



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN
CIENCIAS MÉDICAS, ODONTOLÓGICAS Y DE LA SALUD**

FACULTAD DE MEDICINA

CAMPO PRINCIPAL: SISTEMAS DE SALUD

**SISTEMA DE SALUD EN MÉXICO: UN ESTUDIO DE REFERENCIA Y
CONTRARREFERENCIA EN LA ATENCIÓN MÉDICA EN HOSPITAL DE
SEGUNDO NIVEL EN EL DISTRITO FEDERAL "HOSPITAL GENERAL DR.
MANUEL GEA GONZÁLEZ"**

TESIS

**QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE:
MAESTRO EN CIENCIAS DE LA SALUD**

PRESENTA:

LI JUAN LUO CHE

DIRECTOR DE TESIS:

Dr. Malquías López Cervantes

FACULTAD DE MEDICINA

MÉXICO D. F. NOVIEMBRE DE 2012

AGRADECIMIENTOS

Dedico esta tesis a mi queridísima
Maestra María Teresa Sánchez Leyva.

A mi tutor el Dr. Malaquías por su generosidad al brindarme la oportunidad de recurrir a su capacidad y experiencia científica en un contexto de confianza, afecto y amistad, fundamentales para la concreción de este trabajo.

A los amores de mi vida, mi esposo y mi hija, por su amor y constante estímulo para lograr este trabajo.

A todos mis maestros de la maestría por su enseñanza, especialmente al Dr. Luis Durán.

ÍNDICE

INTRODUCCION	3
ANTECEDENTES	8
• INFORME DAWSON	8
• DECLARACIÓN DE ALMA ATA	9
• SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA EN MEXICO	10
MARCO TEÓRICO	13
• SISTEMA DE SALUD	13
• ATENCIÓN MÉDICA	16
• NIVELES DE ATENCIÓN	19
• UNIVERSALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA	22
• SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA	23
JUSTIFICACIÓN	26
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	28
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	30
OBJETIVOS	30
• OBJETIVO GENERAL	30
• OBJETIVOS ESPECÍFICOS	30
METODOLOGÍA	30
• DISEÑO DEL ESTUDIO	30
• UNIVERSO DE TRABAJO Y MUESTRA	31
• TAMAÑO DE MUESTRA	31
• CRITERIOS DE SELECCIÓN	31
• DESCRIPCIÓN DEL MÉTODO	31
RESULTADO	33
DESCRIPCIÓN DE CASOS RELEVANTES	49
ANÁLISIS Y DISCUSIÓN	55
CONCLUSIONES	58

INTRODUCCIÓN

En el Informe sobre la salud en el mundo del año 2000, la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) define los sistemas de salud como el conjunto de organizaciones, instituciones y recursos encaminados a mejorar la salud de los individuos y la colectividad, en sus vertientes de calidad (alcanzar el mejor nivel posible respecto a las necesidades reales y sentidas de la población) y equidad (responder a todos sin discriminación, con las menores diferencias posibles entre los individuos).

Los sistemas de salud cumplen ciertas funciones: prestación de servicios, sin olvidar el equilibrio necesario entre las actividades curativas, preventivas y de promoción y rehabilitación de la salud; gestión de recursos humanos, materiales y de infraestructura; garantizar los recursos económicos necesarios para el correcto funcionamiento; determinar el grado de participación financiera de los usuarios sin impedir su acceso a los servicios, y coordinación de actividades, tanto dentro de una estructura determinada como entre niveles de asistencia, entre otras.

El modelo de organización de los servicios de salud en los países está íntimamente relacionado con su desarrollo social y económico. A su vez, la distribución de dichos servicios y sus recursos, está determinada por factores que estipulan el conjunto de estructuras y sectores del país.

En México, las políticas sanitarias vigentes buscan transformar el sistema actual para modernizarlo y hacerlo más eficiente y al mismo tiempo proporcionar una atención al usuario de máxima calidad.

En el Distrito Federal, por su condición demográfica, socioeconómica e industrial, se concentra un alto porcentaje de población asegurada quienes son protegidos por la Seguridad Social.

Si bien a través de los años se ha logrado un importante desarrollo de los servicios médicos, sin embargo, en la actualidad grandes sectores de la población no tienen acceso a la seguridad social ni a la atención médica privada, por lo que acuden a libre demanda a recibir atención en los servicios médicos para población abierta.

El sistema de salud en México, como muchos otros del mundo está estructurado funcionalmente en tres niveles de atención. Y cada una de los tres grupos de instituciones cuenta en distinta proporción con unidades de atención en cada nivel.

El primer nivel de atención está formado por una red de unidades médicas que atienden a nivel ambulatorio. Son el primer contacto de las personas con el sistema formal de atención.

Estas unidades pueden tener distinto tamaño y variar en su forma de organización. Van desde unidades de un solo consultorio (muchos consultorios rurales e incluso urbanos de la Secretaría de Salud (SS) o del IMSS Oportunidades), hasta unidades con 30 o más consultorios y servicios auxiliares tales como laboratorio, rayos X y ultrasonido, medicina preventiva, epidemiología, farmacia, central de esterilización y equipos, administración, aulas, etc. En la SS están divididos según tamaño en TI, TII y TIII, siendo los más grandes estos

últimos. En las unidades del primer nivel trabajan médicos generales con licenciatura o con estudios de especialidad (por ejemplo medicina familiar y comunitaria), así como enfermeras y técnicos. Trabajan también médicos pasantes. La mayoría de las consultas médicas que se otorgan en el país corresponden a las realizadas por los médicos generales quienes resuelven una gran cantidad de problemas de salud sin necesidad de derivar a atención especializada. Bajo la forma privada existe una red de consultorios en las zonas rurales y periferias urbanas muchos, así como consultorios privados de médicos especialistas que atienden sobre todo a las clases medias y altas. El primer nivel de atención es fundamental en cualquier sistema de salud.

Una parte importante de las actividades de salud pública se realizan en el primer nivel de atención. Entre ellas cabe destacar la vigilancia epidemiológica y control de brotes epidémicos que son elementos fundamentales para el control de las enfermedades (y no solo las infecciosas sino también las no transmisibles y las lesiones); diversas actividades de promoción de la salud y de prevención de enfermedades (vacunación, educación para la salud) y se han agregado también actividades de detección temprana de enfermedades por ejemplo cáncer de mama y cervicouterino, cáncer de próstata, enfermedades congénitas, osteoporosis, hipertensión arterial y diabetes, obesidad, etc.

El segundo nivel de atención está formado por una red de hospitales generales que atienden la mayor parte de los problemas y necesidades de salud que demandan internamiento hospitalario o atención de urgencias. Sus unidades están organizadas en las cuatro especialidades básicas de la medicina: medicina interna, cirugía, pediatría y ginecoobstetricia.

Las unidades médicas del segundo nivel de atención, tienen un grado de complejidad mayor que las anteriores y en su organización destacan servicios tales como urgencias, admisión, hospitalización, banco de sangre, central de esterilización y equipos, quirófanos, farmacia, consulta externa, etc. Es frecuente encontrar en los hospitales del segundo nivel de atención algunas subespecialidades tales como dermatología, neurología, cardiología, geriatría, cirugía pediátrica, etc. En este nivel se resuelve la mayor parte de los problemas que requieren hospitalización en el país y se concentra la mayor parte de los médicos especialistas.

El tercer nivel de atención está formado por una red de hospitales de “alta” especialidad. Aquí se encuentra subespecialidades y equipos de apoyo que no se cuenta en el segundo nivel de atención. En este nivel el hospital puede tener muchas subespecialidades, como sucede con las Unidades Médicas de Alta Especialidad del IMSS o el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición, o bien pueden ser especializarse en algún campo específico, como sucede con otros Institutos Nacionales de Salud, especializados en Cancerología, Cardiología, Neurología y Neurocirugía, Pediatría, Perinatología, Enfermedades Respiratorias, Geriatría y de Rehabilitación. Muchos de ellos se encuentran saturados porque la demanda excede a la oferta de servicios haciendo que los pacientes tengan que realizar grandes periodos de espera a lo largo de su atención.

Con la finalidad de conformar un sistema de interrelación que permite complementar los servicios de los tres niveles de atención médica que prestan las unidades, sin necesidad de aumentar la capacidad instalada ni los recursos humanos existentes, fue propuesto el sistema de referencia y contrarreferencia

como un procedimiento de enlace y coordinación entre las unidades operativas de los tres niveles de atención que conforman la red de servicios. Su objetivo principal fue facilitar el envío de pacientes de una unidad operativa a otra de mayor complejidad o viceversa, garantizando el acceso a los servicios de salud en beneficio del paciente referido.

Sin embargo, debido al desconocimiento generalizado de los distintos niveles de atención médica por parte de los usuarios y a veces de los médicos, los pacientes frecuentemente solicitan el servicio médico en un nivel de atención que no corresponde. Por consecuencia, dicha situación genera distribución irregular de las cargas de trabajo, sobreocupación de algunas unidades médicas con subutilización de otras, inconformidad de usuarios y prestadores de servicios y dispendio innecesario de recursos humanos y materiales.

Por lo tanto, resulta lógico que es más costoso atender problemas de salud simples en una unidad médica que cuenta con alta tecnología, que atenderlos en el nivel de atención que le corresponde, y esto se lograría con el uso adecuado y eficiente del sistema de referencia y contrarreferencia.

ANTECEDENTES

Informe Dawson¹

En 1920 una comisión nombrada por el Rey de Inglaterra y presidida por Lord Dawson presentó el famoso Informe del Consejo Consultivo sobre Servicios Médicos y Afines (Informe Dawson), cuyo contenido hace referencia en la provisión de servicios médicos y otras prestaciones de salud, en los cuales los recursos de salud deben establecerse de forma escalonada de acuerdo al grado de complejidad de la asistencia requerida, así como al número de habitantes a cubrir y el área geográfica donde viven.

Dicho informe enfatiza que la medicina preventiva y la curativa no son sino distintas facetas de un mismo proceso y que siempre deben practicar en un mismo conjunto. Y con la finalidad de aprovechar mejor los recursos disponibles en aquella época, los autores propusieron la creación de centros de salud primarios destinados a proporcionar servicios básicos de medicina general, de preferencia en forma ambulatoria pero con un pequeño número de camas (16 en cada centro) para la hospitalización transitoria de ciertos casos seleccionados, especialmente los casos de alumbramiento. Un cierto número de centros primarios de salud coordinados entre sí actuarían bajo la supervisión y recibirían la ayuda de centros de salud secundarios, en los cuales se proporcionarían servicios especializados, ya sea en forma ambulatoria o bajo hospitalización a los pacientes referidos por los centros primarios, y cuya complejidad diagnóstica o

¹ Informe Dawson. El futuro de los servicios médicos y afines. H.M. Stationary Office, Londres. 1920.

terapéutica requirieran la participación del médico especialista. Finalmente, el Informe recomendó que un cierto número de centros de salud secundarios de una región determinada estuvieran coordinados en su acción por un hospital docente, en el cual las especialidades estaban más desarrolladas y podían atender casos más complejos.

Principales recomendaciones del Informe Dawson

- * Integración de la medicina preventiva y curativa.
- * Red de unidades (centros de salud y hospitales) que brindan servicios a un territorio geográfico determinado.
- * Supervisión de las unidades más complejas por las más simples.
- * Establecimiento del concepto "nivel de atención": primario, cuyos servicios los prestan los médicos generales y otros profesionales sanitarios, y secundario, con personal especializado, al que los pacientes son referidos desde el nivel anterior.

Hoy en día, más de 90 años de su publicación, las recomendaciones del Informe Dawson sigue siendo importantes y vigentes en la conformación del sistema de salud.

Declaración de Alma Ata²

En 1978, dos organizaciones dependientes de las Naciones Unidas (ONU), la Organización Mundial de la Salud (OMS) y El Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), celebraron un Congreso conjunto en Alma Ata (Kazajstán, antigua Unión Soviética), apoyada por delegados gubernamentales de 134 países. Durante dicha

² The Declaration of Alma Ata, September 12, 1978. International conference on primary health care jointly sponsored by WHO and UNICEF.

reunión se hicieron la definición de los principios de la Atención Primaria de Salud (APS). Así quedaron establecidas las bases que regirían la estrategia de salud promovida por la OMS con el objetivo de lograr la “salud para todos en el año 2000”. Y sus aspectos esenciales son:

- * El derecho a la salud requiere la acción colectiva y su garantía es responsabilidad de los gobiernos.
- * La importancia de la participación popular en salud como derecho y como responsabilidad.
- * La trascendencia de la Atención Primaria en la prevención, promoción, curación y rehabilitación.
- * Lograr salud requiere el esfuerzo coordinado de todos los sectores implicados.
- * Rechazo de las desigualdades en salud, especialmente entre países ricos y pobres.
- * Importancia de la paz y el desarme como fuente de salud y desarrollo.

Sistema de Referencia y Contrarreferencia en México

Ha existido diversos esfuerzos por parte de las autoridades sanitarias en crear un sistema de referencia y contrarreferencia en México, los más completos se encuentran en las dependencias de IMSS e ISSSTE, y en el caso de los hospitales de la Secretaría de Salud destaca el campo de la pediatría, el cual es la pionera dentro de la SS en utilizar el sistema de referencia y contrarreferencia.

1987. La Comisión Coordinadora Institucional implementa un Programa de Regionalización y escalonamiento de Servicios Pediátricos. Tienen bajo su mando a la Dirección General de Servicios de Salud del Departamento del Distrito federal, la Salud Pública en el Distrito federal, el Desarrollo Integral de la

Familia (ahora Instituto Nacional de Pediatría) y al Hospital Infantil de México.

1988. La Secretaría de Salud elabora un Manual para la Referencia y Contrarreferencia de Pacientes y envío de muestras y especímenes.

1993. El Hospital Infantil de México establece vínculos de comunicación con los Jefes de Urgencias de los diferentes Hospitales Pediátricos y Generales. Surge así la Asociación Mexicana de Urgenciólogos Pediatras A.C.

1994. La Dirección General de Regulación de Servicios de Salud (ahora Dirección General de Calidad y Enseñanza en Salud) establece mecanismos facilitadores del Sistema de Referencia y Contrarreferencia: integridad, coordinación, información y capacitación. Pretende que haya un funcionamiento idóneo y que se logre la Consolidación del Sistema.

1996. Se establecen reuniones periódicas con Directores de Hospitales de las diferentes unidades médicas y autoridades de las Jurisdicciones Sanitarias (1er. Nivel) con la asesoría de la Dirección General de Regulación de Servicios de Salud (ahora Dirección General de Calidad y Enseñanza en Salud).

1997. Se integra un grupo de trabajo para elaborar los lineamientos de la Referencia y Contrarreferencia, integrada por el Hospital Infantil de México, el Instituto Nacional de Pediatría, el Instituto de Servicios de Salud de Distrito Federal y el Instituto de Salud del Estado de México.

1998. En la NOM-168-SSA1-1998, en el apartado referente al Expediente Clínico establece claramente que los expedientes clínicos deben de contener:

- * Nota de referencia/traslado:
- * Establecimiento que envía;
- * Establecimiento receptor;
- * Resumen clínico, que incluirá como mínimo:
 - I. Motivo de envío;
 - II. Impresión diagnóstica;

- III. Terapéutica empleada, si la hubo.

1999. Diciembre 17. Se celebra una reunión multidisciplinaria coordinada por la Dirección General de Regulación de los Servicios de Salud (ahora Dirección General de Calidad y Enseñanza en Salud) con la participación de autoridades representantes de los Tres Niveles. Se dan a conocer las estrategias para iniciar las actividades del Programa de Referencia y Contrarreferencia.

2000. Se realizan pruebas de campo en cada una de las instituciones involucradas para afinar el proceso. En febrero se inicia el programa que se sigue hasta la fecha.

2002. Se llevó a cabo la una reunión en las instalaciones del Comité de Referencia/ Contrarreferencia. Y aceptaron cinco compromisos:

- 1) Aumentar la medición de acciones.
- 2) Ampliar el esfuerzo de participación.
- 3) Ampliar este ejemplo de acciones otros Comités (Ginecoobstetricia y Politrauma).
- 4) Buscar coordinación con el IMSS y el ISSSTE.
- 5) Fomentar asimismo el apoyo del IMMS y del ISSSTE.

2004. Se publicaron los ejemplares de lineamientos de Referencia/ Contrarreferencia. Y desde entonces se llevan a cabo los Talleres de Contrarreferencia y Referencia pediátrica en la Dirección General de Calidad y Enseñanza en Salud.

MARCO TEÓRICO

Sistema de salud^{3,4}

Según la máxima autoridad sanitaria internacional –la Organización Mundial de la Salud (OMS)-, el sistema de salud es un sistema que abarca cualquier actividad que esté encaminada a promover, restablecer o mantener la salud. Dicha sistema se forman ante la necesidad de responder a los problemas y necesidades de salud y enfermedad a partir de la estructura económica y política de cada sociedad.

Un sistema de salud engloba todas las organizaciones, instituciones y recursos cuyo principal objetivo es llevar a cabo actividades encaminadas a mejorar la salud.

La razón de la existencia de los sistemas de salud, es alcanzar el mejor nivel posible de salud para toda la población durante el ciclo de vida, por lo que un sistema de salud efectiva tiene la responsabilidad de reducir las desigualdades, así como ofrecer un trato adecuado a los usuarios de los servicios de salud, en un marco que respete la dignidad de las personas, su autonomía y la confidencialidad de la información.

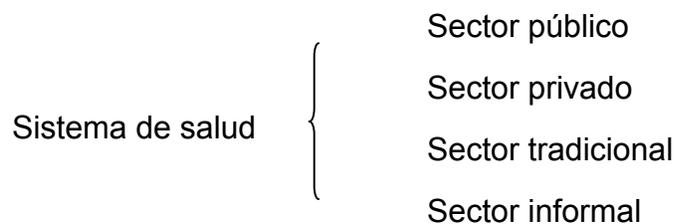
El trato adecuado en un sistema de salud ofrece los usuarios de éstos la posibilidad de elegir al médico tratante o la clínica de primer nivel de contacto en

³ Maya Mejía JM. Capítulo 2, Sistemas de servicios de salud. En: Fundamentos de salud pública tomo II. Administración de la salud pública., 1ª edición. Editores: Blanco Restrepo H. & Maya Mejía JM. Medellín, 2003.

⁴ OCDE. Estudios de la OCDE sobre los sistemas de salud. Organización para la cooperación y el desarrollo económicos. Paris 2005.

la que se desea recibir la atención médica, utilizar los servicios generales disponibles en las unidades de salud, esperar tiempo de esperar razonables por una consulta o una interconsulta al nivel siguiente inmediato (referencia y contrarreferencia) de atención médica.

La mayoría de los sistemas de salud nacionales comprenden el sector público, privado, tradicional e informal. Las cuatro funciones principales de un sistema de salud se han definido como: la provisión de servicios, la generación de recursos, la financiación y la gestión.



Existen elementos básicos para un sistema de salud⁵:

Prestación de servicios: Los buenos servicios de salud son aquellos que permiten realizar intervenciones de calidad eficaces, seguras, personales o no, destinadas a quienes las necesitan, cuándo y dónde se necesitan, evitando al máximo el desperdicio de recursos.

Dotación de personal sanitario: El personal sanitario desempeña debe de responder a las necesidades y actúa de manera equitativa y eficaz para lograr los mejores resultados posibles en materia de salud, teniendo en cuenta de los recursos disponibles y de las circunstancias en que se encuentra, con personal

⁵ <http://www.who.int/healthsystems/topics/es/>

suficiente, competente, idóneo, productivo y equitativamente distribuido.

Productos médicos, vacunas y tecnologías: Un sistema de salud que funcione adecuadamente tiene que posibilitar un acceso equitativo a productos médicos esenciales, vacunas y tecnologías de calidad garantizada, seguros y costoeficaces, así como su utilización científicamente racional y costoeficaz.

Financiamiento del sistema de salud: Un buen sistema de financiamiento de la salud debe recaudar fondos suficientes para que la población pueda tener acceso a los servicios necesarios y estar protegida contra el riesgo de gastos catastróficos y empobrecimiento vinculado al pago de esos servicios. También debe prever incentivos para los prestatarios y los usuarios.

Sistema de información sanitaria: Un sistema de información sanitaria que funcione correctamente tiene que asegurar la producción, el análisis, la difusión y la utilización de información fiable y oportuna sobre los determinantes de la salud, el desempeño del sistema de salud y el estado de salud de la población.

Liderazgo y gobernabilidad: El liderazgo y la gobernabilidad suponen la existencia de un marco normativo estratégico, acompañado de una supervisión eficaz, así como de la creación de alianzas, el establecimiento de una reglamentación, la atención a la concepción de los sistemas y la rendición de cuentas.

Prestación de Servicios

Dotación de Personal Sanitario



Productos Médicos Vacunas y Tecnología

Financiamiento del Sistema de Salud

Sistema de Salud

Sistema de Información
Sanitaria

Liderazgo y
Gobernabilidad

De acuerdo con la OMS, los objetivos de un sistema de salud se alcanzan mediante el desempeño de cuatro funciones básicas: la prestación de servicios, el financiamiento de dichos servicios, la rectoría del sistema y la generación de recursos para la salud

Atención Médica⁶

El concepto de Atención Médica, la circunscribe como "la totalidad de los servicios que se prestan directamente a las personas para la atención de la salud, incluyendo a las tradicionales actividades de promoción, protección, diagnóstico,

⁶ Aguirre-Gas Héctor, Administración de la calidad de la atención médica, Rev Med IMSS (Mex) 1997;35(4): 257-264.

tratamiento, recuperación y rehabilitación”. Y el presente trabajo se analizará el sistema de referencia y contrarreferencia en el segundo nivel de atención médica. Esto es considerar la importancia de dicho sistema al interior del establecimiento de salud una vez lograda la entrada al mismo.

La atención médica existe diversos componentes:

- * *Oportuna*: otorgar la atención en el momento que el paciente lo requiera.
- * *Utilización de los conocimientos médicos vigentes*: mediante la disponibilidad de personal de salud capacitado, a partir de un proceso de actualización permanente, en congruencia con las normas que los expertos del área operativa han emitido y mantenido actualizadas.
- * *Uso de principios éticos vigentes*: incluyen “primero, no hacer daño”, equidad en el otorgamiento de los servicios ofreciendo a cada paciente la atención que su padecimiento requiere, humanismo, privacidad, trato individualizado, respeto al secreto profesional, al mismo tiempo ofreciendo el máximo beneficio con mínima exposición al riesgo durante su atención y con el consentimiento informado para la realización de estudios y tratamiento, así como para su participación en proyectos de investigación, y respeto a sus principios morales y religiosos.
- * *Satisfacción de las necesidades de salud*: lleva implícito el logro del objetivo de la atención a partir del establecimiento de un diagnóstico, un programa de estudio, tratamiento y un pronóstico, en este contexto el objetivo de la atención médica puede ser: curación, control, mejoría del paciente, paliación de sus síntomas, apoyo moral al paciente y familiares y una muerte digna conforme a los principios legales, morales y religiosos vigentes, en congruencia con el problema de salud de que se trate.
- * *Satisfacción de la salud pública*: implica la mejoría en el nivel de salud de

- la población, disminución de la morbilidad, mortalidad, secuelas, complicaciones y discapacidades e incremento del tiempo y calidad de vida de los individuos.
- * *Satisfacción de las expectativas del usuario:* incluye la accesibilidad a los servicios, oportunidad para la atención, amabilidad en el trato, proceso de la atención realizado sin obstáculos, suficiente personal de salud debidamente capacitado, disponibilidad de equipo, material y medicamentos que se requieran; solución del problema de salud que motivó la atención en congruencia con el objetivo a lograr, información suficiente y oportuna acerca del programa de estudio y tratamiento, de sus resultados y del pronóstico; comodidad durante el proceso de atención, incluyendo la climatización, control del ruido, iluminación adecuada, ausencia de malos olores y de fauna nociva.
 - * *Satisfacción de las expectativas del prestador de servicios:* se refiere a la disponibilidad de los recursos necesarios para la realización del trabajo, reconocimiento por parte de sus superiores por haberlo efectuado con calidad, remuneración congruente con las características del desempeño, seguridad en el trabajo, oportunidades de superación y facilidades para la capacitación. Satisfacción de las expectativas de la institución: corresponden a la calidad en la atención médica en función del cumplimiento de las normas vigentes emitidas por la propia institución, equidad en el acceso a la atención que requieren los usuarios, independientemente del problema de salud del paciente; oportunidad para la atención en cuanto al tiempo de espera y diferimientos, mejoría del nivel de salud de la población, costo-beneficio aceptable en la prestación de los servicios con base en una administración racional de los recursos; productividad adecuada y ausencia de quejas y demandas.

Niveles de atención⁷

La ubicación de los servicios de salud debe estar encaminada a permitir el más fácil y rápido acceso de la población a los mismos según sus necesidades.

Para ello, los recursos de salud deben establecerse de forma escalonada de acuerdo al grado de complejidad de la asistencia requerida, así como al número de habitantes a cubrir y el área geográfica donde viven. En estos conceptos se basa la regionalización, cuyos principios se recogen en el Informe Dawson, elaborado en 1920.

El sistema de salud ideal es un sistema integrado que abarca medidas de promoción, prevención, asistencia y rehabilitación, que implica a la propia comunidad beneficiaria, en el que el elemento más apto responde a cada problema, minimizando las barreras internas.

Para atender óptimamente los problemas de la salud de la población, los servicios de la salud están organizados en tres niveles de atención, según el tipo de padecimientos y su complejidad, excepto los casos de urgencia, cuando los pacientes acuden directamente al segundo nivel de atención.

⁷ Soto Estrada G. y Cols. "Rasgos Generales del Sistema de Salud en México. PP 119-136. En González Guzmán R., Moreno Altamirano L. Castro Albarrán J. M. La salud Pública y el trabajo en comunidad. México, Mc Graw-Hill. 2010.

Dentro de la organización del sistema de salud por niveles destaca la importancia de la atención primaria, el cual es el primer contacto de la población con el sistema de salud, constituyendo la puerta de entrada al mismo. Es asimismo una estrategia de cómo concebir la organización de la atención en su conjunto. La prevención, el fomento de la salud y la solución de los problemas comunes deben constituir la principal línea de acción. En este nivel de atención se pueden solucionar el 80% de los problemas de salud y requiere un nivel de complejidad técnico y material pequeño, aunque alto en los aspectos organizacional y funcional.

Nivel de atención	Tipo de servicios de salud	Tipo de problemas de salud	Tipo de proveedor de salud	Porcentaje de demandas que soluciona
Primero	Promoción Prevención de riesgos y daños Rehabilitación de menor complejidad	Controles de salud del niño y embarazadas Planificación familiar Control de enfermos crónicos Enfermedades no	Centros de salud, con recursos limitados A veces cuentan con laboratorio, imagenología, quirófanos y centro obstétrico.	70%-80%

		complicadas como infección respiratoria aguda, diarreas agudas, etc.		
Segundo	Enfermedades que Requiere hospitalización y cirugía ambulatoria Rehabilitación	Enfermedades que se resuelven con especialistas en pediatría, ginecoobstetricia, cirugía general y medicina interna	Hospitales generales que cuentan con consulta especializada, urgencia para las cuatro especialidades básicas Cuenta con laboratorio, imagenología y quirófanos	15%-20%
Tercero	Enfermedades que requiere de hospitalización, cirugía y procedimientos complejos Rehabilitación	Enfermedades y complicaciones que requieren de sub-especialistas	Institutos y hospitales con alta tecnología en laboratorio, imagenología, quirófanos, etc.	5-10%

Y dentro de la red de los distintos servicios de salud, destaca un elemento indispensable, el sistema de referencia y contrarreferencia, cuya utilización permite que los problemas de salud que rebasan la capacidad resolutive de un nivel sean transferidos al nivel siguiente para su atención.

Universalidad de la atención médica⁸

La Organización Mundial de la Salud en su Informe de 1999, propone un “nuevo universalismo” en el que, reconociendo los límites de los gobiernos, les atribuye la responsabilidad en el liderazgo y financiamiento de los servicios de salud.

Defiende la complementariedad coordinada entre la atención pública y privada para hacer llegar a la población una atención esencial de calidad, definida por criterios de eficacia y aceptabilidad social, con elección explícita de prioridades, y sin discriminar a ningún grupo social. Y sus características son:

- * Cobertura sanitaria universal: toda la población debe estar incluida entre los beneficiarios, sea por ciudadanía o lugar de residencia. Cabe mencionar que la cobertura universal significa cobertura para todos, no cobertura para todo. Los servicios básicos deben ser económicamente accesibles para todos, mientras que otros menos prioritarios pueden serlo

⁸ Narro-Robles J, Cordera-Campos R, Lomelí-Vanegas L. Hacia la universalización de la salud. Documento del Simposio “Hacia la Universalización de la Salud y la Seguridad Social”.

- previo pago, según los recursos nacionales disponibles.
- * La forma de pago por los servicios no debe limitar el acceso de los más pobres a los mismos. Para no perjudicar a los desempleados o trabajadores estacionales u ocasionales, el pago no debe realizarse en el momento en el que se utiliza el servicio en cuestión.
 - * Los servicios pueden provenir de fuentes varias (públicas, privada, altruistas, etc.), sin embargo, se debe de garantizar en todo momento los estándares de calidad y gestión.

Por lo tanto, para llevar a cabo adecuadamente la universalización en la atención médica en el sistema de salud debe de existir un sistema de referencia y contrarreferencia eficaz y eficiente.

Sistema de Referencia y Contrarreferencia^{9,10}

Referencia, se define como la transferencia formal mediante un instrumento uniforme y oficializado para la atención del usuario con una necesidad de salud que supera la capacidad de resolución del proveedor a otro proveedor de un nivel de mayor complejidad.

Contrarreferencia, se define como la transferencia formal del proveedor de un mayor nivel de complejidad a un proveedor de menor complejidad para el

⁹ Sansó-Soberats FJ. La referencia y la contrarreferencia como expresión de la interrelación policlínico-hospital". Rev Cubana Med Gen Integr 3/2002.

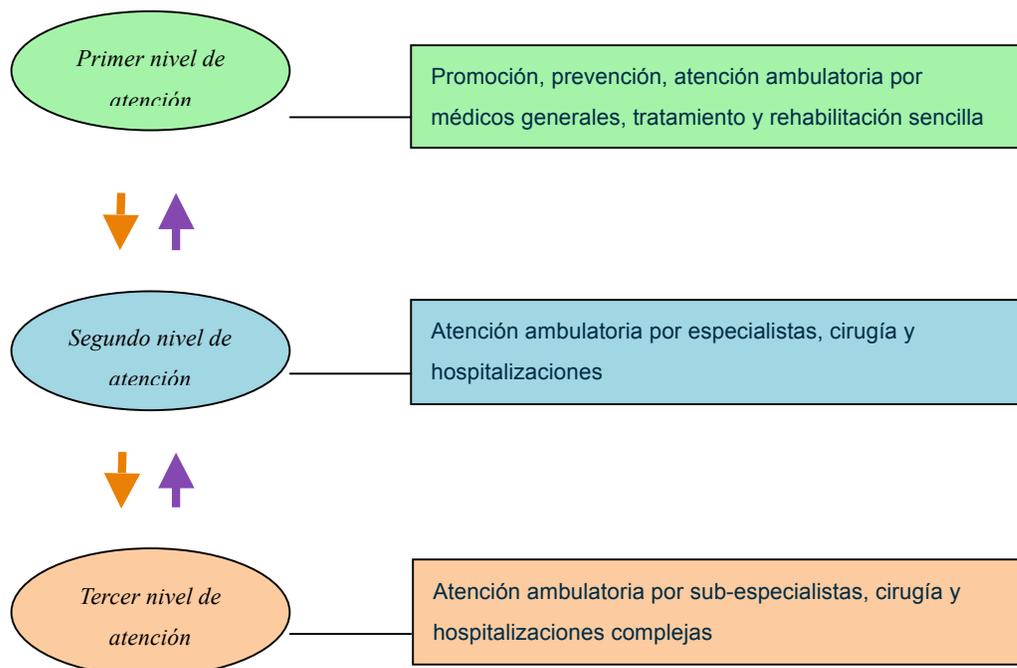
¹⁰ Terrazas-Uria, María Luz, Red de servicios referencia y contra referencia, Archivo del Hospital La Paz, Vol. 5 No.2 Julio-Diciembre 2007.

seguimiento del caso, cuando ya no se requiere atención en el nivel de mayor complejidad.

Sistema de Referencia y Contrarreferencia (SRC), se define como un conjunto de normas, procesos e instrumentos, que garantizan a la población usuaria el acceso sin restricciones a los diferentes niveles de atención, en forma ordenada, oportuna, sucesiva y complementaria.

La existencia de un adecuado y eficiente sistema de referencia y contrarreferencia permite evitar los siguientes aspectos en la atención médica:

1. Retrasos de la atención médica,
2. Duplicidad de recursos tanto humanos como económicos y materiales,
3. Elevación de costos,
4. Interrupción de tratamientos y desplazamiento innecesario de pacientes; traduciéndose en insatisfacción de los usuarios, tanto externos (pacientes) como internos (personal de salud que utiliza el sistema).





Por lo tanto, un sistema basado en la existencia de médicos generales, con claros mecanismos de referencia y contrarreferencia y apoyado en acciones amplias de salud comunitaria, funciona simultáneamente como un esquema de contención de costos y, sobre todo, de mejora en la calidad de la atención de la salud.

Por una parte, el sistema de referencia y contrarreferencia logran un sustancial abatimiento de costos respecto de la alternativa de permitir que el paciente haga uso libremente (con subsidio parcial o total del sector público) de recursos de diagnóstico y tratamiento de alta complejidad y elevado costo. De hecho, los éxitos de las Health Maintenance Organizations en materia de contención de costos se basan en gran medida en la estructuración de un sistema de referencia y contrarreferencia adecuada y eficaz.

JUSTIFICACIÓN

En México, el concepto del sistema de salud comprendió el establecimiento de la atención por niveles, de acuerdo con la complejidad del diagnóstico y/o del tratamiento requerido por los pacientes, garantizando a todo individuo el acceso al servicio a través del primer nivel de atención.

Sin embargo, durante el proceso de referencia y contrarreferencia a veces no se distinguen con claridad las funciones y responsabilidades de los distintos niveles de atención, ni la pertinencia de los propios servicios, con respecto de los requerimientos de la población que los recibe.

Aunado a la ineficiencia de los mecanismos de referencia y contrarreferencia de pacientes o su mal funcionamiento limitan las posibilidades de asegurar que los pacientes obtienen los resultados correctos, al terminar un proceso de atención en cada nivel, teniendo consecuencias tales como el retrasos de atención, duplicidad de recursos y esfuerzos, elevación de costos, interrupción de tratamientos y desplazamiento innecesario de pacientes; traduciéndose en insatisfacción de los usuarios, tanto externos (pacientes) como internos (personal de salud).

Esta situación resulta más problemática en el Distrito Federal debido a la concentración de población que ahí reside y a que conviven necesariamente servicios médicos pertenecientes a tres diferentes ordenes administrativos a decir: Secretaría de Salud, Instituto Mexicano de Seguro Social e Instituto de

Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, sin contar los servicios de seguridad social y asistencia privada.

Durante la revisión bibliográfica, no se ha encontrado estudios dedicados especiales al tema de referencia y contrarreferencia.

Por lo tanto, una investigación al estudio de referencia y contrarreferencia en el segundo nivel de atención médica resulta importante para identificar las deficiencias de dicho proceso y posteriormente proponer medidas de mejora con la finalidad de garantizar una atención médica integral, oportuna y de optimización de recursos.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El proceso asistencial se inicia con el autocuidado y la responsabilidad individual y familiar. Una vez sobrepasado este nivel asistencial, la persona con un problema de salud comienza su búsqueda de atención médica a través de la red de recursos y los establecimientos disponibles para ello. La red en este caso, se incluye los profesionales de la salud, ya sea en forma electiva, en que generalmente es al nivel primario de atención al que se accede, o de urgencia (segundo nivel de atención).

El manejo en el nivel de complejidad correspondiente está determinado por la existencia de Guías Clínicas, Normas o Protocolos de Tratamiento, sin embargo, en un momento dado, el manejo clínico de las enfermedades en ese nivel de complejidad ya no será adecuado desde el punto de vista médico, por lo que será necesario el traslado del paciente dentro de los distintos niveles de atención médica. El instrumento que conecta a dichos niveles de complejidad son los mecanismos de referencia y contrarreferencia. El cual constituye un elemento esencial de continuidad de la atención otorgado a los pacientes e incide en la accesibilidad, oportunidad, efectividad, eficiencia de la atención médica y con ello en la adhesión y satisfacción de los usuarios.

Así mismo, el proceso de referencia y contrarreferencia contribuye a la utilización racional de los recursos tanto materiales como humanos, al evitar que los recursos especializados se consuman en atenciones básicas, al mismo tiempo, extiende la cobertura de atención médica, al poner a disposición de los pacientes y de los médicos. Y por otra parte, favorece a la articulación e integración de la

red de servicios, mejorando la comunicación y la acción coordinada desde el nivel primario-comunitario hacia los establecimientos de atención hospitalaria. Con ello se garantiza al usuario la continuidad de la atención médica, disminuye la mortalidad evitable y se reducen los casos de demanda tardía de atención, que traduce en menor posibilidad de mejorar el pronóstico del paciente.

En consecuencia, por lo que al momento de solicitar el servicio médico, y si se equivoca el nivel de atención que no le corresponde, esto generará una distribución irregular de las cargas de trabajo, sobreocupación de algunas unidades médicas con subutilización de otras, inconformidad de usuarios y prestadores de servicios y dispendio de innecesario de recursos humanos y materiales.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es la referencia y la contrarreferencia en el Hospital General Dr. Manuel Gea González?

OBJETIVOS

Objetivo General:

Describir la referencia y contrarreferencia en el sistema de salud actual en México, con particular atención al escenario de la atención hospitalaria de segundo nivel.

Objetivos Específicos:

- Detallar la referencia del Hospital General Dr. Manuel Gea González (SSA).
- Detallar la contrarreferencia del Hospital General Dr. Manuel Gea González” (SSA).

MÉTODOLOGÍA

Diseño del estudio:

Descriptivo Transversal Analítico Retrospectivo

Universo de trabajo y muestra:

Compuesto por una muestra de expedientes pertenecientes a los pacientes que son atendidos en el Hospital General Dr. Manuel Gea González (SSA).

Tamaño de muestra

Se calcula una muestra probabilística y representativa a través de un cálculo de tamaño de muestra para una proporción.

Se pretende tener un nivel de significancia del 95%, una precisión de 5% y una prevalencia predeterminada de 15%.

$$\frac{(1.96)^2 (0.15)(0.85)}{(0.05)^2} = 196$$

Considerando el 20% de pérdida: + 40 expedientes, en total son 236 expedientes divididos en los cuatros servicios básicos del hospital (Medicina Interna, Gineco-obstetricia, Pediatría y Cirugía General).

Criterios de selección:

1. Criterios de inclusión:

Expedientes de pacientes atendidos en los cuatro servicios (medicina interna, cirugía general, pediatría, gineco-obstetricia) en consulta externa y/o hospitalizaciones durante el periodo de enero del 2012 al junio de 2012.

2. Criterios de exclusión:

Expedientes de pacientes atendidos en urgencias.

Descripción del método

1. Revisión de los expedientes clínicos, en donde se obtiene los datos de los

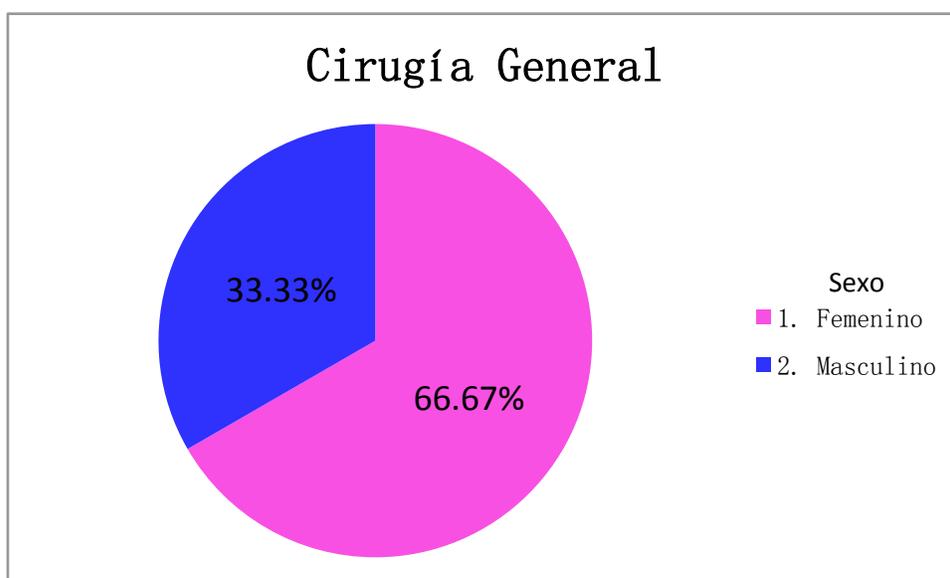
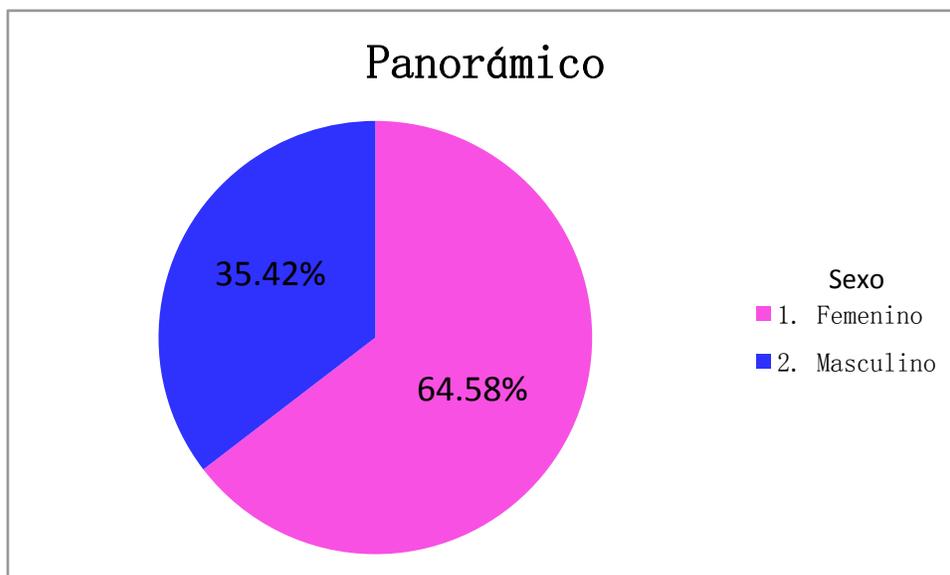
pacientes.

- a. Número de expediente
 - b. Servicio de ingreso
 - c. Nombre
 - d. Edad
 - e. Sexo
 - f. Domicilio
 - g. Afiliación/tipo de seguridad social
2. Realizar una llamada telefónica a los pacientes con la finalidad de efectuar una encuesta que contiene los siguientes datos:
- a. Personas o unidad que refiere al hospital
 - b. Nivel de atención médica de lugar de referencia
 - c. Tiempo transcurrido entre la referencia e ingreso al servicio de atención médica
 - d. Diagnóstico de referencia
 - e. Diagnóstico de egreso
 - f. Posesión de contrarreferencia
 - g. Lugar de contrarreferencia

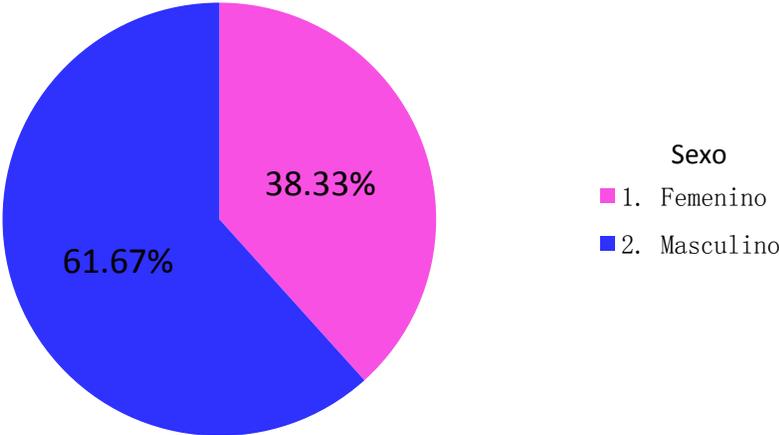
RESULTADO

1. Sexo

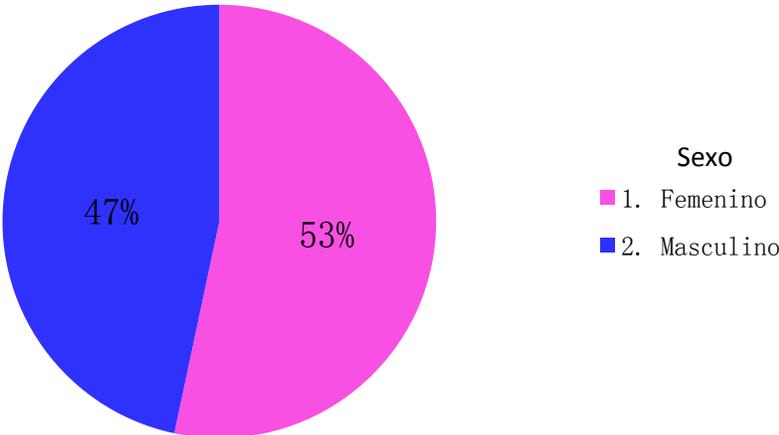
En el caso de la referencia, predomina las pacientes de sexo femenino (promedio 64.58%) en casi todos los servicios, excepto el Departamento de Pediatría.



Pediatría

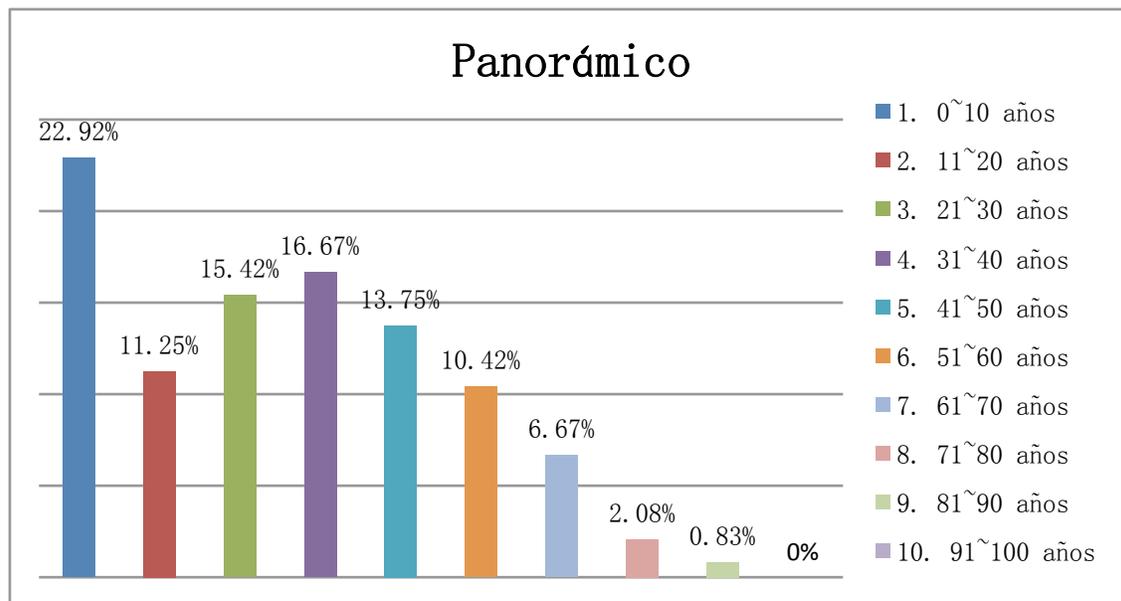


Medicina Interna

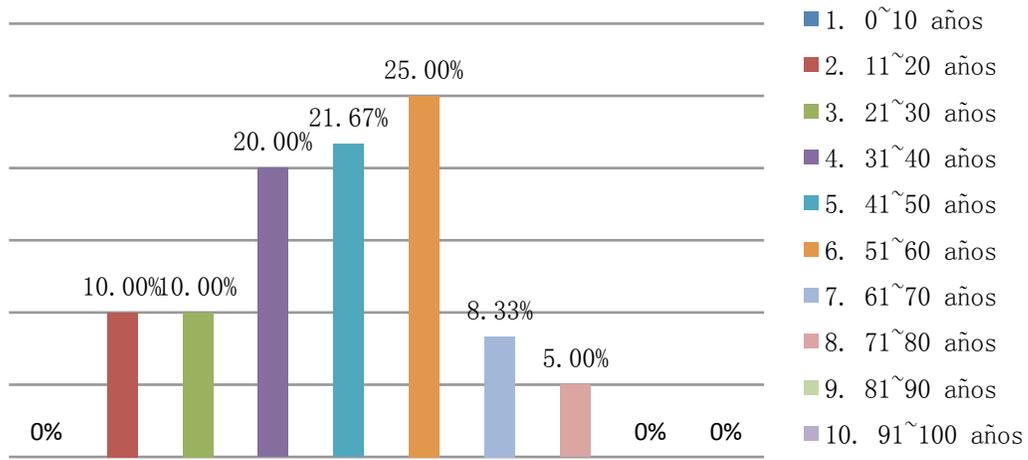


2. Rango de Edad

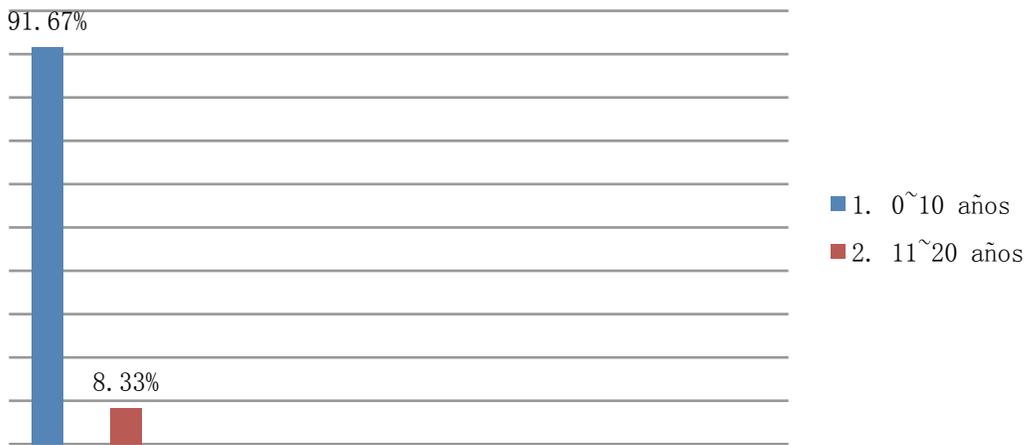
Por rango de edad, en el servicio de cirugía predomina los pacientes de 51 a 60 años de edad, en el servicio pediatría predomina los niños recién nacidos hasta los 10 años de edad, en el servicio de ginecología y obstetricia predomina los pacientes de 21 a 30 años, dicha característica corresponde a los diagnósticos de embarazo, mientras que en el servicio de medicina interna predomina los pacientes 41 a 50 años de edad, ésta coincide con los diagnósticos que predominan en este servicio que son la diabetes mellitus y la hipertensión arterial sistémica.

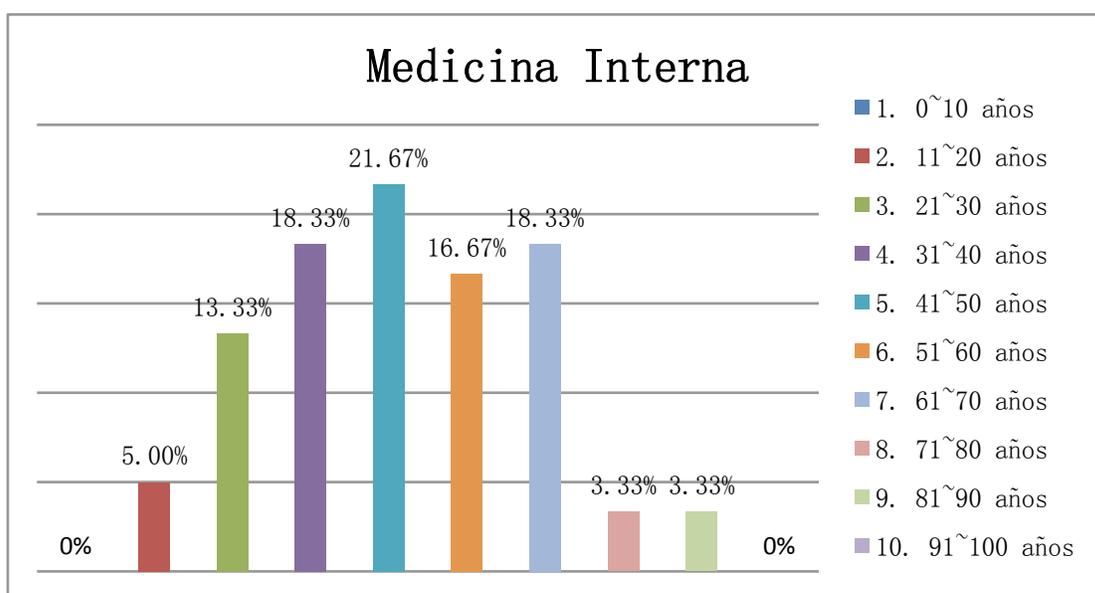
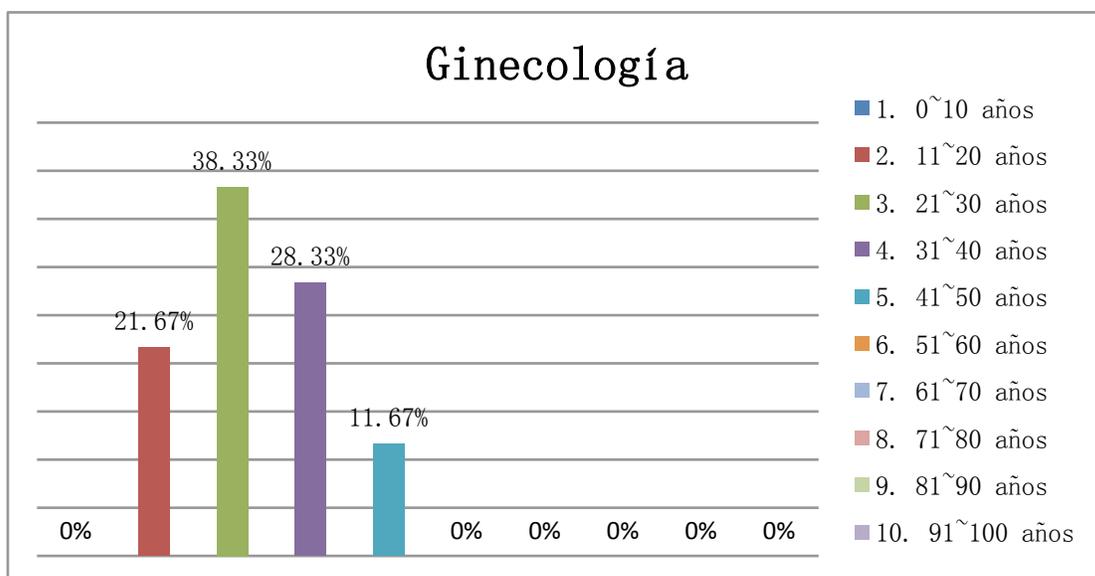


Cirugía General



Pediatría

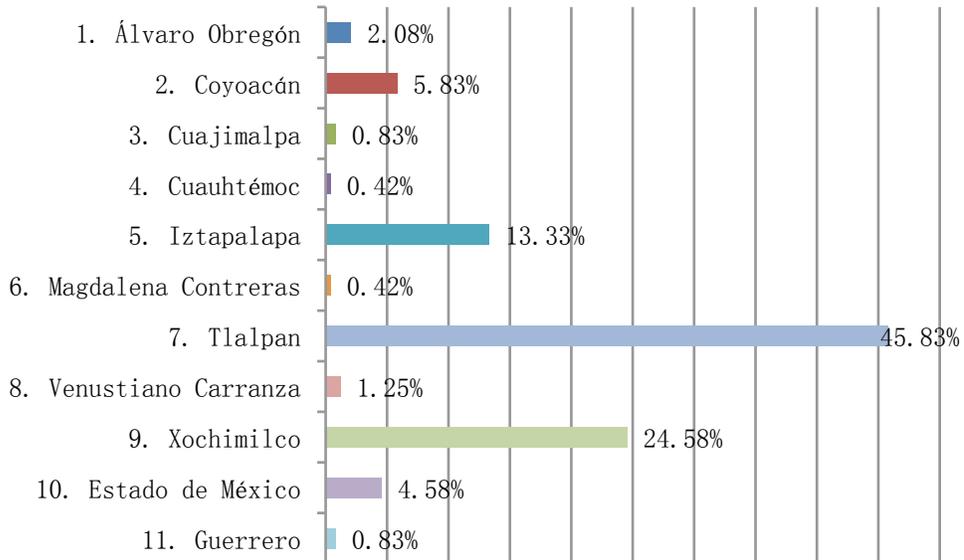




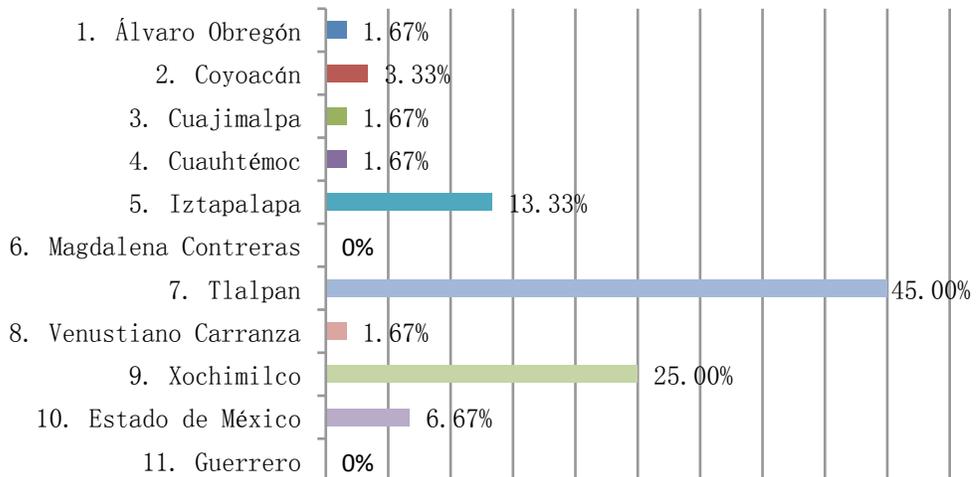
3. Domicilio

En el caso de la procedencia de los pacientes referidos, de manera general predomina los que provienen de la delegación Tlalpan, seguido por la delegación Xochimilco, ambos corresponden a la área designada para el hospital, sin embargo, la delegación que ocupa el tercer lugar que es la delegación Iztapalapa no incide en la lista de los pacientes referidos para el hospital, no obstante esta delegación envía el 13.33% de los pacientes referidos.

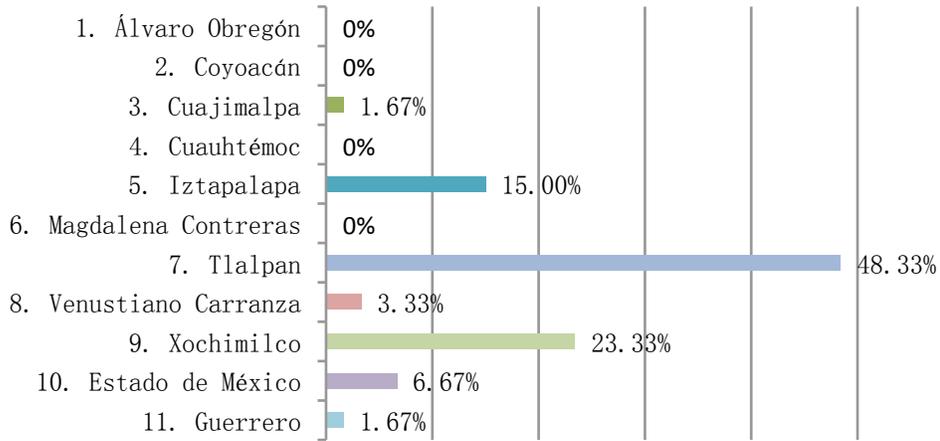
Panorámico



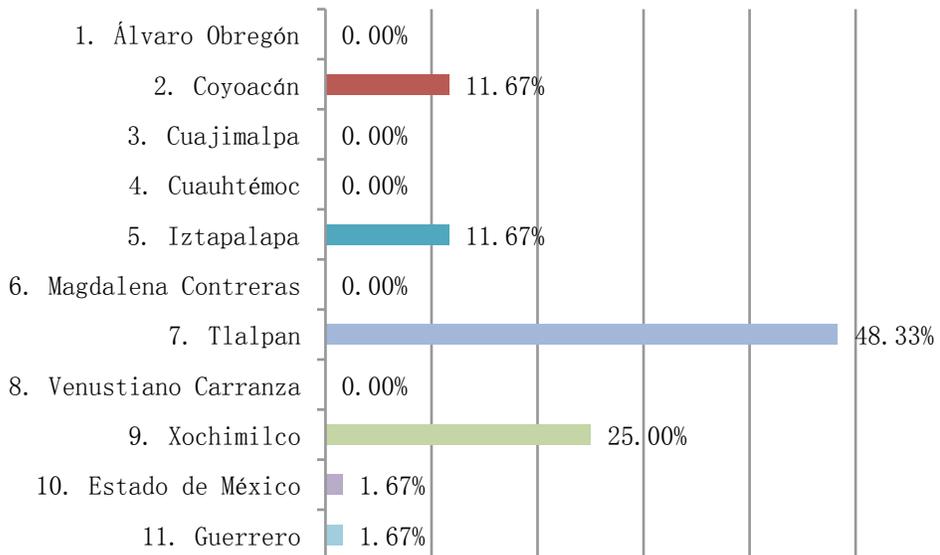
Cirugía General

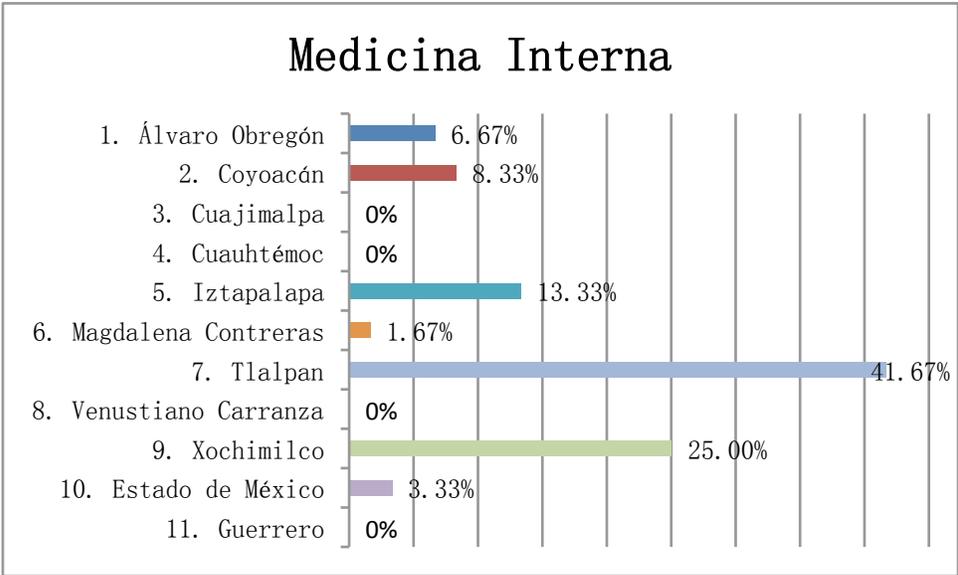


Pediatría



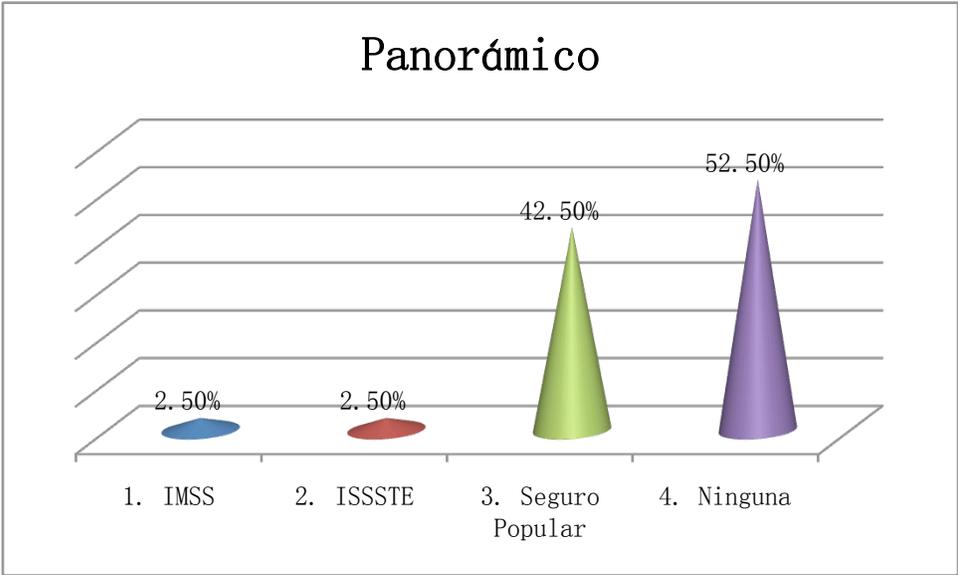
Ginecología



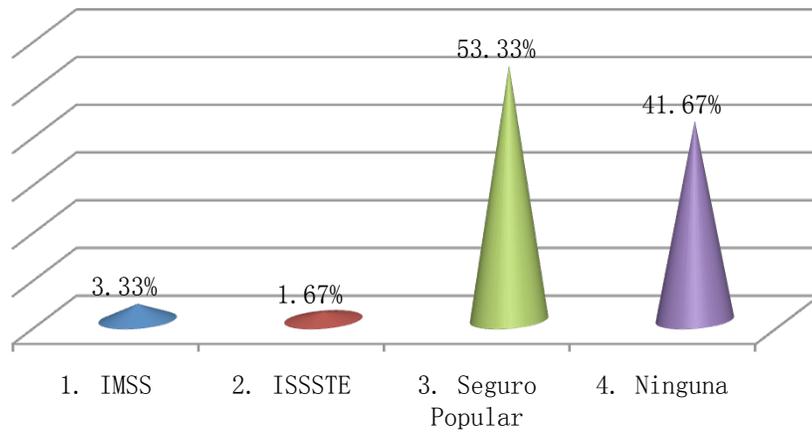


4. Afiliación de Seguridad Social

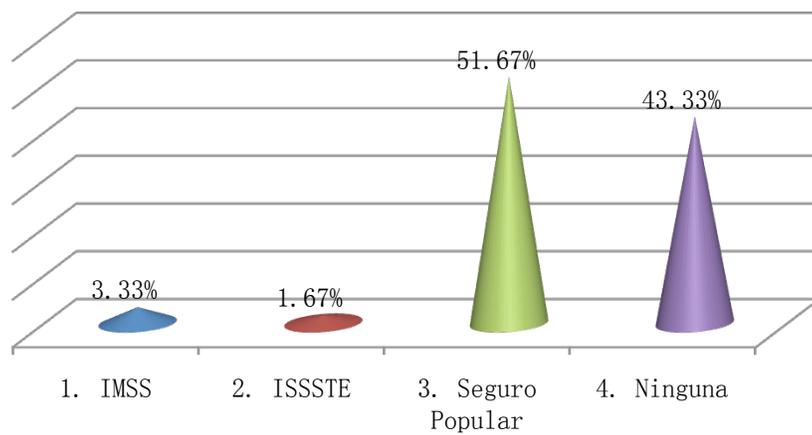
Como se esperaba la mayoría de los pacientes que son referidos al hospital no cuenta con algún tipo de seguridad social (52.5%), sin embargo, llama la atención que existen pacientes que tienen IMSS o ISSSTE, y no obstante se les otorga la atención médica en el hospital, especialmente en el servicio de medicina interna, donde la cifra llega hasta 8%.

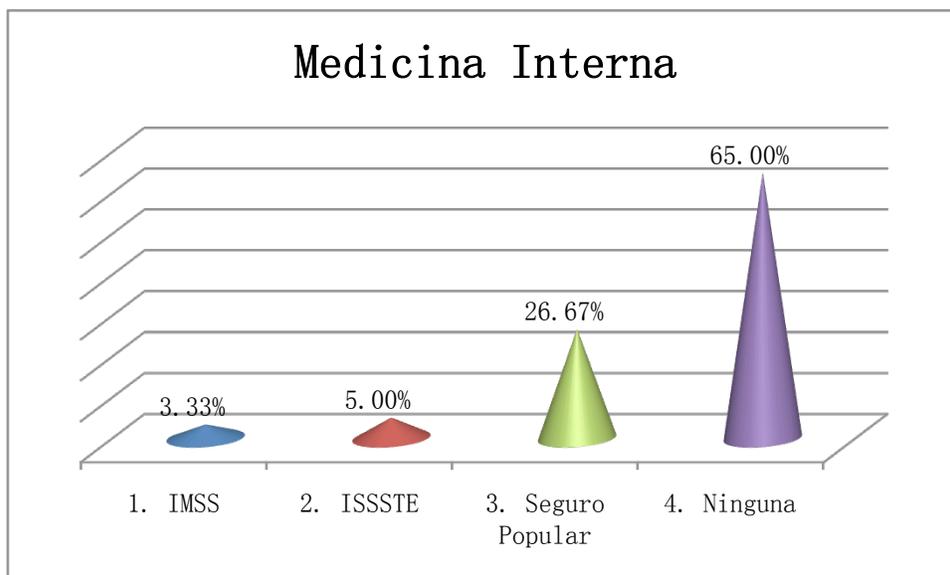
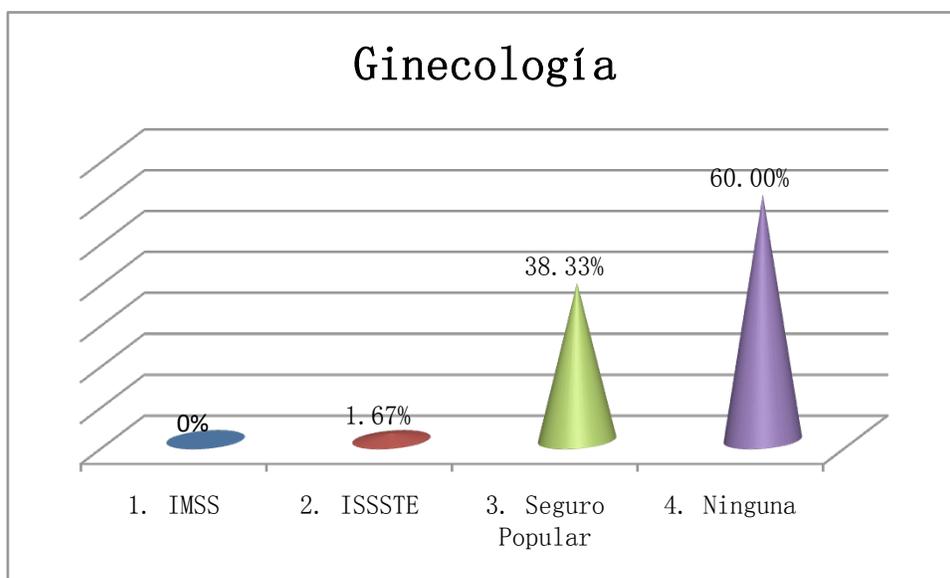


Cirugía General



Pediatría

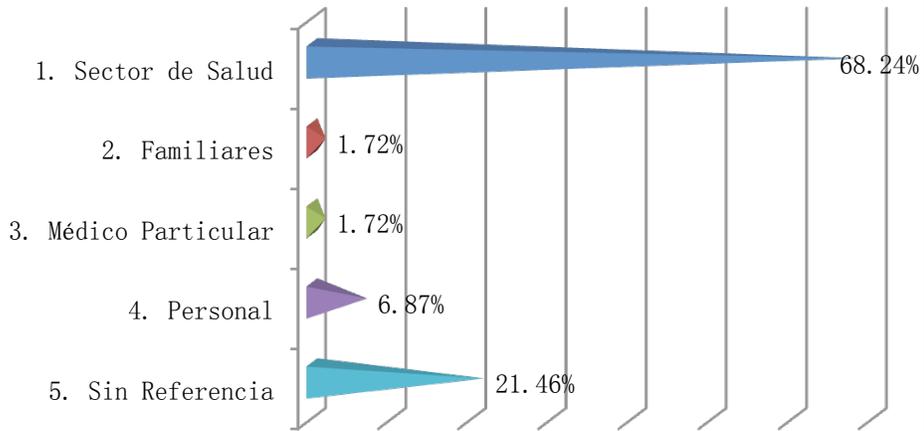




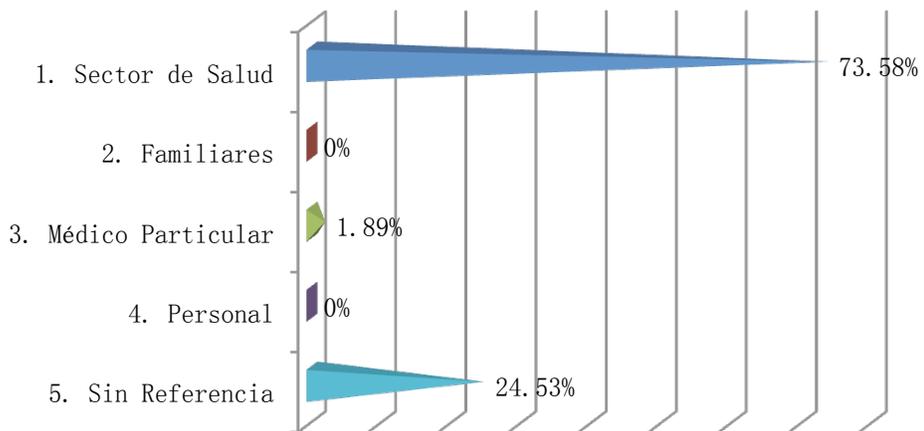
5. Sector que refiere

De manera general, casi la mitad de los pacientes que ingresan al hospital no cuenta con referencia de primer nivel de atención pública, el servicio que más recibe estos tipos de pacientes es medicina interna (43.43%), y el que menos es el servicio de cirugía general (26.42%).

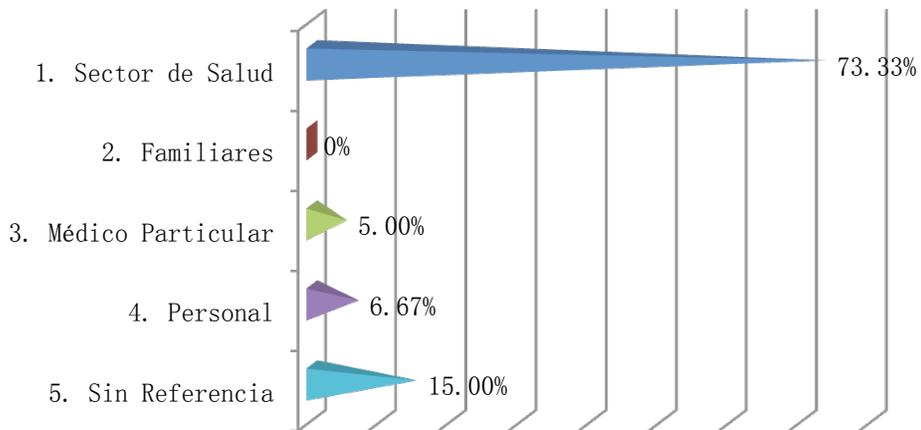
Panorámico



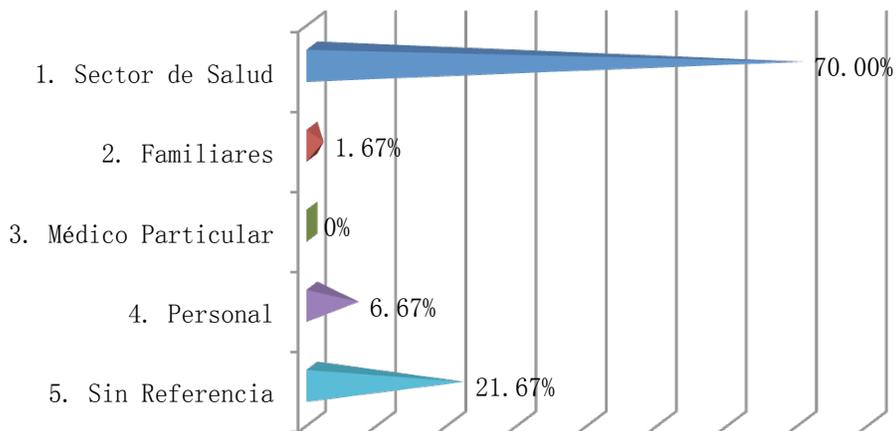
Cirugía General

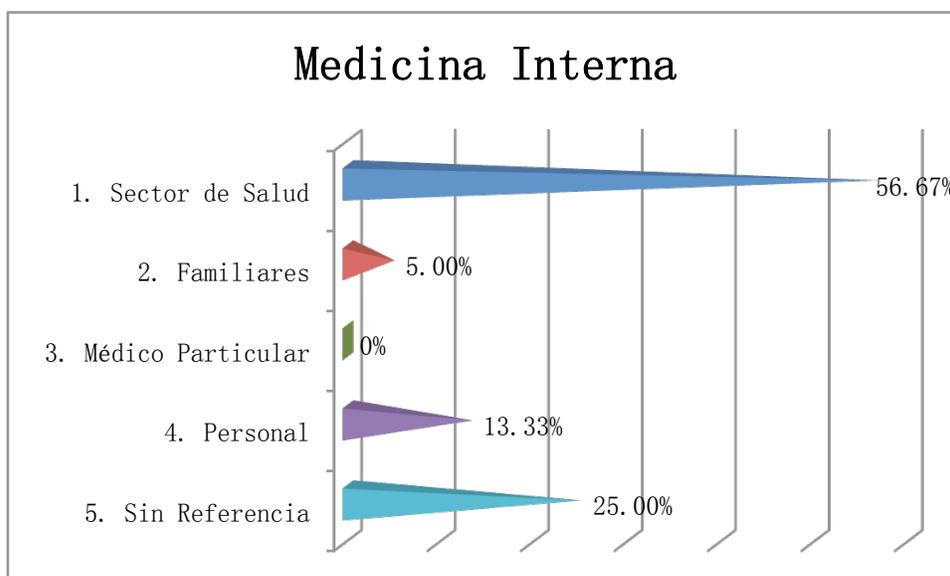


Pediatría



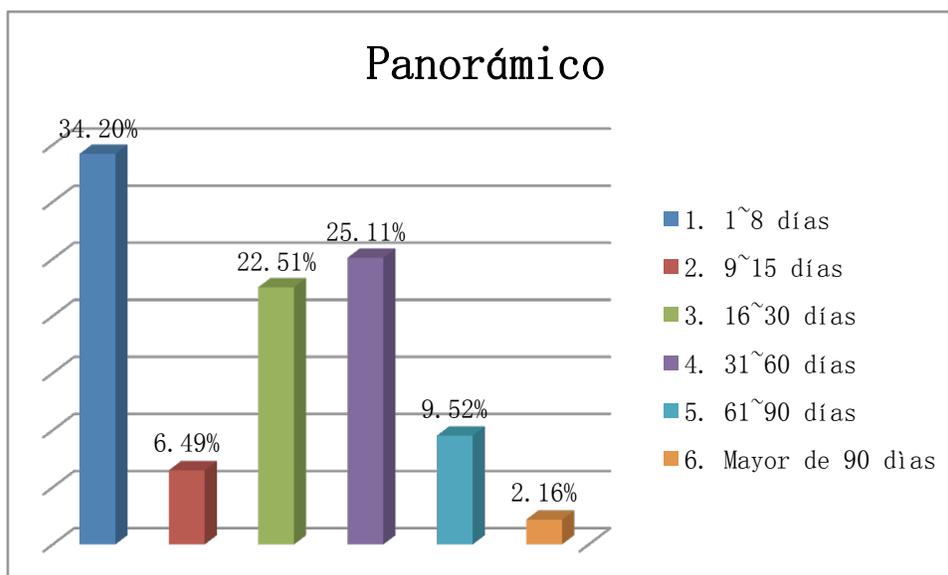
Ginecología



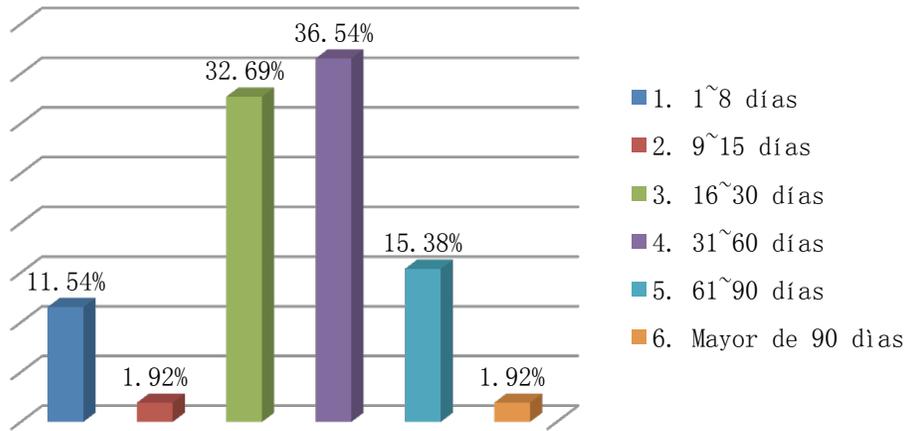


6. Tiempo transcurrido entre la referencia e ingreso al hospital

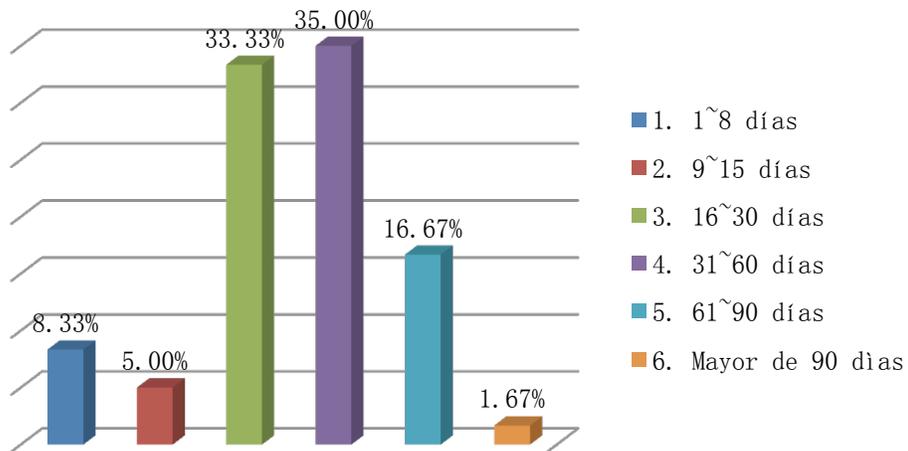
La mayoría de los pacientes referidos ingresan a los servicios del hospital un mes o hasta dos meses después de haber sido referidos, excepto al servicio de ginecología, en donde la mayoría de las pacientes (88.33%) ingresan al dicho servicio en un lapso de una semana después de haber recibido la referencia.

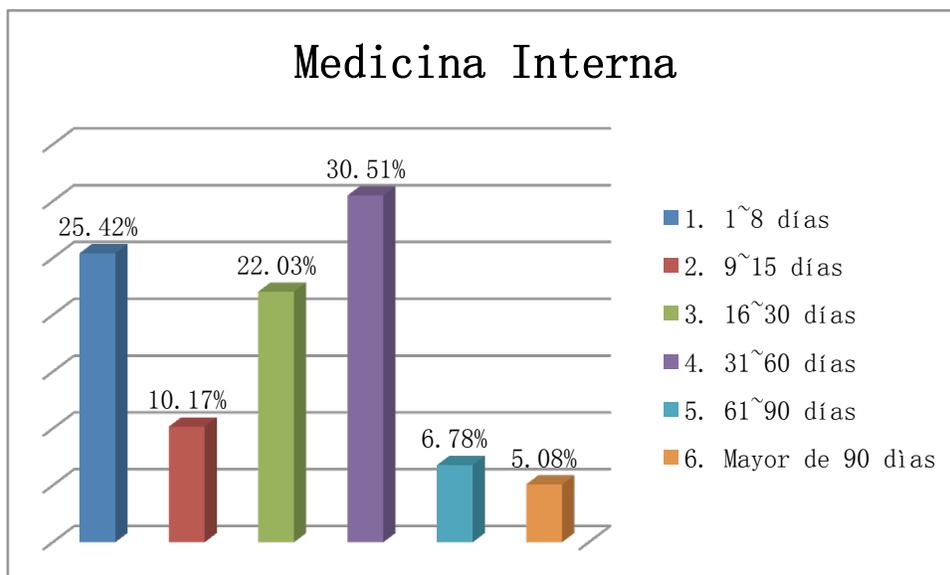
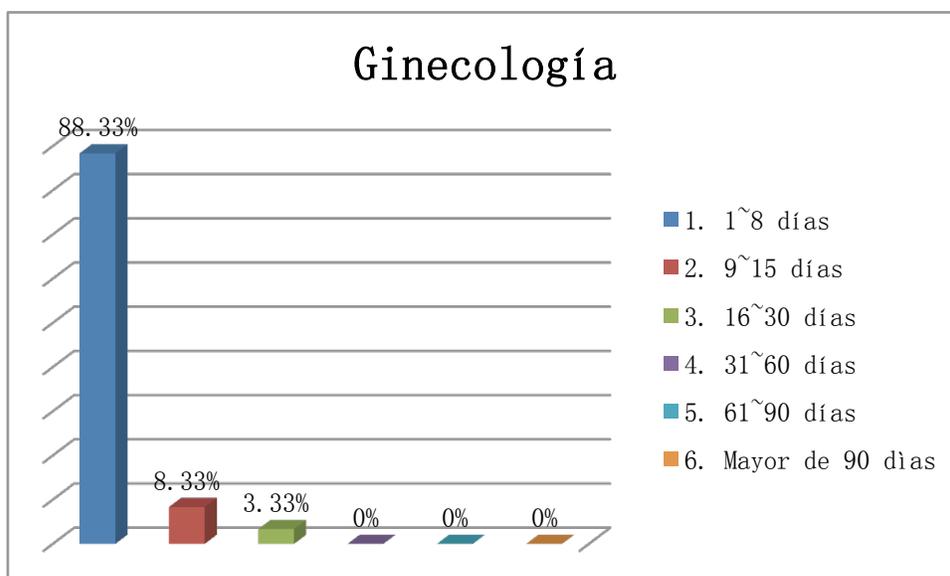


Cirugía General



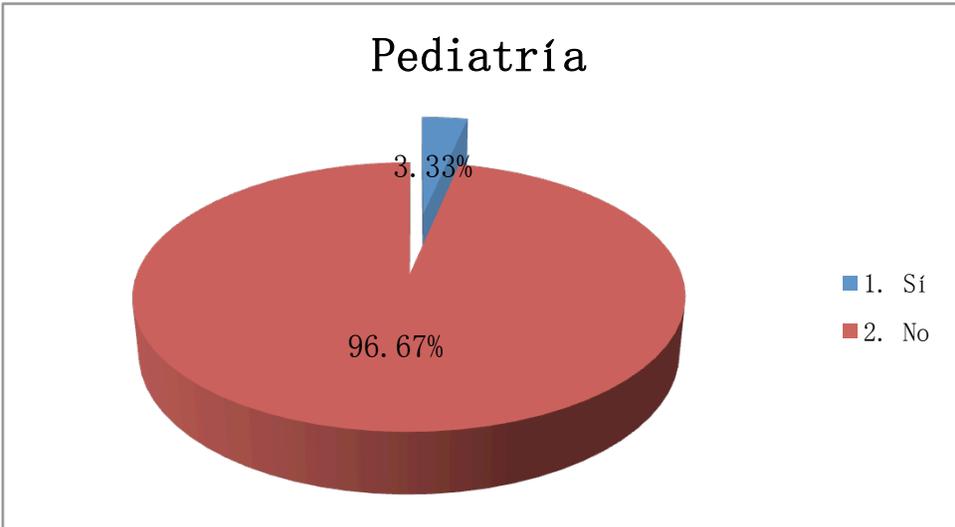
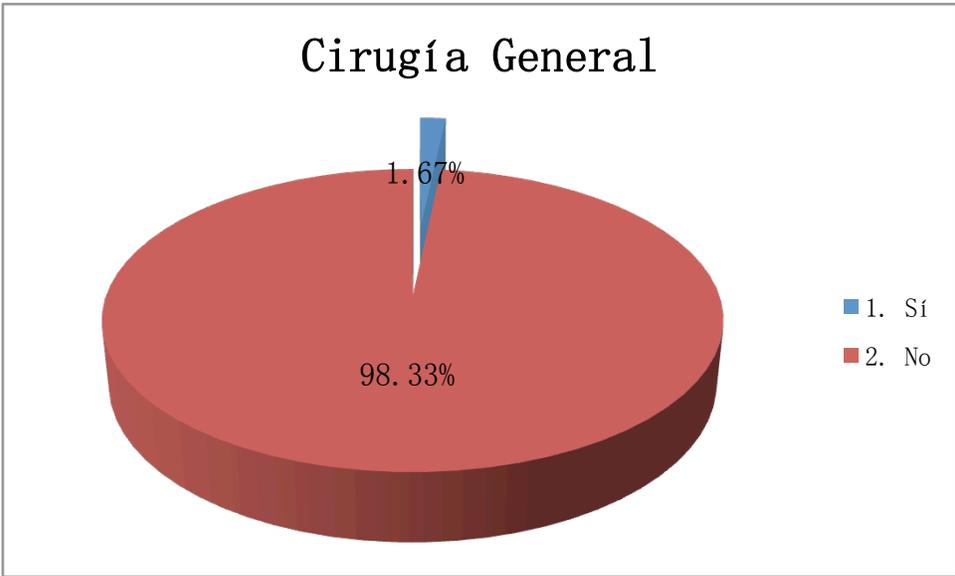
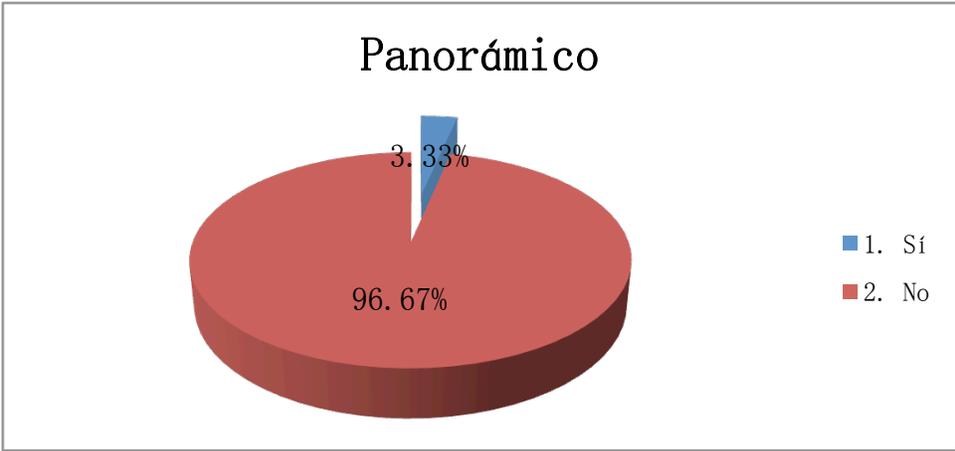
Pediatría

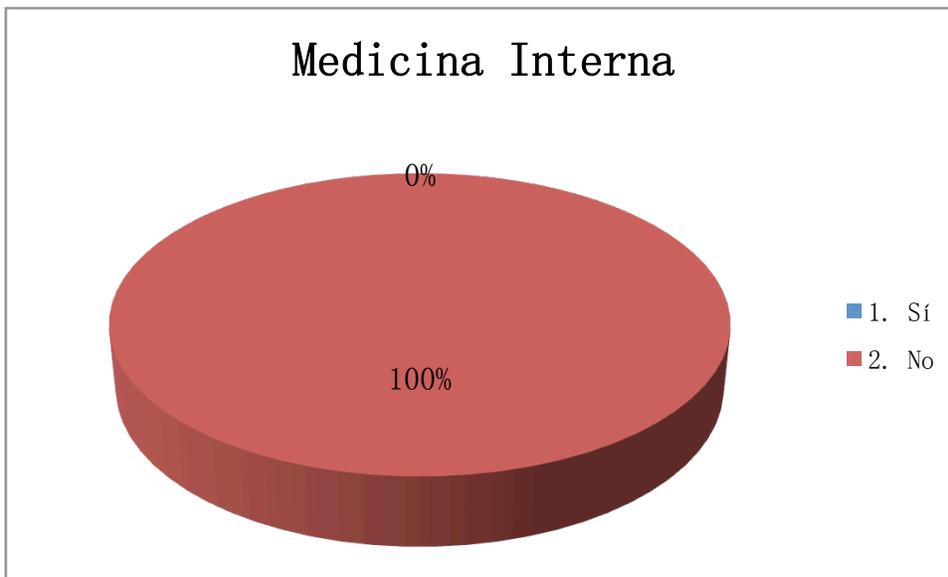
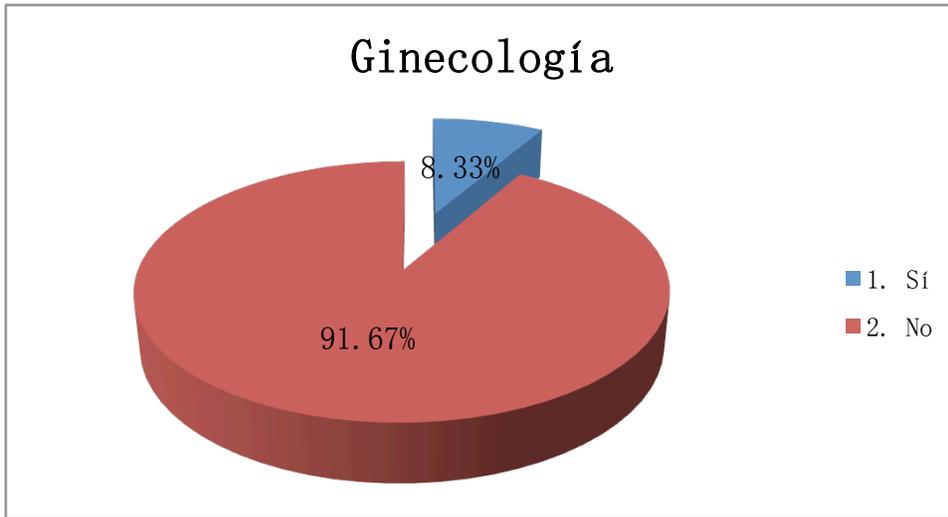




7. Posee Contrarreferencia

Como se observa en el siguiente gráfico, la contrarreferencia es raquítico, solamente el 3% de los pacientes cuenta con contrarreferencia, en el caso del servicio de medicina interna la contrarreferencia es nula.





Descripción de Casos relevantes

Caso 1.

La Sra. FSE, de 45 años de edad, ama de casa, cuenta con seguro popular, originaria de Satemayé, Guanajuato. Ella refiere que hace 20 años fue atendida

en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital Dr. Manuel Gea González por embarazo no complicado, y le agradó mucho el servicio del hospital, así como la atención del personal.

Hace 6 meses, su hija la más pequeña, de 16 años de edad empezó con un dolor abdominal intenso que no se mejoraba con la toma de analgésicos comunes, por lo que ella teniendo la buena experiencia en el servicio de gineco-obstetricia desde hace 20 años, decide traer su hija desde su pueblo natal al mismo servicio donde ella se atendió.

Su hija ingresó al servicio de urgencia de forma inmediata y fue diagnosticada de quiste ovárico bilateral, y el médico que les atendió las envió al servicio de consulta externa de gineco-obstetricia. La Sra. FSE y su hija regresaron al día siguiente al hospital para obtener cita médica en el servicio mencionado, y 15 días después fue su primera consulta en el servicio de gineco-obstetricia y empezó su hija con el tratamiento médico.

Afortunadamente, 3 meses después del tratamiento hormonal ambulatorio, un ultrasonido pélvico demostró que la hija de la Sra. FSE ya no tiene quistes ováricos, sin embargo, cada dos meses la Sra. FSE y su hija vienen a la revisión en el servicio de gineco-obstetricia del hospital.

Caso 2.

El Sr. JJD, de 56 años de edad, obrero, cuenta con servicio de IMSS, originario de la delegación Iztapalapa del Distrito Federal. El es diagnosticado de Hipertensión Arterial Sistémica desde hace un año, y toma el tratamiento antihipertensivo en forma regular.

Hace un año vino a asistir un casamiento de un hijo de un primo que vive en la delegación Milpa Alta, en el cual entre comidas, copas y bailes, y mucha emoción de ver a su ahijado quien se va a casar, empezó a tener cefalea intensa, disnea de medianos esfuerzos, mareos, acúfenos bilaterales, por lo que su primo decide por cercanía llevarlo al Hospital Dr. Manuel Gea González, en donde fue recibido en el servicio de urgencias, y fue diagnosticado como Crisis Hipertensivo, por lo que los médicos deciden estabilizarlo en dicho servicio.

Un día después es traslado al servicio de hospitalización de medicina interna con la finalidad de seguir manejando su presión alta persistente. Tres días posteriores fue dado de alta con la receta de los medicamentos antihipertensivos, y desde entonces visita al servicio de consulta externa de medicina interna de dicho hospital cada mes para su manejo de hipertensión arterial sistémica, el cual con la toma regular de los medicamento su presión está dentro de la normalidad.

Caso 3.

El Sr. GQA, de 36 años de edad, carpintero, no cuenta con ningún tipo de servicio médico, originario de Xochimilco.

Hace aproximadamente 4 meses, el Sr. GQA junto con su ayudante cargó un paquete de madera de pino que pesaba como 200 kg, y por las prisas de descargar el material, no utilizó la faja. Una semana después notó una masa en la región inguinal izquierdo, inicialmente de un tamaño de una uva sin dolor, por lo que no hizo gran caso. Sin embargo, el tamaño del bulto fue en aumento, un mes después ya se notó el tamaño de un limón con dolor leve al caminar o hacer

esfuerzos, por lo que decide acudir al Centro de Salud cercano a su domicilio.

Después de la revisión médica, el doctor le comentó que tiene el diagnóstico de hernia inguinal izquierdo, y que es necesario referirlo al hospital de segundo nivel que de acuerdo a la localización, corresponde al Hospital Dr. Manuel Gea González para su tratamiento adecuado que es la cirugía. Así mismo el doctor del centro de salud también mandó a realizar en el mismo establecimiento los estudios de laboratorio preoperatorios con la finalidad de ser atendidos con prontitud en dicho hospital a solicitud del Sr. GQA, ya que usando sus propias palabras “si no trabajo un día, no como en ese día”.

Una semana después el Sr. GQA, llegó al Hospital Dr. Manuel Gea González con la hoja de referencia junto con los estudios preoperatorios, con la esperanza de que tal vez en una semana ya podría ser operado y volver a sus actividades laborales. Sin embargo, la cita para poder ser evaluado en el servicio de cirugía general fue hasta 3 meses después, y para su sorpresa, tuvo que repetir los estudios preoperatorios, ya que los médicos de dicho servicio le comentaron que ya no es válido su estudio por un parte, y por otra parte no confiaban los resultados que tenía el estudio. Hoy el Sr. GQA ya se hizo nuevamente su estudio preoperatorio y está en la espera de su turno para ser programado para la cirugía, mientras que su “bolita” ya está en tamaño de una naranja, y por la misma razón, su jornada laboral ha bajado a la mitad.

Caso 4.

Niña ETC de 2 años de edad, originaria de Tlalpan, no cuenta con ninguna afiliación de seguridad social.

La niña ETC es producto de un tercer embarazo por cesárea por tener doble circular de cordón umbilical, pesó 2.9 kg al nacer, con APGAR de 8/8. La madre refiere que durante el embarazo había tenido control prenatal en su centro de salud, con estudios normales. Así mismo, comenta que sólo había notado que siempre había tenido la “pancita” más grande que sus embarazos previos.

A partir de un año de edad, la abuela materna quien tenía la responsabilidad de cuidar a la niña ETC notó que ella no tenía buena apetito, así como se le hinchaban las piernas, por lo que comentó a los padres de la niña, quienes decidieron llevarla a un médico de la Farmacia Dr. Simi.

Después de un interrogatorio y exploración física, el doctor de la Farmacia Dr. Simi, les comentó que la niña probablemente tiene problemas renales, por lo que decidió hacer unos análisis de sangre y de un ultrasonido renal en los laboratorios del mismo establecimiento para confirmar el diagnóstico.

Después de un mes, los padres de la niña ETC juntaron el dinero para poder realizar los estudios que recomendó el doctor, y llevaron los resultados al doctor de la Farmacia Dr. Simi, quien una vez revisando el estudio, les explicó que la niña solamente le funcionaba un riñón, y que el otro riñón está llena de “bolitas”, por lo que trae como consecuencia la insuficiencia renal, que explicaba la falta de apetito y los hinchazones que tiene la niña. Asimismo, el doctor de la Farmacia Dr. Simi les comentó que el tratamiento para tal enfermedad es caro, por lo que les sugirió ir a una institución pública como el Hospital Dr. Manuel Gea González.

Con la sugerencia del doctor de la Farmacia Dr. Simi, los padres de la niña ETC

llevaron todos los estudios realizados vinieron al hospital Dr. Manuel Gea González. Después de un mes finalmente la niña ETC tuvo su primera cita en el servicio de pediatría, en donde la doctora les solicitó nuevamente un ultrasonido renal así como estudios de sangre. Hoy, la niña ETC viene cada tres meses al hospital para ser revisado por el servicio de pediatría, según su madre le han dicho los doctores que su niña tiene problemas renales de nacimiento y que no hay ningún medicamento, sólo la revisión periódica y dieta, así como en un futuro podría ser candidata de una diálisis. Ahora la madre de la niña ETC quiere llevarla a Instituto Nacional de Pediatría, porque según sus vecinas, allá es un mejor hospital y sí hay un tratamiento bueno para su niña.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

Accesibilidad: El hospital elegido para la referencia de acuerdo a su capacidad resolutive debe ser el más cercano y accesible a través de vías de comunicación convencionales.

De acuerdo al estudio que se ha realizado refleja que a pesar de que la mayoría de los pacientes referidos (78.74%) proviene de las delegaciones que corresponde al hospital, tales como la delegación Álvaro Obregón(2.08%), delegación Coyoacán (5.83%), delegación Magdalena Contreras (0.42%), delegación Tlalpan (45.83%), delegación Xochimilco (24.58%), sin embargo, casi una cuarta parte de los pacientes referidos provienen de otras delegaciones del Distrito Federal, principalmente Iztapalapa, incluso de otros estados de la República.

Oportunidad: El usuario debe ser referido en el momento y lugar adecuado, en forma correcta, con la finalidad de evitar riesgos de complicación o muerte del paciente, garantizando los derechos que asiste al paciente de recibir atención de calidad y oportuna. Sin embargo, existe un tiempo prolongado de ser paciente referido y en tener la primera consulta, esta condición evidentemente afecta la oportunidad de la atención médica.

El estudio resalta que una tercera parte de los pacientes son atendidos en el servicio que fueron referidos es entre 31 a 60 días, dicho periodo deja mucho de qué hablar sobre la oportunidad de la atención médica para esos pacientes.

Eficiencia: la existencia de un sistema de referencia y contrarreferencia es para

garantizar la óptima utilización de los recursos tanto económicos como humanos, sin embargo, el estudio refleja que el 5% de los pacientes que fueron referidos cuentan con otros servicios de seguridad sociales (derechohabientes de IMSS e ISSSTE), situación obvia que afecta la eficiencia de los servicios de la salud.

Servicios paraclínicos. Existe una gran desconfianza de los médicos de segundo nivel hacia los estudios de laboratorio que realizan el primer nivel de atención, resultando un gasto extra de los pacientes referidos y la prolongación innecesario de las citas médicas en el segundo nivel de atención, factores que obstaculizan uno de los objetivos del sistema de referencia y contrarreferencia que es el uso óptimo de los recursos tanto materiales como humanos.

Referencia. La falta de información y/o capacitación sobre el sistema de referencia y contrarreferencia por parte de los profesionales de salud, principalmente los médicos, hace que hay una falla del envío de los pacientes con patologías más complejas hacia tercer nivel de atención, hecho que satura el hospital de segundo nivel de atención médica.

Contrarreferencia. La inadecuada calidad y cantidad de información al usuario y la desconfianza en el criterio de tratamiento de los médicos de segundo nivel hacia sus pares de primer nivel, hace que los profesionales eviten retornar al usuario al primer nivel de atención para controles de salud más sencillos, así se produce una falta de contrarreferencia, aunando la falla de referencia hacia hospitales de tercer nivel de atención, satura aún más los servicios de segundo nivel de atención médica.

El estudio revela que sólo el 3% de los pacientes cuentan con contrarreferencia,

eso trae como consecuencia la saturación de los servicios del hospital de referencia (segundo nivel de atención), y que se genere una falta de disponibilidad de citas para casos nuevos y más complejos, y esto explica el tiempo de espera de los pacientes nuevos referidos sean entre uno o dos meses.

Expediente clínico. En el caso de los pacientes que son referidos al hospital, la mayoría son remitidos por el centro de salud 68.24%, y que por Ley debe llevar consigo la hoja de referencia, sin embargo, los pacientes refieren que los médicos de contacto del hospital hacen caso omiso de la hoja de referencia, por lo que esas mismas son devueltas a los pacientes o en la mayoría de los casos terminados en la basura. Caso que se puede constatar que durante la revisión de los expedientes no existe la hoja de referencia.

CONCLUSIONES

Como la mayoría de los países en América Latina, México dispone formalmente de un sistema de referencia y contrarreferencia dentro de su sistema de salud con la finalidad de gestionar la demanda por servicios de salud dentro de una red de proveedores divididos en distintos niveles de complejidad.

Sin embargo, dicha sistema en realidad, no funciona correctamente la parte de la referencia, y en cuando a la contrarreferencia su existencia es prácticamente nula.

Por lo tanto, una intervención más efectiva por parte de las autoridades sanitarias es importante:

- ✓ Actualizar el sistema de referencia y contrarreferencia, utilizando expedientes electrónicas.
- ✓ Formar un equipo de profesionales responsable de monitorear y supervisar los procesos de referencia y contrarreferencia, con especial énfasis en la calidad de la información y la observancia a las normas y procedimientos.
- ✓ Impartir cursos y/o talleres sobre los procedimientos de un buen funcionamiento del sistema de referencia y contrarreferencia para los profesionales de la salud, médicos, enfermeras y personal administrativo.
- ✓ Crear mecanismos de evaluación periódicas, a partir de los resultados de éstos pueden emanar propuestas de mejoramiento y de ajuste.

Asimismo resulta importante el involucramiento de los usuarios de los servicios de salud, quienes apoyan el sistema exigiendo que se cumplan los protocolos de

atención para el sistema de referencia y contrarreferencia. Dichos objetivos puede ser cumplidos a través de la colocación de los folletos referente al sistema de referencia y contrarreferencia e incluso módulos de información.

En conclusión, la correcta estructuración y operación de un sistema de referencia y contrarreferencia no solamente garantizar una atención médica integral, oportuna y de optimización de recursos, sino también favorece la universalización de la salud que está encaminado México.

BIBLIOGRAFÍA

- A.L. Cochrane. Effectiveness and efficiency, Random reflections on health services. The Nuffield Provincial Hospitals Trust, 1972.
- Aguirre-Gas Héctor, Administración de la calidad de la atención médica, Rev Med IMSS (Mex) 1997;35(4): 257-264.
- Álvarez-Navarro P, Díaz-López L. Referencia y contrarreferencia. Acta Pediatr Mex 2004; 25(5):326-7.
- Arredondo A, Orozco E. Effects of healths decentralization, financing and governance in Mexico. Rev Saúde Pública 2006; 40(1):152-60.
- Dávila E, Guijarro M. Evolución y reformación del sistema de salud en México, División de Comercio Internacional y Financiamiento para el Desarrollo, CEPAL, 2000.
- Department of Health. The Nacional Health Service: a service with ambitions. London: Stationary office, 1996b.
- Djukanovic V y Mach E , eds., Alternative approaches to meeting basic health needs of populations in developing countries: a Joint UNICEF/WHO study (Geneva: WHO, 1975), p. 110.
- Donadebian A. The quality of care. How can it be assessed? JAMA 1988;260:1743.
- Duran-Arenas L, López-Cervantes M, Gómez-Dantés O, y Sosa-Rubí S. The Unbearable homogeneity of reform: The mexican health care system reform. En: Health Care Reform Around the World. Auburn House, Westport USA, 2002.
- European Observatory on Health Care Systems. Health Care Systems in Transition: United Kingdom. WHO 1999.
- Gaio-Fratini JR. Avaliação de um programa de referência e contra-referência saúde. Universidade Do Vale Do Itajaí, 2007.

- García Serven J. Organización estructural y funcional de un establecimiento de salud. Sistema de referencia-contrarreferencia de pacientes. obtenido de: <http://www.garciaserven.blogspot.com/>, sept, 2007.
- García-Peña C, Muñoz O, Duran-Arenas L, Vázquez F. La medicina familiar en los albores del siglo XXI. IMSS, México, 2006.
- Hernández-Walter I. Aporte de la epidemiología al trabajo rector de los niveles locales de salud. Rev. Costarric, salud pública v.7, n.13 San José dic. 1998.
- Hospital General “Dr. Manuel Gea González”. Informe Anual 2011.
- I.R. Grant, A.J. Bellingham. Design of a patient index file with cross-reference diagnostic facilities. Journal of Microcomputer Applications. Volume 7, Issues 3–4, July–October 1984, Pages 389–390
- Informe Dawson. El futuro de los servicios médicos y afines. H.M. Stationary Office, Londres. 1920.
- Mahler H. “WHO mission revisited: Address in presenting his report for 1974 to the 28th World Health Assembly, 15 May 1975, “ 10, Mahler Speeches/Lectures, Box 1, WHO Library, Geneva.
- Mahler H. World Health is indivisible: Address to the Thirty-first World Elath assembly (Geneva:WHO, 1978), 4.
- Marchildon G. Health Systems in Transition: Canada. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2005.
- Maya Mejía JM. Capítulo 2, Sistemas de servicios de salud. En: Fundamentos de salud pública tomo II. Administración de la salud pública., 1ª edición. Editores: Blanco Restrepo H. & Maya Mejía JM.

Medellín, 2003.

- McGlynn, E.A., Asch, S.M., Adams, J. et al. The quality of health care delivered to adults in the United States. *N Engl J Med.*, 2003, 348: 2635–45.
- Narro-Robles J, Cordera-Campos R, Lomelí-Vanegas L. Hacia la universalización de la salud. Documento del Simposio “Hacia la Universalización de la Salud y la Seguridad Social”.
- Nolte E, McKee M, Knal C. Managing chronic conditions: an introduction to the experience in eight countries. En: *Managing chronic conditions: Experience in eight countries*. European Observatory on Health Systems and policies. WHO 2008a.
- Nolte E, McKee M. Caring for people with chronic conditions: an introduction. En: *Caring for people with chronic conditions*. European Observatory on Health Systems and policies. WHO 2008b.
- OCDE. Estudios de la OCDE sobre los sistemas de salud. Organización para la cooperación y el desarrollo económicos. Paris 2005.
- Pardo L, Zabala C, Gutiérrez S, Pasorini J, Ramírez Y, Otero S, Gil V, Juchnewcz A. Sistema de referencia-contrarreferencia en pediatría. *Rev Med Urug* 2008; 24:69-82.
- Platt A. *Infecting Ourselves: How Environmental and Social Disruptions Trigger Disease*, Worldwatch Institute, April 1996, p. 26.
- Rosas-Carrasco O, Rivera-Benítez César, Estéves-Jiménez J. Análisis de los pacientes referidos al servicio de urgencias entre julio y octubre del 2001. *MedIntMex* 2002; 18(6):278-82.
- Sansó-Soberats FJ. La referencia y la contrarreferencia como expresión de la interrelación policlínico-hospital”. *Rev Cubana Med*

Gen Integr 3/2002.

- Sansó-Soberats FJ. Propuesta de modelo de referencia y contrarreferencia en el sistema de salud cubano. Rev Cubana Med Gen Integr 1999;15(6):613-20.
- Secretaría de Salud. Dirección General de Información y Evaluación del Desempeño. Lineamientos para la Referencia y Contrarreferencia de pacientes Pediátricos de población abierta de la ciudad de México y área Conurbada del Estado de México. México: Secretaría de Salud, 2003. 40 p.
- Seddon, M.E., Marshall, M.N., Campbell, S.M. and Roland, M.O. Systematic review of studies of quality of clinical care in general practice in the UK, Australia and New Zealand, Qual Health Care. 2001, 10: 152–8.
- Soto Estrada G. y Cols. “Rasgos Generales del Sistema de Salud en México. PP 119-136. En González Guzmán R., Moreno Altamirano L. Castro Albarrán J. M. La salud Pública y el trabajo en comunidad. México, Mc Graw-Hill. 2010.
- Tapia-Cruz JA. Objetivos del sistema de salud en México: importancia para la población y sus determinantes. Salud Pública Mex 2006;48:113-126.
- Tapia-Cruz José Antonio. Objetivos del sistema de salud en México: importancia para la población y sus determinantes. Salud pública Méx 2006 Abr ; 48(2): 113-126.
- Terrazas-Uria, María Luz, Red de servicios referencia y contra referencia, Archivo del Hospital La Paz, Vol. 5 No.2 Julio-Diciembre 2007.
- The Declaration of Alma Ata, September 12, 1978. International

conference on primary health care jointly sponsored by WHO and UNICEF.

- Vogt Thomas M, Aikin M, Ahmed F, Schmidt M. Technology to improve quality assessment. *HRS: Health Service Research* 39:3, June 2004.
- Werner D y Sanders D. Questioning the solution: the politics of primary health care and Child survival. *Health Wrights. USA 2000*, p. 206.
- Werner D. *The Life and Death of Primary Health Care, or, The McDonaldization of Alma Ata*. 1993. Available from Health Wrights, 964 Hamilton Ave, Palo Alto, CA94301, USA. Talk given to Medical Aid for the Third World. Reprinted in *Third World Resurgence*.
- White K, Williams F, Greenberg B. The ecology of medical care. *N Eng J Med*. 1961, 265(18): 885-892.