

# Complejidad de las consultas en un servicio de urgencia con consultorio municipal adosado

Cristian Vera F<sup>1</sup>, Andrea Werner F<sup>2</sup> y Daniela Massri E<sup>2</sup>.

## RESUMEN

*Se analizó la complejidad de las atenciones registradas durante el año 2003 en el Servicio de Urgencia del Hospital de Purranque. Para su clasificación se consideraron las acciones médicas y de enfermería necesarias para resolver la consulta de los pacientes, considerando que no son urgencia aquellas que sólo necesitaron una indicación médica o una acción clínica simple. Los resultados muestran que un 79,4% de consultas son de baja morbilidad, las cuales se concentran más en las mujeres. No existió una variación importante en las proporciones durante los meses del año ni entre los días de semana y fines de semana, lo que apoya la idea de que las soluciones en atención primaria se centran más en calidad que en número de atenciones. La carga de costo que significa para el hospital llega casi a ser el doble de los costos de las urgencias reales. Finalmente se propone ocupar este instrumento para monitorizar los cambios que se introduzcan en la atención primaria. (Palabras claves/Key words: Atención de urgencia/Urgent attention).*

## INTRODUCCIÓN

Con el traspaso de la atención primaria a las municipalidades se pretendía un mayor acercamiento al gobierno local y una mejor gestión en los recursos con los que se cuenta, lo cual desde hace años suscita controversias, dado la gran carga que se genera en los servicios de urgencia de los hospitales tipo 1 con pacientes que no corresponden a ese nivel de complejidad de atención.

Si se considera que la atención primaria debe realizar actividades de tipo promocionales, preventivos y curativas, podríamos evaluar el impacto de ellas con indicadores indirectos de su accionar. Por ejemplo, en la prevención de la patología cardiovascular, podríamos tomar el número de pacientes con controles aceptables, o en el programa de pesquisa de displasia de cadera el número de pacientes con displasia detectada antes del 6º mes en el sistema primario de atención. Lo más difícil es medir las consultas por morbilidad, ya que el sistema de registro de

rechazos suele no ser muy confiable, dado que es generado por los mismos consultorios. En atención a estos antecedentes se podría medir la calidad y cantidad de las atenciones en ese sistema por medio de las atenciones en el servicio de urgencia.

En los hospitales tipo IV se da la situación que los pacientes sólo poseen dos sistemas de atención, el consultorio municipal y/o el de atención primaria adosado y el servicio de urgencia del hospital mismo, por tanto, los pacientes que no puedan ser atendidos en el primer régimen, o que no se sintieron satisfechos por la atención puesto que no cumplía con sus expectativas o con la hora que les fue asignada, terminan consultando en la Unidad de Emergencia.

El objetivo de este trabajo es medir el nivel de complejidad de los pacientes atendidos en la Unidad de Emergencia del Hospital de Purranque y evidenciar que el sistema de atención municipal no posee capacidad de absorber las consultas de morbilidad.

<sup>1</sup> Unidad de Emergencia Hospital de Purranque.

<sup>2</sup> Internos de la carrera de Medicina, Universidad Austral de Chile.

## MATERIAL Y MÉTODO

Se analizaron los registros de atención generados durante el año 2003 y se analizaron los siguientes datos:

Clasificación de las consultas tomando en consideración la complejidad necesaria para su resolución<sup>1</sup>.

Con esta escala se clasificó a los pacientes en 5 grupos:

*Grupo 1.* Pacientes de complejidad nula. Casos que sólo requirieron evaluación e indicaciones médicas.

*Grupo 2.* Pacientes de complejidad baja. Enfermos que ameritaron mínimas actividades clínicas. No precisaron de observación y su alta fue inmediata después de un tratamiento simple.

*Grupo 3.* Pacientes de complejidad media. Aquellos que fueron sometidos a observación de hasta 4 horas, para evaluación de exámenes y/o tratamientos.

*Grupo 4.* Pacientes de complejidad media alta. Necesitaron de medidas inmediatas en el box de atención médica, de hospitalización o de traslado a un centro de mayor complejidad.

En este grupo incluimos aquellas prestaciones que sin ser de urgencia, son obligatorias de realizar en esta unidad, dado que exigen la presencia médica o no existe la factibilidad de ser realizadas en otro lugar: Se incluyeron vacunas antirrábicas, antitetánicas,

certificación de lesiones, suturas, alcoholemias e instalación de yesos.

*Grupo 5.* Pacientes de complejidad alta. Requirieron de atención inmediata en box de reanimación, presencia del equipo médico y de enfermería. Su atención fue prioritaria en la unidad, precisó de procedimientos múltiples, registros, tratamientos, exámenes de laboratorio y evaluaciones médicas y de enfermería.

Adicionalmente se extrajeron los datos demográficos, se definió los grupos de riesgo según edad considerando como tales los pacientes menores de 1 año y mayores de 65 años, día de consulta y se calculó un valor promedio de atención para cada grupo, con las atenciones más frecuentes que se generaron en cada uno de ellos.

## RESULTADOS

Se analizaron un total de 20.833 registros de atención médica, los cuales fueron clasificados según complejidad de atención y distribución mensual (Tabla1).

Al considerar los grupos 1 y 2 que incluyeron los pacientes que no presentaron patología de urgencia, separados de los grupos 3, 4 y 5 que sí lo hicieron, observamos que el 79% correspondió a la primera categoría y el 21%, correspondió a la segunda.

**Tabla 1. Complejidad de atención de acuerdo a los meses del año.**

Meses	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3	Grupo 4	Grupo 5
<b>Enero</b>	471	728	285	131	3
<b>Febrero</b>	304	701	186	168	2
<b>Marzo</b>	425	715	87	178	0
<b>Abril</b>	399	681	208	139	0
<b>Mayo</b>	513	768	199	179	3
<b>Junio</b>	631	751	90	200	0
<b>Julio</b>	692	895	149	215	0
<b>Agosto</b>	745	919	99	246	0
<b>Septiembre</b>	661	894	72	252	0
<b>Octubre</b>	679	971	205	196	0
<b>Noviembre</b>	596	902	271	188	0
<b>Diciembre</b>	611	891	135	204	0
<b>Total</b>	6.727	9.816	1.986	2.296	8
<b>Promedio mensual</b>	560,5	818	165,5	191,3	0,6
<b>Promedio diario</b>	18,4	26,8	5,4	6,2	0,02
<b>Total anual</b>	20.833				

En la Figura 1 se puede observar la relación del porcentaje de consultas electivas y de urgencia a través de los meses del año.

El análisis de la relación de consultas por sexo en cada mes y su evolución anual se observa en la Tabla 2 y Figura 2.

En la Figura 2 se muestra la cantidad de mujeres y hombres que consultaron en cada grupo de atención y se los dividió en urgencia (grupos 3, 4 y 5) y no urgencia (grupos 1 y 2).

La revisión de los grupos de riesgos que tuvieron atención preferente se muestra en la Tabla 3.

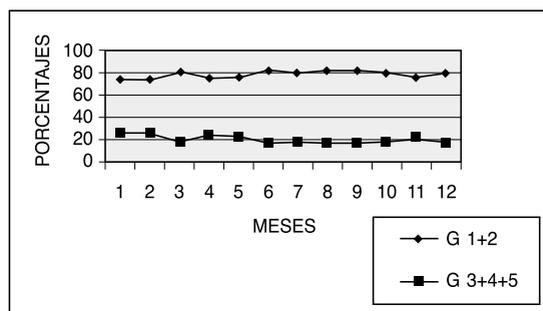


FIGURA 1. Evolución de atenciones urgencia y no urgencia.

Tabla 2. Distribución mensual según sexo.

Meses	Nº mujeres	Porcentaje	Nº hombres	Porcentaje
Enero	847	52,3	771	47,6
Febrero	682	50,1	679	49,8
Marzo	713	50,7	692	49,2
Abril	677	47,4	750	52,5
Mayo	907	54,5	755	45,4
Junio	893	53,4	779	46,5
Julio	1.063	54,4	888	45,5
Agosto	1.042	51,8	967	48,1
Septiembre	1.030	54,8	849	45,1
Octubre	1.113	54,2	938	45,7
Noviembre	1.069	54,6	888	45,3
Diciembre	961	52,1	880	47,8
<b>Total</b>	<b>10.997</b>	<b>52,7</b>	<b>9.836</b>	<b>47,2</b>

Tabla 3. Grupos de riesgo.

Grupos	Frecuencia anual	Porcentaje
< 1 año	940	4,5
> 65 años	2.520	12,0
<b>Total grupo de riesgo</b>	<b>3.460</b>	<b>16,6</b>
<b>Total de la muestra</b>	<b>20.833</b>	<b>100</b>

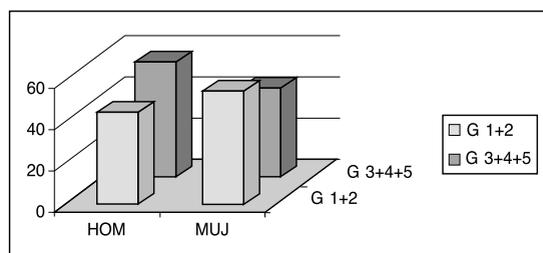


FIGURA 2. Distribución de grupos por porcentaje según sexo.

El análisis de los días hábiles (Lunes a Viernes) e inhábiles (fines de semana y festivos) de consulta versus su complejidad se expone en la Tabla 4.

Al dividir los valores de cada grupo de

atención por el número de días hábiles e inhábiles de cada mes, obtenemos un promedio comparable de atenciones para cada grupo en cada mes, el cual como se puede consignar en la Tabla 5, no varía significativamente.

Tabla 4. Distribución grupal según días hábiles e inhábiles.

Meses	Días hábiles					Días inhábiles				
	G1	G2	G3	G4	G5	G1	G2	G3	G4	G5
Enero	345	514	217	93	0	126	214	75	38	3
Febrero	237	506	146	127	2	67	195	40	41	0
Marzo	333	469	701	119	0	94	246	16	58	0
Abril	299	527	176	109	0	100	154	32	30	0
Mayo	417	596	156	152	2	96	174	43	27	1
Junio	458	532	84	152	0	173	219	6	48	0
Julio	534	667	122	172	0	158	228	27	43	0
Agosto	493	610	77	168	0	252	309	22	78	0
Septiembre	487	658	60	206	0	174	236	12	46	0
Octubre	537	743	184	146	0	142	228	24	47	0
Noviembre	397	619	200	115	0	199	283	71	73	0
Diciembre	439	622	97	136	0	172	269	38	68	0
<b>Total</b>	4.976	7.063	2.220	1.695	4	1.753	2.755	406	597	4

Tabla 5. Valores promediados y ajustados.

Meses	G1	G2	G3	G4	G5	G1	G2	G3	G4	G5
Enero	15,6	23,3	9,8	4,2	0	14	23,7	8,3	4,2	0,3
Febrero	11,8	25,3	7,3	6,3	0,1	8,3	24,3	5	5,1	0
Marzo	15,8	22,3	33,3	5,6	0	9,4	24,6	1,6	5,8	0
Abril	14,2	25,1	8,3	5,19	0	11,1	17,1	3,5	3,3	0
Mayo	19,8	28,3	7,4	7,2	0,09	9,6	17,4	4,3	2,7	0,1
Junio	21,8	25,3	4	7,2	0	19,2	24,3	0,6	5,3	0
Julio	23,2	29	5,3	7,4	0	19,7	28,5	3,3	5,3	0
Agosto	23,4	29,0	3,6	8	0	25,2	30,9	2,2	7,8	0
Septiembre	24,3	32,9	3	10,3	0	17,4	23,6	1,2	4,6	0
Octubre	23,3	32,3	8	6,3	0	17,7	28,5	3	5,8	0
Noviembre	19,8	30,9	10	5,7	0	19,9	28,3	7,1	7,3	0
Diciembre	19,9	28,2	4,4	6,1	0	19,1	29,8	4,2	7,5	0

Finalmente se procedió a realizar una estimación promedio de los costos de las atenciones para cada grupo. Para realizar esto, se consideró a cada grupo de atención como pacientes particulares y se aplicó la tabla de costos del Fondo Nacional de Salud (Fonasa) para cada prestación en ellos (Tabla 6).

*Grupo 1.* Atención médica de urgencia. Costo \$7.000.

*Grupo 2.* Atención médica de urgencia (\$7.000), tratamiento intramuscular (\$1.800) y diclofenaco 75 mg (\$200). Total \$9.000.

*Grupo 3.* Atención médica de urgencia (\$7.000), tratamiento intramuscular (\$1.800),

Tabla 6. Costo de atención.

Grupo	Costo promedio (\$)	Frecuencia anual (n)	Total anual (\$)
Grupo 1	7.000	6.727	47.089.000
Grupo 2	9.000	9.816	88.344.000
Grupo 3	11.000	1.986	21.846.000
Grupo 4	28.650	2.296	65.780.400
Grupo 5	37.810	8	302.480

diclofenaco 75 mg (\$200) y examen de orina (\$2.000). Total \$ 11.000.

*Grupo 4.* Atención médica de urgencia (\$7.000), 3 nebulizaciones con salbutamol (\$9.000), hidrocortisol 100 mg (\$650), tratamiento endovenoso (\$1.800), radiografía de tórax (\$9.500) y hemograma con VHS (\$2.500). Total \$28.650.

*Grupo 5.* Atención médica de urgencia (\$7.000), Tubo endotraqueal, atropina 2 ampollas, adrenalina 4 ampollas, suero Ringer 2000 cc, sonda de aspiración, sonda vesical, electrocardiograma (\$11.410); y traslado a hospital base (\$19.400). Total: 37.810.

La suma de los costos de las urgencias versus las no urgencias se muestra en la Tabla 7.

**Tabla 7. Costo según complejidad de atención.**

	Costo total
<b>Grupo 1+2</b>	135.433.000
<b>Grupo 3+4+5</b>	87.928.880

## DISCUSIÓN

En el análisis de los resultados obtenidos de nuestra revisión destaca en primer término la alta proporción de pacientes agrupados en los tramos 1 y 2, es decir electivos, los cuales constituyen el 79,4% del total de las consultas del año 2003. Tal situación implica que en un día en que se realizan 57 atenciones, sólo 11 corresponden a urgencias. Estos resultados concuerdan con los trabajos publicados en el ámbito nacional<sup>2-4</sup>, sin que hasta ahora se haya considerado con exactitud la magnitud del problema.

También llama la atención que no se observa diferencia entre el porcentaje de pacientes que consulta en forma electiva y de urgencia a través de los distintos meses del año, sin que se aprecie una variación estacional.

Al revisar las diferencias de consultas por género, vemos que el número absoluto de mujeres es mayor que el de los hombres. Ahora, al asociar el género con el tipo de consulta, vemos que las mujeres predominan en los grupos 1 y 2, en cambio los hombres predominan en los grupos 3,4 5, en otras palabras, las mujeres suelen consultar por motivos más banales que los hombres. La evolución temporal de esta tendencia no cambia durante los meses.

Los grupos de riesgo, tuvieron una frecuencia anual de 3.460 pacientes en el 2003, para una población de 21.353 habitantes, que porcentualmente corresponden a un 16,6% del total. A nivel nacional encontramos sólo una referencia sobre este tópico, la cual fija un valor aproximado de 1.513 pacientes para una población de 32.943 habitantes, dándonos una mayor tasa de consulta<sup>5</sup>.

Una de las dudas que se han planteado es el ampliar la extensión horaria a los días sábado, lo cuál se realizó en esta muestra entre los meses de marzo a septiembre, con el fin de disminuir las consultas de morbilidad en las unidades de emergencia. En las tablas 4 y 5 se puede apreciar que la cantidad de consultas por grupos en estos meses no variaron significativamente.

Finalmente, el impacto económico que implica la gran cantidad de consultas de baja morbilidad, significa una cantidad no despreciable de 135 millones de pesos (calculados en base a los aranceles de Fonasa) contra los 87 millones que cuesta atender a las urgencias reales (Tabla 7).

## CONCLUSIONES

Las conclusiones que destacan están referidas a la medición objetiva de la complejidad de las consultas, que nos muestra el tipo de urgencia que se maneja en las distintas unidades de los hospitales de Chile. El que autoridades ministeriales apliquen el criterio: "la urgencia la define el paciente", no implica que no debemos estudiar y monitorizar constantemente las consultas en estos servicios. Este instrumento, basado en la medición de complejidad de consulta, nos permite evaluar periódicamente el impacto de los publicitados cambios en la atención primaria.

Por otro lado, la monitorización de los grupos de riesgo puede convertirse en un buen índice del funcionamiento de la atención primaria, dado que a estos grupos les corresponde atención inmediata o en menos de 24 horas en los consultorios. El que consulten en las unidades de emergencia, representa un claro indicador de la falta de horas disponibles para cada día en particular. Actualmente los servicios de salud reciben información de los rechazos informados por la Sección Orientación Médica (Some) de cada consultorio, los cuales no concuerdan generalmente con las demandas de atención que se ven en las unidades de emergencia.

Modificaciones como el aumento del número de horas en los policlínicos, no generan mayores cambios en las atenciones que se brindan en nuestro servicio, lo cual se aprecia en la escasa diferencia entre los grupos a lo largo del año y entre los días hábiles e inhábiles. Al parecer la estrategia para mejorar esta situación, debe

dirigirse a una mayor resolutiveidad del sistema de atención primaria.

Finalmente otra situación importante consiste en dimensionar la carga económica que implica para los hospitales el alto número de consultas electivas, considerando que éstas superan ampliamente los costos de las urgencias reales.

## REFERENCIAS

1. Mora G, Rojas S, Rojas C, Martínez C, Avilés S, Muñoz C, Zepeda F *et al*: C: Creación y aplicación de un instrumento para medir la complejidad de los pacientes atendidos en el servicio de urgencia del Hospital El Pino. Congreso Franco-Chileno de Gestión Hospitalaria 2002, Pág. 132-5
2. Gac A: Atención de urgencia en servicio de urgencia hospital Clínico Universidad de Chile. *Cuad Med-Soc (Santiago de Chile)*; 1992; 4: 16-7
3. Carvajal C: Atención de urgencia en servicio de urgencia Hospital del Salvador. *Cuad Med-Soc (Santiago de Chile)*; 1992; 4: 14-5
4. Fellú R: Atención de urgencia en la Asistencia Pública de Santiago. *Cuad Med-Soc (Santiago de Chile)*; 1992; 4: 7-8
5. Concha M, Varas S, Caballero J, Véliz F: Análisis epidemiológico de las causas de consultas más frecuentes en un servicio de urgencia de un hospital tipo IV. *Cuad Med-Soc (Santiago de Chile)*; 1995; 2: 35-7