

56
24 11226

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
CLINICA ORIENTE ISSSTE**

**ETIOLOGIA DE LA REFERENCIA Y
CONTRARREFERENCIA EN EL PRIMER
NIVEL DE ATENCION.
CLINICA ORIENTE. ISSSTE.**

T E S I S A
PARA OBTENER EL DIPLOMA DE:
MEDICO ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR
P R E S E N T A N :
DRA. ANA SUSSIE OCAÑA SOSA
DR. ISMAEL JIMENEZ RUIZ

FALLA DE ORIGEN



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE

Título	I
Dedicatoria	II
Agradecimiento ..	III
Indice	IV
Introducción	V

1) MARCO TEORICO	I
2) PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	13
3) JUSTIFICACION	14
4) OBJETIVOS	15
5) METODOLOGIA	17
6) PROCEDIMIENTO DE ELABORACION.	
A) Revisión de datos	25
B) Clasificación y recuento de datos	25
C) Computo de datos	27
D) Resultados	29
E) Análisis de resultados	43
7) CONCLUSIONES	48
8) BIBLIOGRAFIA.	

INTRODUCCION

En todos los países existe una organización cuya función consiste en estudiar, resolver y regular los problemas de salud de su población. Ejercicio de preocupación constante, debido obviamente a que la atención médica constituye la suma de acciones que buscan el beneficio general de la población, por tal motivo se realizan reuniones en varios países para definir políticas y estrategias que orienten el futuro de la práctica médica, y una de las más importantes ha sido la Conferencia Internacional de Alma-Ata en 1978- (I4), en donde se acordó una serie de estrategias en base a la atención primaria de la salud, basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundadas y socialmente aceptables, puestas al alcance del individuo y su familia.

La atención primaria de la salud cuenta con tres niveles de atención médica, los cuales son brindados en forma escalonada al paciente. Impulsados por el interés de una mejor comprensión de las causas y efectos de la racionalización de los recursos para cada uno de los niveles de atención, se elabora el presente estudio, haciendo hincapié en el primer nivel de atención, que es la puerta de entrada al sistema escalonado y donde se ve comprendido el 85% de la pobla --

- ción (4), y que a su vez es captada por un médico general y un médico familiar que son la piedra angular del sistema (15); las características de ambos profesionales varían en el tipo de entrenamiento recibido. En estudios realizados por Wennberg (10) observó que las variaciones en la práctica médica interfieren en el uso de los servicios de salud, en la calidad de la atención médica, que a su vez determina la accesibilidad a los diversos servicios.

Tomando en cuenta estos conceptos surgió la inquietud de determinar el comportamiento de los médicos familiares que tienen un entrenamiento diferente a los médicos generales ante el envío de pacientes de un primer nivel de atención a un segundo y tercer niveles, dentro del contexto Atención Primaria de Salud. Y para tal efecto el estudio se llevó a cabo en una unidad del sector salud ISSSTE, ya que una de las metas prioritarias del instituto es la de reducir el número de referencias a un 75% en base a una atención médica por niveles (24).

En países con diferente contexto social y económico, como son Chile y Holanda efectuaron estudios similares (19,25), tomando como parámetros las transferencias a otros niveles de atención, detectando la distribución en cuanto a demanda de atención médica por ser-

- vicios de especialidad, y el tipo de etiología que -
determinó la demanda. En la República Mexicana no -
existe una unificación de criterios ni experiencias al -
respecto en base al primer nivel de atención. De ahí -
la importancia de este estudio, pues como ya se men -
cionó además de determinar la calidad de atención médi -
ca, la demanda de servicios solicitados y la prevalencia de la patología que se canaliza a los niveles supe -
riores, se analiza la importancia que tiene la espe -
cialidad de Medicina General Familiar en cuanto al en -
trenamiento que reciben los médicos familiares ante el
poder resolutivo de una nosología, o si los fracasos -
se deben a la falta de recursos técnico-administrati -
vos de la institución.

Se espera que los resultados sean un parámetro
útil y las aportaciones que de este estudio se obten -
gan sean en beneficio a un cambio de actitudes, por lo
que esta dirigido a los profesionales de la medicina -
y/o al equipo de salud de cualquier institución cuya -
actividad principal es la acción clínica asistencial, -
deseando que por medio de la lectura de este trabajo -
se percaten de su importancia y que modifiquen sus --
acciones, sobre todo en el renglón de Atención Médica-
Primaria, que conlleva la promoción y protección de la
salud, diagnóstico precoz y tratamiento oportuno.

MARCO CONCEPTUAL

ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD.

Los países miembros de la Organización Mundial de la Salud se han comprometido a alcanzar la meta de salud para todos en el año 2000, pues en la práctica médica contemporánea se ha observado la deshumanización del médico, su dependencia a la tecnología para hacer sus diagnósticos, y el incremento de los costos de la atención médica. Para tal efecto se realizó la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud en Alma-Ata en 1978 (URSS). En donde se delimitaron -- las políticas necesarias para hacer universalmente -- accesibles a todos los individuos y familias de la comunidad la salud para todos. Se entiende por atención primaria de salud a todas aquellas acciones de profesionales, técnicos y personal auxiliar de la salud, -- que actuando sobre las personas en forma directa, promueven la salud, la prevención de las enfermedades, la curación de los padecimientos y la rehabilitación integral (I3, I4).

Para que la atención primaria de salud sea lo más expedita y accesible a todos los miembros de la comunidad, es indispensable que los individuos de la comunidad contribuyan con su máximo esfuerzo a su propio desarrollo sanitario.

Por otra parte en el ámbito nacional fue creado el -- Plan Nacional de Desarrollo que establece que el mejoramiento de las condiciones de vida y en consecuencia del nivel de salud, aumenta gradualmente de acuerdo al desarrollo económico del país (4,12).

El Plan Nacional en base a estas necesidades de -- terminó una orientación básica en materia de salud; -- dar cobertura a la población de las áreas marginadas, -- rurales, urbanas y enfatizar las acciones preventivas.

NIVELES DE ATENCION MEDICA.

La atención médica por niveles surgió en 1973, por Ker L. White, en base a su teoría que dice: "De acuerdo a la demanda real y el potencial de atención médica, se pueden organizar los servicios de salud de una manera escalonada, de tal forma que sea -- buena para la atención médica de la población y eficiente desde el punto de vista económico" (15).

Los servicios médicos y en particular los de una área geográfica deben otorgar una atención integral, oportuna, accesible y eficaz. Esto se logra a través de los niveles de atención médica, lo que enfoca las necesidades cuantitativas y cualitativas de la comunidad, las acciones de las mismas en favor de la salud específicas para lo que requiere un análisis demográfico, epidemiológico, así como la asignación de recursos.

Según la ecología de la atención médica, de cada mil - personas, seiscientas a setecientas visitan a un médico una vez al año; cien son admitidos a un segundo nivel y diez a un tercer nivel. Por lo que un alto porcentaje es atendido por un médico de primer nivel, situación que lo ubica en condición de ser competente (15).

En otras palabras los niveles de atención médica - son un instrumento de implementación en el que hay una racionalización de servicios, los cuales se otorgan es caloneadamente.

Características Básicas del Modelo:

El acceso a los servicios se debe llevar a - cabo a través de unidades de atención primaria o de -- atención secundaria, en sitios estratégicamente ubicados y lo más cercano posible a las áreas de población - para que sean de fácil acceso tanto como para el usuario como para el equipo de salud responsable de las - actividades.

Definir el tipo y el tamaño de la unidad conforme a -- criterios de ubicación poblacional y regionalizar los - servicios para su esfuerzo mutuo y uso adecuado, lleva implícito: Financiamiento, vías de comunicación, siste mas de envío de pacientes, disponibilidad de recursos - humanos, información epidemiológica y participación de la comunidad.

Descripción del Modelo:

A) PRIMER NIVEL DE ATENCION .

En este nivel es resuelto el 85% de los problemas que se presentan y está enfocado especialmente al conocimiento y promoción del estado de salud individual, familiar y comunitario.

Es el más importante por su gran cobertura y por ser el sitio de entrada al sistema, y por coordinar todas las acciones de salud. Es el contacto inicial y directo entre los integrantes de la comunidad y el personal de salud.

En este nivel se promueve la salud, se lleva el control de las enfermedades transmisibles y prevenibles - por vacunación, se da orientación nutricional y a la detección y control oportuna de enfermedades crónico-degenerativas, a la planificación familiar y a la detección y control de problemas de saneamiento del medio.

Su enfoque es integrador y sus características son las siguientes:

- 1) Problemática; se ocupa de población sana, protegiendo y promoviendo la salud.
- 2) Cobertura; atiende a los vecinos de un pequeño lugar, a comunidades determinadas o a familias específicas. Para lo cual se formó el sistema modular, --

que consiste en la asignación de alrededor de 3000- personas a un equipo de salud.

- 3) Ubicación; situado en la propia comunidad a la que sirve.
- 4) Tipo de atención; los beneficiarios tienen acceso directo a este nivel, existiendo identificación plena entre los servicios y los usuarios.
- 5) Funciones; protección de la salud, fomento de la salud, y el diagnóstico y tratamiento oportuno de los padecimientos.
- 6) Recursos humanos; son personas de la propia comunidad, y personal técnico y profesional. Principalmente debe de contar con 3 elementos; el médico, la enfermera y el promotor de salud.
- 7) Recursos físicos; depende del área geográfica y de la densidad demográfica, y esta unidad será en función del número de personas a atender en dicha área y de las isócronas de acceso.

TIPOS DE UNIDADES DE ATENCION PRIMARIA

a.- TIPO I; localizada en áreas rurales, y atienden poblaciones dependientes de 3000 a 6000 habitantes. Como el promedio de miembros por familia es de 6, la unidad tiene como universo un promedio de 500 familias.

b.- TIPO II; localizadas en regiones suburbanas y urbanas, son responsables de aproxima-

- damente 6 000 a 18 000 habitantes. Para su operación requieren de 3 a 6 módulos de atención.

c.- TIPO III; tienen la capacidad de atender de --
18 000 a 36 000 habitantes y se ubica en una población esencialmente urbana y agrupada. Para su operación dispondrán de 6 a 12 equipos de atención primaria de la salud, un módulo odontológico y apoyo de personal administrativo y de intendencia (4).

B) SEGUNDO NIVEL DE ATENCION.

Deberá de integrar un conjunto de recursos debidamente organizados para atender y resolver los problemas médico-quirúrgicos que se presentan aproximadamente en un 12% de las demandas y que no son posibles de resolver en el primer nivel de atención por requerir de técnicas y servicios de cierta complejidad. Generalmente llegan a este nivel por haber sido referidos de el primer nivel.

Características:

- 1) Problemática; se ocupa de la población que necesita de atención especializada.
- 2) Cobertura; sirve a varios grupos de población, pudiendo abarcar de 160 000 a 400 000 habitantes.
- 3) Ubicación; está a una distancia media del domicilio del paciente.

- 4) Tipo de atención; es de tipo intermitente, por lo tanto discontinua y los servicios se otorgan en consulta externa y en salas de hospitalización.
- 5) Funciones; se orienta hacia el diagnóstico y el tratamiento para delimitar las complicaciones.
- 6) Personal; deberan ser profesionistas o técnicos con especialidad.
- 7) Recursos físicos; son hospitales generales en donde básicamente se da atención a los servicios de pediatría, medicina interna, cirugía general y de gineco-obstetricia, y centros de salud con servicios de hospitalización (4).

C) TERCER NIVEL DE ATENCION.

Se identifica con la atención médica especializada y con problemas de salud que requieren solución quirúrgica o la participación de servicios ampliamente tecnificados. Este nivel tiene como objetivo resolver el 3% restante de los problemas que se presentan en la población o que no pudieron ser resueltos en los otros dos niveles.

Características:

- 1) Problemática; se ocupa de la población enferma con problemas de salud poco frecuentes.
- 2) Cobertura; sirve a grupos de población muy grandes o a muchas comunidades, pudiendo abarcar a 3 millo-

- nes en población dispersa. Además es a este nivel donde se realiza investigación biomédica y de salud pública, y participa en la formación de especialistas de alto nivel.

- 3) Ubicación; puede estar ubicado a gran distancia del hogar del paciente.
- 4) Tipo de atención; es discontinuo y el paciente no tiene acceso directo a este nivel. Habitualmente es enviado por el nivel secundario, y sólo en forma esporádica proviene del primero. Suele haber alto riesgo en la atención.
- 5) Funciones; curación y rehabilitación.
- 6) Personal; médico altamente especializado.
- 7) Recursos físicos; son hospitales especializados, centros médicos, centros hospitalarios.

REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA EN EL MODELO DE ATENCION DEL ISSSTE (Unidad de Medicina Familiar).

Se tiene la tendencia de asignar los recursos principalmente a las áreas de alta especialización que en términos reales sólo ocasionaban beneficio a un mínimo de población. Motivo por el que fue necesario constituir una asistencia estratificada en 3 niveles, con objeto de brindar atención a un número mayor de población.

En el área administrativa, fue necesaria la formación de normas que unificaran los criterios que facilitarían la organización de los mismos, sobre todo en lo que se refiere a la transferencia entre los 3 niveles de atención médica. Para tal objeto se crearon las hojas de referencia y contrarreferencia, formas utilizadas en las unidades operativas del sector salud.

Para realizar este estudio se tomó como base a la Unidad de Medicina Familiar Tipo II, que pertenece al primer nivel de atención médica del sector salud; Clínica Oriente del ISSSTE, que tiene como característica contar con una demanda elevada de atención médica, lo que dificulta la administración del sistema.

La Subdirección Médica del ISSSTE, está organizada por una red extensa de actividades relacionadas entre sí, con el fin de proporcionar atención médica a los dere-

- chohabientes de una manera racional y adecuada a los problemas de salud de cada uno de ellos.

Hay como antecedente que las clínicas de adscripción - con el transcurso del tiempo y por acuerdo a políticas de la propia institución, han sufrido modificaciones - en sus objetivos y sus funciones. Hubo épocas en que - fueron Unidades de Consulta de Medicina General, posteriormente algunas de ellas se transformaron en Clínicas Mixtas de Medicina General y de Especialidad, más tarde, se adoptó en algunas unidades el Sistema Modular de Primer, Segundo y Tercer Nivel de Atención Médica. Todos estos intentos fueron enfocados a ampliar la cobertura de servicios, facilitar al derechohabiente - el acceso a ellos y optimizar la calidad de atención - médica.

A partir de la formación de la Coordinación de -- los Servicios de Salud, dictaminadas por acuerdo presidencial, con el fin de integrar un Sistema Nacional de Salud, el ISSSTE ha adaptado la organización de sus -- servicios, siempre con el objetivo primordial de dar - la máxima prioridad a la extensión del primer nivel y a la regionalización y escalonamiento del segundo y -- tercer niveles de atención médica, y para tal fin, fué creado el Manual de Procedimiento de Referencia y Contrarreferencia, cuyo objetivo es racionalizar la trans

ferencia de pacientes entre unidades médicas según lo demanda los diversos padecimientos, y mediante su aplicación reducir de un 100% a un 75% el número de transferencias.

OBJETIVOS:

Del manual; proporcionar el instrumento técnico-administrativo que permita a los participantes la conveniente realización de los procedimientos que lo integran.

REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA.

Forma SM-I-17.

Concepto; con el objeto de unificar el término con que habrá de identificarse el envío de pacientes de una unidad a otra de cualquier nivel, acción que indistintamente, se maneja con los calificativos Derivación, Canalización y/o Transferencia; estas acepciones en lo sucesivo y de acuerdo a las disposiciones del sector salud se identificarán con el nombre de Referencia y Contrarreferencia, entendiéndose por estas:

Referencia de pacientes; envío autorizado de usuarios de servicios de atención médica de una unidad a otra de cualquier nivel.

Contrarreferencia de pacientes; cuando el usuario de servicios de atención médica sea reincorporado a su unidad o nivel original, para conti -

- nuar su tratamiento médico.

PROCEDIMIENTOS:

Solicitud de referencia y contrarreferencia.

Forma SM-I-17, para consulta de especialidad.

Referencia; la unidad médica emisora mandará el original y copia del formato debidamente requisitado en su anverso a la unidad receptora. Con base a la regionalización delegacional e interdelegacional.

El director de la unidad emisora deberá autorizar toda "Solicitud de Referencia y Contrarreferencia" SM-I-17.

Invariablemente la unidad receptora al reincorporar al paciente a la unidad emisora, deberá requisar debidamente el formato de "Solicitud de referencia y contrarreferencia" en su anverso, enviando a la unidad emisora el original en sobre convenientemente cerrado y procediendo a cerrar la copia.

Referencia a otra unidad del segundo o tercer nivel -- según sea el caso entre las regiones. Si estas unidades terminan el tratamiento requisa la parte correspondiente del formato de referencia, archiva copia y envía el original con el paciente de la unidad de origen.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Dentro del contexto de la atención primaria de la salud, se tiene como punto vital, el de brindar una adecuada atención en forma integral del paciente en base a sus diferentes niveles de atención médica en forma escalonada. Por tanto es importante conocer la calidad de la referencia por diagnóstico y servicio del primer nivel a un segundo y tercer niveles de atención. Así como la recuperación de la contrarreferencia. Para determinar si existe alguna repercusión al otorgar una buena calidad de atención médica.

JUSTIFICACION

En el primer nivel de atención médica se proporciona medicina general al individuo y la familia, y el 85% de la demanda de consulta es resuelta. Con detección y canalización a un segundo o tercer nivel de atención a los pacientes que requieren de servicio especializado para su estudio. Situación que ubica al médico general y al médico familiar, que son la piedra angular del primer nivel (15), en la calidad de ser competentes.

En estudios efectuados por Wennberg (9), observó que las variaciones en la práctica médica interfieren con el uso adecuado de los servicios de salud, y que dependen del tipo de entrenamiento de cada profesionalista.

Ante lo citado surge la inquietud de determinar el comportamiento de los médicos familiares, que tienen entrenamiento diferente a los médicos generales, ante la referencia por padecimiento y servicio de pacientes de un primer nivel de atención a un segundo nivel de atención médica dentro del contexto de la atención primaria de la salud.

En la república mexicana no existe una unificación de criterios ni experiencias al respecto en base al primer nivel de atención. De ahí la importancia de este estudio.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Determinar las causas más frecuentes por demanda de atención médica que por su diagnóstico requieren ser referidos del primer nivel de atención a los niveles superiores.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- 1) Determinar la tasa de referencia de pacientes comprendidos del 1o. al 2o. y 3er niveles de atención.
- 2) Conocer la frecuencia y causas de referencia del primer nivel a los niveles superiores.
- 3) Comparar tasas de referencia entre médicos generales y médicos familiares.
- 4) Comparar tasas de las causas de referencia entre médicos generales y médicos familiares.
- 5) Evaluar la calidad de las referencias en base a la nota médica de envío de pacientes.
- 6) Obtener la tasa de contrarreferencia de la unidad.
- 7) Evaluar la calidad de las contrarreferencias en base a la nota médica de envío de pacientes.
- 8) Corroborar el diagnóstico de contrarreferencia con el diagnóstico de referencia.
- 9) Determinar las IC principales etiologías de la referencia.
- 10) Determinar los IC principales servicios de contra-

- rreferencia.

II) Determinar si existe una adecuada administración -
de los niveles de atención médica.

OBJETIVOS MEDIATOS;

Establecer programas de educación médica con
tinua, de acuerdo a los resultados.

METODOLOGIA

I) DISEÑO DE INVESTIGACION.

I.1) TIPO DE ESTUDIO:

Retrospectivo, longitudinal, observacional, - comparativo (de efecto causa).

I.2) UNIVERSO DE ESTUDIO:

La unidad de estudio cuenta con 32 médicos, de los que se estudiarán a los médicos generales y a los médicos familiares. Así como el número de referencias enviadas por ambos profesionales.

Criterios de inclusión:

A) Unidad de Medicina Familiar, del Sector Salud -- ISSSTE, que tenga la característica de contar con Médicos Generales y con Médicos Especialistas en Medicina Familiar.

B) El estudio comprenderá un período de 12 meses. Del 1o. de enero al 31 de diciembre de 1987.

C) No importa edad, sexo, diagnóstico de referencia ni servicio de envío.

D) Que los médicos sean de base.

E) El estudio se efectuará en una población fija, esto es que pertenezca a un solo consultorio.

I.3) DEFINICION Y MEDICION DE VARIABLES:

A) Médico Familiar; profesional especialista en medicina familiar.

- B) Médico General; profesional sin especialidad alguna.
- C) Referencia; envío de usuarios de servicios de atención médica de una unidad a otra de cualquier nivel de atención.
- D) Contrarreferencia; cuando el usuario sea reintegrado a su unidad o nivel original para continuar su tratamiento médico.
- E) Edad; período transcurrido entre la fecha de nacimiento al momento de la solicitud de la referencia, -- expresada en años.
- F) Sexo; se determinara el número de personas tanto -- hombre como mujer y se clasificará como M y F respectivamente.
- G) Diagnóstico; dato que aparece en la hoja de referencia.
- H) Motivo de envío; dato registrado en la hoja de referencia.
- I) Calidad de la nota; se anotará de acuerdo a los criterios establecidos, para tal evaluación.
- J) Servicio de especialidad; se determinará si se trata de una unidad de 2o. e 3er nivel de atención médica, si es clínica de especialidad u hospital de concentración, y a que servicio acudió.

I.4) SELECCION DE LA MUESTRA:

Se hará de manera convencional de la población

adscrita a la unidad médica.

A) Por método de lotería; para determinar a los médicos generales y a los médicos familiares.

B) En cuanto a la elección de los participantes (referencias); el tipo de muestreo que se utilizará será -- aleatorio simple, previa relación enumerada del número uno hasta el total de pacientes vistos por el médico -- durante el período de estudio.

I.5) TAMAÑO DE LA MUESTRA:

A) Médicos participantes; se tomaron 8 médicos (4 médicos generales y 4 médicos familiares). Se tomó una muestra convencional del 25% pues no existe ningún antecedente para determinar el número de médicos a estudiar por lo que 8 médicos es una muestra significativa.

B) Pacientes; el cálculo de la muestra estará de acuerdo a la siguiente fórmula:

$$n_0 = \frac{Z^2}{D^2} pq$$

n_0 = el tamaño de la muestra sin factor de corrección.

Z = nivel de confianza que equivale al 95.45%.

D = precisión del tamaño de la muestra y que en este caso corresponde al 0.05%.

p = es la tasa de referencia del primer nivel a un segundo nivel, en este caso se considerará lo que --

señalan algunos autores extranjeros y equivale a 30% en promedio.

q = es la diferencia de I menos el valor de p de (0.30) y corresponde al 0.70.

También se aplicará la fórmula de factor de corrección del tamaño de la muestra, la cual se representa:

$$n = \frac{n_0}{1 + \frac{n_0}{N}}$$

n = es el tamaño de la muestra a estudiar.

n₀ = es el tamaño de la muestra sin el factor de corrección.

N = es el número total de pacientes atendidos por el médico durante el período de estudio.

I.6) PROCEDIMIENTO DE CAPTACION:

El procedimiento de captación se efectuó mediante la aplicación de 2 documentos diseñados expresamente:

A) Una cédula; con formatos para la captación de información y un instructivo que brinda las orientaciones necesarias que permitan un llenado uniforme y por lo tanto comparable.

Esta cédula sirve para evaluar, en la primera parte se encuentra contenida información de la unidad médica, médico seleccionado, paciente referido (nombre, sexo y edad) y etiología de la referencia en base a -----

la clave CIE.

En la segunda parte de la cédula, se contempla la evaluación de la calidad médica, motivo de la referencia, calidad de los notes de contrarreferencia y etiología de la contrarreferencia.

B) La siguiente cédula; es el instructivo de llenado - del formulario anterior y describe lo siguiente:

- I) Se utilizará un formulario por note de referencia y contrarreferencia encontrada en el expediente.
- 2) Utilizar pluma atómica y escribir con letra de molde en los rubros que lo requieran.
- 3) El llenado del formulario se hará de la siguiente forma:
 - a) Institución; Marcar con una cruz (X) el cuadro - que corresponda a la institución; ISSSTE.
 - b) Nombre de la unidad médica; Escribir con letra de molde el nombre completo de la unidad donde - se realiza la investigación; Clínica Oriente.
 - c) Categoría del médico; Marcar con una cruz (X) si el médico encuestado es médico general o médico-familiar.
- 4) Clave del Médico; Marcar con una cruz (X) el número que obtuvo el médico a encuestar; los números arábicos corresponden al médico familiar y los números -

romanos al médico general. Así, el número I corresponde al primer médico familiar seleccionado, el número 2 al segundo y así sucesivamente hasta el patrón 4. Lo mismo se hará con los médicos generales - el I para el primer médico general, el II para el segundo, etc.

5) Paciente Referido:

- a) Nombre; se escribirá el nombre completo del paciente, comenzando por su primer apellido.
- b) Sexo; se marcará con una cruz (X) el sexo que corresponde al paciente.
- c) Edad; se anotará con números arábigos la edad del paciente que aparezca en la nota de referencia.

6) Etiología de la Referencia; Anotar el nombre completo del diagnóstico principal de referencia que aparece en la nota respectiva, en caso de que aparezcan otros diagnósticos, señalarlos en los renglones correspondientes.

Anotar la clave CIE en el cuadro correspondiente.

- 7) Motivo de la Referencia; Marcar con una cruz (X) el motivo por el cual es referido el paciente.
- 8) Calidad de la Nota de Referencia; Marcar con una cruz (X) en el cuadro correspondiente según la calidad de la nota, para lo que se determinó una califi

cción del I al 10, para determinar la calidad de la nota de referencia.

APARTADO	GRADO DE CALIFICACION
- Evolución del padecimiento	1
- Hallazgos clínicos y/o de laboratorio y gabinete.	2
- Manejo establecido	2
- Tratamiento previo	1
Higiénico dietético, médico terapéutico, nombre genérico del medicamento, posología administrada, duración del tratamiento.	
- Diagnóstico de referencia	2
- Motivo de referencia	1

- 9) Existe Nota de Contrarreferencia: Marcar con una cruz (X) el cuadro correspondiente si la referencia que se efectuó va acompañada de la contrarreferencia respectiva.
- 10) Nombre del Hospital y Servicio de Contrarreferencia: Anotar con letra de molde el nombre completo del hospital y servicio donde se atendió el paciente.
- 11) Etiología de contrarreferencia: Anotar el nombre completo del diagnóstico principal de la contrarreferencia que aparece en la nota respectiva.
- 12) Calidad de la Nota de Contrarreferencia: Marcar con una cruz(X) la calidad de la nota de contrarreferencia, para ello se estableció una calificación del I al 10 para determinarla.

- 0 = Datos ilegibles.
- 1 = Deficiente calidad; cuando la suma de los apartados contenidos, sean menores de la calificación de 5.
- 2 = Regular calidad; cuando la calificación sea mayor de 5 y menor de 8.
- 3 = Buena calidad; cuando la información contenida sea mayor de 8.

Para ello se marca a continuación los apartados que deben contener las notas de contrarreferencia así como su grado de calificación.

APARTADO	GRADO DE CALIFICACION
- Evolución del padecimiento	1
- Hallazgos clínicos y/e laboratorio y gabinete	2
- Manejo establecido	1
- Indicaciones de egreso	2
. Farmacológico.	
. Indicaciones generales.	
. Medidas higiénico-dietéticas.	
. Indicaciones de alta o de control.	
- Diagnóstico de contrarreferencia.....	2

PROCEDIMIENTO DE ELABORACION, ANALISIS E
INTERPRETACION DE LA INFORMACION.

- 1) Revisión de datos.
- 2) Clasificación y recuento de datos.
- 3) Computo de datos.
- 4) Presentación de datos.
- 5) Análisis de datos.

I) REVISION DE DATOS:

Se procedió a la calificación de las referencias - de acuerdo al instructivo y a la muestra seleccionada, lo que dió un total de 395 referencias.

Por el departamento de bioestadística se obtuvieron los siguientes datos:

- Demanda de consulta por mes, por año, por unidad
- Frecuencia de referencia por mes, por año, por -
unidad.
- Demanda de consulta por mes, por año, por unidad
- Frecuencia de referencia por mes, por año, por -
cada médico seleccionado.
- Demanda de consulta por primera vez por año, por
médico seleccionado.

2) CLASIFICACION Y RECUEENTO DE DATOS:

De acuerdo a la clasificación de datos se medirán - las siguientes variables:

- Determinación de las 10 principales etiologías - de referencia.
- Determinar los principales motivos de referencia.
- Determinar la calidad de la nota de referencia.
- Determinar la calidad de la nota de contrarreferencia.
- Determinar el número de pacientes del sexo femenino y del sexo masculino.
- Determinar grupo de edad.
- Determinar tasa de referencia y contrarreferencia.

TASA DE REFERENCIA

- a) Sumar el total de pacientes atendidos durante el - período, por médico y por unidad.
- b) Sumar el total de pacientes referidos durante el - período, por médico y por unidad.
- c) Calcular la tasa de referencia de pacientes por médico y por unidad.

$$T.REF. = \frac{\text{Total de P. R. en el período}}{\text{Total de P.A. en el período}} \times 1000$$

T.REF. Tasa de referencia.

P.R. Pacientes referidos.

P.A. Pacientes atendidos.

TASA DE CONTRARREFERENCIA

- a) Sumar el total de pacientes contrarreferidos durante el período, por médico y por unidad.

- b) Sumar el total de pacientes referidos durante el -
período por médico y por unidad.
- c) Calcular la tasa de contrarreferencia de pacientes
por médico y por unidad.

$$T.CONTRARREF. = \frac{\text{Total de P.C. en el período.}}{\text{Total de P.R. en el período.}} \times ICCO$$

T.CONTRARREF. Tasa de contrarreferencia.
P.R. Pacientes referidos.
P.C. Pacientes contrarreferidos.

3) COMPUTO DE DATOS:

Este punto se efectuará manualmente a través del -
vaciado de datos a una tarjeta Bristol que está di-
senada de la siguiente forma:

I	2	3
ISSSTE	ORIENTE	M.F. o M.J.
4	5	6
F o M	40 años	HIPERMETROPIA
7	8	9
5	2	NO
IC	II	IP
ZARAGOZA	C	C
CETALMICG.		

- I.- Nombre de la institución; ISSSTE.
- 2.- Nombre de la unidad de estudio; Clínica Crien-te.
- 3.- Clave del médico seleccionado; Médico familiar o Médico general.
- 4.- Sexo; Femenino o masculino.
- 5.- Edad; Años de edad.
- 6.- Diagnóstico de referencia; Hipertrofia. Cla-ve CIE.
- 7.- Motivo del envío.
- 8.- Calificación obtenida de la evaluación de refe-rencia.
- 9.- Existe nota de contrarreferencia; Sí o no.
- 10.- Hospital y servicio de envío; C.H.I. Zaragoza. Servicio de oftalmología.
- 11.- Diagnóstico de contrarreferencia.
- 12.- Calificación obtenida de la evaluación de con-trarreferencia.

4) PRESENTACION DE DATOS:

I.- Demanda de consulta por mes en el año de 1987, en la unidad Clínica Oriente ISSSTE.

ENERO	16 349
FEBRERO	16 221
MARZO	18 926
ABRIL	17 235
MAYO	18 968
JUNIO	19 393
JULIO	19 784
AGOSTO	18 407
SEPTIEMBRE	18 004
OCTUBRE	20 637
NOVIEMBRE	18 014
DICIEMBRE	16 481
Total	218 419

2.- Frecuencia de referencia por mes en el año de 1987

ENERO	267
FEBRERO	371
MARZO	264
ABRIL	170
MAYO	310
JUNIO	423
JULIO	X
AGOSTO	526
SEPTIEMBRE	X
OCTUBRE	432
NOVIEMBRE	437
DICIEMBRE	511
Total	3 711

3.- Tasa de referencia por año y por unidad.

$$T. REF. \frac{\text{TOTAL DE P.R. EN EL PERIODO}}{\text{TOTAL DE P.A. EN EL PERIODO}} \times 1000$$

T. REF. = Tasa de referencia.

P.R. = Pacientes referidos.

P.A. = Pacientes atendidos.

$$\begin{array}{r} P.R. \quad \frac{3711}{218419} \times 1000 = 16.99 \\ P.A. \quad 218419 \end{array}$$

4.- Frecuencia de referencia por mes, por año, por --
médico seleccionado.

MEDICOS FAMILIARES:

MEDICO	Num. 1	Num. 2	Num. 3	Num. 4
ENERO	8	I	3	2
FEBRERO	II	0	9	I
MARZO	+	17	10	19
ABRIL	0	8	0	5
MAYO	24	9	+	10
JUNIO	14	14	4	9
JULIO	II	2	6	8
AGOSTO	=	=	=	=
SEPTIEMBRE	=	=	=	=
OCTUBRE	II	7	+	8
NOVIEMBRE	12	14	8	8
DICIEMBRE	<u>6</u>	<u>19</u>	<u>5</u>	<u>9</u>
Total	97	91	45	79

MEDICOS GENERALES:

MEDICO	Num. I	Num. II	Num. III	Num. IV
ENERO	22	12	13	4
FEBRERO	29	6	20	11
MARZO	+	3	13	12
ABRIL	+	15	13	18
MAYO	15	9	18	11
JUNIO	9	7	10	15
JULIO	10	11	11	5
AGOSTO	=	=	=	=
SEPTIEMBRE	=	=	=	=
OCTUBRE	8	11	12	10
NOVIEMBRE	16	12	0	13
DICIEMBRE	<u>22</u>	<u>6</u>	<u>6</u>	<u>+</u>
Total	131	92	116	99

= No existe reporte en los meses de agosto y septiembre.

O No se envió pase.

+ Se ignora si se envió o no pase.

El total de referencias por ambos grupos de médicos -
fué de 760 (312 del médico familiar por 448 del médico
general), de las cuales sólo se encontraron 395.

5.- Tasa de referencia de la muestra obtenida por año-
y por médico seleccionado.

MEDICOS FAMILIARES:

Categoría del médico.	Pacientes atendidos por año.	Pacientes referidos por año.	TASA
Médico num. I	2919	57	19.52
Médico num. 2	2993	63	21.04
Médico num. 3	1900	34	17.89
Médico num. 4	<u>3527</u>	<u>40</u>	<u>11.34</u>
Total	II 339	194	17.10

MEDICOS GENERALES:

Categoría del médico.	Pacientes atendidos por año.	Pacientes referidos por año.	TASA
Médico num. I	4593	81	17.63
Médico num. II	4602	40	8.69
Médico num. III	3524	37	10.49
Médico num. IV	<u>4118</u>	<u>43</u>	<u>10.44</u>
Total	I6 837	201	11.93

6.- Frecuencia de contrarreferencia por año, por unidad y por médico seleccionado en base a la muestra de referencia.

Categoría del Médico Familiar	Contrarreferencia por año.	Tasa
Médico num. I	I	
Médico num. 2	0	
Médico num. 3	I	
Médico num. 4	0	
Médico General		
Médico num. I	0	
Médico num. II	0	
Médico num. III	I	
Médico num. IV	<u>0</u>	
Total	3	<u>0.75</u>

7.- Unidades de segundo y tercer nivel a donde se enviaron las referencias.

UNIDADES DE ENVIO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
HOSPITALES REGIONALES		
H.GRAL. I. ZARAGOZA	340	86.06
H. 20 NOVIEMBRE	3	0.75
H. ADOLFO L. MATEOS	1	0.25
HOSPITALES GENERALES		
H. TACUBA	3	0.75
H. DARIO FERNANDEZ	2	0.50
CECEX	5	1.26
U. de MEDICINA FAMILIAR		
C. PIZANTI	8	2.02
C. BALBUENA	32	8.10
C. LEGARIA	1	1.00
Total	395	

8.- Frecuencia de pacientes referidos según edad y sexo a un segundo y tercer nivel de atención.

GRUPO DE EDAD	FRECUENCIA		PORCENTAJE %
	M	F	
Menores 1a.	4	0	1.01
1 a 4 años	14	6	5.06
5 a 14 años	30	37	16.96
15 a 24 años	17	44	15.44
25 a 44 años	67	91	40.00
45 a 54 años	24	23	11.89
55 a 64 años	10	10	5.06
Mayores 65a.	<u>8</u>	<u>10</u>	4.55
Total	174	221	

9.- Distribución y porcentaje según edad y sexo de los pacientes referidos.

MEDICOS GENERALES

GRUPO DE EDAD	MASC.	%	FEM.	%
Menores 1a.	3	3.15	0	0
1 a 4 años	7	7.37	3	2.83
5 a 14 años	16	16.84	15	14.15
15 a 24 años	9	9.47	14	13.21
25 a 44 años	39	41.05	56	52.83
45 a 54 años	13	13.68	9	8.49
55 a 64 años	4	4.21	3	2.83
Mayores 65a.	4	4.21	6	5.66
Total	95		106	

MEDICOS FAMILIARES

Menores 1a.	1	1.26	0	0
1 a 4 años	7	8.86	3	2.61
5 a 14 años	14	17.72	22	19.13
15 a 24 años	8	10.12	30	26.07
25 a 44 años	28	35.44	35	30.43
45 a 54 años	11	13.92	14	12.17
55 a 64 años	6	7.59	7	6.09
Mayores 65a.	4	5.06	4	3.48
Total	79		115	

IC.- Principales motivos de referencia.

MOTIVO DE LA REFERENCIA	MED. FAM.	%	MED. GRAL.	%
0 No se menciona	18	9.27	53	26.36
1 Diagnóstico	16	8.24	13	6.46
2 Tratamiento	38	19.58	29	14.42
3 Insuf. de recursos para Dx.	2	1.03	1	.49
4 Control periodico	1	0.51	3	1.49
5 Interconsulta	117	60.30	99	49.25
6 Otros	<u>2</u>	1.03	<u>3</u>	1.49
Total	194		201	

II.- Calidad de la nota de referencia.

CALIFICACION	M.FAM.	%	M.GRAL.	%
0 Datos ilegibles	22	11.34	40	19.90
1 Deficiente calidad	18	9.27	53	26.36
2 Regular calidad	35	18.04	49	24.37
3 Buena calidad	<u>119</u>	61.34	<u>59</u>	29.35
Total	194		201	

- 12) Los 10 principales servicios de especialidad en -
 unidades de segundo y tercer nivel, donde fueron -
 referidos los pacientes por Médicos Generales.

SERVICIO DE ESPECIALIDAD	# PACIENTES	PORCENTAJE (%)
1) Ginecología	37	1.90
2) Ortopedia	36	1.85
3) Oftalmología	33	1.70
4) Otorrinolaringología	19	.97
5) Cirugía general	11	.56
6) Neurología	10	.51
7) Medicina interna	8	.41
8) Gastroenterología	6	.30
9) Dermatología	6	.30
10) Urología	6	.30
11) Urgencias	5	.25
12) Pediatría	4	.22
Total	181	

Médicos Familiares

1) Oftalmología	55	2.73
2) Ortopedia	27	1.34
3) Ginecología	24	1.19
4) Otorrinolaringología	21	1.04
5) Cirugía general	12	.59
6) Dermatología	10	.49
7) Urgencias	9	.44
8) Urología	7	.34
9) Neurología	7	.34
10) Medicina interna	4	.19
11) Pediatría	4	.19
12) Gastroenterología	1	.04
Total	181	

13.- Las 10 principales etiologías de referencia de pa-
cientes de la unidad clínica oriente, enviadas -
por los médicos familiares a unidades de segundo-
y tercer nivel en el año de 1987.

PADECIMIENTO	CLAVE CIE	# PAC.	%
I) Tumor de naturaleza no especificada.	239	4	.19
2) Epilépsia.	345	3	.14
3) Alteraciones de la visión.	368	20	.99
4) Ceguera y disminu- ción de la agudeza visual.	369	13	.64
5) Transt. de la con- juntiva.	372	6	.29
6) Otitis media supu- rativa.	382	3	.14
7) Otros transt. del oído.	388	3	.14
8) Desviación del ta- bique nasal.	470	5	.24
9) Enf. crónica de las amígdalas y vegetaciones.	474	4	.19
10) Transt. de la menstruación.	626	3	.14
II) Esterilidad fem.	628	3	.14
I2) Embarazo normal.	650	18	.89
I3) Píe plano.	734	12	.59
I4) Deformidades adquiridas en los dedos del píe.	735	3	.14
I5) Otros.		<u>94</u>	
Total		194	

I4.- Las 10 principales etiologías de referencia de pa-
cientes de la unidad clínica oriente, enviadas -
por los médicos generales a unidades de segundo y
tercer nivel en el año de 1987.

PADECIMIENTO	CLAVE CIE	# PAC.	%
1) Diabetes mellitus.	250	3	.15
2) Epilépsia.	345	4	.20
3) Jaqueca.	346	4	.20
4) Alteraciones de la visión.	368	10	.51
5) Ceguera y disminu- ción de la agudeza visual.	369	7	.36
6) Transt. de la con- juntiva.	372	3	.15
7) Otitis media supu- rativa.	382	3	.15
8) Elongación excesi- va del prepucio y fimosis.	605	4	.20
9) Esterilidad masc.	606	4	.20
10) Embarazo normal.	650	20	1.02
II) Otros.		<u>139</u>	
Total		201	

15.- Las 10 principales etiologías de referencia de pacientes de la unidad médica clínica oriente, a unidades de segundo y tercer niveles de atención durante el período comprendido del 1o. de enero - al 31 de diciembre de 1987.

PADECIMIENTO	CLAVE CIE	# PAC.	%
I) Enf. del sistema nervioso central.	340 - 349	19	.48
2) Enf. del ojo y sus anexos.	360 - 379	88	2.22
3) Enf. del oído y sus anexos.	380 - 389	18	.45
4) Enf. del aparato circulatorio.	451 - 459	11	.27
5) Enf. del aparato respiratorio.	470 - 478	20	.50
6) Enf. del aparato digestivo.	530 - 537	8	.20
7) Enf. del aparato genital masc.	600 - 608	12	.30
8) Enf. del aparato genital fem.	617 - 629	20	.50
9) Parto normal	650 - 659	38	.96
10) Enf. del aparato osteomuscular.	730 - 739	33	.83
II) Otros.		<u>128</u>	3.24
Total		395	

5) ANALISIS DE RESULTADOS.

En el presente estudio se obtuvieron los siguientes resultados:

El total de consultas otorgadas en la unidad médica - Clínica Oriente ISSSTE, en el año de 1987 fué de --- 218 419 (Tabla I), teniendo un promedio de 18 201 consultas por mes.

Del total de consultas otorgadas se efectuaron 3 711 - referencias (Tabla 2) que da una tasa de 16.99 (Tabla- 3). Resultado que indica que aproximadamente el 85% de la demanda de consulta fué resuelta en el primer nivel de atención médica.

Asimismo del grupo de 8 médicos seleccionados; 4- médicos familiares y 4 médicos generales, el total de- consultas que otorgaron fué de 11 339 y 16 837 respec- tivamente, que da un total de 28 176 consultas (Tabla- 5). Resultado en el que se observa mayor número de con- sultas otorgadas por el médico general, probablemente- debido a que el médico general consulta un paciente - más por hora que el médico familiar.

De este total se efectuaron 750 referencias; 312 del - médico familiar por 438 del médico general (Tabla 4). Este dato puede ser debido al mayor número de consul - tas otorgadas por el médico general.

En cuanto a las 760 referencias otorgadas, sólo se encontraron 395 del total. Probablemente debido a que la copia de la nota no es anexada al expediente del paciente, pérdida de la misma, etc., situación que bloquea el adecuado seguimiento del paciente.

De las 395 referencias; el médico familiar efectuó 194 por 201 del médico general, obteniendo una tasa de -- 17.10 y 11.93 respectivamente (Tabla 5). En este resultado se observa diferencia en la tasa, pero no muestra diferencia significativa en el número de referencias. Este resultado indica en forma indirecta que más del 80% de la demanda de consulta es resuelta en el primer nivel de atención médica

Respecto a la frecuencia de contrarreferencia, sólo se obtuvieron 3 notas de la misma de los 8 médicos seleccionados; 2 para el médico familiar y 1 para el médico general (Tabla 6). Resultado que puede ser debido a múltiples causas; por pérdida de la nota, por que en ocasiones se le es entregada al paciente y por algún motivo no la presenta a su médico, o bien porque el médico especialista no la realiza, bloqueando el adecuado seguimiento del paciente, ya que se evita la corroboración del diagnóstico de referencia, si el caso requirió de estudios más complejos para su diagnóstico, etc.

De las unidades médicas de especialidad a las cuales se realizaron las referencias, se observa que es en el Hospital General I. Zaragoza donde se efectuó el mayor número de referencias con un total de 340 (Tabla 7). Resultado que indica primeramente que es debido a su cercanía con la clínica de adscripción, en segundo lugar a que esta unidad médica, considerada de segundo nivel cuenta con los recursos necesarios para cubrir la demanda de atención médica de las referencias efectuadas por la Clínica Oriente.

En cuanto a la frecuencia de pacientes referidos según edad y sexo; se observa que 174 corresponden al sexo masculino y 221 al sexo femenino (Tabla 8). En la edad el mayor porcentaje corresponde a la situada entre los 25 y 44 años con un total de 158 pacientes; 67 varones por 91 mujeres que da un porcentaje del 40% (Tabla 9). Resultados que indican por un lado que la mujer requiere de atención médica en niveles superiores con mayor frecuencia. Esto debido probablemente a que en esta edad la mujer se encuentra en mejores condiciones de reproducción, por lo tanto el incremento en su atención médica se debe a que requiere del servicio de obstetricia para la atención de parto, o bien que la mujer a diferencia del hombre es quien más se enferma. Por otro lado indican que la edad en que las-

- personas se encuentran en su mayor producción económica, es la que más se enferma. Probablemente debido a que por sus actividades laborales están expuestos a -- percances que atenten contra su salud o bien por la -- aparición de enfermedades crónico degenerativas.

Respecto a los principales motivos de referencia se observa que en 216 casos obedece a solicitud de interconsulta; 117 casos para el médico familiar por 99- del médico general (Tabla 10). Resultado que determina que el médico familiar en un 60% de los casos por 49% del médico general detectan casos que requieren ser va lorados y manejados en unidades de segundo o tercer ni veles de atención. Dentro del mismo punto, en que el -- motivo de referencia es para el tratamiento del pacien te; el médico familiar realizó 38 referencias por 29 - del médico general dando un total de 67 casos (Tabla - 10). En este caso el resultado indica que se trata de -- casos con adecuado diagnóstico y que el tratamiento a -- seguir implica por un lado; que los medicamentos em -- pleados para el mismo sólo son manejados en los nive -- les de atención superior, o bien que el caso amerita -- de atención quirúrgica, obstétrica o de otro tipo que -- sólo en unidades de segundo o tercer nivel son brinda -- dos.

En cuanto a la calidad de la nota de referencia se observa que el médico familiar tuvo buena calidad - en 119 de sus notas por 54 del médico general (Tabla - II). Resultado que indica que el médico familiar pre - sente mayor capacidad en la elaboración de la nota de - referencia lo que conlleva a un buen diagnóstico y ma - nejo del paciente.

Respecto a las principales etiologías de referencia - por servicio se observa lo siguiente; el primer lugar lo ocupa el servicio de oftalmología con 88 casos, se - guido del servicio de ortopedia con 63 casos, el servi - cio de gineco-obstetricia con 61 casos y en cuarto lu - gar el servicio de otorrinolaringología con 40 casos. En cuanto a las enfermedades más frecuentes; el primer lugar lo ocupa la atención de parto con 38 casos, se - guido de las alteraciones de la visión con 30 casos, - disminución de la agudeza visual con 20 casos y el - cuarto lugar el pte plano con 12 casos (Tabla I2, I3, - I4 y I5). Resultados que guardan relación e indican -- que las enfermedades oculares son la causa más frec - ente de referencia en la unidad Médica Clínica Oriente ISSSTE.

CONCLUSIONES

En todos los países existe una organización cuya función consiste en estudiar, resolver y regular los problemas de salud de su población. En nuestro país se cuenta con la atención primaria de la salud, la cual se basa en tres niveles diferentes de atención médica, mismos que se otorgan en forma escalonada.

En el primer nivel se proporciona medicina general al individuo y la familia; apoyada en estudios de laboratorio y rayos X comunes y sencillos. Con detección y canalización a un segundo o tercer nivel de atención a los pacientes que requieren de servicio especializado. En este nivel el 85% de la consulta es resuelta. En el segundo nivel se proporciona medicina especializada al individuo y ocasionalmente a la familia; apoyada de servicios de diagnóstico y tratamiento que requieren de equipo y técnicas operativas más complejas. El porcentaje de consulta es alrededor del 12%. En el tercer nivel se proporciona medicina de alto grado de especialización al individuo; apoyada con servicios de diagnóstico y tratamiento que requiere de equipo y técnicas operativas de alta especialización. El número de consultas es menor al 3%.

Así pues, en el presente trabajo se analiza el proceso de referencia y contrarreferencia con el

- propósito de dilucidar la calidad empleada en las mismas ante el envío de pacientes a un segundo y tercer nivel de atención médica. Y del cual se obtuvieron los siguientes resultados:

Se estudiaron el número de consultas otorgadas en 1987 en la clínica oriente ISSSTE, con un total de -- 218 419 consultas y una referencia de 3 711, con una tasa de 16.99. Como se puede observar más del 80% de la demanda de consulta es resuelta en el primer nivel de atención médica.

Respecto a la diferencia de consulta entre el médico familiar y el médico general; se observa que el médico familiar atendió 11 339 consultas, con un número de referencia de 194 y una tasa de 17.10. En tanto que el médico general atendió 16 837 pacientes y el número de referencia fue de 201, dando una tasa de --- 11.93. Como se puede observar el médico general tuvo una mayor demanda de consulta, esto debido a que el médico familiar consulta un paciente menos por hora que el médico general. La diferencia observada en la tasa no muestra diferencias en cuanto al número de referencias, este resultado refleja en forma indirecta que más del 80% de la demanda de consulta es resuelta en el primer nivel de atención médica.

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

Al analizar la calidad de la nota de referencia; el médico familiar obtuvo buena calidad en 119 de sus notas de referencia por 54 del médico general. Este resultado puede estar dado por el tipo de capacitación que lleva el médico familiar durante su entrenamiento. Asimismo denota que menos del 50% de las notas presentan una calidad deficiente, lo que repercute en el manejo adecuado del paciente, y en ocasiones el diagnóstico y manejo de envíos son inadecuados. Como se pudo observar el médico general en 53 casos evito anotar el motivo de envío a otro nivel y el médico familiar sólo en 18 casos.

Al analizar la contrarreferencia, sólo se pudieron obtener 3 notas de envío del total enviado. Esto puede ser debido a múltiples causas que no se detectaron durante el desarrollo del trabajo.

Al observar las principales etiologías de referencia por servicio; el servicio de oftalmología ocupa el primer lugar (38 casos), seguido del servicio de ortopedia (63 casos), y en tercer lugar el servicio de gineco-obstetricia (61 casos). En cuanto a las enfermedades más frecuentes; la obtención de parto fué la principal causa de envío (38 casos), seguido de las alteraciones de la visión (30 casos), y en tercer lugar la disminución de la agudeza visual (20 casos).

En base a los resultados obtenidos se permite evaluar dos aspectos de suma importancia: Por un lado, la frecuencia con que se refieren las enfermedades del aparato ocular del primer nivel a los niveles superiores, - puede inducir a las autoridades correspondientes a reforzar la capacidad resolutive del nivel primario para tales enfermedades. Esto quizás podría llevarse a cabo con la integración del oftalmólogo al equipo médico -- del nivel primario, o con la formación de personal -- auxiliar en quién se deleguen ciertas funciones del - oftalmólogo. Y de esta forma reducir la frecuencia de referencia de un primer nivel de atención a los niveles superiores.

Por otro lado se permite evaluar que uno de los problemas del primer nivel de atención corresponde a - que los recursos humanos con que se cuenta, aún están limitados a la existencia del médico general. Y que -- hasta el momento para solventar el mismo, sólo se cuenta con el plan del curso de especialización en Medicina General Familiar, que cuenta con un programa de estudios para brindar mayor capacitación médica, y por ende, dar mejor calidad de atención. Ante tal situación, quizás esto mejoraría si al médico general se le capacitara adecuadamente.

Conclusión final: Ante todo lo citado, concluimos que ya no es el profesional médico tradicional el que pueda responder a las necesidades en la atención primaria de la salud, sino un médico que tenga la concepción integral del individuo y - una mayor capacitación profesional para efectuar un - mejor diagnóstico y tratamiento oportuno, referencias de mejor calidad y disminuir el porcentaje de las mismas. Este médico es el especialista en Medicina General Familiar.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Alvarez C.R. y cols. ETICA EN LA ASIGNACION DE RECURSOS PARA LOS DIFERENTES NIVELES DE ATENCION MEDICA. Rev. Fac. de Med. UNAM. Vol. 29 (3) pp. 1156-1181 1986.
- 2) Arana M.O. y cols. NIVELES DE ATENCION DEL NIÑO ASMATICO. Rev. Med. IMSS. Mex. Vol. 20 No. 1 pp 96--98. 1982.
- 3) Bravo I.A. EL MEDICO DE FAMILIA. SU IMPORTANCIA EN LOS SERVICIOS INSTITUCIONALES DE SALUD INTEGRAL. Bol. Med. CSP Junio 1974. pp. 569-475.
- 4) Coordinación de Servicios de Salud. HACIA UN SISTEMA NACIONAL DE SALUD. Presidencia de la República. 1982.
- 5) De Gagnat, W. SINCESIS DE LOS PLANTEAMIENTOS PARA EVALUAR LA CALIDAD DE LA ATENCION AL PACIENTE. Rev. Salud Pública. Mex. Vol. 28 pp 225-229. 1986.
- 6) Pajardo, C.G. BASES PARA ESTABLECER LOS NIVELES DE ATENCION MEDICA. Bol. Med. IMSS. Mex. Vol. 21. pp. 175-172. 1982.
- 7) Garcia, A.J. MEDICINA FAMILIAR Y ATENCION PRIMARIA. NECESIDAD EN LOS PAISES LATINOAMERICANOS. Rev. Fac. Med. UNAM
- 8) Issa, G.A. REPRODUCCION DE LA ATENCION DEL MEDICO FAMILIAR EN EL MEDIO RURAL, COMPARACION DE TRES ENFOQUES DIFERENTES: INDIVIDUAL, FAMILIAR Y COMUNITARIO. Rev. Med. IMSS. Vol. 22 pp. 207-211. 1984.
- 9) González, P.J. y cols. SISTEMA DE EVALUACION MEDICA PROGRESO Y PERSPECTIVA. Bol. Med. IMSS. Mex. Vol. 22 pp. 407-417. 1984.
- 10) González, P.J. y cols. PATRONES DE MORTALIDAD HOSPITALARIA. Rev. Salud Pública Mex. Vol. 28. pp. 348 - 353. 1986.
- 11) Mac Gregor, S. POLITICAS PARA LA ATENCION MEDICA. Rev. Med. IMSS. Mex. Vol. 21 pp. 477-479. 1986.

- 12) Nava, C.H. PLANEACION DE LOS NIVELES DE SALUD EN -
EN D.F. Mayo 1982.
- 13) Organización Mundial de la Salud. Serie Salud para
todos. No. FORMULACION DE ESTRATEGIAS CON EL FIN -
DE ALCANZAR LA SALUD PARA TODOS EN EL AÑO 2 000.
pp. 7.
- 14) Organización Mundial de la Salud. UNICEF. Conferen-
cia Internacional sobre ATENCION PRIMARIA DE SALUD
Alma-Ata Kazakstan URSR Septiembre. 1987.
- 15) Quintero, G.H., Uribe, R.G. UN MODELO DE CONTROL -
DE CALIDAD EN LA CONSULTA EXTERNA. Rev. Med. IMSS.
Mex. Vol. 19. pp. 592-595. 1981.
- 16) Pérez, H.C. REPERCUSION DE LA ATENCION EN MEDICINA
FAMILIAR EN EL MEDIO RURAL. Rev. Med. IMSS. Vol. 22
pp. 207-211. 1983.
- 17) Santacruz, V.J. LA FAMILIA COMO UNIDAD DE ANALISIS
Pol. Med. IMSS. Mex. Vol. 21 pp. 348-351. 1983.
- 18) Valdes, D.J. LA MEDICINA FAMILIAR EN EL IMSS. Rev.
Med. IMSS. Vol. 21 pp. 452-455. 1983.
- 19) Wijkel, D. ENCOURAGING THE DEVELOPMENT OF INTEGRA-
TED HEALTH CENTERS: A CRITICAL ANALYSIS OF LOWER -
REFERRAL RATES. Soc. Sci. Med. Vol. 23 No. 1 pp.-
35-41. 1986.
- 20) Departamento de Medicina Familiar. GUIA PARA LA -
ELABORACION DEL PROTOCOLO DE INVESTIGACION EN MEDI-
CINA FAMILIAR. COORDINACION DE INVESTIGACION. 1988
- 21) Departamento de Medicina General Familiar y Comuni-
teria. UNAM. Programa de MEDICINA SOCIAL. 1986.
- 22) Manual de procedimientos para consulta externa en-
clínicas de Medicina General. ISSSTE No. 144. 1986
- 23) Manual de procedimientos de referencia y contrare-
ferencia de pacientes. ISSSTE. No. 153 oct. 1985.

- 24) CLAVES. Publicación Interna de la Subdirección General Médica del ISSSTE. Bol. sept. 1987, No. 12.
- 25) Silvere Siméant. Capacidad Resolutiva de la Demanda de Atención de Morbilidad a Nivel Primario, Chile, - 1981.