



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

---

---

FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 21 IMSS

**CONCORDANCIA DIAGNÓSTICA DE LA  
REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA  
ENTRE LOS MÉDICOS ESPECIALISTAS DE  
PRIMER Y SEGUNDO NIVEL DE  
ATENCIÓN.**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE  
ESPECIALISTA EN MEDICO FAMILIAR

P R E S E N T A :

MARCO ANTONIO REYES OMAÑA

ASESOR: JDC, DR. ALBERTO ORDAZ MARTÍNEZ



MEXICO, D.F

OCTUBRE 2006



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 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.

“CONCORDANCIA DIAGNÓSTICA DE LA REFERENCIA Y  
CONTRARREFERENCIA ENTRE LOS MÉDICOS ESPECIALISTAS DE PRIMER  
Y SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN”.

DR. MARCO ANTONIO REYES OMAÑA  
MEDICO RESIDENTE DE TERCER AÑO DE MEDICINA FAMILIAR  
FRANCISCO DEL PASO Y TRONCOSO  
UNIDAD KENNEDY, COL JARDIN BALBUENA  
DEL VENUSTIANO CARRANZA  
MEXICO, D.F.

ASESOR:  
DR. ALBERTO ORDAZ MARTÍNEZ  
JEFE DE DEPARTAMENTO CLÍNICO DE LA DIVISION DE MEDICINA FAMILIAR  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
FRANCISCO DEL PASO Y TRONCOSO  
UNIDAD KENNEDY, COL JARDIN BALBUENA  
DEL VENUSTIANO CARRANZA  
MEXICO, D.F.

Vo.Bo.

---

DR. JOSÉ ANTONIO MATA MARTÍNEZ  
DIRECTOR DE LA UNIDAD DE  
MEDICINA FAMILIAR N° 21 DEL  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

Vo.Bo.

Vo.Bo.

---

DR. FELIX R. TAVERA GONZALEZ  
JEFE DE EDUCACION MEDICA  
DE LA UNIDAD DE MEDICINA  
FAMILIAR N°. 21 DEL  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO  
SOCIAL

---

DR. JORGE MENESES GARDUÑO  
TITULAR DE LA RESIDENCIA  
DE MEDICINA FAMILIAR  
UMF N°. 21 DEL  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO  
SOCIAL

## AGRADECIMIENTOS

Gracias:

A Dios, por la vida y salud que me ha otorgado hasta el día actual para desarrollar y lograr mis objetivos

A mi familia y a Ezv, por su apoyo soberbio a mi vida personal y profesional.

A mis amigos y maestros: Arturo, Laura, Hilda, Juan, Eduardo, Hellen, Oscar, Blanca, Chepis, Ely, Kike, Morgan, Iván, Alexa, Gabi, Claus, Dra. Beltrán, Vidal, Urbina, Arvizu, Escamilla, Ramos, Félix, Isaac, Ordaz, Rodríguez, Don Mario, Saúl y a todos los que hicieron de esta residencia una gran experiencia profesional.

## INDICE

<u>CONTENIDO</u>	<u>PÁGINA</u>
INTRODUCCION .....	1
OBJETIVOS .....	07
MATERIAL Y METODOS .....	08
DISEÑO ESTADÍSTICO .....	10
RESULTADOS .....	14
CONCLUSIONES .....	16
SUGERENCIAS .....	16
ANEXOS .....	20
BIBLIOGRAFIA .....	25

## INTRODUCCION

El régimen 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 régimen facilita el flujo de usuarios y elementos de ayuda diagnóstica entre aquellos y las unidades familiares. Se entiende por referencia el envío de usuarios o elementos de ayuda diagnóstica por parte de las unidades prestadoras de servicios de salud, a otras instituciones de salud para su 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 que unidades prestatarias de servicios de salud receptoras de la referencia dan al organismo o a la unidad 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 institución receptora, o el resultado de las solicitudes de ayuda diagnóstica.

Aunque normalmente los médicos de atención primaria proporcionan una atención de salud más integral que otros especialistas, existen disparidades persistentes en la integralidad observada entre los distintos especialistas de atención primaria e incluso dentro de los de una misma especialidad. (1)

Las tasas de derivación, envío o referencia de pacientes varían ampliamente, tanto entre un país y otro como dentro de un mismo país. Ello sugiere la existencia de diferencias en las necesidades de la población o bien diferencias en la integralidad de los servicios de salud de la atención primaria.

Las demandas crecientes de atención médica de la población, la transición epidemiológica que vive el país, y la necesidad de incrementar la calidad de la atención médica ofrecida al usuario, han hecho del envío de pacientes un procedimiento cada vez más utilizado.

Mediante el sistema de referencia y contrarreferencia se pretende mejorar el nivel de satisfacción de los usuarios participantes vinculados y la calidad en la prestación de los servicios que reciben, sin embargo, el rebase de indicadores de envíos de pacientes a segundo nivel podrían desequilibrar este sistema produciendo una sobresaturación de la consulta externa en el segundo nivel de atención, prolongando las citas programadas, el tiempo de espera, el tiempo promedio de consulta y por lo tanto la calidad en la atención de los pacientes.(2)

Desde el año 1946 la Organización Mundial de la Salud (OMS) dejó establecido que el hospital es parte integrante de una organización médica y social cuya misión consiste en proporcionar a la población una asistencia médico sanitaria completa, tanto curativa como preventiva, y cuyos servicios llegan hasta el ámbito familiar; siendo además un centro de formación de personal sanitario y de investigación.(3)

Históricamente la Medicina Familiar surgió como un esfuerzo por ofrecer una atención médica humanizada e integral. En la década de los 90 la crisis mundial de los sistemas de servicios de salud obliga a pensar en calidad relacionada con costo efectividad, eficiencia del sistema y función de los distintos esquemas de utilización de los recursos médicos. Los estudios comparativos entre sistemas demostraron que los que tenían una fuerte base de atención primaria de alta calidad, medicina familiar, además de proveer mejor atención médica son más costo efectivos. Este

hallazgo llevó a considerar como uno de los elementos fundamentales de la reforma la reestructuración cuali- y cuantitativa del recurso humano médico.

Es inherente a la organización de los servicios sanitarios en niveles de atención (primaria, secundaria y terciaria) la idea de que existe un punto de entrada cada vez que el paciente tiene un problema de salud y que este punto de entrada debe ser muy accesible. En el lenguaje habitual, este punto de primer contacto se conoce como la «puerta» o el <<filtro>>.

No todos los médicos tienen la misma habilidad para manejar las distintas facetas de la atención, y el rol de filtro conlleva retos particulares, pues los problemas de los pacientes son a menudo vagos y no relacionados con un aparato, y por el diferente umbral de búsqueda de atención algunos pacientes acuden a la consulta en fases más precoces de la enfermedad que otros. Por ello, los médicos de atención primaria se enfrentan a más variedad en la presentación de las enfermedades que los otros especialistas, quienes normalmente atienden a los pacientes en estadios posteriores, más diferenciados. Además, los médicos de atención primaria trabajan en el seno de la comunidad, donde las manifestaciones de las enfermedades se encuentran muy influidas por el contexto social. En cambio, otros especialistas atienden problemas más alejados de su contexto social.

El creciente desarrollo del «filtro» debería acompañarse de una estrategia para obtener información relativa al número y al carácter de las derivaciones, para establecer mejores criterios de derivación y para que otros especialistas desempeñen un rol adecuado en la atención a los pacientes. (4)(5)

El primer nivel de atención es el eje sustantivo de la atención médica, se caracteriza por atender la salud y la enfermedad de la población derechohabiente de un área de influencia definida geográficamente, atiende los problemas de salud de mayor frecuencia, con enfoque interdisciplinario donde se proporcionan servicios de atención integral continua al individuo y a su familia, representa el primer contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema institucional de servicios médicos; se distribuye funcionalmente lo más cerca posible a la población adscrita.

El primer contacto implica la provisión de servicios de salud, así como la utilización de dichos servicios cuando surge una necesidad asistencial (una característica del proceso o de la prestación de la atención).

Sin dudar los niveles de atención de la salud fueron creados y estandarizados para interactuar uno con otro de manera armónica con el fin de otorgar una atención integral en beneficio de la población. Y debido a que los niveles de atención conforman un sistema, éste deberá siempre tener un equilibrio entre los componentes integrantes para que se pueda mantener el buen funcionamiento del mismo. De allí la importancia de un adecuado uso del sistema referencia-contrarreferencia.(6)

La pirámide poblacional en nuestro país se ha invertido y un reflejo de estos cambios se manifiestan en la población adscrita a las unidades de medicina familiar, con predominio de la población adulta y tercera edad, así mismo los servicios de salud presentan mayor demanda de atención por parte de esta población.

De la población adscrita en la UMF21 calculada en 121,255 derechohabientes, el 54.86% son mujeres y 45.14% son hombres, por grupo de edad, la población menor de 9 años constituye el

14.91% del total, de 10 a 19 años el 12.21%, mujeres de 20-59 años 31.72%, hombres de 20-59 años de edad 24.02%, mayores de 60 años representan el 17.3% del total (20,775), porcentaje muy alto similar al de los países desarrollados. Esto implica un envejecimiento de la población y también implica mayor incidencia, prevalencia y complicaciones de las enfermedades inherentes a esta etapa de la vida, por mencionar algunas: Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial, Enfermedades isquémicas del corazón, Enfermedades cerebro-vasculares, padecimientos reumatológicos, oftalmológicos, etc, situación que podría demandar más uso del sistema referencia y contrarreferencia por el aumento de derivaciones de pacientes a segundo nivel. (7)

En el año 2004 se otorgaron un total de 156,000 consultas en la Unidad de Medicina Familiar No.21 (/UMF21) turno matutino y se refirieron 13686 pacientes a segundo nivel. Se observó por lo tanto un indicador de envíos autorizados del 8.77% anual. En comparación con años anteriores, el indicador de envíos se situó en los 4.5 puntos porcentuales para el año 2002 y 3.2 para el año 2003. Si tomamos en cuenta que en la unidad de medicina familiar, el indicador de referencias de pacientes a segundo nivel establecido, no debe de pasar del 2 al 4% del total de consultas tanto por mes como por año, y por tanto el médico familiar debe ser resolutivo en más del 90%, durante el 2004 se duplicó este indicador.

Hubo diferencia en el porcentaje mensual de referencias durante el 2004, en todos los meses del año hubo rebase del indicador como se observa en la distribución siguiente: Enero 6%, Febrero 8.8%, Marzo 8.9%, Abril 7.3%, Mayo 8%, Junio 9.8%, Julio 8.1%, Agosto 10.6%, Septiembre 8.2%, Octubre 8.7%, Noviembre 8.2%, Diciembre 7.6%. Se observó que el porcentaje más alto de

referencias a segundo nivel, se presentó durante el mes de agosto (10.6%).

En ese año la especialidad con mayor demanda de interconsultas fue ortopedia con un total de 2296 referencias (16.2%), seguidas de Oftalmología con un total de 1401 referencias (10.2%) y Cardiología 1207 referencias (8.8%). (8)(9)(10).

Debido a que el porcentaje mas alto de referencias a segundo nivel se presentó durante el mes de agosto (10.6%), se decidió investigar la concordancia diagnóstica de las referencias y contrarreferencias correspondientes a dicho mes con el fin de establecer la relación con el rebase de los indicadores.

Evaluar los diagnósticos de referencia y contrarreferencia, nos permitirá conocer la concordancia diagnóstica existente entre el primer y segundo nivel de atención. La falta de congruencia clínico-diagnóstica por parte del médico familiar en la referencia de pacientes a segundo nivel podría ser un factor que probablemente determine mayor uso del sistema referencia-contrarreferencia y por consecuencia rebase de los indicadores establecidos en la institución.

Se realiza el presente estudio para evidenciar o comprobar objetivamente si el rebase de estos indicadores de referencia se vieron influenciados por la concordancia diagnóstica o la falta de la misma entre los médicos de primer nivel y segundo nivel de atención .

## OBJETIVOS

### OBJETIVO GENERAL

-Conocer la concordancia diagnóstica entre los médicos especialistas de primer y segundo nivel de atención.

### OBJETIVOS ESPECÍFICOS

-Evaluar la concordancia diagnóstica entre primer y segundo nivel de atención y su influencia en el indicador de referencias.

## DISEÑO METODOLÓGICO

El tipo de estudio fue transversal y retrospectivo, porque solo se midió una vez, en un momento determinado y la temporalidad fue retrospectiva del presente hacia el pasado.

La población en estudio fueron los pacientes referidos a los diferentes servicios de segundo nivel durante el mes de agosto del año 2004 en el turno matutino.

El estudio se realizó Unidad de Medicina Familiar No.21 (Francisco Del paso y Troncoso 281) del Instituto Mexicano del Seguro Social, Delegación sur, México, D.F. Localizada dentro del área de la delegación Venustiano Carranza, a un costado del edificio delegacional.

El período de estudio fue del 1ro. De agosto del año 2004 al 31 de agosto del año 2004.

El tipo de población fue una población finita porque se conoció el número total de pacientes referidos durante el período de estudio, lo que significó que no hubo inclusiones de pacientes posterior a ese período de tiempo establecido.

Se incluyó a todo paciente del género tanto masculino como femenino, que fueran derechohabiente a la unidad de medicina familiar no.21 que halla sido referido a segundo nivel al Hospital General de Zona No.30, con diagnóstico de envío a cualquier servicio del hospital de zona correspondiente, durante el período comprendido entre el día primero de agosto y el día 31 de agosto del año 2004, se incluyeron las referencias de médicos familiares y no familiares del turno matutino.

Se excluyó todo paciente referido a segundo nivel en cuyo expediente no se encontraba la contrarreferencia.

Las variables consideradas fueron:

1) Referencia de pacientes a segundo nivel de atención médica, que se definió como el acto de enviar a un paciente a un nivel de atención médica superior, mediante el documento que establece el enlace de la atención entre el primer y el segundo nivel de atención. El indicador para esta variable fue el total de referencias a segundo nivel en el turno matutino durante agosto del año 2004.

2) Concordancia en el diagnóstico, la cual se definió como la justa proporción que guardan entre sí los diagnósticos en los niveles de atención primaria y secundaria, se evaluó mediante la comparación de las hojas de referencia y su correspondiente contrarreferencia, determinándose si hubo mismo diagnóstico o diferente diagnóstico.

3) Especialidad de segundo nivel interconsultada, se definió como servicio de atención médica especializada en un segundo nivel de atención que funge como apoyo a la unidad de medicina familiar correspondiente y se evaluó mediante la contabilización de envíos por especialidad de segundo nivel, emitidos en la UMF 21.

4) Edad, definida como el tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento actual y que se determinó en la referencia médica emitida.

5) Sexo, Se definió como la condición orgánica que diferencia a hombres y mujeres y que se obtuvo de la referencia médica emitida.

## DISEÑO ESTADÍSTICO.

Para la medición de las variables se utilizaron frecuencias simples (razones, tasas y proporciones) para las variables cualitativas y medidas de tendencia central: (moda, media, mediana) para cuantitativas.

Se realizó un estudio transversal, retrospectivo que permitiera obtener información acerca de sistema referencia y contrarreferencia establecido entre la unidad de primer nivel de atención (UMF 21) y el hospital general de zona No.30. Para tal fin se acudió a la UMF 21 al área de informática médica en salud (IMS) Y las áreas de coordinación médica para captar las referencias otorgadas al segundo nivel durante el mes de agosto del año 2004 correspondientes al turno matutino, se seleccionaron las referencias otorgadas únicamente durante el periodo comprendido entre el primero de agosto al 31 de agosto del año 2004.

Se incluyó a todo paciente perteneciente a la UMF #21 del turno matutino, que presentase cualquier diagnóstico de envío, que tuviera cualquier edad, no importando el género perteneciente. Se realizó el conteo total del número de referencias encontradas en los archivos de la unidad durante el período de estudio señalado. Se seleccionaron solamente expedientes que contaran con la referencia y su respectiva contrarreferencia. Se agruparon dependiendo el servicio y el diagnóstico de envío. Posteriormente se revisaron los expedientes clínicos de la unidad para determinar la concordancia diagnóstica entre las referencias y las contrarreferencias emitidas en el tiempo establecido del periodo de estudio.

En la revisión de expedientes seleccionados, se determinó si existía igualdad o diferencia en el diagnóstico entre el primer y segundo nivel de atención, mediante la referencia y contrarreferencia. Se tomó como referencia el índice kappa para buscar la concordancia diagnóstica, la cual fue determinada mediante el uso de calculadora estadística (Semn). Finalmente se realizó el análisis, resultados y conclusiones.

Para la medición de las variables se utilizaron las medidas de resumen: razones, tasas y proporciones para las variables cualitativas. Mediana, promedio, desviación standard para cuantitativas (Stadis 1.05B).

#### Técnicas e instrumentos de recolección de la información

La información obtenida se organizó en base a la expedición de referencias y contrarreferencias específicas por especialidad así como por diagnóstico (igual o diferente), en hojas electrónicas (programa excel).

#### Métodos y procedimientos de análisis de información

El análisis estadístico que se llevó a cabo para el procesamiento de los resultados de esta investigación fué de tipo computarizado, utilizando calculadoras estadísticas (Stadis 1.05 B) (Semn) y los softwares word, Excel para cuadros y gráficas de los datos capturados. Se estableció el número total de referencias y contrarreferencias, su concordancia diagnóstica, distribución de referencias por sexo y edad, e indicadores porcentuales de concordancia entre las diversas especialidades.

## Cronograma de actividades

Inicio de estudio de investigación (protocolo).- Enero 2005

Revisión de Expedientes y Recolección de datos.- 01de JUN 2005  
al 01 de nov 2005.

Organización de datos y análisis estadístico.- 01 de nov 2005 al 31  
de nov 2005.

Resultados y Conclusiones.- 01 de diciembre del 2005 al 12 de  
diciembre 2005.

## Consideraciones Éticas

El tipo de estudio elaborado no contempla la inclusión de seres humanos como sujetos de experimentación y la necesidad de consentimiento informado, por lo que no es concerniente el ajuste a lo establecido en el código de Nuremberg, o el Informe Belmont ni en lo establecido en la ley general de salud por lo que no se atenta contra los aspectos éticos en la realización del presente estudio de investigación.

Se deben de tomar ciertas consideraciones éticas para la realización de estudios de investigación, a continuación se citan las normas éticas consideradas:

### Título sexto

De la ejecución de investigación en las instituciones de atención a la salud

Capítulo único.

- Artículo 113
- Artículo 114

- Artículo 115
- Artículo 116
- Artículo 117
- Artículo 118
- Artículo 119
- Artículo 120

#### Difusión

Los resultados del presente estudio de investigación se difundirán en sesiones generales de unidades de Medicina Familiar y se presentará en foros regionales y nacionales a los que sea invitado a participar, así como en la revista de la institución (IMSS)

## RESULTADOS

Se incluyeron en el estudio un total de 1446 casos de los cuales se estudiaron 1115 casos (77%) debido a que el resto presentaba algún criterio de pérdida (no se encontraba en el expediente la contrarreferencia). Del total de casos, el 62.15% (693) correspondió al género femenino mientras que el 37.85% (422) lo fue para el género masculino. Por grupo de edad, la referencia de pacientes en menores de 1 año correspondió a una proporción de 1 % (10 envíos), de 1 a 9 años 8% (95), de 10 a 19 años 5% (58), 60y + años 30% (331) se observó una mayor proporción de referencias en el grupo de edad comprendido entre los 20 y los 59 años de edad (621) correspondiente al 56%. La edad media (DE) de los pacientes estudiados fue de 44.98 (21.3) años.

De las referencias otorgadas durante el mes de agosto del 2004, la especialidad que registró mayor interconsulta fue el servicio de Ortopedia con un total de 170 envíos, con una proporción correspondiente al 15%, seguida de Cardiología con 125 envíos (11%), Oftalmología 111 envíos (10%), Ginecología 102 envíos (9%), Dermatología 89 envíos (8%), Medicina interna 77 envíos (7%) Otorrinolaringología 74 envíos (7%), Cirugía general 57 envíos (5%), Obstetricia 51 envíos (5%), Reumatología 49 envíos (4%), Endocrinología 46 envíos (4%), Urología 40 envíos (4%), Neurología adultos 44 envíos (4%), Pediatría 14 envíos (1%). Los servicios interconsultantes de menor demanda fueron: Neurología pediatría 11 envíos (1%), Proctología 6 envíos (.5%), Urg Adultos 5 envíos (.5%).

De acuerdo a la concordancia en el diagnóstico, se observó que la mayor proporción se encontraba con los servicios de Obstetricia (90%), Ginecología (84%), Proctología (83%), seguidos de Urología (80%), Urgencias adultos (80%), Ortopedia (79%), Angiología (78%), , Neurología adultos (77%), Cirugía general (75%), Psiquiatría (71%), Neurología pediátrica (63%), Cardiología (60%), Oftalmología (59%), Pediatría (57%), Medicina interna (54%), Endocrinología (41%) y con la menor proporción de concordancia en los servicios de ORL (33%), Dermatología (31%), Reumatología (28%).

Por lo tanto, de los 1115 casos estudiados, se encontró que en 703 de ellos hubo concordancia y en 412 no la hubo, esto significa el 64.75% de concordancia diagnóstica entre el primer nivel y segundo nivel de atención en el periodo de tiempo y el lugar de estudio establecido.

## CONCLUSIONES

El estudio realizado permitió conocer la concordancia diagnóstica entre los médicos del primer nivel y el segundo nivel de atención y su relación con el sobre envío de pacientes a los servicios interconsultantes. En términos generales se puede establecer que en la UMF 21 turno matutino de cada 100 pacientes que el médico familiar refiere a segundo nivel en 65 (.65) existió concordancia en el diagnóstico con el resto de los especialistas y en 35 nó.

De acuerdo a lo establecido en el tabulador de concordancia del índice kappa, los resultados obtenidos en la investigación corresponden a una concordancia buena (.65), Por lo tanto se puede concluir que si la concordancia diagnóstica entre el primer y segundo nivel es buena y que quizá existan otros factores que se estén relacionando con el sobreenvío de pacientes.

## COMENTARIOS Y SUGERENCIAS

Se pudieron identificar servicios del segundo nivel en donde la concordancia diagnóstica es débil como en el caso de reumatología y dermatología y moderada como en el caso de ORL, lo que nos da una idea de las áreas en donde los médicos de atención primaria estamos teniendo dificultad en el diagnóstico y por lo tanto en el manejo satisfactorio de los pacientes. Queda claro que la actualización médica continua en atención primaria será de suma importancia para equilibrar esta diferencia de concordancia entre los servicios de referencia.

Si se mejora en la capacidad diagnostica, se conseguirá que la concordancia entre los médicos especialistas aumente y por lo tanto repercuta en la calidad en la atención, mejor uso del sistema referencia- contrarreferencia y que la unidad tenga mejor efectividad.

Por otro lado es factible que existan otros factores que esten involucrados en la mayor demanda de referencias de pacientes a segundo nivel. En el estudio de investigación se observó que existen pacientes que por normatividad en la calidad de la atención de pacientes diabeticos es necesaria su referencia a oftalmología por lo menos 1 vez al año para su valoración. Si tomamos en cuenta que la incidencia y prevalencia de enfermedades crónico-degenerativas están en aumento debido a la transición epidemiológica e inversión de la piramide poblacional, entonces el uso del sistema referencia y contrarreferencia aumentará.

También se observó que varios pacientes tuvieron que ser referidos ya que se necesitaba actualización de hoja de protocolo para poder seguir otorgando un medicamento determinado. Otros pacientes se enviaban para recibir tratamiento farmacológico no por falta de certeza en el diagnóstico, sino por no contar en cuadro básico con algunos medicamentos que seguramente se podrían manejar en primer nivel como lo es el caso específico de Aciclovir o Itraconazol por mencionar algunos. En otros casos se tuvieron que referir pacientes para realizar pruebas diagnósticas como densitometrías óseas o mastografía.

Estos son factores que contribuyen a que se realice mayor uso del sistema referencia y contrarreferencia. En acorde con este estudio de investigación, sería oportuno contemplar estos factores y determinar su participación específica sobre los indicadores de referencia, sería un estudio de interés a desarrollar en un futuro próximo.

En lo que respecta al indicador de eficacia (porcentaje de pacientes referidos de la consulta de medicina familiar a la consulta de especialidades) cuyo valor es del 2-4% mensual desde el año 2002 al 2005, sería importante revisarlo y tratar de modificarlo puesto que como ya se comentó existen circunstancias en las cuales es inevitable hacer uso de la referencia y la contrarreferencia ante estas situaciones y de no modificarse podría seguir repercutiendo en el no cumplimiento de este indicador.

Por otro lado, aunque la concordancia diagnóstica es buena en general, será importante que se apoye en la capacitación médica continua al médico familiar para aumentar esta concordancia. Existe en la unidad una sesión general por semana, creo que aumentar las sesiones por lo menos una más por semana enfocada a temas de las especialidades en donde estamos fallando en la unidad, invitando como ponentes a los mismos especialistas de el hospital de referencia correspondiente a la participación de las sesiones, beneficiaría al médico familiar, a la unidad y a la calidad en la atención de los pacientes.

También sería conveniente incluir en la medida de lo posible medicamentos en cuadro básico como los ya mencionados para que de esta manera no se refieran pacientes a segundo nivel, considero que el médico familiar tiene capacidad para manejar cierto grupo de medicamentos que se encuentran en segundo nivel. Lo mismo sucede con servicios de imagen como mastografía y densitometría. Quizá sea menos costoso realizar estos estudios en la unidad de medicina familiar (mediante la capacitación de personal y por que nó del mismo médico familiar) que en otras unidades de atención superior. En otros países se ha hecho como en el caso de Costa Rica en donde el médico familiar por citar un ejemplo, se encuentra capacitado para realizar endoscopías ya que en ese país las enfermedades de tracto digestivo son un

problema prevalente y que no se aleja de nuestra realidad ya que la enfermedad ácido-péptica ocupa uno de los principales motivos de consulta en la unidad. En nuestro caso, en los programas integrados de salud en lo referente a salud en la mujer, uno de los componentes de detección de enfermedades, es la mamografía a partir de los 50 años de edad con una frecuencia para realizar el estudio de cada 2 años (solamente para detección) si tomamos en cuenta que gran parte de la población tanto adscrita como por grupo de edad son mujeres (54.86% adscrita y 31.72% entre 20 y 59 años), entonces la mastografía es un estudio de suma importancia en la unidad.

## ANEXOS

### Anexo1 (Variables).

<i>VARIABLES de ESTUDIO</i>	Definición Conceptual	Definición Operacional	Escala de Medición	Indicador
Referencia de Pacientes a segundo nivel de atención médica	Acto de enviar a un paciente a un nivel de atención médica superior	Documento mediante el cual se establece el enlace de la atención entre primer y segundo nivel de atención (4-30-8)	Cuantitativa	Total de referencias a segundo nivel en el turno matutino durante agosto del 2004.
Concordancia en el Diagnóstico	Justa proporción ó correspondencia que guardan entre sí los diagnósticos en los niveles de atención primaria y secundaria	Comparación que se obtendrá de las hojas de referencia y contrarreferencia.	Binominal	1.-Sí 2.-No
Especialidad de segundo nivel interconsultada	Servicio de atención médica especializada en un segundo nivel de atención.	(4-30-8) establecida en expediente clínico y expediente electrónico	Cualitativa Nominal	1.-Cardiología 2.-Neurología 3.-Oftalmología 4.-Reumatología 5.-Otorrinolaringol. 6.-Endocrinología 7.- Psiquiatría 8.- Med Interna 9.-Pediatria 10.-Cirugía, etc.
Variables Universales Sexo	Condición orgánica que diferencia a hombres de mujeres	Información obtenida en la referencia médica (4-30-8)	Cualitativa Nominal	1.-Masculino 2.-Femenino
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento actual	Información obtenida de la referencia médica	Cuantitativa Discreta	1.< 1 año 2.1-9 años 3.10-19 años 4. 20-59 años 5.60 y +años

## Anexo 2. Consideraciones Eticas

### TITULO SEXTO

### DE LA EJECUCION DE LA INVESTIGACION EN LAS INSTITUCIONES DE ATENCION A LA SALUD

#### *CAPÍTULO 1,*

ARTÍCULO 113. La conducción de la investigación estará a cargo de un investigador principal, quien deberá ser un profesional de la salud y tener la formación académica y experiencia adecuada para la dirección del trabajo a realizar, además de ser miembro de la institución de atención a la salud y contar con la autorización del jefe responsable de su área de adscripción.

ARTÍCULO 114. Para efectos de este reglamento se consideran profesionales de la salud aquellas personas cuyas actividades relacionadas con la medicina, odontología, veterinaria, biología, bacteriología, enfermería, trabajo social, química, psicología, ingeniería sanitaria, nutrición, dietología, patología y sus ramas y las demás que establezcan otras disposiciones legales aplicables, requieren de título profesional o certificado de especialización legalmente expedido y registrado por las autoridades educativas competentes.

ARTÍCULO 115. Las investigaciones se desarrollarán de conformidad con un protocolo, el cual será elaborado de acuerdo a la norma técnica que para el efecto emita la Secretaría e incluirá los elementos que permitan valorar el estudio que se propone realizar.

ARTÍCULO 116. El investigador principal se encargará de la dirección técnica del estudio y tendrá las siguientes atribuciones:

I. Preparar el protocolo de investigación;

II. Cumplir los procedimientos indicados en el protocolo y solicitar autorización para la modificación en los casos necesarios sobre aspectos de ética y bioseguridad.

III. Documentar y registrar todos los datos generados durante el estudio.

IV. Formar un archivo sobre el estudio que contendrá el protocolo, las modificaciones al mismo, las autorizaciones, los datos generados, el informe final y todo el material documental y biológico susceptible de guardarse, relacionado con la investigación.

V. Seleccionar al personal participante en el estudio y proporcionarle la información y adiestramiento necesarios para llevar a cabo su función, así como mantenerlos al tanto de los datos generados y los resultados.

VI. Elaborar y presentar los informes parciales y finales de la investigación; y

VII. Las otras afines que sean necesarias para cumplir con la dirección técnica de la investigación.

ARTÍCULO 117. El investigador principal seleccionará a los investigadores asociados con la formación académica y experiencia idóneas en las disciplinas científicas que se requieran para participar en el estudio.

ARTÍCULO 118. El investigador principal seleccionará al personal técnico y de apoyo con la experiencia necesaria para asegurar su competencia en la realización de las actividades que se les asignen y, en su caso, cuidará que reciban adiestramiento y capacitación para realizar correctamente sus tareas de acuerdo al nivel de supervisión que estará disponible durante la conducción del estudio.

ARTÍCULO 119. Al término de la ejecución de la investigación, el investigador principal tiene la responsabilidad de presentar a la Comisión de Investigación de la Institución de atención a la salud, un informe técnico que incluya los elementos que indique la norma técnica que al respecto emita la Secretaría.

ARTÍCULO 120. El investigador principal podrá publicar informes parciales y finales de los estudios y difundir sus hallazgos por otros medios, cuidando que se respete la confidencialidad que tiene los sujetos de investigación, así como la que se halla acordado con los patrocinadores del estudio. Además de dar el debido crédito a los investigadores asociados y al personal técnico que hubiera participado en la investigación, deberá entregar una copia de estas publicaciones a la dirección de la institución.

### Anexo 3.Cronograma de actividades

Actividad	Ene 05	Feb 05	Mar 05	Abr 05	Ma 05	Jun 05	Ago 05	Sep 05	Oct 05	Nov 05	Dic 05
Información para elaboración de protocolo	RP										
Elaboración de protocolo		PR	PR	PR							
1raRevisión por comité				PR							
2da.Revision por comité					P R						
3raRevisión por comité						PR					
4taRevisión por comité							PR				
5ta.revisión por comité								PR			
Registro de protocolo ante comité									PR	PR	
Recolección de la Información						PR	PR	PR	PR	PR	
Organización de datos										PR	
Análisis de Datos										PR	
Resultados											PR
Conclusiones											PR

P= Planeado  
R= Realizado

## *BIBLIOGRAFÍA*

1. Sansó J. Félix. La referencia y contrarreferencia como expresión de la interrelación policlínico-hospital. *Rev Cubana, Med Gen Integr* 2002; Vol.3: 3-15
2. Donabedian A. La calidad de la atención médica. *La Prensa Medica Mexicana* 1991:03-95
3. Knox, E.G.: La epidemiología en la Planificación de la Atención de Salud. Siglo XXI Ed. 1980,57-76.
4. Herrero J.J. Aplicación del análisis coste-beneficio en la planificación de los servicios sanitarios. *Masson* 2000: 08-138
5. Ministerio de Sanidad y Consumo. Evaluación de la asistencia ambulatoria. Dirección General de Planificación Sanitaria. Madrid 1990: 02-25
6. Ministerio de Sanidad y Consumo. Plan de Garantía de Calidad Total en Atención Sanitaria. Programa marco. *INSALUD* 1988: 10-55
- 7.- Campos A. Leonor. Diagnóstico de salud 2004. *IMSS*, págs 19-27
- 8.- *Informática Médica en Salud (IMS) 2004-2005*
- 9.- *Archivos de Coordinación Médica, 2004*
- 10.- [www.imss.gob.mx/dpm/dties/produccion/Normatividad/Menu.htm](http://www.imss.gob.mx/dpm/dties/produccion/Normatividad/Menu.htm)