

EL METODO DE SECTORIZACION DE LAS ACCIONES DE PRIMERA LINEA EN SALUD

Cuad. Méd. Soc. XXXVIII, 3, 1997/ 13-19

Dr. Carlos Montoya A.*

SUMMARY

The sectorization of work in primary health care clinics is necessary in order to attain a fact-to-face relationship between the health team and the users. It facilitates access, continuity, responsibility, acquaintance, participation and well-informed freedom of choice. As a result, effectiveness, quality and efficiency of care are enhanced.

Application of this technique requires sufficient staffing and space, as well as an appropriate geographic design.

Key words: Sectorization, organization of primary health care.

RESUMEN

La sectorización del trabajo de los Consultorios es indispensable para producir una relación cara a cara entre el equipo de salud y los usuarios, generando accesibilidad, continuidad, responsabilidad, conocimiento, participación, libertad de elección informada y logrando así aumentar la afectividad, la calidad y la eficiencia de las acciones.

Requiere de una suficiente dotación de recursos humanos y físicos y de un diseño geográfico adecuado.

Palabras clave: Sectorización, organización de la atención primaria.

INTRODUCCION

La sectorización es un aspecto de la organización de la atención directa a la salud de la gente. Esta forma de gestión local —junto con otras herramientas, como la programación, el automonitoreo, la reunión semanal de equipo, la citación diferida, la ficha familiar, el tarjetero de familias en riesgo— fue desarrollada en Chile por los equipos de salud de los Consultorios del Servicio Nacio-

nal de Salud y de las Cátedras de Medicina Preventiva, de Salud Materno Infantil y de Pediatría, y las Escuelas de Enfermería de las Universidades de Chile y de Concepción.

A) **La sectorización, en salud pública, es una forma de organización dirigida a optimizar la relación entre el equipo de salud y los usuarios** y, por ende, asegurar la calidad de las acciones, la efectividad y la eficiencia. Al aplicar este método, se percibe cómo él contribuye a replantearse y a

* Profesor titular de Salud Pública, Universidad de Chile.

resolver los problemas emanados de la necesidad de la población. Al acercar la atención a las personas, en cada tiempo y lugar, la sectorización hace un mejor uso de la epidemiología y de la clínica, y reduce las consecuencias negativas de una gestión y de una normalización excesivamente centralizada.

B) Un principio general de organización en salud pública se refiere a la necesidad de trabajar con territorios y poblaciones definidas, el número, tamaño y localización de los establecimientos se decide según el criterio de **accesibilidad**. Las exigencias de accesibilidad son mayores mientras más frecuente es la utilización de los servicios. En el caso de la atención de primera línea (centros de salud, consultorios generales, postas) se acepta que nadie debe vivir a más de 20 a 25 minutos de trayecto desde el establecimiento, usando formas de locomoción habituales: a pie, en los barrios urbanos; en omnibus u otro medio, en las áreas rurales. En territorio urbano esto significa una distancia máxima de 14 cuadras; ello se logra si el Consultorio se halla en el centro de un cuadrilátero de 15 cuadras por lado. (Figura 1). Suponiendo una densidad media de 178 habitantes por hectárea (o manzana), que no está lejos de la realidad en alguna de nuestras comunas, dicho cuadrilátero ("distrito de consultorio") con sus 225 hectáreas tendrá una población de 40.000 habitantes. Suele suceder que la densidad sea menor, o que el establecimiento no se halle en el centro geométrico del área; en tales casos, la población asignada al consultorio debe ser de menos de 40.000 habitantes. La edificación de viviendas en altura hace aumentar la densidad; si ésta llega a ser, por ejemplo, de 300 habitantes por hectárea, un consultorio quedaría accesible para 67.500 habitantes. En cambio, en área rural, el requisito de accesibilidad puede dictar que haya una Posta por mil personas o menos.

C) Pero una cosa es la accesibilidad geográfica y otra es la **cobertura con los servicios necesarios**. Esta depende del personal, equipos e insumos que hay en el establecimiento, en forma

continua y estable. Una cosa es tener un edificio de consultorio perfectamente accesible para 40.000 hbs. y otra es que trabajen ahí 4 médicos o 10 médicos (equivalentes de jornada completa: e.j.c.), 2 enfermeras o 5 enfermeras, etc. Las dotaciones insuficientes de personal y otros recursos provocan rechazos, abandonos, coberturas bajo la norma. En tal caso hay accesibilidad geográfica; pero hay barreras por subdotación de recursos. Este tipo de deficiencia afecta en primer lugar a la calidad y a las funciones de promoción y prevención.

D) Los requisitos del modelo de atención (ver la Guía respectiva) **no son sólo cuantitativos**. Debe optimizarse la pertinencia de las acciones, su calidad, efectividad y eficiencia. Un consultorio urbano, si está bien dotado, tiene 60 ó 70 profesionales y técnicos, cuya relación con 40 mil usuarios y con su ambiente puede fácilmente ser imperfecta: discontinua, poco personalizada y por consiguiente poco comprometida. Esto ocurre si no hay sectorización. La situación será aun menos ideal si la densidad de población y el número de ejecutores son mayores.

E) **La solución reside en la acción sectorizada**. La sectorización consiste en subdividir el territorio y la población asignada a un establecimiento en partes claramente delimitadas en el mapa y que sean atendidas, cada una, por un equipo multidisciplinario estable y suficiente.

¿Cuál debe ser el tamaño de un sector?

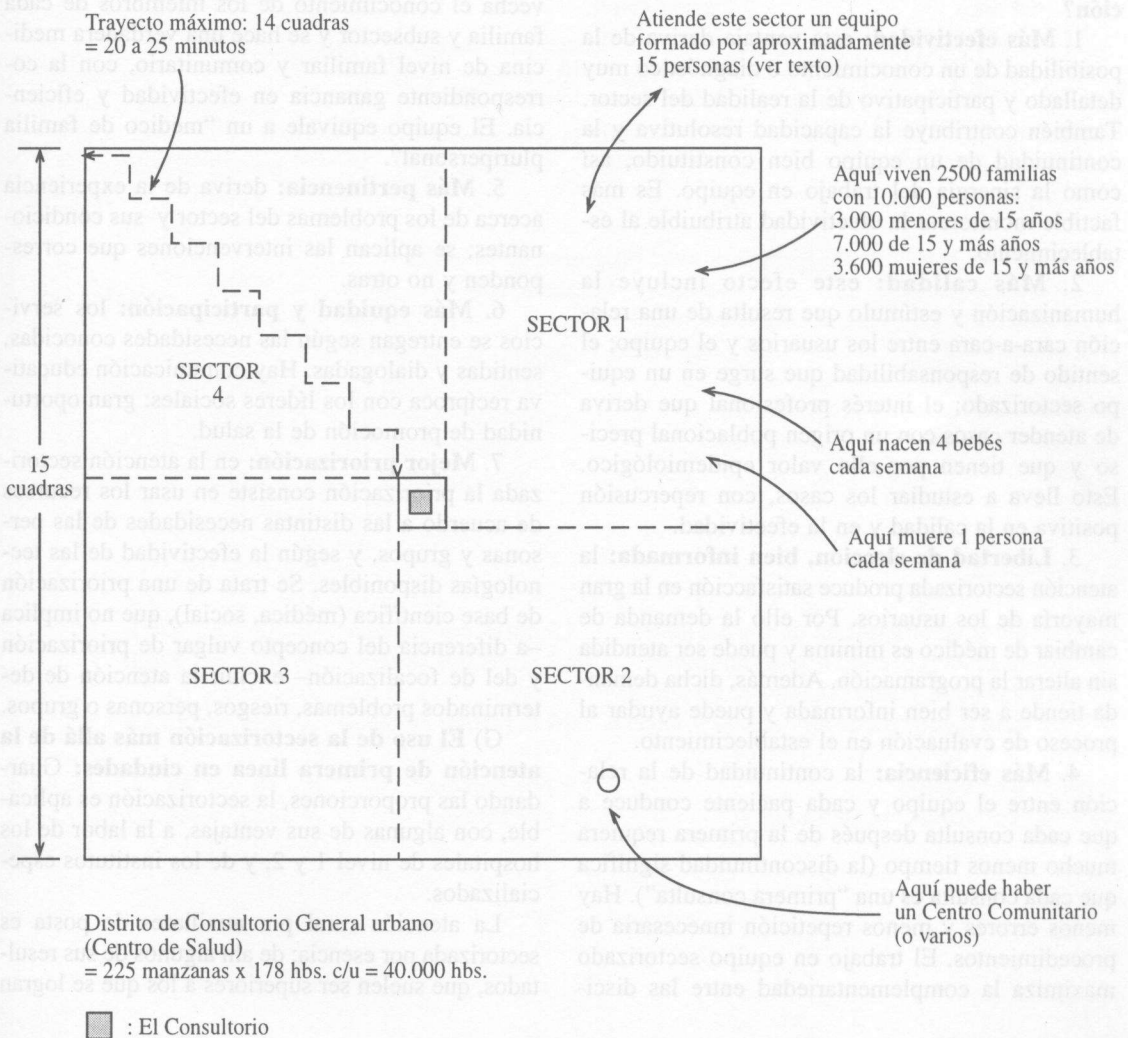
Respuesta: su población debe ser tal que pueda establecer con el equipo que la atiende una relación cara a cara, personalizada y continua; y el equipo de sector debe incluir todas las capacidades requeridas para resolver y prevenir los problemas de salud a un nivel de complejidad técnica secundario, en condición ambulatoria y domiciliaria. La experiencia indica que estas condiciones se dan cuando el sector tiene alrededor de 10 mil hbs. Las necesidades de esta población, estimadas a base de los estudios existentes (ver Anexo), llevan a proponer la siguiente **composición –aproximada– de un equipo de sector:**

Horas diarias

Médico general de niños	8	(a dividir entre dos médicos, con 4 horas cada uno, que completarán su jornada en el hospital respectivo).
Médico general de adultos	8	(idem)
Médico obstetra-ginecólogo	4	
Psiquiatra o Psicólogo	2 a 4	
Odontólogo	8	
Enfermera universitaria	8	
Matrona	8	
Asistente social	8	
Nutricionista	2	(significa 8 horas para el consultorio).
Kinesiólogo	2	(idem)
Tecnólogo médico	2	(idem)
Técnicos paramédicos	56	(incluye auxiliar dental y de laboratorio)
Administrativos	4	
<hr/>		
Total aproximado	15	jornadas

FIGURA 1

Sectorización de la primera línea de acciones de salud



La distribución del espacio físico debe ser tal que permita la concentración de cada equipo del sector en un área relativamente diferenciada dentro del Consultorio. El fichero del sector deberá ser manejado por el equipo respectivo.

El mapa del sector, reproducido en múltiples

copia, constituye una herramienta indispensable de planificación, en manos de cada miembro del equipo.

Para tener una apreciación de conjunto del personal necesario, se agrega una propuesta de la dotación para funciones comunes del Consultorio.

Horas diarias

Director-epidemiólogo	4	(es deseable que en otra parte de su jornada se desempeñe como clínico de un sector)
Enfermera coordinadora	4 a 8	
Técnicos paramédicos	16	
Administrativos	24	
Choferes	16	(incluye mantenimiento)
Auxiliares de servicio	32	
<hr/>		
Total aproximado	12 a 13	jornadas

F) ¿Cuáles son las ventajas de la sectorización?

1. **Más efectividad:** esta ventaja deriva de la posibilidad de un conocimiento o diagnóstico muy detallado y participativo de la realidad del sector. También contribuye la capacidad resolutoria y la continuidad de un equipo bien constituido, así como la sinergia del trabajo en equipo. Es más factible monitorear la efectividad atribuible al establecimiento.

2. **Más calidad:** este efecto incluye la humanización y estímulo que resulta de una relación cara-a-cara entre los usuarios y el equipo; el sentido de responsabilidad que surge en un equipo sectorizado; el interés profesional que deriva de atender casos con un origen poblacional preciso y que tienen por ello valor epidemiológico. Esto lleva a estudiar los casos, con repercusión positiva en la calidad y en la efectividad.

3. **Libertad de elección, bien informada:** la atención sectorizada produce satisfacción en la gran mayoría de los usuarios. Por ello la demanda de cambiar de médico es mínima y puede ser atendida sin alterar la programación. Además, dicha demanda tiende a ser bien informada y puede ayudar al proceso de evaluación en el establecimiento.

4. **Más eficiencia:** la continuidad de la relación entre el equipo y cada paciente conduce a que cada consulta después de la primera requiera mucho menos tiempo (la discontinuidad significa que cada consulta es una "primera consulta"). Hay menos errores y menos repetición innecesaria de procedimientos. El trabajo en equipo sectorizado maximiza la complementariedad entre las disci-

plinias: cada uno hace lo que sabe hacer. Se aprovecha el conocimiento de los miembros de cada familia y subsector y se hace una verdadera medicina de nivel familiar y comunitario, con la correspondiente ganancia en efectividad y eficiencia. El equipo equivale a un "médico de familia pluripersonal".

5. **Más pertinencia:** deriva de la experiencia acerca de los problemas del sector y sus condicionantes; se aplican las intervenciones que corresponden y no otras.

6. **Más equidad y participación:** los servicios se entregan según las necesidades conocidas, sentidas y dialogadas. Hay comunicación educativa recíproca con los líderes sociales: gran oportunidad de promoción de la salud.

7. **Mejor priorización:** en la atención sectorizada la priorización consiste en usar los recursos de acuerdo a las distintas necesidades de las personas y grupos, y según la efectividad de las tecnologías disponibles. Se trata de una priorización de base científica (médica, social), que no implica —a diferencia del concepto vulgar de priorización y del de focalización— excluir la atención de determinados problemas, riesgos, personas o grupos.

G) **El uso de la sectorización más allá de la atención de primera línea en ciudades:** Guardando las proporciones, la sectorización es aplicable, con algunas de sus ventajas, a la labor de los hospitales de nivel 1 y 2, y de los institutos especializados.

La atención rural por auxiliares de posta es sectorizada por esencia: de ahí algunos de sus resultados, que suelen ser superiores a los que se logran

en las ciudades, en la proximidad inmediata de consultorios y hospitales. En cierto modo, la sectorización es la ruralización de la atención urbana.

H) **La limitación de recursos:** Sin duda, la sectorización, tal como ha sido descrita, requiere de una dotación adecuada de recursos en la primera línea, aunque no mayor que la que demandaría cualquiera otra forma de organización que tuviera por objetivo brindar una atención suficiente. Tal dotación es perfectamente factible en el Chile actual, al aplicar aquellas políticas de salud que apuntan a fortalecer la atención de primera línea y el sector público, y usar las mejores herramientas de gestión.

Mientras se espera la realización plena de tales políticas, algunos equipos locales —Comunas

de Cerrillos, Lota, Paillaco, Cauquenes, Curanilahue, por ejemplo— han ensayado los principios de la sectorización haciendo el uso más racional de los recursos disponibles. Tres ejemplos de adaptación:

- elegir uno o dos sectores de 10 mil habitantes —los más necesitados— y aplicar en ellos la sectorización;
- elegir microsectores, de mil o dos mil habitantes, con especiales problemas, y asignarles miembros del equipo que les atiendan con continuidad y con intervenciones “a la medida”.
- sectorizar a las categorías de personal que existen en cantidad suficiente: técnicos paramédicos, enfermeras, matronas, nutricionistas, médicos generales de niños, u otros.

ANEXO

Algunos ejemplos de necesidades y uso del tiempo profesional, aplicados al cálculo de la dotación de personal en Consultorios generales (Centro de Salud). Cifras para un sector de 10 mil hbs.

1. Médicos

1.1 Población menor de 15 años (necesidades promedio): infantil y adolescente menor.

R. Nac. y Lact. menores de 1 año: 4 cons. anuales	x	200	=	800	
1 hasta 2 años menores de 3 años: 4 cons. anuales	x	200	=	600	
2 a 5 años menores de 2 años: 4 cons. anuales	x	800	=	1600	
6 a 14 años menores de 1,5 años: 4 cons. anuales	x	1800	=	2700	
0 a 14 años menores 1,6 años: 4 cons. anuales	x	3000	=	5700	: 4 = 1.425 h
Una de c/4 familias con niños: 1 visita domiciliaria anual	x	400	=	400	: 1 = 400 h
Reuniones de equipo: 1 por semana	x	48	=	48	: 1 = 48 h
Acciones de promoción: 1 por semana	x	48	=	48	: 1 = 48 h
				Total	1.921 h

1 jornada o su equivalente = (240 días x 8 horas) = 1.020 horas en el año

1.2 Población de 15 años y más : adolescentes mayores y adultos.

15-24 años	: 1 cons. anual	x	1500	=	1500	
25-44 años	: 0,5 cons. anual	x	2800	=	1400	
45-64 años	: 1 cons. anual	x	2050	=	2050	
65 y más años	: 3 cons. anual	x	650	=	1950	
15 y más años	: 0,99 cons. anual	x	7000	=	6900	: 4 = 1.725 h
Una de c/18 familias sin niños	: 1 visita domiciliaria al año	x	50	=	50	: 1 = 50 h
Reuniones de equipo: 1 por semana		x	48	=	48	: 1 = 48 h
Acciones de promoción: 1 por semana		x	48	=	48	: 0,5 = 96 h
				Total	1.919 h	

1.3 Población femenina de 15 años y más: programa de la mujer

Atención prenatal	: 4 consultas por embarazada	x	200	=	800	
Paternidad responsable	: 1 cons. anual	x	2000	=	2000	
Ginecología	: 0,5 cons. anual	x	2700	=	1.350	
				4.150	: 5 = 830 h	
Reuniones de equipo: 1 por semana		x	48	=	48	: 1 = 48 h
Acciones de promoción: 1 por semana		x	48	=	48	: 0,5 = 96 h
				Total	974 h	

2. Enfermera

Cuidados de enfermería de los pacientes	: 12 horas por semana	x	48	=	576 h
Técnicas de prevención y seguimiento	: 12 horas por semana	x	48	=	576 h
Organización y supervisión del trabajo de los técn. paramédicos en clínicas y terreno	: 14 horas por semana	x	48	=	672 h
Reuniones de equipo	: 1 por semana	x	48	=	48 : 1 = 48 h
Acciones de promoción (monitores)	: 1 por semana	x	48	=	48 : 0,5 = 96 h
				Total	1.958 h

3. Matrona

Atención prenatal	: 4 consultas por embarazada	x	200	=	800	: 5 =	160 h
Paternidad responsable	: 1.8 consultas	x	2000	=	3600	: 5 =	720 h
Ginecología (incluye prevención de Ca)	: 1 consultas	x	2700	=	2700	: 5 =	540 h
Visitas domiciliarias	: 1.5 visitas	x	200	=	300	: 1 =	300 h
Reuniones de equipo	: 1 por semana	x	48	=	48	: 1 =	48 h
Acciones de promoción	: 1 por semana	x	48	=	48	: 0,5 =	96 h
Reuniones en Maternidad	: 1 por quincena	x	24	=	24	: 0,5 =	48 h
Total							1.912 h

4. Asistente Social

Consultas a personas y familias (incluye confección de ficha familiar)	: 1 consulta anual	x	2500	=	2500	: 4 =	625 h
Servicio social en grupos (promoción, monitores)	: 10 reuniones x 10 grupos			=	100	: 0,5 =	200 h
Servicio Social comunitario e intersectorial (promoción)	: 8 reuniones mensuales x 10 m			=	80	: 0,3 =	240 h
Trámites	: 10 por mes x 10 meses			=	100	: 0,3 =	300 h
Visitas domiciliarias a familias	: 0,1 por familia al año	x	2500	=	250	: 0,5 =	500 h
Reuniones de equipo	: 1 por semana	x	48	=	48	: 1 =	48 h
Total							1.913 h

5. Nutricionista

Interconsultas	: 4 horas por semana	x	48	=			192 h
Acciones por promoción	: 5 horas por semana	x	48	=			240 h
Educación de grupos	: 2 horas por semana	x	48	=			96 h
Reunión de equipo	: 1 hora por mes	x	10	=			10 h
Reunión de dirección	: 1 hora por mes	x	10	=			10 h
Total							548 h