



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACIÓN
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 1
CIUDAD OBREGÓN, SONORA

TESIS

**FACTORES DERIVADOS DE LA INCONGRUENCIA CLÍNICO DIAGNÓSTICA EN
EL SISTEMA DE REFERENCIA DE UNA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR A UN
HOSPITAL GENERAL DE SUB ZONA.**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR**

PRESENTA:
DR. CÉSAR MANUEL ÁLVAREZ PACHECO

CIUDAD OBREGÓN, SONORA. 2017



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.

**FACTORES DERIVADOS DE LA INCONGRUENCIA CLÍNICO DIAGNÓSTICA EN EL
SISTEMA DE REFERENCIA DE UNA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR A UN
HOSPITAL GENERAL DE SUB ZONA.**

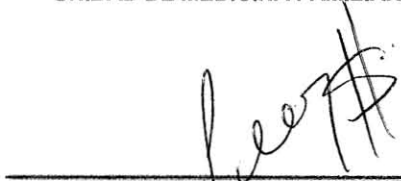
**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR**

**PRESENTA:
DR. CÉSAR MANUEL ÁLVAREZ PACHECO**

AUTORIZACIONES:



**DRA. ANACELIA ESCOBEDO FUENTES
ASESOR DE TESIS
MÉDICA ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 1**



**DR. FERNANDO SOTO ACEVEDO
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA
FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES DEL IMSS
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 1**



**DRA. CELINA BARRERAS GIL
COORDINADORA CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 1**

**FACTORES DERIVADOS DE LA INCONGRUENCIA CLÍNICO DIAGNÓSTICA EN EL
SISTEMA DE REFERENCIA DE UNA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR A UN HOSPITAL
GENERAL DE SUB ZONA.**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR**

**PRESENTA:
DR. CÉSAR MANUEL ÁLVAREZ PACHECO**

AUTORIZACIONES:



**DR. EUSEBIO ROSALES PARTIDA
COORDINADOR DE PLANEACIÓN Y ENLACE INSTITUCIONAL
DELEGACIÓN SONORA**



**DRA. BENITA ROSARIO URBÁN REYES
COORDINADORA AUXILIAR DE EDUCACIÓN EN SALUD
DELEGACIÓN SONORA**



**DRA. CRUZ MONICA LÓPEZ MORALES
COORDINADORA AUXILIAR DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
DELEGACIÓN SONORA**

**"FACTORES DERIVADOS DE LA INCONGRUENCIA CLINICO
DIAGNOSTICA EN EL SISTEMA DE REFERENCIA DE
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR A UN HOSPITAL
GENERAL DE SUB ZONA"**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA
EN MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA

DR. CESAR MANUEL ALVAREZ PACHECO

AUTORIZACIONES



**DR. JUAN JOSÉ MALÓN RAMÍREZ
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.**



**DR. GEOVANI LÓPEZ ORTIZ
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.**



**DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.**

ÍNDICE

	Contenido	Página
I.	Resumen.....	6
II.	Introducción.....	7
III.	Planteamiento del problema.....	11
IV.	Justificación.....	13
V.	Objetivo general.....	15
VI.	Hipótesis.....	16
VII.	Material y métodos.....	17
VIII.	Resultados.....	24
IX.	Discusión.....	25
X.	Conclusión.....	27
XI.	Recomendaciones.....	28
XII.	Bibliografía.....	30
XIII.	Anexos.....	33

I. RESUMEN

FACTORES DERIVADOS DE LA INCONGRUENCIA CLÍNICO DIAGNÓSTICA EN EL SISTEMA DE REFERENCIA DE UNA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR A UN HOSPITAL GENERAL DE SUB ZONA.

¹Alvarez-Pacheco CM, ²Escobedo-Fuentes A.

1 Alumno del curso de Especialización en Medicina Familiar para Médicos Generales del IMSS. UMF#26.

2 Médico Especialista en Medicina Familiar, UMF#1

Introducción. El recurso de envío a un segundo nivel de atención, en una clínica de primer nivel, es una herramienta fundamental para la Institución, por lo que es importante conocer factores que derivan la ausencia de congruencia clínica en el que se basa su estrategia de utilización. **Objetivo.** Determinar factores derivados de la incongruencia clínico diagnóstica en el sistema de referencia de una unidad de medicina familiar a un Hospital General de Sub Zona. **Materiales y métodos.** Se realizó un estudio de sistemas de salud, observacional, analítico, transversal, ambidireccional. Se reclutaron 136 envíos, dirigidos a segundo nivel, se detectó la presencia y/o ausencia de congruencia clínico-diagnóstica, se buscó presencia de factores descritos como variables: tiempo de espera, complicaciones y diferencia de costos en la atención según los diagnósticos de envío y de egreso. Se analizó con razón de momios (RM) y Ji cuadrada. **Resultados.** El 20.6% presentó incongruencia clínico-diagnóstica, el promedio de diferimiento de días fue 36.06 días (DE 28.816), la especialidad con más envíos fue: Cirugía con 28 y el 21.3% presentó complicaciones. Los factores derivados encontramos que el diferimiento de días RM=0.765, IC95%(0.14-4.011), p=0.668; la presencia de complicaciones con RM=1.303, IC95%(0.491-3.455), p=0.594; y de la diferencia de costos con RM=1.831, IC95%(0.632-5.302), p=0.260. **Conclusión.** El diferimiento de días, la presencia de costos y la diferencia de costos no están asociados como factores derivados de la incongruencia clínico-diagnóstica en el sistema de referencia de una Unidad de Medicina Familiar a un Hospital General de Sub Zona.

Palabras claves: *Factores derivados, Incongruencia clínico-diagnóstica, Sistema de referencia-contrarreferencia, costos.*

II. INTRODUCCIÓN

El aprovechamiento del recurso de envío a un segundo nivel de atención, desde el inicio de la misma, en una clínica de primer nivel, puede generar la diferencia entre la vida o la muerte para un paciente determinado, constituyendo una herramienta fundamental para la Institución, por lo que es de principal importancia el conocer los factores que se derivan de la ausencia de congruencia clínica en el que se basa su estrategia de utilización.¹

En la atención del paciente de una Institución, tiene tanta relevancia la oportunidad en su atención, como la eficiencia de las acciones empleadas en cumplir la misma, la suma de ambas condiciones determina el éxito de la intervención que el equipo médico puede prestarle; que en ausencia del mismo expone al paciente y a su Unidad de Salud a riesgos trascendentales en su pronóstico clínico y económico, respectivamente.¹

Históricamente, se ha conceptualizado a la medicina como el arte de conservar su salud del hombre, de ayudarlo a rehabilitarse y a vivir con la máxima plenitud de sus facultades, sustentando su práctica en “la clínica”, concepto que abarca el estudio ordenado de las diversas manifestaciones de enfermedad, sean éstas reveladas por el interrogatorio, el examen físico o con el apoyo de procedimientos auxiliares, con el propósito de precisar un diagnóstico, aplicar un tratamiento, establecer un pronóstico, instituir medidas preventivas o de rehabilitación apropiadas a un paciente en particular, otorgando a la aplicación de tales condiciones, el referente de congruencia.^{1,2} La aplicación de este concepto de práctica clínica, determina la congruencia en las diferentes acciones en salud, por lo que debe estar presente desde el ejercicio de la medicina preventiva, la diagnóstica, la referencial y la terapéutica, sustentándose en la base referencial que la ausencia de la misma implica complicaciones potenciales.³

La calidad de la atención médica es un factor estratégico clave; la Organización Mundial de la Salud la define como el logro de un alto nivel de

excelencia profesional y de satisfacción del paciente, la existencia de mínimos riesgos y el uso eficiente de los recursos. La calidad es definida primariamente por los pacientes a partir de sus valores y expectativas, de forma que la satisfacción del paciente es al mismo tiempo objetivo y resultado de la atención. En consecuencia, la satisfacción puede ser entendida como el estado afectivo resultado de la percepción del usuario hacia diferentes aspectos de la atención médica, incluida la capacidad técnica del personal médico.⁴

“El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) tiene como objetivos garantizar el derecho humano a la salud, otorgar asistencia médica y prestar los servicios sociales necesarios para el bienestar individual y colectivo”⁵ por lo que, para lograrlos, a pesar de la cobertura poblacional que abarca, tiene la necesidad de implementar estrategias clave, como el fraccionamiento en niveles, de la atención médica que se presta, de tal manera que se emiten en la Norma Oficial, los siguientes conceptos:

PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN: El primer nivel es el más cercano a la población, o sea, el nivel del primer contacto. Está dado, en consecuencia, como la organización de los recursos que permite resolver las necesidades de atención básica más frecuentes, que pueden ser resueltas por actividades de promoción de salud, prevención de la enfermedad y por procedimientos de recuperación y rehabilitación. Es la puerta de entrada al sistema de salud. Se caracteriza por contar con establecimientos de baja complejidad, como consultorios, policlínicas, centros de salud, etc. Se resuelven aproximadamente 85% de los problemas prevalentes. Este nivel permite una adecuada accesibilidad a la población, pudiendo realizar una atención oportuna y eficaz.⁶

SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN: Lo constituyen los hospitales generales de subzona, zona o región en donde se atienden a los pacientes, remitidos por los servicios de los distintos niveles de atención, de acuerdo a la regionalización de los

mismos, para recibir atención diagnóstica, terapéutica y de rehabilitación de conformidad con la complejidad del padecimiento.⁷

TERCER NIVEL DE ATENCIÓN: Lo constituyen la red de hospitales dotados con alta tecnología y máxima capacidad resolutive diagnóstica terapéutica, en donde se atienden patologías de alta complejidad. En ellos se atiende a los pacientes que las Unidades Médicas Hospitalarias del segundo nivel remiten, o por excepción los que envíe el primer nivel de conformidad con la complejidad del padecimiento.⁷

Por definición los pacientes podrán ser enviados y remitidos de un nivel a otro, conforme su estado de salud lo requiera, para que puedan acceder a los servicios de salud que se le puedan brindar, para ampliar sus expectativas de vida y de ser posible, para mejorar su estado; empleando en tal caso el Sistema de Referencia y Contrarreferencia, que por definición de la Norma Oficial es el “procedimiento médico-administrativo que vincula los servicios institucionales para garantizar la continuidad y la integridad de la atención médica, relacionando los tres niveles de atención de conformidad con la regionalización de los servicios”.⁷

La eficiencia de este proceso tendrá efecto directo e indirecto en los costos económicos en salud de todas las instituciones, por lo que del correcto y oportuno envío, dependerá la efectividad de la atención y el impacto que las intervenciones en tiempo y forma tienen en el estado de salud de un paciente con la correspondiente repercusión monetaria para el sistema salubre que costea los tratamientos.⁸

El concepto de niveles de atención se basa en que existe una necesidad de asistencia originada en una situación o problema de salud específicos, y un grado de complejidad necesario para lograr la capacidad de resolución adecuada en términos de sistema de salud, determinando el tipo de servicio que debería ser ofrecido para satisfacer esa necesidad. De ese modo, se presupone la existencia de una relación de eficacia y eficiencia entre la complejidad de un problema de salud y la de los métodos y técnicas requeridos para atenderlos.⁹

Esta integración entre niveles deberá ser reformulada a partir del conocimiento de la problemática actual, de medir las acciones de salud que se están llevando adelante para establecer si la dirección es la correcta. La integración entre niveles asistenciales funcionando como red coordinada de servicios que proporcionan la continuidad asistencial a una población determinada tiene más ventajas sanitarias y económicas que inconvenientes.¹⁰

Desde otro punto de vista es obligación del Estado la búsqueda de la eficiencia y la eficacia en el uso de los recursos integrando los mismos a un sistema que funcione en red, por lo que la necesidad de formación de la red integrada de servicios de salud debe ser otra dimensión de análisis del problema.⁹

La falta de coordinación en el Sistema de Salud afecta directamente al total de la población que queda bajo su área de cobertura. Lo hace directamente en su salud, debido a la incorrecta solución de los problemas e indirectamente ya que genera gastos directos de bolsillo ya sea en traslados innecesarios en la búsqueda de mayor complejidad o en el uso del subsistema privado o en la compra directa de medicación.⁹

Por todo los fundamentos antes citados puede deducirse que existe relación causal entre la incongruencia clínico diagnóstica en la realización de envíos de una Unidad de Medicina Familiar y algunos factores derivados, de esta, es decir, la congruencia en la ejecución del sistema de referencia y contrarreferencia entre unidades de 1er y 2do nivel de atención, generará determinadas situaciones, que impactarán en el pronóstico de salud del paciente y administrativo de la institución.⁹

III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Derivado del compromiso gubernamental establecido en 1978 en Alma Ata, bajo el propósito de lograr la meta Salud para todos los ciudadanos del mundo para el año 2000, cualquier país aspira a una cobertura de servicios de salud básicos para 100 % de la población. La cobertura de servicios, matizada por la accesibilidad (condición de la población para usar o ser atendido por los servicios de salud), que puede ser económica, geográfica, cultural y organizacional; promoviendo la accesibilidad es como las instituciones propiciarán la utilización de sus servicios. Desde esta perspectiva, el tiempo de espera para recibir consulta constituye una barrera o condición de accesibilidad de tipo organizacional y, según Donabedian, se precisa como indicador de resultado en cuanto a la importancia de la opinión del usuario.^{11, 12}

Existe la sospecha de la existencia de causalidad entre los procesos incongruentes y las complicaciones de tiempo y económicas en los sistemas de salud, pero no existe un fundamento metodológico que lo compruebe. No existen investigaciones previas ni evaluaciones específicas que comprueben la relación directamente proporcional entre las variables.¹²

En todas las Unidades de medicina familiar existe un método de control de los envíos realizados, con el que se genera estadística básica, que arroja tanto el número de referencias emitidas, como la especialidad de 2do y/o 3er nivel de atención a la que se dirigen, pero en esta, no se controla el diagnóstico de envío, razón fundamental por lo que se solicita la interconsulta; conocer el dato es la primera finalidad de esta investigación, ya que analizando este concepto se podrá fundamentar con las guías de práctica clínica, la presencia o ausencia de congruencia clínica en los mismos.¹²

No existen en la UMF #26 procedimientos de análisis y evaluación sobre el sistema de referencia y contrarreferencia, por lo que no se conocen cifras de

presentación de congruencia en la emisión de envíos, ni existe un sistema de control, con respecto a los formatos de egreso o alta de las especialidades de segundo nivel.

La percepción general de este proceso, en el primer nivel de atención, arroja la inminencia de complicaciones en este sistema, por lo que administrativa y médicamente es de gran utilidad conocer la situación específica, ya que esta investigación no sólo analizará la presencia de defectos en la congruencia en la emisión de envíos, si no que medirá la fuerza de asociación causal entre estos y algunos efectos específicos.¹¹

Puede deducirse entonces, que tanto el tiempo de espera en recibir la atención, como la eficiencia en el diagnóstico y la oportunidad en la referencia del paciente a niveles superiores de atención, son factores con alto impacto en la congruencia y/o efectividad de los servicios prestados, que de no cumplirse, conducirán a un estado de inconsistencias que afecte, consecuentemente, el pronóstico del paciente, teniendo implicaciones económicas que de esta condición se generen para la Institución, por lo que puede plantearse la siguiente duda metodológica:

¿Cuáles son los factores derivados de la incongruencia clínico diagnóstico en las referencias de una unidad de medicina familiar a un Hospital General de Sub Zona?

IV. JUSTIFICACIÓN

El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) tiene como objetivos garantizar el derecho humano a la salud, otorgar asistencia médica y prestar los servicios sociales necesarios para el bienestar individual y colectivo. “Esta institución ampara alrededor de 48 millones de mexicanos; para brindarles un mejor servicio ha emprendido una serie de reformas, entre las que destaca un sistema de mejoramiento continuo de la calidad de la atención médica.”¹³

El Sistema de Referencia y Contrarreferencia, es un procedimiento administrativo que emana del modelo de atención a la salud para la población.

Las instituciones involucradas asumen los derechos y obligaciones correspondientes y conforman la red de servicios en salud, obligando a la dinámica de un proceso activo de envío de pacientes, el cual, de ser oportuno y correcto impactará oportunamente en los costos de una atención cuya tendencia creciente va hacia la prevención, evitando al máximo la posibilidad de complicaciones en salud, que además de aumentar la morbilidad de la población, aumentan a su máxima expresión, los costos de un sistema de salud decadente y potencialmente en agonía monetaria.¹⁴

El conocer los factores derivados de la presentación incongruente de los envíos a segundo nivel de atención es de gran importancia, pues representa un complemento al diagnóstico situacional directivo y administrativo, pues las fallas en el sistema de referencia y contrarreferencia le crea a la Institución, un aumento en la inversión económica en la atención de los pacientes, lo cual implica mayor gasto en papelería, el involucramiento de más personal y finalmente el tratar pacientes con enfermedades más avanzadas, que por ende representa también elevación en los costos de su abordaje.¹³

La monitorización en tiempo, de la presentación de efectos derivados de no aplicar la congruencia clínico diagnóstica en el proceso de envío de pacientes de un

primer a un segundo nivel de atención, es de vital importancia para el paciente, ya que el retraso en su atención, y la presentación de complicaciones en su enfermedad, tienen impacto directo sobre su salud y sobre su economía, sobre su estabilidad familiar y sobre su estado general, esta evaluación reflejará la potencial presencia de factores que presumiblemente se derivarían de una incongruencia en el sistema de su atención, por lo que será de gran relevancia el conocimiento del estado de este proceso.^{13,14}

V. OBJETIVOS:

Objetivo general:

Determinar los factores derivados de la incongruencia clínico diagnóstico en el sistema de referencia de una unidad de medicina familiar a un hospital general de sub zona.

Objetivos específicos:

Medir el tiempo de espera para obtener la consulta de segundo nivel, a partir de la emisión de una referencia de primer nivel de atención a segundo nivel de atención.

Establecer la presencia de complicaciones en los pacientes, a partir del diagnóstico de envío, en las referencias dirigidas a los servicios de segundo nivel de atención.

Compararlos costos generados de la atención a los pacientes, según el diagnóstico de egreso, contra los gastos esperados según del diagnóstico de envío.

Determinar la asociación entre la incongruencia clínica diagnóstica y el diferimiento para recibir la consulta de segundo nivel.

Determinar la asociación entre la incongruencia clínica diagnóstica y la presencia de complicaciones.

Determinar la asociación entre la incongruencia clínica diagnóstica y la diferencia de costos en los envíos a segundo nivel.

VI. HIPÓTESIS

HIPÓTESIS DE TRABAJO

H1. Las referencias realizadas con incongruencia clínica diagnóstica, producen un mayor tiempo de espera para recibir la consulta de segundo nivel, que las que se realizan con congruencia clínico-diagnóstica.

H2. La incongruencia clínico-diagnóstica en la elaboración de las referencias a especialidades de segundo nivel, condiciona la existencia de complicaciones de los padecimientos iniciales, aumentando la morbilidad del paciente enviado, a diferencia de las que se realizan con congruencia clínico-diagnóstica.

H3. La presencia de incongruencia en la elaboración de referencias a especialidades de segundo nivel, genera un costo mayor al que se genera cuando se realizan con congruencia clínico-diagnóstica, según los costos establecidos en el GRD, respecto a los diagnósticos de envío y egreso de los pacientes.

HIPÓTESIS NULA

H01. Las referencias realizadas con incongruencia clínica diagnóstica, producen un tiempo de espera para recibir la consulta de segundo nivel, similar al que las que se realizan con congruencia clínico-diagnóstica.

H02. La incongruencia clínico-diagnóstica en la elaboración de las referencias a especialidades de segundo nivel, no condiciona la existencia de complicaciones de los padecimientos iniciales, no existiendo diferencia con las que se realizan con congruencia clínico-diagnóstica.

H03. La presencia de incongruencia en la elaboración de referencias a especialidades de segundo nivel, genera un costo similar al que se genera cuando se realizan con congruencia clínico-diagnóstica, según los costos establecidos en el GRD, respecto a los diagnósticos de envío y egreso de los pacientes.

VII. MATERIAL Y MÉTODOS

7.1 Características del lugar donde se realizará el estudio:

El estudio se realizó en la Unidad de Medicina Familiar número 26, en Yavaros, Sonora. El cual se realizó en un intervalo de tiempo de un año.

La UMF No. 26 es una clínica de primer nivel de atención médica que cuenta con dos consultorios de Medicina Familiar, con servicio al derechohabiente de lunes a viernes, en el turno matutino con un horario de 8:00 a 16:00 y vespertino de 12:00 a 20:00. Esta clínica se encuentra localizada al sur del municipio de Huatabampo ubicada en el puerto de Yavaros. Por sus características demográficas se trata de población rural, cuenta con servicios de alumbrado público y agua potable, y a ella llegan pacientes de las diferentes comunidades y locales por medio de transporte público o automóvil.

7.2 Diseño y tipo de estudio

Tipo de Investigación: Sistemas de Salud.

Diseño del estudio: Observacional, Analítico, Transversal, Ambidireccional.

7.3 Definición operacional y conceptual de las variables.

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	INDICADOR
VARIABLE INDEPENDIENTE				
Congruencia clínico-diagnóstica	Relación lógica y coherente que se establece entre los elementos existentes en las acciones médicas.	Condición de equilibrio y coherencia entre los elementos de la anamnesis y la exploración, con la emisión de la impresión diagnóstica y la decisión terapéutica, según las diferentes Guías de Práctica Clínica.	Nominal	SI/NO
VARIABLES DEPENDIENTES: FACTORES DERIVADOS				
Tiempo de espera para la consulta de segundo nivel	Periodo tal que tarda en llevarse a cabo una acción específica	Tiempo que transcurre entre el envío desde la consulta de 1er nivel y la atención del paciente en 2do nivel.	Numérica Nominal dicotómica	Número de días -Con diferimiento. -Sin diferimiento.
Complicación del padecimiento inicial	Dificultad imprevista procedente de la concurrencia de cosas diversas, a partir de un padecimiento diagnosticado inicialmente	Diagnósticos secundarios y de mayor grado de complicación, con relación al padecimiento inicialmente diagnosticado	Nominal dicotómica	-Con complicaciones. -Con complicaciones.
Diferencia de costos en la atención según los diagnósticos de envío y de egreso	Resultado de la resta entre los gastos generados entre los dos diagnósticos	Diferencia económica entre el diagnóstico de ingreso y de egreso, según los costos establecidos GRD.	Numérica Nominal dicotómica	Cifra diferencial entre dos precios -Con

				diferencia de costo. -Sin diferencia de costo
--	--	--	--	--

7.4 Universo y población del estudio.

Envíos realizados en la Unidad de Medicina Familiar #26, dirigidos a especialidades de 2do nivel de Atención IMSS, a partir del 1ro de Enero de 2014.

7.5 Criterios de selección:

Criterios de inclusión:

*Referencias emitidas por los consultorios de medicina familiar de la UMF 26, dirigidos a las especialidades troncales que representan el 2do nivel de atención: **Medicina Interna, Ginecología y Obstetricia, Pediatría, Cirugía, Oftalmología y Otorrinolaringología**

Criterios de exclusión:

* Referencias que hayan sido rechazadas por la jefatura de servicio a la que se dirigieron.

Criterios de eliminación:

* Referencias que a pesar de haber sido aceptadas, no se haya cumplido la cita y/o no se haya emitido un formato de contrarreferencia.

7.6 Tamaño de la muestra.

En la UMF # 26, se expidieron en el periodo comprendido entre Enero 2013-diciembre 2014, 552 envíos de primer a segundo nivel de atención, a las especialidades en los Hospitales de zona de Huatabampo y Navojoa, representando un promedio mensual de 46 referencias, cifras con la cuales se calcula el tamaño muestra, empleando la fórmula para una proporción:

$$n = \frac{N \times z_a^2 \times p \times q}{d^2 \times (N-1) + z_a^2 \times p \times q}$$

Dónde:

N es el total de la población;
 z_{α} es 1.96; si la seguridad deseada es del 95 %;
 p es la proporción esperada (en este caso 5 % ó 0.05);
 $q=1-p$ (en este caso $1-0,05=0,95$);
 d es la precisión (en este caso se desea un 3 %).

$$n = \frac{(552) (1.96) (1.96) (0.05) (0.95)}{[(0.03) (0.03)] (551) + [(1.96) (1.96)] (0.05) (0.95)}$$

$$n = \frac{100.7267}{0.6783}$$

$$n = 148.49 + 20\% (29.69) = 178.18 = 179$$

Se aplicó la fórmula de ajuste para el tamaño muestral, para poblaciones menores a 5000 (población finita), por emitirse un promedio anual de 552 envíos desde la unidad emisora.

$$N = \frac{n^1}{1 + (n^1 / población)}$$

Donde:

$$n = \frac{179}{1.3242}$$

$$n = 135.17 = \mathbf{136}$$

El tipo de muestreo es no probabilístico por conveniencia.

7.7 Descripción general del estudio.

Prevía autorización por el Comité Local de Investigación y Ética en Salud 2603 de la UMF #1, se procedió a reclutar los 136 envíos realizados por la UMF #26, que cumplieron con los criterios de selección, y fueron dirigidos a especialidades de segundo nivel de atención, en las variedades de Hospital de Sub-Zona #7 en Huatabampo, los referidos a los servicios de Medicina Interna, Ginecología, Traumatología y Ortopedia, Pediatría y Cirugía y a Hospital General de Sub-Zona #3 en Navojoa, los envíos a las especialidades de Otorrinolaringología y Oftalmología, que fueron emitidos a partir del 1ero de enero de 2014.

Una vez ya seleccionada la muestra, en el Sistema de Información de Medicina Familiar (SIMF) se identificó en cada uno de los envíos, los criterios establecidos en las guías de práctica clínica y con base en los criterios de realización de las notas de consulta externa y los de elaboración de referencias, dependientes de lo decretado en la NOM, para detectar la presencia o ausencia de congruencia clínico-diagnóstica en la totalidad de los envíos seleccionados con el muestreo antes descrito.

Posteriormente se realizó la búsqueda intencionada de la presencia de los factores descritos como variable dependiente: tiempo de espera para la consulta de segundo nivel el cual consistió en determinar el tiempo que transcurre entre el envío desde la consulta de 1er nivel y la atención del paciente en segundo nivel, información que se solicitó a la administración de la unidad ya que son los indicados para otorgar las citas y realizar las gestiones en el diferimiento de segundo nivel de atención; complicación del padecimiento inicial a través de la determinación de diagnósticos secundarios y de mayor grado de complicación, con relación al padecimiento inicialmente diagnosticado; y por último, la diferencia de costos en la atención según los diagnósticos de envío y de egreso la cual se midió con Diferencia económica entre el diagnóstico de ingreso y de egreso, según los costos establecidos de acuerdo al Grupo Relacionado al Diagnóstico (GRD); estos, se completaron con la revisión de los formatos de contrarreferencia, generados en la consulta de segundo nivel de atención.

7.8 Análisis estadístico.

La información fue capturada en una base de datos en SPSS versión 20.0 para Windows en español.

Las variables se midieron con frecuencia y porcentaje las variables cualitativas, se aplicaron medidas de tendencia central y dispersión para las variables cuantitativas.

Siendo este estudio pionero en la búsqueda objetiva de congruencia-incongruencia en el diagnóstico de padecimientos que ameritan referencia de primer a segundo nivel de atención médica, así como en la documentación de los probables factores que se derivan de esta situación. Al término del estudio, se especula sobre la posible asociación entre los factores propuestos con la incongruencia clínico diagnóstico, mediante razón de momios (RM), *Ji* cuadrada para variables cualitativas y *t* de Student para variables cuantitativas, respectivamente. Se considero un nivel de significancia estadística en $\alpha=0.05$.

7.9 Aspectos éticos

El protocolo de investigación se sometió para su revisión y aprobación al Comité de Investigación y Ética en Salud de la UMF No. 1, IMSS de Cd. Obregón, Sonora (2603).

Se solicito autorización para la realización de la investigación, por medio de una carta de dispensa, dirigida al presidente del Comité de Bioética e Investigación de la UMF#1 y al Director de la Unidad de Medicina Familiar #26, a donde pertenecerá la investigación, que respalden la posibilidad de usar expedientes médicos, bajo la premisa de respetar las cláusulas de confidencialidad y respeto, señalando específicamente que no se utilizaron los datos personales de los pacientes a quienes se les haya realizado envíos, es decir, de cuyas contrarreferencias y notas médicas estudiados.

Esta investigación se ajusto de acuerdo a lo establecido en el Título Primero, capítulo Único, Artículos 1^o al 6^o, Título Segundo Capítulo I, Artículos 13 al 23, Capítulo II, Artículo 28,31,32 y 33, Título Sexto, Capítulo Único, Artículo 113 al 120 de la Ley General de Salud en Materia Investigación para la Salud.

Así como los puntos 1,2,3,4,5,8,9,10,13,14,15,19,20,22,23,27,28,y 31 de la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial de la 52^o Asamblea General realizada en Edimburgo, Escocia en Octubre del 2000, a los principios contenidos en el Código de Núremberg, la enmienda de Tokio, el Informe de Belmont y el Código de reglamentos Federales de estados Unidos. Además cumple con las Normas e instructivos de esta Institución en materia de investigación Científica, por lo cual se realizo hasta que fue aprobado por el Comité de Ética e Investigación Local.

Se retroalimentará a las unidad médica familiar correspondiente sobre los resultados obtenidos, además de las recomendaciones pertinentes para la mejora de este proceso.

VIII. RESULTADOS

De las 136 referencias estudiadas se encontró que 108 (79.4%) contaba con congruencia clínico diagnóstica y 28 (20.4%) no contaban con congruencia clínico-diagnóstica (Tabla 1).

Respecto al diferimiento de las citas en segundo nivel, el mínimo fue de 2 días y el máximo de 120 días, con un promedio 36.06, una moda de 30 y una mediana de 27 días.

La distribución de envíos por especialidad fue la siguiente: Cirugía con 28 (20.6%), Ginecología y obstetricia 23 (16.9%), Traumatología y ortopedia 19 (14%), Medicina interna 19 (14%), Oftalmología 18 (13.2%), Pediatría 12 (8.8%), Dermatología 5 (3.7%), Psiquiatría 3 (2.2%), Urología, Nutrición, Urgencias, Neurología y Gastroenterología con 1 (0.7%) (Gráfica 1).

En cuanto a la complicación del padecimiento de referencia se encontró que 107 (78.7%) diagnósticos de envío no tuvieron complicaciones y 29 (21.3%) diagnósticos de envío tuvieron complicaciones (Tabla 2).

Derivado de los costos en las referencias se encontraron que el máximo fue de 223.506 pesos y el mínimo fue de 47 pesos con una moda de 22.052 y una mediana de 22.0523.

El comportamiento del costo de las referencias fue que del total de los 136, 108 (79.4%) se mantuvieron igual, en 20 (14.7%) casos fue mayor y en 8 (5.9%) casos el costo fue menor (Gráfica 2).

La asociación de la incongruencia clínico diagnóstica con los factores derivados propuestos se determinaron de la siguiente forma: que el diferimiento de días $RM=0.765$, $IC95\%(0.14-4.011)$, $p=0.668$; la presencia de complicaciones con $RM=1.303$, $IC95\%(0.491-3.455)$, $p=0.594$; y de la diferencia de costos con $RM=1.831$, $IC95\%(0.632-5.302)$, $p=0.260$. (Tabla 3)

IX. DISCUSIÓN

El presente estudio es pionero en la búsqueda objetiva de congruencia-incongruencia en el diagnóstico de padecimientos que se diagnostican en una Unidad de Medicina Familiar que corresponde al primer nivel de atención y que ameritan referencia a un segundo nivel de atención médica, es decir; a un Hospital General de Sub zona a la especialidad correspondiente. Se considera importante ya que el nivel de análisis médico administrativo es un campo muy poco explorado por parte de la rama médica, sin embargo consideramos se deberían implementar mas estudios específicos de esta rama, así como desarrollar una búsqueda amplia en la documentación de los probables factores que se derivan de esta situación y en este proceso específicamente para valorar los aspectos antes mencionados.

Existen investigaciones ya exploradas en cuanto a la mejora de sus propios procesos evaluándolos en sus diversos aspectos con instrumentos como el método SERVQUAL, MOCERI, ISO, entre otros, que permite evaluarlos y calificarlos, sin embargo no existe un estudio que determine los costos o proponga un tipo de mejora en los mismos para su buen funcionamiento; o bien simplificar los diferentes (múltiples) procesos que se llevan a cabo en una unidad de atención médica de primer o segundo nivel de atención.

Silberman M. (2010) estudia a fondo el proceso de Referencia y Contrareferencia con variables en Tiempo: medido en horas desde que el paciente sale de su casa hasta que consigue el turno en el servicio de referencia. La presente investigación estudia la misma variable sin embargo se mide en relación al diferimiento desde el momento que se emite la referencia, hasta que el paciente logra concretar su cita en segundo nivel. Distancia: medida en kilómetros recorridos por el paciente desde que sale de su casa hasta que regresa a la misma con el turno requerido. Este estudio no mide la distancia sin embargo sería interesante en relación a los costos ocultos ya que la Unidad Médico Familiar número 26 refiere a dos municipios debido a la distribución de las diferentes especialidades de segundo nivel de atención. Y costo

medido en pesos que gasta el paciente en concepto de transporte utilizado, sea cual fuere el mismo que por diversas razones más le convenga. En relación a costo el presente estudio no mide cuánto gasta el paciente en traslados debido a que la institución otorga el viático necesario para acudir a su cita, sin embargo no siempre es posible por lo que el paciente opta por irse mediante sus propios medios; el presente estudio mide los costos de los diagnósticos de envío y el de egreso de segundo nivel por lo que mide específicamente los costos de la institución ya que está enfocado al proceso administrativo como tal y no al gasto del paciente.⁹

La reingeniería en los diversos procesos de salud como bien afirma Silberman M. (2010) apunta precisamente a la reestructuración radical de los procesos (conjunto de actividades que recibe uno o más insumos y crea un producto de valor para el cliente) de una empresa o en este caso de una institución. Procesos que se mantienen por la buena razón que se han practicado por muchos años, sin advertir que los entornos han cambiado drásticamente, donde los clientes eligen entre muchas alternativas, y que marcan estándares que se convierten en norma para todas, la tecnología cambia la naturaleza de estos procesos subiendo las expectativas y eficientadolos. La reingeniería apunta a crear una mejor manera de hacer el trabajo, teniendo en cuenta lo que se ha aprendido y el estado actual de la tecnología para obtener así mejores resultados en los procesos tal y como el que se evalúa en el estudio que es el de Referencia y Contrareferencia.⁹

X. CONCLUSIÓN

Esta investigación estudió el sistema de referencia y contrarreferencia entre una Unidad de Medicina Familiar a un Hospital de segundo nivel, encontrando que el diferimiento de las citas, la presencia de complicaciones y la diferencia de costos entre los diagnósticos de envío y egreso, no son factores derivados de la incongruencia clínico diagnóstica, al no existir asociación entre ellos, rechazándose así nuestra hipótesis de trabajo.

Sin embargo, encontramos que existe una prevalencia del 20.4% de incongruencia clínico diagnóstica, la cual debe revisarse a detalle para ver la forma de disminuir en este indicador negativo.

Se observó que las especialidades de segundo nivel a las que se refiere con mayor frecuencia son: Cirugía, Ginecología y Obstetricia, Traumatología y ortopedia, así como Medicina Interna, predominando las quirúrgicas.

La presencia de incongruencia en la elaboración de referencias a especialidades de segundo nivel, no genera un costo mayor al que se genera cuando se realizan con congruencia clínico-diagnóstica, según los costos establecidos en el GRD, respecto a los diagnósticos de envío y egreso de los pacientes.

El costo varía en aspectos como la resolución del problema, el diferimiento quirúrgico y el tipo de acciones que ese paciente va requerir para valorar el costo total, el estudio no contempla los costos ocultos tales como los gastos de camino, alimentación, entre otros, ya que solo contempla los costos de acuerdo a los padecimientos plasmados en cada una de las referencias y en los diagnósticos de egreso, plasmados en sus contrareferencias y expedientes de cada paciente, sin embargo se especula que el costo es mayor ya que cuando existe incongruencia, los costos ocultos aumentan por las verificaciones a dichas referencias para poder ser autorizados, citados y completar el proceso de atención médica.

XI. RECOMENDACIONES

En el presente estudio observamos que no existe deficiencia que sea significativa en el proceso de referencia y contrareferencia, en relación a los diagnósticos y la diferencia entre sus costos, sin embargo pudimos observar durante el proceso la circunstancia del paciente en las distancias para recibir atención en hospitales de segundo o incluso tercer nivel por una falta de médicos especialistas en la cercanía, de ahí la importancia de promover la educación médica continua y la especialización de médicos, así como la oferta de plazas para las instituciones respetando la estadía de un tiempo determinado (por las partes correspondientes) su estancia en la unidad.

Se sugiere una simplificación del proceso, unificando criterios a nivel sistema electrónico para una mayor agilidad en las citas médicas con los diversos nosocomios, así como capacitación a los médicos familiares de consulta externa para la referencia en los hospitales correspondientes adecuados y así como el proceso a seguir. Esto con el fin de manejar información horizontal y adecuada para evitar más tardanza en la citas de los pacientes y sobre todo los que puedan generar alguna complicación por su padecimiento de base a tratar.

La doble verificación, en la cual hace énfasis Joint Commission on Accreditation of Health Care Organization, se debe de realizar no solo a nivel operativo sino minuciosamente a nivel administrativo para poder identificar deficiencias o bien, sugerir la agilización de procesos con las que cuenta la institución.

La planeación estratégica debe de ser importante y un pilar en la organización, ya que es la encargada de los procesos de innovación y desarrollo para llevar a cabo la reingeniería de procesos que beneficie no solo a la institución, sino al derechohabiente mismo.

Si al momento de generar una referencia, se tuviera la facilidad dentro de un mismo sistema homologado las citas médicas dentro de una lista de espera, se podrían ir

filtrando de acuerdo a su cronología o bien, supervisadas por un encargado o director de área, por gravedad del problema o por importancia de atención.

El presente estudio marca la pauta para realizar un análisis amplio, y resolver por medio de una reingeniería los múltiples pasos que si bien son importantes, disminuir con la finalidad de evitar molestia al derechohabiente o duplicidad de funciones para el cliente interno de la organización. Así pues ya que observa el comportamiento de los costos mediante el sistema GRD, se podrá implementar planes de trabajo futuros, conforme en bases estadísticas de comportamiento de costos en los años próximos o bien, incluso meses próximos. También se podrán identificar todo aquel diagnóstico o padecimiento que este generando altos costos y resolverlo de manera inmediata mediante la intervención de los supervisores o el personal adecuado.

Los resultados permiten elaborar propuestas para implementar estrategias, buscar y resolver mediante un criterio médico administrativo los problemas y circunstancias que se pueden generar en las instituciones. El sistema hospitalario y en si sus procesos y procedimientos, son un área de oportunidad y podrían ser objeto de estudio ya que también a nivel hospitalario existen problemas “crónico degenerativos” que podrían mejorar o bien controlarse por medio de innovación mediante estudios diversos y tener un manejo adecuado de información.

XII. BIBLIOGRAFÍA.

1. Jinich H. Prólogo. En: Carrillo FLMR. La responsabilidad profesional del médico. México: Porrúa; 1998.
2. Lifshitz A. La práctica de la medicina clínica en la era tecnológica. México: UNAM-IMSS; 1999
3. Instituto Nacional de Salud Pública, SSA, Cortez L. Terminal Profesional: diseño de un modelo de evaluación del expediente clínico y aplicación para la mejora de la atención de pacientes con dengue [Tesis Maestría]. México, INSP; 2012.
4. Vega RN, Acosta RPA. Estrategia para la transformación del sistema de salud y el logro de la equidad en salud. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2002; 40 (5): 373-378.
5. Instituto mexicano del Seguro Social. Reglamento interior del Instituto Mexicano del Seguro Social, Título Primero: disposiciones Generales. [En línea]. México: IMSS; 2012,[Consultado el 11 de Febrero de 2014]. Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/reglamentos/RIIMSS.pdf>
6. Vignolo J, Vacarezza M, Alvarez C, Sosa A. Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. Arch Med Interna. [En línea]. 2011 [Consultado el 2 de Febrero de 2014]; XXXIII (1):11-14. <http://www.scielo.edu.uy/pdf/ami/v33n1/v33n1a03.pdf>
7. Instituto Mexicano del Seguro Social. Norma que establece las disposiciones para otorgar atención médica en unidades médicas hospitalarias de segundo y tercer nivel del Instituto Mexicano del Seguro Social. [en línea]. México: IMSS; 2004, [Consultado el 7 de marzo de 2014]. Disponible en: <http://www.dvvimss.org.mx/pdf/normadeatencionmedicapara2y3nivel.pdf>
8. Van der SP, De Vos P. La relación entre los niveles de atención constituye un determinante clave de la salud. Rev Cubana Salud Pública. [En línea]. 2008 [Consultado el 2014 Jul 25]; 34(4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662008000400014&lng=es

9. Universidad Nacional de la Plata, Silberman M. Optimización del proceso de referencia - contrarreferencia entre niveles de atención de la Salud. [Tesis en línea]. Argentina: Universidad Nacional de la Plata; 2010, [Consultado el el 7 de marzo de 2014]. Disponible en: www.postgradofcm.edu.ar/ProduccionCientifica/TesisMagisters/7.pdf
10. Ortún V. La articulación entre niveles asistenciales. En: Gestión sanitaria: innovaciones y desafíos. Barcelona: Masson; 1998. p. 349-57.
11. Delgado- García G. Actas de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma- Atá, Kazajstán, 1978. Cuad Hist Salud Publica. [en línea]. 2008 [Consultado el 7 de marzo de 2014]; 103. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0045-91782008000100009
12. Organización Mundial de la Salud. Proceso de gestión para el desarrollo nacional de la salud: normas fundamentales para su empleo en apoyo de las estrategias de salud para todos en el año 2000. [En línea]. Ginebra, Suiza: OMS; 1981. [Consultado el 7 de marzo de 2014]. Disponible en: http://www.famp.es/racs/intranet/otras_secciones/documentos/SALUD%2021.pdf
13. Hernández LB, García PC, Anzures CR. Satisfacción de usuarios en unidades de medicina familiar. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. [En línea]. 2002 [Consultado el 13 de Marzo de 2014]; 40 (5): 373-378 Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2006/im061f.pdf>
14. Iracheta M. Manual para la referencia y contrarreferencia de pacientes del Instituto Nacional de Pediatría. [En línea]. México: Instituto Nacional de Pediatría; 2011. [Consultado el 15 de Marzo de 2014]. Disponible en: http://www.pediatria.gob.mx/manu_refcont.pdf
15. Arias L. El Apgar familiar en el cuidado primario de la salud. Colom Méd. [En línea]. 1994 [Consultado el 7 de marzo de 2014]; 25 (1). Disponible en: <http://colombiamedica.univalle.edu.co/index.php/comedica/article/view/1776/2831>
16. Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998 del expediente clínico [En línea]. México: Secretaría de Salud; 1998, [consultado el 7

- de marzo de 2014]. Disponible en:
www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/168ssa18.html
17. Battle J. Enhancing self-esteem & achievement: a handbook for professionals. Seattle, EUA: Special Child Publications; 1982.
 18. Secretaría de Salud. Manual de Procedimientos para la Referencia y Contra referencia de Pacientes. México: Secretaría de Salud; 2006 [Consultado el 7 de marzo de 2014]; [En línea] Disponible en:
<http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7455.pdf>
 19. Secretaría de Salud. Comités técnicos médicos hospitalarios lineamientos para la organización y funcionamiento. [En línea]. México: Secretaria de Salud; 1999. [Consultado el 7 de marzo de 2014]; [En línea] Disponible en:
<http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/ComitesHospitalarios.pdf>
 20. Secretaria de Salud. Programa Nacional de Salud 2007-2012. [En línea] México: Secretaría de Salud; 2012 [Consultado el 7 de marzo de 2014]; Disponible en:
http://132.247.1.49/pronaledh/index.php?option=com_content&view=article&id=153%3Aprograma-nacional-de-salud-
 21. Silva- Arcienega M. Validez y confiabilidad del estudio socioeconómico. Trabajo social UNAM [en línea] 2007 [Consultado en Junio 2015]; 20 (1). Disponible en:
<http://www.revistas.unam.mx/index.php/ents/article/view/20221/19208>



XIII. ANEXOS

Anexo 1. Tablas.

Tabla 1. Congruencia Clínico-Diagnostica

	Frecuencia	Porcentaje
No	28	20.6
Si	108	79.4
Total	136	100.0

Fuente: Hoja de recolección de datos 2014-2015

Tabla 2. Complicación del Padecimiento de Envío

	Frecuencia	Porcentaje
No	107	78.7
Si	29	21.3
Total	136	100.0

Fuente: Hoja de recolección de datos 2014-2015

Tabla 3. Factores derivados de la Incongruencia clínica-diagnóstica

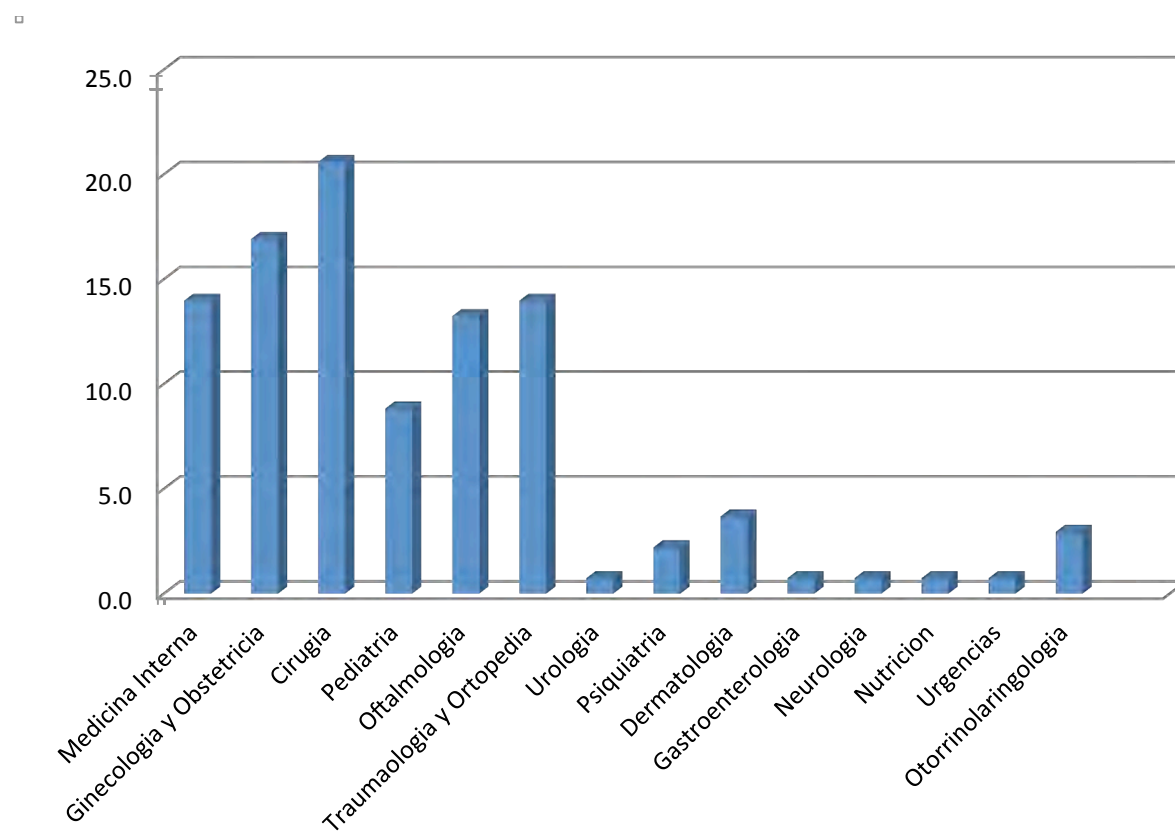
Factores derivados		Congruencia Clínica-Diagnóstica				
		No	Si	RM	IC95%	p
Diferimiento	Con	26	102	0.765	0.146-4.011	*0.668
	Sin	2	6			
Complicaciones	Con	7	22	1.303	0.491-3.455	0.594
	Sin	21	86			
Diferencia de costo	Con	6	14	1.831	0.632-5.302	0.260
	Sin	22	94			

**Estadístico exacto de Fisher*

Fuente: Base de datos de la tesis "Factores derivados de la incongruencia clínico-diagnóstica en el sistema de referencia de una unidad de medicina familiar a un hospital general de subzona.

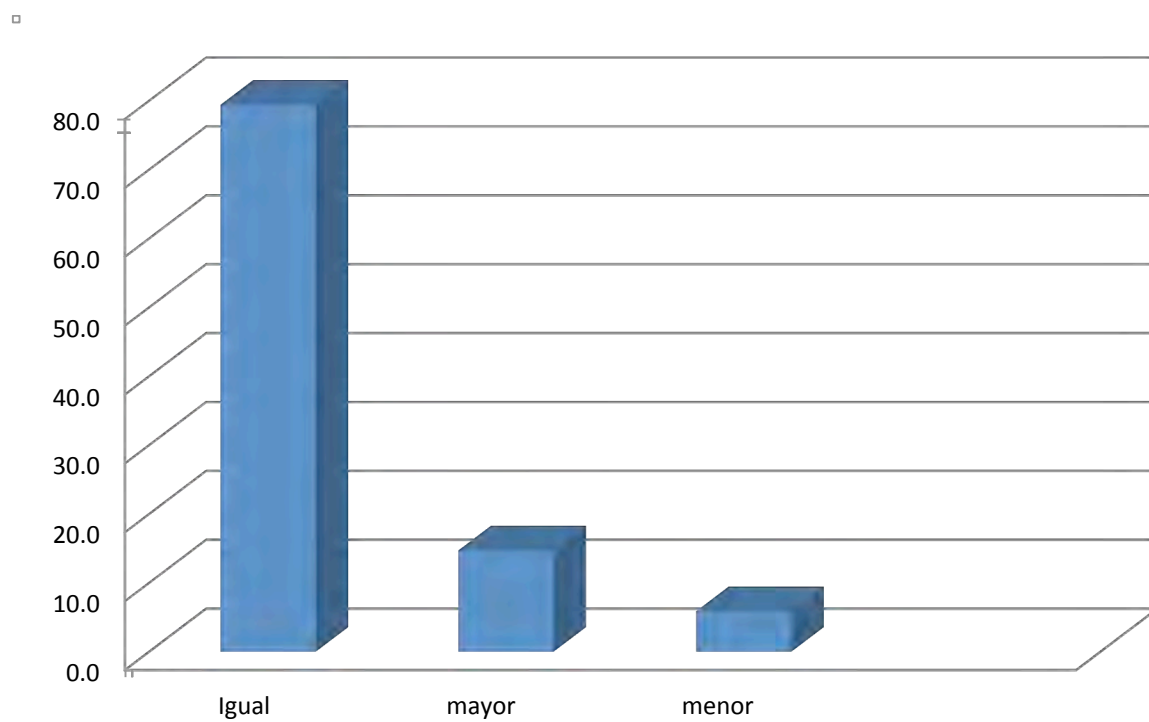
Anexo 2. Gráficas.

Gráfica 1. Porcentaje de envíos por especialidad



Fuente: Hoja de recolección de datos 2014-2015

Grafica 2. Porcentaje del comportamiento de los costos.



Fuente: Hoja de recolección de datos 2014-2015

Anexo 3. Hoja de Autorización de la Unidad.

Mayo 2014

Dr. Martin E. Angulo.

Director Micro Zona

UMF #26 Yavaros, Huatabampo, Sonora

ASUNTO: El que se indica

Por medio de la presente, y de la manera más atenta le pido su colaboración para lo siguiente:

La presente, es para solicitar su valioso apoyo como encargado responsable de la atención al derecho habiente en la UMF #26 ubicada en la localidad de Yavaros, Huatabampo. Actualmente me encuentro en el primer año del Curso de Especialización para Médicos Generales del IMSS con sede en Cd. Obregon. Me encuentro realizando un protocolo de investigación titulado: **"FACTORES DERIVADOS DE LA INCONGRUENCIA CLÍNICO DIAGNÓSTICA EN EL SISTEMA DE REFERENCIA DE UNA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR A UN HOSPITAL GENERAL DE SUB ZONA"**. Por lo que se requiere de información tal como: Población adscrita a la unidad, Referencias, Contrareferencias, e información estadística. Por lo que solicito su autorización para proporcionar lo antes solicitado, bajo la premisa de respetar las cláusulas de confidencialidad y respeto, bajo lo estipulado, se ajustará de acuerdo a lo establecido en el Título Primero, capítulo Único, Artículos 1º al 6º, Título Segundo Capítulo I, Artículos 13 al 23, Capítulo II, Artículo 28,31,32 y 33, Título Sexto, Capítulo Único, Artículo 113 al 120 de la Ley General de Salud en Materia Investigación para la Salud.

Por lo anterior, agradezco de antemano el apoyo brindado ya que el estudio contemplará y arrojará datos de utilidad para la unidad ya que es la primera vez que se realizará un estudio de esta categoría.

Dr. César M. Alvarez Pacheco.

Matricula: 99274235

Alumno del primer año del Curso de Especialización en Medicina Familiar
para Médicos Generales del IMSS

Anexo 4. Hoja de recolección de datos

N° DE FOLIO :

ESPECIALIDAD A LA QUE SE DIRIGE:	
FECHA DE REALIZACIÓN:	
FECHA EN LA QUE SE OBTUVO LA CONSULTA DE SEGUNDO NIVEL:	
FECHA EN LA QUE SE EGRESO:	
NÚMERO DE CONSULTAS OTORGADAS:	
DIAGNÓSTICO DE INGRESO:	
DIAGNÓSTICO DE EGRESO:	

CONGRUENCIA CLÍNICO DIAGNÓSTICA:

PUNTO A EVALUAR:	SI	NO
EXISTE RELACIÓN CONGRUENTE ENTRE LA DESCRPCIÓN DEL MOTIVO DE ENVÍO Y EL DIAGNÓSTICO:		
EXISTE APEGO A LAS GUIAS DE PRACTICA CLÍNICA CON RELACIÓN A LOS CRITERIOS PARA ENVÍO:		
EXISTE APEGO A LA NORMATIVA CON RELACIÓN A LOS REQUISITOS PARA EL ENVÍO A SEGUNDO NIVEL (LABORATORIO Y GABINETE):		

COSTOS POR DIAGNÓSTICO:

COSTO DEL DIAGNÓSTICO DE REFERENCIA	COSTO DEL DIAGNÓSTICO DE CONTRARREFERENCIA	DIFERENCIA ENTRE AMBOS

Anexo 5. Dictamen de Autorizado.

MÉXICO

Dirección de Prestaciones Médicas
Unidad de Educación, Investigación y Políticas de Salud
Coordinación de Investigación en Salud



"2014, Año de Octavio Paz".

Dictamen de Autorizado

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud 2603
U MED FAMILIAR NUM 1, SONORA

FECHA 17/09/2014

DR. CESAR MANUEL ALVAREZ PACHECO

P R E S E N T E

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título:

"FACTORES DERIVADOS DE LA INCONGRUENCIA CLINICO DIAGNÓSTICA EN EL SISTEMA DE REFERENCIA DE UNA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR A UN HOSPITAL GENERAL DE SUB ZONA"

que sometió a consideración de este Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de Ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A U T O R I Z A D O**, con el número de registro institucional:

Núm. de Registro
R-2014-2603-33

ATENTAMENTE

DR.(A). MIGUEL ZEMPUAL LOPEZ

Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 2603

IMSS

SEGURIDAD Y SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA