento.</b>		

**PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN MÉDICA EN UNIDADES DE TERCER NIVEL  
 Y/O TRANSFERENCIA**

Secuencia de Etapas	Actividad	Responsable
1 Adquisición de Catálogo de Servicios por U. de Atención.	1.1 Solicita al Director de la Unidad o Jefe de Jurisdicción el Catálogo de Servicios por Unidad de Atención.	Médico tratante de U. Receptora.
2 Recepción del paciente.	2.1 Recibe solicitud telefónica por parte de Unidad Emisora y concerta con médico solicitante la fecha y la hora de aceptación, proporcionando su nombre, servicio que recibe y folio.  2.2 Recibe paciente procedente (referido) de U. de Segundo Nivel.  2.3 Recibe formato de referencia con resumen clínico elaborado por médico tratante de la unidad de emisora o bien por otra unidad del mismo nivel.	Médico tratante de U. Receptora.
3 Atención del paciente.	3.1 Atiende al paciente que presente el formato de Referencia-Contrarreferencia, procurándole un trato preferencial.  3.2 Evita la repetición de acciones realizadas en la unidad que refiere con el fin de brindarle una atención ágil y resolutive.  3.3 Canaliza a servicio requerido para programar la atención.  3.4 Proporciona atención especializada, e implanta el manejo correspondiente.  3.5 En su caso, mantiene en observación al paciente y gestiona su atención por Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento, hospitalización, urgencias, cita programada o transferencia.  3.6 Si procede hospitalización, documenta expediente clínico e indica a servicio respectivo, su manejo integral hasta su egreso, con contrarreferencia.	Médico tratante de U. Receptora.

	<p>3.7 Cuando no procede hospitalización, elabora contrarreferencia</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Formato de referencia-contrarreferencia o transferencia.</li> </ul> <p>3.8 Si se otorgó consulta externa se contrarrefiere con el formato normado, anotando resumen clínico en reverso de formato normado.</p>	
4 Información a familiar del paciente	<p>4.1 Se le informará sobre la necesidad de acudir nuevamente a la unidad emisora, con el propósito de continuar su manejo integral.</p> <p>4.2 Se proporcionará el formato de Referencia – Contrarreferencia con el resumen clínico que describe el diagnóstico efectuado, la terapéutica implantada y las recomendaciones para el manejo posterior y con la indicación.</p>	Trabajo Social de U. de Apoyo / Médico Tratante.
5 Registro	5.1 En todos los casos deberá efectuarse el registro de dichos pacientes mediante los documentos necesarios (expediente clínico, SIS, y los documentos normativos del sistema de Referencia Contrarreferencia).	Trabajo Social de U. Receptora / Médico Tratante.
6 Transferencia	<p>6.1 En caso de que la complejidad del padecimiento del paciente, no corresponda a la Unidad Receptora, será transferido a la que le corresponda de acuerdo con su capacidad resolutive y nivel de atención.</p> <p>6.1 En todos los casos se evitará la retención del paciente con patología que no deba ser resuelta por la unidad</p>	Médico Tratante de U. Receptora.
<b>Termina procedimiento.</b>		

**Transferencia:** Es el envío del paciente que, inicialmente fue mandado con nota de referencia por otra unidad, y requiere ser reubicado al nivel de complejidad correcto según su padecimiento.

**PROCEDIMIENTO PARA EL TRASLADO INTERHOSPITALARIO**

Secuencia de Etapas	Actividad	Responsable
1 Adquisición de Catálogo de Servicios por U. de Atención.	<p>1.1 Toda Unidad Médica cuya capacidad resolutive le permita ofrecer atención médica de urgencias deberá solicitar al Director de la Unidad o Jefe de Jurisdicción el Catálogo de Servicios por Unidad de Atención.</p> <p>1.2 Tener a la mano el catalogo de servicios de las unidades que conformen la red interinstitucional.</p>	Médico tratante de U. Médica.
2 Recepción y Atención del paciente	<p>2.1 Recibe paciente inestable y otorga los primeros auxilios.</p> <p>2.2 Estabiliza al paciente y promueve el traslado inmediato a la Unidad de Segundo Nivel más cercana en ambulancia y acompañado por un médico.</p>	Médico tratante de U. Emisora.
3 Aceptación por la Unidad Receptora	3.1 Acepta al paciente en las condiciones en que ha sido informado por el médico tratante de la Unidad Emisora.	Médico tratante de la U. Receptora
4 Traslado	<p>4.1 Antes de trasladar al paciente, la Unidad Receptora deberá ser informada sobre el caso y aceptar el traslado.</p> <p>4.2 Gestiona la seguridad del paciente en una ambulancia que cuente con los recursos necesarios para su atención médica durante el traslado.</p> <p>4.3 Se asegura de que vaya acompañado de un médico y/o familiar del paciente.</p> <p>4.4 Gestiona el acompañamiento de un paramédico si la Unidad que envía dispone de un solo médico.</p>	Médico tratante de U. Receptora.



## INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA

### Referencia y Contrarreferencia de Pacientes

---

---

5 Registro	5.1 En todos los casos deberá efectuarse el registro de dichos pacientes mediante los documentos necesarios (expediente clínico, SIS, y los documentos normativos del sistema de Referencia Contrarreferencia).	Trabajo Social de U. Emisora y Receptora / Médico Tratante.
6 Información a Familiares	6.1 Informa a los familiares sobre las condiciones del paciente, la Unidad donde será trasladado y solicita autorización.	Médico Tratante de U. Emisora.
<b>Termina Procedimiento.</b>		

**PROCEDIMIENTO PARA SOLICITUD DE INTERCONSULTA**

Secuencia de Etapas	Actividad	Responsable
1. Adquisición de Catálogo de Servicios por U. de Atención.	<p>1.1 Toda Unidad Médica cuya capacidad resolutive le permita ofrecer atención médica de urgencias deberá solicitar al Director de la Unidad o Jefe de Jurisdicción el Catálogo de Servicios por Unidad de Atención.</p> <p>1.2 Tener a la mano el catalogo de servicios de las unidades que conformen la red interinstitucional.</p>	Médico tratante de U. Médica.
2 Solicitud	<p>2.1 Agota los recursos para la integración del diagnóstico definitivo de pacientes hospitalizados.</p> <p>2.2 Gestiona la seguridad del paciente, en caso de requerirse el traslado del paciente a otra unidad para recibir interconsulta.</p> <p>2.3 Informa al médico interconsultante sobre las condiciones generales del paciente, así como de los estudios y terapéutica que le fueron practicados.</p>	Médico tratante de U. Emisora / Trabajador Social.
3 Concertación entre Unidad solicitante e interconsultante	<p>3.1 Concerta el servicio de interconsulta con el médico especialista de la Unidad Receptora.</p> <p>3.1 Autoriza la interconsulta e informa fecha y hora para su realización.</p>	Médico tratante de la U. solicitante. Médico tratante de la U. interconsultante.
4 Traslado	<p>4.1 Se asegura de que vaya acompañado de un médico y/o familiar del paciente.</p> <p>4.4 Gestiona la disponibilidad de una ambulancia con recursos suficientes y envía al paciente.</p>	Médico tratante de U. Emisora.
5 Agilización de interconsulta	5.1 Favorece cualquier tipo de trámite administrativo o técnico para el otorgamiento de la interconsulta.	Médico Tratante de U. EmisoraReceptora

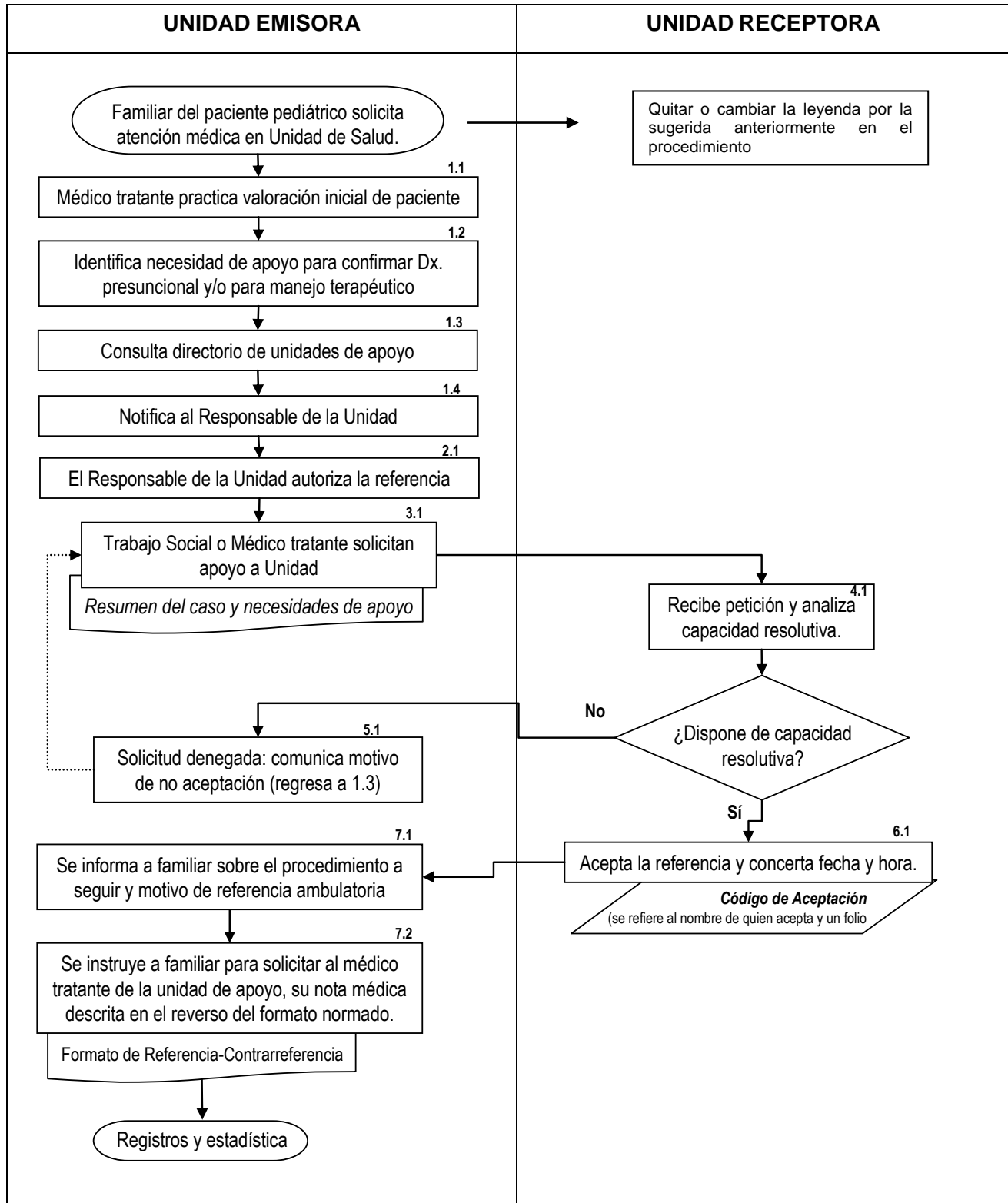
6 Seguridad del paciente	6.1 Los pacientes que requieran asistencia vital, permanecerán en el servicio de urgencias bajo vigilancia de los médicos de esa área.	Médico Tratante de U. EmisoraReceptora
7 Registro	7.1 En todos los casos deberá efectuarse el registro de dichos pacientes mediante los documentos necesarios (expediente clínico, SIS, y los documentos normativos del sistema de Referencia Contrarreferencia).	Trabajo Social de U. Emisora y Receptora / Médico Tratante.
8 Información a Familiares	8.1 Informa a los familiares sobre las condiciones del paciente.	Médico Tratante de U. EmisoraReceptora
<b>Termina Procedimiento.</b>		

**PROCEDIMIENTO PARA SOLICITUD DE CONTRARREFERENCIA**

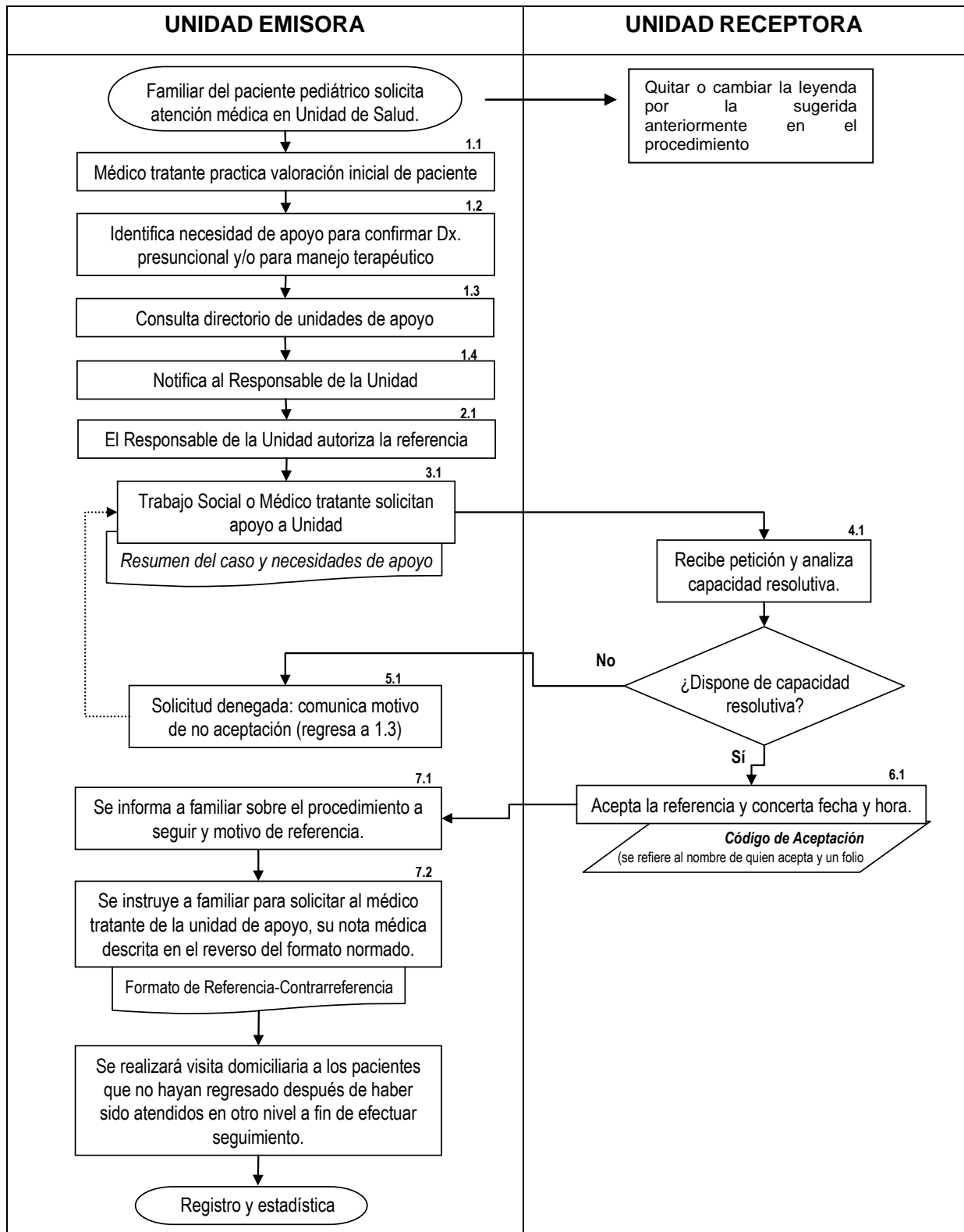
Secuencia de Etapas	Actividad	Responsable
1 Adquisición de Catálogo de Servicios por U. de Atención.	<p>1.1 Toda Unidad Médica cuya capacidad resolutive le permita ofrecer atención médica de urgencias deberá solicitar al Director de la Unidad o Jefe de Jurisdicción el Catálogo de Servicios por Unidad de Atención.</p> <p>1.2 Tener a la mano el catalogo de servicios de las unidades que conformen la red interinstitucional.</p>	Médico tratante de U. Médica.
2 Atención Médica	2.1 Se recibe paciente referido (procedente) de Unidades Médicas del mismo nivel o superior, y se realiza la intervención médica terapéutica, independientemente de que se trate de una interconsulta o no.	Médico tratante de U. Receptora / Trabajador Social.
3 Concertación entre Unidad solicitante e interconsultante	<p>3.1 Posteriormente a la intervención médica o quirúrgica, se procede al egreso del paciente y se realiza un resumen clínico que deberá ser asentado en el reverso del Formato de Referencia-Contrarreferencia. (FRC).</p> <p>3.1 Una vez asentados todos los procedimientos practicados al paciente en FRC, se le entrega una copia al paciente.</p> <p>3.2 Se indica al paciente que dicho resumen debe ser entregado en la Unidad que lo envió para su manejo médico.</p> <p>3.3 Se hace énfasis en que es muy importante que regrese a la Unidad Emisora para el seguimiento de su enfermedad.</p> <p>3.4 en los casos en que no es necesario que regrese a la Unidad Emisora, también debe ser aclarado al paciente.</p>	<p>Médico tratante de la U. solicitante.</p> <p>Médico tratante de la U. interconsultante.</p>

4 Prioridad de contrarreferencia	4.1 El paciente que recibe atención ambulatoria de un problema específico de segundo o tercer nivel de atención, se contrarrefiere inmediatamente después de la primera cita, independientemente de que tenga citas pendientes en la unidad que contrarrefiere.	Médico tratante de U. Emisora.
5 Registros	5.1 En todos los casos deberá efectuarse el registro de dichos pacientes mediante los documentos necesarios (expediente clínico, SIS, y los documentos normativos del sistema de Referencia Contrarreferencia).	Trabajo Social de U. Emisora y Receptora / Médico Tratante.
<b>Termina Procedimiento.</b>		

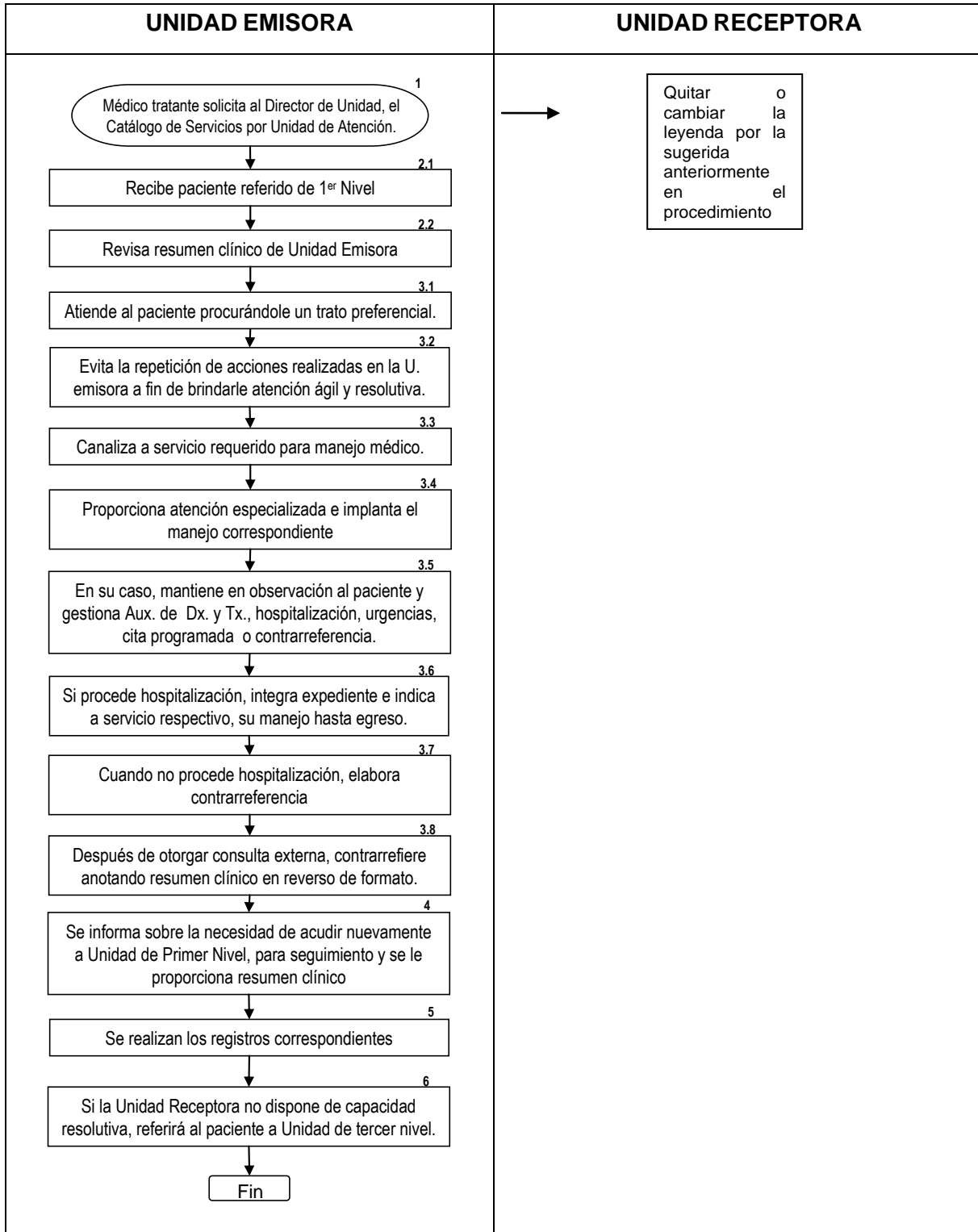
**FLUJOGRAMA DE REFERENCIA DEL PACIENTE AMBULATORIO**



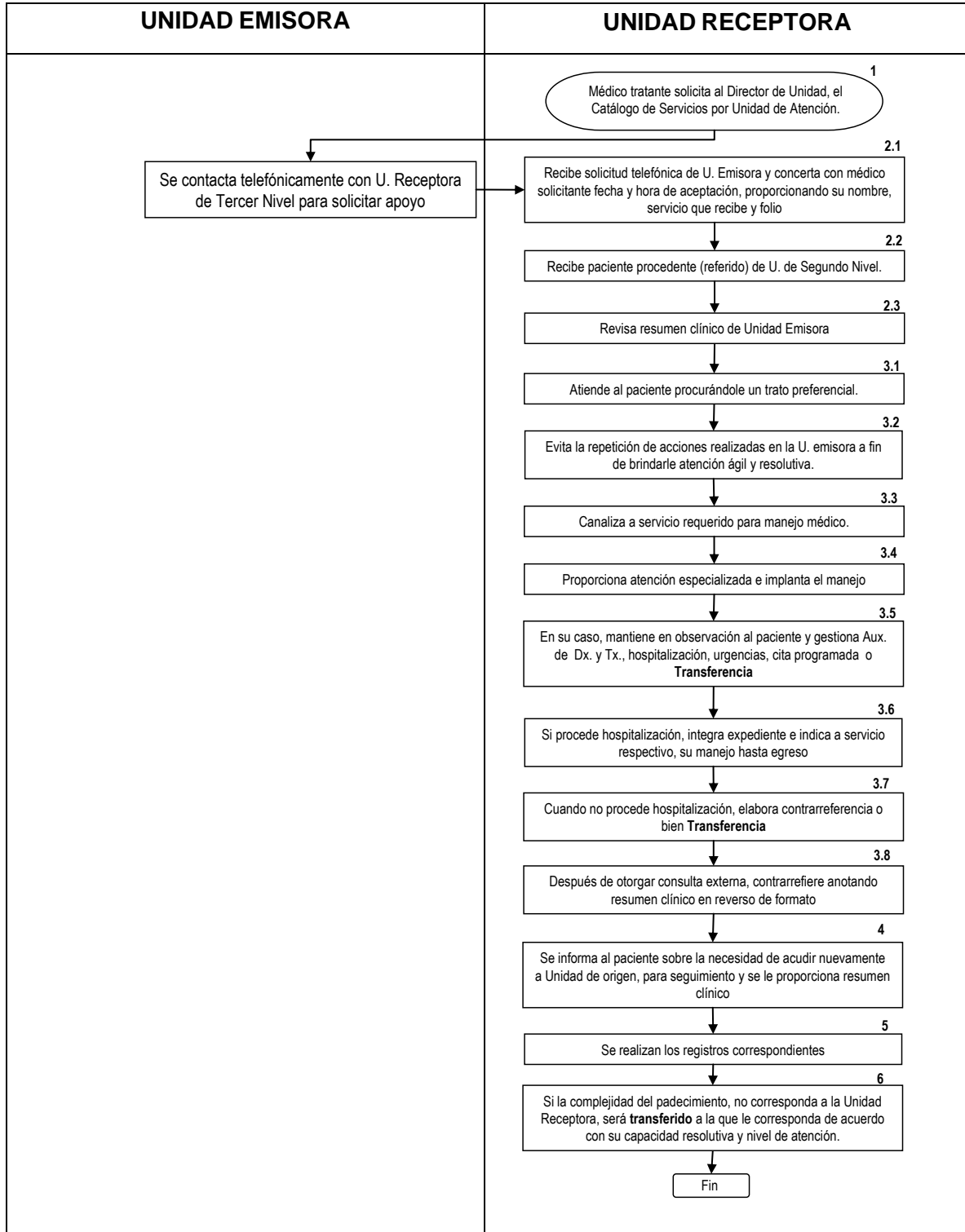
**FLUJOGRAMA DE REFERENCIA DEL PACIENTE ATENDIDO  
EN UNIDADES DE PRIMER NIVEL**



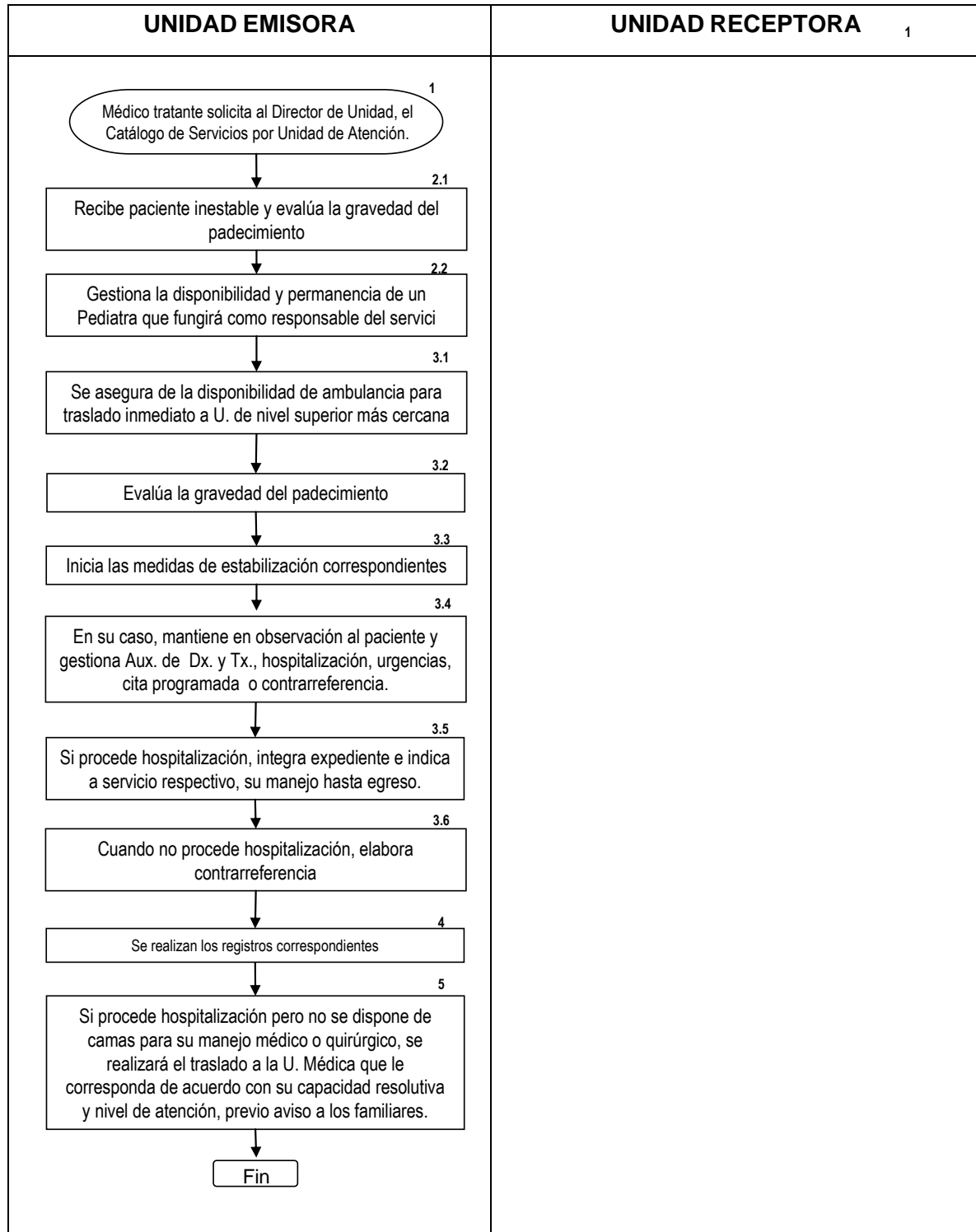
**FLUJOGRAMA DE REFERENCIA DEL PACIENTE ATENDIDO  
EN UNIDADES DE SEGUNDO NIVEL**



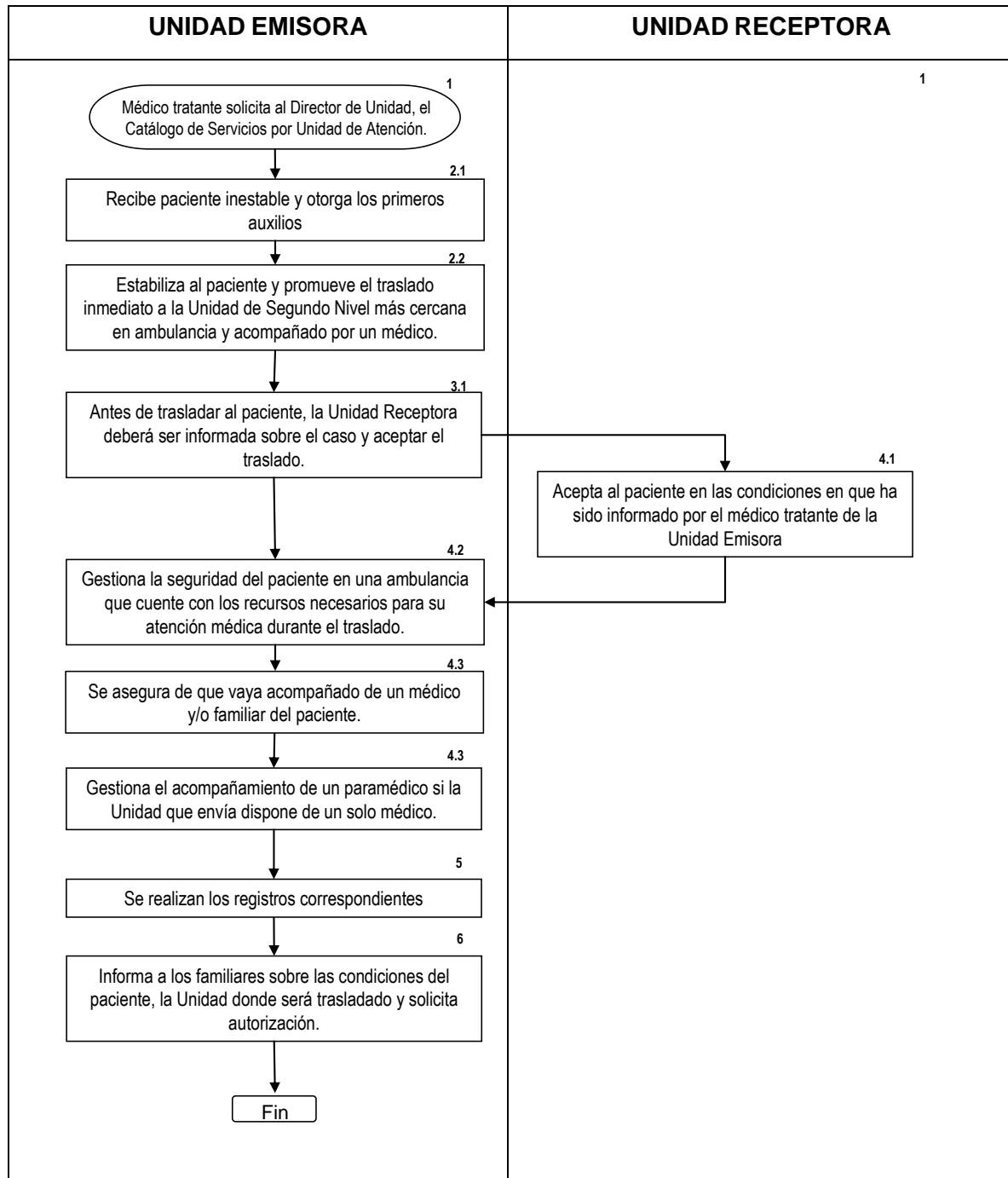
**FLUJOGRAMA DE REFERENCIA DEL PACIENTE ATENDIDO  
 EN UNIDADES DE TERCER NIVEL**



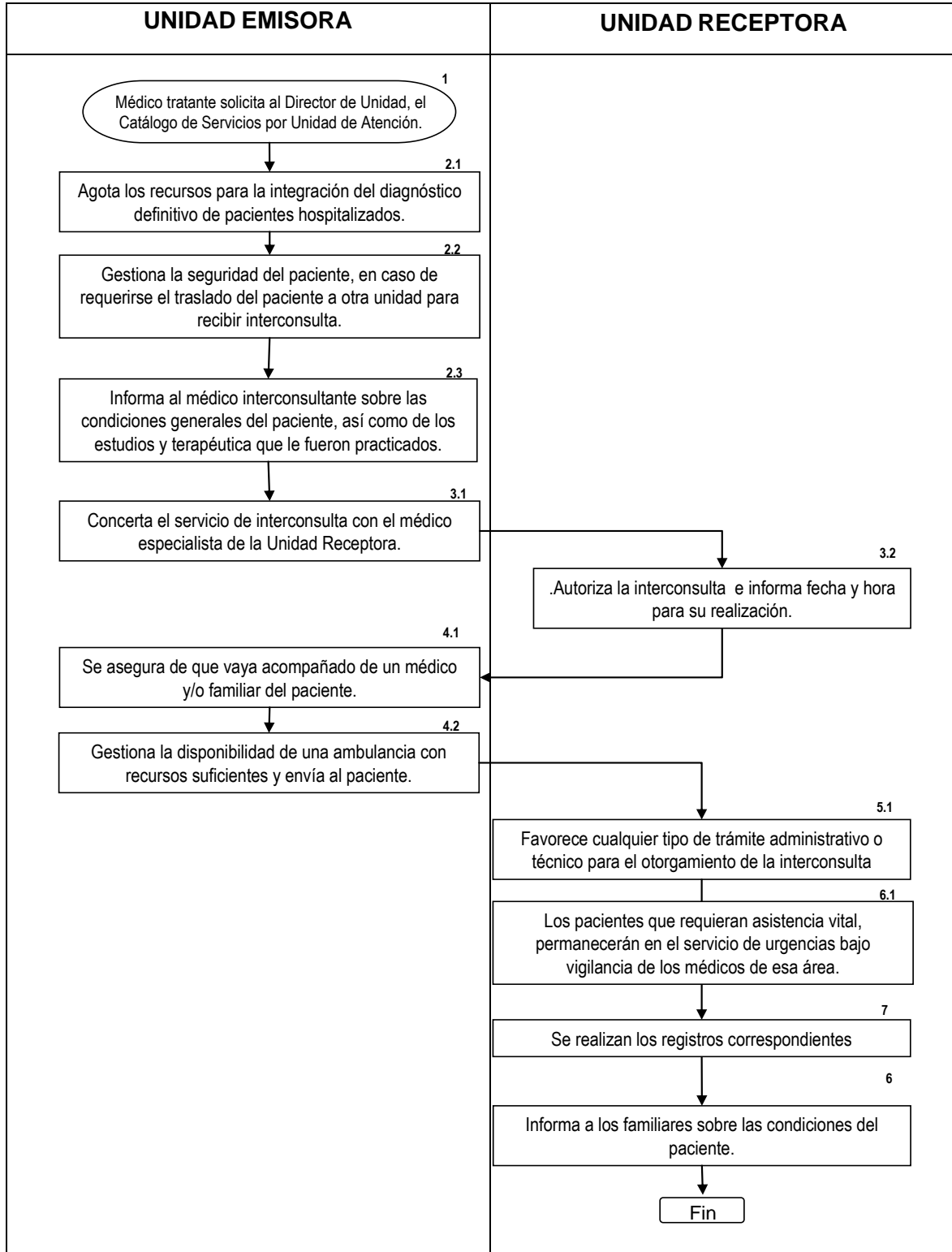
**FLUJOGRAMA DE ATENCIÓN MÉDICA Y REFERENCIA  
DEL PACIENTE ATENDIDO EN URGENCIAS**



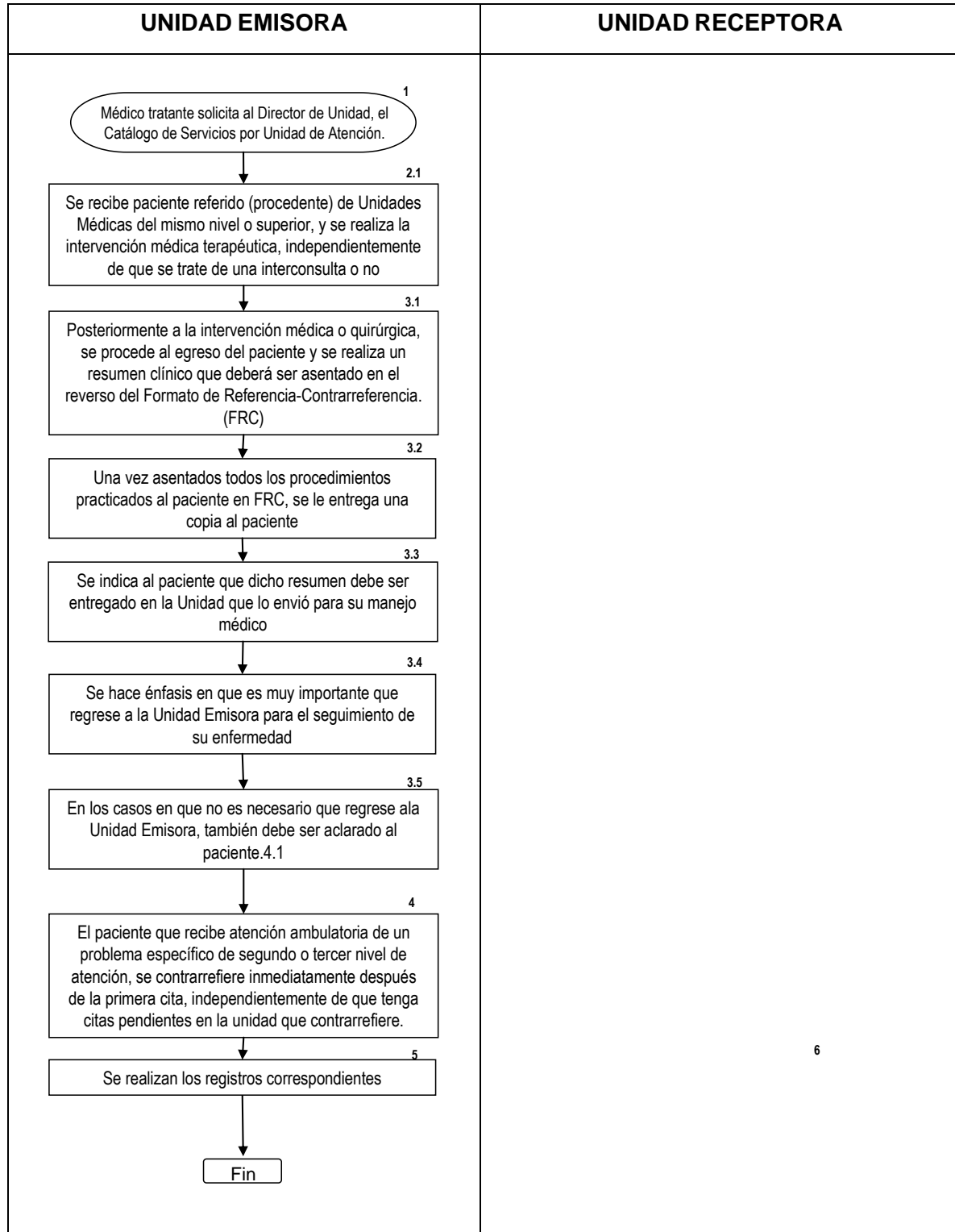
**FLUJOGRAMA DE TRASLADO INTERHOSPITALARIO**



**FLUJOGRAMA DE TRASLADO INTERCONSULTA**



**FLUJOGRAMA DE TRASLADO CONTRARREFERENCIA**



## IX. CONTROL

### 9.1 INFORMACION

- 9.1.1 Las acciones se registrarán en el Sistema Información de Salud para Población Abierta (SISPA) y en los sistemas propios de los establecimientos de tercer nivel, homologando los registros necesarios para estos procedimientos.
- 9.1.2 Se registrará **referencia**, cuando se envía un paciente mediante el formato SRC a otra unidad, con el fin de que apoye en su diagnóstico o tratamiento.
- 9.1.3 Se registrará **contrarreferencia**, cuando la unidad de apoyo, posterior a la atención del paciente referido, lo envía con su contrarreferencia a al unidad de primer contacto.
- 9.1.4 En aquellos casos que un paciente solicite directamente la atención en un nivel diferente del que requiere la complejidad de su patología, el médico que lo atiende deberá elaborar hoja de “**transferencia**” (anexo 1) anotando además en la hoja de registro diario de actividades en la columna de observaciones. Así mismo, en cada unidad operativa, deberá existir una libreta de registro para el control de la referencia y contrarreferencia.

### 9.2 SUPERVISION

9.2.1 La supervisión será de dos tipos:

- 1) Interna, realizada por personal de la propia unidad

9.2.2 La supervisión abordará aspectos como:

- 1) Conocimiento del sistema por parte del personal,
- 2) Manejo adecuado del formatote referencia,
- 3) Registro en el expediente clínico,
- 4) Utilización del Manual de Procedimientos para la Referencia Contrarreferencia de Pacientes.

### **9.3 EVALUACION DEL PROGRAMA**

9.3.1 Se deberán emitir reportes mensuales de los pacientes atendidos tanto ambulatorios como a través del servicio de urgencias, proveniente del sistema de Referencia y Contrarreferencia para evaluar el funcionamiento del sistema.

9.3.2 Los responsables de Consulta Externa y de Urgencias realizaran la evaluación los indicadores que a continuación se presentan:

**Contrarreferencia:**

Pacientes recibidos con nota de envío por unidad médica / pacientes contrarreferidos.

**Transferencia:**

Pacientes recibidos con nota de envío por unidad médica / pacientes que requirieron ser reubicados.

## X. GLOSARIO DE TÉRMINOS

<b>Actividades Clave:</b>	Desglose de líneas de acción dirigidas a elevar la eficacia del sistema.
<b>Clasificación socioeconómica:</b>	Es la selección que establece generalmente el trabajador social al paciente que recibe atención médica, teniendo como base el estudio socioeconómico y que se representa por una letra ó número según lo determine la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.
<b>Contrarreferencia:</b>	Es el procedimiento mediante el cual una vez resuelto el problema de diagnóstico y/o tratamiento se retorna al paciente a la unidad operativa que lo refirió con el fin de que se lleve a cabo el control o seguimiento y continuar con la atención integral.
<b>Guía para el tratamiento por niveles de atención:</b>	Es el instrumento que le permite al médico determinar en nivel de atención en que debe ser asistido el paciente, de acuerdo a la complejidad de su padecimiento.
<b>Primer nivel de atención:</b>	Conjunto de unidades a cargo de médicos generales ó familiares que brindan atención a pacientes ambulatorios que no requieren manejo por médico especialista, ni recursos complejos de diagnóstico y tratamiento. Representa el primer contacto del usuario con los servicios de salud y tiene primordialmente un enfoque preventivo.
<b>Procedimiento de Referencia y Contrarreferencia:</b>	Se refiere a la descripción y secuencia de actividades relacionadas con el proceso de envío y recepción de pacientes entre unidades de los tres niveles de atención médica, desagregadas por Unidad Emisora y Unidad Receptora, al cual se adjunta el flujograma correspondiente.
<b>Referencia:</b>	Es el procedimiento utilizado para canalizar al paciente de una unidad operativa a otra de mayor capacidad resolutive, con el fin de que reciba atención médica integral.
<b>Referencia Concertada:</b>	Se refiere al acuerdo (habitualmente telefónico), que establecen las unidades emisora y receptora de segundo y tercer niveles de atención, para asegurar que el paciente referido sea atendido oportunamente al llegar a la unidad de apoyo.

<b>Regionalización:</b>	Conformación de áreas geodemográficas delimitadas con el fin de planificar la presentación de los servicios, hacer uso óptimo de los recursos y responder así a las necesidades de atención a la salud particulares de la región.
<b>Segundo Nivel de atención:</b>	Conjunto de unidades hospitalarias con servicios de atención ambulatoria e internamiento de pacientes atendidos por especialistas en medicina familiar, pediatría, gineco-obstetricia, cirugía general y medicina interna, que cuentan con recursos de diagnóstico y tratamiento más complejos que el primer nivel de atención. Para el caso particular de atención pediátrica incluyen hospitales, pediátricos y materno-infantiles que carecen de sub-especialistas de todas sus ramas.
<b>SISPA:</b>	Sistema de Información de Salud para Población Abierta.
<b>Sistema de referencia y contrarreferencia de pacientes (SRC):</b>	Flujo organizado de envío y traslado de pacientes entre los tres niveles de atención médica, para facilitar el envío y recepción de pacientes, con el propósito de brindar atención médica oportuna, integral y de calidad, va más allá de los límites regionales y de los ámbitos institucionales para garantizar el acceso a los servicios de salud en beneficio del paciente referido.
<b>Tercer nivel de atención:</b>	Conjunto de unidades que tienen como funciones la investigación, docencia y asistencia; trabajan con especialistas y sub-especialistas en la materia utilizando tecnología de vanguardia.
<b>Transferencias:</b>	Es el envío del paciente que, inicialmente fue mandado con nota de referencia por otra unidad, y requiere ser reubicado al nivel de complejidad correcto según su padecimiento.
<b>Traslado:</b>	Transporte de un paciente entre dos unidades médicas utilizando una ambulancia, previo acuerdo entre las dos unidades.
<b>Valoración Inicial</b>	Se refiere a la revisión general del paciente por parte del médico, (en un consultorio ex profeso para esta actividad), quien clasifica el nivel de prioridad con que debe ser atendido y lo canaliza al consultorio o servicio correspondiente.
<b>Actividad:</b>	Conjunto de acciones afines ejecutadas por una misma persona o una misma unidad administrativa, como parte de una función asignada.

<b>Alternativa:</b>	Constituye la posibilidad de elegir entre dos opciones viables para lograr las metas y objetivos de un programa, considerando las políticas que normen el desarrollo global de la organización.
<b>Atención Especializada de Urgencia:</b>	Se refiere a la atención médica otorgada en los servicios de urgencias por parte de un especialista.
<b>Código de aceptación:</b>	Nombre del médico que acepta, servicio que recibe, fecha y hora y preferentemente folio.
<b>Contrarreferencia:</b>	Se refiere al procedimiento mediante el cual se traslada al paciente para su seguimiento en la Unidad Emisora después de haber recibido manejo médico y/o apoyo de auxiliares de diagnóstico en la Unidad Receptora.
<b>Coordinación:</b>	Es el proceso de integración de acciones administrativas de una o varias instituciones, órganos o personas, que tienen como finalidad obtener de las distintas áreas de trabajo la unidad de acción necesaria para contribuir al mejor logro de los objetivos, así como armonizar la actuación de las partes en tiempo, espacio, utilización de recursos y producción de bienes y servicios para lograr conjuntamente las metas preestablecidas.
<b>Diagnóstico:</b>	Proceso de acercamiento gradual y analítico, al conocimiento de un hecho o problema administrativo, que permite destacar los elementos más significativos de una desviación en el desarrollo de las actividades de una institución.
<b>Evaluación:</b>	Es la revisión detallada y sistemática de un proyecto, plan u organismo en su conjunto, con objeto de medir el grado de eficacia, eficiencia y congruencia con que está operando en un momento determinado para alcanzar los objetivos propuestos.
<b>Manual:</b>	Documento que contiene en forma ordenada y sistemática, información y/o instrucciones sobre diversos temas o procedimientos de una organización.
<b>Médico Tratante:</b>	Se refiere al médico del servicio de urgencias que siendo responsable del manejo médico y del seguimiento del paciente, informa al Jefe de Urgencias sobre la necesidad de solicitar apoyo a un hospital de mayor capacidad resolutive.

- Norma:** Ordenamiento imperativo y específico de acción que persigue un fin determinado, con la característica de ser rígido en su aplicación. Es la conducta o precepto que regula la interacción de los individuos en una organización, así como la actividad de una unidad administrativa o de toda una institución. La norma implica generalmente, una estructura de sanciones para quienes no la observen.
- Objetivo:** En términos de programación, es la expresión cualitativa de los propósitos para los cuales ha sido creado un programa; en este sentido, el objetivo debe responder a la pregunta ¿para qué? se formula y ejecuta dicho programa. También puede definirse como el propósito que pretende cumplirse y que especifica con claridad el ¿qué? y el ¿para qué? se proyecta y se debe realizar una determinada acción. Establecer un objetivo significa definir lo que se quiere lograr. La determinación del objetivo u objetivos generales de una institución se hace con apego a las atribuciones de cada dependencia o entidad pública y se vincula con las necesidades sociales que se propone satisfacer.
- Organización:** Se considera que una organización es una unidad social, constituida en forma deliberada con fines y objetivos predeterminados sobre una base de actuación de cierta permanencia que se rige por un orden normativo y se estructura alrededor de centros de poder y de decisión internos y externos, que regulan y controlan su operación para encaminar al cumplimiento de sus objetivos. La organización está constituida por grupos de individuos que establecen relaciones interpersonales de trabajo, determinan las divisiones y la especialización de las labores, y operan bajo una jerarquización formal de posiciones y cargos, diferenciando al individuo por el puesto, el papel o las actividades que le corresponde desempeñar. Toda la organización puede considerarse como un ente dinámico que mantiene nexos permanentes con el medio que lo rodea, al que a su vez influye en forma directa o indirecta en su funcionamiento.
- Política:** Criterios de acción que es elegida como guía en el proceso de toma de decisiones al poner en práctica o ejecutar las estrategias, programas y proyectos específicos del nivel institucional.
- Procedimiento:** Sucesión cronológica de operaciones concatenadas entre sí, que se constituyen en una unidad o tarea específica dentro de un ámbito predeterminado de aplicación.

<b>Procedimiento de Referencia y Contrarreferencia:</b>	Se refiere a la descripción y secuencia de actividades relacionadas con el proceso de envío y recepción de pacientes entre unidades de los tres niveles de atención médica, desagregadas por Unidad Emisora y unidad receptora, en el cual se adjunta el flujograma correspondiente.
<b>Red de Hospitales Federales de Referencia:</b>	Es el conjunto de Hospitales Federales de Referencia y Psiquiátricos integrados en un Grupo Corporativo.
<b>Referencia:</b>	Constituye el procedimiento mediante el cual se envía al paciente para atención a una unidad hospitalaria con mayor capacidad resolutive.
<b>Referencia Concertada:</b>	Se refiere al acuerdo (habitualmente telefónico), que establecen las unidades emisora y receptora de segundo y tercer niveles de atención, para asegurar que el paciente referido sea atendido oportunamente al llegar a la unidad de apoyo.
<b>Responsable de Turno:</b>	Persona a cargo del envío del Paciente al Servicio Requerido al Hospital al apoyo.
<b>Servicio Solicitado:</b>	Se refiere a la especialidad o área del Hospital de Apoyo a la que el paciente es referido por el servicio de urgencias del Hospital Solicitante para la resolución de determinada necesidad.
<b>Unidad Emisora:</b>	Se refiere a la Unidad Hospitalaria que remite al Hospital de Apoyo pacientes con necesidades específicas que de manera temporal o definitiva no se encuentra en posibilidad de satisfacer.
<b>Unidad Receptora:</b>	Se refiere a la Unidad Hospitalaria que generalmente dispone de mayor capacidad resolutive, y que a petición del Hospital Solicitante, brinda atención para la resolución de determinada necesidad del paciente.
<b>Valoración Inicial:</b>	Se refiere a la revisión general del paciente por parte del médico, (en un consultorio ex profeso para esta actividad), quien clasifica el nivel de prioridad con que debe ser atendido y lo canaliza al consultorio o servicio correspondiente.

## **XI. LISTA DE PADECIMIENTOS POR NIVEL DE ATENCION**

- 1.- Todas las urgencias se atienden de inmediato en el sitio de primer contacto independientemente del nivel de atención de que se trate.
- 2.- Respecto a los problemas agudos que pueden controlarse rápidamente y se espera solución total del problema específico, el paciente se atenderá en el nivel que aparece en la lista y una vez resuelto, el paciente debe regresar a recibir seguimiento pediátrico general en el primer nivel con la nota de contrarreferencia correspondiente.
- 3.- En el caso de problemas crónicos o recurrentes se espera que la atención del problema específico sea en el nivel que se indica en la lista y que el seguimiento pediátrico general sea en el nivel que aparece entre paréntesis inmediatamente después del diagnóstico.
- 4.- Se aclara que no todos los hospitales de tercer nivel de atención cuentan con todas las subespecialidades y que algunos de los hospitales de segundo nivel de atención pueden contar con algunas de ellas; por lo tanto se recomienda que antes de enviar al paciente se consulten casos particulares con la unidad médica a que se referirá.
- 5.- En el caso de que un diagnóstico no aparezca en el listado, el médico que envía deberá comunicarse con el nivel de atención correspondiente para aclarar si es o no candidato a ser referido.

PRIMER NIVEL	SEGUNDO NIVEL	TERCER NIVEL
<b>ALERGIA E INMUNOLOGÍA</b> Urticaria aguda Alergias alimentos y medicamentos	Asma leve a moderado Alergias respiratorias Conjuntivitis alérgica	Asma severo Alergias respiratorias severas o complicadas Inmunodeficiencia primarias y secundarias Urticaria crónica Lupus Enfermedad de la colágena Enfermedad del suero Enfermedad injerto contra huésped Amiloidosis
<b>ALTERACIONES DEL CRECIMIENTO</b> Talla baja familiar	Falla para medrar Talla baja constitucional	Talla baja patológica
<b>AUDIOLOGÍA Y FONIATRÍA</b>	Secuelas de labio y paladar hendido Vértigo estudio inicial Estudio inicial de hipoacusia Trastornos de lectoescritura	Trastornos y retraso del lenguaje Malformaciones de aparato fonarticulador Sordera Implantes cocleares Malformaciones de oído Disfonías crónicas
<b>CARDIOLOGÍA</b> Búsqueda intencionada de fiebre reumática(I) Detección clínica de cardiopatías Detección de hipertensión arterial	Cardiopatía Reumática Seguimiento Seguimiento de cardiopatías congénitas acianógenas Estudio inicial de hipertensión arterial	Diagnóstico definitivo de cardiopatías Tratamiento quirúrgico de cardiopatías congénitas Seguimiento de cardiopatías congénitas cianógenas Miocardiopatías Arritmias Pericarditiopatías Micardiopatías Seguimiento de P.O. de corazón Trasplantes Trastornos vasculares

PRIMER NIVEL	SEGUNDO NIVEL	TERCER NIVEL
<b>CIRUGÍA PEDIÁTRICA Y ENDOSCOPIA</b> Heridas y quemaduras leves	Quiste tirogloso Hipertrofia congénita de piloro Mal rotación intestinal Suboclusión Intestinal Enfermedad diverticular Hernia inguinal Invaginación Intestinal Apendicitis Fimosis Granuloma umbilical Torsión testicular Criptorquidea Tratamiento quirúrgico de reflujo Enterocolitis necrozante I	Fistula branquial Estenosis o atresias de tubo digestivo Peritonitis meconial Onfalocele y gastrosquisis Divertículo de Meckel Hernia diafragmática Transplantes Hemo y quilo tórax Malformación anorectal Anomalías del tracto biliar Cuerpos extraños en vías aérea y digestiva Sangrado tubo digestivo Linfangiomas Enterocolitis necrotizante II y III Malformación caja toraccica Masa abdominal en estudio Colon tóxico amibiano
<b>CIRUGÍA MAXILO – FACIAL Y ODONTOLOGÍA</b> Caries Corrección de frenillo	Afecciones de glándulas salivales Traumas orales y dentales	Entre paréntesis se indica el nivel de atención que dará el seguimiento pediátrico
<b>CIRUGÍA PLÁSTICA Y RECONSTRUCTIVA</b>	Hemangiomas Lipomas y quiste dermoide Labio y paladar hendido Manejo inicial de quemados Rinoplastias Sindactilia Polidactilia	Labio y paladar hendido Reimplantes de manos o dedos Reconstrucciones faciales Avances cráneo – faciales Manejo de hemangiomas Manejo de complicaciones de quemados. Trauma cráneo – facial Microtias
<b>DERMATOLOGÍA</b> Dermatitis Atópica (I) Infecciones superficiales de la piel (virus, bacteria, hongos) Acné Uñas encarnadas Picaduras de insectos Urticaria y eritema polimorfo Dermatitis seborreica	Fotosensibilidad Hiper o hipopigmentaciones Alopecias Dermatitis seborréica grave Tuberculosis cutánea Deshidrosis Vitiligo Fotosensibilidad Nevos	Micosis profundas Pénfigos Psoriasis Ictiosis Porfirias Miasis Oncocercosis Esclerosis tuberosa Farmacodermias severas

PRIMER NIVEL	SEGUNDO NIVEL	TERCER NIVEL
Hemangiomas planos Exantemas virales Pediculosis	Erisipela y celulitis Escabiosis	Displasia ectodérmica Sx Neurocutaneos Hemangiomas gigantes y cavernosos Neoplasias cutáneas malignas Otras ectoparasitosis
<b>ENDOCRINOLOGÍA</b> Obesidad I grado	Hipotiroidismo congénito Obesidad de II y III Grado	Diabetes Mellitus Diabetes Insípida Tirotoxicosis Tiroiditis Alteraciones suprarrenales Pubertad precoz Ambigüedad de genitales Alteraciones gonadales Obesidad secundaria Neoplasias endocrinológicas
<b>ESTOMATOLOGIA</b> Higiene bucal Periodontopatias Aplicación de fluor	Caries Periodontopatias que requieran cirugía Endodoncia, parodoncia, ortodoncia Traumatismo dentoalveolar Mal oclusión	Rehabilitación integral Cirugía bucodentomaxilar Disarmonias dentofaciales Ránula Complicaciones orales de problemas sistémicos
<b>GASTROENTEROLOGÍA Y NUTRICIÓN</b> Desnutrición de I Grado Sobrepeso Gastroenteritis Niño vomitador (manejo inicial) Hepatitis no complicada Intolerancia y alergia a alimentos Parasitosis intestinal Constipación dietética	Desnutrición de II Grado Obesidad Intolerancia a la lactosa Reflujo gastro-esofágico Colon irritable Enfermedad ácido péptica Enterocolitis necrosante Grado I y II Colecistitis Colelitiasis Absceso hepático Enf Inflamatoria de vias biliares(I) Dolor abdominal crónico en etapa inicial Reflujo gastroesofágico	Desnutrición de III Grado Obesidad Grave Avitaminosis Reflujo gastro-esofágico complicado Constipación crónica Encopresis Mala absorción intestinal Colitis ulcerativa Enf Cronh Enfermedad celiaca Intestino corto Intolerancia a la proteínas de la dieta Linfangiectasia Intestinal Infección por Helicobacter Pylori Agangliosis intestinal

PRIMER NIVEL	SEGUNDO NIVEL	TERCER NIVEL
		Enterocolitis necrosante grado III y IV Diarrea crónica Enfermedad celiaca Vasculitis e isquemias intestinales Pancreatitis Sx. Colestásicos Hepatitis tóxicas y crónicas Insuficiencia Hepática Úlcera péptica Anorexia y bulimia Dolor abdominal crónico etapa avanzada Poliposis intestinal Hipertensión portal Colon agangliónico
<b>GENÉTICA</b> Síndrome de Down diagnóstico clínico	Seguimiento de cromosopatías ya estudiadas	Síndrome de Down diagnóstico paraclínico Otras cromosopatías Errores del metabolismo Consejo genético Medicina Genómica Estudio de retraso mental Ambigüedad de genitales Genodermatosis Estudio de malformaciones múltiples
<b>GINECOLOGÍA</b>	Dismenorrea Trastornos menstruales Enfermedades de Trasmisión sexual Trauma genital femenino	Amenorrea en estudio Tumores mamarios Abuso sexual
<b>HEMATOLOGÍA</b> Anemia ferropénica	Anemia megaloblástica Pacientes terminales Púrpuras vasculares no complicadas Deficiencia vitamina K	Otras anemias Policitemia Púrpuras trombocitopénicas Púrpuras vasculares complicadas Sx. Mielodisplásicos Leucemias Linfomas Coagulopatías congénitas

PRIMER NIVEL	SEGUNDO NIVEL	TERCER NIVEL
<b>INFECTOLOGÍA</b> Infecciones de vías respiratorias altas Neumonía sin dificultad respiratoria Gastroenteritis sin deshidratación Parasitosis intestinales Fiebre tifoidea Hepatitis aguda Exantemas virales	Neumonía con dificultad respiratoria Laringotraqueitis Sx. Coqueluchoides y tosferina Bronquiolitis Infecciones de vías urinarias Enfermedades de Trasmisión sexual Meningitis, Encefalitis no complicadas Celulitis Gastroenteritis con deshidratación Absceso hepático Artritis sépticas Mononucleosis infecciosa Fiebre de larga evolución Fiebre tifoidea Tuberculosis Mononucleosis infecciosa	Epiglotitis Absceso retrofaringeo Neumonías complicadas Endocarditis, Miocarditis Absceso cerebral Celulitis gangrenosa Hepatitis con insuficiencia hepática SIDA Infecciones en huésped inmunocomprometido Tétanos Rabia Enfermedad de Kawasaki Meningitis tuberculosa Brucelosis Riketsiosis Neumonía por atípicos Leptospirosis Ántrax Tracoma
<b>NEFROLOGÍA</b>	Glomérulonefritis no complicada Insuficiencia Renal Aguda Diálisis peritoneal	Otras Glomerulopatías Insuficiencia Renal Crónica Nefropatías tubulares Nefropatías intersticiales Nefrotoxicidades Trasplante) Hemodiálisis
<b>NEUMOLOGÍA</b> Neumonía sin dificultad respiratoria	Neumonía con dificultad respiratoria Neumotórax Asma leve y moderada	Neumopatías crónicas Fibrosis quística Mediastinitis Asma severa
<b>NEONATOLOGÍA</b> Manejo del RN Sano	Neonato de alto riesgo Ictericias en estudio Exanguíneotransfusión Septicemia Alteraciones Metabólicas Prematurez Asfixia leve a moderada Taquipnea transitoria	Prematurez extrema SDR ( Ventilación ) Asfixias severas Alteraciones Neurológicas graves Malformaciones que comprometan la vida Hipertensión pulmonar Persistencia de alteraciones metabólicas

PRIMER NIVEL	SEGUNDO NIVEL	TERCER NIVEL
<b>NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA</b> Trauma Craneoencefálico leve	Seguimiento de Crisis convulsivas Hidrocefalia Mielomeningocele Trauma Craneoencefálico Moderado Cefalea en estudio Migraña	Epilepsia de difícil control Otros tipos de epilepsia Malformaciones del SNC Tumores cerebrales Enfermedades degenerativas del SNC Cirugía de Epilepsia Cirugía Estereotáxica Trauma Craneoencefálico Severo Cráneo hipertensivo Sx. Del Niño hipotónico Trauma medular Sx. Neurocutaneos Distrofias Musculares
<b>OFTALMOLOGÍA</b> Conjuntivitis bacteriana Blefaritis no complicada	Estudio de agudeza visual Enfermedades inflamatorias del párpado Dacriestenosis y dacricistitis Estrabismo	Malformaciones oculares Tumores Anomalías corneales, retiniana Cirugía lasser Trauma ocular Celulitis periorbitaria Neuritis
<b>ONCOLOGÍAS</b>	Tumores benignos Pacientes terminales	Tumores sólidos Histiocitosis Tumores abdominales en estudio
<b>OTORRINOLARINGOLOGÍA</b> Tapones de cerumen	Infecciones respiratorias altas recurrentes Epistaxis	Otitis crónica recurrente Perforación timpánica Nasoangiofibromas Atresia de coanas Laringomalasia Papilomatosis laringea Estenosis o membranas laringeas Estridor y disfonía no infecciosa
<b>PAIDOPSIQUIATRÍA</b> Depresión Simple Desordenes reactivos Violencia intrafamiliar	Neurosis Otros trastornos depresivos Agresividad Retrazo psicomotor	Intento suicida Disfunción cerebral mínima Psicosis Trastornos del lenguaje Desviaciones sexuales Anorexia y bulimia Fármaco dependencia

PRIMER NIVEL	SEGUNDO NIVEL	TERCER NIVEL
<b>PROBLEMAS SOCIALES</b> Alteraciones de la dinámica Familiar	Abandono Trastornos de hábitos	Maltrato infantil Abuso sexual
<b>REUMATOLOGÍA Y MEDICINA INTERNA</b> Artralgias y dolores de crecimiento	Sospecha clínica de colagenopatía	Lupus Enfermedades de la colágena Sx. Antifosfolípidos Hepato – esplenomegalias en estudio Vasculitis Enfermedades por atesoramiento
<b>TOXICOLOGÍA</b>	Intoxicaciones leves	Intoxicaciones severas Farmacodependencia
<b>TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA</b> Dolores del crecimiento Trastornos posturales	Pie plano Luxación congénita de cadera Lesiones vasculares	Displasias esqueléticas Fracturas Politaumatismo Tumores
<b>UROLOGÍA</b> Infección de vías urinarias Vulvovaginitis	Enuresis Escroto agudo Criptorquidea Parafimosis	Malformaciones de las vías urinarias y renales. Trauma urinario y renal Reflujo vesico-ureteral Hidronefrosis Uropatías obstructivas Urolitiasis Vejiga neurogénica

**XII. DOCUMENTOS DE REFERENCIA**

<b>Documentos</b>	<b>Código</b>
Manual de Organización Específico de la DGCDHFR.	No aplica
Guía para la elaboración de Manual de Procedimientos.	No aplica
Manual de Procedimientos para la Referencia y contrarreferencia de Pacientes 2000.	No aplica
Reglamento Interior de la Secretaría de Salud.	No aplica
Normatividad emitida por la Secretaría de Salud a través de la Subsecretaría de Innovación y Calidad.	No aplica
Lineamiento para la Referencia y Contrarreferencia de Pacientes Pediátricos de Población Abierta de la Ciudad de México y Área conurbada.	No aplica