

Evolución de las atenciones médicas asociadas a morbilidad aguda en el Servicio de Salud Valparaíso San Antonio. ¿Hacia dónde se mueven los usuarios? Análisis de una serie de 15 años.

Autores: Dr. Dagoberto Duarte Q. Médico de Familia, M.Sc., PhD.

Kareen Schiappacasse González, Ingeniero Estadístico ⁽¹⁾.

(1) Jefa Subdepartamento de Administración de Información en Salud, SSVSA.

Contacto:

1) E-mail: dago@dagobertoduarte.cl

Resumen.

La entrega de atenciones médicas en los Servicios de Urgencia Hospitalarios es un tema que recurrentemente sale a la luz, no sólo en Chile sino que en varios otros países. En la literatura internacional la investigación busca estudiar el tema desde la perspectiva de conocer las características de la población que busca atención en los servicios de urgencia hospitalarios con diferentes nociones de lo que se considera un uso inadecuado de estos servicios. El objetivo del presente trabajo es mostrar el comportamiento y evolución de las atenciones médicas otorgadas en establecimientos públicos a la población del Servicio de Salud Valparaíso San Antonio (SSVSA) durante los últimos 15 años, buscando definir la preferencia de la población usuaria, para lo que se consideró la atención médica programada (morbilidad y control), la atención médica de urgencia otorgada en establecimientos de Atención Primaria y la atención médica de urgencia en establecimientos hospitalarios. Mediante el análisis de una serie temporal se busca entender cuál es el comportamiento preferido por los usuarios. Los resultados señalan que efectivamente existe una tendencia en el sentido de que los usuarios están prefiriendo la atención de urgencia, especialmente la que se otorga en la Atención Primaria (AP) y en menor medida la que se entrega en los hospitales, observándose que la primera crece significativamente mientras la segunda disminuye. Se discute la importancia de estos

hallazgos poniendo énfasis en que la atención médica de urgencia no debiera ser la forma más adecuada para la prestación de consultas en el largo plazo.

Abstract.

Evolution of medical care associated with acute morbidity in the Valparaíso-San Antonio area. Where users move?

The delivery of medical care in the Hospital Emergency Services is a recurring theme that comes to light, not only in Chile but also in several other countries. In the international literature research aims to study the issue from the perspective of knowing the characteristics of the population seeking care in hospital emergency departments with different notions of what is considered inappropriate use of these services. The objective of this study is to show the behavior and evolution of medical care provided in public centers to the population of SSVSA over the past 15 years, seeking to define the user preference, for which the scheduled medical care (morbidity and control) was considered and the urgent medical attention given in primary care and emergency medical care in hospitals. By analyzing time series it seeks to understand what is preferred by the users. The results show that there is a trend in the sense that users are preferring emergency/urgency care, whether it is granted in Primary Health Care (PHC) as the one delivered in hospitals, noting that the first grows significantly while the second decreases. The significance of these findings is discussed with emphasis on the emergency/urgency medical attention should not be the most appropriate way to provide consultations in the long run.

Key words: Emergency/Urgency Medical Services; Primary Health Care; Continuity of care; inappropriate use of Emergency/Urgency Care; patterns preferred users.

Introducción.

Es habitual escuchar la afirmación de que en Chile los servicios de urgencia hospitalarios están saturados por la gran cantidad de personas que deben atender. Una de las razones que más se esgrimen para explicar esta sobredemanda es que las personas están decepcionadas

por los servicios de la Atención Primaria y por lo tanto terminan satisfaciendo sus necesidades en los establecimientos de urgencia hospitalarios.

En la literatura internacional se puede ver que la sobrecarga de los Servicios de Urgencia Hospitalarios es un fenómeno que se da en muchos países desde hace bastantes años ^(1, 2, 3, 4). Diferentes investigaciones han tratado de entender este fenómeno con el fin de aportar medidas de solución. Existe consenso que la sobre demanda en los servicios de urgencia constituye un problema para cualquier sistema sanitario si bien no se pone en duda el valor de la atención de urgencia dentro del conjunto de dispositivos que existen en un sistema de atención de salud⁵. Lo que se pone en cuestión es la utilización inadecuada, la que ha sido definida de diferentes maneras en las investigaciones que se han hecho sobre este tema, pero predominan los enfoques que hacen hincapié en que los diagnósticos que son atendidos no ameritan una atención de urgencia. Dependiendo de la definición que se hace de lo que se considera un uso inadecuado, se encuentra que su magnitud varía entre un 20% a un 80 % de las atenciones otorgadas en un Servicio de Urgencia Hospitalario ^(7,8,9,10,11).

Se considera que la atención de urgencia es de menor calidad que la atención médica programada para atender los casos de morbilidad aguda que no implican riesgo vital, ya que no asegura una atención integral, no tiene el componente preventivo necesario, no existe seguimiento ni continuidad en la atención otorgada y su costo contribuye al mayor gasto de los sistemas de salud ^(1,6,8,9,12,13,14).

Entre los factores que explicarían el uso excesivo de los sistemas de urgencia hospitalario se citan las debilidades de la atención primaria o primer nivel de atención ⁽¹⁰⁾; problemas de acceso geográfico de la población a las instalaciones sanitarias; esquemas de aseguramiento; esquemas de pago que deban efectuar los usuarios al solicitar una atención, nivel educacional, raza, etnicidad o pobreza de los usuarios ^(15,16,17,18).

En casi todos los países, el nivel hospitalario es el encargado de brindar la atención de urgencia si bien se han desarrollado distintos esquemas para evitar el uso inadecuado de dichos servicios de urgencia, desarrollando modalidades de atención fuera del horario diurno a cargo de los prestadores primarios ^(20,21,22). En el caso chileno se ha desarrollado

paulatinamente en los últimos 25 años una red de dispositivos que brindan atención de urgencia en la Atención Primaria pública (SAPU). Por lo tanto, la atención de urgencia ya no es propia de los establecimientos hospitalarios, sino que también se debe considerar que ella se da en establecimientos de la Atención Primaria.

El presente trabajo tiene por objetivo estudiar la evolución de las prestaciones médicas otorgadas por los establecimientos públicos pertenecientes a la red del Servicio de Salud Valparaíso San Antonio, en una serie de 15 años, con el fin de buscar cuál es la preferencia de la población usuaria. Para ello, se describirá la evolución en términos de tasas por población usuaria, tanto de las prestaciones médicas programadas, controles de salud y atenciones de urgencia que se otorgan en la Atención Primaria y en los Servicios de Urgencia Hospitalarios. Se considerará el conjunto de las prestaciones médicas asociadas a la morbilidad aguda y patologías crónicas, excluyendo sólo aquellas que se consideran como de especialidad y que se otorgan en forma ambulatoria.

Material y método.

La red de establecimientos del Servicio de Salud Valparaíso San Antonio es la encargada de brindar atención a poco más de 480.000 personas. De estas, una cifra levemente superior a 430.000 personas (beneficiarias del seguro público) está inscrita en algún establecimiento público de atención primaria. Además, la Red Asistencial debe brindar atenciones en ciertas prestaciones al conjunto de la población regional e incluso, en ciertas ocasiones, a la población de la III y IV Región. La red de atención está compuesta por 25 establecimientos de Atención Primaria (CESFAM). En 12 de estos establecimientos funciona un Servicio de Atención Primaria de Urgencia (SAPU) que han comenzado sus acciones en diferentes años. Existen dos establecimientos Hospitalarios de alta complejidad, en los cuales se otorga atención médica de urgencia: el Hospital Carlos van Bühren, ubicado en la comuna de Valparaíso y el Hospital Claudio Vicuña, ubicado en la comuna de San Antonio. Existe un Hospital de Baja Complejidad, ubicado en la comuna de Casablanca, que también otorga atenciones de urgencia. Las prestaciones médicas otorgadas en las Postas de Salud Rural (20) se incorporan en el presente estudio.

Para conocer el número de prestaciones médicas se consideró como fuente de datos la Serie de Resúmenes Estadísticos Mensuales (REM), Serie A, desde el año 2001 al 2015, considerando los siguientes componentes:

1. Consulta Médica Agendada (CMA) en la Atención Primaria. Corresponde a prestaciones médicas otorgadas en establecimientos de Atención Primaria de la Red Asistencial del Servicio de Salud. Consiste en la prestación en la cual el usuario solicita ser atendido por médico por un cuadro de morbilidad aguda. El Manual de instrucciones REM 2014-2016 las define de la siguiente manera: “Es la atención profesional otorgada por el médico, a un paciente en un lugar destinado para esos fines en establecimientos de nivel primario de atención. Esta prestación incluye anamnesis, examen físico, hipótesis diagnóstica, con o sin prescripción de exámenes o medidas terapéuticas” ⁽²³⁾.
2. Controles de Salud (CS) realizados por médicos en la Atención Primaria. Son las prestaciones otorgadas por médico para controlar a personas que presentan algún factor de riesgo o alguna patología crónica. También se consideran las acciones del Examen de Salud otorgado a personas sanas ⁽²³⁾.
3. Consultas médicas de Urgencia otorgadas en establecimientos de Atención Primaria (CMUAP). Son prestaciones otorgadas a personas que acceden a establecimientos que funcionan fuera del horario habitual, generalmente entre las 17:00 y las 24:00 horas entre lunes y viernes. Los días sábados, domingo y feriados funcionan entre las 08:00 y las 24:00 horas. En ocasiones, el SAPU funciona durante las 24 horas, lo cual es más bien excepcional. Si se entrega una prestación médica en un horario diurno (entre las 08:00 y las 17:00 horas), que no haya sido previamente agendada, se contabiliza como atención de urgencia. La atención brindada se orienta a calmar la situación planteada por el usuario, sin que necesariamente haya un seguimiento posterior ⁽²³⁾.
4. Prestaciones médicas otorgadas en los servicios de urgencia hospitalarios: Hospital Carlos van Bühren, Hospital Claudio Vicuña y Hospital de Salud Familiar y Comunitario - San José de Casablanca (CMUEH). Son las prestaciones médicas que

buscan resolver la necesidad planteada por el usuario en alguno de los dos hospitales que forman parte de la red del Servicio de Salud y que cuentan con un servicio de urgencia. Funcionan las 24 horas todos los días.

Los datos provienen de las bases que mantiene el Servicio de Salud Valparaíso San Antonio (SUDAIS) y reflejan el total de prestaciones médicas entregadas desde el 1 de enero del año 2001 al 31 de diciembre del 2015.

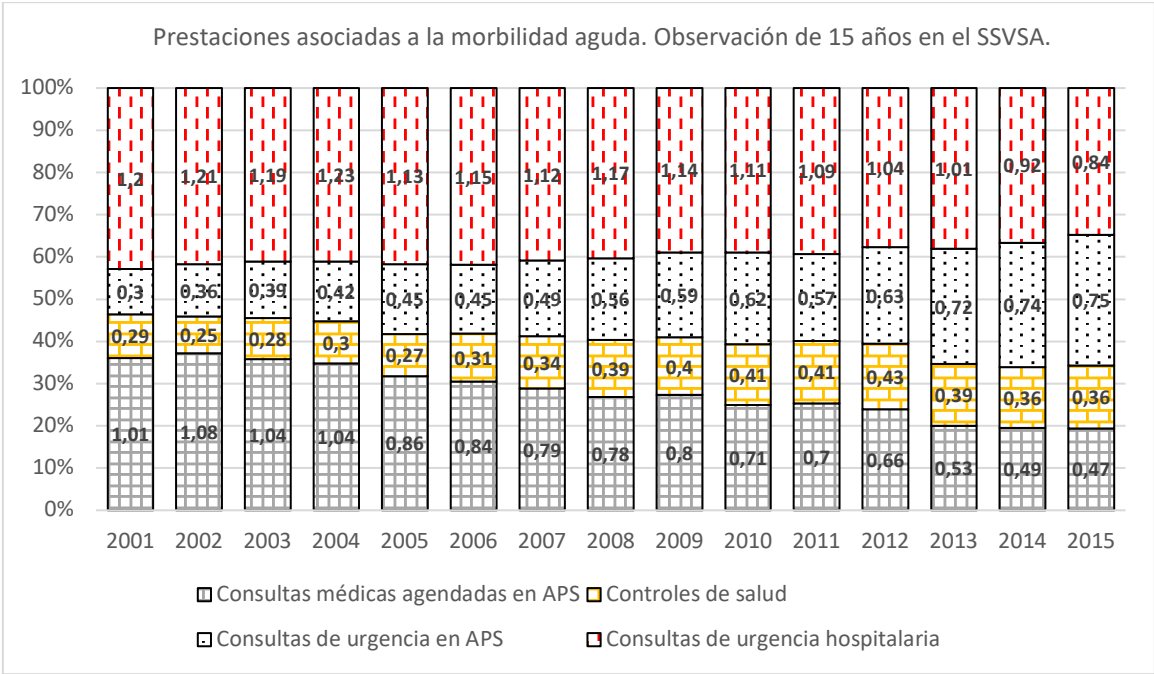
Para el cálculo de tasas se usó la población inscrita validada, que se ha identificado para ser atendida en alguno de los establecimientos de Atención Primaria, municipales o dependientes del Servicio de Salud. Esta cifra se obtiene año tras año. Los valores se muestran como tasa por persona inscrita.

Resultados

En la tabla 1 se muestran las tasas de Consultas Médicas en AP (CMA), Controles médicos de Salud en AP (CS), Consultas Médicas de Urgencia en establecimientos de APS y Consultas Médicas de Urgencia en establecimientos Hospitalarios entre los años 2001 y 2015 que se otorgaron en la red de establecimientos del SSVSA.

Tabla 1. Tasa de diferentes prestaciones asociadas a la morbilidad aguda por persona inscrita.					
Año	Consultas médicas agendadas en APS	Controles de salud	Consultas de urgencia en APS	Consultas de urgencia hospitalaria	Total
2001	1,01	0,29	0,30	1,20	2,80
2002	1,08	0,25	0,36	1,21	2,90
2003	1,04	0,28	0,39	1,19	2,91
2004	1,04	0,30	0,42	1,23	2,99
2005	0,86	0,27	0,45	1,13	2,71
2006	0,84	0,31	0,45	1,15	2,75
2007	0,79	0,34	0,49	1,12	2,74
2008	0,78	0,39	0,56	1,17	2,90
2009	0,80	0,40	0,59	1,14	2,94
2010	0,71	0,41	0,62	1,11	2,85
2011	0,70	0,41	0,57	1,09	2,77
2012	0,66	0,43	0,63	1,04	2,76
2013	0,53	0,39	0,72	1,01	2,64
2014	0,49	0,36	0,74	0,92	2,51
2015	0,47	0,36	0,75	0,84	2,42

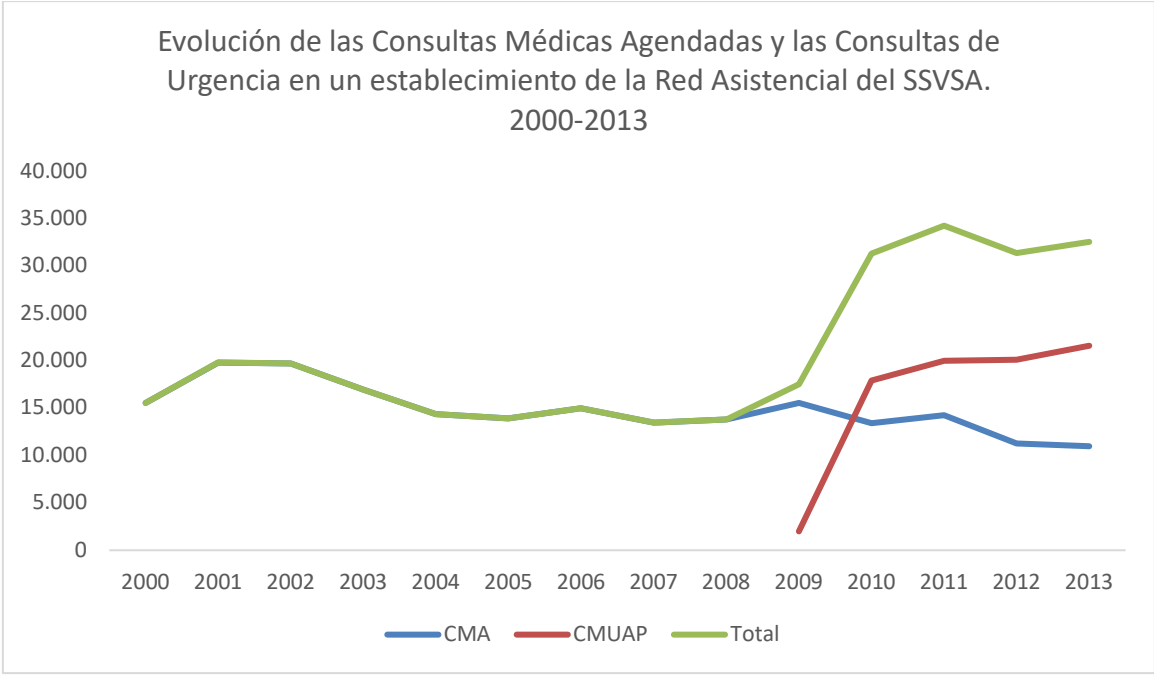
En la figura 1 se muestra la evolución de las Tasas de atenciones médicas (APS y Urgencias hospitalarias) entre los años 2001 y 2015 en los establecimientos de la Red Asistencial del Servicio de Salud Valparaíso San Antonio. En el caso de la APS se desagrega entre consultas programadas, controles médicos y consultas de urgencia en AP.



Del análisis de los datos mostrados en la tabla más lo mostrado en la figura, se puede concluir que entre los años 2001 y 2015 la tasa de las prestaciones médicas totales se han mantenido relativamente estables, con valores entre 2,42 y 2,99 prestaciones por persona inscrita. Lo que sí se ha modificado es la composición interna de las distintas prestaciones. En el año 2001, las consultas de urgencia, ya sea en hospitales o en la APS representaban el 57,6% de las prestaciones otorgadas. En el año 2015, en cambio, ambas representan el 65,7% del total de prestaciones. Simultáneamente, se ha modificado la distribución interna, en el sentido de que la consulta de urgencia hospitalaria, que representaba el 42,8% de las prestaciones en el 2001, el año 2015 representa el 34,7%. Al mismo tiempo, la consulta de urgencia entregada en la APS ha aumentado desde un 10,7% el año 2001 a un 31% el año 2015.

Lo anterior ocurre simultáneamente con una disminución de las consultas médicas agendadas (CMA) que son otorgadas en la Atención Primaria. Inicialmente representaban casi el 34% de las prestaciones otorgadas, mientras que al final del período de observación su proporción bajo a 19,4%. En los primeros cuatro años de observación, mostraban una tasa de poco más de una consulta por persona inscrita (1,01 – 1,08). A partir del año 2005 se aprecia una baja que llega, en el año 2015 a una cifra que es menor casi en un 50% a la mostrada en los primeros años (0,47 por persona inscrita). En tanto, los Controles de Salud (CS) se mantienen en cifras estables, con tasas cercanas al 0,3 – 0,4 controles por persona inscrita, si bien su proporción en el total de atenciones médicas otorgadas subió de un 10,7% a un 14,9%.

Dado el análisis anterior, se ha querido profundizar acerca de la disminución de las consultas médicas agendadas (CMA) y el aumento de las consultas médicas de urgencia otorgadas en la AP (CMUAP). Para ello, se muestra en la figura siguiente lo que ocurrió al momento de abrir un SAPU en uno de los establecimientos que son parte de la Red Asistencial del Servicio de Salud Valparaíso San Antonio.



En el establecimiento graficado en la figura anterior, el SAPU (Servicio de Atención Primaria de Urgencia) comenzó a funcionar a fines del año 2009. Luego, en el año 2, las consultas de emergencia otorgadas en el SAPU superan en número a las consultas de morbilidad agendadas, que tienden a la disminución y que se entregan en horario diurno. Finalmente, se aprecia un aumento del número de consultas totales gracias al aumento en las consultas de urgencia.

Cabe hacer notar que se observa una situación similar en otros establecimientos de AP. Es decir, la apertura de un Servicio de Urgencia en un establecimiento de AP, hace que disminuyan las atenciones médicas agendadas o programadas.

Discusión

Los resultados mostrados en este estudio muestran una tendencia en las preferencias de los usuarios en lo que se refiere a consultas médicas en el sector público, en el sentido de privilegiar la consulta de urgencia en APS mientras simultáneamente se aprecia una disminución del uso de la urgencia hospitalaria y de las consultas médicas programadas o agendadas. Un hallazgo similar se encontró en un trabajo realizado en Holanda⁽²¹⁾, dónde se establecieron nuevas formas de organización en prestadores primarios. Después de un año, se apreció una disminución de la urgencia hospitalaria y un aumento de las prestaciones con prestadores primarios. En el caso chileno, en la década de los noventa se buscó disminuir la sobre utilización de los servicios de urgencia hospitalarios, instalando dispositivos que entregaran atención de urgencia en la AP (SAPU). Hoy se ha llegado a una situación no esperada, en que la población prefiere la atención de urgencia en vez de la atención programada. Esto significa que se debe hacer un esfuerzo educacional para que los usuarios vuelvan a preferir la consulta médica agendada y evitar la sobre utilización de la consulta médica de urgencia, tanto la que se entrega en la AP como aquella de los Servicios de Urgencia Hospitalarios.

Para avanzar en la dirección señalada recién, se deberían revisar algunos mensajes comunicacionales, en los cuales el mismo MINSAL invita a las personas a hacer uso de los dispositivos de atención de urgencia, especialmente los SAPU. Además, se debería revisar

la forma en que se entregan las citas para la atención médica programada en los establecimientos de AP, con el fin de hacerla más accesible. Es necesario incentivar la entrega de prestaciones médicas en horario extendido, modalidad que funciona con otros profesionales no médicos, pero que se hace difícil de implementar por falta de interés de los profesionales médicos. Cambiar los horarios en que se entregan las atenciones médicas responde a un hecho que no es menor y que tiene que ver con que hoy la mayor parte de la población adulta tiene un empleo, lo que dificulta su asistencia en horario diurno. Por último, se debe desincentivar la sobreutilización de los servicios de urgencia hospitalarios, cosa que desde hace algunos años se realiza mediante una adecuada categorización de los usuarios que acuden a sus instalaciones.

No se conocen estudios similares en otros Servicios de Salud del país, pero algunas cifras mostradas en reuniones de trabajo al interior del MINSAL llevan a pensar que esta situación se da también en otras redes públicas. También, sería interesante contar con cifras respecto a lo que ocurre con las consultas médicas por prestadores privados. Los datos que entrega FONASA²⁴ muestran que en el período examinado se aprecia un aumento de 19,9% en la tasa de consultas médicas en la modalidad de Libre Elección. Lamentablemente, las cifras que entrega FONASA no separan la consulta médica general de aquella dada por especialistas y los datos se entregan a nivel nacional, por lo que no se pueden comparar con los resultados mostrados en el presente trabajo.

Referencias.

1. Cunningham, P.J. What Accounts For Differences In The Use Of Hospital Emergency Departments Across U.S. Communities? *Health Affairs*, 25, no.5 (2006):w324-w336. Accedido vía internet el 26-07-2015 en <http://content.healthaffairs.org/content/25/5/w324.full.html>
2. Carret M, Fassa AG, Kawachi I. Demand for emergency health service: factors associated with inappropriate use. *BMC Health Services Research* 2007, 7:131. doi:10.1186/1472-6963-7-131

3. Walls CA, Rhodes KV, Kennedy JJ. The Emergency Department as Usual Source of Medical Care: Estimates from the 1998 National Health Interview Survey. *Academic Emergency Medicine*, 2002; 9:1140–1145.
4. Lee A, Lau F-L, Hazlett CB, Kam ChW, Wong P, Wong TW, et al. Factors associated with non-urgent utilization of Accident and Emergency services: a case-control study in Hong Kong. *Soc Sci Med*. 2000, 51(7):1075-85.
5. Razzak JA, Kellermann AL. Emergency medical care in developing countries: is it worthwhile? *Bulletin of the World Health Organization* 2002;80 (11):900-905.
6. Gindi RM, Cohen RA, Kirzinger WK. Emergency room use among adults aged 18–64: Early release of estimates from the National Health Interview Survey, January–June 2011. National Center for Health Statistics. May 2012. Available from: <http://www.cdc.gov/nchs/nhis/releases.htm>. Accedido el 12-08-2015.
7. Bianco, A., C Pileggi, C. y Angelillo, F. Non-urgent visits to a hospital emergency department in Italy. *Public Health*. 2003 Jul; 117(4):250-5. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0033-3506\(03\)00069-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0033-3506(03)00069-6)
8. Oterino D, Peiró S, Calvo R, Sutil P, Fernández O, Pérez G, et al. Utilización inadecuada de un servicio de urgencias hospitalario. Una evaluación con criterios explícitos. *Gac Sanit* 1999;13(5):361-370. Descargado vía internet el 21-07-2015 en <http://www.gacetasanitaria.org>
9. Teresa Sempere-Selva T, Peiró S, Sendra-Pina P, Martínez-Espín C, López-Aguilera I. Inappropriate Use of an Accident and Emergency Department: Magnitude, Associated Factors, and Reasons. An Approach With Explicit Criteria. *Annals of Emergency Medicine*, 37, 6, June 2001. 568-579.
10. Billings J, Parikh N, Mijanovich T. Emergency Department Use in New York City: A Substitute for Primary Care? The Commonwealth Fund, November 2000, Issue Brief. Accedido el 27-07-2015 en www.cmwf.org
11. Pereira S, Oliveira e Silva A, Quintas M, Almeida J, Marujo C, Pizarro M, et al. Appropriateness of emergency department visits in a Portuguese university hospital. *Ann Emerg Med*. 2001 Jun; 37(6):580-6.

12. Garcia-Subirats et al. Garcia-Subirats I, Vargas I, Mogollón-Pérez AS, De Paepe P, Ferreira da Silva MR, Unger JP, et al. Inequities in access to health care in different health systems: a study in municipalities of central Colombia and north-eastern Brazil. *International Journal for Equity in Health*. 2014, 13:10.
13. Beckman A, Anell A. Changes in health care utilization following a reform involving choice and privatization in Swedish primary care: a five-year follow-up of GP-visits. *BMC Health Services Research*, 2013, 13:452.
14. Shah N.M., Shah M.A., Jaafar B. Predictors of non-urgent utilization of hospital emergency services in Kuwait. *Soc Sci Med*. 1996 May; 42(9):1313-23.
15. Willems S, Peersman W, De Maeyer P, Buylaert W, De Maeseneer J, De Paepe P. The impact of neighborhood deprivation on patients' unscheduled out-of-hours healthcare seeking behavior: a cross-sectional study. *BMC Family Practice* 2013 14:136.
16. Afilalo J, Marinovich A, Afilalo M, Colacone A, Ruth Léger R, Unger B, et al. Nonurgent Emergency Department Patient Characteristics and Barriers to Primary Care. *Acad Emerg Med*, December 2004, Vol. 11, No. 12, 1302-1310.
17. Masseria C, Giannoni M. Equity in access to health care in Italy: a disease-based approach. *European Journal of Public Health*, Vol. 20, No. 5, 504–510.
18. O'Brien GM, Stein MD, Zierler S, Shapiro M, O'Sullivan P, Woolard R. Use of the ED as a regular source of care: Associated factors beyond lack of health insurance. *Ann Emerg Med*. September 1997; 30:286-291.
19. Hong R, Baumann BM, Boudreaux ED. The emergency department for routine healthcare: Race/ethnicity, socioeconomic status, and perceptual factors. *J Emerg Med*. 2007 Feb; 32(2):149-58.
20. Drummond N, McConnachie A, O'Donnell CA, Moffat KJ, Wilson P, Ross, S. Social variation in reasons for contacting general practice out-of-hours: implications for daytime service provision? *British Journal of General Practice*, 2000, 50, 460-464.

21. van Uden CJT, Crebolder HFJM. Does setting up out of hours primary care cooperatives outside a hospital reduce demand for emergency care? *Emerg Med J*, 2004, 21: 722-723. Downloaded from <http://emj.bmj.com/> on July 25, 2015
22. Giesen P, Smits M, Huibers L, Grol R, Wensing M. Quality of After-Hours Primary Care in the Netherlands: A Narrative Review. *Ann Intern Med*. 2011;155(2):108-113. doi:10.7326/0003-4819-155-2-201107190-00006
23. Gobierno de Chile. Ministerio de Salud. Manual Series REM 2015. Departamento de Estadísticas e Información en Salud. Versión 1.0-2015. Disponible en www.minsal.cl [Consultado el 18 de julio del 2015]
24. FONASA. Estadísticas disponibles en:
https://www.fonasa.cl/portal_fonasa/site/artic/20140607/pags/20140607230746.html