

# Perfil de Demanda, Frecuentación y Pertinencia de las Consultas en una Unidad de Emergencia Hospitalaria por Parte de la Comunidad de Rinconada de Los Andes

**Dr. Flavio Zepeda L.**

*Médico de Familia*  
Centro de Salud Rinconada

Correspondencia:  
flavio\_zepeda@yahoo.es

## RESUMEN

**Introducción:** Las consultas a las Unidades de Emergencia Hospitalaria (UEH) constituyen un elemento de evaluación de los servicios de salud, particularmente de los del nivel primario por lo que resulta central conocer los perfiles de consultas en estos centros por parte de poblaciones definidas. El tema ha ido adquiriendo importancia en la medida en que se van incorporando indicadores de productividad del nivel primario asociado a este ítem. **Objetivos:** Efectuar una descripción del perfil de demanda de la población de la comuna de Rinconada durante el año 2004, establecer una metodología de aproximación a la policonsulta y a la pertinencia de las consultas de urgencias efectuadas en el período. **Material y Método:** Los datos fueron obtenidos de la aplicación informática Intranet del Servicio de Salud Aconcagua efectuando una descripción de la demanda, una

definición de policonsulta acorde el porcentaje de consultas según el quintil de consultantes, y una aproximación a la pertinencia definida. **Resultados:** Se analizaron 7.800 consultas, de las cuales el 56% correspondió a mujeres y el 44% a hombres, la tasa de consulta global fue de 1,22 y por grupo de edad fue de 4,3 en el grupo de menores de 1 año, bajando progresivamente hasta llegar a 1,0 en el grupo de más de 65 años. El 76% de las consultas se efectuó en el horario de funcionamiento del Centro de Salud. La categoría diagnóstica más común correspondió a afecciones respiratorias (29,6%) seguida de trauma y envenenamientos (17,4%). Respecto a la policonsulta el 5% de los consultantes efectuó el 20% de las consultas. Respecto a la pertinencia, ésta se ubicó en torno al 5%. **Conclusión y discusión:** La distribución de las consultas es asimétrica, y de baja pertinencia (la no pertinencia ronda el 95% de las consultas) independiente de cualquier variable considerada. Es razonable plantearnos un déficit en la oferta de servicios médicos, pero también una cultura de los usuarios que valora exageradamente la "atención ahora". La consolidación del Modelo de Salud Familiar a través de un incremento en la cantidad y calidad de servicios médicos es una solución posible para la sobredemanda de servicios asistenciales en Unidades de Emergencia Hospitalarias.

**Palabras claves:** policonsulta, pertinencia en consultas, atención primaria de salud.

## INTRODUCCIÓN

El uso desmedido de las Unidades de Emergencia Hospitalaria (UEH) por parte de la población ha sido motivo de amplio debate y ha requerido incluso ser incorporado en sistemas que buscan medir el desempeño del nivel primario de atención y de la Red Asistencial en su conjunto a través de la introducción del Índice de Actividad de la APS<sup>1</sup> y Compromisos de Gestión<sup>2</sup>.

El establecimiento de líneas base resulta fundamental para el estudio de este fenómeno y la evaluación de las soluciones que se adopten. Para el análisis de los datos es fundamental definir desde se efectúa la mirada, si desde el hospital (análisis de las consultas totales), o desde el ámbito poblacional (análisis desde los Centros de Salud)<sup>3</sup>. Este segundo enfoque de análisis resulta extremadamente útil en el contexto de establecimientos que operan con población a cargo en el marco de la aplicación del Modelo de Salud Familiar como establece la reforma sanitaria en curso, permitiendo efectuar evaluaciones de posibles intervenciones que se definan.

Para establecer un perfil de demanda se recurre a indicadores tales como la tasa de consulta (TC) la cual corresponde al número de veces que en promedio consulta una población en alguna unidad asistencial o eventualmente en más de una en una unidad de tiempo. Según González Dagnino una tasa de consulta aceptable debe rondar en torno a 3 a 4

## ARTÍCULO ORIGINAL

consultas por habitante al año. Sin embargo, la capacidad de oferta de nuestros sistemas de atención primaria presenta una tasa de consulta bastante inferior, llegando en el mejor de los casos a 2 consultas por habitante año. Por otro lado, al desmenuzar el dato de TC global se aprecia que esta no es homogénea, ni por consultantes ni por grupos de edad. Es así que en la literatura se señala la población infantil como la principal consumidora de servicios asistenciales, especialmente de causa respiratoria<sup>4</sup>.

Al analizar la asimetría en el acceso a servicios asistenciales hacemos referencia a la policonsulta, es decir, el volumen dispar en que los individuos hacen uso de los servicios asistenciales; entre las diversas causales de ésta condición encontramos factores tales como la edad de los pacientes y la comorbilidad lo cual es una expresión de la capacidad de respuesta que presenta el Nivel Secundario particularmente en lo relativo a compensación de pacientes crónicos con afecciones avanzadas<sup>5</sup>.

La pertinencia en la consulta es una relación entre el tipo de cuadro por el cual se consulta, el cual traduce en última instancia un diagnóstico médico, y el tipo de establecimiento al cual se acude para la obtención de la prestación, el cual es determinado por la función inherente al establecimiento de consulta.

Las Unidades de Emergencia Hospitalaria tipo 2 están orientadas a dar respuesta a demandas asistenciales determinadas por emergencias médicas. Se entiende por Emergencia Médica (EM) a la "Atención de Salud no postergable definida por el equipo médico a partir de criterios clínicos". Como se desprende de la definición su construcción está determinada por criterios estrictamente clínicos, determinados por facultativos, los cuales además de ser positivos, estar presentes como entidad nosológica deben ser médicamente "graves".

La población presenta su propia subjetividad en relación a la perentoriedad de la atención solicitada. Por otro lado, en el caso de alta perentoriedad percibida hablamos de Urgencia Médica (UE) entendida esta como la "aparición fortuita de un problema de etiología diversa y que genera la vivencia de necesidad inmediata de atención médica". Esta definición cargada de subjetividad es de difícil manejo por los sistemas de salud<sup>6</sup>.

De lo anterior podemos desprender que la falta de pertinencia de las consultas en las Unidades de Emergencia está basada en una percepción de alta perentoriedad por parte de la gente, que contrasta con la ausencia de una amenaza objetiva para la vida de los pacientes según definiciones del mundo médico, y que los hace concurrir a establecimientos con misiones disímiles<sup>7,8</sup>.

La comunidad utilizada para el estudio corresponde a la comuna de Rinconada de Los Andes, la cual cuenta con una población usuaria INE de 6.635 habitantes y una población inscrita validada a Octubre del año 2003 de 6.405 personas. Presenta un porcentaje de ruralidad del 21,5%, es decir, presenta un nivel de dispersión de su población más bien moderado. El índice de vejez se ubica entre los más altos de la provincia. Respecto al nivel de pobreza según información del SINIM (Sistema Nacional de Indicadores Municipales) alcanza un 29,52% de pobreza, con una indigencia que llega al 7,36%.

La comuna cuenta con un establecimiento de atención primaria de administración municipal sin otros prestadores sanitarios, tanto públicos como privados. Como unidad de descarga principal de la demanda asistencial se cuenta con la Unidad de Emergencia Hospitalaria del Hospital San Juan de Dios de Los Andes (UEHLA) el cual a su vez actúa como centro de referencia para las patologías de mayor complejidad en la provincia.

## OBJETIVOS

1. Caracterizar la demanda de consultas en la Unidad de Emergencia Hospitalaria del Hospital de Los Andes de los habitantes de Rinconada de Los Andes durante el año 2004.
2. Proponer un sistema de medición de la policonsulta a través del uso de quintiles (o deciles) de consultas por consultante.
3. Establecer posibles variables que determinan la pertinencia (o no) en la consulta a las UEH.

## MATERIAL Y MÉTODO

El diseño del trabajo correspondió a un estudio observacional, descriptivo.

Los datos utilizados en el presente trabajo fueron obtenidos del Departamento de Informática del Servicio de Salud Aconcagua y vaciados en una planilla Excel 2003 incorporándose los siguientes datos:

- 1 Fecha de consulta en UEH t2.
- 2 RUT del paciente.
- 3 Nombre del paciente.
- 4 Edad y Sexo del paciente.
- 5 Dirección particular.
- 6 Código Diagnóstico (CIE 10).
- 7 Horario de atención médica.
- 8 Destino post consulta.
- 9 Previsión.

## Perfil de demanda:

Para la construcción del perfil de demanda se utilizaron las siguientes variables:

1. *Indicadores Demográficos Sociales:*  
Nº total de Consultas del año según:
  - 1 Sexo
  - 2 Grupos de Edad:
    - Menor de 1 año.
    - 5 a 9 años
    - 1 a 4 años

- 10 a 14 años
  - 15 a 19 años
  - 20 a 64 años
  - Mayor de 65 años
- 3 Tasas de Consulta por Grupos de Edad
- Se define como la razón entre las consultas por grupos de edad efectuadas en un período dado y la población usuaria INE correspondiente a una determinada comuna lo que permite territorializar la demanda.
- 4 Situación Previsional.
- Fonasa tramos A-B-C-D.
  - Isapre
  - Convenios.
  - Particulares.
  - Sin información.

2. *Medición del Momento de la consulta*

Distribución de las consultas según:

1 Horario de atención

- 0:00 a 7:59
- 8:00 a 16:59
- 17:00 a 19:59
- 20:00 a 23:59
- ♦ Día de la semana.
  - Autoexplicativo.
- ♦ Mes del año.
  - Autoexplicativo.

3. *Conocimiento de las categorías diagnósticas de las consultas.*

En este apartado se analiza la distribución de consultas según categorías diagnósticas definidas en el Código Internacional de Enfermedades en 10ª Versión (CIE 10). Por un tema metodológico se han efectuado los siguientes ajustes, traumas y envenenamientos han sido unidos presentándose en un número único las categorías S, T, V, W, X, e Y, las categorías vinculadas a afecciones infecciosas y parasitarias (a, B) han sido unidas al igual que las afecciones tumorales (C, D).

*De la policonsulta:*

Entendemos por quintiles la agrupación de consultantes en grupos de 20% de consultas.

El proceso sigue las siguientes etapas:

1. Identificación de consultantes por unidad territorial).
2. Establecimiento del número de consultas por consultante.
3. Ordenamiento de los consultantes de mayor a menor número de consultas por unidad de tiempo.
4. Definición del número de consultantes por quintiles de consultas, el cual además se expresa en términos porcentuales.

*Sobre la pertinencia:*

Para establecer la pertinencia de las consultas de una determinada población se requiere la identificación de los consultantes, lo que incluye datos generales del paciente y el diagnóstico de atención asignado por el profesional médico que atendió a dicho paciente.

En el Servicio de Salud Aconcagua la generación de un diagnóstico médico lleva aparejado un proceso de asignación de código tomando como referencia la Clasificación CIE 10. A cada diagnóstico de esta clasificación se le asignó un código de prioridad basado en el Ordinario 16 A N° 1480 de la Subsecretaría de Salud en que se remite el documento "Priorización Unificada para consultas de Urgencias del Adulto en la Región Metropolitana". La asignación de categorías de prioridad fue establecida por el autor basado en la documentación planteada. La principal limitación de esta metodología es que se asigna una categorización por personal no médico, que en rigor es aplicada ex antes (previa a la atención médica del paciente) y correlacionarla con una definición diagnóstica que se efectúa ex post (luego de la atención médica del paciente). Es así que a cada diagnóstico generado se le asigna un código de prioridad los cuales presentan la siguiente definición:

- ♦ 1: pacientes que requieren reanimación inmediata por riesgo inminente.

Son trasladados a salas de reanimación donde son estabilizados recibiendo las acciones terapéuticas según protocolos.

- Politraumatizado.
- Gran quemado.
- Ausencia de signos vitales.
- PCR.

- ♦ 2: pacientes de alta complejidad. Son pacientes que por el carácter de su patología requerirán acciones diagnósticas y terapéuticas que determinan un período de observación u hospitalización de algunas horas antes del alta.

- Trauma ocular.
- Fracturas.
- Pérdida de conciencia.
- Focalizaciones neurológicas.
- Crisis asmáticas.
- Crisis convulsivas.

- ♦ 3: pacientes de mediana complejidad. Son pacientes que por el carácter de su patología requerirán acciones diagnósticas y terapéuticas que determinan un período de observación u hospitalización de algunas horas antes del alta.

- Intoxicaciones sin riesgo vital.
- Accidente escolar.
- Accidente laboral.
- Dolor abdominal.

- ♦ 4: pacientes de complejidad baja. Son aquellos pacientes de patología banal que puede ser resuelta en Servicios de Atención Primaria de Urgencias u otros de establecimientos del nivel primario de atención.

- Constipación.
- Resfrío común.
- Malestar general inespecífico.

Las diferencias entre las categorías 2 y 3 están dada por la gravedad de los cuadros y sus niveles de complejidad biomédica.

En el siguiente esquema (Tabla 1) se ejemplifica el proceso desarrollado.

**ARTÍCULO ORIGINAL**

**Tabla 1. Descripción del proceso de asignación de categorías de priorización**

Categorías de Pertinencia	Problema o motivo de consulta	Diagnóstico según CIE 10
1	Paciente con dolor al pecho hemodinámicamente inestable	I29.1
2	Fractura de fémur	S72.0
3	Asma Bronquial	J45.9
4	Resfrío común	J00.x

En lo referente a la situación previsional el 95,8% de las consultas es efectuada por beneficiarios del sector público, siendo un mínimo de éstas efectuadas por particulares (2,6%). A su vez la mayor demanda se aprecia por parte de beneficiarios de Fonasa tramo B con 48,4% de las consultas, Tabla 2.

**Medición del momento de la consulta:**

Es así que según el esquema propuesto serán de mayor pertinencia para concurrencia de pacientes a una Unidad de Emergencia Hospitalaria tipo 2 aquellos diagnósticos categorizados como 1 y 2, podrán ser vistos indistintamente en UEH o establecimientos de Nivel Primario con una mínima instalación para atención de urgencia las condiciones diagnósticas definidas en categoría 3 y serán no pertinentes aquellas condiciones diagnósticas catalogadas en categoría 4.

tasas de consultas ajustadas por grupo de edad se observa que las mayores tasas se presentan en los consultantes de menor edad presentando una tendencia a la baja a medida que la edad aumenta, Figuras 1 y 2.

El mayor volumen de consultas se presenta en el horario de funcionamiento del consultorio, entre las 8:00 y las 16:59 horas, la mayor proporción de consultas por hora se presenta entre las 17:00 y las 19:59 horas, coincidiendo con el

**RESULTADOS**

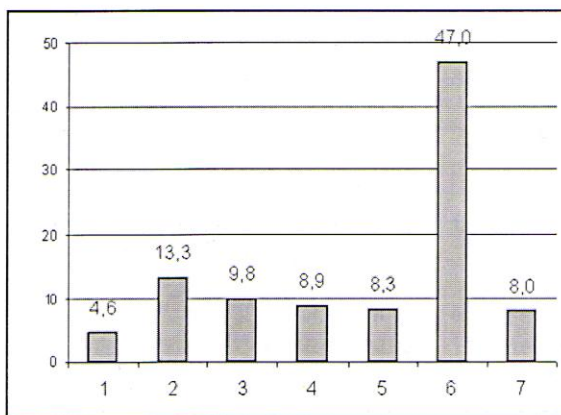
*Perfil de demanda:*

Las consultas efectuadas en el periodo señalado por personas que informaron residencia en la comuna ascendieron a 7.800 prestaciones. La tasa de consulta de la población de la comuna en la UEH del Hospital de Los Andes alcanzó a 1,22 consultas por habitantes año (7.800/6.404). Se desconoce la magnitud de concurrencia a oferentes privados y el grado de uso sobre estos.

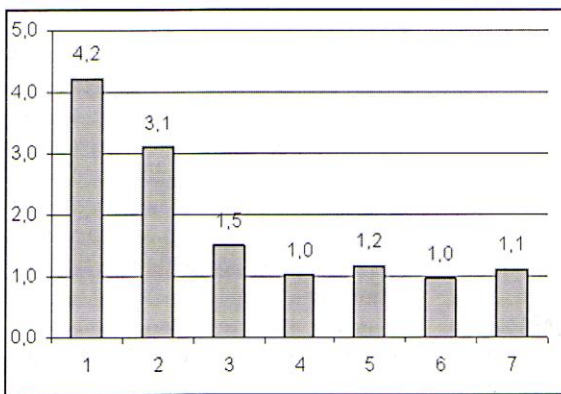
*Indicadores demográficos sociales:*

La distribución por sexo muestra un mayor número de consultas en mujeres que en hombres con una relación de 56 y 44% respectivamente.

Al analizar la distribución de consultas por grupos de edad se observa que el mayor número de estas se concentra en el grupo de 20 y 64 años, pero al utilizar



**Figura 1.** Distribución porcentual por grupos de edad UEHLA 2004.



**Figura 2.** Distribución de tasas de consulta por grupos de edad UEHLA 2004.

Tabla 2. Distribución según condición prevional

Tramo	n	%
A (1)	2.263	29,0
B (2)	3.775	48,4
C (3)	953	12,2
D (4)	480	6,2
Isapre (5)	72	0,9
Convenios (6)	53	0,7
Particulares (7)	200	2,6
Sin información (8)	4	0,1

horario de funcionamiento de las extensiones horarias, Tabla 3.

En lo que respecta a las consultas según día de la semana no hay grandes diferencias con un discreto incremento el día lunes, y durante los días de fin de semana, Tabla 4.

**Distribución según mes del año:**

Hay una fuerte variabilidad estacional a expensas de las consultas respiratorias en los meses de invierno. Otras causas de consulta se mantienen estables a lo largo de los meses, Figura 3.

En relación a las causales de consultas, el 74% de éstas se concentra en 6 agrupaciones diagnósticas definidas por el sistema de Clasificación Internacional de Enfermedades en su 10<sup>o</sup> versión (CIE 10). Es así que las afecciones respiratorias corresponden al 29,62% de las consultas (categorías J), los traumas y envenenamientos al 17,44% (categorías STWXY), los síntomas y signos mal definidos al 9,36% (categoría R), las causales de origen digestivo al 6,37% (categorías K), las afecciones osteomusculares al 5,68% (categorías M), y las afecciones infecciosas al 5,24% (categorías AB).

Tabla 3. Distribución de consultas según grupo horario

Tramos horarios	Número	Distribución %	N° Consultas / hora
00:00 - 07:59 hrs.	463	5,9	0,2
08:00 - 16:59 hrs.	4.197	53,8	1,3
17:00 - 19:59 hrs.	1.723	22,1	1,6
20:00 - 23:59 hrs	1.417	18,2	1,0

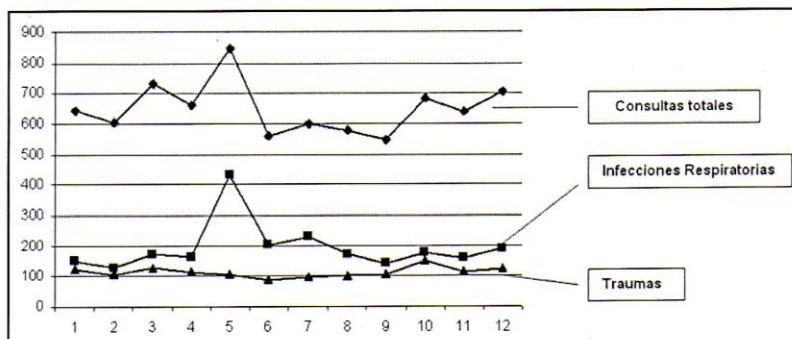


Figura 3. Distribución mensual de consultas totales y consultas por afecciones respiratorias, 2004.

Tabla 4. Distribución de las consultas según día de la semana

	n	%
Lunes	1.279	16,4
Martes	1.018	13,1
Miércoles	1.025	13,1
Jueves	1.052	13,5
Viernes	1.057	13,6
Sábado	1.199	15,4
Domingo	1.170	15,0

**Sobre la policonsulta:**

Las consultas efectuadas durante el periodo de estudio no es realizado por el total de la población de la comuna. Las 7.800 consultas fueron efectuadas por 3.729 individuos, es decir, cada consultante en promedio concurrió a la UEH 2,09 veces. Por otro lado, esa distribución tampoco es homogénea como se desprende del análisis por quintiles. Durante el año 2004 un 20% de las consultas fue efectuado por el 5,18% de los consultantes, mientras que otro 20% de consultas era efectuado por el 41,75% de los consultantes, entre ambas cifras hay porcentajes de población intermedia, Figura 4.

**Sobre la pertinencia:**

**Pertinencia Global:**

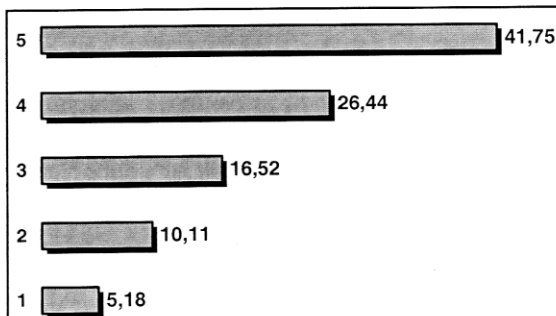
Analizando las consultas efectuadas por consultantes que informan residencia en la comuna de Rinconada que la no pertinencia en las consultas al Servicio de Urgencia del Hospital San Juan de Dios de Los Andes alcanza al 68%, la pertinencia absoluta es del 5,25% como se observa en la Tabla 5.

La distribución porcentual de pertinencia por sexos no muestra diferencias con los porcentajes de pertinencia global, es así que tanto para hombres como mujeres la pertinencia 1 alcanza al 0,07%, la 2 al 5%, la 3 al 22,5% y la 4 al 68,5%.

**ARTÍCULO ORIGINAL**

**Tabla 5. Pertinencia Global de las consultas**

	n	%
1	6	0,08
2	403	5,17
3	1.753	22,47
4	5.332	68,36
Total	7.494	96,08



**Figura 4.** Distribución porcentual de consultantes por quintiles de consultas en UEHLA 2004.

**Tabla 6. Distribución de pertinencia según horario de consulta**

	0:00 a 7:59 horas	8:00 a 16:59 horas	17:00 a 19:59 horas	20:00 a 23:59 horas
1	0	0,07	0,06	0,14
2	5,40	6,03	4,12	3,81
3	31,75	22,44	20,08	22,44
4	60,91	67,62	70,46	70,43

**Tabla 7. Distribución de pertinencia según categoría diagnóstica**

	J	R	O	I	K	STWXY
1	0,0	0,55	0	0	0	0,15
2	3,98	3,97	4,97	14,87	6,84	11,40
3	5,84	14,93	93,27	13,33	3,02	52,43
4	90,17	80,55	1,75	71,79	90,14	36,03

**Tabla 8. Distribución de pertinencia según grupos de edad**

	< 1 año	1 a 4 años	5 a 9 años	10 a 14 años	15 a 19 años	20 a 64 años	> a 65 años
1	0	0,19	0	0	0	0,05	0,32
2	3,65	3,07	3,91	6,18	4,15	4,97	12,18
3	16,01	14,41	15,10	20,55	26,11	26,20	25,16
4	78,37	78,67	77,47	69,40	66,51	64,41	58,17

En lo relativo a la pertinencia de las consultas según tramos horarios en los cuales se efectúa el ingreso de los pacientes, se observa una mayor pertinencia en el tramo de las 0 a las 7:59 horas pero en un rango menor. “La impertinencia es menor en las consultas a tempranas horas”. (Tabla 6).

No se aprecian diferencias entre la no pertinencia y la situación provisional de los pacientes que generan las consultas, sin embargo, el número de consultas en beneficiarios C y D es menor.

Al cruzar la pertinencia según las distintas categorías diagnósticas de la clasifi-

cación CIE 10 se aprecia que la menor pertinencia es la producida en las categorías de afecciones respiratorias (categoría J) y afecciones digestivas (categoría K) con cifras cercanas al 90% en categoría 4. Es decir, donde las personas presentan una mayor disonancia entre urgencia y emergencia es en las condiciones respiratorias y digestivas. Habría una consonancia intermedia o no tal alta en aquellas afecciones del aparato cardiovascular (categoría I). (Tabla 7).

La mayor consonancia entre urgencia y emergencia médica se produce en los traumas y envenenamientos (categoría STWXY) y las condiciones y problemas obstétricos (categoría O).

Al cruzar los niveles de pertinencia con los grupos de edad se aprecia que a medida que aumenta la edad mejora la pertinencia de las consultas siendo mayor en el grupo de adultos mayores. (Tabla 8).

Se establecieron zonas en la comuna determinadas según la accesibilidad geográfica a la UEH del Hospital de referencia la que se entendió como la disponibilidad de transporte público y distancia a éste. Para definir esta disponibilidad se estableció una distancia media a recorrer caminando para acceder a zonas de disponibilidad de transporte público.

Las zonas son las siguientes:

Tabla 9. Distribución de pertinencia según zona geográfica

	Zona 1	Zona 2	Zona 3	Zona 4	Zona 5
1	0,0	0,2	0,2	0,0	0,0
2	1,9	3,8	7,0	2,2	1,1
3	24,5	22,3	19,5	20,0	40,4
4	67,9	70	69,4	73,3	57,4

- Zona 1: aquella área ubicada en la carretera principal y 200 metros alrededor de ésta.
- Zona 2: aquella área ubicada entre 200 y 500 metros de carretera principal o aledaña a áreas de tránsito de transporte público pero que presentan un costo mayor en su uso.
- Zona 3: aquella área ubicada al menos 1 kilómetro del acceso a transporte público.
- Zona 4: aquella área ubicada entre 1 y 5 kilómetros del acceso a transporte público.
- Zona 5: aquellas áreas ubicadas a más de 5 kilómetros del acceso a transporte público.

Como se desprende de la Tabla 9, los niveles de falta de pertinencia en las consultas efectuadas en la Unidad de Emergencia tipo 2 se mantienen en el rango de la pertinencia general, es decir, con baja pertinencia independientemente de los esfuerzos en traslados que haya que efectuar. Escapan de esta pauta de conducta aquellas personas que residen en sectores ubicados a más de 5 kilómetros de las vías de transporte público, pero el número es muy pequeño en este grupo como para impactar en el resultado general

## DISCUSIÓN

En el desarrollo del Perfil de Demanda se aprecia que las mujeres consultan más que los hombres. Los niños consultan más que los adultos y los adultos más que los adultos mayores. En relación a

la situación provisional quienes más consultan son quienes presentan tramo A y B con un 77,4%, esta última situación puede estar dada por el copago que efectúan los tramos C y D actuando como un freno a la demanda, el tramo C ocupa el 12% de la demanda y el D el 6% de ésta.

En relación al momento de consulta la mayor afluencia de público se presenta entre las 17:00 y las 19:59 horas, los días lunes y durante el año 2004 en el mes de Mayo coincidiendo con un brote epidémico de influenza. Sin embargo, es probable que haya que aumentar la oferta asistencial primaria entre las 17:00 y las 19:59 horas. Estos datos se aprecian en la literatura<sup>9</sup>.

Las causales de consulta se concentran en pocas categorías diagnósticas y las causas respiratorias alcanzaron un 30% de las consultas.

En lo referente a la pertinencia de las

consultas se aprecia que en general la no pertinencia (definida como categoría 4) alcanza a un 68%. Es más, al revisar el nivel de pertinencia por diagnóstico, el máximo nivel de no pertinencia se aprecia en las causas de origen respiratoria llegando al 90% del ítem, grupo que a su vez corresponde al 30% del total de consultas, es decir, su peso específico es altísimo, lo cual es concordante con literatura nacional.

Si bien no existe una relación entre nivel de pertinencia y previsión si hay un claro vínculo entre situación provisional y número de consultas lo que está claramente relacionado con el monto del copago que efectúa el cliente.

Cuando la gente presenta una percepción de enfermedad recurre a los servicios que considera accesibles, que le dan confianza, en definitiva que responde a sus expectativas. Por otro lado, las modalidades de solicitud de hora de atención para las UEH son distintas que en los CS.

En el mapa conceptual (Figura 5) se aprecia que los procesos que median la consulta frente a la enfermedad son similares pero los tiempos entre la percepción de enfermedad y la atención médica son distintos. En el caso de las UEH este tiempo está mediado por el orden de llegada, es decir, el regulador de la oferta en las UEH es el tiempo de

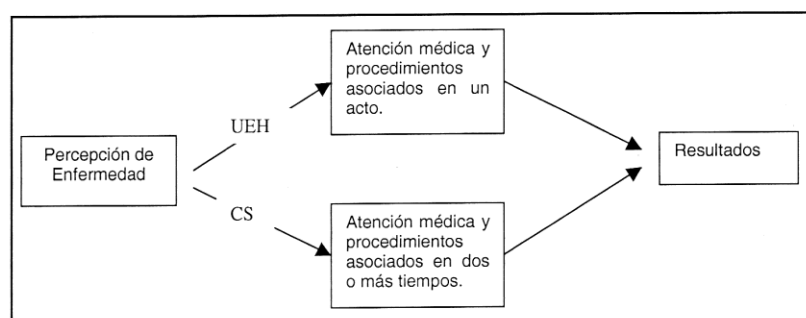


Figura 5.

ARTÍCULO ORIGINAL

espera y la iniciativa de los propios de los pacientes, que se expresa en términos de horas de espera. Esta modalidad de atención es útil en la concepción biomédica imperante, la cual es reduccionista y unicausal, fortalece la relación asimétrica entre los pacientes y los médicos, y en general no contextualiza los motivos de consulta de los pacientes y su entorno tanto familiar como comunitario, es decir, no incorpora el componente biopsicosocial de la demanda.

En el caso de los CS los procesos de dación de cupos son sustancialmente distintos en términos de los tiempos dado que hay que tener en cuenta que las funciones del Centro de Salud son más amplias al considerar todas las acciones de prevención primaria y secundaria (control de niño sano; control de pacientes portadores de enfermedades crónicas) de modo que los tiempos de espera se distribuyen a lo largo del día, o en días siguientes dependiendo de la prestación solicitada, y de los sistemas de asignación de cupos de cada institución. Por otro lado, es necesario considerar la priorización de la demanda que a grupos vulnerables para establecer la perentoriedad de la atención.

Como se ha insistido anteriormente la existencia de una brecha entre oferta y demanda de servicios asistenciales, particularmente en el nivel primario de atención genera un desplazamiento de los consultantes hacia las UEH. Las brechas no sólo hay que establecerlas en una relación aritmética desfavorable de oferta y demanda sino también vinculado con aspectos más cualitativos tales como la capacidad de espera de la población beneficiaria expresada como "la paciencia de nuestros pacientes", o terminología más actual "la paciencia de nuestros clientes".

A partir de los datos presentados se desprende que la pertinencia es baja. En parte como ya se ha señalado, por un déficit en la oferta médica de los Cen-

tros de Salud, pero de un estudio cualitativo efectuado sobre la población poli consultante de la misma comuna, se desprende una "cultura de la atención ahora mismo", la cual es inviable en los Centros de Salud, particularmente desde el hecho que en función de mejorar la calidad de los servicios prestados se efectúan citaciones escalonadas y diferidas, lo cual aumenta la diferencia entre tiempo de percepción de enfermedad y atención prestada incluidos en este acápite, más todos aquellos procesos que conllevan sistemas de jerarquización de la oferta a grupos vulnerables.

En resumen, la diferencia sustancial en lo que a asignación de prestaciones se refiere tiene que ver con que el tiempo que media entre la solicitud de atención en las UEH, abocados a la atención de enfermos, siempre será inferior al tiempo que media entre la solicitud de atención en los establecimientos de Nivel Primario, abocados a la atención de enfermos pero también a actividades de anticipación al daño.

Un elemento que no quiero dejar pasar es que todos los poli consultantes analizados en el estudio citado presentaban tramo A y B lo cual les confiere gratuidad en la prestación en las UEH, es decir, no existe ninguna restricción a la demanda irresponsable por parte de los usuarios. Es más a medida que disminuyen los poli consultantes por quintil, aumentan los tramos C y D lo cual nos habla de cierto grado de elasticidad en la elasticidad/precio dada por la participación de los copagos.

#### PROPUESTAS

**Reposicionar desde lo axiológico a la APS y no desde lo que no le compete a las UEH**, es decir, efectuar refuerzos positivos a la APS, los cuales deben centrarse en aspectos vinculados con el enfoque biopsicosocial, continuidad de la atención, y fomento de la anticipación al daño.

Como se observa el tema no se limita a un incremento progresivo de los recursos, lo cual no deja de ser necesario, sino más bien, más allá de los discursos explicitar claramente cuales son las ventajas de la APS, frente a la atención segmentada y contestaria de las UEH.

Para ello consideramos que la participación ciudadana es central en la negociación colectiva de la asignación de cupos médicos y no médicos. Reposicionar el valor del autocuidado en la enfermedad, tanto por parte de los pacientes como del personal no médico. Proponemos un modelo de atención similar al que se desarrolla actualmente en la UEH, es decir, efectuar un proceso de categorización de la demanda por personal entrenado que sea capaz de determinar la perentoriedad de la atención en base a flujogramas decisionales preestablecidos.

Este modelo es funcional en la medida en que existe una clara voluntad de fortalecer la APS, más que disminuir la sobrecarga sobre las UEH, de hecho el fortalecimiento de la APS llevará a una disminución de sobredemanda en las UEH.

El fortalecimiento de los equipos de salud de cabecera a través de un proceso de formación continua en Salud Familiar es un insumo importante para el desarrollo del un modelo de salud basado en la Atención Primaria de Salud. La formación de Médicos de Familia es una herramienta poderosa para consolidar la estrategia.

#### Resumen de las propuestas:

1. Fortalecimiento comunicacional de la Atención Primaria de Salud (APS), es decir, la APS como base del modelo y no como esponja de lo que las Unidades de Emergencia Hospitalaria no son capaces de absorber.



2. Incorporación de Médicos de Familia calificados y debidamente formados en los equipos de APS.
3. Incremento de la oferta médica de la provincia mediante la implementación de un SAPU de cobertura provincial y optimización de los sistemas de traslados desde las comunas rurales hacia este centro asistencial mediante la habilitación de vehículos de transportes suplementarios a los existentes hoy en la red de ambulancias (SAMU), en horarios en que los CS no funcionan.
4. Establecer el copago para aquellas consultas que no ameritan como urgencia calificada según lo sugiere la propuesta técnica para el desarrollo del AUGE, Construcción de la Propuesta Técnica del año 2002.

#### REFERENCIAS

- 1.- Decreto N° 181 que determina el aporte estatal a entidades administradoras de salud municipal.
- 2.- Compromiso de Gestión N° 6, Desarrollo de la Red de Urgencia, meta N° 3, sobre reducción de consultas no pertinentes en Unidades de Emergencia Hospitalaria.
- 3.- ZEPEDA F. Estudio del Perfil de Demanda de las Unidades de Emergencia Hospitalaria tipo 2 del Servicio de Salud Aconcagua, año 2003. Tesis para optar a Título de Especialista en Medicina Familiar, Universidad de Valparaíso.
- 4.- LÓPEZ I. Perfil de morbilidad anual de menores de 6 años consultantes. Rev Chil Pediatr 2000; 71 (6): 485-90.
- 5.- En un estudio no publicado sobre análisis de policonsultantes nos encontramos

con que un porcentaje no despreciable corresponden a pacientes con deficiente manejo en el nivel complementario.

- 6.- Ambas definiciones han sido tomadas del documento "Orientaciones Clínicas para los Servicios de Atención Primaria de Urgencia", el cual no siendo definitivo circula desde el año 2004.
- 7.- PEREDA RODRÍGUEZ J. Urgencias Clínicas. Comportamiento según su gravedad. Rev Cubana Med Gen Integ 2001; 17 (4): 329-35.
- 8.- ALONSO J. Urgencias Médicas en la zona de salud de Ocaña. Un año de demanda. SEMER 1994 (20): 367-72.
- 9.- GIL GONZÁLEZ, VAQUERO PUERTA. Perfil de la Demanda Asistencial urgente en un hospital general. Revista de Salud Pública de Castilla y León 1994; 3 (4): 11-7.