



Gobierno de
México

 **IMSS BIENESTAR**
SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD

**GUÍA TÉCNICA OPERATIVA
DE REFERENCIA Y
CONTRARREFERENCIA DE
PACIENTES ENTRE LOS
ESTABLECIMIENTOS DE SALUD
DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL
INSTITUTO MEXICANO DEL
SEGURO SOCIAL PARA EL
BIENESTAR
(IMSS-BIENESTAR)**



DIRECTORIO INSTITUCIONAL

Dr. Alejandro Ernesto Svarch Pérez
Director General de los Servicios de Salud del IMSS-BIENESTAR

Dr. José Alejandro Avalos Bracho
Titular de la Unidad de Atención a la Salud

Dr. Gabriel Gutiérrez Morales
Titular de la Coordinación de Unidades de Primer Nivel

Dr. Said Vázquez Valle
Titular la Coordinación de Unidades de Segundo Nivel

Dra. Hilda Patiño Gallegos
Coordinación de Hospitales de Alta Especialidad y Programas Especiales

Dra. Miriam Adriana Peña Eslava
Titular de la Coordinación de Enfermería

Dr. Arturo González Ledesma
Titular de la Coordinación de Supervisión

Dr. José Misael Hernández Carrillo
Titular de la Coordinación de Epidemiología

Dr. Luis Ernesto Caballero Torres
Titular de la Coordinación de Educación e Investigación

Dra. Alejandra Rangel Junquera
Encargada del Despacho de los Asuntos Inherentes
de la Coordinación de Programas Preventivos

Dr. Eduardo Antonio Rodríguez Becerril
Encargado del Despacho de los Asuntos Inherentes a la
Coordinación de Normatividad y Planeación Médica



**Gobierno de
México**



IMSS BIENESTAR
SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD

GUÍA TÉCNICA OPERATIVA DE REFERENCIA Y
CONTRARREFERENCIA DE PACIENTES ENTRE LOS
ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE LOS SERVICIOS
DE SALUD DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO
SOCIAL PARA EL BIENESTAR (IMSS-BIENESTAR)

Revisión Normativa

Dr. Eduardo Antonio Rodríguez Becerril
Encargado del Despacho de los Asuntos Inherentes a la
Coordinación de Normatividad y Planeación Médica

Mtro. Mauro Jesús Villegas Sánchez
Titular de la División de Normatividad Médica

Colaboradores

Coordinación de Unidades de Primer Nivel

Dr. Arturo Mompín Ramírez
Titular de la División de Procesos de Atención Médica en Primer Nivel

Dra. Yarenit Esmeralda Barranco Barreto
Jefa de área médica

Dra. Dulce Gabriela Contreras Villagómez
Líder de proyecto médico

Mtra. Anabel Arroyo Bahena
Supervisora de Procesos



ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	5
OBJETIVOS	6
OBJETIVO GENERAL	6
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	6
ALCANCE	6
DEFINICIONES	7
MARCO NORMATIVO	9
CONTENIDO	10
Procedimiento 1: Referencia del Primer Nivel de Atención a una unidad médica de mayor capacidad instalada.	10
Procedimiento 2: Atención y contrarreferencia de la unidad médica de mayor capacidad instalada.	12
Procedimiento 3: Referencia del Segundo Nivel a la unidad médica de mayor capacidad instalada	13
Procedimiento 4: Contrarreferencia de la unidad médica de mayor capacidad instalada al Segundo Nivel.....	14
Procedimiento 5: Continuidad de la atención médica	14
RECOMENDACIONES GENERALES	16
DOCUMENTOS DE REFERENCIA	19
ANEXOS	20



INTRODUCCIÓN

En los servicios de salud, la atención a la población se organiza en distintos niveles de complejidad, siendo estos el primer, segundo y tercer nivel con el propósito de responder de manera integral, oportuna y eficiente a las necesidades de salud.

Cada nivel cuenta con capacidades técnico-operativas específicas para la resolución de problemas de salud; sin embargo, existen situaciones en las que, por la complejidad del padecimiento, la necesidad de estudios especializados o la gravedad del cuadro clínico, la atención supera los recursos disponibles en la unidad donde inicialmente se brinda la atención.

En estos casos, resulta indispensable implementar mecanismos efectivos de referencia y contrarreferencia dentro de la red de servicios de salud, con el fin de garantizar que la persona usuaria reciba atención en el nivel adecuado, con la capacidad instalada necesaria, y asegurar posteriormente su retorno al nivel correspondiente para la continuidad del cuidado de su salud. Este proceso permite articular los diferentes niveles de atención, optimizar recursos y mejorar los resultados en salud.

El proceso de referencia y contrarreferencia constituye un eje fundamental para la continuidad, integralidad y coordinación de la atención en los servicios de salud. En el marco del modelo MAS-BIENESTAR, este proceso adquiere especial relevancia al promover una atención centrada en la persona, basada en redes integradas de servicios de salud, con énfasis en la accesibilidad, la equidad y la calidad en la atención. La adecuada articulación entre niveles favorece no solo la resolución del evento agudo, sino también el seguimiento longitudinal y la atención integral de las personas.

La presente guía está diseñada como un instrumento práctico dirigido al personal de salud operativo de los tres niveles de atención. Su propósito es facilitar la comprensión y aplicación del proceso de referencia y contrarreferencia mediante orientaciones claras y criterios clínicos básicos que apoyen la toma de decisiones. Está orientada a fortalecer las competencias del personal de salud, homogenizar el procedimiento y promover el uso correcto de los formatos institucionales.

A lo largo del documento se abordan los conceptos básicos, los pasos para la elaboración y gestión de una referencia, las acciones esperadas en el proceso de contrarreferencia y las responsabilidades específicas de cada integrante del equipo de salud. También se incluyen criterios clínicos generales, así como elementos administrativos indispensables para su adecuada implementación.

Una adecuada articulación entre los distintos niveles de atención, sustentada en una comunicación efectiva y en una documentación clínica clara y completa, permite fortalecer la continuidad del cuidado y garantizar que cada persona reciba atención en el lugar y momento



apropiados. Esta guía busca ser un apoyo para lograrlo en el contexto operativo de los servicios de salud.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Establecer los procedimientos operativos para la referencia y contrarreferencia de los pacientes entre los establecimientos de salud del IMSS-BIENESTAR, con el propósito de favorecer la continuidad de la atención y la articulación de la red de servicios de salud.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Establecer criterios clínicos y administrativos para la referencia y contrarreferencia de pacientes entre los establecimientos de salud del IMSS-BIENESTAR.
- Alinear las actividades del personal de salud involucrado en el proceso de referencia y contrarreferencia.
- Favorecer el fortalecimiento de la continuidad de la atención mediante prácticas estandarizadas y la adecuada comunicación entre los establecimientos de salud del IMSS-BIENESTAR relacionadas al proceso de referencia y contrarreferencia.

ALCANCE

El presente documento es aplicable al personal de salud en los establecimientos médicos del IMSS-BIENESTAR donde se realizan procesos clínicos y administrativos de referencia y contrarreferencia de pacientes.



DEFINICIONES

Para efectos de la presente Guía Técnica, se entenderá por:

- I. **Atención médica:** Conjunto de servicios que se proporcionan al individuo con el fin de proteger, promover, restaurar su salud u ofrecer cuidados paliativos.
- II. **Atención médica de alta especialidad:** Servicios médicos dirigidos al diagnóstico, tratamiento y seguimiento de enfermedades complejas o de baja prevalencia que requieren infraestructura especializada, equipos multidisciplinarios y procedimientos de alta precisión.
- III. **Atención médica integral:** Proceso de gestión y prestación de servicios que garantiza la atención continua mediante servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, gestión de enfermedades, rehabilitación y cuidados paliativos, a través de los diferentes niveles y sitios de atención médica del sistema institucional, de acuerdo con sus necesidades a lo largo del curso de la vida.
- IV. **Capacidad instalada:** Nivel de competencias técnicas, recursos humanos, infraestructura, equipamiento y organización con que cuenta una unidad médica para brindar atención oportuna y adecuada en un tiempo definido.
- V. **Cartera de servicios:** Conjunto de diferentes prestaciones de atención a la salud que las unidades médicas de los tres niveles de atención ofertan a la población de acuerdo con su organización, recursos, insumos, características demográficas y epidemiológicas
- VI. **CECOSAMA:** Centro Comunitario de Salud Mental y Adicciones
- VII. **CESSA:** Centro de Salud con Servicios Ampliados.
- VIII. **Continuidad en la atención médica:** Vinculación de los servicios médicos entre unidades médicas del mismo nivel de atención o de diferente nivel relacionados con el cuidado a la salud de los pacientes, con independencia de la región operativa donde los reciban, de manera que se sincronicen para dar atención médica integral y sin que se produzcan contratiempos en la misma.
- IX. **Contrarreferencia (como formato):** Documento mediante el cual la unidad receptora notifica y retorna al paciente a la unidad referente con la descripción de la atención otorgada y con el plan de manejo establecido.



- X. **Contrarreferencia (como proceso):** Proceso médico-administrativo mediante el cual la unidad de salud receptora (de mayor capacidad instalada), tras haber brindado la atención especializada requerida, retorna al paciente a su unidad médica de origen para continuar con su seguimiento y control en el nivel de atención correspondiente.
- XI. **Gestión de referencia-contrarreferencia:** Acciones administrativas y operativas realizadas para asegurar que el paciente pueda recibir atención en la unidad receptora. Incluye verificación del formato, comunicación entre unidades, organización del traslado y registro adecuado en los sistemas internos, así como el seguimiento de la contrarreferencia.
- XII. **Personal de salud:** Médico, estomatólogo, psicólogo y nutrióloga.
- XIII. **Referencia (como formato):** Documento mediante el cual el personal de salud de los distintos niveles de atención envía a un paciente a una unidad de salud de mayor capacidad instalada para diagnóstico, tratamiento o procedimientos que no pueden realizarse en la unidad remitente. Este formato tendrá información clínica relevante.
- XIV. **Referencia (como proceso):** Proceso médico-administrativo mediante el cual el personal de salud, principalmente de primero y segundo nivel de atención, envía al paciente a una unidad de salud de mayor capacidad instalada para diagnóstico, tratamiento o procedimientos que no pueden realizarse en la unidad remitente. También puede realizarse entre hospitales de alta especialidad, cuando uno de ellos carezca del personal o equipamiento médico especializado.

La referencia se realizará generalmente, en secuencia a la estructura de los niveles de atención y solo en urgencias, como consecuencia del diagnóstico médico y de la gravedad de paciente, se podrá trasladar del primero al tercer nivel directamente.

- XV. **Referencia programada:** Envío planificado del paciente para valoración o seguimiento especializado cuando la condición clínica no representa riesgo inminente. De su trámite se obtiene cita en la consulta externa de la unidad médica a la que se envía.
- XVI. **Referencia urgente:** Traslado inmediato del paciente cuando presenta signos de alarma, riesgo vital o deterioro rápido de su condición de salud que amerita atención especializada sin demora. Implica priorización en el traslado y comunicación inmediata con la unidad de salud receptora con atención en los servicios de urgencias.



- XVII. Regionalización Operativa:** Delimitación territorial cuya función es planear, coordinar, supervisar y evaluar la prestación de servicios de salud en la población bajo su responsabilidad, con los recursos disponibles en el área.
- XVIII. Traslado:** Movimiento del paciente desde la unidad de salud remitente hacia la unidad de salud receptora mediante recursos institucionales, comunitarios o propios, según el nivel de prioridad clínica, manteniendo en todo momento las medidas de seguridad pertinentes.
- XIX. UNEME:** Unidad de Especialidades Médicas
- XX. Unidad médica de mayor capacidad instalada:** Se trata del establecimiento de salud del mismo nivel de atención o de aquella del nivel de atención inmediato superior a la que realiza la referencia del paciente.
- XXI. UPN:** Unidad de Primer Nivel.

MARCO NORMATIVO

- **Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos**, publicada en el DOF el 5 de febrero de 1917 y sus reformas
- **Ley General de Salud**, publicada en el DOF el 7 de febrero de 1984 y sus reformas.
- **Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica**, publicado en el DOF el 14 de mayo de 1986 y sus reformas.
- **Decreto por el que se crea el organismo público descentralizado denominado Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar (IMSS-BIENESTAR)**, publicado en el DOF el 31 de agosto de 2022 y sus modificaciones.
- **NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico.**
- **Modelo de Atención a la Salud para el Bienestar (MAS-BIENESTAR)**, publicado en el DOF el 10 de octubre de 2022.



CONTENIDO

Procedimiento 1: Referencia del Primer Nivel de Atención a una unidad médica de mayor capacidad instalada.

Personal involucrado: Personal de salud y el encargado de la Unidad de Salud de Primer Nivel.

Descripción del procedimiento:

La referencia desde el primer nivel de atención deberá efectuarse cuando él o la paciente presente condiciones que excedan la capacidad instalada, ya sea humana o de equipamiento, de la UPN a la cual se encuentra adscrita.

La referencia permitirá el envío de pacientes hacia aquellas unidades que disponen de una oferta de servicios ampliada, tales como psicología, estomatología, laboratorio, entre otros (UNEME de enfermedades crónicas, CESSA, CECOSAMA).

1. Valoración clínica integral

- El personal de salud:
 - Realiza interrogatorio dirigido y exploración física conforme al motivo de consulta.
 - Identifica signos de alarma, factores de riesgo y criterios de gravedad.
 - Determina la capacidad instalada de su UPN.

2. Identificación de signos de alarma

- Detecta oportunamente condiciones que implican riesgo inmediato o potencial de deterioro del estado de salud, tales como: alteración del estado de conciencia, compromiso hemodinámico, dificultad respiratoria, fiebre persistente o muy elevada, dolor torácico o abdominal moderado a severo, hemorragias activas, signos neurológicos focales, riesgo en salud mental y signos y síntomas de alarma obstétrica.
- En UPN con recursos limitados, y conforme a la gravedad del cuadro clínico se debe realizar referencia y traslado inmediato en los casos de riesgo inminente a la vida o integridad física del paciente.
- En UPN con mayor capacidad, se debe realizar estabilización inicial previa, si las condiciones lo permiten y se cuenta con personal de salud capacitado.



3. Identificación de diagnósticos que requieren atención especializada

- Reconoce diagnósticos presuntivos o confirmados que exceden la capacidad operativa de la UPN, tales como: enfermedades crónicas mal controladas, sospecha de neoplasias, enfermedades infecciosas de manejo especializado, patologías respiratorias persistentes, patología gineco-obstétrica compleja, alteraciones del desarrollo infantil y trastornos de salud mental que superan la capacidad de atención dentro de la UPN.
- La referencia a unidades de salud de mayor capacidad instalada se realizará únicamente cuando el cuadro clínico no pueda resolverse en unidades de primer nivel, priorizando previamente, la atención en UPN de mayor capacidad (UNEME y CESSA).

4. Determinación del tipo de referencia

Define si la referencia es programada o urgente, de acuerdo con la condición clínica del paciente y con base en las reglas y principios que rigen la práctica médica. Lo anterior sustentado en los criterios establecidos en Guías de Práctica Clínica. En el caso de la referencia urgente es importante establecer las medidas para que se lleve a cabo el traslado seguro del paciente.

5. Llenado del formato de referencia-contrarreferencia

- El personal de salud llena de forma clara, legible y completa el formato institucional vigente, que deberá incluir: datos generales del paciente, nombre completo de la unidad de salud emisora y unidad de salud receptora, motivo clínico de la referencia, resumen clínico del padecimiento incluyendo estudios de laboratorio y gabinete realizados (cuando aplica), tratamiento previo e impresión diagnóstica (ver ANEXO 1).

6. Información y orientación al o la paciente o tutor legal

- El personal de salud explicará de manera clara: el motivo e importancia de la referencia, cuál es la unidad de salud de destino y, cuando sea posible, fecha, horario y requisitos, y describirá las recomendaciones para el traslado y signos de alarma cuando lo amerite.
- Entregar el formato de referencia.



7. Registro en el expediente clínico

- Documentar en el expediente clínico del paciente la valoración clínica y el motivo de la referencia, señalando el nombre completo de la unidad de salud a la que se envió.
- Anexar copia del formato de referencia-contrarreferencia firmada por el paciente, tutor legal o familiar con la leyenda: "Recibí hoja de referencia-contrarreferencia original".

8. Coordinación para el envío del paciente.

- Cuando la UPN cuente con personal de trabajo social: dicho personal realizará las acciones de orientación y acompañamiento necesarias al paciente o a su tutor legal, a fin de facilitar el trámite y conocer el estatus de la referencia.
- En las UPN que no cuenten con personal de trabajo social: la UPN implementará mecanismos alternos para asegurar el acompañamiento necesario al paciente o a su tutor legal, a fin de facilitar el trámite y la conclusión de la referencia, lo cual puede incluir el agendar la cita subsecuente para conocer el estatus de la referencia.

Resultado esperado:

El paciente es referido de manera oportuna, justificada y documentada, con continuidad en la atención dentro de la red de servicios de salud.

Procedimiento 2: Atención y contrarreferencia de la unidad médica de mayor capacidad instalada.

Personal involucrado: Personal de salud de la unidad médica de mayor capacidad instalada

Descripción del procedimiento:

1. La unidad médica de mayor capacidad instalada recibe al paciente referido.
2. El personal de salud de la unidad que recibe al paciente realiza la valoración clínica especializada.
3. Proporciona diagnóstico y tratamiento correspondiente.



4. Define si:

- El caso puede resolverse en su unidad médica, estableciendo el diagnóstico y tratamiento adecuado, verificando la eficiencia de este para determinar si contrarrefiere a la unidad de origen o
- Requiere referencia a otra unidad de mayor capacidad instalada.

5. Elabora contrarreferencia al primer nivel que incluya:

- Diagnóstico
- Tratamiento instaurado
- Indicaciones de seguimiento
- Signos de alarma

6. Entrega contrarreferencia al paciente o la envía por el sistema institucional.

Resultado esperado:

Paciente con manejo definido y seguimiento establecido.

Procedimiento 3: Referencia del Segundo Nivel a la unidad médica de mayor capacidad instalada

Personal involucrado: Personal de salud

Descripción del procedimiento:

1. Identifica que el caso requiere atención médica de alta especialidad.
2. Elabora referencia.
3. Coordina con el tercer nivel y área de gestión hospitalaria.
4. Informa al paciente y/o familiar.
5. Realiza traslado conforme a la normatividad vigente.



Procedimiento 4: Contrarreferencia de la unidad médica de mayor capacidad instalada al Segundo Nivel

Personal involucrado: Médico subespecialista

Descripción del procedimiento:

1. Brinda atención médica de alta especialidad.
2. Define esquema diagnóstico-terapéutico.
3. Elabora contrarreferencia al nivel correspondiente.
4. Establece plan de seguimiento.
5. Regresa al paciente al segundo o primer nivel, dependiendo del diagnóstico confirmado, el tratamiento establecido y la necesidad de dar continuidad de la atención médica en una especialidad.

Procedimiento 5: Continuidad de la atención médica

Personal involucrado: Personal de salud / Encargado de la unidad médica.

Descripción del procedimiento:

1. *Recibe contrarreferencia.*

El personal de salud del Establecimiento de Salud recibe la contrarreferencia emitida por la unidad médica de mayor capacidad instalada, la cual podrá presentarse en formato físico por parte del paciente o mediante los sistemas electrónicos institucionales de referencia y contrarreferencia.

2. *Integración de la información al expediente clínico.*

El personal de salud registra en el expediente clínico del paciente la información contenida en la contrarreferencia, conforme a la normatividad vigente. Asimismo:

- Agenda consulta de seguimiento en la unidad de salud del nivel de atención que especifique la contrarreferencia.



- Verifica la continuidad del tratamiento farmacológico y no farmacológico indicado por la unidad médica de mayor capacidad instalada.

3. *Gestión de casos sin contrarreferencia:*

En caso de que él o la paciente no presente el documento de contrarreferencia debido a que el médico de la unidad médica de mayor capacidad instalada no se la entregó, el personal de salud asignado turnará el caso al personal de trabajo social u otra instancia correspondiente, con la finalidad de:

- Comunicarse con la subdirección médica o jefe de servicio de la especialidad que dio la atención.
- Solicitar copia de la contrarreferencia cuando corresponda
- Registrar la fecha, persona contactada y acuerdos generados durante la comunicación entre unidades médicas

La persona responsable del área de Trabajo Social o personal asignado del control del talón del formato de referencia-contrarreferencia, informará al responsable de la unidad médica cuando existan retrasos recurrentes o dificultades con el envío de la contrarreferencia por parte de la unidad receptora.

En aquellas UPN que no cuentan con personal de Trabajo Social, la persona encargada de la unidad médica designará al personal de salud para la realización de la gestión administrativa aplicable para dar seguimiento a la contrarreferencia del paciente que se refirió.

4. *Seguimiento clínico y continuidad del tratamiento.*

- El médico de la unidad de salud realiza el monitoreo clínico del o la paciente y asegura la continuidad del tratamiento indicado por la unidad de salud de mayor capacidad instalada.
- En caso necesario, podrá realizar ajustes terapéuticos conforme a la evolución clínica y a las guías de práctica clínica vigentes, así como solicitar estudios disponibles en el componente “Laboratorio en tu Clínica” u otros servicios diagnósticos accesibles en el primer Nivel.

5. *Educación para la salud y adherencia terapéutica.*

- El personal de salud implementa acciones de educación para la salud, incluyendo orientación individual o grupal, con el propósito de fortalecer la adherencia al tratamiento y promover el autocuidado.



6. *Detección oportuna de signos de alarma.*

- Durante el seguimiento, el personal de salud identifica y documenta oportunamente signos y síntomas de alarma, conforme a los criterios clínicos establecidos.
- La evolución clínica del paciente se documenta en el expediente clínico.
- En caso de identificar signos de alarma, complicaciones o falta de control clínico, se genera una nueva referencia al segundo nivel de atención, de acuerdo con los criterios normativos vigentes.

RECOMENDACIONES GENERALES

Para que el proceso de Referencia–Contrarreferencia se realice de manera ágil, ordenada y segura, es indispensable que cada UPN cuente con ciertos materiales, herramientas organizativas y mecanismos de coordinación previamente establecidos.

Las siguientes recomendaciones son pautas operativas que contribuyen a mejorar la eficiencia del proceso y reducir retrasos o complicaciones asociadas a la atención del o la paciente. Cada UPN deberá adaptarlas a sus posibilidades, infraestructura y contexto específico.

1. Directorio actualizado de unidades de salud

Es fundamental que cada UPN disponga de un directorio general actualizado que incluya:

- Unidades de primer nivel cercanas, especialmente aquellas con servicios o perfiles complementarios a los que ofrece la propia UPN (psicología, estomatología/odontología, nutrición, rehabilitación, entre otros).
- Unidades de segundo nivel de referencia habitual, con un desglose claro de sus servicios disponibles, horarios de atención, requisitos de acceso y modalidades de programación de citas.
- Datos de contacto de las unidades receptoras: dirección completa, teléfono(s), correo electrónico institucional, extensión o área específica a la que se debe dirigir la referencia.
- Información logística: distancia aproximada desde la UPN, tiempo promedio de traslado, rutas de transporte público disponibles, rutas vehiculares principales y alternativas, horarios de atención y documentación que solicitan adicional a la hoja de referencia.

Este directorio estará disponible en formato impreso y digital, colocado en un espacio accesible para todo el personal (preferiblemente en cada consultorio), y revisado al menos cada seis meses o cuando haya cambios directivos-operativos en las unidades de salud receptoras.



2. Materiales y formatos indispensables

Los Establecimientos de Salud contarán permanentemente con:

- Formatos impresos de hoja de Referencia-Contrarreferencia y negativa informada a la hoja de Referencia-Contrarreferencia.
- Copias actualizadas de lineamientos internos y procedimientos operativos relacionados con referencia y contrarreferencia.
- Un espacio físico designado (carpeta, bitácora o archivo específico) para el control documental del proceso, accesible y organizado para los registros de folios de la entrega de hojas de referencia-contrarreferencia.

3. Coordinación con autoridades y actores comunitarios

Los Establecimiento de Salud tienen que establecer, revisar y renovar cuando sea necesario, los canales de apoyo y coordinación interinstitucional, especialmente para situaciones que requieren traslados o acompañamiento comunitario. Estos acuerdos se documentarán y se socializarán con todo el personal. Se recomienda establecer y mantener convenios con:

- Autoridades municipales (protección civil, seguridad pública, gobierno local-municipal, etc.).
- Sistema DIF municipal, para apoyo en casos vulnerables o de difícil adherencia.
- Comité Local de Salud, como estructura comunitaria de apoyo inmediato.
- Actores comunitarios clave (autoridades tradicionales, comisariados ejidales, promotores comunitarios, grupos comunitarios de apoyo, entre otros).

Estas alianzas son especialmente útiles para gestionar apoyos de traslado urgentes, acompañamiento en casos de riesgo social y seguimiento de pacientes que se niegan a aceptar la referencia y requieren acompañamiento comunitario o visita domiciliaria.

4. Capacitación continua del personal

Es necesario que todo el personal de salud adscrito a los Establecimiento de Salud, incluyendo personal de nuevo ingreso, servicio social y personal en formación reciban capacitación periódica sobre:

- Procedimiento de referencia y contrarreferencia.
- Llenado correcto de formatos y registros clínicos.
- Comunicación efectiva con pacientes o tutores legales sobre riesgo y adherencia terapéutica.
- Aplicación del formato de negativa informada y manejo adecuado de la negativa.



- Procedimientos internos para canalizar información, programar citas y dar seguimiento a los casos.

Idealmente, esta capacitación se realizará de manera formal al menos una vez al año, o cuando exista personal de nuevo ingreso y refrescarse cada vez que cambien lineamientos o personal operativo.

5. Mecanismos internos de comunicación y seguimiento

Se recomienda que la UPN cuente con:

- Una bitácora (cuaderno o libro) de control de referencias y contrarreferencias.
- Espacios breves de reunión operativa (mensuales) para revisar casos pendientes o problemáticos.
- Protocolos claros para avisar a responsables de la UPN sobre demoras, no recepción de contrarreferencias o incidencias de cualquier tipo en el proceso de referencia y contrarreferencia.

Esto permite identificar problemas temprano, dar seguimiento puntual y evitar que una referencia-contrarreferencia se pierda o quede sin trazabilidad adecuada.



DOCUMENTOS DE REFERENCIA

- Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas. (2010). [Publications]. OPS. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/31323>
- Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) Representación Guatemala. Lineamientos generales del sistema de referencia y contrarreferencia. (2015). Disponible en: <https://iris.paho.org/server/api/core/bitstreams/9d339bd7-1b47-47c5-b376-3e5ff92071f2/content>
- Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico. [NOM-004-SSA3-EXPEDIENTE-CLINICO.pdf](#)
- Servicios de Salud de Veracruz. Manual de procedimientos para la Operación del Sistema de Referencia y Contrarreferencia de pacientes de la Red de Unidades Médicas de los Servicios de Salud de Veracruz. (2017). Disponible en: [manual de referencia y contrarreferencia](#)



INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO DE SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

El presente instructivo tiene como finalidad estandarizar el correcto llenado del formato del sistema de referencia y contrarreferencia, fomentando así la continuidad y calidad de la atención entre unidades de salud.

I. TALÓN (ANVERSO)

Objetivo: Registrar los datos básicos de la referencia y mantener un comprobante en la unidad de origen para seguimiento a la contrarreferencia.

Nota: se sugiere que la Unidad de Primer Nivel (UPN) cuente con un control interno de los talones de cada formato de referencia y contrarreferencia que se entregue a los o las pacientes.

Instrucciones de llenado:

- **Fecha y hora:** Anotar día, mes, año y hora en que se emite la referencia
- **Folio:** Registrar el número de folio único asignado por la UPN para control interno.
- **Número de expediente:** Colocar el número de expediente clínico del o la paciente.
- **Unidad a la que refiere:** Escribir el nombre completo de la unidad de salud a la que se realiza el envío del o la paciente para su atención a la salud.
- **Urgente:** Si o No. Marcar con una "X" el nivel de prioridad según el estado clínico del paciente.
- **Especialidad a la que se envía:** Registrar la especialidad médica a la que se refiere al o la paciente para diagnóstico y / o tratamiento.
- **Diagnóstico presuntivo:** Describir el diagnóstico clínico inicial con base en la valoración realizada.
- **Motivo de la referencia:** Anotar la razón de envío: falta de respuesta favorable al tratamiento; presencia de complicaciones; requerir estudios auxiliares de diagnóstico especializados; riesgo de secuelas; complementación diagnóstica; tratamiento especializado; atención del parto; protección anticonceptiva.
- **Nombre del o la paciente:** Iniciando por apellido paterno, apellido materno y nombre (s).
- **CURP:** Registrar la CURP completa, procurando hacer visible la diferencia entre la letra O y el número 0, por forma o con línea diagonal el cero.
- **Fecha de nacimiento:** Registrar únicamente datos numéricos, iniciando con el día, mes y año, separados entre ellos por una diagonal (/).
- **Sexo:** Marcar con una "x" el sexo del paciente.



- **Domicilio y teléfono del o la paciente:** Registrar datos completos que permitan la localización del o la paciente. En caso de registrar el número telefónico de algún familiar o conocido anotar el tipo de parentesco con él o la paciente.

Nota: Desprender el talón y archivarlo en la unidad para efectos de seguimiento y control.

II. HOJA DE REFERENCIA

Objetivo: Comunicar a la unidad de salud receptora, el estado clínico del o la paciente, los motivos del envío y la información necesaria para su atención.

- Anotar la Fecha, Hora, Folio y Prioridad de la misma manera que en el Talón.

1. Ficha de identificación

- **Nombre del o la paciente:** Iniciando por apellido paterno, apellido materno y nombre (s).
- **Fecha de nacimiento:** Registrar únicamente datos numéricos, iniciando con el día, mes y año, separados entre ellos por una diagonal (/).
- **Edad:** En años cumplidos. En el caso de menores de 1 año, serán meses cumplidos haciendo el señalamiento.
- **Sexo:** Marcar con una "x" el sexo del paciente.
- **CURP:** Registrar la CURP completa, procurando hacer visible la diferencia entre la letra O y el número 0, por forma o con línea diagonal en el cero.
- **No. de expediente:** el asignado por la unidad médica de primer nivel.

2. Datos de la unidad médica que refiere

- **Nombre de la UPN y CLUES:** Anotar ambos de manera correcta y completa.
- **Domicilio:** Registrar el domicilio oficial de la unidad.

3. Datos de la unidad a la que se envía

- **Nombre de la unidad receptora:** Anotar el nombre completo de la unidad de salud a la que se realiza el envío/solicitud de atención a la salud del o la paciente.
- **CLUES:** Anotar la CLUES completa de la unidad a la que se realiza envío.
- **Especialidad a la que se envía:** Indicar el área específica a la que se solicita brindar atención especializada a la salud al o la paciente.



4. Motivo de la referencia

- **Somatometría y signos vitales:** Registrar con números legibles: peso, talla, temperatura, presión arterial, frecuencia cardíaca y frecuencia respiratoria.
- **Resumen clínico:** Describir de forma clara, concisa y ordenada.
 - Inicio y evolución del padecimiento
 - Signos y síntomas relevantes
 - Resultados de exploración física
 - Estudios disponibles
 - Justificación clínica del envío
- **Terapéutica empleada:** Incluir tratamiento, medicamentos, procedimientos o medidas realizadas previamente en la unidad de origen.
- **Impresión diagnóstica CIE-10:** Registrar el código y la descripción técnica completa conforme a la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) del diagnóstico presuntivo.

5. Firmas

Nombre, firma y cédula profesional del personal de salud que refiere: Registrar todos los datos de manera correcta, con letra/número clara y legible.

Nombre, firma y cédula profesional del responsable de la unidad médica: Registrar todos los datos de manera correcta, con letra/número clara y legible.

Nombre, firma y cédula profesional del personal de Trabajo Social: Registrar todos los datos de manera correcta, con letra/número clara y legible (sólo si aplica, si la UPN no cuenta con personal de trabajo social, escribir N/A).

Es indispensable que se agreguen los datos solicitados para darle validez legal al traslado y para la recepción en la unidad médica con mayor capacidad instalada.



Anexo 2. HOJA DE CONTRARREFERENCIA



UNIDAD DE ATENCIÓN A LA SALUD

REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

I. TALÓN (REVERSO) SEGUIMIENTO DE LA REFERENCIA

Fecha y hora de la visita / llamada: _____

Unidad a la que se refirió: _____

Fecha de la cita: _____ Se le atendió: Si No

Por qué no? _____ Observaciones: _____

Nombre y firma de quien realiza la visita / llamada

Nombre y firma del paciente o familiar

Desprender el talón y archivar para seguimiento y registro de la referencia-contrarreferencia



UNIDAD DE ATENCIÓN A LA SALUD

CONTRARREFERENCIA

Fecha y hora de la contrarreferencia: _____

1. Unidad que contrarrefiere

Nombre: _____

CLUES: _____ Especialidad: _____

2. Unidad a la que envía

Nombre: _____ CLUES: _____

3. Manejo del paciente

Resumen clínico: _____

Diagnóstico inicial CIE-10: _____

Diagnóstico final CIE-10: _____

Instrucciones y recomendaciones para la continuidad del tratamiento: _____

Nombre, firma y cédula profesional del personal de salud que refiere

Nombre, firma y cédula profesional del responsable de la Unidad Médica

Nombre, firma y cédula profesional del personal de Trabajo Social

IB/UAS/1-2-3/F/0002



I. TALÓN (REVERSO) – SEGUIMIENTO DE LA REFERENCIA

Objetivo: Documentar el seguimiento realizado al o la paciente una vez emitida la referencia.

Instrucciones de llenado:

1. **Fecha y hora de visita / llamada:** Indicar cuándo se contactó al o la paciente.
2. **Unidad a la que se refirió:** Registrar el nombre completo de la unidad a la que se realizó el envío del o la paciente para su atención a la salud.
3. **Fecha de la cita:** Anotar la fecha programada que otorgó la unidad receptora para brindar la atención al o la paciente.
4. **¿Se le atendió?:** Marcar “Sí” o “No” con una “X”
 - De seleccionarse la respuesta “No”, describir claramente el motivo en el apartado *¿por qué no?*
5. **Observaciones:** Incluir información relevante sobre el seguimiento (p. ej., reagenda, falta de documentación, ausencia del paciente, entre otras).
6. **Firmas:**
 - Nombre y firma de quien realiza la visita / llamada.
 - Nombre y firma del paciente o familiar que confirma la información, de ser posible.

III. HOJA DE CONTRARREFERENCIA

Objetivo: Informar a la unidad que refiere sobre la atención otorgada, diagnósticos finales y recomendaciones para la continuidad del manejo del cuadro clínico del o la paciente dentro de su unidad de salud de adscripción.

Instrucciones de llenado:

Fecha y hora de contrarreferencia: Registrar la fecha y hora en que se emite.

1. Unidad que contrarrefiere

- **Nombre de la unidad:** Anotar el nombre completo de la unidad de salud que contrarrefiere, con letra clara y legible.
- **CLUES:** Anotar la CLUES completa de la unidad que realiza el envío.
- **Especialidad:** Indicar el área médica donde se dio la atención al o la paciente.

2. Unidad a la que se envía

- **Nombre:** Registrar el nombre de la unidad médica que realizó la referencia.
- **CLUES:** Anotar la CLUES completa de la unidad médica.



3. Manejo del paciente

- **Resumen clínico:** Incluir la valoración médica realizada, evolución y resultados relevantes.
- **Diagnóstico inicial CIE-10:** Registrar código(s) y descripción.
- **Diagnóstico final CIE-10:** Registrar código(s) y descripción.
- **Instrucciones y recomendaciones para la continuidad del tratamiento:** Detallar el manejo sugerido para la unidad médica de origen, incluyendo:
 - Tratamientos que continuar
 - Signos de alarma
 - Interconsultas necesarias
 - Fechas de seguimiento si aplica

4. Firmas

Nombre, firma y cédula profesional del personal de salud que refiere: Registrar todos los datos de manera correcta, con letra/número clara y legible.

Nombre, firma y cédula del responsable de la unidad médica: Registrar todos los datos de manera correcta, con letra / número clara y legible.

Nombre, firma y cédula profesional del personal de Trabajo Social: Registrar todos los datos de manera correcta, con letra / número clara y legible (Si la UPN no cuenta con personal de trabajo social, escribir N/A).



Anexo 2. HOJA DE NEGATIVA INFORMADA



Gobierno de México



IMSS BIENESTAR
SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD

UNIDAD DE ATENCIÓN A LA SALUD

NEGATIVA INFORMADA

Fecha: _____ Hora: _____
Unidad Médica: _____ CLUES: _____
Unidad a la que se pretende referir: _____ CLUES: _____
Diagnóstico: _____
Motivo de envío: _____

1. Información proporcionada al o la paciente o tutor legal

El personal de salud explica al o la paciente que la Unidad médica no cuenta con la capacidad instalada necesaria para atender el motivo de consulta y que la referencia es necesaria debido a:

Los riesgos de no acudir son: _____

Mientras que los beneficios de acudir son: _____

NOTA: La información debe ser leída en voz alta y explicada de forma clara

2. Declaración de NEGATIVA INFORMADA

Yo (nombre del o la paciente o tutor legal), _____, manifiesto que he recibido y comprendido la información anterior y, aún así, decido NO acudir a la unidad médica de referencia propuesta.

Motivo de la negativa (opcional): _____

En caso de negativa a firmar por parte del o la paciente / tutor legal:

Nombre, firma del o la paciente o del Tutor Legal

Testigo (nombre, firma y cédula profesional)

Nombre, firma y cédula profesional del médico que informó

Nombre, firma y cédula profesional del responsable de la Unidad médica

Nombre, firma y cédula profesional del personal de Trabajo Social



Instructivo de llenado del Formato de Negativa Informada a la Hoja de Referencia–Contrarreferencia

Este instructivo tiene como finalidad guiar al personal de salud en el llenado correcto, completo y estandarizado del formato.

Datos de identificación de la UPN

- **Fecha y hora:** Incluir estos datos al momento de elaborar este documento y posterior a explicar los beneficios y eventuales problemas de salud por no realizar la referencia.
- **Unidad médica:** Escribir el nombre oficial y completo de la unidad de salud, no usar abreviaturas.
- **CLUES:** Registrar el código CLUES asignado a la unidad. Debe coincidir con el sistema institucional.
- **Unidad a la que se pretende referir:** escribir el nombre oficial y completo de la unidad de salud, no usar abreviaturas.
- **CLUES:** Registrar el código CLUES asignado a la unidad. Debe coincidir con el sistema institucional.
- **Motivo de envío:** describir claramente el motivo clínico por el cual es necesaria la referencia

1. Información proporcionada a la persona usuaria o tutor legal

- La referencia es necesaria debido a: se debe describir la razón por la que la unidad médica no puede resolver o dar respuesta adecuada al cuadro clínico presentado por la o el paciente, se debe describir brevemente la limitación (de equipo, personal especializado, estudios, servicios, etc.), por ejemplo: *“Requiere valoración por pediatría por posible abdomen agudo; la unidad médica no cuenta con pediatras”*.
- Riesgos de no acudir: explicar claramente las posibles complicaciones o daños a la salud al no seguir aceptar la referencia y asistir a la unidad de salud de envío, es importante evitar lenguaje técnico excesivo, la información debe ser comprensible para la o el paciente o tutor legal.
- Beneficios de acudir: se debe mencionar los beneficios esperados, tales como diagnóstico oportuno, intervención especializada, estudios complementarios, etc. A la o el paciente o tutor legal.



Nota: la información debe ser explicada en voz alta, de forma comprensible y registrando solo lo que se informó.

2. Declaración de negativa informada

Este apartado se llena sólo si la o el paciente o su tutor legal decide **NO** aceptar la hoja de referencia y asistir a la unidad de salud de envío.

- **Nombre de la o el paciente o tutor legal:** registrar el nombre completo de la persona usuaria o tutor legal, como aparece en el expediente clínico.
- **Confirmación de información recibida:** el texto ya incluido en el formato debe leerse en voz alta y la persona usuaria o tutor debe estar consciente de que comprende los riesgos de no acudir. Es importante que el personal de salud se asegure de que hay comprensión total de los riesgos por parte de la o el paciente o tutor legal.
- **Motivo de la negativa (opcional):** registrar lo que la o el paciente o tutor legal expresamente indique como razón para no aceptar la referencia y acudir a la unidad médica de envío, por ejemplo: no percibe gravedad, motivos laborales, cuestiones económicas, temor a los procedimientos que le realizarán, exige que se le atienda en su unidad médica.

3. Firmas

- **Nombre y firma de la o el paciente o tutor legal:** registrar todos los datos de manera correcta, con letra clara y legible.
- **Testigo (nombre, firma y cédula profesional):** registrar todos los datos de manera correcta, con letra / número clara y legible. Se obtendrán estos datos en el caso de que el o la paciente o tutor legal, no acepten inscribir sus datos.
- **Nombre, firma y cédula del personal de salud que informó:** registrar todos los datos de manera correcta, con letra/número clara y legible.

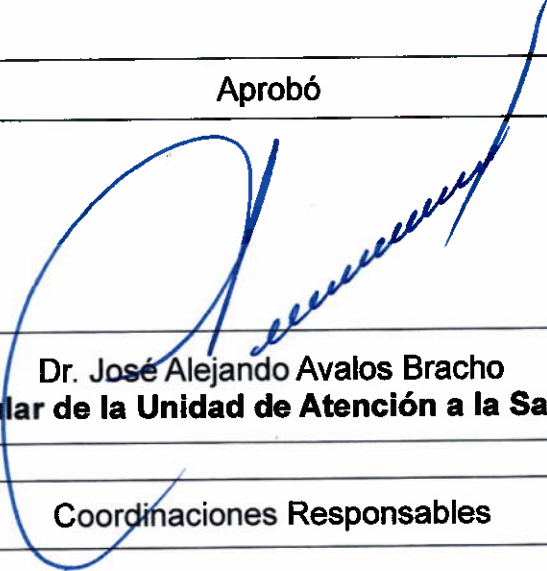
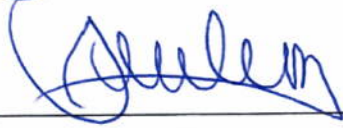





- Nombre, firma y cédula profesional del responsable en la unidad de salud: registrar todos los datos de manera correcta, con letra/número clara y legible
- Nombre, firma y cédula del personal responsable de Trabajo Social: registrar todos los datos de manera correcta, con letra/número clara y legible (si aplica).

Indicaciones generales del llenado

- Escribir con letra legible.
- Evitar espacios en blanco; si no aplica, escribir "N/A".
- No usar lenguaje ambiguo ni abreviaturas.
- Verificar congruencia entre datos clínicos y motivo de referencia.
- Toda la información debe coincidir con el expediente clínico.
- Firmar y colocar el sello de la unidad médica.



Aprobó

Dr. José Alejandro Avalos Bracho Titular de la Unidad de Atención a la Salud
Coordinaciones Responsables

Dr. Gabriel Gutiérrez Morales Titular de la Coordinación de Unidades de Primer Nivel

Dr. Said Vázquez Valle Titular de la Coordinación de Unidades de Segundo Nivel

Dra. Hilda Patiño Gallegos Coordinación de Hospitales de Alta Especialidad y Programas Especiales
Revisión Normativa

Dr. Eduardo Antonio Rodríguez Becerril Encargado del Despacho de los Asuntos Inherentes a la Coordinación de Normatividad y Planeación Médica