



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
IZTACALA



DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

MAESTRIA EN INVESTIGACION EN SERVICIOS DE SALUD

TESIS DIGITAL

“Análisis de la situación actual en México de la referencia y contrarreferencia de pacientes con epilepsia y la propuesta de un modelo de investigación operativa”

TESIS QUE PRESENTA PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRO EN I.S.S.:

Médico Cirujano Francisco López Gutiérrez

DIRECTORA DE TESIS:

Lic. en Psicología, Maestra en I.S.S., Doctora en Psicología.

Ana Luisa González Celis Rangel

2009



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.

DEDICATORIAS

El presente trabajo esta dedicado:

A mi Sr. Padre Pedro López Rivera, q.e.p.d.

A mi querida Sra. Madre Virginia Gutiérrez Gaytán, q.e.p.d.

A mi esposa Ada Mireya Tecamachaltzi Tlapalamatl

A mi hija Guinevere Virginia López Tecamachaltzi

A mi hijo Pedro Francisco López Tecamachaltzi

A mis familiares y amistades que alguna o muchas veces han prestado su atención a mi persona, sin interés alguno y me han apoyado en el plano profesional y social de mi vida

AGRADECIMIENTOS

Al Sr. Dr. Francisco Rubio Donnadiou, Vocal Ejecutivo del Programa Prioritario de

Epilepsia, del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez, por el apoyo a mi desarrollo profesional en el campo de la Epilepsia y la

Salud Pública.

A todos los profesionales de las Neurociencias que con sus comentarios, me han

permitido entender el problema clínico, epidemiológico y de salud pública que representa la Epilepsia.

En especial a los expertos en Epilepsia: Mario Alonso Vanegas, Juan Carlos Resendiz, Felipe García y Vicente Guerrero, de quienes sigo aprendiendo

A los pacientes con epilepsia y sus familiares, quienes a diario tratan de mejorar

su calidad de vida y aprendemos de ellos.

b

TABLA DE CONTENIDO

Índice.....	
Introducción.....	
Hipótesis.....	
Objetivos.....	
Diseño experimental.....	
Material y Métodos.....	
Resultados.....	
Discusión.....	
Bibliografía.....	
Anexos.....	

1. la investigación de servicios de salud en mexico.
2. panorama de las enfermedades neurologicas en mexico: mortalidad y morbilidad.
3. la epilepsia como un problema de salud publica.
4. el enfoque epidemiologico y de servicios de salud en la epilepsia.
5. la demanda de atencion medica de las personas con epilepsia en el tercer nivel.
6. conceptos, objetivos y base legal de la referencia y contrarreferencia de pacientes en mexico.
7. la referencia y contrarreferencia de pacientes en el instituto nacional de neurología y neurocirugía (unidad de tercer nivel)
 - procedimientos generales para la referencia:
 - procedimientos generales para la contrarreferencia:
8. investigacion operativa de la referencia y contrarreferencia de pacientes con enfermedades neurologicas en el instituto nacional de neurologia y neurocirugia.
 - 8.1. objetivo general.
 - 8.2. planteamiento del problema.
 - 8.3. justificación.

8.4. metodología.

8.5. diseño de investigación.

8.6. definición operativa de variables.

8.7. hipótesis de investigación.

8.8. análisis y discusión de resultados.

8.8.1. pacientes referidos y atendidos por primera vez en la preconsulta del innn (población abierta).-

8.8.2. pacientes referidos y atendidos de los diferentes estados de la república mexicana.-

8.8.3. pacientes referidos y atendidos de las delegaciones políticas del distrito federal (jurisdicciones sanitarias).-

8.8.4. referencia interna a clínicas de especialidad de los pacientes atendidos en la consulta externa del innn

discusión de resultados.

i.- conclusión

j.- propuestas y comentarios

-marco conceptual de la promoción de la salud:

-educación y participación en promoción de la salud

k) perspectivas del sistema de referencia y contrarreferencia del modelo de atención a la salud del primer y segundo nivel del distrito federal.

-atención primaria de salud (aps)

-atributos de la aps.

-características de la atención primaria en salud

-modelo de atención a la salud para población abierta (maspa)

-jurisdicción sanitaria

-las funciones de la jurisdicción sanitaria son:

-centros de salud

-los centros de salud se clasifican en:

-características del núcleo básico de servicios de salud:

- centros de atención especializada
- funciones de los centros de atención especializada
- hospitales de los servicios de salud pública del d.f.
- hospitales generales
- hospitales de especialidad
- recursos comunitarios
 - regionalización del modelo de atención a la salud
- propósitos de la regionalización operativa:
- operatividad de la regionalización operativa:
 - red de servicios
 - sistema de referencia y contrarreferencia:
- infraestructura de los servicios de salud pública en el distrito federal.
- infraestructura de los servicios de salud del departamento del distrito federal
- perspectivas de la salud en el distrito federal

L. propuesta de protocolo de investigación en servicios de salud para el fortalecimiento de la referencia y contrarreferencia. “encuesta de servicios de salud a los pacientes con epilepsia”

RESUMEN

Análisis de la situación actual en México de la referencia y contrarreferencia de pacientes con epilepsia y la propuesta de un modelo de investigación operativa.

López Gutiérrez F.

Introducción. *El Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez (INNNMVS) es una Institución de tercer nivel y recibe pacientes con enfermedades neurológicas del primer y segundo nivel del sistema de la Secretaría de Salud, principalmente de la población abierta que no tiene seguridad social y la cobertura abarca toda la República Mexicana y la calidad de la atención en sus Servicios Neurológicos es de excelencia.*

Objetivo. *El objetivo principal de este trabajo, fue el de recabar y analizar los datos estadísticos de los pacientes con epilepsia referidos y contrarreferidos en la Consulta Externa, así como, el de conocer lugar de procedencia de la República Mexicana y del Distrito Federal.*

Material y Método. *La presente investigación se realizó con datos que se recabaron durante un periodo de 18 meses, de enero a diciembre de 1996 y de enero a junio de 1997, de los registros de los departamentos de Trabajo Social y de Control y Referencia de Pacientes de la Consulta Externa del INNNMVS y con el paquete SPSS 10.0 se utilizó estadística descriptiva.*

Resultados. *Los pacientes que son referidos al Instituto para su atención, es porque su padecimiento está diagnosticado y confirmado que es de tipo neurológico y que requiere la atención médica del tercer nivel, por lo tanto posterior a su atención son contrarreferidos al primer y segundo nivel de atención del sistema de la Secretaría de Salud.*

Conclusiones. *Las Investigaciones de Servicios de Salud fortalecen la toma de decisiones, proponen modelos de investigación operativa para el monitoreo constante de la referencia y contrarreferencia de pacientes con epilepsia y le proporcionan al paciente una buena expectativa para su futura calidad de vida.*

Palabras Clave : *Epilepsia, Investigación Operativa, Referencia de Pacientes, Investigación en Servicios de salud.*

ABSTRACT

Analysis of the current situation in Mexico of the referral and counte-referral of patients with epilepsy and the offer of a model of operative investigation.

Lopez Gutierrez F.

Introduction. *The National Institute of Neurology and Neurosurgery Manuel Velasco Suarez, is an Institution of third level and receives patients with neurological diseases of first and the second level of the system of the Secretary of Health, mainly of the open population that does not have social security and the cover includes all the Mexican Republic and the quality of the attention in its Neurological Services is of excellence.*

Objective. *The primary target of this work, was the one to successfully obtain and to analyze the statistical data of the patients with epilepsy referred and counte-referral in external consultation, as well as, the one to know place origin of the Mexican Republic and the Federal District.*

Material and Method. *The present investigation was realised with data that were successfully obtained during a period of 18 months, of January to December of 1996 and January to June of 1997, of the registries of the departments of Social Work and of Control and Reference of Patients of external consultation of the National Institute of Neurology and Neurosurgery and with package SPSS 10,0 descriptive statistic was used.*

Results. *The patients who are referred to the Institute for their attention, are because its suffering is diagnosed and confirmed that is of neurological type and that requires the medical attention of the third level, therefore subsequent to their attention is counte-referral at first and the second level of attention of the system of the Secretary of Health.*

Conclusions. *The Investigations of Services of Health fortify the decision making, propose models of operations research for the constant monitoring of the reference and cross-reference of patients with epilepsy and provides to the patient a good expectation to him for their future quality of life.*

Key words: *Epilepsy, Operative Investigation, Referral patients, Health Services Research.*

1. Introducción.

1.1. La investigación de servicios de salud en México.

Se puede decir que desde que existe la prestación de servicios de salud de manera organizada, se han hecho intentos por estudiar, analizar y buscar alternativas de prestar dichos servicios. Sin embargo, algunos autores consideran como inicio formal de este tipo de investigación los estudios de principio de siglo como son: la encuesta de recién nacidos por parteras, en Chicago, realizada en 1908 por la Sociedad Médica de Chicago, y luego repetida cinco años después que reveló que en 1913 el 50% de 40,000 nacimientos habían sido atendidos por parteras y la mitad restante por médicos. El segundo en 1910, orientado más a la educación médica que a los servicios de salud, ha ejercido notable influencia en la práctica de la atención médica hasta nuestros días: el Reporte Flexner. Es importante recalcar la trascendencia de este reporte que demostró la vinculación estrecha entre la formación de recursos humanos para la salud y los servicios de salud. Pero la investigación en Servicios de Salud (ISS) como disciplina es más reciente, en Inglaterra se inicia en la década de los 60's y en Estados Unidos a fines de la misma década se integra un Centro Nacional para la ISS.

En 1964, en Londres se realiza el Simposio sobre la Investigación de la Atención Médica; en 1967 Mainland edita, publicada por la Milbank Memorial Foundation una colección de artículos sobre la ISS; en 1968 un grupo de expertos de la OMS identifica como campos principales de la ISS: la formación y utilización de recursos humanos, organización y uso de servicios, calidad de la atención para la salud, costos de la atención médica hospitalaria, criterios económicos y hasta un contexto amplio que involucra tanto las necesidades de salud de la población como la respuesta social, que se apoya tanto en la investigación epidemiológica como en la clínica, en la administrativa, económica y social. En 1976 un grupo de expertos de la OMS define a la ISS como: *“Estudio y evaluación sistemática de los servicios de salud de un país, en términos de su interrelación con todos los factores relacionados con la salud y, asimismo, en medidas tales como factibilidad, necesidades, cobertura, eficacia, utilización, costos y eficiencia; por su*

naturaleza, la investigación de servicios de salud es multidisciplinaria y desde un punto de vista ideal, debería resultar en una mejora de los procesos de toma de decisiones y el óptimo uso de los recursos”.

En 1978, la Región de las Américas en la XVIII Reunión del Comité Asesor de Investigaciones Médicas Presentó el Documento “*Bases generales para un programa regional de Investigaciones de Servicios de Salud*”, en el que se señalan los siguientes criterios:

A) La ISS requiere ser entendida como una función de tales servicios, que debe estar orientada a la solución de problemas específicos, relevantes en el desarrollo de los sistemas de atención a la salud y en la planificación, programación, implementación y evaluación de los servicios respectivos, particularmente aquellos dirigidos hacia la protección de los grupos de población rural y urbano-marginal.

B) La ISS tiene una íntima relación con la creación, selección y uso de tecnología; por consiguiente, en la región, las actividades de este tipo de investigación deben constituir la base, apoyo y complemento indispensables de los diferentes esfuerzos llevados a cabo para la selección y desarrollo de tecnologías apropiadas de su cobertura a toda la población.

C) Como aplicación del método científico, la ISS deberá por otra parte, estar orientada a desarrollar conocimiento susceptible de ser aplicado en circunstancias similares a aquellas en las cuales se lleva a cabo la actividad de investigación; el diseño y métodos utilizados deberán estar científicamente bien fundamentados y ser igualmente reproducibles.

D) Las actividades de ISS en la región deben estar orientadas al estudio y solución de problemas de amplia significación, tendrán por consiguiente prioridad los aspectos referentes a la nutrición, de la atención materno infantil, al control de las enfermedades infecciosas y al desarrollo de servicios integrales de salud.

En las reuniones subsecuentes anuales hasta 1983 se siguió haciendo hincapié en la necesidad de apoyo y financiamiento a la ISS. En la reunión sobre ISS en 1987 celebrada por OPS en Washington, DC se señala: “*La ISS comprende los estudios que tienen por objeto suministrar elementos que permitan reorientar o*

reorganizar el sistema de salud, o alguno de sus componentes o interrelaciones, de manera que las premisas de equidad, eficiencia y eficacia sean una realidad en el menor tiempo posible.”

En base a lo descrito en párrafos anteriores, la diferencia de la investigación biomédica, investigación clínica y de la investigación epidemiológica; la ISS es reciente en el ámbito internacional y más en el nacional. La ISS en su contexto inter y multidisciplinario, como parte de la investigación aplicada, se enfoca tanto al conocimiento de los problemas como a su posibilidad de solución.

En este sentido en el campo estricto de las ciencias de la salud requiere de estar atenta a los avances de la investigación básica a nivel biológico, ecológico y biomédico (microbiología, genética, farmacología entre otras); de la investigación epidemiológica; de la investigación clínica y del desarrollo tecnológico biomédico. Todas ellas en cuanto afectan la demanda y prestación de servicios de salud. Desde otro punto de vista, el contexto social y económico, la limitación de recursos y la organización de los servicios de salud; hacen que la ISS se apoye también en disciplinas económicas, administrativas y sociales. Ante el reto de la multicasualidad del proceso salud-enfermedad y la multiplicidad de factores en la prestación de servicios de salud; la ISS se enfrenta a situaciones dinámicas, cambiantes con características particulares de cada comunidad, servicio o sistema de salud; y en cierta forma con alto grado de incertidumbre. Requiere de la utilización de herramientas metodológicas que permitan al investigador la recopilación, manejo, análisis e interpretación de la información, que generen conocimiento útil para la toma de decisiones. En este sentido las disciplinas metodológicas de las ciencias sociales, las ciencias de las matemáticas aplicadas, el uso de las computadoras, son disciplinas relevantes para la realización y desarrollo de la ISS. La generación, difusión y aplicación del conocimiento que requiere la ISS, es entonces fruto del esfuerzo multi e interdisciplinario; presupone el trabajo en equipo y la inmersión del investigador en la realidad de la comunidad y los servicios de salud; en situaciones de nivel personal, familiar o grupal, Estatal o Nacional; de intercambio de experiencias a nivel nacional o internacional. Desde

otro punto de vista, sobre quien realiza o debe realizar la ISS, también se han considerado diferentes alternativas:

1.-La formación de un equipo interdisciplinario a través de egresados de nivel licenciatura o de posgrado de diferentes áreas del conocimiento para la aplicación de sus disciplinas en el análisis y solución de problemas de los servicios de salud. Esto implica que en un momento dado es el economista, el matemático, el sociólogo, el sanitarista; el que en forma parcial estudia desde su perspectiva la problemática específica. Otro enfoque en este mismo sentido, es la integración de un grupo multidisciplinario que se aboque en trabajo en equipo, esta segunda acepción se acerca más a lo que debe ser la ISS.

2.-Formar recursos humanos específicamente para la ISS, es la alternativa que permite un enfoque universitario en la forma de abordar un problema en la triple dimensión de la investigación, la docencia y el servicio. Desarrollar su modo especial de ser, de tratar la realidad, de interpretarla, de sentirla, de vivirla y expresarla en un lenguaje común para quienes la practican y con validez en la comunidad científica implica su desarrollo en el posgrado con sus repercusiones en el ámbito de la licenciatura, en primera instancia en las ciencias relaciones directamente con la salud, como es la educación médica, la enfermería, la odontología, entre otras.

Hasta antes de la década de los 70's, las actividades que podría considerarse como el ámbito de la ISS se venían realizando como investigación en salud pública, investigación sociomédica, investigación de operaciones y otras denominaciones; sin embargo para efectos de análisis de la investigación en salud en México, para 1973 se englobaron como investigaciones en salud pública, representando solo el 4.3% del total. Es en el año de 1977 cuando se concede reconocimiento e importancia a la ISS como tal, tanto a nivel del CONACYT, como del sector salud en general, realizándose actividades de promoción del tipo de seminarios, talleres y publicaciones tendientes a establecer vínculos entre las instituciones de salud y las de educación superior para fomentar:

-- La realización de programas de ISS

- La formación de investigadores de ISS
- La participación conjunta de las instituciones docentes y de servicio en el desarrollo de ISS.

En 1981 se crea en CONACYT el Subcomité Asesor del Área de Investigación de Servicios de Salud y en 1984 la Escuela de Salud Pública de México presenta el proyecto de creación del Centro Nacional de ISS, mismo que fructifica al crearse el Centro de Investigación en Salud Pública, en ese mismo año.

En 1983, la Jefatura de Atención Preventiva del ISSSTE incorpora la ISS como estrategia del Departamento de Epidemiología para vincularse con los servicios de salud.

Se presentó un reporte de análisis de la ISS 1974 - 1973 por la Escuela de Salud Pública de México, en base a un cuestionario de la OPS, en que se identificaron 193 investigaciones publicadas; de estas el 26.4% se clasificaron como de Administración de Servicios de Salud; 22.3% sobre producción y distribución de recursos; 17.6% sobre estudios de la prestación de servicios y el resto sobre entorno social, necesidades y demanda, estructura, análisis económico, evaluación de programas y participación comunitaria. En el año de 1975 la UAM-Iztapalapa inició en convenio con el Instituto Mexicano del Seguro Social, un programa de Maestría en Salud Pública con énfasis en Sistema de Salud que egresó su primera y única generación en 1977. Posteriormente con la experiencia vivida y la evaluación del mismo programa, estructuraron otro programa que en un primer intento se presentó como Maestría de Ciencias de Sistemas de Salud y después se ofreció en convenio con el ISSSTE como Maestría en Salud Pública con tres áreas de concentración: Investigación de Servicios de Salud, Investigación en Salud Pública e Investigación en Epidemiología Clínica. Este antecedente, aunado a la existencia desde la década de los 30's de la Escuela de Salud Pública de México. El surgimiento en la década de los 70's de la Maestría en Medicina Social en la UAM-XOCHIMILCO, de la Salud Pública de la Universidad de Guadalajara y la de Estadística Aplicada a la Salud de la FM de la UNAM. Era la infraestructura disponible para la formación de recursos humanos

en el campo; además del programa de Maestría en Administración de la Atención Médica y de Hospitales de la Facultad de Contaduría y Administración de la UNAM; y cursos de diferente nivel de la Facultad de Ciencias Políticas y Sociales también de la UNAM; el Centro Interdisciplinario de Estudios de la Seguridad Social; y la Asociación Mexicana de Administración de Hospitales. Todos estos programas forman en general o hacia la Salud Pública, la Sociología de la Salud; o hacia la Administración.

En 1978 en aquel entonces, la Escuela Nacional de Estudios Profesionales Iztacala, ahora Facultad de Estudios Superiores (FES) Iztacala de la UNAM; considera el formar recursos humanos específicamente para la ISS al estructurar a nivel de posgrado un cuerpo de conocimientos interdisciplinario, impartido por especialistas en las diferentes disciplinas y con experiencia en el sector salud.

La estrategia de descentralización de la UNAM, iniciada en 1974, permitía en 1978 prever futuros egresados de los tres campos universitarios de Acatlán, Cuautitlán e Iztacala de prácticamente todas las carreras relacionadas con la ISS; en busca de incorporar a egresados de diferentes licenciaturas de las ciencias biomédicas, socio-económico-administrativas, del comportamiento humano y físico-matemáticas. Ante la necesidad de vincular la investigación con la docencia y el servicio en el área de las ciencias de la salud; así como de dar respuesta a la capacidad de innovación como estructura universitaria multidisciplinaria; se analizaron tres grupos de necesidades:

- 1) En el contexto del desarrollo nacional.
- 2) A nivel de las instituciones específicas del sector salud.
- 3) A nivel de las instituciones educativas formadoras de recursos humanos para la salud.

En un análisis del Posgrado en México realizado por CONACYT en 1986 y publicado en abril de 1987; en el capítulo de la Educación Superior en Biología y Ciencias de la salud, se puede considerar que aunque han aumentado los programas relacionados con la Salud Pública; la infraestructura sigue siendo pobre y la producción científica apenas alcanza un índice anual de publicaciones de

1.57% por programa y el de trabajos por profesor es de 0.3%. En general a nivel de tipo de profesorado en las ciencias de la salud el 59% es de tiempo parcial, en el caso de los programas clasificados como de Salud Pública llega al 80%. De once programas detectados, solo se evaluaron 8; de los dos con orientación a la ISS, el de la UAM-Iztapalapa y el de la ENEP-Iztacala, de las conclusiones de ese análisis, aunque discutible en algunas de sus aseveraciones, llama la atención la siguiente: *“El sistema de estudios de posgrado en salud pública se encuentra desvinculado de la problemática relevante del país, es académicamente débil, poco productivo y de baja eficiencia terminal. En su estado actual no garantiza la formación eficaz de investigadores de alto nivel en salud pública en México y si en cambio tiende a formar personal dedicado a tareas burocráticas y administrativas”*(1)

En general podríamos decir que los esfuerzos se han orientado a participar en el sistema, perpetuando muchas veces los errores, como adiestramiento en servicio o introducción al puesto; mas que al uso de la ciencia y la tecnología como instrumento creativo para la solución de problemas y toma de decisiones. A pesar de que en el análisis no se incluyó a la Maestría en Administración de la Atención Médica y de Hospitales; y que en ese año se inició en la Escuela de Salud Pública de México el Programa de organización y Dirección de Servicios de Salud, hoy Maestría en Ciencias en Sistemas de Salud; se puede considerar que la participación universitaria en la ISS no ha creado la masa crítica necesaria para la interrelación entre la investigación, la docencia y el servicio en problemas de salud del país. En las últimas décadas, los esfuerzos del país en crear las estructuras académicas para enfrentar los retos de una época de cambio, aunque han sido grandes, no han sido suficientes. La crisis económica, la falta de continuidad en los programas y la brecha que persiste entre la necesidad de infraestructura académica, las necesidades del mundo real, la docencia y la investigación; son obstáculos para la racionalidad de los servicios de salud. Se considera que en los países en vías de desarrollo, donde los problemas de salud son consecuencia de su situación geográfica, económica, social y política es impostergable el desarrollo

de ciencia y tecnología, aunado al de Recursos Humanos que sean capaces de:
Definir las necesidades de salud prioritarias, en especial los riesgos reducibles de enfermar y morir; y presentar alternativas de acción con los recursos disponibles.
Recuperar las experiencias nacionales en la atención de la salud a nivel de servicios locales de salud y participación comunitaria.

Desarrollar y dar racionalidad al uso de tecnología en un sentido de equidad y oportunidad; orientada a las necesidades de la población en general.

Diseñar y establecer sistemas de información para la toma de decisiones en los diferentes niveles de acción y no solo para las necesidades centrales.

Analizar alternativas de organización y prestación de servicios de salud tanto personales como no personales; así como posibles fuentes de financiamiento.

Canalizar la infraestructura universitaria en una participación integrada que incida en los diferentes aspectos del estilo de vida, relación ecológica, disponibilidad de alimentos y calidad de vida, aspectos científicos y tecnológicos en el enfoque de riesgo, el diagnóstico, la terapéutica y la rehabilitación; etc.

En general, se requiere una articulación de las estructuras académicas con los servicios de salud, en sus diferentes niveles de atención; así como la relación dinámica entre las diferentes modalidades de la investigación en salud en especial la biomédica, la clínica, la epidemiológica y la Investigación en Servicios de Salud; además de la necesaria participación de las ciencias sociales y económico administrativas; el desarrollo y aplicación de las computadoras y metodologías en general para la evaluación y análisis de programas de servicios de salud (2). Actualmente lo mas destacado en esta decada de los 90s sería la creación de los doctorados en el Instituto Nacional de Salud Pública de Epidemiología y de Sistemas de Salud, así como un área académica específica de amplia perspectiva institucional. La Facultad de Medicina de la UNAM también esta modificando sus áreas de maestría y doctorado en donde también los Sistemas de Salud están presentes con una gran perspectiva de desarrollo(3).

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

El presente estudio de investigación de servicios de salud, tiene como objetivo general el de conocer el panorama actual de la referencia y contrarreferencia de pacientes, con enfermedades neurológicas y en especial el caso de la Epilepsia, describirlo como un fenómeno y poder estudiar así su causa-efecto. Tenemos como objetivo específico el de conocer y medir el impacto de dicho fenómeno, en el ámbito de las enfermedades neurológicas y su interrelación con el primer y segundo nivel, para que en el corto y en mediano plazo se tengan indicadores y criterios para la toma de decisiones y poder beneficiar y satisfacer con equidad a los usuarios de estos servicios de salud. El objetivo específico será la importancia de la referencia y contrarreferencia en la actual situación del sistema nacional de salud y su reforma al mismo, que influye determinantemente en la toma de decisiones operativas.

La premisa fundamental en todo servicio de salud, sea de primer, segundo o tercer nivel, es proporcionar servicios de alta calidad y que se le conoce mejor como la Calidad de la Atención Médica. En el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía esta premisa es fundamental. La referencia y contrarreferencia de pacientes (por atender y atendidos) es una preocupación básica en el sistema de salud. Durante mucho tiempo se ha buscado la manera en poder realizar bien esta función y si en ocasiones ha tenido fallas, es porque de hecho es todo un sistema. Por otro lado, siempre que se canaliza un paciente a otros niveles de atención, adolece esta referencia de diagnósticos precisos que realmente ameriten dicha referencia y cuando esta es adecuada el diagnóstico en sí no está bien definido, ya que una clasificación o nomenclatura, en este caso la Clasificación Internacional de Enfermedades de la O.M.S., ha sido poco o casi nada aprovechada para estos fines, ya que su utilidad principal se encuentra en la clasificación que utilizan los archivos clínicos. Además los usuarios de los Servicios de Salud siempre están demandando una mejor calidad de los Servicios de Salud, así como la satisfacción sentida de las Instituciones de Salud. Todo servicio de salud, siempre ha referido o canalizado a sus pacientes, a los niveles

de atención médica de mayor complejidad o de alta especialidad. Sin embargo, no siempre se ha podido contar con un apoyo logístico adecuado, es decir un instrumento o guía que permita sentar bases en este rubro. El texto de la Subsecretaría de Servicios de Salud de la SSA “Manual para la Referencia y Contrarreferencia de Pacientes y Envío de Muestras y Especímenes”, es el apoyo logístico que se requería. Al mismo tiempo, es una aportación a la Investigación de Servicios de Salud y que pretende solucionar, el problema de la referencia y contrarreferencia de pacientes, en el Sistema de Salud del área metropolitana y en general y a largo plazo en la República Mexicana.

La referencia y contrarreferencia de pacientes (por atender y atendidos médicamente) debe ser visto como un fenómeno, desde la óptica de los sistemas y comprender que es todo un proceso; cotidiano y dinámico. Sin embargo, la precisión con que debe operar esta actividad deberá de ser de alta calidad; tanto en el instrumento, como en el contenido del mismo. Considerando a la veracidad de la información, como elemento de eje en éste proceso y la simplicidad en su operación, ambos garantizarán el éxito total de ésta actividad.

2. Antecedentes; marco teórico, conceptual y de referencia.

2.1. Panorama de las enfermedades neurológicas en México.

La información que aporta la mortalidad de las enfermedades neurológicas a la situación de salud de un país es aún muy importante, se acepta que existe un subregistro de las enfermedades neurológicas como causa de muerte, ya que solo se conocen las primeras 20 causas de muerte en distintos grupos de edad, independientemente de otros factores de subregistro (4).

A continuación se presenta la información disponible sobre las causas de mortalidad por enfermedades neurológicas y su lugar entre las principales causas.

La Enfermedad Cerebro Vascular representa la principal causa de mortalidad neurológica en México en todos los grupos etarios, para 1991 ocupó el sexto lugar en la población general y una participación creciente en adultos jóvenes, hasta llegar a la cuarta causa de personas de 65 años y más años de edad. Además es uno de los elementos principales de la transición epidemiológica en México(5).

La Epilepsia aparece después del décimo lugar como causa de muerte en los menores de 45 años dentro de las veinte principales causas de defunción.

La pandemia del Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA), cuya evolución involucra al sistema nervioso central, reviste importancia como causa de muerte entre la edad productiva, en 1991 estuvo entre el 6° y 21° lugar como causa de defunción. Las Meningitis son las responsables de muerte entre las personas menores de 15 años a partir del 10° lugar. La Parálisis Infantil participa entre la 11° y 16° causa de defunción entre los niños de 1 a 14 años. Finalmente la Arteriosclerosis se identifica como causa de muerte entre las personas de la tercera edad. Esta condición patológica es el sustrato de enfermedades en varios aparatos y sistemas, donde se incluye al sistema nervioso (ver cuadro 1).

-El conocimiento preciso de la morbilidad neurológica depende en gran medida de la calidad del diagnóstico, que está condicionado a las habilidades clínicas del médico que lo realiza, así como a la total disponibilidad de estudios complementarios como la Tomografía Axial Computada, la Resonancia Magnética y la Angiografía de la unidad médica donde se atiende el paciente, de entre los

más importantes. Para definir a la morbilidad en términos de población hay que tomar en cuenta las coberturas, accesos y utilización de los servicios de salud por parte de la población nacional. La información sobre la morbilidad neurológica se obtiene de los diagnósticos de egreso de los hospitales y la notificación de casos nuevos de enfermedades de las instituciones del sector salud (6.). Los egresos hospitalarios por institución identifican al Trauma Cráneo Encefálico, como el principal problema de salud que se atiende, seguido por la Enfermedad Cerebro Vascular.

El Sarampión es un padecimiento endémico, lo mismo que las Infecciones Meningocócicas, la diferencia de estas enfermedades y la Esclerosis en Placas, se debe a las características de la población derechohabiente y al tipo de atención en cada una de los servicios de salud (ver cuadro 2). Los casos nuevos de las enfermedades infecciosas y parasitarias del sistema nervioso por institución muestra a la cisticercosis humana en todas las instituciones de salud.

El complemento de la zoonosis es la teniasis por *T. solium*, la cual se reporta junto con la *T. Saginata* con el rubro *Tenia sp.* y para 1991 representarán 12 192 casos nuevos. Lo anterior demuestra que el ciclo biológico de ambas *Tenias* esta vigente en todo el país. La presencia del Sarampión, Meningitis, Rabia Humana, Lepra y Meningitis Tuberculosa muestran el problema endémico en el país. Para la Rabia Humana, la Lepra y la Tuberculosis existen programas preventivos y de control permanentes (ver cuadro 3).

Los recursos disponibles para la atención de las enfermedades neurológicas en México. En el Sistema Nacional de Salud, como es natural no se prevén recursos particulares para la atención de determinadas patologías, por el contrario se trata de amalgamar los recursos para la salud existentes, respetando las particularidades de cada institución de salud, para su funcionamiento unitario e integrador. En este contexto, las instituciones del Sector Salud tienen una organización en sus unidades médicas por niveles de atención, donde tratan de satisfacer la demanda de atención médica de lo simple a lo complejo.

A continuación se desglosan los recursos humanos, de unidades médicas

institución de salud que se disponen en México para 1991, en el cuadro 4 aparece el número de médicos que tienen contacto con el paciente por institución de salud en México, similar proporción tiene todo el Sector Salud para los médicos de primer nivel, a excepción de la Secretaría de Salud que en segundo término tiene al grupo de pasantes de medicina.

Los neurólogos y neurocirujanos que trabajan en el Sector Salud están incluidos en el grupo de otras especialidades con el 25.5 %. La mayoría de ellos ejercen su especialidad tanto en instituciones de salud, como en la práctica privada en las principales ciudades del país. Para fines prácticos se puede afirmar que la atención médica que imparte el Sector Salud en el país, donde se incluyen las enfermedades neurológicas la imparten los médicos de primer nivel y los pasantes de medicina 47.0 y 16.7% respectivamente y que suman un 63.7%. Las unidades de atención médica en el sector Salud del país tienen una estructura piramidal. Todas las instituciones que forman al Sector Salud tienen similar estructura (ver cuadro 5).

La mayor proporción de la atención médica institucional que se imparte en México, donde se incluyen a las enfermedades del sistema nervioso, se hace en unidades de primer nivel. En la información disponible de los auxiliares diagnósticos no se precisa la cantidad y distribución de Tomografía Axial Computada y otros recursos diagnósticos necesarios en neurología.

2.2. La Epilepsia como un problema de salud pública.

A la Epilepsia se le considera un problema de salud pública por su magnitud, trascendencia y vulnerabilidad. A continuación una descripción de estos elementos:

A) Magnitud. La incidencia, la prevalencia y la mortalidad de la epilepsia son los indicadores que expresan su magnitud como problema de salud pública.

La incidencia de la epilepsia representa el número de casos nuevos diagnosticados entre la población en riesgo, en una área y durante un tiempo determinado; y su utilidad más común es la posibilidad de identificar su causa. En

varios países la incidencia anual de crisis recurrentes y no provocadas, por edad ajustada, varía de 28.9 a 53.1 por 100 000 personas por año. En los estudios relacionados con la primera crisis tienen un intervalo de 32.8 a 69.5 por 100 000 personas por año; la combinación de crisis única y recurrente tienen un rango de 72.2 a 86.1 por 100 000 personas por año. Por edad la incidencia de epilepsia es alta en jóvenes, las tasas más altas se observan en los primeros meses de la vida. Las tasas de incidencia son consistentemente bajas en los adultos. En Rochester, la incidencia para epilepsia fue más alta entre personas mayores de 70 años de edad (22).

A pesar de que no existe diferencia significativa entre sexos, se ha encontrado un mayor riesgo en el hombre para desarrollar crisis no provocadas, la relación varía entre 1.1 a 1.7 para la mayoría de los estudios (23).

La prevalencia de la epilepsia, representa el número total de los casos de epilepsia en una población en riesgo, para un lugar y tiempo determinado. Las tasas de prevalencia de epilepsia son útiles para determinar las necesidades de atención médica de las crisis, en la planeación de programas de salud; así como de otras medidas de intervención, como las de carácter educativo, en la población en apoyo al paciente.

La revisión hecha por Hauser y Hesdorffer en 1991(23), sobre la prevalencia de la epilepsia activa, muestra una variación de 2.7 a 41.3 por 1 000 personas. Cuando se igualan definiciones, protocolos y metodologías, el padecimiento tiene un intervalo de 3.6 a 41.3 por 1 000 personas. Cuando se utilizó el protocolo de la Organización Mundial de la Salud en Colombia, Ecuador, México (García-Pedroza 1982), Panamá y Venezuela se encontró una tasa de 14 a 57 por 1 000 personas. En un estudio, realizado en el Ecuador con una metodología más elaborada y en una población más grande que en los estudios previos, se encontró una tasa de 8.6 por 1 000, Placencia en 1992 (28). Sobre la prevalencia de la epilepsia por edad, la información más confiable es la obtenida en Rochester, Minnesota; en esta población se observa un incremento en la prevalencia de acuerdo al incremento a la edad, hasta obtener la tasa más alta en la vejez. Otros estudios

señalan la mayor prevalencia en la 2o. a 3o. décadas de la vida (22).

Según el sexo la tasa de prevalencia de la epilepsia generalmente es más alta en el hombre, con excepción de los estudios efectuados en Dinamarca y en Inglaterra, en los cuales se encontró que en ambos sexos es similar.

Las tasas altas en el hombre se han atribuido a que se presenta un mayor riesgo de trauma en la cabeza; sin embargo, esta apreciación no se ha corroborado en otros estudios, Hauser en 1978 (21).

En cuatro estudios de prevalencia de epilepsia llevados a cabo mediante empleo de criterios similares, en cuanto a la definición de epilepsia, estrato de población estudiada y procedimiento de detección y diagnóstico, que permitió la comparación entre ellos. Se puede observar, que las tasas de prevalencia de epilepsia más bajas fueron para Multnomah County con 7.8/1 000 niños; y Washington County con 14.1; las tasas más altas estuvieron en Tlalpan, México, de 18.3 y en Mepilla, Chile de 21.2. La diferencia entre las tasas puede deberse a las diferencias étnicas de las poblaciones estudiadas o probablemente a algunos factores ambientales, como la cisticercosis cerebral y las condiciones de la atención del parto, el cuidado del recién nacido; Meighan y cols 1976(26), Rose y cols 1973(30), García-Pedroza y cols 1983 (14), Chiofalo y cols 1979 (8).

En un estudio realizado en México que comprendió 21,264 escolares de 3o. a 6o. grado de educación primaria, para buscar sospechosos de padecer epilepsia, realizada por un grupo de maestros y la aplicación de un cuestionario, se encontró una positividad de 8 a 114/1 000, con un promedio de 43/1 000. En 4 000 de ellos se realizó examen clínico, en el 100% de los sospechosos y se encontró una prevalencia total de 11.4/1 000, por sexo 10.5 para masculinos y 12.3 para femeninos, Rubio-Donnadieu y cols 1991(31).

En general se acepta que la epilepsia tiene una tasa baja de mortalidad. Sin embargo, se han identificados tasas de mortalidad de 1 a 4.5 por 100 000 (21).

En el Boletín de la Organización Mundial de la Salud aparece la epilepsia como causa de muerte casi en la mayoría de los países. Debe valorarse si lo que se está certificando como causa de muerte, en realidad corresponden a un grupo de

patologías que en su fase final producen algún tipo de convulsiones o status epilépticos, o son crisis recurrentes y no provocadas, lo que lleva a la muerte a la persona que la padece.

Como puede apreciarse con la información revisada, la magnitud de la epilepsia es insuficiente su conocimiento, esto limita su justificación como un problema de salud colectiva.

B) Trascendencia. Una forma utilizada comúnmente para identificar un problema de salud pública es su representación en tasas de morbilidad y mortalidad.

Sin embargo, los parámetros tradicionales ofrecen un panorama incompleto de la importancia real que tiene la epilepsia como problema de salud pública. Otros indicadores que se han empleado para identificar la trascendencia de la epilepsia en la población, ha sido la repercusión social o la calidad de vida atribuible al padecimiento, tanto en el paciente y como en su núcleo familiar, así como la carga que representa este padecimiento en la sociedad. No obstante, estas variables son más difíciles de identificar que las similares en el área puramente biológica García-Pedroza, 1986(15).

El rechazo de la sociedad hacia la persona con epilepsia está basado fundamentalmente en la ignorancia y prejuicio hacia el problema de salud; una medida para contrarrestar la marginación del paciente son los programas de educación para la salud. En la planeación de programas de educativos es necesario un diagnóstico de la situación que se pretende modificar, a través de los contenidos de enseñanza. Con la finalidad de disponer de un diagnóstico para planear un programa en apoyo a la persona con epilepsia en México, se realizó un estudio sobre el conocimiento y las actitudes que tenían cinco tipos de personajes en relación al paciente. A un grupo de 8,400 personas que incluía a: maestros, padres de familia, médicos, farmacéuticos y curanderos, se sometieron a un cuestionario de cuatro preguntas. Los principales resultados señalan que un 6% señaló que la epilepsia es un castigo de Dios, brujería o contagio, 9% de los entrevistados opinaron que los pacientes no deberían de estudiar ni trabajar; 6% consideraron a la persona con epilepsia como "loco" o "retrasado" y por último 9%

manifestarán rechazo e indiferencia. Los curanderos y los padres de familia tuvieron respuesta más negativas que el resto de las personas estudiadas. Con este estudio se identificó un gran número de personas que podrían servir de apoyo a los pacientes García-Pedroza et al, 1991(16).

En cuanto a las actitudes de rechazo de las personas con epilepsia existen publicaciones de Italia y China donde por ejemplo: 80% de las personas entrevistadas en Italia y el 57% en China, se oponían a que sus hijos jugaran con un niño con epilepsia, el 15% de los entrevistados en Italia opinaban que las personas con epilepsia no deberían de trabajar, en tanto que en China llegó al 53% de quienes opinaban de igual manera, Canger y Cornaggia (29) y Chi-Wan y cols (9). Hace falta incrementar los estudios que busquen precisar la repercusión social de la epilepsia y la forma de disminuir su impacto negativo en la calidad de vida del paciente.

C) Vulnerabilidad. La vulnerabilidad de la epilepsia se refiere a las medidas de impacto para prevenir y/o controlar los factores que intervienen en la génesis de la epilepsia.

Hay que tomar en cuenta lo poco frecuente en que se llega a conocer la causa de la epilepsia, entre el 65 al 75% y 55 al 85% no se llega a precisar la causa del padecimiento (21, 22).

Los agentes etiológicos que con mayor frecuencia se conocen de la epilepsia son: traumatismos y anoxia perinatal, traumatismos craneoencefálico, enfermedad cerebro vascular, tumor cerebral, malformaciones congénitas, infecciones del sistema nervioso (15, 21, 22).

En algunos lugares reviste especial significancia la neurocisticercosis como causa de epilepsia (20-26).

Actualmente se dispone de una amplia variedad de medicamentos contra la epilepsia, la mayor parte de ellos los pueden utilizar el personal médicos no especialista. Por lo tanto, la epilepsia como un problema de salud colectivo, se puede circunscribir a dos grandes áreas de intervención: la preventiva del problema de salud, que involucra prácticamente a toda la sociedad, de acuerdo a

los factores etiológicos. La otra de índole asistencial, que necesita satisfacer la demanda de atención médica de las crisis y evitar o disminuir la marginación social entre los pacientes por la epilepsia, por parte de la población. Esta última, se genera por el desconocimiento del problema de salud, que en ocasiones llega a limitar más al paciente en su calidad de vida, que sus crisis epilépticas recurrentes y no provocadas. Por lo anterior un programa asistencial de la epilepsia debe de satisfacer dos necesidades de salud. Por un lado el control médico de las crisis del paciente, y la otra, apoyar a la persona con epilepsia para prevenir la marginación social. Para enfrentar a la epilepsia como problema de salud pública es preciso que las autoridades de salud de cada país la señalen en forma explícita, a partir de la cual se faciliten una serie de procedimientos de tipo legal y administrativo que permitan las acciones del sector salud correspondiente para la prevención y control del padecimiento mediante un programa de salud.

En un grupo de 5 000 casos de epilepsia, se pudo seguir la evolución clínica de 3 601 pacientes, los cuales fueron atendidos entre 1 y 40 años, con un promedio de 10 años (26).

En el suroeste de Finlandia se estudio una muestra representativa, la cual fue seguida durante 23 a 39 años (27).

En el Reino Unido a través del Sistema Nacional de Práctica General de la Atención Médica permite estudiar a los casos nuevos de epilepsia en muy diversos aspectos (28) y la recurrencia después de la primera crisis (29).

En Kenya se ha buscado el control de personas con crisis tónico-clónicas generalizadas, tratadas con carbamazepina y fenobarbital, las cuales fueron detectadas por personal de la misma localidad donde habitaban los enfermos (30).

En Holanda durante 400,000 contactos médicos en tres meses, impartidos por 103 médicos de primer nivel, el manejo de los pacientes fue realizado por enfermeras, las cuales en su mayoría controlaban la actualización de sus prescripciones de medicamentos; en tanto que los médicos se encargaron del diagnóstico y evaluar la evolución clínica de los pacientes (31).

En México la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y la Ley General de Salud, garantizan jurídicamente el derecho de la protección a la salud de todos los mexicanos; y en especial para la atención de la epilepsia se ha constituido desde 1986 el Programa Prioritario de Epilepsia (PPE), que esta constituido por un grupo de instituciones del sistema nacional de salud y con el apoyo de la Coordinación de Institutos Nacionales de Salud, de la Secretaría de Salud.

El PPE ha promovido entre las autoridades de salud del país, la Norma Técnica para la Prevención y Control de la Epilepsia en la Atención Primaria de Salud (32) que hace obligatorio su cumplimiento, en la atención que se imparta en el primer nivel de atención médica. El PPE contribuye a la difusión y aplicación del mencionado documento en escuelas de enfermería, medicina y en las unidades del primer nivel de atención médica de la Secretaría de Salud.

2.3. El enfoque epidemiológico y de servicios de salud en la epilepsia.

En forma paralela a los logros de la medicina contemporánea se han identificado varios problemas que ha limitado mejorar las condiciones de salud de la población mundial, según el informe sobre el Desarrollo Mundial 1993, que informa sobre 127 países en el orbe. El Sistema de Salud de México ha identificados una problematica particular, misma que ha orientado a su “Reforma del Sector Salud 1995-200”(7). En México, independientemente del aumento de los años de vida al nacer y la disminución de la mortalidad y otros logros en salud, no ha decrecido la importancia de las enfermedades infecciosas del sistema nervioso, algunas totalmente prevenibles con el conocimiento médico actual, la teniasis y la cisticercosis, antes bien la situación de salud se ha complicado con la presencia de nuevas enfermedades como el SIDA. En este contexto epidemiológico al país se ha ubicado en la llamada transición epidemiológica (5). La presencia de las enfermedades no transmisibles como la enfermedad cerebro vascular, las lesiones como el traumatismo craneoencefálico. Sin tomar en cuenta otros problemas de salud que por su baja frecuencia o sus dificultades para el

diagnóstico, se desconoce su distribución y frecuencia como causa de muerte o de enfermedad en el país; ejemplos de lo anterior podemos mencionar a la esclerosis múltiple, esclerosis lateral amiotrófica, otras enfermedades desmielinizantes, Enfermedad de Parkinson, etc. Actualmente se desconoce, ya que no se han realizado estudios sobre el acceso y costo de la atención médica de las enfermedades neurológicas en el país, ni se ha definido con que calidad se otorgan estos servicios. Con la información de las causas de morbilidad y mortalidad (ver cuadros 1, 2 , 3) y los recursos del Sector Salud para atender las necesidades identificadas (ver cuadros 4, 5), difícilmente se pueden identificar estas características; sin embargo son suficientes para orientar algunas medidas que contribuyan a mejorar la atención de las enfermedades neurológicas. Lo anterior sin dejar de señalar que hace falta realizar la investigación epidemiológica que muestre la morbilidad y mortalidad neurológica (incidencia y prevalencia) y sus factores de riesgo, con base poblacional y la investigación de servicios de salud (accesibilidad, costo-beneficio, calidad), además de líneas específicas de investigación en servicios de salud como: a) ampliación de la cobertura de la seguridad social, b) descentralización de los servicios de salud, c) ampliación de la cobertura de servicios a través de un paquete básico, d) hacia un nuevo modelo de organización del sistema nacional de salud, tanto nacional como del Distrito Federal (ver cuadros 6, 7, 8, 9 y 10) y e) así como los elementos de la mortalidad en el Distrito Federal, que determinan la transición epidemiológica actual (ver cuadro 11).

Otras posibles actividades de investigación neurológica y operativa serían:

- * Actualizar en los aspectos clínicos el Sistema de Referencia y Contrarreferencia en cada institución del Sector Salud para la atención óptima de las personas con epilepsia.
- * Utilizar a la capacitación del personal médico para la atención de la epilepsia en forma sectorial, para unificar criterios médicos, ahorrar recursos y facilitar los objetivos.
- * Difundir la Norma Técnica para la Prevención y Control de la Epilepsia en la

Atención Primaria a la Salud y propiciar que los medicamentos específicos sean integrados en la atención que se otorga a estos pacientes

* Elaborar programas de educación para la salud sobre la epilepsia, dirigidos a la sociedad y familia del paciente con epilepsia, como un recurso para mejorar la calidad de vida de la persona con epilepsia en México.

* Coordinar las estrategias de comunicación de los programas de educación para la salud.

* Se estudiará el costo-beneficio y el costo-efectividad, así como el impacto de la atención médica de la persona con epilepsia en las instituciones del Sector Salud.

* La calidad de vida del paciente epiléptico debe ser evaluada constantemente para ofrecerle en el largo plazo mejores expectativas.

2.4. La demanda de atención médica de las personas con epilepsia en el tercer nivel.

Los Institutos Nacionales de Salud en México representan el tercer nivel de atención médica con una cobertura nacional de la Secretaría de Salud. Son instituciones que han desarrollado una amplia experiencia en el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de las enfermedades que estudian. Los conocimientos logrados en el estudio de la patología que afectan a la población nacional, los institutos las comparten de muy diversas maneras entre el personal médico del Sector Salud. El Programa Prioritario de Epilepsia y la Coordinación de los Institutos Nacionales de Salud es un muestra de como se contribuye a mejorar la calidad de la atención médica y el acceso a los servicios de salud del país, con este tipo de actividades colaborativas. La demanda de atención médica por parte de las personas con epilepsia en los Institutos tiene dos características fundamentales, una; donde la solicitud de atención es debida a la especialidad de la institución (Neurología, Perinatología, Pediatría y H. Infantil) y dos; en el resto de los Institutos Nacionales la atención de personas con epilepsia es poco frecuente. La Referencia de pacientes con epilepsia a los Institutos especializados en su atención es bastante heterogénea, la mayor parte de los pacientes acuden

por su iniciativa, sin mediar resumen clínico y/o motivo de la referencia, ya sea de diagnóstico, tratamiento o de rehabilitación. Como consecuencia de lo anterior la Contrareferencia usualmente no encuentra destinatario una vez que se ha impartido la atención médica. El Programa Prioritario de Epilepsia y los Institutos Nacionales desean mejorar la calidad y la eficiencia, además de la disminución del costo de la prestación de servicios de salud del Sector Salud a la personas con epilepsia en México. Por lo anterior se requiere contribuir para actualizar el Sistema de Referencia y Contrarreferencia de las instituciones que remiten pacientes con epilepsia a los Institutos; tanto del primer como del segundo nivel. Los Centros de Atención Integral de Epilepsia (CAIE) del Programa Prioritario de Epilepsia coordinarán la aplicación de la actualización de conceptos clínicos para mejorar la referencia y contrarreferencia de pacientes con epilepsia, en su área de responsabilidad con los médicos que detecte son los que canalizan este tipo de pacientes y además con su población usuaria para detectar la satisfacción de los mismos por la atención recibida.

Actualmente se requiere optimizar la infraestructura del Sector Salud para mejorar la detección y control médico de las personas con epilepsia y que sean referidas a los CAIE del Distrito Federal y del interior de la República Mexicana. Al final se identificarán los servicios de salud de los médicos generales, familiares o especialistas, que están refiriendo pacientes con epilepsia a los CAIE, para incluirlos en los programas de “Actualización y Capacitación en Epilepsia” del PPE. Se intentará propiciar que la capacitación del personal médico sea continua, para unificar criterios médicos y así ahorrar recursos; finalmente el beneficiario es el paciente, ya que con estas acciones mejora su calidad de vida y su entorno social(33, 34, 35).

2.5. Conceptos, objetivos y base legal de la referencia y contrarreferencia de pacientes en México.

CONCEPTOS: Se puede conceptualizar a la referencia y contrarreferencia como: “El enlace que debe existir entre los diferentes niveles de atención y recursos del

sistema de salud, por medio de mecanismos y acciones orientadas a agilizar su operación y proporcionar servicios oportunos y de calidad adecuada, que satisfagan plenamente la demanda de salud del usuario". La referencia y contrarreferencia de pacientes, será realizada a través de la vinculación entre la Unidad Referente y la Unidad Receptora.

Con el objeto de uniformar criterios, se entenderá por:

Referencia: Es la acción y efecto de remitir a un paciente, de una unidad de menor complejidad (unidad receptora), para dar respuesta a sus necesidades de salud

Contrarreferencia: Es la acción y efecto de remitir a un paciente de una unidad de mayor complejidad a una menor resolución, independientemente de que fuera o no referido por ésta última.

Unidad Referente o Emisora: Será aquella unidad del sistema que canalice al paciente a otra unidad de mayor complejidad operativa, ya sea secuencial o salteadamente.

Unidad Contrarreferente o Receptora: Es la unidad que recibe al paciente referido de una menor grado de complejidad operativa, ya sea secuencial o no.

OBJETIVOS: Contar con un instrumento Técnico - Administrativo, que establezca la secuencia de actividades que deberán realizar los responsables de la operación, para que la referencia y contrarreferencia de pacientes e información entre las unidades de atención del sistema, se lleve cabo de manera eficiente, oportuna y justificada. La referencia y contrarreferencia, representa y debe ser considerada como un subsistema e instrumento fundamental, que tiene como propósito básico, la vinculación sistematizada entre los diferentes niveles de atención a la salud, procurando de esta forma una atención integral, en la cual se realicen acciones encaminadas a la promoción, prevención, restauración y rehabilitación de la salud. Lo anterior, requiere del personal de salud que trabaja en las diferentes unidades que conforman el sistema de servicios, una percepción individual y de equipo, con una actitud responsable y abierta que permita el llevar a cabo de manera eficiente, el desarrollo integral del proceso de referencia y contrarreferencia de pacientes. Por otro lado, es importante señalar la necesidad

de establecer criterios y procedimientos ágiles, sencillos, uniformes y efectivos que posean una flexibilidad tal, que permita los ajustes necesarios, oportunos y aplicables a la situación real e histórica del momento, de tal manera que amplíe la oportunidad de satisfacer plenamente, las demandas de salud del paciente.

BASE LEGAL:

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Artículo 4º, párrafo tercero. (D.O. 5-II - 1917).

Ley General de Salud. (D.O. 7 - II - 84)

Ley Orgánica de Administración Pública Federal. Artículo 39

Plan Nacional de Desarrollo. 1983 - 1988.

Norma de Descentralización y Desconcentración de la Secretaría de Salubridad y Asistencia. (D.O. 30 - III - 83).

Decreto de Descentralización de los Servicios de Salud a los Gobiernos Estatales. (D.O. 8 - III - 84).

Acuerdo de Descentralización de los Servicios de Salud de la Secretaría de Salubridad y Asistencia. (D.O. III - 84).

2.6. La referencia y contrarreferencia de pacientes en las unidades de tercer nivel

El sistema de Referencia y Contrarreferencia de pacientes tiene por objetivo central cumplir con los propósitos para los que fueron creados los niveles 1º, 2º y 3º dentro del sistema nacional de salud, nuestro Instituto forma parte de las Instituciones de Tercer Nivel, que se caracterizan por contar con los recursos humanos, materiales y económicos suficientes para proporcionar una atención de máxima calidad en el ámbito nacional y en muchas ocasiones equiparable a la que se proporciona en centros similares de “países desarrollados” del occidente. Los pacientes que acuden solicitando atención médica por vez primera al llegar al Instituto son atendidos en la Preconsulta de la Consulta Externa o en el Departamento de Urgencias. En una u otra área el paciente es consultado y con ello se está en posibilidades de emitir un juicio respecto a si su padecimiento si es

o no del sistema nervioso. Cuando no presenta un caso de este tipo, es orientado hacia el lugar apropiado para su atención. Si su enfermedad es del sistema nervioso, entonces se analiza si las características del mismo requieren o no de la atención en una Institución de tercer nivel. Los criterios de admisión y prioridades se han jerarquizado tomando en consideración aspectos médicos, en primer lugar la gravedad del padecimiento, en segundo lugar interés del problema para la enseñanza de posgrado (desarrollo académico) y tercero criterios de inclusión de protocolos en proceso (desarrollo de investigación). Si el paciente no es admitido se le canaliza a alguna otra Institución y ello queda consignado en las respectivas hojas de Preconsulta utilizadas en la Consulta Externa y Urgencias. Dentro del proceso previamente descrito existe una proporción de pacientes que proceden del D.F. con cuyas autoridades siempre se ha mantenido un estrecho contacto para establecer, normar y evaluar un sistema controlado de referencia y contrarreferencia de pacientes, para ello se utiliza el documento "Referencia de Pacientes" que contiene en el anverso una ficha de identificación, el nombre de la unidad que refiere, a donde se refiere, domicilio y servicio al que se envía, además de un apartado en donde se señala el motivo de la referencia (resumen clínico del padecimiento), la impresión diagnóstica y el nombre del médico que refiere, al reverso de la hoja se anota la respuesta del servicio consultado, el diagnóstico definitivo, el resumen de la evolución del padecimiento, el tratamiento establecido, las recomendaciones, nombre del médico consultado y la fecha.

En el largo plazo sería conveniente que además del original, existan dos copias, una se anexe al expediente del paciente y otra permanezca en el archivo de la Consulta Externa y/o Urgencias; el original se regrese a la unidad de la cual procede. Con el propósito de llevar a buen término el sistema de Referencia y Contrarreferencia de Pacientes miembros del personal de los Centros de Salud de la periferia acuden al Instituto a conocer sus instalaciones y a participar en cursos, conferencias, congresos, etc., los cuales actúan como transmisores de conocimientos, que facilitan al personal médico una atinada referencia de pacientes. En síntesis se pretende que los pacientes enviados a este Instituto

hayan sido previamente estudiados en otros niveles (1° y 2°) y solamente sean enviados aquellos enfermos que por la índole de su padecimiento requieran de una tecnología más compleja tanto para su diagnóstico como para su tratamiento. Una vez estudiados se envían de nuevo a la unidad que refiere acompañándose de una respuesta escrita en la cual aparecen los datos más relevantes para su adecuado manejo médico sobre: Signos y Síntomas Neurológicos, Epilepsias, Cefaleas, Cráneo Hipertensivo e Hidrocefalias, Enfermedades cerebro-vasculares, Tumores y Neoplasias del SNC, Infecciones y Parasitosis, Metabólicos, Tóxicos y Nutricionales, Enfermedades Degenerativas y Desmielinizantes, Malformaciones Congénitas y Enf. Hereditarias, Padecimientos de Origen Traumático, Enfermedades de Nervio y Músculo, Padecimientos Oftalmológicos, Padecimientos Otológicos, Enfermedades Sistémicas asociadas con manifestaciones del SNC.

El Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía es una Institución de tercer nivel cuyos objetivos, dentro del Programa Nacional de Salud son los atender las alteraciones del sistema nervioso, así como desarrollar programas de investigación en neurociencias y la formación de recursos humanos en los diferentes campos de las neurociencias. Dentro del Sistema Nacional de salud el Instituto hace especial énfasis en establecer un puente con los servicios del 1er nivel y 2° nivel de atención, atendiendo a los problemas prioritarios, dentro de los que destacan enfermos con epilepsia, cisticercosis, enfermedades vasculares cerebrales y problemas conductuales particularmente los depresivos. Los requerimientos de médicos neurólogos clínicos para la última década de éste siglo y principios del siglo XXI deben proyectarse de acuerdo con los servicios que deben ofrecerse a través del tiempo, para que los miembros de la población o de la sociedad, disfruten de salud, de acuerdo con un modelo de necesidades apoyado con un modelo de demandas.

A continuación se revisa el proceso de referencia y contrareferencia en la parte operativa en nuestro Instituto, donde cabe señalar el apoyo importante del Departamento de Trabajo Social y del Departamento de Control y Referencia de

Pacientes de la Consulta Externa.

2.7. Procedimientos generales para la referencia de pacientes.

Procedimientos a seguir por la unidad referente o emisora, para la referencia de un paciente a la Pre-consulta del I.N.N.N.

Objetivo: Facilitar al usuario del Servicio de la Pre-consulta del I.N.N.N., que sea referido a otra unidad de salud, para que reciba la atención médica más indicada de su padecimiento.

Personal y unidad que intervienen:

Paciente

Servicio de Consulta Externa

 Médico Preconsultante

 Médico Jefe del Servicio

Enfermería

Control y Referencia de Pacientes

Trabajo Social

Unidad de Salud

Normas de Operación: Todo paciente que acuda a la pre-consulta del I.N.N.N. y que su padecimiento no corresponda a las especialidades del Instituto, será referido a la unidad de salud correspondiente.

Toda referencia de pacientes se formalizará a través del formato firmado por el Jefe de Servicios.

PERSONAL Y UNIDAD QUE INTERVIENE	DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES
PACIENTE	-Acude al módulo de Control y Referencia de pacientes del INNN. -Solicita ficha para atención médica en Preconsulta.
CONTROL	-Registra al paciente según orden de llegada lo envía a Trabajo Social.

TRABAJO SOCIAL

- Entrevista al paciente para conocer el motivo de la consulta y quién lo refirió al INNN.
- Extiende el recibo de pago.
- Lo envía a la caja
- Da indicaciones para esperar la llamada de la Enfermera.

ENFERMERA

- Llama al paciente
- Toma signos vitales y pasa al paciente con el Médico

MEDICO

- Recibe al paciente
- Inicia la entrevista por medio de la hoja de Preconsulta
- Realiza la exploración física
- Diagnostica
- Decide manejo y tratamiento
- Si el paciente requiere referirse, lo envía a Trabajo Social con el diagnóstico presuncional.

TRABAJO SOCIAL

- Termina de llenar el formato y anota en su hoja de registro de referencia de pacientes, con el fin de propiciar la vinculación y comunicación entre las unidades de salud, garantizando la atención integral del paciente.
- Orienta al paciente sobre la ubicación de la unidad y el servicio al que debe acudir.

JEFE DE CONSULTA

- Recibe el formato para revisión y firma.

EXTERNA

-Finaliza procedimiento.

2.8. Procedimientos generales para la contrarreferencia de pacientes.

Procedimientos a seguir por la unidad receptora o Contrarreferente en la recepción de un paciente enviado por el INNN.

Objetivo: Fomentar el Control y Seguimiento de los pacientes atendidos en un 3er nivel de atención por medio de la Contrarreferencia.

Personal y unidad que intervienen:

Departamento de Consulta Externa:

Médico Tratante

Médico Jefe del Departamento

Control y Referencia de Pacientes

Paciente

Departamento de Archivo Clínico

Unidad de Salud correspondiente.

Normas de operación: Todo paciente con o sin referencia que lo amerite, será incorporado al sistema de atención del INNN.

El paciente referido presentará al personal operativo del INNN el documento de referencia.

Todo paciente referido al INNN y que pueda ser controlado por su unidad de salud, será Contrarreferido.

Toda Contrarreferencia de Pacientes se formalizará a través del formato "Hoja de Contrarreferencia de Pacientes", firmada por el Médico Jefe del Departamento.

A toda acción de Referencia, deberá corresponder un mecanismo de Contrarreferencia, siendo responsable de que ello ocurra, tanto la unidad referente o emisora, como la unidad contrarreferente o receptora.

PERSONAL Y UNIDAD

QUE INTERVIENEN

DESCRIPCION DE ACTIVIDADES

MEDICO TRATANTE	<ul style="list-style-type: none">- Determina que el paciente con o sin referencia dado de alta, debe ser manejado y controlado ambulatoriamente en la unidad de salud de su localidad.- Solicita formato de contrarreferencia y expediente clínico al departamento de Control y Referencia de Pacientes.
CONTROL	<ul style="list-style-type: none">- Solicita expediente clínico al departamento de Bioestadística y Archivo Clínico.- Entrega al médico formato y expediente clínico.
MEDICO TRATANTE	<ul style="list-style-type: none">- Llena el formato de Contrarreferencia en original y copia.- Lo entrega al jefe del Departamento.
JEFE DEL DEPARTAMENTO	<ul style="list-style-type: none">- Lo revisa y firma.- Entrega a Control el formato y el expediente clínico.
CONTROL	<ul style="list-style-type: none">- Entrega al paciente original del formato y anexa copia al expediente clínico.- Entrega expediente clínico al departamento de Bioestadística y Archivo Clínico.
PACIENTE	<ul style="list-style-type: none">- Recibe original del formato, para su control en la unidad de salud emisora ó correspondiente a su localidad.
DEPARTAMENTO DE ARCHIVO CLÍNICO	<ul style="list-style-type: none">- Recibe, revisa y resguarda el expediente clínico con el formato respectivo
UNIDAD DE SALUD	<ul style="list-style-type: none">- Recibe al paciente con la forma lo entrevista para su control y seguimiento, archiva la forma.

Finaliza procedimiento.

3. Objetivos.

El presente estudio de investigación de servicios de salud, tiene como objetivo principal o general el de conocer el panorama actual de la referencia y contrarreferencia de pacientes.

Como objetivo específico el de conocer y medir el impacto de dicho fenómeno, en el ámbito de las enfermedades neurológicas y su interrelación con el primer y segundo nivel.

Otros objetivos complementarios son: en el corto y en mediano plazo se conocerán indicadores y criterios para la toma de decisiones para poder beneficiar y satisfacer con equidad a los usuarios de estos servicios y la valorar la importancia de la referencia y contrarreferencia en la actual situación del sistema nacional de salud.

4. Hipótesis.

La referencia y contrarreferencia de pacientes en el Instituto de Neurología y Neurocirugía opera con alta eficacia y es ejemplo, para que otras Instituciones del Sector Salud, puedan mejorar la calidad de ésta actividad y de esta manera ayudar a unificar criterios, que consoliden esta actividad en el Sistema Nacional de Salud.

5. Justificación.

Esta investigación intenta conocer y analizar a través de la Investigación Operativa la situación de la Referencia y Contrarreferencia de pacientes con Epilepsia, que son atendidos en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía. El enfoque principal de la investigación es el de analizar descriptivamente los datos estadísticos de la situación de los pacientes referidos y atendidos en la preconsulta del INNN y en que subespecialidades son atendidos finalmente, los pacientes siempre son aceptados en el Instituto para su atención, porque su padecimiento lo requiere y está confirmado que el diagnóstico definitivo es de tipo neurológico.

6. METODOLOGÍA.

Se recolectó y analizó la información estadística hospitalaria, concentrada en los registros específicos de los servicios de “Departamento de Control y Referencia de Pacientes” de la Consulta Externa y del “Departamento de Trabajo Social”, ambas dependientes de la Sub dirección General Médica del INNN. Asimismo, se investigará la procedencia de los pacientes que son referidos de las Instituciones del Sector Salud y de la Medicina Privada, así como del interior de la República Mexicana y de las diferentes Delegaciones del Distrito Federal, que a su vez representan a las Jurisdicciones Sanitarias. En total fueron analizados 9819 registros con la finalidad de tener un panorama general de este fenómeno.

6.1. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.

El presente estudio de investigación de servicios de salud es de carácter descriptivo y observacional, en donde las variables por estudiar no serán manipuladas, sencillamente serán observadas y estudiadas. Además se le considera un estudio de investigación en serie de tiempo, que en este caso es retrospectivo ya que la información y datos analizados se encuentran en archivos institucionales y pertenecen a hechos registrados en el pasado; finalmente en este tipo de estudios, el investigador analiza con su experiencia los hechos más relevantes y los clasifica de tal forma que los resultados siempre tienen gran significancia e impacto.

6.2. DEFINICIÓN OPERATIVA DE VARIABLES.

Las principales variables de estudio fueron: a) Pacientes referidos y atendidos por primera vez en la preconsulta del INNN (población abierta), b) Pacientes referidos y atendidos de los diferentes Estados de la República Mexicana, c) Pacientes referidos y atendidos de las diferentes Delegaciones Políticas del Distrito Federal (Jurisdicciones Sanitarias) y d) Referencia interna de los pacientes atendidos en la consulta externa, a las diferentes clínicas de especialidad del INNN.

7. Análisis de resultados.

A continuación se presenta el análisis de 9819 casos de referencia de pacientes que acudieron a la consulta externa del INNN solicitando atención médica y que por las características de su padecimiento de carácter neurológico y neuroquirúrgico, requerían la atención del tercer nivel.

7.1. Pacientes referidos y atendidos por primera vez en la preconsulta.

En el cuadro 12 y 13, se presentan el total de pacientes atendidos por mes y sus diferentes cantidades de cada una de las variables anotadas, cabe mencionar que el rubro “Iniciativa Propia” se refiere a los pacientes que acuden sin ningún tipo de referencia, además es donde se encuentran la mayor cantidad de pacientes que acepta el INNN y las cantidades menores a esta corresponden a las principales Instituciones del Sector Salud. El “Médico Particular” ocupa el segundo lugar en referir pacientes al INNN, el tercer lugar lo ocupa el servicio de urgencias del INNN, en cuarto lugar se encuentran los “Centros de Salud” de la Secretaría de Salud en el Distrito Federal y finalmente los Médicos del INNN y las diferentes Instituciones del Sector Salud ocupan las menores cantidades. Globalmente se concluye que existe una gran cobertura de Atención médica en cuanto a enfermedades Neurológicas se refiere, posteriormente se contrarrefiere a los pacientes a sus instituciones.

7.2. Pacientes referidos y atendidos de los diferentes estados de la República Mexicana.

El lugar de procedencia de los pacientes que acuden al INNN del interior de la República Mexicana son: Estado de México, Guerrero, Michoacán, Morelos, Hidalgo, Guanajuato, Puebla, Veracruz, Chiapas y Jalisco; en este orden citado. Cabe mencionar que durante el presente año el Estado de México se ubicó en el primer lugar de los Estados que refieren pacientes al INNN, lo cual señala, muy probablemente, que la periferia del Distrito Federal de alguna forma ya está integrada y conforma el área Metropolitana o Zona Conurbada.

En segundo lugar se encuentra el estado de Guerrero y en tercer lugar Michoacán y Morelos.

7.3. Pacientes referidos y atendidos de las Delegaciones Políticas del Distrito Federal (Jurisdicciones Sanitarias).

En el cuadro 14 y 15, se analiza la relación de los pacientes que acuden al INNN., de las diferentes Delegaciones del D.F., en orden de importancia nos encontramos con que estos tienen su lugar de residencia en : Delegación Iztapalapa, Tlalpan, Coyoacán, Alvaro Obregón, Gustavo A. Madero, Benito Juárez, Venustiano Carranza, Cuauhtémoc, Iztacalco, Xochimilco, Azcapotzalco, Miguel Hidalgo, Magdalena Contreras, Tláhuac, Milpa Alta y Cuajimalpa. Los porcentajes específicos pueden ser consultados en la mencionada tabla, sin embargo cabe mencionar que los que tienen un mayor porcentaje son los siguientes: la Delegación Iztapalapa, Tlalpan y Coyoacán, seguramente por la cercanía con nuestro Instituto. Los pacientes de 1ª vez son los que acuden en mayor proporción ya que casi siempre esta consulta es la que se denomina preconsulta y aparte es un filtro para aceptar específicamente a los pacientes con un padecimiento neurológico que requiera su atención en el Instituto.

7.4. Referencia interna a clínicas de subespecialidades.

En las clínicas de nuestro Instituto que atienden a los pacientes que fueron aceptados por su padecimiento Neurológico en el INNN y estos a su vez son derivados o contrarreferidos internamente a las áreas específicas o subespecialidades. Las clínicas con mayor número de pacientes son: Clínica de Epilepsia, Otoneurología, Facial, Cefalea y Vascular. La consulta de epilepsia ocupa los primeros lugares, por el número de pacientes atendidos. Sin embargo, el área de "Neurología General" atiende a la mayoría de los pacientes que acuden al I.N.N.N., esto es por su misma naturaleza.

7.5. Discusión de resultados.

La presente investigación y análisis de los servicios de salud comprendió 9819 casos registrados de pacientes referidos al INNN en donde se destaca que la gran mayoría de los pacientes no son referidos adecuadamente por los servicios de salud y acuden por “iniciativa propia” o son enviados por un “ médico particular” , ” personal médico del INNN” y “Centros de Salud”; 1º, 2º. 3º y 4º lugar respectivamente, de la referencia de pacientes al INNN. Los principales estados de la República Mexicana que refieren pacientes, así como de sus instituciones de salud de población abierta fueron; Estado de México, Guerrero y Michoacán; 1º, 2º y 3er lugar respectivamente. Las principales Delegaciones Políticas del Distrito Federal que enviaron pacientes fueron;

Iztapalapa, Tlalpan, Coyoacán; en 1º, 2º y 3er lugar respectivamente. Finalmente, las clínicas de la consulta externa del INNN que tuvieron más demanda fueron: epilepsia, otorrino, facial, cefalea y enfermedad vascular, con lo que se confirma que este grupo de padecimientos se encuentran insertados en la transición epidemiológica que actualmente se presenta en nuestro país.

8. Conclusiones.

Como conclusión del presente análisis se puede mencionar que la calidad y la prestación de los servicios Neurológicos en el INNN es de excelencia y además de que la cobertura en la República Mexicana es total, considerando que el INNN es una Institución de tercer nivel nacional y la referencia y contrarreferencia funciona muy bien coordinada con el primer y segundo nivel de atención médica.

9. Recomendaciones y/o sugerencias.

En esta sección presentaremos recomendaciones y sugerencias para mejorar la referencia y contrarreferencia de pacientes con epilepsia y es necesario contemplar en el largo plazo, la mejora continua de la calidad de los servicios, así como la satisfacción del usuario, ambos rubros deberán de ser considerados permanentemente.

Recomendación 1. Consultar frecuentemente la Clasificación Internacional de Enfermedades, que deberá ser validada por el médico especialista, con la finalidad de poder usar mejor los tres dígitos, de la mencionada clasificación y poder operativamente mejorar el indizado de las enfermedades diagnosticadas en los pacientes. Además de propiciar el uso oportuno y adecuado del “Manual para la referencia y contrarreferencia de pacientes y envío de muestras y especímenes”, propuesto por la Secretaría de Salud, por el médico especialista, con la finalidad de que resulte fácilmente operativa la actividad de aceptar pacientes del primer y segundo nivel de atención médica, Los usuarios deben saber que con la educación, el autocuidado y la promoción de la salud, deben de ser actividades cotidianas en sus comunidades locales. ya que para que resulte eficaz y efectiva la actividad de referencia y contrarreferencia en la atención médica, nos debemos de auxiliar permanentemente de ellas.

A continuación se enlistan las principales características de esta actividad:

Desde diferentes paradigmas;

- Paradigma de la causalidad de la enfermedad.
- Paradigma microbiano

- Paradigma la Salud Pública y la Promoción de la Salud
- Paradigma de la uni causalidad

Con nuevos elementos técnicos a incorporar;

- El pensamiento filosófico de la carta de Ottawa
- Formulación de políticas públicas saludables
- Creación de ambientes propicios
- Fortalecimiento de la acción comunitaria
- Desarrollo de aptitudes personales
- Reorientación de los servicios de salud

Con lo anterior cabe insertar sub programas en Jurisdicciones Estatales, para mejorar las actividades operativas con el personal de salud, principalmente en el fortalecimiento de la acción comunitaria, que es el eje del fomento de la salud, la educación para la salud y globalmente la medicina preventiva.

Los profesionales de la salud que llegan a las comunidades no urbanas, se enfrentan a diferentes retos.

El primer modelo, que hemos llamado asistencialista de participación comunitaria, se caracteriza por dos elementos centrales: por una parte se sustenta en una enorme desvalorización del conocimiento tradicional.

Esta situación se acompaña por la no modificación de las condiciones en que está situado la comunidad, que generalmente viven en el tradicionalismo.

Otro de los desafíos a los que se ve enfrentado el educador en salud que busca la participación comunitaria y la multiplicación de conocimientos a través de la preparación de voluntarios o promotores, se vincula con la búsqueda de una mayor horizontalidad y diálogo en la relación profesional-personal comunitario.

Ante esta situación es deseable participar en la presente Reforma del Sector, con la Ampliación de Cobertura y acciones de Educación y Fomento para la Salud, en las intervenciones del Paquete Básico de Servicios de Salud, ya que en ocho de las doce intervenciones figura la Educación para la Salud como una pieza clave que consolida las mismas acciones, ya que la Educación para la Salud implica difundir conceptos y en este caso la Epilepsia es un elemento importante para que

la población esté informada e identifique éste problema de Salud Pública. Acciones como los Cursos de Capacitación para médicos generales implementando los criterios de referencia y contrarreferencia en los diferentes niveles de atención médica.

El mejor campo de acción para estas actividades antes mencionadas, es el medio de su propia comunidad y su entorno social, en donde los hábitos y costumbres mejoran su calidad de vida, por lo anterior, la difusión de conceptos básicos de la Epilepsia para fines de detección, en las escuelas primarias, favorece el conocimiento de los escolares, maestros y padres de familia. Esta estrategia complementa acciones y reafirma la convicción de trabajar, tanto en el ámbito clínico, académico, preventivo, familiar y comunitario. Finalmente la calidad de vida del paciente con epilepsia es el objetivo terminal.

Recomendación 2. Conocer el modelo de atención a la salud del primer y segundo nivel del distrito federal ya que el sistema de referencia y contrarreferencia de pacientes en el Distrito Federal, constituye un procedimiento de coordinación y enlace entre las unidades operativas de los tres niveles de atención que conforman la red de servicios de salud, tanto de la Secretaría de Salud del Distrito Federal como de los Servicios de Salud del Departamento del Distrito Federal.

Su objetivo principal es facilitar el envío de los pacientes de una unidad operativa a otra de mayor complejidad o viceversa, de acuerdo a la capacidad resolutive de éstas, con el propósito de brindar a los usuarios atención médica integral y oportuna en las unidades que, conformen el padecimiento del paciente y la capacidad resolutive de las unidades que resulten más convincentes.

Asi mismo, trasciende los límites jurisdiccionales y los ámbitos institucionales para garantizar el acceso a los servicios de salud en beneficio del paciente referido.

La prioridad en este sistema es la de dar seguimiento a los casos referidos, uniformando los criterios entre la unidad del primer nivel, con el segundo y tercer nivel de atención.

Atención Primaria de Salud (APS)

En la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud (APS), celebrada en Alma-Ata en 1978, se propuso a la Atención Primaria de Salud como estrategia para alcanzar el objetivo de Salud para todos (1).

México, como miembro de la Organización Mundial de la Salud, convino que “la salud es un derecho humano fundamental y un objetivo social para el mundo entero” y se comprometió, junto con las demás naciones, a “asegurar una distribución más equitativa de los recursos de salud y conseguir que todos los ciudadanos de todos los países alcancen un nivel de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva,” por lo que “Salud para Todos” no quiere decir que nadie padezca enfermedad, lo que significa es la práctica de medidas de promoción y de prevención que disminuyan los riesgos de enfermedad, invalidez y muerte, así como la restauración de la salud perdida. (2)

De la declaración de Alma-Ata destacan lo siguientes atributos de la Atención Primaria de la Salud, como estrategia para alcanzar el objetivo de “Salud para Todos en el año 2000”.

Atributos de la APS;

- La APS se concibe como la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías adecuados y científicamente fundados.
- Requiere de plena participación de los individuos, familias y organizaciones de la comunidad
- Representa el primer contacto con el sistema nacional de salud
- Se orienta hacia los principales problemas de salud de la comunidad y presta los servicios de promoción y prevención dirigidos, sobre todo, a grupos de riesgo.
- Entraña la participación de otros sectores que desarrollan actividades relacionadas con la salud
- Se apoya en un equipo de salud en el que participan médicos, enfermeras, parteras, auxiliares y trabajadores de la comunidad.

La experiencia de los últimos años ha demostrado la existencia de una enorme

distancia entre los ideales que adoptaron los países inspirados por la meta de *Salud para Todos*, y las acciones y resultados registrados actualmente.

Por lo mismo, ha habido una insuficiente comprensión del concepto *Salud para Todos*, al que se hizo equivalente, en varios casos, con medicina para todos en lugar de la aplicación cabal de la estrategia de Atención Primaria de Salud, se registró una notable ausencia de coordinación intersectorial, inadecuada acción comunitaria y limitación de la promoción de estilos de vida a nivel individual.

En algunos casos la estrategia de Atención Primaria se interpretó como el primer nivel de atención, en otros casos como atención de segunda clase para indigentes y otras tantas significó solamente atención comunitaria, o rural, o se llegó a suponer que era de bajo costo. (3)

Lo anterior ha llevado a renovar el concepto de Atención Primaria, a la que entenderemos como “La forma de atención a la salud integral y continua, puesta al alcance de todos los individuos y las familias de una comunidad por medios que les sean aceptables, con su plena participación y aun costo accesible para la familia, la comunidad y el país”. Elementos fundamentales para la organización y prestación de los servicios son la coordinación interinstitucional e intersectorial, la atención a la salud familiar, la participación activa de la comunidad y la interrelación de los recursos comunitarios e institucionales en la prestación de los servicios. (4)

Características de la APS;

- Es el primer contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el Sistema Nacional de Salud
- Incluye a todos los niveles de atención médica
- Requiere de la coordinación intersectorial
- Incluye la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, mantenimiento de la salud, consejo, educación del paciente, diagnóstico y tratamiento de enfermedades agudas y crónicas, en una diversidad de escenarios para la atención de la salud (centro de salud, domicilio, hospital, consultorio privado).

- Asume la responsabilidad del individuo y la familia en cada una de las etapas de su desarrollo, para la conservación de la salud y la terapéutica de la enfermedad.
- Favorece una eficaz comunicación médico-paciente y refuerza en el paciente el papel de corresponsable en el cuidado de la salud.
- Coordina la atención de los problemas de salud del paciente y de su familia, sean éstos biológicos, conductuales y sociales.
- Utiliza los recursos comunitarios y promueve la participación de la sociedad.

El concepto renovado de Atención Primaria es el fundamento de las acciones del Modelo de Atención a la Salud para la Población Abierta en el Distrito Federal y presenta las siguientes características:

- **Calidad:** Grado en que los medios más deseables se utilizan para alcanzar las mayores mejoras posibles en salud, considerando la satisfacción del usuario y del prestador de servicios. Por ello, la garantía de calidad es asegurar las condiciones organizacionales óptimas que permitan otorgar el máximo beneficio con el menor riesgo en la atención a la salud o en la prestación de un servicio.
- **Equidad:** Dar la misma oportunidad de acceso a los servicios ante una misma necesidad de salud, lo que implica reducir la brecha entre los grupos para el logro de la salud.
- **Continuidad:** Asumir la responsabilidad de dar atención al individuo y a su familia en todas las etapas del desarrollo humano y de su ciclo vital, tanto en la salud como en la enfermedad.
- **Integridad:** Ofrecer toda la gama de servicios, sean preventivos o curativos, ambulatorios u hospitalarios. Los servicios que se ofrecen deben de responder a la concepción de salud-enfermedad como un proceso determinado por factores biológicos, psicológicos y sociales.
- **Eficacia:** Lograr que las intervenciones propuestas resuelvan los problemas de salud.

- Eficacia: Alcanzar los mayores niveles posibles de salud, con los recursos disponibles, mejorando su calidad, al menor costo posible y con el menor desperdicio de recursos.
- Universalidad: Brindar los servicios a toda la comunidad sin excepciones y bajo criterios de calidad básica uniforme, otorgando prioridad a los grupos más desfavorecidos.
- Accesibilidad: Garantizar la oferta y disponibilidad de servicios de salud estratégicamente ubicados y lo más cercano que sea posible al lugar donde se demandan o requieran, a fin de propiciar su utilización racional y oportuna por la comunidad.
- Flexibilidad: Es la capacidad de adaptarse a las necesidades locales de salud permitiendo con ello el establecimiento de mecanismos específicos para atender a grupos prioritarios.

Los servicios de salud que se otorgan deberán ser de calidad homogénea, incorporando la opinión de los usuarios y de los prestadores de servicios, promoviendo la instalación de comités de calidad en los diferentes niveles de operación.

A través de la Promoción de la Salud, el modelo no se limita a reparar los daños, se pretende que las estrategias que se impulsan permitan identificar riesgos a la salud e intervenir antes de que exista el daño. Al ofrecer a todos la misma oportunidad de acceso ante una misma necesidad, cumple su propósito de ser equitativo.

La estrategia de Atención Primaria requiere para su adecuado desarrollo de una red de servicios de alta calidad, del fortalecimiento de las Jurisdicciones sanitarias, así como impulsar la iniciativa de Municipios para la Salud.

Modelo de Atención a la Salud para Población Abierta (MASPA). En el Modelo de Atención a la Salud para Población Abierta, participan recursos institucionales y comunitarios. En los recursos institucionales se considera al personal profesional, técnico y administrativo, adscrito a los centros de salud, unidades hospitalarias, unidades de atención especial y unidades administrativas. En los recursos

comunitarios son considerados el promotor voluntario, la procuradora de salud y la partera tradicional.

Jurisdicción Sanitaria. Es la unidad técnico-administrativa dependiente de los Servicios de Salud Pública en el Distrito Federal, que finge como enlace entre el nivel operativo y el nivel central. Cuenta con recursos para planear, organizar, dirigir, coordinar, supervisar y evaluar las acciones integrales de salud pública, de fomento sanitario, y atención médica a población abierta:

- * Comprende la extensión territorial correspondiente a una delegación política del Distrito Federal
- * Establece la coordinación programática con las instituciones de salud en su ámbito de responsabilidad.
- * Cuenta con una estructura orgánico-funcional básica que le permite conducir y coordinar la prestación de servicios de salud, con capacidad resolutive suficiente para la atención a la salud de la población abierta a través de las unidades del primero y segundo niveles de atención.
- * Establece relaciones de coordinación entre los centros de salud y las unidades hospitalarias en su área de influencia, conformando así una red de servicios.
- * Cuando en su ámbito geográfico no existen unidades de segundo nivel de atención, establece relaciones de coordinación con hospitales de otra jurisdicción.

Funciones de la Jurisdicción Sanitaria:

- * Planear, dirigir, coordinar y evaluar el desarrollo de los programas sectoriales de salud.
- * Participar en el comité delegacional de salud.
- * Coordinar la integración de diagnóstico de salud jurisdiccional y la elaboración del programa anual de trabajo
- * Planear, coordinar y evaluar la operación del programa jurisdiccional de promoción de la salud con la participación de la comunidad.

- * Coordinar, dirigir, supervisar y evaluar el sistema de vigilancia epidemiológica.
- * Organizar, dirigir, supervisar y evaluar la prestación de los servicios de atención médica a la población abierta.
- * Coordinar, dirigir, supervisar y evaluar la operación del paquete básico de servicios de salud.
- * Capacitar los recursos humanos para la operación de los servicios, ejecución de los programas y realización de investigación operativa.
- * Participar en la formación de recursos humanos para la salud y establecer un sistema de educación médica continua.
- * Desarrollar el programa de mejoría continua de la calidad de los servicios
- * Instrumentar y operar el sistema único de información local
- * Administrar los recursos humanos, financieros y materiales asignados a la jurisdicción
- * Vigilar el cumplimiento de las condiciones generales de trabajo.
- * Participar en el análisis del cuadro básico de medicamentos y otros insumos.
- * Servir como instancia de atención al público, en cuanto a la recepción de sugerencias y gestionar la resolución en su ámbito de competencia y responsabilidad.

Centros de Salud. Las unidades de primer nivel de atención desarrollan acciones dirigidas al individuo, a la familia, a la comunidad y a su medio ambiente; los servicios están enfocados prioritariamente a preservar la salud por medio de actividades de promoción, prevención, curación y rehabilitación, cuya resolución es factible con recursos tecnológicos apropiados, estimulan además, las formas de organización y participación comunitaria en los servicios. En el centro de salud se ubican los prestadores de servicios, quienes están organizados en "núcleos básicos".

El núcleo básico de servicios de salud, deberá estar conformado por un médico familiar o general y dos enfermeras, una trabajadora social y un odontólogo.

Recibe apoyo del técnico en saneamiento, de la educadora para la salud y del técnico en nutrición. Es responsable de la atención hasta de 500 familias, así como de la vigilancia epidemiológica del área geográfica de su responsabilidad.

En el caso de la trabajadora social y el odontólogo serán responsables de atender de 500 hasta 1500 familias, dependiendo del perfil epidemiológico local, de las características socioeconómicas de la población, del acceso a los servicios y del tipo de centro de salud. Los Centros de Salud se clasifican en:

- * Centro de Salud T-I: Integrado por uno a dos núcleos básicos de salud y atiende hasta 1000 familias; cuenta con consultorio médico, sala de espera, área de curaciones e inmunizaciones y sanitario. Con base en la regionalización operativa podrá contar con consultorio de odontología.
- * Centro de Salud T-II: Integrado por tres a seis núcleos básicos de salud y atiende hasta 3000 familias, cuenta con una unidad de odontología por cada tres núcleos básicos y de acuerdo con estudios de regionalización y demanda, a partir del sexto núcleo contará con servicios de laboratorio clínico, tiene de dos a seis consultorios médicos, dispone de sala de espera, central de equipos y esterilización, inmunizaciones, dirección, administración, epidemiología, estadística, farmacia, salón de usos múltiples y sanitarios.
- * Centro de Salud T-III: Integrado por siete núcleos básicos ó más y atiende hasta 8000 familias, cuenta con siete a 16 consultorios, una unidad de odontología por cada tres núcleos, sala de espera, salón de usos múltiples, CEYE, área de curaciones e inmunizaciones, laboratorio, radiodiagnóstico, consultorio de salud mental, epidemiología, estadística, dirección, administración, farmacia y almacén

Funciones:

- * Formular el diagnóstico de salud del área de responsabilidad preferentemente con la participación de la comunidad.
- * Elaborar el programa de trabajo que responderá a la problemática y las necesidades detectadas en el diagnóstico de salud local.
- * Aplicar el programa de promoción de la salud con la participación de la

comunidad

- * Proporcionar servicios de atención médica y salud pública a la población de su responsabilidad
- * Otorgar el paquete básico de servicios de salud con énfasis a los grupos de población marginada.
- * Realizar la referencia y contrarreferencia del paciente.
- * Operar el sistema local de vigilancia epidemiológica
- * Operar el programa de mejoría continua de la calidad de los servicios.
- * Capacitar al personal de la unidad para la ejecución de los programas de atención médica y de salud pública.
- * Organizar y coordinar el comité local de salud
- * Participar en las investigaciones operativas y epidemiológicas
- * Operar el sistema único de información local
- * Administrar los recursos humanos, financieros y materiales.

El núcleo básico de servicios de salud:

- * El usuario tendrá acceso directo y continuo a los servicios de salud
- * Se trabaja con un espectro no determinado de enfermedades y de situaciones familiares
- * Presta sus servicios a todos los miembros de la familia más que a individuos aislados y lo hace con independencia de la edad, el sexo o el problema de salud que presente.
- * El ejercicio de sus acciones tiene como marco de referencia la atención primaria a la salud, por lo que la atención que se otorga es integral y continua, llevándose a cabo en el consultorio, el hogar del paciente o en los servicios hospitalarios.
- * Considera la satisfacción de la población usuaria para introducir mejoras en el funcionamiento de los servicios.
- * Los miembros del núcleo básico, ven en cada contacto con los pacientes, la oportunidad de efectuar acciones preventivas y de promoción de la salud; esta

vocación por la prevención no obscurece sus capacidades para diagnosticar y tratar los padecimientos agudos y crónicos que se presentan en su población.

- * El compromiso y la responsabilidad es con la persona y con la familia, más que con un cuerpo de conocimientos en particular, un grupo de enfermedades o la práctica de una técnica especial.
- * Utiliza la regionalización operativa para priorizar la atención a grupos marginados en acciones extramuros.
- * Reconoce la necesidad de compartir el estudio, análisis y tratamiento de los problemas de salud con personal de otros niveles de atención.
- * Entiende la organización de su práctica profesional no solo en términos de un conjunto de individuos, sino en términos de una población en riesgo (ver cuadro 6).

Centros de Atención Especializada. Los Servicios de Salud Pública en el Distrito Federal, cuentan con 11 centros de atención especial, cuyo objetivo es proporcionar atención médica especializada ambulatoria. Son centros de referencia de los Centros de salud y de las unidades de segundo nivel de atención, de acuerdo con las características de los servicios que ofrecen, estos centros son:

- Centro Dermatológico “Dr. Ladislao de la Pascua”
- Centro de Control de Enfermedades del Aparato Respiratorio.
- Tres centros comunitarios de salud mental
- Seis clínicas de especialidades médicas

Funciones.

- * Ofrecer atención especializada ambulatoria a la población abierta.
- * Formar parte de la red de servicios para la referencia de los centros de salud y de las unidades del segundo nivel de atención.
- * Participar en la capacitación y formación de recursos humanos para la salud.
- * Participar en la vigilancia epidemiológica
- * Operar el programa de mejoría continua de la calidad de los servicios
- * Realizar investigaciones clínicas en su área.

Como apoyo al programa de prevención y control de la rabia, se cuenta con dos centros de control canino.

Funciones de los centros de control canino

- * Vacunación antirrábica a animales
- * Retiro de animales de la vía pública
- * Recepción de donaciones de mascotas
- * Esterilización canina y felina
- * Sacrificio humanitario de animales
- * Necropsias para el diagnóstico de rabia
- * Participar en la vigilancia epidemiológica
- * Valoración y atención de personas lesionadas

Hospitales. La operación de las unidades hospitalarias comprende acciones dirigidas al individuo, a la familia y a la comunidad, en las que se realizan acciones preventivas, curativas y de rehabilitación. Se ofrece atención médica especializada para pacientes ambulatorios y de hospitalización, a personas que son referidas de los centros de salud o que se presentan espontáneamente y cuya atención requiere de la conjunción de tecnología, equipo y recursos materiales a cargo de personal especializado. Realizan además acciones de vigilancia epidemiológica, prevención de enfermedades, enseñanza, investigación y educación para la salud. Toda unidad hospitalaria debe establecer vínculos con la Jurisdicción Sanitaria a través de la planeación, programación, vigilancia epidemiológica, referencia del paciente entre niveles de atención, capacitación y apoyo en la gestión administrativa.

Los hospitales de los Servicios de Salud Pública en el Distrito Federal se clasifican en hospitales generales y hospitales de especialidad.

Hospitales Generales. Son aquellos que ofrecen atención médica especializada en las cuatro ramas troncales de la medicina: gineco-obstetricia, pediatría, cirugía general y medicina interna, con el apoyo de los servicios de anestesiología, auxiliares de diagnóstico y de tratamiento y transfusión sanguínea. Participan en los programas de formación del personal becario, en la capacitación en servicio, y realizan actividades de investigación.

Hospitales de Especialidad. Son aquellos que atienden patología específica, proporcionan atención hospitalaria y ambulatoria, participan en los programas de formación para el personal becario, en la capacitación en servicio y realizan actividades de investigación.

Recursos Comunitarios. Se entiende por recursos comunitarios a aquellas personas que de manera voluntaria realizan actividades, principalmente de promoción de la salud y preventivas, directamente en las comunidades.

En los Servicios de Salud Pública en el Distrito Federal, los recursos comunitarios son:

- * El promotor voluntario: persona de la comunidad, preferentemente líder natural que es capacitado por el personal de salud en los programas prioritarios y que se integra a los equipos de salud en campo, contribuyendo a ampliar la cobertura de atención y en la vigilancia epidemiológica.
- * La procuradora de salud: persona de la comunidad preferentemente mujer que es capacitada en los programas de atención materno-infantil y que desarrolla actividades de promoción de la salud en el área cercana a su domicilio.
- * La partera tradicional: persona de la comunidad que atiende partos en el domicilio de las pacientes y que al ser identificada, recibe capacitación sobre la atención del embaraz, parto, puerperio y atención del recién nacido, con el objetivo específico de disminuir las tasas de mortalidad materna y perinatal. Participa además en la promoción de la salud, referencia de pacientes y en la vigilancia epidemiológica.

Regionalización del Modelo de Atención a la Salud. Para la operación del Modelo de Atención a la Salud para la Población Abierta en el Distrito Federal se diseñó una metodología que permita optimizar la infraestructura, así como establecer las necesidades de recursos físicos y humanos para aplicar el paquete básico de servicios de salud a la población de responsabilidad.

Propósitos de la regionalización operativa:

- * Identificar las necesidades de infraestructura y recursos humanos para la salud
- * Identificar necesidades de salud, y regionalizar con base en factores de marginación
- * Establecer áreas de responsabilidad para las unidades de salud y los núcleos básicos de servicios.
- * Garantizar el acceso a los servicios de salud de la población abierta en el Distrito Federal.
- * Facilitar la operación del paquete básico de servicios de salud.
- * Propiciar una mayor utilización de los servicios por la población abierta.

Operatividad de la Regionalización Operativa:

- * Se realizó un estudio de la marginalidad por AGEB's considerando 11 variables sociodemográficas y económicas del XI Censo Nacional de Población y Vivienda 1990.
- * Se establecieron indicadores de resumen para cada AGEB, identificándose cinco estratos de marginalidad: muy alto, alto, medio, bajo y muy bajo.
- * Bajo los criterios antes señalados se determinó la población objeto de atención.
- * Se identificó la infraestructura existente para la atención de la población abierta y se asignaron áreas de responsabilidad con la participación del personal jurisdiccional.
- * Se realizaron ajustes en la estimación de población considerando las opiniones de los directores jurisdiccionales.

Red de Servicios

La organización de la red de servicios permite dar integridad a la atención de la población, requiere de un sistema de interrelación que permita complementar los servicios que prestan las unidades y mejorar su eficiencia.

La operación de la red de servicios permite a las unidades de mayor complejidad, como los centros de atención especial y los hospitales, vincularse con la comunidad, hacer el seguimiento de pacientes y capacitar en servicio al personal que trabaja en sitios alejados; permite que los médicos de los centros de salud acudan al hospital para que los especialistas, en forma selectiva, les asesoren en el manejo de los problemas de los casos referidos.

A través de la red se fortalece la referencia de pacientes y la información entre las unidades, el traslado de casos de urgencia y la consulta odontológica periódica en aquellas áreas donde no existe el recurso.

El establecimiento de directorios de servicios que se difunde entre las unidades de los diferentes niveles permite identificar los servicios más cercanos al domicilio del paciente.

Es importante considerar los mecanismos de supervisión, abasto y mantenimiento que faciliten la operación de los servicios que conforman la red.

Sistema de Referencia y Contrarreferencia:

Constituye un procedimiento de coordinación y enlace entre las unidades operativas de los niveles de atención que conforman la red de servicios de salud.

Su objetivo principal es facilitar el envío de los pacientes de una unidad operativa a otra de mayor complejidad o viceversa, de acuerdo a la capacidad resolutoria de éstas, con el propósito de brindar a los usuarios atención médica integral y oportuna en las unidades que conformen el padecimiento del paciente y la capacidad resolutoria de la unidad que resulten más convenientes.

Trasciende los límites jurisdiccionales y los ámbitos institucionales para garantizar el acceso a los servicios de salud en beneficio del paciente referido

La prioridad en este sistema es dar seguimiento a los casos referidos uniformando los criterios entre la unidad del primer nivel con el segundo nivel y el

tercer nivel de atención.

Recomendación 3. Conocimiento de la infraestructura de los servicios de salud del distrito federal.

Los recursos en salud para la atención de la población abierta se encuentran en el ámbito geográfico de 16 Jurisdicciones Sanitarias que corresponden a las delegaciones políticas del Departamento del Distrito Federal.

En el primer nivel de atención médica se ubican 210 centros de salud, 11 centros de atención especializada y 2 centros de control canino.

El segundo nivel de atención médica cuenta con 10 unidades de atención (ver cuadro 7,8,9,10)).

Perspectivas de la salud en el distrito federal

La composición demográfica del Distrito Federal ha sufrido cambios considerables como consecuencia de la evolución económica y social, en la representación gráfica de la pirámide de población correspondiente a 1950 se muestra en forma explícita como se ha modificado el peso relativo de los grupos de edad; se identifica una base ancha con predominio de la población menor de 15 años.

Para 1980, predomina la población joven menor de 20 años y se incrementa el grupo de ancianos.

De acuerdo con la información censal, durante la última década, la población del Distrito Federal registró un ligero descenso en el número de habitantes, al pasar de 8'831,079 habitantes en 1980, a 8'235,744 en 1990, como consecuencia de una disminución de la tasa de crecimiento medio anual, que fue de 2.5% durante el decenio 1970-1980 y llegó a un nivel de 0.7% en el de 1980-1990.

Debido a la disminución de las tasas de mortalidad y natalidad, la estructura por edades sufrió cambios notables durante este mismo periodo. La población menor de 15 años disminuyó su participación relativa de 41.1% en 1970 a 30.4% para 1990. Por el contrario la población entre 15 y 59 años aumentó su participación al pasar de 53.5% a 62.2% y la población en edad avanzada, de 60 o más años, también incrementó su porcentaje de 5.3% a 7.4%. Esto refleja la transición

demográfica actual de la entidad.

En la proyección al año 2010 se acentúa el envejecimiento demográfico, lo cual implica que si bien es cierto que se contará por unos años con una gran población en edades productivas, a medida que la misma envejezca, las personas de la tercera edad serán cada vez más numerosas, lo cual debe tomarse en cuenta para la planificación a mediano plazo de los servicios de salud.

Para 1990, el 0.25% de la población habitada en 253 localidades consideradas como rurales, ubicadas en su mayoría en las delegaciones del sur del Distrito Federal, particularmente en Milpa Alta, Xochimilco, Tlalpan y Tláhuac. El restante 99.75% se encontraba en los asentamientos que conforman la granmancha urbana de la entidad. La densidad de población era de 5,641 habitantes por kilómetro cuadrado, la más alta del país.

La movilización poblacional en el Distrito Federal también es importante. Según datos del XI Censo General de Población y Vivienda 1990, el 24.1% de la población nació en otra entidad federativa u otro país, la mayor proporción provienen de los estados de México, Puebla y Michoacán.

De la población nativa del Distrito Federal que migró al interior del país, el 67.9% migró al Estado de México, el 3.4% a Jalisco, el 2.4% a Guanajuato, el 2.4 a Puebla y el 23.0% al resto de las entidades federativas.

Durante los últimos años, aún cuando el Distrito Federal se ha convertido en una entidad de fuerte explosión migratoria, la población flotante representa una demanda potencial de servicios importante. La mayor parte de esta población procede de los municipios de la zona conurbada del Estado de México y acude al Distrito Federal para realizar actividades escolares, comerciales y laborales.

Los niveles de salud han experimentado cambios favorables en los últimos años: la esperanza de vida al nacer aumentó 18 años de 1950 a 1990.

De 1950 a 1990 los indicadores de mortalidad han registrado descensos importantes, la tasa general de mortalidad disminuyó de 15.5 por 1,000 habitantes a 5.4; la infantil de 130.2 por 1,000 NVR a 23.5 y la mortalidad materna de 18.7 por 10,000 NVR a 5.43

En la morbilidad registrada en las unidades del Sector Salud del Distrito Federal, aún cuando las enfermedades infecciosas continúan ocupando los primeros lugares, se observa un aumento en las enfermedades crónico-degenerativas y una emergencia de otros problemas de salud. Mientras que en algunas enfermedades infecciosas se observó un aumento durante el periodo 1994-1995, las infecciones respiratorias agudas y las amibiasis intestinales aumentaron casi al doble, manteniendo las primeras el primer lugar y ascendiendo las segundas del sexto al tercero; otras, como las infecciones intestinales mal definidas, descendieron del segundo lugar al tercero con una disminución del 21%.

Algunas enfermedades crónicas como la hipertensión arterial y la diabetes mellitus han aumentado, pasando del noveno lugar al quinto la primera, con un aumento del 30%. Otros problemas de salud, como los accidentes por tráfico, han emergido colocándose en el séptimo lugar en 1995, después de no aparecer entre las primeras veinte causas más importantes durante 1994.

El análisis de las principales causas de mortalidad pone de manifiesto la transición epidemiológica, pasando de un perfil donde predominan las enfermedades infecciosas y parasitarias que ocuparon los primeros lugares de 1960 a 1970 y que han sido desplazadas a partir de 1980, por las enfermedades crónico-degenerativas y los accidentes (ver cuadro 11).

Las tres principales causas de muerte para 1994 fueron enfermedades del corazón, tumores malignos y diabetes mellitus. De la mortalidad general destaca el descenso de neumonías e influenza que, del segundo lugar en 1980, baja al sexto en 1994 y diabetes mellitus que asciende del séptimo lugar en 1980, al tercero en 1994.

Las principales causas de mortalidad infantil durante 1993 fueron ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal, anomalías congénitas, neumonía e influenza y enfermedades infecciosas intestinales.

En cuanto a la mortalidad preescolar también se observa un descenso de 1.01 por 1000 habitantes en 1990 a 0.55 por 1000 en 1993, es importante considerar que la primera causa en este grupo son los accidentes, le siguen las anomalías

congénitas, neumonía e influenza, enfermedades infecciosas intestinales y los tumores malignos.

Las principales causas de mortalidad materna durante 1994 fueron causas obstétricas directas; toxemia; hemorragia; complicaciones del puerperio; aborto y causas obstétricas indirectas.

Al comparar las principales causas de mortalidad infantil y materna, correspondientes a 1980 con las de 1993 no se encuentran grandes variaciones en el orden en que aparecen.

El panorama epidemiológico nos indica que, como en otras regiones del país, el Distrito Federal además de afrontar problemas derivados del desarrollo y la urbanización tiene que atender problemas originados por la marginación social y el subdesarrollo.

Este panorama muestra un perfil epidemiológico mixto que puede ser considerado como una transición prolongada y polarizada entre los distintos grupos socioeconómicos, esto último evidenciado por el hecho de que estos cambios seguramente no se han dado en la misma magnitud ni al mismo ritmo en toda la población.

Sugerencia 4. Propuesta de un modelo de investigación operativa de servicios de salud para el fortalecimiento de la referencia y contrarreferencia de pacientes con epilepsia.

“Encuesta a los usuarios y familiares de pacientes con Epilepsia”

Resumen Metodológico:

La epilepsia constituye un problema de salud pública, por lo tanto es necesario, conocer los problemas y necesidades de los usuarios, ya que las enfermedades neurológicas y la epilepsia tienen su propio perfil de los pacientes y familiares.

La presente encuesta tiene la finalidad de aplicarse a los pacientes y familiares que acuden a los hospitales del Estado de Puebla, Hidalgo, Estado de México ya que están en la periferia del Distrito Federal y el área conurbana y es muy probable que encontremos porque los usuarios se trasladan grandes distancias

para obtener la atención médica que ellos desean y perciben será la mejor en las instituciones del distrito federal o si solamente lo que falta es la orientación necesaria para usar adecuadamente los servicios de salud del primer y segundo nivel de la Secretaría de Salud en este caso. Se requieren de investigaciones posteriores a la presente encuesta, ya que solamente es un planteamiento descriptivo del problema lo que conoceremos con este instrumento, sin embargo la información será muy importante.

Los rubros a evaluar de los usuarios son:

- Perfil del usuario
- Antecedentes del padecimiento
- Referencia y contrarreferencia
- Calidad de la atención
- Satisfacción del usuario y
- Uso adecuado de los Servicios de Salud.

Al mismo tiempo se realizará una encuesta de necesidades, hoja de contrarreferencia de pacientes atendidos y una actualización de datos del perfil de los Hospitales.

Los Hospitales en donde se aplicará el cuestionario serán los del Estado de Puebla, Hidalgo, Estado de México ya que están en la periferia del Distrito Federal y área conurbana, es muy probable que encontremos porque los usuarios se trasladan grandes distancias para obtener la atención médica que ellos desean y perciben será la mejor.

La encuesta se realizará durante tres meses esperando asegurar 500 cuestionarios aplicados.

Se realizarán las operaciones básicas de la Estadística descriptiva, sin embargo esto nos permitirá conocer y considerar a largo plazo otro tipo de investigaciones de calculo muestral más amplio, lo cual si proporcionará aproximaciones estadísticas significativas a nivel poblacional.

Los resultados deberán presentarse en su oportunidad, así como los avances, a

_____ ANTECEDENTES DEL PADECIMIENTO _____

1.- Desde qué edad padece usted epilepsia ? Años____ Meses____ Días____

2.- A cuántos médicos ha consultado por su padecimiento de epilepsia ?

_____ Médicos Generales

_____ Médicos Neurólogos

_____ Otros

(especificar) _____

3.- Hace cuánto tiempo un médico le confirmó que tenía usted epilepsia ?

_____ Años _____ Meses _____ Días

_____ REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA _____

4.- Su médico tratante para la epilepsia fue :

_____ Médico General

_____ Médico Especialista (Especifique cuál) _____

5.- A cuántas consultas médicas acudió usted para su tratamiento en los últimos 12 meses ? _____ Consultas médicas

6.- En el sector salud señale las instituciones a las que acudió para su tratamiento de la epilepsia:

SSA

IMSS

ISSSTE

DIF

DDF

MARINA

DEFENSA

PEMEX

Otros _____

7.- En clínicas o médicos particulares a cuáles acudió ?

Hospital privado

Clínica particular

Médico particular

8.- Acude usted a esta Unidad de Salud:

Referido por Institución

Iniciativa propia

De primera vez

Subsecuente

9.- Acude usted a este Centro de Atención Integral de Epilepsia a consulta:

Enviado por un médico

Enviado por una Institución

Pública

Privada

Diga cuál _____

Enviado con su resumen clínico de su enfermedad

Enviado sin revisión médica previa

Enviado por un familiar

Enviado por una amistad

Enviado por personal de salud

_____ CALIDAD DE LA ATENCION _____

10.- La atención y trato del médico le pareció que fué:

Excelente

Buena

Regular

Mala

No opina

(10)

(8)

(6)

(5)

(No)

11.- Cuánto tiempo tardó en pasar a la consulta ?

Media hora

Una hora

Una hora y media

Dos horas

12.- Cuánto tiempo duró su consulta con el médico ?

Quince minutos Treinta minutos
Cuarenta y cinco minutos Sesenta minutos

13.- La atención y trato de la enfermera le pareció que fué :

Excelente Buena Regular Mala No opina
(10) (8) (6) (5) (No)

14.- La atención y trato del personal administrativo le pareció que fué :

Excelente Buena Regular Mala No opina
(10) (8) (6) (5) (No)

_____ SATISFACCION DEL USUARIO _____

15.- Esta usted satisfecho con la atención que recibió en éste Centro de Atención Integral de Epilepsia ? Si No

Porque _____

16.- Siente usted confianza con el servicio proporcionado por ésta Unidad de Salud? Si No

Porque _____

17.- Siente usted la necesidad de buscar otro servicio de salud para la atención de su padecimiento de Epilepsia ? Si No

Porque _____

_____ USO ADECUADO DE LOS SERVICIOS DE SALUD _____

18.- Conoce usted el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía de la ciudad de México ? Si No

19.- Qué opinión tiene usted del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía ?

Excelente	Buena	Regular	Mala	No opina
(10)	(8)	(6)	(5)	(No)

20.- Usted sabe que puede atenderse de la Epilepsia en el Programa Prioritario de Epilepsia? Si No

21.- Qué opinión tiene usted del Programa Prioritario de Epilepsia?

Excelente	Buena	Regular	Mala	No opina
(10)	(8)	(6)	(5)	(No)

Con estas sugerencias se logrará hacer más sencilla, la operatividad de la referencia y contrarreferencia y reproducir estas experiencias en otros institutos y hospitales generales de concentración nacional. Para lograr estos propósitos se requiere de la cooperación de todo el personal médico y administrativo.

El personal médico deberá sugerir ideas para poder agilizar operativamente las mencionadas actividades: tanto para el paciente, como para el personal del INNN, así como para el médico que refirió al paciente, con estas experiencias se puede reforzar el proceso enseñanza – aprendizaje del personal de salud.

CUADRO 1.- NUMERO DE CASOS DE ENFERMEDADES NEUROLOGICAS EN MEXICO COMO CAUSA DE DEFUNCION Y SU LUGAR QUE OCUPA DENTRO DE LAS 20 PRINCIPALES CAUSAS, ASI COMO POR SU EDAD Y NUMERO DE CLASIFICACION.

	GENERAL	< 1	1-4	5-14	15-24	25-34	35-44	45-64	65 Y +
ENFERMEDAD CEREBRO VASCULAR	6o. 20800	16o. 132	19o. 45	14o. 105	11o. 289	12o. 415	7o. 710	6o. 4058	4o. 1923
EPILEPSIA		18o. 74	17o. 77	12o. 130	10o. 335	16o. 260	18o. 181		
SIDA					17o. 179	6o. 849	8o. 567	20o. 351	
MENINGITIS		10o. 338	13o. 140	16o. 62					
PARALISIS CEREBRAL			16o. 85	11o. 150					
ARTERIOSCLEROSIS									16o. 1458

Fuente: Cuaderno 9 I.E. Sector Salud, S.S. 1995.

CUADRO 2.- PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD HOSPITALARIA POR DIAGNOSTICO DE EGRESO Y POR INSTITUCION DE SALUD EN MÉXICO

	TRAUMATISMO CRANEO ENCEFALICO 049	ENFERMEDAD CEREBRO VASCULAR 029	SARAMPION 042	ESCLEROSIS EN PLACAS 223	IIINFECCIONES MENINGO- COCCICAS 049
SSA	7,240	2,669	139	0	0
IMSS	11,473	13,613	996	262	5
IMSS/SOLID	582	605	42	7	0
ISSSTE	1,810	2,199	70	49	13
DEFENSA	122	140	29	3	1
MARINA	109	73	8	2	2
PEMEX	845	827	9	11	7
D D F	2,848	12	5	3	1
TOTAL	25,029	20,138	1,298	560	29

Fuente: Cuaderno 9 I.E. Sector Salud, S.S. 1995.

CUADRO 3.- NUMERO DE CASOS NUEVOS DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS DEL SISTEMA NERVIOSO POR INSTITUCION DE SALUD EN MEXICO.

	CISTICERCOSIS 123.1	TENIASIS 13.0-.3	SARAMPION 055	M. BACT 320-322	M.M 036.0	RABIA 071	TB. MEN. 013	LEPRA 030
SSA	76	8979	2181	477	1	34	211	231
IMSS	475	2346	1509	417	1	10	153	55
ISSSTE	68	818	648	34	0	2	28	13
OTRAS	55	599	739	191	1	4		11
TOTAL	674	12 742	5 077	1 119	3	50	392	310

Fuente: Cuaderno 9.I.E. Sector Salud, S.S. 1995.

**CUADRO 4.- PORCENTAJE DE MEDICOS EN CONTACTO DIRECTO CON EL PACIENTE
POR INSTITUCION.**

	MEDICO PRIMER NIVEL	MEDICO PASANTE	GINECO OBSTETRA	PEDIATRA	OTROS	TOTAL
SSA	41.5	31.5	3.4	3.8	19.8	23,374
IMSS	50.5	12.2	6.6	7.0	23.7	34,024
ISSSTE	49.4	7.5	5.7	5.2	32.2	12,427
SEDENA	30.6	4.5	7.1	5.1	52.7	829
MARINA	34.1	17.4	5.0	5.4	38.1	478
PEMEX	52.5	--	4.4	9.1	34.1	3,058
DDF	46.0	7.5	--	--	46.5	2,026
ESTATAL	35.4	16.4	4.9	6.3	36.9	1,435
TOTAL	36,492	12,939	4,044	4,352	19,824	77,651
%	47.0	16.7	5.2	5.6	25.5	100.0

Fuente: Cuaderno 9.I.E. Sector Salud, S.S. 1995.

CUADRO 5.- PORCENTAJE DE SERVICIOS DE CONSULTA EXTERNA DE UNIDADES MEDICAS DE SEGUNDO NIVEL, SEGÚN INSTITUCIÓN Y TIPO.

	CONSULTA EXTERNA	HOSPITAL GENERAL	HOSPITAL DE ESPECIALIDAD	NUMEROS DE UNIDADES
--	---------------------	---------------------	-----------------------------	------------------------

S.S.A.	96.8	2.5	0.7	6,877
I.M.S.S.	93.6	5.6	0.8	4,982
I.S.S.S.T.E.	92.8	6.2	0.9	1,188
DEFENSA	89.6	10.4	--	240
MARINA	77.7	22.3	--	121
PEMEX	86.9	8.7	4.4	183
D.D.F.	77.1	9.9	13.0	131
ESTATAL	47.8	37.8	14.4	90
%	94.4	4.6	1.0	13,812

Fuente: Cuaderno 9.I.E. Sector Salud, S.S. 1995.

CUADRO 6.- PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN EN EL DISTRITO FEDERAL, NÚCLEO BÁSICO DE SERVICIOS DE SALUD, ÁREA DE RESPONSABILIDAD, COBERTURA Y FUNCIONES.

Recurso nuclear	Area de responsabilidad	Cobertura	Funciones
Médico general ó familiar	Intra y extramuros	Hasta 500 familias	Promoción de la salud. Prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de enfs. Agudas y crónicas. Operación del paquete básico de servicios de salud. Vigilancia epidemiológica. Referencia y contrarreferencia de pacientes. Visita familiar

Enfermera en clínica	Intramuros	Hasta 500 familias	Promoción de la salud. Apoyo a la atención médica. Operación del paquete básico de servicios de salud. Referencia y contrarreferencia de pacientes.
Enfermera de campo	Extramuros	Hasta 500 familias	Visita familiar. Promoción de la salud y del saneamiento básico. Promoción de la participación comunitaria. Operación del paquete básico de servicios de salud. Vigilancia epidemiológica. Referencia y contrarreferencia de pacientes. Reconquista de pacientes.
Trabajadora social	Intra y extramuros	De 500 hasta 1500 familias	Evaluación y diagnóstico de los problemas psicosociales de los pacientes. Estudios socioeconómicos de los pacientes. Coordinación del sistema de referencia y contrarreferencia. Organización de grupos en el centro de salud y en la comunidad. Operación del paquete básico de servicios de salud. Vigilancia epidemiológica. Visita familiar.
Odontólogo	Intra y extramuros	De 500 hasta 1500 familias	Promoción de la salud. Prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de enfermedades bucodentales. Operación del paquete básico de servicios de salud. Vigilancia epidemiológica. Referencia y contrarreferencia de pacientes.

Fuente: Directorio de Unidades del Sector Salud 1995, SSPDF

CUADRO 7.- INFRAESTRUCTURA DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL, PRIMER Y SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN MÉDICA DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE SERVICIOS DE SALUD PÚBLICA DEL DISTRITO FEDERAL.

PRIMER NIVEL

- Centros de salud	210
- Clínicas de especialidades	6
- Centros comunitarios de salud mental	3
- Centro dermatológico	1

SEGUNDO NIVEL

- Hospitales generales y de especialidades	4
- Hospitales psiquiátricos	3
- Institutos	3

- Centro de atención de enfermedades del aparato respiratorio	1	
Total	221	10

Fuente: Directorio de Unidades del Sector Salud 1995, SSPDF

CUADRO 8.- INFRAESTRUCTURA DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL, PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN, DIRECCIÓN GENERAL DE SERVICIOS DE SALUD PÚBLICA DEL DISTRITO FEDERAL

JURISDICCIÓN SANITARIA	TIPO DE UNIDAD			TOTAL
	T - I	T - II	T - III	
Gustavo A. Madero	19	8	5	32
Azcapotzalco	10	4	2	16
Iztacalco	0	1	4	5
Coyoacán	5	1	3	11
Alvaro Obregón	10	3	4	17
Magdalena Contreras	8	0	2	10
Cuajimalpa	8	0	2	10
Tlalpan	17	1	5	23

Iztapalapa	10	6	4	20
Xichimilco	6	2	1	12
Milpa Alta	7	3	1	11
Tláhuac	7	5	2	14
Miguel Hidalgo	0	1	4	5
Benito Juárez	2	0	2	4
Cuauhtémoc	0	1	5	6
Venustiano Carranza	5	5	4	14
T O T A L	114	43	53	210

Fuente: Directorio de Unidades del Sector Salud 1995 - SSPDF

CUADRO 9.- INFRESTRUCTURA DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL, SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN

HOSPITALES E INSTITUTOS

- 1.- Hospital General de Ticomán
- 2.- Hospital Nacional Homeopático
- 3.- Hospital Juárez del Centro
- 4.- Hospital de la Mujer
- 5.- Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez"
- 6.- Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro"
- 7.- Hospital Psiquiátrico Campestre "Dr. Samuel Ramírez Moreno"
- 8.- Instituto Nacional de Ortopedia
- 9.- Instituto Nacional de la Comunicación Humana

10.-

Instituto de Medicina de Rehabilitación

Fuente: Directorio de Unidades del Sector Salud 1995. SSPDF

CUADRO 10.- INFRAESTRUCTURA DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL, DISTRIBUCIÓN DE LAS UNIDADES DEL DEPARTAMENTO DEL DISTRITO FEDERAL POR DELEGACIÓN POLÍTICA.

Delegación Política	Primer Nivel de Atención			Segundo Nivel de Atención		
	U. Fijas	U. Móviles	Cons. Deleg.	Grales.	Pediátricos	Mat. - Inf.
Gustavo A. Madero		2	8	1	2	1
Azcapotzalco		2	3		1	1
Iztacalco	2	2	1		1	
Coyoacán	1	1	3		1	
Alvaro Obregón		1				
Cuajimalpa		2	3			1
Magdalena Contreras		1	4			1
Tlalpan		2				1
Iztapalapa	1	2		1	1	
Xichimilco		2			1	
Milpa Alta		2	1	1		
Tláhuac	2	1				1
Miguel Hidalgo		1	1	1	2	

Benito Juárez		1		1		
Cuauhtémoc	1	1		1	1	
Venustiano Carranza		2	4	1	1	1
TOTAL	7	25	28	11	7	7

Fuente: Directorio de Unidades del Sector Salud 1995. SSPDF

CUADRO 11.- PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD GENERAL EN EL DISTRITO FEDERAL 1960, 1970, 1980, 1990 y 1994 (TRANSICIÓN EPIDEMIOLOGICA).

1960	1970	1980	1990	1994
Gastroenteritis y colitis	Influenza y neumonía	Enfermedades del corazón	Enfermedades del corazón	Enfermedades del corazón
Enfs. Propias de la 1ª infancia	Enteritis y enfs. diarreicas	Neumonía e influenza	Tumores malignos	Tumores malignos
Gripe y neumonía	Afecciones perinatales	Tumores malignos	Diabetes mellitus	Diabetes mellitus
Cirrosis hepática	Enfermedades del corazón	Accidentes	Accidentes	Enfermedad cerebrovascular
Tumores malignos	Cirrosis hepática	Afecciones perinatales	Cirrosis hepática	Cirrosis hepática
Enfermedades del corazón	Tumores malignos	Enfermedad cerebrovascular	Enfermedad cerebrovascular	Neumonía e influenza
Accidentes	Enfermedad cerebrovascular	Cirrosis hepática	Afecciones perinatales	Afecciones perinatales
Bronquitis	I.R.A.	Diabetes mellitus	Neumonía e influenza	Accidente
Homicidios	Accidentes	Enfs. Infecc. intestinales	Homicidios y lesiones	Nefritis y Sx nefrótico
TBP	Diabetes mellitus	Anomalías congénitas	Anomalías congénitas	Homicidios y lesiones
Diabetes mellitus	Anomalías congénitas	Bronquitis crónica	Bronquitis crónica	SIDA

Nefritis y nefrosis	TBP	Nefritis y Sx nefrótico	Enfs. Infecc. intestinales	Anomalías congénitas
Nefritis y nefrosis	TBP	Nefritis y Sx nefrótico	Enf. Infecc. Intestinales	Anomalías Congénitas
Sarampión	Sarampión	Septicemia	Nefritis, Sx nefrótico y nefrosis	Bronquitis y septicemia
Obstrucción int. y hernia	Homicidios y lesiones	TBP	Deficiencias de la nutrición	Enf. Infecc. Intestinales
Disentería	Bronq. y enfis.	I.R.A.	SIDA	Def. de la nutr.

Fuente: SSA. Compendio Histórico. Estadísticas Vitales 1893-1993, Servicios de Salud Pública del Distrito Federal 1995.

GRAFICO 1.- PORCENTAJE DE DISTRIBUCION PROPORCIONAL 12 MESES (ENE-DIC 1996) DE 9819 PACIENTES REFERIDOS POR DIFERENTES UNIDADES DE SALUD Y ATENDIDOS EN EL INNN.

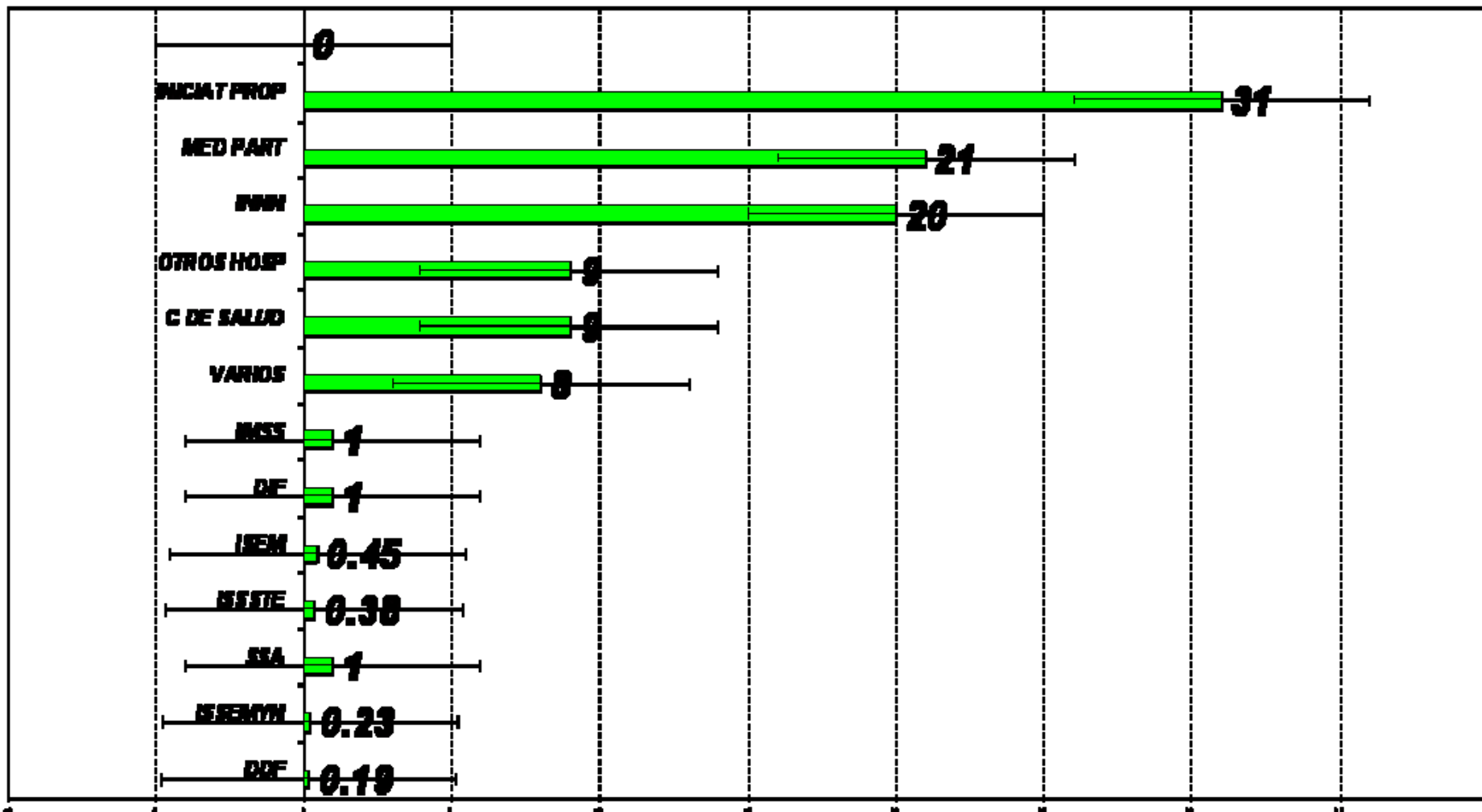


GRAFICO 2.- PORCENTAJE DE DISTRIBUCION PROPORCIONAL 12 MESES (ENE-DIC 1996) DE 9819 PACIENTES REFERIDOS POR DIFERENTES UNIDADES DE SALUD Y ATENDIDOS EN EL INNN.

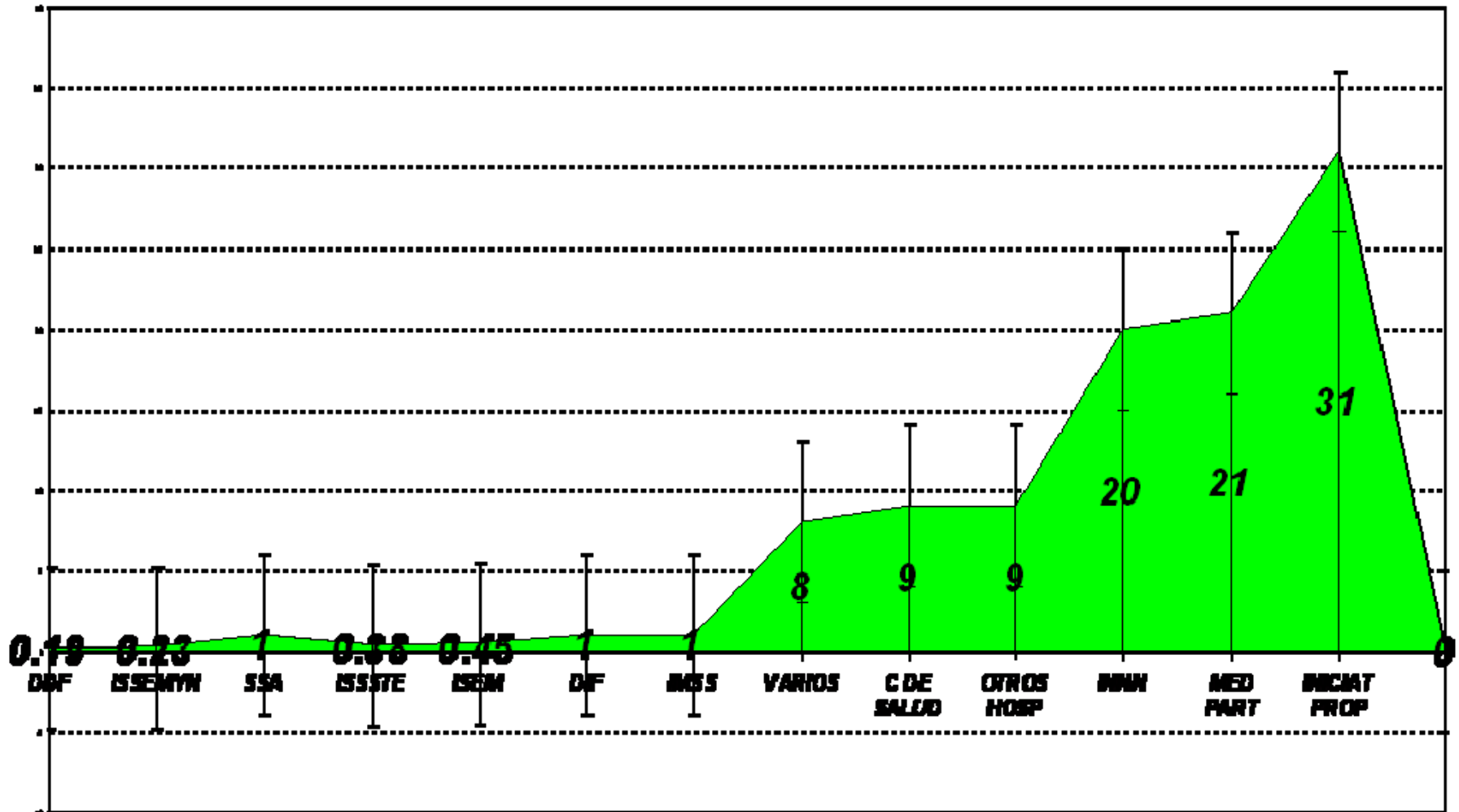


GRAFICO 3.- PORCENTAJE DE DISTRIBUCION PROPORCIONAL 6 MESES (ENE-JUN 1997) DE 9819 PACIENTES REFERIDOS POR DIFERENTES UNIDADES DE SALUD Y ATENDIDOS EN EL INNN.

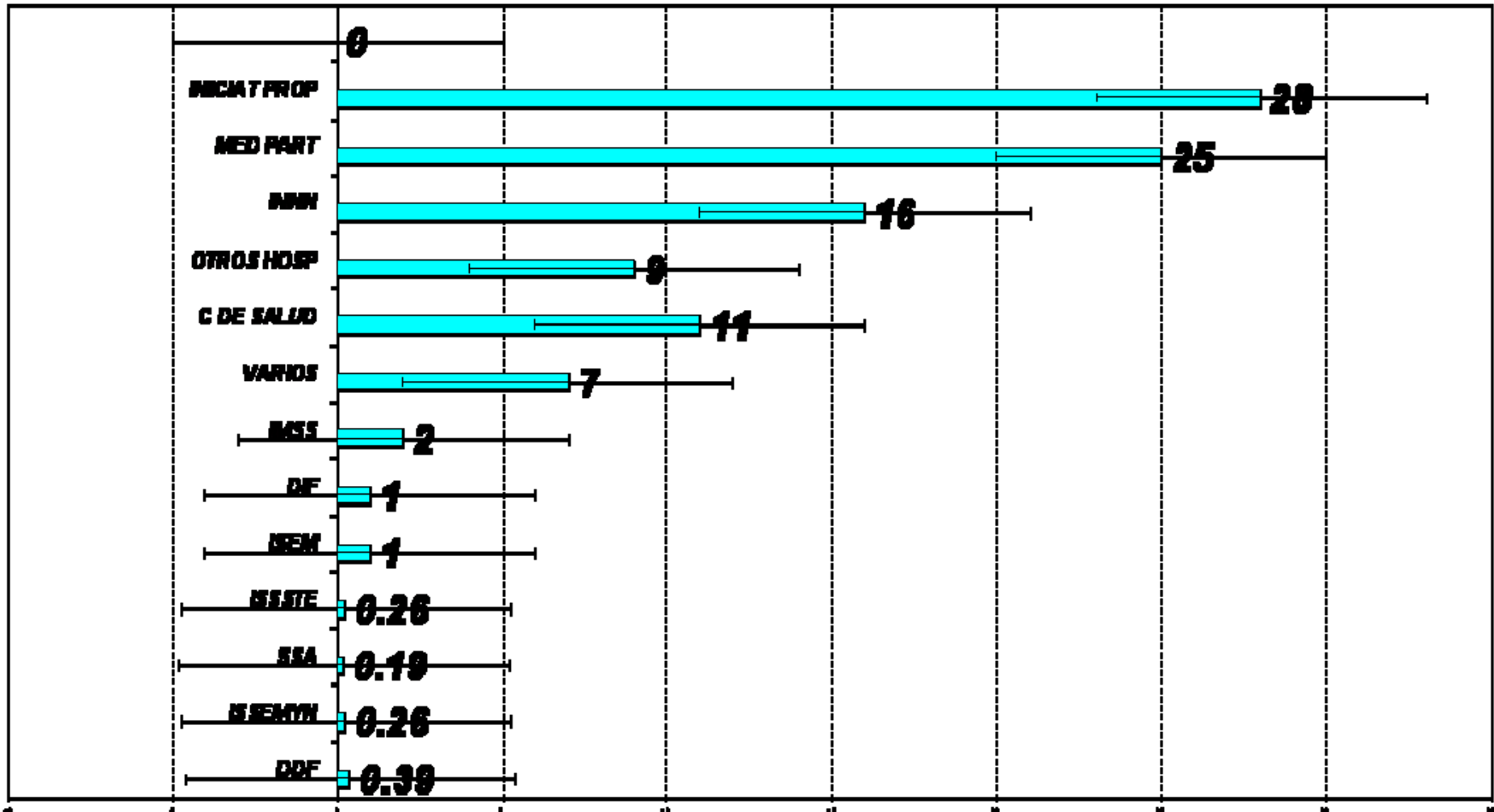


GRAFICO 4.- PORCENTAJE DE DISTRIBUCION PROPORCIONAL 6 MESES (ENE-JUN 1997) DE 9819 PACIENTES REFERIDOS POR DIFERENTES UNIDADES DE SALUD Y ATENDIDOS EN EL INNN.

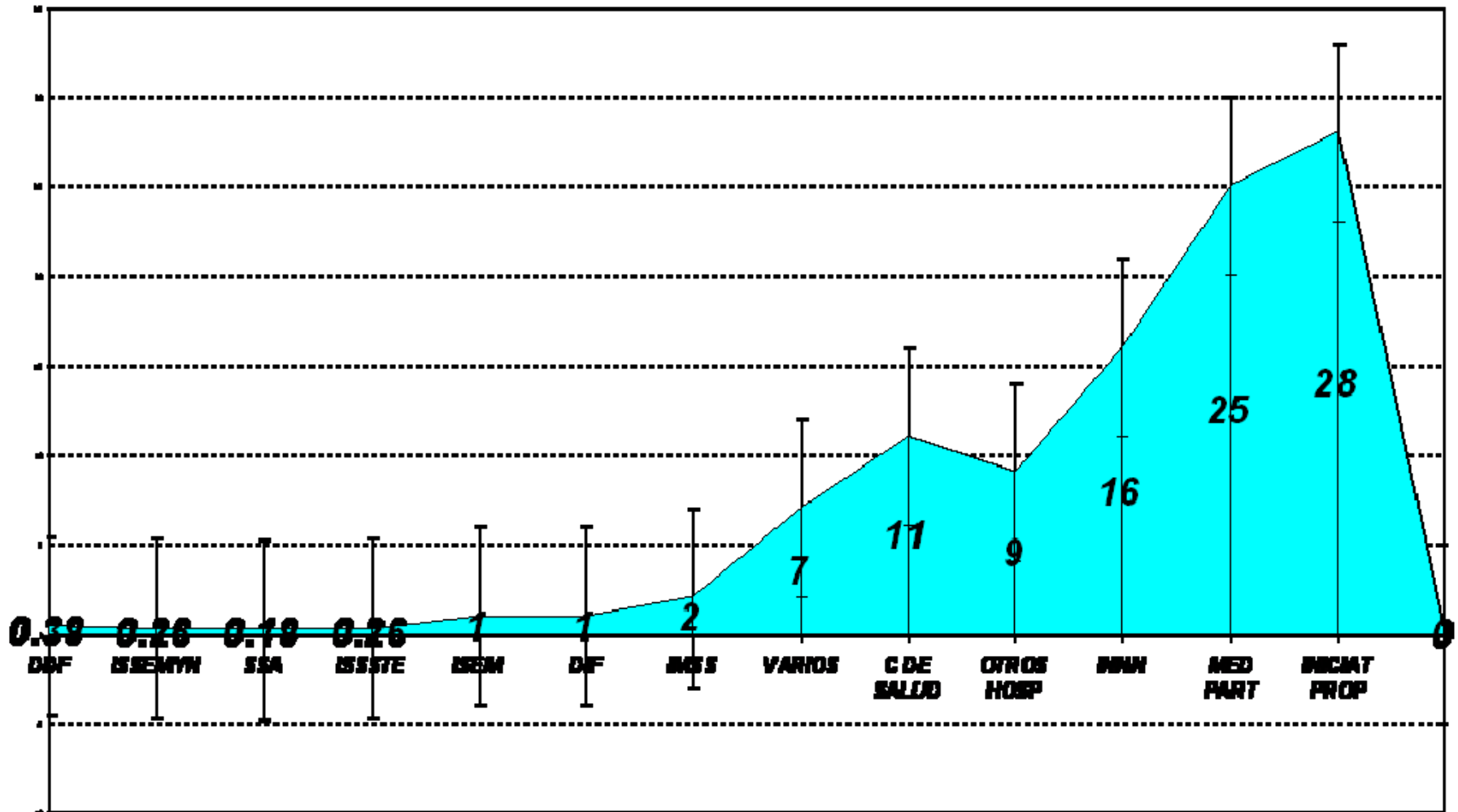


GRAFICO 5.- BARRAS DE LA SUMATORIA DE 18 MESES DE 9819 PACIENTES REFERIDOS POR DIFERENTES UNIDADES DE SALUD Y ATENDIDOS EN EL INN DE ENERO DE 1996 A JUNIO DE 1997.

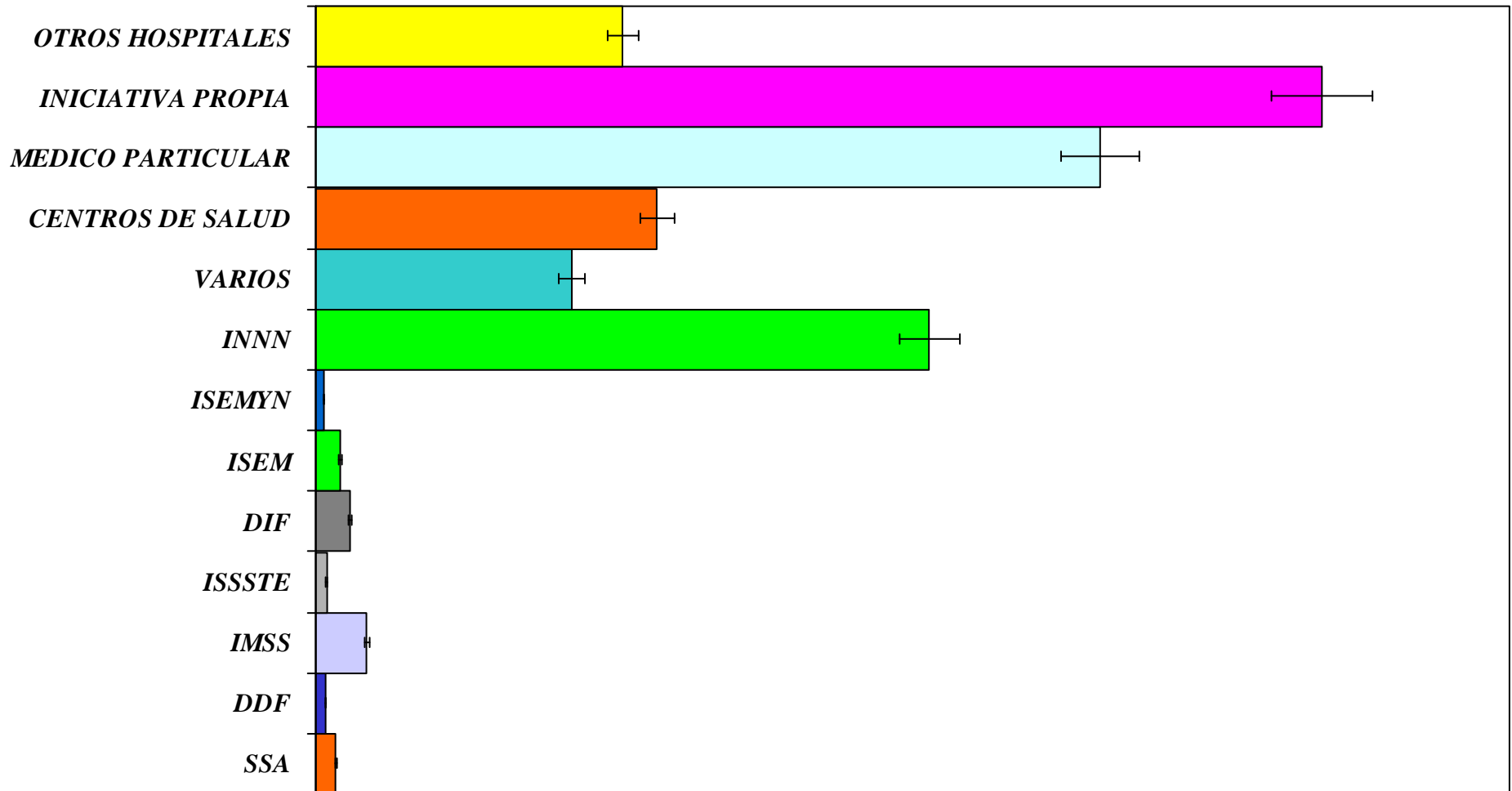


GRAFICO 6.- PORCENTAJES DE DISTRIBUCION (SUMATORIA DE 18 MESES) DE 9819 PACIENTES REFERIDOS POR DIFERENTES UNIDADES DE SALUD Y ATENDIDOS EN EL INNN DE ENERO DE 1996 A JUNIO DE 1997.

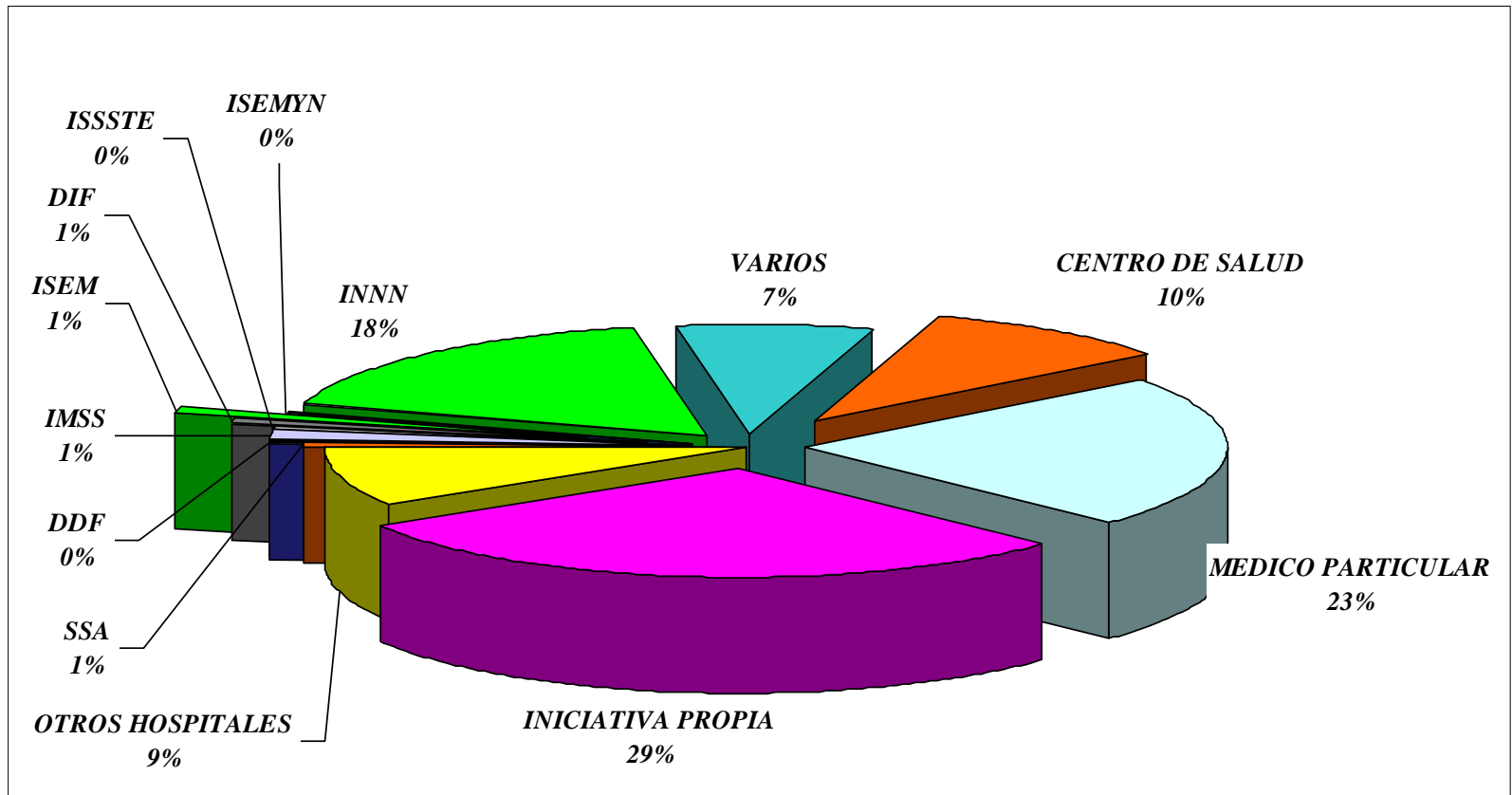


GRAFICO 7.- PERFIL DE DISTRIBUCION (SUMATORIA 18 MESES) DE 9819 PACIENTES REFERIDOS POR DIFERENTES UNIDADES DE SALUD Y ATENDIDOS EN EL INNN DE ENERO DE 1996 A JUNIO DE 1997.

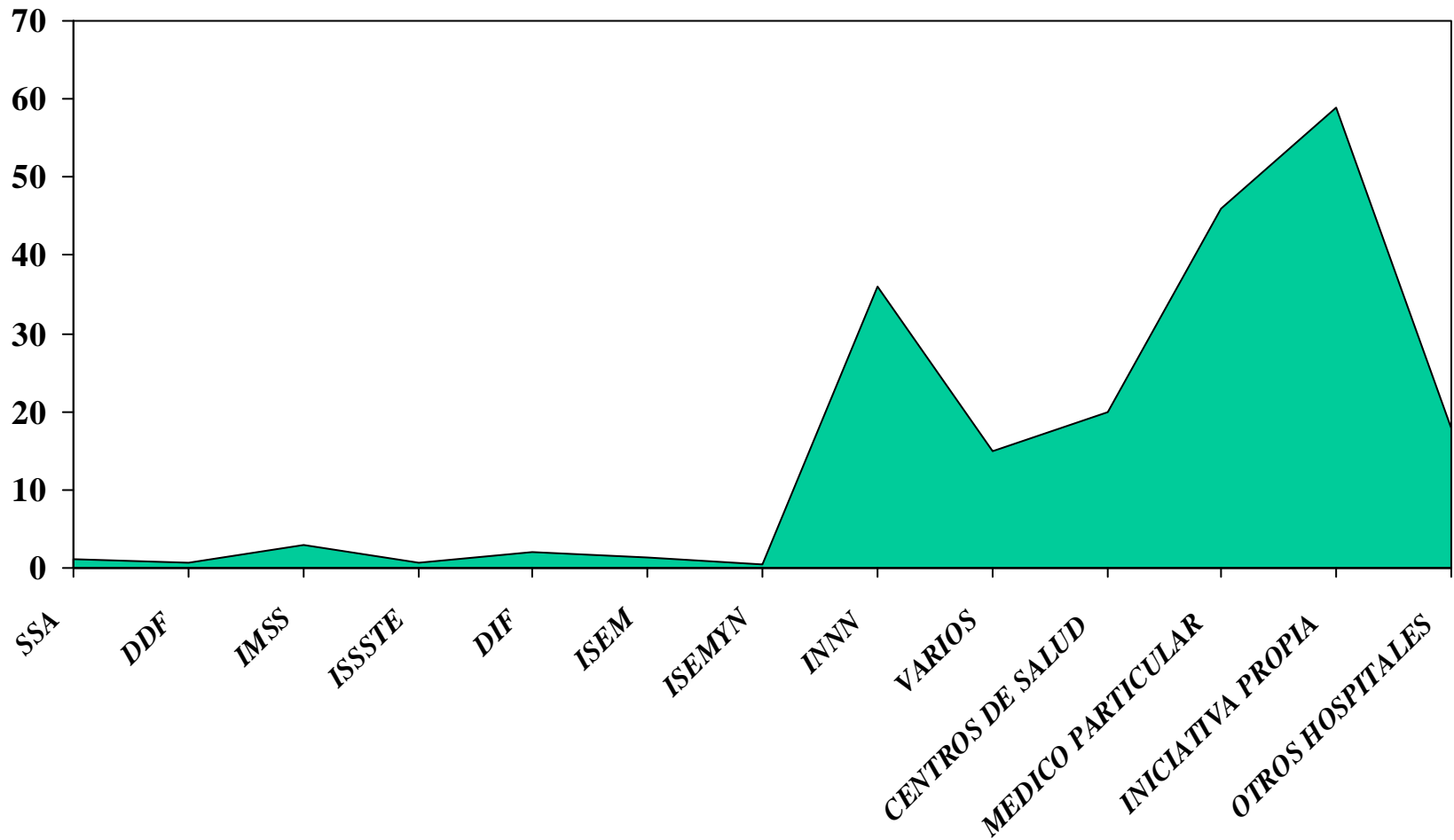


GRAFICO 8.- PORCENTAJES DE DISTRIBUCION (SUMATORIA 18 MESES) DE 9819 PACIENTES REFERIDOS POR DIFERENTES UNIDADES DE SALUD Y ATENDIDOS EN EL INNN DE ENERO DE 1996 A JUNIO DE 1997.

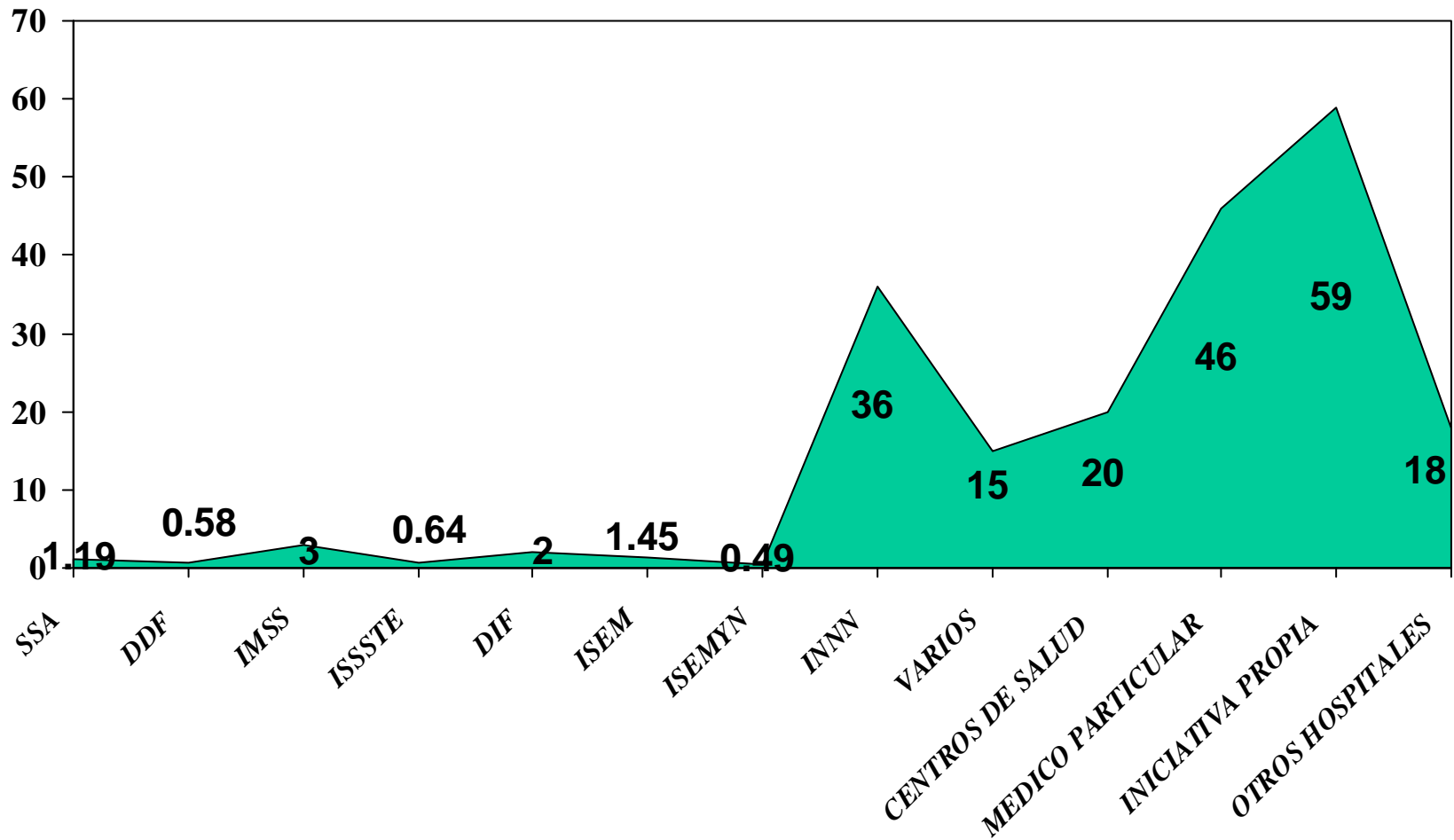


GRAFICO 9.- ERROR TIPICO (SUMATORIA 18 MESES) DE 9819 PACIENTES REFERIDOS POR DIFERENTES UNIDADES DE SALUD Y ATENDIDOS EN EL INN DE ENERO DE 1996 A JUNIO DE 1997.

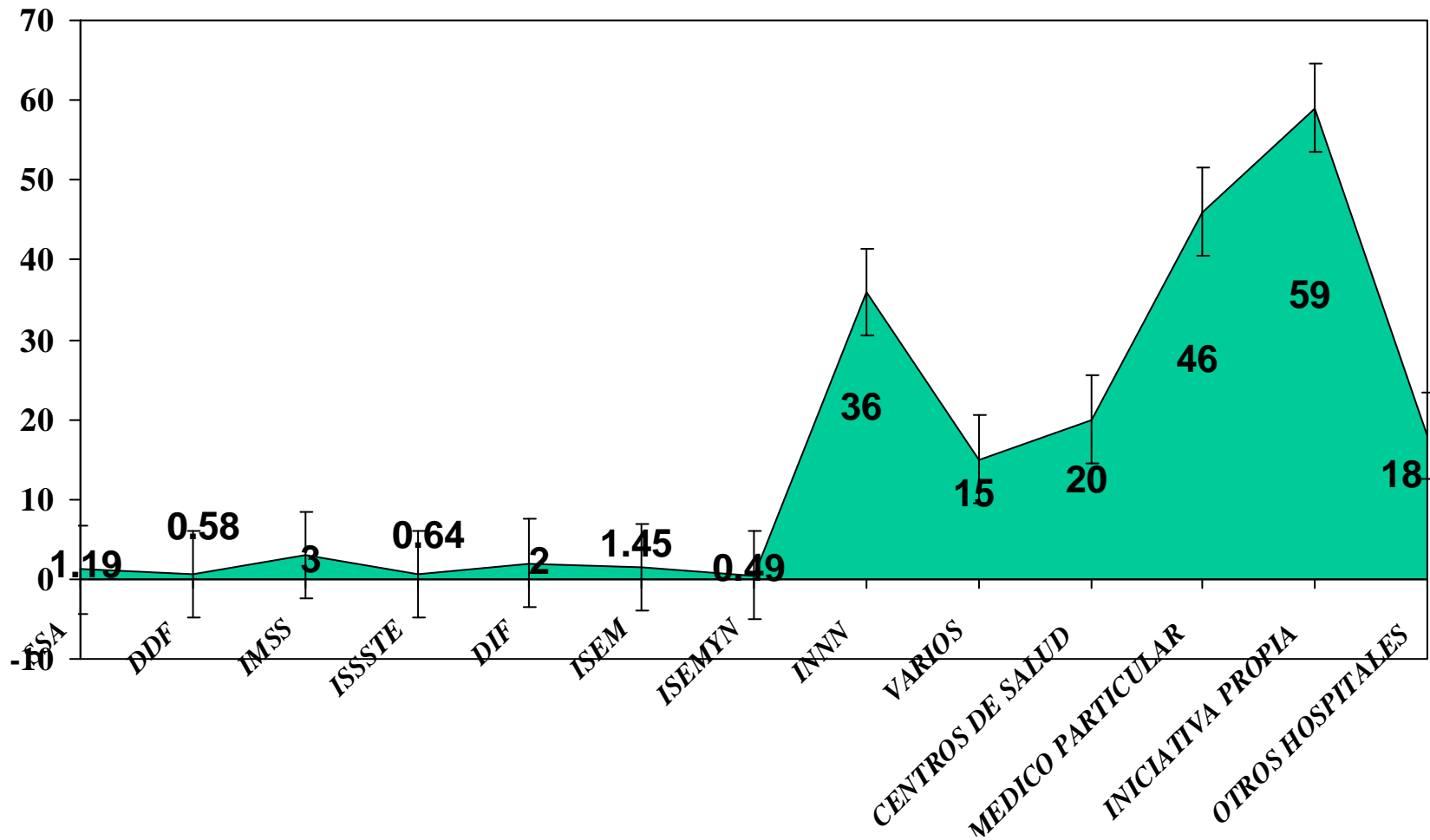


GRAFICO 10.- DESVIACION STÁNDAR (SUMATORIA 18 MESES) DE 9819 PACIENTES REFERIDOS POR DIFERENTES UNIDADES DE SALUD Y ATENDIDOS EN EL INNN DE ENERO DE 1996 A JUNIO DE 1997.

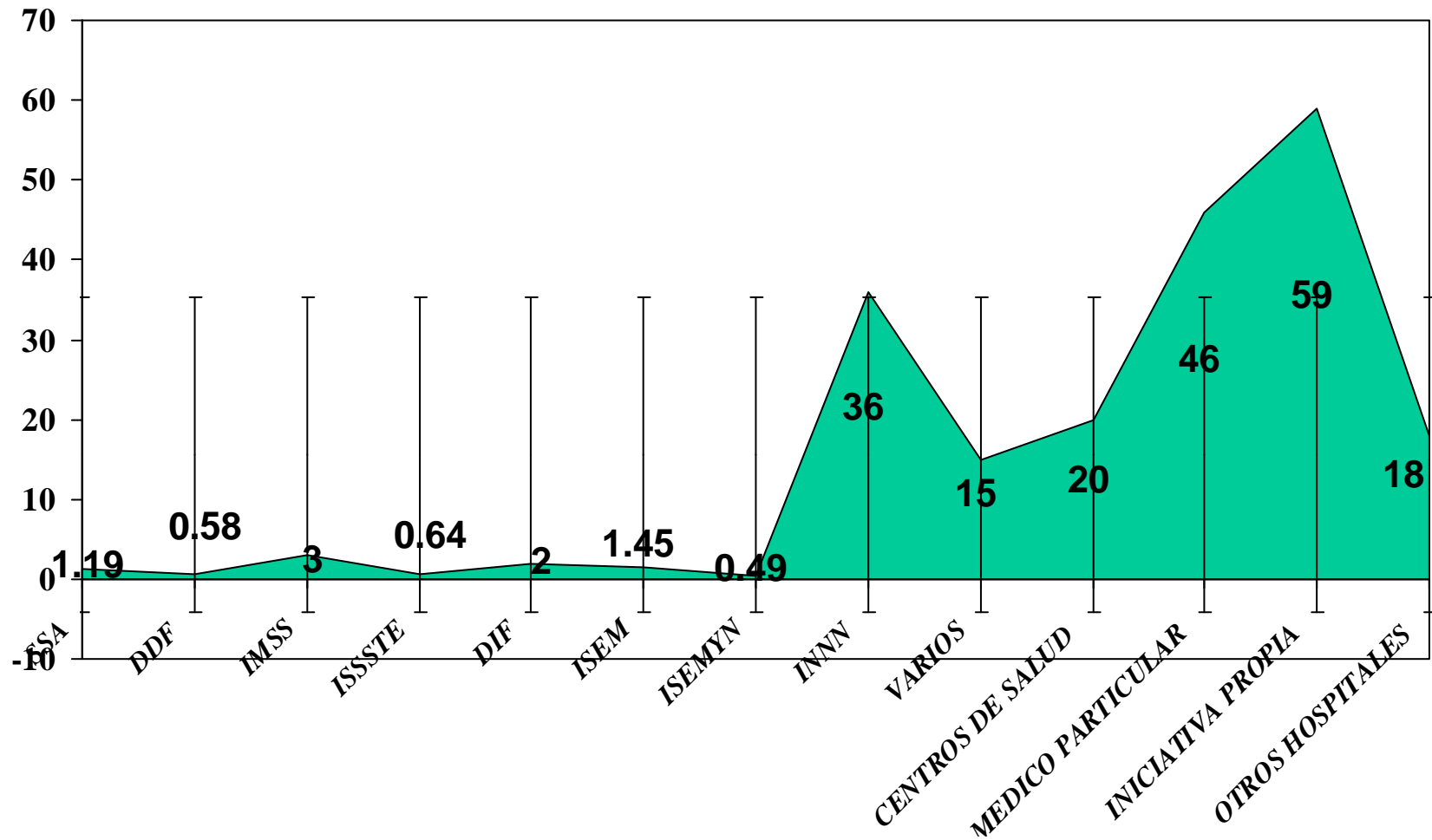
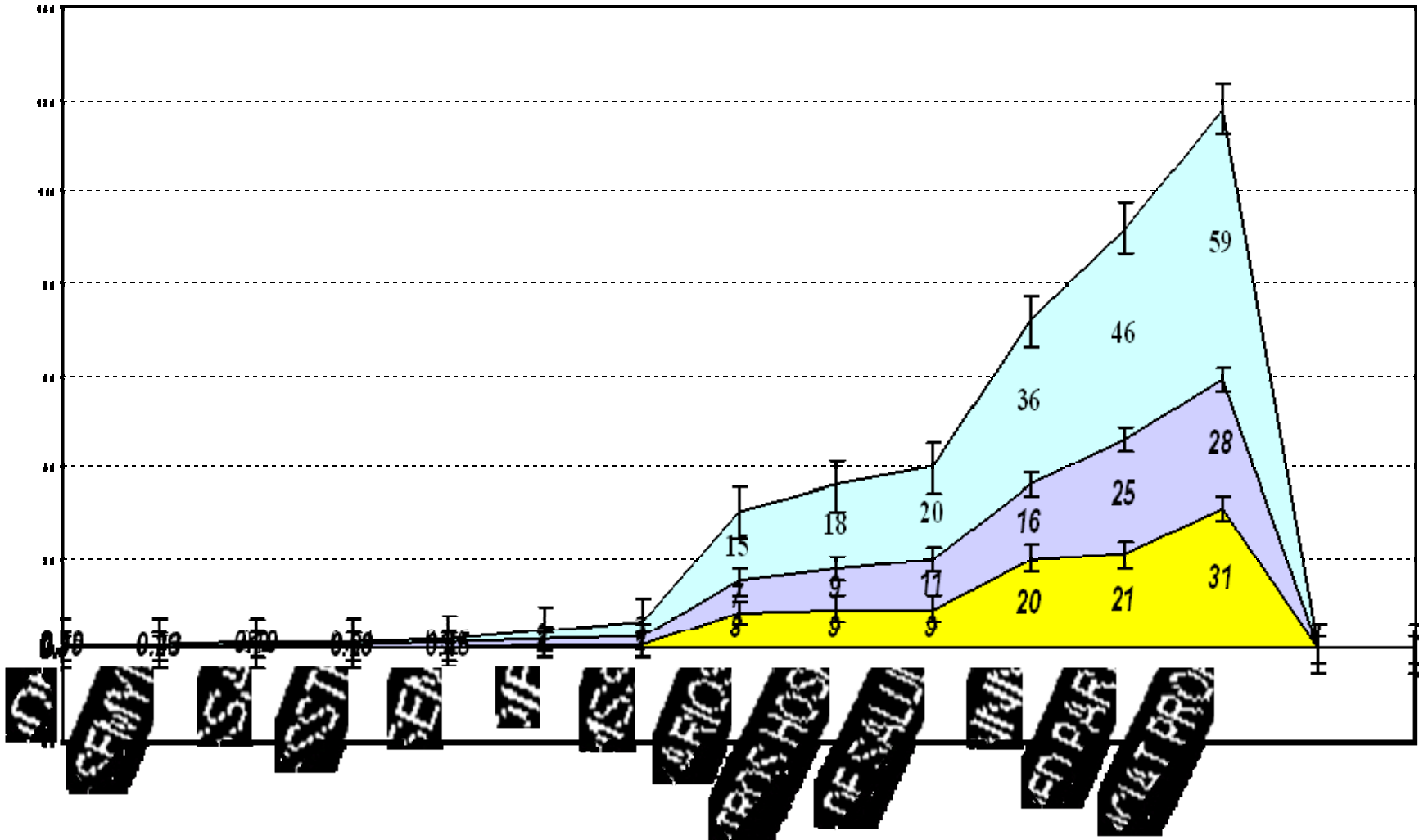


GRAFICO 11.- PERFIL ACUMULADO DE LA DISTRIBUCION DE 9819 PACIENTES REFERIDOS POR DIFERENTES UNIDADES DE SALUDY ATENDIDOS EN EL INNN DE ENERO DE 1996 A JUNIO DE 1997, LA SUMATORIA DE AMBAS Y EL ERROR TIPICO.



**REFERENCIA DE PACIENTES DE LA REPUBLICA MEXICANA DE PRIMERA VEZ Y SUBSECUENTES AL
INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGIA Y NEUROCIRUGIA
ENERO - DICIEMBRE 1996**

ORIGEN	ENERO			FEBRERO			MARZO			ABRIL			MAYO			JUNIO			JULIO			AGOSTO			SEPTIEMBRE			OCTUBRE			NOVIEMBRE			DICIEMBRE			
	1° VEZ	SUBSEC	TOTAL	1° VEZ	SUBSEC	TOTAL	1° VEZ	SUBSEC	TOTAL	1° VEZ	SUBSEC	TOTAL	1° VEZ	SUBSEC	TOTAL	1° VEZ	SUBSEC	TOTAL	1° VEZ	SUBSEC	TOTAL	1° VEZ	SUBSEC	TOTAL	1° VEZ	SUBSEC	TOTAL	1° VEZ	SUBSEC	TOTAL	1° VEZ	SUBSEC	TOTAL				
AGS.				1	2	3	1	1	2		1	1				1	1	2				2		2				2	1	3				2		2	
BC.							1	1	2						3	3	1	1	1		1																
BCS.	1	1	2										1		1																						
CAMP.																					1	1													1	1	
COAH.							1		1				1	3	4	1		1	2	1	3	2		2			1		1	1		1		1	1		
COL.												1		1																1		1					
CHIS.	1		1	1	2	3	8		8	6		6	8	1	9	5	1	6	4	3	7	6	1	7	3	3	6	1		1				6	1	7	
CHIH.							1	1	2				1		1	3		3				1		1	3	3	1		1								
DGO.	2		2	2		2				1		1								1		1	1	1	1							6	2	8	1	1	
EDO.MEX.	104	18	122	67	22	89	59	33	92	77	29	106	61	28	89	62	39	101	91	30	121	71	21	92	50	19	69	82	21	103	66	16	82	63	25	88	
GUA.	6	1	7	3	4	7	4	5	9	7	4	11	8	4	12	6	2	8	6	2	8	8	6	14	5	4	9	4	4	8	7	2	9	10	3	13	
GRO.	19	2	21	11	10	21	11	4	15	11	4	15	14	11	25	9	4	13	11	4	15	7	1	8	8	6	14	16	1	17	12	2	14	8	4	12	
HGO.	6	5	11	3		3	15	6	21	8	2	10	9	2	11	6	4	10	6	8	14			5	2	7	7	1	8	10	3	13	3	3	6		
JAL.	3	2	5	2		2	1	3	4	2		2	4	2	6	2	1	3	4		4	1	1	2	9	1	10	3	1	4				3	3		
MICH.	12	5	17	8	4	12	3	6	9	4	1	5	7	5	12	6	5	11	8	1	9	10	5	15	9	1	10	10	3	13	9	1	10	9	1	10	
MOR.	5	3	8	9	3	12	6	7	13	13	2	15	7	6	13	5	2	7	4	4	8	3	3	6	11	1	12	5	1	6	13	2	15	8		8	
NAY.				1		1																															
SLP.	3	1	4										2		2						1		1				2		2								
SIN.	3		3				1	1	2				1	1	3	2	5				1		1				1	2	3				1		1		
SON.					1	1													1		1	2	2														
TAB.	2		2	1		1	1	1	2	2		2		1	1				1		1	1		1		2	2	1		1	1	1	1	2			
TAMPS.																				1		1		1	1	1		1									
TLAX.	2		2		1	1		2	2	2	1	3	2		2	2		2	1		1		1	1	3	3	1		1					1		1	
VER.	4	1	5	4	2	6	8	3	11	6	3	9	6	2	8	3		3	9	8	17	4	4	8	12	1	13	2	5	7	1	1	1				
YUC.							1		1																		6	5	11	1	1	2	3			3	
ZAC.	1	1	2	1		1	1	1	2									1		1	1	1	2														
CUBA												1	1																								
BOL.																				1	1			1													
HON.											1																	1		1							
TOTAL	182	42	224	115	51	166	124	75	199	145	49	193	137	73	208	117	68	185	159	66	225	125	47	170	123	44	166	157	47	204	135	31	166	120	42	162	

**REFERENCIA DE PACIENTES DE LAS JURISDICIONES SANITARIAS DE
DE PRIMERA VEZ Y SUBSECUENTES AL INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGIA Y NEUROCIRUGIA
ENERO - DICIEMBRE 1996**

ORIGEN	ENERO			FEBRERO			MARZO			ABRIL			MAYO			JUNIO			JULIO			AGOSTO			SEPTIEMBRE			OCTUBRE			NOVIEMBRE			DICIEMBRE		
	1ª VEZ	SUBSEC	TOTAL	1ª VEZ	SUBSEC	TOTAL	1ª VEZ	SUBSEC	TOTAL	1ª VEZ	SUBSEC	TOTAL	1ª VEZ	SUBSEC	TOTAL	1ª VEZ	SUBSEC	TOTAL	1ª VEZ	SUBSEC	TOTAL	1ª VEZ	SUBSEC	TOTAL	1ª VEZ	SUBSEC	TOTAL	1ª VEZ	SUBSEC	TOTAL	1ª VEZ	SUBSEC	TOTAL			
A.OBR.	10	4	14	6	3	9	16	7	23	10	4	14	12	4	16	12	8	20	13	3	16	18	2	20	9	1	10	16	1	17	15	4	19	7	3	10
AZCAP.	9	2	11	6	5	11	2	3	5	6	2	8	7	2	9	2	1	3	2		2	5	1	6	5		5	6	1	7	4	2	6	6	1	7
B.JUAR.	11	3	14	9	3	12	4	7	11	8	6	14	8	3	11	14	3	17	10	1	11	8	2	10	12	1	13	12	1	13	7	2	9	11	3	14
CUAUHT.	8		8	8		8	8	3	11	8	5	13	5	4	9	9	1	10	12	3	15	9		9	3	2	5	9		9	7	1	8	7	6	13
COYOA.	25	9	34	21	6	27	21	9	30	14	4	18	14	9	23	23	6	29	15	2	17	14	2	16	10	1	11	27	1	28	10	3	13	17	3	20
CUAJIM.	2		2	1	1	2	3	1	4	1		1				1	5	6					1	1		1	1		1	1		1	1	2	3	3
G.A.MAD	11	2	13	11	5	16	7	10	17	7	5	12	16	4	20	7	3	10	9	11	20	11	4	15	7	3	10	16	2	18	20	3	23	10	1	11
ZTAPAL.	33	5	38	19	7	26	15	10	25	19	6	25	24	11	35	28	7	35	37	6	43	21	6	27	18	5	23	30	9	39	18	6	24	11	6	17
ZTACAL.	6	2	8	8	1	9	10	3	13	7	5	12	6	7	13	6	2	8	6	4	10	11	3	14			1		1	4	1	5	8			8
M. CONT.	8	3	11	4	2	6	4	2	6	3	4	7	4	4	8	4	1	5	8		8	1		1	1	1	2	9	3	12	4	1	5	6	2	8
M.HIDAL.	6		6	5	2	7	5	6	11	4	1	5	7	3	10	8	1	9	1	1	2	5	1	6	4		4	1		1	8	1	9	6	2	8
MIL.ALTA	5	2	7	4		4	2	2	4				1		1	1		1		4	4				2	1	3	5	2	7	8		2	2	4	4
TLAH.	4	1	5	4	1	5	4	4	8	3		3	5	2	7	2	1	3	5	1	6	7	1	8	4	1	5	4	1	5	11	3	11	8		8
TLALPAN	28	2	30	12	6	18	22	5	27	14	2	16	23	6	29	27	3	30	28	4	32	16	6	22	21	6	27	24	4	28	8	5	16	22	3	25
V.CARR.	9	4	13	8	5	13	7	4	11	6	2	8	8	5	13	6	2	8	12	2	14	1	2	3	7	2	9	6	4	10	8		8	5	6	11
XOCHIM.	7		7	6	2	8	4	1	5	7		7	7	2	9	4	3	7	11	2	13	12	5	17	5	4	9	14	3	17	6	4	10	7	2	9
TOTAL	182	39	221	132	49	181	134	77	211	117	46	163	147	66	213	154	47	201	173	40	213	139	36	175	108	29	137	181	32	213	139	36	167	134	42	176

**REFERENCIA DE PACIENTES DE LA REPUBLICA MEXICANA DE PRIMERA VEZ Y SUBSECUENTES AL
INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGIA Y NEUROCIRUGIA
ENERO-JUNIO 1997**

ORIGEN	ENERO			FEBRERO			MARZO			ABRIL			MAYO			JUNIO	
	1ª VEZ	SUBSEC	TOTAL	1ª VEZ	SUBSEC	TOTAL	1ª VEZ	SUBSEC	TOTAL	1ª VEZ	SUBSEC	TOTAL	1ª VEZ	SUBSEC	TOTAL	1ª VEZ	SUBSEC
AGUASC.	2		2										1		1		
BC.				1		1											
BCS.	1		1														
CAMPECHE																	
COAHUILA	1		1				3	1	4							3	
COLIMA																	
CHIAPAS	5	1	6	2		2		1	1								1
CHIHUAHUA	1	1	2							5	1	6	2		2		1
DURANGO		1	1	1		1							2	1	3		1
EDO. MEXICO	72	24	96	60	19	79	61	28	89	53	33	86	52	28	80	61	24
GUANAJUATO	8	3	11	3	1	4	9	4	13	7		7	5	6	11	9	3
GUERRERO	14		14	10	3	13	8	5	13	6	7	13	8	3	11	8	
HIDALGO	9	2	11	8	4	12	5	5	10	8	5	13	8	4	12	5	2
JALISCO				1		1	3	1	4	1		1				3	
MICHOACAN	10	4	14	2		2	4	4	8				10	3	13	4	4
MORELOS	8	5	13	9		9	7	2	9				7	3	10	7	5
NAYARIT				1		1				1		1					
NUEVO LEON							1		1							1	
OAXACA				7	1	8	2		2	4	3	7	3		3	2	
PUEBLA	3	4	7	8	2	10	6	3	9	5	4	9	3		3	6	4
QUERETARO				1		1	1	1	2	2		2	3		3	1	
QUINT. ROO	5	2	7	1		1	1		1				1	1	2	1	2
SN. L. POTOSI													1		1		
SINALOA	3		3	1	1	2				2		2					
SONORA							3		3	1		1	1	1	2		
TABASCO	2		2	2		2	1		1	1		1				1	
TAMAULIPAS				1		1				2		2	1	1	2		
TLAXCALA				1		1	2		2	3	1	4	1	1	2	2	
VERACRUZ	9	3	12	9	1	10	4	4	8	5	4	9	4	4	8	4	3
YUCATAN																	
ZACATECAS							1		1				1		1	1	
COLOMBIA							2		2				1		1	2	
VENEZUELA																	
BOLIVIA	1		1														
HONDURAS										1		1					
TOTAL	154	50	204	128	33	161	121	62	183	107	58	165	114	57	171	121	50

**REFERENCIA DE PACIENTES DE LAS JURISDICIONES SANITARIAS
DE PRIMERA VEZ Y SUBSECUENTES AL INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGIA Y NEUROCIROGIA
ENERO - MAYO 1997**

ORIGEN	ENERO			FEBRERO			MARZO			ABRIL			MAYO		
	1ª VEZ	SUBSEC	TOTAL	1ª VEZ	SUBSEC	TOTAL	1ª VEZ	SUBSEC	TOTAL	1ª VEZ	SUBSEC	TOTAL	1ª VEZ	SUBSEC	TOTAL
A. OBREGON	6	3	9	9		9	9	2	11	8	3	11	6	4	10
AZCAPOTZAL.	3		3	5		5	5	1	6	6	4	10	1	1	2
B. JUAREZ	10	2	12	12	3	15	10	1	11	9	4	13	10	2	12
CUAUHTENOC	8	2	10	3	1	4	9	3	12	4	1	5	7	3	10
COYOACAN	8	1	9	16	1	17	14	6	20	18	3	21	12	3	15
CUAJIMALPA	2		2	1		1	2	1	3	1	1	2		1	1
G.A. MADERO	12	4	6	6	1	7	10	4	14	12	2	14	16	7	23
ZTAPALAPA	18	6	24	15	2	17	16	4	20	20	10	30	20	3	23
ZTACALCO	7	2	9	8		8	6		6	3	1	4	6		6
M.CONTRERAS	6	1	7	6		6	2	2	4	6	2	8	3		3
M. HIDALGO	9		9	3		3	5	2	7	2		2	4		4
MILPA ALTA	10		10	3		3	1	1	2	1		1	2		2
TLAHUAC	9		9	4	1	5				3		3	3	2	5
TLALPAN	13	3	16	12	1	13	28	5	33	17	6	23	22	4	26
V. CARRANZA	13	1	14	6		6	2	4	6	10	4	14	5	4	9
KOCHIMILCO	7	4	11	5	1	6	6	4	10	7		7	10	3	13
TOTAL			160			125			165			168			164

TOTAL
3
1
1
1
85
12
8
7
3
8
12
1
2
10
1
3
1
2
7
1
2
171

|| TOTAL ||
6
2
2

6

2
4
6
1030
53
1083
130
130
42
44
4
90
7
23
30
10
2
14
12
38
10
18
28

4
5

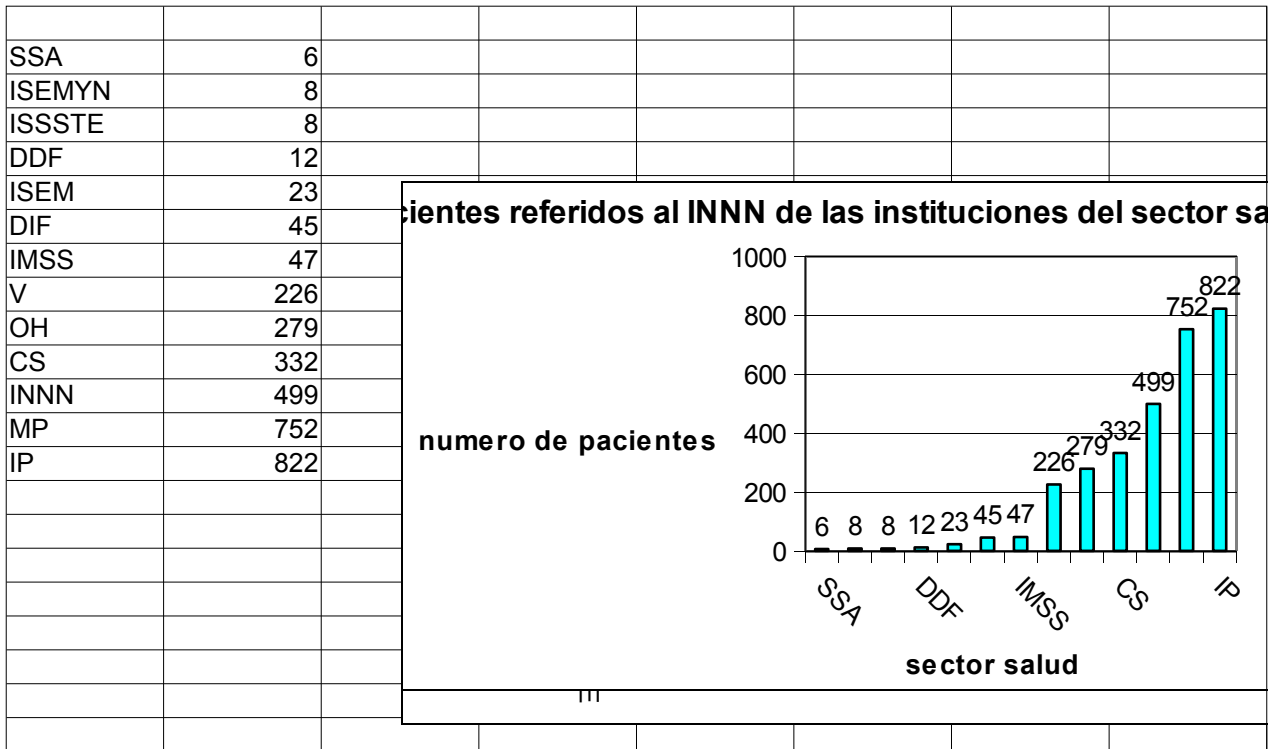
2
2
2110

**REFERENCIA DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN LA PRECONSULTA DEL
INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIURGÍA "MANUEL VELASCO SUÁREZ"
POR TIPO DE INSTITUCIÓN DE ENERO A DICIEMBRE DE 1996**

	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	TOTAL
INICIATIVA PROPIA	162	122	173	159	148	192	243	215	198	180	134	133	2059
MEDICO PARTICULAR	128	81	108	115	116	102	136	119	89	144	126	115	1379
INNN (URG. / MED)	107	103	94	119	117	82	114	104	100	133	104	101	1288
CENTROS DE SALUD	46	28	52	58	43	49	46	54	34	58	45	72	585
IMSS	5	6	5	6	3	2	7	6	7	5	6	12	70
ISSSTE	3	2	1	2	2	1	3	2	3	2	0	5	26
SSA	5	6	0	0	1	0	5	7	4	4	2	0	34
ISEM	5	0	2	1	5	3	1	4	3	4	0	3	31
ISSEMYN	3	2	0	0	2	2	1	1	2	0	0	3	16
DIF	7	3	12	0	10	8	11	11	9	9	0	2	82
DDF	1	1	1	1	0	0	1	1	2	3	2	0	13
OTROS HOSPITALES	70	36	43	41	51	53	53	39	51	54	63	61	615
VARIOS	38	36	36	67	53	69	42	42	29	48	60	52	572
TOTAL	580	426	527	569	551	563	663	605	531	644	542	559	6760

**REFERENCIA DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN LA PRECONSULTA DEL
INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIROGÍA "MANUEL VELASCO SUÁREZ"
POR TIPO DE INSTITUCIÓN DE ENERO A JUNIO DE 1997**

	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	TOTAL
INICIATIVA PROPIA	143	91	138	135	132	183	822
MEDICO PARTICULAR	124	94	117	146	128	143	752
INNN (URG / MED)	108	80	77	95	82	57	499
CENTROS DE SALUD	60	39	53	52	52	76	332
IMSS	12	5	2	6	13	9	47
ISSSTE	1	1	2	0	3	1	8
SSA	1	2	1	1	1	0	6
ISEM	3	5	1	7	4	3	23
ISSEMYN	5	0	1	0	2	0	8
DIF	7	9	11	0	12	6	45
DDF	1	0	0	6	4	1	12
OTROS HOSP.	49	47	46	60	38	39	279
VARIOS	39	16	46	41	48	36	226
TOTAL	553	389	495	549	519	554	3059



REFERENCIA DE LOS PACIENTES ATENDIDOS									
INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIENCIAS									
DE ENERO DE 1996 A JULIO DE 1996									
	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE
INICIATIVA PROPIA	162	122	173	159	148	192	243	215	198
MEDICO PARTICULAR	128	81	108	115	116	102	136	119	89
INNN (URG. / MED)	107	103	94	119	117	82	114	104	100
CENTROS DE SALUD	46	28	52	58	43	49	46	54	34
IMSS	5	6	5	6	3	2	7	6	7
ISSSTE	3	2	1	2	2	1	3	2	3
SSA	5	6	0	0	1	0	5	7	4
ISEM	5	0	2	1	5	3	1	4	3
ISSEMYN	3	2	0	0	2	2	1	1	2
DIF	7	3	12	0	10	8	11	11	9
DDF	1	1	1	1	0	0	1	1	2
OTROS HOSPITALES	70	36	43	41	51	53	53	39	51
VARIOS	38	36	36	67	53	69	42	42	29
TOTAL	580	426	527	569	551	563	663	605	531

OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	TOTAL
180	134	133	143	91	138	135	132	183	2881
144	126	115	124	94	117	146	128	143	2131
133	104	101	108	80	77	95	82	57	1777
58	45	72	60	39	53	52	52	76	917
5	6	12	12	5	2	6	13	9	117
2	0	5	1	1	2	0	3	1	34
4	2	0	1	2	1	1	1	0	40
4	0	3	3	5	1	7	4	3	54
0	0	3	5	0	1	0	2	0	24
9	0	2	7	9	11	0	12	6	127
3	2	0	1	0	0	6	4	1	25
54	63	61	49	47	46	60	38	39	894
48	60	52	39	16	46	41	48	36	798
644	542	559	553	389	495	549	519	554	9819

	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO
INICIATIVA PROPIA	162	122	173	159	148	192
MEDICO PARTICULAR	128	81	108	115	116	102
INNN (URG. / MED)	107	103	94	119	117	82
CENTROS DE SALUD	70	28	52	58	43	49
OTROS HOSPITALES	46	36	43	41	51	53
V A R I O S	38	36	36	67	53	69
DIF	7	3	12	0	10	8
IMSS	5	6	5	6	3	2
ISEM	5	0	2	1	5	3
SSA	5	6	0	0	1	0
SSSTE	3	2	1	2	2	1
DDF	3	1	1	1	0	0
ISSEMYN	1	2	0	0	2	2
T O T A L	580	426	527	569	551	563
TABLA MODIFICADA PARA OPERACIONES ESTADISTICAS 28 JULIO 1998						

JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	ENERO	FEBRERO
243	215	198	180	134	133	143	91
136	119	89	144	126	115	124	94
114	104	100	133	104	101	108	80
46	54	34	58	45	72	60	39
53	39	51	54	63	61	49	47
42	42	29	48	60	52	39	16
11	11	9	9	0	2	7	9
7	6	7	5	6	12	12	5
1	4	3	4	0	3	3	5
5	7	4	4	2	0	1	2
3	2	3	2	0	5	1	1
1	1	2	3	2	0	1	0
1	1	2	0	0	3	5	0
663	605	531	644	542	559	553	389

MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	
138	135	132	183	2881
117	146	128	143	2131
77	95	82	57	1777
53	52	52	76	941
46	60	38	39	870
46	41	48	36	798
11	0	12	6	127
2	6	13	9	117
1	7	4	3	54
1	1	1	0	40
2	0	3	1	34
0	6	4	1	27
1	0	2	0	22
495	549	519	554	9819

FLUXOGRAMA 1.

*PROPUESTA DE
REFERENCIA
Y CONTRARREFERENCIA
PARA LAS UNIDADES DE
1er y 2do NIVEL*

PACIENTE CON
EPILEPSIA
QUE REQUIERE
DE ATENCION
MEDICA

CONTROL
CENTRO DE ATENCION
INTEGRAL DE EPILEPSIA

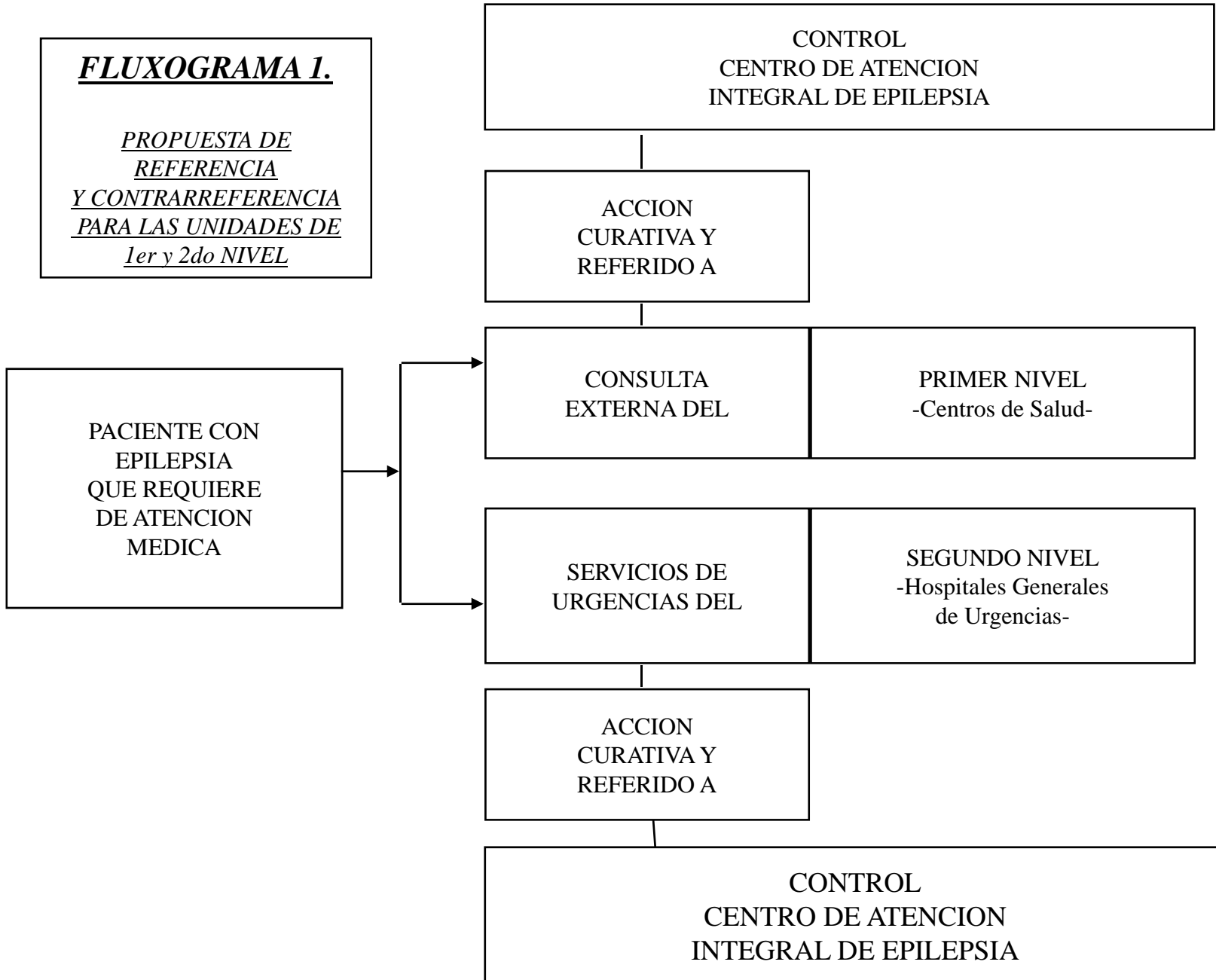
ACCION
CURATIVA Y
REFERIDO A

CONSULTA EXTERNA DEL	PRIMER NIVEL -Centros de Salud-
-------------------------	------------------------------------

SERVICIOS DE URGENCIAS DEL	SEGUNDO NIVEL -Hospitales Generales de Urgencias-
-------------------------------	---

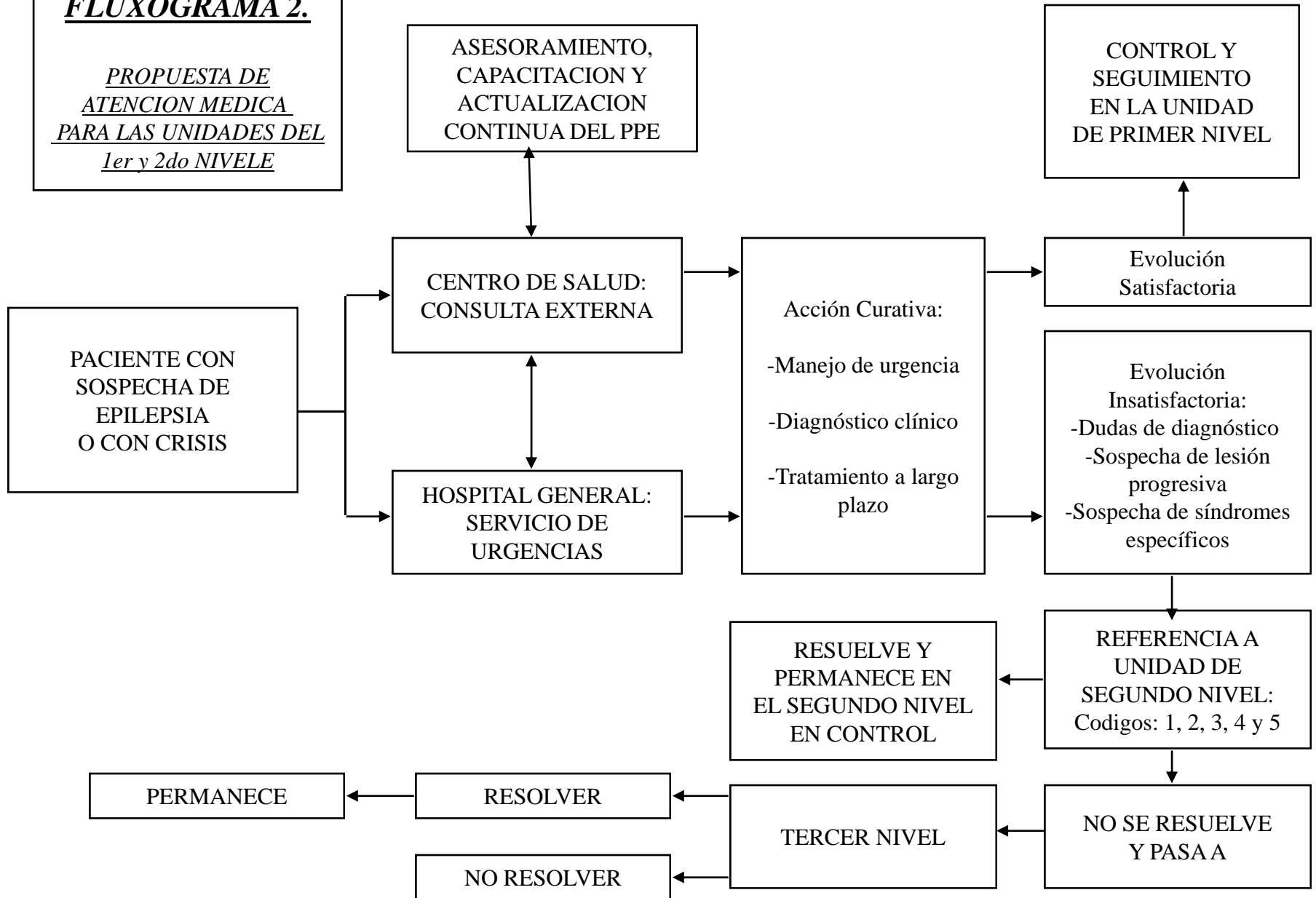
ACCION
CURATIVA Y
REFERIDO A

CONTROL
CENTRO DE ATENCION
INTEGRAL DE EPILEPSIA



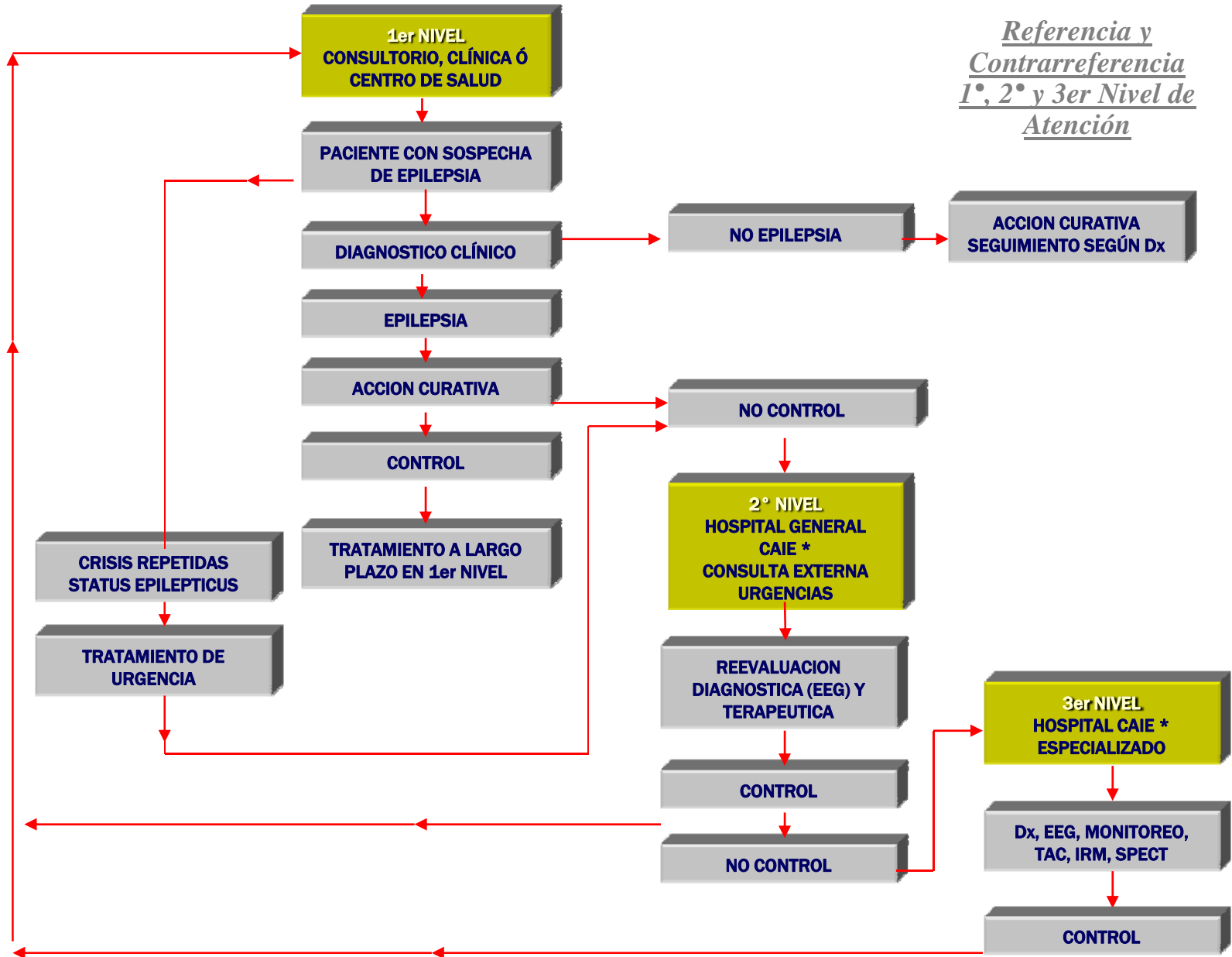
FLUXOGRAMA 2.

PROPUESTA DE ATENCION MEDICA PARA LAS UNIDADES DEL 1er y 2do NIVEL



FLUXOGRAMA 3.

***Referencia y
Contrarreferencia
1°, 2° y 3er Nivel de
Atención***



**TABLA ACUMULATIVA DE DATOS DE PACIENTES REFERIDOS DE LA DIFERENTES INSTITUCIONES DE SALUD AL INNN
Y ATENDIDOS EN LA PRECONSULTA DE ENERO A DICIEMBRE DE 1996**

	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	TOTAL
INICIATIVA PROPIA	162	122	173	159	148	192	243	215	198	180	134	133	2059
MEDICO PARTICULAR	128	81	108	115	116	102	136	119	89	144	126	115	1379
INNN	107	103	94	119	117	82	114	104	100	133	104	101	1288
CENTROS DE SALUD	46	28	52	58	43	49	46	54	34	58	45	72	585
IMSS	5	6	5	6	3	2	7	6	7	5	6	12	70
ISSSTE	3	2	1	2	2	1	3	2	3	2	0	5	26
SSA	5	6	0	0	1	0	5	7	4	4	2	0	34
ISEM	5	0	2	1	5	3	1	4	3	4	0	3	31
ISSEMYN	3	2	0	0	2	2	1	1	2	0	0	3	16
DIF	7	3	12	0	10	8	11	11	9	9	0	2	82
DDF	1	1	1	1	0	0	1	1	2	3	2	0	13
OTROS HOSPITALES	70	36	43	41	51	53	53	39	51	54	63	61	615
VARIOS	38	36	36	67	53	69	42	42	29	48	60	52	572
TOTAL	580	426	527	569	551	563	663	605	531	644	542	559	6760

TABLA ACUMULATIVA DE DATOS DE PACIENTES REFERIDOS DE LAS DIFERENTES INSTITUCIONES DE SALUD AL INNN Y ATENDIDOS EN LA PRECONSULTA DE ENERO A JUNIO DE 1997.

	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	TOTAL
INICIATIVA PROPIA	143	91	138	135	132	183	822
MEDICO PARTICULAR	124	94	117	146	128	143	752
INNN	108	80	77	95	82	57	499
CENTROS DE SALUD	60	39	53	52	52	76	332
IMSS	12	5	2	6	13	9	47
ISSSTE	1	1	2	0	3	1	8
SSA	1	2	1	1	1	0	6
ISEM	3	5	1	7	4	3	23
ISSEMYN	5	0	1	0	2	0	8
DIF	7	9	11	0	12	6	45
DDF	1	0	0	6	4	1	12
OTROS HOSPITALES	49	47	46	60	38	39	279
VARIOS	39	16	46	41	48	36	226
TOTAL	553	389	495	549	519	554	3059

TABLA ACUMULATIVA DE DATOS DE PACIENTES REFERIDOS DE LA DIFERENTES DELEGACIONES DEL DISTRITO FEDERAL AL INNN Y ATENDIDOS EN LA PRECONSULTA DE ENERO A JUNIO DE 1996.

	Enero			Febrero			Marzo			Abril			Mayo			Junio		
	1a vez	subsec	total	1a vez	subsec	total	1a vez	subsec	total	1a vez	subsec	total	1a vez	subsec	total	1a vez	subsec	total
A Obregon	10	4	14	6	3	9	16	7	23	10	4	14	12	4	16	12	8	20
Azcapoz	9	2	11	6	5	11	2	3	5	6	2	8	7	2	9	2	1	3
B Juarez	11	3	14	9	3	12	4	7	11	8	6	14	8	3	11	14	3	17
Cauhtémoc	8	0	8	8	0	8	8	3	11	8	5	13	5	4	9	9	1	10
Coyoacán	25	9	34	21	6	27	21	9	30	14	4	18	14	9	23	23	6	29
Cuajimalpa	2	0	2	1	1	2	3	1	4	1	0	1	0	0	0	1	5	6
G.A. Madero	11	2	13	11	5	16	7	10	17	7	5	12	16	4	20	7	3	10
Iztapalapa	33	5	38	19	7	26	15	10	25	19	6	25	24	11	35	28	7	35
Iztacalco	6	2	8	8	1	9	10	3	13	7	5	12	6	7	13	6	2	8
M. Cont.	8	3	11	4	2	6	4	2	6	3	4	7	4	4	8	4	1	5
M. Hidalgo	6	0	6	5	2	7	5	6	11	4	1	5	7	3	10	8	1	9
Mil. Alta	5	2	7	4	0	4	2	4	4	0	0	0	1	0	1	1	0	1
Tlahuac	4	1	5	4	1	5	4	2	8	3	0	3	5	2	7	2	1	3
Tlalpan	28	2	30	12	6	18	22	5	27	14	2	16	23	6	29	27	3	30
V. Carranza	9	4	13	8	5	13	7	4	11	6	2	8	8	5	13	6	2	8
Xochimilco	7	0	7	6	2	8	4	1	5	7	0	7	7	2	9	4	3	7
Total	182	39	221	132	49	181	134	77	211	117	46	163	147	66	213	154	47	201

TABLA ACUMULATIVA DE DATOS DE PACIENTES REFERIDOS DE LAS DIFERENTES DELEGACIONES DEL DISTRITO FEDERAL AL INNN Y ATENDIDOS EN LA PRECONSULTA DE JULIO A DICIEMBRE DE 1996

	Julio			Agosto			Septiembre			Octubre			Noviembre			Diciembre		
	1a vez	subsec	total	1a vez	subsec	total	1a vez	subsec	total	1a vez	subsec	total	1a vez	subsec	total	1a vez	subsec	total
A Obregon	13	3	16	18	2	20	9	1	10	16	1	17	15	4	19	7	3	10
Azcapoz	2	0	2	5	1	6	5	0	5	6	1	7	4	2	6	6	1	7
B Juarez	10	1	11	8	2	10	12	1	13	12	1	13	7	2	9	11	3	14
Cauhtémoc	12	3	15	9		9	3	2	5	9	0	9	7	1	8	7	6	13
Coyoacán	15	2	17	14	2	16	10	1	11	27	1	28	10	3	13	17	3	20
Cuajimalpa	0	0	0	0	1	1	0	1	1	1	0	1	1	0	1	1	2	3
G.A. Madero	9	11	20	11	4	15	7	3	10	16	2	18	20	3	23	10	1	11
Iztapalapa	37	6	43	21	6	27	18	5	23	30	9	39	18	6	24	11	6	17
Iztacalco	6	4	10	11	3	14	0	0	0	1	0	1	4	1	5	8	0	8
M. Cont.	8	0	8	1	0	1	1	1	2	9	3	12	4	1	5	6	2	8
M. Hidalgo	1	1	2	5	1	6	4	0	4	1	0	1	8	1	9	6	2	8
Mil. Alta	4	0	4	0	0	0	2	1	3	5	2	7	8	0	0	2	2	4
Tlahuac	5	1	6	7	1	8	4	1	5	4	1	5	11	3	11	8	0	8
Tlalpan	28	4	32	16	6	22	21	6	27	24	4	28	8	5	16	22	3	25
V. Carranza	12	2	14	1	2	3	7	2	9	6	4	10	8	0	8	5	6	11
Xochimilco	11	2	13	12	5	17	5	4	9	14	3	17	6	4	10	7	2	9
Total	173	40	213	139	36	175	108	29	137	181	32	213	139	36	167	134	42	176

REFERENCIAS

1. Hernández Reynoso V M: Antecedentes de la Investigación de servicios de salud en México. Estructuras Académicas. Presentado en: Taller de Servicios de Salud (Experiencia Operativa): Investigación de Servicios de Salud, Ayer, Hoy y Mañana, Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía, 14, 15 y 16 de Agosto de 1989, México.
2. Hernández Reynoso V M: Comunicación Personal, 2000.
3. Facultad de Medicina UNAM: Programa de maestrías y doctorados en ciencias médicas y en ciencias de la salud, ciclo escolar 1999. (folletos informativos).
4. García-Pedroza F, Rubio-Donnadieu F: Mortality In the National Institute of Neurology and Neurosurgery, México, 1981-1987. Neuroepedemiology 1991; 10:102.
5. Frenk J, Bobadilla JL, Stern C, Freijka T, Lozano R: Elementos para una teoría de la transición en Salud. Salud Pública de México., 1991; 33:448-462.
6. Información estadística del Sector Salud y Seguridad Social. Cuaderno No. 9, 1993.
7. Programa Nacional de Salud 1990-1994. Secretaría de Salud, México.
8. Chiofalo N, Kirschbaum A, Fuentes Cordero M L y Madsen J. Prevalence of epilepsy in children of Millipilla, Chile. Epilepsia. 1979;20; 261-266.
9. Chi-Wan X, Yen-Hueic L, Zhiqiang Z, Guojun L, Meng-Zhang Y. Epilepsia 1990;31 (2);182-187
10. Dumas M, Grunitzky E, Deniau M, Dabis F, Bouteill B, Belo M, et al. Epidemiological

- study of neuro-cysticercosis in Northern Togo (West-Africa). *Acta-Leiden* 1989: 57 (2);191-6.
11. Dumas M, Grunitzky K, Belo M, Dabis F, Deniau M, Bouteille B, et al. Cysticercosis and neurocysticercosis epidemiological survey in Noeth Togo. *Bull-Soc-Pathol-Exot-Filiales* 1990;83(2);263-74.
 12. Feksi AT, Kaamugisha J, Sander JW, Gatiti S, Shorvon SD. Comprehensive primary health antiepileptic drug treatment programme in rural and semi-rural Kenya. *Lancet* 1991, Feb.16: 337 (8738); 406-9.
 13. Ferki SD, Kaamugisha J, Gatiti S, Sander JW, Shorvon SD. A comprehensive community epilepsy programme: The Nakuru project. *Epilepsy Res.* April 8 (3): 225-9.
 14. García-Pedroza F, Rubio-Donnadieu F, García-Ramos G, Escobedo-Ríos F, González-Cortés A. Prevalence of epilepsy in children: Tlalpan, México. *Neuroepidemiology* 1983;2;16-23
 15. García-Pedroza F. La investigación sociomédica de la epilepsia. En: *Epilepsia un enfoque multidisciplinario*. Feria-Velasco A, Martínez de Muñoz D, Rubio-Donnadieu F. Editorial Trillas. México 1986, p 345-366.
 16. García-Pedroza F, Rubio-Donnadieu F, Velasco-Fernández R.(1991). Knowledge and attitudes toward in México. *Epilepsia* 1991;32 Suppl 1;106.
 17. Jiménez Jiménez FJ, Molina Arjona JA, Zancada F, Santos J, Roldán Montaud A, Fernández Ballesteros A. Etiology of late-onset epilepsy. A prospective study in an area of rural health care. *Med Clin (Barc)* 1990 Apr 14: 94 (14);521-4.
 18. Hart YM, Sander JW, Shorvon SD. National general practice study of epilepsy and epileptic seizures: objectives and study methodology of the largest reported prospective cohort study of epilepsy. *Neurology* 1989;8(5);221-7.

19. Hart YM, Sander JW, Johnson A L, Shorvon SD. National general practice study of epilepsy: recurrence after a first seizure. *Lancet* 1990 Nov. 24:336 (8726);1271-4.
20. Hauser WA, Kurlan LT. The epidemiology of epilepsy in Rochester, Minnesota. 1935-1967. *Epilepsia* 1975;16;1-66.
21. Hauser WA . Epidemiology of epilepsy. In: *Advances in Neurology*, Editor: Bruce S. Schoenberg. Raven Press. New York 1978;19;313-339.
22. Hauser WA, Annegers JF, Kurland LT. Incidence of epilepsy in Rochester, Minnesota, 1935-1979. *Epilepsia* 1984;25;666
23. Hauser WA, Hesdorffer DC. Epidemiology of epilepsy. In *Neuroepidemiology: A tribute to Bruce Schoenberg*. Dallas W. Anderson Editor. CRC Press 1991, p 97-119.
24. Heap BJ. Cerebral cysticercosis as a common cause of epilepsy in Gurkhas in Hong Kong. *J R Army Med Corps* 1990;136(3);146-9.
25. Medina MT, Rosas E, Rubio-Donnadieu F, Sotelo J. Neurocysticercosis as the main cause of late-onset epilepsy in Mexico. *Arch Intern Med* 1990;150(2);325-7.
26. Meighan SS., Wueener L., Weitman M. Prevalence of epilepsy in children of Multnomah County, Oregon. *Epilepsia* 1976;17;245-256.
27. Oller-Daurella L. Possibilities for recovery in epilepsy. *Recenti Prog Med* 1989;80(12);712-7.
28. Placencia M, Shorvon SD, Paredes V, Bimos C, Sander JW, Suárez J, Cascante SM. Epileptic seizures in an andean región of Ecuador. *Brain* 1992;115;771-782.

29. Canger R, Cornaggia C. Public attitudes toward epilepsy in Italy: *Epilepsy* 1985;26(3);221-226.
30. Rose SW, Penry JK, Markush RE, Radloff L.A, Putnam PL. Prevalence of epilepsy in children. *Epilepsia* 1973;14;133-152.
31. Rubio-Donnadieu F, García-Pedroza F, Velasco-Fernández R. Prevalence of epilepsy in elementary school children in México. *Epilepsia* 1991;32 Suppl 1;111.
32. S.S.A. Norma Técnica para la Prevención y Control de la Epilepsia en la Atención Primaria de Salud. *Diario Oficial de la Federación*. México 22 de Septiembre 1988.
33. Donabedian A.: La calidad de la atención médica. Definición y métodos de evaluación. La Prensa Médica Mexicana. México 1984.
34. OMS/OPS: Clasificación Internacional de Enfermedades. Revisión 1975. Volumen I. Secretaría de Salud, Subsecretaría de Servicios de Salud, Dirección General de Epidemiología, CEMECE, México 1986.
35. SSA: Manual para la Referencia y Contrarreferencia de Pacientes. Envío de Muestras y Especímenes., Subsecretaría de Servicios de Salud, México 1988.