

**ESTUDIO DE LA CAPACIDAD RESOLUTIVA
DE LA DEMANDA EN ATENCION DE MORBILIDAD
A NIVEL PRIMARIO
(AREA URBANA)**

Silvere Simeant MD, DTM&H, MPH

INTRODUCCION:

La organización de la atención médica según niveles de complejidad creciente debe partir de un análisis cuidadoso de la realidad y ser sometida a revisiones periódicas si uno quiere evitar que ocurran distorsiones, usualmente de alto costo, en el manejo global de las necesidades en atención de salud de la población (1) (2)

Una buena base para hacerlo es el estudio de los niveles de atención que se han establecido progresiva y empíricamente hasta el momento, y en particular, el estudio de la capacidad resolutive de la morbilidad que tienen actualmente esos niveles. Con ese objetivo, el autor ha desarrollado una metodología sencilla, fácilmente adaptable a todos los niveles y, antes de todo, utilizable por los Servicios de Salud sin recursos extrapresupuestarios.

Antes de ser aplicada a larga escala en una Región Sanitaria de Chile, esa metodología fue probada a nivel primario en 2 sitios pilotos simultáneamente (rural y urbano). Los resultados del estudio piloto realizado en el área urbana son presentados a continuación. Los resultados del estudio piloto realizado en el área rural serían el objeto de una comunicación ulterior(4).

ELEMENTOS CONCEPTUALES:

Demanda/Ofería en Atención de Morbilidad

La demanda en atención de morbilidad en un área cualquiera, presenta dos aspectos:

- 1) Un aspecto **cuantitativo**: el volumen de la demanda varía en el tiempo y en el espacio. Por lo tanto, la primera preocupación del ejecutivo responsable de la organización de la atención médica en un área dada, será estudiar la distribución temporal espacial de la demanda a fin de determinar la dotación en personal y la ubicación óptima de los establecimientos necesarios para satisfacer cuantitativamente esta demanda, cuando y donde quiera se produzca.
- 2) Un aspecto **cualitativo**: la estructura de la demanda varía en función del perfil nosológico de la morbilidad (cirugía, medicina, obstetricia, pedia- tría, etc.) y en función de la complejidad de cada caso (benigno/grave, sencillo/complejo). Por lo tanto, la segunda preocupación del responsable de la organización de la atención médica será el estudiar la distribución de la morbilidad (según su nosología especialidad y según su complejidad) a fin de determinar el grado de complejidad de los recursos humanos, físicos y tecnológicos, ne-

cesarios para brindar siempre (cobertura total de la población) la respuesta diagnóstico-terapéutica adecuada que requiere la demanda. (Adecuada en este contexto significa la respuesta diagnóstico-terapéutica de menor complejidad que puede resolver el caso).

Capacidad Resolutiva

Vista de este ángulo, la oferta en servicios de salud se caracteriza por lo tanto principalmente por su capacidad resolutiva de la demanda en atención de salud. Es decir que un profesional de salud, un establecimiento de salud o un nivel de atención, puede ser caracterizado por la capacidad que cada uno de ellos tiene de resolver la demanda en atención de morbilidad que le corresponde atender. Esta capacidad resolutiva supone: primero, la capacidad de absorber el número de atenciones solicitadas (Capacidad resolutiva cuantitativa), segundo, la capacidad de resolver los casos atendidos: (capacidad resolutiva cualitativa). El diagrama N°1 resume estos conceptos.

La capacidad resolutiva cuantitativa responde al aspecto cuantitativo de la demanda que hemos señalado anteriormente, y depende sobre todo de la cantidad y de la distribución de las horas de profesionales que se puede movilizar para absorber la demanda donde y cuando quiera que ocurra.

La capacidad resolutiva cualitativa responde al aspecto cualitativo de la demanda y depende de la cualidad, vale decir, la naturaleza y la complejidad, de los recursos involucrados en la prestación de servicios.

Los recursos utilizados en la prestación de una atención de morbilidad son de tres tipos: recursos humanos, servicios de apoyo al diagnóstico y recursos terapéuticos. Del grado de capacitación de los primeros, y de la tecnología empleada en los otros dos, dependerá el grado de complejidad de la prestación otorgada.

Evaluación de la Capacidad Resolutiva

Evaluar la capacidad resolutiva de un profesional de salud, de un establecimiento o de un nivel de atención, equivale a evaluar la capacidad resolutiva cuantitativa y cualitativa de ese profesional, de este establecimiento o de ese nivel de atención. La primera se evaluará por la tasa del número de pacientes atendidos sobre el número de pacientes que solicitan una atención y el criterio de medición será el número de rechazos que ocurren por parte de ese profesional, de ese establecimiento, de ese nivel (véase diagrama N°2). (a la vuelta)

Diagrama N°1:

Factores condicionantes de la Capacidad Resolutiva

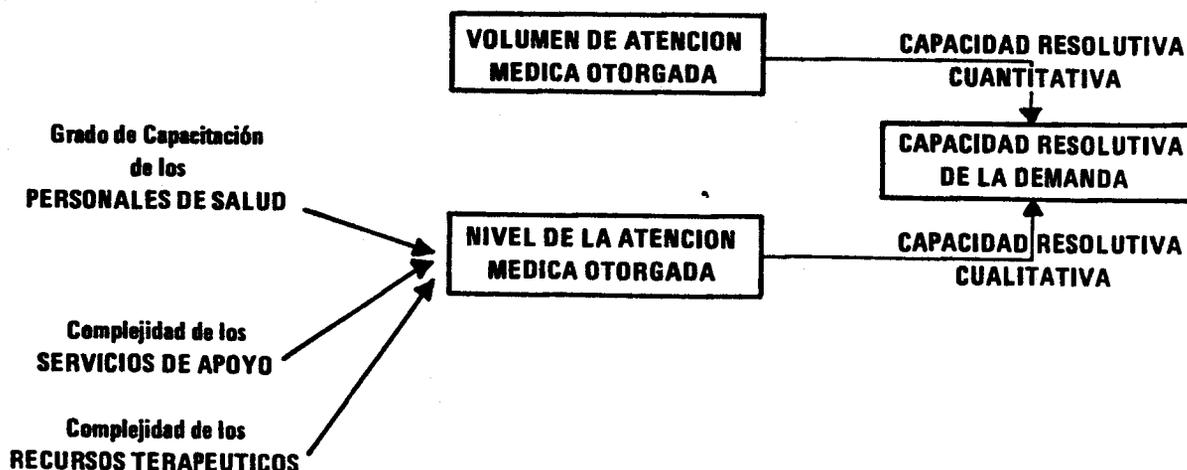


Diagrama N°2: Capacidad Resolutiva
Elementos de Evaluación:



$$\text{C.R. CUANTITATIVA} = \frac{\text{Nº DE PACIENTES ATENDIDOS}}{\text{Nº ATENDIDOS} - \text{Nº RECHAZADOS}, \text{Nº SOLICITUDES DE ATENCION}}$$

$$\text{C.R. CUALITATIVA} = \frac{\text{Nº DE CASOS RESUELTOS}}{\text{Nº DE CASOS ATENDIDOS} - \text{Nº REFERIDOS}, \text{Nº DE CASOS ATENDIDOS}}$$

La capacidad resolutiva cualitativa se evaluará por la tasa del número de casos resueltos sobre el número de casos atendidos y el criterio de medición será el número de pacientes referidos por el profesional, el establecimiento o el nivel considerado.

ENFOQUE METODOLOGICO:

La capacidad resolutiva de 3 consultorios generales urbanos y de varios tipos de profesionales ejerciendo en esos establecimientos ha sido estudiada, mediante una investigación realizada durante los meses de Julio de 1981, en el servicio de salud del Area Central de la Región Metropolitana de Santiago (Chile).

En ese Servicio de Salud la atención primaria está otorgada en 2 postas de salud rural (zona rural inmediatamente adyacente a Santiago) y en 6 consultorios generales urbanos.

La atención especializada está disponible en forma ambulatoria en un consultorio de especialidades (Consultorio N°1) en el cual están representadas todas las especialidades, salvo psiquiatría, traumatología y neurología adultos. Estas tres últimas especialidades son encontradas en los consultorios adosados a hospitales que quedan fuera del Servicio (Hospital Psiquiátrico y Hospital Traumatológico), pero fácilmente accesibles.

En fin, las necesidades de hospitalización son cubiertas dentro del Servicio por el Hospital Paula Jaraquemada (Hospital de alta complejidad) y por la

Posta Central (Hospital de Urgencia).

Los 3 consultorios del estudio (Lo Valledor Norte, Maipú y Consultorio N°5) tenían una población asignada de 195.500 h.

Se definió como rechazo toda atención de morbilidad (consulta) solicitada durante las horas hábiles que no fuera atendida el mismo día, o toda atención citada (control); que no fuera atendida el día de la cita.

Las referencias de pacientes a un nivel de complejidad superior (por ejemplo referencia por el auxiliar al médico del mismo establecimiento, o por el médico a otro establecimiento u otro nivel de atención) eran anotadas en la hoja diaria del profesional que refería al paciente.

La morbilidad referida fue estudiada de manera exhaustiva. Al contrario, la morbilidad general fue estudiada durante 10 días sacados al azar del total de 45 días hábiles que duró la recolección de los datos.

Finalmente, las atenciones otorgadas en los consultorios del área de estudio han sido divididas en 2 categorías: "Los controles" y "las consultas".

HALLAZGOS:

1. Volumen de la demanda en atención de salud y capacidad resolutiva cuantitativa.

El objetivo esencial del nivel primario es la cobertura total de la población en servicios de salud básicos y en particular ofrecer a todos los que lo

solicitan un acceso fácil a esos servicios. Veamos como el nivel primario en área urbana cumple con ese objetivo.

1.1. Controles

En los 3 consultorios del estudio, un total de 29.311 controles fueron atendidos según el desglose por profesional presentado en el cuadro 1.

Como es de esperar para estas atenciones citadas, el rechazo es mínimo y debido a la ausencia imprevista del funcionario responsable el día de la cita.

Se notará la participación importante de la enfermera, (490/o de los controles) en la otorgación de esas prestaciones a objetivos esencialmente preventivos.

En fin, la tasa de controles por habitantes y por año en esta área que tiene una población asignada de 195.500 h. había sido de 0.90, tasa que coincide notablemente con la tasa calculada por Medina (0.87) a partir de datos recogidos mediante un enfoque radicalmente diferente(3).

1.2. Demanda en Atención de Morbilidad

La demanda espontánea en atención de morbilidad a nivel primario en esa área de Santiago ha resultado en 29.727 solicitudes

de consultas, o sea 0.91 solicitudes de consulta/h/año, de las cuales 28.288 fueron atendidas, o sea 0.87 atenciones de morbilidad/h/año.

Estas tasas deben ser comparadas a las cifras de necesidades en atención de salud obtenidas por Medina(3) en una encuesta de hogares representativos del gran Santiago. El estudio reveló que las necesidades en atención de morbilidad percibidas en las familias encuestadas habían sido de 1.77 episodios de morbilidad por habitantes y por año, los cuales habían resultado en 1.71 atenciones de salud/h/año, 0.98 de ellas proporcionadas por el Sistema Nacional de Salud. Se notará la congruencia de nuestra tasa de 0.87 consultas de atención **primaria** /h/año con esa de 0.96 consultas/h/año que, además de consultas a nivel primario abarca consultas a niveles más complejos del sistema de salud (Veremos más adelante que 10.50/o de las atenciones primarias resultan en una derivación a nivel más complejo).

Finalmente, Medina encontró que, de las necesidades percibidas **no** concretizadas por una consulta, (2.42 veces /h/año), 130/o o sea 0.31 vez /h/año, se debía a un rechazo según informaban los encuestados.

Comparar esa tasa obtenida por encuesta familiar (0.31), con la que hemos evaluado a partir de datos recogidos en los estableci-

Cuadro 1
CAPACIDAD RESOLUTIVA CUANTITATIVA CONTROLES

Subnivel Solicitud de Control	NUTRIC.	ENFERMERIA	MATRONA	MEDICO	TOTAL
(1) Atendidos	1086 (40%)	14275 (49%)	10178 (35%)	3772 (13%)	29311 (100%)
(2) No atendidos	14	0	60	0	74
TOTAL	1100	14275	10238	3772	29385
CAP. RES. : (1) CUANTIT. (1) + (2)	990/o	1000/o	990/o	1000/o	

CUADRO 2 CAPACIDAD RESOLUTIVA CUANTITATIVA MORBILIDAD			
SUBNIVEL CASOS	MATRONA	MEDICO	TOTAL
(1) Atendidos	1568 (6%)	26720 (94%)	28288 (100%)
(2) Rechazados	153	1286	1439
TOTAL	1721	28006	29727
CRQ = $\frac{(1)}{(1) + (2)}$	91%	95%	-

mientos de salud, (0,04/h/año) vuelve a comparar la percepción del rechazo tal como vivido e interpretado por el consumidor de atención de salud, con el rechazo tal como reconocido por el proveedor de la misma.

Conscientes que registrar los rechazos a la entrada del consultorio durante las horas hábiles no podría de ninguna manera aportar datos ni siquiera aproximados sobre el volumen real de la atención deseada y no satisfecha, nunca hemos esperado de nuestros datos de rechazos que expresaran cuantitativamente una demanda potencial no satisfecha. El registro de los rechazos se ún nuestro sumamente sencillo método solo pretende detectar la presencia de un obstáculo a la accesibilidad del paciente a la atención primaria, sin perjuicio a la utilización de otros métodos más adecuados pero mucho más costosos para cuantificar ese obstáculo. También notaremos que el 94% de los pacientes atendidos por morbilidad lo son por el médico. Sin embargo, la capacidad resolutive cuantitativa del médico, como la de la matrona, no es ideal, ya que el 5% de los pacientes que solicitan espontáneamente su atención son rechazados, así como el 9% de los pacientes que se dirigen a la matrona.

2. Capacidad Resolutiva Cualitativa

2.1. Estructura de la Morbilidad Atendida

Utilizando la clasificación en 30 rubros preparada para el estudio, hemos desglosado los casos atendidos por orden de frecuencia decreciente en el Cuadro 3. (en la página siguiente).

Resultó difícil comparar nuestras cifras de morbilidad general atendida, con datos provenientes de otros estudios de la morbilidad en Santiago, pues los datos citados por Medina (3) expresan necesidades percibidas por los pacientes dentro del marco de una encuesta familiar, y por lo tanto no tienen el mismo valor, mientras los datos publicados por Rodríguez (8), Devoto (9), Goic (10) son recogidos únicamente en consulta de medicina adulta, lo que limita su comparabilidad.

Estos 3 estudios revelan la frecuencia muy elevada del diagnóstico de "neurosis", que ocupa el primer lugar con respectivamente 120% de los casos (8) 170% de los casos (10) y 415 casos (9), lo que no concuerda con nuestros hallazgos (trastornos mentales = 30% de los diagnósticos).

Los estudios citados tienen 12 a 17 años. Es posible que el perfil epidemiológico de la demanda haya cambiado desde entonces, pero más probable todavía que sea la calidad de la atención médica en C.G.U. que haya mejorado, en el sentido de un diagnóstico más perspicaz, de tal manera que los "diagnóstico de facilidad", tales como "neurosis" "Colón irritable" "climatérico", que solían representar una parte desproporcionada de los diagnósticos, se han redistribuido en los rubros que les corresponden. Otras explicación alternativa, es que los médicos de nuestros consultorios puedan tener tendencia a "somatizar" de manera exagerada quejas que solo tienen fundamento psíquico.

2.2. Capacidad Resolutiva Cualitativa

La capacidad resolutive cualitativa de un

Cuadro 3
Clasificación de la Morbilidad Atendida

MORBILIDAD	Nº DE CASOS	FRECUENCIA RELATIVA
1. Enfermedades Aparato Respiratorio Superior	5.290	19%
2. Enfermedades Aparato Respiratorio Inferior	4.181	15%
3. Otras Enfermedades Aparato Digestivo	2.185	8%
4. Enfermedades Sistema Óseo Muscular y Tejido Conjuntivo	1.950	7%
5. Enfermedades Aparato Genito Urinario	1.822	6%
6. Otras Enfermedades Piel y Tejido Subcutáneo	1.638	6%
7. Traumatismos y Envenenamientos	1.467	5%
8. Otras Enfermedades Infecciosas	1.219	4%
9. Mal definidos	1.104	4%
10. Hipertensión	902	3%
11. Trastornos Mentales	828	} 23%
12. Enfermedades Infecciosa Intestinales	653	
13. Diabetes y Enfermedades Endocrinas	612	
14. Parto Normal	593	
15. Enfermedades del Ojo	543	
16. Otros Problemas Aparato Circulatorio	474	
17. Anemias, Enfermedades de la Sangre	432	
18. Deficiencias Nutricionales	363	
19. Enfermedades del Oído	308	
20. Enfermedades Sistema Nervioso	285	
21. Complicaciones Embarazo, Parto y Puerperio	281	
22. Tumores	258	
23. Sin Diagnóstico	216	
24. Sarna y Pediculosis	207	
25. T.B.C.	156	
26. Complicaciones Regulación Fecundidad	133	
27. Parasitosis Intestinal	101	
28. Anomalías Congénitas	46	
29. Enfermedades C. vidad Bucal	14	
30. Enfermedades Venéreas	9	
TOTAL	28.270	100%

nivel expresa el porcentaje de casos atendidos que han sido resueltos a ese nivel. En este caso, sólo ha sido estudiada la capacidad resolutoria de la morbilidad del médico que resultó ser de 89%, como lo pone de relieve el cuadro 4.

2.3. Referencia según la morbilidad

En el cuadro 5 están presentadas, por orden de frecuencia decreciente, las causas de morbilidad que han motivado la deriva-

Cuadro 4
Capacidad Resolutoria Cualitativa por el Médico

	Nº de Casos	%
Total Casos atendidos	28.270	100%
Casos Referidos	3.100	11%
Casos Resueltos	28.270	89%

ción. El patrón de referencia según la morbilidad presenta una cierta similitud con el del consultorio general rural. Entre las 3 prime-

Cuadro 5
Principales causas de referencia

MORBILIDAD	(*) Estimado Nº DE CASOS ATENDIDOS	Nº DE CASOS DERIVADOS	FRECUENCIA RELATIVA
1. Enf. Sistema Osteo Muscular y Tej. Conjuntivo	1.950	413	13%
2. Otras Enf. Aparato Digestivo	2.185	325	11%
3. Enfermedades del Ojo	543	263	8%
4. Parto Normal	593	263	8%
5. Enf. Aparato Genito Urinario	1.822	246	8%
6. Traumatismos y Envenenamientos	1.467	196	6%
7. Mal definidos	1.104	153	5%
8. Enf. Aparato Respiratorio Inferior	4.181	143	5%
9. Trastornos Mentales	828	120	4%
10. Complicaciones Embarazo, Parto y Puerperio	282	118	4%
11. Otros	13.316	860	28%
Total	28.270	3.100	100%

(*) El número de casos atendidos fue estimado a partir de una muestra y es por lo tanto calculado con un intervalo de precisión que varía de más o menos 254 casos para un estimado de 2185 casos por ejemplo.

ras causas se encuentran en ambos casos las enfermedades del ojo y las del aparato digestivo. Sin embargo, las enfermedades del sistema osteomuscular y tejido conjuntivo han sustituido, en la ciudad, las enfermedades del aparato respiratorio inferior, tan frecuentes en el área rural, ambas siendo responsables en su área respectiva de 13-14% de las referencias.

Las "enfermedades del ojo" han representado 20% de los casos atendidos (2.20% en el consultorio general adosado al Hospital de Lebu, VIII Región), lo que es relativamente poco. Sin embargo, la capacidad resolutoria del médico de nivel primario para esos trastornos es de las más bajas 52% en los C.G.U. del estudio, (81% en Lebu, 47% en el consultorio general rural de Los Alamos (4), lo que contribuye a hacer del rubro "Enfermedades del Ojo" una de las primeras causas de referencia médica desde el nivel primario (3a. causa en los consultorios generales urbanos del estudio, 4a. causa en Lebu, 2a. causa en Los Alamos). Si uno, además, nota que gran número de esos tras-

tornos del ojo corresponden a vicios de refracción, uno puede llegar a la conclusión que el poder resolutorio del nivel primario para las "enfermedades del ojo" podría ser considerablemente aumentado a un costo moderado, lo que contribuiría en una larga medida a aumentar el poder resolutorio del nivel primario en general, con los beneficios obvios que ello tiene para los pacientes. La realidad epidemiológica, y encuestas de este tipo, deberían también ayudar a reconsiderar la opinión generalizada en ciertos países de tratar necesariamente los problemas oftalmológicos al nivel de complejidad máximas del sistema de salud. En varios países la frecuencia de las necesidades oftalmológicas a niveles primario y secundario ha sido reconocida, y una atención oftalmológica a esos niveles está otorgada mediante la integración del oftalmólogo al equipo médico de nivel primario (6), o la asignación de horas de oftalmólogo a nivel primario o, por lo menos, la formación de personal auxiliar (optometrista) a quienes se delega las funciones más sencillas del oftalmólogo (7).

2.4. Referencia según establecimiento de destino.

Como consta en el cuadro 6, la casi totalidad de las referencias desde el nivel primario son derivadas al nivel de más alta complejidad del sistema de salud chileno: 51% de los pacientes derivados, son derivados a hospitales de alta complejidad (atención cerrada) y 44% a un consultorio de especialidades (atención abierta).

El 1% de los pacientes son enviados al hospital de urgencias y 4% son derivados, dentro del propio nivel primario, a uno de los consultorios generales urbanos del estudio (Consultorio N°5).

En efecto, este último tiene una capacidad resolutive superior a los otros consultorios generales urbanos del sistema de salud por disponer de un servicio de radiografía y de un laboratorio.

Como ha sido constatado en otra partes del sistema de salud chileno, el nivel secundario, previsto en las normas del Ministerio, no existe, o no desempeña su papel.

2.5. Referencia según el motivo.

Hemos identificado 5 motivos de derivación: un paciente puede ser derivado:

1. Porque el caso necesita la atención de un médico especialista.

2. Por que necesita recursos de servicios de apoyo al diagnóstico que no están disponibles a este nivel.
3. Por que necesita recursos terapéuticos que no están disponibles a este nivel.
4. Por que el paciente lo requiere.
5. Por que las normas del Ministerio lo exigen.

En el cuadro 7 se nota que en 52% de los casos, es la falta de un profesional más especializado que es percibida por el médico como el motivo esencial de la referencia.

En 37% de los casos es la falta de servicios de apoyo y en 11% de los casos, la falta de recursos terapéuticos adecuados.

En muchos países, los médicos que se quejan de la capacidad resolutive limitada que ellos tienen a nivel primario, por causa de la falta de recursos de apoyo al diagnóstico o de recursos terapéuticos que caracteriza en general ese nivel. Resulta interesante notar, en este caso, que la deficiencia tecnológica es citada menos veces que los propios límites del médico, como motivos de la referencia del paciente.

2.6. Referencia según morbilidad y según el nivel de destino:

Los cuadros 8 a), b) y c) muestran el perfil de la morbilidad derivada respectivamente al

Cuadro 6 Referencia Según establecimiento de destino				
NUMERO DE CASOS	Nº ABSOLUTO		%	
Atendidos	28.270		100%	
Resueltos	25.170		89%	
Derivados: Total	3.100	100%	11%	
Consultorio N°5	128	4%	0.5%	Nivel Primario
Hospital de Urgencias	34	1%	0.0%	Nivel Secundario
Consultorio de Espec.	1.360	44%		Nivel Terciario
Hospital Alta Complejidad	1.578	51%	10.4%	

Cuadro 7 Referencia Según el motivo						
Motivo Anotado	1	2	3	4	5	Total Pacientes
Nº de casos	1531	1096	332	53	36	2955(*)
o/o de casos	52%	37%	11%	2%	1%	103%(**)

(*) Un total de 3.100 pacientes habrán sido derivados, pero el motivo de la referencia había sido omitido en 145 casos.
 (**) Por otro lado, en 93 casos (3% de los casos), 2 motivos eran anotados, lo que explica que las columnas sumen: $3.048 = 2.955 - 93 = 103\%$ de los casos.

Cuadro 8 Referencia Según morbilidad a) al Consultorio Nº5			
MORBILIDAD	ATENDIDOS	DERIVADOS	FRECUENCIA RELATIVA
1. T.B.C.	156	29	23%
2. Enf. Sistema Osteo Muscular y Tejido Conjuntivo	1.950	26	20%
3. Enf. de la Piel y Tejido subcutáneo	1.638	17	13%
4. Enf. Aparato Respiratorio Inf.	4.181	14	11%
5. Traumatismos y Envenenamientos	1.467	13	10%
6. Otros	18.878	29	23%
TOTAL	28.270	128	100%

Cuadro 8 Referencia Según morbilidad b) al Consultorio de Especialidades			
MORBILIDAD	ATENDIDOS	DERIVADOS	FRECUENCIA RELATIVA
1. Enfermedades del ojo	543	251	19%
2. Enf. del Aparato Genito Urinario	1.822	162	12%
3. Enf. del Aparato Digestivo	2.185	128	10%
4. Enf. de la Piel y Tejido subcutáneo	1.638	72	5%
5. Mal definidos	1.104	66	5%
6. Otros	20.978	647	49%
TOTAL	28.270	1.326	100%

Al Consultorio de Especialidades se derivan los pacientes que necesitan una atención ambulatoria la cual es dominada por las necesidades en atención de oftalmología (19% de los derivados a ese nivel).

Cuadro 8 Referencia Según Morbilidad c) a Hospitales de Nivel Terciario			
MORBILIDAD	ATENDIDOS	DERIVADOS	FRECUENCIA RELATIVA
1. Enf. Sistema Osteo Muscular y Tejido Conjuntivo	1.950	323	20%
2. Parto Normal	593	253	16%
3. Enf. Aparato Digestivo	2.185	190	12%
4. Traumatismos y Envenenamientos	1.467	128	8%
5. Complicaciones Embarazo, Parto y Puerperio	281	114	7%
6. Otros	21.794	570	36%
TOTAL	28.270	1.578	100%

Entre las causas más frecuentes de referencia al Hospital de Nivel Terciario, se notará: el parto normal, atendido a ese nivel por falta de disponibilidad de camas en establecimientos de menor complejidad.

Consultorio N°5 (nivel primario), al Consultorio de Especialidades (Consultorio N°1) y a hospitales de nivel terciario.

El perfil de la morbilidad derivada hacia esos 3 niveles es bastante diferente.

Entre las 5 principales causas de referencia al Consultorio N°5, se nota: tuberculosis, enfermedades del sistema osteo-muscular, enfermedades del aparato respiratorio inferior y traumatismos, lo que es probablemente explicable por la sola presencia en el Consultorio N°5 de un equipo de radiografía no disponible en los otros consultorios del mismo nivel.

La 5a. causa de referencia al Consultorio N°5 es "Enfermedad de la piel", lo que se explica por el hecho que el Consultorio N°5 mantiene una consulta de dermatología, una especialidad que no se espera a nivel primario, según las normas de atención fijadas por el Ministerio.

2.7. Referencia según morbilidad y según motivo

Hemos visto en el párrafo 2.5 (al cual referimos al lector para la definición de los motivos) cuáles eran los motivos de referen-

cia de los pacientes atendidos a nivel primario.

El cuadro 9 nos presenta de manera más detallada cuál era el motivo de la referencia de los pacientes, por cada rubro de morbilidad.

Este dato era registrado por el médico tratante en el momento en que derivaba el paciente. Por lo tanto, el análisis de este cuadro nos da una visión inigualada de la percepción del médico, en cuanto al motivo esencial de sus referencias.

El cuadro siendo autoexplicativo no lo comentaremos en detalle. Los totales generales muestran que el motivo N°1 es 1.5 veces más frecuente que el motivo N°2, cinco veces más frecuente que el motivo N°3 y treinta veces más frecuente que el motivo N°4.

Estudiando ahora los motivos de derivación, rubro por rubro de morbilidad, podemos identificar:

- 1) Un grupo de enfermedades que son derivadas por falta de recursos de servicios de apoyo, más que por falta de conocimiento de parte del profesional, por ej.: T.B.C., Hipertensión. Enfermedades Apa-

Cuadro 9 Referencia
Según Morbilidad y Según Motivo

MORBILIDAD	CASOS ATENDIDOS	CASOS DERIVADOS					TOTAL
		1	2	3	4	5	
1. Enfermedades Infecciosas	653	5	—	3	—	—	8
2. T.B.C.	156	6	62	2	—	—	69
3. Enfermedades Venéreas	9	6	—	2	1	—	9
4. Otras Enf. Infecciosas	1.219	18	6	3	—	—	23
5. Diabetes y Enfermedades Endocrinas.	612	45	11	2	—	—	58
6. Deficiencias Nutricionales	363	2	4	2	—	—	8
7. Anemias y Enf. de la Sangre	432	7	2	1	—	—	9
8. Trastornos Mentales	828	95	11	5	6	3	117
9. Enf. Sistema Nervioso	285	48	4	2	3	—	54
10. Enfermedades del Ojo	543	224	13	5	2	17	252
11. Enfermedades del Oído	308	48	7	5	2	1	60
12. Hipertensión	902	2	4	—	—	—	6
13. Otros Problemas Aparato Circulatorio	474	39	27	6	1	—	69
14. Enf. Aparato Respiratorio Sup.	5.290	61	25	5	4	—	92
15. Enf. Aparato Respiratorio Inf.	4.181	53	76	14	2	4	142
16. Enfermedades Cavidad Bucal	14	53	5	7	—	—	65
17. Parasitosis	101	—	—	—	—	—	—
18. Otras Enf. Aparato Digestivo	2.185	129	134	53	6	1	318
19. Enf. Aparato Genito Urinario	1.822	111	88	35	3	2	236
20. Parto Normal	593	72	139	19	7	—	234
21. Complic. Embarazo, Parto y Puerperio	281	48	33	24	4	—	102
22. Complic. Regulación Fecundidad	133	3	3	2	2	—	10
23. Sarna y Pediculosis	207	3	—	—	—	—	3
24. Otras enfermedades de la Piel	1.638	71	5	26	—	—	102
25. Enf. Sistema Osteo Muscular	1.950	142	227	41	10	3	406
26. Anomalías Congénitas	46	25	5	2	—	—	31
27. Mal definidos	1.104	60	80	10	—	4	148
28. Traumatismos y Envenenamientos	1.467	94	61	29	—	1	181
29. Tumores	258	48	32	23	—	—	95
30. Sin Diagnóstico	216	13	32	4	—	—	48
Totales Generales	28.270	1.531 (**)	1.096 (**)	332 (**)	53 (**)	36 (**)	2.955 (*)

(*) Un total de 3.100 pacientes habían sido derivados, pero el motivo de la referencia había sido omitido en 145 casos.

(**) Por otro lado, en 93 casos (30% de los casos). 2 motivos eran anotados, lo que explica que las columnas sumen:

$$3.048 = 2.955 - 93$$

rato Respiratorio Inferior, Enfermedades Aparato Digestivo, Parto Normal, Enfermedades Sistema Osteo Muscular, Mal definidos.

- 2) Un grupo de enfermedades que son derivadas por falta de recursos terapéuticos más que el promedio, por ejemplo:

Deficiencia nutricional, Enfermedades Aparato Digestivo, Parto Normal, Complicaciones Embarazo, Parto, Puerperio, Complicaciones Regulación Fecundidad, Enfermedades de la piel, Enfermedades Sistema Osteo Muscular, Traumatismos, Tumores.

- 3) Finalmente, un grupo de enfermedades que la sola adquisición de equipos suplementarios, ya sea para la ayuda al diagnóstico o sea para el tratamiento no ayudaría a resolver, ya que el médico reconoce que la principal limitante de su capacidad resolutive reside en su falta de especialización, por ejemplo:

Diabetes y Enfermedades Endocrinas, Anemia y Enfermedades de la Sangre, Trastornos Mentales, Enfermedades Sistema Nervioso, Enfermedades del ojo, Enfermedades del oído, Enfermedades Aparato Respiratorio Superior, Enfermedades Cavidad Bucal, Enfermedades de la Piel.

Estos datos son de sumo interés para el organizador del sistema de salud deseoso de modificar la capacidad resolutive de un nivel, ya que ellos indican de manera específica donde se ubica el obstáculo a la capacidad resolutive de cada rubro de enfermedad.

CONCLUSIONES:

En el área del estudio, nuestra metodología habrá permitido los hallazgos siguientes:

1. Aspectos importantes de la accesibilidad a la prestaciones han sido evaluados.
 - 1.1. La demanda espontánea en atención de morbilidad ha sido absorbida de manera imperfecta: a 91%, por la matrona, a 95%, por el médico.

- 1.2. El 10% de las atenciones citadas dentro del marco de los programas de controles para la población asignada a los consultorios, no ha sido atendida.

- 1.3. Las tasas por habitante y por año de controles y atenciones de morbilidad satisfechos que hemos encontrado en este estudio (respectivamente 0,90 y 0,87) coinciden con las tasas encontradas en Santiago por otros autores, mediante un enfoque muy diferente.

2. El estudio de la morbilidad motivando una consulta por médico en los consultorios del estudio revela que las enfermedades del aparato respiratorio representan el 35% de los casos atendidos. Además las enfermedades del aparato respiratorio superior eran, en forma significativa, más frecuentes que a nivel primario en área rural.

3. El médico resuelve a nivel del mismo consultorio el 89% de los casos de morbilidad que atiende.

4. Un 40% de los pacientes derivados desde el nivel primario son referidos a otro consultorio de nivel primario de mayor capacidad resolutive, 44% a un consultorio de especialidades de nivel terciario y 51% a hospitales de nivel terciario. El nivel secundario previsto en las normas ministeriales de organización del sistema de salud, virtualmente no existe en el área estudiada.

5. El motivo de la referencia, según el médico tratante, es su falta de conocimientos especializados en 51% de los casos, la falta de servicios de apoyo en 37% de los casos y la falta de recursos terapéuticos en 11% de los casos.

6. El perfil de la morbilidad derivada confirma que los pacientes de nivel primario enviados al consultorio N°5 son derivados por casos que frecuentemente necesitan exámenes complementarios, así como para atenderse en una consulta de especialidad ubicada a ese nivel. Ello muestra la heterogeneidad del nivel primario: la capacidad resolutive de los consultorios generales urbanos es variable, por contar con equipo de complejidad variada y médicos de nivel variable, lo que no deja de acarrear una falta de precisión y eficien-

cia en el manejo global de la atención de salud por niveles de complejidad. Por otro lado el número de casos derivados al consultorio N°5 y el tipo de morbilidad derivada permite estimar con bastante precisión el costo y el beneficio que resultaría del aumento de la capacidad resolutive de los consultorios de Maipú y de Lo Valledor.

7. El estudio de los motivos de derivación según el rubro de morbilidad, nos permite un diagnóstico relativamente específico de las trabas que afectan la capacidad resolutive de la morbilidad que tiene el médico en consultorio y debiera ser de gran interés para el organizador del sistema de salud deseoso de modificar esa capacidad resolutive.
8. Sobre la base de conceptos universales hemos desarrollado una metodología sencilla que permita analizar la capacidad resolutive de la morbilidad por un profesional, un establecimiento de salud, o un nivel de atención.

Por ser fácilmente adaptable y de costo moderado en su aplicación, esta metodología puede ser de interés a todo ejecutivo de salud, cualquiera que sea su nivel, que desee mejorar la eficiencia del manejo de la atención médica por niveles en su área de jurisdicción.

Ampliada a otros niveles y complicada según las necesidades, esta metodología puede revelarse un instrumento diagnóstico eficaz del manejo de la atención de salud en un área dada y una herramienta poderosa para la planificación y organización en sistemas de salud.

RESUMEN

La capacidad resolutive de la demanda en atención de salud de tres consultorios generales urbanos de Santiago de Chile ha sido estudiada, así como la capacidad resolutive de varios tipos de profesionales de salud ejerciendo a nivel de esos establecimientos.

El patrón de la morbilidad atendida es comparado con los hallazgos hechos por otros autores en estudios anteriores.

La morbilidad referida a niveles de atención más complejos ha sido estudiada según el tipo de morbi-

lidad, el establecimiento de destino y el motivo de la referencia.

SUMMARY

This paper studies the resolution capacity of the demand for medical care in three consulting clinics of general medicine located in urban sectors of Santiago, likewise those of the various professionals attending in these Centers.

The patterns of morbidity treated are confronted to previous studies carried out by other authors.

Finally, the morbidity transferred to more complex levels of care, is studied from the standpoints of the typology, the establishment of destination and the reasons for reference.

RESUME

On étudie la capacité résolutive de la demande de soins médicaux dans trois consultations de médecine générale de secteurs urbains de la ville de Santiago du Chili, ainsi que celle de divers professionnels de la santé travaillant dans ces centres.

On compare le patron de la morbidité soignée, avec des études préalables menées par d'autres auteurs.

Finalement, on étudie la morbidité transférée à des niveaux de soins plus complexes, d'après la typologie, l'établissement de destination et la cause.

BIBLIOGRAFIA

1. CASTELLANOS, J.: Situaciones de Cobertura, Niveles de Atención y Atención Primaria. Bol. Of. Sanit. Panam. 478-92, 1977.
2. PRIDES: Servicios de Atención Médica Ambulatoria ¿Se usan en la forma apropiada? Bol. Of. Sanit. Panam. 90(5): 388, 1981.
3. MEDINA, E. y KAEMPFER, Ana María.: Morbilidad y Atención Médica en Santiago. Rev. Médica. Chile, 107:155, 1979.
4. SIMEANT J. S.: Estudio de la Capacidad Resolutive de la Demanda en Atención de Morbilidad a Nivel Primario (Area rural). Cuadernos Médico-Sociales Vol. 24, 4, Diciembre 1983. Santiago, Chile.
5. MEDINA, Ernesto y KAEMPFER, Ana María: Caracte-

- rísticas de la Atención de Salud en el Gran Santiago. Rev. Méd. de Chile, 108:937, 1980.
6. FIELD, M.G.: Soviet Socialized Medicine. New York, The Free Press, 1967, p. 91.
7. PIACHAUD y WEALE R.: Anteojos para el Tercer Mundo. Salud Mundial, Julio/1981, p.20.
8. RODRIGUEZ H. : Estructura de la Morbilidad del Adulto en un Consultorio del Area Sur Oriente de Santiago. Rev. Méd. Chile 105:408, 1977.
9. DEVOTO C.E.: Atención en un Consultorio Periférico. Un estudio sobre estructura de la consulta médica en el Consultorio Lo Valledor Norte. Rev. Hosp. Fco. Borja 3:243, 1968.
10. GOIC, A, PEREDA E. FLORENZANO R.: Características de la Morbilidad en un Consultorio Externo de Adulto. Rev. Méd. de Chile 99:782, 1971.
-