

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

Silvere Simeant MD, DTM&H, MPH

En la primera parte se presentaron los datos relativos al volumen de la demanda en atención de salud en el área de estudio, se analizó la manera de la cual esa demanda había sido manejada y se calculó la capacidad resolutive cuantitativa de los varios tipos de personal asistencial en los varios establecimientos (capítulo 1). También se presentaron datos de procedencia de los pacientes (capítulo 2).

2da. parte

3. Estructura de la Morbilidad Atendida.

— La primera constatación es que el perfil epidemiológico encontrado en las postas (cuadro 8) es bastante similar al perfil encontrado en el consultorio general rural (cuadro 9), con 2 excepciones notables. Las enfermedades de la cavidad bucal son registradas muchas veces en las postas (5º lugar en frecuencia), por no

contar éstas con un dentista (ni en ronda). Sarna y Pediculosis, 4a. causa de consulta en las postas, bajan al 9º lugar en el consultorio general rural (y al 17º en el CGA de Lebu). La frecuencia de esas infecciones parece muy vinculada a la ruralidad.

— Al contrario, existe diferencias notables entre la morbilidad diagnosticada en el CGA (cuadro 10) y la diagnosticada en los 2 primeros tipos

**Cuadro 8 Posta
Clasificación de la Morbilidad Atendida**

MORBILIDAD	Nº DE CASOS	FRECUENCIA RELATIVA
1. Enfermedades Aparato Respiratorio Inferior	332	14%
2. Enfermedades Aparato Respiratorio Superior	320	13%
3. Enfermedades Piel y Tejido Subcutáneo	306	13%
4. Sarna y Pediculosis	193	8%
5. Enfermedades Cavidad Bucal	140	6%
6. Traumatismos y Envenenamientos	122	5%
7. Enfermedades Aparato Digestivo	113	5%
8. Enfermedades Infecciosas Intestinales	101	4%
9. Síntomas mal definidos	100	4%
10. Enfermedades Sistema Osteo Muscular	92	4%
11. Otros		25%
TOTAL	2.378	100%

Cuadro 9 Consultorio General Rural Morbilidad Atendida		
MORBILIDAD	Nº DE CASOS	FRECUENCIA RELATIVA
1. Enfermedades Aparato Respiratorio Inferior	388	14%
2. Enfermedades Piel y Tejido Subcutáneo	307	11%
3. Enfermedades Aparato Respiratorio Superior	300	11%
4. Enf. Sistema Osteo Muscular y Tejido Conjuntivo	219	8%
5. Enfermedades Aparato Digestivo	199	7%
6. Traumatismos y Envenenamientos	196	7%
7. Enfermedades Aparato Genito-Urinario	169	6%
8. Enfermedades Sistema Nervioso	149	5%
9. Sarna y Pediculosis	121	4%
10. Enfermedades del Ojo	85	3%
11. Otros	585	23%
TOTAL	2.718	100%

Cuadro 10 Consultorio General Adosado Morbilidad Atendida		
MORBILIDAD	Nº DE CASOS	FRECUENCIA RELATIVA
1. Enfermedades Aparato Respiratorio Inferior	1.130	14%
2. Traumatismos y Envenenamientos	883	11%
3. Enfermedades Aparato Digestivo	860	11%
4. Enfermedades Piel y Tejido Subcutáneo	822	10%
5. Enfermedades Aparato Respiratorio Superior	691	9%
6. Enfermedades Sistema Osteo Muscular y Tej. Subcutáneo	485	6%
7. Enfermedades Aparato Genito-Urinario	392	5%
8. Deficiencias Nutricionales	342	4%
9. Enfermedades Sistema Nervioso	316	4%
10. Trastornos Mentales	257	3%
11. Otros	1.913	24%
TOTAL	8.090	100%

de establecimientos. En ese consultorio aparecen en 2º y 3er. lugar respectivamente traumatismos y enfermedades del aparato digestivo, cuya atención satisfactoria tiene más probabilidades de ser obtenida en un establecimiento

adosado a un hospital, del cual él puede utilizar los servicios de apoyo (Rayos X) o al cual puede referir directamente pacientes que lo necesitan.

Aparecen en 10º y 9º lugares los trastornos

mentales y del aparato nervioso, con una frecuencia respectiva de 30% y 40%, por lo tanto consistente con nuestros hallazgos en el área central de Santiago (1) pero muy diferente de hallazgos hechos en otras investigaciones más antiguas (8) (9) (10).

4. Capacidad Resolutiva Cualitativa.

4.1. Capacidad Resolutiva Global de los Establecimientos.

Como consta en el cuadro 11, la capacidad resolutiva de las postas (con el respaldo de la ronda) es casi igual a la de los consultorios. Esta observación, sin embargo, debe apreciarse teniendo en cuenta el hecho que los casos atendidos en las postas son probablemente menos complejos que los casos atendidos en el CGR, y los casos atendidos en éste, menos complejos que los casos atendidos en el CGA, siendo ello la consecuencia de 2 factores:

- 1) Una selección probable del establecimiento por el paciente, en función de la gravedad percibida de su caso, y
- 2) La referencia por la posta de los casos más complejos a los subniveles superiores.

entre el 8.20% (postas) y 5.80% (CGA) de los casos atendidos.

Además, como lo muestra el cuadro 12, la casi totalidad de las necesidades en referencia desde las postas son satisfechas en el CGA o el Hospital de Lebu, es decir a distancia razonable (menos de 30 Km. por una carretera pavimentada y con posibilidad de hacer uso de la ambulancia del hospital).

De la misma manera, el CGR utiliza frecuentemente el hospital rural de Lebu para sus referencias. Sin embargo, él utiliza más veces el nivel terciario, aunque éste esté ubicado en Concepción (125 km), ciudad accesible por un camino a veces difícil que nunca toma menos de 2 1/2 hrs.

En fin, desde el consultorio adosado al hospital, se deriva principalmente al propio hospital. En todos los casos, se notará la ausencia de utilización del nivel secundario que, en el área de estudio, está representado, sin embargo, por 2 establecimientos situados en el camino de Lebu-Los Alamos a Concepción (nivel terciario). Es decir que no hay explicación de orden logístico para justificar el no uso del nivel secundario. Se trata más bien de la percepción de los médicos de nivel primario en esta área, quienes estiman que el nivel de la atención médica encontrada en los 2 establecimientos de nivel secundario mencionados anteriormente, raramente justifica el traslado a ese nivel de un paciente, y que, si se decide de una referencia desde el nivel primario, los 50 km. más que separan los establecimientos de nivel secundario de los de nivel terciario, son ampliamente justificados por la gran superioridad de la atención médica otorgada en los últimos.

Esta talla en el manejo de la atención médica por nivel tiene 2 consecuencias poco deseables:

- 1) El Hospital de nivel terciario y sus consultorios ambulatorios son sobrecargados por una demanda que podría ser atendida a un nivel menos complejo, por lo tanto menos costoso;
- 2) La accesibilidad del paciente a una atención especializada está más difícil.

Cuadro 11 Capacidad Resolutiva Cualitativa de los Niveles y Subniveles de Atención.

	POSTA	CGR	CGA
Auxiliar	65%	77%	38%
Enfermera		24%	0%
Matrona	65%	86%	13%
Médico	94%	91%	95%
Total Establecimiento	92%	92%	94%

4.2. Referencia según el establecimiento de destino.

Como ya lo hemos notado en el párrafo 4.1, los casos no resueltos a nivel del mismo establecimiento son pocos y representan en-

Cuadro 12 Referencia Según Establecimiento de Destino.

Origen del Paciente Destino	POSTA	CONSULTORIO GENERAL RURAL	CONSULTORIO GENERAL ADOSADO
Atendidos	100% (3096)	100% (2541)	100% (7871)
Resueltos a Nivel del Establecimiento (Respectivamente del Nivel)	91.8% (2843)	92.1% (2340)	94.2% (7413)
Derivados fuera del Establecimiento Respectivamente del Nivel (Total)	8.2% (253)	7.9% (201)	5.8% (458)
A otro Establecimiento Primario	5.2% (161)	0.7% (18)	— —
A Hospital C	2.7% (86)	2.3% (58)	4.4% (345)
A Consultorio Espec. II	0% (0)	0% (0)	0% (0)
A Hospital B	0% (0)	0% (0)	0% (3)
A Consultorio Espec. III	0% (0)	1.5% (37)	0.6% (47)
A Hospital A	0.2% (6)	3.5% (88)	0.8% (63)

El reforzamiento del nivel secundario, en este caso, parece por lo tanto particularmente indicado.

4.3. Referencia según Morbilidad.

Nuestra metodología permite conocer la capacidad resolutive que tiene cada establecimiento, y cada tipo de profesional dentro de cada establecimiento, para cada tipo de morbilidad.

El patrón de referencia varía entre las postas (cuadro 13), el consultorio general rural (cuadro 14-15) y el consultorio general adosado (cuadro 16-17). En postas, la frecuencia de las referencias por **enfermedad de la cavidad bucal** se explica por la ausencia de dentista en esos establecimientos.

La alta frecuencia de las **enfermedades del aparato respiratorio inferior** coloca a estas en-

fermedades entre las primeras causas de derivación, en las postas como en el consultorio general rural, a pesar de la buena capacidad resolutive que tienen esos establecimientos para esas enfermedades.

Nos limitaremos acá a presentar los datos, los más interesantes.

La precisión de los rubros diagnósticos es naturalmente limitada por la capacidad del nivel primario a afirmar un diagnóstico, pero puede ser refinada a niveles de complejidad superior del sistema de salud.

Al contrario, a pesar de una frecuencia moderada, las **enfermedades del ojo** representan la principal causa de derivación desde el CGR y la 4a. desde el CGA, porque la capacidad resolutive de esos establecimientos para esas enfermedades es baja. Además, como lo señalan los cuadros 15 y 17, esa causa es también la primera causa de deriva-

Cuadro 13 Referencia según Morbilidad Postas.				
MORBILIDAD	Nº CASOS ATENDIDOS	Nº CASOS DERIVADOS	CAPACIDAD RESOLUTIVA	Nº DE ORDEN SIN C/RES.
1. Enfermedades Cavidad Bucal	140	41	71%	2
2. Traumatismos y Envenenamientos	122	14	89%	8
3. Enf. Aparato Respiratorio Inf.	332	12	96%	—
4. Enf. Aparato Genito Urinario	88	11	87%	7

8. T.B.C.	7	2	71%	2

10. Diabetes	3	1	67%	1

TOTAL	2.378	165	93%	

Cuadro 14 Consultorio General Rural Referencia según Morbilidad y Establecimiento de destino A Hospital D.			
MORBILIDAD	CASOS ATENDIDOS	CASOS DERIV. DESDE EL CONS.	FRECUENCIA
1. Enf. Aparato Respiratorio Inferior	388	25	28%
2. Otras Enf. Aparato Digestivo	199	10	11%
3. Enf. Aparato Genito-Urinario	169	10	11%
4. Otras Enfermedades Piel y Tejido	307	10	9%
5. Sarna y Pediculosis	121	8	8%
6. Otras	1.534	26	33%
TOTAL	2.718	83	100%

ción desde esos 2 establecimientos hacia el nivel terciario, lo que, en este caso, significa un viaje de 300 Km. (ida y vuelta) para el paciente derivado.

El mismo tipo de comentario que hicimos en el área urbana (1), también se aplica acá. Las enfermedades del ojo son relativamente

poco frecuentes (20% de los casos atendidos) pero la capacidad resolutive de los médicos de nivel primario para ellas es de las más bajas.

Si se recuerda que gran número de esos trastornos del ojo corresponden a vicios de refracción, se puede imaginar que el poder

Cuadro 15 Consultorio General Rural
Referencia según Morbilidad y
Establecimiento de destino
A Hospital A.

MORBILIDAD	CASOS ATENDIDOS	CASOS DERIVADOS	FRECUENCIA
1. Enfermedades del Ojo	85	21	24%
2. Enfermedades Sistema Nervioso	149	16	18%
3. Otras Enf. Aparato Digestivo	199	15	17%
4. Complic. Embarazo, Parto y Puerperio	36	7	8%
5. Anomalías Congénitas	20	6	7%
6. Otras	2.229	23	26%
TOTAL	2.718	88	100%

resolutivo del nivel primario sería considerablemente reforzado mediante medidas apropiadas tales como la integración del oftalmólogo al equipo médico de nivel primario(11) o la asignación a nivel primario de algunas horas semanales de oftalmólogo o la formación de personal auxiliar a quienes se delegan ciertas funciones del oftalmólogo (12).

Estudios de la capacidad resolutiva, por la visión objetiva que nos dan de la demanda y de su manejo según los niveles, debería

permitir enderezar algunas ideas recibidas que, por generalizadas que sean, son sin embargo discutibles: la opinión generalizada en Occidente que sólo un especialista del más alto nivel puede atender trastornos del ojo, es una de ellas.

En fin, la comparación de los cuadros 14 y 15 muestra que la morbilidad derivada por el CGR al hospital terciario es un tipo diferente de la morbilidad derivada al hospital rural. Eso traduce la apreciación que el mé-

Cuadro 16 Consultorio Adosado General
Referencia según Morbilidad y
Establecimiento de destino
Referidos a Hospital D.

MORBILIDAD	Nº CASOS ATENDIDOS	Nº CASOS DERIVADOS	FRECUENCIA RELATIVA
1. Traumatismos y Envenenamientos	883	63	20%
2. Enfermedades Aparato Digestivo	860	61	19%
3. Enf. Aparato Respiratorio Inferior	1.130	38	12%
4. Complic. Embarazo, Parto y Puerperio	155	30	9%
5. Enfermedades Aparato Genito Urinario	392	17	5%
6. Otras Enfermedades Piel y Tejido.	822	16	5%
7. Otros	3.848	94	30%
TOTAL	8.090	319	100%

Cuadro 17 Consultorio Adosado General Referencia según Morbilidad y Establecimiento de destino Referidos al Nivel Terciario			
MORBILIDAD	Nº CASOS ATENDIDOS	Nº CASOS REFERIDOS	FRECUENCIA RELATIVA
1. Enfermedades del ojo	181	33	30%
2. Enfermedades Aparato Digestivo	860	19	17%
3. Enfermedades Sistema Osteo Muscular	485	15	14%
4. Enfermedades Aparato Genito Urinario	392	10	9%
5. Enf. Aparato Respiratorio Superior	691	7	6%
6. Diabetes y Enfermedades Endocrinas	124	6	5%
7. Otros	5.357	21	19%
TOTAL	8.090	111	100%

dicto tiene de la capacidad resolutive respectiva de ambos establecimientos y en particular permite delinear la capacidad resolutive del hospital rural tal como lo perciben los médicos que refieren.

De la misma manera, los cuadros 16 y 17 permiten comparar el uso respectivo que los médicos del consultorio adosado hacen del hospital rural y del nivel terciario.

Existe una cierta concordancia entre las actitudes de los médicos de ambos consultorios hacia la referencia, y que se puede resumir de la manera siguiente: ciertas enfermedades se derivan al nivel terciario y raramente al hospital rural (enfermedades del ojo, del sistema osteomuscular, diabetes). Otras enfermedades se derivan al hospital de baja complejidad y raramente al nivel terciario (enfermedades del aparato respiratorio inferior, de la piel y tejido subcutáneo). En fin, un grupo de enfermedades está derivado a uno y otro hospital según la complejidad del caso (enfermedades aparato digestivo y del aparato genito-urinario, traumatismos).

La delimitación de la capacidad resolutive de los establecimientos se precisa con el estudio de la referencia según el motivo y según la morbilidad que presentamos a continuación.

4.4. Referencia según el motivo y según la morbilidad.

El cuadro 18 muestra la distribución de los casos referidos según los 5 posibles motivos de referencia que hemos identificado

- 1) El paciente necesita la atención de un médico especialista.
- 2) El caso necesita recursos diagnósticos que no están disponibles a este nivel.
- 3) El caso necesita recursos terapéuticos que no están disponibles a este nivel.
- 4) El paciente solicita su referencia.
- 5) Las normas del Ministerio lo exigen.

No deja de sorprender la frecuencia con que médicos del nivel primario, que se supone subequipado tanto para el diagnóstico como para el tratamiento, invocan, para justificar sus referencias, la necesidad de una atención por un médico más especializado. Este hallazgo merece confirmación por medio de estudios más amplios pero debe hacer reconsiderar la hipótesis frecuentemente emitida que, mediante el equipamiento más complejo de los centros de nivel primario, se podría resolver muchos casos actualmente derivados a niveles de complejidad superior.

Un equipamiento más completo, tanto

Cuadro 18 Consultorio Adosado General Referencia según el motivo																
Nº CASOS ATENDIDOS	Nº CASOS REFERIDOS															
4314	211															
	<table style="border: none; width: 100%;"> <tr> <td style="border: none; padding-right: 10px;">62:</td> <td style="border: none;">Sin otra indicación</td> <td style="border: none; padding-left: 20px;">60% motivo 1</td> </tr> <tr> <td style="border: none; padding-right: 10px;">149:</td> <td style="border: none;">Con indicación de uno o varios motivos</td> <td style="border: none; padding-left: 20px;">26% motivo 2</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"></td> <td style="border: none;"></td> <td style="border: none; padding-left: 20px;">12% motivo 3</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"></td> <td style="border: none;"></td> <td style="border: none; padding-left: 20px;">1% motivo 4</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"></td> <td style="border: none;"></td> <td style="border: none; padding-left: 20px;">2% motivo 5</td> </tr> </table>	62:	Sin otra indicación	60% motivo 1	149:	Con indicación de uno o varios motivos	26% motivo 2			12% motivo 3			1% motivo 4			2% motivo 5
62:	Sin otra indicación	60% motivo 1														
149:	Con indicación de uno o varios motivos	26% motivo 2														
		12% motivo 3														
		1% motivo 4														
		2% motivo 5														

para el diagnóstico, como para el tratamiento no resolvería sólo el problema de esos 60% de referencia motivada por la necesidad de conocimientos especializados.

CONCLUSIONES: (2da. parte)

3. El perfil de la morbilidad atendida es diferente en los 3 tipos de establecimientos y puede ser influenciado por factores epidemiológicos (sarna y pediculosis más frecuentes en áreas muy rurales) pero también por la percepción que tienen los pacientes en cuanto al tipo de establecimiento que puede resolver mejor sus problemas (alta frecuencia de los traumatismos y enfermedades del aparato digestivo en el consultorio general adosado).
4. El 6% al 8% de la morbilidad atendida en los establecimientos del estudio ha sido derivado. Desde la posta, los pacientes son casi siempre derivados al hospital-rural, o a su consultorio adosado. Los consultorios derivan ambos a nivel terciario y al hospital rural, pero **nunca** al nivel secundario, sin que haya razones logística para explicarlo. La subutilización del nivel secundario es preocupante por razones funcionales y económicas.
5. El estudio del perfil de la morbilidad derivada varía según el establecimiento de destino al cual se refiere el paciente, señalando así mismo la percepción que el médico tiene de la capacidad

resolutiva respectiva de los establecimientos.

6. El principal motivo de la referencia es la falta de conocimientos especializados del médico, siendo 2 veces más frecuente este motivo que el 2º, o sea, la falta de servicios de apoyo y 5 veces más frecuente que el 3er., o sea la falta de recursos terapéuticos.
7. Sobre la base de conceptos universales hemos desarrollado una metodología sencilla que permite analizar la capacidad resolutiva de la morbilidad de 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 por niveles en su área de jurisdicción. Ampliado a otros niveles y complicada según las necesidades, esta metodología puede revelarse en un instrumento de diagnóstico eficaz del manejo de la atención de salud en un área dada y una herramienta poderosa para la planificación y organización de un sistema de salud.

RESUMEN

En este artículo, continuación del anterior, se presenta el patrón de la morbilidad atendida en estos establecimientos rurales.

Se estudia la morbilidad transferida a niveles de

atención más complejas según los diagnósticos, el establecimiento de destinación y las causas.

La metodología empleada ha permitido detectar ciertos defectos en la conducción eficaz de las atenciones de salud en el sector considerado, y puede constituir un poderoso instrumento en la planificación-organización de un sistema de salud.

Dada su sencillez, su costo moderado y su pertinencia, se recomienda su utilización a otros niveles del sistema.

SUMMARY

This paper, a pursuit of the preceding published in this same edition, considers the pattern of morbidity observed in these rural centers.

The morbidity transferred to more complex levels of cares, is studied accordingly to diagnosis, the establishments of destination and the motives of transference.

The methodology utilized has rendered possible the detection of some defects in the efficacious conveyance of health care at the sector considered, and constitute a powerful instrument for planning-organisation of a health system.

Taking into account its simplicity, modest cost and pertinancy, its utilization is also recommended for other levels of the system.

RESUME

Dans cet article, continuation de l'antérieur publié dans cette même édition, on présente le patron de la morbidité observée dans ces établissements ruraux.

On étudie la morbidité transférée a des niveaux de soins plus complexes, d'après les diagnostics, l'établissement de destination et la cause.

La méthodologie employée a permis déceler certains défauts dans la conduction efficace des soins de santé dans le secteur considéré, et peut

devenir un instrument puissant de la planification-organisation d'un système de santé.

Etant donnée sa simplicité, son court modéré et sa pertinence, son emploi est aussi conseillé dans d'autres niveaux du système.

BIBLIOGRAFIA

1. SIMEANT S. J.: Estudio de la Capacidad Resolutiva de la Demanda en Atención de Morbilidad a Nivel Primario (Area Urbana). Sometido a Rev. Méd. Chile, junio, 1983 para su publicación.
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, Ernesto y KAEMPFER, Ana María: Morbilidad y Atención Médica en Santiago. Rev. Méd. Chile 107:155, 1979.
5. MEDINA, Ernesto y KAEMPFER, Ana María: Características de la Atención de Salud en el Gran Santiago. Rev. Méd. Chile, 108:937, 1980.
6. MCNERNEY W E RIEDEL D.: Regionalización and rural health care. The University of Michigan, Ann Arbor, 1962, p. 160.
7. LLEWELYN-DAVIES R. E' MACAULAY, H.: Organization and Administration of Hospitales. Who Monograph Nº54, WHO Geneva, 1969, p. 18.
8. RODRIGUEZ 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 A 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, 1977, p. 91.
12. PIACHAUD D y WEALE R: Antojos para el Tercer Mundo. Salud Mundial, Julio 1981 p. 20.