



**LINEAMIENTOS PARA LA
REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA
DE PACIENTES PEDIÁTRICOS
DE POBLACIÓN ABIERTA
DE LA CIUDAD DE MÉXICO
Y ÁREA CONURBADA
DEL ESTADO DE MÉXICO**

PARTICIPANTES

MESA DIRECTIVA 2010 -2012

TITULAR	REPRESENTANTE
Dr. José Alberto García Aranda Director General de Hospital Infantil De México /PRESIDENTE	Dr. Edgar Bustos Córdova Medico Adscrito a Urgencias Hospital Infantil de México
Dr. Guillermo Solomon Santibáñez Director General del Instituto Nacional de Pediatria/ VICEPRESIDENTE	Dr. José de Jesús Mejía Navarro Jefe de Departamento de Consulta Externa, INP
Dr. Gustavo Carbajal Aguilar. Director General de Servicios Médicos y Urgencias/ SECRETARIO Y VOCAL POR II NIVEL DE ATENCION EN EL D.F.	Dr. Fernando Sánchez Martínez Jefe de la Unidad Departamental de Supervisión y Control de la Oficina de la Coordinadora de Servicios Hospitalarios, SSGDF
Dr. Francisco Osuna Sánchez Director de Atención Médica de los Servicios de Salud Pública del Gobierno del Distrito Federal/ VOCAL POR I NIVEL DE ATENCION EN EL D.F	Dr. Romeo Adalid Martínez Cisneros Jefe de la Unidad Departamental de Supervisión y Control de la Oficina de la Coordinadora de Servicios Hospitalarios SSGDF
Dr. Ángel Salinas Arnaut Subdirector de Atención Medica/ VOCAL POR II NIVEL EN EL ESTADO DE MEXICO	Dra. Martha Villegas Jiménez Jefa de Departamento de Atención Médica de Segundo y Tercer Nivel
Dra. Eloísa Quijada Sánchez Subdirectora de Prevención y Control de Enfermedades/ VOCAL POR I NIVEL EN EL ESTADO DE MEXICO	M.E.S.P. José Abel Orozco Mendieta Jefe de Departamento de Atención Médica de Primer Nivel
Dr. Filiberto Cedeño Domínguez Director General/ VOCAL POR IMIEM	Dra. Juana Ortiz Almendarez Jefa de Medicina Critica del Hospital del Niño del Instituto Materno Infantil del Estado de México
Lic. Guadalupe Fernández Vega Directora General de Rehabilitación y Asistencia Social/ VOCAL POR DIF	Dra. Ruth Díaz González Médico General de Rehabilitación y Asistencia Social
Dr. Romeo Rodríguez Suárez Titular del CCINSHAE/ VOCAL POR LA CCINSHAE	Lic. María Juana Díaz Directora General Adjunta de la CCINSHAE
Dr. Bernardo Bidart Ramos Director General de Coordinación de los Hospitales Federales de Referencia	Dr. José Figueroa Kim Jefe de la Unidad Departamental de Análisis y Control Hospitalario de la Coordinación de los Hospitales Federales de Referencia

ÍNDICE

Página

I	Presentación	4
II	Antecedentes	5
III	Justificación	7
IV	Base Jurídica	8
V	Objetivos	10
VI	Lineamientos	11
	Generales	11
	De Operación	13
VII	Control	18
	Información	18
	Supervisión	18
	Evaluación del programa	19
VIII	Glosario de términos	21
IX	De Referencia Pediátrica	23
	Acta de Instalación	24
	Reglamento interno del comité	26
X	Lista de Padecimientos por Nivel de Atención	33
	Anexo	41

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, la transición epidemiológica que vive el país, y la necesidad de incrementar la calidad de la atención ofrecida al usuario, han hecho del envío de pacientes un procedimiento cada vez más utilizado. Esto ha motivado la formación de un grupo de trabajo que permita, por una parte, la coordinación de las diferentes instituciones que ofrecen atención médica en la población no asegurada de la Ciudad de México y por otra, el mejor aprovechamiento de los recursos humanos y materiales disponibles en las instituciones que lo conforman.

Recientemente este grupo de trabajo se conformó oficialmente en un Comité que ha trabajado en la mejora del proceso de referencia y Contrarreferencia de pacientes siendo la actualización de estos lineamientos uno de sus primeros logros.

El comité está conformado por autoridades de 5 instituciones: Secretaría de Salud Federal mediante la Comisión Coordinadora de los Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad (CCINSHAE), la Secretaría de Salud del Distrito Federal (SSDF), el Instituto de Salud del Estado de México (ISEM), el Instituto Materno Infantil del Estado de México (IMIEM) y el Sistema de Desarrollo Integral de la Familia (DIF) a través de un grupo de hospitales que atienden población pediátrica abierta en la Ciudad de México y el Área Conurbada del Estado México.

Este documento representa la primera actualización de los lineamientos elaborados en los años de 1999 y 2000, está conformado por cuatro partes: una serie de reglas y principios que las instituciones participantes se han comprometido a respetar, una descripción de los indicadores de funcionamiento del proceso, la lista de padecimientos por nivel de responsabilidad de atención y el Reglamento del Comité de Referencia y Contrarreferencia Pediátrica.

El escrito ha sido revisado y validado por el grupo de trabajo interinstitucional que pretende ser el instrumento de trabajo principal para médicos y trabajadores sociales que se vean en la necesidad de referir a un paciente entre las diferentes unidades médicas que conforman el sistema.

II. ANTECEDENTES

El Distrito Federal y Estado de México, por su condición demográfica, socioeconómica e industrial, concentra un alto porcentaje de población pediátrica que acude a las Instituciones públicas, a pesar de contar con seguridad social.

Aunado a esta situación, en la actualidad grandes sectores de la población no tienen acceso a la seguridad social ni a la atención privada, por lo que solicitan atención médica a libre demanda en los servicios médicos para población abierta.

Generalmente la población por desconocimiento solicita la atención médica en un nivel de atención que no corresponde. Esto genera distribución irregular de las cargas de trabajo, sobreocupación de algunas unidades médicas con subutilización de otras, inconformidad de usuarios y prestadores de servicios y dispendio innecesario de recursos humanos y materiales.

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 destacado:

- La Comisión Coordinadora Institucional en 1987 instruyó a la Dirección General de Servicios de Salud del Departamento de Distrito Federal, al Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia (ahora Instituto Nacional de Pediatría), la Secretaría de Salud Pública en el Distrito Federal y al Hospital Infantil de México Federico Gómez, para implantar un programa de regionalización y escalonamiento de servicios pediátricos.
- En 1988 la Secretaría de Salud elaboró el Manual para la Referencia y Contrarreferencia de Pacientes y envió de muestras y especímenes, elemento indispensable en el Modelo de Atención a la Salud para Población Abierta.
- Desde 1993 el Hospital Infantil de México Federico Gómez, inició el establecimiento de vínculos de comunicación con diferentes hospitales llevando a cabo reuniones con los Jefes de servicios de urgencias de hospitales pediátricos y generales del área metropolitana. A raíz de esas reuniones, se constituyó la Asociación Mexicana de Urgenciólogos Pediatras A. C.
- Debido a los problemas de funcionamiento detectados entre los diferentes niveles de atención, en 1994 la Dirección General de Regulación de los Servicios de Salud, estableció los Mecanismos Facilitadores del Sistema de Referencia y Contrarreferencia, teniendo como características fundamentales la integridad, coordinación, información y capacitación, pretendiendo obtener un funcionamiento idóneo, así como la consolidación del sistema.
- En 1996, En virtud de que no se resolvieron dichos problemas, el grupo interinstitucional de trabajo determinó llevar a cabo reuniones periódicas en forma frecuente, a las que se incluyeron a los directores de hospitales de las diversas unidades médicas, esto con la anuencia y asesoría de la Dirección

General de Regulación de Servicios de Salud de la Secretaría de Salud. Invitando también a las autoridades de las Jurisdicciones sanitarias en representación del primer nivel de atención.

- En 1997 la Dirección General de Regulación de los Servicios de Salud coordina las acciones, integrando un grupo de trabajo con el Hospital Infantil de México, Instituto Nacional de Pediatría, Instituto de Servicios de Salud del Distrito Federal y el Instituto de Salud del Estado de México, a efecto de elaborar los Lineamientos para la Referencia/Contrarreferencia Pediátrica.
- En el año 2000 la Secretaría de Salud actualiza el Manual de Procedimientos para la Referencia y Contrarreferencia de Pacientes.
- El 5 de Agosto de 2002 se instaló oficialmente el Comité de Referencia/Contrarreferencia Pediátrica de la Ciudad de México y Área conurbada del Estado de México, ante la presencia de autoridades de la Secretaría de Salud a nivel Federal, la Secretaría de Salud del Distrito Federal, el Instituto de Salud del Estado de México, el Hospital Infantil de México Federico Gómez y el Instituto Nacional de Pediatría, quedando incluida como asesor técnico del Comité la Dirección General de Calidad y Enseñanza en Salud de la Secretaría de Salud.
- Durante el 2003, se han revisado los lineamientos del sistema de referencia/contrarreferencia en el seno del Comité y se han realizado las adecuaciones pertinentes, con el fin de tener un documento que sea adecuado a las necesidades y los cambios del país. En el mismo año, se integraron al comité otros cuatro hospitales federales que atienden a población pediátrica abierta: Hospital General de México, Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, Instituto Nacional de Perinatología y Hospital de la Mujer, así como la incorporación del DIF y el Instituto Materno Infantil del Estado de México.

III. JUSTIFICACIÓN

Los Lineamientos para la Referencia y Contrarreferencia de Pacientes Pediátricos de Población Abierta constituyen 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.

El presente documento permite incidir en los problemas más comunes del sistema de referencia y contrarreferencia de pacientes pediátricos; tales como:

- 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).

El esfuerzo de coordinación tiene como objetivo 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

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 Reglamento Interior de la Secretaría de Salud

Artículo 18. Corresponde a la Dirección General de Calidad y Educación en Salud:

- I. Conducir la política nacional para elevar la calidad de los servicios de atención médica y asistencia social, así como para la formación, capacitación y actualización de los recursos humanos para la salud;
- II. Establecer lineamientos o instrumentos de rectoría necesarios para mejorar la calidad de los servicios de atención médica y de asistencia social, así como promover y supervisar su cumplimiento;
- III. Elaborar y expedir normas oficiales mexicanas y demás actos administrativos de carácter general, en términos de las disposiciones aplicables a que deberá sujetarse, en las instituciones públicas, sociales y privadas, la prestación de los servicios de atención médica y asistencia social, así como los de formación, capacitación y actualización de los recursos humanos para la salud y, en esta última materia, promover y vigilar su cumplimiento;
- IV. Elaborar y expedir normas oficiales mexicanas y demás actos administrativos de carácter general en términos de las disposiciones legales aplicables a las que deberán sujetarse la construcción, infraestructura, equipamiento y remodelación de todo tipo de establecimientos para la atención médica sin perjuicio de las atribuciones que correspondan a otras unidades administrativas de la Secretaría, así como promover su cumplimiento;

4.5 Norma Oficial Mexicana NOM-020-SSA2-1994, Para la prestación de servicios de atención médica en unidades móviles tipo ambulancia.

4.6 Norma Oficial Mexicana NOM –168-SSA-1998, Del Expediente Clínico

4.7 Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA2-1999, Para la atención de la salud del niño.

4.8 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 (DOF 22 de septiembre de 1988).

“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 “

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 ESPECÍFICOS

- 5.2.1 Evitar desplazamientos y gastos innecesarios a los pacientes durante 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 la atención médica recibida.
- 5.2.5 Evitar la duplicidad de esfuerzos del personal y dispendio de recursos a las instituciones de salud.

VI. LINEAMIENTOS

6.1. GENERALES

6.1.1 La referencia/contrarreferencia es un procedimiento administrativo de coordinación que emana del Modelo de Atención a la Salud para Población Abierta (MASPA) y actualmente con el Modelo Integrador de Atención a la Salud (MIDAS).

6.1.2 La referencia/contrarreferencia de pacientes pediátricos se realizará en el marco de los lineamientos nacionales que norman esta actividad.

6.1.3 El Comité de Referencia/Contrarreferencia Pediátrica es la instancia responsable de regular los procedimientos.

6.1.4 Las instituciones involucradas suscribirán el compromiso del apego a la normatividad que rige la materia.

6.1.5 Para fines del cumplimiento de los Lineamientos, los tres niveles de atención asumirán los derechos y obligaciones correspondientes.

6.1.6 Las instituciones participantes evaluarán la operación de los procedimientos en forma periódica y permanente mediante reuniones trimestrales con representantes que tengan poder de decisión.

6.1.7 Se asignará un responsable por unidad médica, 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.

6.1.8 Cada institución aplicará su clasificación socioeconómica de acuerdo a sus lineamientos internos.

6.1.9 Los estudios de laboratorio y gabinete 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.

6.1.10 La totalidad de las unidades involucradas conformarán la Red de Servicios. Los lineamientos serán aplicables en las unidades médicas de los tres niveles de atención pediátrica en el Distrito Federal y área conurbada del Estado de México.

6.1.11 Regionalización.

Los criterios para regionalizar, se sustentan en:

- Ubicación geográfica de la unidad (en la capital del estado sede)
- Tendencia y flujo natural de desplazamiento (red carretera y flujo comercial)
- Capacidad instalada (equipamiento médico, recursos humanos)

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

- a. Lista de Padecimientos por Niveles de Atención (Pág. 34).
- b. Formato de Referencia/Contrarreferencia Pediátrica (FRCP) y hoja de transferencia (anexo 1).
- c. Directorio de Unidades.

6.1.13 El envío de pacientes entre las diferentes unidades se hará considerando:

- a. La capacidad resolutive de la unidad efectora
- b. Que la unidad receptora cuenta con personal médico y de apoyo y con los insumos apropiados para la atención del paciente.
- c. La región en que se encuentre el domicilio del paciente.

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

6.1.15 Para su operación se requerirá de la difusión a las Instituciones involucradas y la capacitación al personal de los distintos niveles de atención.

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

6.2 DE OPERACIÓN

6.2.1 DE LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN AMBULATORIA.

6.2.1.1 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 la Lista de Padecimientos por Niveles de Atención.

6.2.1.2 La atención médica se brindará, teniendo en cuenta:

- 1) La complejidad de la patología del paciente;
- 2) Los recursos de la unidad que lo atiende.

6.2.1.3 En todos los casos deberá efectuarse el registro de dichos pacientes mediante los documentos necesarios (expediente clínico, SISPA, y registro del sistema de referencia/contrarreferencia de cada institución).

6.2.1.4 Si el caso lo amerita y no es urgente; ni requiere hospitalización inmediata debe ser enviado mediante el procedimiento de referencia ambulatoria. Se elaborará además, la hoja de referencia/contrarreferencia.

6.2.1.5 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.

6.2.1.6 Será responsabilidad del padre o tutor llevar al paciente a la brevedad requerida a la unidad de referencia.

6.2.2 PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

6.2.2.1 Todo paciente pediátrico previamente sano, a excepción de los casos de urgencias, deberá acudir para su atención médica preferentemente a la unidad de primer nivel, más cercana a su domicilio.

6.2.2.2 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 estos requieren en el caso de que esto sea necesario.

6.2.3 SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN

6.2.3.1 La forma preferente de ingreso a la unidad de segundo nivel será mediante la referencia ambulatoria y/o hospitalaria a partir de una unidad de primer nivel.

6.2.3.2 En el primer caso, o sea por referencia del primer nivel, se recibirá al paciente acompañado con el formato de referencia/contrarreferencia, procurándole un trato preferencial que evite la repetición de acciones anteriormente realizadas

en la unidad que refiere y que permita brindarle una atención oportuna y resolutive. Se le indicará la necesidad de su regreso a la unidad de primer nivel, con el propósito de continuar su manejo integral.

6.2.4 TERCER NIVEL DE ATENCIÓN.

6.2.4.1 La forma preferente de ingreso al tercer nivel será mediante la referencia que realicen las unidades de primer o de segundo nivel, considerando para ello la Lista de Padecimientos por Niveles de Atención (Pág. 34), debiéndose acompañar al paciente con el formato FRCP, en todos los casos.

6.2.4.2 Concluida la atención se contrarreferirá al paciente con el formato correspondiente a la unidad donde se debe recibir el seguimiento pediátrico.

6.2.4.3 En todos los casos se evitará la retención del paciente en un nivel que no le corresponda.

6.2.5 DE LAS URGENCIAS.

6.2.5.1 Atención de Urgencias en Primer Nivel de Atención.

Si el paciente acude inestable a solicitar atención:

- 1) Se dan los primeros auxilios
- 2) Se promoverá el traslado inmediatamente a la unidad de Segundo o Tercer nivel más cercano, preferentemente en ambulancia y acompañado de un médico.

6.2.5.2 Cada vez que se reciba a un paciente en un servicio de urgencias se evaluará la gravedad de su padecimiento y se iniciarán las medidas de estabilización correspondiente, por último se establecerá el nivel que le corresponda así como la unidad a la que deberá enviarse para continuar su atención

6.2.5.2.1 Todas las unidades de segundo y tercer nivel de atención contarán con un servicio de urgencias que permanecerá abierto las 24 horas los 365 días del año y se mantendrá siempre preparado para brindar a la brevedad, asistencia a los pacientes que lo ameriten.

6.2.5.2.2 En cada servicio de urgencias de las unidades médicas a que se refieren estos lineamientos, existirá permanentemente por lo menos, un médico pediatra, que fungirá como responsable del servicio.

6.2.5.2.3 El servicio de urgencias de cada hospital tendrá a su cargo los trámites relacionados con la referencia/contrarreferencia, así como el procedimiento de referencia hospitalaria en los casos que se requiera.

6.2.5.2.4 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, previo aviso a los familiares y a la unidad de referencia.

6.2.5.2.5 Si se presenta alguna condición médica que necesite para su estabilización recursos humanos y materiales no disponibles en la unidad de primer contacto, el paciente será trasladado en las mejores condiciones posibles al nivel de atención que le corresponda, aún sin haberse considerado estable.

6.2.6 DEL TRASLADO INTERHOSPITALARIO

6.2.6.1 Si un paciente es recibido en condiciones inestables y requiere envío a otra unidad, se procurará realizar éste 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, según posibilidades. 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.

6.2.6.2 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.

6.2.6.3 Antes de enviar a un paciente a otra unidad, la unidad receptora deberá tener conocimiento del caso y haber aceptado al paciente. La comunicación se establecerá entre los médicos responsables de cada unidad. Al solicitar el traslado se proporcionará al médico información sobre el diagnóstico, condición de gravedad, tratamiento previo, evolución, sugerencias terapéuticas y recursos que serán requeridos para su manejo. El paciente estable, que puede ser enviado por sus propios medios sin riesgo y que no requiere hospitalización inmediata podrá enviarse sin previo acuerdo con la unidad receptora.

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

6.2.6.5 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.

6.2.6.6 En los casos que requieran traslado se emite el formato SRC que incluye:

- a. Un resumen de la evolución del paciente durante su permanencia en la unidad que envía.

- b. Los resultados para los estudios clínicos realizados así como, en su caso, la indicación de solicitar resultados pendientes y el procedimiento para obtenerlos.
- c. Los tratamientos aplicados y evolución durante su estancia en la unidad que envía.
- d. Las condiciones clínicas del paciente inmediatamente antes de iniciar el traslado.
- e. La sugerencia para el manejo posterior.

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

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

6.2.7 DE LA INTERCONSULTA

6.2.7.1 Los recursos humanos o materiales disponibles de una unidad médica podrán ser utilizados por pacientes hospitalizados en otra unidad, a través de un procedimiento administrativo denominado interconsulta.

6.2.7.2 La interconsulta se realizará previo acuerdo entre quien solicita y quien otorga el servicio.

6.2.7.3 La solicitud la realizará el médico tratante o una trabajadora social directamente con el médico responsable del servicio del que trate. Al solicitarla, se informará el diagnóstico del paciente, edad, tratamiento, estudios con los que se cuenta, objetivo de la interconsulta y condiciones generales del paciente.

6.2.7.4 La interconsulta se llevará a cabo el día, la hora y en las condiciones acordadas. El paciente será trasladado en ambulancia a la unidad que le proporcionará el servicio. El traslado se realizará en compañía de un médico que conozca el caso, el familiar del paciente y un resumen clínico.

6.2.7.5 Durante la interconsulta, la unidad que proporciona el servicio, agilizará los trámites administrativos correspondientes.

6.2.7.6 La unidad de envío se hará responsable del paciente durante los traslados a la unidad prestadora del servicio y de su regreso. La unidad prestadora del servicio se responsabilizará del paciente durante su permanencia en esta unidad.

6.2.7.7 La interconsulta se llevará a cabo en el área que la institución designe.

6.2.7.8 Si el paciente se considera inestable, 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, el médico solicitante de la interconsulta, se coordinará tanto con el interconsultante como con el responsable del servicio de urgencias para que el proceso se lleve a cabo en forma satisfactoria.

6.2.8 DE LA CONTRARREFERENCIA

6.2.8.1 La contrarreferencia es el procedimiento por el cual un paciente que inicialmente fue enviado de otra unidad dentro de la red es regresado a la unidad de primer contacto.

6.2.8.2 El paciente contrarreferido debe llevar una nota que especifique el diagnóstico efectuado las recomendaciones para el manejo posterior y si debe o no regresar a la unidad que contrarrefiere.

6.2.8.3 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.

6.2.8.4 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.

6.2.8.5 Los pacientes atendidos por un problema que ameritó segundo nivel de atención son contrarreferidos a la brevedad a la unidad de primer nivel. Los pacientes que recibieron atención en tercer nivel son contrarreferidos a segundo nivel. En casos excepcionales el seguimiento pediátrico se llevará a cabo en la misma unidad donde se atiende el o los problemas específicos. Para problemas crónicos y recurrentes, se usará la lista de Padecimientos por Niveles de Atención Específica para dar el seguimiento pediátrico general.

6.2.9 DE LA ATENCIÓN DE CASOS DE NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA Y MÉDICO LEGALES.

6.2.9.1 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 ésta (a fin de evitar duplicidades).

6.2.9.2 En los casos médicos legales, el personal de la unidad de primer contacto será el responsable de la notificación al Ministerio Público correspondiente.

VII.- CONTROL

7.1 INFORMACIÓN

7.1.1 Las acciones se registrarán en el Sistema Nacional de Información en Salud "SINAIS" y en los sistemas propios de los establecimientos de tercer nivel, homologando los registros necesarios para estos procedimientos.

7.1.2 Se registrará como referencia, cuando se envíe un paciente mediante el formato FRCP a otra unidad, con el fin de que apoye en su diagnóstico o tratamiento.

7.1.3 Se registrará contrarreferencia, cuando la unidad de apoyo, posterior a la atención del paciente referido, lo envía con su contrarreferencia a la unidad de primer contacto.

7.1.4 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). Asimismo, en cada unidad médica, deberá existir un sistema de registro para el control de la referencia y contrarreferencia.

7.2 SUPERVISIÓN

7.2.1 La supervisión por personal de la propia unidad médica abordará los siguientes aspectos:

- a. Conocimiento del proceso de referencia y contrarreferencia por parte del personal de las unidades médicas integrantes de este comité.
- b. El correcto manejo del formato RCP.
- c. Registró en el expediente clínico.
- d. Utilización del Manual de Procedimientos para la Referencia /Contrarreferencia de Pacientes Pediátricos y a los reportes periódicos de los indicadores establecidos.

7.2.2 La unidad médica presentará un programa de trabajo de las acciones de mejora a realizar en el proceso de la referencia y contrarreferencia.

7.3 EVALUACIÓN DEL PROGRAMA

7.3.1 Con una periodicidad trimestral se celebrarán reuniones con los representantes de: Comisión Coordinadora de los Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad, Instituto de Servicios de Salud del Estado de México, Secretaría de Salud Distrito Federal y el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia “DIF”, Hospital Infantil de México Federico Gómez y el Instituto Nacional de Pediatría, con el fin de dar seguimiento a las acciones realizadas, definir alternativas de solución a la problemática detectada y establecer compromisos en caso necesario.

7.3.2 Se abordará bajo el enfoque de estructura, proceso y resultado, realizando un ejercicio inicial para contar con información basal.

7.3.3 El responsable de cada unidad médica se encargará de realizar la autoevaluación utilizando los indicadores que a continuación se presentan:

Nombre: **Porcentaje de Pacientes Pediátricos atendidos y referidos**
Significado del indicador: Expresa el porcentaje de pacientes que son atendidos en unidades de primer nivel y referidos a unidades de mayor capacidad resolutive.
Valor esperado: 15%
Periodicidad: Trimestral
Fórmula:
$$\frac{\text{Pacientes referidos a otras unidades de mayor capacidad resolutive} \times 100}{\text{Total de pacientes atendidos}}$$

Nombre: **Porcentaje de Pacientes Pediátricos atendidos y referidos**
Significado del indicador: Expresa el porcentaje de pacientes que son atendidos en unidades de segundo nivel y referidos a unidades de mayor capacidad resolutive.
Valor esperado: 15%
Periodicidad: Trimestral
Fórmula:
$$\frac{\text{Pacientes referidos a otras unidades de mayor capacidad resolutive}}{\text{Total de pacientes atendidos}} \times 100 =$$

Nombre: **Porcentaje de Pacientes Pediátricos Contrarreferidos**
Significado del indicador: Expresa el porcentaje de pacientes que regresan a la unidad emisora de segundo nivel para su seguimiento, en relación a los que fueron referidos a unidades de mayor capacidad resolutive.
Valor esperado: 100%

Periodicidad: Trimestral

Fórmula:
$$\frac{\text{Pacientes que regresan a la unidad emisora de segundo nivel para su seguimiento}}{\text{Total de pacientes referidos a unidades de mayor capacidad resolutive}} \times 100 =$$

Nota: Este indicador puede ser desagregado en:

Referidos a 1º nivel
Referidos a 2º nivel

Nombre: **Porcentaje de Pacientes Pediátricos recibidos procedentes de otros hospitales en relación al total de pacientes atendidos**

Significado del indicador: Expresa el porcentaje de pacientes que son recibidos y atendidos, procedentes de otras unidades de segundo y tercer nivel, en relación al número total de pacientes atendidos.

Valor esperado: 90%

Periodicidad: Trimestral

Fórmula:
$$\frac{\text{Pacientes ambulatorios recibidos y atendidos procedentes de otras unidades de segundo y tercer nivel de atención.}}{\text{Número total de pacientes atendidos}} \times 100 =$$

VIII. GLOSARIO DE TÉRMINOS:

Clasificación socioeconómica: 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.

Contrarreferencia: 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.

Guía para el tratamiento por niveles de atención: Es el instrumento que le permite al médico determinar el nivel de atención en que debe ser asistido el paciente, de acuerdo a la complejidad de su padecimiento.

Primer nivel de atención: 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.

Referencia: 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.

Regionalización: 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.

Segundo Nivel de atención: 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.

SISPA: Sistema de Información de Salud para Población Abierta.

Sistema de referencia y contrarreferencia de pacientes (SRCP): 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.

Tercer nivel de atención: 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.

Transferencias: 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.

Traslado: Transporte de un paciente entre dos unidades médicas utilizando una ambulancia, previo acuerdo entre las dos unidades.

IX COMITÉ DE REFERENCIA / CONTRARREFERENCIA PEDIÁTRICA

En la Ciudad de México, Distrito Federal, siendo las 9:30 horas del día cinco de agosto del año dos mil dos, se reunieron en el Auditorio “Dr. José Manuel Cisneros Arjona” del Hospital General Xoco, los representantes de la Secretaría de Salud, Gobierno del Distrito Federal, Instituto de Salud del Estado de México, Instituto Nacional de Pediatría y del Hospital Infantil de México Federico Gómez, convocados para la instalación del Comité para la Referencia y Contrarreferencia Pediátrica del Distrito Federal y Área Conurbada del Estado de México.

El comité tiene como objetivo coordinar las acciones de las Instituciones participantes para realizar la Referencia y Contrarreferencia Pediátrica con mayor eficacia y eficiencia y haciendo un uso más racional de los recursos de cada Institución en beneficio de la niñez que vive en la zona Metropolitana de la Ciudad de México.

Una vez nombrados los integrantes del comité, se acordó sesionar mensualmente, alternando de forma rotatoria las sedes.

Asimismo, los integrantes se comprometen a levantar actas de las sesiones ordinarias y extraordinarias, donde se plasmen los acuerdos, compromisos, plazos y seguimientos de los mismos.

Mesa directiva del Comité se integró de la siguiente forma:

DATOS DEL 2002

Previa lectura de esta acta de instalación, firman al calce los que en ella intervinieron así como los testigos de honor:

Dr. Enrique Ruelas Barajas

Subsecretario de Innovación y Calidad de la Secretaría de Salud

Dra. Asa Cristina Laurell

Secretaria de Salud del Gobierno del Distrito Federal

Dr. Guillermo Ortiz Solalinde

Secretario de Salud y Director General del Instituto de Salud del Estado de México

Dr. Miguel Ángel Rodríguez Weber

Director del Instituto Nacional de Pediatría

Dr. Romeo Rodríguez Suárez

Director General del Hospital Infantil de México Federico Gómez

No existiendo otro asunto que tratar, se concluye la reunión, siendo las 10:30 horas del día cinco de agosto de dos mil dos.

9.1 MINUTA DE LA REUNION DEL COMITÉ PARA LA REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA PEDIÁTRICA DE LA CIUDAD DE MÉXICO Y ÁREA CONURBADA DEL ESTADO DE MÉXICO, PERIODO 2010 - 2011.

En México, Distrito Federal, siendo las 10:00 del 17 junio del año dos mil diez en las instalaciones del Hospital Infantil de México Federico Gómez se llevó a cabo el cambio de administración de la Presidencia del Comité, entregando la administración el Hospital General Dr. Manuel Gea González al Hospital Infantil de México Federico Gómez quedando la Mesa Directiva integrada con representantes de las Instituciones involucradas de la siguiente manera:

TITULAR	REPRESENTANTE
Dr. José Alberto García Aranda Director General de Hospital Infantil De México /PRESIDENTE	Dr. Edgar Bustos Córdova Medico Adscrito a Urgencias Hospital Infantil de México
Dr. Guillermo Solomon Santibáñez Director General del Instituto Nacional de Pediatría/ VICEPRESIDENTE	Dr. José de Jesús Mejía Navarro Jefe de Departamento de Consulta Externa, INP
Dr. Gustavo Carbajal Aguilar. Director General de Servicios Médicos y Urgencias/ SECRETARIO Y VOCAL POR II NIVEL DE ATENCION EN EL D.F.	Dr. Fernando Sánchez Martínez Jefe de la Unidad Departamental de Supervisión y Control de la Oficina de la Coordinadora de Servicios Hospitalarios, SSGDF
Dr. Francisco Osuna Sánchez Director de Atención Médica de los Servicios de Salud Pública del Gobierno del Distrito Federal/ VOCAL POR I NIVEL DE ATENCION EN EL D.F	Dr. Romeo Adalid Martínez Cisneros Jefe de la Unidad Departamental de Supervisión y Control de la Oficina de la Coordinadora de Servicios Hospitalarios SSGDF
Dr. Ángel Salinas Arnaut Subdirector de Atención Medica/ VOCAL POR II NIVEL EN EL ESTADO DE MEXICO	Dra. Martha Villegas Jiménez Jefa de Departamento de Atención Médica de Segundo y Tercer Nivel
Dra. Eloísa Quijada Sánchez Subdirectora de Prevención y Control de Enfermedades/ VOCAL POR I NIVEL EN EL ESTADO DE MEXICO	M.E.S.P. José Abel Orozco Mendieta Jefe de Departamento de Atención Médica de Primer Nivel
Dr. Filiberto Cedeño Domínguez Director General/ VOCAL POR IMIEM	Dra. Juana Ortiz Almendarez Jefa de Medicina Critica del Hospital del Niño del Instituto Materno Infantil del Estado de México
Lic. Guadalupe Fernández Vega Directora General de Rehabilitación y Asistencia Social/ VOCAL POR DIF	Dra. Ruth Díaz González Médico General de Rehabilitación y Asistencia Social
Dr. Romeo Rodríguez Suárez Titular del CCINSHAE/ VOCAL POR LA CCINSHAE	Lic. María Juana Díaz Directora General Adjunta de la CCINSHAE
Dr. Bernardo Bidart Ramos Director General de Coordinación de los Hospitales Federales de Referencia	Dr. José Figueroa Kim Jefe de la Unidad Departamental de Análisis y Control Hospitalario de la Coordinación de los Hospitales Federales de Referencia

Una vez nombrados los integrantes del comité, se acordó sesionar, alternando de forma rotatoria las sedes.

Asimismo, los integrantes se comprometen a levantar actas de las sesiones ordinarias y extraordinarias, donde se plasmen los acuerdos, compromisos, plazos y seguimientos de los mismos, así como cumplir con lo establecido en el reglamento interno del comité. No habiendo otro asunto que tratar se da por concluida la sesión siendo las 12:00 horas.

9.2 REGLAMENTO INTERNO DEL COMITÉ PARA LA REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA PEDIÁTRICA DE LA CIUDAD DE MÉXICO Y ÁREA CONURBADA DEL ESTADO DE MÉXICO

CAPITULO PRIMERO

GENERALIDADES

Artículo 1.- El presente reglamento tiene por objeto regular las actividades del Comité para la referencia y contrarreferencia pediátrica de la Ciudad de México y Área Conurbada del Estado de México.

Artículo 2.- La observancia de este reglamento, es obligatoria para los integrantes del Comité.

Artículo 3.- Para los efectos de este reglamento, se deberá entender por Comité: al grupo de representantes de las instituciones participantes en la referencia y contrarreferencia pediátrica.

Integrantes: Los representantes de las instituciones que a continuación se enuncian:

SECRETARÍA DE SALUD FEDERAL

COMISIÓN COORDINADORA DE LOS INSTITUTOS NACIONALES DE SALUD Y HOSPITALES DE ALTA ESPECIALIDAD:

DIRECCIÓN GENERAL DE COORDINACIÓN DE LOS INSTITUTOS NACIONALES DE SALUD:

1. Hospital Infantil de México Federico Gómez
2. Instituto Nacional de Cancerología
3. Instituto Nacional de Cardiología
4. Instituto Nacional de Ciencias Médicas y de la Nutrición
5. Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias
6. Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía
7. Instituto Nacional de Pediatría
8. Instituto Nacional de Perinatología
9. Instituto Nacional de Rehabilitación

DIRECCIÓN GENERAL DE COORDINACIÓN DE LOS HOSPITALES FEDERALES DE REFERENCIA:

1. Hospital General de México
2. Hospital General “Dr. Manuel Gea González”
3. Hospital Juárez de México
4. Hospital de la Mujer
5. Unidad Médico Quirúrgica de Corta Estancia Juárez Centro
6. Hospital Nacional Homeopático

SERVICIOS DE ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA

Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N Navarro

SECRETARÍA DE SALUD DEL GOBIERNO DEL DISTRITO FEDERAL

HOSPITALES GENERALES:

1. Hospital General la Villa
2. Hospital General Rubén Leñero
3. Hospital General de Balbuena
4. Hospital General Gregorio Salas
5. Hospital General de Milpa Alta

HOSPITALES PEDIÁTRICOS DEL D.F.

1. Hospital Pediátrico de Azcapotzalco
2. Hospital Pediátrico la Villa
3. Hospital Pediátrico Iztapalapa
4. Hospital Pediátrico Tacubaya
5. Hospital Pediátrico Moctezuma
6. Hospital Pediátrico Peralvillo
7. Hospital Pediátrico Coyoacán
8. Hospital Pediátrico Legaría
9. Hospital Pediátrico Aragón
10. Hospital Pediátrico Xochimilco

DIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA DE LOS SERVICIOS DE SALUD PÚBLICA DEL GOBIERNO DEL DISTRITO FEDERAL

SECRETARÍA DE SALUD DEL ESTADO DE MÉXICO

INSTITUTO DE SALUD DEL ESTADO DE MÉXICO

HOSPITALES GENERALES DEL INSTITUTO DE SALUD DEL ESTADO DE MÉXICO LOCALIZADOS EN EL ÁREA CONURBADA DEL ESTADO DE MÉXICO.

1. Hospital General Gustavo Baz Prada Nezahualcóyotl
2. Hospital General las Américas
3. Hospital General de Chalco
4. Hospital General de Ecatepec
5. Hospital General de Naucalpan
6. Hospital General de Texcoco
7. Hospital General de Tlalnepantla
8. Hospital General Dr. Fernando Quiroz G.
9. Hospital General de Chimalhuacan
10. Hospital General de Atizapan
11. Hospital General de Cuautitlán

INSTITUTO MATERNOINFANTIL DEL ESTADO DE MEXICO

Hospital para el Niño de Toluca

Hospital Mónica Pretelini

SISTEMA INTEGRAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA “DIF”

CAPITULO SEGUNDO

DE LA INTEGRACIÓN DURACIÓN Y RENOVACIÓN EN LOS CARGOS DEL COMITÉ

Artículo 4.- La mesa directiva del Comité estará integrada por:

Un Presidente,
Un Vicepresidente,
Un Secretario Ejecutivo y
Siete Vocales

Todos los cargos tendrán duración de dos años, a partir de la fecha de la toma de protesta del Comité la siguiente Mesa Directiva.

Artículo 5.- Para la designación por vez primera de los cargos se empleara el procedimiento de insaculación.

(Artículo Derogado)

Artículo 6.-La renovación en los cargos será de manera rotatoria en las instituciones participantes con el siguiente orden: CCINSHAE, SSDF, SSEM, HIMFG y INP.

Artículo 7.-El presidente del comité tendrá la facultad de asignar los cargos de la Mesa Directiva dentro de los integrantes del Comité.

(Artículo Adicionado)

CAPITULO TERCERO

DE LA COMPETENCIA Y ATRIBUCIONES

Artículo 8.- Al comité para la referencia y contrarreferencia pediátrica, solo le compete coordinar las acciones de las instituciones prestadoras de servicios de salud del primero, segundo y tercer nivel de atención que sean integrantes de este comité. Sus resoluciones y las acciones que lleve a cabo, surtirán efectos en estos mismos términos.

Artículo 9.- El Comité tendrá la atribución de establecer, dirigir, evaluar, y vigilar la aplicación de los criterios de coordinación para elevar la calidad del sistema de referencia y contrarreferencia pediátrica, de las instituciones de salud que formen parte del comité.

Artículo 10.- El Comité se apegará a lo establecido en la última actualización de los Lineamientos para la Referencia y Contrarreferencia de Pacientes Pediátricos de Población Abierta de la Ciudad de México y Área Conurbada del Estado de México.

CAPITULO CUARTO DE SU ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO

Artículo 11.- Para el mejor funcionamiento del comité se crearán 2 grupos técnicos:

1. Jefes de Servicios de Consulta Externa y/o Urgencias de Pediatría, de las unidades médicas integrantes del comité.
2. Jefes de Servicio de Trabajo Social de las unidades médicas integrantes del comité.

(Artículo Adicionado)

Artículo 12.- Tendrán reuniones ordinarias mensuales para tratar temas de índole operativo relacionados con el procedimiento para la referencia y contrarreferencia pediátrica que sea necesario y extraordinariamente cuando sea necesario.

(Artículo Adicionado)

Artículo 13.- El Comité tendrá sesiones ordinarias y extraordinarias para determinar criterios, analizar y evaluar sus actividades, o para tratar cualquier asunto en el que sea necesario su acuerdo.

Artículo 14.- El Presidente convocará a los integrantes para sesiones ordinarias por medio electrónico o vía telefónica con 15 días de anticipación. Para sesiones extraordinarias, se convocará de la misma forma con 2 días de anticipación.

Artículo 15.- Según calendario de reuniones el Presidente a los integrantes a las sesiones ordinarias al final de cada reunión.

Artículo 16.- Si alguno de los integrantes, considera necesaria una reunión extraordinaria, deberá solicitarla al Presidente para que sea convocada.

Artículo 17.- De todas las sesiones del comité deberá quedar constancia por escrito del desarrollo de la sesión, de las razones, y de los acuerdos.

Artículo 18.- Para las reuniones de Mesa Directiva, habrá quórum, cuando estén presentes cincuenta por ciento más uno de los integrantes de la Mesa.

Artículo 19.- Para la toma de decisiones o acuerdos, se deberá tener el voto cincuenta por ciento más uno de los integrantes de la mesa directiva.

Artículo 20.- El Presidente del comité será el que dirija y exponga la orden del día de las sesiones del comité, en ausencia de este, será el integrante de rango jerárquico inferior inmediato.

Artículo 21.- Cuando exista alguna situación crítica en la que no haya consenso del comité, se pedirá asesoría externa. La resolución no podrá ser impugnada por ningún integrante del comité.

(Artículo Derogado)

CAPITULO QUINTO

DE LOS ÓRGANOS DE GOBIERNO

Artículo 22.- La Mesa Directiva será el máximo órgano de decisión.

Artículo 23.- La Mesa Directiva será autónoma y tendrá las siguientes facultades:

- Admitir nuevos integrantes al comité
- Aceptar la renuncia de alguno de los integrantes
- Modificar algún artículo del presente reglamento
- Modificar la estructura del mismo
- Acordar la disolución del comité
- Los demás asuntos que por su competencia le corresponda conocer.

La vigencia del presente reglamento empezará a partir de la Primera Reunión de la Mesa Directiva correspondiente al 2011 y termina hasta la siguiente modificación acordada por la Mesa Directiva.

X. LISTA DE PADECIMIENTOS POR NIVEL DE ATENCIÓN

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 en que el diagnóstico que no aparezca en la lista el médico que envía deberá comunicarse con el nivel de atención correspondiente para aclarar si es o no candidato a ser referido.

LISTA DE PADECIMIENTOS POR NIVEL DE ATENCIÓN

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

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

Nota: Entre paréntesis se indica el nivel de atención que dará el seguimiento pediátrico.

PRIMER NIVEL	SEGUNDO NIVEL	TERCER NIVEL
Pediculosis	Escabiasis	Sx Neurocutaneos(I) Hemangiomas gigantes y cavernosos (I) Neoplasias cutaneas malignas (I) Otras ectoparasitosis (I)
ENDOCRINOLOGÍA Obesidad I grado	Hipotiroidismo congénito (I) Obesidad de II y III Grado (I)	Diabetes Mellitus (II) Diabetes Insípida (II) Tirotoxicosis (II) Tiroiditis Alteraciones suprarrenales (II) Pubertad precoz (III) Ambigüedad de genitales (III) Alteraciones gonadales (II) Obesidad secundaria (III) Neoplasias endocrinológicas (III)
ESTOMATOLOGIA Higiene bucal Periodontopatías Aplicación de fluor	Caries (I) Periodontopatías que requieran cirugía (I) Endodoncia, parodoncia, ortodoncia (I) Traumatismo dentoalveolar(I) Maloclusión (I)	Rehabilitación integral Cirugía bucodentomaxilar Disarmonias dentofaciales Ránula Complicaciones orales de problemas sistémicos (III)
GASTROENTEROLOGÍA Y NUTRICIÓN 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 (I) Obesidad (I) Intolerancia a la lactosa (I) Reflujo gastro-esofágico (I) Colon irritable (I) Enfermedad ácido péptica (I) Enterocolitis necrosante Grado I y II Colecistitis Colelitiasis Absceso hepático Enf Inflamatoria de vias biliares (I) Dolor abdominal crónico en etapa inicial(I) Reflujo gastroesofágico (I)	Desnutrición de III Grado (III) Obesidad Grave (II) Avitaminosis (II) Reflujo gastro-esofágico complicado (III) Constipación crónica (II) Encopresis (II) Mala absorción intestinal (III) Colitis ulcerativa (III) Enf Cronh (III) Enfermedad celiaca (III) Intestino corto (III) Intolerancia a la proteínas de la dieta (II) Linfangiectasia Intestinal (III) Infección por Helicobacter Pylori (II) Agangliosis intestinal (II) Enterocolitis necrosante grado III y IV Diarrea crónica

PRIMER NIVEL	SEGUNDO NIVEL	TERCER NIVEL
		Enfermedad celiaca (III) Vasculitis e isquemias intestinales (II) Pancreatitis Sx. Colestásicos (II) Hepatitis tóxicas y crónicas (III) Insuficiencia Hepática (III) Úlcera péptica (II) Anorexia y bulimia (III) Dolor abdominal crónico etapa avanzada (II) Poliposis intestinal (II) Hipertensión portal (III) Colon agangliónico (II)
GENÉTICA Síndrome de Down diagnóstico clínico (I)	Seguimiento de cromosopatías ya estudiadas (I)	Síndrome de Down diagnóstico paraclínico (I) Otras cromosopatías (II) Errores del metabolismo (III) Consejo genético Medicina Genómica Estudio de retraso mental (I) Ambigüedad de genitales (II) Genodermatosis (II) Estudio de malformaciones múltiples (I)
GINECOLOGÍA	Dismenorrea Trastornos menstruales (I) Enfermedades de Trasmisión sexual Trauma genital femenino (I)	Amenorrea en estudio (II) Tumores mamarios (III) Abuso sexual (II)
HEMATOLOGÍA Anemia ferropénica	Anemia megaloblástica (I) Pacientes terminales Púrpuras vasculares no complicadas (I) Deficiencia vitamina K	Otras anemias (II) Policitemia (II) Púrpuras trombocitopénicas (I) Púrpuras vasculares complicadas Sx. Mielodisplásicos (II) Leucemias (III) Linfomas (III) Coagulopatías congénitas
INFECTOLOGÍA Infecciones de vías respiratorias altas Neumonía sin dificultad	<i>Nota: Entre paréntesis se indica el nivel de atención que dará el seguimiento pediátrico.</i> Neumonía con dificultad respiratoria Laringotraqueitis	Epiglotitis Absceso retrofaríngeo

PRIMER NIVEL	SEGUNDO NIVEL	TERCER NIVEL
respiratoria Gastroenteritis sin deshidratación Parasitosis intestinales Fiebre tifoidea Hepatitis aguda Exantemas virales	Sx. Coqueluchoides y tos ferina 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 (I) Fiebre tifoidea (I) Tuberculosis (I) Mononucleosis infecciosa	Neumonías complicadas Endocarditis, Miocarditis Absceso cerebral Celulitis gangrenosa Hepatitis con insuficiencia hepática SIDA (III) Infecciones en huésped inmunocomprometido Tétanos Rabia Enfermedad de Kawasaki Meningitis tuberculosa Brucelosis Riketsiosis Neumonía por atípicos Leptospirosis ántrax Tracoma
NEFROLOGÍA	Glomérulonefritis no complicada Insuficiencia Renal Aguda Diálisis peritoneal (II)	Otras Glomerulopatías Insuficiencia Renal Crónica (III) Nefropatías tubulares (II) Nefropatías intersticiales (II) Nefrotoxicidades Trasplante (III) Hemodiálisis (III)
NEUMOLOGÍA Neumonía sin dificultad respiratoria	Neumonía con dificultad respiratoria Neumotórax Asma leve y moderada (I)	Neumopatías crónicas (II) Fibrosis quística (III) Mediastinitis Asma severa (II)
NEONATOLOGÍA Manejo del RN Sano	Neonato de alto riesgo Ictericias en estudio Exanguinotransfusión 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 (II) Persistencia de alteraciones metabólicas (II)
NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA Trauma Craneoencefálico leve	Seguimiento de Crisis convulsivas (I) Hidrocefalia (II)	Epilepsia de difícil control (II) Otros tipos de epilepsia (II)

Nota: Entre paréntesis se indica el nivel de atención que dará el seguimiento pediátrico.

PRIMER NIVEL	SEGUNDO NIVEL	TERCER NIVEL
	Mielomeningocele (II) Trauma Craneoencefálico Moderado Cefalea en estudio (I) Migraña (I)	Malformaciones del SNC (II) Tumores cerebrales (III) Enfermedades degenerativas del SNC (III) Cirugía de Epilepsia (II) Cirugía Estereotáxica (II) Trauma Craneoencefálico Severo Cráneo hipertensivo Sx. Del Niño hipotónico (II) Trauma medular Sx. Neurocutaneos (I) Distrofias Musculares (II)
OFTALMOLOGÍA Conjuntivitis bacteriana Blefaritis no complicada	Estudio de agudeza visual Enfermedades inflamatorias del párpado Dacriestenosis y dacricistitis (I) Estrabismo (I)	Malformaciones oculares Tumores (III) Anomalías corneales, retiniana (II) Cirugía lasser Trauma ocular Celulitis periorbitaria Neuritis
ONCOLOGÍAS	Tumores benignos (I) Pacientes terminales	Tumores sólidos (III) Histiocitosis (III) Tumores abdominales en estudio (III)
OTORRINOLARINGOLOGÍA Tapones de cerumen	Infecciones respiratorias altas recurrentes (I) Epistaxis	Otitis crónica recurrente (I) Perforación timpánica (I) Nasoangiofibromas (II) Atresia de coanas Laringomalasia (II) Papilomatosis laringea (II) Estenosis o membranas laringeas Estridor y disfonía no infecciosa (I)
PAIDOPSIQUIATRÍA Depresión Simple Desordenes reactivos Violencia intrafamiliar	Neurosis (I) Otros trastornos depresivos (I) Agresividad (I) Retrazo psicomotor (I)	Intento suicida (III) Disfunción cerebral mínima (II) Psicosis (III) Trastornos del lenguaje (I) Desviaciones sexuales (I) Anorexia y bulimia (II) Fármaco dependencia (III)
<i>Nota: Entre paréntesis se indica el nivel de atención que dará el seguimiento pediátrico.</i>		

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

Nota: Entre paréntesis se indica el nivel de atención que dará el seguimiento pediátrico.

ANEXO 1

HOJA DE REFERENCIA I Número de Expediente _____

No de Control _____ Clasificación socioeconómica _____ Urgencia Si ___ No ___

Fecha: _____

Nombre: _____ Edad _____

Sexo _____

Apellido Paterno Apellido Materno Nombre años meses días

Familiar responsable: Nombre: Parentesco:

II

Médico que envía: _____ Unidad que envía: _____

Médico que recibe _____ Unidad receptora _____

Domicilio de unidad

receptora: _____

Servicio(s) al que se envía: _____

III.

El paciente ha sido manejado previamente en unidad que envía*: Si ___ No ___

Padecimiento actual: _____

Evolución: _____

Estudios Paraclínicos: _____

Diagnóstico Inicial: _____

Condición clínica previa a su envío: Peso ___ Talla ___ Temperatura ___ F.C . ___

FR ___ TA ___ Escala Glasgow: ___ Silverman: ___ Llenado capilar: ___

Examen

clínico: _____

FRCRP/2011

No de Control que envía: _____ o que recibe previa a su envío:
Peso ____ Talla ____ Temperatura ____ F.C. . FR ____ TA _____

Motivo de **CONTRARREFERENCIA**

I

Fecha de envío: _____ Hospital al que se envía _____

Medico que envía: _____ Cargo: _____

II

Padecimiento actual: _____

Evolución: _____

Estudios paraclínicos: _____

Diagnóstico Inicial: _____

Condición clínica previa a su envío: Peso ____ Talla ____ Temperatura ____ F.C. ____

FR ____ TA ____ Escala Glasgow: ____ Silverman: ____ Llenado capilar: ____

Examen Clínico _____

Diagnóstico final:

III

Recomendación para su manejo: _____

Debe regresar: Si ____ No ____ Fecha: _____

En caso de dudas comunicarse con _____ Tel _____ Ext _____

Firma de médico que envía _____

FRCRP/2011