



Investigación Original

Prevalencia de Diagnósticos de Baja Complejidad en un Hospital con subespecialidades de Lima, Perú *Prevalence of Low Complexity Diagnosis at a Hospital with sub-specialties at Lima, Peru.*

RESUMEN

[Jorge Bazán Jiménez Méd.Dr.\(1\).](#)

[Patricia Polo Ubillús.Méd.Dr..\(2\).](#)

[Suárez Bustamante Miguel A,
Méd.Dr, Mag.Sal.Púb.\(3\)](#)

Objetivos: Identificar el grado de complejidad de los motivos de atención en un hospital con subespecialidades.

Diseño: Estudio descriptivo de corte transversal basado en servicios de salud.

Ámbito: Consultorios externos y sala de emergencia del Hospital Nacional Cayetano Heredia.

Participantes: Muestra por conveniencia de 425 pacientes atendidos en el ámbito de estudio durante marzo del 2001.

Principales mediciones: Complejidad de las atenciones de salud, departamento en el que solicitó su demanda, características de los pacientes. Se definen como atenciones de baja complejidad aquellas que pueden ser resueltas por establecimientos del primer nivel de atención.

Resultados: La mitad de las atenciones en este hospital con subespecialidades fueron por motivos de baja complejidad. El mayor porcentaje de estas visitas fueron a los departamentos de Odontología, Medicina Interna, Gineco-obstetricia y Pediatría.

Conclusiones: Este hospital con subespecialidades atiende un alto porcentaje de problemas de baja complejidad. La mayor parte de dichos problemas podrían ser resolutivamente abordados por servicios de atención primaria convenientemente preparados, a un costo menor y con mayor satisfacción para el usuario.

Descriptor: Atención Primaria de Salud, Funcionamiento de Servicios de Salud, Niveles de Atención de salud, Perú.

Investigación original sujeta a arbitraje.
Fecha de presentación: 11 Diciembre 2007
Fecha de aceptación: 30 de Enero 2008
Fecha de publicación on-line: 18 de Febrero 2008

MPA e-Journal Med. Fam. & At. Prim. Int.
2008, 2 (1): 13-18

Este artículo esta disponible en:
www.idefiperu.org/mpa.html

Filiación de los Autores:

Peace Corp Perú, Dirección Médica (1), Lima; Hospital Nacional Cayetano Heredia, Lima (2); Universidad Peruana Cayetano Heredia (UPCH), Facultad de Medicina, Residencia de Medicina Familiar, Lima (2 y 3); Instituto de Desarrollo Familiar y Social del Perú (IDEFIPERU) (3), Centro de Salud de Infantas, Lima (3).

Méd.Dr.:Médico Titulado. Mag.Sal.Púb.:Magíster en Salud Pública.

Correspondencia para el autor:

Dr. Miguel Suárez B: miguarezb@yahoo.com



ABSTRACT

Objectives: To identify the complexity of the visit motives by a subspecialty hospital. Low complexity problems were defined as problems that can be resolved in primary health care units.

Design: Descriptive, cross-sectional, service-based study.

Settings: Outpatient offices and emergency room of Cayetano Heredia National Hospital.

Participants: Nonrandomized sample of 425 patients attended in the study settings in March 2001.

Main outcome measures: Complexity of visit motives, department where care was solicited, characteristics of patients.

Results: Half of visits of this subspecialty hospital were for low complexity motives. The majority of these visits of low complexity were offered in Departments of Dental Care, Internal Medicine, Gynecology-obstetrics and Pediatrics.

Conclusions: A high percentage of low complexity problems are seen in this subspecialty hospital. The majority of these problems could be managed by appropriately trained primary health care providers, with lower cost and higher client satisfaction.

Keywords: Primary Health Care, Health Services, Health Care System, Peru.

INTRODUCCIÓN

Un modelo académico, parcialmente adoptado por la OPS para su iniciativa de Renovación [1], define a los Sistemas de Salud orientados hacia la Atención Primaria como aquellos que, actuando con continuidad, coordinación, integralidad y participación comunitaria, garantizan una atención centrada en la persona y la familia en los puntos de primer contacto. En este contexto, una adecuada coordinación implica, entre otros puntos, que los problemas de baja complejidad —también denominados de capa simple— sean atendidos en servicios básicos o del primer nivel, reservándose los hospitales para problemas de mayor complejidad [2].

En la bibliografía se tienen reportes que documentan la inadecuada coordinación de los servicios existente en algunos países de Latinoamérica [3], por la cual diversos servicios hospitalarios atienden problemas de baja complejidad [4]. En Perú, dicho conocimiento es sólo indirecto o circunstancial, debido a la carencia de estudios relacionados.

La presente investigación evalúa si la demanda de un hospital con subespecialidades tiene una complejidad de atenciones que se corresponde con su nivel jerárquico dentro del Sistema de Salud.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño de estudio

Estudio descriptivo de corte transversal, con base en servicios de salud, en el cual se entrevistó pacientes al salir de la atención médica.

Área y Población de Estudio

El estudio se realizó en el Hospital Nacional Cayetano Heredia (HNCH) en Lima, considerado un centro asistencial de cuarto nivel —de muy alta resolución— dentro del Sistema de Establecimientos de Salud del Ministerio de Salud del Perú.

Este establecimiento, localizado en la zona norte de la ciudad de Lima, cuenta con 134 consultorios y más de un centenar de especialistas y subespecialistas. Anualmente ofrece más de



200.000 atenciones y cerca de 20.000 hospitalizaciones. Por su proximidad a un centro académico de prestigio y haber sido un Hospital Universitario de facto durante muchos años, este nosocomio es una de las pocas sedes de la Residencia Médica que totaliza más de 15 subespecialidades en el país.

La población del estudio correspondió a los pacientes atendidos en los consultorios externos y sala de emergencia del HNCH. Ellos incluyeron pacientes de los departamentos de Medicina, Cirugía, Pediatría, Gineco-obstetricia, así como de sus subespecialidades, lo mismo que de Odontología y Emergencias.

Los pacientes podían ser nuevos, continuadores —pacientes que retornan para seguimiento por una consulta anterior—, espontáneos —acudían por voluntad propia— o referidos al HNCH por otros centros asistenciales de menor complejidad.

Muestra

Se estudió una muestra no aleatoria de 425 pacientes, atendidos en los consultorios externos y sala de emergencia del HNCH, con diversas características socio-demográficas, y tipos de atención, buscando representar a la demanda habitualmente atendida.

Variables

La principal variable estudiada fue la evaluación de la complejidad del diagnóstico principal del paciente. Dado que a nivel latinoamericano no existe una escala validada para evaluar esta variable, se construyó y validó localmente una escala propia para dicha medición. Asumiendo criterios empleados en la bibliografía [5], construimos una escala que empleaba los síntomas de presentación, el diagnóstico, la edad, el tipo de consulta —nuevo o control de seguimiento— y si se requería cirugía mayor o no, para definir la complejidad del motivo de consulta. Empleando estos criterios se clasificó las atenciones en tres categorías:

- Baja complejidad
- Mediana Complejidad, y
- Alta Complejidad

Se define como atenciones de baja complejidad aquellas que eventual-

mente podrían haber sido resueltas en establecimientos del primer nivel de atención. Asimismo, la categoría de Alta Complejidad incluye aquellas atenciones que requieren mayor tecnología, por lo que para su diagnóstico o manejo estos pacientes deberían ser referidos a un establecimiento hospitalario. Finalmente, las atenciones de Mediana Complejidad, por definición, pertenecían a una categoría sin interpretación intrínseca y cuya única función sería separar a los extremos de la escala.

También se identificó el departamento médico al cual acudieron los pacientes para ser atendidos, y algunos datos propios de ellos como sexo, edad y procedencia, con la finalidad de realizar una adecuada caracterización.

Recojo de datos

Luego de atendidos los pacientes se les aplicó una encuesta con aspectos socio-demográficos y los otros datos complementarios incluidos como variables del estudio. Se empleó la Historia Clínica para obtener el diagnóstico médico asignado por el profesional tratante.

Análisis

Se desarrolló un análisis descriptivo simple, calculando las proporciones para las principales variables estudiadas.

RESULTADOS

Se incluyeron en la muestra un total de 431 pacientes atendidos en el HNCH, de los cuales 315 provenían de consultorios externos y 116 de las salas de emergencias. La muestra estuvo constituida por 52% de mujeres y 48% de hombres; así como por 45% de niños y adolescentes y solo 7% de adultos mayores. Un 72% de los pacientes estudiados consultaban por primera vez, mientras que 28% eran continuadores. Un 69% de los pacientes de la muestra procedían de los distritos cercanos, y la fracción restante provenía de otros puntos de Lima o del interior del país.

En la figura 1 puede apreciarse que casi la mitad de las atenciones en este hospital estuvieron justificadas por motivos de baja complejidad. La categoría mediana complejidad englobó al



15% de los pacientes, y sólo algo más de la tercera parte de los pacientes estudiados recibió atenciones de alta complejidad.

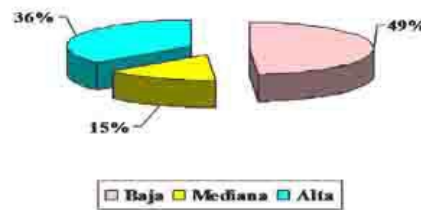
En la figura 2 pueden verse los departamentos hospitalarios en los cuales se desarrollaron estas atenciones, apreciándose que fueron los servicios de Odontología, Medicina Interna, Gineco-Obstetricia y Pediatría los que alcanzaron el mayor porcentaje de atenciones por motivos de baja complejidad. El Departamento de Especialidades Quirúrgicas fue el único en el que más de la mitad de sus atenciones tuvo motivos de alta complejidad.

DISCUSION

Según datos del presente estudio, la tercera parte de las atenciones en los consultorios externos y sala de emergencias del HNCH, un hospital con subespecialidades de Lima, Perú, se originaban realmente en motivos de complejidad elevada y requerían servicios de este nivel. Por el contrario, la mitad de la demanda hospitalaria era de baja complejidad y podría haber sido atendida resolutivamente en establecimientos del primer nivel de atención adecuadamente preparados. De ser este comportamiento común a otros centros hospitalarios del país, estos resultados caracterizarían al Sistema de Salud peruano como no orientado hacia la Atención Primaria, al dejar de observar sus características fundamentales: primer contacto y coordinación entre niveles [2, 6, 7].

Nuestro estudio, por representar una de las primeras aproximaciones al tema abordado, mostró diversas limitaciones,

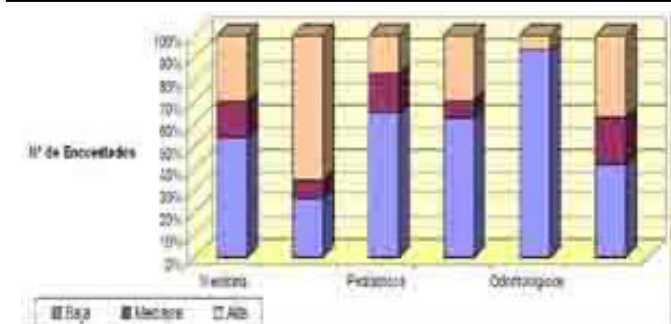
Figura 1. Complejidad del problema que motiva la consulta al Hospital Nacional Cayetano Heredia, Lima. 2002



que aunque representan aspectos a mejorar para sucesivos estudios, no invalidan sus resultados. La primera limitación deviene del poder incierto de su escala para discriminar atenciones de alta y baja complejidad, originado porque no se encontró en la bibliografía una escala convenientemente validada para la realidad latinoamericana. En la revisión bibliográfica, este problema surgió repetidamente, habiéndose encontrado que otros estudios emplearon por ejemplo la Clasificación Internacional de Enfermedades para investigar el control de pacientes diabéticos [8]; los Ambulatory Diagnostic Groups, al predecir costos de la consulta en atención primaria [5], o exámenes auxiliares, observación y cirugías, para un estudio observacional [4]. También fueron debilidades la muestra, que no reproduce los pesos en la oferta cotidiana de servicios ni pondera las representaciones de los diferentes departamentos del hospital, y su concentración en el tiempo, que no captaba cambios estacionales en la demanda.

No obstante, nuestros hallazgos coinciden con reportes de múltiples países en desarrollo, cuyos sistemas mantienen una preponderancia de los servicios hospitalarios por encima de los de menor complejidad —primer y segundo

Figura 2. Complejidad del problema que motiva la consulta al Hospital Nacional Cayetano Heredia según el departamento médico que la atendió, Lima. 2002





nivel de atención— [3, 9]. Estas circunstancias contradicen los atributos de primer contacto y coordinación entre niveles de la Atención Primaria de Salud descritos previamente [2, 6].

Es un hecho constatado que aquellos sistemas de salud con establecimientos de Atención Primaria funcionando como primer contacto o puerta de entrada, son más eficientes que aquellos donde los hospitales ofrecen mayoritariamente atenciones de baja complejidad [10]. Ello ocurre porque los especialistas hospitalarios con frecuencia solicitan más exámenes auxiliares y realizan prescripciones más costosas, encareciendo los costos totales de la atención [6].

Una de las razones más importantes para que, en diversos sistemas, los pacientes demanden atenciones de baja complejidad a los hospitales en vez de acudir a establecimientos del primer nivel de atención, es la inadecuada capacidad de resolución de estos últimos [11, 12]. Esta situación se debe a la falta de infraestructura y equipamiento básicos, pero especialmente a la carencia de recursos humanos capacitados para absorber la demanda de salud [13]. Ha sido demostrado que ante problemas

de baja y mediana complejidad, servicios del primer y segundo nivel de atención bien equipados y con médicos de Atención Primaria adecuadamente entrenados, pueden ser tan resolutivos como los hospitales, con mayor eficiencia y satisfacción de los usuarios [14]. Por su entrenamiento de excelencia, los médicos familiares pueden efectivamente contribuir a una mayor relevancia de la Atención Primaria dentro del Sistema de Salud [15]. Ejemplos de ello son diversos países europeos cuyos médicos familiares funcionan como puerta de entrada para el sistema, con grandes ventajas para la sociedad en su conjunto [12].

En conclusión, nuestros resultados confirman que parte importante de la atención en el hospital estudiado se orientan hacia demandas de baja complejidad, las cuales podrían ser eficientemente atendidas por servicios del primer nivel de atención adecuadamente implementados. Las autoridades correspondientes deberían orientar el Sistema de Salud peruano hacia la Atención Primaria de Salud, reforzando la capacidad resolutiva de los servicios del primer nivel de atención, con vistas a revertir gradualmente el desequilibrio reportado en esta investigación.

BIBLIOGRAFIA

1. Organización Panamericana de la Salud. Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas: Documento de posición de la Organización. Washington: OPS/OMS; 2007.
2. Starfield B, edit. Primary care: concept, evaluation and policy. New York: Oxford University Press; 1992.
3. Organización Panamericana de la Salud, Atención Primaria de Salud en las Américas: Las Enseñanzas Extraídas a lo Largo de 25 Años y los Retos Futuros. Washington DC: PAHO; 2003.
4. Vera CF, Werner AF, Massri DE. Complejidad de las consultas en un servicio de urgencia con consultorio municipal adosado. Cuad Cir. 2004; 18: 27-32.
5. Weiner JP, Starfield BH, Steinwachs DM, Mumford LM. Development and application of a population-oriented measure of ambulatory care case-mix. Med Care. 1991; 29: 452-72.
6. Starfield B. Atención primaria: equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología. Barcelona: Masson; 2001.
7. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. Milbank Q. 2005; 83: 457-502.
8. Meduru P. Chronic Illness with Complexity: Implications for Performance Measurement of Optimal Glycemic Control. J Gen Intern Med. 2007; 22 (Suppl 3): 408-18.



9. Gervas J, Pérez-Fernandez M,. Atención Primaria fuerte: fundamento clínico, epidemiológico y social en los países desarrollados y en desarrollo. Rev Bras Epidemiol. 2006; 9 (3): 384-400.
10. Forrest CB, Starfiled B,. The effect of first-contact with primary –care clinicians on ambulatory health care expenditure. J Fam Practice. 1996; 43: 40-48.
11. Rico A, Saltman RB, Boerma WG. Organizational restructuring in European health care systems: the role of primary care. Social Policy Admin. 2003; 37: 592-608.
12. Ceitlin J. Introducción. En: ed. Ceitlin J, Gomes-Gascón T,, edit. Medicina de familia, la clave de un nuevo modelo. Madrid: CIMF-semFYC; 1997. p. 3-14.
13. Manresa JM. El médico de atención primaria, el especialista, ¿y el internista?. Med Clin (Barc). 1995; 105: 374-376.
14. Gervas J, Pérez Fernández M. El fundamento científico de la función de filtro del médico general. Rev Bras Epidemiol. 2005; 8: 17.
15. Lakhani M, Baker M. Good general practitioners will continue to be essential. BMJ. 2006; 332: 41-3.