

11226



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION NORTE DEL DISTRITO FEDERAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 20

“FACTORES QUE INFLUYEN EN LA REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA DE PACIENTES DE LA U.M.F. No. 20 AL SEGUNDO NIVEL DE ATENCION”

TESIS

QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA

DR. ANTONIO EDUARDO BAUTISTA CORTEZ

TUTORA:

DRA. YOLANDA ESTELA VALENCIA ISLAS



GENERACION 2003-2005

m. 348291



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



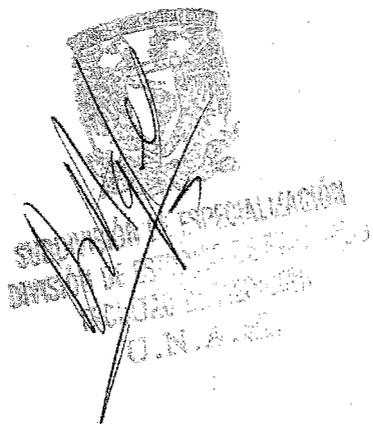
UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

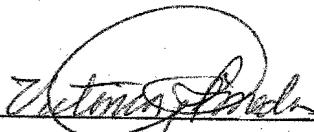
El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición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

TUTORA



Yolanda E. Valencia I.

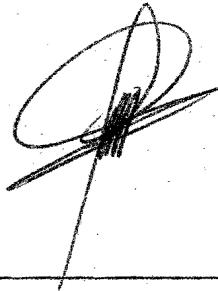
Dra. Yolanda Estela Valencia Islas
Especialista en Medicina Familiar.



Dra. Victoria Pineda Aquino.
Especialista en Medicina Familiar
Coordinadora Clínica de Educación e
Investigación en salud de la U.M.F. 20
Profesora titular del curso de
especialización en Medicina Familiar.



Dra. Maria del Carmen Aguirre García.
Especialista en Medicina Familiar
Profesora adjunta del curso de
especialización en Medicina Familiar
adscrita a la U.M.F. No. 20.



Dra. Santa Vega Mendoza
Especialista en Medicina Familiar
Profesora adjunta del curso de
especialización en Medicina Familiar
adscrita a la U.M.F. No. 20.

AGRADECIMIENTOS:

A mis padres Antonio e Ymelda; a mis hermanas Nayhe y Adri; que con su cariño, apoyo, esfuerzo y actitud ejemplar han contribuido para lograr concluir mis estudios de posgrado.

A Laura por ser la luz en mi camino, mi alegría y mi inspiración.

A la Dra. Yolanda Valencia Islas por sus enseñanzas, conocimientos, guía, tiempo y dedicación que influyeron en mi formación como especialista.

A la Dra. Victoria Pineda Aquino por la coordinación del proceso enseñanza-aprendizaje que me permitió la conclusión de la especialidad.

A mis profesores, compañeros y personal médico y paramédico de la U. M. F. No. 20 por su guía, apoyo y contribución.

INDICE

Resumen	
I.- Antecedentes.....	1
II.-Justificación.....	5
III.-Pregunta de Investigación.....	6
IV.-Hipótesis.....	7
V.- Objetivos del estudio.....	8
1.-Objetivos Generales	
2.-Objetivos Específicos	
VI.-Pacientes, Material y Métodos.....	9
1.-Sitio del Estudio	
2.-Diseño del Estudio	
2.1 Población de estudio	
2.2 Criterios de inclusión, exclusión, eliminación	
2.3 Tamaño de la muestra	
2.4 Tipo de Muestreo	
3.-Variables del Estudio	
3.1 Variables del Médico	
3.2 Variables del Paciente	
3.3 Variables Administrativas	
VII.-Resultados.....	14
VIII.-Discusión.....	25
IX.-Conclusiones.....	27
X.-Bibliografía.....	28
XI.-Anexos.....	30

RESUMEN

Introducción: Los problemas de calidad de la atención médica dentro del IMSS han sido fuente de múltiples estudios, la tendencia actual consiste en mejorar la capacidad resolutoria del primer nivel y disminuir el porcentaje de pacientes que son referidos y contrarreferidos a segundo nivel, este proceso se encuentra influenciado por múltiples factores dentro del mismo proceso.

Objetivo: Determinar cuales son los factores que influyen en la referencia y contrarreferencia de pacientes de la U.M.F. No.20 al segundo nivel de atención.

Metodología: Se realizó un estudio de tipo descriptivo, transversal prolectivo que tiene como propósito identificar los factores socioculturales del paciente, factores del medico y factores administrativos que pueden estar influyendo en la referencia a segundo nivel de atención, en la Delegación Norte del Distrito Federal, Unidad de Medicina Familiar No. 20 del primer nivel de atención. Los pacientes se captaron por conveniencia, previo consentimiento informado, se les aplicó una encuesta en el momento en que se les otorgó la referencia a segundo nivel y realizaban los trámites de la cita; se aplico una encuesta a los médicos adscritos a la U.M.F. No.20.

Resultados: La población estudiada fue de 179 pacientes, 55.31% fueron del sexo femenino, el 69.83% solo tienen acceso al IMSS y no a otra institución, el 93.85% contaba con la valoración previa del especialista, el 93.85% de los envíos fue de manera ordinaria, el servicio de cardiología tuvo un 16.86% de envió mientras que Endocrinología el 2.79%; se encontró que el 29.61% de los pacientes enviados no tenían congruencia diagnóstica. El 61.45% de los envíos se realizo de manera oportuna, solo el 30.72% de los envíos eran ilegibles, en el 50.28% el envío fue percibido por el paciente para complemento diagnóstico. Se incluyeron 54 médicos y se encontró que el 72.22% son egresados de la UNAM, el 46.30% tuvo una antigüedad de 10 a 20 años, el 68.51% de los médicos atiende dentro de su jornada un promedio de 25 a 30 pacientes; el 16.67% de los médicos atiende consulta particular. En cuanto al tiempo que dedican a los pacientes de primera vez se encuentra dentro de los 10 a 15 minutos con un 42.59%. El 68% refiere enviar a los pacientes para tratamiento especializado. De los factores administrativos e institucionales de las 179 referencias al segundo nivel de atención, 19 envíos, que representan el 10.61% correspondían a trámites administrativos como valoraciones de incapacidad permanente y de transcripción de medicamentos de alta especialidad.

Conclusiones: La edad de los pacientes estudiados manifiesta el progresivo envejecimiento de la población implicando un mayor número de referencias al segundo nivel de atención. 93.85% de los pacientes tuvieron valoración previa de médico especialista en segundo nivel y son egresados y contrarreferidos a primer nivel con solo una consulta de valoración. Los servicios a los cuales fueron referidos la mayoría de los pacientes son cardiología en un 16.85% y oftalmología con el 12.20%, correspondientes a cardiopatía hipertensiva y retinopatía diabética. El 51.85% de los médicos realizaron la especialidad de medicina familiar, aún existe un gran número sin la misma, lo que limita el manejo integral del paciente. Existe una aceptada congruencia clínico diagnóstica aunque se aprecia un subregistro de datos del 30%. El 68% de los médicos consignan la referencia a segundo nivel para tratamiento especializado. El 11% de los pacientes fueron referidos a segundo nivel para realizar procedimientos institucionales y trámites administrativos.

Palabras clave: referencia, contrarreferencia, factores, indicadores de calidad.

I. ANTECEDENTES

Distintos estudios de investigación operativa ponen de manifiesto los problemas de la calidad de la atención médica. Prácticas prescriptivas inapropiadas, aun para tratar enfermedades comunes¹, largos tiempos de espera², retraso en la referencia de pacientes o bien referencias inapropiadas³, falta de cumplimiento de los médicos para seguir los esquemas institucionales de manejo, y de los pacientes para seguir las indicaciones médicas⁴.

Esta problemática ha motivado el diseño y la implementación de estudios de investigación cuyo principal objetivo ha sido demostrar la calidad de atención médica en medicina familiar a través de la creación y/o reforzamiento del ambiente académico, identificándose que es indispensable fortalecer la organización y los procesos de atención dentro del primer nivel para tener un impacto positivo sostenible en su desempeño.⁴

El IMSS es un sistema de salud con tres niveles de atención. El primer nivel proporciona servicios de atención primaria a través de 1545 unidades de medicina familiar, con 13,503 médicos familiares. El segundo nivel está constituido por una red de 217 hospitales y el tercer nivel comprende 31 hospitales y 10 centros médicos de alta especialidad.

El modelo de medicina familiar comparte con los demás niveles de atención la responsabilidad de proporcionar atención de calidad a la salud. En su diseño se consideraron los aspectos relacionados con la competencia del personal, la eficiencia técnica y de asignación de recursos, la aceptación y satisfacción de los usuarios y del propio personal de salud y la efectividad de los servicios. Este modelo tiene entre muchos atributos, la implementación de técnicas innovadoras de educación médica continua para incrementar la capacidad resolutoria del equipo de salud, en particular la del médico de familia.

Las premisas son congruentes con la tendencia actual de la atención primaria a la salud y articula las perspectivas de la comunidad e institucional para mejorar la provisión de los servicios a este nivel de atención, como la elevación de la calidad resolutoria, que significa fortalecer el nivel de competencia del personal de la unidad mediante estrategias de educación médica continua. Se acompaña de un cambio en la organización, funciones e interrelaciones del personal y de la modernización del equipamiento básico de las unidades de medicina familiar⁴.

La medicina familiar es la rama de la medicina que estudia al individuo, su familia y el entorno social en que vive, utilizando para ello el enfoque biopsicosocial, siendo la característica principal la de brindar atención médica primaria de manera integral y continua. El médico familiar está capacitado por su formación, para atender y resolver entre el 80 y el 85% de los problemas más frecuentes de salud. Cuando se requiere, deriva al paciente en forma adecuada y oportuna al siguiente nivel de atención, manteniendo siempre la continuidad de la atención médica.⁵

El médico familiar es el primer punto de contacto del paciente con el sistema de atención a la salud en el IMSS. Siendo su objetivo la asistencia personal, integrada y continuada, con la necesidad para lograr este objetivo una buena comunicación y colaboración entre los niveles asistenciales. En este proceso intervienen diferentes elementos: el paciente, el médico remitente, el canal de comunicación del médico especialista de segundo nivel y la relación existente entre ambos, así como otras condiciones inherentes al sistema sanitario.⁶

Las medidas establecidas para elevar la calidad en la atención médica incluyen las estrategias para la consolidación y modernización de la gestión financiera y la optimización de recursos, en este rubro es fundamental un eficiente sistema de referencia y contrarreferencia en los distintos niveles de atención.

El área médica de gestión desconcentrada es una circunscripción geodemográfica de salud con autonomía financiera en la cual el hospital general de zona y sus unidades de medicina familiar con rectoría técnico-médica, integra las prestaciones sociales para la atención integral de salud.

También se puede mencionar que el modelo de medicina familiar, el cual surge como una respuesta secundaria al diagnóstico situacional del IMSS y la necesidad de una mejor calidad en la atención médica. Es una estrategia cuyo objetivo es fortalecer la atención integral a la salud del derechohabiente en el primer nivel de atención, esto permitirá además incrementar la capacidad resolutoria de este nivel, reducir los excesos de demanda en el segundo nivel, eficientar la utilización de los recursos en salud.^{7, 8}

El sistema de referencia y contrarreferencia es el conjunto de normas técnicas y administrativas que permiten prestarle al usuario de manera adecuada, el servicio de salud, según el nivel de atención y grado de complejidad de los organismos de salud, con la debida oportunidad, eficacia y eficiencia. Así mismo, este sistema facilita el flujo de usuarios y los elementos de ayuda diagnóstica por parte de las unidades prestadoras de servicios de salud, a otros niveles de operación para atención o complementación diagnóstica, que de acuerdo con el grado de complejidad den respuesta a las necesidades de salud.

Se entiende por contrarreferencia la respuesta de las unidades receptoras de la referencia que dan a la unidad de medicina familiar; la respuesta puede ser la contrarremisión del usuario con las indicaciones a seguir, la información sobre la atención recibida por el usuario en la unidad receptora, o el resultado de las solicitudes de ayuda diagnóstica.

Los objetivos del sistema de referencia y contrarreferencia son:

- ❖ Articular las unidades prestadoras de servicios según niveles de atención y grados de complejidad, para permitir a la población el acceso oportuno y funcional a la atención integral en salud.
- ❖ Ofrecer al usuario la atención en el nivel de tecnología adecuado a su necesidad, bajo los criterios de oportunidad, eficiencia y eficacia.
- ❖ Contribuir a racionalizar los recursos de la institución a favor de una eficiente administración de los servicios y de la satisfacción del usuario.
- ❖ Capacitar a la comunidad en los conceptos de referencia y contrarreferencia para que utilice en forma adecuada la red de servicios de salud.⁹

El sistema de referencia y contrarreferencia de pacientes debe ser ágil y operar como un enlace entre los niveles de atención, disminuyendo el tiempo y el costo del paciente, favoreciendo la atención médica oportuna integral y de calidad mediante el adecuado y ágil flujo de pacientes referidos y contrarreferidos.¹⁰

Los servicios de atención a la salud en el primer nivel de operación con frecuencia presentan deficiencias en la aplicación de los criterios de referencia y contrarreferencia, la cual incide en el uso adecuado de los recursos y el diferimiento de las citas de consulta externa de especialidades de segundo y tercer nivel de atención; siendo éste un indicador de calidad de la atención y satisfacción de la población derechohabiente usuaria.^{11,12,13}

Se ha observado que el establecimiento de diversas acciones, como la capacitación y asistencia continua en los especialistas de medicina familiar, ha permitido ampliar la capacidad resolutoria de las unidades de primer nivel, y a su vez ha reflejado el descongestionamiento de los servicios hospitalarios y por lo tanto ha permitido un mejor diagnóstico y tratamiento de enfermedades y padecimientos en sus primeras etapas, lo que redundó en el abatimiento de hasta 85% en la referencia de pacientes a hospitales de segundo y tercer nivel.

El intercambio de información y atención de los pacientes en las unidades de primer nivel operacional, ha favorecido la capacitación continua de los médicos familiares en el diagnóstico y tratamiento de enfermedades, como en los padecimientos crónicos degenerativos, detectándolos en sus etapas iniciales, cuando la terapéutica es más eficaz y se pueden evitar o prevenir daños mayores a la salud en las personas.^{14,15}

De esta forma, se logra que un menor número de pacientes sea canalizado hacia los servicios de especialidades en los hospitales generales y/o regionales, lo cual

abate las demoras de consulta y acelera su recuperación. Ello se refleja en una mejor atención a los usuarios, quienes tienen, además, el seguimiento apropiado para conocer la evolución del padecimiento y de los tratamientos aplicados.¹⁶

Se considera que debe existir un flujo dinámico siempre abierto de intercomunicación entre médicos de primer y segundo nivel de atención. Por otro lado es indispensable conocer los recursos diagnósticos y terapéuticos utilizados para obtener una información útil para planificar estos recursos, diseñar criterios y estándares de calidad de la asistencia prestada.¹⁷

La referencia es un proceso que establece un vínculo entre los tres niveles de operación cuyo propósito es otorgar servicios basados en las necesidades clínico-diagnóstico-terapéutica de los pacientes, por lo que es importante establecer un diagnóstico correcto. Para llegar a establecer el diagnóstico de una entidad clínica patológica se requiere que el médico posea un conocimiento técnico médico amplio sobre los padecimientos que afectan al ser humano, al mismo tiempo y de manera relevante que utilice una metodología ordenada e integral.¹⁸

No se han evaluado en estudios previos algunos otros factores que podrían estar influyendo en el elevado índice de referencias, como los factores propios del paciente o factores administrativos, el presente estudio trata de mostrar dichas características.

II. JUSTIFICACION

En el Instituto Mexicano del Seguro Social la atención integral a la salud, se encuentra complementada al interior con la posibilidad de otorgar los servicios que cada paciente requiera, en los niveles de operación que le corresponden de acuerdo a la complejidad de su padecimiento.

El sistema de referencia y contrarreferencia de pacientes es un proceso que establece una vinculación entre los tres niveles de operación, en beneficio de la atención médica integral y simultáneamente refleja de manera indirecta la calidad de los servicios de salud que se proporcionan.

El primer nivel de atención se otorga en las unidades de Medicina Familiar en donde de acuerdo a la asignación de los recursos humanos, materiales, tecnológicos y financieros, se resuelve hasta un 85% de los problemas de salud de la población derechohabiente usuaria.

Así mismo y con la finalidad de medir la utilización de los recursos y la capacidad resolutoria del primer nivel de atención, se han establecido dentro de los indicadores de demanda el correspondiente al porcentaje de referencia al segundo nivel de operación con valores esperados de 2-4.

En razón a todo lo anterior y tomando en consideración que durante el año de 2004, la unidad de Medicina Familiar No. 20, presentó un comportamiento con respecto al porcentaje de referencia al segundo nivel de atención superior al establecido, llegando a presentar en algunos meses cifras por arriba del 5.77%, se justifica el presente trabajo de investigación, del cual seguramente emergerán elementos que favorezcan la consistencia y mejora continua en el sistema de referencia y contrarreferencia de pacientes.

III. PREGUNTA DE INVESTIGACION

¿Cuáles son los factores que influyen en la referencia y contrarreferencia de pacientes de la U.M.F. No. 20 al segundo nivel de atención?

IV. HIPOTESIS

No se aplica por el tipo de diseño del estudio, el cual es un estudio descriptivo.

V. OBJETIVOS

1.-OBJETIVO GENERAL

DETERMINAR CUALES SON LOS FACTORES QUE INFLUYEN EN LA REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA DE PACIENTES DE LA U.M.F. No. 20 AL SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN.

2.-OBJETIVOS PARTICULARES

- ❖ **Identificar los factores socioculturales de los pacientes que influyen en la referencia a segundo nivel de atención en la U.M.F. No. 20.**
- ❖ **Conocer los factores personales del médico que influyen en la referencia a segundo nivel de atención en la U.M.F. No. 20.**
- ❖ **Describir los factores administrativos que influyen en la referencia a segundo nivel de atención en la U.M.F. No. 20.**

VI.-PACIENTES, MATERIAL Y METODOS

1.-SITIO DEL ESTUDIO

En la ciudad de México, Delegación Norte del IMSS en el Distrito Federal, Unidad de Medicina Familiar No. 20 del primer nivel de atención.

2.-DISEÑO DEL ESTUDIO

Se realizó un estudio de tipo descriptivo, transversal prolectivo que tiene como propósito identificar los factores socioculturales del paciente, factores del medico y factores administrativos que pueden estar influyendo en la referencia a segundo nivel de atención.

2.1 POBLACION DE ESTUDIO

Los pacientes fueron captados por conveniencia, al momento en que se les hacia la entrega del formato de referencia a segundo nivel de atención (40-30-8); tomando la mitad de la muestra del turno matutino y la otra mitad del turno vespertino.

La encuesta fue proporcionada al paciente por el servicio de ARIMAC de la unidad, al gestionar la cita y los trámites correspondientes de la referencia a segundo nivel de atención; y se les aplicaba el cuestionario previa autorización y consentimiento informado.

No obstante que la encuesta era autoaplicable, el investigador contribuyó en el llenado de la misma, para evitar el sesgo por una mala interpretación o en casos de analfabetismo y/o discapacidad visual.

A los médicos familiares, se les aplicó la encuesta en su consultorio asignado, para laborar en el turno correspondiente; se les invitó a participar; explicándoles de manera clara los objetivos del estudio y la finalidad del mismo, una vez que aceptaron participar; se levantó la encuesta, de la cual se obtuvieron los datos pertinentes, y de los cuales se les explicó se le dará un manejo confidencial y anónimo.

Se realizó el análisis estadístico pertinente de las variables y de los datos obtenidos.

2.2 CRITERIOS DE INCLUSION, EXCLUSION Y ELIMINACION

Para la población de estudio se consideraron los siguientes criterios:

Inclusión:

- ❖ Todos los médicos de la U.M.F. No. 20 de ambos turnos adscrito a un consultorio de medicina familiar que acepten participar en el estudio.
- ❖ Pacientes que acudan a la consulta externa de Medicina Familiar, a los cuales se les haya referido a segundo nivel de atención, en ambos turnos.
- ❖ Formato de referencia 40-30-8 a segundo nivel de atención de los pacientes incluidos en el periodo de Enero a Junio de 2005.

Exclusión:

- ❖ Médicos adscritos a la U.M.F. No. 20 que no estén a cargo de un consultorio de medicina familiar en la unidad.
- ❖ Referencias a 3er nivel de atención.

Eliminación:

- ❖ Pacientes del grupo de estudio que por alguna razón no finalicen la encuesta otorgada o que no deseen participar.
- ❖ Médicos de Medicina familiar que por alguna razón no acepten o finalicen la encuesta otorgada.
- ❖ Formatos 40-30-8 incompletos o que no tengan sello de vigencia.

2.3 TAMAÑO DE LA MUESTRA

El tamaño de la muestra se determino de la siguiente manera:

- ❖ Se incluyeron a 60 médicos adscritos a la U.M.F. No. 20, el número se determinó de acuerdo al total de consultorios de medicina familiar en los dos turnos, turno matutino y vespertino
- ❖ Se incluyeron 179 pacientes calculado para el tamaño de la muestra con valor de Z de 1.96 y un valor de d al 0.03 con una p de 0.045 estimada por el 4.5% de índice de referencia vigente.

$$n^1 = \frac{Z_{\alpha/2}^2 (p(1-p))}{d^2}$$

$$\frac{(1.96)^2 (0.045(1-0.045))}{(0.06-0.03)^2}$$

$$n^1: 178.88$$

2.4 TIPO DE MUESTREO

El tipo de muestreo es no probabilístico por conveniencia.

3.-VARIABLES DEL ESTUDIO

VARIABLES DE PACIENTES				
NOMBRE DE LA VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	VALORES
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el año actual	Edad cumplida en años	Cuantitativa de razón	0-20 20-40 40-60 60-80 80 o +
Sexo	Condición orgánica que distingue al macho de la hembra	Categoría masculino o femenino	Dicotómica cualitativa nominal	Masculino Femenino
Ocupación	Empleo, oficio	Última actividad laboral económicamente remunerada	Cualitativa nominal	Obrero Empleado Profesionista Jubilado Otra
Nivel Socioeconómico	Grado que ocupa en la sociedad de acuerdo a sus ingresos y propiedades	Nivel que tiene de acuerdo a los ingresos mensuales por salario mínimo	Cuantitativa de intervalo	Menor de \$2340.00 De \$2341-\$4680 Mayor de \$4,681
Estado Civil	Situación legal en que se encuentra una persona de acuerdo a la calidad de unión con una mujer/hombre en matrimonio	Estado en el que se encuentra ante la ley en relación con el matrimonio	Cualitativa nominal	Soltero Casado Unión Libre Divorciado Viudo
Acceso a otros servicios de salud	Capacidad que se tiene de acceder a cualquier servicio de salud en el país o en el extranjero	Uso de otro servicio de salud además del IMSS ya sea público o privado	Dicotómica cualitativa nominal	SSA ISSTE Privado Otros
Soporte familiar	Apoyo familiar en el ámbito biopsicosocial	Apoyo familiar con respecto a su padecimiento en el ámbito biopsicosocial y económico.	Dicotómica cualitativa nominal	Sí No
Valoraciones médicas previas	Opinión técnico-médica especializada previa a la referencia de la patología base	Valoración previa por un médico certificado que otorga una consulta, una opinión técnico-médica y/o un tratamiento	Dicotómica cualitativa nominal	Sí No
Tipo de referencia a segundo nivel	Características clínicas del padecimiento que potencialmente pueden poner en riesgo la vida del paciente	Motivo de consulta que a sentir del paciente requiere una valoración y envío ordinaria o urgente a segundo nivel de atención.	Dicotómica cualitativa nominal	Ordinaria Urgencia
Tipo de padecimiento	Características clínico diagnósticas del padecimiento que requiere una valoración especializada	Especialidad solicitada para valoración de acuerdo a las características clínicas del padecimiento	Cualitativa nominal	Medicina interna Cirugía GinecoObstetricia Pediatría Neurología Endocrinología Cardiología Oftalmología ORL Urología Psiquiatría Otros
Percepción del paciente sobre el envío	Sentir por parte del paciente en relación con el envío	Creencia del paciente acerca del envío a segundo nivel	Cualitativa nominal	Complementación diagnóstica Tratamientos especializados Falta de respuesta al tratamiento

VARIABLES DEL MEDICO				
NOMBRE DE LA VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	VALORES
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el año actual	Edad cumplida en años	Cuantitativa de razón	20-40 40-60 60-80
Sexo	Condición orgánica que distingue al macho de la hembra	Categoría masculino o femenino	Cualitativa nominal	Masculino Femenino
Universidad de formación profesional	Institución educativa profesional universitaria para la formación de nivel licenciatura	Universidad donde se realizó la licenciatura de médico cirujano	Cualitativa nominal	U.N.A.M. I.P.N. Privada Otra pública
Antigüedad en el IMSS	Tiempo transcurrido desde el día en que se obtiene el empleo en el IMSS	Tiempo transcurrido en años cotizando en el IMSS	Cuantitativa de razón	0-10 10-20 +20
Promedio de pacientes al día	Relación entre la división del número de pacientes totales en dos partes iguales	Número aproximado de pacientes contabilizados de Lunes a Viernes en el horario laboral	Cuantitativa de razón	0-10 10-24 25-30 30-40 +40
Especialidad en Medicina Familiar	Rama de la medicina familiar que estudia al individuo dentro de su entorno biopsicosocial y familiar	Realización del postgrado en la especialidad de Medicina familiar reconocida con el título universitario	Dicotómica cualitativa nominal	Sí No
Actualización y capacitación	Proceso por el cual se realiza una sistematización de lo pasado al momento actual	Educación médica continua puede consistir en cursos de actualización, diplomados, asistencia a conferencias, participación investigación, publicación de trabajos de la rama médica	Dicotómica cualitativa nominal	Sí No
Estado civil	Situación legal en que se encuentra una persona de acuerdo a la calidad de unión con una mujer/hombre en matrimonio	Estado en el que se encuentra ante la ley en relación con el matrimonio	Cualitativa nominal	Soltero Casado Unión libre Divorciado Viudo
Tiempo padecimiento de 1ª vez	Tiempo transcurrido de consulta aproximado en padecimientos de 1ª vez	Tiempo transcurrido aproximado desde que el paciente ingresa al consultorio hasta que sale en padecimientos de 1ª vez	Cuantitativa de intervalo	5-10 min 10-15 min +20 min
Normas técnicas y criterios de referencia	Normas oficiales mexicanas para los principales padecimientos de consulta externa de medicina familiar y criterios de referencia	Conocimiento de las normas oficial mexicana en las principales enfermedades infecciosas, crónicas degenerativas, materno infantil así como las indicaciones específicas de referencia	Dicotómica cualitativa nominal	Sí No

Supervisión de referencias a segundo nivel	Inspección por parte de la autoridad con mayor jerarquía sobre sus subordinados	Inspección y valoración de las referencias a 2º nivel por parte de los JDC de Med. Fam.	Dicotómica cualitativa nominal	Sí No
Actividad laboral fuera del IMSS	Desarrollo de la actividad médica de especialista en medicina familiar	Práctica de la especialidad de medicina familiar en otras instituciones públicas o privadas	Dicotómica cualitativa nominal	Sí No
Motivo para envío	Razón por la cual el médico considera se deberá de referir un paciente a segundo nivel	Justificación para la cual el médico considera necesario el envío del paciente a segundo nivel	Cualitativa nominal	Valorar complicaciones Necesidad de auxiliares de diagnóstico Riesgo de secuelas Complementación diagnóstica Tratamiento especializado Protección medicolegal
Legibilidad	Que se puede leer	Grado de lectura y entendimiento de las palabras y oraciones escritas en la referencia	Dicotómica cualitativa nominal	Sí No
Congruencia clínico diagnóstica-terapéutica	Relación que existe entre dos o más datos cuya interacción permite obtener un resultado conveniente	Grado de concordancia entre el interrogatorio, la exploración física y el tratamiento establecido	Dicotómica cualitativa nominal	Sí No
Oportunidad de la referencia	Que se realiza la referencia en tiempo y cuando es conveniente	Cuando el paciente necesita ser referido de acuerdo a la historia natural de su padecimiento	Dicotómica cualitativa nominal	Sí No

VARIABLES ADMINISTRATIVAS

NOMBRE DE LA VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	VALORES
Motivo de envío para trámites administrativos	Procedimientos administrativos/institucionales por lo que se envía al paciente a segundo nivel	Referencia a segundo nivel para continuar dotación de medicamentos o de cualquier otro trámite administrativo	Cualitativa nominal	Trámite de incapacidad permanente Trascripción de medicamentos de alta especialidad

VII. RESULTADOS

- La población estudiada fue de un total de 179 pacientes, que divididos por sexo, nos dio un discreto predominio del sexo femenino, con 99 personas que representan el 55.31 %, por 80 del sexo masculino representando a su vez el 54.69% de la población, con una edad promedio de 49 años. De ésta población el mayor número fue de 41 a 60 años, con 58 pacientes (32.40 %) (figura 1).
- Con relación al estado civil que guarda el universo de población considerada, se identifica que los casos más frecuentes corresponden a personas casadas así como aquellas cuya ocupación corresponde a dependientes económicos de los asegurados (cuadro I).
- En cuanto al nivel socioeconómico se analizó el ingreso global familiar, así como el nivel socioeconómico obteniéndose un ingreso menor de \$2,340 (51.39%) que corresponde a un estrato socioeconómico bajo (figura 2).
- Con respecto al acceso a otros servicios de salud extrainstitucionales, se identificó que 5 pacientes (2.79%) tiene la posibilidad de acudir a la Secretaría de Salud; 49 pacientes (27.38%) a servicios de salud privados y los restantes 125 pacientes que constituyen la mayoría representan el 69.83%, mismos que no cuentan con accesibilidad a servicios de salud públicos o privados (figura 3).
- En cuanto al soporte familiar, los resultados manifiestan que el mayor número de pacientes 168 (93.85%) cuentan con el apoyo de la familia en relación a su enfermedad y solo una menor numero refirió encontrarse en circunstancia de pacientes viudos y cuyo núcleo familiar se encuentra en fase de retiro y muerte (cuadro II).
- Con relación a las valoraciones médicas previas que tuvieron los pacientes antes de ser referidos por el médico familiar al segundo nivel de atención, los resultados reflejan que 168 pacientes (93.85%) fueron valorados previamente y que 11 pacientes (6.15%) no habían sido valorados de su padecimiento previamente por algún médico especialista.
- En cuanto al tipo de envío al segundo nivel de atención, el mayor número de pacientes 162 (90.50%), fueron referidos con carácter ordinario y 17 pacientes (9.50%) de tipo urgente, debido a las características y severidad de su padecimiento.

- Con respecto a los servicios de segundo nivel de atención, a los cuales se refirieron los pacientes de acuerdo con su padecimiento, se agruparon de la manera siguiente: Cardiología: 30 pacientes (16.86%); Oftalmología: 22 pacientes (12.20%); Pediatría: 20 pacientes (11.13%); Medicina Interna: 16 pacientes (8.94%); Urología: 16 pacientes (8.94%); Cirugía: 15 pacientes (8.38%); Gineco-Obstetricia: 15 pacientes (8.38%); Neurología: 12 pacientes (6.70%); Psiquiatría: 10 pacientes (5.58%); Otorrinolaringología: 9 pacientes (5.02%); Endocrinología: 5 pacientes (2.79%); y otras especialidades: 9 pacientes (5.03%). Identificándose una mayor prevalencia de la patología crónico-degenerativa del tipo de la cardiopatía hipertensiva y de la retinopatía diabética (figura 4).
- En cuanto a la congruencia clínico – diagnóstica – terapéutica, se encontró que de los 179 pacientes estudiados, 126 de ellos, que representan el 70.39%, presentaron concordancia entre el interrogatorio, la exploración física, la interpretación de los auxiliares de laboratorio y gabinete y el diagnóstico establecido, que motivo la referencia; y en 53 de los pacientes que corresponden al 29.61% no se identificó la congruencia correspondiente; siendo más frecuente en los pacientes referidos a los servicios de cardiología, oftalmología y urología, en los cuales se aprecia un subregistro de datos, lo cual limita la valoración de la congruencia.
- Con relación a la oportunidad con la que se efectuó el envío de los pacientes, se identificó que en 110 (61.45%), se realizó oportunamente; y que en 69 de ellos que representan el 38.55% no se llevo a cabo con la oportunidad debida, tomando en consideración la evolución del padecimiento.
- Con respecto a la legibilidad de las palabras y oraciones escritas en la referencia (4/30/8), ésta se encontró en 124 (69.28%) de los envíos y en los restantes 55 (30.72%) el contenido era ilegible, situación que influye en la comunicación con los servicios de segundo nivel inter consultados.
- En cuanto a la percepción del paciente relacionada con su envío al segundo nivel de atención, se identificó lo siguiente: 90 pacientes (50.28%) percibieron que se referían al segundo nivel de atención para su complementación diagnóstica; 54 pacientes (30.17%) para tratamiento especializado; y 35 pacientes (19.55%) debido a la falta de respuesta al tratamiento (figura 5)

- Se analizaron las 54 cédulas que fueron aplicadas al mismo número de médicos familiares, cuyas características se presentan en el cuadro III.
- Con respecto a la institución en la que realizaron sus estudios profesionales, los médicos participantes en el estudio, se identificó que 39 (72.22%) egresaron de la U.N.A.M.; 10 (18.52%) del I.P.N.; y 5 (9.26%) de otras universidades estatales (figura 6).
- Con relación a la antigüedad laboral en el I.M.S.S., se observó que los años de trabajo como médicos familiares, presentan un rango de 2 a 24, con un promedio de 15 años laborados. Así mismo y en forma desagregada se apreció que 11 (20.37%) médicos cuentan con una antigüedad menor a 11 años; 25 (46.30%) médicos tienen una antigüedad entre 10 y 20 años; y que 18 (33.33%) cuentan con una antigüedad laboral mayor a los 21 años.
- En cuanto al número de pacientes que atienden los médicos familiares en su jornada de trabajo, se identificó que 37 (68.51%) de ellos, otorgan atención a un promedio de 25 a 30 pacientes al día, y que 17 médicos (31.49%) atienden a un número mayor de 30 pacientes (figura 7).
- Con respecto a la asistencia de los médicos familiares a cursos de actualización y capacitación, se observó que 31 médicos que representan el 57.40%, manifestaron haber participado dentro de los dos últimos años, en actividades de educación médica continua, y los 23 médicos restantes (42.60%), externaron no haber asistido a este tipo de actividades en el transcurso del tiempo señalado.
- En relación al desarrollo extrainstitucional de actividades laborales en su carácter de médico familiar, la mayoría 45 (83.33%) de los médicos no lo hacen; y 9 (16.67%) médicos, manifestaron que realizan actividades fuera del I. M. S. S. a nivel particular.
- En cuanto al tiempo que los médicos familiares dedican para la atención de los pacientes de primera vez, se identificó que de los 54 médicos encuestados 17 (31.48%) emplean un tiempo menor de 10 minutos; 23 (42.59%) médicos, dedican un tiempo de 10 a 15 minutos; y 14 (25.93%) médicos emplean para este tipo de pacientes un tiempo mayor a 15 minutos para su atención.
- Con respecto a la motivación generada para realizar la referencia del paciente al segundo nivel de atención, se identificó que el mayor número de médicos efectuaron el envío para tratamiento especializado (figura 8)

- En cuanto al conocimiento de las normas técnicas y criterios institucionales para la referencia de pacientes al segundo nivel de atención, 51 médicos que representan el 94.44%, manifestaron contar con la información correspondiente; y 3 (5.56%), externaron no contar con el conocimiento suficiente sobre las normas técnicas y el sistema de referencia y contrarreferencia institucional.
- Finalmente y con relación a las actividades de supervisión y asesoría sobre la referencia (4/30/8) de pacientes al segundo nivel de atención, 40 de los médicos familiares, que representan el 74.07%, externaron que es suficiente; y 14 (25.93%) médicos, consideraron necesario incrementar la supervisión, para la mejora del proceso sobre el sistema de referencia y contrarreferencia de pacientes.
- De los factores administrativos e institucionales de las 179 referencias que se efectuaron en la U.M.F. No. 20 al segundo nivel de atención, se identificó que 19 envíos, que representan el 10.61% fueron motivados por factores de tipo administrativo; de estas referencias 12 (6.70%) estuvieron sustentadas en los procedimientos institucionales relacionados con la transcripción de medicamentos de alta especialidad; y 7 (3.91%) de estos envíos obedecieron a valoraciones específicas para dictaminar estado de incapacidad permanente, en los servicios de Neurología, Oftalmología y Psiquiatría.

CUADROS Y FIGURAS

Cuadro I. Características generales de los pacientes de la U.M.F. No. 20

CARACTERISTICA	n	N=179	%
Edad (años)	41-60		32.40
Promedio (rango)	49		
Sexo			
Femenino	99		55.31
Masculino	80		54.69
Estado Civil			
Soltero	119		66.49
Casado	28		15.64
Viudo	24		13.40
Unión Libre	5		2.79
Divorciado	3		1.68
Ocupación			
Dependientes económicos	73		40.78
Jubilados	46		25.71
Obreros	24		13.40
Empleados	22		12.29
Profesionistas	14		7.82

Fuente: Encuestas realizadas a pacientes de la U.M.F. No. 20

Cuadro II. Características socioeconómicas de los pacientes de la U.M.F. No. 20

CARACTERISTICA	n	N=179	%
Ingreso global familiar (mensual)			
Menor de \$2340.00	92		51.39
De \$2341-\$4680	75		41.90
Mayor de \$4,681	12		6.71
Nivel Socioeconómico			
Nivel bajo	92		51.39
Nivel medio bajo	75		41.90
Nivel medio alto	12		6.71
Soporte familiar			
Con soporte familiar	168		93.58
Sin soporte familiar	11		6.15

Fuente: Encuestas realizadas a pacientes de la U.M.F. No. 20

Figura 1. Gráfica de pastel del porcentaje de edad de los pacientes enviados a segundo nivel de atención de la U.M.F. No. 20.

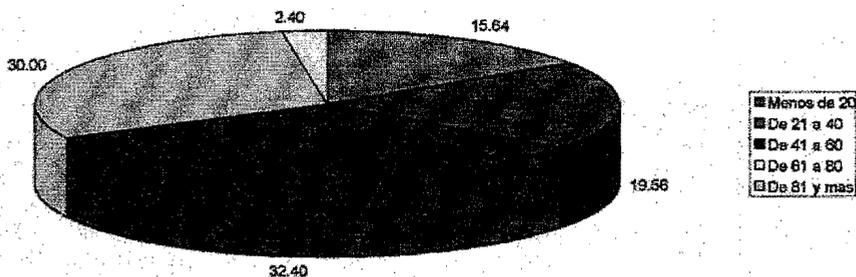


Figura 2. Gráfica de pastel del porcentaje de ingreso familiar de los pacientes enviados a segundo nivel de atención de la U.M.F. No. 20

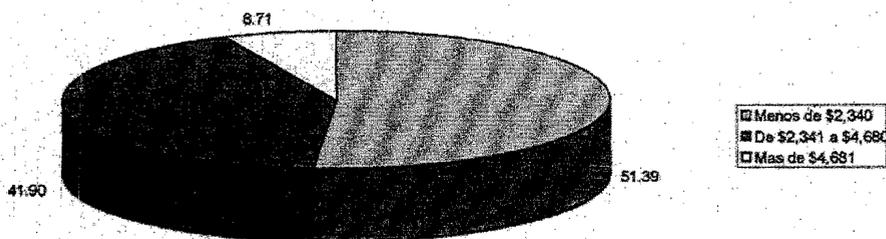


Figura 3. Gráfica de pastel del porcentaje de los accesos a otros servicios de salud de los pacientes enviados a segundo nivel de la U.M.F. No. 20

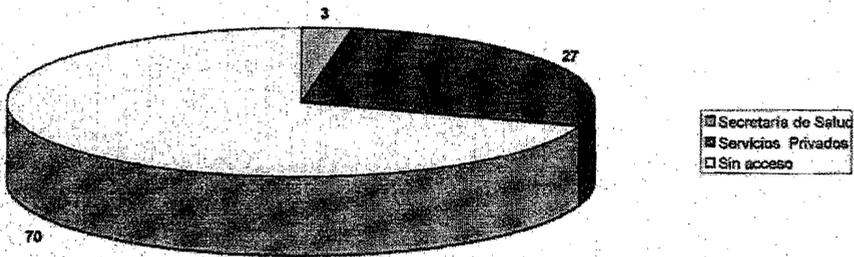


Figura 4. Gráfica de pastel del porcentaje de los servicios de segundo nivel a los cuales se refirieron con mayor frecuencia los pacientes de la U.M.F. No.20

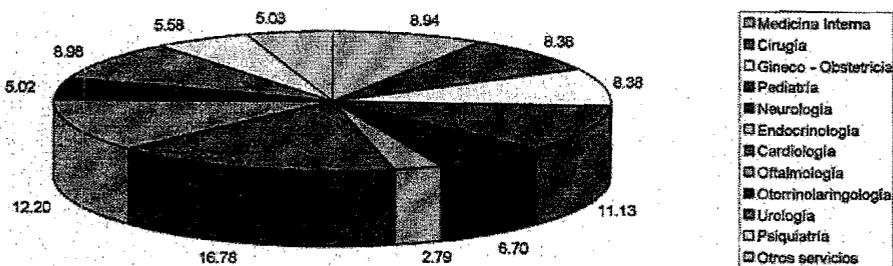
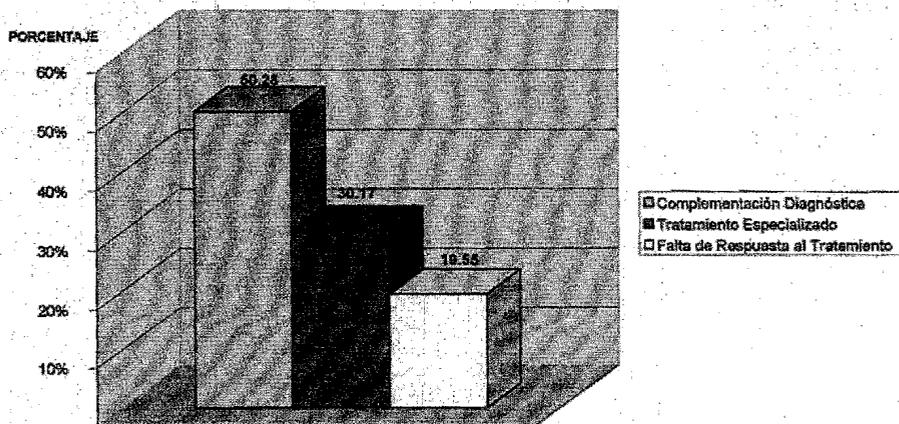


Figura 5. Gráfica de barras comparativas del porcentaje de percepción del paciente relacionado con el envío a segundo nivel de atención en la U.M.F. No. 20.



Cuadro III. Características generales de los médicos familiares de la U.M.F. No. 20

CARACTERISTICA	N=54	
	n	%
Edad (años)	26-54	
Promedio (rango)	46	72.22
Sexo		
Femenino	34	62.96
Masculino	20	37.40
Estado Civil		
Casado	41	75.92
Soltero	13	24.08
Especialidad en Medicina Familiar		
Sí	28	51.85
No	26	48.15

Fuente: Encuestas realizadas a Médicos Familiares de la U.M.F. No. 20

Figura 6. Gráfica de pastel de porcentajes de la institución donde se realizó la formación de la carrera de medicina de los médicos de la U.M.F. No. 20.

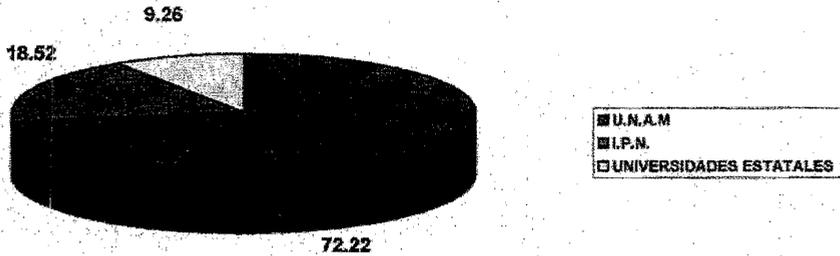


Figura 7. Gráfica de pastel de porcentajes de numero de consultas otorgadas médico/día por los médicos de la U.M.F. No. 20.

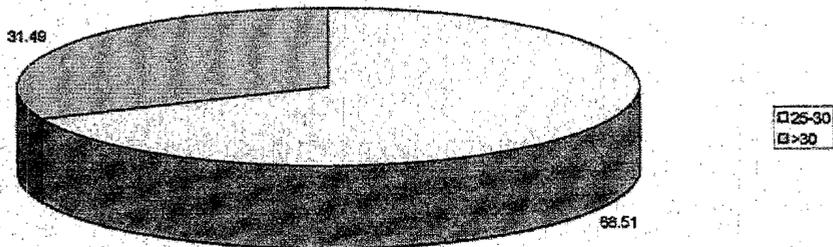
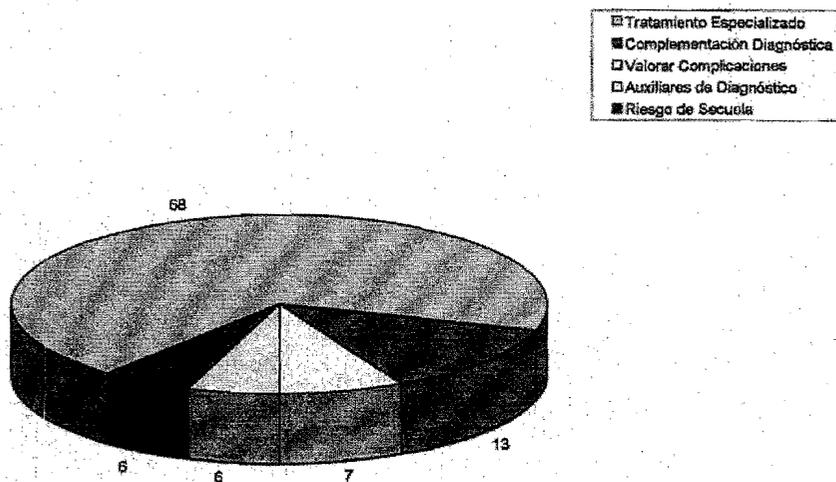


Figura 8. Gráfica de pastel con el porcentaje de motivo de referencia a segundo nivel de atención de los médicos adscritos a la U.M.F. No.20



VIII. DISCUSION

En este estudio se identifican los factores del paciente, del médico familiar y administrativos institucionales, que influyen en la referencia de los pacientes de la consulta de medicina familiar a la consulta de especialidades en segundo nivel de atención.

La edad de los pacientes estudiados se encuentra en el rango de 41 a 60 años que corresponde al 34.20%, manifiesta el progresivo envejecimiento de la población, que aunado al aumento de la esperanza de vida, tiene como resultado un incremento en derechohabientes con padecimientos crónico-degenerativos, lo que eleva el riesgo de complicaciones que requieren tratamiento especializado⁴, implicando un mayor número de referencias al segundo nivel de atención.

Es evidente que el terreno ocupacional y el nivel socioeconómico se encuentran involucrados, condicionando dependencia económica y familiar, en la mayoría de la población estudiada, ya que el 51.39% tiene ingreso menor de \$2,340 que corresponde a un estrato socioeconómico bajo, así mismo se ve limitado el acceso a otros servicios de salud públicos o privados y se acentúan los efectos de las enfermedades preexistentes¹⁷.

Dadas las características y evolución de los padecimientos, el 90.50% de los pacientes fueron referidos con carácter ordinario y un 93.85% tuvieron valoración previa de médico especialista en segundo nivel debido a las complicaciones del padecimiento, estos pacientes en muchas ocasiones son egresados del segundo nivel con una sola consulta y enviados en contrarreferencia al primer nivel de atención lo que aumenta de manera importante el indicador de referencias a segundo nivel para su control subsecuente anual.

Los servicios de segundo nivel de atención a los cuales fueron referidos los pacientes con mas frecuencia son cardiología en un 16.85% y oftalmología con el 12.20%, debido a una mayor prevalencia de patología crónico degenerativa del tipo de la cardiopatía hipertensiva y de la retinopatía diabética, situación que condiciona un incremento en los servicios a segundo nivel de atención¹⁸.

La percepción de los pacientes referidos al segundo nivel de atención en un 50.28% corresponde a una necesidad de requerir una complementación diagnóstica, situación en la que interviene la relación médico-paciente, como piedra angular en la información y educación a la población y que se ve reflejada como un indicador indirecto en la calidad de la atención¹².

Los médicos que participaron en el estudio 72.22% son egresados de la U.N.A.M. y el 51.85% de ellos realizaron la especialidad de medicina familiar, independientemente de esta situación, aún se identifica un porcentaje considerable de médicos sin la especialidad, lo que limita el manejo integral del paciente y del modelo biopsicosocial.

El 68.51% de los médicos familiares atienden un promedio de 25 a 30 pacientes en su jornada de trabajo, situación que influye en la atención de la población derechohabiente, condicionando envíos improcedentes por las cargas de trabajo, y en ocasiones no permite la valoración integral del paciente^{12, 13}.

No obstante que la congruencia clínico diagnóstica es elevada, se aprecia un subregistro de datos que limitan la valoración de la misma en un porcentaje del 30%.

Del total de médicos, 94.44% expresaron contar con el conocimiento de las normas técnicas y criterios institucionales para la referencia de pacientes al segundo nivel de atención, sin embargo se identifica insuficiencias en la aplicación de los mismos requiriéndose incrementar la asesoría para su utilización homogénea y sistemática en el proceso de referencia¹⁹.

Otro aspecto a considerar es el motivo de la referencia, ya que el 68% de los médicos consignan para tratamiento especializado, identificándose que el envío con frecuencia obedece para valoración de medicamentos de alta especialidad, no obstante que el médico familiar cuenta con el conocimiento técnico médico para su prescripción.²⁰

Un 74.07% de los médicos familiares manifestaron suficiencia en las actividades de supervisión y asesoría en las referencias a segundo nivel, sin embargo se considera necesario fortalecer la retroalimentación entre los jefes de departamento de medicina familiar y los médicos familiares, lo que repercutirá en la improcedencia del envío y por ende sobre el indicador correspondiente¹⁹.

Se identificó que el 11% de los pacientes referidos se encuentran relacionados con los procedimientos institucionales que permite la dotación de medicamentos de alta especialidad; así como, con la solicitud de valoraciones para dictaminar estado de incapacidad permanente.

Lo anterior pone de manifiesto la necesidad de que este tipo de envíos sean reconsiderados en la mecánica de cálculo del indicador de los pacientes referidos a segundo nivel de atención, lo cual redundará en una cifra porcentual más acorde a la realidad operativa^{11,20}.

IX. CONCLUSIONES

La edad de los pacientes estudiados manifiesta el progresivo envejecimiento de la población, implicando un mayor número de referencias al segundo nivel de atención.

93.85% de los pacientes tuvieron valoración previa de médico especialista en segundo nivel y son egresados y contrarreferidos a primer nivel con solo una consulta de valoración.

Los servicios a los cuales fueron referidos la mayoría de los pacientes son cardiología en un 16.85% y oftalmología con el 12.20%, correspondientes a cardiopatía hipertensiva y retinopatía diabética.

El 51.85% de los médicos realizaron la especialidad de medicina familiar, aún existe un número considerable sin la misma, lo que limita el manejo integral del paciente.

El 68.51% de los médicos familiares atienden un promedio de 25 a 30 pacientes, condicionando envíos improcedentes por las cargas de trabajo.

Existe una aceptable congruencia clínico-diagnóstica-terapéutica, aunque se aprecia un subregistro de datos del 30%.

Un número de 74.07% médicos familiares consideraron una adecuada supervisión y el 94.44% refieren conocer las normas técnicas y criterios institucionales para la referencia.

El 11% de los pacientes fueron referidos a segundo nivel para realizar procedimientos institucionales y trámites administrativos.

De los pacientes referidos el 50.28% tiene la percepción de que su envío corresponde a una complementación diagnóstica.

El 68% de los médicos consignan la referencia a segundo nivel para tratamiento especializado.

En relación con los factores encontrados en el presente estudio relacionados con el paciente, médicos y administrativos, se puede señalar que se necesita una reestructuración del indicador de referencia a segundo nivel, ya que la población presenta un envejecimiento progresivo y por lo tanto un incremento en las enfermedades crónico degenerativas que requieren una evaluación de las complicaciones propias de estos padecimientos. Se debe enfatizar en la aplicación de las normas técnicas por los médicos familiares, así como en una supervisión y retroalimentación más estrecha de las referencias a segundo nivel. Existe la necesidad de que los envíos por trámites administrativos sean reconsiderados en la mecánica de cálculo del indicador de los pacientes referidos lo cual redundará en una cifra porcentual más acorde a la realidad operativa.

X. BIBLIOGRAFÍA

1. Sepúlveda B, Mendez H. Programa para la implantación del nuevo sistema medico familiar. Rev Med IMSS 1993; 31:407-410.
2. Cárdenas de la Peña E. Medicina Familiar en México. Historia. Instituto Mexicano del Seguro Social. México; 1974.
3. Gutierrez G. El uso injustificado de medicamentos. Un problema grave en aumento. Arch Invest Med 1988; 19:329-333
4. Instituto Mexicano del Seguro Social. La reforma del sistema de atención primaria: el modelo de medicina familiar. IMSS Dirección de Prestaciones Médicas; 2000
5. Dirección de Prestaciones Médicas. Coordinación de Educación Médica, división de formación de personal para atención en salud; sistema de especialización médica; 1997
6. Olavarrieta L; Gutierrez R; ¿Funciona la comunicación entre los niveles primarios y secundarios?: Atención Primaria 1996; Vol 17(6)
7. Instituto Mexicano del Seguro Social. Manual normativo para la operación de los servicios de atención a la salud en las áreas médicas de gestión desconcentrada. IMSS Dirección de Prestaciones Médicas; 1999.
8. Instituto Mexicano del Seguro Social. Modelo Institucional de Atención Integral a la Salud. IMSS Dirección de Prestaciones Médicas; 1998
9. Régimen de referencia y Contrarreferencia.
<http://www.fepafem.org/investigaciones/remisionesgeneradas/2.htm>
10. Sevilla R. Fortalecimiento del sistema de referencia y contrarreferencia a través de la ampliación de la red computarizada en 4 centros de salud de la jurisdicción sanitaria Silos I. Manual de procedimientos para la referencia y contrarreferencia de pacientes. Programa estatal de salud; 2003.
11. Duran A. Calidad de Indicadores. Boletín "Salud con Calidad" No. 7; Sept-Oct 1998. http://www.icas.net/icasweb/calidad_indicadores.htm
12. Aguirre GH. Administración de la calidad de la atención médica. Rev Med IMSS 1999; 35(4): 257-264
13. Instituto Mexicano del Seguro Social. Indicadores de Servicios de Salud. IMSS Subdirección General Médica; 1994
14. Lifschitz-Guinzberg A. La prescripción y la educación médica continua. Rev Med IMSS 1999; 35(5): 325-330
15. Boletín Médico 169-2002.
http://www.issste.gob.mx/website/comunicados/boletines/2002/septiembre/b169_2002.html
16. Boletín Médico 187-2003.
http://www.issste.gob.mx/website/comunicados/boletines/2003/junio/b187_2003.html
17. Gomez-Calzerrera BD, Perez FD, Marsed CP. Exploraciones y derivaciones en un centro de salud: Estudio de los factores asociados. Atención Primaria 1996. 17(5)

18. Zavala MA, Diaz G; Calidad de la referencia de unidades de medicina familiar al segundo nivel de atención. IMSS; 2000.
19. Comité para la referencia y contrarreferencia pediátrica. Lineamientos para la referencia y contrarreferencia de pacientes pediátricos. 2002; <http://www.salud.gob.mx/unidades/dcgces/doctosFuente/>
20. Manual de procedimientos para la transcripción de medicamentos en las unidades médicas. IMSS; octubre 1998.

**ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA**

XI. ANEXOS

ENCUESTA PACIENTE

El presente estudio forma parte de una investigación en los servicios de salud, los datos aquí recabados son estrictamente confidenciales y esta encuesta no tiene repercusiones en su persona, le solicitamos nos conteste lo mejor posible para mejorar los servicios que le otorgamos en la clínica. Gracias.

1.- Nombre: _____

2.- Edad: _____

3.- Sexo

Masculino Femenino

4.- Estado civil

Soltero Casado Divorciado Unión libre

5.- ¿Cuál es su ocupación actualmente?

6.- ¿Cuanto gana quincenalmente?

7.- ¿Cuenta con otros servicios de salud?

SSA Particular ISSTE Otros

8.- ¿Su familia lo apoya en su enfermedad?

Si No

9.- ¿Fue usted con algún especialista para valorar su padecimiento antes de acudir con su medico familiar?

Si No

10.- El motivo para solicitar su envío al hospital fue:

Normal (ordinario) Urgencia

11.- ¿Cual es el nombre de la enfermedad por la que le mandan a valoración por otro especialista?

12.- ¿Considera usted que es importante o necesario que se le envíe a otro especialista?

Si No

¿Porqué? _____

ENCUESTA MEDICO

El presente estudio forma parte de una investigación en los servicios de salud, los datos aquí recabados son estrictamente confidenciales y esta encuesta no tiene repercusiones en su persona, en el ámbito laboral o de su práctica médica le solicitamos nos conteste lo mejor posible para mejorar los servicios de referencia y contrarreferencia de la UMF No.20. Gracias.

1.-Nombre: _____

2.-Edad: _____

3.- Sexo

Masculino Femenino

4. -Estado civil

Soltero Casado Divorciado Unión libre

5.- ¿De qué Universidad es egresado del nivel licenciatura? _____

6.- ¿Cuál es su antigüedad en el IMSS como medico familiar? _____

7.- ¿Cuál es el promedio diario de pacientes que atiende? _____

8.- ¿Cuenta usted con la especialidad de medicina familiar?

Sí No

9.-En los últimos dos años ¿ha acudido o recibido alguna actividad de actualización como curso, seminarios, talleres, congresos? Sí No

10.- ¿Labora en alguna otra actividad de atención medica fuera del IMSS?

Sí No

11.- ¿Cuál considera usted que es el principal motivo de llevar a cabo la referencia a 2o. nivel en su consulta diaria?

Valorar complicaciones

Necesidad de auxiliares de diagnostico

Riesgo de secuelas

Complementación diagnostica

Tratamiento especializado

Para protección médico-legal y evitar demandas

12.- En promedio ¿Cuánto tiempo le otorga a una consulta o padecimiento de 1a. vez? _____ minutos

13.- ¿Conoce las normas técnicas y los criterios de referencia para los principales padecimientos de la consulta externa de Medicina Familiar? Sí No

14.- ¿Considera usted que se cuenta con la adecuada supervisión de las referencias a 2o nivel? Sí No

CONSENTIMIENTO INFORMADO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 20

Yo _____ siendo hoy
_____ de _____ del 2005, me declaro libre y voluntariamente que
acepto participar en el estudio sobre los factores que intervienen en la referencia y
contrarreferencia a segundo nivel de los pacientes de la U.M.F. No. 20.

Es de mi conocimiento que soy libre de retirarme del presente estudio en el
momento en que yo así lo desee, también puedo solicitar información adicional
sobre los riesgos y beneficios de mi participación en el mismo.

Estoy conciente de que los datos obtenidos del presente estudio serán
estrictamente confidenciales y anónimos y usados solo para los fines que se
diseñaron en el estudio, y no repercutirán en mi atención médica ni tendrá ninguna
repercusión laboral o institucional.

NOMBRE Y FIRMA