

ATENCIÓN MÉDICA

Análisis y consideraciones sobre consultorio externo del servicio medicina. Hospital Rancagua Año 1971⁴

(BASADOS EN EL NIVEL Y ESTRUCTURA DE SUS CONSULTAS)

JUAN CHIORRINI ALVETI¹
ENRIQUE ESPINOSA SOTO²
LUCY NOVAJAS URZUA³

La atención Médica Externa, tanto en los Consultorios Periféricos como en los Servicios de Urgencia, ha tenido en este último tiempo un aumento tan considerable que se le ha catalogado, con toda justicia, como de crecimiento explosivo. El número de consultas solicitadas no tiene precedentes, y esta demanda, en agudo crecimiento, no ha podido ser satisfecha por las autoridades del Servicio Nacional de Salud por la disponibilidad limitada y reducida de medios ya que no es posible satisfacer a corto plazo su aumento. Por tanto obliga a un mejor aprovechamiento de lo que se tiene en uso.

En estas circunstancias, sólo con la participación entusiasta, ordenada, decidida y eficiente de todos los que trabajan en Salud, con el apoyo integral de la comunidad, entregando como grupo su aporte, se podrá mejorar la atención Médica Externa, de acuerdo a las características de cada zona.

El crecimiento de la atención Médica Externa del Servicio Nacional de Salud, que era de más o menos 1,3% en los últimos diez años, ha aumentado en un 14,7% en el primer semestre de 1971, en comparación con el primer semestre del año 1970. Júzguese el esfuerzo in-

El problema de la atención médica en los Consultorios Periféricos constituye una de las tareas fundamentales que debe enfrentar el Servicio Nacional de Salud en el presente.

El aumento de consultas solicitadas no ha podido ser satisfecho. En estas circunstancias, deberá hacerse un diagnóstico exacto de la situación e introducir medidas de orden técnico-administrativo que permitan mejorar la administración de esos establecimientos, aumentando la cantidad y calidad de los servicios prestados.

En el presente trabajo se anota una serie de medidas que sometemos a la consideración de los lectores.

menso que ha debido sufrir tanto el personal Médico y colaboradores como las autoridades Administrativas.

En 1968, el 61% de la población era cubierto por los Consultorios del Servicio Nacional de Salud y a pesar de que en los últimos semestres la Ley de Medicina Curativa para Empleados ha absorbido la casi totalidad de Empleados Públicos y Particulares que eran atendidos por el Servicio Nacional de Salud, las atenciones de este Servicio, en Consultorios Externos, ha crecido al 70%; es decir, 7 de cada 10 habitantes se atienden a este nivel porque tanto los sin previsión como los beneficiarios del Servicio ejercen más conscientemente sus derechos.

Al tabular las cifras del universo de consultas en los primeros semestres de los años 1970

¹ Ex Jefe Servicio de Cirugía Hospital de Rancagua. Ex Jefe Sanitario Provincial de O'Higgins. Actual Médico Jefe Subrogante Servicio Medicina.

² Of. Estadístico gr. 6º/5º Hosp. Rancagua.

³ Secretaria Servicio Medicina Hospital Rancagua.

⁴ Trabajo presentado a la Reunión Clínica Administrativa del día sábado 25 de marzo de 1971. Servicio de Medicina del Hospital Regional de Rancagua.

y 1971, correspondientes al Servicio Nacional de Salud, in toto, llama la atención el gran crecimiento de las atenciones de Urgencia, las que tuvieron un 33,3% de aumento, contra un 17,1% en niños, 8,4% en adultos y un 3,8% en atenciones maternas. Este aumento se interpreta como una concordancia de ser los Servicios de Urgencia los únicos que prestan atenciones Médicas durante las 24 horas del día y tener la cualidad de que los enfermos nunca se rechazan y no tienen las limitaciones de horario ni postergaciones de atención.

Debemos destacar que la atención Médica Externa hasta hace muy poco tiempo en Chile era muy insatisfactoria. Se ha podido establecer que la demanda sentida de la población fue de 4,2 consultas al año y que sólo la recibían 2,1 de los habitantes, es decir, se satisfacía sólo el 50%. En el Servicio Nacional de Salud este porcentaje baja al 40% ya que de las 4,2 consultas sentidas, el Servicio sólo satisfacía 1,7 consultas al año.

De todo esto se deduce que para poder entregar una Medicina igualitaria, universal, integral y más humana como es la meta del Supremo Gobierno y del Colegio Médico, se requiere la acción conjunta de varios factores, entre los cuales citaremos los principales: La cooperación de toda la comunidad; más recursos de técnicos: auxiliares, enfermeras, dentistas, médicos, etc.; más y mejores materiales adecuados y modernos; y, sobre todo, un esfuerzo común y consciente de todos para que la Salud sea un día un derecho universal de los habitantes y para que el Estado se la preserve o recupere.

En el programa de atención Médica Externa del Servicio Nacional de Salud, conocido ya a diferentes niveles, se contemplan una serie de medidas que han sido ampliamente discutidas por las Zonas y Directores de Servicio por una parte y por el Colegio Médico de Chile, por otra, para coordinar esfuerzos y, además, con el plausible fin de perfeccionar su aplicación e interesar a todos en la feliz y fructífera labor que se emprende en bien de la Salud total de los habitantes de la República.

¿Cómo mejorar en calidad y cantidad la atención Médica Externa? Para nosotros, es fundamental que unánimemente nos sintamos comprometidos para que el niño, la madre, el joven, el hombre y el anciano, el trabajador industrial, agrícola y mineros y todos por igual, tengan un trato deferente, amable y eficaz, que se traduzca al mismo tiempo en atención capaz y afable.

Antes de analizar, aunque sucintamente, las medidas que deben ponerse en práctica para mejorar la atención Externa, veamos el nivel

y estructura del año 1971 correspondiente a nuestro Policlínico del Hospital de Rancagua, en lo concerniente al Consultorio Externo de Medicina y consultas generales, que son las que dependen de nuestro Servicio de Medicina.

Dejo constancia que ya el Dr. Mario Rojas, actual Director del Hospital, hizo un estudio correspondiente al primer semestre del año 1969, el que nos dio a conocer en una Reunión Clínica el año pasado y que nos ha servido de guía y ejemplo para desarrollar esta parte del trabajo que presentamos hoy a la consideración de nuestro colega en esta Reunión Clínica Administrativa de rutina.

Si consideramos que el nivel de salud se visualiza a través de la mortalidad, egresos y consultas médicas, se puede concluir que la labor de las atenciones intrahospitalarias se tabula en forma adecuada con la información estadística que tiene el Servicio en buen funcionamiento. No sucede lo mismo para vincularse sobre su eficiencia en los Consultorios Externos, de los cuales sólo se conocen el volumen y distribución por Servicio. Por esto, la Oficina de Planeamiento dictó instrucciones para el muestreo de las Consultas Médicas otorgadas en un período determinado con el objeto de conocer los diagnósticos y edades de los consultantes.

La hoja diaria de Atención Médica es la principal fuente de información para este análisis, ya que todos los días, cada médico debe llenar los datos que registran: nombre del establecimiento, Servicio a que pertenece, fecha, nombre del médico, horas asignadas al trabajo externo, número de la historia clínica, edad del consultante, morbilidad, diagnóstico y firma.

El Servicio Nacional de Salud, para conocer el nivel de salud en la comunidad, ha recomendado la aplicación standard de una metódica de muestreo que representa el universo existente —se considera universo al total de las fichas— estableciendo las fracciones de muestra de un 100% en un universo de 500, y de 2% en un universo de más de 50.000.

En el caso de este estudio, sobre el Consultorio Externo del Hospital de Rancagua, el total de consultas dadas por los médicos en el año 1971, del 1º de enero al 31 de diciembre, es de 23.189, correspondiendo entonces, una fracción de 10%, o sea, uno por cada 10. Para iniciar el registro de la consulta médica diaria del período en estudio, siendo la fracción de 10%, había que elegir entre las consultas del 1 al 10 y hacer un sorteo entre estos números, estableciéndose en este caso, el número 8.

Está admitido uniformemente por el Servicio Nacional de Salud que en caso de estar anotado más de un diagnóstico, entre una afección

aguda y una crónica, preferir la aguda; entre una afección entérica y una afección no entérica, anotar la entérica; entre varios diagnósticos anotar el de la enfermedad que el criterio del médico considere más trascendente; es decir, aquel daño sobre el cual es posible actuar con mayor éxito, cosa que constatamos es excepcional. Casos ilegibles tuvimos varios, a pesar de consultar a los médicos. Con anotaciones de control hubo muchos casos, y casi todos se refieren a epilepsia y diabetes. En estudio hubo varios casos anotados. Sin diagnóstico no aparecieron en la tabulación.

En edad y morbilidad, datos importantes de esclarecer la estadística es más o menos ajustada a la realidad, ya que los casos que no se especifican en cuanto a edad son muy pocos y la morbilidad, en relación a consultas nuevas y repetidas, están prácticamente todas anotadas. Sin embargo, pensamos que las instrucciones establecidas por el Servicio Nacional de Salud en cuanto a concentración no están claramente comprendidas por todos los Médicos y que, por esta causa, no reflejan con exactitud si son nuevas o repetidas. De aquí que hemos estimado conveniente explicitar las instrucciones al respecto, a pesar de que ya lo hizo el Dr. Rojas el año pasado: Se considera "nueva consulta" todo primer diagnóstico dentro del año calendario, aunque se trate de enfermedades crónicas de años anteriores. También es nueva consulta todo diagnóstico similar hecho en un plazo superior al de la evolución de la enfermedad, como un nuevo cuadro clínico y no un episodio de la misma enfermedad. El ejemplo típico lo da al neumonía que tiene una evolución de tiempo bien determinada, y si hemos visto a un enfermo con neumonía hace cuatro meses y de nuevo tiene otra neumonía pasado ese lapso, debe anotarse como consulta nueva.

A la inversa, un cirrótico visto anteriormente, consulta dos, tres, cinco meses después, es una "consulta repetida", ya que son episodios de una misma enfermedad.

A continuación se analizará el diagnóstico, nivel y estructura de las consultas por grupos de edades y daños, que se tabularon en nuestro Consultorio Externo en 1971.

Nos referiremos ahora a las relaciones entre diagnóstico, nivel y estructura de las primeras consultas y de las consultas repetidas correspondientes a 1971.

De 1.319 consultas de muestreo, el grupo de 15 a 44 años suman 1.256, abarcando por consiguiente más del 50% de las consultas, exactamente el 54,16%, seguido por el grupo de

45 a 64 años, con 656 casos que corresponden a un 28,28% y el de 65 años y más con 263, es decir, un 11,34%.

De los grupos de edad pasemos y digamos algo sobre los daños; éstos fueron agrupados en 39 grupos, siendo el más numeroso el de las enfermedades del aparato circulatorio, con un total de 186 casos, que corresponden a un 12,33%; sigue en importancia numérica el grupo de neurosis con 264 y un 11,38%. Las enfermedades del aparato respiratorio y las digestivas nos dieron 172 casos cada una, es decir, 7,40%.

Parece sorprendente que en el muestreo del total del año, cirrosis hepática sólo figura con 7 casos, es decir, sólo un 0,30%. Para explicar este bajo porcentaje tendríamos que admitir que el cirrótico en su inmensa mayoría no vuelve a control de Policlínico y cuando regresa al Hospital ingresa por Guardia, en Urgencia, ya sea con hemorragia digestiva, pre-coma o encefalitis.

La primera conclusión que se tabula es que las nuevas consultas suman: 1.291 de un muestreo de 2.319, lo que representa un 55,67%, quedando en consecuencia un 44,33% de consultas repetidas, es decir, 1.028, del total del muestreo.

De esto se deduce que seguramente no ha habido un concepto claro por parte de los Médicos tratantes en la discriminación entre las consultas nuevas y repetidas, porque dado el número de citaciones y controles, las repetidas debieran tener un porcentaje superior a las nuevas. Por ejemplo, llama la atención que el rubro que involucra las artritis, que sabemos siempre tiene un alto porcentaje de controles, figura en el cuadro con un leve aumento sobre las consultas repetidas. Por otra parte, un gran porcentaje de enfermos consulta una y otra vez por enfermedades a veces banales.

Cada uno de los 39 grupos se clasificaron en el cuadro por grupos de edad y en primeras, repetidas y totales; por lo que es fácil y rápidamente se puede formar concepto en este nivel, sin necesidad de analizarlas individualmente.

Es interesante que veamos el cuadro siguiente, en que se codifica de acuerdo a la lista de daños por grupos diagnósticos.

Por el momento hemos analizado sólo seis grupos: diabetes, epilepsia, tiroides, psicósomáticas, aparato circulatorio y digestivo, que se resumen en el cuadro que va a continuación.

**ANALISIS DE SEIS GRUPOS MAS IMPORTANTES POR CONSULTAS
PRIMERAS REPETIDAS**

GRUPOS DE DAÑOS	PRIMERAS	REPETIDAS	TOTAL	PORCENTAJE
Diabetes	22	78	100	4,3%
Epilepsia	23	42	65	2,8%
Tiroideas	14	13	27	1,2%
Psicosomáticas y neurosis	237	146	375	16,1%
Aparato Circulatorio	104	184	288	12,3%
Aparato Digestivo	155	91	246	10,6%

La diabetes nos dio un 4,3%, con un número de 100, entre primeras consultas y repetidas de 2.319 del muestreo.

La epilepsia tiene un porcentaje de 2,8% representado por 65 consultas.

Las enfermedades tiroideas se tabularon en 27 casos los que correspondieron a un 1,2% del muestreo.

Las psicosomáticas, y neurosis fueron las de más alto porcentaje con un número de 375 consultas con un 16,1%.

Las del aparato circulatorio con 288 casos representan un 12,3% y las del aparato digestivo con 246 casos y un 10,6%.

CONSIDERACIONES GENERALES.

Las medidas a poner en práctica durante este año 1972, para mejorar la atención Médica Externa, de acuerdo a las instrucciones propuestas por el Servicio Nacional de Salud, pueden resumirse en:

1. Medidas para mejorar la actitud funcionaria.
2. Medidas para mejorar la administración de los Consultorios Externos.
3. Medidas para aumentar la cantidad y el rendimiento del personal.

Estas tres medidas, unidas a un suplemento de recursos y mejores y más locales, debe dar los frutos esperados a corto plazo.

1. Sin lugar a dudas que es básico para regular la atención y actitud funcionaria que todos los que trabajan en un Consultorio Externo propendan a ser más disciplinados, responsables, humanos y eficientes; y en esto tiene un rol importante la autocritica y la observación de la comunidad por medio de integrantes responsables, idóneos y ecuanimes de los Consejos Paritarios que pueden organizar e impulsar la participación de la población en la ayuda positiva de bien común.

La mejoría de la eficiencia debe ser discutida en grupos y en forma periódica: como mejorar las relaciones con el público, como aumentar el rendimiento, en que forma se puede ahorrar material y como se debe aprovechar mejor el tiempo.

2. ¿Cómo perfeccionar la administración de los Consultorios Externos?

Indiscutiblemente que la mayoría de estas medidas son de alto nivel y el Departamento Técnico del Servicio Nacional de Salud, se ha preocupado de analizarlas y dar las normas generales para racionalizar y adecuar la administración, correspondiéndonos a nosotros promover, impulsar y evaluar este cuerpo de normas.

En el Consultorio Externo del Hospital de Rancagua, nos preocupa personalmente, antes de nada, la absorción de todas las consultas externas hasta llegar a un límite que no se presenten rechazos, desideratum, que practicamente

lo alcanzamos en la mayoría de los días de trabajo normal; es decir, cuando el personal, especialmente médicos, no está con licencias y el equipo trabajando completo.

Al lado de esta aspiración, casi satisfecha, de que no haya rechazos, hemos puesto en práctica la extensión del horario en Policlínicos. Los horarios habituales son: 8.30 horas a 12.30 horas y de 14.30 a 16.30 horas. Se han extendido cubriéndose el intervalo de 13 horas a 14.30 horas y prolongándose la atención hasta las 18 horas en un esfuerzo por dar atención continua todo el día.

Nos gustaría tener un Consultorio Externo que cubriera todas las horas del día, incluyendo los sábados y si fuera posible un turno los festivos, porque los enfermos no pueden hacer diferencias en días lunes y martes o de sábados y festivos. Naturalmente —y lo comprendemos— que en este momento es utópico realizarlo por muchas razones entre las cuales no pueden estar ausentes: Leyes que permiten restringir el trabajo a cinco días, con compensaciones horarias, aprovechadas por la mayoría del personal paramédico y no por los médicos; clima apropiado; acostumbamiento educativo; etc.

3. Una tercera aspiración es aumentar el rendimiento personal profesional. Se ha afirmado que es un error técnico y legal fijar un número determinado de atenciones en el tiempo contratado, porque el número depende de la complejidad del paciente, ya que un día pueden tocar casos de patología sencilla que se absorben en corto tiempo y otros días acumularse varios enfermos muy complejos que no bastarían las horas contratadas para su atención. Mucho se ha criticado que los médicos de Consultorio Externo se apresuran demasiado para cumplir su cuota y retirarse sin cumplir su horario. Nosotros pensamos que a medida que se progresa en la igualación de la calidad médica, tan diferente entre la atención de Sala y Consultorio y ésta llegue al rango que se desea implantar, junto con la mejor calidad y comodidad del Consultorio, con prioridad de equipamiento, evaluación más justa sobre el sacrificio de trabajo periférico y externo y otras causales de diferenciaciones, los médicos y el personal

auxiliar tomarán más interés en el estudio de todos los casos y el tiempo llegará a ser estrecho para la atención del cuoteo, ahora tan criticado y poco comprendido.

ALGUNAS CONCLUSIONES:

Muchas e importantes conclusiones pueden deducirse del estudio de Nivel y Estructura del Consultorio Externo del Servicio de Medicina del Hospital Regional de Rancagua, correspondiente al año 1971, ya que se siguió en todo las instrucciones técnicas de muestreo recomendadas por la Superioridad Administrativa del Servicio Nacional de Salud.

Fundamental es que la Hoja Diaria de atención del médico sea confeccionada con mucha atención para que las conclusiones que se deduzcan sean realmente ciertas, ya que constituyen la principal fuente de datos y antecedentes.

El nombramiento de un Jefe de Consultorio Externo, en forma oficial, previo Concurso, es indispensable para un funcionamiento correcto, eficiente y en consonancia con la orientación que se desea alcanzar en breve plazo.

Funcionamiento de los días sábados, a media jornada, mientras es posible una mayor extensión.

Auditoría mensual sobre el rendimiento, correlación estadística y mejor aprovechamiento de los recursos actuales.

Nombramiento de un médico clasificador, de choque o distribuidor de enfermos y extensión del horario de atenciones por sobre las 18 horas que absorben la masa laboral en sus horas desocupadas.

BIBLIOGRAFIA

1. Carrasco Tapia, R. Diagnóstico del Nivel de Salud de las provincias de O'Higgins y Colchagua.
2. SNS. Gen. Oficina de Planeamiento. Instrucciones para el Muestreo de las Consultas Médicas. 1966.
3. Nivel y Estructura de las Consultas del Servicio de Medicina del Hospital Regional de Rancagua. Primer semestre del año 1969. Dr. Mario Rojas Castro.
4. Decreto 602. Crea Consejos Locales de Salud.
5. Análisis de las medidas propiciadas por la Dirección General de Salud para la organización de los Consultorios Externos.