

**ESTUDIO DE LA CAPACIDAD RESOLUTIVA
DE LA DEMANDA EN ATENCION DE SALUD
A NIVEL PRIMARIO
(Area Rural).**

Silvere Simeant MD, DTM&H, MPH

1ª. Parte

INTRODUCCION.

La decisión política de extender la cobertura en servicios de salud a toda la población, en países cuyas características geográficas, poblacionales y económicas no permitían el desarrollo de un sistema de salud de tipo europeo, es decir, esencialmente basado en el libre acceso de todos a una prestación personal otorgada por un médico privado respaldado por exámenes complementarios virtualmente ilimitados, ha obligado a la búsqueda de soluciones originales caracterizadas por el pragmatismo (promover lo que es factible y reaplicable o adaptable a lo largo del país) y la eficiencia (selección del nivel de complejidad que permite otorgar la prestación adecuada al costo lo más bajo posible) .

Chile se caracteriza por una larga extensión territorial, una población rural muy dispersa y recursos económicos moderados. Para extender la cobertura sanitaria al área rural, era necesario diversificar el tipo de recursos físicos y humanos utilizados en las ciudades, de tal manera que hoy, la atención primaria en el área rural es otorgada por establecimientos y personales de salud de complejidad muy distinta y mal conocida.

Con el objetivo de redefinir y normalizar los límites de la atención que debe ser otorgada por cada tipo de establecimientos, se decidió estudiar la capacidad resolutive de la morbilidad que tienen actualmente esos establecimientos. Con este anhelo, el autor ha desarrollado una metodología sencilla,

fácilmente adaptable a todos los niveles, y antes de todo, utilizable sin recursos extrapresupuestarios.

Antes de ser aplicada a larga escala en una Región Sanitaria del país esta metodología fue probada en 2 sitios pilotos simultáneamente (rural y urbano). Se presentan a continuación los resultados del estudio piloto realizado en el área rural.

ELEMENTOS CONCEPTUALES.

En una publicación anterior (1), a la cual referimos al lector, nos apoyamos en los trabajos de varios autores (2) (3) para resaltar la importancia de usar modelos de niveles que partan de un análisis cuidadoso de la realidad.

Asimismo se estableció en el trabajo citado un paralelo entre los aspectos cuantitativos y cualitativos de la demanda en atención de salud por una parte, y las características que debe presentar la oferta por otra parte, para introducir finalmente las nociones de capacidad resolutive cuantitativa y capacidad resolutive cualitativa.

Finalmente se presentó la manera de evaluar estos 2 aspectos de la capacidad resolutive de un profesional, de un establecimiento o de un nivel.

ENFOQUE METODOLOGICO.

En las áreas rurales de Chile, la atención primaria es otorgada en 3 tipos de establecimientos (postas, consultorios generales rurales periféricos, consulto-

rios generales adosados a hospitales rurales). En cada uno de estos establecimientos. 3 tipos de personal otorgan prestaciones de salud: el auxiliar, el profesional no médico (enfermera, matrona, nutricionista) y el médico. Por lo tanto un análisis riguroso del nivel primario en área rural debería contemplar estos 9 subniveles del nivel primario.

- La posta es un establecimiento muy sencillo, ubicado en localidades de menos de 2000 h. Está dotada de un auxiliar paramédico formado en 9 meses. Cada posta recibe además la visita regular (1 a 4 veces por mes) de una ronda médica (médico, matrona y enfermera).
- El consultorio general rural (CGR) cuenta con la presencia permanente de un médico, uno o dos auxiliares, una matrona y una enfermera. Está ubicado en una localidad de 2000 a 5000 h. El consultorio general rural del estudio no tenía equipos de Rayos X, pero podía enviar muestras de sangre y deposiciones al laboratorio del hospital distante a 25 kms.
- El consultorio general adosado (CGA) se caracteriza por estar íntimamente vinculado a un hospital de complejidad mínima de aproximadamente 60 camas. Las consultas son, en principio, siempre atendidas por médicos que además pueden hacer uso de los servicios de apoyo del hospital.

La capacidad resolutive de un consultorio general adosado, un consultorio general rural y tres postas del área de influencia de esos consultorios, así como la capacidad resolutive de los tipos de personal de salud otorgando prestaciones en ellos, fue estudiada mediante una investigación realizada durante los meses de junio y julio de 1981 en el área de Lebu, VIII Región, Chile.

El CGA está adosado al hospital de Lebu, una pequeña ciudad costera de 15.000 h.

El hospital de Lebu es de complejidad mínima (no se hace cirugía mayor) y tiene unas 100 camas. Los médicos, en número de 6, atienden en el hospital, el consultorio adosado y en las postas del área una vez a la semana.

El CGR estudiado es el de Los Alamos, un pueblo de 5000 h. situado en la carretera de Lebu a Concepción, a 25 kms. de Lebu y a 125 de Concepción. El consultorio contaba con la presencia de un médico, un auxiliar, una matrona y una enfermera.

En fin, las tres postas estudiadas estaban situa-

das dentro de un radio de 10 km. de los consultorios mencionados anteriormente.

Se encuentran centros asistenciales de nivel secundario en Lota y Coronel, 2 ciudades situadas en el camino de Lebu - Los Alamos a Concepción, a 100 kms. de Lebu más o menos.

En Concepción se encuentra el Hospital Universitario y varios hospitales especializados que ofrecen toda la gama de las especialidades de nivel terciario.

Referimos al lector a nuestra publicación anterior (1) para los detalles más específicos de la metodología utilizada.

HALLAZGOS.

1. Volumen de la demanda en atención de salud - Capacidad Resolutiva Cuantitativa.

1.1. Atención de la Morbilidad.

1.1.1. Volumen de la demanda.

El cuadro 1 exhibe datos de la demanda espontánea en atención de morbilidad por parte de los habitantes de las áreas cubiertas por la posta, el CGR y el CGA del estudio. La demanda más importante que se nota a nivel del CGA puede ser relacionada a una demanda mayor por parte de los habitantes de Lebu, pero también al hecho que Lebu es un polo de atracción para toda la vecindad y en particular el "Hospital de Lebu", que incluye al consultorio general. En otras palabras, personas que viven fuera del área cubierta directamente por el consultorio de Lebu, vienen a solicitar atención en ese consultorio (véase párrafo 2).

La tasa relativamente baja encontrada en el CGR de Los Alamos hace sospechar una falta de capacidad de absorción de la demanda por ese consultorio. Otros datos presentados más adelante, confirmarán esta hipótesis.

En fin, esta demanda puede ser comparada con la que hemos evaluado en un estudio similar realizado en la ciudad de Santiago, donde hemos encontrado una solicitud de atención de morbilidad de 0.91 por h. y por año (1).

	Postas	Consultorio Gral. Rural	Consultorio Gral. Adosado
Población en área de influencia.	6631	8316	20379
Nº de consultas solicitadas espontáneamente	1780	1959	7498
Nº de consultas por hab. por año.	1.07	0.94	1.47

1.1.2. Capacidad resolutive cuantitativa de la demanda.

La accesibilidad máxima a una atención de salud básica es uno de los pilares de las políticas de extensión de la cobertura en atención de salud y la razón de ser del nivel primario.

	Posta	CGR	CGA
Auxiliar	100 0/o	100 0/o	100 0/o
Médico	87 0/o	88 0/o	100 0/o

Nota: Enfermeras y matronas no atienden consultas de morbilidad en esos establecimientos.

El cuadro 2 indica que en el área del estudio esa accesibilidad está garantizada en el subnivel auxiliar. Al contrario, todos los que solicitan una atención **médica** a nivel de posta y de consultorio general rural **no** la reciben. Estos datos se explican fácilmente a la luz de la dotación de personal de esos establecimientos. Absorber la demanda de manera armoniosa es más fácil para un grupo de 6 médicos vinculados a una institución a tiempo completo, que para un médico solo en su consultorio, o de visita a una posta dentro del marco de su ronda semanal.

1.1.3. Nivel y subnivel de Atención de la Demanda.

Nivel	Posta	CGR	CGA
Subnivel			
Auxiliar	45 0/o	23 0/o	23 0/o
Enfermera (*)	5 0/o	3 0/o	2 0/o
Matrona	5 0/o	5 0/o	2 0/o
Médico	45 0/o	69 0/o	73 0/o
Total establecimiento	100 0/o	100 0/o	100 0/o

(*) **Corresponde a casos de morbilidad detectados durante los controles.**

Tras haber evaluado la proporción de la demanda que quedó satisfecha, veamos a continuación (cuadro 3) con qué tipo de atención profesional fue satisfecha.

Notamos que a medida que el establecimiento se vuelve más complejo, la participación relativa del médico en la atención de la demanda en morbilidad va creciendo, lo que es de esperar. Sin embargo, dos hechos merecen ser destacados.

1. La participación relativamente alta del médico en la atención de la morbilidad en las postas, donde, en algunas horas mensuales (rondas médicas), él alcanza a atender tantos casos como el auxiliar que, en esos establecimientos, atiende en permanencia. Ello indica que, a esta altura del desarrollo del sistema de salud la comunidad, hasta en los pueblos chicos y lejanos, expresa claramente su preferencia para el médico y en particular lo aprecia al punto de esperar una o dos semanas para consultarle. También indica que la ronda médica en la población rural dispersa es un término bastante satisfactorio entre la posta dotada solamente de un auxiliar y el consultorio dotado de un médico residente.

2. Al contrario, sorprende la participación relativamente importante (23 0/o) del auxiliar en la atención de morbilidad en el consultorio adosado al hospital de Lebu, que cuenta con 6 médicos y otros profesionales no médicos.

Si precisamos que el único auxiliar que atiende la morbilidad está ubicado en la sala de las urgencias del hospital, uno descubre que la sala de las urgencias del hospital, es la puerta de entrada al sistema de salud de muchos pacientes que no consiguen ser atendidos en la consulta regular proporcionada por los médicos del consultorio adosado.

La sala de urgencia funciona como un conducto de desagüe para el consultorio, lo que significa que parte de la demanda por la atención de urgencia de ese hospital, no es otra cosa que un rechazo disfrazado del consultorio. La capacidad resolutive relativamente alta (38 0/o de los casos atendidos) que demuestra ese auxiliar en una sala donde el médico siempre disponible refuerza nuestra opinión que gran número de las "urgencias" son atenciones comunes y corrientes que no han sido absorbidas por el consultorio general.

1.2. Controles de Salud.

1.2.1. Necesidades de Controles.

Dentro del marco de sus actividades de medicina preventiva, cada establecimiento de salud tiene la responsabilidad de citar a controles a la población "blanco" de su área de influencia, según las normas de concentración fijadas por el Ministerio.

Por eso las necesidades en controles por h. y por año es bastante uniforme alrededor de Chile y depende esencialmente de la estructura demográfica de la población (controles más frecuentes en niños). La satisfacción de esas necesidades varía según la cobertura alcanzada por el establecimiento en su área de influencia. Hemos encontrado en el Area Central de Santiago (1) que los consultorios generales urbanos otorgaban 0.90 control por año por h. tasa que concordaba con la encontrada por Medina (0.87), mediante una encuesta de hogares representativos del gran Santiago (4).

En este estudio vemos que posta y CGA otorgan alrededor de un control/h/año a la población de su área de influencia. La tasa nítida-

mente más baja encontrada en Los Alamos (0.64) hace sospechar una falta de cobertura de la población que depende del CGR

Cuadro 4: Controles. Tasa por habitante por año.			
	Posta	CGR	CGA
Nº de controles	1610	1337	5161
Nº de controles por/h y por año	0.97	0.64	1.01

1.2.2. Capacidad resolutive cuantitativa de las Necesidades en Controles.

El cuadro 5 revela la deficiencia de la atención de los controles a 2 niveles: a nivel de posta y CGR por un lado, a nivel de enfermera por otro lado. Eso indica no sólo una falta de cobertura en atención de salud, sino también una ineficiencia de la función de atención enfermera, lo que es tanto menos explicable cuanto se trata de atenciones citadas.

Cuadro 5: Controles Capacidad Resolutive Cuantitativa Segun nivel de Atención			
Nivel y Subnivel	Posta	CGR	CGA
Auxiliar	100 0/o	100 0/o	100 0/o
Enfermera	69 0/o	76 0/o	82 0/o
Matrona	91 0/o	86 0/o	100 0/o
Médico	96 0/o	96 0/o	100 0/o

1.2.3. Nivel/Subnivel de Atención de las necesidades en Controles.

El alto porcentaje de controles realizados por la matrona muestra el énfasis puesto sobre la salud materno infantil y el uso apropiado de los profesionales no médicos para este tipo de prestación. Se notará también la transferencia atinada de responsabilidad, del auxiliar a profesionales más competentes, a medida que este personal es más numeroso (en los centros más complejos).

Cuadro 6: Atención de Controles Nivel y Subnivel de Atención			
Nivel			
Subnivel	Posta	CGR	CGA
Auxiliar	38 0/o	36 0/o	10 0/o
Enfermera	13 0/o	10 0/o	27 0/o
Matrona	39 0/o	45 0/o	56 0/o
Médico	10 0/o	9 0/o	7 0/o
Total	100 0/o	100 0/o	100 0/o

(*) Se agregó los controles hechos por la nutricionista (11 0/o).

2. Procedencia.

Con el objetivo de evaluar hasta qué punto los establecimientos más complejos del nivel primario desempeñan un rol de centro de referencia médica para los establecimientos menos complejos del mismo nivel, se estudió la procedencia de los pacientes que acudían al consultorio general y al consultorio general adosado. Como se nota en el cuadro 7, los datos no sustentan nuestra hipótesis que los pacientes fueron primero a un establecimiento menos complejo antes de dirigirse a un centro de mayor complejidad.

Otros autores tuvieron el mismo tipo de experiencia (6) (7).

CONCLUSIONES.

El objetivo de este estudio piloto de la capacidad resolutoria era esencialmente probar una metodología e instrumentos nuevos en establecimientos

de nivel primario en área rural. Los 5 establecimientos elegidos son típicos de las postas, consultorios generales rurales y consultorios generales adosados encontrados en las áreas rurales.

En el área del estudio, esta metodología ha permitido los hallazgos siguientes:

1) Varios aspectos de la cobertura en atención de salud han sido aclarados.

1.1. La demanda en atención de morbilidad ha variado de 0.90 consulta por h. y por año en el consultorio general rural a 1.47 en el consultorio general adosado.

La parte de este demanda que corresponde al médico, ha sido parcialmente satisfecha por éste; un rechazo de 12 0/o aproximadamente ha sido observado en postas y consultorio general rural.

El auxiliar todavía atiende al 23 0/o de la morbilidad en el consultorio general adosado, mientras el médico atiende al 45 0/o de la morbilidad en postas.

1.2. Las necesidades de la población en controles de salud han sido satisfecha a razón de 0.64 control/hab./año en el consultorio general rural a 1.01 en el consultorio general adosado, lo que, junto a los datos anteriores, confirma una falta de cobertura de la población del área de influencia del consultorio general rural.

De los controles citados por la enfermera, 18 0/o (consultorio general adosado) a 31 0/o (posta) no son atendidos, señalando otra falla grave en la cobertura a este nivel.

2) Datos de procedencia recogidos a nivel del CGA, no permiten poner en evidencia la referencia de los pacientes a ese establecimiento, desde los establecimientos menos complejos del área.

Procedencia del Paciente	Area cubierta por el mismo establecimiento	Area cubierta por otro establecimiento de menor complejidad		Total Pacientes Investigados
		Derivados	No Derivados	
Nivel de Atención				
Cons. General Rural	1800	1	27	1828
Cons. General Adosado	6086	4	342	6432

RESUMEN

Sobre la base de conceptos descritos en una publicación anterior (1) la capacidad Resolutiva de la Demanda en Atención de Salud de cinco establecimientos de nivel primario ha sido estudiada en un área rural de Chile, así como la capacidad resolutiva de varios tipos de profesionales ejerciendo en esos establecimientos.

En esta primera parte, se presentan datos relativos al volumen de la demanda en atención de salud en el área de estudio. La manera como esta demanda ha sido manejada está analizada y la capacidad resolutiva cuantitativa de los varios tipos de establecimientos del estudio, calculada.

SUMMARY

Based on the same criterion of the preceding publication, the resolution capacity of the demand for primary health cares has been considered in five rural institutions of Chile, likewise those of various health professionals working in these centers.

Facts relative to the volume of the demand of health care in the studied sector, the way of which is managed and analyzed, and their capacity of resolution has been calculated.

RESUME

Suivant les mêmes critères de la publication précédente, on étudie la capacité résolutive de la demande de soins de santé primaires dans cinq établissements ruraux du Chili, ainsi que celle de divers professionnels de la santé travaillant dans ces centres.

On présente des données relatives au volume de la demande de soins de santé dans le secteur étudié; la façon dont elle est menée est analysée et la capacité résolutive calculée.

BIBLIOGRAFIA.

1. Simeant S.J. "Estudio de la Capacidad Resolutiva de la Demanda en Atención de Morbilidad a Nivel Primario (área urbana)". Cuadernos Médico - Sociales, 24,4, diciembre 1983, Santiago de Chile.
2. Castellanos, J. "Situaciones de Cobertura, Niveles de Atención y Atención Primaria", Bol. Of. Sanit. Panam. 82: 478-92, 1977.
3. Prides, "Servicios de Atención Médica Ambulatoria. ¿Se usan en la forma apropiada?" Bol. Of. Sanit. Panam. 90 (5): 388, 1981.
4. Medina, E. y Kaempffer, A.M. "Morbilidad y Atención Médica en Santiago", Rev. Médica Chile 107:155, 1979.
5. Medina, E. y Kaempffer, A.M. "Características de la Atención de Salud en el Gran Santiago", Rev. Méd. de Chile, 108:937, 1980.
6. Mcnerney W. & Riedel, "Regionalization and rural health care. The University of Michigan", Ann. Arbor, 1962, p. 160.
7. Llewelyn, Davies R. & Macaulay, H. "Organization and Administration of Hospitals". WHO Monograph N° 54, WHO Geneva, 1969, p. 18.
8. Rodríguez, H. "Estructura de morbilidad del Adulto en un Consultorio del Area Sur Oriente de Santiago". Rev. Méd. de 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. y Florenzano, R. "Características de la Morbilidad en un Consultorio Externo de Adulto", Rev. Méd. de Chile 99:782, 1971.
11. Field, M.G. "Soviet Socialized Medicine", New York, The Free Press, 1967, p. 91.
12. Piachaud, D. y Weale, R. "Anteojos para el Tercer Mundo", Salud Mundial, julio 1981, p. 20.