

**IMPACTO DE LA DESCENTRALIZACIÓN DE LAS ACCIONES DE SALUD
SOBRE LA PREVALENCIA DE LAS HERNIORRAFIAS INGUINALES. UNA
MEDIDA DE LA ACCESIBILIDAD A LAS ACCIONES DE SALUD EN EL SSMO**

**Alberto Acevedo F, Aquiles Viterbo S , Juan Lombardi S, Eduardo Reyes H
MINSAL, Centro de Referencia de Salud (CRS) Cordillera Oriente, Programa De
Cirugía Mayor ambulatoria y Servicio de Cirugía del Hospital del Salvador de
Santiago**

**Universidad de Chile, Facultad de Medicina, Campus Peñalolén y Departamento de
Cirugía del Hospital del Salvador.**

Alberto Acevedo F. CRS Cordillera, Las Torres 5100, Santiago. Fax 2 – 2350143

E-Mail aacevedof@crsorient.cl

.

Palabras del texto: 1455

RESUMEN

La población de pacientes inscritos en la Atención Pública de Salud (APS) del Servicio de Salud Metropolitano Oriente (SSMO) fue de 491.045 habitantes el año 2002 distribuyéndose en un número de 254.168 en las comunas de Pañalolén y Macul y de 236.927 en las restantes 6 Comunas. En 1997 se inauguró el Centro de Referencia de Salud Cordillera, (CRS) responsable de la atención secundaria de salud de la población de Pañalolén y Macul y cuya finalidad fue mejorar la accesibilidad de los pacientes a las acciones de salud. El CRS está en red con los 5 consultorios de estas dos comunas y recibe interconsultas de diversas especialidades de la medicina interna, cirugía, pediatría y ginecología. En el área quirúrgica se implementó un programa de cirugía mayor ambulatoria (CMA) con anestesia local y el objetivo del presente estudio es establecer el efecto de este programa sobre la accesibilidad al tratamiento de los pacientes portadores de hernias inguinales. La información se obtuvo de las bases de datos del CRS y del Servicio de Cirugía del hospital del Salvador y de la base de datos del Departamento de Bioestadística del SSMO. El estudio observacional descriptivo abarcó de 5 años (2000 – 2004). La significación estadística se estableció mediante el error estándar de la diferencia de las tasas. El presente estudio demuestra una alza progresiva y significativa ($P < 0,0001$) de la tasa de 134 a 191/100.000 habitantes que no se observó en las restantes comunas del SSMO. El alza de la prevalencia es consecuencia de la política de descentralización de las acciones de salud llevada a cabo en el SSMO con una mejoría principalmente de la accesibilidad de tipo geográfico por acortamiento de la distancia y del tiempo desplazamiento desde el domicilio del paciente al Centro de Salud

Palabras clave: Accesibilidad, acciones de salud, prevalencia de la herniorrafia inguinal, cirugía mayor ambulatoria

SUMMARY

A number of 491.045 inhabitants are being attended by the Public Health System in the eighth municipalities conforming the East metropolitan health service of Santiago (SSMO) of Santiago. The municipalities of Peñalolén and Macul account for 254.168, of these patients. In 1997 the Health Reference Center (HRC) Cordillera was inaugurated in order to improve the health care accessibility of the patients in these two municipalities. In order to increase the accessibility of patients the a program of mayor ambulatory surgery with local anesthesia (MAS) was started in attending to the hernia surgery. The purpose of this study is to determine the affectivity of this program to enhance the accessibility of patients with inguinal hernia to its surgical treatment. The information for the adult population was obtained form the morbidity data basis available at the Surgical Department of Hospital Salvador and at the HRC, and the children's information obtained from the data basis of the department of Biostatistics of the SSMO. The study gives account of the prevalence of hernia repair in a 5 year period (2000 – 2004). The significance of the changes observed was measured by the standard error of the rate difference. The study showed a progressive, significant increase in the prevalence of herniorraphy from 134 /100,000 in 2000 to 191/100,000 inhabitants ($P>0.0001$) that was not observed in the remainder municipalities of the SSMO. We conclude that the decentralization of the surgical procedures enhanced principally the geographic accessibility to inguinal herniorraphy by shortening the distance and time displacement of patients from there residence to the health provider.

INTRODUCCIÓN: En Latinoamérica se aprecia un profundo proceso de cambio en el sector salud que afecta a proveedores y demandantes de la atención médica (1). El comportamiento de los dos ejes del proceso “el cliente” y el “otorgante” converge en la utilización de los servicios puesto en marcha por la necesidad de solucionar un problema de salud. La utilización de los servicios y sus determinantes tiene mucho que ver con la accesibilidad y Frenk (2) afirma que el estudio de la accesibilidad pasa a ser idéntico al estudio de las determinantes de la utilización de los servicios. La accesibilidad de los pacientes a las acciones de salud está condicionada por una gran diversidad de factores que facilitan u obstaculizan la consulta médica. En Chile, el sector público es responsable de la atención del 73% de la población del país inscrita en la atención primaria de salud (APS), estableciéndose una red de salud que nace en los consultorios externos responsables de la atención primaria, se extiende al nivel secundario de salud constituido por los Centros de Referencia de Salud (CRS) y por los Centros de Diagnóstico y Tratamiento (CDT), y alcanza finalmente a los hospitales públicos, de diversa complejidad. La forma centralizada en que se otorgó la atención médica especializada y que caracterizó a la salud pública en el pasado se ha modificado a partir del último decenio del siglo XX por la incorporación los CDT y CRS como centros de salud secundarios intermediarios entre el nivel primario y el terciario.

La prevalencia de la herniorrafia inguinal se utiliza regularmente en la literatura especializada para dar a conocer la epidemiología del tema (5, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15) y en esta oportunidad hemos querido utilizarla como un parámetro general para medir la accesibilidad de los pacientes a las acciones de salud. Esto esta justificado porque las hernias inguinales son en la gran mayoría de los países del mundo la primera causa de

consulta quirúrgica y en Chile es la tercera en la población adulta (5) y la primera en la atención quirúrgica de urgencia del adulto mayor (6).

La distribución de la población en el Servicio de Salud Metropolitano Oriente (SSMO) es desigual, apreciándose una concentración de la población de altos ingresos en las comunas del sector denominado “barrio alto” que privilegia seguros de salud privados (ISAPRES) lo que explica la proporción de 30% de pacientes adscritos a la APS. Las comunas de Macul y Peñalolén, con un 34% de la población de la región, están constituidas por una población de ingresos medios o bajos y ello determina que un 72% esté adscrito a la APS (FONASA). El objetivo del presente estudio es determinar la influencia que tuvo en el SSMO la descentralización de los servidores de salud sobre la accesibilidad con la inauguración del CRS Cordillera, utilizando como instrumento de medición a la prevalencia de las herniorrafias inguinales.

MATERIAL Y MÉTODO

El número adscritos a la Atención Pública de Salud (APS) de las comunas de Peñalolén y de Macul se obtuvo de la página de la red del Instituto Nacional de Estadística y fue el año 2002 de 254.168 habitantes siendo en las restantes 6 comunas del SSMO de 236.927,. Estas cifras se modifican levemente cada año, apreciándose un incremento de la proporción de pacientes adscritos a la APS del Sistema Público de Salud. Para el cálculo de la prevalencia hemos utilizado el número de inscritos en la APS del año 2002 que promedia este estudio de cinco años realizado entre los años 2000 y 2004. El presente estudio, descriptivo, analiza las herniorrafias inguinales efectuadas entre el 1 de Enero de 2000 y el 31 de Diciembre de 2004 en las 8 comunas que constituyen el SSMO. La información referente a la población adulta se obtuvo de la base de datos de la Unidad de Cirugía Ambulatoria del CRS Cordillera Oriente y del Servicio de Cirugía del Hospital del Salvador, elaboradas, ambas, mediante el software de cálculo epidemiológico Epi Info versión 2000 (1). La información disponible en ambas bases de datos sobre la comuna de origen de los pacientes permitió considerar esta variable en el análisis de los resultados. No disponiendo de la información por comunas para los menores de 15 años, los cálculos para esta población se efectuaron utilizando un factor corrector proveniente de un estudio previo (5), considerando que las hernias inguinales en los menores de 15 años correspondieron con regularidad al 41,5% del total de las hernias operadas en el SSMO. La efectividad del programa de CMA en aumentar la accesibilidad de las acciones de salud se estableció utilizando como dato discriminante a la prevalencia de cirugía de la hernia inguinal en los cinco años que cubre este estudio. La Significación estadística de los resultados se calculó usando cuadrado de la diferencia de las tasas (6).

RESULTADOS:

La información estadística demográfica (Tabla I) permite apreciar que una proporción aproximada al 70% de la población nacional está inscrita en la APS (FONASA). Esta proporción es en las comunas de Peñalolén y Macul del SSMO con el 77,3%, es superior a la de las restantes comunas del SSMO con 30%.

La Tabla II muestra la frecuencia de las herniorrafias inguinales efectuadas en el SSMO y su prevalencia, diferenciando a las comunas de Peñalolén y de Macul del resto de las comunas del SSMO. Es posible apreciar una elevación progresiva y significativa ($P < 0,0001$) de la prevalencia de las herniorrafias inguinales de los pacientes adscritos a la APS, en las comunas de Macul u Peñalolén, que no se aprecia en las restantes 6 Comunas. Se aprecia igualmente que estas tasas son significativamente mayores en Peñalolén y Macul que en el resto de las comunas consideradas en conjunto, para los años 2003 y 2004, con un $P < 0,03$ y $P < 0,0005$ respectivamente.

COMENTARIO:

No hemos encontrado en la literatura revisada cifras de prevalencia para las herniorrafias inguinales en países con características de desarrollo similares a las nuestras. Estas cifras dan cuenta del volumen de pacientes intervenidos, pero también ponen en evidencia la accesibilidad (7) de los pacientes al tratamiento quirúrgico. La marcada elevación de la prevalencia de herniorrafias inguinales apreciada las comunas de Peñalolén y Macul, desde 134 a 191/100.000 habitantes es atribuible a una mejoría de la accesibilidad determinada por la descentralización de las acciones de salud en el SSMO y por la implementación del Programa de CMA con anestesia local en el CRS Cordillera Oriente. El aumento de la prevalencia observado en las comunas de Peñalolén y de Macul no se apreció en las restantes comunas del SSMO.

La prevalencia de las herniorrafias inguinales de estas dos comunas alcanza cifras similares a las comunicadas por los países desarrollados (8, 9, 10) y traduce una mayor accesibilidad de los pacientes a las acciones de salud..

La elevación de la tasa se consiguió reduciendo la distancia y el tiempo de desplazamiento entre el domicilio de los pacientes y el centro de atención así como el costo de este desplazamiento. Se disminuyó igualmente la “resistencia” (2) de los recursos haciendo más expeditas acciones diagnósticas y terapéuticas y simplificando los trámites administrativos. Estas circunstancias han hecho expeditas y rápidas la consulta médica, el tratamiento quirúrgico y el control postoperatorio. Factores que continúan dificultando la accesibilidad a la cirugía son entre otros la persistencia del copago en los pacientes asegurados en el FONASA y la implicancia que tiene la licencia médica sobre la actividad laboral de los pacientes en un mercado de trabajo deprimido.

El gran aumento de la prevalencia de cirugía herniaria en USA (6) con tasas sobre 250/100.000 se ha alcanzado con la implementación por parte de los organismos aseguradores de medidas pragmáticas como los centros de cirugía mayor ambulatoria que usan preferentemente la anestesia local y que se caracterizan por estar ubicados cerca de la población usuaria. La así llamada “office surgery” es uno de los desarrollos interesantes de la cirugía contemporánea y representa una liberalización de los rígidos cánones de la cirugía clásica a los que están apegados los médicos, la comunidad en general, los entes aseguradores y las instituciones de salud.

La necesidad de acciones para que la población acceda más fácilmente a la salud ha sido ampliamente analizada por Sánchez y Núñez (16) y estimamos que Chile tiene, especialmente en las áreas urbanas características que lo hacen un buen candidato para el desarrollo de estas formas descentralizadas y ambulatorias de medicina. Factores que favorecen este proceso son el desarrollo social alcanzado en Chile con un robustecimiento de la estructura familiar, una mejoría de las condiciones de vivienda, una elevación del estándar cultural de la población con una mejoría de la escolaridad y una casi desaparición del analfabetismo. También debe citarse una estructura urbana que facilita progresivamente el desplazamiento de las personas.

El desarrollo por parte del estado de instituciones terciarias de salud altamente tecnificados destinados a la atención en el país del paciente agudo y de alta complejidad debe convenientemente estar acompañado con implementar centros diagnósticos y terapéuticos de menor complejidad en los que debe favorecerse las acciones de salud ambulatorias con la participación del núcleo familiar. Así como en los establecimientos cerrados el paciente se desvincula de su familia, en los centros ambulatorios el grupo familiar participa activamente en el cuidado del enfermo.

Debe quedar establecido que la “office surgery” no exime al equipo médico de realizar las acciones terapéuticas con un alto estándar técnico y una elevada capacitación. Especial importancia cabe a las sociedades científicas y al ministerio de salud que deben normar la CMA y a las universidades que deben incluir en sus programas la capacitación de los residentes y becados en el uso de la anestesia local y en la realización de procedimientos diagnósticos y terapéuticos ambulatorios.

REFERENCIAS

- 1.- Arredondo A, Meléndez v. Búsqueda de la atención médica y determinantes de la utilización de Servicios de Salud. Rev Med Chile 2003; 131: 445 – 453
- 2.- Frenk J. El concepto y la medición de la accesibilidad. Sal Pub de México, 1985;27: 435 - 456
- 3.-Acevedo A, Lombardi J, Contreras D, Costa F. Gestión del servicio de cirugía del Hospital del Salvador desde la perspectiva de un centro moderno de manejo informático, Rev Chil Cir 2003; 55: 38 – 45.
- 4.- Altamirano C, Catan F, Toledo G, Ormazabal J, Lagos C, Acevedo A Cirugía abdominal de urgencia en el adulto mayor. Rev Chil Cir 2002; 54: 654 – 657.
- 5.- Acevedo A, , Reyes E, Lombardi J, Robles I. Prevalencia de la herniorrafia inguinal en Chile. Rev Chil Cirugía, en prensa
- 6.- Medina E. Métodos epidemiológicos en clínica y en salud pública.2 edición, Editada por la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile, 1987.
- 7.- Acevedo A, Reyes E, Viterbo A. Prevalencia de la herniorrafia inguinal, una medida de la accesibilidad al tratamiento quirúrgico en el Servicio de Salud Metropolitano Oriente de Santiago. Estudio en revisión para su publicación en la Revista Chilena de Salud Pública
- 8.- Rutkow I M. Epidemiologic, economic, and sociologic aspects pr hernia surgery in the United States. Surg Clin North America 1998; 78: 941 – 951
- 9- Shumpelick V. Hernien . Tiemeverlag, Stuttgart, 2000; pp36.

- 10.- Kingsnorth AN, Leblanc KA, Management of abdominal hernias. Editorial Arnold, London, 2003; 3:40-446.-
- 11.- Mjaland O, Bakken I J, Skjeldestadt F E, Jonson E. Inguinal and femoral hernia repair in Norway 1990 – 2003. Tidsskr Nor Laegeforen. 2005; 19: 1338 - 40
- 12.- Shulman A G, Amid P K, Lichtenstein I L. Local anesthesia for inguinal hernia repair, en Schumpelick V, Wantz G E (eds), Inguinal Hernia Repair, Karger A G, Basel, 1995: 88 – 91
- 13.- Peiper Ch, Schumpelick V. Local anesthesia for Shouldice repair of inguinal hernia, en Schumpelick V, Wantz G E (eds), Inguinal Hernia Repair, Karger A G, Basel, 1995: 92 – 98
- 14.- Kehlet H, Bay Nielsen M. Anesthetic practice for groin hernia repair, a nation, wide study in Denmark. Acta anesthesiol Scand. 2005; 49: 143 – 6
- 15.- Porrero J L, Hidalgo M, Sanjuanbenito A, Sanchez-Cabezudo C. The Shouldice herniorraphy in the treatment of inguinal hernias: a prospective study in 775 patients. Hernia 2004; 8: 60 – 3.
- 16.- Sanchez F, Nuñez J. Descentralización, pobreza y acceso a los servicios sociales ¿Quién se benefició del gasto público en los noventa?. Naciones Unidas, CEPAL, 2000, Serie 131, política fiscal, Santiago de Chile.

Tabla I.- Datos demográficos nacionales (Año 2002)

POBLACIÓN	TOTAL	APS(*)	%
PAÍS	15.116.435	10.327.218	68,3
SSMO(Macul+ Peñalolen)	328.595	254.168	77,3
SSMO (restantes seis comunas)	787.288	236.927	30,0
SSMO (todas las comunas)	1.115.883	491.045	44,0

(*)APS= pacientes inscritos en la Atención Primaria de Salud

TABLA II.- Herniorrafias inguinales (TOTAL) y prevalencia (TASA) por 100.000 habitantes de las herniorrafias inguinales operadas en las Comunas de Peñalolén y Macul (P +M) Y de las 6 comunas restantes (RESTO).

(*) P= significancia estadística de cada año respecto al año 2000

(**) P=significación estadística de P+M respecto a RESTO en cada año

AÑO	TOTAL P+M	TASA P+M	P(*)	TOTAL RESTO	TASA RESTO	P(*)	P(**)
2000	341	134		338	142		ns
2001	363	142	ns	344	127	ns	ns
2002	414	163	ns	340	122	ns	sn
2003	450	177	<0,05	318	118	ns	<0,03
2004	485	191	<0,0001	362	122	ns	<0,0005