

31261

2
20



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

**CAMPUS IZTACALA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

**EVALUACION DEL SISTEMA DE REFERENCIA DE
PACIENTES EN UNA UNIDAD DE SEGUNDO
NIVEL DE ATENCION. NAUCALPAN 1993.**

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:
MAESTRA EN INVESTIGACION
DE SERVICIOS DE SALUD**

PRESENTA:

LIC. EN ENF. HAYDEE CELIA PINEDA CHAIÑA

Asesora: M. en I. S. S. Ana Luisa Gonzáles Celis Rangel

Los Reyes Iztacala, 1994

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.



COORDINACION GENERAL
DE ESTUDIOS DE POSGRADO
UNIDAD DE REGISTRO
E INFORMACION

UNIDAD DE REGISTRO DE INFORMACION
UNIDAD NO. 23700001
Certificado No. 28

El alumno(a) **HAYDÉE CELIA PINEDA CHAIRA** ha cursado en la División de Estudios de Posgrado de la Escuela Nacional de Estudios Profesionales Iztacala, las actividades acreditadas en este documento, las cuales forman parte de la Maestría en Investigación de Servicios de Salud, plan que consta de 168 créditos, de acuerdo a lo aprobado por el Consejo Universitario el 22 de Julio de 1990.

AÑO	SEM	ASIGNATURAS	CALIF	CRED
87	I	EPIDEMIOLOGIA	5	9
87	I	COMPORTAMIENTO HUM. EN LAS DRS.	HB	9
87	I	ESTADISTICA MULTIVARIADA	HB	9
87	I	ORGANIZACION Y COMON EN SALUD	U	9
87	I	OPTATIVA I	B	9
87	I	INVESTIGACION DE OPERACIONES	B	9
87	I	METODOL AVANZ DE LA INVESTIG	HB	9
87	I	OPTATIVA II	B	9
89	II	SIST. INER PARA SECT SALUD	HB	6
89	II	ECONOMIA DE LA SALUD	HB	9
90	I	PLAN Y EVAL DE SER D SALUD	B	9
90	I	SOCIOLOGIA DE LA SALUD	HB	9
90	I	INVESTIGACION EVALUATIVA	HB	9
90	I	PSYCOLOGIA PARA LA ENS SUPERI	HB	6
90	I	ENTORNO LEGAL	HB	6
90	I	SEM DE INVESTIGACION I	B	18
90	II	PLAN ESTRATES Y PROSPECTIVA	HB	6
91	I	SEM DE INVESTIGACION II	B	18
TOTAL DE CREDITOS				168

PROMEDIO GENERAL 9.22 (NUEVE PUNTO VEINTIDOS)

ADEUDA LA PRESENTACION DE : TESIS Y SU REPLICA EN EXAMEN ORAL

=====

A solicitud del interesado y para los usos que mejor le conviniere se extiende el presente certificado a los VEINTICINCO DIAS DEL MES DE MAYO DE MIL NOVECIENTOS NOVENTA Y UNO EN LA CIUDAD UNIVERSITARIA, DISTRITO FEDERAL.

=====

"POR MI RAZA HABLARA EL ESPIRITU"

[Signature]
JEFE DE LA UNIDAD

DR. MAURICIO FORTES BESPALMARI
COORDINADOR GENERAL

[Signature]
SUBDIRECCION DE REGISTRO



COORDINACION DE
INVESTIGACION DE ESTUDIOS

[Handwritten mark]

DEDICATORIA

A mis padres: Luis y Melchora.

A mis hermanos: Natalio, Vilma, César y Marta.

A mis sobrinos: Paul, Yanira, Vanessa, Rocío, Liz y Patricia.

AGRADECIMIENTO

Al M. en C. Sergio Vaca Pacheco, Jefe de la Dirección de Estudios de Posgrado.

Al Dr. Luis Manuel Estrada Guerrero, Coordinador de la Maestría.

A la Maestra Ana Luisa Gonzáles Celis Rangel, asesora de la tesis, un agradecimiento especial por su comprensión, enseñanza y amistad brindada desde el primer momento. Sin su apoyo no hubiese podido llevar adelante este trabajo.

Al Dr. Seferino Guerra Raya, por las facilidades brindadas para el desarrollo del trabajo.

A todos mis maestros, por su constante motivación para transmitir sus conocimientos e inquietudes.

A mis amigos Juan Enrique y Luis Eduardo, a quienes una palabra no es suficiente para agradecer todas las horas que me han brindado para prestarme apoyo en todo momento del desarrollo del trabajo, relegando horas de estudio y trabajo.

GRACIAS NUEVAMENTE.

RESUMEN

El Sistema de Referencia de Pacientes implementado para permitir la integración y funcionalidad de la atención por niveles, por diversas razones no está dando los resultados esperados. La presente investigación se ha desarrollado para determinar algunos factores relevantes que impiden el buen funcionamiento de éste sistema.

Teniendo presente que todo problema es causado por múltiples factores, en la investigación se considera algunos factores cualitativos del usuario; como resistencia a iniciar su atención en el primer nivel tanto por desconocimiento de normas de funcionamiento del sistema, patrones de utilización de preferencia erróneos, como problemas de accesibilidad a los servicios de primer nivel.

El estudio es de tipo descriptivo explicativo, realizado en una unidad hospitalaria de segundo nivel de la SSA. La población estuvo compuesta por usuarios que solicitan atención en los consultorios externos de los servicios que presta el hospital.

La muestra extraída se realizó en base a 17,317 consultas otorgadas en 1992, abarcando 992 pacientes a quienes se les aplicó un cuestionario por medio de entrevistas con el fin de recabar información sobre las variables propuestas. Entre las variables consideradas están: características demográficas, socio-económicas, geográficas, normativas administrativas, expectativas de satisfacción de los usuarios respecto a accesibilidad, oportunidad y continuidad en la atención.

Las pruebas estadísticas se determinaron de acuerdo a las escalas de

medición de las variables e hipótesis planteadas. Considerando Distribución de Frecuencias, Medidas de Tendencia Central, Medidas de Variabilidad, la prueba estadística χ^2 cuadrada, Coeficiente C de contingencia, Correlación r de Pearson y Análisis de Varianza y Regresión Múltiple.

En los resultados encontrados, dentro de las características demográficas, socio-económicas se puede definir que la población usuaria pertenece a un nivel social medio a bajo, el tiempo de desplazamiento de los usuarios no es impedimento para los usuarios para solicitar atención en los servicios de salud.

En cuanto a la utilización de servicios del centro de salud fué significativamente independiente a tiempo de residencia y número de miembros por familia; el grupo etáreo que hace más uso de los servicios es el de 15 a menos de 45 años.

Dentro de los resultados más relevantes, encontramos que en su mayoría los usuarios desconocen el funcionamiento del Sistema de Salud y el sistema de Referencia. Aún cuando si están enterados que el pase de referencia es otorgada en el primer nivel. Se advierte que existe dentro de la población usuaria el acceso a otras instituciones de salud y a pesar de que la fuente habitual son los servicios de la SSA, además hacen uso de los servicios del DIF y consultorios privados principalmente.

En relación a los patrones de preferencia de utilización de los usuarios, se encuentra que solo el 52% de pacientes llegaron a solicitar atención con pase de referencia de los centros de salud y el 48% solicita consulta directa en el hospital. Dentro de los motivos expresados por el usuario para no utilizar o no continuar con la utilización de los servicios del centro de salud están: más confianza a especialistas, pacientes que cuentan con carnet de atención sea por atenciones

anteriores o por nacimiento en el hospital, mala información del funcionamiento del sistema de referencia y desconocimiento de la ubicación y horarios limitados de los centros de salud.

Respecto a la continuidad y oportunidad del tratamiento, los días de espera de mayor porcentaje son entre 7 a 29 días, expresando el usuario que ese tiempo es considerable. Los pacientes en su mayoría acuden al segundo nivel a su control, el 20.2% tiene más de cuatro consultas subsecuentes en el servicio y el 44% inicia su tratamiento en el hospital.

Finalmente y de manera importante, se ha advertido que en el momento de la encuesta el 99% de pacientes fueron citados al mismo servicio y ningún paciente fué referido al centro de salud o al tercer nivel.

CONTENIDO

RESUMEN	iv
INDICE DE CONTENIDO	vii
INDICE DE ILUSTRACIONES	ix
INDICE DE GRAFICAS	ix
INDICE DE CUADROS	x
INTRODUCCION	1
CAPITULO I	3
1. DETERMINACION DEL PROBLEMA	3
2. JUSTIFICACION	5
3. OBJETIVOS	5
4. MARCO TEORICO	9
4.1. Teorías existentes sobre el tema	9
4.1.1. La Situación de los Servicios de Salud en México	10
4.1.2. La Situación de los Servicios de Salud en el Area Metropolitana de la ciudad de México	12
4.1.3. Los Aspectos de Evaluación en los Servicios de Salud	15
4.1.4. El Sistema de Referencia y Contrarreferencia en los Servicios de Salud de México	18
4.2. Marco de Referencia	20
4.2.1. A Nivel Internacional	20
4.2.2. A Nivel Nacional	21
CAPITULO II	26

5. METODOLOGIA	26
5.1. Tipo y Diseño de la Investigación	26
5.2. Area de Estudio	27
5.3. Población y Muestra	29
5.4. Hipótesis de Trabajo	31
5.5. Definición de Variables	34
5.6. Técnicas e Instrumentos para la Recolección de Datos	39
5.7. Procedimientos para la Recolección de Datos	41
5.8. Validez y Confiabilidad	41
5.9. Procesamiento y Análisis de Datos	43
CAPITULO III	45
6. RESULTADOS	45
7. DISCUSION	57
8. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	61
REFERENCIA BIBLIOGRAFICA	65
ANEXOS	
"A" ILUSTRACIONES	
"B" DETERMINACION DEL TAMAÑO DE MUESTRA	
"C" GRAFICAS	
"D" CUADROS	
"E" INSTRUMENTO	

INDICE DE ILUSTRACIONES

1.	Flujo de pacientes en el sistema de referencia de los tres niveles de atención de los servicios de salud.	72
2.	Operacionalización de variables	73

INDICE DE GRAFICAS

1.	Utilización de los servicios de salud por sexo	79
2.	Distribución de pacientes según grupo étnico	79
3.	Número de miembros de familia por usuario	80
4.	Tiempo de residencia de los usuarios	80
5.	Acceso de los usuarios a instituciones de salud	81
6.	Ocupación de los usuarios	81
7.	Distribución de los usuarios según nivel de escolaridad	82
8.	Tiempo de desplazamiento hacia los servicios de salud	82
9.	Percepción del costo de transporte	83
10.	Conocimiento de los usuarios sobre el funcionamiento de los servicios de salud	83
11.	Condición y utilización de los servicios de salud	84
12.	Continuidad de la atención en los servicios de salud	84
13.	Utilización de servicios del centro de salud	85
14.	Motivo de referencia	85
15.	Días de espera para recibir atención en el hospital	86
16.	Percepción del paciente sobre tiempos de espera	86
17.	Consultas solicitadas en el hospital	87
18.	Consultas solicitadas en el centro de salud	87
19.	Utilización de nota de referencia	88
20.	Continuidad en el tratamiento en el hospital	88
21.	Canalización del paciente	89

INDICE DE CUADROS

I.	Porcentaje de utilización de servicios del centro de salud por tiempo de residencia del usuario	91
II.	Porcentaje de utilización de servicios del centro de salud por grupo étnico	91
III.	Porcentaje de utilización de servicios del centro de salud por número de miembros por familia	92
IV.	Porcentaje de utilización de servicios del centro de salud y acceso a instituciones de salud	92
V.	Porcentaje de utilización de servicios del centro de salud por ocupación del usuario	93
VI.	Porcentaje de utilización de servicios del centro de salud por nivel de escolaridad del usuario	93
VII.	Condición de la atención del paciente por tiempo de desplazamiento al hospital	94
VIII.	Condición de la atención del paciente por tiempo de desplazamiento al centro de salud	94
IX.	Condición de la atención y uso de servicios del centro de salud	95
X.	Correspondencia del centro de salud según domicilio del paciente por centro de salud que refiere	96
XI.	Percepción y días de espera para recibir atención en el hospital	97
XII.	Motivo de referencia por consulta solicitada	97
XIII.	Modelos de regresión	98

INTRODUCCION

La satisfacción de necesidades cuantitativamente crecientes de la población ha requerido, para su solución, realizar simultáneamente diversas acciones, dentro de las que podemos mencionar se encuentra la ampliación de Centros de Salud y Hospitales, la implementación de un modelo de atención por niveles cuya finalidad fundamental es el uso racional de recursos con énfasis en la prestación de servicios básicos de salud. Según este modelo de atención el primer nivel debe realizar prestaciones sanitarias generales, el segundo nivel comprende de prestaciones facilitadas por servicios de asistencia primaria y el tercer nivel realizar atenciones muy especializadas.

La Secretaría de Salud, para lograr un adecuado funcionamiento y una verdadera integración entre estos tres niveles de atención, dispuso que se llevara a cabo un Sistema de Referencia de pacientes, donde el tercer nivel sirva de apoyo al segundo y éste a su vez al primer nivel.

Desde la instalación del Sistema de Referencia de Pacientes, no se ha logrado su buen funcionamiento principalmente entre el primer y segundo nivel de atención, una de las razones muy importante se ha atribuido a la resistencia del usuario a iniciar su atención en el primer nivel -constituidos por Centros de Salud designados para esta función-. Dentro de las causas de resistencia consideradas en el presente trabajo son: el desconocimiento de las normas de funcionamiento del Sistema de Referencia de pacientes; problemas de accesibilidad a los servicios de salud como horarios de atención, medio y tiempos de desplazamiento; e insatisfacción de los usuarios en cuanto a la atención prestada en los centros de salud.

Es así que reconociéndose la importancia de mejorar los servicios de salud, el problema planteado ha provocado un interés particular y motivo suficiente para dar lugar al desarrollo de la presente investigación, cuya realización nos permitirá determinar factores relevantes que impiden el buen funcionamiento del Sistema de Referencia de pacientes entre el primer y segundo nivel de atención de los servicios de salud.

Consideramos que, si existe un adecuado funcionamiento del Sistema de Referencia de pacientes en ambos niveles, el paciente recibirá una atención accesible, oportuna y continua.

El trabajo se desarrolla en tres capítulos. En el primero se describen los antecedentes del problema, justificación, objetivos para el desarrollo de la investigación y el marco teórico en el que se sustentan las variables de estudio.

El capítulo segundo está constituido por todo el material metodológico que se utilizó en el trabajo, esto es, tipo y diseño de investigación, área de estudio, población y muestra, definición y operacionalización de las variables del estudio, y las técnicas y procedimientos para recolección de la información que incluyen los aspectos de validez y confiabilidad, finalizando el capítulo se describen puntos inherentes a métodos y herramientas estadísticas utilizadas para el procesamiento de la información.

El capítulo tercero se mencionan los resultados obtenidos con el desarrollo de la investigación, recomendaciones que de alguna medida contribuyan a mejorar la atención en los servicios de salud.

CAPITULO I

1. DETERMINACION DEL PROBLEMA

La estructura diseñada para el modelo de atención en los Servicios de Salud en sus tres niveles de atención, y cuyo funcionamiento debe realizarse según complejidad operativa, utilizando la capacidad instalada y lo más importante, de acuerdo a las necesidades del paciente. Para apoyar la organización de esa estructura se ha creado un importante Sistema de Referencia de Pacientes entre sus niveles.

Dentro de las múltiples y justificadas razones que han dado lugar a la implementación del Sistema de Referencia de pacientes se encuentra su función unificadora e integradora de los tres niveles de atención permitiendo su enlace y funcionalidad mediante acciones de coordinación y contribuyendo así en la organización y en el uso racional de los recursos de salud. En cuanto a aspectos más específicos del Sistema de Referencia de pacientes, su adecuado funcionamiento permite evitar al paciente traslados innecesarios, congestionamientos y esperas prolongadas en consultorios externos de unidades de segundo nivel para problemas que deben ser solucionados en el primer nivel, recibir una atención que mantenga secuencia en el tratamiento y control, y evitar trámites dispersos y repetitivos en ambos niveles de atención.

Bien, aún cuando las bases para el funcionamiento del Sistema de Referencia de pacientes se encuentran teóricamente sustentadas, su aplicación y desarrollo no están dando los resultados esperados:

- 1ro. Los usuarios continúan utilizando unidades de segundo nivel para problemas que deben ser resueltos en el primer nivel de atención. Las características demográficas, socioeconómicas, geográficas y patrones de utilización de preferencia erróneos por desconocimiento de normas del sistema o problemas de desplazamiento del usuario hacia los servicios de salud, consideramos que de alguna medida influyen en esa utilización.

- 2do. En muchas ocasiones la canalización del primer nivel hacia el segundo nivel de atención deriva a tiempos de espera prolongados para la consulta del paciente, dando lugar a que el servicio no sea oportuno.

- 3ro. La utilización adecuada de la información de la unidad que refiere, juega también un papel muy importante para realizar un tratamiento continuo, que se reflejará en la satisfacción del paciente.

Estos puntos sustentados nos han permitido plantearnos algunos cuestionamientos sobre el actual funcionamiento del Sistema de Referencia de pacientes, y responder con el desarrollo del presente trabajo:

- ¿Está logrando el Sistema de Referencia de pacientes, como indica su naturaleza, una atención coordinada en tanto sea accesible en el primer nivel y oportuna y continua en el segundo nivel?

- ¿Cuál es el porcentaje de pacientes que hacen uso del Sistema de Referencia?

- ¿En qué medida se podría mejorar el Sistema de Referencia de pacientes,

detectando factores que impidan su buen funcionamiento?

2. JUSTIFICACION

- 2.1. La evaluación del funcionamiento del Sistema de Referencia de pacientes entre el primer y segundo nivel de atención en los Servicios de Salud, permite determinar la integración y unificación de los niveles de atención.
- 2.2. El desarrollo del presente trabajo permite determinar si se está llevando a cabo el uso racional de recursos en tanto se esté brindando la atención por niveles de complejidad, uso de la capacidad instalada y según las necesidades del paciente.
- 2.3. El instrumento presentado permite realizar monitoreos o evaluaciones temporales con la finalidad de evitar se reinclidan en errores que impiden el buen funcionamiento del Sistema de Referencia en los diferentes niveles de atención.
- 2.4. El instrumento presentado para evaluar el Sistema de Referencia de pacientes, puede ser aplicado a otras instituciones del sector salud.

3. OBJETIVOS

3.1. PROPOSITO DEL ESTUDIO

Contar con un instrumento que permita evaluar el funcionamiento del

Sistema de Referencia de pacientes entre el primer y segundo nivel de atención, cuya finalidad intrínseca es la de ofrecer mejor atención a los usuarios de los servicios de salud.

3.2. OBJETIVO GENERAL

Evaluar la accesibilidad, oportunidad y continuidad de la atención para el buen funcionamiento del Sistema de Referencia de pacientes entre el primer y segundo nivel de atención de los Servicios de Salud, en una unidad de segundo nivel.

3.3. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- 3.3.1. Determinar las características demográficas y socioeconómicas de los usuarios que asisten a consultorios externos de una unidad de segundo nivel, como edad, sexo, composición familiar, ocupación y estado civil.**
- 3.3.2. Determinar la accesibilidad a los servicios de salud de primer nivel de los pacientes que asisten a los consultorios externos de una unidad de segundo nivel de atención.**
- 3.3.3. Determinar los patrones de utilización de preferencia de los usuarios que asisten a consultorios externos de una unidad de segundo nivel.**
- 3.3.4. Determinar la oportunidad de la atención en una unidad de segundo nivel a un paciente referido del primer nivel mediante la satisfacción del usuario en cuanto al tiempo de espera para consultas y citas subsecuentes.**

- 3.3.5. **Determinar la continuidad de una atención en una unidad de segundo nivel a pacientes referidos del primer nivel, mediante la satisfacción del usuario en la utilización de información enviada para mantener secuencia de la evolución y tratamiento del paciente.**

- 3.3.6. **Determinar la tasa de uso del Sistema de Referencia de pacientes, en la unidad de segundo nivel.**

3.4. OBJETIVOS OPERATIVOS

- 3.4.1. **Determinar características personales del paciente y su influencia en el uso inadecuado de los servicios de salud.**

- 3.4.2. **Determinar y comparar el tiempo de desplazamiento del domicilio del usuario al centro de salud del primer nivel y a la unidad de segundo nivel de atención y el medio de transporte utilizado.**

- 3.4.3. **Establecer la relación entre los tiempos de desplazamiento de los usuarios con el uso de las unidades de segundo nivel de atención.**

- 3.4.4. **Determinar el conocimiento del usuario sobre la existencia de los tres niveles de atención y el Sistema de Referencia de pacientes.**

- 3.4.5. **Determinar la congruencia entre el uso del Sistema y el conocimiento**

sobre la existencia de los tres niveles de atención y el Sistema de Referencia de pacientes.

- 3.4.6. Contrastar opiniones de los usuarios de la unidad de segundo nivel sobre la utilización y la no utilización de los los servicios de salud de primer nivel de atención.
- 3.4.7. Determinar la disponibilidad de los pacientes para la utilización de los servicios de salud según las normas de funcionamiento del Sistema de Referencia.
- 3.4.8. Determinar las características de atención (tratamiento y control, estudios de laboratorio y/o gabinete, interconsulta) del paciente referido.
- 3.4.9. Determinar el tiempo de espera entre el día de referencia y la primera atención al paciente referido.
- 3.4.10 Contrastar opiniones de los usuarios sobre la utilización de la nota de referencia por el médico de la unidad del segundo nivel.
- 3.4.11 Determinar el número de pacientes atendidos sin referencia, del total de consultas otorgadas en una unidad de segundo nivel.
- 3.4.12 Determinar el número de pacientes atendidos con referencia, del total de consultas otorgadas en una unidad de segundo nivel.

4. MARCO TEORICO

4.1. TEORIAS EXISTENTES SOBRE EL TEMA

Ante los problemas de cobertura y escasez de servicios de salud y para mejor organización de éstos, en 1973 se crearon niveles de atención, de tal manera que se pueda utilizar eficazmente los recursos humanos y materiales, describiendo e identificándolos como sigue:¹

Los servicios de primer nivel, serían prestaciones de salud generales que se ofrezcan a la población y serviría como punto de entrada al Sistema de Servicios de Salud; el segundo nivel brindaría prestaciones facilitadas por los servicios de primer nivel, y el tercer nivel comprendería de los servicios muy especializados.

El primer nivel debe dirigirse a preparar el ingreso del paciente y satisfacer las necesidades básicas, en caso de no ser posible, referirlo al segundo nivel y éste siempre que sea necesario al tercer nivel, de tal manera que la atención brindada se realice por niveles de complejidad operativa, utilizando la capacidad instalada y según las necesidades del paciente.² Complejidad operativa se define como ... "el número de tareas diferenciadas que se integran, en la actividad global

¹KLECKOSKI; PIBOLEAU. (1979) Criterios de la Planificación y Diseño de las Instalaciones de Atención de la Salud en los Países en Desarrollo.

²SERVICIOS MEDICOS DEL DEPARTAMENTO DEL DISTRITO FEDERAL. (1988) Manual de Procedimientos para la Referencia y Contrareferencia de Pacientes. Sistema de Servicios de Salud para la población.

de un establecimiento y el grado de desarrollo alcanzado por los mismos..”³

4.1.1. LA SITUACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN MEXICO

El Sistema Nacional de Salud estructurado por la Ley General de Salud, viene a ser la expresión sectorial del Sistema Nacional de Planeación Democrática. Ofrece un mecanismo para armonizar programas y funciones de las dependencias y entidades públicas, para lograr la participación de los sectores social y privado a fin de dar efectividad al derecho a la protección de la salud. Una de las estrategias en que se apoya el sistema fue la ampliación de cobertura de Servicios de Salud, dándose prioridad a los núcleos rurales y urbano marginales más desprotegidos.

Esta ampliación simultánea de diversas acciones, entre las que podemos mencionar está la ampliación de centros de salud y hospitales.

En cuanto al logro de ampliación de cobertura, está el funcionamiento escalonado en los tres niveles de atención, con el propósito de distribuir los recursos en forma racional, y que sus objetivos se encaminan al restablecimiento integral de la salud por medio de una atención según complejidad operativa y de acuerdo a las necesidades del paciente.

Estas estructuras diseñadas se apoyan en instrumentos de organización y

³PLACHNER, Isabel. (1988) *Un Enfoque Integral de la Organización de la Salud. Los Perfiles de Complejidad.* pag. 64.

administración interna, una de las cuales ha sido la creación de un Sistema de Referencia y Contrarreferencia de pacientes.⁴

"Adoptar la atención por niveles de salud para lograr cobertura total ...no implica descuidar el segundo y tercer nivel, que deben apoyar, respaldar y completar la atención del primer nivel. Mediante un adecuado procedimiento de Referencia y Contrarreferencia de pacientes, la atención cumple con un papel de complemento de la atención y facilita la integración de un verdadero Sistema Nacional de Salud."⁵

Las funciones, recursos y servicios de los tres niveles de atención son como a continuación se mencionan:

PRIMER NIVEL

Su enfoque principal es la prevención de enfermedades y conservación de la salud, a través de actividades de promoción, protección específica, diagnóstico precoz y tratamiento oportuno de padecimientos frecuentes cuya resolución sea factible mediante el empleo de recursos poco complejos.

SEGUNDO NIVEL

⁴SERVICIOS MEDICOS DEL DEPARTAMENTO DEL DISTRITO FEDERAL. (1988) Op. Cit.

⁵ SOBERON; WITT GRENE; HERNANDEZ (1989) Los hospitales del segundo nivel en el modelo de atención para la población abierta. pág. 347

Se desarrollan acciones dirigidas a restaurar la salud y superar daños, a través de actividades de atención médica englobadas dentro de las cuatro especialidades básicas como Pediatría, Gineco-Obstetricia, Cirugía y Medicina Interna; y algunas otras de la medicina, además de llevarse a cabo labores de enseñanza e investigación ambulatoria y hospitalización

TERCER NIVEL

Se llevan a cabo acciones de restauración de la salud, superación de daños poco frecuentes, a través de atención médica que involucra diversas especialidades y requieren de una combinación de recursos de alta complejidad, también se llevan actividades de enseñanza e investigación.

Para que estos niveles de atención en los Servicios de Salud sean funcionales se debe de disponer de una red de unidades adecuadamente enlazadas y coordinadas por un Sistema de Referencia y Contrarreferencia de pacientes que permita a los usuarios el tránsito en ambos sentidos de la red, dependiendo de sus necesidades específicas.⁶

4.1.2. LA SITUACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN EL AREA METROPOLITANA DE LA CIUDAD DE MEXICO

En cuanto a la prestación de los Servicios de Salud en México, hasta ahora

⁶SECRETARIA DE SALUBRIDAD Y ASISTENCIA. (1988) Programa Nacional de Salud 1984-1988.

se ha aceptado la existencia de tres esquemas básicos de suministración de servicios: unos que tienen acceso a la medicina privada, otros con acceso a Instituciones de Seguridad Social y finalmente aquellos que tienen en única y forma precaria acceso a Instituciones de Asistencia Pública.⁷

La zona metropolitana de la ciudad de México se encuentra conformada por el Distrito Federal y 15 municipios aledaños del Estado de México. Se estima que en esta área existen aproximadamente 18 millones de personas. De los tres esquemas mencionados para la atención a la salud de la población se calcula que el sector privado es utilizado por el 5% de esa población, el 62% es derechohabiente y su atención está cargo de los Institutos de Seguridad Social y el 33% restante denominada población abierta, es atendida por los Servicios de la Secretaría de Salud (SSA), Departamento del Distrito Federal y del Estado de México.

De los 6.5 millones de personas consideradas como población abierta, 2.9 millones habitan en el Distrito Federal y el 3.6 millones residen en municipios conurbados del Estado de México.⁸

Antes del sismo de 1985, para atender a población abierta, el Distrito Federal contaba con 1450 consultorios médicos de primer nivel, lo que representaba un índice de 2069 habitantes por consultorio, en el segundo nivel se tenía 1.16 camas por cada 1,000 habitantes. La población abierta residente en los municipios conurbados del Estado de México disponía para la atención con

⁷SOBERON, Guillermo. et al (1988) Hacia un Sistema Nacional de Salud 1984-1988.

⁸SOBERON, Guillermo. et al (1988) Op. Cit.

495 consultorios médicos de primer nivel.

En 1986, se elaboró un programa de reconstrucción de los Servicios de Salud de la zona metropolitana de la ciudad de México. Con un enfoque sectorial de reordenamiento y racionalización de los servicios, perspectiva de desarrollo y desconcentración territorial de los servicios públicos; teniendo en cuenta la necesidad de los usuarios, líneas de desconcentración política, administrativa y técnica; y cuyo modelo de atención a la salud da énfasis en consolidar el primer nivel de atención, estructurar mejor el segundo nivel y rediseñar los servicios de alta especialidad del tercer nivel.

Después del sismo de 1985, el programa decidió primeramente, reponer los servicios de salud afectados por éste, mediante la construcción de 6 hospitales generales de 144 camas cada uno, en los municipios de Atizapán, Cuautitlán, Ecatepec, Naucalpan, Nezahualcóyolt y Toluca. Con estos hospitales se incrementaría la capacidad hospitalaria a 0.32 camas por 1,000 habitantes y además se triplicaría la capacidad existente antes de los sismos. Estos hospitales se construyeron con criterios de eficiencia y efectividad en cuanto a costos de producción y densidad poblacional ya que el lugar de construcción se realizó en el centro geográfico de áreas con 180,000 habitantes de población abierta y con isócronas de traslado de 2 horas o menos desde el lugar más distante por los medios habituales de desplazamiento. "Con lo que se esperaba lograr la distribución equitativa de los servicios hospitalarios a áreas desprotegidas, contar con una infraestructura hospitalaria en los municipios conurbados, accesibles a la población y de mejor calidad, de manera que desaliente el desplazamiento y

demanda en el Distrito Federal y consolidar el modelo de referencia de pacientes".⁹ Dentro de los servicios básicos que se proporcionarían en las unidades están: pediatría, gineco-obstetricia, cirugía y medicina interna apoyados por auxiliares de diagnóstico y tratamiento, así como los servicios de especialidad de dermatología, oftalmología, otorrino y traumatología.

"Se considera que con esta red de nuevos hospitales se refuerza de manera importante el Sistema de Servicios de Salud de la zona metropolitana de la ciudad de México, ya que serán centros de referencia de pacientes enviados por cerca de 200 unidades de primer nivel existentes en esa zona, lo que significa una cobertura por más de un millón de habitantes de población abierta".¹⁰

Para la atención de alta especialidad, cuatro de estas unidades se apoyarán en el nuevo Hospital "Benito Juárez" y los otros dos hospitales se apoyarán en el Hospital de México.¹¹

4.1.3. LOS ASPECTOS DE EVALUACION EN LOS SERVICIOS DE SALUD

La evaluación en salud es una tarea difícil, ya que en este sector no siempre

⁹SOBERON; RUIZ DE CHAVEZ; ORTEGA LOMELIN; MARTINEZ NARVAEZ Y RUIZ IBARRA. (1989) Los Nuevos Hospitales. Programa de Reconstrucción y Reordenamiento de los Servicios de Salud en el Area Metropolitana. pág. 94 - 97.

¹⁰INSTITUTO DE SALUD DEL ESTADO DE MEXICO. (1986) Programa de Salud del Estado de México. Toluca. pag. 17.

¹¹DEPARTAMENTO DEL DISTRITO FEDERAL.(1985) Programa de Salud a Población Abierta en el Distrito Federal.

las acciones se traducen en números o en hechos materiales, sin embargo a medida que los servicios se amplían se vuelve cada vez más necesario los aspectos de monitoreo y/o evaluación de la prestación de servicios en el sector salud. La bibliografía presenta la existencia de diferentes métodos de evaluación que tratan de medir no solo el tipo atención que se presta en los servicios de salud, sino también se trata de detectar la influencia de otros factores que puedan alterar la atención en los servicios de salud. Como lo menciona Van Gich "... el cuidado de la salud tiene muchas dimensiones, ya que los servicios son proporcionados por varios profesionales desde planeadores hasta los que participan en aspectos técnicos y los consumidores o usuarios que evalúan la disponibilidad, continuidad y las relaciones interpersonales."¹²

Aún cuando existen numerosas definiciones de evaluación consideramos que las más congruentes con los objetivos que se persiguen son: "La evaluación incluye el conocimiento del grado de satisfacción del usuario, del prestador de los servicios y de la institución, también se extiende a la formación de recursos humanos y al desarrollo científico del personal", "Proceso ordenado y metodológico para establecer análisis y mediciones sistemáticas de políticas, estrategias y programas de salud, estudiándolos de acuerdo con los objetivos formulados y la coherencia de las acciones planteadas, la utilización de los recursos previstos, el grado de cumplimiento de los resultados y los efectos producidos"¹³

A las definiciones planteadas, podemos agregar, que una evaluación puede

¹²VAN GICH, Jhon. (1989) Teoría de Sistemas. pag. 226

¹³RUIZ DE CHAVEZ; ET AL. (1990) Bases para la Evaluación de la Calidad de la Atención en las Unidades Médicas del Sector Salud. pag. 164

variar si no se consideran las características biológicas, comportamiento y de preferencias de los pacientes. En características biológicas pueden ser riesgos y susceptibilidades, en el aspecto de comportamiento de los pacientes durante la atención de su salud surgen de las diferencias de valores, cultura y conocimiento; que estas a su vez influyen en la elección de atención disponibles, es decir el paciente observa y decide según sus expectativas, cuales son los objetivos y logros de la atención que le gustaría alcanzar, el usuario acude a las unidades de salud y esperando en contar con servicios accesibles tanto en función de distancia, transportación que se requieren para poder disponer de ellos, información suficiente por parte del personal, realización oportuna del proceso de atención en cuanto a la valoración integral, tratamiento congruente y continuo con el problema de salud que se trate.

Es así que el manejo interpersonal entre paciente y proveedor de la atención es muy importante ya que estará basado en los valores de la población que incluye cultura y costumbres.¹⁴

Cuando los involucrados en la provisión de servicios pertenecen a diferentes disciplinas u ocupaciones debe prestarse importancia a la accesibilidad, oportunidad, continuidad y coordinación de la atención.¹⁵

En gran parte el interés sobre como evaluar la atención está relacionado con el enfoque básico de la evaluación que presenta Donabedian que son medidas de

¹⁴DONABEDIAN, Avedis. (1989) *La Dimensión Internacional de la Evaluación y Garantía de la Calidad*.

¹⁶DONABEDIAN, Avedis. (1986) *La Calidad de la Atención Médica. Definición y Métodos de Evaluación*.

estructura, proceso y resultado dependiendo del contexto de la evaluación, así podemos mencionar que las medidas de estructura los define como características relativamente estable de los proveedores de la atención, incluye accesibilidad o disponibilidad de los servicios de salud; las medidas de proceso son actividades que se llevan a cabo por y entre profesionales y pacientes; y la medida de resultado como enfoque indirecto, en el trabajo se reflejará en el uso del Sistema de Referencia de pacientes.

En la evaluación de programas o mecanismos que se utilizan para ofrecer mejor atención en los servicios de salud, como es el caso del Sistema de Referencia de pacientes, la satisfacción del usuario es considerado como un aspecto importante en cuanto al logro de los objetivos del sistema. Una atención es accesible cuando es fácil de iniciarse y de mantenerse, esta accesibilidad dependerá, en nuestro caso, de los usuarios en vencer los obstáculos espaciales y psicológicos entre otros. En cuanto a la continuidad podemos definirla como la no interrupción de la atención necesaria y mantenimiento de la relación entre la secuencia sucesiva de la atención médica, las decisiones pasadas y el empleo de datos pasados para el manejo presente ayudan a que el tratamiento o control de la evolución de un padecimiento se realice en forma ordenada y razonable.¹⁶

4.1.4. EL SISTEMA DE REFERENCIA DE PACIENTES EN LOS SERVICIOS DE SALUD EN MEXICO.

El Sistema de Referencia de pacientes en los servicios de salud es considerada y de alguna manera se empezó a ejecutar paralelamente a la creación

¹⁶AVEDIS DONABEDIAN. Op cit.

de los niveles de atención. Desde entonces se han presentado justificaciones muy importantes para que dicho sistema se lleve a cabo de la manera más adecuada posible.

Así en septiembre de 1988, la Secretaría de Salud, con la participación de las Instituciones del sector que atiende a población abierta, se firmó un acuerdo que a la letra dice: "...para unificar el funcionamiento del sector salud y una adecuada consolidación del Sistema Nacional de Salud, en el ámbito de la atención a población abierta, es indispensable se cumpla y aplique el Sistema de Referencia de pacientes y envío de muestras.."¹⁷

En el estudio se entiende como un Sistema de Referencia y Contrarreferencia de pacientes al mecanismo administrativo cuyos procedimientos coordina a las unidades operativas de los niveles de atención, en la cual se realizan acciones encaminadas a la promoción, prevención, restauración y rehabilitación de la salud. La coordinación es el enlace que debe existir entre los diferentes niveles de atención por medio de acciones orientadas a agilizar su operación, proporcionando servicios accesibles, oportunos, continuos y justificados, que satisfagan plenamente la demanda de servicios del usuario.

Se considera como referencia a la acción y efecto de remitir a un paciente de una unidad de servicios de salud de menor complejidad operativa (unidad de referencia) a otra de mayor complejidad operativa (unidad receptora) para dar respuesta a las necesidades de salud. Con el propósito de que se realicen aquellos

¹⁷SECRETARÍA DE SALUBRIDAD Y ASISTENCIA. SERVICIOS DE SALUD. (1988) Manual de Referencia y Contrarreferencia de Pacientes y envío de muestras (aplicación, instrumentación y actualización). pág. 88

procedimientos que por su infraestructura no sean posibles en la unidad de primer nivel. (Ver Ilustración 1 en el anexo "A")

4.2. MARCO DE REFERENCIA

4.2.1. A NIVEL INTERNACIONAL

4.2.1.1. En 1983, en N'djamena (Chad), se realizó un estudio de evaluación de los Sistemas de Salud, donde se determinó la existencia de problemas planteados por las relaciones entre los niveles de los sistemas asistenciales en desarrollo, descubriéndose que éstos influyen considerablemente en la eficiencia de la atención.

En el trabajo describen un método sencillo para evaluar ciertos aspectos que provocan problemas en las relaciones entre los niveles de salud. Menciona que los datos reunidos en un hospital pueden utilizarse para poner en relieve si el tratamiento que reciben los pacientes en un centro de salud es adecuado o para localizar las deficiencias en la zona de contacto entre el centro de salud y el hospital. Pone mucho énfasis en que un adecuado sistema de coordinación entre niveles, evitaría las largas colas que a menudo se ven en los consultorios externos de los hospitales, debiendo ser atendidos y tratados en un primer nivel o a la inversa los servicios de primer nivel intentan ocuparse de graves afecciones u otros problemas para los que no están equipados dejando de lado el respaldo hospitalario a la cual pudieron haber referido al paciente.

Para el acopio de datos se estudió el historial médico de 146 niños del servicio de pediatría hospitalizados a lo largo de seis semanas, considerándose tres aspectos:

- Si el acceso al hospital fue directo, es decir sin pasar al nivel primario, o a través de los servicios de un primer nivel.
- Diagnóstico clínico en cuanto a que la enfermedad pudo ser prevenible o no prevenible mediante la atención en el primer nivel.
- Consecuencias inmediatas, en cuanto al fallecimiento del paciente en las 24 horas siguientes a la hospitalización o la supervivencia más de 24 horas.

En las conclusiones se encontró que de los niños admitidos, el 24% llegaron directamente al hospital, el 69% de los niños padecieron enfermedades que habrían podido prevenirse en el primer nivel. Se encontró también que el 15% de los niños murieron en las 24 horas siguientes a su hospitalización de enfermedades que pudieron haber sido atendidas en el primer nivel, la mayoría fallecieron antes de que el hospital pudiera adoptar medidas eficaces para salvarlos. Los que murieron en un lapso de 24 horas y que deberían haber sido atendidos en el primer nivel representaban el 54% de las hospitalizaciones, es decir el ingreso de esos niños fue injustificada.¹⁸

4.2.2. A NIVEL NACIONAL

4.2.2.1. En 1976, las autoridades responsables de la atención médica del Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), se enfrentaron al problema de inconformidad de los derechohabientes, debido a las largas filas de espera para tramitar consulta de atención médica, hostilidad y los malos tratos del personal, e impuntualidad y ausentismo de los médicos. Haciéndose imposible una atención eficaz, oportuna y humanizada.

¹⁸BEGHIN, DUJARDIN, WOLLAST. (1989) *Evaluación Flexible de los Sistemas de Salud*.

Como solución a este problema, se creó un sistema denominado "Cita Programada Telefónica" (CIPROTEL) en todo el área metropolitana del Distrito Federal cuyos objetivos fueron:

- Asegurar al derechohabiente del ISSSTE, la atención de consulta médica oportuna.
- Evitar la formación de colas para la obtención de servicios médicos en las clínicas de adscripción.
- Facilitar el trámite de consulta incluyendo la solicitud telefónica.
- Brindar un trato humano y personalizado al derechohabiente.

Las metas fueron:

- Cero rechazos de consulta de medicina general.
- Reducir la espera de 7 horas, con el sistema tradicional a 1.30 horas como máximo y evitar colas manteniendo una atención fluida al paciente.
- Captar entre el 80 y 90% de consultas programadas y mantener entre un 10 y un 20% de consulta no programada.
- Reducir en un 90% las quejas por malos tratos al derechohabiente.

En 1979, luego de muchas reformas e innovaciones a procedimientos administrativos, se realizó una evaluación por objetivos y perspectivas del sistema CIPROTEL cuyos resultados fueron:

- La seguridad de consulta externa fue cubierta.
- Cero rechazos por la programación que hicieron por teléfono los pacientes
- Mencionan además que CIPROTEL, pudo absorber toda la demanda de consulta instalada por ese año. Pero que los resultados en consulta especializada no fue el mismo, por la falta de regionalización y dispersión

de especialidades.

- El tiempo de espera y formación de colas fue disminuyendo.
- Las quejas por malos tratos se redujo en un 90%.¹⁹

4.2.2.2. La experiencia que tuvo el ISSSTE, con el sistema CIPROTEL concluye en haber tenido experiencias positivas e indagar la idea de usarla como base para el Sistema de Referencia de pacientes. El problema se determinó por la insatisfacción de la población en cuanto a la atención médica reflejado en:

- Tiempos y períodos de espera prolongados
- Diversidad de metodologías de trabajo.
- Indefinición de criterios de transferencia
- Sobresaturación de servicios.
- Diagnóstico y tratamiento inoportuno por lo antes mencionado.
- Aumento de urgencias médicas en unidades de segundo y tercer nivel.

El estudio propuso que el sistema CIPROTEL en la referencia y contrarreferencia de pacientes:

- Facilitaría el trámite de servicios de consulta externa.
- Asegurar al usuario la obtención de servicios subsecuentes.
- Disminuir el tiempo de espera y la formación de largas colas para la obtención de servicios.
- Evitar que el usuario se desplace inútilmente de un nivel a otro.
- Solicitar en forma oportuna los servicios especializados.
- Brindar trato humano al usuario.
- Simplificar y unificar los criterios de trámite para otorgar servicios de

¹⁹GOMEZ B.Antonio. (1979) Evaluación por Objetivos y Perspectivas del Sistema de Cita Programada Telefónica.

consulta externa básica para solucionar en forma inmediata la atención que solicita el usuario aprovechando la capacidad instalada y dotación de recursos en cada nivel.²⁰

4.2.2.3. En 1979, aprovechando los recursos de la Dirección General de Salud Pública en el Distrito Federal y los del Hospital General "Manuel Gea González" y bajo la coordinación de la Secretaría de Salubridad y Asistencia se crea el Sistema de Atención Escalonada al Paciente (SAEP), dicho sistema fue implementado en la zona sur de la ciudad.

Los objetivos principales del SAEP fueron:

- Aumentar la cobertura a la delegación política de Tlalpan y posteriormente extender y/o reproducir el sistema al resto del país.
- Mejorar la calidad de la atención para la salud.
- Optimizar los recursos disponibles para la salud.
- Racionalizar el patrón de utilización de los servicios de salud.

Con dicho sistema se pretendía abarcar la atención ambulatoria y hospitalaria mediante el enlace de Centros Comunitarios y Hospital General, con el fin de aprovechar los recursos humanos, físicos y materiales al máximo, brindar servicios por niveles y garantizar el otorgamiento de la atención al paciente en forma integral, accesible y continua.

Se eligió como área piloto la Delegación Política de Tlalpan, contando para

²⁰GARCIA JIMENEZ, María Alberta. (1987) Modelo de Transferencia de Pacientes Ambulatorios en los Tres Niveles de Atención Médica.

su desarrollo con 10 Centros Comunitarios de Salud que representaban al primer nivel operativo, 3 Centros de Salud representando al segundo nivel operativo y 1 Hospital General representando al tercer nivel operativo.

El Sistema estuvo apoyado por guías normativas en la cual se describían los procedimientos administrativos para otorgar los servicios.²¹ En cuanto a los resultados finales del estudio no se han encontrados datos que nos puedan permitir concluir sobre los beneficios logrados.

²¹SECRETARIA DE SALUBRIDAD Y ASISTENCIA. (1979) Manual General del Sistema de Atención Escalonada al Paciente en Tlalpan.

CAPITULO II

5. METODOLOGIA

5.1. TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACION

El estudio fue de tipo descriptivo, explicativo y transversal. Descriptivo, ya que se limita a describir alguna característica o situación a base de variables. "De acuerdo con la comparación de las poblaciones, el estudio descriptivo es el que solo cuenta con una población de la cual se pretende describir en función de un grupo de variables...". Explicativo, dirigido principalmente a contestar por que pueden suceder determinados fenómenos "se pueden plantear hipótesis tendientes a la verificación de relaciones explicativas causales". Transversal, en cuanto a que la medición o aplicación de los instrumentos se harán una sola vez.²²

En cuanto al diseño de la investigación se consideró el correlacional, ya que éste determina el grado de relación existente entre 2 o más variables de interés en una misma muestra de sujetos y entre fenómenos observados.



²²MENDEZ, NAMIHIRA, MORENO, SOSA. (1989) El Protocolo de Investigación. Lineamientos para su Elaboración y Análisis.

donde:

"M" es la muestra en que se realiza el estudio y los subíndices x y z, en cada "O" nos indica las observaciones obtenidas en cada una de las variables (accesibilidad, oportunidad y continuidad).

5.2. AREA DE ESTUDIO

El estudio se realizó en la unidad hospitalaria de segundo Hospital General "Maximiliano Ruiz Castañeda" en Naucalpan.

El criterio de selección utilizado para la elección del área de estudio fue:

- Que la unidad de segundo nivel preste servicios a población abierta.
- Tener una capacidad instalada de 144 camas
- Encontrarse dentro del área metropolitana de la ciudad de México.
- Disponibilidad de parte de las autoridades de la unidad de segundo nivel para su factibilidad y aplicación.

En cuanto a la infraestructura de los Servicios de Salud con que se cuenta se señala que existen: 17 unidades de primer nivel, de las cuales 13 están ubicadas en el área urbana y 4 en el área rural.

En el área urbana:

- Altamira
- Benito Juárez
- San Rafael Chamapa
- Izcalli Chamapa
- Huertas

- Independencia
- Rincón Verde
- Molinito
- Olimpiada 68
- Cuautlalpan
- San Lorenzo
- San Mateo
- San Agustín

En el área rural:

- San Luis Ayucan
- Santa María Mazatlan
- Santiago Tepatlalco
- Santa Ana Jilotzingo

Para la atención del segundo nivel cuenta con un Hospital General de 144 camas, "Dr. Maximiliano Ruiz Castañeda", y presta servicios en:

- Pediatría
- Gineco Obstetricia
- Cirugía
- Medicina Interna
- Otras especialidades (otorrino, oftalmología, traumatología y dermatología)

Dentro de los recursos humanos encargados de la atención médica cuenta con:

- 09 médicos internistas
- 10 cirujanos
- 06 pediatras

- 07 ginecólogos
- 01 otorrino
- 01 traumatólogo
- 01 médico general para medicina preventiva
- 02 odontólogos

5.3. POBLACION Y MUESTRA PARA EL ESTUDIO

La población para el desarrollo del estudio estuvo compuesta por los usuarios que solicitan atención en los consultorios externos de los diferentes servicios que presta el Hospital General "Dr. Maximiliano Ruiz Castañeda". Esta población está basada en las 17,317 consultas otorgadas en el año de 1992.

Las consultas otorgadas por servicio para 1992 fueron:

- Pediatría con 2,077 consultas (05.7%)
- Gineco-Obstetricia con 3,790 consultas (10.5%)
- Cirugía con 4,747 consultas (13.1%)
- Medicina Interna con 2,155 consultas (05.9%)
- Entre otras especialidades consideradas para la población del estudio están otorrino, ortopedia, oftamología, dermatología, dental y medicina preventiva con 4,548 consultas (12.6%)

El promedio diario de consultas fue de 38.10 pacientes.

El promedio diario de consultas en urgencias fue de 37.8 pacientes con un

total de 13,631 atenciones al año.

La estimación del tamaño de la muestra estuvo basada en las 14,285 consultas otorgadas en los consultorios externos de pediatría, ginecología, cirugía, medicina interna y en otras especialidades se consideró los consultorios de otorrino y ortopedia.

Primero, se determinó una muestra aleatoria simple con un nivel de confianza del 95% y una precisión perdida por el investigador de 0.03. Quedando el tamaño de muestra con el factor de corrección, de 992 pacientes (Ver Anexo "B").

Segundo, para determinar el número de usuarios de consulta externa por servicio, se utilizó una muestra estratificada proporcional, quedando como sigue:^{23, 24}

- En el consultorio de Pediatría de 2,077 consultas otorgadas en 1992, se tomó una muestra de 145 pacientes.
- En el consultorio de Ginecología de 3790 consultas otorgadas en 1992, se tomó una muestra de 263 pacientes.
- En el consultorio de Cirugía de 4747 consultas otorgadas en 1992 se tomó una muestra de 330 pacientes.
- En el consultorio de Medicina Interna de 2,155 consultas otorgadas en 1992, se tomó una muestra de 150 pacientes.

²³COCHRAN, William. (1987) Técnicas de Muestreo.

²⁴BRIONES, Guillermo. (1990) Métodos y Técnicas de Investigación para la Ciencias Sociales.

- En el consultorio de Otorrino de 755 consultas otorgadas en 1992, se tomó una muestra de 55 pacientes.
- En el consultorio de Traumatología de 755 consultas otorgadas en 1992, se tomó una muestra de 55 pacientes.

5.4. HIPOTESIS DE TRABAJO

Si existe accesibilidad, oportunidad y continuidad en la atención a los pacientes se estará logrando un buen funcionamiento del Sistema de Referencia de pacientes.

5.4.1. HIPOTESIS DESCRIPTIVAS

Se atribuye que el funcionamiento del Sistema de Referencia de pacientes se encuentra influido por:

- El tiempo de residencia del usuario dentro de Naucalpan.
- La edad, sexo y estado civil del usuario.
- El número de miembros en la familia del usuario.
- El acceso a otras Instituciones de Servicios de Salud.
- La ocupación y el nivel de escolaridad del usuario.
- El tiempo de desplazamiento del domicilio del usuario a las unidades de segundo nivel.
- El conocimiento de normas de funcionamiento de los Servicios de Salud en cuanto a la existencia de los tres niveles de atención, otorgamiento del pase de referencia y la existencia del Sistema de Referencia de pacientes.

- El tiempo de desplazamiento del domicilio del usuario a las unidades de primer nivel de atención
- Satisfacción del usuario respecto a la atención prestada en las unidades de primer nivel.
- Percepción del usuario respecto al tiempo de espera para la atención en una unidad de segundo nivel luego de ser referido.
- La satisfacción del usuario respecto a la continuación de la secuencia sucesiva del tratamiento otorgada en las dos unidades de atención.
- La canalización del paciente después de la consulta.

5.4.2. HIPOTESIS ASOCIATIVAS

En las que se atribuye que:

- La utilización de los servicios de un Centro de Salud en 1993, está asociado al tiempo de residencia, edad, número de miembros en la familia, acceso a otras instituciones de salud, ocupación del usuario y nivel de escolaridad del paciente.
- La condición de la atención del paciente (atención con referencia o directa) se asocia con el tiempo de desplazamiento al hospital, medio de transporte utilizado hacia el hospital, tiempo de desplazamiento al Centro de Salud, medio de transporte utilizado al Centro de Salud, y las opiniones de preferencia de utilización o de no utilización de los servicios del Centro de Salud.

- La opinión de satisfacción del paciente con referencia en cuanto a la oportunidad de la atención o tiempo de espera para ser atendido en el hospital está en asociación con el número de días de espera entre la última consulta en el Centro de Salud y la primer consulta en el hospital.
- El motivo principal de la atención al paciente referido tiene asociación con el número de consultas solicitadas para el último período de enfermedad.
- La opinión de satisfacción del paciente con referencia en cuanto a la continuidad de su atención tiene asociación con el uso de la nota de referencia, continuación del tratamiento al paciente y la canalización después de la consulta.
- El tiempo de desplazamiento del domicilio del paciente hacia el hospital o Centro de Salud tiene asociación con la utilización de los servicios de salud de segundo nivel.

5.4.3. HIPOTESIS CAUSALES O EXPLICATIVAS

En las que se atribuye que:

- La utilización de los Servicios de las unidades de primer nivel en 1993 en Naucalpan, está determinada por el número de consultas otorgadas al paciente en una unidad de primer nivel antes de ser referido y los motivos de referencia.

- Los motivos que tiene el paciente para no continuar con la utilización de los servicios de salud, tiene relación con los motivos por el que fue referido a una unidad de segundo nivel y la utilización de los servicios de primer nivel en 1993.
- La condición de la atención que tiene el usuario está determinada por el conocimiento que tiene sobre las normas de funcionamiento de los servicios de salud, ésta es, la existencia de los tres niveles de atención, otorgamiento del pase de referencia para una atención en el segundo nivel, conocimiento de la existencia del Sistema de Referencia de pacientes y la ubicación de la unidad de primer nivel designada según el domicilio del usuario.
- La satisfacción del usuario en cuanto a la secuencia sucesiva del tratamiento en la unidad de segundo nivel, puede ser determinada con el número de consultas solicitadas en el hospital, inicio del tratamiento en la unidad de primer nivel antes de la referencia, cancelación de cita en la unidad de segundo nivel y los motivos de cancelación.

5.5. DEFINICION DE VARIABLES

VARIABLE DEPENDIENTE:

El buen funcionamiento del Sistema de Referencia de pacientes al Hospital General "Dr. Maximiliano Ruiz Castañeda" de Naucalpan.

VARIABLES INDEPENDIENTES:

- Accesibilidad para la atención en primer nivel.
- Oportunidad en la atención en una unidad de segundo nivel.
- Continuidad en la atención en la unidad de segundo nivel.

Accesibilidad de la Atención:

Características Demográficas

- Edad del usuario
- Sexo
- Composición familiar
- Estado civil

Características Socio-Económicas:

- Ocupación del usuario
- Nivel de escolaridad

Características Institucionales:

- Acceso a otras instituciones de salud

Características Geográficas:

- Distancias entre domicilio del usuario y los servicios de salud.
- Costo del desplazamiento hasta los servicios de salud.
- Medio de transporte utilizado.

Patrones de utilización de preferencia del usuario para buscar atención:

- Conocimiento sobre la existencia de los tres niveles de atención.
- Conocimiento sobre la existencia del Sistema de Referencia de paciente.

- Opinión del usuario sobre la atención en los servicios de salud que influirá en la utilización de dichos servicios.

Oportunidad de la Atención:

Características Normativas-Administrativas de la atención

- Antecedentes de la referencia
- Motivo de referencias
- Tiempo de espera para una atención en una unidad de segundo nivel luego de la referencia.
- Evolución de síntomas del paciente durante los días de espera.

Continuidad de la Atención:

Satisfacción del usuario respecto al mantenimiento de la secuencia sucesiva de la atención.

- Uso de la nota de referencia.
- Condición del paciente para mantener la secuencia del tratamiento.
- Continuación de la atención en las unidades de salud.
- Continuación del tratamiento en las unidades de salud.
- Canalización del paciente luego de la atención.

5.5.1. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

Sistema de Referencia de Pacientes.- acción y efecto de remitir a un paciente de una unidad de servicios de salud de menor complejidad operativa (unidad de referencia-16 centros de salud) a otra de mayor complejidad operativa (unidad receptora-Hospital General "Dr. Maximiliano Ruiz Castañeda) para dar respuesta a las necesidades de salud, con el propósito de que se realicen aquellos

procedimientos que por su infraestructura no sean posibles en su unidad de adscripción.

- **Accesibilidad de la atención:** La atención es accesible cuando es fácil de iniciarse y de mantenerse, esta accesibilidad depende de los proveedores que la hacen más o menos fácil de alcanzar y de usar (Características Normativas Administrativas del Sistema de Referencia de pacientes entre el primer nivel y segundo nivel de atención) y de los usuarios que superen aspectos psicológicos y de opinión.

Demográficas

- **Edad:** expresión cuantitativa de los años vividos desde la fecha de nacimiento del paciente hasta la fecha de aplicación del cuestionario, se considera años cumplidos en pacientes mayores de un año y meses cumplidos en menores de un año.
- **Sexo:** es la diferencia fenotípica del ser humano, se caracteriza en masculino y femenino.

Socioeconómicas

- **Ocupación:** acción y efecto de empleo, oficio, al que se dedica una persona.
- **Escolaridad:** grado de instrucción que un individuo ha adquirido dentro de un sistema educativo.
- **Estado civil:** estado actual en relación a la pareja.

Institucionales:

- **Acceso a otras instituciones de salud.**

Geográficas:

- **Desplazamiento a los servicios de salud:** distancia medida en tiempo - horas- en la que se desplaza el usuario desde su domicilio hacia los servicios de salud, sea ésta, unidades de primer o segundo nivel.

Patrones de utilización:

- **Conocimiento sobre aspectos normativos-administrativos de funcionamiento de los servicios de salud.**
- **Oportunidad de la atención:** una atención es oportuna cuando el tratamiento y control de un padecimiento no se ve interrumpida por factores ajenos al paciente.
- **Continuidad de la atención:** Una atención es continua cuando no existe interrupción de la atención necesaria y se mantiene la relación entre secuencias sucesivas de la atención médica, cuyo rasgo fundamental es la preservación de la información acerca de los hallazgos, las evaluaciones y decisiones pasadas y el empleo de estos datos para el manejo presente de manera que indique estabilidad en los métodos de tratamiento y una evolución ordenada y razonable.
- **Satisfacción de los usuarios sobre el mantenimiento de la secuencia sucesiva de la atención** (arreglos para emplear información en el manejo presente del tratamiento, condición del paciente para mantener la secuencia del tratamiento).
- **Tasa de utilización del sistema que está dado por el número de atenciones realizadas a pacientes con referencia, sobre el total de atenciones otorgadas en una unidad de segundo nivel (porcentaje de pacientes atendidos con referencia).**

5.5.2. ESCALAS DE MEDICION

VARIABLE	ESCALA
- Tiempo de Residencia	Intervalar
- Edad	Intervalar
- Sexo	Nominal
- Composición Familiar	Intervalar
- Estado Civil	Nominal
- Acceso a otras Instituciones de Salud	Ordinal
- Calidad de Usuario	Nominal
- Ocupación	Nominal
- Escolaridad	Ordinal
- Tiempo de Desplazamiento hacia los Servicios de Salud	Intervalar
- Medio de Transporte	Nominal
- Percepción de Costos	Ordinal
- Conocimiento sobre Normas de Funcionamiento	Nominal
- Utilización de Servicios de Salud	Nominal
- Número de Consultas Solicitadas en los Servicios de Salud	Intervalar
- Número de Días de Espera para Recibir Atención	Intervalar
- Opinión Sobre Tiempos de Espera	Ordinal
- Disposición del Usuario a Continuar el Tratamiento Otorgado en los Servicios de Salud	Nominal
- Canalización del Paciente Después de Recibir Atención en los Servicios de Salud	Nominal

5.6. TECNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCION DE INFORMACION

5.6.1. La aplicación del instrumento para la recolección de información se realizó

por medio de una entrevista estructurada a los usuarios que asisten a los consultorios externos del Hospital General "Dr. Maximiliano Ruiz Castañeda", dirigida por el mismo investigador.

Para el diseño del instrumento, específicamente para la construcción de items la fase de operacionalización de variables fué fundamental, siguiendo los siguientes pasos:

- En base al objetivo general y a los objetivos específicos se determinaron las variables en estudio (accesibilidad, oportunidad y continuidad).
- A continuación se trabajaron los indicadores en base a características que tengan relación con las variables (características demográficas, socio-económicas, espaciales o geográficas, patrones de utilización de preferencia del usuario sobre en la secuencia sucesiva de la atención). Estas a su vez dieron lugar a índices y subíndices (Ver Ilustración 2, Anexo A).
- Finalmente se crearon los reactivos que se diseñaron con preguntas cerradas con escalas nominal, ordinal y de intervalo, de las que obviamente se derivan el uso de las herramientas estadísticas.

En el desarrollo de la construcción del instrumento se tuvo apoyo de expertos en el área y un análisis del marco teórico así como de trabajos realizados anteriormente.

El cuestionario consta de las siguientes partes:

- Una parte introductoria que contiene el título del cuestionario, breve información sobre los objetivos que se persiguen con la aplicación y desarrollo del trabajo, número de cuestionario y nombre de consultorio donde se aplica el cuestionario.

- Una primera parte, con 23 reactivos respecto a la determinación de la accesibilidad a los servicios de salud, contiene características demográficas y personales del paciente, características socio-económicas del paciente, características espaciales o geográficas del domicilio del paciente y los patrones de utilización de preferencia del usuario para buscar atención.
- La segunda y tercera parte con 7 y 6 reactivos respectivamente cuya finalidad es la de determinar la oportunidad y continuidad de la atención al paciente referido. Se consideran las características normativas y administrativas de la institución para otorgar atención y la satisfacción del usuario sobre el mantenimiento de las secuencias sucesivas de la atención (Ver Anexo "E").

5.7. PROCEDIMIENTOS PARA LA RECOLECCION DE INFORMACION

- El instrumento para recolectar información se aplicó a los usuarios del Hospital General "Dr. Maximiliano Ruiz Castañeda" de Naucalpan.
- La captación de los usuarios se realizó en la sala de espera de los consultorios externos de los diferentes servicios que presta el hospital.

5.8. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DE LOS INSTRUMENTOS

Magnuson²⁶, Ary²⁶, Kerlinger²⁷, Hernandez²⁸ mencionan que: Para los

²⁶MAGNUSON, David. (1982) Teoría de los Test.

datos obtenidos con instrumentos, éstos deben satisfacer ciertas condiciones. Primero, el instrumento debe tener validez, esto se refiere a la eficacia con que un instrumento mide lo que se supone que está midiendo. Segundo, el instrumento debe cumplir con el propósito de confiabilidad, esto es, que el instrumento debe dar medidas confiables de manera que se obtengan los mismos resultados obtenidos con el instrumento en una determinada ocasión bajo ciertas condiciones, deben ser reproducibles, o sea que los resultados deben ser los mismos si volvemos a medir el rasgo en condiciones idénticas.

5.8.1. VALIDEZ

5.8.1.1. Validez de contenido

- Para el logro de esta validez, se hizo necesario un análisis exhaustivo del marco teórico de tal manera que permitió detectar y sustentar las variables consideradas en el trabajo, así mismo apoyarnos en trabajos similares anteriormente desarrollados.
- Se realizó una prueba piloto que nos permitió ajustes posteriores en el diseño del instrumento.
- El discernimiento de las preguntas para el cuestionario se apoyó con juicios

²⁶ARY; JACOBS; RAZAVIECH. (1989) Introducción a la Investigación Pedagógica.

²⁷KERLINGER, Fred. (1991) Investigación del Comportamiento.

²⁸HERNANDEZ; FERNANDEZ; BAPTISTA. (1991) Metodología de la Investigación.

formulados por expertos en la materia, en éste caso, personas que se encuentren directamente relacionadas con la planeación y toma de decisiones en los servicios de salud y personas con experiencias en estudios similares realizados anteriormente.

5.8.2. CONFIABILIDAD

Para lograr la confiabilidad en las respuestas al cuestionario, la aplicación estuvo a cargo única y exclusivamente por el investigador, considerando el tiempo de duración de la entrevista y la disposición de los entrevistados. Así mismo se conto con un instructivo para el llenado del cuestionario. En cuanto a la confiabilidad de las respuestas se consideró la repetibilidad de reactivos a lo largo del contenido del instrumento, para optimizar su consistencia.

5.9. PROCESAMIENTO Y ANALISIS DE DATOS

La captura y los programas para el procesamiento de datos se realizaron en el paquete estadístico SAS/PC (Statistical Analysis System -para microcomputadoras personales).

En el SAS/PC se obtuvo en forma general las frecuencias simples, medias, proporciones, tablas de contingencia, coeficientes de contingencia, pruebas χ^2 correlación r de Pearson, análisis de varianza y regresión múltiple, según las variables de interés para el estudio.

5.9.1. HERRAMIENTA MATEMATICA O ESTADISTICA.

Las pruebas matemáticas y/o estadísticas utilizadas se determinaron de acuerdo a las escalas de medición de las variables y según las hipótesis planteadas.

Para variables con escala nominal y ordinal como edad, sexo, composición familiar, ocupación, nivel de escolaridad, acceso a otras instituciones de salud, opiniones sobre utilización de preferencia de los servicios de salud; se utilizó, dentro de las estadísticas descriptivas, la distribución de frecuencias y medidas de tendencia central. Para probar hipótesis de asociación se utilizó la prueba no paramétrica, χ^2 , y el Coeficiente de Contingencia, C.

Para variables con escala intervalar como días de espera, tiempos de desplazamiento, tiempo de residencia, se utilizó medidas de variabilidad. Para las pruebas de hipótesis la prueba estadística paramétrica, Correlación de Pearson, r.

"...los datos medidos por escalas nominales y ordinales deben analizarse por métodos no paramétricos ... los datos medidos con escalas intervalares de preferencia deben analizarse por métodos paramétricos si los supuestos del modelo estadístico paramétrico son sostenibles.."²⁹

Para determinar los factores de relevancia, probando las hipótesis explicativas, se utilizó el Análisis de Varianza y Regresión Múltiple.

²⁹ SIEGEL, Sidney. (1991) Estadística no Paramétrica. págs. 44-51.

CAPITULO III

6. RESULTADOS

La observación de la investigación se centra principalmente en las opiniones de los usuarios sobre preferencias de utilización de los Servicios de Salud, con la finalidad de determinar el funcionamiento del Sistema de Referencia de pacientes para lo cual se consideró las siguientes características:

6.1. Características Demográficas, la cual nos permite la caracterización de pacientes.

- Del total de pacientes incluidos en nuestra investigación el 72.2% son de sexo femenino y el 27.8% de sexo masculino (Gráfica 1). Al agruparlos en grupos etáreos se advierte que el 60.4% de la población usuaria se encuentra comprendida entre 14 a 45 años, el 17.2% en más de 45 años, el 9.4% entre 1 a 5 años, el 8.6% en menores de 1 año y con el 4.4% el grupo de 6 a 14 años (Gráfica 2).
- Considerando el número de miembros por familia de usuarios entrevistados se encontró que el 54.4% proviene de familias pequeñas de 1 a 4 miembros, el 25.6% medianamente numerosas de 5 a 7 miembros y el 10% de familias numerosas con 8 o más miembros (Gráfica 3).
- En relación con el tiempo de residencia de los usuarios se advierte que el 26.1% vive en la zona en un promedio de 10 a 20 años, el 22.5% más de 20 años, el 19.9% de 1 a menos de 5 años, el 16% de 5 a menos de 10 años y el 15.5% menos de un año (Gráfica 4).

- Respecto al acceso del usuario a otras instituciones de salud, encontramos que la fuente habitual de atención son los servicios de la SSA con un 67.5%, el 19.9% recurre a los servicios del DIF, el 6.5% a consultorios privados, el 3.9% tienen acceso al IMSS y al ISSSTE y el 8.7% considera otras instituciones como Cruz Roja, Medicina Popular o Dispensarios (Gráfica 5).
- En el aspecto ocupacional de los usuarios se advierte que el 70% son amas de casa, 12% lo conforman estudiantes y desempleados, el 7.8% son empleados, el 4.7% se dedican a trabajos manuales como son los obreros y campesinos, el 5.0% a trabajos independientes y solo el 0.3% son profesionistas (Gráfica 6).
- La distribución del usuario según niveles de escolaridad encontramos que el 44.9% tiene estudios primarios, el 29.1% tienen estudios secundarios, el 11.7% cuentan con estudios de bachillerato o técnicos, el 10.25 es analfabeta y solo el 1% profesionista (Gráfica 7).

6.2. Características Espaciales o Geográficas.

- En relación con tiempos de desplazamiento que el usuario efectúa desde su domicilio hasta el hospital el 57.8% lleva un promedio de 30 minutos, el 35.7% lleva en promedio de 30 a 60 minutos y solo el 5% utiliza como promedio de 1 a 2 horas. En tanto que al centro de salud, el 94.1% lo efectúa en un promedio de 30 minutos, el 5.6% lleva como promedio de 30 a 60 minutos y solo el 0.3% de 1 a 2 horas (Gráfica 8).
- En cuanto a la percepción del costo de transporte para solicitar atención el 89.4% lo considera accesible, el 1.3% lo considera barato, el 5.8% lo

considera caro, el 3.4% muy barato y el 0.1% demasiado caro.

6.3. Características normativas administrativas que el paciente debe respetar para solicitar atención en una unidad de segundo nivel de tal manera que contribuya a una atención oportuna y continua.

- El 98.4% y el 99% de los usuarios no tienen conocimiento sobre la existencia de los niveles de atención ni sobre la existencia del Sistema de Referencia respectivamente, en tanto que el 68.7% y el 90% está enterado que el pase de referencia lo otorga el médico de la unidad de primer nivel y la ubicación del centro de salud respectivamente (Gráfica 10).

6.4. Expectativas de satisfacción del usuario.

- Considerando el 100% de los pacientes entrevistados, se advirtió que solo el 50% hizo uso de los servicios del centro de salud en 1993. Así mismo se encontró que el 52% solicitó atención directa, es decir sin iniciar su atención en el primer nivel (Gráfica 11).
- Dentro de los motivos expresados por los pacientes para no continuar con el uso de los servicios del centro de salud, el 47.1% fueron pacientes referidos, el 4.4 consideraron un obstáculo la distancia, horario de atención limitada y mala información sobre el sistema (Gráfica 12).
- Sobre los motivos para no hacer uso de los servicios del centro de salud y solicitar atención directa se advierte que el 15.7% considera tener más confianza en el especialista, el 11.8% falta de información sobre el sistema de referencia, desconocimiento de la ubicación del centro de salud, el

99.3% de los pacientes cuenta con carnet de atención ya sea por atenciones anteriores o como en el caso del servicio de pediatría por nacimiento en el hospital, el 8.9% ingresó por urgencias, el 2.1% pacientes con padecimientos crónicos y el 1.0% por mala atención médica (Gráfica 13).

- Considerando los motivos por los que fueron referidos los pacientes expresan que el 78.7% acudió a su control y/o tratamiento, el 10.5% por requerir hospitalización, el 9.0% para realizar estudios de laboratorio o gabinete, y el 1.5% acudia a interconsulta del centro de salud (Gráfica 14).

- En relación al promedio de días de espera del paciente con referencia para la atención en el hospital desde la última consulta en su centro de salud se encontró que el 50.2% espero un día, el 20.7% esperó de 7 a 14 días, 13.4% de 15 a 29 días, el 14.4% 30 a 60 días y el 1.3% más de 60 días (Gráfica 15).

- En cuanto a la percepción del tiempo de espera para la atención, en el momento de nuestra observación se advierte que el 17.6% lo considera considerable, el 14% poco, el 10.5% prolongado y el 7.8% muy prolongado (Gráfica 16).

- En relación con el número de consultas solicitadas, se encontró que el 21.4% acuden a la consulta por primera vez, el 22.2% a la primera subsecuente, el 18.6% segunda subsecuente, el 12.7% tercera subsecuente, el 20.2% más de cuatro subsecuentes y el 4.6% son pacientes con padecimientos crónicos que llevan más de un año asistiendo a su control (Gráfica 17).

- En cuanto al número de consultas solicitadas en los centros de salud antes de la referencia se advierte que el 26.4% tuvieron de 2 a 5 consultas, el

- 14.5% tuvieron solo una consulta y el 7.8% más de 6 consultas (Gráfica 18).
- Los pacientes expresan que en cuanto al uso de la nota de referencia por el médico del hospital el 42.1% observó su utilización, el 56% no contestó y el 1.5% no utilizó la nota (Gráfica 19).
 - En cuanto a la continuidad del tratamiento el 44% de pacientes inicia su tratamiento en el hospital, el 22.3% se encuentra en observación, el 15.5% continúa con el tratamiento que le inician en el centro de salud y/o le adicionan otras indicaciones, el 8.4% le sustituyen el tratamiento y al 4.3% le retiran o le restan el tratamiento (Gráfica 20).
 - En relación a la canalización del paciente se advierte que el 99% tiene cita subsecuente en el mismo consultorio, el 0.5% le indican hospitalización, el 0.5% tiene interconsulta a otro servicio y ninguno de los pacientes fue contrareferido al primer nivel o referido al tercer nivel de atención (Gráfica 21).
 - Respecto a la cancelación de citas el 87.4% no canceló nunca, el 7.1% no contestó y el 5.5% si canceló alguna vez.

6.5. Utilización de los Servicios de Salud.

- En cuanto a la utilización de los servicios de salud por tiempo de residencia de usuarios, se encontró que los usuarios que residen en la zona en un promedio de 10 a 20 años utilizaron los servicios con un 14.03% y el 11.82% de ese mismo grupo no utilizan los servicios. En cambio el 5.91% con menos de un año de residencia si utiliza los servicios y el 9.45% del mismo grupo no hace uso de los servicios (Cuadro I). Encontrando una

asociación significativa entre el uso de servicios del centro de salud y mayor tiempo de residencia de los usuarios ($\chi^2 = 15.595$, g.l. = 8, $p < 0.049$).

- En relación al uso de los servicios y la edad de los usuarios, en la observación se advierte que el mayor porcentaje que sí hace uso de servicios del centro de salud corresponde al grupo etáreo de 15 a menos de 45 años con un 32.33%, siendo el mismo grupo etáreo que no hace uso de servicios del centro de salud con un 27.66% (Cuadro II). Se encuentra una asociación significativa entre el grupo etáreo y el uso de servicios del centro de salud ($\chi^2 = 250.581$, g.l. = 164, y $p < 0.0001$)
- Considerando el número de miembros por familia y la utilización de los servicios de salud (Cuadro III), se advierte que es independiente el número de miembros por familia, sea pequeña, mediana o grande, con el uso o no de servicios del centro de salud, siendo una asociación no significativa ($\chi^2 = 25.120$, g.l. = 20, $p > 0.197$).
- Considerando la posibilidad de acceso a otras instituciones de salud y el uso de los servicios de salud, se encontró que los usuarios además de utilizar habitualmente los servicios de la SSA, hacen uso de los servicios del DIF con un 13.24% , seguido con el 2.95% que hace uso de consultorios privados (Cuadro IV). De esta manera podemos considerar que los usuarios que hacen uso de otras instituciones de salud además de los servicios de la SSA, es significativamente diferente, tanto para quienes utilizan los servicios del centro de salud como para aquellos que no lo hacen, ($\chi^2 = 27.639$, g.l. = 14, $p < 0.016$).
- En cuanto a la utilización de servicios del centro de salud por ocupación del usuario, encontramos que el 35.60% de las usuarios que sí han utilizado los servicios del centro de salud son amas de casa y el 34.12%

de los que no utilizaron los servicios del centro de salud son también amas de casa (Cuadro V). Por lo tanto podemos afirmar que la asociación de los usuarios que hacen uso o no de servicios del centro de salud es significativa a la ocupación de éstos, ($\chi^2 = 57.236$, g.l. = 18, $p < 0.0001$).

- Se observa que los usuarios que hacen uso de los servicios de salud en un 15.07% tienen primaria completa, el 7.53% de usuarios que no hacen uso de servicios del centro de salud tienen también estudios primarios (Cuadro VI), podemos considerar entonces que existe una dependencia significativa entre la utilización de servicios del centro de salud con el nivel de escolaridad del usuario, ($\chi^2 = 33.076$, g.l. = 16, $p < 0.007$).
- En la asociación de la condición de la atención y el tiempo de desplazamiento al hospital los usuarios de atención directa expresan que se desplazan en un promedio de 30 minutos con un 29.99% y el 18.76% lo hace en un promedio de 30 a 60 minutos aproximadamente (Cuadro VII), por lo tanto se considera significativa la asociación de tiempos de desplazamiento con la condición de la atención directa del usuario, ($\chi^2 = 115.578$, g.l. = 54, $p < 0.0001$).
- Así mismo encontramos que el desplazamiento de los usuarios hacia los centros de salud y solicitan atención con referencia lo realizan en un promedio de 30 minutos un 46.24% (Cuadro VIII). De donde determinamos que existe una asociación significativa entre el tiempo de desplazamiento del usuario hacia el centro de salud y la condición de la atención, ($\chi^2 = 123.305$, g.l. = 48, $p < 0.0001$).
- Se observa también tanto para el desplazamiento a los centros de salud como al hospital los usuarios frecuentemente utilizan como medio de transporte los microbuses.

- Del total de pacientes que solicitan atención directa en el hospital, el 45.35%, dentro de los motivos expresados por el paciente para no utilizar los servicios del centro de salud de encuentran que el 15.07% confía más en especialistas, el 7.24% son pacientes que cuentan con carnet de atención por nacimiento en el hospital, el 5.32% desconoce la ubicación del centro de salud, el 2.07% no tiene información sobre el funcionamiento del sistema de referencia, el 1.77% por distancia, el 1.33% por esperas prolongadas en los centros de salud, el 1.03% atribuye a la mala atención médica y el 1.92% son pacientes que solicitaron atención anteriormente y cuentan con carnet (Cuadro IX), frente a estos resultados podemos afirmar que existe una asociación altamente significativa entre la condición directa de la atención y los motivos por los que el paciente no continúa son el uso de servicios de los centros de salud, ($\chi^2 = 549.379$, g.l. = 30 y $p < 0.0001$).
- Considerando la correspondencia que debe existir entre los centros de salud que refieren y los que corresponden según domicilio se ha observado que los centros de salud El Molinito con un 4.58%, Benito Juárez con el 3.99%, San Lorenzo con el 2.22%, Huixquilucan con el 2.3%, San Mateo y Huitzililpan con el 0.15%, realizan la correspondencia adecuadamente. Sin embargo los centros de salud Benito Juárez con el 0.89%, Izcalli Chamapa con 0.74%, El Molinito con el 0.74%, Rincón Verde con el 0.59%, San Rafael Chamapa San Lorenzo y el Corralito con el 0.44%, Huertas, El Tejocote, El Torito, Cuatlalpan con el 0.30%, Independencia y la Cañada con el 0.15% todos son pacientes que deben ser referidos por estos centros de salud, sin embargo en ese porcentaje son pacientes referidos por servicios del DIF (Cuadro X). Por consiguiente podemos considerar que la correspondencia de centros de salud según domicilio es

significativamente diferente a la referencia de pacientes que realizan los centros de salud con valores de $\chi^2 = 10376.895$, g.l. = 1190 y $p < 0.0001$.

Respecto a la percepción de los usuarios que son referidos de algún centro de salud y tiempos de espera para recibir atención en el hospital, el 13.76% considera poco la espera de 2 a 15 días, considerable el 11.52%, prolongado el 5.91% y muy prolongado el 3.26%; de 16 a 30 días de espera el 5.31% considerable, el 4.43% prolongado y el 3.99% muy prolongado (Cuadro XI), de lo anterior podemos resumir entonces que la asociación es significativamente heterogénea entre la percepción del paciente en relación a tiempos de espera para recibir atención en el hospital, ($\chi^2 = 1281.319$, g.l. = 125, $p < 0.0001$).

En relación al número de consultas solicitadas en el hospital y el motivo de referencia, se advierte que el 22.2% asiste a la primera consulta subsecuente, el 18.6% a la segunda consulta subsecuente, el 12.7% a la tercera subsecuente y el 20.2% asiste a más de cuatro consultas subsecuentes cuyo motivo principal es el de realizar su control o continuar con su tratamiento (Cuadro XII). Del presente resultado se puede deducir que existe una asociación independiente entre el número de consultas solicitadas en el hospital y el motivo de referencia del paciente, con valores de $\chi^2 = 43.324$, g.l. = 30 y $p < 0.055$.

FALTA PAGINA

No. 54 a la 56

7. DISCUSION

La realización de la presente investigación nos permite obtener resultados respecto al funcionamiento del Sistema de Referencia de pacientes el cual es un instrumento importante para integrar la estructura del Sistema de Salud en sus tres niveles.

Los resultados de las variables estudiadas han sido comparadas y apoyadas con trabajos realizados anteriormente.

En el trabajo se encuentra que el sexo femenino realiza la demanda de servicios con un 72.2%; el grupo etáreo que tuvo mayor predominio es el de 15 a menos de 45 años con un 60.4%; se advirtió además que el número de miembros por familia es independiente al uso de servicios de salud; el promedio de tiempo de residencia es de 10 a 20 años con un 26.1%; en cuanto al acceso del usuario a otras instituciones de salud se encuentra que el uso habitual de servicios es de la SSA con un 67.5% pero que además recurren a los servicios del DIF en un 19.9%, en el aspecto ocupacional de los usuarios prevalecen las amas de casa con un 70% y finalmente un 44.9% de los usuarios tienen estudios primarios.

La importancia de las características demográficas se han considerado en el trabajo en función a que estas a su vez influyen en características de satisfacción y preferencia del usuario respecto al uso de servicios de salud. Los aspectos biológicos dice Aguirre: como la edad, sexo y de comportamiento, se encuentran valores culturales, sociales, ocupacionales y de conocimiento, que dan lugar al usuario a la libre elección de estrategias de atención disponible.³⁰

En consecuencia, se atribuye que la edad, sexo, tiempo de residencia, acceso a otras instituciones de salud, ocupación y nivel de escolaridad, excepto número de miembros, influyen en el uso de los servicios del centro de salud, (Hipótesis asociativa 1) (Cuadros I-VI).

En cuanto a las características espaciales geográficas, el tiempo promedio de desplazamiento al centro de salud y al hospital es de 30 minutos con un 46.24%, siendo el transporte habitual el microbús y cuyo costo de transporte es accesible para el 99.4%. Lo que significa que el tiempo, transporte y percepción del costo para desplazarse si influye en la utilización de los servicios de salud y con muy poca relevancia en la calidad de la atención (Hipótesis asociativa 2 y 6) (Cuadro VII-IX).

En relación a las características normativas administrativas para solicitar atención y considerando que el 98.4 y el 99% no tienen conocimiento sobre la existencia de los tres niveles de atención, ni sobre la existencia del sistema de referencia de pacientes respectivamente. El 68.7 y el 90% está enterado sobre el otorgamiento del pase de referencia y la ubicación del centro de salud.

³⁰AGUIRRE, Hector. (1990) Evaluación de la Calidad de la Atención Médica. Expectativas de los Pacientes y de los Trabajadores de la Unidades Médicas.

En tanto las características de satisfacción del usuario se observa que solo el 50% ha solicitado servicios en el centro de salud; el 52% llegó a solicitar atención directa al hospital; el 4.4% considera obstáculo la distancia, el horario limitado y la falta de información sobre el funcionamiento del sistema y de los pacientes que solicitan atención directa el 15.7% consideró tener más confianza en el especialista el 11.8% nuevamente falta de información sobre el sistema.

Como se puede apreciar las expectativas de satisfacción del usuario juegan un papel muy importante sobre la utilización y el funcionamiento de los servicios de salud, el usuario acude a las unidades de salud y espera contar con servicios de salud accesibles tanto en función de distancia, transportación como de los trámites que se requieren para poder disponer de ellos. También esperan contar con información suficiente por parte del personal, cantidad y capacidad profesional técnica para el tipo y nivel de atención que se otorga, realización oportuna del proceso de atención en cuanto a la valoración integral, tratamiento congruente y continuo con el problema de salud de que se trate.

En un trabajo de evaluación de la calidad de la atención de encontró que el 25% de pacientes consideró la información insuficiente.³¹

En consecuencia podemos concluir que las opiniones de satisfacción de los usuarios tienen relación con la oportunidad y continuidad de la atención (Hipótesis Asociativa 3). Y que la condición de la atención al usuario es causada en su mayoría de casos por la falta de información respecto a normas de funcionamiento de los servicios, (Hipótesis causales 1-3).

Los resultados obtenidos sobre la nota de referencia se encontró que el

³¹AGUIRRE, Héctor. (1990) Op cit.

42.1% de usuarios advirtió el uso por el médico del hospital; el 87.4% de usuarios no concelan las citas en los servicios de salud; el 44% de pacientes inician su tratamiento en el hospital y el 99% tuvo cita subsecuente al mismo consultorio es decir ningún paciente al momento de la entrevista fue contrareferido al centro de salud.

Se hace inportante advertir que el grado de escolaridad alcanzado por el paciente, además de lo concluido permite ubicar la posibilidad de comprensión del paciente, del conjunto de indicaciones que se van dando a lo largo de la consulta, predisponer a someterse al regimen de tratamiento, asistencia a citas. En otras palabras puede influenciar en el flujo de funcionamiento del sistema de salud.

Referente a la prescripción de tratamiento, se han encontrado estudios que analizan factores que contribuyen a prescripciones inadecuadas, dentro de las cuales se ha considerado la comunicación verbal y escrita, en la que puede considerarse también el uso de la nota de referencia, llegando a la conclusión que la atención proporcionada en algunos centros de salud no es buena.³² y en otro estudio que el 9.6% de pacientes no reciben información alguna después de una consulta, el 36.3% reciben indicación oral y escrita y solo el 5.13% de médicos se cercioró de que el paciente había comprendido la indicación.³³

En cuanto a la coordinación que se ha llevado a cabo entre los centros de salud que usualmente están situadas para brindar atención a uuna determinada

³²DURAN; FRENK; BARCENA.(1990) La Calidad de la Conducta Prescriptiva en Atención Primaria.

³³CAMPERO, Lourdes. (1990) Calidad de lal Relación Pedagógica Médico Paciente en Consulta Externa. Caso Oaxaca.

población, se encontró que solo algunos centros de salud logran ese objetivo y que más bien el DIF cumple un papel importante en Naucalpan refiriendo pacientes al hospital (Cuadro X).

8. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Concluyendo con el análisis de los datos sobre los factores propuestos podemos observar que unos tienen mayor implicación que otros.

Sobre los aspectos socio-económicos de manera general podemos determinar que la población usuaria proviene de clase media a baja. En el aspecto demográfico y geográfico, el número de personas por familia y sobre el tiempo de desplazamiento y medio de transporte no tiene mayor influencia en la demanda y utilización de servicios del centro de salud.

Un aspecto relevante se encuentra en la falta de conocimiento sobre el funcionamiento del sistema de salud tanto de la atención por niveles como del sistema de referencia.

En relación a aspectos cuantitativos en los resultados finales se advierte que del total de usuarios entrevistados para el trabajo, el 52% llegan a solicitar atención con pase de referencia de algún centro de salud, a este respecto la coordinación que se ha llevado a cabo entre centros de salud, que están situadas para brindar atención a una determinada población se encontró que solo algunos centros de salud logran ese objetivo y que los servicios del DIF cumplen un papel muy importante en la referencia de pacientes al hospital.

En tanto que el 48% son pacientes que solicitan atención directa, poniendo atención a este porcentaje y su relación con aspectos cualitativos que se ha manejado sobre opiniones de usuarios para determinar patrones de preferencia de utilización de servicios de salud, en esta consideración los usuarios expresan que los motivos que lleva a no utilizar o no seguir utilizando los servicios del centro de salud se debe a la mala información información sobre el funcionamiento del sistema de referencia, más confianza en el médico especialista, horario limitado de atención en los centros de salud, desconocimiento de la ubicación de los centros de salud, pacientes que ya tienen carnet sea por atenciones anteriores o en el caso de pediatría niños que han nacido en el hospital.

Estimando que frente a este problema es necesario considerar expectativas del usuario sobre calidad de la atención, expectativas institucionales y de prestadores de servicios, que de manera muy importante necesita ser atendido para resolver el problema del sistema de referencia de pacientes.

Por todo lo anterior hemos considerado importante proponer algunas alternativas de solución que puedan servir de referencia para otros trabajos de investigación.

AL SECTOR SALUD.

- En vista de que todo problema de coordinación en la que se involucren más de un grupo de personas se debe a múltiples factores, se continuen con trabajos de investigación que descubran otras variables tanto en aspectos cuantitativos como cualitativos y no solo respecto a expectativas de atención de los usuarios, sino también a expectativas institucionales sobre estrategias de atención; y fundamentalmente sobre factores que implican

en el buen desempeño del personal de salud ya que tienen relación directa con actividades desarrolladas en la prestación de servicios.

- Se desarrollen programas educativos en la que se involucren los diferentes sectores del sistema de salud, sean directivos, médicos, personal paramédico, grupos sindicales, de manera que se incentive plena toma de conciencia e identidad con la labor de servicio que se realiza en el sector salud.
- A los directivos se sugiere analizar con mayor detalle los aspectos de delegación de funciones y actividades para una mejor utilización de recursos. En este punto mencionaremos de manera especial, que en el servicio de pediatría se ha advertido que un porcentaje considerable de pacientes que recurren al servicio con fin de realizar control de desarrollo del niño, según cita, desde el nacimiento hasta los 3 años de edad en promedio, esta función no necesariamente debería de darse por personal especializado sino tal vez por otro profesionista de salud que tenga como antecedente la preparación suficiente para llevar a cabo esta actividad y seguramente otros. Esta sugerencia se vierte en virtud de que en otros países, cabe mencionar como en el caso del Perú, que todos los programas del área preventivo promocional, incluyendo el de "Crecimiento y Desarrollo de niño sano" está a cargo del personal de enfermería.
- En la evidencia que el trabajo realizado es con el propósito de contar con un instrumento de evaluación al sistema de referencia, se permita la expansión de su aplicación con sus respectivos ajustes en otras unidades de atención.
- Es indispensable establecer mecanismos organizacionales y de información adecuada entre los niveles, para mejorar las condiciones de atención accesible, oportuna y continua a los pacientes.

AL SECTOR ACADEMICO Y DE INVESTIGACION

- Incorporar en la formación de recursos humanos de los programas de posgrado, prácticas de campo.
- Realizar trabajos de investigación multidisciplinarios para evaluar los aspectos cualitativos y cuantitativos en usuarios y en personal de la salud, que permitan detectar los deterioros en la salud.
- Finalmente aún cuando no han sido los objetivos del trabajo, es importante mencionar que durante la entrevista a los pacientes se han encontrado usuarios que asisten a los consultorios del hospital por la buena atención médica que reciben en ella.

BIBLIOGRAFIA

1. **ACUÑA, Héctor.** (1983) **Hacia el Año 2000 en Busca de la Salud Para Todos en las Américas.** Washington. Edit. Publicación científica Nro 435.
2. **AGUIRRE, Héctor.** (1990) **Evaluación de la Calidad de la Atención Médica. Expectativas de los Pacientes y de los trabajadores de las Unidades Médicas.** México. Editado por el Instituto Nacional de Salud Pública, Vol 32, Nro 2.
3. **ARY, D.; JACOBS, L.; RAZAVIEH, A.** (1989) **Introducción a la Investigación Pedagógica.** México.
4. **AVEDIS DONABEDIAN.** (1986) **La Calidad de la Atención Médica. Definición y Métodos de Evaluación.** México. Ediciones Científicas la Prensa Médica Mexicana S.A. de C.V.
5. **AVEDIS DONABEDIAN.** (1973) **Los espacios de la Salud: Aspectos Fundamentales de la Organización de la Atención Médica.** México. Edit. Instituto Nacional de Salud Pública y Fondo de Cultura Económica.
6. **AVEDIS DONABEDIAN.** (1989) **La Dimensión Internacional de la Evaluación y Garantía de Calidad.** México. Edit. Instituto Nacional de Salud Pública Vol 32, Nro 2.
7. **BEGHIN; DUJARDIN; WOLLAST.** (1989) **Evaluación Flexible de los Servicios**

- de Salud. Ginebra. Edit. Foro Mundial de la Salud. vol 10.
8. BRIONES, Guillermo. (1990) **Métodos y Técnicas de Investigación para las Ciencias Sociales.** México. Edit. Trillas.
 9. CAMPERO, Lourdes. (1990) **Calidad de la Relación Médico Paciente en Consulta Externa: El caso de Oaxaca.** México. Edit. Instituto Nacional de Salud Pública Vol. 32, Nro. 2.
 10. COCHRAN, William. (1987) **Técnicas de Muestreo.** México. Editorial Continental S.A. de C.V.
 11. DEPARTAMENTO DEL DISTRITO FEDERAL. (1985) **Programas de Salud a Población Abierta en el Distrito Federal.** DDF. México.
 12. DURAN; FRANK; BECERRA. (1990) **La calidad de la Conducta Prescriptiva en Atención Primaria.** México. Edit. Instituto Nacional de Salud Pública Vol 32, Nro. 2.
 13. FAJARDO ORTIZ, Guillermo. (1983) **Atención Médica. Teoría y Práctica Administrativa.** México. Edit. Científica La Prensa Médica Mexicana S.A. de C.V.
 14. GARCIA JIMENEZ, María Alberta. (1987) **Modelo de Transferencia de Pacientes Ambulatorios en los Tres Niveles de Atención Médica.** México. Tesis de la Facultad de Contaduría y Administración de la Universidad Nacional Autónoma de México.

15. GOMEZ, Antonio. (1979) **Evaluación por Objetivos y Perspectivas del sistema de Cita Programada Telefónica.** México. Editado por Instituto Seguro Social al Servicio de los Trabajadores del Estado.
16. HERNAN SAN MARTIN. (1988) **Administración en Salud Pública. Teoría Práctica e Investigación.** México. Edit. Científica La Prensa Médica Mexicana S.A. de C.V.
17. HERNANDEZ SAMPIERI; FERNANDEZ COLLADO; BAPTISTA LUCIO. (1991) **Metodología de la Investigación.** México. Edit. Mc. Graw Hill.
18. INSTITUTO DE SALUD DEL ESTADO DE MEXICO. (1986) **Programa de Salud del Estado de México.** Toluca. México.
19. KERLLINGER, Fred. (1991) **Investigación del Comportamiento.** México. Edit. Mc Graw Hill.
20. KLECZKOSKI, B.; PIBOLEAU, R. (1979) **Criterios de la Planificación y Diseño de las Instalaciones de Atención de la Salud en los Países en Desarrollo.** Ginebra. Editado por la OPS Vol 2.
21. MAGNUSON, David. (1982) **Teoría de los Test.** México. Biblioteca Técnica de Psicología. Edit. Trillas.
22. MENDEZ; NAMIHIRA; MORENO; SOSA. (1989) **El Protocolo de Investigación. Lineamientos para su Elaboración y Análisis.** México. Edit. Trillas.

23. PLACHNER, Isabel. (1988) **Un Enfoque Integral de la Organización de la Salud. Los Perfiles de complejidad.** Argentina.
24. SCHMELKES, Corina. (1989) **Manual para la Presentación de Anteproyectos e Informes de Investigación (Tesis).** México. Edit. Harla S.A. de C.V.
25. SHEAFFER; MENDENHALL; OTT. (1986) **Elementos de Muestreo.** México. Grupo Editorial Iberoamerica.
26. SECRETARIA DE SALUD. DIRECCION DE PLANEACION Y EVALUACION. DIRECCION DE ESTADISTICA. (1989) **Anuario Estadístico 1989.** México.
27. SECRETARIA DE SALUBRIDAD Y ASISTENCIA. (1979) **Manual General del Sistema de Atención Escalonada al Paciente en Tlalpan.** México.
28. SECRETARIA DE SALUBRIDAD Y ASISTENCIA. (1988) **Programa Nacional de Salud 1984-1988. Cuadernos Técnicos de Planeación Vol. I Nro. 6** México.
29. SECRETARIA DE SALUBRIDAD Y ASISTENCIA. SERVICIOS DE SALUD. (1988) **Manual de Referencia y Contrareferencia de Pacientes y Envío de Muestras. (Aplicación, Instrumentación y Actualización).** Diario Oficial del 22-09-88. SSA. 87-88 (5 arts.) México.
30. SECRETARIA DE SALUD. INSTITUTO DE SALUD EN EL ESTADO DE MEXICO. REGION 3 ZUMPANGO. SISTEMA LOCAL DE SALUD NAUCALPAN. (1990) **Manual de Referencia y contrareferencia de Pacientes entre las Unidades de Primer Nivel y el Hospital General de Segundo Nivel "Dr. Maximiliano**

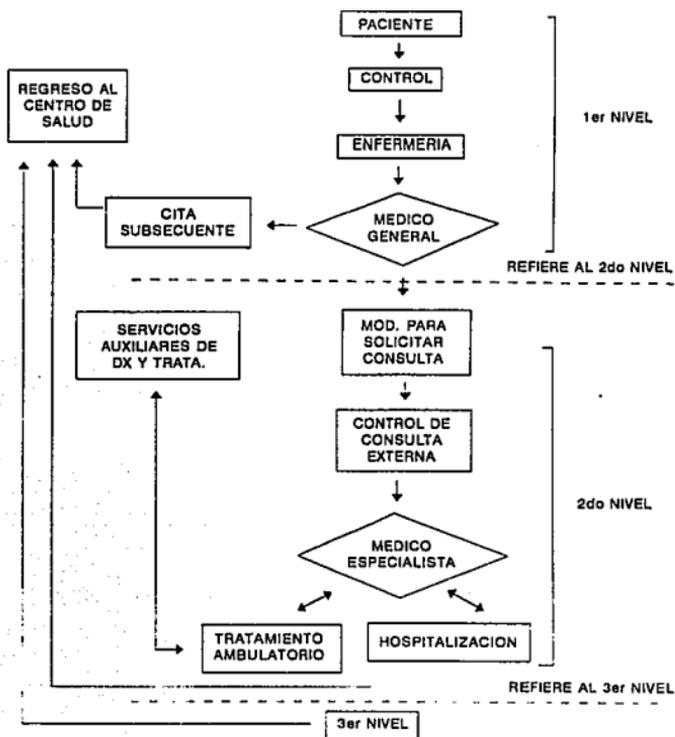
Ruiz Castañeda". México.

31. **SERVICIOS MEDICOS DEL DEPARTAMENTO DEL DISTRITO FEDERAL. Manual de Procedimientos para la Referencia y Contrareferencia de Pacientes. Sistema de Servicios de Salud para la Población Abierta. México.**
32. **SIEGEL, Sidney. (1991) Estadística no Paramétrico. Aplicada a las Ciencias de la Conducta. Edit. Trillas. México.**
33. **SOBERON, Guillermo. et al. (1988) Hacia un Sistema Nacional de Salud 1984-1988. México.**
34. **SOBERON; WITT GRENE; HERNANDEZ. (1989) Los Hospitales de Segundo Nivel en el Modelo de Atención para la Salud a la Población Abierta. México. Edit. Instituto Nacional de Salud Pública Nro. 31 Vol.**
35. **SOBERON, Guillermo; RUIZ DE CHAVEZ, Manuel; ORTEGA, Roberto; MARTINEZ, Gregorio; RUIZ, Ignacio. (1989) Los Nuevos Hospitales. Programa de Reconstrucción y Reordenamiento de los Servicios de Salud en el Area Metropolitana. México. Edit. Instituto Nacional de Salud Pública Vol. 31 Nro. 1**
36. **VAN GICH, Jhon. (1989) Teoría de Sistemas. México. Edit. Trillas.**

ANEXOS

ANEXO A: ILUSTRACIONES

Ilustración 1. Flujo de Pacientes en el Sistema de Referencia de los Tres Niveles de Atención de los Servicios.



ILUSTRACION 2 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

OBJETIVO GENERAL	OBJETIVOS ESPECIFICOS	VARIABLES	INDICADORES	INDICES	SUMINOS
<ul style="list-style-type: none"> Evaluar el funcionamiento del sistema de referencia de pacientes 	<ul style="list-style-type: none"> Determinar accesibilidad a los servicios de primer nivel Determinar satisfacción sobre oportunidad de atención. Determinar satisfacción sobre continuidad de la atención. Determinar uso del sistema. 	<ul style="list-style-type: none"> Accesibilidad Oportunidad Continuidad 	<ul style="list-style-type: none"> Características demográficas. Geográficas Problemas de preferencia de utilización de servicios Normatividad del funcionamiento del sistema en la institución. Disponibilidad de los usuarios sobre la secuencia sucesiva de la atención. 	<ul style="list-style-type: none"> Características personales del paciente. Distancia geográfica entre servicios de salud y domicilio del paciente. Disponibilidad del paciente para la utilización de servicios en el primer nivel. Características de la atención. Atrilajes para manejar, recepción y entrega de información por parte del tiempo del tratamiento. 	<ul style="list-style-type: none"> Domicilio. Edad Estrato social Estrato civil Composición familiar. Acceso a instituciones. Tiempo de desplazamientos. Medio de transporte. Percepción de costos. Conocimiento de normas de funcionamiento del sistema de atención por rivales y de referencia. Utilización de servicios del primer nivel. Motivos de no utilización de servicios. Motivos de no continuar la utilización de servicios. Procedimiento de referencia. Tiempo de espera para la atención. Utilización de nota de referencia. Crisa cancelada. Continuidad del tratamiento. Cancelación.

ANEXO B: PROCEDIMIENTO PARA DETERMINAR EL TAMAÑO DE LA MUESTRA

La determinación de la muestra se realizará de la siguiente manera:

Primero: para el total de pacientes que serán entrevistados se utilizará el Muestreo Aleatorio Simple, en base al total de consultas otorgadas en el año de 1992 (N = 17317).

$$1.96 \sqrt{\frac{0.5 \times 0.5}{n}} = 0.03$$

1.96 = error estandar con nivel de confianza del 95% (z)

0.03 = precisión perdida por el investigador

para n:

$$n = \frac{z^2 \times p \times q}{e^2}$$

$$n = \frac{(1.96)^2 \times 0.5 \times 0.5}{(0.03)^2}$$

$$n = 1067$$

Aplicando el factor de corrección:

$$n' = \frac{n}{1 + \frac{n-1}{N}}$$

$$n' = \frac{1067}{1 + \frac{1067-1}{17317}}$$

$$n' = 1.005$$

Segundo: para determinar el número de entrevistas por consultorio se aplicará el Muestreo Sistemático.

$$17,317 : 100\%$$

$$1,005 : x$$

$$X = 5.8$$

I. Para el consultorio de Pediatría

$$2,839 : 100\%$$

$$X : 5.8$$

$$X = 165$$

II. Para el consultorio de Ginecología

$$4,545 : 100\%$$

$$X : 5.8$$

$$X = 264$$

III. Para el consultorio de Cirugía

5,505 : 100%

X : 5.8

X = 319

IV. Para el consultorio de Medicina Interna

2,918 : 100%

X : 5.8

X = 169

V. Para el consultorio de Otorrino

755 : 100%

X : 5.8

X = 44

VI. Para el consultorio de Traumatología

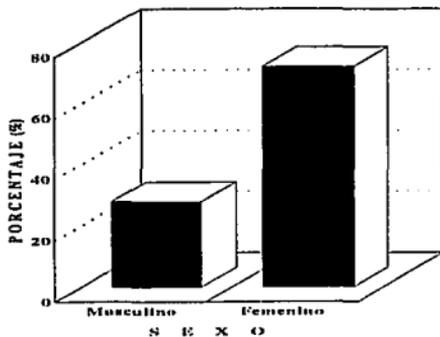
755 : 100%

X : 5.

X = 44

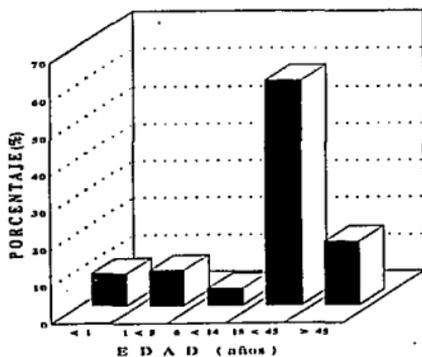
Con un total de 1,005.

ANEXO C. GRAFICAS



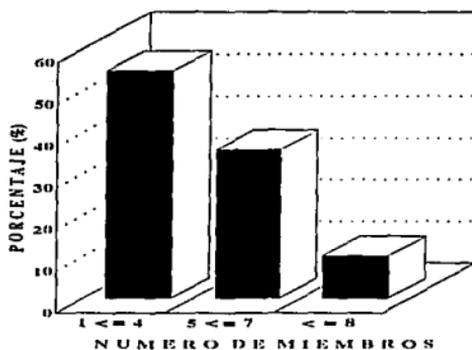
GRAFICA 1. UTILIZACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD POR SEXO

Fuente: 922 encuestas a usuarios del HMRC Naucalpan 1993



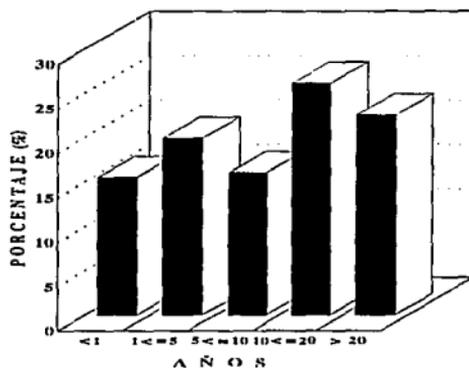
GRAFICA 2. DISTRIBUCION DE PACIENTES SEGUN GRUPO ETAREO

Fuente: 922 encuestas a usuarios del HMRC Naucalpan 1993



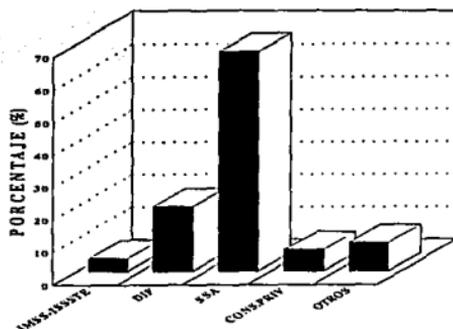
GRAFICA 3. NUMERO DE MIEMBROS POR FAMILIA DE USUARIO

Fuente 922 encuestas a usuarios del HMRC Naucalpan 1993

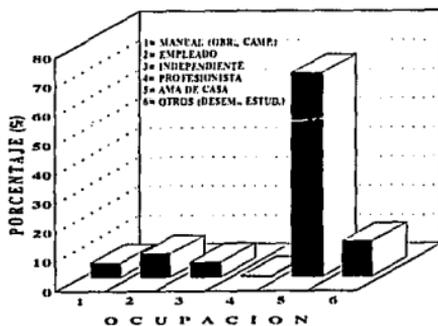


GRAFICA 4. TIEMPO DE RESIDENCIA DE LOS USUARIOS

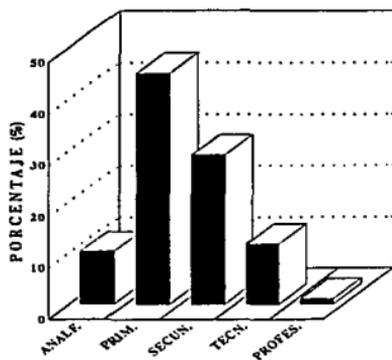
Fuente: 922 encuestas a usuarios del HMRC 1993



INSTITUCIONES DE SALUD
GRAFICA 5. ACCESO DE LOS USUARIOS A OTRAS INSTITUCIONES DE SALUD
 Fuente: 922 encuestas a usuarios del HMRC Naucalpan 1993



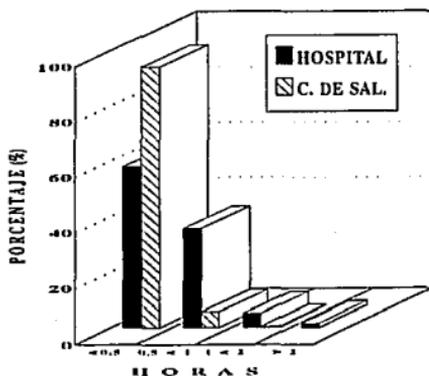
GRAFICA 6. OCUPACION DE LOS USUARIOS
 Fuente: 922 encuestas a usuarios del HMRC Naucalpan 1993



NIVEL DE ESCOLARIDAD

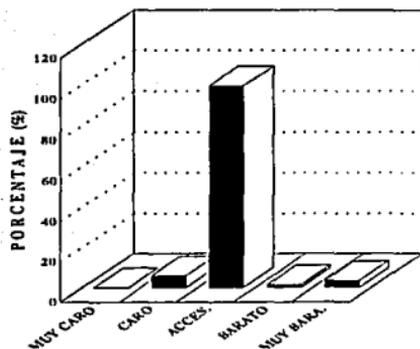
GRAFICA 7. DISTRIBUCION DE USUARIOS SEGUN NIVEL DE ESCOLARIDAD

Fuente: 922 encuestas a usuarios del HMRC Naucalpan 1993

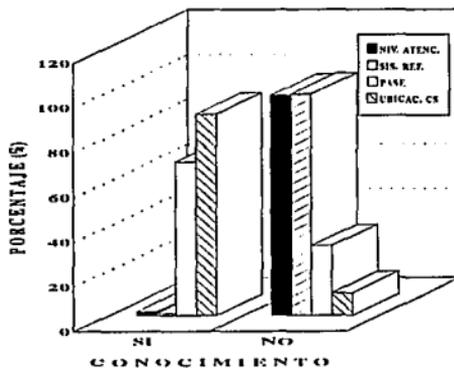


GRAFICA 8. TIEMPO DE DESPLAZAMIENTO A LOS SERVICIOS DE SALUD

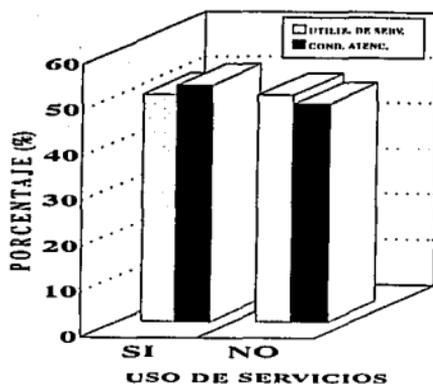
Fuente: 922 encuestas a usuarios del HMRC Naucalpan 1993



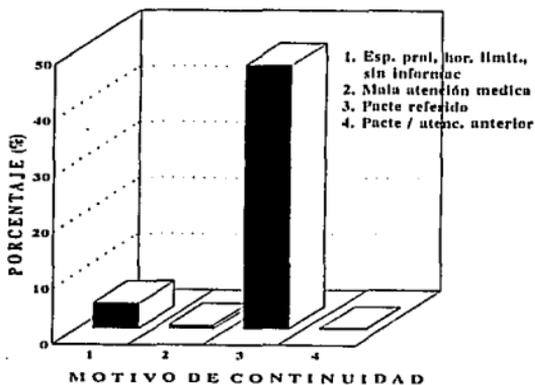
PERCEPCION DEL COSTO
GRAFICA 9. PERCEPCION DEL COSTO DEL TRANSPORTE
 Fuente: 922 encuestas a usuarios del HMRC Naucalpan 1993



CONOCIMIENTO DE LOS USUARIOS SOBRE FUNCIONAMIENTO DE SERVICIOS DE SALUD
GRAFICA 10. CONOCIMIENTO DE LOS USUARIOS SOBRE FUNCIONAMIENTO DE SERVICIOS DE SALUD
 Fuente: 922 encuestas a usuarios del HMRC Naucalpan 1993



GRAFICA 11. CONDICION Y UTILIZACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD
Fuente: 922 encuestas a usuarios del HMRC Naucalpan 1993

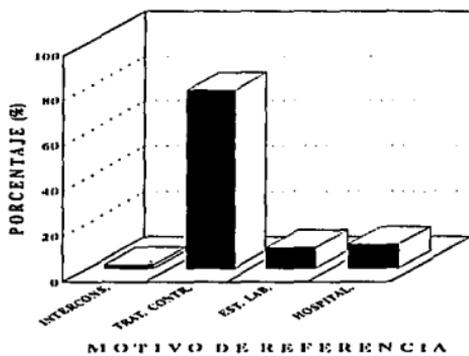


GRAFICA 12. CONTINUIDAD DE LA ATENCION EN LOS SERVICIOS
Fuente: 922 encuestas a usuarios del HMRC Naucalpan 1993



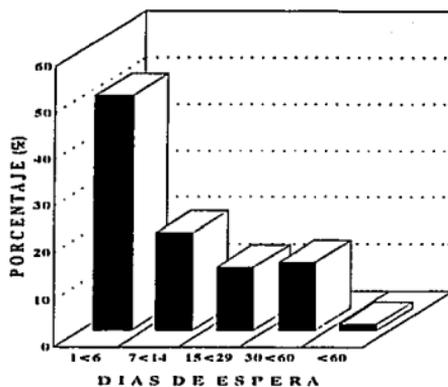
GRAFICA 13. USO DE SERVICIOS DE SALUD

Fuente: 922 encuestas a usuarios del HRMC Naucalpan 1993

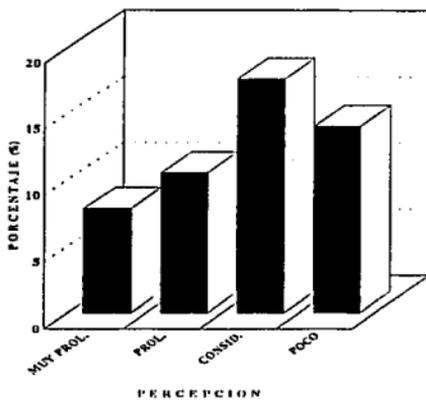


GRAFICA 14. MOTIVO DE REFERENCIA

Fuente: 922 encuestas a usuarios del HRMC Naucalpan 1993



GRAFICA 15. DIAS DE ESPERA PARA RECIBIR ATENCION EN EL HOSPITAL
Fuente: 922 encuestas a usuarios del HRMC Naucalpan 1993

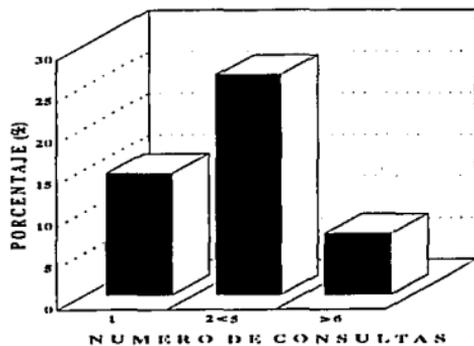


GRAFICA 16. PERCEPCION DEL PACIENTE A TIEMPOS DE ESPERA
Fuente: 922 encuestas a usuarios del HRMC Naucalpan 1993



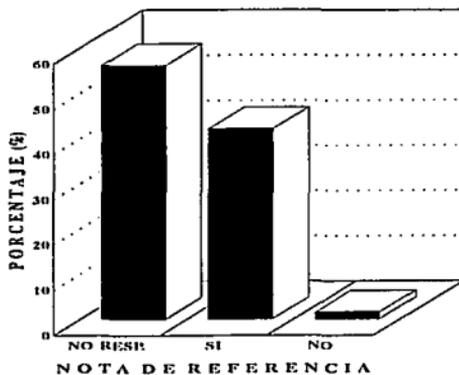
GRAFICA 17. CONSULTAS SOLICITADAS EN EL HOSPITAL

Fuente: 922 encuestas a usuarios del HMRC Naucalpan 1993



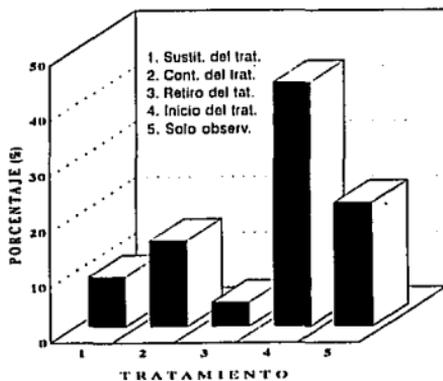
GRAFICA 18. CONSULTAS SOLICITADAS EN EL CENTRO DE SALUD

Fuente: 922 encuestas a usuarios del HMRC Naucalpan 1993



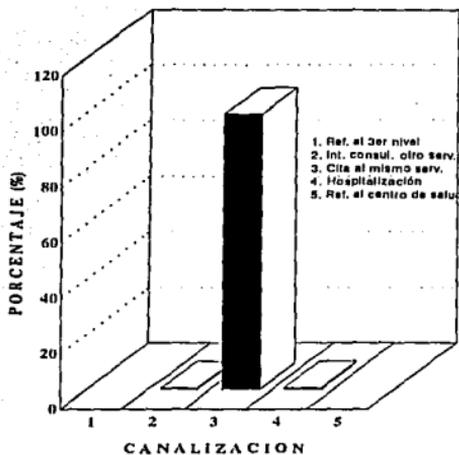
GRAFICA 19. UTILIZACION DE NOTA DE REFERENCIA

Fuente: 922 encuestas a usuarios del HNRC Naucalpan 1993



GRAFICA 20. CONTINUIDAD DEL TRATAMIENTO EN EL HOSPITAL

Fuente: 922 encuestas a usuarios del HNRC Naucalpan 1993



GRAFICA 21. CANALIZACION DEL PACIENTE

Fuente : 922 encuestas a usuarios del HMRC Naucalpan 1993

ANEXO D: CUADROS

CUADRO I. PORCENTAJE DE UTILIZACION DE SERVICIOS DEL CENTRO DE SALUD POR TIEMPO DE RESIDENCIA DE USUARIOS

UTILIZACION DE SERV. DE CENTROS DE SALUD	TIEMPO DE RESIDENCIA (años)					TOTAL
	< 1	1 < 5	5 < 10	10 < 20	> 20	
SI	5.91	8.57	9.31	14.03	11.96	49.78
NO	9.45	11.23	6.65	11.82	10.49	49.64
NO RESPT.	0.15	0.15	-	0.30	-	0.6
TOTAL	15.51	19.95	15.16	26.15	22.45	100.00

Fuente: 922 encuestas a usuarios del HMRC. Naucalpan, 1993.

CUADRO II. PORCENTAJE DE UTILIZACION DE SERVICIOS DEL CENTRO DE SALUD SEGUN GRUPO ETAREO.

UTILIZACION DE SERV. DE CENTROS DE SALUD	EDAD DEL USUARIO (años)					TOTAL
	< 1	1 < 5	6 < 14	15 < 45	> 45	
SI	2.07	2.52	3.56	32.33	8.16	48.64
NO	6.52	6.08	0.75	27.66	8.74	49.73
NO RESPT.	-	0.15	-	0.30	0.15	0.60
TOTAL	8.59	8.73	4.31	0.29	17.05	100.00

Fuente: 922 encuestas a usuarios del HMRC. Naucalpan, 1993.

CUADRO III. PORCENTAJE DE UTILIZACION DE SERVICIOS DEL CENTRO DE SALUD POR NUMERO DE MIEMBROS POR FAMILIA.

UTILIZACION DE SERV. DE CENTROS DE SALUD	MIEMBROS POR FAMILIAS			
	1 a 4	5 a 7	de 8 a más	TOTAL
SI	26.89	19.06	3.85	49.80
NO	27.18	16.25	6.21	49.64
NO RESPT.	0.30	0.30	-	0.60
TOTAL	54.37	35.81	10.06	100.00

Fuente: 922 encuestas a usuarios del HMRC. Naucalpan, 1993.

CUADRO IV. PORCENTAJE DE UTILIZACION DE SERVICIOS DEL CENTRO DE SALUD Y ACCESO A OTRAS INSTITUCIONES DE SALUD.

UTILIZACION DE SERV. DE CENTROS DE SALUD	INSTITUCIONES DE SALUD							TOTAL
	IMSS	ISSSTE	DIF	CONS. PRIV.	MED. POPU.	SSA	OTROS	
SI	0.74	0.59	13.29	2.95	0.59	30.87	0.74	49.77
NO	1.92	0.59	6.65	3.55	0.30	38.04	0.60	49.65
TOTAL	2.66	1.18	19.94	6.50	0.89	66.91	1.34	100.00

Fuente: 922 encuestas a usuarios del HMRC. Naucalpan, 1993.

CUADRO V. PORCENTAJE DE UTILIZACION DE SERVICIOS DEL CENTRO DE SALUD POR OCUPACION DEL USUARIO.

UTILIZACION DE SERV. DE CENTROS DE SALUD	OCUPACION						TOTAL
	MANUALES	EMPLEAD.	INDEPEN.	PROFES.	AMAS DE CASA	OTROS	
SI	1.03	2.22	2.51	0.30	35.60	5.32	46.93
NO	3.55	5.61	2.38	-	34.12	3.55	49.19
TOTAL	4.58	7.83	4.87	0.30	69.72	8.87	97.00

Fuente: 922 encuestas a usuarios del HMRC. Naucalpan, 1993.

CUADRO VI. PORCENTAJE DE UTILIZACION DE SERVICIOS DEL CENTRO DE SALUD POR NIVEL DE ESCOLARIDAD DEL USUARIO.

UTILIZ. DE SERV. DE C.S.	NIVEL DE ESCOLARIDAD							TOTAL
	ANALF.	PRIM. IMCOM.	PRIM. COMP.	SECUN. INCOM.	SECUN. COM.	TEC.	PROFES.	
SI	3.99	6.94	15.07	3.99	10.34	5.76	0.74	46.83
NO	6.06	7.53	14.92	6.65	8.12	5.91	-	49.19
TOTAL	10.50	14.47	30.00	10.64	18.46	11.67	0.74	97.00

Fuente: 922 encuestas a usuarios del HMRC. Naucalpan, 1993.

CUADRO VII. CONDICION DE LA ATENCION DEL PACIENTE POR TIEMPO DE DESPLAZAMIENTO AL HOSPITAL (%).

COND. DE LA ATENCION DEL PAC.	TIEMPO DE DESPLAZAMIENTO (horas)				TOTAL
	menos de 0.5	0.5 a menos de 1	de 1 a menos de 2	2 ó más	
A. DIREC.	29.99	18.76	2.37	0.45	51.57
A. C/REF.	27.62	18.84	3.40	0.15	48.01
TOTAL	57.61	35.60	5.77	0.60	100.00

Fuente: 922 encuestas a usuarios del HMRC, Naucalpan, 1993.

CUADRO VIII. CONDICION DE LA ATENCION DEL PACIENTE POR TIEMPO DE DESPLAZAMIENTO AL CENTRO DE SALUD (%).

COND. DE LA ATENCION DEL PAC.	TIEMPO DE DESPLAZAMIENTO (horas)				TOTAL
	menos de 0.5	de 0.5 a menos de 1	de 1 a menos de 2	de 2 a más	
A. DIR.	48.75	2.67	0.15	-	51.57
A. C/REF.	46.24	2.88	0.15	-	49.35
TOTAL	94.99	5.63	0.30	-	100.00

Fuente: 922 encuestas a usuarios del HMRC, Naucalpan, 1993.

CUADRO IX. CONDICION DE LA ATENCION DEL PACIENTE Y USO DE SERVICIOS DEL CENTRO DE SALUD (%).

COND. DE ATENCION DEL PAC.	MOTIVOS DE NO UTILIZACION DE LOS SERVICIOS											TOTAL
	DIST.	ESP. PROL.	MALA A. MED.	ATEN. ANT.	NAC. EN HOSP.	DESCON. C.S.	URGENC.	FALTA INFORM.	PAC. CRON.	CONF. ESP.	TOTAL	
A. DIR.	1.77	1.33	1.03	1.92	7.24	6.32	8.86	2.07	0.74	15.07	46.35	
A. C/REF.	-	0.15	-	-	-	-	-	-	1.33	0.44	1.92	
TOTAL	1.77	1.48	1.03	1.92	7.24	5.32	8.86	2.07	2.07	15.51	47.27	

Fuente: 922 encuestas a usuarios del HMRC. Nautcalpan, 1993.

CUADRO X. CORRESPONDENCIA DE CENTRO DE SALUD SEGUN DOMICILIO POR CENTRO DE SALUD QUE REFIERE.

CORR. CENTRO DE SALUD QUE REFIERE		CENTRO DE SALUD QUE REFIERE																		
C.S.	ALT.	B.J.	YCH	ESRA	PUER	MOLT	0.68	CUAU	S.L.	S.J.	HUUX	DIF.	MAG.	TEJ.	ATZ.	CORR	HUIT	STG.	L.M.	S.M.
ALT.	1.92																			
B.J.		0.59	0.44										0.89							
YCH.		3.40										0.74								0.74
S.RAF		0.15	2.07									0.44								
PUERT			1.03									0.30								0.30
INDE.				1.62	0.44							0.15								0.15
RVER.												0.59								
MOL.						4.58						0.74								
0.68												0.30								
GUAU						0.30						0.30								
STOR						0.74						0.30								
S.RN.						2.22						0.44								
S.M.						0.15						0.44								
S.ANA									0.44			2.36								
HUUX.												3.84								
DIF.													0.44							
MAG.														0.89						
TEJ.													0.30							
ATZ.															0.15					
CORR.													0.44							0.30
TORR.													0.30							
CANA.													0.15							
HUUX.																			0.15	
S.AHU																				0.74
L.M.																				0.15
																				0.15

Fuente: 922 encuestas a usuarios del IMRHC, Naucapán, 1993.

CUADRO XI. OPINION SOBRE DIAS DE ESPERA PARA RECIBIR ATENCION EN EL HOSPITAL (%).

DIAS DE ESPERA PARA LA ATENCION	OPINION DEL PACIENTE				
	MUY PROL.	PROLONG.	CONSIDER.	POCO PROL.	TOTAL
menos de 6	0.59	0.44	-	8.42	9.45
de 7 a menos de 14	3.26	5.91	11.52	13.76	34.45
de 15 a menos de 29	3.99	4.43	5.31	0.30	14.03
de 30 a menos de 60	0.59	0.59	0.15	-	1.33
TOTAL	8.43	11.37	16.98	22.48	59.26

Fuente: 922 encuestas a usuarios del HMRC. Naucalpan, 1993.

CUADRO XII. MOTIVO DE REFERENCIA POR CONSULTA SOLICITADA (%).

CONSULTAS SOLICITADAS EN EL HOSP.	MOTIVO DE REFERENCIA				
	INTERCONS.	TRAT. y/o CONT.	LABOR.	HOSPITAL.	TOTAL
1ra. CONSUL.	-	17.73	2.51	1.18	21.42
1ra. a 4ta. CONS. SUBSC.	1.18	58.20	5.91	7.98	73.42
PAC. CRONICO	0.15	2.51	0.59	1.33	4.58
TOTAL	1.48	78.44	9.01	10.49	99.42

Fuente: 922 encuestas a usuarios del HMRC. Naucalpan, 1993

FALTA

PAGINA

98

ANEXO E: INSTRUMENTO

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

CAMPUS - IZTACALA

INSTRUMENTO PARA DETERMINAR ACCESIBILIDAD OPORTUNIDAD Y
CONTINUIDAD DE LA ATENCION EN PACIENTES DE CONSULTORIO
EXTERNO DEL HOSPITAL "MAXIMILIANO RUIZ CASTAÑEDA". NAUCALPAN.

La información será captada a partir de la primera consulta de la enfermedad actual del paciente, y estará aplicada en los consultorios externos de los servicios que presta el hospital.

Cuestionario Nro. _____

v1. Nombre del Servicio:

Pediatría (1)

Ginecología (2)

Cirugía (3)

Med. Interna (4)

Otorrino (5)

Traumatología (6)

Urología (7)

1 _

PRIMERA PARTE

I. Características Demográficas

1.1. Características Personales del Paciente:

v2. Domicilio:.....Colonia..... 2 __

v3. Municipio al que corresponde:

Naucalpan (1)

Otro: _____ (2) 3 __

v4. ¿Hace cuánto tiempo vive en la zona?

___ años, ___ meses

mas de un año (1)

manos de 1 año (2) 4 __

v5. ¿Qué edad tiene Ud.?

___ Años cumplidos en mayores de 1 año (1)

___ Meses cumplidos en menores de 1 año (2) 5 __

v6. Sexo:

Masculino (1)

Femenino (2) 6 __

v7. ¿De cuántos miembros está compuesta su familia? 7 __

v8. Estado Civil del paciente:

Soltero (1)

Casado (2)
Divorciado (3)
Viudo (4)
Unión Libre (5) 8 _

1.2. Características Institucionales del paciente:

v9. ¿Además de utilizar los servicios de este hospital tiene acceso a otras Instituciones de Salud? Solo mencione uno:

IMSS (1)
ISSSTE (2)
DIF (3)
PEMEX (4)
Cruz Roja (5)
Privados (6)
Med. Popular (7)
Otros, especifique: (8)
Solo Salubridad (9) 9 _

v10. En éste momento Ud. viene en calidad de:

Paciente (1)
Acompañante (2) 10 _

II. Características Socio-económicas del paciente.

v11. ¿Qué ocupación tiene actualmente?

- Obrero (1)
Campesino (2)
Empleado (3)
Vend. Ambulante (4)
Independiente (5)
Especifique su oficio
- Profesionista (6)
Ama de casa (7)
Desempleado (8)
Jubilado (9)

11 _

v12. ¿Cuál es su nivel de escolaridad?

- Sin estudios (1)
Pre-escolar (2)
Primaria incompleta (3)
Primaria Completa (4)
Secundaria Incompleta (5)
Secundaria Completa (6)
Bachillerato o Técnica (7)
Profesionista (8)

12 _

III. Características espaciales o geográficas

v13. ¿En cuánto tiempo se traslada desde su casa hasta el hospital?

_____ Horas _____ minutos

Para ser llenado por el investigador

30 minutos = 0.50

45 minutos = 0.75

1 hora = 1.0

1.15 horas = 1.25

1.30 horas = 1.50

1.45 horas = 1.75

2.0 horas = 2.00

3.0 horas = 3.00

4.0 horas = 4.00

13__

v14. ¿Qué medio de transporte utiliza para llegar al hospital?

Vehículo propio, prestado o taxi (1)

Combi o Microbus (2)

Camión

(3)

Caminando

(4) 14__

v15. ¿El medio de transporte que Ud. utiliza le parece?

Demasiado Caro (1)

Caro (2)

Accesible (3)

Barato (4)

Muy Barato (5) 15 __

IV. Patrones de Preferencia de Utilización del usuario para buscar atención.

v16. Ha escuchado alguna vez la existencia de los tres niveles de atención médica?

Si (1)

No (2) 16 __

v17. Sabe la existencia de un Sistema que coordina el Centro de Salud y este Hospital?

Si (1)

No (2) 17 __

v18. Está enterado que todas las atenciones que solicita deben empezar en el Centro de Salud y es el médico quien decide su pase de referencia a este Hospital?

Si (1)

No (2) 18 __

v19. ¿Conoce el Centro de Salud más cercano a su domicilio?

Si (1)

No (2) 19 __

v20. ¿Según su domicilio, a cuál Centro de Salud le corresponde solicitar atención?

urbana:

Altamira	(1)
Benito Juárez	(2)
Chamapa	(3)
Huertas	(4)
Independencia	(5)
Rincón Verde	(6)
El Molinito	(7)
Olimpiada 68	(8)
Cuautlalpan	(9)
San Lorenzo	(10)
San Mateo	(11)
San Agustín	(12)
rural:	
San Luis Ayucan	(13)
Santa María Mazatlán	(14)
Santiago Tepatlalco	(15)
Santa Ana Jilotzingo	(16)
Lago Cardiel	(17)
Huixquilucan	(18)
DIF Naucalpan	(19)
México-España	(20)
Otro _____	(21)

Nota: En caso de no existir información el investigador realizará la búsqueda del centro de salud que corresponde según el domicilio del paciente 20 __

Disponibilidad del paciente para utilizar los servicios de Primer Nivel o Centro de

Salud.

v21. En cuánto tiempo se traslada desde su casa hasta el centro de salud?

_____ Horas _____ minutos

30 minutos = 0.50

45 minutos = 0.75

1 hora = 1.00

1.15 horas = 1.25

1.30 horas = 1.50

1.45 horas = 1.75

2.00 horas = 2.00

3.00 horas = 3.00

4.00 horas = 4.00

21__

v22. Qué medio de transporte utiliza para llegar al centro de salud?

Vehículo propio, prestado ó taxi (1)

Combi ó microbus (2)

Camión (3)

Caminando (4) 22__

v23. Durante el año de 1993 ¿Ha utilizado alguna vez los Servicios de su Centro de Salud?

Si (1)

No (2)

21__

Si la respuesta es si pase a la pregunta 24

Si la respuesta es no pase a la pregunta 25

v24. ¿Cuál es el motivo por el que no lo sigue utilizando?

Costo	(1)	
Distancia	(2)	
Tiempo de espera prolongado	(3)	
Mala Atención Médica	(4)	
Mal trato del personal para-médico	(5)	
Es paciente referido del C.S.	(6)	
Otro motivo, especifique:	(7)	
No respuesta	(0)	24 __

v25. ¿Cuál es el motivo por el que no lo utiliza?

Costo	(1)	
Distancia	(2)	
Tiempo de espera prolongado	(3)	
Mala Atención Médica	(4)	
Mal trato del personal para-médico	(5)	
Otro motivo, especifique:	(6)	
No respuesta	(0)	25 __

v26. ¿En qué condiciones está solicitando atención actualmente?

Atención Directa	(1)	
Atención con Referencia	(2)	26 __

Nota: En caso de niños menores de un año que asistan para control y/o tratamiento y hayan nacido en el hospital, en esta pregunta se considerará la condición de atención de la madre. Es decir si fue referida o no de algún centro de salud para su atención de parto.

v27. La atención que solicita en éste momento es:

Primera Consulta	(1)	
Consulta Subsecuente Nro.01	(2)	
Consulta SubsecuenteNro.02	(3)	
Consulta Subsecuente Nro.03	(4)	
Más de cuatro consultas subsecuentes	(5)	
Paciente con padecimientos crónicos	(6)	27 __

SEGUNDA PARTE

V. Características Normativas de la Institución para que el paciente solicite atención en la unidad de segundo nivel.

5.1. Antecedentes de la Referencia.

v28. Centro de Salud que refiere:

urbana:

altamira	(1)
Benito Juárez	(2)
Chamapa	(3)
Huertas	(4)
Independencia	(5)
Rincón Verde	(6)
Molinito	(7)
Olimpiada	(8)
Cuautlalpan	(9)
San Lorenzo	(10)

San Mateo (11)
San Agustín (12)

rural:

San Luis Ayucan (13)
Santa María Mazatlá (14)
Santiago Tepatlalco (15)
Santa Ana Jilotzingo (16)
Lago Cardiel (17)
Huixquilucan (18)
DIF Naucalpan (19)
México España (20)
Otro (21)
Urgencias del hospital (22) 28 __

Nota: En caso de ser referida de urgencias se considerará como atención directa.

v29. ¿A cuántas consultas ha asistido en el Centro de Salud antes de ser referido al hospital para el actual padecimiento?

Números de consultas 29 __

v30. ¿En que fecha lo refirieron? 30 __

v31. ¿En que fecha le dieron la primera consulta en este hospital?

El dato sirve para que el investigador determine el número de días entre el día de

referencia del Centro de Salud hasta la primera consulta en la Unidad Hospitalaria

Número de días _____ 31__

5.2. Motivos de Referencia.

v32. ¿Cuál fué el motivo principal por el que lo refirieron?

Interconsulta	(1)	
Tratamiento y/o Control	(2)	
Estudios de Laboratorio y/o gabinete	(3)	
Hospitalización	(4)	
Otro, especifique:	(5)	32__

5.3. Satisfacción del Paciente en cuanto a tiempo de espera.

v33. El tiempo de espera entre el día de la referencia y la primera consulta en el hospital, le pareció:

Muy Prolongado	(1)	
Prolongado	(2)	
Considerable	(3)	
Poco	(4)	33__

TERCERA PARTE

VI. Satisfacción de los usuarios sobre el mantenimiento de la secuencia sucesiva de la atención.

v34. ¿El médico del hospital, utiliza la nota de referencia que es enviada por el

médico del centro de salud?

Si (1)
No (2)
No respuesta (0) 34 __

v35. Después de ser referido al hospital. ¿Ha cancelado la cita alguna vez?

Si canceló, pero pide nueva cita (1)
No canceló nunca (2) 35 __

v36. Si canceló en alguna oportunidad, lo hizo por:

Esperas prolongadas para consultas (1)
Mala atención médica (2)
Mal trato del personal para-médico (3)
Aparente mejoría del padecimiento (4)
Otro, especifique: (5)
No canceló nunca (0) 36 __

v37. ¿Lo refirieron con tratamiento del Centro de Salud?

Si (1)
No (2) 37 __

v38. En el hospital después de la consulta:

Le sustituyeron el tratamiento (1)
Le resta tratamiento (2)
Continúa con el mismo tratamiento y le adiciona otras indicaciones (3)
Continúa con el mismo tratamiento sin ningun cambio (4)
Le quitan tratamiento (5)

Le inician tratamiento (6) 38__

v39. ¿Le indican alguna canalización?

Lo refieren al tercer nivel (1)

Interconsulta a otro servicio (2)

Cita subsecuente mismo servicio (3)

Hospitalización (4)

Refiere al centro de salud (5) 39__